



**Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Kielcach**

Kielce, dnia 19 października 2011 r.

**Pani
Zofia Wilczyńska
Dyrektor
Świętokrzyskiego Oddziału
Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia**

P/11/137
LKI-4101-04-01/2011

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹, zwanej dalej „ustawą o NIK”, Delegatura Najwyższej Izby Kontroli w Kielcach przeprowadziła w Świętokrzyskim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanym dalej „Oddziałem” lub „ŚOW NFZ”, kontrolę wybranych aspektów finansowania zakładów opieki zdrowotnej w latach 2008 – 2010, w tym ustalania wartości umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, finansowania świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowach (tzw. nadwykonań) oraz reagowania na informacje o pobieraniu przez świadczeniodawców nienależnych opłat od pacjentów.

W związku z kontrolą, której wyniki przedstawiono w protokole kontroli podpisanym w dniu 6 października 2011 r., Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 60 ustawy o NIK, przekazuje Pani Dyrektor niniejsze wystąpienie pokontrolne.

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie, pomimo stwierdzonych nieprawidłowości, ocenia działalność Oddziału w zakresie objętym kontrolą.

Pozytywną ocenę uzasadnia:

- stosowanie w stosunku do świadczeniodawców jednolitych zasad ustalania wartości i czasu trwania kontraktów;
- podejmowanie działań w celu wyegzekwowania zadeklarowanej przez świadczeniodawców dostępności do świadczeń poprzez prowadzoną działalność kontrolną;
- rozliczanie i finansowanie nadwykonań z zachowaniem jednolitych kryteriów w stosunku do zakresów kontraktowanych świadczeń.

¹ Dz. U. z 2007 r. Nr 231, poz. 1701 ze zm.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły:

- niepodjęcia działań (przy rozpatrywaniu dwóch skarg spośród 33 badanych), wymaganych przepisami Kodeksu postępowania administracyjnego oraz regulaminami rozpatrywania skarg i wniosków w Narodowym Funduszu Zdrowia (NFZ) w przypadku niezafatwienia skargi w ciągu miesiąca;
- niepoinformowania dwóch (z 33) osób wnoszących skargę o sposobie jej załatwienia, wbrew obowiązkowi wynikającemu z Kodeksu postępowania administracyjnego oraz regulaminu rozpatrywania skarg i wniosków;
- niedotrzymania, wynikającego z § 32 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej² (dalej jako „rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów”) terminu ustalenia, w drodze zmiany umów, kwot zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawców na następne okresy rozliczeniowe, w żadnym z 12 badanych przypadków (100%);
- niedotrzymania określonego w § 27 ust. 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów terminu rozliczenia wykonania umowy w czterech z 12 badanych przypadków (33%);
- zawarcia 87 umów ze świadczeniodawcami – osobami fizycznymi oraz wspólnikami spółek cywilnych, prowadzącymi niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej³, zatrudnionymi jednocześnie w podmiotach mających zawarte odrębne umowy z NFZ, niezgodnie z art. 132 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁴;
- sfinansowania części świadczeń nielimitowanych przekraczających wartość umowy za 2010 r., na kwotę 7.345 tys. zł, w trybie zawarcia ugód pozasądowych.

1. W latach 2008 – 2010 do Oddziału wpłynęło 469 skarg i wniosków, z czego 34 skargi związane były z pobieraniem opłat od pacjentów. Skargi te rozpatrywane były w czasie do 139 dni, przeciętnie w ciągu 34 dni. W przypadku dwóch skarg spośród 33 badanych (jedna skarga anonimowa nie podlegała rozpatrzeniu), mimo niezafatwienia skargi w ciągu miesiąca, nie zawiadomiono o tym strony, a tym samym nie podano przyczyny zwłoki i nie wskazano nowego terminu załatwienia sprawy, co było niezgodne z art. 36-38 w związku z art. 237 § 4 Kodeksu postępowania administracyjnego. Stanowiło to również naruszenie obowiązujących w NFZ regulaminów rozpatrywania skarg i wniosków⁵.

² Dz. U. Nr 81, poz. 484.

³ Zgodnie z art. 205 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654), z dniem wejścia w życie tej ustawy (1 lipca 2011 r.) niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej stały się przedsiębiorstwami podmiotów leczniczych.

