



**Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Lublinie**

Lublin, dnia 06 lipca 2011 r.

**Pan
Krzysztof Tuczański
Dyrektor
Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia**

LLU-4101-06-01/2011
P/11/137

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 Delegatura w Lublinie przeprowadziła w Lubelskim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanym dalej „Oddziałem” lub „LOW NFZ”, kontrolę wybranych aspektów finansowania zakładów opieki zdrowotnej w latach 2008 - 2010.

W związku z kontrolą, której wyniki przedstawiono w protokole kontroli podpisanym w dniu 3 czerwca 2011 r., Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 60 ustawy o NIK, przekazuje Panu Dyrektorowi niniejsze wystąpienie pokontrolne.

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Oddziału w skontrolowanym zakresie, pomimo stwierdzonych uchybień i nieprawidłowości.

Podstawą pozytywnej oceny były:

- skuteczna reakcja Oddziału na nielegalny pobór przez świadczeniodawców opłat od pacjentów za świadczenia opieki zdrowotnej,
- rozliczanie i finansowanie świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowie (tzw. nadwykonań) zgodnie z wytycznymi Prezesa NFZ i zarządzeniami Dyrektora Oddziału, z zachowaniem zasady powszechności i jednolitych kryteriów w stosunku do kontraktowanych świadczeń i świadczeniodawców,

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

- stosowanie w stosunku do wszystkich świadczeniodawców jednolitych zasad wyceny świadczeń oraz ustalania wartości i czasu trwania kontraktów.

Stwierdzone uchybienia dotyczyły:

- nieskorzystania z możliwości naliczenia świadczeniodawcom kar umownych za ograniczenie świadczeniobiorcom dostępu do świadczeń nieodpłatnych na rzecz świadczeń odpłatnych,
- niedotrzymania terminu ustalenia, w drodze zmiany umów, kwot zobowiązań NFZ wobec świadczeniodawców (wartości umowy) na następne okresy rozliczeniowe.

Stwierdzone nieprawidłowości polegały na:

- niepodjęciu do lutego 2011 r. działań w celu realizacji art. 132 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych², zakazującego zawierania umów z wymienionymi w tym przepisie osobami wykonującymi zawód medyczny, jeżeli udzielają oni świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy, który zawarł w tej sprawie umowę z NFZ.
- sfinansowaniu części świadczeń przekraczających wartość umów na 2010 r., na sumę 13.056 tys. zł, w trybie zawarcia ugód pozasądowych.

1. Wszystkie (29) zgłoszone w latach 2008 – 2010 skargi i wnioski dotyczące pobierania przez świadczeniodawców opłat za świadczenia opieki zdrowotnej i odmowy wykonania badań w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, Oddział rozpatrzył zgodnie z obowiązującymi w tym okresie regulaminami³.

Rozpoznano 25 skarg, bez rozpoznania pozostawiono dwie skargi anonimowe i jedną wniesioną przez osobę nieuprawnioną, a jedną skargę przekazano według właściwości do Śląskiego Oddziału NFZ. Skargi rozpatrywano bez zbędnej zwłoki, a w przypadku nierozpatrzenia w ciągu jednego miesiąca informowano skarżącego o przyczynach opóźnienia i podjętych czynnościach oraz wskazywano nowy termin ich załatwienia. W wyniku prowadzonych przez Oddział postępowań wyjaśniających i kontrolnych świadczeniodawcy zwrócili pacjentom nienależnie pobrane opłaty w łącznej wysokości 1.065 zł.

Uwagi NIK dotyczą nieskorzystania z możliwości naliczenia świadczeniodawcom kar umownych za ujawnione pobranie od pacjentów nienależnych opłat, pomimo że umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – zgodnie z § 29 załącznika do rozporządzenia

² Dz. U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027 ze zm.

³ zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 11/DSS/2008 z dnia 1 lutego 2008 r. (obowiązujące od 1 lutego 2008 r. do 2 lipca 2010 r.) oraz zarządzenie Nr 31/2010/DSS Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 lipca 2010 r. w sprawie rozpatrywania skarg i wniosków w Narodowym Funduszu Zdrowia (obowiązujące od 3 lipca 2010 r.)

Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej⁴ - zawierały zapisy o takim uprawnieniu w przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy. W myśl § 30 ust. 1 pkt 1 lit. c ww. załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. wysokość kary umownej za pobranie od świadczeniobiorców nienależnych opłat za świadczenia będące przedmiotem umowy z NFZ wynosi do 2 % kwoty zobowiązania wynikającego z tej umowy. Argumentacja Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych LOW NFZ, że przyczyną odstąpienia od nałożenia kar był incydentalny charakter tych zdarzeń u świadczeniodawców oraz zwrot pacjentom nienależnie pobranych opłat, jest – w ocenie NIK – niedostatecznym uzasadnieniem nieskorzystania z tej możliwości.

2. W latach 2008 – 2010 Oddział skontrolował realizację 733 umów. Przeprowadzono m.in. 124 kontrole dotyczące ograniczania przez świadczeniodawców dostępności do gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej i w 52 przypadkach stwierdzono nieprawidłowości polegające na: zatrudnianiu przez świadczeniodawców nieodpowiedniej liczby lekarzy udzielających świadczeń w ramach zawartej umowy, nieprzestrzeganiu liczby godzin pracy lekarzy, nieprawidłowym opracowaniu harmonogramów pracy personelu medycznego (bez zapewnienia udzielania świadczeń przez daną osobę w wyznaczonym czasie wyłącznie w jednej jednostce organizacyjnej), nieprawidłowym prowadzeniu list oczekujących, realizowaniu świadczeń w ramach nocnej i świątecznej wyjazdowej pomocy lekarskiej i pielęgniarskiej przy wykorzystaniu środków transportu przeznaczonymi - wg umowy – do celów ratownictwa medycznego i transportu sanitarnego, braku wymaganych informacji o udzielaniu świadczeń w ramach ubezpieczenia.

Ogółem w wyniku kontroli stwierdzono niezasadne wykazanie do rozliczenia świadczeń o łącznej wartości 11.257 tys. zł i naliczono z tego tytułu kary na sumę 931,7 tys. zł.

3. Na 2008 r. Oddział zawarł 2.354 umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej o wartości 2.049.498 tys. zł (na koniec roku), na 2009 r. - 2.790 umów o wartości 2.213.648 tys. zł, a na 2010 r. - 2.584 umowy o wartości 2.228.182 tys. zł.

Analiza dwunastu umów zawartych z czterema świadczeniodawcami⁵ wykazała, że wobec wszystkich świadczeniodawców LOW NFZ stosował jednolite zasady wyceny świadczeń oraz ustalania wysokości i czasu trwania kontraktów.

⁴ Dz.U. Nr 81, poz. 484

⁵ umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenia szpitalne zawarte na lata 2008, 2009 i 2010 z Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego SP ZOZ w Lublinie i

Umowy na lata 2008 – 2010 podpisywane były w trybie § 32 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, tj. w drodze zmiany umów zawartych w 2006 r. na lata 2007-2009. Okres obowiązywania tych umów przedłużono do 31.12.2010 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 publicznych⁶ - na wniosek Dyrektora LOW NFZ, za zgodą świadczeniodawców. Stosownie do art. 156 ust. 1 ww. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na przedłużenie okresu obowiązywania umów do 4 lat Oddział uzyskał zgodę Prezesa NFZ.

Ustalenia wysokości kontraktów na kolejne okresy rozliczeniowe były wynikiem negocjacji, w których uwzględniano oferowany przez świadczeniodawców potencjał wykonawczy, poziom realizacji umów w poszczególnych zakresach świadczeń w poprzednich okresach rozliczeniowych, wyniki przeprowadzonych kontroli i analiz oraz możliwości finansowe LOW NFZ.

