



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Lublinie

LLU-4101-07-01/2012
P/12/142

Lublin, dnia 06 sierpnia 2012 r.

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

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 Zdrowia² kontrolę wykonywania przez LOW NFZ zadań związanych z kontrolą 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 20 lipca 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 Kontroli³, przekazuje Panu Dyrektorowi niniejsze wystąpienie pokontrolne.

Postępowania kontrolne były prowadzone przez LOW NFZ rzetelnie i zgodnie z obowiązującymi procedurami, zapewniając wykrycie nieprawidłowości w realizacji i rozliczaniu świadczeń udzielanych przez świadczeniodawców objętych kontrolami. Warunki organizacyjne działalności kontrolnej nie zapewniały jednak liczby kontroli adekwatnej do potrzeb. Aktualny poziom zatrudnienia pracowników na stanowiskach kontrolerskich nie pozwalał na zaplanowanie objęcia kontrolą każdego świadczeniodawcy co najmniej raz na 5 lat oraz na realizowanie w szerszym zakresie kontroli kompleksowych. Prawdopodobieństwo kontroli świadczeniodawcy mniejsze niż średnio raz na 10 lat, wskazuje na niewydolność systemu kontroli i osłabienie jego prewencyjnej roli wobec świadczeniodawców.

W Oddziale prowadzona była na bieżąco weryfikacja rozliczeń, ale z uwagi na uwarunkowania zewnętrzne nie była ona w pełni rzetelna. Na jej skuteczność i efektywność znaczący negatywny wpływ miały nieaktualne dane zawarte w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych⁴. Informacje o ubezpieczonych przekazywane przez ZUS, KRUS oraz MSW były nieaktualne nawet od kilku lat. Oddział prowadząc na bieżąco – dużym nakładem pracy – postępowania wyjaśniające, dokonywał korekt danych w CWU, ale działania te nie były w stanie zapewnić pełnej wiarygodności i kompletności tego wykazu.

¹ Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.

² Dalej: LOW NFZ lub Oddział

³ Dz. U. Nr 227, poz. 1482 ze zm., zwana dalej „ustawą nowelizującą”

⁴ Dalej: CWU

Oceny powyższe uzasadniają oceny cząstkowe i szczegółowe ustalenia kontroli prezentowane w dalszej części niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

1. W ocenie Najwyższej Izby Kontroli, niedostateczna – pomimo wzrostu w badanym okresie – liczba kontroli przeprowadzonych u świadczeniodawców przez LOW NFZ nie zapewniała rzetelnego nadzoru nad wykonywaniem zakontraktowanych na terenie Oddziału usług medycznych nie sprzyjając ujawnieniu wszystkich potencjalnych nieprawidłowości w rozliczaniu środków finansowych oraz 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 NFZ.

1.1. W latach 2009–2011 liczba kontroli przeprowadzonych przez LOW NFZ wzrosła o 36,7 % (z 177 do 242), a liczba skontrolowanych świadczeniodawców o blisko połowę, tj. o 47,8 % (z 115 do 170). W efekcie udział świadczeniodawców objętych kontrolą zwiększył się odpowiednio: z 6,8 % w 2009 r. do 8,3 % w 2010 r. i 10,4 % w 2011 r. Pomimo corocznego wzrostu liczby podmiotów objętych kontrolą, prawdopodobieństwo kontroli świadczeniodawcy było jednak mniejsze niż raz na 10 lat. Obecny system organizacji kontroli nie zapewniał objęcia każdego świadczeniodawcy kontrolą co najmniej 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 kontroli⁵.

