



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Łodzi

LLO-4101-05-01/2012
P/12/121

Łódź, dnia 26 czerwca 2012 r.

Pan

Jan Wojciech Bieńkiewicz

Dyrektor

Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego

Narodowego Funduszu Zdrowia

w Łodzi

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹, zwanej dalej „ustawą o NIK”, Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Łodzi przeprowadziła w Łódzkim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanym dalej „Oddziałem”, kontrolę wykonania planu finansowego w 2011 r.

W związku z kontrolą, której wyniki przedstawione zostały w protokole kontroli podpisanym w dniu 18 czerwca 2012 r. – Najwyższa Izba Kontroli, stosownie do art. 60 ustawy o NIK, przekazuje Panu Dyrektorowi niniejsze wystąpienie pokontrolne.

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działania Oddziału w skontrolowanym zakresie. Ocenę tą uzasadniają następujące ustalenia kontroli:

1. Oddział, stosownie do art. 120 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych², sporządził i przesał do Centrali NFZ projekt planu finansowego na 2011 r. Projekt sporządzony został z uwzględnieniem założeń i wytycznych Centrali NFZ i zakładał koszty świadczeń zdrowotnych w wysokości 3.852.440 tys. zł oraz koszty zadań zespołów ratownictwa medycznego w wysokości 113.175 tys. zł. W projekcie, przed zatwierdzeniem przez Ministra Zdrowia planu finansowego NFZ na 2011 r., zostały zwiększone koszty świadczeń zdrowotnych do kwoty 3.853.500 tys. zł oraz koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego do 113.453 tys. zł, a także na podstawie dyspozycji Centrali NFZ uwzględniona została rezerwa w ramach migracji ubezpieczonych w wysokości 228.337 tys. zł.

¹ Dz. U. z 2012 r., poz. 82

² Dz. U. z 2008 r., poz. 1027 ze zm.

W ciągu 2011 r. pierwotny plan kosztów świadczeń zdrowotnych uległ zwiększeniu łącznie o 102.970 tys. zł (o 2,7%), a plan kosztów realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego o 3.744 tys. zł (o 3,3%).

Planowane na 2011 r. koszty świadczeń zdrowotnych były wyższe w porównaniu z wykonaniem w 2010 r. o 2,2%, a koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego o 6%.

Planowane na 2011 r. koszty administracyjne w wysokości 27.418 tys. zł nie uległy zmianom natomiast pozostałe koszty w kwocie 14.456 tys. zł uległy zmniejszeniu do kwoty 4.790 tys. zł.

Dyrektor Oddziału, korzystając z uprawnień wynikających z art. 124 ust. 5 powołanej ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r., dokonał przesunięć planowanych środków finansowych przeznaczonych na koszty świadczeń zdrowotnych oraz wnioskował do Prezesa NFZ o przesunięcia środków finansowych przeznaczonych na koszty administracyjne i pozostałe koszty.

2. Uzyskane w 2011 r. przychody z tytułu składek w wysokości 3.926.898 tys. zł były wyższe niż w 2010 r. o 150.934 tys. zł (o 4%). Dotacje z budżetu państwa za świadczenia udzielone osobom uprawnionym w kwocie 17.932 tys. zł były wyższe niż w 2010 r. o 2.025 tys. zł (o 12,7%), a dotacje na ratownictwo medyczne wynoszące 110.213 tys. zł stanowiły 99,7% uzyskanych w 2010 r.

Przekazane przez Centralę NFZ środki finansowe w wysokości 3.962.857 tys. zł w pełni zaspokajały zapotrzebowanie Oddziału, zgłoszone na kwotę 3.960.620 tys. zł. Przekazane środki finansowe były wyższe o 1,9% niż w 2010 r.

W 2011 r. zmniejszyły się w porównaniu z rokiem poprzednim należności zewnętrzne (o 8,4%) i należności wewnętrzne (o 13,7%). Na koniec 2011 r. wszystkie należności zewnętrzne były należnościami krótkoterminowymi i wynosiły 836 tys. zł, w tym od świadczeniodawców 100 tys. zł (41,3% stanu na koniec 2010 r.) i od aptek 39 tys. zł (37,4% stanu na 31 grudnia 2010 r.).

