



**WICEPREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
WOJCIECH MISIĄG**

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

Kraków, dnia 15 listopada 2012 r.

**Pani
Agnieszka Pachciarz
Prezes
Narodowego Funduszu Zdrowia**

Tekst ujednolicony

Wystąpienie pokontrolne

Na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹, zwanej dalej „ustawą o NIK”, Najwyższa Izba Kontroli przeprowadziła w pięciu oddziałach wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia (Kielce, Lublin, Szczecin, Warszawa i Wrocław) kontrolę sposobu prowadzenia kontroli świadczeniodawców oraz weryfikacji wykonania zakontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w latach 2009 – 2011 i w I kwartale 2012 r.² Czynności kontrolne prowadzone były od 16 kwietnia do 17 lipca 2012 r., w oparciu o przepisy ustawy o NIK w brzmieniu sprzed nowelizacji dokonanej przez ustawę z dnia 22 stycznia 2010 r. o zmianie ustawy o Najwyższej Izbie Kontroli³. Ocena końcowa obejmowała wydajność i skuteczność systemu w aspekcie nakładów oraz stopnia osiągnięcia celów dla jakich funkcjonuje system kontroli NFZ, jak również prawidłowość prowadzonych czynności kontrolnych oraz ich skuteczność.

W związku z zastrzeżeniami do efektywności i skuteczności systemu kontroli realizacji kontraktów i nadzoru nad świadczeniodawcami oraz stwierdzonymi nieprawidłowościami, uwzględniając przekazane przez Panią Prezes informacje i wyjaśnienia, Najwyższa Izba Kontroli, stosownie do art. 60 ust. 1 ustawy o NIK w związku z art. 2 ustawy z dnia 22 stycznia 2010 r. o zmianie ustawy o Najwyższej Izbie Kontroli, przekazuje niniejsze wystąpienie pokontrolne.

Zdaniem NIK system kontroli NFZ działa nieefektywnie i nieskutecznie, ponieważ nie gwarantuje właściwego nadzoru nad wykonywaniem kontraktów, w tym nad jakością i dostępnością świadczeń oraz nie pozwala na sprawną i bezbłędną weryfikację rozliczeń przekładanych przez świadczeniodawców.

Warunki organizacyjne działalności kontrolnej oddziałów wojewódzkich NFZ nie zapewniały adekwatnej do potrzeb liczby kontroli, a ich ograniczony zakres nie obejmował sprawdzenia istotnych elementów dostępności i jakości świadczeń. Liczba przeprowadzanych kontroli oraz ich dobór w poszczególnych zakresach świadczeń nie zapewniały ani uwzględnienia wyników analizy ryzyka ani też wykonania planów poszczególnych oddziałów NFZ. Nie spełniały one też wymogu skontrolowania każdego świadczeniodawcy raz na pięć lat, zgodnie

¹ Dz. U. z 2012 r. poz. 82.

² Delegatura NIK w Krakowie przeprowadziła kontrolę w oddziale wojewódzkim w Warszawie oraz koordynowała kontrole przeprowadzone w pozostałych oddziałach. Kontrolę w oddziałach wojewódzkich NFZ w Kielcach, Lublinie, Szczecinie i we Wrocławiu przeprowadziły właściwe miejscowo delegatury NIK.

³ Dz. U. Nr 227, poz. 1482 ze zm.

z zarządzeniem nr 23/2009/DSOZ Prezesa NFZ⁴. Planując zakres prowadzonych kontroli nie zakładano pełnej oceny jakości i dostępności udzielanych świadczeń, co w związku z małą liczbą kontroli powodowało, że te aspekty ich wykonywania pozostawały praktycznie poza nadzorem. Żadne z kontrolowanych postępowań nie obejmowało podwykonawców świadczeń. Wynikało to głównie z niskich nakładów na kontrolę, w tym niskiego poziomu zatrudnienia oraz problemów z zatrudnieniem osób z wykształceniem medycznym. Średnia częstość kontroli świadczeniodawcy w latach 2009 – 2011 była mniejsza niż raz na 10 lat, przy czym np. dla udzielających świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej wynosiła raz na 24 lata, a w leczeniu stomatologicznym raz na 18 lat. Jednocześnie tylko jeden z kontrolowanych oddziałów korzystał z możliwości ankietowania pacjentów, a funkcjonujący system kontroli realizacji umów nie przewidywał potwierdzenia wykonania świadczenia przez samego pacjenta.

