



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Krakowie

P/12/142
LKR-4101-04-01/2012

Kraków, dnia sierpnia 2012 r.

**Pani
Barbara Misińska
Dyrektor
Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Warszawie
ul. Chałubińskiego 8
00-613 Warszawa**

Wystąpienie pokontrolne

Na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.), zwanej dalej „ustawą o NIK”, Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Krakowie przeprowadziła w Mazowieckim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie (Oddziale) kontrolę sposobu prowadzenia kontroli świadczeniodawców oraz weryfikacji wykonania zakontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej w latach 2009-2011 i w I kwartale 2012 r.

W związku z kontrolą, której wyniki przedstawiono w protokole kontroli podpisanym 8 sierpnia 2012 r. oraz omówiono na naradzie pokontrolnej 8 sierpnia 2012 r., Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 60 ustawy o NIK w związku z art. 2 ustawy z dnia 22 stycznia 2010 r. o zmianie ustawy o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. Nr 227, poz. 1482 ze zm.), przekazuje Pani Dyrektor niniejsze wystąpienie pokontrolne.

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie sposób prowadzenia przez Oddział postępowań kontrolnych. Były one prowadzone rzetelnie i zgodnie z obowiązującymi procedurami, zapewniając wykrycie nieprawidłowości w realizacji i rozliczaniu świadczeń. Warunki organizacyjne działalności kontrolnej w Oddziale nie zapewniały jednak adekwatnej do potrzeb liczby kontroli, a ich ograniczony zakres nie obejmował sprawdzenia istotnych elementów dostępności i jakości świadczeń. Aktualny poziom zatrudnienia uniemożliwiał zaplanowanie kontroli we wszystkich obszarach ryzyka oraz objęcie kontrolą każdego świadczeniodawcy co najmniej raz na 5 lat. Prawdopodobieństwo kontroli świadczeniodawcy było mniejsze niż średnio raz na 7 lat, a dla udzielających świadczeń np. w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna i leczenie stomatologiczne wynosiło odpowiednio raz na 18 i 21 lat, co świadczy zarówno o niewydolności systemu kontroli, jak i o osłabieniu jego prewencyjnej roli wobec świadczeniodawców. Wprawdzie w Oddziale prowadzona była na bieżąco weryfikacja rozliczeń, ale na jej skuteczność i efektywność znaczący wpływ miały nieaktualne dane zawarte w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych (CWU). Informacje o ubezpieczonych przekazywane przez ZUS, KRUS oraz MSW były nieaktualne nawet od

kilku lat. Dużym nakładem pracy Oddział prowadził na bieżąco postępowania wyjaśniające, dokonując korekt danych w CWU, ale działania te nie były w stanie zapewnić pełnej wiarygodności i zupełności tego wykazu, a tym samym poprawnej weryfikacji rozliczonych świadczeń.

Ocenę powyższą uzasadniają oceny szczegółowe.

- I. W ocenie Najwyższej Izby Kontroli sposób planowania, mała liczba kontroli, a także dobór kontrolowanych świadczeniodawców nie zapewniały rzetelnego nadzoru nad wykonywaniem zakontraktowanych na terenie Oddziału usług medycznych, a także nie sprzyjały ujawnieniu potencjalnych nieprawidłowości co do rozliczenia środków, jak i w zakresie jakości, dostępności i prawidłowości świadczeń udzielanych pacjentom. Na brak możliwości realizacji adekwatnych do potrzeb zadań kontrolnych wpływ miały przede wszystkim uwarunkowania organizacyjne i finansowe w Narodowym Funduszu Zdrowia.