Uchybieniem było niedotrzymanie (w 10 przypadkach na 12 badanych) terminu ustalenia, w drodze zmiany umów, kwoty zobowiązania wobec świadczeniodawców (wartości kontraktów) na następne okresy rozliczeniowe. Według § 32 ust. 1 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej powinno to nastąpić do 30 listopada poprzedniego roku (o ile strony nie postanowią inaczej), a faktycznie kwoty zobowiązań zostały ustalone:

- wobec Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Lublinie oraz SP ZOZ w Puławach z tytułu leczenia szpitalnego - w dniu 18.12.2007 r. na okres rozliczeniowy od 1 stycznia do 30 kwietnia 2008 r. oraz 31.12.2008 r. na okres od 1 stycznia do 30 czerwca 2009 r.,
- wobec Zamojskiego Szpitala Niepublicznego Spółka z o.o. z tytułu udzielania świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna - w dniu 14.12.2007 r. (na 2008 r.), 29.12.2008 r. (na okres od 1 stycznia do 30 czerwca 2009 r.) oraz 31.12.2009 r. (na 2010 r.),
- wobec NZOZ „Lekarze Specjaliści” Spółka z o.o. w Lublinie z tytułu udzielania świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna - w dniu 14.12.2007 r. (na 2008 r.), 15.12.2008 r. (na okres od 1 stycznia do 30 czerwca 2009 r.) oraz 31.12.2009 r. (na 2010 r.).

Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Puławach, ul. Bema 1 oraz umowy w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna zawarte na lata 2008, 2009 i 2010 z Zamojskim Szpitalem Niepublicznym Sp. z o.o., ul. Peowiaków 1 i NZOZ „Lekarze Specjaliści” Sp. z o.o. w Lublinie, ul. Topolowa 7.

⁶ Dz.U. Nr 178, poz. 1374

W przypadku Zamojskiego Szpitala Niepublicznego oraz NZOZ „Lekarze Specjaliści” określenie kwoty zobowiązania na 2010 r. nastąpiło też z przekroczeniem terminu 15 grudnia 2009 r., ustalonego przez strony umowy w aneksie z dnia 9.11.2009 r.

Według wyjaśnień Zastępcy Dyrektora LOW NFZ przyczyną niedotrzymania terminów był przedłużający się czas trwania negocjacji, zależny od woli obu stron.

Zmiany w trakcie okresu rozliczeniowego umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne i ambulatoryjna opieka specjalistyczna, polegające na zwiększeniu lub zmniejszeniu kwoty zobowiązania dla poszczególnych rodzajów i zakresów świadczeń, dokonywane były zgodnie z § 20 – 21 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

4. Wartość świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowach z Oddziałem (nadwykonania) wrosła ze 120.164 tys. zł w 2008 r. do 167.741 tys. zł w 2009 r. i 166.081 tys. zł w 2010 r. Równocześnie nastąpił wzrost wartości roszczeń świadczeniodawców przekazanych na drogę postępowania sądowego w celu uzyskania zapłaty za nadwykonania: z 22.717 tys. zł w roku 2008 do 59.539 tys. zł w roku 2009 r. W dalszej tego konsekwencji w 2009 r. ponad ośmiokrotnie wzrosła w stosunku do roku 2008 wartość nadwykonań zasądzonych na rzecz świadczeniodawców oraz przypisanych do zapłaty na mocy ugód sądowych (z 2.882 tys. zł w 2008 r. do 24.259 tys. zł w 2009 r.).