NIK negatywnie oceniła rzetelność i wiarygodność podstawowej bazy danych jaką dysponują oddziały NFZ tj. Centralnego Wykazu Ubezpieczonych (CWU). W ocenie NIK stanowi ona istotny element systemu kontroli, a jej nieaktualność uniemożliwia sprawną i bezbłędną weryfikację przedłożonych przez świadczeniodawców rozliczeń. Wprawdzie w oddziałach weryfikacja ta prowadzona była na bieżąco, ale w CWU znajdowały się informacje o ubezpieczonych (przekazywane przez ZUS, KRUS oraz MSW) nieaktualne nawet od kilku lat. Pomimo, że oddziały, dużym nakładem pracy, prowadziły na bieżąco postępowania wyjaśniające dokonując korekt danych w CWU, to działania te nie były w stanie zapewnić pełnej wiarygodności i zupełności tego wykazu, a tym samym pełnej rozliczalności świadczeń.

Wskazane powyżej czynniki świadczą zarówno o niewydolności systemu kontroli, jak również osłabiają jego prewencyjną rolę wobec świadczeniodawców.

Pomimo zastrzeżeń do funkcjonowania systemu kontroli NIK oceniła, że postępowania kontrolne, w odniesieniu do ich zaplanowanego zakresu, były prowadzone przez oddziały skutecznie, rzetelnie i zgodnie z obowiązującymi procedurami, zapewniając wykrycie nieprawidłowości w realizacji i rozliczaniu świadczeń. Efekty finansowe w postaci nałożonych kar i ustalonych kwot nienależnie przekazanych środków były ponad trzykrotnie wyższe od kosztów oddziałów związanych z działalnością kontrolną świadczeniodawców, które w latach 2010 – 2011 stanowiły zaledwie ok. 0,05% ich kosztów ogółem. W ocenie NIK jest to istotny argument za zwiększeniem nakładów na zadania kontrolne NFZ. Biorąc pod uwagę, że kontrola, obok kontraktowania świadczeń, jest głównym zadaniem Funduszu, zapewnienie, aby była właściwie zorganizowana, a jej zakres był odpowiedni do potrzeb, jest gwarancją prawidłowości i rozliczalności udzielania świadczeń zdrowotnych.

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 oddziałów 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. Liczba przeprowadzanych kontroli w oddziałach wojewódzkich NFZ wykazuje tendencję spadkową. W latach 2009 – 2011 liczba przeprowadzonych przez oddziały kontroli zmniejszyła się o 8,5%, przy czym w analogicznym okresie liczba świadczeniodawców, z którymi zostały zawarte umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zmniejszyła się o 5%, przy jednoczesnym wzroście w tym okresie o 4,9% kosztów realizacji świadczeń opieki zdrowotnej. Średni udział świadczeniodawców objętych kontrolą we wszystkich oddziałach wojewódzkich NFZ wynosił w badanym okresie od 7,1% w 2010 r. do 8,1% w 2009 r. co oznacza, że świadczeniodawca może się spodziewać kontroli średnio raz na 12 – 13 lat, pomimo, że zgodnie z § 41 ust. 1 zarządzenia nr 23/2009/DSOZ Prezesa NFZ każdy podmiot, który zawarł umowę z Funduszem powinien być kontrolowany nie rzadziej niż raz na 5 lat. Dodatkowo należy uwzględnić, że wielu świadczeniodawców ze względu na wysokość środków i znaczną liczbę zakontraktowanych świadczeń (zwłaszcza w lecznictwie szpitalnym) kontrolowanych było kilkakrotnie w ciągu roku, w związku z czym częstość kontroli u pozostałych była jeszcze

⁴ Zarządzenie nr 23/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 maja 2009 r. w sprawie planowania, przygotowywania i prowadzenia postępowania kontrolnego oraz realizacji wyników kontroli, zwane dalej „zarządzeniem nr 23/2009/DSOZ”.