Należności wewnętrzne z tytułu składek na puz, stanowiące 93,7% należności wewnętrznych, były niższe o 13,7% niż na koniec 2010 r.

Należności po terminie płatności stanowiły na koniec 2011 r. 7,4% należności zewnętrznych, a ich stan w porównaniu do stanu na koniec 2010 r. był ponad trzykrotnie niższy (62 tys. zł wobec 224 tys. zł). Liczba dłużników, od których wymagane były należności zmalała z 26 na koniec 2010 r. do pięciu na koniec 2011 r. Kontrola windykacji pięciu należności na kwotę 148 tys. zł po terminie płatności (spośród 26 na kwotę 224 tys. zł na koniec 2010 r.) wykazała, że trzy należności w wysokości 67 tys. zł zostały uregulowane, z jednym dłużnikiem zalegającym ze spłatą 24 tys. zł została zawarta ugoda w 2011 r. i była przez niego realizowana. Natomiast należność w kwocie 56 tys. zł od byłych współwłaścicieli apteki (23 tys. zł i 33 tys. zł), wynikająca z wyroku sądowego z 2006 r. i podlegająca zaplacie do 31 maja 2010 r., była w 2011 r. w niewielkim stopniu spłacana (1.600 zł) tylko przez jednego dłużnika.

3. Koszty świadczeń zdrowotnych poniesione w kwocie 3.949.125 tys. zł stanowiły 99,81% planowanych i były wyższe o 1% niż w 2010 r. Koszty ratownictwa medycznego w 2011 r. stanowiły 94% planowanych oraz 99,7% poniesionych w 2010 r.

Dokonane przez Dyrektora Oddziału oraz Prezesa NFZ przesunięcia planowanych kosztów w poszczególnych pozycjach planu spowodowały, że za wyjątkiem kosztów refundacji cen leków, w żadnej

pozycji planowane koszty nie zostały przekroczone. W ocenie NIK, powyższe przekroczenie planu finansowego (o 2.813 tys. zł, tj. o 0,4%) nie było zależne od Oddziału, gdyż refundacja cen leków nie była limitowana. Do przekroczenia planu w tej pozycji, jak wyjaśniła Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno – Finansowych, przyczynił się m.in. wysoki wzrost kosztów refundacji cen leków w grudniu 2011 r., w związku z zapowiedzią zmian listy leków refundowanych.

Świadczeniodawcy wykazywali zarówno świadczenia wykonane ponad limity określone w umowach jak również niepełne wykonanie umów. Niewykonanie umów w 2011 r. wynosiło 4.724 tys. zł i było wyższe niż w 2010 r. o 2,8%, a wartość świadczeń ponadumownych w 2011 r. była wyższa o 14,7% i wyniosła 94.266 tys. zł.

W I kwartale 2012 r. z wnioskami o zapłatę nadwykonań wystąpiło 57 świadczeniodawców na kwotę 56.546 tys. zł, przy czym wg danych Oddziału nadwykonania zrealizowane przez tych świadczeniodawców wynosiły 64.267 tys. zł oraz 356 tys. zł niewykonania. Oddział odmówił zapłaty za nadwykonania wszystkim ww. świadczeniodawcom. Do 31 marca 2012 r. żaden z wymienionych świadczeniodawców nie wystąpił z powództwem sądowym o zapłatę nadwykonań.

Oddział podejmował działania w celu jak najpełniejszego wykorzystania planowanych środków i zmniejszenia wielkości nadwykonań świadczeń zdrowotnych. W ciągu roku aneksowano umowy wieloletnie ze świadczeniodawcami oraz do 15 lutego 2012 r. zawarto 369 porozumień ze świadczeniodawcami, wskutek czego wartość nadwykonań zmniejszyła się z kwoty 103.661 tys. zł do 94.266 tys. zł.

4. W ramach realizacji przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, w 2011 r. do Oddziału wpłynęły z 22 państw 3.834 formularze E 125 na kwotę 10.431 tys. zł, natomiast Oddział wystawił 146 formularzy E 126 na kwotę 101 tys. zł.

W ocenie NIK, rzetelnie weryfikowano dane z tych formularzy i postępowano zgodnie z procedurami ustalonymi przez Centralę NFZ.

