



**NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI**  
Delegatura w Gdańsku

LGD-4101-002-01/12  
P/12/121

Gdańsk, dnia 25 czerwca 2012 r.

**Pani**  
**Barbara Kawińska**  
**Dyrektor**  
**Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego**  
**Narodowego Funduszu Zdrowia**

**WYSTĄPIENIE POKONTROLNE**

Na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2012 r., poz. 82), zwanej dalej „ustawą o NIK”, Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Gdańsku przeprowadziła kontrolę w Pomorskim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: „Oddział”).

Przedmiotem kontroli było wykonanie planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w roku 2011.

W związku z kontrolą, której wyniki przedstawione zostały w protokole kontroli podpisanym 20 czerwca 2012 r., Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 60 ustawy o NIK, przekazuje niniejsze wystąpienie pokontrolne.

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia działalność Oddziału w skontrolowanym zakresie.

Powyższa ocena wynika z niżej opisanych ustaleń.

1. Prawidłowo przebiegał proces opracowywania planu finansowego Oddziału na 2011 r., w szczególności:
  - terminowo, tj. zgodnie z art. 120 ust. 2 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>1</sup> (dalej: „ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej”), przekazano Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: „NFZ” lub „Fundusz”) informację dotyczącą prognozowanych kosztów Oddziału na lata 2011 – 2013 (21.06.2010 r.), a następnie projekt planu finansowego Pomorskiego Oddziału na 2011 r. (09.07.2010 r.);

---

<sup>1</sup> Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

- prognozowane koszty na lata 2011 – 2013, w tym strukturę rodzajową kosztów świadczeń zdrowotnych, określono zgodnie z otrzymanymi z Centrali Funduszu „Załoženiami do corocznej prognozy kosztów oddziałów wojewódzkich Funduszu Na lata 2011 – 2013”.

Zastosowanie ww. założeń, w stosunku do projektowanych kosztów świadczeń zdrowotnych na 2011 r. (3 216 310 tys. zł), w ocenie Oddziału wymagało zwiększenia ich o 173 233 tys. zł, co potwierdziła Rada Pomorskiego Oddziału, która negatywnie zaopiniowała „Projekt Planu Finansowego Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ na rok 2011”, stwierdzając, że nie zapewni on utrzymania dotychczasowego poziomu dostępności świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych z województwa pomorskiego, a tym samym zagrozi bezpieczeństwu zdrowotnemu mieszkańców województwa.

Zatwierdzony plan finansowy Oddziału (13.08.2010 r.), w zakresie kosztów świadczeń zdrowotnych wynosił 3 217 068 tys. zł, tj. nie uwzględniał wnioskowanego zwiększenia, natomiast po zmianach (29.12.2011 r.) 3 377 798 tys. zł (był wyższy o 160 730 tys. zł).

## 2. NIK pozytywnie ocenia realizację planu finansowego Oddziału na 2011 r.

### 2.1. Plan kosztów w 2011 r. wykonano w 98,77% (3 478 339,50 tys. zł), w tym kosztów świadczeń zdrowotnych w 99% (3 344 015,61 tys. zł).

Wykonanie planu kosztów na ww. poziomie, jak wyjaśniła Dyrektor Oddziału, wynikało z niepełnej realizacji w poszczególnych pozycjach, tj.:

- koszty świadczeń zdrowotnych, na które wpłynęło m.in. niepełne wykonanie zawartych umów ze świadczeniodawcami, jak i niewykorzystanie w pełnej wysokości wartości udzielonych upoważnień na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych oraz rozwiązanie w księgach roku 2011 biernych rozliczeń międzyoddziałowych kosztów za 2010 rok,
- koszty administracyjne (96,87%), z których najniższe wykonanie planu dotyczyło składek na Fundusz Pracy (71,68%) oraz innych podatków i opłat (74,83%),
- pozostałe koszty (59,49%), gdzie największy wpływ miało niewykonanie planu w pozycji F2 rezerwy na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych,
- koszty finansowe (71,26%), w tym przede wszystkim utworzone rezerwy na odsetki z tytułu przyszłych zobowiązań oraz odsetki dotyczące zawartych ugód sądowych.

W planie finansowym na 2011 r. w trakcie roku, na podstawie przeprowadzanych analiz i po poinformowaniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: „NFZ”), dokonywano przesunięć kosztów, w ramach kosztów przeznaczonych na świadczenia opieki zdrowotnej, zgodnie z art. 124 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

### 2.2. NIK zauważa, że znacząco wzrosła, w porównaniu do 2010 r., wartość niewykonanych świadczeń opieki zdrowotnej w ramach zawartych kontraktów na 2011 r. jak również wartość wykonanych świadczeń ponadlimitowych, tj. odpowiednio o 7 489,17 tys. zł i 109 705,68 tys. zł (stan na 16.02.2012 r.),

co było spowodowane, jak wyjaśniła Z-ca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych, dysponowaniem w 2011 r. niewielką kwotą wolnych środków finansowych, z których można było sfinansować świadczenia ponadlimitowe oraz brak ze strony świadczeniodawców akceptacji propozycji Oddziału dotyczących zmniejszenia wartości umów w zakresach, w których wystąpiło niewykonanie świadczeń.