mniejsza. Kontrole planowano i przeprowadzano przede wszystkim w rodzajach świadczeń o największych wartościach. Kontrolą obejmowano rocznie od 57% świadczeniodawców w lecznictwie szpitalnym do 3,6% w lecznictwie uzdrowiskowym, przy czym aż w dziewięciu z 14 kontraktowanych rodzajów świadczeń kontrolowano mniej niż 10% świadczeniodawców co oznacza, że średnia częstota kontroli w tych rodzajach była mniejsza niż raz na 10 lat. Niektóre rodzaje świadczeń pozostawały praktycznie poza kontrolą, przykładem czego może być częstota kontroli podmiotu udzielającego świadczeń w lecznictwie stomatologicznym w dolnośląskim oddziale wojewódzkim NFZ, która była mniejsza niż raz na 76 lat.

W złożonych wyjaśnieniach Pani Prezes potwierdziła, że w obecnej sytuacji nie ma możliwości spełnienia warunku skontrolowania każdego świadczeniodawcy przynajmniej raz na 5 lat oraz poinformowała o podjętych w 2012 r. pracach zmierzających do całkowitego usunięcia tego wymogu. W ocenie NIK działania Funduszu powinny zmierzać do zapewnienia warunków organizacyjnych gwarantujących wykonywanie kontroli adekwatnie do potrzeb, jakie NFZ sam określa (między innymi poprzez analizę ryzyka), a samo wykreślenie powyższego zapisu nie usprawni planowania działalności kontrolnej NFZ, ani nie wzmocni systemu kontroli.

Analiza działalności kontrolnej dokonana na przykładzie losowo wybranych 250 świadczeniodawców z terenu pięciu kontrolowanych oddziałów, w tym 78 udzielających w lecznictwie szpitalnym i 172 w pozostałych rodzajach świadczeń wykazała, że tylko jeden podmiot udzielający świadczeń w lecznictwie szpitalnym nie był objęty kontrolą od 2003 r., a pozostali byli kontrolowani w tym okresie od kilku do kilkunastu razy, z zachowaniem wymogu kontroli raz na 5 lat. Natomiast wśród podmiotów udzielających świadczeń w innych rodzajach, aż 54,1% świadczeniodawców nie było objętych kontrolą ani razu od początku istnienia NFZ, tj. przez dziewięć lat, a kolejnych 9,9% od 2004 r., tj. przez osiem lat. Oddziały w ograniczonym stopniu korzystały również z możliwości przeprowadzania wizytacji w trakcie kontraktowania świadczeń u podmiotów udzielających świadczeń od wielu lat. W latach 2003 – 2011 oraz w I kwartale 2012 wizytacje zostały przeprowadzone zaledwie u od 10% objętych badaniem świadczeniodawców z terenu województwa lubelskiego do 51,4% z terenu województwa zachodniopomorskiego, których w tym okresie nie poddano kontroli. Wynika to między innymi z zasad przyjętych w oddziałach, stanowiących wymóg przeprowadzenia wizytacji wyłącznie w przypadku kontraktowania nowych podmiotów, zmiany miejsca udzielania świadczeń lub rozszerzenia zakresu umowy.

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, ale również nadzoru nad świadczeniodawcami w niektórych zakontraktowanych rodzajach świadczeń. Zdaniem NIK system kontroli w oddziałach nie spełnia też funkcji prewencyjnej.

2. We wszystkich kontrolowanych oddziałach stan zatrudnienia w komórkach odpowiedzialnych za kontrolę u świadczeniodawców nie był wystarczający do zapewnienia prawidłowego nadzoru nad świadczeniodawcami. Zbyt mała liczba pracowników, w szczególności posiadających wykształcenie medyczne, w tym lekarzy i lekarzy stomatologów wpływała na niską, w stosunku do potrzeb, liczbę wykonanych kontroli oraz niepełną realizację przyjętych planów kontroli. Na działalność kontrolną wpływ ma również duża rotacja pracowników w komórkach kontrolnych.

