



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Departament Zdrowia

KZD – 4101-01-01/2013

P/13/128

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

ul. Filtrowa 57, 02-056 Warszawa

T +48 22 444 55 17, F +48 22 444 55 61

kzd@nik.gov.pl

Adres korespondencyjny: Skr. poczt. P-14, 00-950 Warszawa 1

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/13/128 – Wykonanie Planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2012 r.
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia
Kontrolerzy	1. Agnieszka Kalita, specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr 82886 z dnia 14 lutego 2013 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2) 2. Dominik Gołacki, specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr 82890 z dnia 15 marca 2013 r. (dowód: akta kontroli str. 7-8) 3. Rafał Zyzik, starszy inspektor k.p., upoważnienie do kontroli nr 82888 z dnia 14 lutego 2013 r. (dowód: akta kontroli str. 3-4) 4. Michał Oszukowski, inspektor k.p., upoważnienie do kontroli nr 82887 z dnia 14 lutego 2013 r. (dowód: akta kontroli str. 5-6)
Jednostka kontrolowana	Narodowy Fundusz Zdrowia – Centrala 02-390 Warszawa, ul. Grójecka 186
Kierownik jednostki kontrolowanej	Agnieszka Pachciarz, Prezes (od 28 czerwca 2012 r.). Jacek Paszkiewicz (od 3 grudnia 2007 r. do 4 czerwca 2012 r.) (dowód: akta kontroli str. 10-20)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Oceniając wykonanie planu finansowego Funduszu w 2012 r. NIK stwierdziła, że w porównaniu do roku poprzedniego¹ nie nastąpiła poprawa w dostępie do świadczeń, a w niektórych ich zakresach średni czas oczekiwania uległ wydłużeniu. Należy jednak podkreślić, iż realizacja zadań Funduszu w 2012 r. odbywała się w trudniejszych warunkach makroekonomicznych, a poprawie dostępu nie sprzyjało nierównomierne rozmieszczenie placówek udzielających świadczeń, sprzętu i wykwalifikowanych kadr medycznych.

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia wykonanie planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2012 r., w szczególności w sytuacji niższych niż planowano przychodów z tytułu składki na ubezpieczenie zdrowotne przekazywanej przez ZUS.

¹ W wyniku kontroli wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2011 r., Najwyższa Izba Kontroli negatywnie oceniła realizację podstawowego zadania Funduszu, jakim jest zapewnienie równego dostępu do świadczeń zdrowotnych dla osób ubezpieczonych.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Zabezpieczenie dostępu do świadczeń dla osób uprawnionych

1.1. Zasady planowania zakupu świadczeń oraz określania priorytetów zdrowotnych

Opis stanu
faktycznego

Liczbę jednostek rozliczeniowych, którą Fundusz planował zakontraktować w 2012 r. oraz ich cenę oszacowano wykorzystując przede wszystkim dane o realizacji świadczeń wynikających z umów zawartych w latach poprzednich, analizy m.in. Głównego Urzędu Statystycznego, Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny oraz informacje dotyczące liczby osób oczekujących i potencjału świadczeniodawców. Zarządzenia Prezesa NFZ określające kryteria oceny ofert oraz warunki wymagane od świadczeniodawców były konsultowane z konsultantami wojewódzkimi, zgodnie z art. 146 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”)².

W procesie kontraktowania NFZ uwzględniał poziom referencyjny oddziałów szpitalnych³ w zakresie wskazanym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁴.

W założeniach do planu zakupu świadczeń na 2012 r. przewidziano następujące ogólnopolskie priorytety zdrowotne.

1. Poprawę dostępności, poprzez zwiększenie nakładów finansowych, na świadczenia rodzaju: okulistyka, kardiologia i chirurgia urazowo-ortopedyczna.

W 2012 r., w porównaniu do 2010 r., największy wzrost nakładów nastąpił w kardiologii o 14%, w okulistyce o 13%, a w ortopedii o 11%.

2. Poprawę dostępności do świadczeń pacjentów powyżej 60 roku życia.

Ogólne nakłady finansowe na świadczenia udzielane tym osobom w 2012 r., w porównaniu do 2010 r., wzrosły o 14,5%. Nakłady na świadczenia dedykowane osobom starszym (z zakresu geriatрії) wzrosły w 2012 r. w stosunku do 2010 r. o 23,4%.

3. Zmniejszenie częstości powikłań oraz poprawę jakości życia chorych wymagających leczenia nerkozastępczego poprzez upowszechnienie leczenia metodą dializoterapii otrzewnowej.

W 2012 r. nastąpił spadek wartości zawartych umów o 7% w stosunku do 2010 r., plan zakupów został zrealizowany na poziomie 86,1%⁵. Z wyjaśnień p.o. Zastępcy Dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej wynika, iż brak było świadczeniodawców chętnych do zawarcia umów na realizację tych świadczeń. Skutkowało to spadkiem udziału dializoterapii otrzewnowej w leczeniu nerkozastępczym, z 8,2% w 2010 r. do 7,2% w 2012 r.

4. Rozwój środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

W 2012 r. wzrosła zarówno liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń w tym zakresie z 44 w 2010 r. do 106 w 2012 r., jak i wartość świadczeń z 10.845,0 tys. zł do 19.622,9 tys. zł. Udział procentowy świadczeń

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

³ Zarządzenie Prezesa NFZ Nr 72/2011/DSOZ z dnia 20 października 2011r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne (zmienione zarządzeniem Prezesa NFZ Nr 90/2012/DSOZ z 11 grudnia 2012 r.).

⁴ Dz. U. Nr 140, poz. 1143 ze zm.

⁵ Kwota określona w planach zakupu świadczeń na 2012 r. w tym zakresie wynosiła 98.308,01 tys. zł, a wartość zawartych umów wyniosła 84.618,21 tys. zł.

z kontraktowanych w warunkach ambulatoryjnych i dziennych w świadczeniach opieki psychiatrycznej ogółem wzrósł z 30,6% w 2011 r. do 32,7% w 2012 r.

5. Wyrównanie i zwiększenie dostępu do świadczeń dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, udzielanych w warunkach ambulatoryjnych i dziennych, w tym w zakresie programu leczenia substytucyjnego.

Fundusz zwiększył w 2012 r. nakłady na te świadczenia w porównaniu do 2011 r. o 6,5%.

W 2012 r., w porównaniu do 2011 r., wzrosła liczba pacjentów objętych leczeniem substytucyjnym z 71.921 do 83.346 osób, tj. o 15,9%. W dwóch województwach (pomorskim⁶ i warmińsko-mazurskim) programy leczenia substytucyjnego były dostępne po raz pierwszy w 2012 r. Jednakże w dwóch województwach (podlaskim i podkarpackim) nie były udzielane świadczenia w tym zakresie, jak również w 2012 r. nie były prowadzone postępowania o zawarcie umów⁷.