1. W latach 2009-2011 liczba przeprowadzonych przez Oddział kontroli zmniejszyła się o 27,3% (z 433 do 315), a liczba kontrolowanych świadczeniodawców o 20,3% (z 310 do 247). Udział świadczeniodawców objętych kontrolą w tym okresie zmniejszył się z 14,7% do 11,9%. Kontrole planowano i przeprowadzano przede wszystkim w rodzajach świadczeń o największych wartościach. Najwięcej kontroli zostało przeprowadzonych w lecznictwie szpitalnym (24,4%), gdzie średnia liczba świadczeniodawców objętych rocznie kontrolą wynosiła ok. 68,6%. W pozostałych rodzajach średnia ta wynosiła od 37,6% w przypadku świadczeń zdrowotnych kontraktowanych odrębnie do 3,1% w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi. W 6 rodzajach (ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie stomatologiczne, podstawowa opieka zdrowotna, pomoc doraźna i transport sanitarny, zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi i leczenie uzdrowiskowe) średnia ta nie przekroczyła 10%, przy czym w 4 z tych rodzajów świadczeń udzielało od 240 do 790 świadczeniodawców. Oznacza to, że średnie prawdopodobieństwo kontroli świadczeniodawcy w tych rodzajach było mniejsze niż raz na 10 lat, a w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, leczenie stomatologiczne i zaopatrzenie w wyroby medyczne było mniejsze niż odpowiednio raz na: 18, 21 i 32 lata. Oddział nie przeprowadzał kontroli w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne.

Analiza działalności kontrolnej Oddziału na przykładzie losowo wybranych 50 świadczeniodawców wykazała, że wszyscy (15) udzielający świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne byli kontrolowani nawet kilka razy w roku. W przypadku 20 z 35 świadczeniodawców realizujących umowy w innych rodzajach (54,3%) nie przeprowadzono żadnej kontroli co najmniej od 2003 r., a u 9 z nich nie przeprowadzono w tym czasie wizytacji, zaś kolejnych 7 świadczeniodawców wizytowano tylko jednokrotnie, w związku z kontraktowaniem w latach 2005-2012.

W ocenie NIK liczba przeprowadzanych kontroli była niewystarczająca dla zapewnienia prawidłowego i rzetelnego nadzoru nad świadczeniodawcami, a tym samym właściwego poziomu i jakości udzielanych świadczeń. Obecny system organizacji kontroli nie zapewnia nie tylko objęcia każdego świadczeniodawcy kontrolą raz na 5 lat, o czym mowa w § 41 ust. 1 zarządzenia Nr 23/2009/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 13 maja 2009 r. w sprawie planowania, przygotowywania i prowadzenia postępowania kontrolnego oraz realizacji wyników kontroli, ale również nadzoru nad świadczeniodawcami w niektórych zakontraktowanych rodzajach świadczeń. Zdaniem NIK system kontroli w Oddziale nie spełnia też funkcji prewencyjnej.

2. Stan zatrudnienia w komórkach odpowiedzialnych za kontrolę u świadczeniodawców nie był wystarczający do zapewnienia prawidłowego nadzoru nad świadczeniodawcami.

W 2011 roku i w I kwartale 2012 r. działalnością kontrolną zajmowało się 72 pracowników Oddziału, tj. o jedną osobę więcej niż w 2009 r. i o siedem osób więcej niż w 2010 r. Osoby te posiadały wykształcenie medyczne umożliwiające prowadzenie kontroli dokumentacji medycznej, jakości i zasadności udzielanych świadczeń we wszystkich rodzajach zakontraktowanych świadczeń, przy czym liczba zatrudnionych pracowników nie pozwalała na objęcie kontrolą każdego świadczeniodawcy przynajmniej raz na 5 lat. W latach 2010-2011 i w I kwartale 2012 r. przeprowadzono 29 rekrutacji do komórek kontrolnych Oddziału (w tym 23 dotyczące osób posiadających wykształcenie medyczne), w wyniku których zatrudniono 10 osób z wykształceniem medycznym oraz pięć z wykształceniem niemedycznym (prawo, zarządzanie). W pozostałych przypadkach nie wpłynęły oferty spełniające wymogi lub kandydaci zrezygnowali

z podjęcia pracy. Na trudności w pozyskaniu wykwalifikowanych pracowników do zadań kontrolnych (z wykształceniem medycznym) wpływ mają przede wszystkim ograniczone możliwości płacowe Oddziału. W okresie objętym kontrolą koszty administracyjne Oddziału stanowiły ok. 0,7%, a koszty poniesione na kontrolę świadczeniodawców ok. 0,06% kosztów ogółem. Zauważyć przy tym należy, że łączna kwota nałożonych w wyniku przeprowadzonych kontroli kar i ustalonych kwot nienależnie przekazanych środków była trzykrotnie wyższa od kosztów Oddziału związanych z działalnością kontrolną świadczeniodawców.