Pomimo, że dyrektorzy kontrolowanych oddziałów podejmowali działania zmierzające do zwiększenia liczby kontroli oraz wsparcia działalności kontrolnej, to jednak nie zapewniały one prawidłowej realizacji nadzoru. Działania te polegały przede wszystkim na ogłaszaniu postępowań kwalifikacyjnych, które często okazywały się nieskuteczne, w związku z brakiem kandydatów spełniających wymogi, lub ich rezygnacją przed podpisaniem umowy ze względu na zbyt niskie wynagrodzenie. Oddziały występowały również o opinię do właściwych konsultantów wojewódzkich w przypadku skomplikowanych zagadnień medycznych oraz sporadycznie zawierały umowy z podmiotami zewnętrznymi na prowadzenie czynności kontrolnych i powoływały specjalistów.

Na trudności w pozyskaniu wykwalifikowanych pracowników do zadań kontrolnych posiadających medyczne wykształcenie wpływ mają przede wszystkim ograniczone możliwości płacowe w oddziałach. Niskie wynagrodzenie, w porównaniu z wynagrodzeniem oferowanym aktualnie w sektorze usług medycznych jest główną przyczyną problemów z pozyskaniem i utrzymaniem przez

oddziały wykwalifikowanej kadry medycznej. Z ustaleń kontroli NIK wynika, że oddziały NFZ wydatkują ok. 1% na koszty administracyjne Funduszu, w tym ok. 0,05% na działalność kontrolną.

3. Ograniczenia organizacyjne i finansowe oddziałów 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. Liczba zakontraktowanych podmiotów była w 2010 r. od 10 razy w oddziale mazowieckim do 30 razy w oddziale świętokrzyskim, a w 2011 r. od 12 razy w oddziale mazowieckim do 28 razy w oddziale świętokrzyskim większa od liczby planowanych kontroli. W kontrolowanych oddziałach wojewódzkich NFZ, zgodnie z § 7 ust. 2 i § 39 zarządzenia nr 23/2009/DSOZ, opracowywane były roczne plany kontroli podzielone na kwartały, obejmujące kontrole planowe niekoordynowane, realizowane na terenie jednego województwa. Stosownie do przekazywanych corocznie przez Prezesa NFZ zasad i kryteriów tworzenia rocznych planów kontroli, we wszystkich kontrolowanych oddziałach dyrektorzy powoływali Zespoły do tworzenia planów kontroli składające się z przedstawicieli komórek merytorycznych, komórek ds. monitorowania świadczeń i analiz oraz komórek kontroli świadczeniodawców. Zespoły te określały obszary zagrożeń oraz wybierały podmioty do kontroli na podstawie propozycji przedłożonych przede wszystkim przez komórki merytoryczne i komórki ds. monitorowania świadczeń. Przy opracowywaniu planu uwzględniano również tematy ustalone przez Centralę NFZ. Ze względu na ograniczone możliwości, znaczna część propozycji przekazywanych przez komórki merytoryczne nie była ujmowana w planach kontroli. Przykładowo w latach 2010 – 2011 Lubelski oddział uwzględnił w planach kontroli łącznie 32,9% złożonych propozycji, a świętokrzyski na 424 proponowanych przez komórki merytoryczne podmiotów w planie na rok 2010 uwzględnił 48 (11,3%) z nich. Brak możliwości przeprowadzenia kontroli u każdego świadczeniodawcy wytypowanego na podstawie analizy ryzyka wynikał z niewystarczających zasobów kadrowych.

Ustalenia i oceny NIK potwierdzają wyjaśnienia złożone przez Panią Prezes, w których podnosi Pani, że akceptacja wszystkich propozycji tematów kontroli oraz ich ujęcie w planach skutkowałoby paraliżem systemu kontroli, a wskaźnik realizacji planów zbliżyłby się do wartości krytycznych.

Kontrola wykazała, że część oddziałów nie realizowała przyjętych planów kontroli w stopniu zadowalającym. W oddziałach mazowieckim i lubelskim plany kontroli na lata 2010 – 2011 realizowane były w co najmniej 90%, przy czym w oddziale mazowieckim plany kontroli programów terapeutycznych i chemioterapii, ze względu na problemy kadrowe komórki kontrolnej, zostały zrealizowane odpowiednio na poziomie 11,1% i 37,5%. W pozostałych kontrolowanych oddziałach plany kontroli były realizowane od 36,6% (plan kontroli dolnośląskiego oddziału wojewódzkiego NFZ na 2011 r.) do 76,5% (plan kontroli zachodniopomorskiego oddziału wojewódzkiego NFZ na 2011 r.). W 2011 r. przyjęte plany kontroli zostały zrealizowane w: 36,6% w dolnośląskim oddziale wojewódzkim NFZ, 37,1% w oddziale świętokrzyskim, 76,5% w oddziale zachodniopomorskim, 81% w lubelskim i 92,4% w mazowieckim.

