

# NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

---

DELEGATURA w KRAKOWIE

P/12/142

Nr ewid. 176/2012/P12142/LKR

Informacja  
o wynikach kontroli  
*Prowadzenie kontroli świadczeniodawców  
oraz weryfikacja wykonania  
z kontraktowanych świadczeń opieki  
zdrowotnej przez Narodowy Fundusz  
Zdrowia*

K r a k ó w   m a r z e c   2 0 1 3   r .

---

**Misją** Najwyższej Izby Kontroli jest dbałość o gospodarność i skuteczność w służbie publicznej dla Rzeczypospolitej Polskiej

**Wizją** Najwyższej Izby Kontroli jest cieszący się powszechnym autorytetem najwyższy organ kontroli państwowej, którego raporty będą oczekiwanym i poszukiwanym źródłem informacji dla organów władzy i społeczeństwa

---

Informacja o wynikach kontroli prowadzenia kontroli świadczeniodawców oraz weryfikacji wykonania zakontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia

---

Dyrektor NIK w Krakowie  
Jolanta Stawska

---

Akceptuję:  
Wojciech Misiąg

Wiceprezes  
Najwyższej Izby Kontroli

---

Zatwierdzam:  
Jacek Jezierski

Prezes  
Najwyższej Izby Kontroli  
dnia                      2013 r.

---

Najwyższa Izba Kontroli  
ul. Filtrowa 57  
00-950 Warszawa  
tel./fax: 22 444-50-00  
[www.nik.gov.pl](http://www.nik.gov.pl)

## Spis treści

1. Wprowadzenie.....	4
2. Podsumowanie wyników kontroli.....	6
2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności.....	6
2.2. Uwagi końcowe i wnioski.....	7
3. Ważniejsze wyniki kontroli.....	9
3.1. Skala działalności kontrolnej.....	9
3.2. Sposób tworzenia i wykonania planów kontroli.....	14
3.3. Stan zatrudnienia w komórkach kontrolnych.....	17
3.4. Skuteczność, prawidłowość i zakres prowadzonych kontroli.....	22
3.5. Weryfikacja rozliczanych świadczeń.....	27
3.5.1. Sposób prowadzenia i wykorzystania Centralnego Wykazu Ubezpieczonych.....	27
3.5.2. Aktualizacja Centralnego Wykazu Ubezpieczonych.....	32
3.5.3. Weryfikacja wsteczna dokonanych rozliczeń.....	33
3.5.4. Weryfikacja raportów statystycznych w oparciu o CWU.....	35
3.5.5. Reguły weryfikacyjne.....	37
4. Informacje dodatkowe o przeprowadzonej kontroli.....	39
4.1. Przygotowanie kontroli.....	39
4.2. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli.....	39
5. Załączniki.....	41
5.1. Liczba kontroli oraz wydatki ponoszone na świadczenia medyczne w latach 2009-2012 (I kwartał).....	41
5.2. Liczba kontroli przeprowadzonych w latach 2009-2011 i w I kwartale 2012 r. przez organ prowadzący rejestr zakładów opieki zdrowotnej/podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz przez konsultantów wojewódzkich*.....	44
5.3. Lista osób zajmujących kierownicze stanowiska w kontrolowanych jednostkach.....	46
5.4. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanego obszaru.....	46
5.5. Wykaz organów, którym przekazano informację o wynikach kontroli.....	47

## 1. Wprowadzenie

Najwyższa Izba Kontroli przeprowadziła w okresie od kwietnia do lipca 2012 r. kontrolę *Prowadzenie kontroli świadczeniodawców oraz weryfikacja wykonania zakontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia*<sup>1</sup> (P/12/142). Dotyczyła ona sposobu planowania i realizacji kontroli przez NFZ oraz wykorzystania dostępnych narzędzi informatycznych i baz danych do weryfikacji rozliczeń prowadzonych ze świadczeniodawcami. Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy o NIK<sup>2</sup>, pod względem legalności, gospodarności, rzetelności i celowości.

Została ona podjęta z inicjatywy własnej NIK, a uzasadniały ją wyniki wcześniejszych kontroli<sup>3</sup>, jak również doniesienia prasowe, wskazujące, że system kontroli i weryfikacji nie spełnia swoich funkcji.

Kontrola realizowana była w ramach jednego z priorytetowych kierunków kontroli na 2012 rok *Zapewnienie powszechnej i niezawodnej opieki medycznej*.

Celem kontroli było dokonanie oceny efektywności i skuteczności planowania oraz realizacji kontroli przez NFZ, w aspekcie zapewnienia należytej jakości zakontraktowanych świadczeń i prawidłowości rozliczeń realizacji umów. W szczególności kontrola zmierzała do oceny:

- stanu zatrudnienia w komórkach kontrolnych i kwalifikacji osób przeprowadzających kontrolę u świadczeniodawców;
- sposobu planowania i typowania świadczeniodawców do kontroli;
- skali i zakresu przeprowadzanych kontroli, w odniesieniu do liczby i rodzaju zakontraktowanych świadczeń;
- prawidłowości i jakości prowadzonych kontroli oraz uzyskanych w ich wyniku rezultatów finansowych;
- prowadzenia i wykorzystania Centralnego Wykazu Ubezpieczonych<sup>4</sup> do weryfikacji rozliczanych świadczeń;
- kontroli raportów statystycznych sporządzanych przez świadczeniodawców.

---

<sup>1</sup> Dalej „NFZ” lub „Fundusz”.

<sup>2</sup> Dz. U. z 2012 r., poz. 82.

<sup>3</sup> Kontrola nr: P/10/144 – realizacja zadań położnych środowiskowych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, kontrola nr P/10/093 – wykonanie planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2009 r.

Nieprawidłowości stwierdzone po tych kontrolach dotyczyły przede wszystkim: niewydolności systemu kontroli świadczeń w Funduszu, nieaktualnych danych w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych, niewystarczającej skuteczności systemu weryfikacji rozliczeń refundacji cen leków oraz wyodrębnionych świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej i braku skutecznych reguł walidacyjnych refundacji cen leków.

<sup>4</sup> Dalej „CWU”.

Ocena końcowa obejmowała wydajność i skuteczność systemu w aspekcie nakładów, w tym uwarunkowań organizacyjnych oraz stopnia osiągnięcia celów dla jakich funkcjonuje system kontroli NFZ, jak również prawidłowość prowadzonych czynności kontrolnych oraz ich skuteczność.

Kontrolą objęto pięć oddziałów wojewódzkich NFZ (w Kielcach, Lublinie, Szczecinie, Warszawie i we Wrocławiu). Kontrole przeprowadziły właściwe miejscowo delegatury NIK, poza oddziałem wojewódzkim NFZ w Warszawie, który skontrolowała Delegatura w Krakowie. W informacji wykorzystano dane statystyczne uzyskane ze wszystkich oddziałów wojewódzkich i z Centrali NFZ oraz od Ministra Spraw Wewnętrznych, Ministra Zdrowia, Prezesa NFZ, Prezesa Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Rzecznika Praw Pacjenta i od wojewodów.

Badania kontrolne obejmowały lata 2009-2011 i pierwszy kwartał 2012 r.,

## 2. Podsumowanie wyników kontroli

### 2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności

**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<sup>5</sup>. Nie spełniały one też wymogu skontrolowania każdego świadczeniodawcy raz na pięć lat, zgodnie z zarządzeniem nr 23/2009/DSOZ Prezesa NFZ<sup>6</sup>. 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<sup>7</sup>. Żadne z kontrolowanych postępowań nie obejmowało podwykonawców świadczeń<sup>8</sup>. Wynikało to głównie z niskich nakładów na kontrolę, w tym niskiego poziomu zatrudnienia oraz problemów z zatrudnieniem osób z medycznym wykształceniem<sup>9</sup>. 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<sup>10</sup>. 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). Stanowi ona istotny element systemu kontroli, a jej nieaktualność uniemożliwia sprawną i bezbłędną weryfikację przedłożonych przez świadczeniodawców rozliczeń<sup>11</sup>. 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

---

<sup>5</sup> Zobacz rozdział 3.2. Sposób tworzenia i wykonania planów kontroli.

<sup>6</sup> Zarządzenie nr 23/2009/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 13 maja 2009 r. ze zm. w sprawie planowania, przygotowania i prowadzenia postępowania kontrolnego oraz realizacji wyników kontroli.

<sup>7</sup> Zobacz rozdział 3.4 Prawidłowość i jakość prowadzonych kontroli.

<sup>8</sup> Zobacz str. 26.

<sup>9</sup> Zobacz rozdział 3.3. Stan zatrudnienia w komórkach kontrolnych.

<sup>10</sup> Zobacz rozdział 3.1. Skala działalności kontrolnej.

<sup>11</sup> Zobacz rozdział 3.5.1. Sposób prowadzenia i wykorzystania Centralnego Wykazu Ubezpieczonych.

zapewnić pełnej wiarygodności i zupełności tego wykazu, a tym samym pełnej rozliczalności świadczeń<sup>12</sup>.

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 ok. 0,05% ich kosztów ogółem<sup>13</sup>. 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.

## 2.2. Uwagi końcowe i wnioski

Liczba kontroli prowadzonych przez oddziały wykazuje tendencję spadkową<sup>14</sup>. Kontrole koncentrują się przede wszystkim na dużych wartościowo kontraktach („dużych” świadczeniodawcach) i w większości przypadków nie obejmują aspektów jakościowych, a głównie prawidłowość rozliczeń. Poza nadzorem NFZ pozostaje znaczna liczba „mniejszych” świadczeniodawców oraz jakość i dostępność świadczonych usług. Efektywnym dopełnieniem prowadzonych u świadczeniodawców kontroli mogłaby być szybka i sprawna weryfikacja rozliczeń w oparciu o CWU oraz korzystanie z innych dostępnych narzędzi na przykład ankietowania pacjentów, czy stworzenia systemu autoryzacji świadczeń przez pacjenta.

Jedną z głównych przyczyn niewydolności systemu kontroli są bardzo niskie nakłady na zadania kontrolne NFZ.

W związku z powyższym NIK po kontrolach w oddziałach skierowała wystąpienie do Prezesa NFZ, w którym sformułowała wniosek o podjęcie działań mających na celu umożliwienie dyrektorom oddziałów zapewnienie adekwatnej do potrzeb liczby kontroli i rzetelnego nadzoru nad wykonywaniem przez świadczeniodawców zakontraktowanych świadczeń. Jednocześnie konieczne jest także zweryfikowanie regulacji wewnętrznych dotyczących planowania, przygotowywania i prowadzenia postępowania kontrolnego pod kątem efektywnego działania, uwzględniającego w większym zakresie

---

<sup>12</sup> Zobacz rozdział 3.5.2. Aktualizacja Centralnego Wykazu Ubezpieczonych.

<sup>13</sup> Zobacz str. 19.

<sup>14</sup> Zobacz str. 13.

wyniki analizy ryzyka, jak również rozważenie wykorzystania innych dostępnych narzędzi, w tym ankietowania pacjentów. Kontrole Funduszu powinny obejmować również sposób realizacji świadczeń przez podwykonawców.

Brak aktualności danych w CWU negatywnie wpływa na rzetelność weryfikacji uprawnień pacjenta do korzystania ze świadczeń, a tym samym na skuteczność i efektywność weryfikacji rozliczeń. Ze względu na fakt, iż dane takie są przekazywane do NFZ przez ZUS, KRUS i MSW, a NFZ angażuje znaczne środki dla ich weryfikacji, Najwyższa Izba Kontroli wnioskuje do Ministra Spraw Wewnętrznych, a także Prezesów ZUS i KRUS o podjęcie działań mających na celu poprawę sposobu gromadzenia, aktualizacji i przekazywania danych o ubezpieczonych. Do tych trzech organów oraz do Prezesa NFZ NIK wnioskuje także o podjęcie działań dla utworzenia wspólnego systemu zarządzania jednolitą bazą danych w tym zakresie, co mogłoby przyczynić się do poprawy jakości danych w CWU i ich szybkiej aktualizacji.



### 3. Ważniejsze wyniki kontroli

#### 3.1. Skala działalności kontrolnej

Świadczenia zdrowotne udzielane są przez świadczeniodawców na podstawie umowy zawartej z oddziałem wojewódzkim NFZ, zgodnie z którą Fundusz ma prawo do przeprowadzenia kontroli zarówno świadczeniodawcy, jak i jego podwykonawców<sup>15</sup>. Sposób i tryb planowania, przygotowywania i prowadzenia postępowania kontrolnego, w tym jego dokumentowania oraz zadania jednostek organizacyjnych i pracowników NFZ, a także osób upoważnionych do prowadzenia postępowania kontrolnego określa zarządzenie nr 23/2009/DSOZ Prezesa NFZ. Zgodnie z § 41 ww. zarządzenia plany kontroli oddziałów wojewódzkich powinny być opracowywane przy założeniu, aby każdy świadczeniodawca lub podmiot, który zawarł umowę z NFZ o finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, był poddany kontroli nie rzadziej niż raz na 5 lat, przy czym ustęp 2 powyższego paragrafu dopuszcza możliwość odstąpienia od tego wymogu w przypadku braku możliwości organizacyjnych, w tym w szczególności braków kadrowych w komórkach odpowiedzialnych za przeprowadzanie kontroli.

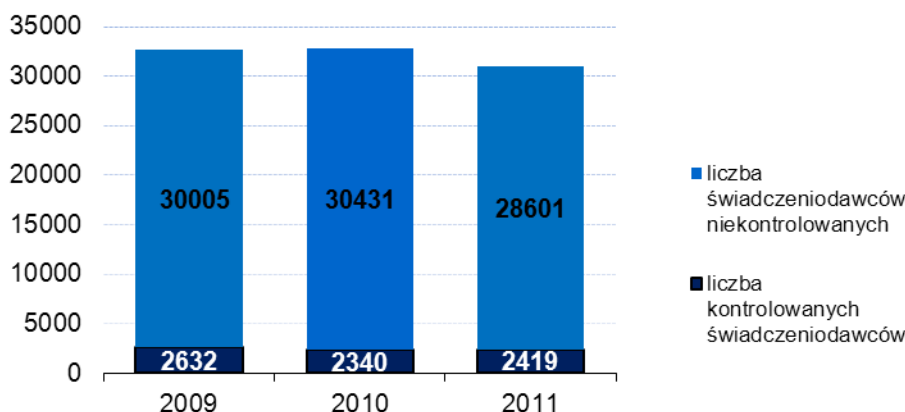
Liczba przeprowadzanych kontroli była niewystarczająca dla zapewnienia rzetelnego nadzoru nad wykonywaniem zakontraktowanych świadczeń. Średni udział świadczeniodawców objętych kontrolą we wszystkich oddziałach wojewódzkich NFZ wynosił od 7,1% w 2010 r. do 8,1% w 2009 r, co oznacza, że świadczeniodawca może spodziewać się kontroli średnio raz na 12-13 lat<sup>16</sup>. Świadczy to, że założona w zarządzeniu nr 23/2009/DSOZ Prezesa NFZ częstotliwość kontroli świadczeniodawców nie jest zachowywana. Zaznaczyć należy jednak, że wielu świadczeniodawców ze względu na wysokość środków i znaczną liczbę zakontraktowanych świadczeń (zwłaszcza w lecnicwie szpitalnym) kontrolowanych było nawet kilkakrotnie w ciągu roku. Nie kwestionując zasadności doboru do kontroli świadczeniodawców dysponujących największymi kwotami, NIK stwierdza, że w sytuacji ograniczonych możliwości organizacyjnych w konsekwencji wpływało to na częstość kontroli u pozostałych świadczeniodawców. Niektóre zakresy świadczeń pozostawały więc praktycznie poza kontrolą Funduszu.

Tylko w trzech oddziałach wojewódzkich NFZ udział świadczeniodawców objętych kontrolą wynosił rocznie ponad 10% (Warszawa – 13%, Białystok – 10,9%, Olsztyn – 10,4%).

<sup>15</sup> Art. 64 ust. 1 ustawy 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.).

<sup>16</sup> W trakcie czynności kontrolnych dokonano podziału świadczeniodawców na grupy według rodzajów udzielanych świadczeń. Świadczeniodawcy udzielający świadczeń w więcej niż jednym rodzaju (głównie szpitale) zostali zaliczeni do wszystkich grup, w których je wykonują. Również prowadzone kontrole zostały podzielone według rodzaju kontrolowanych świadczeń, a kontrole wielorodzajowe zostały wykazane we wszystkich rodzajach których dotyczyły.

