



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Szczecinie

Szczecin, września 2012 r.

LSZ-4101-02-01/2012
P/12/142

Pani
Julita Jaśkiewicz
Dyrektor
Zachodniopomorskiego Oddziału
Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Szczecinie

WYSTĄPIENIE POKONTROLONE

Na podstawie art. 2 ust. 1 *ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli*¹ (dalej *ustawa o NIK*), Najwyższa Izba Kontroli² przeprowadziła w Zachodniopomorskim Oddziale Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Szczecinie³ kontrolę, którą objęto prowadzenie przez Oddział kontroli świadczeniodawców oraz weryfikacji wykonania zakontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej w latach 2009-2012 (I kw.)

W związku z ustaleniami przedstawionymi w protokole kontroli, podpisanym w dniu 26 lipca 2012 r., Najwyższa Izba Kontroli, stosownie do art. 60 ust. 1 *ustawy o NIK*⁴, przekazuje Pani Dyrektor niniejsze wystąpienie.

Najwyższa Izba Kontroli⁵ pozytywnie ocenia sposób prowadzenia przez Oddział postępowań kontrolnych. Były one rzetelne i zgodne z obowiązującymi procedurami.

Warunki organizacyjne działalności kontrolnej w Oddziale nie zapewniały odpowiedniej liczby kontroli. Poziom zatrudnienia nie pozwalał na zaplanowanie kontroli we wszystkich obszarach ryzyka oraz objęcie kontrolą każdego świadczeniodawcy, co najmniej raz na 5 lat.

Oddział na bieżąco prowadził weryfikację rozliczeń, lecz jej skuteczność była ograniczona brakiem aktualnych danych w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych (CWU). Informacje o ubezpieczonych przekazywane Oddziałowi przez ZUS i MSW były w części nieaktualne lub nieprawidłowe. Oddział prowadził postępowania wyjaśniające, dokonując korekt danych w CWU, lecz działania te nie były w stanie zapewnić pełnej wiarygodności i aktualności wykazu. Miało to wpływ na długotrwałość weryfikacji już rozliczonych świadczeń.

I. Liczba przeprowadzonych przez Oddział kontroli nie zapewniała wystarczającego nadzoru nad wykonywaniem zakontraktowanych usług medycznych oraz nie sprzyjała ujawnieniu potencjalnych nieprawidłowości w rozliczaniu środków, jak również jakości i dostępności udzielanych świadczeń. Na ograniczony zakres wykonania zadań kontrolnych wpływały przede wszystkim uwarunkowania organizacyjne i finansowe w Narodowym Funduszu Zdrowia (NFZ).

¹ Dz. U. z 2012 r. poz. 82.

² Delegatura w Szczecinie.

³ zwanym dalej Oddziałem.

⁴ W dniu 2 czerwca 2012 r. weszła w życie nowelizacja ustawy o NIK, wprowadzona ustawą z 22 stycznia 2010 r. o zmianie ustawy o NIK (Dz. U. Nr 227, poz. 1482 ze zm.), jednakże na mocy art. 2 ustawy nowelizującej, do postępowań kontrolnych niezakończonych sporządzeniem wystąpienia pokontrolnego do dnia wejścia w życie zmienionych przepisów, stosuje się przepisy dotychczasowe.

⁵ zwana dalej NIK.

1. W latach 2009-2011 liczba przeprowadzonych przez Oddział kontroli⁶ wynosiła odpowiednio 101, 75 i 99. W okresie tym udział świadczeniodawców objętych kontrolą zwiększył się z 6,9% do 7,3%.

Najwięcej kontroli przeprowadzono w lecznictwie szpitalnym (22,2%), w którym corocznie średnio objęto kontrolą 43,9%⁷ świadczeniodawców. W pozostałych rodzajach świadczeń średnia ta wynosiła od 18,2% (ambulatoryjna opieka specjalistyczna) do 0,4% (pomoc doraźna i transport doraźny).

Analiza dokumentacji 50 świadczeniodawców (z 743 nieprzerwanie udzielających świadczeń od 10 lat) wykazała, że 29 (58%) było kontrolowanych raz na pięć lat (w tym 15 kontrolowano 2-3 razy w ciągu 5 lat), przy czym kontrole prowadzone były w różnych zakresach udzielonych świadczeń. U pozostałych 21 badanych świadczeniodawców w ciągu ostatnich 5 lat nie przeprowadzono żadnej kontroli.

