



**Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Rzeszowie**

Rzeszów, dnia      września 2010 r.

**Pani  
Grażyna Hejda  
Dyrektor Podkarpackiego  
Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
w Rzeszowie**

LRZ-4101-10-01/2010  
P/10/093

Na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o *Najwyższej Izbie Kontroli* (Dz. U. z 2007 r. Nr 231, poz. 1701 ze zm.), zwanej dalej ustawą o NIK, Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Rzeszowie skontrolowała wykonanie planu finansowego Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Rzeszowie w 2009 roku.

W związku z kontrolą, której wyniki przedstawione zostały w protokole kontroli podpisanym w dniu 7 września 2010 r., Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Rzeszowie, na podstawie art. 60 ust. 1 ustawy o NIK, przekazuje Pani Dyrektor niniejsze

**WYSTĄPIENIE POKONTROLNE**

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia wykonanie planu finansowego Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2009 r.

W kontroli ustalono, że plan kosztów Oddziału został określony na podstawie danych przedstawionych w prognozie kosztów na lata 2009 – 2011 oraz założeń do projektu planu finansowego na 2009 r., przekazanych przez Centralę NFZ. Plan finansowy Oddziału na 2009 r. był zgodny z założeniami.

W uzasadnieniu projektu planu na 2009 r. Oddział podkreślił, że niedoszacowanie potrzeb w zakresie kosztów świadczeń zdrowotnych, będące skutkiem zmiany algorytmu podziału środków między oddziałami wojewódzkimi NFZ wprowadzonej jeszcze w 2007 r., wynosiło aż 243 mln zł. W największym stopniu dotyczyło to: leczenia szpitalnego (120 mln zł), ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (36 mln zł) i rehabilitacji leczniczej (28 mln zł). Na powyższe braki zwróciła uwagę także Rada Oddziału w uchwale z dnia 9 lipca 2008 r., pozytywnie opiniującej projekt planu finansowego.

W okresie poprzedzającym tworzenie planu finansowego na 2009 r. do Oddziału wpływały wnioski od konsultantów wojewódzkich oraz od innych podmiotów dotyczące świadczeń zdrowotnych, które w ocenie Najwyższej Izby Kontroli nie miały wpływu na kształt tego planu.

W kontroli ustalono, że środki z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. *o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń* (Dz. U. Nr 149, poz. 1076 ze zm.) zostały włączone do planu w pełnych wysokościach, w stosunku do ich wielkości z roku poprzedniego, z uwzględnieniem przepisów art. 10f i 10g ww. ustawy.

Zatwierdzony we wrześniu 2008 r. plan finansowy Oddziału na 2009 r. nie uległ zmianie w stosunku do projektu i obejmował koszty ogółem w kwocie 2.615.266 tys. zł, w tym koszty: świadczeń zdrowotnych – 2.507.571 tys. zł, ratownictwa medycznego – 76.050 tys. zł, administracyjne – 21.091 tys. zł, pozostałe – 10.554 tys. zł.

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia działania Oddziału związane z opracowaniem planu finansowego na 2009 r.

Plan finansowy na 2009 r. po zmianach obejmował koszty w kwocie 2.828.983 tys. zł, w tym koszty świadczeń zdrowotnych – 2.696.658 tys. zł, co oznacza ich wzrost w stosunku do planu pierwotnego o 213.717 tys. zł, w tym świadczeń zdrowotnych o 189.087 tys. zł.

W kontroli ustalono, że w 2009 r. Oddział uzyskał 2.684.481 tys. zł przychodów ogółem, tj. o 228.756 tys. zł (9,3%) więcej niż w 2008 r. Najwyższy udział w przychodach miały składki ZUS i KRUS wynoszące 2.537.551 tys. zł (94,5%) oraz dotacje Wojewody Podkarpackiego na ratownictwo medyczne – 99.636 tys. zł (3,6%).