Liczba świadczeniodawców objętych kontrolą przez oddziały wojewódzkie NFZ w latach 2009-2011



Źródło: Dane zbiorcze z 16 oddziałów wojewódzkich

W poszczególnych rodzajach świadczeń stosunek liczby przeprowadzanych rocznie kontroli do liczby zakontraktowanych świadczeniodawców wahał się od 57% w lecznictwie szpitalnym do 3,6% w lecznictwie uzdrowiskowym, przy czym aż w dziewięciu<sup>17</sup> z 14 kontraktowanych rodzajów świadczeń był on mniejszy niż 10%, co oznacza, że średnia częstość kontroli w tych rodzajach była mniejsza niż raz na 10 lat.

W latach 2009-2011 w czterech rodzajach świadczeń (podstawowa opieka zdrowotna, stomatologia, zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi i leczenie uzdrowiskowe), średnia roczna liczba przeprowadzonych kontroli była mniejsza niż 6% liczby podmiotów udzielających świadczeń w tym rodzaju, a częstość kontroli świadczeniodawcy w tych przypadkach była mniejsza niż raz na 16 lat.

W oddziale wojewódzkim NFZ we Wrocławiu częstość kontroli podmiotu udzielającego świadczeń w lecznictwie stomatologicznym była mniejsza niż raz na 76 lat.

Prezes NFZ w odpowiedzi na zapytanie NIK potwierdził, że w obecnej sytuacji nie ma możliwości spełnienia warunku kontroli każdego świadczeniodawcy przynajmniej raz na 5 lat oraz poinformował, że w styczniu 2012 r. podjęto prace zmierzające do całkowitego usunięcia tego wymogu.

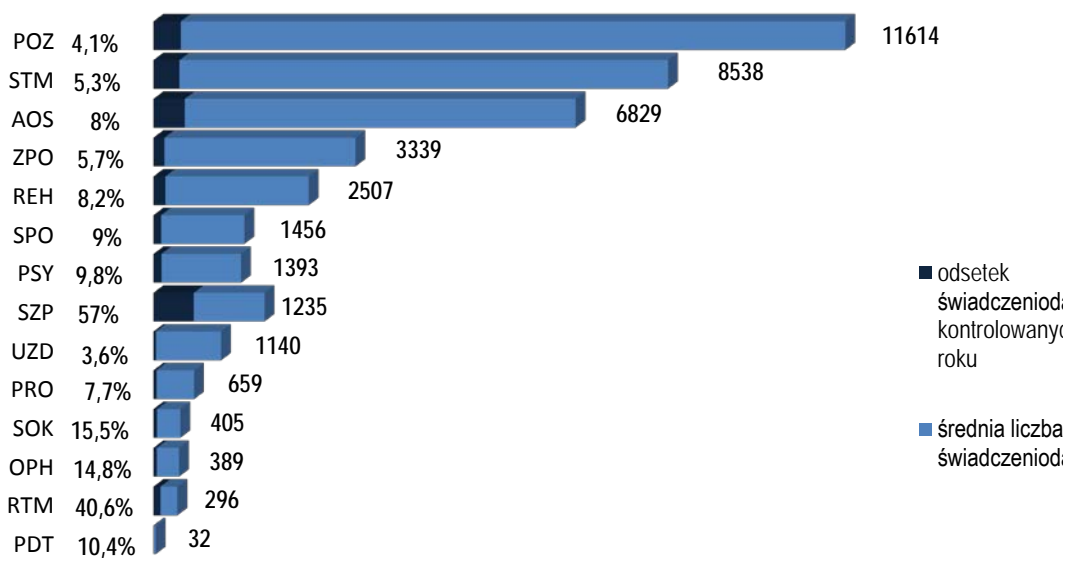
W ocenie NIK działania Funduszu powinny zmierzać do zapewnienia warunków organizacyjnych gwarantujących wykonywanie kontroli adekwatnie do potrzeb, jakie NFZ sam określa (między innymi

<sup>17</sup> Leczenie uzdrowiskowe – 3,6%, podstawowa opieka zdrowotna – 4,1%, leczenie stomatologiczne – 5,3%, zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi – 5,7%, profilaktyczne programy zdrowotne – 7,7%, ambulatoryjna opieka specjalistyczna – 8%, rehabilitacja lecznicza – 8,2%, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze – 9%, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – 9,8%.

poprzez analizę ryzyka), a samo wykreślenie powyższego zapisu nie usprawni planowania działalności kontrolnej NFZ, ani nie wzmocni systemu kontroli.

Wykres nr 2

**Procentowy udział świadczeniodawców objętych kontrolą w danych rodzajach świadczeń oraz średnia liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń w danym rodzaju w latach 2009-2011<sup>18</sup>**



SZP – leczenie szpitalne, RTM – ratownictwo medyczne, SOK – świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, OPH – opieka paliatywna i hospicyjna, PDT – pomoc doraźna i transport doraźny, PSY – opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, SPO – świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, REH – rehabilitacja lecznicza, AOS – ambulatoryjna opieka specjalistyczna, PRO – profilaktyczne programy zdrowotne, ZPO – zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi, STM – leczenie stomatologiczne, POZ – podstawowa opieka zdrowotna, UZD – leczenie uzdrowiskowe.

Źródło: Dane zbiorcze z 16 oddziałów wojewódzkich

Kontrole planowano i przeprowadzono przede wszystkim w rodzajach świadczeń o największych wartościach. Najwięcej kontroli prowadzono w lecznictwie szpitalnym (od 22,2% wszystkich kontroli przeprowadzonych w województwie zachodniopomorskim do 31,8% w województwie lubelskim), dla którego łączna kwota poniesionych przez oddziały kosztów realizacji świadczeń stanowiła ok. 35% kosztów realizacji wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej.

W wyniku szczegółowej analizy częstotliwości prowadzenia kontroli, dokonanej na przykładzie 250<sup>19</sup> losowo wybranych świadczeniodawców z terenu pięciu kontrolowanych oddziałów (w tym 78 udzielających świadczeń w lecznictwie szpitalnym i 172 udzielających w pozostałych rodzajach zakontraktowanych świadczeń), stwierdzono, że tylko jeden świadczeniodawca<sup>20</sup> udzielający świadczeń

<sup>18</sup> Zestawienie prezentuje średni procent świadczeniodawców obejmowanych rocznie kontrolą, posiadających umowę z oddziałem wojewódzkim NFZ oraz średnią roczną liczbę zakontraktowanych świadczeniodawców, w podziale na rodzaje kontraktowanych świadczeń. Wykres sporządzony został na podstawie danych za lata 2009-2011.

<sup>19</sup> Ze względu na brak rejestrów kontroli w formie elektronicznej za cały okres badania, tj. od początku istnienia NFZ, nie było możliwości przeprowadzenia badania przy zastosowaniu narzędzi informatycznych.

<sup>20</sup> ZOZ Szpital Specjalistyczny MSWiA w Złocieńcu.

w lecznictwie szpitalnym nie był objęty kontrolą od 2003 r., a pozostali byli kontrolowani w latach 2003-2012 od kilku do kilkunastu razy. Natomiast wśród podmiotów udzielających świadczeń w innych rodzajach, aż 93 (54,1%) świadczeniodawców nie było objętych kontrolą ani razu od początku istnienia NFZ<sup>21</sup>, to jest przez dziewięć lat, a kolejnych 17 (9,9%) od 2004 r., tj. przez osiem lat.

Oddziały w ograniczonym stopniu korzystały z możliwości przeprowadzania wizytacji<sup>22</sup> w trakcie prowadzonego postępowania kontraktowego u podmiotów udzielających świadczeń na podstawie umów zawieranych z NFZ od wielu lat. W latach 2003- 2011 oraz w I kwartale 2012 r. wizytacjami objęto zaledwie od 10% badanych świadczeniodawców z terenu województwa lubelskiego do 51,4% z terenu województwa zachodniopomorskiego, których w tym okresie nie poddano kontroli. Wynika to przede wszystkim z rezygnacji z przeprowadzania wizytacji u świadczeniodawców, którzy już wcześniej posiadali umowy z Funduszem. Ze względu na duże zaangażowanie pracowników oddziałów w proces kontraktowania (obejmujący zazwyczaj wiele rodzajów świadczeń)<sup>23</sup>, wizytacje wykonuje się co do zasady wyłącznie w przypadku kontraktowania nowych podmiotów, zmiany miejsca udzielania świadczeń lub rozszerzenia zakresu umowy. W opinii NIK zaniechanie kontroli u części świadczeniodawców przy jednoczesnej rezygnacji z ich wizytacji w procesie kontraktowania sprzyja powstawaniu i nawarstwianiu się nieprawidłowości w realizacji kontraktu, w szczególności w zakresie zapewnienia należytej dostępności i warunków wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej.

W trakcie przeprowadzonej w 2010 r. przez NIK kontroli realizacji zadań położnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej stwierdzono u wszystkich dwudziestu dwóch kontrolowanych świadczeniodawców nieprawidłowości polegające na niezapewnieniu podstawowych warunków do wykonywania świadczeń w gabinecie i w środowisku. Dwóch świadczeniodawców nie posiadało wcale gabinetu, a sposób organizacji bądź wyposażenia gabinetów położnej dalszych osiemnastu świadczeniodawców uniemożliwiał lub w znaczący sposób utrudniał wykonywanie świadczeń ambulatoryjnych.

W wyniku kontroli NIK przeprowadzonej w oddziale wojewódzkim NFZ w Łodzi, dotyczącej

<sup>21</sup> NFZ powstał 1 kwietnia 2003 r. w wyniku przekształcenia Regionalnych Kas Chorych.

<sup>22</sup> Wizytacja polega na kontroli podmiotów ubiegających się o kontrakt na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i dokonywana jest przed podpisaniem umowy. W trakcie wizytacji weryfikacji podlegają dane przedstawione w dokumentach ofertowych, dotyczące między innymi pomieszczeń w których mają być udzielane świadczenia, wyposażenia w sprzęt niezbędny dla danego rodzaju świadczeń oraz uprawnień i harmonogramów pracy personelu medycznego.

<sup>23</sup> W 2010 r. w oddziale wojewódzkim NFZ w Krakowie przeprowadzono postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w 12 z 14 kontraktowanych rodzajów świadczeń (ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie stomatologiczne, leczenie szpitalne, opieka paliatywna i hospitacyjna, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, podstawowa opieka zdrowotna, pomoc doraźna i transport doraźny, profilaktyczne programy zdrowotne, rehabilitacja lecznicza, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie).

kontraktowania świadczeń medycznych na 2012 r. i lata następne w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej oraz rehabilitacji leczniczej<sup>24</sup> stwierdzono, że oddział nie przeprowadzał wizytacji u podmiotów, które dotychczas nie miały zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie, na który złożona została oferta. Kontrole przeprowadzone przez oddział w I kwartale 2012 r. wykazały, że część świadczeniodawców, z którymi zawarto umowy nie spełniało wymaganych bądź dodatkowo ocenianych warunków, a w przedłożonych ofertach wykazali sprzęt, którego nie posiadali w dniu jej złożenia lub taki, który nie był dopuszczony do użytkowania przez właściwe organy<sup>25</sup>.

Liczba przeprowadzanych kontroli wykazuje tendencję spadkową. Łączna liczba przeprowadzonych przez oddziały kontroli zmniejszyła się w latach 2009-2011 o 8,5%, przy czym w analogicznym okresie liczba świadczeniodawców, z którymi zostały zawarte umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zmniejszyła się o 5%. Liczba kontroli przeprowadzonych w 2011 r. zmniejszyła się w stosunku do 2009 r. w 10 oddziałach o od 2% do 39,5% (w tym w sześciu o ponad 26%), przy czym liczba świadczeniodawców w analogicznym okresie zmniejszyła się w dziewięciu z nich od 0,5% do 9%.

W 2011 r. liczba kontroli przeprowadzonych w oddziale wojewódzkim NFZ w Rzeszowie zmniejszyła się w stosunku do 2009 r. o 27,3%, pomimo że liczba świadczeniodawców zwiększyła się w tym okresie o 5,3%, a kwota kosztów świadczeń opieki zdrowotnej wzrosła o 8,2%.

W 2011 r. oddział wojewódzki NFZ w Lublinie pomimo zmniejszenia się liczby zakontraktowanych świadczeniodawców o 3% w stosunku do 2009, przeprowadził o 36,7% kontroli więcej niż w 2009 r., dzięki czemu udział świadczeniodawców objętych co roku kontrolą zwiększył się z 6,8% do 10,4%.

Zmniejszenie liczby przeprowadzanych postępowań kontrolnych tłumaczono najczęściej koniecznością zaangażowania pracowników działu kontroli w prowadzone postępowania konkursowe, oddelegowania ich do wykonywania innych czynności takich jak analiza sprawozdawanych świadczeń przez podmioty, które skierowały wnioski o zapłatę z tytułu tzw. „nadwykonań”, zwiększenia zakresu kontroli lub ilości dokumentacji medycznej poddawanej weryfikacji, co skutkowało zwiększeniem czasochłonności prowadzonych kontroli, a także urlopami i zwolnieniami lekarskimi pracowników.

W 2010 r. w oddziale wojewódzkim NFZ w Kielcach z działu kontroli do kontraktowania oddelegowano na okres 2,5 miesiąca 10 z 16 osób tam zatrudnionych. Od października do grudnia 2010 r. wszyscy pracownicy komórki kontrolnej oddziału wojewódzkiego NFZ w Szczecinie zostali oddelegowani do komisji przeprowadzających postępowania konkursowe. Oprócz wykonywanych czynności członków

<sup>24</sup> Kontrola nr I/12/001.

<sup>25</sup> Kontrola NIK wykazała, że w siedmiu (39%) z 18 badanych ofert świadczeniodawcy podali nieprawdziwe dane w zakresie: lokalizacji poradni (np. brak urządzeń umożliwiających wjazd osobom niepełnosprawnym ruchowo), personelu medycznego, harmonogramów pracy, posiadanych zezwoleń i posiadanego sprzętu.

komisji, pracownicy komórki kontrolnej wzięli udział w ponad 600 wizytacjach przeprowadzonych u świadczeniodawców. W 2010 r. liczba kontroli spadła w stosunku do 2009 r. o 18% w oddziale wojewódzkim NFZ w Kielcach i o 25,7% w oddziale wojewódzkim NFZ w Szczecinie.

Z informacji uzyskanej od Ministra Zdrowia wynika, że nie korzysta on z możliwości kontroli świadczeniodawców, przewidzianej w art. 173 ust. 1 pkt. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej<sup>26</sup>, gdyż jak zaznaczył, w aktualnym porządku prawnym nie posiada on informacji o realizacji umowy, niezbędnej do przygotowania i przeprowadzenia postępowania kontrolnego. Dane dotyczące kontroli zakładów opieki zdrowotnej oraz podmiotów wykonujących działalność leczniczą przeprowadzanych przez organ prowadzący rejestr (właściwego wojewodę) zostały przedstawione w załączniku nr 2 informacji.

Liczba przeprowadzanych przez oddziały kontroli nie koresponduje z liczbą skarg dotyczących realizacji świadczeń opieki zdrowotnej. W latach 2009-2011 i I kwartale 2012 r. oddziały przeprowadziły łącznie 422 kontrole skargowe, co stanowiło zaledwie 3% otrzymanych skarg. W pozostałych przypadkach, w ocenie oddziałów, treść skarg i przeprowadzone postępowania wyjaśniające nie wskazywały na konieczność wszczęcia postępowania kontrolnego, a informacje z otrzymanych skarg były wykorzystywane przy tworzeniu planów kontroli. Należy jednak zaznaczyć, że w związku z niską realizacją tych planów, problemy wskazywane w otrzymanych skargach, dotyczące między innymi jakości i dostępności do świadczeń, nie były weryfikowane w trakcie kontroli u świadczeniodawców.

We wskazanym okresie pacjenci złożyli również łącznie ponad 12,2 tys. skarg do Rzecznika Praw Pacjenta dotyczących naruszenia praw pacjenta przez podmioty udzielające świadczeń na podstawie umów zawartych z NFZ, w wyniku których Rzecznik podjął ponad 5,8 tys. (47,6%) spraw, blisko 1,3 tys. (10,6%) spraw przekazał według właściwości, w tym 0,6 tys. (5%) do NFZ w celu przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego, a w ponad 4,2 tys. (34,5%) przypadków poprzestał na wskazaniu wnioskodawcy przysługujących mu środków prawnych. W pozostałych przypadkach (0,9 tys. skarg) Rzecznik nie podjął spraw.

### 3.2. Sposób tworzenia i wykonania planów kontroli

Ograniczenia organizacyjne i finansowe powodowały, że oddziały konstruowały plany kontroli nieadekwatnie do potrzeb, a kontrolą obejmowały przede wszystkim podmioty udzielające świadczeń w rodzajach o największych wartościach zakontraktowanych świadczeń. Żaden z oddziałów wojewódzkich NFZ nie miał możliwości zaplanowania i przeprowadzenia kontroli u każdego świadczeniodawcy co najmniej raz na pięć lat, czyli zgodnie z zarządzeniem Prezesa.