(dowód: akta kontroli str. 657, 713-715, 719-749, 752-825, 861-936)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Nie wszystkie mierniki służące ocenie realizacji priorytetów zostały skonstruowane w sposób pozwalający na ustalenie, czy cele zostały osiągnięte. Miernik dla priorytetu „objęcie leczeniem 25% osób kwalifikujących się do leczenia substytucyjnego” zakładał wykorzystanie danych, którymi NFZ nie dysponował. Ponadto NIK zauważa, że samo zwiększenie nakładów zarówno na świadczenia dla pacjentów powyżej 60 roku życia, jak również na świadczenia w rodzaju: okulistyka, kardiologia i chirurgia urazowo-ortopedyczna, bez uwzględnienia wpływu zmian demograficznych i epidemiologicznych, nie jest jednoznaczne z poprawą dostępu do świadczeń.

1.2. Zasady wyceny świadczeń

Opis stanu
faktycznego

1.2.1. Cena świadczeń zdrowotnych po której Fundusz kupował je od świadczeniodawców była określana głównie na podstawie danych historycznych, tj. ich ceny w latach poprzednich. NFZ dysponował ograniczonymi danymi dotyczącymi kosztów rzeczywistych procedur medycznych udzielanych przez świadczeniodawców w ramach kontraktów z Funduszem.

Po dokonaniu analiz świadczeń z zakresu kardiologii, Fundusz ustalił, że w przypadku czterech, spośród ośmiu grup, wartość świadczeń według specyfikacji kosztowych była przeszacowana, a w trzech przypadkach niedoszacowana⁸. W konsekwencji w 2012 r. zmieniono wycenę wybranych świadczeń.⁹

Analogiczna sytuacja miała miejsce w odniesieniu do świadczeń z zakresu pediatrii. Wycena 24 grup wykazała, że w 10 przypadkach wystąpiło niedoszacowanie wartości świadczeń, w 13 przypadkach – przeszacowanie. Jedynie w jednym przypadku wycena Funduszu była zgodna z rzeczywistymi kosztami.

⁶ W 2011 r. na terenie Kujawsko-Pomorskiego OW NFZ leczyło się 64 pacjentów z terenu Pomorskiego OW, w 2012 r., pomimo podpisania umów z dwoma nowymi świadczeniodawcami przez Pomorski OW, liczba ta urosła do 106. W 2012 r. ze świadczeń udzielanych przez podmioty na terenie Pomorskiego OW skorzystało łącznie 38 pacjentów.

⁷ W poprzednich latach żaden świadczeniodawca nie złożył oferty, Podkarpacki OW planuje ogłoszenie postępowania konkursowego w 2013 r. na rok 2014.

⁸ NFZ dokonując wyceny stosuje metodę podwójnej rekomendacji wykonywanej w etapach:

1) sporządzeniu opisu diagnostyczno-terapeutycznego danego świadczenia medycznego najczęściej stosowanego dla danego przypadku chorobowego,

2) przypisaniu kosztów poszczególnych składników, wykazanych w opisie diagnostyczno-terapeutycznym świadczenia medycznego, przekazywanych przez szpitale wybrane w doborze próby statystycznej.

⁹ Zarządzenie Nr 11/2012/DSOZ Prezesa NFZ z 28 lutego 2012 r. oraz zarządzenie Nr 90/2012/DSOZ Prezesa NFZ z 11 grudnia 2012 r. Zmiany wartości świadczeń polegały zarówno m.in. na zwiększeniu, jak również zmniejszeniu liczby jednostek rozliczeniowych.

1.2.2. Z dniem 1 lipca 2011 r. wprowadzono nowy sposób rozliczania świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Jednym z jego założeń było zachęcenie świadczeniodawców do wykonywania części procedur medycznych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS), zamiast w trybie stacjonarnym w leczeniu szpitalnym (SZP).

Przeprowadzone przez NFZ analizy danych za okres od III kwartału 2011 r. do I kwartału 2012 r. nie wykazały istotnych zmian, ponieważ nie zmniejszyła się liczba świadczeń wykonywanych w SZP, które były możliwe do realizacji również w AOS.¹⁰

(dowód: akta kontroli str. 696-698, 705, 717-718, 711-713, 4126-4146)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Dopiero we wrześniu 2011 r. Fundusz wprowadził procedurę umożliwiającą zmianę wyceny usług medycznych na wniosek świadczeniodawcy. Zgodnie z tą procedurą wnioskodawcy każdorazowo byli zobowiązani do przedstawienia kalkulacji średnich kosztów jednostkowych poszczególnych procedur. Jednak przedstawiane dane były często nierzetelne lub dotyczyły zbyt małej liczby przypadków dla oszacowania uśrednionych kosztów. Pomimo tych trudności, Fundusz wykorzystał informacje zebrane w ten sposób do zmiany wyceny części świadczeń z zakresu kardiologii.

W listopadzie 2012 r. w Departamencie Ekonomiczno-Finansowym powołana została komórka organizacyjna, do której głównych zadań należy wycena świadczeń, choć przepis art. 97 ust. 3 pkt 1 ustawy o świadczeniach, zobowiązywał Fundusz już w poprzednich latach m.in. do przeprowadzania analizy kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Wycenę świadczeń utrudnia również nieokreślenie zasad szacowania kosztów jednostkowych świadczeń zdrowotnych przez świadczeniodawców.¹¹

1.3. Koszt i liczba świadczeń *per capita* w poszczególnych oddziałach wojewódzkich NFZ oraz czas oczekiwania na udzielenie świadczenia

Opis stanu
faktycznego

Pomiędzy poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi NFZ występowały różnice w dostępie do niektórych świadczeń, co NIK negatywnie oceniła po kontroli wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2011 r.¹²

Liczba zrealizowanych świadczeń przypadająca na 10 tys. ludności w 2012 r. w poszczególnych rodzajach wynosiła przykładowo:

- ambulatoryjne leczenie specjalistyczne – od 20,2 tys. świadczeń w woj. opolskim do 26,6 tys. w woj. śląskim,
- leczenie szpitalne – od 504,1 tys. świadczeń w woj. lubuskim do 1.233 tys. w woj. opolskim,
- leczenie stomatologiczne – od 12,2 tys. świadczeń w woj. dolnośląskim do 36,6 tys. w woj. opolskim,
- rehabilitacja lecznicza – od 27,0 tys. świadczeń w woj. wielkopolskim do 50,5 tys. w woj. podkarpackim,

¹⁰ Ponadto, od stycznia 2013 r., NFZ wprowadził szereg modyfikacji wyceny procedur w SZP i AOS, tak by różnica cen w przypadku realizacji zbliżonych świadczeń odzwierciedlała wyłącznie koszty stałe związane z pobytem w szpitalu.

¹¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 164, poz. 1194). Przepisy te zostały uchylone z dniem 1 lipca 2011 r.

¹² Wykonanie planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2011 roku (KZD-4101-01/2012, Nr ewid. 164/2012/P/12/121/KZD).

- świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze – od 2,8 tys. świadczeń w woj. pomorskim do 26,1 tys. w woj. opolskim,
- zaopatrzenie w wyroby medyczne (...) – od 4,4 tys. świadczeń w woj. warmińsko-mazurskim do 56,4 tys. w woj. pomorskim.

Występujące różnice były tylko częściowo spowodowane migracją pacjentów pomiędzy oddziałami wojewódzkimi Funduszu – procentowy wskaźnik udziału kosztów świadczeń przypadających na 10 tys. ubezpieczonych, zamieszkałych w poszczególnych województwach, do kosztów świadczeń ogółem (dla mieszkańców i imigrantów) kształtował się od 87,3% w woj. mazowieckim do 96,0% w woj. podkarpackim.