W latach 2009–2012 (I kwartał) kontrole przeprowadzano przede wszystkim u świadczeniodawców, z którymi zawarto kontrakty o najwyższych wartościach. Najwięcej kontroli, tj. 220 z 655 (33,6 %), dotyczyło świadczeń z rodzaju „lecnictwo szpitalne”. Na te świadczenia LOW NFZ wydatkował w tym okresie 4.733.766,6 tys. zł, tj. 53,4 % ogółu poniesionych kosztów realizacji umów (8.868.823,3 tys. zł). Inny rodzaj świadczeń – „leczenie stomatologiczne” skontrolowano 93 razy (14,2 % wszystkich kontroli) obejmując średnio w roku 4,9 % świadczeniodawców (na te świadczenia wydatkowano 456.862,97 tys. zł, tj. 5,15 % wszystkich kosztów), a udzielanie świadczeń w rodzaju „rehabilitacja lecznicza” poddano kontroli dwudziestodwukrotnie (3,4 % wszystkich kontroli) obejmując 5,9 % podmiotów (za wykonanie tych świadczeń zapłacono 271.604,69 tys. zł – 3,1 % ogółu ww. kosztów). Oddział nie przeprowadzał w tym czasie kontroli świadczeniodawców udzielających świadczeń w rodzaju „pomoc doraźna i transport sanitarny”, jednym z 14 badanych rodzajów świadczeń objętych kontraktacją. Na wykonywanie świadczeń w ww. rodzaju Oddział zawarł umowy z dwoma podmiotami i poniósł w związku z ich realizacją koszty w wysokości 7.313,7 tys. zł (0,08 % ogółu ww. kosztów).

Analiza działalności kontrolnej Oddziału, na przykładzie losowo wybranych 50 świadczeniodawców wykazała, że udzielający świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne (15) byli kontrolowani kilka razy w roku, w badanym okresie nawet kilkunastokrotnie. Natomiast w przypadku 22 z 35 świadczeniodawców (62,8 %) realizujących umowy w innych rodzajach świadczeń niż leczenie szpitalne, nie przeprowadzono żadnej kontroli, co najmniej od 2002 r., nie byli też oni w tym okresie objęci wizytacjami.

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. Zdaniem NIK z tych względów system kontroli nie spełniał też prawidłowo funkcji prewencyjnej.

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

W 2011 roku działalnością kontrolną zajmowało się średnio 18, a w I kwartale 2012 r. 19 pracowników LOW NFZ, tj. o cztery osoby więcej niż w 2009 r. W większości (16 w 2011 r. i 17 w I kwartale 2012 r.) byli oni zatrudnieni w Dziale Kontroli Realizacji Umów. Spośród 19 osób uczestniczących w kontrolach w I kwartale

⁵ dalej: zarządzenie Nr 23/2009/DSOZ

2012 r., 10 posiadało wykształcenie medyczne umożliwiające prowadzenie kontroli dokumentacji medycznej, jakości i zasadności udzielanych świadczeń, przy czym ww. 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. Oddział przeprowadził 10 rekrutacji do Działu Kontroli Realizacji Umów (w tym 8 dotyczących osób posiadających wykształcenie medyczne), w wyniku których zatrudniono 2 lekarzy medycyny, 1 osobę z wykształceniem wyższym pielęgniarskim oraz trzy z wykształceniem niemedyceznym (administracja, socjologia, politologia). W pozostałych przypadkach: kandydaci rezygnowali o ubieganie się o zatrudnienie w toku rekrutacji lub z podjęcia pracy, do Oddziału nie wpłynęły oferty lub złożone oferty nie spełniały wymagań.

NIK ocenia pozytywnie działania Dyrektora Oddziału zmierzające do zwiększenia liczby kontroli oraz wsparcia działalności kontrolnej biorąc pod uwagę, że na trudności w pozyskaniu do zadań kontrolnych wykwalifikowanych pracowników z wykształceniem medycznym wpływ miały przede wszystkim ograniczone możliwości placowe Oddziału. W sytuacji występowania skomplikowanych zagadnień medycznych rzutujących na końcową ocenę działalności świadczeniodawcy, w kontrolach uczestniczyli właściwi Konsultanci Wojewódzcy w danej dziedzinie medycyny. Nie korzystano jednak z możliwości przewidzianej w art. 64 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁶ i nie zlecano lekarzom posiadającym odpowiednie specjalistyczne wykształcenie medyczne przeprowadzenia kontroli dokumentacji medycznej oraz jakości i zasadności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz zbadania lub rozstrzygnięcia zagadnień wymagających odpowiednich kwalifikacji.