⁴ Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

⁵ § 11 ust. 2 regulaminu rozpatrywania skarg i wniosków w Narodowym Funduszu Zdrowia, przyjętego zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 11/DSŚ/2008 z 1 lutego 2008 r. (obowiązującego od 1 lutego 2008 r. do 2 lipca 2010 r.) oraz § 10 ust. 2 regulaminu wprowadzonego zarządzeniem nr 31/2010/DSS Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 lipca 2010 r. w sprawie rozpatrywania skarg i wniosków w Narodowym Funduszu Zdrowia (obowiązującego od 3 lipca 2010 r.).

Ponadto dwóch osób, które w 2008 r. wniosły pisemnie skargę, nie zawiadomiono o sposobie załatwienia skargi, chociaż obowiązek taki wynikał z art. 237 § 3 Kodeksu postępowania administracyjnego oraz z regulaminu rozpatrywania skarg⁶.

Odpowiedzialność za prawidłowe rozpatrywanie skarg ponosi Wojciech Mazur, kierownik Sekcji Skarg i Wniosków.

2. W latach 2008 – 2010 Oddział skontrolował realizację 428 umów (w tym także sprzed 2008 r.) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej o łącznej wartości 1.053.296 tys. zł⁷, przy czym na 2008 r. zawarto 1.550 umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej o wartości 1.124.964 tys. zł (na koniec roku, przed aneksami i ugodami), na 2009 r. – 1.731 umów o wartości 1.209.619 tys. zł, a na 2010 r. – 1.758 umów o wartości 1.235.281 tys. zł.

Spośród 356 kontroli przeprowadzonych w okresie objętym kontrolą, 145 (41%) dotyczyło ograniczania przez świadczeniodawców dostępności do gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej. W 49 przypadkach (30%) stwierdzono nieprawidłowości, polegające np. na zatrudnianiu nieodpowiedniej liczby lekarzy udzielających świadczeń w ramach zawartej umowy, nieprzestrzeganiu liczby godzin pracy lekarzy, niezgodnym z przepisami prowadzeniu list oczekujących oraz braku wymaganego sprzętu i aparatury medycznej.

W okresie od stycznia 2010 r. do końca lipca 2011 r. poza planem kontroli Oddział przeprowadził dodatkowo 25 doraźnych kontroli, polegających na weryfikacji obecności personelu udzielającego świadczeń w danym miejscu oraz rzeczywistych godzin jego pracy w porównaniu do danych zawartych w załącznikach do umów. Nieprawidłowości w tym zakresie (głównie brak osób udzielających świadczeń w zadeklarowanym czasie) stwierdzono u 13 świadczeniodawców.

W ramach działalności kontrolnej Oddział nie badał, czy wykonywane przez świadczeniodawców usługi komercyjne w zakresie świadczeń zdrowotnych wpływają na dostępność do świadczeń dla pacjentów finansowanych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego (np. czy wydłużają czas oczekiwania na świadczenie). Uznając wyjaśnienia Pani Dyrektor, że Oddział nie posiada podstaw prawnych do kontroli działalności komercyjnej prowadzonej przez świadczeniodawców, a realizowane postępowania kontrolne odnoszą się tylko i wyłącznie do umów zawartych z ŚOW NFZ, NIK zwraca uwagę na możliwość podejmowania w tym zakresie badań kontrolnych dotyczących kolejności udzielania świadczeń, tzn. przestrzegania art. 20 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

3. Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych na lata 2008 – 2010 podpisywane były w trybie § 32 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków, tj. w drodze zmiany umów zawartych w 2006 r. na lata 2007 – 2009.

⁶ § 12 ust. 1 regulaminu wprowadzonego zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 9/2005 z dnia 24 stycznia 2005 r. oraz § 14 ust. 1 regulaminu wprowadzonego zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 11/DSS/2008 z 1 lutego 2008 r.

⁷ Podano wartość umów w kontrolowanych zakresach.

Wartość kontraktu pierwotnego w danym zakresie, zawieranego ze świadczeniodawcą, uzależniona była od miejsca oferty w rankingu ofert w postępowaniu (miejsca wynikającego z liczby oferowanych świadczeń, ich ceny oraz potencjału wykonawczego świadczeniodawcy, w tym wyposażenia w odpowiedni sprzęt oraz liczby i kwalifikacji osób udzielających świadczeń) oraz wyniku negocjacji. W trakcie negocjacji Oddział uwzględniał ewentualną możliwość zakupu większej liczby świadczeń po niższej cenie.

