



**Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Olsztynie**

Olsztyn, dnia 04 sierpnia 2011 r.

**Pan
Andrzej Zakrzewski
Dyrektor Warmińsko-Mazurskiego
Oddziału Wojewódzkiego Narodowego
Funduszu Zdrowia
w Olsztynie**

P/11/137; LOL-4101-03-01/2011

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹, zwanej dalej „ustawą o NIK”, Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Olsztynie przeprowadziła w Warmińsko-Mazurskim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Olsztynie („Oddziale”) kontrolę obejmującą wybrane aspekty finansowania zakładów opieki zdrowotnej w latach 2008-2010, w tym działalność kontrolną świadczeniodawców, procedury ustalania świadczeń, wysokość i czas trwania kontraktów w zakresie Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej (AOS) i Leczenia Szpitalnego (LSz), poziom świadczeń wykonanych ponad limity określone w umowach z Oddziałem.

W związku z kontrolą, której wyniki przedstawione zostały w protokole kontroli, podpisanym w dniu 4 lipca 2011 r., Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Olsztynie, na podstawie art. 60 ustawy o NIK, przekazuje Panu Dyrektorowi niniejsze wystąpienie pokontrolne.

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Oddziału objętą kontrolą, pomimo stwierdzonych nieprawidłowości.

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

Podstawą pozytywnej oceny było:

- rzetelne rozpatrywanie skarg związanych z pobieraniem opłaty i ograniczeniem dostępności do świadczeń medycznych,
- zwiększenie efektywności działalności kontrolnej skutkujące wzrostem zakwestionowanych kwot i naliczonych kar świadczeniodawcom,
- przestrzeganie procedur przy kontraktowaniu umów ze świadczeniodawcami.

Nieprawidłowości dotyczyły głównie nierespektowania terminów ustalania kwot zobowiązań finansowych na następne okresy rozliczeniowe w obowiązujących umowach ze świadczeniodawcami, zawierania umów ze świadczeniodawcami, zatrudnionymi jednocześnie w podmiotach mających zawarte odrębne umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia (niezgodnie z art. 132 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²) oraz sfinansowania na podstawie ugód pozasądowych, zawartych w 2011 r., świadczeń na kwotę 1 622,4 tys. zł wykonanych ponad limit ustalony w umowach, które wygasły z końcem 2010 r.

1. W badanym okresie systematycznie zmniejszała się liczba skarg wpływających do Oddziału, które rozpatrzono zgodnie z obowiązującymi zarządzeniami Prezesa NFZ w sprawie rozpatrywania skarg i wniosków w NFZ. I tak:

- w 2008 r. zarejestrowano 185 skarg, z których 63 uznano za zasadne (34,05 %),
- w 2009 r. 180 skarg, w tym 67 zasadnych (37,22 %),
- w 2010 r. 132 skargi w tym 47 zasadnych (35,60 %).

W 19 przypadkach (3,82 % zarejestrowanych w badanym okresie), skargi dotyczyły pobierania opłat za udzielone świadczenia medyczne. Wszystkie te skargi uznane zostały za zasadne, a po ich rozpatrzeniu żądano od świadczeniodawców zwrotu nienależnie pobranych opłat, a w przypadkach uzasadnionych stosowano kary umowne.

2. W ocenie NIK, pozytywnie należy ocenić w badanym okresie działalność kontrolną Oddziału, wynikiem której był wzrost zakwestionowanych świadczeń i naliczonych kar. I tak:

- w związku z nieprawidłowym przedstawieniem do rozliczenia zakwestionowano wykonane świadczenia na kwotę 360,9 tys. zł w 2008 r., 616,3 tys. zł w 2009 r. i 1 843,4 tys. zł w 2010 r.,
- naliczono kary w kwocie 395,4 tys. zł w 2008 r., 411,8 tys. zł w 2009 r. i 1 078 tys. zł w 2010 r.,

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

- rozwiązano w analizowanym okresie 6 umów z podmiotami świadczącymi usługi medyczne.