NIK ocenia pozytywnie działania Dyrektora Oddziału zmierzające do zwiększenia liczby kontroli oraz wsparcia działalności kontrolnej. W okresie objętym kontrolą Dyrektor Oddziału zawarł trzy umowy z podmiotem zewnętrznym na prowadzenie czynności kontrolnych w zakresie realizacji umów na wykonywanie świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców z terenu działania delegatury w Ostrołęce. W sytuacji występowania w trakcie prowadzonych kontroli skomplikowanych zagadnień medycznych rzutujących na końcową ocenę działalności świadczeniodawcy, Oddział występował również o opinię do właściwego Konsultanta Wojewódzkiego w danej dziedzinie medycyny. Oddział nie korzystał jednak z możliwości powoływania do zbadania lub rozstrzygnięcia określonych zagadnień wymagających specjalistycznych kwalifikacji specjalistów w danej dziedzinie, o której mowa w art. 64 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej¹.

3. Ograniczenia organizacyjne i finansowe Oddziału powodowały, że plany kontroli konstruowano z założeniem, że każdy świadczeniodawca lub podmiot, który zawarł umowę z NFZ o finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, będzie poddany kontroli NFZ rzadziej niż raz na 5 lat.

W latach 2010-2011 rocznie planowano przeprowadzenie odpowiednio 208 i 172 kontroli, przy czym liczba zakontraktowanych świadczeniodawców była w 2010 roku ponad 10 razy większa (2139), a w 2011 r. ponad 12 razy większa (2076) od liczby planowanych kontroli. Plany kontroli sporządzono terminowo przez powoływane w Oddziale rokrocznie zespoły, które określiły obszary zagrożeń oraz wybrały podmioty do kontroli na podstawie propozycji przedłożonych przede wszystkim przez komórki merytoryczne, Dział Monitorowania, Analiz i Planowania Świadczeń oraz Sekcję Skarg i Wniosków, z uwzględnieniem tematów kontroli otrzymanych z Centrali NFZ. W planach kontroli sporządzanych dla Działu Kontroli Realizacji Umów na Świadczenia (DKRU) i delegatur przewidziano odpowiednio 199 i 164 kontrole, z których zrealizowano 90,5 % i 95,1%. Z planów na te lata usunięto łącznie 26 kontroli (m.in. z uwagi na braki kadrowe i przeprowadzenie w tym samym roku kontroli doraźnej świadczeniodawcy), natomiast w ich miejsce dodano 12 innych kontroli. Plan kontroli dla DKRU i delegatur na 2012 r. został przyjęty dopiero 11 kwietnia tego roku, tj. z ponad trzymiesięcznym opóźnieniem i przewidywał od II kwartału 155 kontroli tylko w 7 z 14 rodzajów zakontraktowanych świadczeń - głównie w obszarach wskazanych przez Dyrektora Oddziału, Centralę NFZ oraz kontrole wytypowane przez Dział Monitorowania, Analiz i Planowania Świadczeń. Spośród dziewięciu kontroli programów terapeutycznych i chemioterapii ujętych w planie na 2010 r. zrealizowano jedną (11,1%) a pozostałe osiem ujęto w planie na 2011 r., z czego zrealizowano tylko trzy kontrole (37,5%). Nieprzeprowadzone w poprzednich latach cztery kontrole ujęto w planie na 2012 r. Przyczyną niskiej realizacji planów w tych przypadkach była absencja chorobowa lekarza wchodzącego w skład zespołu kontrolnego Działu Programów Lekowych i Chemioterapii, trudności w pozyskaniu dodatkowych lekarzy oraz konieczność przeprowadzenia kontroli doraźnej zleconej przez Centralę NFZ.

4. Analiza 10 losowo wybranych postępowań kontrolnych wykazała, że czynności kontrolne u świadczeniodawców prowadzone były rzetelnie.