W ocenie NIK, mała liczba przeprowadzanych kontroli nie zapewniała prawidłowego nadzoru nad świadczeniodawcami. Aktualny system organizacji kontroli nie zapewnia objęcia każdego świadczeniodawcy kontrolą raz na 5 lat, mimo wymogu określonego w § 41 ust. 1 *zarządzenia Nr 23/2009/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 13 maja 2009 r.*⁸.

2. Stan zatrudnienia w komórkach odpowiedzialnych za kontrolę u świadczeniodawców, w ocenie NIK był niewystarczający do zapewnienia prawidłowego nadzoru nad świadczeniodawcami.

W latach 2009-2010 zadania kontrolne realizowało średnio 12 pracowników Działu Kontroli Realizacji Umów na Świadczenia, w 2011 roku - 18 pracowników (w tym 3 pracowników Sekcji Monitorowania, Kontroli i Analiz⁹ oraz 5 pracowników Działu Leczenia Uzdrawiskowego¹⁰), a w I półroczu 2012 roku - 15 pracowników (w tym 2 pracowników SMKIA i 5 pracowników DLU). Pracownicy SMKIA oraz DLU oprócz zadań kontrolnych realizowali również inne zadania, należące do właściwości danej komórki. Stan zatrudnienia pracowników na stanowiskach kontrolerskich nie pozwalał na objęcie kontrolą każdego świadczeniodawcy przynajmniej raz na 5 lat.

W badanym okresie Dyrektor Oddziału wielokrotnie podejmowała próby zwiększenia stanu zatrudnienia w komórkach realizujących zadania kontrolne. W latach 2010-2012 (do 31.03.), mimo przeprowadzenia 21 postępowań rekrutacyjnych, zatrudniono tylko 8 osób z wykształceniem medycznym oraz jedną - z wykształceniem niemedycznym¹¹. Brak kadry medycznej w komórkach kontrolnych spowodowany był fluktuacją pracowników z wykształceniem medycznym (9 kontrolerów z wykształceniem medycznym zrezygnowało z pracy ww. okresie) oraz niezgłaszaniem się pracowników na organizowane przez Oddział konkursy (jak wyjaśniono: ze względu na ograniczone możliwości płacowe Oddziału; zakaz podejmowania zatrudnienia u innego pracodawcy lub wykonywania działalności gospodarczej¹².)

Koszty poniesione przez Oddział na kontrole świadczeniodawców (3.016,2 tys. zł) stanowiły ok. 4,8% kosztów administracyjnych¹³ i 0,04% kosztów ogółem.¹⁴ Łączna kwota kar nałożonych w wyniku przeprowadzonych kontroli i ustalonych kwot środków nienależnie przekazanych świadczeniodawcom była 3-krotnie wyższa (9.517,4 tys. zł) od kosztów Oddziału związanych z działalnością kontrolną.

NIK pozytywnie ocenia podejmowane przez Dyrektora działania, mające na celu wzmocnienie działalności kontrolnej. Przy ocenie jakości udzielanych świadczeń oraz występujących w trakcie kontroli skomplikowanych zagadnień medycznych, rzutujących na końcową ocenę działalności świadczeniodawcy, Oddział korzystał z pomocy konsultantów wojewódzkich. W badanym okresie do 4 z 289 kontroli (tj. 1,4%) powołano konsultantów (jako specjalistów), a do 10 (3,5%) Dyrektor delegowała do zespołu kontrolnego pracowników innych komórek organizacyjnych.

3. Ograniczenia organizacyjne i finansowe Oddziału powodowały, że roczne plany kontroli u świadczeniodawców nie uwzględniały wymogu § 41 ust. 1 *zarządzenia nr 23/2009/DSOZ* (tj. przeprowadzenia kontroli u świadczeniodawcy raz na 5 lat).

⁶ kontrole planowe, doraźne i koordynowane

⁷ w odniesieniu do 139 świadczeniodawców, z którymi Oddział zawarł umowy w lecznictwie szpitalnym w latach 2009-2011.

⁸ w sprawie planowania, przygotowywania i prowadzenia postępowania kontrolnego oraz realizacji wyników kontroli (zwany dalej zarządzeniem nr 23/2009/DSOZ).