Najwyższa Izba Kontroli stwierdza, że w trakcie 2009 r. nie występowały opóźnienia w przekazywaniu środków finansowych na rachunek Oddziału przez Ministra Zdrowia.

W kontroli stwierdzono jeden przypadek kilkudniowego opóźnienia przekazania dotacji na ratownictwo medyczne przez Wojewodę Podkarpackiego (za marzec 2009 r. wraz z wyrównaniem za okres: styczeń – marzec 2009 r.). W ocenie NIK nie miało to negatywnego wpływu na terminowość zasilenia świadczeniodawców z zakresu ratownictwa medycznego.

Z tytułu przychodów finansowych Oddział w 2009 r. uzyskał 83 tys. zł, z tego: z tytułu odsetek od lokat bankowych 67 tys. zł oraz odsetek od należności 16 tys. zł. Środki finansowe Oddziału na koniec 2009 r. wynosiły 5.719 tys. zł, a należności krótkoterminowe 250.700 tys. zł, w tym od świadczeniodawców usług zdrowotnych 249 tys. zł.

W kontroli ustalono, że w 2009 r. Oddział poniósł koszty w kwocie 2.854.830 tys. zł, tj. o 294.349 tys. zł (11,5%) wyższe niż w 2008 r. W stosunku do planu na 2009 r. faktyczne koszty były wyższe o 25.846 tys. zł, tj. o 0,9%. Najwyższy udział w kosztach ogółem miały koszty świadczeń zdrowotnych wynoszące 2.728.765 tys. zł (95,6%). Były one wyższe niż w 2008 r. o 284.302 tys. zł (11,6%) oraz o 32.107 tys. zł (1,2%) wyższe niż zakładano w planie na 2009 r.

Najwyższa Izba Kontroli stwierdza, że jedyną przyczyną przekroczenia planu kosztów w 2009 r., niezależną od Oddziału, były wyższe niż planowano koszty refundacji leków. Wpływ na powstanie deficytu miały m. in. zmiany rozporządzeń dotyczących wykazu leków podstawowych i uzupełniających. Z dniem 16 lipca 2008 r., tj. po sporządzeniu projektu planu finansowego na 2009 r., weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 lipca 2008 r. w sprawie wykazu chorób oraz wykazu leków i wyrobów medycznych, które ze względu na te choroby są przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością (Dz. U. Nr 125, poz. 807). Z dniem 16 marca i 16 grudnia 2009 r. weszły w życie kolejne rozporządzenia w tej sprawie, powodując zwiększoną refundację cen leków, na co Oddział nie miał wpływu. Zwiększenie środków na refundację leków o ponad 20 mln zł w trakcie roku nie zapobiegło przekroczeniu planu, przy niedoszacowaniu na poziomie 243 mln zł.

Zapotrzebowanie na świadczenia opieki zdrowotnej Oddział określał wykorzystując analizy wykonania świadczeń w okresach poprzednich, wnioski w zakresie uruchomienia nowych świadczeń uwzględniające stopień dostępności na danym terenie, projektowane zmiany organizacyjne świadczeniodawców, wytyczne centrali NFZ oraz projekty uwzględniające przesunięcie finansowania świadczeń w poszczególnych rodzajach świadczeń zdrowotnych i propozycje nowej wyceny punktowej.

Z ustaleń kontroli wynika, że w 2009 r. Oddział zawarł 3.030 umów ze świadczeniodawcami, obejmujących koszty świadczeń w łącznej wysokości 2.435.355 tys. zł, co przy 2.065.862 ubezpieczonych dało średnią wartość 1.178,86 zł na 1 ubezpieczonego, tj. o 117,42 zł (11,06%) więcej niż w 2008 r. Przy uwzględnieniu refundacji leków średnia ta wynosiła 1.369,49 zł (o 137,4 zł, tj. o 11,15% więcej niż w 2008 r.).