5. Na realizację świadczeń opieki zdrowotnej dla osób nieubezpieczonych, spełniających kryterium dochodowe Oddział otrzymał w 2011 r. dotacje w łącznej wysokości 19.065 tys. zł, a wartość świadczeń opłaconych z tego tytułu wyniosła 17.932 tys. zł i była wyższa o 12,7% niż w 2010 r. Oddział dokonał zwrotu niewykorzystanych dotacji w terminie.

6. Koszty administracyjne Oddziału w wysokości 26.201 tys. zł były wyższe o 0,8% niż w 2010 r. i stanowiły 95,6% planowanych.

Planowane koszty wynagrodzeń stanowiły 60,7% planowanych kosztów administracyjnych Oddziału, a zrealizowane wyniosły 63,4% poniesionych kosztów administracyjnych. Przeciętne zatrudnienie wynoszące w 2011 r. 308,8 etatu było wyższe niż w 2010 r. (306,7 etatu), ale nie przekraczało planowanego poziomu zatrudnienia (315 etatów). Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w przeliczeniu na etat w kwocie 4.465 zł było niższe o 1,3% niż w 2010 r. Planowane na 2011 r. koszty wynagrodzeń w wysokości 16.636 tys. zł, nie zostały przekroczone i wyniosły 99,9% planowanych.

W 2011 r. Oddział nie dokonywał zakupu powierzchni biurowych, ale na potrzeby swoich Delegatur w Piotrkowie Trybunalskim, Sieradzu i Skierniewicach oraz częściowo Oddziału w Łodzi, wynajął

pomieszczenia biurowe o łącznej powierzchni 2.872,2 m² (2.259,7 m² dla Oddziału i 612,5 m² dla Delegatur). Ponadto Oddział zajmował w zasobach własnych pomieszczenia biurowe o powierzchni 3.222,9 m². Opłaty czynszowe i dzierżawne wyniosły 1.525 tys. zł i były wyższe niż w 2010 r. o 168 tys. zł. Oddział nie prowadził analizy opłacalności różnych wariantów zaspokajania potrzeb lokalowych, ale w 2012 r. podjął wstępne działania dotyczące budowy nowych pomieszczeń dla potrzeb Oddziału w Łodzi.

W 2011 r. Oddział przeprowadził 10 postępowań w sprawie zamówień publicznych na łączną wartość netto 2.881 tys. zł (sześć przetargów nieograniczonych na wartość 1.746 tys. zł, trzy w trybie zapytania o cenę na wartość 469 tys. zł i jedno w ramach zamówienia z wolnej ręki na kwotę 665 tys. zł).

Kontrola czterech postępowań (dwa w trybie zamówienia z wolnej ręki, w tym jedno wszczęte w 2010 r., jedno przetargu nieograniczonego i jedno w trybie zapytania o cenę) wykazała, że we wszystkich skontrolowanych postępowaniach przy ustalaniu wartości szacunkowej zastosowano prawidłowy kurs euro, prawidłowy był wybór trybów postępowań, protokoły z postępowań zostały sporządzone na właściwych formularzach, a przeprowadzenie każdego postępowania dokonała komisja przetargowa, każdorazowo powołana zarządzeniem Dyrektora ŁOW NFZ.

7. Na koniec 2011 r. Oddział posiadał wyłącznie niewymagalne zobowiązania krótkoterminowe na kwotę 364.459 tys. zł, niższe niż na 31 grudnia 2010 r. o 2.105 tys. zł (o 0,6%), w tym 361.566 tys. zł z tytułu dostaw i usług i 869 tys. zł z tytułu podatków, ceł, ubezpieczeń i innych świadczeń.

W 2011 r. Oddział nie zapłacił żadnych kar umownych. Nie było również przypadków zajęć komorniczych.

Odsetki zapłacone przez Oddział w 2011 r. wyniosły 54.798 zł, a ich zapłata nastąpiła na podstawie wyroków sądowych.

Na koniec 2011 r. w toku były 33 postępowania sądowe dotyczące roszczeń na kwotę 49.677 tys. zł, w tym 28 postępowań obejmujących roszczenia na kwotę 44.257 tys. zł związane ze świadczeniami zdrowotnymi udzielonymi ponad limity.