⁹ w planowych i doraźnych kontrolach realizacji umów w zakresie programów lekowych i chemioterapii (dalej SMKIA).

¹⁰ w zakresie doraźnych, sprawdzających i skargowych kontroli realizacji umów (zwanego dalej DLU).

¹¹ na stanowisko administracyjne.

¹² art. 112 ust. 2 *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych*¹² (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.), zwana dalej *ustawą o świadczeniach*.

¹³ 62.951,7 tys. zł.

¹⁴ 8.470.652,5 tys. zł.

W latach 2009-2011 Oddział planował przeprowadzenie odpowiednio 79, 70 i 51 kontroli rocznie - liczba zakontraktowanych świadczeniodawców w latach 2009-2010 była ponad 16 razy większa (odpowiednio: 1.327 i 1.316), a w 2011 roku - ponad 25 razy większa (1.309). Plany kontroli sporządzano terminowo, przez powoływane w Oddziale rokrocznie zespoły, które określały obszary zagrożeń oraz wybierały podmioty do kontroli na podstawie propozycji przedłożonych przez komórki merytoryczne, uwzględniające tematy otrzymane z Centrali NFZ.

Roczny plan kontroli¹⁵ w 2009 roku Oddział zrealizował na poziomie 67,1% (53 kontrole), w 2010 roku 35,7% (25 kontroli) i w 2011 roku - 76,5% (39 kontroli). Podstawą przyczyną niewykonania rocznych planów kontroli (tj. 83 z 200) było przeprowadzenie przez Oddział w ww. okresie 96 kontroli doraźnych¹⁶. Ponadto na niewykonanie kontroli planowych (wg wyjaśnień) miały wpływ: brak kadry medycznej, opracowywanie przez kontrolerów materiałów dla organów ścigania oraz udział kontrolerów w prowadzonych przez nich postępowaniach, rozszerzenia zakresu realizowanych kontroli oraz angażowanie kontrolerów do innych zadań Oddziału.

4. Analizując 10 wybranych postępowań kontrolnych stwierdzono, że czynności kontrolne u świadczeniodawców prowadzone były rzetelnie. Osoby kontrolujące posiadały odpowiednie kwalifikacje i wykonywały czynności kontrolne zgodnie z obowiązującymi procedurami. Kary oraz kwoty środków nienależnie przekazanych świadczeniodawcom zostały prawidłowo ustalone i Oddział każdorazowo w wystąpieniu pokontrolnym wzywał świadczeniodawcę do ich zwrotu. W przypadku niedokonania wpłaty wymaganych kwot w ustalonym terminie, Oddział potrącał je z odsetkami z należności przysługujących świadczeniodawcy z tytułu realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W 5 z 10 badanych postępowaniach, zgodnie z programem/tematyką kontroli, dokonano oceny jakości udzielanych świadczeń. Ponadto Oddział korzystał z możliwości, określonej w art. 192a ustawy o świadczeniach, kierowania ankiet do świadczeniobiorców w celu uprawdopodobnienia faktu udzielenia świadczenia i oceny jego jakości, co stanowiło dodatkowe źródło informacji przy tworzeniu planów kontroli.

II. Weryfikacja raportów statystycznych i uprawnień pacjenta do korzystania ze świadczeń dokonywana była w oparciu o CWU, który w części zawierał nieaktualne dane. Wynikało to głównie z nieprzekazywania lub przekazywania ze znacznym opóźnieniem danych do CWU przez ZUS. W celu potwierdzenia uprawnień świadczeniobiorców do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej, Oddział prowadził postępowania wyjaśniające, a w przypadku stwierdzenia nieaktualnych danych, dokonywał stosownych korekt.

Badaniem w zakresie prawidłowości weryfikowania przez Oddział uprawnień świadczeniobiorców do korzystania ze świadczeń objęto 35 przypadków, z tego 15 losowo wybranych spraw, w ramach których w latach 2009-2012 prowadzono korespondencję z ZUS i MSWiA, 10 pozycji zakwestionowanych tytułów uprawnienia do świadczeń osób poniżej 18 roku życia (wykazanych w raportach statystycznych za marzec 2011 roku) oraz 10 z 248 list aktywnych (za marzec 2011 roku) zakwestionowanych z tytułu zgonów świadczeniobiorców.