W okresie objętym kontrolą koszty poniesione na kontrolę świadczeniodawców stanowiły ok. 0,03 % kosztów ogółem. Zauważyć przy tym należy, że w wyniku kontroli przeprowadzonych przez Dział Kontroli Realizacji Umów wpłacona została przez świadczeniodawców kwota nienależnych środków finansowych i kar (18.367,07 tys. zł) sześciokrotnie przewyższająca koszty tego Działu (2,886,28 tys. zł) związane z działalnością kontrolną, w tym: osobowe z pochodnymi, szkoleń, podróży służbowych, badań lekarskich.

1.3. 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.

Typowanie podmiotów do kontroli przez komórki merytoryczne Oddziału prowadzone było z wykorzystaniem systemu informatycznego Oddziału, uwzględniało ono analizę ryzyka prowadzoną przez Dział Analiz, Planowania i Monitorowania Świadczeń Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej oraz kryteria i wytyczne Prezesa NFZ. Brane były pod uwagę m.in. nieprawidłowości w zakresie wykazywania świadczeń do płatności, odchylenia od stanu wymaganego i ich wielkość, powtarzalność stwierdzonych nieprawidłowości, wartość zakontraktowanego rodzaju świadczeń, wartość wykonania świadczeń ponad kwotę określoną w umowie, liczba zasadnych skarg, częstotliwość kontroli w danym podmiocie.

Komórki merytoryczne na lata 2010-2012 zgłosiły ogółem 514 propozycji kontroli (185 – na 2010 r., 186 – na 2011 r. i 143 – na 2012 r.), z czego w planach zamieszczono jedynie 181 kontroli, tj. 35,2 % (56 – na 2010 r., 64 - na 2011 r. i 61 – na 2012 r.). „Zespół do przygotowania projektu planu kontroli” dokonując wyborów spośród zgłoszonych propozycji i przygotowując dyrektorowi Oddziału propozycje planu kierował się możliwościami kadrowymi oraz niezbędnym czasem na wykonanie kontroli zagadnień otrzymanych z Centrali NFZ i kontroli doraźnych. Tak skonstruowane plany nie zapewniały wykonania założonej przez Prezesa NFZ częstotliwości kontroli, wykonanie planu umożliwiało bowiem w 2010 r. skontrolowanie jedynie 3,3 %, a w 2011 r. – 3,9 % świadczeniodawców, z którymi Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowy na realizację świadczeń zdrowotnych.

Przyjęte przez Oddział plany kontroli na 2010 r., 2011 r. i I kwartał 2012 r. wykonane zostały ogółem w 94,74 %. W okresie tym z zaplanowanych 133 kontroli przeprowadzono łącznie 126 kontroli (64 –

⁶ Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

w 2010 r., 51 – w 2011 r. i 11 w I kw. 2012 r.). Nieznaczne odstępstwo w realizacji kontroli planowych wynikało głównie z wysokiej w 2010 r. absencji chorobowej pracowników i wyższej niż zakładano potrzeby prowadzenia kontroli doraźnych w 2011 r. W ww. okresie, razem z kontrolami w tematach zgłoszonych przez Centralę NFZ i doraźnymi, LOW NFZ przeprowadził 478 kontroli, w tym: 182 – w 2010 r., 242 – w 2011 r. i 54 – w I kw. 2012 r. W 2011 r. w porównaniu do 2010 r. wystąpił znaczny wzrost (o 33,00 %) wykonania kontroli ogółem, na co miało wpływ zwiększenie (o 94,19 %) realizacji kontroli doraźnych, tj. z 86 w 2010 r. do 167 w 2011 r.

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

Skład zespołów kontrolerskich nie budził zastrzeżeń, co do ilości i kwalifikacji osób prowadzących kontrolę. W ich składzie za każdym razem znajdował się lekarz medycyny. Osoby przeprowadzające kontrolę posiadały odpowiednie kwalifikacje oraz 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. Kontrolowani świadczeniodawcy, we wszystkich objętych badaniem postępowaniach, stosownie do art. 64 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej zostali pisemnie zawiadomieni o kontroli. 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 ustalonym terminie Oddział dokonywał 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 realizowanych kontrolach nie przeprowadzono) 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. Spośród 10 badanych postępowań m.in. w jednym dokonano sprawdzenia dostępności do świadczeń, a w dziesięciu zgodność zapisów w dokumentacji z danymi wykazywanymi w sprawozdaniach.