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia fakt niedopuszczenia przez Oddział do powstania zobowiązań wymagalnych zarówno w 2008 r., jak i w 2009 r., mimo trudnej sytuacji finansowej. Zobowiązania niewymagalne były zobowiązaniami krótkoterminowymi i wynosiły 224.477 tys. zł na koniec 2009 r., tj. o 37.606 tys. zł mniej niż w 2008 r.

W 2008 r. w stosunku do Oddziału, roszczenia dotyczące tzw. „ustawy 203” za lata 2001 - 2003, w kwocie 1.955,6 tys. zł, zgłosił jeden świadczeniodawca (powództwo prawomocnie oddalone). W 2009 r. roszczenia, o łącznej wartości 20.733,7 tys. zł, zgłosiło 14 świadczeniodawców, w tym najwyższe wartościowo dotyczyły nadwykonań (łącznie 20.561,3 tys. zł). Oddział nie ponosił kosztów z tego tytułu bowiem część roszczeń została oddalona, a innych nie rozstrzygnięto prawomocnie.

W kontroli ustalono, że umowy zawarte przez Oddział ze świadczeniodawcami w rodzaju *leczenie szpitalne* zawierały postanowienia wynikające z zarządzenia nr 32 Prezesa NFZ z dnia 11 czerwca 2008 r. w sprawie *określenia warunków zawierania umów w rodzaju: leczenie szpitalne*, wprowadzające nowy system rozliczeń umów wg tzw. Jednorodnych Grup Pacjentów. Przeprowadzono szkolenia ok. 400 przedstawicieli świadczeniodawców, które umożliwiły poznanie zasad tworzenia JGP, szacowania wartości punktowej grup oraz kodowania świadczeń. Oddział sporządzał analizy zmieniającej się częstotliwości poszczególnych procedur medycznych będące wynikiem ich nowej wyceny.

Najwyższa Izba Kontroli stwierdza, że wartość świadczeń nadwykonanych w 2009 r. wyniosła łącznie 139.296 tys. zł i wzrosła w porównaniu do 2008 r. o 48.299 tys. zł, tj. o 53,1%. Dotyczyło to wszystkich świadczeń, z wyjątkiem leczenia stomatologicznego, gdzie nadwykonania były niższe niż w 2008 r. o 1.107 tys. zł, tj. o 59,8%.

Najwyższe świadczenia nadwykonane w 2009 r. wystąpiły w leczeniu szpitalnym – 101.458 tys. zł, tj. o 40.078 tys. zł więcej niż w 2008 r. (65,3%), w tym szczególnie w produktach: *chirurgia ogólna – hospitalizacja* – 15.337 tys. zł (22 podmioty), *choroby wewnętrzne – hospitalizacja* – 8.614 tys. zł (25 podmiotów), *pediatria – hospitalizacja* – 7.125 tys. zł (16 podmiotów), *ortopedia i traumatologia narządów ruchu – hospitalizacja* – 6.665 tys. zł (12 podmiotów). Nadwykonania o najwyższej wartości dotyczyły szpitali wojewódzkich: nr 2 w Rzeszowie (22.155 tys. zł) i w Przemyślu (10.119 tys. zł) oraz Specjalistycznego w Rzeszowie (7.876 tys. zł).

W rehabilitacji leczniczej świadczenia przekraczające wartości umowne wyniosły 20.829 tys. zł, tj. o 3.355 tys. zł więcej niż w 2008 r. (19,2%). Najwyższe nadwykonania wystąpiły w produkcie *fizjoterapia ambulatoryjna* – 17.051 tys. zł (81,9% ogólnej kwoty nadwykonań w tym rodzaju), a zgłosiło je 193 podmioty.