<sup>26</sup> Stosownie do art. 173 ust. 1 pkt. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej Minister właściwy ds. zdrowia może przeprowadzić w każdym czasie kontrolę świadczeniodawców dotyczącą zgodności ich działalności z umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub z interesem świadczeniobiorców.

W oddziale wojewódzkim NFZ w Kielcach liczba zakontraktowanych podmiotów była w 2010 r. 30-krotnie, a w 2011 r. 28-krotnie większa od liczby podmiotów ujętych w planach kontroli na dany rok.

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 oddziałach dyrektorzy powoływali zespoły do tworzenia planów kontroli składające się z przedstawicieli komórek: merytorycznych, ds. monitorowania świadczeń i analiz oraz kontroli świadczeniodawców. Zespoły te określały obszary zagrożeń oraz wybierały podmioty do kontroli na podstawie propozycji przedłożonych przede wszystkim przez komórki merytoryczne i odpowiedzialne za monitorowanie świadczeń. W pracach nad planem uwzględniano również tematy ustalone przez Centralę NFZ.

W oddziale wojewódzkim NFZ we Wrocławiu, pomimo powołania w latach 2010-2011 zespołów ds. opracowania planów kontroli oraz ujednoczenia formy składanych przez poszczególne wydziały propozycji kontroli, sposób dokumentowania pracy tych zespołów nie wskazywał jednoznacznie na konkretne kryteria stosowane przy wyborze jednostek do kontroli, ani na przeprowadzenie analizy ryzyka wystąpienia nieprawidłowości poprzez wskazanie obszarów zagrożeń.

Ze względu na ograniczone możliwości, znaczna część propozycji przekazywanych przez komórki merytoryczne nie była ujmowana w planach kontroli. Przykładowo w latach 2010-2011 oddział wojewódzki NFZ w Lublinie uwzględnił w planach kontroli łącznie 32,9% złożonych propozycji, a oddział wojewódzki NFZ w Kielcach 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.

Oddziały tworząc plany kontroli na 2010 r. uwzględniały podział czasu, stosownie do wytycznych Prezesa NFZ, przeznaczając na kontrole planowe 40%, a na kontrole koordynowane oraz doraźne po 30% czasu liczonego (w kontrolerodniach) na podstawie stanu zatrudnienia. W roku następnym proporcje te uległy zmianie poprzez zwiększenie do 40% czasu przeznaczanego na kontrole doraźne, przy zmniejszeniu do 30% planowanego czasu na kontrole planowe. Powodem zmian była, dokonana przez Centralę Funduszu, analiza wykonania planów kontroli za lata poprzednie, w wyniku której stwierdzono wzrost liczby kontroli doraźnych i kontroli koordynowanych przez Centralę Funduszu oraz czynności dodatkowych, w tym nieplanowanych kontroli prowadzonych na rzecz podmiotów innych niż NFZ (np. NIK, Prokuratura)<sup>27</sup>.

<sup>27</sup> Pismo Prezesa NFZ nr CF/DSOZ/2009/075/1041/W/23393/JU z dnia 19 listopada 2010 r.

Analiza danych uzyskanych z oddziałów wskazuje, że żaden z nich nie zrealizował w całości założeń planu kontroli. W oddziałach wojewódzkich NFZ w Warszawie i Lublinie plany kontroli na lata 2010-2011 realizowano w co najmniej 90%, przy czym w oddziale wojewódzkim NFZ w Warszawie plan kontroli programów terapeutycznych i chemioterapii zrealizowano zaledwie na poziomie 11,1% i 37,5%. W pozostałych kontrolowanych oddziałach plany kontroli były realizowane od 36,6% (plan kontroli oddziału wojewódzkiego NFZ we Wrocławiu na 2011 r.) do 74,5% (plan kontroli oddziału wojewódzkiego NFZ w Szczecinie na 2011 r.).

W oddziale wojewódzkim NFZ we Wrocławiu plany kontroli na lata 2010-2011 łącznie 160 kontroli, z których zrealizował zaledwie 73 (45,6%).

W oddziale wojewódzkim NFZ w Kielcach w planach kontroli na lata 2010-2011 przewidziano łącznie 83 kontrole, z których zrealizowano 42 (50,6%).

W oddziale wojewódzkim NFZ w Szczecinie w okresie tym zaplanowano łącznie 113 kontroli, z których wykonano 60 (53,1%).

Przyjęte plany kontroli w trakcie roku ulegały zmianom polegającym przede wszystkim na zmniejszeniu liczby podmiotów planowanych do kontroli. Przykładowo na 2010 r. oddział wojewódzki NFZ w Kielcach zaplanował przeprowadzenie 48 kontroli. W związku z ograniczeniem możliwości kontrolnych oddziału, wynikającym z realizacji kontroli koordynowanej zleconej przez Centralę oraz konieczności oddelegowania 10 pracowników komórki kontrolnej do komisji konkursowych. Liczba podmiotów ujętych w planie została zmniejszona do 35, a oddział zrealizował 29 z nich.

W latach 2010-2011 oddział wojewódzki NFZ w Warszawie nie zrealizował odpowiednio 18 i 8 (9,5% i 4,9%) planowanych kontroli, które za zgodą Dyrektora oddziału usunięto z planów z powodu: braków kadrowych, konieczności prowadzenia kontroli doraźnych zleconych przez Prokuraturę i Centralę NFZ, przeprowadzenia w tym samym roku u świadczeniodawców ujętych w planie kontroli doraźnych lub innej kontroli planowej dotyczącej tego samego zakresu świadczeń.

Z przedstawionych w trakcie kontroli wyjaśnień wynika, że przyczyną niepełnej realizacji planów kontroli były przede wszystkim braki kadrowe (związane z absencjami chorobowymi pracowników lub ich rezygnacją z pracy), wydłużenie 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.

Oddział wojewódzki NFZ w Warszawie przeprowadził, w okresie od 3 października 2011 r. do 27 stycznia 2012 r. (81 dni roboczych), kontrolę zleconą przez Prokuraturę Okręgową w Siedlcach. Kontrolę prowadziło czterech pracowników delegatury oddziału w Siedlcach. W związku z podjęciem tej kontroli nie przeprowadzono czterech (z 14) planowanych kontroli, które usunięto z planu na 2011 r.



Prezes NFZ w odpowiedzi na zapytanie NIK wyjaśnił, że akceptacja wszystkich przedstawionych propozycji tematów kontroli oraz ich ujęcie w planach kontroli skutkowałoby paraliżem systemu kontroli, a wskaźnik realizacji planów zbliżyłby się do wartości krytycznych. Wskazał również, że pomimo próby utrzymania przy tworzeniu planów odpowiednich proporcji czasochłonności kontroli doraźnych, planowych i koordynowanych, to liczba kontroli doraźnych (w szczególności zlecanych przez organy ścigania i instytucje zewnętrzne) pozostaje główną przyczyną niewykonania planów. Podkreślił również, że czynnikiem w istotny sposób wpływającym na liczbę kontroli i realizację planów jest niewystarczające zatrudnienie w komórkach kontrolnych, a także 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, stwierdzając, iż przyczyn tych nie da się wyeliminować przy utrzymaniu bardzo niskich nakładów na działalność kontrolną. Na konieczność zwiększenia tych nakładów NIK wskazywała już w wynikach kontroli wykonania planu finansowego NFZ w 2009 r. Niski poziom kosztów administracyjnych Funduszu (w tym na działalność kontrolną) był też przedmiotem interpelacji poselskich<sup>28</sup>.

### 3.3. Stan zatrudnienia w komórkach kontrolnych

We wszystkich kontrolowanych oddziałach stan zatrudnienia w komórkach odpowiedzialnych za kontrolę nie był wystarczający do zapewnienia prawidłowego nadzoru nad świadczeniodawcami. Zbyt mała liczba pracowników, w szczególności posiadających medyczne wykształcenie, w tym lekarzy i lekarzy stomatologów wpływała na niską, w stosunku do potrzeb, liczbę wykonanych kontroli oraz niepełną realizację przyjętych planów kontroli<sup>29</sup>.

Tylko w oddziale wojewódzkim NFZ w Kielcach średnia liczba osób uczestniczących w prowadzonych postępowaniach kontrolnych była większa od liczby osób zatrudnionych w komórkach kontrolnych. W pozostałych oddziałach udział osób z poza komórek kontrolnych był sporadyczny, bądź nie występował wcale. W okresie objętym kontrolą, w oddziale wojewódzkim NFZ w Lublinie wszystkie

---

<sup>28</sup> Na przykład: W odpowiedzi na interpelację nr 13338, Marek Haber - podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wskazał, że wysokość kosztów administracyjnych NFZ ma bezpośredni wpływ na możliwości funduszu co do monitorowania i kontrolowania procesu zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych, w związku z czym obniżanie kosztów administracyjnych Funduszu mogłoby prowadzić do jego niewydolności organizacyjnej, jak również do braku kontroli nad wydatkowaniem środków publicznych. W ocenie podsekretarza stanu, dane wynikające między innymi ze sprawozdań z działalności NFZ wskazują na konieczność zwiększenia nakładów w zakresie kosztów administracyjnych Funduszu, w szczególności w celu wzmocnienia kontroli kontraktowania i rozliczania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

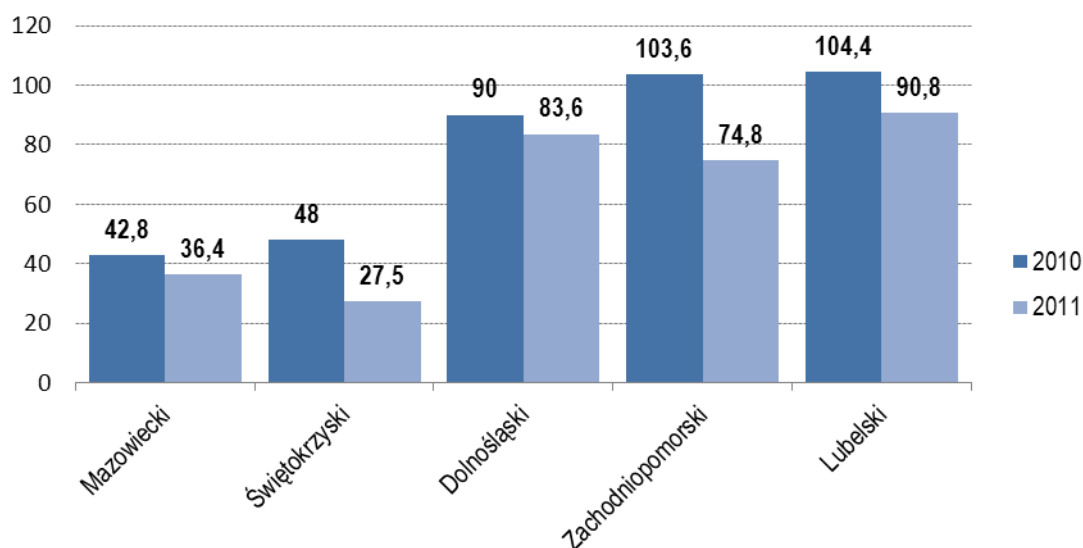
<sup>29</sup> Stosownie do art. 64 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej, kontrolę dokumentacji medycznej, jakości i zasadności udzielanych świadczeń zdrowotnych przeprowadzają upoważnieni pracownicy podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych, posiadający medyczne wykształcenie odpowiadające zakresowi prowadzonej kontroli.

osoby zatrudnione w komórkach kontrolnych uczestniczyły w prowadzonych postępowaniach kontrolnych, a w oddziale wojewódzkim NFZ w Szczecinie nie uczestniczył jedynie kierownik komórki kontrolnej. W oddziale wojewódzkim NFZ we Wrocławiu w postępowaniach kontrolnych nie uczestniczyło od pięciu (2009 r. i 2010 r.) do siedmiu (2011 r.), a w oddziale wojewódzkim NFZ w Warszawie od 15 (2010 r. i 2011 r.) do 18 (2009 r.) osób zatrudnionych w komórkach kontrolnych. Osoby te sprawowały funkcje kierownicze, lub realizowały zadania polegające na nadzorze nad realizacją planu kontroli i działań pokontrolnych oraz nad delegaturami, bądź przygotowywały materiały niezbędne do prowadzenia zadań kontrolnych.

W latach 2010-2011 na jednego pracownika oddziału uczestniczącego w prowadzonych postępowaniach kontrolnych rocznie przypadało średnio od 35,3 do 97,2 zakontraktowanych świadczeniodawców. Średnia liczba przeprowadzonych w tym okresie kontroli przypadających na jednego pracownika wykonującego czynności kontrolne wynosiła od 4,3 w województwie świętokrzyskim do 12,4 w województwie lubelskim przy czym pracownicy oddziału prowadzili kontrolę przeważnie w zespołach dwu lub trzyosobowych.

Wykres nr 3

**Liczba świadczeniodawców przypadających na jedną osobę wykonującą czynności kontrolne**



Źródło: Dane z kontroli NIK

Pomimo iż dyrektorzy kontrolowanych oddziałów podejmowali działania zmierzające do zwiększenia liczby kontroli oraz wsparcia działalności kontrolnej, to jednak nie zapewniały one prawidłowej realizacji nadzoru nad świadczeniodawcami. Działania te polegały przede wszystkim na: ogłaszaniu postępowań kwalifikacyjnych, zawieraniu umów z podmiotami zewnętrznymi na prowadzenie czynności kontrolnych i na występowaniu o opinię do właściwych konsultantów wojewódzkich w danej dziedzinie medycyny.

Zdaniem dyrektorów oddziałów 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 oddział wykwalifikowanej kadry medycznej.

Przykładowo w latach 2010-2011 w oddziale wojewódzkim NFZ w Szczecinie przeprowadzono sześć postępowań konkursowych, w wyniku których ze względu na brak kandydatów, lub udział w nich wyłącznie osób nie spełniających kryteriów zawartych w ogłoszeniu, nie udało się zatrudnić osoby z medycznym wykształceniem. W oddziale wojewódzkim NFZ w Kielcach w latach 2009-2010 kilkakrotnie prowadzono nabór, w celu pozyskania lekarzy do wykonywania czynności kontrolnych. Pomimo ogłoszeń zamieszczanych w BIP, na stronie internetowej oddziału oraz w prasie lokalnej i prasie medycznej o zasięgu ogólnopolskim nikt nie złożył aplikacji.

W związku z nieskutecznymi postępowaniami rekrutacyjnymi dyrektorzy oddziałów podejmowali inne działania zmierzające do zwiększenia wydolności kontroli. Dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ w Warszawie, w związku z brakiem kandydatów (lekarzy) na stanowisko kontrolerskie w delegaturze w Ostrołęce, zawarł w latach 2010-2012 trzy umowy cywilne z lekarzem prowadzącym działalność gospodarczą (nie posiadającym umowy z Funduszem), których przedmiotem było prowadzenie czynności kontrolnych u świadczeniodawców z terenu działania delegatury w Ostrołęce. W oddziale wojewódzkim NFZ we Wrocławiu w latach 2010-2012 powierzono przeprowadzenie 12 kontroli osobom zatrudnionym na umowę zlecenia.

Oddział wojewódzki NFZ w Szczecinie w latach 2009- 2011 i I kwartale 2012 r. powołał w związku z czterema prowadzonymi postępowaniami kontrolnymi specjalistów (Konsultanta Wojewódzkiego ds. położnictwa i ginekologii oraz Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie neonatologii). Pozostałe kontrolowane oddziały nie korzystały z możliwości powoływania specjalistów do zbadania lub rozstrzygnięcia określonych zagadnień wymagających specjalistycznych kwalifikacji.

Na działalność kontrolną wpływ ma również duża rotacja zatrudnienia w komórkach kontrolnych, która przykładowo w oddziale wojewódzkim NFZ we Wrocławiu wyniosła w 2011 r. ponad 13% (dwóch pracowników złożyło wnioski o rozwiązanie umowy na mocy porozumienia stron, a kolejnych dwóch podjęło decyzję o nieprzedłużaniu umowy zawartej na czas określony).

W oddziale wojewódzkim NFZ w Szczecinie w latach 2010-2011 zatrudniono w komórkach kontrolnych pięciu pracowników z medycznym wykształceniem (lekarzy), przy czym w tym samym okresie z pracy w tych komórkach zrezygnowało siedmiu lekarzy, z czego trzech zatrudnionych w latach 2009-2011.