Nieprzeprowadzanie kompleksowych kontroli w pełnym zakresie określonym w art. 64 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej przy równoczesnym rzadkim obejmowaniu kontrolą świadczeniodawcy powodowało, że jakość i dostępność udzielanych przez niego świadczeń nie podlegała pełnemu nadzorowi LOW NFZ. NIK zwraca też 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.

1.5. Pozytywnie oceniono rzetelność naliczania kar i kwot do zwrotu oraz sposób i terminowość ich egzekwowania.

W badanym okresie, w związku z wynikami kontroli realizowanych przez Oddział m.in.:

- nałożono kary umowne na sumę 2.893,8 tys. zł na 189 świadczeniodawców, u których stwierdzono nieprawidłowości w sposobie i jakości udzielania i rozliczania świadczeń. Kary nałożone na świadczeniodawców z tytułu niewłaściwie realizowanych umów w rodzaju leczenie szpitalne i błędów w przedkładanych rozliczeniach wynosiły 2.503,8 tys. zł, tj. 86,52 % ogółu nałożonych kar;
- 126 świadczeniodawcom nakazano zwrot łącznie 13.863,3 tys. zł w związku z nierzetelnym rozliczeniem przez nich realizacji umów zawartych z NFZ. Obciążenie z tego tytułu w rodzaju leczenie szpitalne wyniosło 12.868,0 tys. zł (92,82 %).

Oddział, wg stanu na 31 marca 2012 r. nie posiadał zaległości (należności, którym upłynął termin płatności) z tytułu kar nałożonych na świadczeniodawców.

2. W ocenie NIK dostępne LOW NFZ narzędzia informatyczne i bazy danych nie pozwalały w pełni na rzetelną weryfikację rozliczeń prowadzonych ze świadczeniobiorcami. Weryfikacja raportów statystycznych i uprawnień pacjentów do korzystania ze świadczeń dokonywana była w oparciu o repliki bazy danych CWU nadsyłane przez Centralę NFZ co miesiąc, które zawierały nieaktualne dane. Brak aktualności danych w CWU wynikał głównie z nieprzekazywania lub przekazywania ze znacznym opóźnieniem danych do CWU przez ZUS, KRUS, MSW. Na poziomie oddziału wojewódzkiego, zgodnie z zarządzeniem Nr 13/2004 Prezesa NFZ z dn. 14.04.2004 r. w sprawie określenia „Zasad prowadzenia Centralnego Wykazu Ubezpieczonych”, wykonywane były operacje takie jak: obsługa ubezpieczonych w zakresie danych zawartych w CWU, w tym potwierdzanie prawa do świadczeń, edycja zawartości informacyjnej CWU na podstawie danych dostępnych w oddziale wojewódzkim pozyskiwanych spoza systemu elektronicznego (rejestracja ręczna osoby na skutek udowodnienia faktu ubezpieczenia i wnoszenie poprawek na podstawie dokumentów przedstawionych przez zainteresowane osoby), rejestrowanie umów ubezpieczenia dobrowolnego, zasilanie lokalnych systemów informatycznych danymi CWU. Do czynności tych uprawnionych było w LOW NFZ 18 operatorów, którzy wprowadzili do CWU: 9212 korekt ręcznych w 2010 r., 11660 korekt w 2011 r. i 4038 korekt w I kw. 2012 r. Wymagało to dużego nakładu pracy ze strony LOW NFZ w aktualizację danych zawartych w CWU, służących zarówno do weryfikacji uprawnień pacjentów, jak i weryfikacji należności świadczeniodawców.