Przyczyną niepełnej realizacji planów kontroli były między innymi braki kadrowe (związane z absencjami chorobowymi pracowników lub ich rezygnacją z pracy), zwiększenie czasochłonności kontroli ze względu na konieczność rozszerzenia jej zakresu i powierzanie pracownikom kontroli zadań związanych z kontraktowaniem i weryfikacją świadczeń ponad limit, opracowywaniem materiałów dla organów ścigania oraz realizacją większej liczby kontroli doraźnych niż zakładano w trakcie opracowywania planów.

Według wyjaśnień Pani Prezes pomimo próby utrzymania przy tworzeniu planów odpowiednich proporcji czasochłonności kontroli doraźnych, planowych i koordynowanych, liczba kontroli doraźnych (w szczególności zlecanych przez organy ścigania i instytucje zewnętrzne) pozostaje główną przyczyną niewykonania planów. Pani Prezes podkreśliła także, że czynnikiem w istotny sposób wpływającym na liczbę kontroli i realizację planów jest niewystarczające zatrudnienie w komórkach kontrolnych oraz angażowanie pracowników tych komórek do innych zadań (w szczególności w okresie kontraktowania świadczeń), podczas gdy sporadycznie mają miejsce sytuacje, gdy do zadań kontrolnych oddelegowany zostaje pracownik innej komórki.

NIK podziela powyższą opinię, zwracając uwagę, iż przyczyn tych nie da się wyeliminować przy utrzymywaniu bardzo niskich nakładów na działalność kontrolną. Na konieczność zwiększenia tych

nakładów NIK wskazywała już w wynikach kontroli wykonania planu finansowego NFZ w 2009 r.⁵. Niski poziom kosztów administracyjnych Funduszu (w tym na działalność kontrolną) był też przedmiotem interpelacji poselskich⁶.

4. Analiza 50 losowo wybranych postępowań kontrolnych wykazała, że czynności kontrolne u świadczeniodawców prowadzone były skutecznie, rzetelnie i zgodnie z procedurami. Osoby przeprowadzające kontrole posiadały niezbędne kwalifikacje, a w skład zespołów prowadzących kontrole dokumentacji medycznej, jakości i zasadności udzielanych świadczeń wchodziły osoby posiadające medyczne wykształcenie odpowiadające zakresowi prowadzonej kontroli. Dla objętych badaniem kontroli doraźnych oraz kontroli planowych niekoordynowanych oddziały, stosownie do § 13 ust. 1 zarządzenia nr 23/2009/DSOZ opracowywały tematykę i wskazówki metodyczne o treści odpowiadającej wymogom określonym w § 11 pkt 5 i 6 w/w zarządzenia, a kontrole planowe prowadziły na podstawie przekazanych przez Centralę Funduszu programów kontroli, spełniających wymogi określone w § 11 przedmiotowego zarządzenia. W jednym przypadku, świadczeniodawca został nieterminowo zawiadomiony o kontroli (dolnośląski oddział wojewódzki zawiadomił go dzień po rozpoczęciu czynności kontrolnych). W pozostałych postępowaniach świadczeniodawcy, stosownie do art. 64 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej⁷ zostali, pisemnie zawiadomieni o kontroli, najpóźniej w chwili jej rozpoczęcia.

Kary oraz kwoty nienależnie przekazanych środków zostały prawidłowo ustalone, a oddziały każdorazowo w wystąpieniu pokontrolnym wzywały świadczeniodawcę do dokonania zwrotu tych kwot. W przypadku niedokonania wpłaty w/w kwot w ustalonym terminie, oddziały dokonywały ich potrącenia wraz z należnymi odsetkami z należności przysługujących świadczeniodawcy z tytułu realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

NIK zwraca uwagę, że w żadnym z objętych badaniem postępowań 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.