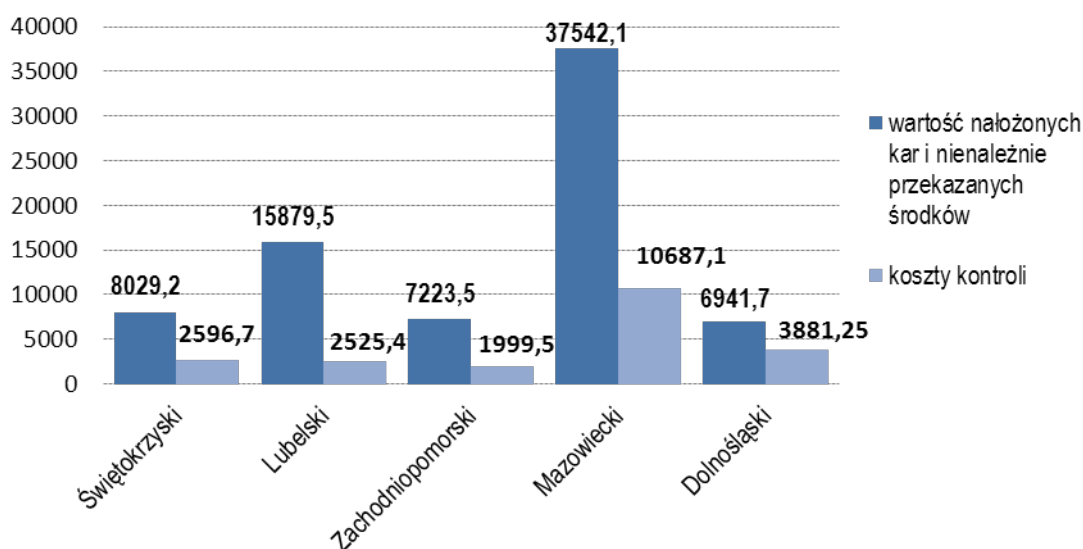
Pomimo że prowadzone kontrole weryfikują prawidłowość realizacji kontraktu przez świadczeniodawców, w tym jakość i dostępność do udzielanych przez nich świadczeń oraz pełnią rolę prewencyjną, to nakłady na kontrole stanowią zaledwie promil kosztów Funduszu i nie korespondują z uzyskiwanymi korzyściami. W latach 2010-2011 koszty administracyjne kontrolowanych oddziałów stanowiły zaledwie ok. 0,7%, a koszty poniesione na kontrolę świadczeniodawców ok. 0,05% kosztów

ogółem. NIK w informacji o wynikach kontroli wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2009 r.<sup>30</sup> wskazywała, że niskie koszty administracyjne<sup>31</sup> utrudniały wykonywanie zadań Funduszu określonych ustawą, w szczególności ograniczając tworzenie warunków dla rozwoju i stabilności kadry oraz budowanie narzędzi informatycznych usprawniających między innymi: procesy weryfikacji rozliczeń ze świadczeniodawcami, opracowywanie analiz niezbędnych przy podejmowaniu decyzji, a także przydatnych w kontrolach realizacji umów u świadczeniodawców.

Łączna kwota nałożonych w wyniku przeprowadzonych kontroli kar i ustalonych kwot nienależnie przekazanych środków była ponad trzykrotnie wyższa od kosztów oddziałów związanych z kontrolą świadczeniodawców. Aż 76,5% nałożonych kar i 87,5% kwot nienależnie przekazanych środków ustalona została w wyniku przeprowadzenia kontroli w lecznictwie szpitalnym. Jednak ustalenie tych kwot nie jest jedynym celem kontroli, która powinna pełnić również rolę prewencyjną w stosunku do wszystkich świadczeniodawców i dlatego nie może się ona skupiać wyłącznie na świadczeniach o najwyższych wartościach, które w przypadku nieprawidłowości generują najwyższe kwoty kar i nienależnie przekazanych środków.

Wykres nr 4

**Koszty poniesione przez kontrolowane oddziały w związku z prowadzonymi postępowaniami kontrolnymi w relacji do kwoty nałożonych kar i ustalonych kwot nienależnie przekazanych środków w latach 2010-2011 (dane w tys.)**



Źródło: Dane z kontroli NIK

Na brak atrakcyjności zatrudnienia w Funduszu mają wpływ ograniczenia wynikające z art. 112 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, zgodnie z którym pracownicy Funduszu nie mogą jednocześnie być:

<sup>30</sup> Kontrola nr: P/10/093.

<sup>31</sup> W 2009 r. koszty administracyjne stanowiły 0,94% kosztów Funduszu ogółem.

- ✓ świadczeniodawcami, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub ubiegają się o zawarcie takich umów;
- ✓ właścicielami, pracownikami lub osobami współpracującymi ze świadczeniodawcami, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub ubiegają się o zawarcie takich umów;
- ✓ członkami organów lub pracownikami podmiotów tworzących w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej;
- ✓ członkami organów lub pracownikami jednostek samorządu terytorialnego;
- ✓ członkami organów zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność ubezpieczeniową na podstawie ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej<sup>32</sup>;
- ✓ właścicielami akcji lub udziałów w spółkach handlowych prowadzących podmioty, które zawarły umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub ubiegają się o zawarcie takich umów;
- ✓ właścicielami w spółkach handlowych więcej niż 10 % akcji lub udziałów przedstawiających więcej niż 10 % kapitału zakładowego - w każdej z tych spółek, w przypadku spółek innych niż wyżej wymienione;
- ✓ posłami, posłami do Parlamentu Europejskiego albo senatorami;
- ✓ członkami Rady Funduszu oraz rad oddziałów wojewódzkich Funduszu.

Pracownicy Funduszu nie mogą również bez zgody Prezesa Funduszu podejmować zatrudnienia u innego pracodawcy lub prowadzić działalność gospodarczą. Sytuacji nie poprawiła również obowiązująca od 27 września 2007 r. nowelizacja przepisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry<sup>33</sup>, uznająca zatrudnienie w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych za wykonywanie zawodu lekarza i zapewniająca tym samym możliwość powrotu lekarzy zatrudnionych w Funduszu przez okres powyżej 5 lat do udzielania świadczeń zdrowotnych bez konieczności odbycia szkolenia, o którym mowa w art. 10 ustawy o zawodach lekarza i dentystry<sup>34</sup>.

Tak daleko idące ograniczenia, przy niezadowalających wynagrodzeniach powodują, że praca w kontroli NFZ jest nieatrakcyjna.

---

<sup>32</sup> Dz. U. Nr 124, poz. 1151 ze zm.

<sup>33</sup> Ustawa z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 166, poz. 1172).

<sup>34</sup> Art. 2 ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 ze zm.).

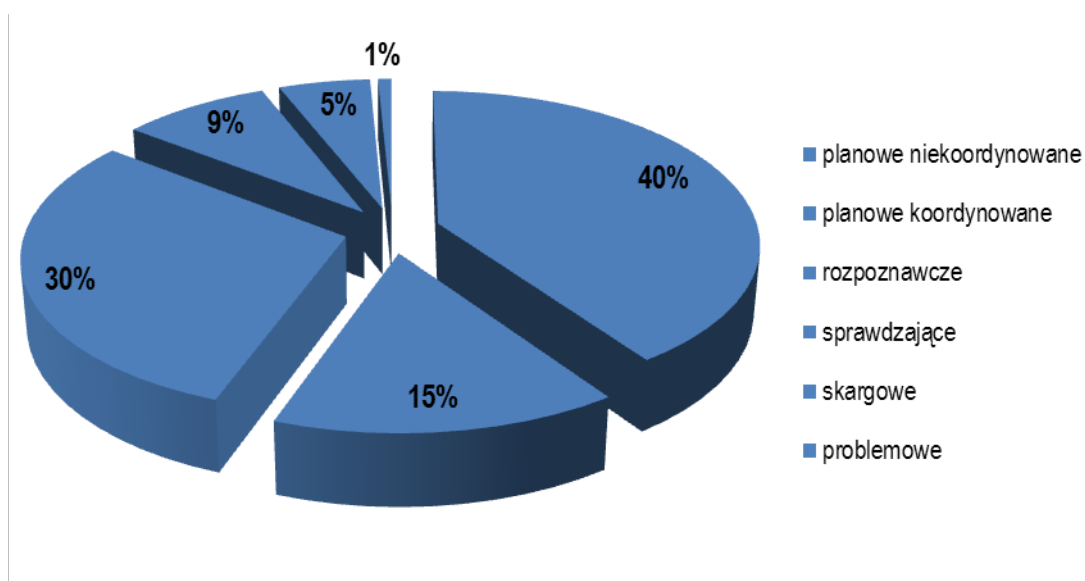
Pomimo niekorzystnych uwarunkowań, średnie zatrudnienie w oddziałach wzrosło w latach 2009-2011 o 3,5%, co nie wpłynęło jednak na zwiększenie się liczby przeprowadzanych kontroli, która zmniejszyła się w tym okresie o 8,5%. W czterech oddziałach wojewódzkich NFZ średnie zatrudnienie w badanym okresie zmniejszyło się, w tym w trzech oddziałach (w Opolu, Gdańsku i Kielcach) o od 5% do 10%. W oddziale wojewódzkim w Rzeszowie średnie zatrudnienie w badanym okresie zmniejszyło się o 27,8%, przy równoczesnym spadku liczby przeprowadzonych kontroli o 27,3%. W pozostałych oddziałach, spadek zatrudnienia nie wpłynął na skalę działalności kontrolnej. W oddziale wojewódzkim NFZ w Kielcach, pomimo zmniejszenia o jedną osobę stanu zatrudnienia w komórkach kontrolnych, liczba kontroli znacząco wzrosła (o 21,3% z 122 do 148). Wzrost ten wynikał z przeszkolenia i oddelegowania do kontroli 21 pracowników z innych komórek, którzy przeprowadzali postępowania kontrolne w szczególności dotyczące zagadnień związanych z dostępnością do świadczeń medycznych pacjentów.

### 3.4. Skuteczność prawidłowość i zakres prowadzonych kontroli

W latach 2009-2011 oddziały wojewódzkie NFZ przeprowadziły łącznie 9 115 kontroli, w tym 5 059 planowych<sup>35</sup> i 4 056 kontroli doraźnych<sup>36</sup>.

Wykres nr 5

Struktura kontroli przeprowadzonych przez oddziały wojewódzkie NFZ w latach 2009-2011



Źródło: Dane zbiorcze z 16 oddziałów wojewódzkich NFZ

<sup>35</sup> W ramach kontroli planowych wyróżniamy planowe kontrole koordynowane (ujęte w rocznym planie kontroli NFZ, wykonywane według jednego programu przez więcej niż jedną jednostkę organizacyjną NFZ) oraz planowe kontrole niekoordynowane (ujęte w rocznym planie kontroli wojewódzkiego oddziału NFZ, wykonywane przez ten oddział według jednolitej tematyki i metodyki).

<sup>36</sup> Kontrola przeprowadzana poza planem, co do zasady przez jedną jednostkę organizacyjną NFZ (oddział wojewódzki NFZ) w jednym podmiocie kontrolowanym.

Kontrolowane oddziały wojewódzkie NFZ przeprowadziły w latach 2009-2011 łącznie 2 793 kontroli, w tym 1 571 planowych i 1 222 doraźnych. Analiza 50 postępowań kontrolnych przeprowadzonych przez te oddziały<sup>37</sup> wykazała, że postępowania kontrolne, w odniesieniu do ich zaplanowanego zakresu prowadzono skutecznie, rzetelnie i zgodnie z obowiązującymi 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 powołanego 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 (oddział wojewódzki NFZ we Wrocławiu przekazał pisemne zawiadomienie dzień po rozpoczęciu czynności kontrolnych). W pozostałych postępowaniach świadczeniodawcy, stosownie do art. 64 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej zostali, pisemnie zawiadomieni o kontroli, najpóźniej w chwili jej rozpoczęcia.

Zgodnie z § 15 zarządzenia nr 23/2009/DSOZ oddział zawiadamia podmiot kontrolowany o planowanej kontroli najpóźniej w chwili jej rozpoczęcia, przy czym w przypadku planowanej kontroli realizacji świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej oddział ma obowiązek zawiadomić świadczeniodawcę co najmniej 48 godzin przed rozpoczęciem czynności kontrolnych<sup>38</sup>. W opinii NIK obowiązek powiadomienia na dwa dni przed rozpoczęciem kontroli zapobiega dezorganizacji pracy jednostki w dniu rozpoczęcia kontroli, z drugiej jednak strony umożliwia on przygotowanie się do kontroli, w tym dokonanie zmian w dokumentacji medycznej, wyposażeniu gabinetów i harmonogramach pracy.

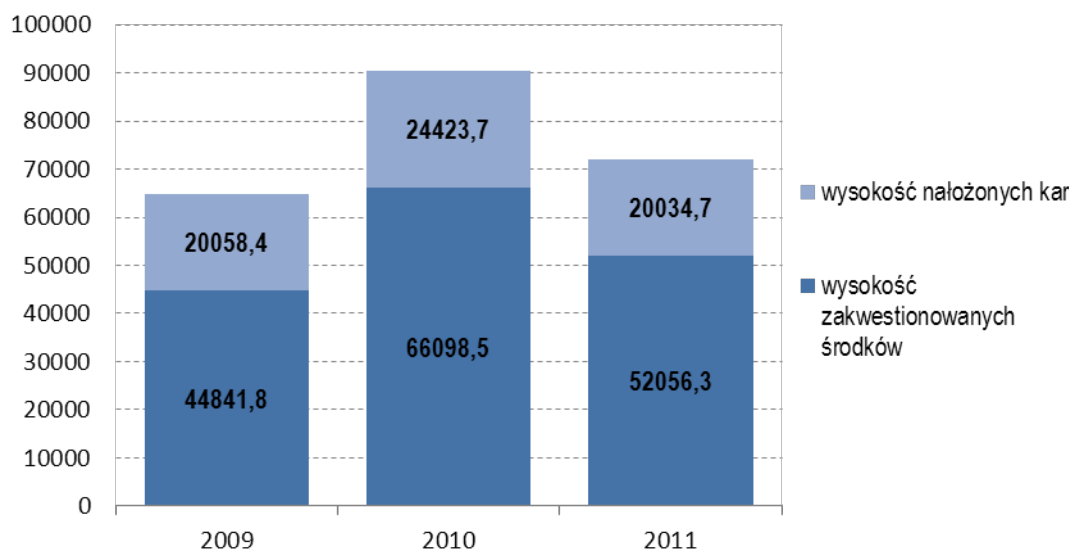
Kary (872,1 tys. zł) oraz kwoty nienależnie przekazanych środków (3 327,4 tys. zł) zostały prawidłowo ustalone, a oddziały każdorazowo w wystąpieniu pokontrolnym wzywały świadczeniodawcę do ich zwrócenia. W przypadku niedokonania wpłaty w ustalonym terminie, oddziały dokonywały potrącenia<sup>39</sup> tych kwot wraz z odsetkami z należności przysługujących świadczeniodawcy z tytułu realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

<sup>37</sup> W każdym kontrolowanym oddziale wojewódzkim NFZ badaniem objęto 10 postępowań, w tym pięć prowadzonych u świadczeniodawców udzielających świadczeń w lecznictwie szpitalnym. Łącznie kontrolą objęto 29 kontroli planowych i 21 kontroli doraźnych.

<sup>38</sup> 48-godzinny termin zawiadomienia świadczeniodawcy o planowanej kontroli wynika ze wzoru umowy (§ 4 ust. 8), stanowiącego załącznik nr 2 do zarządzenia nr 85/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 17 listopada 2011 r.

<sup>39</sup> Zgodnie z 28 ust. 3 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), w przypadku wyczerpania procedury odwoławczej oddziałowi wojewódzkiemu NFZ przysługuje prawo do dokonania potrącenia nienależnie przekazanych środków wraz z odsetkami ustawowymi z należności przysługującej świadczeniodawcy.

**Kwoty nałożonych przez oddziały Funduszu kar i ustalonych nienależnie przekazanych środków w latach 2009-2011**



Źródło: Dane zbiorcze z 16 oddziałów wojewódzkich NFZ

Nieprawidłowości i uchybienia stwierdzone przez NIK w postępowaniach kontrolnych oddziałów były marginalne i miały charakter formalny.

Jedno z badanych postępowań kontrolnych w oddziale wojewódzkim NFZ we Wrocławiu dotyczyło skuteczności działania systemu weryfikacji w zakresie podwójnych rozliczeń w ramach oddziału. W wyniku kontroli u dwóch różnych świadczeniodawców, którzy rozliczyli udzielenie świadczenia temu samemu pacjentowi w tym samym czasie nie stwierdzono nieprawidłowości w wypełnianiu dokumentacji medycznej pacjenta, podczas gdy udzielenie świadczenia przez obu nie było możliwe, ponieważ przebywanie pacjenta w oddziale stacjonarnym jednego świadczeniodawcy wykluczało możliwość realizacji świadczenia przez drugi podmiot (pielęgniarki opieki długoterminowej w domu pacjenta). Oddział nie wyjaśnił tej sprawy. Komórka kontrolna przekazała wyniki kontroli do wydziału wnioskującego o przeprowadzenie kontroli (wydział ekonomiczno-finansowy), który w związku z nieokreśleniem w dokumentacji pokontrolnej wysokości środków finansowych uznanych za nienależne nie podjął żadnych czynności w powyższej sprawie.