Osoby przeprowadzające kontrolę posiadały odpowiednie kwalifikacje oraz rzetelnie wykonywały czynności kontrolne, zgodnie z obowiązującymi procedurami. Stosownie do § 13 ust. 1 zarządzenia nr 23/2009/DSOZ dla objętych badaniem kontroli doraźnych oraz kontroli planowych niekoordynowanych Oddział opracował tematykę i wskazówki metodyczne o treści odpowiadającej wymogom określonym w § 11 pkt 5 i 6 w/w zarządzenia. Postępowanie kontrolne nr 17/2011 (kontrola planowa koordynowana) było prowadzone, zgodnie z § 9 zarządzenia nr 23/2009/DSOZ na podstawie przekazanego przez Cen-

¹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.)

tralę Funduszu programu kontroli, spełniającego wymogi określone w § 11 przedmiotowego zarządzenia. Kontrolowani świadczeniodawcy, we wszystkich objętych badaniem postępowaniach, stosownie do art. 64 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej zostali pisemnie zawiadomieni o kontroli, najpóźniej w chwili jej rozpoczęcia. Kary oraz kwoty nienależnie przekazanych środków zostały prawidłowo ustalone, a Oddział każdorazowo w wystąpieniu pokontrolnym wzywał świadczeniodawcę do dokonania zwrotu tych kwot. W przypadku niedokonania wpłaty w/w kwot w ustalonym terminie Oddział dokonywał ich potrącenia wraz z należnymi odsetkami, z należności przysługujących świadczeniodawcy z tytułu realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Stwierdzone w trakcie kontroli NIK nieprawidłowości polegały na rozpatrzeniu przez Oddział w trzech postępowaniach kontrolnych (32/2010, 222/2010 i 215/2010) zastrzeżeń do protokołu kontroli, które świadczeniodawcy wnieśli już po podpisaniu protokołu kontroli. Złożone zastrzeżenia zostały przez Oddział rozpatrzone, pomimo, że zgodnie z § 28 zarządzenia nr 23/2009/DSOZ prawo zgłoszenia umotywowanych zastrzeżeń przysługuje kierownikowi podmiotu kontrolowanego przed podpisaniem protokołu kontroli, w terminie 7 dni od daty doręczenia protokołu. W postępowaniu nr 222/2010 wniesione zastrzeżenia zostały rozpatrzone, a w wyniku ich częściowego uwzględnienia sporządzono i przekazano kierownikowi jednostki kontrolowanej nowy protokół kontroli, który został podpisany 25 października 2010 r. Sporządzony protokół zawierał pouczenia o przysługującym kierownikowi jednostki kontrolowanej prawie złożenia zastrzeżeń do ustaleń w nim zawartych. 27 października 2010 r. kierownik jednostki kontrolowanej złożył dodatkowe wyjaśnienia i wniósł zastrzeżenia do protokołu kontroli podpisanego 25 października 2010 r. Pismem z dnia 5 listopada 2010 r. MOW NFZ poinformował świadczeniodawcę o zakończeniu procedury odwoławczej i braku podstaw do rozpatrzenia przedmiotowych zastrzeżeń.

NIK zwraca uwagę, że w żadnym z objętych badaniem postępowania kontrolnych, w programie bądź tematyce kontroli nie przewidziano, a w prowadzonych kontrolach nie dokonano badania oceny udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w pełnym zakresie, o którym mowa w art. 64 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej oraz w § 3 ust. 1 zarządzenia nr 23/2009/DSOZ. W 10 badanych postępowaniach kontrolnych zaledwie w:

- dwóch dokonano sprawdzenia spełnienia przez pomieszczenia, w których udzielano świadczeń wymogów określonych dla danego rodzaju świadczeń oraz spełnienia przez świadczeniodawców wymogów dotyczących podania do wiadomości świadczeniobiorców niezbędnych informacji, o których mowa w § 11 ust 1 OWU,
- trzech dokonano sprawdzenia pomieszczeń w których udzielano świadczeń, pod względem wyposażenia w niezbędną aparaturę i sprzęt medyczny posiadający stosowne certyfikaty, atesty i inne dokumenty potwierdzające dopuszczenie do użytku i dokonanie aktualnych przeglądów przez uprawnione podmioty,

W powyższej próbie w sześciu przypadkach dokonano sprawdzenia kwalifikacji osób udzielających świadczeń.