Podobnie zróżnicowany był dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej. Średnia liczba pacjentów w przeliczeniu na jednego lekarza wynosiła od 1.207 osób w woj. mazowieckim do 1.961 osób w woj. lubuskim.

Przeprowadzona przez NFZ analiza porównawcza danych z zakresu list oczekujących do wybranych typów komórek organizacyjnych na niektóre świadczenia zakwalifikowane zarówno do kategorii medycznej „przypadek pilny” jak i „przypadek stabilny”, za okresy sprawozdawcze październik 2010 – 2012 r., w zestawieniu z wartością świadczeń rozliczonych w latach 2010 – 2011 i zakontraktowanych na 2012 r., wykazała, że samo zwiększenie finansowania świadczeń nie jest wystarczające do zmniejszenia liczby osób oczekujących oraz skrócenia czasu oczekiwania.

Dostęp do świadczeń w wybranych zakresach w październiku 2012 r., w porównaniu do października 2010 r. w przypadku osób zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny”, przedstawiał się następująco:

- a) w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej m.in.:
 - w poradniach okulistycznych oraz leczenia jaskry łączna liczba osób oczekujących wzrosła z 269,6 tys. osób do 287,0 tys. (o ponad 6%), mediana¹³ średniego czasu oczekiwania wzrosła z 25 dni do 34 (o 36%), wartość zakontraktowanych świadczeń wzrosła o 23% (o 88,3 mln zł),
 - w poradniach neurologicznych łączna liczba osób oczekujących wzrosła z 123,4 tys. osób do 133,5 tys. (o ponad 8%), mediana średniego czasu oczekiwania wzrosła z 25 dni do 27 (o 8%), wartość zakontraktowanych świadczeń wzrosła o prawie 18% (o 34,5 mln zł),
- b) w leczeniu szpitalnym m.in.:
 - w oddziałach reumatologicznych łączna liczba osób oczekujących zmniejszyła się z 18,8 tys. osób do 17,3 tys. (o około 8%), mediana średniego czasu oczekiwania wzrosła z 76 dni do 82 (o 8%), wartość zakontraktowanych świadczeń wzrosła o 2% (o 4 mln zł),
 - w oddziałach neurochirurgicznych łączna liczba osób oczekujących wzrosła z 9,4 tys. osób do 23,7 tys. (o ponad 154%), mediana średniego czasu oczekiwania wzrosła z 59 dni do 82 (o 39%), wartość zakontraktowanych świadczeń wzrosła o prawie 7% (o 41,1 mln zł),
 - na zabiegi w zakresie soczewki (zaćma) - łączna liczba osób oczekujących wzrosła z 261,0 tys. osób do 390,3 tys. (o ponad 50%), mediana średniego czasu oczekiwania wzrosła z 344 dni do 411 (o 19%), wartość zakontraktowanych świadczeń wzrosła o około 5% (o 24,4 mln zł),
 - na świadczenia endoprotezoplastyki oraz rewizji po endoprotezoplastyce stawu biodrowego i stawu kolanowego - łączna liczba osób oczekujących wzrosła z 113,5 tys. osób do 145,5 tys. (o ponad 28%), mediana średniego

¹³ Mediana – wartość dzieląca wszystkie dane na pół. Poniżej i powyżej mediany znajduje się dokładnie po 50% danych.

czasu oczekiwania wzrosła z 379 dni do 446 (o 18%), wartość zakontraktowanych świadczeń wzrosła o prawie 14% (o 91,2 mln zł),

c) w rehabilitacji leczniczej m.in.:

- w działach (pracowniach) fizjoterapii, fizykoterapii, kinezyterapii, hydroterapii, krioterapii, masażu leczniczego, balneoterapii łączna liczba osób oczekujących wzrosła z 322,6 tys. osób do 444,9 tys. (o 38%), mediana średniego czasu oczekiwania wzrosła z 34 dni do 49 (o 44%), wartość zakontraktowanych świadczeń wzrosła o 5,5% (o 40,5 mln zł),
- w oddziałach rehabilitacji, rehabilitacji narządów ruchu, rehabilitacji pulmonologicznej łączna liczba osób oczekujących wzrosła z 128,6 tys. osób do 160,8 tys. (o ponad 25%), mediana średniego czasu oczekiwania wzrosła z 125 dni do 180 (o 44%), wartość zakontraktowanych świadczeń wzrosła o prawie 5% (o 18,9 mln zł).

Od lutego 2012 r. NFZ rozszerzył zakres pozyskiwanych danych od świadczeniodawców dotyczących list oczekujących o dodatkowe informacje.¹⁴ Wzrosła wykrywalność błędów w sprawozdawczości świadczeniodawców, dotyczących nieprawidłowego prowadzenia list oczekujących, bądź nierzetelnie sporządzanych sprawozdań. Natomiast prawidłowość obliczania średniego czasu oczekiwania oraz wskazania właściwej liczby osób oczekujących może zostać zweryfikowana jedynie podczas kontroli u świadczeniodawcy.

W lutym 2012 r. odsetek świadczeniodawców wywiązujących się z obowiązku sprawozdawczego polegającego na przekazywaniu wykazów osób oczekujących oraz skreślonych z listy oczekujących, na koniec miesiąca następującego po miesiącu sprawozdawczym, kształtował się na poziomie 62,4%, a w grudniu 2012 r. wynosił 90,9%, natomiast trzy miesiące po miesiącu sprawozdawczym odpowiednio 71,9 i 95,0%. Opóźnienie w przysyłaniu wykazów osób oczekujących było spowodowane błędami i koniecznością korekt z uwagi m.in. na niekompletność wykazów w odniesieniu do osób skreślonych z list oczekujących.

(dowód: akta kontroli str.585-649, 657-658, 681, 683-684, 689, 937-1027)

Uwagi i ocena
dotycząca badanej
działalności

Znaczne różnice w liczbie jednostek rozliczeniowych przypadających na 10 tys. osób ubezpieczonych w poszczególnych województwach wskazują na naruszenie zasady zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wyrażonej w art. 65 pkt 2 ustawy o świadczeniach¹⁵.

Jednym z czynników, który ma wpływ na zróżnicowany dostęp do świadczeń są zasady podziału środków pomiędzy oddziały wojewódzkie Funduszu określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2009 r.¹⁶ Podział ten dokonywany jest przy uwzględnieniu takich parametrów jak np. liczba ubezpieczonych na terenie działania danego oddziału, płeć, wiek, udział świadczeń specjalistycznych w łącznej ich liczbie. Nie uwzględnia natomiast regionalnego

¹⁴ Obok dotychczas przekazywanych informacji o liczbie osób oczekujących i średnim czasie oczekiwania, sprawozdawczość dotyczyła również m.in. łącznej liczby osób skreślonych z listy oczekujących w danym okresie sprawozdawczym, liczby osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia oraz skreślonych z powodu wykonania świadczenia w ostatnich 6 miesiącach.

¹⁵ Zgodnie z art. 65 pkt 2 ustawy, ubezpieczenie zdrowotne jest oparte w szczególności na zasadach zapewnienia ubezpieczonemu równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i wyboru świadczeniodawców spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z Funduszem, z zastrzeżeniem art. 56b i art. 69b ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej, art. 153 ust. 7a ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej i art. 115 § 1a Kodeksu karnego wykonawczego.