Kontrole przeprowadzane przez oddziały wojewódzkie NFZ były ukierunkowane na badanie konkretnie wybranych zakresów działalności świadczeniodawcy. Kontrolerzy skupiali się przede wszystkim na analizie prawidłowości prowadzenia dokumentacji medycznej, co w konsekwencji prowadziło – w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości - do nałożenia na świadczeniodawcę kar finansowych lub żądania od niego zwrotu nienależnie przekazanych środków. 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<sup>40</sup>.

Spośród 50 badanych postępowań kontrolnych zaledwie w:

- ✓ dwunastu sprawdzono, czy pomieszczenia w których udzielano świadczeń spełniały wymogi określone dla danego rodzaju świadczeń;
- ✓ jedenastu sprawdzono, czy świadczeniodawcy podali do wiadomości świadczeniobiorców informacje o godzinach i miejscach udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach<sup>41</sup>;
- ✓ trzynastu sprawdzono pomieszczenia w których udzielano świadczeń, pod względem wyposażenia w niezbędną aparaturę i sprzęt medyczny posiadający stosowne certyfikaty, atesty i inne dokumenty potwierdzające dopuszczenie do użytku oraz aktualne przeglądy dokonane przez uprawnione podmioty;
- ✓ szesnastu sprawdzono kwalifikacje osób udzielających świadczeń.

Dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ we Wrocławiu wskazał, że prowadzenie kompleksowych kontroli u dużych świadczeniodawców wymagałoby zaangażowania dużo większej ilości kontrolerów i czasu, co w znacznym stopniu zmniejszyłoby ilość przeprowadzanych kontroli i powodowałoby jeszcze mniejszą realizację planów kontroli.

Prezes NFZ w odpowiedzi na zapytanie NIK wyjaśnił, że do kompleksowego zbadania sposobu realizacji umowy niezbędnym jest sprawdzenie w każdym przypadku spełnienia przez świadczeniodawcę określonych wymogów dla danego rodzaju świadczeń, takich jak kwalifikacje personelu udzielającego świadczeń oraz wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną. Odstępstwem od takiego sposobu są niektóre kontrole skoordynowane, w szczególności w lecznictwie 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.

---

<sup>40</sup> Zgodnie z art. 64 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych może przeprowadzić kontrolę udzielania świadczeń świadczeniobiorcom, a w szczególności kontrolę: organizacji i sposobu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich dostępności; udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pod względem zgodności z wymaganiami określonymi w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej; zasadności wyboru leków i wyrobów medycznych, w tym przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych stosowanych w leczeniu, rehabilitacji i badaniach diagnostycznych; przestrzegania zasad wystawiania recept; dokumentacji medycznej dotyczącej świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

<sup>41</sup> § 11 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

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 planowych<sup>42</sup>, 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.

W opinii NIK nieprzeprowadzanie kompleksowych kontroli, przy równoczesnym obejmowaniu kontrolą świadczeniodawcy raz na kilka-kilkanaście lat powoduje, że jakość i dostępność do udzielanych przez niego świadczeń nie podlega nadzorowi, przy czym wyniki kontroli przeprowadzanych przez oddziały wojewódzkie NFZ wskazują na nieprawidłowości w tych obszarach. Przykładowo, we wszystkich pięciu postępowaniach kontrolnych, w których oddział wojewódzki NFZ w Szczecinie dokonał oceny prawidłowości i jakości udzielanych świadczeń (poprzez: weryfikację dokumentów potwierdzających kwalifikacje pracowników, oględziny miejsca udzielania świadczeń i aparatury za pomocą której świadczenia były wykonywane) stwierdzono nieprawidłowości. U dwóch świadczeniodawców osoby udzielające świadczeń nie posiadały niezbędnych kwalifikacji, u jednego pomieszczenia, w których udzielano świadczeń nie spełniały wymogów określonych dla danego rodzaju świadczeń, a dwóch kolejnych nie spełniło wymogów dotyczących podania do wiadomości świadczeniobiorców niezbędnych informacji.

Dla kompleksowej oceny działalności świadczeniodawców niezbędne jest obejmowanie kontrolą również ich podwykonawców, do kontroli których oddział wojewódzki NFZ jest uprawniony na podstawie zawartej umowy. Spośród 50 świadczeniodawców objętych kontrolą przez oddziały 38 zawarło umowy z podwykonawcami, których przedmiotem było przede wszystkim przeprowadzanie badań diagnostycznych, laboratoryjnych, radiologicznych, psychologicznych, histopatologicznych i patomorfologicznych. W żadnym z prowadzonych postępowań kontrolnych nie przeprowadzono kontroli u podwykonawców.

Pomimo ograniczonych możliwości prowadzenia kontroli fizycznych, oddziały sporadycznie korzystały z możliwości ankietowania<sup>43</sup>, które mogą dostarczać wiedzy o potencjalnych nieprawidłowościach w realizacji świadczeń, zwłaszcza w ich jakości i dostępności. Jedynie oddział wojewódzki NFZ w Szczecinie korzystał z możliwości kierowania ankiet do świadczeniobiorców, w celu uprawdopodobnienia faktu udzielenia świadczeń oraz oceny ich jakości. Przedmiotem ankiet były zagadnienia obejmujące:

---

<sup>42</sup> Badaniem objęto sześć kontroli planowych, przeprowadzonych przez oddział wojewódzki NFZ w Lublinie.

<sup>43</sup> Zgodnie z art. 192 a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, Fundusz w celu potwierdzenia udzielenia świadczeń, może zwrócić się do świadczeniobiorcy o informację dotyczącą udzielonych mu świadczeń opieki zdrowotnej.

- ✓ potwierdzenie wykonania zakresu świadczeń w opiece stomatologicznej;
- ✓ weryfikację świadczeń wykonanych podczas wyjazdu na zajęcia tzw. „zielonej szkoły”. W związku z uwagami ankietowanych oddział przeprowadził kontrolę, która potwierdziła, że wykazane przez podmiot świadczenia nie zostały zrealizowane;
- ✓ ustalenie miejsca wystawienia świadczeniobiorcom zleceń w zakresie protetyki słuchu. Weryfikacja zleceń i ankiet z raportami statystycznymi potwierdziła, że 139 świadczeniobiorcom wystawiono zlecenia poza systemem opieki zdrowotnej;
- ✓ ustalenie miejsca realizacji zlecenia na pomoce optyczne. W wyniku ankiet przeprowadzono kontrolę doraźną, w efekcie której oddział wystąpił do świadczeniodawcy o skorygowanie raportów statystycznych oraz zawiadomił organy ścigania o podejrzeniu popełnienia przestępstwa.

### 3.5. Weryfikacja rozliczanych świadczeń

#### 3.5.1. Sposób prowadzenia i wykorzystania Centralnego Wykazu Ubezpieczonych

##### **PRAWO DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH**

Stosownie do art. 67 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego uważa się za spełniony po zgłoszeniu osoby podlegającej temu obowiązkowi do Funduszu oraz po opłaceniu składki w terminie i na zasadach określonych w ustawie. Po tym zgłoszeniu uzyskuje się prawo do świadczeń opieki zdrowotnej. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego ma obowiązek zgłosić członków rodziny, którzy nie posiadają własnego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego. Zgodnie z art. 50 ust. 4 tej ustawy, w przypadku gdy pacjent nie posiada uprawnień do korzystania ze świadczeń lub w wymaganych prawem terminach nie przedstawi dokumentu potwierdzającego takie uprawnienie ponosi koszty udzielonego mu świadczenia.

Stosownie do art. 97 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, NFZ prowadzi Centralny Wykaz Ubezpieczonych w celu:

- ✓ potwierdzenia prawa do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego;
- ✓ gromadzenia danych o ubezpieczonych w Funduszu oraz o osobach uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;
- ✓ wydawania poświadczeń i zaświadczeń w zakresie swojej działalności;
- ✓ rozliczania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, w tym udzielanych na podstawie przepisów o koordynacji.

Na koniec 2010 r. w CWU zarejestrowanych było 37 232 tys. zł osób z uprawnieniami do świadczeń<sup>44</sup>, tj. ok. 97,4% ludności Polski<sup>45</sup>. Na dzień 1 stycznia 2012 r. w wykazie tym zarejestrowanych było 37 241,6 tys. osób, które z mocy ustawy miały uprawnienia do świadczeń, w tym 37 213,9 tys. osób ubezpieczonych obowiązkowo, 28 540,4 tys. osób zarejestrowanych jako opłacające składkę. Pozostałe 8 673,5 tys. osób stanowili członkowie rodzin osób opłacających składkę<sup>46</sup>. Jak wynika ze sprawozdania z działalności NFZ, w 2011 r. odnotowano spadek rejestracji w grupie osób ze statusem „ubezpieczony” o 2 465,8 tys. osób i wzrost w grupie osób ze statusem „ubezpieczeni - braki w dokumentacji” o 2 479,3 tys. osób, co wynika z faktu, iż w 2011 r. Fundusz nie otrzymywał z KRUS informacji o składce osób ubezpieczonych<sup>47</sup>, przy czym osoby te miały w CWU aktywne zgłoszenie do ubezpieczenia uprawniające do świadczeń opieki zdrowotnej. Z informacji otrzymanych w trakcie kontroli od Prezesa NFZ wynika, że przyczyną nieprzekazywania powyższych informacji było wejście w życie art. 86 ust. 2a<sup>48</sup> ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, w związku z którym na kontaktach osób w KRUS nie były ewidencjonowane kwoty składek przekazywanych do NFZ.

CWU był wielokrotnie przedmiotem artykułów prasowych, w których formułowano zastrzeżenia co do jego aktualności i wskazywano na problemy z potwierdzaniem na jego podstawie danych o ubezpieczeniu<sup>49</sup>.

Wyniki kontroli NIK również wskazują, że wykaz ten, wykorzystywany do weryfikacji raportów statystycznych i uprawnień pacjenta do korzystania ze świadczeń, zawierał nieaktualne dane dotyczące ubezpieczenia świadczeniobiorców.

Badaniem aktualności danych objęto łącznie 100 postępowań wyjaśniających, prowadzonych przez kontrolowane oddziały w celu ustalenia statusu ubezpieczenia osób, dla których informacje w CWU

<sup>44</sup> Sprawozdanie z działalności NFZ za 2010 rok.

<sup>45</sup> Zgodnie z rocznikiem demograficznym 2011 publikowanym przez Główny Urząd Statystyczny, liczba ludności Polski w 2010 r. (według stanu na 31.12.2010 r.) wynosiła 38 200 037.

<sup>46</sup> Sprawozdanie z działalności NFZ za 2011 rok.

<sup>47</sup> Zgodnie z § 9 ust. 2 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 11 lutego 2009 r. w sprawie szczegółowego zakresu oraz sposobu przekazywania do Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego danych dotyczących osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym i płatników składek (Dz. U. Nr 30, poz. 192), KRUS ma obowiązek przekazywania do Funduszu danych o osobach, za które zostały opłacone składki na ubezpieczenie zdrowotne dotyczących okresów których składki dotyczą, podstawy jej wymiaru, kwoty składki należnej i opłaconej oraz opłaconych odsetek za zwłokę. Od kwietnia 2012 KRUS wznowił przekazywanie tych danych.

<sup>48</sup> Art. 86 ust. 2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej stanowił, że kwota roczna składek na ubezpieczenie zdrowotne za osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. b i pkt 34, wynosiła 1.862.006 tys. zł. Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazywał do Funduszu składki miesięcznie w wysokości 1/12 tej kwoty. Przepis uchylony z dniem 1 lutego 2012 r. przez art. 6 pkt. 3 ustawy z dnia 13 stycznia 2012 r. o składkach na ubezpieczenia zdrowotne rolników za 2012 r. (Dz. U. z 2012 r., poz. 123).

<sup>49</sup><http://www.rynekzdrowia.pl/Medycyna-rodzinna/Centralny-Wykaz-Ubezpieczonych-czyli-placisz-ale-cie-w-nim-nie-ma,101804,17,2.html>;

<http://www.rynekzdrowia.pl/Ubezpieczenia-zdrowotne/Lekarze-z-PZ-chca-sprawnego-systemu-weryfikacji-ubezpieczonych,100239,4.html>;

[http://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/1,114883,11099676,Martwe\\_dusze\\_w\\_wykazie\\_NFZ\\_niezyjacych\\_ubezpieczonych.html](http://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/1,114883,11099676,Martwe_dusze_w_wykazie_NFZ_niezyjacych_ubezpieczonych.html).

zostały zakwestionowane przez świadczeniodawcę lub świadczeniobiorcę. Prowadzone przez oddziały postępowania wyjaśniające polegały przede wszystkim na ustaleniu informacji dotyczących zgłoszeń do ubezpieczenia z ZUS i KRUS oraz daty śmierci - w przypadku pism kierowanych do MSW. Aż w 97 z tych spraw dane w CWU były nieprawidłowe lub nieaktualne. Stwierdzone nieprawidłowości polegały przede wszystkim na nieaktualnym statusie ubezpieczenia w rejestrze, lub nieprawidłowej dacie śmierci. Stwierdzono również przypadki, w których osoby ubezpieczone nie były w ogóle widoczne w wykazie. Dane w tych sprawach pozostawały nieaktualne przez okres od 3 do prawie 9 lat, w tym w 71 przypadkach przez okres powyżej 180 dni. Nieaktualność ta wynikała przede wszystkim z faktu nieprzekazywania przez zobowiązane instytucje<sup>50</sup> informacji o zgłoszeniach bądź wyrejestrowaniach z ubezpieczenia oraz z błędów w przekazywanych danych.

Ustalenia kontroli wskazują, że nieaktualność danych w CWU wynika również z zachowań samych płatników składek i świadczeniobiorców, polegających w szczególności na:

- ✓ nieprzekazaniu danych (np. brak informacji o zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego);
- ✓ przekazaniu nieprawidłowych danych (np. błędy w danych personalnych lub terminach podlegania ubezpieczeniu popełnione przez płatników przy wypełnianiu dokumentów rejestracyjnych);
- ✓ przekazaniu danych niezgodnych z ustawą (np. zgłaszanie do ubezpieczenia jako członków rodziny osób nieuprawnionych, lub niewyrejestrowywaniu tych, którzy przestali spełniać wymogi ustawowe);

Kontrola wykazała również przypadki, w których dane w CWU nie były zgodne z danymi, którymi ZUS, KRUS dysponowały od kilku lat. W sprawach tych, w wyniku przeprowadzonych przez oddziały wojewódzkie NFZ postępowań wyjaśniających ustalono, że dane o ubezpieczeniu nie zostały przekazane do Funduszu.

Kontrola przeprowadzona przez oddział wojewódzki NFZ w Warszawie wykazała, że w sprawie o numerze DEU-4400-296-1-KL/12 dane dotyczące osoby urodzonej w 2001 r. nie były do dnia 14 marca 2012 r. widoczne w CWU. Oddział, w trakcie prowadzonego w 2012 r. postępowania wyjaśniającego, zwrócił się z wnioskiem do ZUS o przekazanie informacji o zgłoszeniu do ubezpieczenia członka rodziny. ZUS poinformował, że osoba ta od 28 maja 2001 r. jest zgłoszona do

<sup>50</sup> Stosownie do art. 87 ust. 7 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, ZUS i KRUS przekazują do Centrali Funduszu dane o ubezpieczonych oraz zgłoszonych do ubezpieczenia zdrowotnego członkach rodzin ubezpieczonych określone w art. 188 ust. 4 pkt 1, 7-9 i 13 oraz o opłaconych za nich składkach na ubezpieczenie zdrowotne. Stosownie do art. 87 ust. 10a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej do 10 dnia każdego miesiąca organ prowadzący centralną ewidencję PESEL przekazuje do centrali Funduszu w formie elektronicznej: zbiór nowo nadanych w poprzednim miesiącu numerów PESEL i odpowiadające im: imiona, nazwiska i nazwiska rodowe oraz wskazanie rodzaju i numeru dokumentu potwierdzającego tożsamość danej osoby; zbiór zawierający numery PESEL i odpowiadające im imiona, nazwiska i nazwiska rodowe osób, których zgon został zgłoszony w poprzednim miesiącu; informacje o zmianie powyższych danych objętych zbiorami.

ubezpieczenia przez swoją matkę. W powyższej sprawie, dane w CWU były więc nieaktualne przez okres prawie 9 lat, tj. od daty utworzenia rejestru do dnia 14 marca 2012.