2.1. Na podstawie badania 15 spraw ustalono, że LOW NFZ korygował nieaktualne dane dotyczące świadczeniobiorców zawarte w CWU w związku z pismami świadczeniodawców, którym Oddział odmówił zapłaty za świadczenia udzielone świadczeniobiorcom. Korekta danych (rejestracja ręczna) następowała na podstawie dokumentów otrzymanych od świadczeniodawców (lub świadczeniobiorców), a także dokumentów nadesłanych na wniosek LOW NFZ przez ZUS i KRUS. We wszystkich 15 przypadkach stwierdzono, że w CWU figurowały nieaktualne dane, a okres przez który pozostawały nieaktualne wynosił od 3 dni do 3070 dni (brak aktualności danych wynikał z przekazywania do NFZ nierzetelnych danych dotyczących świadczeniobiorców przez: ZUS, KRUS, MSW). Postępowania wyjaśniające (od momentu wpływu pisma świadczeniodawcy do momentu naniesienia zmiany w CWU) trwały od 1 do 109 dni (w tym ostatnim przypadku czas ten wynikał z oczekiwania na odpowiedź KRUS, który został ponaglony do jej udzielenia), a czas oczekiwania na odpowiedź ZUS albo KRUS wynosił od 11 dni do 90 dni. W przypadku kwestionowania ubezpieczenia/uprawnień świadczeniobiorców i odmowy zapłaty za udzielone im świadczenia LOW NFZ nie ponosił kosztów (odsetek) opóźnienia w płatności.

2.2. O nieaktualności danych zwartych w CWU świadczą również ujawnione przez NFZ przypadki, gdy zmarli świadczeniobiorcy pozostawali na listach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), a wykonujący ją świadczeniodawcy otrzymywali od NFZ nienależne wynagrodzenie.

Na przykładzie 29 zmarłych świadczeniobiorców (w tym ośmiu przed 2011 r.), którzy byli zadeklarowani na listach POZ u pięciu różnych świadczeniodawców stwierdzono, że dane o ich zgonie zostały przekazane przez MSW po upływie od 34 do 100 dni (dotyczyło to ośmiu osób, co stanowiło 27,6 % badanych przypadków), od 101 do 306 dni (16 osób, 55,2 %) oraz 1269 dni, 1449 dni, 1558 dni, 1912 dni i 3303 dni (łącznie pięć osób - 17,2 %). Oddział nie dokonał do czasu kontroli NIK korekty wypłaconych stawek kapitaacyjnych za osoby zmarłe do końca 2010 r. Korekty wypłaconych stawek kapitaacyjnych za osoby zmarłe po 2010 r. dokonano w związku z poleceniem Prezesa NFZ z kwietnia 2011 r. W przypadkach objętych badaniem NIK kwota niedochodzonych należności, obliczona za okres od 1 stycznia 2005 r. do 31 grudnia 2010 r. w odniesieniu do pięciu świadczeniobiorców zmarłych przed 2011 r., wynosiła 4 627,83 zł (Oddział w trakcie kontroli NIK nie był w stanie ustalić należności wypłaconych za pozostałe trzy osoby).

Problem wynikający z opisanych wyżej przypadków został dostrzeżony i podjęty przez Prezesa NFZ w korespondencji z oddziałami wojewódzkimi, w tym z LOW NFZ, na początku 2011 r. W kwietniu 2011 r.,

ujednolicając sposób postępowania oddziałów wojewódzkich, Prezes NFZ polecił dokonywać systematycznej wstecznej kontrolnej weryfikacji list POZ po zakończeniu każdego kolejnego półrocza, na podstawie zaktualizowanej repliki CWU i dokonywania korekty rozliczeń ze świadczeniodawcą za cały okres począwszy od daty zgonu świadczeniobiorcy. Do tego czasu (kwiecień 2011 r.) w LOW NFZ listy POZ były weryfikowane na bieżąco podczas comiesięcznego przetwarzania list świadczeniobiorców w oparciu o replikę CWU oraz na podstawie wyników zwrotnych Centralnej Weryfikacji POZ. Wsteczne weryfikacje list POZ dokonywane były tylko w przypadku, gdy wyniki przeprowadzonej przez LOW NFZ u świadczeniodawcy kontroli wskazywały na potrzebę ich ponownej weryfikacji oraz w przypadku korygowania raportów statystycznych zawierających dane o poradach udzielonych pacjentom w związku z leczeniem cukrzycy lub chorób układu krążenia, mających wpływ na zastosowanie współczynnika korygującego 3,0. W przeciwnym razie lista POZ, po przeprowadzonej weryfikacji, była uznawana za ostateczną.