¹⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2009 r. w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych (Dz. U. Nr 193, poz. 1495).

zróżnicowania stanu zdrowotnego mieszkańców i w konsekwencji konieczności odmiennego definiowania zadań poszczególnych oddziałów.

Różnice te występują również z przyczyn obiektywnych, np. nierównomiernego rozmieszczenia bazy leczniczej oraz deficytu lekarzy specjalistów, zainteresowanych podpisaniem umowy z NFZ.

1.4. Wartość świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowach oraz wartość świadczeń „niewykonanych”

Opis stanu
faktycznego

Łączna wartość świadczeń wykonanych ponad limity określone w umowach na 2012 r. wyniosła 1.463.790,5 tys. zł, tj. była niższa o 350.665 tys. zł (tj. o 19,3%), w porównaniu do stanu na koniec 2011 r.

Po zakończeniu roku rozliczeniowego dyrektorzy OW NFZ przeprowadzali, zgodnie z wytycznymi Centrali NFZ, rozliczenia świadczeń wykonanych ponad limity określone w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej poprzez zmiany warunków finansowych umów¹⁷ lub zawarcie ugody pozasądowej¹⁸.

Wartość odnotowanych niewykonanych w ramach kontraktów zawartych na 2012 r.¹⁹ wyniosła 428.817,6 tys. zł i stanowiła 0,7% kosztów świadczeń ogółem, podczas gdy w 2011 r. wartość ta wyniosła 339.199,39 tys. zł (0,6% kosztów świadczeń). P.o. Dyrektora Departamentu Ekonomiczno-Finansowego wyjaśnił, że pomimo bieżących zmian w umowach o udzielanie świadczeń, nie wszystkim świadczeniodawcom udało się w pełni wykorzystać środki finansowe przewidziane w umowach. Niepełna realizacja świadczeń wynikających z umów była spowodowana: ustawowymi zasadami kontraktowania, przyczynami leżącymi po stronie świadczeniodawców oraz możliwością swobodnego wyboru przez świadczeniobiorcę podmiotu udzielającego świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 682, 692, 700-710)

1.5. Zasady rozliczania wykonanych świadczeń w lecznictwie szpitalnym

Opis stanu
faktycznego

Zasady uznawania przez NFZ świadczeń do zapłaty, w tym kwalifikowania kolejności, zostały wprowadzone w 2009 r. zarządzeniem Nr 79/2009/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 27 listopada 2009 r. w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (I fazy) oraz rozliczania świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (II fazy). Z dniem 1 stycznia 2011 r. dokonano zmian w sposobie kwalifikowania świadczeń do zapłaty, polegających m.in. na wskazaniu przez Fundusz do sfinansowania w pierwszej kolejności świadczeń oznaczonych przez świadczeniodawcę, jako udzielone w stanie zagrożenia życia²⁰.

¹⁷ W postaci aneksu rozliczającego zamknięty okres rozliczeniowy, zgodnie z art. 132 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, z zastrzeżeniem art. 159.

¹⁸ Podstawą prawną zawierania ugód pozasądowych jest art. 917 Kodeksu cywilnego (ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, Dz. U. Nr 16, poz. 93 ze zm.), zgodnie z którym przez ugodę strony czynią sobie wzajemnie ustępstwa w zakresie istniejącego między nimi stosunku w celu uchylenia niepewności co do roszczeń wynikających z tego stosunku lub zapewnienia ich wykonania albo by uchylić spór istniejący lub mogący powstać.

¹⁹ W trakcie realizacji umów może zachodzić sytuacja, w której część świadczeniodawców będzie wykazywała „nadwykonania”, a inni nie zrealizują zawartych umów. Jako świadczenia nadwykonane należy rozumieć sumę świadczeń (oraz ich wartość) wykonanych ponad limit określony w umowach, zaś jako „niewykonania” należy rozumieć sumę świadczeń (i ich wartość) u świadczeniodawców, którzy nie zrealizowali zawartych umów.

²⁰ Zmianę wprowadzono, uwzględniając art. 451 § 1 Kodeksu cywilnego (Dz. U. 1964 Nr 16, poz. 93 ze zm.), w celu uniknięcia sytuacji wykazywania przez świadczeniodawców w pierwszej kolejności do zapłaty świadczeń zrealizowanych w trybie planowym, a następnie, w przypadku przekroczenia limitu określonego w umowie, dochodzenia roszczeń za niezapłacone, przekraczające limit, świadczenia oznaczone jako ratujące życie.

Zarówno wartość jak i udział świadczeń wykazywanych przez świadczeniodawców jako ratujące życie w rodzaju leczenie szpitalne miały tendencję wzrostową i wynosiły:

- w 2008 r. – 2.392.693,0 tys. zł, tj. 10,1% świadczeń,
- w 2009 r. – 4.867.250,1 tys. zł, tj. 18,9% świadczeń,
- w 2010 r. – 6.568.802,9 tys. zł, tj. 24,4% świadczeń,
- w 2011 r. – 7.432.302,9 tys. zł, tj. 26,9% świadczeń,
- w 2012 r. – 8.717.235,5 tys. zł, tj. 29,6% świadczeń.

Średnia wartość jednej hospitalizacji w rodzaju leczenie szpitalne (z wyłączeniem chemioterapii, radioterapii, programów terapeutycznych oraz świadczeń udzielonych w szpitalnych oddziałach ratunkowych i izbach przyjęć) sprawozdanych w 2012 r. z trybem przyjęcia nagłym wynosiła 3.451,6 zł, natomiast z trybem przyjęcia planowym – 3.295,9 zł²¹.

(dowód: akta kontroli str. 693-696, 714-715, 1028-1058)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli wzrost udziału świadczeń ratujących życie wynika z m.in. przyjętych przez Fundusz zasad rozliczania świadczeń. Zgodnie z nimi, w sytuacji gdy świadczeniodawcy wykazywali do zapłaty świadczenia ratujące życie w ostatniej kolejności, tj. jako świadczenia „ponadlimitowe”, Fundusz dokonywał korekty uprzednio rozliczonych świadczeń planowych, wprowadzając w ich miejsce świadczenia ratujące życie.

Powyższe ustalenia wskazują na zasadność uwzględnienia przez Fundusz w planowanych kontrolach świadczeniodawców, we współpracy z konsultantami wojewódzkimi i krajowymi, zagadnień dotyczących prawidłowości kwalifikowania świadczeń wykazywanych, jako ratujące życie.

2. Planowanie przychodów i kosztów Funduszu

2.1. Terminowość sporządzenia planu finansowego NFZ

Opis stanu
faktycznego

Prezes NFZ przygotował zrównoważony pod względem przychodów i kosztów projekt planu finansowego Funduszu na 2012 r. Został on pozytywnie zaopiniowany przez Radę Funduszu, sejmową Komisję Zdrowia oraz Komisję Finansów Publicznych.