Nieprzeprowadzanie kompleksowych kontroli w zakresie określonym w art. 64 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej przy równoczesnym obejmowaniu kontrolą świadczeniodawcy raz na kilkanaście lat powoduje, że jakość i dostępność do udzielanych przez niego świadczeń nie podlega nadzorowi Oddziału. NIK zwraca ponadto uwagę, że Oddział nie korzystał z możliwości, określonej w art. 192 a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, kierowania ankiet do świadczeniobiorców, w celu uprawdopodobnienia faktu udzielenia świadczenia oraz oceny jego jakości, co mogłoby być dodatkowym źródłem informacji do planowania i analizy ryzyka.

- II. W ocenie NIK dostępne narzędzia informatyczne i bazy danych nie pozwalały na rzetelną weryfikację rozliczeń prowadzonych ze świadczeniodawcami. Weryfikacja raportów statystycznych i uprawnień pacjenta do korzystania ze świadczeń dokonywana były w oparciu o Centralny Wykaz Ubezpieczonych, który zawierał nieaktualne dane. Brak aktualności danych zawartych w CWU wynikał głównie z nieprzekazywania lub przekazywania ze znacznym opóźnieniem danych do CWU przez ZUS, KRUS i MSW. Oddział, w celu prawidłowego potwierdzenia uprawnień świadczeniobiorców do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej, prowadził postępowania wyjaśniające, a w przypadku stwierdzenia nieaktualnych danych dokonywał korekt, których w okresie objętym kontrolą wykonano ponad 97,5 tysiąca.

1. CWU zawiera nieaktualne informacje dotyczące ubezpieczenia świadczeniobiorców. Aż w 19 z 20 badanych spraw (95%), w wyniku prowadzonych przez Oddział postępowań wyjaśniających, stwierdzono nieaktualne dane w tym wykazie. Dane te pozostawały nieaktualne przez okres od 19 dni do 3 238 dni, w tym w 11 sprawach (55%) przez okres powyżej 180 dni. Ich nieaktualność wynikała przede wszystkim z faktu nieprzekazywania przez zobowiązane instytucje (ZUS, KRUS i MSW) informacji o zgłoszeniach bądź wyrejestrowaniach z ubezpieczenia oraz z błędów w przekazywanych danych personalnych. Przykładowo, w sprawie nr DEU-4400-296-1-KL/12 dane dotyczące osoby urodzonej w 2001 r. nie były do dnia 14 marca 2012 r. widoczne w CWU. Oddział, w trakcie prowadzonego w 2012 r. postępowania wyjaśniającego, zwrócił się z wnioskiem do ZUS o przekazanie informacji o zgłoszeniu do ubezpieczenia członka rodziny. ZUS poinformował, że osoba ta od 28 maja 2001 r. jest zgłoszona do ubezpieczenia przez swoją matkę. W powyższej sprawie, dane zawarte w CWU były więc nieaktualne przez okres prawie 9 lat.

Niedopełnienie obowiązku przekazania do NFZ informacji wpływa bezpośrednio na prawo do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej, gdyż stosownie do art. 67 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego uważa się za spełniony po zgłoszeniu osoby podlegającej temu obowiązkowi do Funduszu i od tego momentu osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego uzyskuje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej. Natomiast błędy w przekazywanych danych personalnych mogą spowodować utrudnienia w uzyskaniu refundacji przez świadczeniodawców (np. poprzez konieczność oczekiwania na wyjaśnienie przez uprawnione organy omyłkowej informacji o zgonie ubezpieczonego).