W kontroli ustalono, że nadwykonania za 2009 r. nie zostały sfinansowane przez Oddział, natomiast ze środków ujętych w planie na 2010 r. finansowano część nadwykonań dotyczących 2008 r. W wyniku prac „Zespołu do spraw weryfikacji roszczeń o zapłatę za świadczenia opieki zdrowotnej udzielone ponad wartość zawartych umów” oraz uzgodnień ze świadczeniodawcami przyjęto zasadę, zgodnie z którą płacono za zweryfikowane roszczenia, odpowiadające świadczeniom z 2008 r. spowodowanym koniecznością ratowania życia pacjentów. Ze świadczeniodawcami każdorazowo zawierano ugody sądowe. Do dnia 16 sierpnia 2010 r. zawarto 11 ugód ze świadczeniodawcami, którzy zgłosili nadwykonania o wartości ponad 26,6 mln zł, przy czym ugody objęły zobowiązania w kwocie 12.935 tys. zł, z czego po uprawomocnieniu się 6 ugód przelano 8.535 tys. zł. Wynikiem zawartych ugód było także zrzeczenie się przez świadczeniodawców wszelkich roszczeń związanych z realizacją w 2008 r. umów na świadczenia zdrowotne, w tym pozostałych części kwot zgłoszonych w pozwach sądowych wraz z odsetkami.

Najwyższa Izba Kontroli stwierdza, że wszystkie przypadki nadwykonań zostały załatwione według jednakowych procedur.

Niewykonane świadczenia zdrowotne miały w 2009 r. wartość 3.767 tys. zł i najbardziej dotyczyły stomatologii (2.780 tys. zł, tj. 73,8%). Produkty o najwyższej wartości świadczeń niewykonanych obejmowały świadczenia *ogólnostomatologiczne* – 2.195 tys. zł (w tym: *ze znieczuleniem ogólnym* – 655 tys. zł, *dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia* – 626 tys. zł) oraz *chirurgii stomatologicznej i periodontologii* – 437 tys. zł.

W kontroli ustalono, że w ramach ww. wymienionych produktów świadczeń stomatologicznych najwyższe niewykonania zarówno w 2008 r. jak i w 2009 r. wykazywali ci sami świadczeniodawcy. Przyczyny takiego stanu były różnorodne jednakże jedną z nich – w ocenie Najwyższej Izby Kontroli – była niewystarczająca analiza poziomu wykonania zawartych umów w poprzednich okresach, dokonywana przez Oddział na etapie negocjacji umów na kolejne okresy. Kwoty umowne nie mogły zostać zmniejszone bez zgody świadczeniodawców i przekazane na inne cele, co w kontekście ogólnego niedostatku środków na świadczenia zdrowotne uznać należy za zjawisko niekorzystne.

Z tytułu przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego Oddział poniósł w 2009 r. łączne koszty w wysokości 2.211 tys. zł, tj. o 1.024 tys. zł więcej niż w 2008 r. Zweryfikowane koszty z tytułu leczenia nagłych zachorowań obywateli polskich poza granicami kraju (stanowiące koszty Centrali NFZ) wynosiły: 72,2 tys. zł w przypadku osób nie posiadających dokumentów potwierdzających ubezpieczenie oraz ponad 2 mln euro

w przypadku osób, które takie dokumenty posiadały. Rozliczenia z ww. tytułów odbywały się zgodnie z obowiązującym harmonogramem.

Z ustaleń kontroli wynika, że w 2009 r. Oddział uzyskał 1.750 tys. zł dotacji z budżetu państwa na finansowanie świadczeń udzielanych osobom nieubezpieczonym, spełniającym kryterium dochodowe określone w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. *o pomocy społecznej* (Dz. U. z 2009 r. Nr 175, poz. 1362 ze zm.). Zapotrzebowania na ww. świadczenia ustalane były na podstawie stosownych zarządzeń Prezesa NFZ. Udzielono ich łącznie 302 osobom, w tym najwięcej (224 osobom) w ramach leczenia szpitalnego. Uzyskana dotacja została wykorzystana zgodnie z celem oraz terminowo rozliczona.