NIK pozytywnie z zastrzeżeniami ocenia realizację przez LOW NFZ polecenia Prezesa NFZ z kwietnia 2011 r., w zakresie dokonywania wstecznego przetwarzania list POZ. W związku ww. pismem Oddział dokonał wstecznego przetwarzania list POZ wg stanu na 1 stycznia i 1 lutego 2011 r. Wartość skorygowanych rachunków za ww. okres wynosiła 126 691,83 zł. W okresie od stycznia do czerwca 2011 r. przeprowadzono ponowną weryfikację, a wartość skorygowanych rachunków wyniosła 163 798,59 zł. Następnie za cały 2011 r. rachunki skorygowano o kwotę 117 250,92 zł. Ogólna wartość korekty rachunków wyniosła 407 741,34 zł. Zastrzeżenia NIK wynikają z niedochodzenia przez Oddział nienależnie przekazanych stawek kapitacyjnych za osoby zmarłe przed 2011 r., wypłaconych świadczeniodawcom za rok 2010 i lata wcześniejsze. Z wyjaśnień Naczelnika Wydziału Spraw Świadczeniobiorców wynika, że LOW NFZ dopiero przygotowuje się cyt.: „do wyodrębnienia danych na temat wysokości zobowiązania oraz świadczeniodawców, którzy zostaną wezwani do skorygowania rachunków począwszy od daty zgonu pacjenta. Uzupełniane stale przez MSW dane na temat osób nieżyjących oraz błędne zapisy w zbiorze PESEL wymagają wnikliwej, rzetelnej i czasochłonnej analizy”.

2.3. Weryfikacja systemowa raportów statystycznych nadsyłanych przez świadczeniodawców odbywała się na podstawie repliki bazy CWU nadsyłanej co miesiąc do LOW NFZ przez Centralę NFZ. Powoduje to sytuacje, w których weryfikacja systemowa raportów statystycznych przynosi wyniki niezgodne z aktualnym statusem świadczeniobiorcy w rzeczywistej bazie danych CWU. Zdarzają się przypadki, że świadczeniobiorca w replice CWU używanej przez Oddział ma status „nieubezpieczony”, a w rzeczywistej bazie CWU, po weryfikacji i aktualizacji dokonanej przez Wydział Spraw Świadczeniobiorców, ma status „ubezpieczony”.

O nieaktualności danych zawartych w replikach CWU będących podstawą weryfikacji nadsyłanych raportów statystycznych świadczy np. to, że w trakcie weryfikacji systemowej prowadzonej przez LOW NFZ w stosunku do 10 raportów z maja 2011 r. objętych badaniem NIK, zakwestionowano 129 świadczeń jako udzielone pacjentom nieubezpieczonym/nieuprawnionym, podczas gdy 67 z nich (51,93 %) na kwotę 553,16 zł, wykonanych pięciu pacjentom należałoby uznać za udzielone pacjentom ubezpieczonym/uprawnionym. W wyniku weryfikacji danych dokonanej na potrzeby kontroli NIK okazało się, że pacjenci, którym udzielono tych świadczeń byli pacjentami ubezpieczonymi/uprawnionymi, a ich status w replice CWU był niezgodny ze stanem faktycznym. Sytuacja taka była spowodowana nieaktualnymi danymi dotyczącymi tych świadczeniobiorców zawartymi w replice CWU. Świadczeniodawcy nie kwestionowali negatywnej weryfikacji i odmowy zapłaty przez NFZ za pozostałe 62 świadczenia.

Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej (WŚOZ) nie prowadził w powyższych sprawach postępowań w celu ustalenia rzeczywistego stanu ubezpieczenia/uprawnień pacjentów, których dotyczyły zakwestionowane świadczenia. Postępowania takie w sprawie ubezpieczenia trzech osób przeprowadził Wydział Spraw Świadczeniobiorców (WŚŚ) i dokonał ręcznej aktualizacji danych w CWU (pozostały one nieaktualne przez okres odpowiednio: 11 miesięcy, 2 lat i 11 miesięcy oraz 7 lat i 2 miesięcy). Mimo wprowadzenia przez WŚŚ do podstawowej bazy CWU danych o ubezpieczeniu/uprawnieniu tych trzech osób, raporty statystyczne przekazane przez świadczeniodawców przed zmianą repliki CWU używanej do weryfikacji raportów, w których sprawozdano