W 2011 r. 5 świadczeniodawców występowało do Oddziału z roszczeniami w łącznej wysokości 12 127, 91 tys. zł, w tym: 6 286,97 tys. zł z tytułu świadczeń wykonanych ponad limity, 1 878, 64 tys. zł z tytułu wykonania świadczeń nielimitowanych oraz 3 962,31 tys. zł z tytułu wyrównania różnicy pomiędzy ceną punktu rozliczeniowego wynikającą z umowy zawartej na 2009 r. (51 zł) a ceną określoną w aneksie rozliczającym i zapłaconą w 2010 r. (32,61 zł za I półrocze 2009 r. oraz 26,85 zł za II półrocze 2009 r.), z czego w wyniku podpisania 5 ugód sfinansowano roszczenia na kwotę ogółem 2 865,02 tys. zł wraz z odsetkami w wysokości 247,23 tys. zł. W stosunku do pozostałych roszczeń toczyły się postępowania sądowe.

2.3. Analiza wydatków Oddziału o łącznej wartości 47,17 tys. zł (21,48% wydatków ogółem) poniesionych na pokrycie pozostałych kosztów administracyjnych wykazała, że były one związane z prowadzoną działalnością Pomorskiego Oddziału.

2.4. W zakresie zamówień publicznych badaniem objęto trzy zamówienia w trybie przetargu nieograniczonego<sup>2</sup> z ogólnej liczby 22 postępowań zakończonych w 2011 r. ich udzieleniem. Ustalono w szczególności, że:

- we wszystkich przypadkach powołano komisję przetargową,
- publikacja ogłoszeń o zamówieniach nastąpiła w sposób zgodny z art. 40 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych<sup>3</sup>,
- wyboru wykonawców dokonano zgodnie z kryteriami oceny ofert określonymi w specyfikacjach istotnych warunków zamówienia.

3. Pozytywnie ocenia się działania Oddziału podejmowane w celu zapewnienia na terenie województwa pomorskiego w 2011 r. dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności:

- kontraktowanie świadczeń na 2011 r. rozpoczęto w terminach zapewniających ich dostępność,
- zawarto 2 078 umów w poszczególnych rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej o łącznej wartości 2 434 722,87 tys. zł, tj. wyższej w porównaniu z 2010 r. o 65 884,28 tys. zł (2,78%);
- w wyniku dodatkowego postępowania przeprowadzonego w trybie określonym w art. 161b ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej zawarto z 31 świadczeniodawcami umowy na okres jednego roku

---

<sup>2</sup> Nr 3/2011 na wykonanie usługi: ochrona mienia i osób w budynkach Oddziału przy ul. Marynarki Polskiej 148 i ul. Podwale Staromiejskie 69 w Gdańsku, w Delegaturze Oddziału w Słupsku przy ul. Poniatowskiego 4 oraz parkingu wewnętrznego przy siedzibie Oddziału (wartość umowy 303.273,72 zł, wydatek w 2011 r. 101.091,24 zł); nr 4/2011 na wykonanie usługi: utrzymanie czystości w Oddziale (wartość umowy 217.910,77 zł; wydatek w 2011 r. 62.629,74 zł); nr 5/2011 r. na wykonanie usługi: wymiana instalacji c. o. i instalacji wodociągowej w budynku Delegatury Oddziału w Słupsku (wartość umowy i wydatku w 2011 r. 209.437,02 zł);

<sup>3</sup> Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2010 r. Nr 113, poz. 759 ze zm.)

na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej głównie w zakresie: okulistyki dziecięcej – hospitalizacji, hemodializoterapii, świadczenia zdrowia psychicznego dla dorosłych oraz dla dzieci (na łączną kwotę 22 359,87 tys. zł);

3.1. Badanie trybu zawierania umów z trzema<sup>4</sup> największymi (pod względem wartości zawartej umowy na rok 2011) świadczeniodawcami w rodzaju „lecznictwo szpitalne” wykazało, że umowy zawierano zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami. Oferty świadczeniodawców spełniały wymogi rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego<sup>5</sup> dotyczące wyposażenia w sprzęt i kwalifikacje personelu.

3.2. W badanym okresie Oddział w pełni zabezpieczył dostępność do świadczeń zdrowotnych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna we wszystkich powiatach z obszaru województwa pomorskiego.