(dowód: akta kontroli str. 2934-3041)

Plan finansowy NFZ na 2012 r. przedłożony do zatwierdzenia Ministrowi Zdrowia w dniu 1 sierpnia 2011 r., w porównaniu do projektu planu opiniowanego przez komisję sejmową, zakładał zwiększenie kosztów świadczeń zdrowotnych trzech oddziałów wojewódzkich²² oraz ujemny wynik finansowy Funduszu. Po wprowadzeniu dwóch autopoprawek dotyczących:

- uwzględnienia w planie finansowym kosztów administracyjnych związanych z wdrożeniem ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych²³,
- uwzględnienia uwag Ministra Finansów dotyczących konieczności zrównoważenia planu finansowego Funduszu na 2012 r. w kontekście deficytu

²¹ Analiza świadczeń oznaczonych jako ratujące życie w chwili przeprowadzania kontroli nie została jeszcze zakończona.

²² Oddziału Mazowieckiego o kwotę 537.706 tys. zł, Pomorskiego 41.388 tys. zł i Śląskiego 15.184 tys. zł.

²³ Dz. U. Nr 122 poz. 696 ze zm.

sektora instytucji rządowych i samorządowych, poprzez zmniejszenie kosztów świadczeń zdrowotnych²⁴,

Minister Zdrowia, w porozumieniu z Ministrem Finansów, 16 sierpnia 2011 r. zatwierdził zrównoważony plan finansowy NFZ na 2012 r.²⁵.

Zarówno planowanie jak i zatwierdzanie planu finansowego NFZ na 2012 r. odbyło się z zachowaniem ustawowych terminów zawartych w art. 121 ustawy o świadczeniach.

(dowód: akta kontroli str. 3042-3229)

2.2. Zmiany planu finansowego

Opis stanu
faktycznego

Zatwierdzony przez Ministra Zdrowia, w dniu 16 sierpnia 2011 r., plan finansowy NFZ na 2012 r. zmieniany był 15-krotnie, z czego dwie zmiany zostały wprowadzone jeszcze w 2011 r.

Zmiany planu zostały wprowadzone zgodnie z art. 124 i 129 ustawy o świadczeniach.

(dowód: akta kontroli str. 27-28, 3230-3278, 3279-3775)

Dokonane zmiany przewidywały wzrost przychodów ogółem o 6.968 tys. zł, tj. o 0,01% i wzrost planowanych kosztów o 762.094 tys. zł, tj. o 1,2%. Zmiany planu po stronie przychodów dotyczyły m.in.: zmniejszenia wpływów z tytułu składek od ZUS i KRUS o 187.347 tys. zł i zwiększenia przychodów finansowych o 99.732 tys. zł oraz pozostałych przychodów o 87.211 tys. zł.

Po stronie kosztów m.in. zwiększono koszty świadczeń zdrowotnych o 1.217.903 tys. zł, zwiększono pozostałe koszty (głównie rezerwy na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych) o 111.758 tys. zł i zwiększono koszty finansowe o 51.859 tys. zł.

Plan finansowy po zmianach przewidywał ujemny wynik finansowy Funduszu w wysokości 755.126 tys. zł²⁶.

(dowód: akta kontroli str. 74, 3210)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Należy zwrócić uwagę, że w zatwierdzonym w sierpniu 2011 r. planie finansowym NFZ na 2012 r. wartość planowanych kosztów świadczeń była zaledwie o 0,9% wyższa od kosztów realizowanego planu finansowego na 2011 r. W praktyce oznaczałoby to ograniczenie możliwości zwiększenia cen i liczby świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 3169-3171, 3256-3278, 4237-4242)

2.3. Podział środków pomiędzy oddziały wojewódzkie

Podziału planowanych na 2012 r. środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej pomiędzy Centralę i poszczególne oddziały wojewódzkie Funduszu dokonano zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2009 r. w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych²⁷.

(dowód: akta kontroli str. 672-677, 689, 3776-3851)

²⁴ Trzech oddziałów wojewódzkich: Oddziału Mazowieckiego o kwotę 537.706 tys. zł, Pomorskiego o 41.388 tys. zł i Śląskiego o 15.184 tys. zł.

²⁵ Zgodnie z ustawą o świadczeniach zdrowotnych Minister Zdrowia powinien zatwierdzić plan finansowy Funduszu do 14 sierpnia 2011 r. Należy zauważyć, że 14 sierpnia 2011 r. przypadał w niedzielę, a 15 sierpnia jest świętem państwowym, w związku z tym zatwierdzenie planu 16 sierpnia 2011 r. należy uznać za dochowanie terminu ustawowego.

²⁶ Plan finansowy zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w dniu 16 sierpnia 2011 r. był zrównoważony pod względem przychodów i kosztów.

²⁷ Dz. U. Nr 193 poz. 1495.

W działalności NFZ, w zakresie planowania przychodów i kosztów na 2012 r., nie stwierdzono nieprawidłowości.

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Funduszu w zbadanym zakresie.

3. Wykonanie planu finansowego Funduszu

3.1. Przychody Funduszu

Opis stanu
faktycznego

Wysokość zrealizowanych w 2012 r. przez NFZ przychodów ogółem wyniosła 62.957.780,9 tys. zł, co stanowiło 97,6% planu po zmianach i przesunięciach. W porównaniu do roku 2011 (60.723.158,3 tys. zł) były one wyższe o 3,7%.

(dowód: akta kontroli str. 30)

W 2012 r. przychody z tytułu składek na ubezpieczenia zdrowotne z ZUS i KRUS wyniosły łącznie 60.312.306,7 tys. zł²⁸ i były niższe od planowanych o 1.645.065,3 tys. zł. Niższe przychody dotyczyły jedynie składek z ZUS, które wyniosły 57.107.027,9 tys. zł, tj. były niższe od planowanych o 1.691.893,1 tys. zł. Przychody z tytułu składek przekazanych przez KRUS były wyższe o 46.827,8 tys. zł w stosunku do planu po zmianach.

(dowód: akta kontroli str. 30-35, 242-248, 699 1987-1991)

W 2012 r. Fundusz dokonał obciążenia instytucji łącznikowych w innych państwach UE / EFTA za świadczenia zdrowotne zrealizowane na rzecz osób uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego na kwotę 154.515,2 tys. zł, co stanowiło 116,7% wielkości planowanej. Przychody te były wyższe od uzyskanych w 2011 r. o 31,1%.

(dowód: akta kontroli str. 34-35)

Prezes NFZ wystąpił do Ministra Zdrowia o kwotę 253.378,9 tys. zł²⁹ z tytułu dotacji na realizację zadań, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3, art. 12 pkt 2-4, 6 i 9 oraz art. 26 ustawy o świadczeniach, z czego do końca 2012 r. otrzymał dotacje w łącznej kwocie 246.639,4 tys. zł. Pozostałą część dotacji Minister Zdrowia przekazał ostatecznie do dnia 29 marca 2013 r.

Wartość planowanej dotacji na 2012 r. na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego wynosiła 1.839.964,0 tys. zł, natomiast wykonanie zamknęło się kwotą 1.823.691,1 tys. zł, co stanowiło 99,1% planu.

(dowód: akta kontroli str. 35-36, 525-584, 690-691, 1611-1664, 1729-1937, 1966-1986)

Przychody finansowe NFZ w 2012 r. wyniosły łącznie 157.781,9 tys. zł. Lokaty nie były tworzone ze środków uzyskiwanych z budżetu państwa.