Najwyższa Izba Kontroli stwierdza, że koszty podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) wyniosły w 2009 r. 408.762 tys. zł i były wyższe niż w 2008 r. o 96.756 tys. zł (31%). Świadczenia w ww. zakresie realizowało 670 świadczeniodawców, na podstawie 1.233 umów, na rzecz 2.026.942 świadczeniobiorców zapisanych do lekarzy POZ.

W kontroli ustalono, że zarządzeniem nr 105/2008/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 5 listopada 2008 r. w *sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna* wprowadzono nowe wyższe stawki kapitaacyjne, w tym m. in. dla osób, którym udzielano porad w związku z leczeniem cukrzycy lub/i chorób układu krążenia podstawowa stawka kapitacyjna została skorygowana współczynnikiem 3,0. Miało to na celu obniżenie kosztów ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie kardiologii i diabetologii.

Najwyższa Izba Kontroli stwierdza, że powyższa zmiana nie przyniosła zakładanych efektów. Wartość udzielonych w 2009 r. ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych w zakresie kardiologii jak i diabetologii była wyższa niż w 2008 r. o ponad 20%, a ponadto znacząco (ponad 50%) wzrosła wartość świadczeń nadwykonanych w tym zakresie. Równolegle na listach lekarzy POZ gwałtownie wzrosła liczba świadczeniobiorców rozliczanych współczynnikiem 3,0 – o 107.854 osoby, tj. o 71,6% w porównaniu do 2008 r.

Koszty świadczeń wysokospecjalistycznych finansowane przez Oddział w związku ze zmianami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2004 r. w *sprawie świadczeń wysokospecjalistycznych finansowanych z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia* (Dz. U. Nr 267, poz. 2661 ze zm.) wyniosły w 2009 r. łącznie 2.520.930 zł. Świadczeń tych udzielano głównie poza terenem województwa i rozliczono w ramach tzw. migracji ubezpieczonych. Jedynym podmiotem z regionu, który wykonał takie świadczenia (5 pacjentom, o wartości 76.500 zł, produkt:

5.52.01.0001472) był Oddział Kardiochirurgii Szpitala Wojewódzkiego Nr 2 w Rzeszowie, na podstawie umowy Nr 0901004603200901 z dnia 31 grudnia 2008 r.

W kontroli ustalono, że środki na zapłatę świadczeń wysokospecjalistycznych pochodziły z planu finansowego Oddziału na 2009 r. Po zmianach cytowanego rozporządzenia Oddział nie otrzymał dodatkowych środków z przeznaczeniem na ww. cel.

Z ustaleń kontroli wynika, że leczenie szpitalne w zakresie ortopedii świadczone było w 2009 r. w ramach 5 produktów o wartości umownej 89,6 mln zł, przy nadwykonaniach w kwocie 9,6 mln zł. Leczenie szpitalne w zakresie urologii obejmowało 2 produkty, o umownej wartości 23,9 mln zł i nadwykonaniach w wysokości 4,2 mln zł. Umowy na leczenie szpitalne w dziedzinie neurochirurgii zawarte na 2009 r. obejmowały kwotę 18,6 mln zł, zaś nadwykonania – 1,3 mln zł.

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia efektywność prowadzonych w 2009 r. przez Oddział kontroli świadczeniodawców. W 107 przypadkach z 285 kontroli ogółem, stwierdzono uchybienia w realizacji umów, skutkujące zakwestionowaniem prawidłowości ich rozliczeń o wartości 1.812 tys. zł i nałożono kary umowne w kwocie 877,3 tys. zł. Podjęte działania windykacyjne dały efekty finansowe w wysokości 3.228,5 tys. zł, z tytułu niewłaściwej realizacji umów oraz nałożonych kar umownych, w tym także z lat poprzednich.