Powyższe efekty uzyskano przeprowadzając u świadczeniodawców 699 kontroli, w tym 255 w 2008 r., 268 w 2009 r. i 176 w 2010 r. Liczba skontrolowanych umów wynosiła odpowiednio 286, 274 i 191. Zmniejszenie o 83 liczby kontroli (30,3 %) w 2010 r. w porównaniu do 2009 r., wynikało z prowadzenia w 2010 r. postępowań kontrolnych wymagających zwiększonego nakładu pracy w związku ze skomplikowaną problematyką objętą badaniami kontrolnymi.

3. Ustalono, że Oddział przestrzegał procedur kontraktowania umów z oferentami. Analiza siedmiu umów zawartych z czterema świadczeniodawcami wykazała, że w trakcie postępowania konkursowego kierowano się wytycznymi jednostki nadrzędnej określającymi priorytety dla poszczególnych rodzajów świadczeń. Oddział stosował jednolite zasady wyceny świadczeń oraz ustalania wysokości i czasu trwania kontraktów dla wszystkich oferentów. W przypadku rozbieżności pomiędzy założeniami ogłoszonego postępowania, a złożonymi ofertami, stosowane były negocjacje, które skutkowały podpisaniem protokołu końcowego. W okresie objętym kontrolą, umowy ze świadczeniodawcami podpisywano na czas nie dłuższy niż 3 lata, co było zgodne z art. 156 ust. 1 ustawy z 27 sierpnia 2004 r.

Ustalono, że według stanu na koniec 2010 r. NFZ miał zawarte umowy na łączną kwotę 18 212,99 tys. zł dotyczące świadczeń zdrowotnych w zakresie Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej ze 116 założycielami Niepublicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej (NZOZ) prowadzonych jako „jednoosobowe zakłady opieki zdrowotnej” (5 803,65 tys. zł) lub w formie spółek cywilnych (na kwotę 12 379,34 tys. zł), którzy świadczyli usługi medyczne w ramach ww. umowy, a jednocześnie zatrudnieni byli w podmiotach posiadających odrębne umowy podpisane z NFZ. W tych przypadkach naruszony został zatem art. 132 ust. 3 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. zakazujący zawierania umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej z lekarzem, pielęgniarką, położną, inną osobą wykonującą zawód medyczny lub psychologiem, jeżeli udzielają oni świadczeń opieki zdrowotnej u innego świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem. Według wyjaśnień Pana Dyrektora zakaz ten nie dotyczy osób fizycznych prowadzących działalność w formie niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej, bowiem w treści ww. przepisu ustawodawca nie wskazał zakładu opieki zdrowotnej. NIK nie podziela tego stanowiska. Wskazany wyżej zakaz dotyczy także niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej prowadzonych w formie spółek cywilnych. Nie oznacza to wprawdzie, że można z góry

przesądzić, że w przypadku niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez osoby fizyczne wykonujące zawód medyczny (oraz spółki cywilne) ma zawsze zastosowanie zakaz z art. 132 ust. 3 ww. ustawy, to jednak nie ulega wątpliwości, że w sytuacji, gdy faktycznie działalność niepublicznego ZOZ opiera się na świadczeniu usług medycznych przez osoby fizyczne (również wspólników spółki cywilnej), które utworzyły ten zakład, a nie inne zatrudnione w nim osoby, należy uznać, że przywołany wyżej art. 132 ust. 3 został naruszony.

4. Kontrola wykazała, że w latach 2008-2010 zwiększyła się wartość umów ze świadczeniodawcami, która wynosiła 1 232 548 tys. zł w 2008 r., 1 365 526 tys. zł w 2009 r. (wzrost o 10,7 %) oraz 1 370 971 tys. zł w 2010 r. (0,39 %). Liczba świadczeniodawców, z którymi zawarto umowy wynosiła odpowiednio 1 758, 1 792 i 1 771. Największy udział w wartości zawartych umów miało LSz, gdyż umowy w tym zakresie stanowiły odpowiednio 60,50 %, 60,57 % i 61,07 % ich wartości, a udział AOS wynosił odpowiednio 11,69 %, 10,98 % i 10,72 %. Wzrost wartości umów w AOS i LSz był równomierny ze wzrostem ogólnej wartości umów w badanym okresie.