świadczenia udzielone tym osobom ponownie zostały zweryfikowane negatywnie. Replika CWU, na podstawie której przeprowadzono weryfikację nie uwzględniała bowiem zmian w zakresie statusu ubezpieczenia/uprawnienia naniesionych przez pracowników LOW NFZ w podstawowej bazie CWU. Powyższe świadczy o niewystarczającej współpracy pomiędzy Wydziałem Spraw Świadczeniobiorców (WSS), który dokonuje ręcznej aktualizacji CWU a WŚOZ, który dokonuje sprawdzenia raportów statystycznych na podstawie replik CWU. Pozostałe dwie osoby, jak stwierdzono podczas kontroli NIK, w czasie korzystania z kwestionowanych świadczeń także były ubezpieczone (ich dane w CWU były nieaktualne odpowiednio przez: 6 lat i 9 miesięcy oraz 8 lat i 11 miesięcy).

2.4. Za niewystarczające NIK uznaje systemowe zabezpieczenia przed niezasadnym rozliczeniem świadczeń przez ich wykonawców. Przemawiają za tym stwierdzone w trakcie kontroli NIK przypadki, w których dopiero w wyniku weryfikacji pozasystemowej LOW NFZ wytypował do kontroli świadczenia, które uznał za nienależnie wypłacone świadczeniodawcom. Łączna kwota świadczeń zakwestionowanych w wyniku tych kontroli (wytypowano 10 kontroli przeprowadzonych przez LOW NFZ u świadczeniodawców) wyniosła 1 524 377,18 zł. W trakcie tych wybranych kontroli, kontrolerzy LOW NFZ zakwestionowali świadczenia rozliczone mimo np.: wykazania dwukrotnie tego samego świadczenia, wykazania do rozliczenia procedury, gdy okres pomiędzy świadczeniami udzielonymi temu samemu świadczeniobiorcy z powodu tej samej jednostki chorobowej nie przekraczał 14 dni, wykazania do rozliczenia świadczenia, którego opis w dokumentacji medycznej nie odpowiadał wymaganiom zawartym w katalogu świadczeń szpitalnych, wykazania świadczeń niezgodnie z zasadami programu zdrowotnego. Jak wynika z wyjaśnień udzielonych przez Dyrektora LOW NFZ było to wynikiem „*braku niektórych funkcji systemu informatycznego*” w okresie weryfikowania składanych raportów statystycznych.

2.5. Sposób regulowania przez LOW NFZ należności za świadczenia na rzecz osób nieubezpieczonych, które nie ukończyły 18 roku życia, uprawnionych do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy o świadczeniach zdrowotnych, nie budził zastrzeżeń NIK.

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

- 1) podjęcie działań w celu objęcia świadczeniodawców posiadających umowy z NFZ kontrolami z częstotliwością zalecaną w regulacjach wewnętrznych wydanych przez Prezesa NFZ;
- 2) rozważenie wprowadzenia ankietowania pacjentów jako jednej z metod pozyskiwania informacji wykorzystywanych do analizy ryzyka przy typowaniu problemów i podmiotów do kontroli;
- 3) rozważenie przeprowadzenia weryfikacji wstecznej rozliczeń ze świadczeniodawcami POZ również za lata wcześniejsze niż rok 2011, w celu eliminacji przypadków wypłacenia stawki kapitacyjnej za osoby zmarłe.

Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Lublinie, na podstawie art. 62 ust. 1 ustawy o NIK w związku z art. 2 ustawy nowelizującej, oczekuje przedstawienie przez Pana Dyrektora, w terminie 30 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 nowelizującej, w terminie 7 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego, przysługuje Panu Dyrektorowi 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 w związku z art. 2 ustawy nowelizującej, termin nadesłania informacji, o której mowa wyżej, liczy się od dnia otrzymania ostatecznej uchwały właściwej komisji NIK w sprawie rozpatrzenia zastrzeżeń.

Dyrektor
Delegatury NIK w Lublinie

/-/ Adam Pęziół