Najwyższa Izba Kontroli stwierdza, że „*Sprawozdanie z wykonania planu finansowego oddziału wojewódzkiego NFZ na 2009 r.*” sporządzono zgodnie z przepisami art. 131 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.) oraz rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 31 maja 2005 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 104, poz. 875 ze zm.). Sprawozdania o stanie należności (Rb – N) i zobowiązań (Rb – Z) za IV kwartał 2009 r. sporządzone zostały zgodnie z wymogami określonymi w przepisach rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 26 czerwca 2006 r. w sprawie sprawozdań jednostek sektora publicznego w zakresie operacji finansowych (Dz. U. Nr 113, poz. 770). Ww. sprawozdania opracowano w obowiązujących terminach, a dane w nich zawarte były zgodne z ewidencją księgową.

Na koniec 2009 r. należności wymagalne o wartości 171 tys. zł dotyczyły 20 dłużników. Podjęte przez Oddział działania w celu wyegzekwowania zaległości doprowadziły do odzyskania w I półroczu 2010 r. kwoty 60,8 tys. zł tych należności.

Księgi rachunkowe Oddziału prowadzone były komputerowo. Oddział posiadał dokumentację opisującą stosowane zasady rachunkowości, które były zgodne z wymogami określonymi w ustawie z dnia z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2009 r.

Nr 152, poz. 1223 ze zm.). Zapisy w dziennikach były dokonywane w porządku chronologicznym, zgodnie z przepisami art. 24 ustawy.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli Oddział prawidłowo wywiązywał się z obowiązków określonych w art. 47 ust. 2 (obowiązującej w okresie objętym kontrolą) ustawy z dnia 30 czerwca 2005 r. *o finansach publicznych* (Dz. U. Nr 249, poz. 2104 ze zm.). Uregulowania w zakresie kontroli finansowej, obejmujące m. in. przeprowadzanie wstępnej oceny celowości zaciągania zobowiązań finansowych i dokonywania wydatków, udzielania zamówień publicznych oraz prowadzenie gospodarki finansowej, zostały określone w przepisach wewnętrznych i były stosowane w praktyce. Kontrola finansowa wspierana była audytem wewnętrznym.

W kontroli dokonano przeglądu analitycznego ksiąg rachunkowych i szczegółowo zbadano 96 dokumentów księgowych i odpowiadającym im zapisów księgowych o wartości 3.121,5 tys. zł, wybranych spośród 1.081 dokumentów zaksięgowanych na kontach zespołu 2, o łącznej wartości 4.129,6 tys. zł. Ustalono, że dane zawarte w ewidencji księgowej odzwierciedlały rzeczywisty przebieg operacji gospodarczych i prawidłowo zostały ujęte w sprawozdaniach.

Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie badania ww. dokumentów księgowych, ocenia pozytywnie z zastrzeżeniami poprawność formalną dowodów i zapisów księgowych. W kontroli stwierdzono przypadki błędów formalnych w zakresie nanoszenia korekt i poprawek oraz dekretacji w wylosowanych dowodach księgowych oraz w zapisach księgowych w zakresie daty dokonania operacji gospodarczych, stanowiące naruszenie przepisów w/w ustawy *o rachunkowości*.

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia wiarygodność ksiąg rachunkowych Oddziału w zakresie sprawozdawczości bieżącej i rocznej.

Najwyższa Izba Kontroli stwierdza, że objęte badaniem szczegółowym wydatki dokonywane były zgodnie z obowiązującymi przepisami, celowo i gospodarnie. Oddział dokonywał zakupów zgodnie z planem wydatków i posiadał środki finansowe na ich zapłatę.