Stwierdzono jednak niepełną dostępność niektórych świadczeń w części powiatów na terenie województwa pomorskiego, spowodowaną brakiem ofert ze strony świadczeniodawców, co dotyczyło:

- programu profilaktyki chorób odtytoniowych – w 14 spośród 20 powiatów nie było świadczeniodawcy realizującego ten zakres (zakontraktowano wszystkich chętnych świadczeniodawców),
- programu badań prenatalnych – podpisano umowy jedynie z czterema świadczeniodawcami (jeden – w Gdańsku, dwóch – w Gdyni i jeden – w powiecie nowodworskim),
- świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia oraz opieki długoterminowej – brak dostępności do świadczeń w 7 powiatach,
- opieki długoterminowej – brak dostępności dotyczył 8 powiatów.

Stwierdzono również, że brak ofert świadczeniodawców był przyczyną czasowej niedostępności niektórych świadczeń na terenie powiatu lęborskiego, tj.: pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej – przez 7 miesięcy, protetyki stomatologicznej – 2 miesiące oraz ortodoncji dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia – przez 5 miesięcy.

3.3. Wartość zrealizowanych świadczeń opieki zdrowotnej ogółem przypadająca na jednego ubezpieczonego w 2011 r. nieznacznie wzrosła w porównaniu do 2010 r., tj. o 0,35% (wynosiła 1.568,37 zł).

3.4. W 2011 r. zmniejszyła się o 12,3% (48 328 „osobodni”), w porównaniu do 2010 r., liczba zakontraktowanych świadczeń w rodzaju – leczenie uzdrowiskowe. Wartość zawartych umów zmniejszyła się o 3 448,22 tys. zł.

Według wyjaśnień Z-cy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych Oddziału zostało to spowodowane zmianą zasad kontraktowania świadczeń na rok 2011 (świadczenia zostały zakontraktowane przez 12 oddziałów

---

<sup>4</sup> Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku – umowa nr 11/000005/SZP/11 z dnia 01.02.2011 r. o wartości 261.951.185 zł; Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Janusza Korczaka w Słupsku – umowa nr 11/000013/SZP/11 z dnia 17.01.2011 r. o wartości 107.110.303 zł; Pomorskie Centrum Traumatologii im. M. Kopernika w Gdańsku – umowa nr 11/000085/SZP/11 z dnia 17.01.2011 r. o wartości 116.716.910 zł;

<sup>5</sup> Dz. U. z 2009 r. Nr 140, poz. 1143 ze zm.

wojewódzkich właściwych ze względu na siedzibę świadczeniodawcy), przy niezmiennych kryteriach kwalifikowania ubezpieczonych do takiego leczenia.

Przy rozpatrywaniu skierowań na leczenie uzdrowiskowe Pomorski Oddział przestrzegał zasad zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie kierowania na leczenie uzdrowiskowe<sup>6</sup> oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 lipca 2011 r. w sprawie kierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową<sup>7</sup>.

Średni rzeczywisty czas oczekiwania na leczenie uzdrowiskowe (mediana) wyniósł 376 dni i w stosunku do 2010 r. wzrósł o 47 dni.

Na ten stan, jak wyjaśniła Z-ca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych, wpłynęła zmiana przepisów dotyczących częstotliwości korzystania z leczenia w tych zakresach, tj. nie częściej niż raz na 18 miesięcy – w 2011 r., natomiast w 2010 r. nie częściej niż raz na 12 miesięcy oraz przekwalifikowanie skierowań spowodowane m.in. zmianą stanu zdrowia świadczeniobiorców, bądź przesunięcie leczenia na późniejszy termin decyzją lekarza kierującego lub lekarza Funduszu.

- 3.5. W wybranych dwóch rodzajach świadczeń, tj. lecznictwo szpitalne i ambulatoryjna opieka specjalistyczna, średni rzeczywisty czas oczekiwania na świadczenie w dniach (mediana) w 2011 r. wzrósł o: 11 w przypadku oddziałów kardiologicznych, 7 - poradni okulistycznej, 6 – poradni kardiologicznej, 5 – poradni neurologicznej oraz urazowo-ortopedycznej, natomiast zmniejszył się o: 5,5 w przypadku oddziałów otolaryngologicznych, jeden – oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej. W przypadku oddziałów neurologicznych oraz nefrologicznych średni rzeczywisty czas oczekiwania w dniach (mediana) w 2010 i 2011 r. wyniósł zero.

Przyczyną wzrostu w 2011 r. mediany średniego czasu oczekiwania, w stosunku do 2010 r., jak wyjaśniła Dyrektor Oddziału, był wzrost liczby oczekujących na świadczenia oraz zmniejszenie liczby poradni (kardiologicznych, neurologicznych, urazowo-ortopedycznych, natomiast w przypadku oddziałów kardiologicznych – 3 świadczeniodawców w 2010 r. wykazywało średni czas oczekiwania zero a w 2011 r. łącznie 1 236 dni.