W 50 badanych postępowaniach kontrolnych zaledwie w:

- ✓ dwunastu dokonano sprawdzenia spełnienia przez pomieszczenia, w których udzielano świadczeń wymogów określonych dla danego rodzaju świadczeń;
- ✓ jedenastu dokonano spełnienia przez świadczeniodawców wymogów dotyczących podania do wiadomości świadczeniobiorców niezbędnych informacji o których mowa w § 11 ust. 1 OWU⁸;
- ✓ trzynastu 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;
- ✓ szesnastu dokonano sprawdzenia kwalifikacji osób udzielających świadczeń.

W wyjaśnieniach Pani Prezes podała, że do kompleksowego zbadania sposobu realizacji umowy niezbędnym jest sprawdzenie w każdym przypadku spełnienia przez świadczeniodawcę określonych wymogów w zakresie danego rodzaju świadczeń, takich jak kwalifikacje personelu udzielającego świadczeń oraz wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną. Odstępstwem od takiego sposobu są niektóre kontrole koordynowane, w szczególności w lecnictwie szpitalnym, gdzie szczególna uwaga skupiona jest na prawidłowości rozliczania, przy czym zawsze przedmiotem badania są też kwalifikacje personelu medycznego. W kontrolach doraźnych, realizowanych bezzwłocznie po otrzymaniu zlecenia kontroli zakres badań, w szczególności dotyczący sprawdzenia sposobu realizacji umowy może być niepełny, co wynika z faktu, iż czynności kontrolne skupiają się wokół określonego problemu, który jest przedmiotem zlecenia kontroli.

⁵ Informacja o wynikach kontroli wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2009 r. (P/10/093).

⁶ Na przykład: odpowiedź podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia na interpelację nr 13338.

⁷ 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.).

⁸ Zgodnie z § 11 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484).

Wyniki kontroli NIK wskazują jednak, że oddziały wojewódzkie NFZ również w przypadku kontroli planowych nie dokonywały kompleksowej oceny sposobu realizacji zawartych ze świadczeniodawcami umów. Przykładowo oddział wojewódzki NFZ w Lublinie, we wszystkich objętych badaniem kontrolach planowych⁹, nie dokonał oceny spełnienia wymogów przez pomieszczenia, w których udzielano świadczeń, wyposażenia w niezbędną aparaturę i sprzęt medyczny posiadający stosowne certyfikaty, atesty i inne dokumenty potwierdzające dopuszczenie do użytku, kwalifikacji personelu i podania do publicznej wiadomości świadczeniodawców niezbędnych informacji.

Nieprzeprowadzanie kompleksowych kontroli w zakresie określonym w art. 64 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej przy równoczesnym obejmowaniu kontrolą świadczeniodawcy raz na kilka-kilkanaście lat powoduje, że jakość i dostępność do udzielanych przez niego świadczeń nie podlega nadzorowi oddziału. NIK zwraca ponadto uwagę, że oddziały, poza zachodniopomorskim oddziałem, nie korzystały 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. Oddziały, w celu prawidłowego potwierdzenia uprawnień świadczeniobiorców do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej, prowadziły postępowania wyjaśniające, a w przypadku stwierdzenia nieaktualnych danych dokonywały korekt, których w okresie objętym kontrolą wykonywano kilkadziesiąt tysięcy rocznie w każdym z kontrolowanych oddziałów.

1. CWU zawiera nieaktualne informacje dotyczące ubezpieczenia świadczeniobiorców. Aż w 97 z 100 badanych spraw, w wyniku prowadzonych przez oddziały postępowań wyjaśniających, stwierdzono nieaktualne dane w tym wykazie. Dane te pozostawały nieaktualne przez okres od 3 dni do prawie 9 lat, w tym w 71 sprawach przez okres powyżej 180 dni. Ich nieaktualność wynikała przede wszystkim z faktu nieprzekazywania przez zobowiązane instytucje (ZUS, KRUS) informacji o zgłoszeniach bądź wyrejestrowaniach z ubezpieczenia oraz z błędów w przekazywanych danych personalnych, jak również opóźnień w przekazywaniu przez MSW danych dotyczących zgonów.

