



**Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura we Wrocławiu**

Wrocław, dnia 8 listopada 2010 r.

**Pani
Wioletta Niemiec
Dyrektor
Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
we Wrocławiu**

LWR-4101-09-01/2010
P/10/093

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 we Wrocławiu przeprowadziła kontrolę Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „DOW NFZ” lub „Oddziałem”, w zakresie wykonania planu finansowego w 2009 r.

W związku z kontrolą, której wyniki zostały przedstawione w protokóle kontroli podpisanym w dniu 13 października 2010 r., Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 60 ustawy o NIK, przekazuje Pani Dyrektor niniejsze wystąpienie pokontrolne.

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie z zastrzeżeniami ocenia wykonanie planu finansowego DOW NFZ w 2009 r.

Powyższa ocena wynika z ocen częściowych przedstawionych poniżej.

1. Wartość kosztów świadczeń zdrowotnych w projekcie planu finansowego DOW NFZ na 2009 r. została ustalona zgodnie z wytycznymi Centrali NFZ na kwotę 4.046.453,0 tys. zł. W trakcie roku koszty te zostały zwiększone o 208.429,0 tys. zł (tj. o 5,2%), do wysokości 4.254.882,0 tys. zł. Wykonanie planu finansowego w zakresie kosztów świadczeń zdrowotnych wyniosło 99,6% (4.237.339,2 tys. zł) i obejmowało koszty lat ubiegłych w kwocie 8.249,3 tys. zł, stanowiące 0,2% wykonania oraz bierne rozliczenia międzyokresowe kosztów w kwocie 55.152,1 tys. zł, stanowiące 1,3% wykonania.

¹ Dz. U. z 2007 r. Nr 231, poz. 1701 ze zm.

1.1. W 2009 r. DOW NFZ nie przekroczył łącznego planu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, natomiast został przekroczony o kwotę 3.508,5 tys. zł, tj. o 0,56% plan kosztów w pozycji B.2.14 „Refundacja cen leków”, co wynikało z wprowadzenia w ciągu 2009 r. przez Ministerstwo Zdrowia rozszerzonej listy leków refundowanych, a także z nielimitowanego charakteru tego typu świadczenia oraz możliwości zmiany planu finansowego do dnia 31 grudnia 2009 r., podczas gdy termin wpływu do DOW NFZ dokumentów rozliczeniowych za grudzień 2009 r. przypadał na styczeń 2010 r. Poniesienie wydatków na refundację cen leków w wysokości wyższej niż ustalona w planie finansowym DOW NFZ stanowiło naruszenie art. 35 ust. 1 ustawy z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych².

1.2. Przyczyną niższego o 17.542,8 tys. zł wykonania planu finansowego kosztów świadczeń zdrowotnych było m.in. zmniejszenie tych kosztów dokonane na podstawie art. 39 ust. 5 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości³ (zobowiązania ujęte jako bierne rozliczenia międzyokresowe zmniejszają koszty okresu sprawozdawczego, w którym stwierdzono, że zobowiązania te nie powstały); realizacja przez świadczeniodawców kontraktów zawartych na 2009 r. poniżej wartości określonych w umowach oraz wystąpienie środków nierozdysponowanych w relacji do środków podlegających kontraktacji na 2009 r. (wynikających z dokonanych po dniu 31.12.2009 r. zmniejszeń wartości kontraktów oraz zmian wartości upoważnień migracyjnych).

Wskaźniki wykonania planu finansowego dla poszczególnych rodzajów świadczeń zdrowotnych wyniosły od 76,4% w zakresie profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych NFZ do 100,6% w zakresie refundacji cen leków. Zastrzeżenia NIK budzi brak wykorzystania w pełni środków przewidzianych w planie finansowym na zakup świadczeń opieki zdrowotnej w 2009 r. w ramach zawartych kontraktów. Przykładowo, w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne plan nie został zrealizowany na kwotę 3.242,4 tys. zł (tj. 23,6% wielkości ujętych w ostatecznej wersji planu finansowego), w rodzaju leczenie uzdrowiskowe na kwotę 2.272,7 tys. zł (4,2% planu), a w rodzaju leczenie stomatologiczne na kwotę 3.864,9 tys. zł (2,8% planu) – z powodu dokonanych zmniejszeń wartości kontraktów, niższej realizacji kontraktów oraz wystąpienia środków nierozdysponowanych.