2. NIK pozytywnie ocenia działania Oddziału zmierzające do aktualizacji danych zawartych w CWU. W latach 2010-2011, operatorzy CWU w Oddziale dokonali łącznie 83 089 operacji korygujących te dane, w tym 35 238 w 2010 r., 47 851 w 2011 r. i 14 478 w 2012 r. (do dnia 17 maja 2012 r.). We wszystkich badanych postępowaniach Oddział przeprowadził postępowania wyjaśniające, a po otrzymaniu informacji o okresach ubezpieczenia dokonał stosownych korekt. W siedmiu badanych sprawach korekty danych dokonano przed otrzymaniem odpowiedzi z ZUS i MSW, w dniu otrzymania zgłoszenia (trzy postępowania wyjaśniające) lub w terminie od jednego do pięciu dni od daty jego otrzymania. W pozostałych sprawach (13 postępowania) korekty zostały dokonane po otrzymaniu informacji z ZUS, KRUS lub MSW. Postępowania wyjaśniające trwały w tych sprawach od 19 dni do 117, przy czym czas oczekiwania na odpowiedź z ZUS, KRUS lub MSW wynosił od 1 dnia do 63 dni. W badanych sprawach nie doszło do opóźnień w płatności przez Oddział należności za świadczenia opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcom o nieaktualnych danych w CWU.
3. Ze względu na nieaktualność danych zawartych w CWU, weryfikacja przekazanych raportów statystycznych przeprowadzana w oparciu o ten wykaz, nie zapewnia prawidłowej kontroli świadczeń pod względem udzielenia ich osobom nieubezpieczonym oraz wykrycia świadczeniobiorców o nieprawidłowym tytule uprawnień. Analiza 10 zweryfikowanych przez Oddział raportów za marzec 2011 r. wykazała, że:
 - 7 świadczeń opieki zdrowotnej na łączną kwotę 25,9 tys. zł zostało oznaczonych błędem z komentarzem „PESEL świadczeniobiorcy, któremu udzielono świadczeń nie występuje w CWU” lub „Data zgonu przekazana w danych wypisowych jest inna niż data zgonu pacjenta w CWU”. W związku z niezgodnościami pomiędzy danymi zawartymi w wykazie, a danymi sprawozdanymi przez świadczeniodawców, Oddział przeprowadził postępowania wyjaśniające, kierując między innymi wnioski z prośbą o weryfikację danych do MSW. Ustalono, że we wszystkich badanych przypadkach dane w CWU były nieaktualne przez okres od 121 dni do 532 dni.
 - 461 świadczeń opieki zdrowotnej na łączną kwotę 452,6 tys. zł zostało oznaczonych błędem z komentarzem „tytuł uprawnienia U niezgodny ze statusem w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych”. Badaniem objęto 46 (10%) sprawozdawanych świadczeń na łączną kwotę 58,7 tys. zł, w tym 31 świadczeń (na łączną kwotę 47,2 tys. zł) udzielonych osobom poniżej 18 roku życia. Oddział przekazał informację o stwierdzonych błędach do Centrali NFZ, która przeprowadziła tzw. "weryfikację masową" tytułu uprawnienia. Weryfikacja ta nie potwierdziła obecności błędów w sprawozdawczości przekazanej przez świadczeniodawców, jednak zaznaczyć należy, że została przeprowadzona ok. pół roku później, a więc po kolejnych zmianach dokonanych w tym czasie w CWU.

4. NIK pozytywnie ocenia przeprowadzenie przez Oddział weryfikacji wstecznej dokonanych rozliczeń w ramach rocznej stawki kapitacyjnej, w celu odzyskania nienależnie przekazanych świadczeniodawcom środków za zmarłych świadczeniobiorców za lata 2010-2011 w kwocie 2 055,2 tys. zł. Zastrzeżenia budzi jednak niepodjęcie działań zmierzających do odzyskania nienależnie przekazanych środków za poprzednie lata. W trakcie kontroli NIK Oddział oszacował, że w latach 2008-2009, pomimo wygaśnięcia na skutek zgonu świadczeniobiorcy, ważności deklaracji wyboru, wypłacił z tytułu rocznej stawki kapitacyjnej środki w łącznej wysokości 3 044 094 zł.

Analiza prowadzonej weryfikacji wstecznej dokonana na przykładzie zgonów łącznie 45 świadczeniobiorców wykazała, że w przypadku czterech świadczeniobiorców zmarłych w okresie od sierpnia do grudnia 2009 r. Oddział nie dokonał wstecznej weryfikacji za miesiące od września 2009 r. do stycznia 2010 r. i nie wezwał świadczeniodawców do korekt za te miesiące na łączną kwotę 118,40 zł. Działanie Oddziału było w tych przypadkach niezgodne z zaleceniami Prezesa NFZ dotyczącymi podjęcia działań zmierzających do skorygowania rozliczeń od dat zgonów świadczeniobiorców.