1. W 13 z 15 losowo wybranych sprawach, w których prowadzono korespondencję z ZUS, dane były nieaktualne przez okres od 94 do 2.876 dni (w tym w 10 sprawach, tj. 77% przez okres powyżej 180 dni). Nieaktualność danych wynikała przede wszystkim z nieprzekazywania przez ZUS informacji o zgłoszeniach, bądź wyrejestrowaniach z ubezpieczenia oraz z błędów w przekazywanych przez gminy do MSW danych personalnych. Dopiero działania Oddziału (poprzez pisemne wystąpienia do ZUS oraz w formie elektronicznej do MSW) spowodowały aktualizację CWU. We wszystkich badanych sprawach Oddział przeprowadził postępowania wyjaśniające, a po otrzymaniu informacji o okresach ubezpieczenia, dokonał odpowiednich korekt.

Błędy w przekazywanych danych personalnych powodują utrudnienia w uzyskaniu refundacji przez świadczeniodawców (np. poprzez konieczność oczekiwania na wyjaśnienie przez uprawnione organy omyłkowej informacji).

2. Weryfikacja przekazanych Oddziałowi raportów statystycznych, przeprowadzana w oparciu o nieaktualne dane w CWU, nie zapewnia prawidłowej kontroli świadczeń pod względem udzielenia ich osobom nieubezpieczonym oraz wykrycia świadczeniobiorców o nieprawidłowym tytule uprawnień.

Brak w CWU aktualnych danych o ubezpieczeniu w marcu 2011 roku¹⁷ spowodował konieczność zweryfikowania przez Oddział 21.588 numerów PESEL z błędnym tytułem ubezpieczenia/uprawnienia osób poniżej 18 roku życia. Analiza 10 z nich na łączną kwotę 84.227,35 zł¹⁸ wykazała, że Oddział przeprowadził powtórny weryfikację tych tytułów w terminie od 309 do 428 dni, tj. od momentu przekazania raportów przez świadczeniodaw-

¹⁵ bez kontroli doraźnych i koordynowanych.

¹⁶ co stanowiło 48% kontroli ujętych w rocznych planach kontroli (200).

¹⁷ tylko dane CWU z marca 2011 r. zostały objęte kontrolą NIK.

¹⁸ z tego: 5 z 21.558 pozycji, w których stwierdzono tytuł uprawnienia "U" niezgodny ze statusem w CWU (na łączną kwotę 82.599,60 zł) oraz 5 z 30 pozycji, w których stwierdzono tytuł uprawnienia "I" niezgodny ze statusem w CWU (1.627,75 zł).

ców¹⁹ do wystąpienia o zwrot nienależnie przekazanych przez Oddział środków finansowych²⁰. We wszystkich 10 badanych sprawach postępowania wyjaśniające polegały na ustaleniu statusu ubezpieczenia na podstawie danych z CWU, bez konieczności prowadzenia dodatkowych czynności. Analizę zakwestionowanych tytułów z danymi w CWU Sekcja Ewidencji dokonała w trakcie kontroli NIK²¹ w terminie od 179 do 210 dni po ich otrzymaniu z Sekcji ds. Validacji i Weryfikacji Raportów Statystycznych²². W latach 2011-2012 (do 31.03.) w Sekcji Ewidencji zatrudnionych było 3 pracowników, do których należały także inne zadania, m.in.: realizacja wniosków o udostępniania danych, ewidencja i weryfikacja list osób oczekujących na świadczenia, weryfikacja bieżąca na wniosek świadczeniodawcy i świadczeniobiorcy.

NIK pozytywnie ocenia sposób rozliczenia przez Oddział świadczeń udzielonych osobom uprawnionym poniżej 18 roku życia, które finansowano z dotacji budżetu państwa, zgodnie z art. 13 *ustawy o świadczeniach*. W wyniku powtórnie przeprowadzonej weryfikacji ustalono, że 5 świadczeń (na kwotę 1.627,75 zł) sfinansowanych w 2011 roku z dotacji budżetu państwa powinno być rozliczonych ze środków Oddziału (jako udzielone osobom ubezpieczonym), a 2 świadczenia (38.097 zł) - powinny zostać sfinansowane z dotacji (jako udzielone osobom uprawnionym do 18 roku życia) - stosownie do przepisu art. 2 ust.1 pkt 3 *ustawy o świadczeniach*. Wartości ww. świadczeń na kwotę 39.724,75 zł zostały skorygowane i rozliczone przez Oddział w trakcie kontroli NIK.