(dowód: akta kontroli str. 39, 1611-1615)

Stan środków finansowych NFZ na koniec 2011 i 2012 r. wyniósł odpowiednio 2.695.757,5 tys. zł i 2.795.050,4 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 1938-1965, 2182)

²⁸ W roku 2011 było to 58.238.309,1 tys. zł.

²⁹ Z czego na: świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni spełniający kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, którym nie stwierdzono okoliczności, o których mowa w art. 12 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – 118.308,2 tys. zł (36.618 osób), osobom, o których mowa w art. 12 pkt 2-4, 6 i 9 oraz w art. 2 ust. 1 pkt 3 ww. ustawy – 120.400,97 tys. zł (400.196 osób) i na podstawie art. 26 ww. ustawy – 14.669,8 tys. zł (343 osoby).

Wartość zrealizowanych w 2012 r. pozostałych przychodów wyniosła 166.157,8 tys. zł i stanowiła 129,1% wartości planowanej.

(dowód: akta kontroli str. 37-38)

Wysokość należności na koniec 2012 r. wyniosła 5.665.221,9 tys. zł i była wyższa od stanu na koniec 2011 r. o 239.030,4 tys. zł. Należności długoterminowe wyniosły 765,6 tys. zł, tj. o 479,4% więcej niż w 2011 r., a krótkoterminowe - 5.653.181,2 tys. zł, tj. o 5,0% wyższe niż w 2011 r.

(dowód: akta kontroli str. 1591-1609)

W działalności Funduszu w zakresie realizacji przychodów w 2012 r. nie stwierdzono nieprawidłowości.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że w 2012 r. Minister Zdrowia z przekroczeniem terminu wskazanego w § 4 ust. 1 rozporządzenia w sprawie finansowania z budżetu państwa świadczeń zdrowotnych³⁰ siedmiokrotnie przekazał do NFZ dotacje na pokrycie rozliczonych świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3, art. 12 pkt 2-4, 6 i 9 oraz art. 26 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Miało to wpływ na zarządzanie płynnością Funduszu.

(dowód: akta kontroli str. 1611-1653, 1664, 1729-1936)

3.2. Koszty Funduszu

Opis stanu
faktycznego

Wartość zrealizowanych przez NFZ w 2012 r. kosztów ogółem wyniosła 62.672.399,4 tys. zł i stanowiła 96,0% wartości planowanej. W 2012 r. koszty NFZ były o 2,9% wyższe niż w 2011 r.

Wykonanie kosztów NFZ przedstawia poniższe zestawienie:

w tys. zł

Wyszczególnienie:	Wykonanie 2011 r.	Plan na 2012 r.	Wykonanie 2012 r.	% realizacji planu	Dynamika 2012/2011r.
1	2	3	4	5=4/3	6=4/2
Koszty poboru i ewidencjonowania składek	111.425,5	119.015,0	114.022,8	95,8	102,3%
Koszty świadczeń zdrowotnych	58.224.321,0	62.153.649,0	59.875.547,2	96,3	102,8%
Koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie	-	-	-	-	-
Koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego	1.758.472,1	1.839.964,0	1.823.691,1	99,1	103,7%
Koszty administracyjne	586.523,4	663.154,0	609.375,9	91,9	103,9%
Pozostałe koszty	198.815,8	367.459,0	220.195,5	59,9	110,8%
Koszty finansowe	43.514,7	123.847,0	29.567,0	23,9	67,9%
Razem	60.923.072,5	65.267.088,0	62.672.399,4	96,0	102,9%

(dowód: akta kontroli str. 40, 74-75, 193-304)

Niskie wykonanie planu w pozycjach „pozostałe koszty” i „koszty finansowe” związane było z niepełnym wykorzystaniem środków przeznaczonych na sfinansowanie ewentualnych kosztów wynikających z niekorzystnych dla NFZ wyroków zapadających w wyniku prowadzonych postępowań sądowych oraz odsetek zasądzonych przez sądy.

(dowód: akta kontroli str. 2973-2975)

³⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 października 2011 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 225, poz. 1355).

3.2.1. Koszty świadczeń zdrowotnych

Poniesione przez NFZ w 2012 r. koszty świadczeń zdrowotnych wyniosły 59.875.547,2 tys. zł i były niższe od planowanych o 2.278.101,8 tys. zł, tj. 3,7%. W poszczególnych pozycjach koszty te wynosiły:

- podstawowa opieka zdrowotna – 7.554.497,6 tys. zł, co stanowiło 99,9% planu i 103,0% wykonania w 2011 r.,
- ambulatoryjna opieka specjalistyczna – 5.046.360,7 tys. zł, co stanowiło 99,3% planu i 113,7% wykonania w 2011 r.,
- leczenie szpitalne – 29.437.144,7 tys. zł, co stanowiło 98,0% planu i 106,8% wykonania w 2011 r.,
- opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – 2.158.551,3 tys. zł, co stanowiło 99,2% planu i 107,1% wykonania w 2011 r.,
- rehabilitacja lecznicza – 1.997.101,7 tys. zł, co stanowiło 99,6% planu i 109,1% wykonania w 2011 r.,
- świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej – 1.020.811,1 tys. zł, co stanowiło 99,3% planu i 107,8% wykonania w 2011 r.,
- opieka paliatywna i hospicyjna – 331.409,1 tys. zł, co stanowiło 98,8% planu i 112,5% wykonania w 2011 r.,
- leczenie stomatologiczne – 1.771.376,0 tys. zł, co stanowiło 99,1% planu i 103,6% wykonania w 2011 r.,
- leczenie uzdrowskowe – 584.440,4 tys. zł, co stanowiło 98,7% planu i 104,2% wykonania w 2011 r.,
- pomoc doraźna i transport sanitarny – 43.680,0 tys. zł, co stanowiło 98,2% planu i 120,8% wykonania w 2011 r.,
- koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowane ze środków własnych Funduszu – 151.844,8 tys. zł, co stanowiło 93,6% planu i 103,5% wykonania w 2011 r.,
- świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie – 1.564.225,6 tys. zł, co stanowiło 98,9% planu i 106,9% wykonania w 2011 r.,
- zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawa, o których mowa w ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji, obrocie lekami, środkami spożywczymi specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych³¹ (zwanej dalej „ustawą o refundacji”) – 668.151,9 tys. zł, co stanowiło 97,5% planu i 107,1% wykonania w 2011 r.,
- całkowity budżet na refundację leków w 2012 r. wynosił 9.062.445,9 tys. zł i stanowił 83,1% wartości planowanej. Niewykorzystane środki na refundację spowodowały, że NFZ uzyskał dodatni wynik finansowy w 2012 r.
Niższe niż planowane koszty refundacji spowodowane były wejściem w życie ustawy o refundacji, która wprowadziła nowy sposób refundacji leków. Niewykorzystane środki nie mogły zostać przeniesione na inne cele z uwagi na postanowienia art. 74 ust. 1-2 ustawy o refundacji.
- rezerwa na koszty realizacji zadań wynikających z przepisów o koordynacji – 265.361,4 tys. zł, co stanowiło 56,6% planu i 82,8% wykonania w 2011 r.,
- koszty świadczeń opieki zdrowotnej z lat ubiegłych³² – 417.520,5 tys. zł, co stanowiło 94,8% planu i 349,3% wykonania w 2011 r.,

³¹ Dz. U. Nr 122, poz. 696 ze zm.