W ciągu roku 2011 zakończonych zostało pięć spraw dotyczących nadwykonań na kwotę 1.445 tys. zł, a z powództwem cywilnym o zapłatę nadwykonań na kwotę 41.331 tys. zł wystąpiło 27 świadczeniodawców.

Wyniki finansowe kontroli wybranych świadczeniodawców zostały rozliczone zgodnie z obowiązującym „Trybem rozliczania wyników finansowych kontroli świadczeniodawców”. W 2011 r. Oddział przeprowadził 378 kontroli, w tym m.in. 262 kontrole realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i 67 kontroli aptek, w wyniku których, w związku z uchybieniami realizacji umów, zakwestionował kwotę 6.548 tys. zł i nałożył kary umowne w wysokości 523 tys. zł. W 2011 r. wyegzekwował 6.011 tys. zł z zakwestionowanych kwot oraz 522 tys. zł z nałożonych kar.

8. W ocenie NIK, plan zakupu świadczeń zdrowotnych na 2011 r. został sporządzony rzetelnie. Przy konstruowaniu tego planu wykorzystane zostały dane dostępne w systemie wspomagania informatycznego ŁOW NFZ w zakresie świadczeń zdrowotnych wykonanych i sprawozdawanych w 2009 r. i w okresie styczeń – czerwiec 2010 r. Przestrzegano również wytycznych i materiałów analitycznych przekazanych przez Centralę NFZ.

W planowaniu środków finansowych na poszczególne rodzaje świadczeń uwzględniono m.in. zapewnienie dostępności do świadczeń na poziomie lat poprzednich, zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, zaplanowano środki na poprawę dostępności do świadczeń w zakresie nowoczesnej radioterapii oraz uwzględniono priorytety ogólnopolskie i regionalne.

9. Oddział przeprowadził rzetelnie i zgodnie z obowiązującymi w NFZ procedurami kontraktowanie świadczeń zdrowotnych na 2011 r. W kontrolowanym okresie obowiązywały umowy trzyletnie zawarte w 2009 r., a zabezpieczenie świadczeń przebiegało w dwóch etapach, tj. aneksowania umów nie wygasających z dniem 31 grudnia 2010 (umowy wieloletnie) oraz kontraktowania w drodze postępowań konkursowych ogłoszonych na podstawie planu zakupu i wynikających z czynników uwzględnionych w planie.

Przy aneksowaniu umów Oddział proponował świadczeniodawcom kwoty zobowiązań oraz propozycje planów rzeczowo-finansowych. W przypadkach braku akceptacji, świadczeniodawcy przedstawiali własne propozycje i były przeprowadzane przez strony negocjacje.

Przeprowadzona analiza procesu aneksowania umów w rodzaju leczenie szpitalne przez trzech największych świadczeniodawców wykazała, że w wyniku przeprowadzonych negocjacji wartość świadczeń u dwóch świadczeniodawców (WSS im. M. Kopernika w Łodzi i Instytut Centrum Matki Polki) była wyższa odpowiednio o 1,6 % i 0,4% niż zaproponował Oddział, a w przypadku USK Nr 1 im. N. Barlickiego niższa o 0,5%. Przykładowo, analiza poszczególnych pozycji produktów dla USK Nr 1 im. N. Barlickiego wykazała, że na 33 pozycje, w wyniku negocjacji - w dwóch wzrosła wartość, w 18 utrzymano taką samą, a w 13 odnotowano spadek.

W trakcie 2011 r. przeprowadzono 29 postępowań konkursowych ogłoszonych na podstawie planu zakupu świadczeń, wynikających przede wszystkim z możliwości realizacji nowych świadczeń na danym terenie (w wyniku zmian strukturalnych u świadczeniodawców oraz pojawieniem się nowych świadczeniodawców) i poprawą dostępności terytorialnej.