W kolejnej sprawie (o numerze CWU 933/2010) prowadzonej przez ten oddział, KRUS poinformował, że w 2009 r. ubezpieczony zgłosił się do placówki terenowej z informacją o zmianie numeru PESEL. Fundusz, na podstawie czynności wyjaśniających ustalił, że informacja ta nie jest prawdziwa i że pod jednym numerem PESEL zapisywano dane dotyczące ubezpieczenia dwóch różnych osób. W związku z powyższym 30 maja 2010 r. Centrala Funduszu dokonała rozdzielania tych danych.

Prezes ZUS w odpowiedzi na zapytanie NIK wyjaśnił, że do NFZ zgodnie z uzgodnionym interfejsem<sup>51</sup>, przekazywane są dane na podstawie prawidłowo złożonych przez płatników składek dokumentów ubezpieczeniowych. Tak więc poprawność danych wykazywanych przez płatników składek w dokumentach ubezpieczeniowych wpływa na jakość danych przekazywanych do NFZ. Dokumenty zgłoszeniowe oraz ubezpieczeniowe podlegają weryfikacji, która z uwagi na konieczność wyjaśniania rozbieżności jest procesem czasochłonnym. Z przekazanych informacji wynika, że w latach 2009-2011 i w I kwartale 2012 r. ZUS przeprowadził łącznie 197,6 tys. kontroli wykonania obowiązków płatników w zakresie zgłaszania ubezpieczonych do NFZ.

Z kolei Prezes KRUS wskazał, że zdarzają się przypadki, iż rolnicy nie dokonują na bieżąco zgłoszeń do ubezpieczenia zdrowotnego, jak również nie informują o zmianach mających wpływ na podleganie ubezpieczeniu zdrowotnemu i opłacaniu składek na to ubezpieczenie. Prezes podkreślił, że KRUS nie posiada dostępu do elektronicznej bazy danych ubezpieczonych w ZUS i z tego względu w zasobie CWU mogą figurować częściowo niespójne dane o osobach objętych ubezpieczeniem zdrowotnym w KRUS, które jednocześnie zgłoszone są do tego ubezpieczenia przez ZUS.

Minister Spraw Wewnętrznych wyjaśnił natomiast, że w 2010 r. ponad 90% danych osób, których zgon został zarejestrowany w zbiorze PESEL w miesiącu poprzednim, zostało przekazanych do NFZ zgodnie z ustawowym terminem, a sporadyczne opóźnienia były spowodowane brakiem stosownych aktualizacji w zbiorze PESEL. Wydłużone terminy rejestracji zgonów wynikały z terminów przekazywania aktów zgonu przez urzędy stanu cywilnego do organów ewidencji ludności odpowiedzialnych za rejestrację tych danych w zbiorach meldunkowych. Minister Spraw Wewnętrznych podkreślił również, że czas rejestracji danych ulegnie istotnemu skróceniu po wejściu w życie ustawy z dnia 24 września 2010 r.

---

<sup>51</sup> Wymiana danych z ZUS/KRUS odbywa się na podstawie Interfejsu, który określa zasady ich wymiany, format oraz zakres. W grudniu 2010 r. na spotkaniu przedstawicieli KRUS i Funduszu została przyjęta specyfikacja Interfejsu comiesięcznej wymiany danych, która stanowi podstawę implementacji danych o osobach podlegających ubezpieczeniu z KRUS do NFZ. Od kwietnia 2012 r. KRUS przekazuje do Centrali Funduszu informacje o składce opłaconej, zgodnie z nowym Interfejsem z 26 kwietnia 2012 r. w systemie cotygodniowym. W kwietniu 2010 r. została przyjęta specyfikacja Interfejsu wymiany danych KSI ZUS. Ustalono przekazywanie danych w systemie cotygodniowym lub na życzenie Funduszu. Od października 2011 r. zostało uruchomione elektroniczne narzędzie dla operatorów CWU, umożliwiające sprawdzanie w ciągu 24 godzin informacji przetwarzanych w systemie ZUS o tytułach i okresach ubezpieczenia zdrowotnego osób opłacających składkę, przewidziane w Interfejsie Wymiany Danych KSI ZUS.

o ewidencji ludności<sup>52</sup>, która przewiduje, że rejestr PESEL będzie aktualizowany w trybie on-line bezpośrednio przez kierownika Urzędu Stanu Cywilnego, niezwłocznie po sporządzeniu aktu stanu cywilnego.

Wyniki kontroli wskazują jednak, że pomimo przekazywania plików z danymi w ustalonych terminach, dane o ubezpieczeniu w CWU pozostają nieaktualne często przez okres nawet kilku lat. Wynika to przede wszystkim z nieposiadania przez instytucje zobowiązane do ich przekazywania aktualnych danych o statusie ubezpieczenia świadczeniobiorcy. W toku kontroli stwierdzono również przypadki rozbieżności pomiędzy danymi w CWU, a informacjami posiadanymi przez ZUS, KRUS i przekazanymi dopiero w trakcie prowadzonych postępowań wyjaśniających. O skali problemu świadczy między innymi liczba dokonywanych rocznie przez oddziały korekt danych w wykazie (kilkadziesiąt tysięcy), wyniki przeprowadzanych weryfikacji wstecznych<sup>53</sup> oraz przekazane przez Prezesa NFZ informacje dotyczące czynności podejmowanych w celu aktualizacji CWU<sup>54</sup>.

Prezes NFZ w odpowiedzi na zapytanie NIK wyjaśnił, że w 2010 r. wystąpił do MSWiA z wnioskiem o weryfikację danych dotyczących numerów PESEL osób zarejestrowanych w CWU, które zdaniem Funduszu były numerami „nieaktywnymi”. Do weryfikacji przekazano ponad 60 tys. numerów. W tym samym roku przekazano zbiór z danymi ok. 20 tys. osób, które zdaniem Funduszu nie żyły, a w CWU miały status osób żyjących. W marcu 2011 r. Prezes NFZ poinformował<sup>55</sup> 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) i wnioskował o podjęcie kroków zmierzających do wyeliminowania tak dużej liczby błędów. W związku z utrzymującym się wysokim wskaźnikiem tych błędów, w sierpniu 2012 r. Prezes NFZ skierował pismo<sup>56</sup> do Ministra MSW, z prośbą o analizę błędnie przypisywanych dat zgonów oraz wielokrotnie nadawanych numerów PESEL tej samej osobie i ponownie wnioskował o podjęcie kroków zmierzających do wyeliminowania tych błędów.

Okoliczności wskazane przez Prezesa NFZ potwierdzają ustalenia kontroli NIK w zakresie braku aktualizacji danych w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych. Nieaktualność CWU wpływa bezpośrednio na prawo do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej, natomiast błędy w przekazywanych danych personalnych powodują utrudnienia w uzyskaniu przez świadczeniodawców refundacji udzielonych świadczeń, np. w przypadku konieczności oczekiwania na wyjaśnienie przez uprawnione organy omyłkowej informacji o zgonie ubezpieczonego.

---

<sup>52</sup> Dz. U. Nr 204, poz. 1195 ze zm.

<sup>53</sup> Zobacz rozdział 3.5.3. Weryfikacja wsteczna dokonanych rozliczeń.

<sup>54</sup> Zobacz rozdział 3.5.1. Sposób prowadzenia i wykorzystania Centralnego Wykazu Ubezpieczonych.

<sup>55</sup> Pismo nr NFZ/CF/DSS/2011/073/0008/w/06443/AFE.

<sup>56</sup> NFZ/CF/DSS/2012/073/0037/w/20392/JM.

### 3.5.2. Aktualizacja Centralnego Wykazu Ubezpieczonych

Oddziały wojewódzkie NFZ podejmowały czynności wyjaśniające w przypadku:

- ✓ zaobserwowania i zgłoszenia przez pracowników merytorycznych oddziału niezgodności danych w CWU z otrzymanymi przez nich dokumentami ubezpieczonymi lub rozliczeniowymi;
- ✓ zgłoszenia nieprawidłowości w danych CWU dokonane przez świadczeniobiorców w ramach bieżącej obsługi w oddziale;
- ✓ zgłoszenia rozbieżności danych przez świadczeniodawców w związku z rozliczaniem udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej;
- ✓ weryfikacji danych w ramach okresowych sprawdzeń prawidłowości danych (np. poprzez weryfikowanie danych w raportach statystycznych uzyskiwanych w CWU).

Oddziały wojewódzkie NFZ w przypadku stwierdzenia nieaktualnych danych w CWU podejmowały czynności zmierzające do ustalenia prawidłowego statusu i dokonania (w przypadkach koniecznych) edycji zawartości informacyjnej wykazu, w tym: rejestracji ręcznej osoby na skutek udowodnienia faktu ubezpieczenia i wnoszeniu poprawek na podstawie dokumentów przedstawionych przez zainteresowane osoby<sup>57</sup>. Operatorzy wykazu w kontrolowanych oddziałach rocznie dokonują kilkadziesiąt tysięcy operacji korygujących dane w nim zawartych.

W latach 2010-2011 operatorzy systemu CWU w oddziale wojewódzkim NFZ w Warszawie dokonali łącznie ponad 83 tys. operacji korygujących dane w rejestrze. W 2012 r. (do dnia 17 maja) wykonano blisko 14,5 tys. tych operacji.

CWU, ze względu na nieaktualność danych w nim zawartych, nie może stanowić wiarygodnej podstawy do ustalenia stanu faktycznego ubezpieczenia. W przypadku przedstawienia wraz ze zgłoszeniem nieprawidłowych danych w bazie, dokumentów przewidzianych w procedurze wprowadzonej przez Prezesa NFZ<sup>58</sup>, pracownicy oddziałów dokonywali ręcznych korekt danych, a następnie prowadzili postępowania wyjaśniające w celu potwierdzenia tych danych i uzyskania plików elektronicznych powodujących trwałą zmianę statusu. Jeżeli otrzymane informacje nie stanowiły podstawy do dokonania korekty, oddziały wszczynały postępowania wyjaśniające, w których występowały do odpowiednich instytucji zobowiązanych do przekazywania danych do rejestru (ZUS, KRUS, MSW) o weryfikację przedstawionych przez świadczeniodawcę lub świadczeniobiorcę informacji i ewentualne przekazanie prawidłowych plików elektronicznych.

---

<sup>57</sup> Pkt. II.6 ppkt 7 zarządzenia nr 13/2004 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 kwietnia 2004 r. w sprawie zasad prowadzenia Centralnego Wykazu Ubezpieczonych.

<sup>58</sup> W pkt. II.10 zarządzenia nr 13/2004 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie zasad prowadzenia Centralnego Wykazu Ubezpieczonych wskazano typy dokumentów w oparciu, o które można dokonać edycji danych w CWU w zestawieniu z rodzajami operacji.



W badanych sprawach, postępowania wyjaśniające trwały od jednego dnia do nawet czterech miesięcy. W oddziale wojewódzkim w Warszawie średni czas pomiędzy otrzymaniem informacji wszczynającej postępowanie, a jej wyjaśnieniem i ewentualnym dokonaniem korekty danych w CWU wynosił 41 dni.

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 dokonywali zapytań o okresy ubezpieczenia drogą elektroniczną, a także uzyskiwali pliki rejestracji i wyrejestrowania, co umożliwiało uzyskanie danych ubezpieczeniowych z Centrali ZUS w przeciągu 1-2 dni roboczych. Brak możliwości kierowania zapytań w formie elektronicznej do KRUS oraz do ZUS w sprawie rodzin płatników zgłoszonych do ubezpieczenia wydłużał prowadzenie w tych sprawach postępowań wyjaśniających o ok. 1,5 miesiąca.

W czerwcu 2012 r. do Sejmu trafił projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Projekt został opracowany przez zespół w skład którego wchodził przedstawiciel Ministerstwa Administracji i Cyfryzacji, Ministerstwa Zdrowia, Rządowego Centrum Legislacji, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz ZUS i KRUS. Z dniem 1 stycznia 2013 r. weszła w życie ustawa z dnia 27 lipca 2012 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>59</sup>. Celem ustawy jest uproszczenie sposobu potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniobiorcę oraz poprawa jakości i wiarygodności danych gromadzonych i przetwarzanych w CWU. Wprowadza ona (jako podstawowy) elektroniczny sposób potwierdzania przez świadczeniodawców uprawnień świadczeniobiorcy (na podstawie jego numeru PESEL) do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego i przenosi na NFZ ryzyko ponoszenia kosztów świadczeń udzielonych osobom nieuprawnionym. NIK zwraca jednak uwagę, że dla prawidłowego działania wprowadzanego systemu niezbędne jest, aby dane zawarte w CWU były aktualne i pozbawione błędów. Wymaga to podjęcia działań zmierzających przede wszystkim do poprawy sposobu gromadzenia i przekazywania danych o ubezpieczeniach przez zobowiązane do tego instytucje.

### 3.5.3. Weryfikacja wsteczna dokonanych rozliczeń

Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w podstawowej opiece zdrowotnej odbywa się na podstawie stawki kapitałowej i jest niezależne od tego, czy świadczeniobiorcom udzielono świadczeń opieki zdrowotnej. Warunkiem uzyskania środków finansowych jest złożenie odpowiedniej deklaracji<sup>60</sup> przez

<sup>59</sup>[http://bip.kprm.gov.pl/portals/kprm/form/r339/Projekt\\_ustawy\\_o\\_zmianie\\_ustawy\\_o\\_swadczeniach\\_opieki\\_zdrowotnej\\_finansowanych\\_.html](http://bip.kprm.gov.pl/portals/kprm/form/r339/Projekt_ustawy_o_zmianie_ustawy_o_swadczeniach_opieki_zdrowotnej_finansowanych_.html).

<sup>60</sup> Zgodnie z art. 56 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej wybór lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorca potwierdza pisemnym oświadczeniem woli (deklaracją wyboru)

świadczeniobiorcę i jej pozytywna weryfikacja przez oddział i Centralę Funduszu<sup>61</sup>. Z chwilą śmierci świadczeniobiorcy ważność tej deklaracji wygasa i nie stanowi już dla Funduszu podstawy do przekazywania świadczeniodawcy środków finansowych z tytułu realizacji umowy o udzielanie świadczeń.

W związku z zaleceniami Prezesa NFZ<sup>62</sup> oddziały przeprowadziły weryfikacje wsteczne<sup>63</sup> dokonanych rozliczeń za 2011 r., a oddziały wojewódzkie NFZ w Kielcach, Warszawie i we Wrocławiu również za 2010 r. Oddziały nie podejmowały działań zmierzających do odzyskania nienależnie przekazanych środków za poprzednie lata. Weryfikacje wsteczne, zgodnie z zaleceniami Prezesa NFZ prowadzone były po zakończeniu półrocza. Konieczność prowadzenia weryfikacji wstecznych po upływie kilku miesięcy była zasadna ze względu na opóźnienia w przekazywaniu informacji o zgonach. Informacje te były przekazywane do Funduszu przez MSW nawet kilka lat po dacie zgonu świadczeniobiorcy. W oddziale wojewódzkim NFZ w Kielcach informacje o zgonach siedmiu (23,3%<sup>64</sup>) pacjentów zostały przekazane do NFZ w pliku elektronicznym wygenerowanym po upływie od 1,5 roku do ponad 10,5 roku od daty śmierci.

Oddział wojewódzki NFZ w Warszawie oszacował (w trakcie kontroli NIK), że w latach 2008-2009, pomimo wygaśnięcia na skutek zgonu świadczeniobiorcy ważności deklaracji wyboru, wypłacił z tytułu rocznej stawki kapitacyjnej środki w łącznej wysokości ponad 3 mln zł.

Oddziały dokonywały korekty faktur tylko za okres za jaki prowadzona była weryfikacja, a nie od daty zgonu, co było niezgodne z zaleceniami Prezesa NFZ. Oddział wojewódzki NFZ w Kielcach oszacował w trakcie kontroli, że w przypadku dokonania korekt faktur za cały okres od daty zgonu 30 wybranych świadczeniobiorców zmarłych przed dniem 30 grudnia 2010 r. oddział odzyskałby kwotę ponad 4 tys. zł.

Konieczność prowadzenia weryfikacji wstecznych nie tylko dodatkowo obciąża oddziały pracą, ale budzi również wątpliwości świadczeniodawców, co do zasadności dokonywania korekty rozliczeń po tak długim czasie, zwłaszcza, że stosownie do treści zawartych umów o udzielanie świadczeń

<sup>61</sup> Świadczeniodawca generuje dane dotyczące złożonych deklaracji według stanu na pierwszy dzień każdego miesiąca i przekazuje je do oddziału w terminie do 7 dnia każdego miesiąca. Oddział przeprowadza tzw. pierwotną weryfikację list POZ, po czym zbiorę przekazuje do Centrali NFZ gdzie listy POZ przechodzą proces weryfikacji centralnej między innymi w zakresie zgonów znajdujących się w CWU.