W kontroli ustalono, że obsługę pocztową Oddziału prowadziła Poczta Polska, na podstawie umowy nr 180 z dnia 15 lipca 2001 r. oraz umowy nr 1 PE/CUP OR/HH-1/2006 z dnia 10 listopada 2006 r. Regulowały one zasady płatności w zakresie obrotu krajowego i zagranicznego wszystkich przesyłek bez względu na ich wagę. Mimo zmiany treści art. 47 ustawy z dnia 12 czerwca 2003 r. *Prawo pocztowe* (Dz. U. z 2008 r. Nr 189, poz. 1159 ze zm.), zgodnie z którym operatorowi publicznemu przysługuje wyłączność świadczenia usług pocztowych dot. przesyłek o masie nieprzekraczającej 50 g, Oddział nie analizował kosztów



związanych z wysyłaniem korespondencji oraz ofert innych podmiotów w zakresie tańszej obsługi pocztowej.

Najwyższa Izba Kontroli stwierdza, że wyboru wykonawców poszczególnych zamówień publicznych, realizowanych przez Oddział w 2009 r., dokonano z poszanowaniem przepisów ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. *Prawo zamówień publicznych* (Dz. U. z 2007 r. Nr 223, poz. 1655 ze zm.).

Niezależnie od powyższego stwierdzono, że w umowie z dnia 16 grudnia 2008 r. zawartej z [...] <sup>1</sup>, na rozbudowę macierzy dyskowej, nie zawarto warunków dotyczących okresu gwarancji i opieki serwisowej oraz szczegółowych zasad korzystania z gwarancji. W umowie z dnia 20 listopada 2009 r. zawartej z [...] <sup>2</sup>, na rozbudowę środowiska przetwarzania danych, nie określono okresu na jaki została udzielona gwarancja, pozostawiając niewypełnione miejsce w treści umowy. W postępowaniu obejmującym rozbudowę środowiska przetwarzania danych błędnie zawyżono ocenę wybranej oferty w wyniku podpisania „Karty indywidualnej oceny oferty” przez członka komisji przetargowej, który w dniu posiedzenia komisji był nieobecny w pracy.

W ocenie NIK, powyższe przypadki świadczą o niewystarczającej rzetelności przy opracowywaniu dokumentacji przetargowej.

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi, Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Rzeszowie na podstawie art. 60 ust. 2 ustawy o NIK, wnosi o:

1. dokonywanie wszechstronnej i pogłębionej analizy poziomu wykonania zawartych umów w okresach poprzednich, na etapie negocjacji umów zawieranych na kolejne okresy, w celu pełnego wykorzystania środków na świadczenia zdrowotne będących w dyspozycji Oddziału,
2. podjęcie działań w celu obniżenia kosztów obsługi pocztowej w zakresie przesyłek nieobjętych monopolem Poczty Polskiej,
3. zwiększenie staranności przy prowadzeniu dokumentacji dotyczącej realizowanych zamówień publicznych oraz dokumentacji związanej z rachunkowością Oddziału.

Stosownie do art. 61 ust. 1 ustawy o NIK, w terminie 7 dni od dnia otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego przysługuje Pani Dyrektor prawo zgłoszenia do

---

<sup>1</sup> Pouczenie: wyłączono przez Dyrektora Delegatury NIK w Rzeszowie ze względu na tajemnicę przedsiębiorcy, (patrz art. 5 i art. 8 ust. 5 ustawy o dostępie do informacji publicznej)

<sup>2</sup> j.w.

Dyrektora Delegatury NIK w Rzeszowie umotywowanych zastrzeżeń w sprawie ocen zawartych w tym wystąpieniu.

Najwyższa Izba Kontroli oczekuje od Pani Dyrektor, w terminie miesięcznym od daty otrzymania niniejszego wystąpienia, informacji o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków, bądź o podjętych działaniach na rzecz realizacji wniosków lub przyczynach niepodjęcia takich działań. W razie zgłoszenia zastrzeżeń, zgodnie z art. 62 ust. 2 ustawy o NIK, termin nadesłania informacji, o którym wyżej mowa, liczy się od dnia otrzymania ostatecznej uchwały właściwej komisji NIK.