10. Dostęp do wybranych świadczeń zdrowotnych w 2011 r. takich jak POZ i leczenie stomatologiczne został zabezpieczony we wszystkich powiatach na terenie województwa łódzkiego. W rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne nie zabezpieczono świadczeń w 11 powiatach (na 24). W tych powiatach, w których nie zabezpieczono świadczeń w „stacjonarnych” miejscach, świadczenia udzielane były przy pomocy pięciu mammobusów. W rodzaju świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze został przeprowadzony konkurs w lutym 2011 r., który ze względu na brak świadczeniodawców z miejscem wykonywania świadczeń na terenie powiatu łódzkiego wschodniego został unieważniony. W celu zabezpieczenia świadczeń ŁOW NFZ odstąpił od wymogu posiadania zarejestrowanego punktu udzielania świadczeń na tym terenie i dopuszczono świadczeniodawców z powiatów sąsiadujących. W rozstrzygnięciu konkursu wyłoniono dwóch świadczeniodawców z terenu miasta Łodzi. W postępowaniu ogłaszanym na grupę powiatów m. Skierniewice i powiat skierniewicki - w rodzaju rehabilitacja lecznicza brak było ofert świadczeniodawców z miejscem realizacji świadczeń w powiecie skierniewickim. Świadczenia te zabezpieczono przez punkty udzielania świadczeń z powiatu Miasto Skierniewice.

11. Analiza kontraktowania świadczeń w rodzaju leczenie uzdrowskowe wykazała, że na 2011 r. zakontraktowane zostały świadczenia u 133 świadczeniodawców (w 2010 r. u 108). Zarówno w kontrolowanym okresie jak i w 2010 r. zakontraktowano identyczne ilości osobodni (618 270). W poszczególnych rodzajach produktów zakontraktowane ilości osobodni różniły się między sobą w granicach od 108,7% (uzdrowskowa rehabilitacja dla dorosłych w szpitalu uzdrowskowym) do 80% (uzdrowskowe leczenie sanatoryjne dzieci w wieku od 7 do 18 lat). Czas oczekiwania na udzielanie świadczeń, za wyjątkiem uzdrowskowego leczenia ambulatoryjnego dorosłych i dzieci oraz uzdrowskowego leczenia szpitalnego dzieci od 3 do 18 lat, uległ wydłużeniu - np. uzdrowskowej rehabilitacji dla dorosłych w szpitalu uzdrowskowym z 155 do 241 dni. W 2011 r. z leczenia uzdrowskowego jeden raz w roku korzystało 27 773 osób, 40 osób korzystało dwa razy w ciągu roku, przy czym dotyczyło to leczenia szpitalnego, które zgodnie z § 2 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 lipca 2011 r. w sprawie kierowania na leczenie uzdrowskowe albo rehabilitację uzdrowskową, nie ma określonej częstotliwości korzystania z leczenia uzdrowskowego. Żaden ze świadczeniobiorców w 2011 r. nie korzystał z leczenia uzdrowskowego trzy i więcej razy.
12. NIK pozytywnie ocenia działania Oddziału, które spowodowały zmniejszenie czasu oczekiwania na wykonanie świadczeń i kolejek oczekujących. W 2011 r. – za wyjątkiem oddziałów chirurgii urazowo-ortopedycznej – liczba osób oczekujących zmniejszyła się w porównaniu do roku poprzedniego, ale czas oczekiwania w poradniach kardiologicznych, oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej i oddziałach otolaryngologicznych wzrósł. Jednocześnie odnotowano zwiększenie ilości świadczeniodawców, u których nie było oczekujących w kolejce na uzyskanie świadczenia.
13. W związku z różnicami w sposobie ewidencji dostępności personelu w poszczególnych rodzajach świadczeń, Oddział nie miał możliwości porównania harmonogramów godzinowych pokrycia czasu pracy personelu pracującego w ramach umów o udzielanie świadczeń w rodzaju lecznictwo szpitalne oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Zakres zbieranych danych o dostępności personelu określany jest w publikowanych przez Centralę NFZ szablonach postępowań konkursowych. Na podstawie tych szablonów przygotowywane są oferty i umowy. W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej świadczeniodawcy zobowiązani są przedstawić harmonogram godzinowy w rozbiciu na dni tygodnia personelu wymaganego przez warunki zawierania i realizacji umów. W lecznictwie szpitalnym świadczeniodawcy zobowiązani są do przedstawienia do oferty/umowy tylko średniego tygodniowego czasu pracy poszczególnych osób w danym zakresie. ŁOW NFZ przeprowadzał prace analityczne związane z weryfikacją nakładającego harmonogramu czasu pracy, ale w rodzajach, w których dostępność personelu ewidencjonowana jest wg szablonu: harmonogram godzinowy w rozbiciu na dni tygodnia. W wyniku analizy harmonogramów pracy personelu medycznego w zakresach: leczenie stomatologiczne, rehabilitacja lecznicza, ambulatoryjna opieka specjalistyczna stwierdzono występowanie konfliktów nakładania się czasu pracy u 168 świadczeniodawców. W wyniku podjętych przez ŁOW NFZ działań liczba konfliktów zmniejszyła się, i tak na dzień 4 kwietnia 2011 r. liczba osób w konfliktach w rodzaju rehabilitacja lecznicza zmniejszyła się z 38 (na 1 stycznia) do 18, w leczeniu stomatologicznym z 68 do 22, ale w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej wzrosła z 221 do 285. Zastępca dyrektora ds.