<sup>62</sup> Pismem z dnia 30 grudnia 2010 r. Prezes polecił dyrektorom oddziałów wojewódzkich NFZ przeprowadzenie weryfikacji niezwłocznie po uzyskaniu z MSWiA danych o zgonach, a po zakończeniu weryfikacji żądać od świadczeniodawców korekty rozliczeń za cały okres począwszy od daty zgonu świadczeniobiorcy. Pismem z dnia 14 kwietnia 2011 r. polecił przeprowadzenie w oddziałach systematycznie, po zakończeniu każdego kolejnego półrocza weryfikacji kontrolnych danych zgromadzonych na listach świadczeniobiorców z aktualną repliką CWU, przypominając, iż po zakończeniu weryfikacji należy żądać od świadczeniodawców korekty rozliczeń za cały okres począwszy od daty zgonu świadczeniobiorcy.

<sup>63</sup> Weryfikacja wsteczna zgonów polega na sprawdzeniu list POZ w oparciu o replikę CWU (najbardziej aktualną w chwili jej przeprowadzania) odrębnie dla każdego z badanych miesięcy. W sytuacji, gdy w replice pojawi się informacja o zgonie, której nie było podczas przeprowadzania weryfikacji planowej (pierwotnej), wówczas deklaracja nie jest uznawana.

<sup>64</sup> Badaniem objęto 30 losowo wybranych świadczeniobiorców z raportów świadczeniodawców, które były korygowane w związku z przeprowadzoną weryfikacją wsteczną.

gwarantowanych w podstawowej opiece zdrowotnej, lista świadczeniobiorców po przeprowadzonej weryfikacji, jest listą ostateczną za wyjątkiem sytuacji, gdy wyniki przeprowadzonej przez Fundusz kontroli wskażą na potrzebę jej ponownej weryfikacji<sup>65</sup>.

#### 3.5.4. Weryfikacja raportów statystycznych w oparciu o CWU

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 oddziały raportów<sup>66</sup> 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 oddziale wojewódzkim NFZ w Warszawie analiza 10 zweryfikowanych 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 została ona przeprowadzona ok. pół roku później, a więc po kolejnych zmianach dokonanych w tym czasie w CWU.

Nieaktualne dane w CWU wpływają również na prawidłowość finansowania świadczeń udzielonych osobom uprawnionym do świadczeń ze względu na wiek (poniżej 18 roku życia). Stosownie do art.

<sup>65</sup> Zgodnie z § 7 pkt 5 załącznika nr 2 do zarządzenia nr 85/2011/DSOZ Prezesa NFZ.

<sup>66</sup> Badaniem objęto raporty statystyczne przesłane przez świadczeniodawców wytypowanych do kontroli NIK (zobacz rozdział 3.4. Prawidłowość i jakość prowadzonych kontroli) za jeden z kontrolowanych miesięcy, w którym stwierdzono nieprawidłowości. Łącznie badaniem objęto 50 raportów statystycznych.

2 ust. 1 pkt. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, osobami uprawnionymi do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej są między innymi osoby posiadające obywatelstwo polskie i posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie ukończyły 18 roku życia. W konsekwencji każde dziecko (mające obywatelstwo polskie i zamieszkujące na stałe w Polsce) uzyskuje prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych, jednak status osoby ubezpieczonej mają jedynie dzieci zgłoszone do ubezpieczenia zdrowotnego jako członkowie rodziny osoby ubezpieczonej bądź dzieci zgłoszone do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego przez np. szkołę lub placówkę opiekuńczą jako dzieci (uczniowie) niepodlegające ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu. Stosownie do art. 13 powołanej ustawy, świadczenia opieki zdrowotnej udzielane świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni są finansowane z budżetu państwa, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej. W związku z powyższym leczenie dzieci ubezpieczonych powinno być finansowane ze środków NFZ pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, natomiast leczenie dzieci nieposiadających ubezpieczenia zdrowotnego ze środków otrzymanych na ten cel w ramach dotacji z budżetu państwa.

W dwóch z pięciu kontrolowanych oddziałów (mazowieckim i świętokrzyskim) stwierdzono przypadki finansowania świadczeń udzielonych osobom poniżej 18 roku życia ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, pomimo że świadczenia te powinny zostać (zgodnie ze statusem w CWU na dzień ich rozliczenia) sfinansowane z dotacji z budżetu państwa. W wyniku przeprowadzonego w trakcie kontroli NIK postępowania wyjaśniającego stwierdzono jednak, że w większości tych przypadków dane w CWU były nieaktualne i osoby te posiadały status uprawniający do rozliczenia świadczeń ze składek na ubezpieczenie zdrowotne. Natomiast w oddziale wojewódzkim NFZ w Szczecinie ustalono, że pięć 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 dwa świadczenia (38 097 zł) - powinny zostać sfinansowane z dotacji z budżetu państwa. Wartości ww. świadczeń na kwotę 39 689,55 zł zostały skorygowane i rozliczone przez oddział w trakcie kontroli NIK.

Obowiązujący system rozliczania świadczeń udzielonych ubezpieczonym/uprawnionym do 18 roku życia powodował konieczność dokonywania korekt przez świadczeniodawców nawet po upływie roku od rozliczenia świadczeń, mimo że zapłata za te świadczenia była należna w każdym przypadku. Konieczność ustalenia źródła finansowania tych świadczeń powodowało dodatkowe zaangażowanie pracowników oddziału, a następnie świadczeniodawców, którzy zmuszeni byli składać korekty rozliczeń. Ze względu na brak aktualności CWU i opóźnienia w przekazywaniu danych o ubezpieczeniu, ustalenia statusu ubezpieczenia osób do 18 roku życia w oparciu o rejestr mogły być obarczone błędem.

### 3.5.5. Reguły weryfikacyjne

NIK pozytywnie ocenia funkcjonowanie systemu automatycznej weryfikacji rozliczeń<sup>67</sup> prowadzonego w oparciu o centralne i oddziałowe reguły weryfikacyjne, ale ocenę tę osłabia fakt, że reguły weryfikacyjne odnoszą się jedynie do poprawności przekazanych przez świadczeniodawców rozliczeń i nie zapewniają wykrycia nieprawidłowości nawet w odniesieniu do dokumentacji świadczeń. Weryfikacja systemowa nie jest więc w stanie zastąpić kontroli fizycznych prowadzonych u świadczeniodawców, ale pozwala na identyfikację obszarów ryzyka i typowanie jednostek do kontroli.

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 oddziale wojewódzkim NFZ w Warszawie w toku 10 analizowanych kontroli świadczeniodawców zakwestionowano świadczenia na łączną kwotę 1 223,7 tys. zł. W badanych miesiącach<sup>68</sup> zakwestionowano łącznie 850 sprawozdanych i rozliczonych świadczeń o łącznej wartości 394 tys. zł. Stwierdzone nieprawidłowości polegały między innymi na:

- ✓ zakwalifikowaniu świadczeń do niewłaściwego kodu;
- ✓ wykazaniu świadczeń jako świadczeń towarzyszących ekstrakcji zęba niezgodnie z międzynarodową klasyfikacją procedur medycznych;
- ✓ wykazaniu świadczeń z numerem prawa wykonywania zawodu lekarza uprawnionego do ich wykonania, podczas, gdy indywidualna dokumentacja medyczna potwierdza udzielenie tych świadczeń przez innego lekarza nie posiadającego odpowiednich kwalifikacji do ich udzielania;
- ✓ zastosowaniu współczynnika 3,0 korygującego stawkę kapitacyjną, w przypadku świadczeń nie spełniających wymogów określonych w zarządzeniu Prezesa NFZ<sup>69</sup>;
- ✓ wykonaniu świadczenia w trybie hospitalizacji, pomimo że świadczenie mogło być udzielone w warunkach ambulatoryjnych;
- ✓ braku potwierdzenia udzielenia świadczenia w dokumentacji.

---

<sup>67</sup> Świadczeniodawca chcąc rozliczyć udzielone świadczenia, przekazuje do NFZ raport statystyczny w wersji elektronicznej, który podlega systemowemu sprawdzeniu poprawności podczas importu (tzw. walidacja) oraz kontroli merytorycznej (tzw. weryfikacja) przez pracowników oddziału. Po zakończeniu weryfikacji danych świadczeniodawcy udostępniany jest komunikat zwrotny zawierający informację o wyniku weryfikacji (pozytywny lub negatywny), który decyduje o możliwości wystawienia za pozytywnie zweryfikowane świadczenia faktury. Po zapoznaniu się z wynikami weryfikacji świadczeniodawca ma korekty i powtórnego przesłania raportu zawierającego skorygowane dane. W przypadku błędu istotnego dotyczącego statusu ubezpieczenia świadczeniobiorcy, świadczeniodawca ma możliwość dokonania korekty poprzez wskazanie właściwej podstawy uprawnienia. Proces przekazywania przez świadczeniodawcę danych z realizacji umowy w postaci raportów statystycznych, ich weryfikacji przez Fundusz i ewentualnych korekt zakwestionowanych pozycji odbywa się drogą elektroniczną.

<sup>68</sup> Badaniem objęto po jednym raporcie dla każdej z 10 kontroli.

<sup>69</sup> Powyższy współczynnik ma zastosowanie do leczenia cukrzycy i chorób układu krążenia. Świadczeniodawcy realizujący świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie świadczenia lekarza poz korzystają ze współczynnika 3.0 korygującego wysokość stawki kapitacyjnej. Świadczenia zostały zakwestionowane na podstawie opisów w dokumentacji medycznej.

Przyczyną rozliczenia tych świadczeń, było przekazywanie przez świadczeniodawców danych niezgodnych z zapisami w dokumentacjach medycznych pacjentów, które zostały poddane weryfikacji w trakcie przeprowadzanej kontroli. 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<sup>70</sup>, która 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 poprzedniej<sup>71</sup>. Oddział wojewódzki NFZ w Warszawie przeprowadził kontrolę merytoryczną wyników weryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej z okresu styczeń – wrzesień 2011 r. stwierdzając, że wartość świadczeń opieki zdrowotnej oznaczonych w Systemie Dodatkowej Weryfikacji Świadczeń Zdrowotnych błędami wynosiła 104 mln zł, z czego prawie 25 mln zł dotyczyło rozliczenia przez świadczeniodawców świadczeń w ramach ponownej hospitalizacji w odstępie krótszym niż 14 dni. W związku z pozytywnym ocenieniem wyników weryfikacji, w grudniu 2011 roku oddział zawniósł 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. Do dnia przeprowadzenia kontroli Centrala NFZ nie wprowadziła reguły weryfikacyjnej dotyczącej rehospitalizacji pacjenta w tym terminie.

---

<sup>70</sup> W ramach kontroli „fizycznych” istnieje możliwość zbadania między innymi przestrzegania zgłoszonych harmonogramów, uprawnień personelu medycznego wykonującego świadczenia, czy wyposażenia w niezbędny sprzęt medyczny. Kontrolerzy oddziału często w wyniku „kontroli fizycznych” ustalają, że dane przekazywane przez świadczeniodawców w powyższym zakresie znacznie odbiegają od rzeczywistego stanu.

<sup>71</sup> Zgodnie z § 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 jeżeli okres pomiędzy świadczeniami udzielonymi świadczeniobiorcy przez świadczeniodawcę, podczas odrębnych pobytów w szpitalu, z powodu określonego przez rozpoznanie lub procedurę występującą w charakterystyce danej grupy z katalogu grup stanowiącego załącznik nr 1a do zarządzenia albo odpowiednio z katalogu świadczeń odrębnych stanowiącego załącznik nr 1b do zarządzenia, nie przekracza 14 dni, lub z zasad postępowania medycznego wynika, że problem zdrowotny może być rozwiązany jednocześnie, a świadczenia te wykazywane powinny zostać do rozliczenia jako jedno świadczenie, z zastrzeżeniem, że nie dotyczy hospitalizacji udzielonej wyłącznie w celu realizacji świadczeń z zakresów: teleradioterapii, brachyterapii, terapii izotopowej oraz związanego z tym leczenia objawowego.

## 4. Informacje dodatkowe o przeprowadzonej kontroli

### 4.1. Przygotowanie kontroli

Informację sporządzono na podstawie wyników kontroli przeprowadzonej przez NIK w pięciu oddziałach wojewódzkich NFZ (Kielce, Lublin, Szczecin, Warszawa i Wrocław) oraz danych uzyskanych z jednostek niekontrolowanych.

Od jednostek zewnętrznych uzyskano następujące informacje:

- ✓ od Ministra Zdrowia w sprawie przeprowadzonych kontroli świadczeniodawców w przedmiocie zgodności ich działalności z umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub z interesem świadczeniobiorców;
- ✓ od Prezesa NFZ w sprawie uzgodnień dokonanych z ZUS i KRUS dotyczących formatu i sposobu przekazywania danych o osobach objętych ubezpieczeniem zdrowotnym i płatnikach składek;
- ✓ od Prezesa ZUS w sprawie przyczyn przekazywania nieaktualnych danych o osobach objętych ubezpieczeniem zdrowotnym i płatnikach składek oraz o przeprowadzonych kontrolach u płatników dotyczących zgłaszania ubezpieczonych;
- ✓ od Prezesa KRUS w sprawie przyczyn przekazywania nieaktualnych danych o osobach objętych ubezpieczeniem zdrowotnym i płatnikach składek oraz o przeprowadzonych kontrolach wykonania obowiązków płatników w dotyczących zgłaszania ubezpieczonych do Funduszu;
- ✓ od Rzecznika Praw Pacjenta w sprawie skarg dotyczących naruszenia praw pacjenta przez świadczeniodawców udzielających świadczeń na podstawie zawartych z Funduszem umów;
- ✓ od niekontrolowanych oddziałów wojewódzkich NFZ w sprawie danych statystycznych związanych z ich działalnością kontrolną za lata 2009-2011 i I kwartał 2012 r. (w formie opracowanych i przekazanych do wypełnienia formularzy);
- ✓ od wojewodów dotyczące kontroli przeprowadzonych w latach 2009-2011 i I kwartał 2012 r. przez organy prowadzące rejestr zakładów opieki zdrowotnej/podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

### 4.2. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli

Wnioski (w liczbie 13), jakie skierowano do dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ, dotyczyły przede wszystkim:

- ✓ kontynuacji weryfikacji wstecznej rozliczenia stawki kapitałowej;
- ✓ przestrzegania obowiązku finansowania świadczeń udzielonych osobom uprawnionym do świadczeń z tytułu nieukończenia 18 roku życia z dotacji z budżetu państwa i dokonania korekt

rozliczeń świadczeń sfinansowanych ze środków pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne;

- ✓ rozważenia wykorzystania ankietowania pacjentów i wykorzystania uzyskanych w ten sposób informacji do analizy ryzyka w celu typowania problemów i podmiotów do kontroli.

Analiza odpowiedzi na wystąpienia pokontrolne wskazuje, że wnioski NIK zostały przyjęte do realizacji.

Wszystkie przeprowadzone kontrole zakończyły się podpisaniem protokołów bez zastrzeżeń.

W toku kontroli NIK stwierdzono nieprawidłowości finansowe na łączną kwotę 3 106,4 tys. zł, na które składają się:

- ✓ kwoty nienależnie przekazane świadczeniodawcom z tytułu stawki kapitacyjnej za osoby zmarłe (3 057,3 tys. zł), a nieskorygowane do czasu zakończenia kontroli NIK;
- ✓ kwoty wydatkowane przez oddziały wojewódzkie NFZ z naruszeniem prawa, w związku z finansowaniem świadczeń udzielonych osobom do 18 roku życia ze środków pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, pomimo obowiązku ich finansowania z dotacji z budżetu państwa (49,1 tys. zł).