5. NIK negatywnie ocenia finansowanie świadczeń udzielonych osobom uprawnionym do świadczeń, poniżej 18 roku życia ze środków pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, pomimo, że stosownie do wyników weryfikacji i danych w CWU świadczenia te powinny zostać sfinansowane z dotacji z budżetu państwa. W badanych raportach statystycznych, świadczeniodawcy wykazali świadczenia udzielone osobom poniżej 18 roku życia, na łączną kwotę 47,2 tys. zł. Zarówno weryfikacja przeprowadzona przez Oddział, jak również przeprowadzona pół roku po dokonaniu zapłaty weryfikacja masowa wykazały, że osoby te uprawnione były do świadczeń z tytułu wieku. Stosownie do art. 2 ust. 1 pkt. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej osobami uprawnionymi do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej są między innymi osoby posiadające obywatelstwo polskie i posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie ukończyły 18 roku życia. W konsekwencji każde dziecko (mające obywatelstwo polskie i zamieszkujące na stałe w Polsce) uzyskuje prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych, jednak status osoby ubezpieczonej mają jedynie dzieci zgłoszone do ubezpieczenia zdrowotnego jako członkowie rodziny osoby ubezpieczonej bądź dzieci zgłoszone do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego przez np. szkołę lub placówkę opiekuńczą jako dzieci (ucznio- wie) niepodlegające ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu. Stosownie do art. 13 w/w ustawy, świadczenia opieki zdrowotnej udzielane świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni są finansowane z budżetu państwa, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej. W związku z powyższym leczenie dzieci ubezpieczonych powinno być finansowane ze środków NFZ pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, natomiast leczenie dzieci nieposiadających ubezpieczenia zdrowotnego ze środków otrzymanych na ten cel w ramach dotacji z budżetu państwa.
6. Funkcjonujące reguły weryfikacyjne służą do sprawdzenia prawidłowości rozliczeń i nie odnoszą się do jakości i dostępności udzielanych świadczeń, która zdaniem NIK może zostać zbadana wyłącznie w ramach kontroli „fizycznej” przeprowadzonej u świadczeniodawcy.

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

- 1) Kontynuację weryfikacji wstecznej rozliczenia stawki kapitacyjnej z uwzględnieniem uwag zawartych w niniejszym wystąpieniu.
- 2) Przestrzeganie obowiązku finansowania świadczeń udzielonych osobom uprawnionym do świadczeń z tytułu nieukończenia 18 roku życia z dotacji z budżetu państwa i dokonanie korekty rozliczeń świadczeń sfinansowanych ze środków pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne.
- 3) Rozważenie wykorzystania ankietowania pacjentów i wykorzystania uzyskanych w ten sposób informacji do analizy ryzyka w celu typowania problemów i podmiotów do kontroli.

Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Krakowie, na podstawie art. 62 ust. 1 ustawy o NIK w związku z art. 2 ustawy o zmianie ustawy o Najwyższej Izbie Kontroli, prosi o przedstawienie przez Panią Dyrektora w terminie 14 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego, informacji o sposobie wykorzystania uwag

i wykonania wniosków oraz o działaniach podjętych w celu realizacji wniosków lub o przyczynach niepodjęcia takich działań.

Zgodnie z treścią art. 61 ust.1 ustawy o NIK w związku z art. 2 ustawy o zmianie ustawy o Najwyższej Izbie Kontroli, w terminie 7 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego przysługuje Pani Dyrektor prawo zgłoszenia na piśmie do dyrektora Delegatury NIK w Krakowie 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 w związku z art. 2 ustawy o zmianie ustawy o Najwyższej Izbie Kontroli, termin nadesłania informacji, o której mowa wyżej, liczy się od dnia otrzymania ostatecznej uchwały właściwej komisji NIK w sprawie rozpatrzenia zastrzeżeń.