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 oddziałów zmierzające do aktualizacji danych zawartych w CWU. W latach 2010 – 2011, operatorzy CWU w oddziałach dokonywali rocznie kilkadziesiąt tysięcy operacji korygujących te dane. We wszystkich badanych postępowaniach oddziały przeprowadzały postępowania wyjaśniające, a po otrzymaniu informacji o okresach ubezpieczenia dokonywały stosownych korekt. W badanych sprawach, postępowania wyjaśniające trwały od jednego dnia do nawet czterech miesięcy. Na czas prowadzenia postępowań wyjaśniających wpływ miała procedura kierowania zapytań, gdyż oddziały musiały kierować je do centrali ZUS, KRUS lub MSW w formie pisemnej za pośrednictwem Centrali Funduszu, co znacząco wydłużało czas prowadzenia tych postępowań. W stosunku do danych o płatnikach ZUS (z wyłączeniem informacji o członkach ich rodzin zgłoszonych do ubezpieczenia) uprawnieni pracownicy Funduszu dokonują zapytań o okresy ubezpieczenia drogą elektroniczną, a także uzyskują pliki rejestracji i wyrejestrowania, co umożliwiało uzyskanie danych ubezpieczeniowych z Centrali ZUS w terminie 1 – 2 dni roboczych.

⁹ Badaniem objęto sześć kontroli planowych, przeprowadzonych przez oddział wojewódzki NFZ w Lublinie.

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 losowo wybranych zweryfikowanych przez oddział raportów wykazała, że szereg świadczeń, które w wyniku weryfikacji zostały oznaczone jako udzielone pacjentom nieubezpieczonym/nieuprawnionym, w rzeczywistości zostało udzielonych pacjentom ubezpieczonym/uprawnionym, a ich status w CWU był niezgodny ze stanem faktycznym. Przykładowo w mazowieckim oddziale wojewódzkim NFZ analiza 10 zweryfikowanych przez oddział raportów za marzec 2011 r. wykazała, że siedem 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. W tym samym oddziale 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. Nieaktualne dane w CWU wpływają również na prawidłowość finansowania świadczeń udzielonych osobom uprawnionym do świadczeń ze względu na wiek (poniżej 18 roku życia). Zdaniem NIK, obowiązujący system rozliczania świadczeń udzielonych ubezpieczonym/uprawnionym do 18 roku życia powodował konieczność dokonywania korekt przez świadczeniodawców nawet po upływie roku od przekazania raportu statystycznego, mimo że zapłata za te świadczenia była należna w każdym przypadku. Źródło finansowania tych świadczeń miało wyłącznie znaczenie dla oddziałów, dla których stanowiło podstawę ich rozliczenia i powodowało dodatkowe zaangażowanie ich pracowników, a następnie świadczeniodawców, którzy zmuszeni byli składać korekty rozliczeń.
5. NIK pozytywnie ocenia przeprowadzenie przez oddziały weryfikacji wstecznej dokonanych rozliczeń w ramach rocznej stawki kapitałowej, w celu odzyskania nienależnie przekazanych świadczeniodawcom środków za zmarłych świadczeniobiorców. W związku z zaleceniami Prezesa oddziały NFZ przeprowadziły weryfikacje wsteczne dokonanych rozliczeń za 2011 r., a dolnośląski, mazowiecki i świętokrzyski oddziały wojewódzkie NFZ również za 2010 r. Zastrzeżenia budzi jednak niepodjęcie działań zmierzających do odzyskania nienależnie przekazanych środków za poprzednie lata. W trakcie kontroli NIK w mazowieckim oddziale wojewódzkim NFZ oszacowano, że w latach 2008 – 2009, pomimo wygaśnięcia na skutek zgonu świadczeniobiorcy, ważności deklaracji wyboru, wypłacił z tytułu rocznej stawki kapitałowej środki w łącznej wysokości 3 044 094 zł. Kontrola wykazała również, że korekty faktur dokonywane były tylko za okres za jaki prowadzona była weryfikacja, a nie od daty zgonu, co było niezgodne z zaleceniami Prezesa NFZ. Jak wynika z informacji udzielonych przez Panią Prezes w 2010 r. wystąpiono do MSWiA z wnioskiem o weryfikację danych dotyczących numerów PESEL osób zarejestrowanych w CWU, które zdaniem Funduszu były numerami „nieaktywnymi”. Następnie w marcu 2011 r. poinformowano podsekretarza stanu w MSWiA o niepokojąco dużej liczbie błędów w danych dotyczących dat zgonów, w tym przypisywania dat zgonów osobom żyjącym, a także wielokrotnego nadawania numeru PESEL tej samej osobie (głównie obcokrajowcom), wnioskując o podjęcie kroków zmierzających do wyeliminowania błędów. W związku z utrzymującym się nadal wysokim wskaźnikiem tych błędów, w sierpniu 2012 r. skierowała Pani Prezes do Ministra MSW pismo z prośbą o analizę błędnie przypisywanych dat zgonów oraz wielokrotnie nadawanych numerów PESEL tej samej osobie i ponownie wnioskowała o podjęcie kroków zmierzających do wyeliminowania tych błędów.