medycznych wyjaśniła, że Oddział nie ma możliwości przeprowadzenia weryfikacji nakładania się harmonogramów pracy w różnych rodzajach świadczeń, a prowadzone kontrole u świadczeniodawców dotyczą jednego rodzaju świadczeń. Kontrolerzy w ramach kontroli realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne weryfikują, czy wskazane w dokumentacji medycznej świadczenie wykonane zostało przez osobę wykazaną w załączniku do umowy, a dokumentacja medyczna nie zawiera informacji o godzinie udzielenia świadczenia, w związku z tym nie ma możliwości stwierdzenia konfliktu nakładającego się czasu pracy.

14. Oddział wywiązywał się z terminowego placenia za wykonane świadczenia. Nie wystąpiły przypadki zapłaty za świadczenia wykonane w 2010 i 2011 r. po terminie 45 dni od zakończenia umowy. Wystąpiły dwa przypadki niezapłacenia za świadczenia nieobjęte limitem udzielanych świadczeń (hospitalizacja położnictwo i ginekologia) w łącznej wysokości 6.732 Zł, z uwagi na negatywne zweryfikowanie świadczeń przez system informatyczny ŁOW NFZ. System ten automatycznie weryfikował poprawność danych, w tym przekazywanych przez świadczeniodawców w załącznikach do faktur oraz w raportach statystycznych i wskazywał na nieprawidłowości.

15. ŁOW NFZ posiadał aktualną dokumentację ustalającą politykę rachunkowości, zgodną z wymogami art. 10 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości³. Prawidłowo określono zasady obiegu dokumentów księgowych, a roczne sprawozdania sporządzane były na podstawie zatwierdzonych zapisów księgowych.

Badanie w zakresie poprawności formalnej dowodów księgowych, wiarygodności systemu rachunkowości i kontroli wewnętrznej oraz legalności, celowości i gospodarności wydatków przeprowadzone na próbie 226 dowodów i zapisów księgowych o łącznej wartości 334.040 tys. zł., w tym: 200 dowodów wybranych losowo o wartości 249.529 tys. zł i 12 dowodów wybranych celowo na kwotę 2.244 tys. zł. oraz 14 dowodów wybranych na etapie przeglądu analitycznego ksiąg rachunkowych na kwotę 82.267 tys. zł, nie wykazało nieprawidłowości.

Zgodnie z ewidencją księgową sporządzono i terminowo przekazano do Centrali NFZ sprawozdania o stanie należności (Rb-N) i zobowiązań (Rb-Z) oraz sprawozdania z realizacji planu finansowego.

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi, Najwyższa Izba Kontroli wnosi o rozważenie możliwości dostosowania systemu informatycznego do weryfikacji ofert dostępności personelu medycznego w poszczególnych rodzajach świadczeń w celu wyeliminowania konfliktów.

Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Łodzi, na podstawie art. 62 ust. 1 ustawy o NIK, oczekuje od Pana Dyrektora w terminie 15 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego, informacji o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosku, bądź o działaniach podjętych w celu realizacji wniosku lub przyczyn niepodjęcia takich działań.

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

³ Dz. U z 2009 r. Nr 152, poz. 1233 ze zm.

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

DYREKTOR DELEGATURY
Najwyższej Izby Kontroli w Łodzi
z up.

mgr Stanisław Wrona
WICEDYREKTOR