4. W sprawozdaniach Rb-N – kwartalne sprawozdanie o stanie należności oraz wybranych aktywów finansowych za poszczególne kwartały 2011 r. w poz. N3.2. depozyty na żądanie nie wykazywano kwot ujętych na koncie 130-03-04 „Rachunki bankowe – dotacja”, które na koniec poszczególnych kwartałów 2011 r. wynosiły odpowiednio: 8 166,43 tys. zł, 7 978,59 tys. zł, 8 019,32 tys. zł i 9,6 tys. zł, jak również w poz. N3.3. depozyty terminowe – kwoty 10,96 tys. zł stanowiącej kaucje złożone w innych podmiotach, jako zabezpieczenie wykonania umów, co było niezgodne z rozporządzeniem Ministra Finansów

---

<sup>6</sup> Dz. U. z 2009 r. Nr 139, poz. 1135 ze zm.

<sup>7</sup> Dz. U. z 2011 r. Nr 142, poz. 835

z dnia 4 marca 2010 r. w sprawie sprawozdań jednostek sektora finansów publicznych w zakresie operacji finansowych<sup>8</sup> - załącznik nr 9: Instrukcja sporządzania sprawozdań (§ 14 pkt 9 i 10).

Przyczyną nieujmowania w tych sprawozdaniach ww. kwot były trudności z interpretacją przepisów ww. rozporządzenia.

Z-ca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych wyjaśniła, że nie wykazywano kwot dotacji, gdyż uznano je za wadła i depozyty o ograniczonej możliwości dysponowania nimi, natomiast kaucje złożone w innych podmiotach nie były wykazywane zgodnie z pismem NFZ z 02.11.2010 r.

W trakcie niniejszej kontroli sporządzono korekty sprawozdań Rb-N za poszczególne kwartały 2011 r.

Stwierdzono również, że w Oddziale nie opracowano procedur wewnętrznych dotyczących sporządzania i kontroli ww. sprawozdań.

Dane wykazane w sprawozdaniach jednostkowych Rb-Z o stanie zobowiązań Oddziału według tytułów dłużnych oraz poręczeń i gwarancji za poszczególne kwartały 2011 r. oraz w rocznych sprawozdaniach uzupełniających: Rb-UZ o stanie zobowiązań według tytułów dłużnych, Rb-UN o stanie należności z tytułu papierów wartościowych według wartości księgowej za 2011 r. były zgodne z ewidencją księgową.

5. Dokumentacja opisująca przyjęte zasady rachunkowości („polityka rachunkowości”) zawierała wszystkie elementy określone w art. 10 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości<sup>9</sup>.

Funkcjonujący system księgowości komputerowej zapewniał kontrolę kompletności zapisów oraz ich poprawności, w tym poprawności i sekwencji dat, zapewniał ciągłość numeracji w dzienniku, pozwalał na zatwierdzanie na bieżąco zapisów księgowych.

W wyniku zbadania wylosowanych dowodów księgowych na kwotę ogółem 495 327,99 tys. zł (14,4%) i odpowiadających im zapisów księgowych nie stwierdzono nieprawidłowości w zakresie: spełnienia wymogów formalnych dotyczących poprawności dowodu, kompletności i poprawności kontroli bieżącej i dekretacji, kompletności i poprawności formalnej zapisu dowodu w dzienniku/księdze głównej, nieprawidłowości mających wpływ na sprawozdawczość a wydatki zrealizowane na ich podstawie, przy akceptacji Głównego Księgowego lub osoby upoważnionej, były zgodne z harmonogramem wydatków i planem finansowym. Nie stwierdzono przypadków zapłaty faktur po terminie zapłaty wynikającym z umowy i Ogólnych Warunków Umów.

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

- 1) wdrożenie wewnętrznych procedur ograniczających ryzyko nieujmowania w sprawozdaniach Rb-N wszystkich danych wynikających z ewidencji księgowej.

---

<sup>8</sup> Dz. U. z 2010 r. Nr 43, poz. 247

<sup>9</sup> Dz. U. z 2009 r. Nr 152, poz. 1223 ze zm.

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

Zgodnie z treścią art. 61 ust. 1 ustawy o NIK, w terminie 7 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego, przysługuje Pani prawo zgłoszenia na piśmie, do dyrektora Delegatury NIK w Gdańsku, umotywowanych zastrzeżeń w sprawie ocen, uwag i wniosków zawartych w tym wystąpieniu.

W razie zgłoszenia zastrzeżeń, zgodnie z art. 62 ust. 2 ustawy o NIK, termin nadesłania informacji, o którym mowa wyżej, liczy się od dnia otrzymania ostatecznej uchwały właściwej komisji NIK.