³² Koszty wynikające z rachunków, bądź też korekt rachunków za świadczenia opieki zdrowotnej udzielone w latach ubiegłych, koszty związane z realizacją prawomocnych wyroków sądowych, których orzeczenie dotyczyło świadczeń zdrowotnych wykonanych w latach ubiegłych oraz wartości ugód pozasądowych i sądowych za świadczenia opieki zdrowotnej udzielone w latach ubiegłych.

- koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego – 1.823.691,1 tys. zł, co stanowiło 99,1% planu i 103,7% wykonania w 2011 r.
(dowód: akta kontroli str. 678-680, 685-688)

3.2.2. Koszty świadczeń zdrowotnych z tytułu przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego

Wartość płatności dokonanych przez Funduszu w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2012 r. z tytułu świadczeń udzielonych na podstawie przepisów o koordynacji, według stanu na dzień 31 grudnia 2012 r. wyniosła 330.147,14 tys. zł (w 2011 r. było to 326.580,11 tys. zł).

Koszty świadczeń zdrowotnych udzielonych obywatelom UE/EFTA na terenie Polski wyniosły 91.828,2 tys. zł i stanowiły 113,9% kosztów poniesionych w 2011 r. (80.640,5 tys. zł).

(dowód: akta kontroli str. 61, 661-665, 698-699, 1150-1151, 1341, 1336)

3.2.3. Świadczenia sfinansowane na podstawie art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy

Wartość sfinansowanych w 2012 r. świadczeń w ramach realizacji zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy o świadczeniach wyniosła łącznie 253 378,9 tys. zł i była wyższa od wartości planowanej o 31.630,9 tys. zł (14,3%). Wartość ta była wyższa niż w 2011 r. o 11,9%.

Wartość świadczeń udzielonych dzieciom i młodzieży do 18 roku życia w podstawowej opiece zdrowotnej rozliczanych za pomocą stawki kapitałowej, które nie były zgłoszone do ubezpieczenia zdrowotnego wyniosła 216.152,4 tys. zł. Było to spowodowane niedopełnianiem przez rodziców obowiązku wynikającego z art. 67 ust. 3 ustawy o świadczeniach polegającego na zgłaszaniu dzieci i młodzieży do ubezpieczenia zdrowotnego. W skutek tego traktowane były one jako osoby nieubezpieczone, ale z prawem do świadczeń na podstawie art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. a ustawy o świadczeniach³³. Do finansowania udzielonych im świadczeń zobowiązany był Minister Zdrowia, a nie NFZ.

W styczniu 2013 r. NFZ przekazał Ministrowi Zdrowia łączne sprawozdanie z poniesionych kosztów za świadczenia udzielone osobom, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3 oraz art. 12 ust. 2-4, 6 i 9 ustawy o świadczeniach wraz z wnioskiem o ich refundację.

Minister Zdrowia zakwestionował sprawozdanie w części dotyczącej kosztów świadczeń udzielonych dzieciom i młodzieży w podstawowej opiece zdrowotnej. NFZ poinformował Ministra, że należność powyższą ujął w księgach rachunkowych 2012 r. jako należność warunkową. Do dnia zakończenia czynności kontrolnych wnioskowana kwota nie została przekazana.

(dowód: akta kontroli str. 525-584, 690-691, 976-979)

3.2.4. Koszty administracyjne Funduszu

W planie finansowym NFZ na 2012 r. po zmianach wartość kosztów administracyjnych wyniosła 663.154 tys. zł, a ich realizacja 609.375,9 tys. zł, co

³³ Zgodnie z art. 67 ust. 2 ustawy o świadczeniach osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego po zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego uzyskuje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej. Ponadto zgodnie z art. 67 ust. 3, osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego ma obowiązek zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 5 i 6. Osoby, które nie zgłaszają się do ubezpieczenia zdrowotnego same, informują podmiot właściwy do dokonania zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego o członkach rodziny podlegających zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego, w terminie 7 dni od dnia zaistnienia okoliczności powodujących konieczność dokonania zgłoszenia. Członkowie rodziny uzyskują prawo do świadczeń opieki zdrowotnej od dnia zgłoszenia do ubezpieczenia.

stanowiło mniej niż 1% łącznych kosztów Funduszu. Były one wyższe niż w 2011 r. o 3,9%.

Koszty wynagrodzeń osobowych wyniosły 303.940,8 tys. zł, co stanowiło 49,9% ogółu kosztów administracyjnych. Wydatki na wynagrodzenia były wyższe niż w 2011 r. o 1,6%. Przeciętne zatrudnienie w 2012 r. wyniosło 5.056,3 etatu i było wyższe o 32,8 etatu w stosunku do 2011 r.

Wydatki NFZ na usługi obce wyniosły 134.778,4 tys. zł i stanowiły 90,3% planu, oraz były o 6,8% wyższe niż w 2011 r.

Zgodnie z rzeczowym planem wydatków inwestycyjnych zaplanowane inwestycje NFZ w 2012 r. wynosiły 107.603,7 tys. zł, z tego wydatkowano 67.020,4 tys. zł (62,3%), a zadania o wartości 24.940,0 tys. zł (23,2%) były w trakcie realizacji³⁴. Wartość zadań nie rozpoczętych wyniosła 5.797,7 tys. zł. Na niskie wykonanie planu inwestycyjnego miały wpływ niezrealizowane pojedyncze zadania o znacznej wartości, w tym pozyskanie nowej siedziby dla Mazowieckiego OW, oraz zadania, o które plan został uzupełniony w trakcie jego realizacji, a ich wykonanie nastąpi w 2013 r. (dowód: akta kontroli str. 64-67, 338-489, 522-523)

NFZ realizując polecenie Ministra Zdrowia, przystąpił do ponownego uruchomienia prac związanych z samodzielnym wdrożeniem projektu „RUM II i wydania Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (KUZ)”. W ramach realizacji I etapu projektu zostały zamówione usługi doradcze związane z przeprowadzeniem analizy funkcjonalnej centrum PKI³⁵, przygotowaniem opisu przedmiotu zamówienia, oraz oszacowaniem kosztów jego budowy³⁶.

Łączna wartość umów zawartych w 2012 r. z dostawcami infrastruktury teleinformatycznej związanych z projektem Elektronicznej Weryfikacji Upoważnień Świadczeniobiorców (eWUŚ) wyniosła 6.445,6 tys. zł.

W 2012 r. nie zwiększono zatrudnienia w związku z projektem eWUŚ. (dowód: akta kontroli str. 131, 1059-1064)

3.2.5. Zobowiązania

Zobowiązania zewnętrzne na koniec 2012 r. wyniosły 5.564.113,1 tys. zł (w 2011 r. - 5.502.553,1 tys. zł), z czego zobowiązania wobec świadczeniodawców i aptek wynosiły 5.505.417,4 tys. zł³⁷.

Na koniec 2012 r. NFZ nie posiadał zobowiązań wymagalnych. Nie odnotowano przypadków wypłaty kar umownych.