Okres obowiązywania umów przedłużono do 31 grudnia 2010 r. (do 4 lat) na podstawie art. 4 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 25 września 2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁸. Stosownie do art. 156 ust. 1 ww. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na przedłużenie okresu obowiązywania umów Oddział uzyskał zgodę Prezesa NFZ.

Procedury ustalania wartości (aneksowania) kontraktów na kolejne lata (w czasie obowiązywania umów wieloletnich), zawarte w planach zakupu świadczeń, określały obiektywne kryteria, na podstawie których wyliczana była wartość kontraktów (podstawowym kryterium była wartość umów i poziom ich realizacji w latach poprzednich), a także nieliczne wyjątki, uzasadniane m.in. koniecznością zapewnienia dostępności do świadczeń, określanych jako unikatowe (np. neurochirurgia, radioterapia, brachyterapia).

Analiza umów zawartych z czterema świadczeniodawcami⁹ wykazała, że Oddział przestrzegał zasad określania wartości kontraktów, ustalonych w planach zakupu świadczeń.

4. W żadnym z 12 badanych aneksów do umów nie dotrzymano terminu ustalenia, w drodze zmiany umów, kwoty zobowiązania wobec świadczeniodawców (wartości kontraktów) na następne okresy rozliczeniowe. Według § 32 ust. 1 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów powinno to nastąpić do 30 listopada poprzedniego roku (o ile strony nie postanowią inaczej), a faktycznie kwoty zobowiązań wobec Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach, Zespołu Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Świętokrzyskim, Szpitala Kieleckiego Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Św. Aleksandra w Kielcach (umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne) oraz Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Świętokrzyskiego Centrum Medycznego w Kielcach (umowa o udzielanie świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna) zostały ustalone z opóźnieniem wynoszącym od 28 do 88 dni.

NIK nie podziela opinii przedstawionej przez Panią Dyrektor, iż wystarczające jest ustalenie kwoty zobowiązania w protokołach negocjacji, gdyż zgodnie z § 32 ust. 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów ustalenie tej kwoty następuje w drodze zmiany umowy.

Zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne i ambulatoryjna opieka specjalistyczna w trakcie okresu rozliczeniowego, polegające na

⁸ Dz. U. Nr 178, poz. 1374.

⁹ Aneksy do umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie szpitalne zawarte na lata 2008, 2009 i 2010 ze Świętokrzyskim Centrum Onkologii w Kielcach, Niepublicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Św. Aleksandra w Kielcach i Zespołem Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Świętokrzyskim oraz aneksy do umowy w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna zawarte na lata 2008, 2009 i 2010 z NZOZ Świętokrzyskie Centrum Medyczne w Kielcach.

zwiększeniu lub zmniejszeniu kwoty zobowiązania dla poszczególnych rodzajów i zakresów świadczeń, niepowodujące zwiększenia wartości umów, dokonywane były na podstawie § 20-21 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów i zgodnie z procedurami wynikającymi z zarządzeń dyrektora Oddziału.

W czterech przypadkach z 12 badanych nie dotrzymano wynikającego z § 27 ust. 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów terminu rozliczenia wykonania umowy (45 dni po upływie okresu rozliczeniowego). Jak wyjaśnił Andrzej Błaszczyk, zastępca dyrektora ds. medycznych, przyczyną tej nieprawidłowości jest zbieżność terminów korygowania przez świadczeniodawców raportu statystycznego oraz rozliczenia umów przez Oddział, która może prowadzić do sytuacji, w której świadczeniodawca w ostatnim, 45. dniu po upływie okresu rozliczeniowego, dokona zmian w swoich dokumentach rozliczeniowych i uniemożliwi tym samym ŚOW NFZ terminowe rozliczenie umowy.

5. W roku 2008 wartość złożonych przez świadczeniodawców pozwów o zapłatę za świadczenia wykonane ponad limit określony w umowach wyniosła 18.681 tys. zł, a w roku 2009 – 73.754 tys. zł, co oznacza niemal czterokrotny wzrost. Także prawie cztery razy wzrosła w 2009 r. wartość zasądzonych świadczeń w porównaniu do 2008 r. (wzrost z 11.142 tys. zł w 2008 r. do 44.218 tys. zł w 2009 r.).