Wskazane powyżej przez Panią okoliczności i działania potwierdzają ustalenia kontroli NIK w zakresie braku aktualności danych w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych.

6. W oddziałach prowadzona była automatyczna weryfikacja świadczeń opieki zdrowotnej w oparciu o centralne i oddziałowe reguły weryfikacyjne. Kontrola wykazała, że w wyniku postępowań kontrolnych, przeprowadzonych po rozliczeniu świadczeń, oddziały stwierdziły szereg nieprawidłowości skutkujących żądaniem zwrotu przekazanych środków, które nie zostały na etapie weryfikacji raportów statystycznych zauważone. W mazowieckim oddziale wojewódzkim NFZ w toku 10 analizowanych kontroli świadczeniodawców oddział zakwestionował świadczenia na łączną kwotę 1223,7 tys. zł. W badanych miesiącach¹⁰ zakwestionowano łącznie 850 sprawozdanych i rozliczonych świadczeń o łącznej wartości 394 tys. zł. Przyczyną rozliczenia tych świadczeń, było przekazywanie przez świadczeniodawców danych niezgodnych z zapisami w dokumentacjach medycznych pacjentów, które zostały poddane weryfikacji w trakcie przeprowadzanej kontroli. Kontrola wykazała, że reguły weryfikacyjne zaimplementowane do systemu informatycznego oddziału nie badają zgodności pomiędzy danymi sprawozdanymi przez świadczeniodawcę, a danymi zawartymi w dokumentacji medycznej pacjenta, gdyż nie jest ona przekazywana do oddziału. Funkcjonujące reguły weryfikacyjne służą natomiast 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.

Wyniki kontroli wskazują również, że reguły weryfikacyjne nie zabezpieczają przed rozliczeniem kolejnej hospitalizacji w terminie krótszym niż 14 dni od poprzedniej¹¹. Do dnia przeprowadzenia kontroli Centrala NFZ nie wprowadziła reguły weryfikacyjnej dotyczącej rehospitalizacji pacjenta w okresie krótszym niż 14 dni. Należy zaznaczyć, że MOW NFZ w grudniu 2011 roku wnioskował do Centrali NFZ o niezawężanie działania reguły weryfikacyjnej dotyczącej przedmiotowego problemu. Powołany przez Prezesa NFZ Zespół ds. Walidacji i Weryfikacji nie tylko nie rozpatrzył pozytywnie wniosku oddziału Funduszu, ale również wyłączył regułę weryfikacyjną, która zdaniem oddziału Funduszu działała prawidłowo.

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

- 1) podjęcie działań mających na celu zapewnienie adekwatnej do potrzeb liczby kontroli i rzetelnego nadzoru nad wykonywaniem przez świadczeniodawców zakontraktowanych świadczeń;
- 2) podjęcie działań, w porozumieniu z Ministrem Spraw Wewnętrznych, Prezesami ZUS i KRUS zmierzających do utworzenia wspólnego systemu zarządzania jednolitą bazą danych o ubezpieczonych.

Na podstawie art. 62 ust. 1 ustawy o NIK w związku z art. 2 ustawy o zmianie ustawy o Najwyższej Izbie Kontroli, proszę o przedstawienie przez Panią Prezes 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, Pani Prezes przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie do Kolegium NIK 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 w sprawie ich rozpatrzenia.

podpisał: Wojciech Misiąg – Wiceprezes NIK

¹⁰ Badaniem objęto po jednym raporcie dla każdej z 10 kontroli.

¹¹ Stosownie do § 23 pkt. 9 zarządzenia nr 72/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.