Kwota prawdopodobnych zobowiązań Funduszu wobec instytucji łącznikowych innych państw członkowskich UE/EFTA z tytułu rzeczowych świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych na podstawie przepisów o koordynacji pozostających w trakcie weryfikacji, wg. stanu na dzień 1 grudnia 2012 r. wynosiła 175.681,19 tys. zł. Wartość przedstawiona w ujęciu kasowym obejmuje noty z datą wpływu do Funduszu do dnia 31 grudnia 2012 r.

(dowód: akta kontroli str. 491-521, 1341, 2401, 2258-2316)

³⁴ Na dzień 25 stycznia 2013 r.

³⁵ Ang. public-key infrastructure (infrastruktura klucza publicznego) – to zespół urządzeń, oprogramowania, ludzi, polityk oraz procedur umożliwiający tworzenie, przechowywanie, zarządzanie i rozprowadzanie cyfrowych certyfikatów klucza publicznego.

³⁶ Zadanie to zakończyło się w styczniu 2013 r., a opracowana analiza jest punktem wyjścia do uruchomienia postępowania o zamówienie publiczne. W ramach realizacji projektu RUM II poniesione zostały koszty: analizy doradczej w zakresie związanym z wykorzystaniem kart mikroprocesorowych działających w strukturze PKI wraz ze świadczeniem usługi eksperta (wrzesień 2010 r.) – 48.800,0 zł, opracowania wymagań technicznych i funkcjonalnych dla karty KUZ, aplikacji KUZ i ich otoczenia (wrzesień 2010 r.) – 64.660,0 zł, analizy i oszacowania kosztów budowy infrastruktury PKI (styczeń 2013 r.) – 65.894,0 zł.

³⁷ Dane ze sprawozdania FM-01

Ustalono
nieprawidłowości

Uwagi dotyczące
badanej działalności

W działalności NFZ w zakresie realizacji kosztów nie stwierdzono nieprawidłowości.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że w latach 2010 – 2012 wykonanie w pozycji „koszty finansowe” nie przekraczało 41% planu po zmianach i przesunięciach.³⁸ Powyższy stan faktyczny wskazuje na potrzebę rzetelnego planowania tych kosztów.

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Narodowego Funduszu Zdrowia w zbadanym zakresie.

4. Prowadzenie ksiąg rachunkowych oraz sporządzanie sprawozdań finansowych

Opis stanu
faktycznego

System rachunkowości i księgowości komputerowej oraz mechanizmy kontroli zarządczej spełniały wymogi ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości³⁹. W wyniku przeglądu analitycznego oraz badania próby 48 operacji księgowych na łączną wartość 85.471,6 tys. zł, nie stwierdzono nieprawidłowości.

Dane wykazane w bilansie Centrali NFZ sporządzonym na dzień 31 grudnia 2012 r. były zgodne z danymi zawartymi w zestawieniu obrotów i sald. W wyniku przeprowadzonego badania sprawozdania finansowego na dzień 31 grudnia 2012 r. obejmującego badanie sprawozdań finansowych Oddziałów Wojewódzkich, Centrali oraz sprawozdania łącznego NFZ, biegli rewidenci nie stwierdzili nieprawidłowości.

(dowód, akta kontroli str. 1992-2225)

Sprawozdania Rb-N i Rb-Z za IV kwartał 2012 r. Centrali⁴⁰ oraz trzech wybranych OW NFZ (Śląskiego, Wielkopolskiego i Mazowieckiego)⁴¹ zostały sporządzone terminowo i rzetelnie, a dane w nich zawarte wynikały z zestawień obrotów i sald oraz informacji dodatkowych, stosownie do wymogów zawartych w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 4 marca 2010 r. w sprawie sprawozdań jednostek sektora finansów publicznych w zakresie operacji finansowych⁴². Sprawozdania Rb-Z i Rb-N Oddziałów Wojewódzkich weryfikowane są przez Centralę NFZ pod względem formalno-rachunkowym i merytorycznym.

(dowód, akta kontroli str. 2039, 2252-2394)

W 2012 r. inwentaryzacja w Centrali NFZ została przeprowadzona zgodnie z art. 26 i 27 ustawy o rachunkowości, jak również stosownie do uregulowań zawartych w przyjętej polityce rachunkowości.

(dowód, akta kontroli str. 2226-2251)

Analiza trzech postępowań przetargowych tj.: „Subskrypcja i konserwacja Systemu Informatycznego Wspomagania Działalności NFZ” – zamówienie z wolnej ręki, „Dostawa licencji Oracle i wraz z asystą techniczną i konserwacją” – przetarg nieograniczony i „Dostawa rozwiązania analityczno-raportowego typu hurtownia danych służących wykryciu nadużyć” – dialog konkurencyjny, nie wykazała

³⁸ W roku 2010 plan po zmianach i przesunięciach wynosił w pozycji „koszty finansowe” 134.689 tys. zł, zaś wykonanie 19.613,0 tys. zł (14,6%), w 2011 r. plan po zmianach i przesunięciach wynosił 106.307 tys. zł, wykonanie 43.514,7 tys. zł (40,9%), w roku 2012 plan po zmianach i przesunięciach wynosił 123.847 tys. zł, wykonanie 29.566,9 tys. zł (23,8%)

³⁹ Dz. U. z 2013 r., poz. 330 ze zm.

⁴⁰ Pierwotne i po korekcie.

⁴¹ Po korekcie.

⁴² Dz. U. Nr 43, poz. 247.

naruszenia przepisów ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych⁴³, które miałyby wpływ na wynik postępowania.
(dowód: akta kontroli str. 2531-2929)

4.1. Nadzór i kontrola Ministra Zdrowia i Ministra Finansów nad Funduszem

Opis stanu faktycznego

W 2012 r. Minister Zdrowia przeprowadził w Centrali NFZ dwie kontrole projektu pn. „Akademia NFZ” (określonego w umowie o dofinansowanie projektu o numerze POKL.02.03.03-00-006/11-00 z dnia 14 listopada 2011 r. o wartości 4.995,2 tys. zł).

W 2012 r. Minister Finansów nie przeprowadzał kontroli w Centrali NFZ.

(dowód: akta kontroli str.1215, 1256-1257)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność NFZ w badanym obszarze.

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli⁴⁴, wnosi o:

- 1) kontynuację działań zmierzających do poprawy dostępu do świadczeń zdrowotnych dla pacjentów oraz wyceny świadczeń kontraktowanych przez Fundusz uwzględniającej rzeczywiste koszty ich wytworzenia;
- 2) kontynuowanie uwzględniania przez Fundusz, w planowanych kontrolach świadczeniodawców, zagadnień dotyczących prawidłowości kwalifikowania świadczeń wykazywanych jako ratujące życie;
- 3) rozważenie zmiany procedury planowania „kosztów finansowych” w celu bardziej precyzyjnego ich szacowania;
- 4) określanie mierników realizacji priorytetów zdrowotnych w oparciu o wiarygodne i łatwo dostępne dane umożliwiające określenie stopnia realizacji celu.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia zastrzeżeń

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Zgodnie z art. 54 ust. 1 i 2 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora właściwej jednostki kontrolnej.

Obowiązek poinformowania NIK o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

⁴³ Dz. U. z 2010 r. Nr 113, poz. 759 ze zm.

⁴⁴ Dz. U. z 2012 r., poz.82 ze zm.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Warszawa, dnia 26 lipca 2013 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Departament Zdrowia

Dyrektor
Piotr Wasilewski


.....
podpis