Rozliczanie i finansowanie nadwykonań realizowane było przez LOW NFZ zgodnie z wytycznymi Prezesa NFZ i zarządzeniami Dyrektora Oddziału, z zachowaniem zasady powszechności i jednolitych kryteriów w stosunku do kontraktowanych świadczeń i świadczeniodawców. W pierwszej kolejności finansowano tzw. „nielimitowane koszty świadczeń opieki zdrowotnej” (przekraczające liczbę jednostek rozliczeniowych określonych w umowie) oraz nadwykonania oznaczone przez świadczeniodawców jako ratujące życie/pilne i zweryfikowane jako takie przez zespół pracowników Oddziału, w dalszej kolejności - świadczenia w pozostałych zakresach do wysokości ogólnej kwoty umowy (z uwzględnieniem kompensaty limitów niewykonanych i przekroczonych w poszczególnych zakresach świadczeń), a w ostatniej kolejności pozostałe świadczenia – po cenie nieprzekraczającej 40% ceny ustalonej w umowie.

Nieuzasadnione jednak, aczkolwiek zgodne z wytycznymi Prezesa NFZ z dnia 26 stycznia 2011 r., było – w ocenie NIK – sfinansowanie części świadczeń przekraczających wartość umów na 2010 r., na sumę 13.056 tys. zł, w trybie zawarcia ugód pozasądowych. W ten sposób sfinansowano m.in. świadczenia Samodzielnego Publicznego ZOZ w Puławach na kwotę 310.335 zł oraz Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Lublinie na kwotę

1.003.986 zł, mimo że należały one do grupy tzw. świadczeń nielimitowanych (dotyczących porodu, opieki nad noworodkiem oraz leczenia inwazyjnego ostrych zespołów wieńcowych) i obowiązek zapłaty za ich wykonanie, także w części przekraczającej wartość umowy, ustanowiony był zarówno w treści umowy obowiązującej do dnia 31.12.2010 r., jak i w § 16 ust. 2 zarządzenia nr 69/2009/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 3 listopada 2009 r.

W ocenie NIK ugoda nie była środkiem prawnym właściwym dla celów sfinansowania świadczeń nielimitowanych, ani zwiększenia wartości wygasłych umów na etapie ich rozliczania.

5. Do lutego 2011 r. Oddział nie podejmował działań w celu realizacji wymogu określonego w art. 132 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, obowiązującego od czasu wejścia w życie tej ustawy (01.10.2004 r.), 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.

Kontrola 187 z 334 zawartych w 2010 r. umów o udzielanie świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wykazała, że 35 z nich zawartych było przez Oddział ze świadczeniodawcami prowadzącymi grupowe praktyki lub niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej (dla których założycielami są wspólnicy spółek cywilnych lub osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą), którzy udzielali jednocześnie świadczeń u innych świadczeniodawców, z którymi Oddział zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Łączna wartość tych umów na koniec 2010 r. wynosiła 8.967.520,30 zł. LOW NFZ nie podjął działań zmierzających do ich rozwiązania w trybie § 36 ust. 1 pkt 2 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Według wyjaśnień zastępcy dyrektora ds. medycznych przyczyną tego było przyjęcie interpretacji, że ww. przepis nie dotyczy niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz grupowych praktyk lekarzy, pielęgniarek i położnych.

Działania podjęte przez Oddział w lutym 2011 r. ujawniły 89 umów zawartych na udzielanie świadczeń zdrowotnych w 2011 r. z naruszeniem art. 132 ust. 3 wym. ustawy. Do czasu zakończenia kontroli NIK prowadzono weryfikację i aktualizację danych w celu dostosowania stanu faktycznego do obowiązujących wymogów prawa.

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

- 1) korzystanie z prawa do naliczania świadczeniodawcom kar umownych za pobieranie nienależnych opłat,
- 2) terminowe ustalanie kwot zobowiązania wobec świadczeniodawców na następne okresy rozliczeniowe,
- 3) przestrzeganie wymogu określonego w art. 132 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Lublinie, na podstawie art. 62 ust. 1 ustawy o NIK, oczekuje przedstawienia przez Pana Dyrektora w terminie 21 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 Panu prawo zgłoszenia na piśmie do dyrektora Delegatury NIK w Lublinie 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.