Obowiązujący system rozliczania świadczeń udzielonych ubezpieczonym/uprawnionym do 18 roku życia oraz dokonywana przez Oddział weryfikacja błędów w ww. tytułach w terminie od 9 do 14 miesięcy od przekazania raportu statystycznego przez świadczeniodawców powodowały konieczność dokonywania przez nich korekt, nawet po upływie roku od przekazania raportu. Źródło finansowania tych świadczeń miało wyłącznie znaczenie dla Oddziału, dla którego stanowiło podstawę ich rozliczenia i powodowało dodatkowe zaangażowanie pracowników Sekcji Ewidencji, a następnie świadczeniodawców.

3. NIK pozytywnie ocenia terminowo przeprowadzoną przez Oddział weryfikację wsteczną dokonanych rozliczeń w ramach stawki kapitacyjnej (za marzec 2011), w celu odzyskania nienależnie przekazanych świadczeniodawcom środków za zmarłych świadczeniobiorców POZ, których świadczeniodawcy wykazywali do rozliczenia.

Oddział terminowo (w wrześniu 2011 roku) przeprowadził weryfikację dokonanych rozliczeń w celu odzyskania nienależnie przekazanych świadczeniodawcom środków za zmarłych świadczeniobiorców POZ. Było to zgodne z wytycznymi Prezesa NFZ, określonymi w piśmie z 14.04.2011 r. - według których weryfikacja kontrolna danych zgromadzonych na listach świadczeniobiorców z aktualizowaną repliką CWU, powinna być przeprowadzana systematycznie, po zakończeniu każdego, kolejnego półrocza.

Oddział niezwłocznie wzywał świadczeniodawców do złożenia korekt oraz terminowo potrącał nienależnie rozliczone środki finansowe.

Analiza losowo wybranych 30 z 441 nr PESEL świadczeniobiorców (wykazanych na 10 z 248 list aktywnych POZ za marzec 2011 roku), którzy zmarli i zostali ujęci przez świadczeniodawców do rozliczenia w ramach stawki kapitacyjnej wykazała, że średni czas pomiędzy zgonem a przekazaniem przez świadczeniodawców faktury korygującej z tytułu nienależnie rozliczonych świadczeń (3.733,42 zł) wynosił od 222 do 267 dni. Funkcjonujący CWU (z nieaktualnymi danymi) oraz wprowadzony przez Prezesa NFZ powtórny sposób weryfikowania list aktywnych (tj. raz na pół roku) nie zabezpieczał przed bezpodstawnie wykazywanymi do refundacji świadczeniobiorcami.

4. NIK pozytywnie ocenia stosowane przez Oddział procedury wprowadzania (i wyłączenia) oddziałowych reguł weryfikacyjnych w systemie KS-SIKCH. Analiza skuteczności reguł weryfikacyjnych dla 10 raportów statystycznych przesłanych przez świadczeniodawców, u których Oddział skontrolował realizację umów wykazała, że w żadnym z postępowań kontrolnych nie stwierdzono nieprawidłowości (błędów), które wcześniej powinny być ujawnione przez system KS-SIKCH. Funkcjonujące reguły weryfikacyjne służyły do sprawdzenia prawidłowości rozliczeń i nie odnoszą się do jakości i dostępności udzielanych świadczeń, które - zdaniem NIK - można zbadać w ramach kontroli u świadczeniodawcy.

Stosownie do art. 61 ust. 1 *ustawy o NIK*, w terminie 7 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego, przysługuje Pani prawo zgłoszenia do Dyrektora Delegatury NIK w Szczecinie, umotywowanych zastrzeżeń w sprawie ocen i uwag, zawartych w tym wystąpieniu.

¹⁹ w dniach od 4.04.2011 r. i do 14.07.2011 r.

²⁰ w dniach od 18.05.2012 r. do 05.06.2012 r.

²¹ w dniach: 18.05.2012 r., 5.06.2012 r. i 18.06.2012 r.

²² w dniu 21.11.2011 r.