## 5. Załączniki

## 5.1. Liczba kontroli oraz wydatki ponoszone na świadczenia medyczne w latach 2009-2012 (I kwartał)

Kwoty w tys. zł

Lp.	Wyszczególnienie	Oddział	LATA				5:4 (%)	6:4 (%)
			2009	2010	2011	I kwartał 2012		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Kwota poniesionych przez Oddział kosztów realizacji świadczeń opieki zdrowotnej	mazowiecki	6 687 019,3	7 106 132,0	7 349 024,8	1 636 940,8	106,3	109,9
		zachodniopomorski	2 100 184,9	2 170 854,8	2 306 948,7	530 817,2	103,4	109,8
		dolnośląski	4 237 339,2	4 318 913,4	4 400 147,2	1 106 237,8	101,9	103,8
		świętokrzyski	1 481 015,7	1 515 126,4	1 606 906,4	396 145,1	102,3	108,5
		lubelski	2 659 816,0	2 653 545,4	2 756 667,1	798 794,9	99,8	103,6
		małopolski	3 929 961,2	4 015 177,4	4 091 428,6	1 058 094,3	102,2	104,1
		łódzki	3 227 097,9	3 252 157,9	3 281 973,8	795 687,5	100,8	101,7
		pomorski	2 773 267,2	2 810 063,3	2 850 615,5	724 015,5	101,3	102,8
		śląski	6 149 412,9	6 203 692,6	6 310 690,5	1 500 879,4	100,9	102,6
		kujawsko-pomorski	2 606 664,9	2 611 909,9	2 758 578,8	691 854,0	100,2	105,8
		opolski	1 177 323,6	1 202 981,7	1 189 914,4	300 554,7	102,2	101,1
		podkarpacki	2 435 355,5	2 419 069,7	2 634 350,6	649 857,1	99,3	108,2
		lubuski	1 194 109,4	1 215 490,1	1 245 898,0	309 875,2	101,8	104,3
		warmińsko-mazurski	1 652 917,6	1 649 026,4	1 676 072,7	435 740,3	99,8	101,4
		Podlaski	1 720 651,1	1 741 586,7	1 811 063,2	423 175,2	101,2	105,3
		wielkopolski	4 118 592,2	4 213 598,0	4 234 713,9	1 030 369,4	102,3	102,8
			<b>Razem</b>	<b>48 150 728,5</b>	<b>49 099 325,7</b>	<b>50 504 994,2</b>	<b>12 389 038,30</b>	<b>102</b>
2.	Liczba świadczeniodawców ogółem	mazowiecki	2 107	2 139	2 076	2 031	101,5	98,5
		zachodniopomorski	1 327	1 316	1 309	1 282	99,2	98,6
		dolnośląski	2 099	2 089	1 937	1 964	99,5	92,3
		świętokrzyski	1 066	1 057	991	981	99,2	93,0
		lubelski	1 686	1 670	1 635	1 616	99,1	97,0
		małopolski	3 574	3 575	2 791	2 817	100,0	78,1
		łódzki	3 579	3 574	3 562	3 442	99,9	99,5
		pomorski	1 534	1 582	1 461	1 382	103,1	95,2
		śląski	3 530	3 519	3 211	3 203	99,7	91,0
		kujawsko-pomorski	1 202	1 192	1 161	1 836	99,2	96,6
		opolski	1 009	1 059	1 029	939	105,0	102,0
		podkarpacki	3 246	3 334	3 418	3 126	102,7	105,3
		lubuski	981	934	952	924	95,2	97,0
		warmińsko-mazurski	1 428	1 414	1 330	1 314	99,0	93,1
		Podlaski	1 018	1 027	955	897	100,9	93,8
		wielkopolski	3 251	3 290	3 202	3 234	101,2	98,5
			<b>Razem</b>	<b>32 637</b>	<b>32 771</b>	<b>31 020</b>	<b>30 988</b>	<b>100,4</b>
3.	Liczba kontroli przeprowadzonych	mazowiecki	433	363	315	60	83,8	72,7
		zachodniopomorski	101	75	99	14	74,3	98,0

## Załączniki

	u świadczeniodawców	dolnośląski	159	110	167	43	69,2	105,0
		świętokrzyski	122	100	148	21	82,0	121,3
		lubelski	177	182	242	54	102,8	136,7
		małopolski	242	207	253	57	85,5	104,5
		łódzki	293	303	264	106	103,4	90,1
		pomorski	182	162	120	33	89,0	65,9
		śląski	338	307	304	111	90,8	89,9
		kujawsko-pomorski	129	115	78	18	89,1	60,5
		opolski	131	92	193	22	70,2	147,3
		podkarpacki	242	181	176	26	74,8	72,7
		lubuski	151	106	93	26	70,2	61,6
		warmińsko-mazurski	216	158	159	49	73,1	73,6
		Podlaski	155	91	150	83	58,7	96,8
		wielkopolski	184	330	217	29	179,3	117,9
		<b>Razem</b>	<b>3255</b>	<b>2882</b>	<b>2978</b>	<b>752</b>	<b>88,5</b>	<b>91,5</b>
4.	Liczba kontrolowanych świadczeniodawców	mazowiecki	310	263	247	56	84,8	79,7
		zachodniopomorski	92	71	95	14	77,2	103,3
		dolnośląski	143	102	162	42	71,3	113,3
		świętokrzyski	90	80	114	20	88,9	126,7
		lubelski	115	139	170	51	120,9	147,8
		małopolski	195	161	182	51	82,6	93,3
		łódzki	285	271	251	94	95,1	88,1
		pomorski	136	123	101	32	90,4	74,3
		śląski	295	263	247	103	89,2	83,7
		kujawsko-pomorski	96	94	69	17	97,9	71,9
		opolski	87	66	127	18	75,9	146,0
		podkarpacki	242	181	176	26	74,8	72,7
		lubuski	103	62	51	21	60,2	49,5
		warmińsko-mazurski	178	134	123	44	75,3	69,1
		Podlaski	103	80	144	71	77,7	139,8
wielkopolski	162	250	160	29	154,3	98,8		
<b>Razem</b>	<b>2632</b>	<b>2340</b>	<b>2419</b>	<b>689</b>	<b>88,9</b>	<b>91,9</b>		
5.	1:3	mazowiecki	15 443,5	19 576,1	23 330,2	27 282,3	126,8	151,1
		zachodniopomorski	20 793,9	28 944,7	23 302,5	37 915,5	139,2	112,1
		dolnośląski	26 649,9	39 262,8	26 348,2	25 726,5	147,3	98,9
		świętokrzyski	12 139,5	15 151,3	10 857,5	18 864,1	124,8	89,4
		lubelski	15 027,2	14 579,9	11 391,2	14 792,5	97,0	75,8
		małopolski	16 239,5	19 397,0	16 171,7	18 563,1	119,4	99,6
		łódzki	11 014,0	10 733,2	12 431,7	7 506,5	97,5	112,9
		pomorski	15 237,7	17 346,1	23 755,1	21 939,9	113,8	155,9
		śląski	18 193,5	20 207,5	20 758,9	13 521,4	111,1	114,1
		kujawsko-pomorski	20 206,7	22 712,3	35 366,4	38 436,3	112,4	175,0
		opolski	8 987,2	13 075,9	6 165,4	13 661,6	145,5	68,6
		podkarpacki	10 063,5	13 365,0	14 967,9	24 994,5	132,8	148,7
		lubuski	7 908,0	11 466,9	13 396,8	11 918,3	145,0	169,4
		warmińsko-mazurski	7 652,4	10 436,9	10 541,3	8 892,7	136,4	137,8
		Podlaski	11 101,0	19 138,3	12 073,8	5 098,5	172,4	108,8
wielkopolski	22 383,7	12 768,5	19 514,8	35 530,0	57,0	87,2		
<b>Razem</b>	<b>14 792,9</b>	<b>17 036,5</b>	<b>16 959,4</b>	<b>16 474,8</b>	<b>115,2</b>	<b>114,6</b>		

6.	4:2 (%)	mazowiecki	14,7	12,3	11,9	2,8	83,6	80,9
		zachodniopomorski	6,9	5,4	7,3	1,1	77,8	104,7
		dolnośląski	6,8	4,9	8,4	2,1	71,7	122,8
		świętokrzyski	8,4	7,6	11,5	2,0	89,6	136,3
		lubelski	6,8	8,3	10,4	3,2	122,0	152,4
		małopolski	5,5	4,5	6,5	1,8	82,5	119,5
		łódzki	8,0	7,6	7,0	2,7	95,2	88,5
		pomorski	8,9	7,8	6,9	2,3	87,7	78,0
		śląski	8,4	7,5	7,7	3,2	89,4	92,0
		kujawsko-pomorski	8,0	7,9	5,9	0,9	98,7	74,4
		opolski	8,6	6,2	12,3	1,9	72,3	143,1
		podkarpacki	7,5	5,4	5,1	0,8	72,8	69,1
		lubuski	10,5	6,6	5,4	2,3	63,2	51,0
		warmińsko-mazurski	12,5	9,5	9,2	3,3	76,0	74,2
		Podlaski	10,1	7,8	15,1	7,9	77,0	149,0
		wielkopolski	5,0	7,6	5,0	0,9	152,5	100,3
		<b>Razem</b>	<b>8,1</b>	<b>7,1</b>	<b>7,8</b>	<b>2,2</b>	<b>88,5</b>	<b>96,7</b>

## 5.2. Liczba kontroli przeprowadzonych w latach 2009-2011 i w I kwartale 2012 r. przez organ prowadzący rejestr zakładów opieki zdrowotnej/podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz przez konsultantów wojewódzkich\*

Stan na dzień 31.03.2012 r.

Lp.	Urząd Wojewódzki	liczba zakładów opieki zdrowotnej/podmiotów leczniczych wpisanych do rejestru				liczba kontroli przeprowadzonych przez organ prowadzący rejestr				liczba kontroli przeprowadzonych przez konsultantów wojewódzkich			7\3 (%)	8\4 (%)	9\5 (%)	10\6 (%)
		2009	2010	2011	2012*	2009	2010	2011	2012*	2009	2010	2011				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1.	Dolnośląski	1 260	1 324	1 363	1 369	56	58	79	14	235	272	272	4,4	4,4	5,8	1,0
2.	Kujawsko-pomorski	682	711	696	705	55	33	35	0	306	300	309	8,1	4,6	5,0	0,0
3.	Lubelski	968	1 021	1 054	1 067	76	65	50	11	293	269	301	7,9	6,4	4,7	1,0
4.	Lubuski	489	523	532	534	134	37	119	18	276	249	241	27,4	7,1	22,4	3,4
5.	Łódzki	1 238	1 243	1 301	1 322	200	138	153	61	42	249	314	16,2	11,1	11,8	4,6
6.	Małopolski	1 425	1 451	1 479	1 472	230	1 435	342	74	185	225	221	16,1	98,9	23,1	5,0
7.	Mazowiecki	2 212	2 290	2 576	2 548	657	471	323	78	129	116	126	29,7	20,6	12,5	3,1
8.	Opolski	431	434	437	439	22	29	23	5	123	158	125	5,1	6,7	5,3	1,1
9.	Podlaski	616	625	717	704	197	187	198	63	226	220	247	32,0	29,9	27,6	8,9
10.	Podkarpacki	1 026	1 027	1 021	1 016	31	22	17	13	597	418	331	3,0	2,1	1,7	1,3
11.	Pomorski	803	853	946	950	75	29	28	4	44	52	54	9,3	3,4	3,0	0,4
12.	Śląski	2 551	2 618	2 682	2 720	273	123	113	28	360	331	301	10,7	4,7	4,2	1,0
13.	Świętokrzyski	468	476	514	501	3	10	29	12	144	181	130	0,6	2,1	5,6	2,4
14.	Warmińsko-Mazurski	767	767	844	846	91	117	107	20	170	115	128	11,9	15,3	12,7	2,4
15.	Wielkopolski	1 894	1 957	2 078	2 154	487	506	367	57	193	120	176	25,7	25,9	17,7	2,6
16.	Zachodniopomorski	949	966	982	959	60	35	40	8	95	130	143	6,3	3,6	4,1	0,8
17.	Razem	17 779	18 286	19 222	19 306	2 647	3 295	2 023	466	3 418	3 405	3 419	14,9	18,0	10,5	2,4

\*Zgodnie z art. 65 ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej<sup>72</sup>, wojewodzie przysługuje w stosunku do zakładów opieki zdrowotnej prowadzących działalność na obszarze województwa prawo przeprowadzania kontroli, pod względem zgodności z prawem, celowości i gospodarności, działalności prowadzonej przez zakład, obejmującej w szczególności: wizytację pomieszczeń zakładu, obserwowanie czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, z poszanowaniem intymności i godności pacjenta, sprawdzanie przestrzegania spełniania wymagań dotyczących dopuszczenia do stosowania, sposobu używania i utrzymywania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, wyrobów medycznych, wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro, aktywnych wyrobów medycznych do implantacji w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych<sup>73</sup>, oraz ambulansów sanitarnych, żądanie informacji i dokumentacji, w tym również dokumentacji medycznej, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>74</sup>, ocenę realizacji zadań statutowych, w tym dostępności i poziomu udzielanych świadczeń zdrowotnych, ocenę prawidłowości gospodarowania mieniem w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej, ocenę prawidłowości gospodarowania środkami publicznymi. Stosownie do art. 111 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>75</sup>, organ prowadzący rejestr jest uprawniony do kontroli podmiotów wykonujących działalność leczniczą w przedmiocie zgodności wykonywanej działalności leczniczej z przepisami ustawy i przepisami wydanymi na jej podstawie.

Zgodnie z art. 10 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia<sup>76</sup>, do zadań konsultantów wojewódzkich należy w szczególności: przeprowadzanie kontroli podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych dotyczącej realizacji kształcenia i doskonalenia zawodowego lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek, położnych, farmaceutów oraz osób wykonujących inne zawody medyczne lub inne zawody mające zastosowanie w ochronie zdrowia, w zakresie wynikającym z programów kształcenia; kontrola dostępności świadczeń zdrowotnych; kontrola wyposażenia podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w aparaturę i sprzęt medyczny, aparaturę analityczną oraz aparaturę do przygotowywania i badania produktów leczniczych i kontrola ich efektywnego wykorzystania w realizacji zadań dydaktycznych.

---

<sup>72</sup> Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.

<sup>73</sup> Dz. U. Nr 107, poz. 679 ze zm.

<sup>74</sup> Dz. U. z 2012 r., poz. 159 ze zm.

<sup>75</sup> Dz. U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654 ze zm.

<sup>76</sup> Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419 ze zm.

### 5.3. Lista osób zajmujących kierownicze stanowiska w kontrolowanych jednostkach

Lp.	Nazwa kontrolowanej jednostki	Imię i nazwisko	Okres pełnienia funkcji
1	2	3	4
1.	Dolnośląski oddział wojewódzki NFZ we Wrocławiu	Wioletta Niemiec - Dyrektor	od 23.07.2009
2.	Lubelski oddział wojewódzki NFZ w Lublinie	Krzysztof Tuczapski - Dyrektor Andrzej Kowalik – p.o. Dyrektora Tomasz Pękalski - Dyrektor	od 01.03.2011 od 02.12.2010 do 28.02.2011 od 01.11.2008 do 01.12.2010
3.	Mazowiecki oddział wojewódzki NFZ w Warszawie	Barbara Misińska - Dyrektor	od 12.02.2009
4.	Świętokrzyski oddział wojewódzki NFZ w Kielcach	Zofia Wilczyńska - Dyrektor	od 01.12.2006
5.	Zachodniopomorski oddział wojewódzki NFZ w Szczecinie	Julita Jaśkiewicz - Dyrektor	od 08.07.2008

### 5.4. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanego obszaru

1. 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.).
2. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 ze zm.).
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie szczegółowego sposobu i trybu przeprowadzania kontroli przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych (Dz. U. Nr 274, poz. 2723).
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484).
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. Nr 123, poz. 801 ze zm.).
6. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 11 lutego 2009 r. w sprawie szczegółowego zakresu oraz sposobu przekazywania do centrali Narodowego Funduszu Zdrowia przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego danych dotyczących osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym i płatników składek (Dz. U. Nr 20, poz. 192).

7. Zarządzenie nr 11/DSS/2008 Prezesa NFZ z dnia 1 lutego 2008 r. ze zm. w sprawie przyjęcia regulaminu rozpatrywania skarg i wniosków w Narodowym Funduszu Zdrowia.
8. Zarządzenie nr 23/2009/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 13 maja 2009 r. ze zm. w sprawie planowania, przygotowywania i prowadzenia postępowania kontrolnego oraz realizacji wyników kontroli.
9. Zarządzenie nr 31/2010/DSS Prezesa NFZ z dnia 1 lipca 2010 r. w sprawie rozpatrywania skarg i wniosków w Narodowym Funduszu Zdrowia.

### **5.5. Wykaz organów, którym przekazano informację o wynikach kontroli**

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Minister Administracji i Cyfryzacji
6. Minister Finansów
7. Minister Spraw Wewnętrznych
8. Minister Zdrowia
9. Prezes Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego
10. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
11. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
12. Prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
13. Rzecznik Praw Obywatelskich
14. Rzecznik Praw Pacjenta
15. Szef Centralnego Biura Antykorupcyjnego
16. Sejmowa Komisja Finansów Publicznych
17. Sejmowa Komisja do Spraw Kontroli Państwowej
18. Sejmowa Komisja Zdrowia
19. Senacka Komisja Budżetu i Finansów Publicznych
20. Senacka Komisja Zdrowia
21. Biuro Bezpieczeństwa Narodowego