Wartość świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowach wyniosła 73 160 tys. zł (5,93 % wartości wszystkich umów w 2008 r.), 98 993 tys. zł (7,24 %) w 2009 r. oraz 78 004 tys. zł (5,68 %) w 2010 r. Przy wzroście wartości umów w 2010 r. o 11,2 % w porównaniu do 2008 r. nadwykonania w tym okresie wzrosły o 6,62 %.

Ustalono, że Oddział dokonywał rozliczeń poprzez zawarcie ugód pozasądowych z podmiotami, które wykonały ponadlimitowe świadczenia (taki sposób regulowania kosztów świadczeń ponadlimitowych został zaakceptowany przez Prezesa NFZ pismem z dnia 8 lutego 2011 r. Nr: NFZ/CF/DEF/2011/077/0020/W/03460/DAJ). W 2010 r. Oddział zawarł 146 ugód na kwotę 4 270,6 tys. zł, w tym 40 na kwotę 1 622,4 tys. zł do umów wygasłych z końcem 2010 r. W ocenie NIK, rozliczenie nadwykonań z 2010 r. w trybie zawarcia ugód pozasądowych ze świadczeniodawcami na podstawie art. 917 Kodeksu cywilnego, dotyczących umów wygasłych z końcem 2010 r. było bezpodstawne. Zdaniem NIK, między stronami nie istniał już bowiem stosunek prawny, zaś zawarcie takich ugód naruszało art. 132 ust. 1 ustawy o udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej. Zgodnie z tym przepisem podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie takich świadczeń zawarta pomiędzy świadczeniodawcą, a dyrektorem oddziału wojewódzkiego Funduszu, z zastrzeżeniem art. 159. Uгода nie może być zatem rozwiązaniem prawnym właściwym dla celów

sfinansowania świadczeń nielimitowanych, a także zwiększenia wartości wygasłych umów na etapie ich rozliczania.

5. W myśl § 32 ust. 1 załącznika³ do rozporządzenia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej⁴ w przypadku, gdy umowa zostaje zawarta na okres dłuższy niż rok, kwota zobowiązania w poszczególnych zakresach na następne okresy rozliczeniowe ustalana jest corocznie w terminie do dnia 30 listopada, o ile strony nie postanowią inaczej. Oddział korzystając z tej możliwości zmieniał wskazany w tym przepisie termin. Analiza 14 umów wykazała jednak, że w żadnym z badanych przypadków, ustalony przez strony umowy termin nie został dotrzymany. I tak:

- w 2008 r. aneksowano umowę w zakresie LSz z MSzZ w Olsztynie 6 dni po ustalonym terminie,
- w 2009 r. w 7 przypadkach aneksowano umowy z opóźnieniem wynoszącym od 4 do 12 dni w stosunku do przyjętego terminu,
- w 2010 r. w 6 przypadkach określono zobowiązania na następny rok z opóźnieniem wynoszącym od 22 do 29 dni od ustalonego terminu.

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

1. Przestrzeganie zakazu zawierania umów 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 Narodowym Funduszem Zdrowia.
2. Terminowe ustalanie kwot zobowiązań na następne okresy rozliczeniowe w umowach zawartych ze świadczeniodawcami na okres dłuższych niż rok.

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

³ Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

⁴ Dz. U. Nr 81, poz. 484

Zgodnie z treścią art. 61 ust. 1 ustawy o NIK, w terminie 7 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego, przysługuje Panu Dyrektorowi prawo zgłoszenia na piśmie do dyrektora Delegatury NIK w Olsztynie 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 wyżej mowa, liczy się od dnia otrzymania ostatecznej uchwały właściwej komisji NIK.

Z poważaniem