W związku z wykazywaną przez świadczeniodawców realizacją świadczeń ponad limit określony w umowie przewidziano w procedurach dotyczących rozpatrywania roszczeń wynikających z pozwów oraz z wniosków świadczeniodawców o zapłatę nadwykonań możliwość przeprowadzenia kontroli świadczeniodawców. W latach 2008 – 2010 skontrolowano nadwykonania u 34 świadczeniodawców.

Rozliczanie i finansowanie nadwykonań realizowane było przez ŚOW NFZ zgodnie z wytycznymi Prezesa NFZ i zarządzeniami Dyrektora Oddziału, z zachowaniem jednolitych kryteriów w stosunku do zakresów kontraktowanych świadczeń.

Nieuzasadnione jednak, choć zgodne z wytycznymi Prezesa NFZ, było sfinansowanie za zgodą Prezesa NFZ części świadczeń przekraczających wartość umowy za 2010 r., na sumę 7.345 tys. zł, w trybie zawarcia ugód pozasądowych na podstawie art. 917 Kodeksu cywilnego. Roszczenia o zapłatę wynagrodzenia za świadczenia ponadlimitowe nie wynikały ze stosunku prawnego istniejącego pomiędzy stronami, a zgodnie z art. 132 ust. 1 ustawy o udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez NFZ może być wyłącznie umowa zawarta pomiędzy NFZ a świadczeniodawcą. Ugoda pozasądowa nie mogła być zatem rozwiązaniem prawnym właściwym dla sfinansowania świadczeń ponadlimitowych.

6. Na dzień 18 maja 2011 r. w Oddziale obowiązywało 87 umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze świadczeniodawcami (niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej, założonymi przez spółki cywilne lub osoby fizyczne), których założyciele udzielali jednocześnie świadczeń u innego świadczeniodawcy, który miał umowę z ŚOW NFZ. Naruszono tym samym wymóg określony w art. 132 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z którym nie można zawrzeć umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z lekarzem, pielęgniarką, położną, inną

osobą wykonującą zawód medyczny lub psychologiem, jeżeli udzielają oni świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem. Łączna wartość tych umów wg stanu na 23 sierpnia 2011 r. wynosiła 14.445.650 zł. Przyczyną nieprawidłowości było przyjęcie interpretacji Biura Prawnego Centrali NFZ, zgodnie z którą ww. przepis nie dotyczy niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi, Najwyższa Izba Kontroli wnioskuje o:

- 1) podejmowanie przewidzianych przepisami Kodeksu postępowania administracyjnego oraz postanowieniami regulaminu rozpatrywania skarg i wniosków działań w przypadku niezafatwienia skargi w ciągu miesiąca;
- 2) informowanie osób wnoszących skargę o sposobie jej zafatwienia;
- 3) terminowe ustalanie kwot zobowiązania wobec świadczeniodawców na następne okresy rozliczeniowe, zgodnie z § 32 ust. 1 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów;
- 4) rozliczanie umów w terminie określonym w § 27 ust. 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów;
- 5) przestrzeganie zakazu, wynikającego z art. 132 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zawierania umów z lekarzem, pielęgniarką, położną, inną osobą wykonującą zawód medyczny lub psychologiem, jeżeli udzielają oni świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem.

Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Kielcach, na podstawie art. 62 ust. 1 ustawy o NIK, oczekuje przedstawienia przez Panią Dyrektora w terminie 14 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego, informacji o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków, albo o działaniach podjętych w celu realizacji wniosków lub przyczynach niepodjęcia takich działań.

Zgodnie z treścią art. 61 ust. 1 ustawy o NIK, w terminie 7 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego przysługuje Pani prawo zgłoszenia na piśmie do dyrektora Delegatury NIK w Kielcach umotywowanych zastrzeżeń w sprawie ocen, uwag i wniosków zawartych w tym wystąpieniu.

W razie zgłoszenia zastrzeżeń, zgodnie z art. 62 ust. 2 ustawy o NIK, termin nadesłania informacji, o którym mowa wyżej, liczy się od dnia otrzymania ostatecznej uchwały właściwej komisji NIK.