W ocenie NIK, pełnego wykorzystania środków przyjętych w planie finansowym DOW NFZ nie zapewniły przyjęte na 2009 r. zasady planowania wielkości produktów kontraktowych dla poszczególnych świadczeniodawców w ramach danego rodzaju świadczeń

² Dz. U. Nr 249, poz. 2104 ze zm.

³ Dz. U. z 2009 r. Nr 152, poz. 1223

zdrowotnych. Powyższe było m.in. przyczyną wystąpienia na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych nadwykonań na kwotę 148.461,7 tys. zł, przy jednoczesnych niedow wykonaniach na kwotę 49.793,3 tys. zł (33,53% nadwykonań). Najwyższe nadwykonania (99.048,7 tys. zł), stanowiące 66,7% wartości nadwykonań ogółem odnotowano w rodzaju lecznictwo szpitalne, podczas, gdy niedow wykonania w tym zakresie wynosiły 28.786,7 tys. zł.

W zakresie leczenia stomatologicznego nadwykonania świadczeń udzielonych w 2009 r. stanowiły kwotę 1.338,2 tys. zł i były niższe od niedow wykonania (3.688,0 tys. zł) o 2.349,8 tys. zł. Zdaniem NIK, w celu poprawy gospodarczego zarządzania środkami publicznymi, Oddział winien podnieść skuteczność bieżącej analizy wykonania poszczególnych produktów kontraktowych, dla zapewnienia ich elastycznego przenoszenia zgodnie z potrzebami.

2. Na wysokość finansowania świadczeń zdrowotnych udzielonych w 2009 r. w rodzaju lecznictwo szpitalne miała wpływ konieczność wygospodarowania przez DOW NFZ w ramach posiadanych funduszy, środków na finansowanie przejętych przez NFZ od kwietnia i od lipca 2009 r. produktów wysokospecjalistycznych, finansowanych wcześniej przez Ministerstwo Zdrowia (przeszczepów szpiku, nerki, rogówki oraz radioterapii i biopsji mięśnia sercowego). DOW NFZ nie otrzymał z Centrali NFZ dodatkowych środków z przeznaczeniem wyłącznie na finansowanie świadczeń zdrowotnych w związku z przejęciem ww. produktów, a poniesione w 2009 r. z tego tytułu koszty w wysokości ok. 25.837,9 tys. zł, tj. 1,3% kosztów w rodzaju lecznictwo szpitalne (1.980.230,3 tys. zł), zmniejszyły możliwość finansowania pozostałych zakresów świadczeń zdrowotnych.

3. Według stanu na dzień 25.02.2010 r. wartość umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych w 2009 r. wynosiła 2.996.162,5 tys. zł, z czego ugody stanowiły 1,6% (47.735,3 tys. zł).

NIK negatywnie ocenia proces kontraktowania świadczeń zdrowotnych na 2009 r., którego skutkiem w związku z przedłużającym się postępowaniem, było niezabezpieczenie w formie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych na początku 2009 r. dostępności do znacznej części tych świadczeń. Świadczeniodawcy, którzy posiadali zawarte z DOW NFZ umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w 2008 r., złożyli oferty na udzielanie świadczeń zdrowotnych w 2009 r., lecz nie zostali wybrani m.in. na skutek odrzucenia ich ofert lub unieważnienia postępowań. Konsekwencją powyższego było to, że świadczeniodawcy wykonywali świadczenia opieki zdrowotnej bezumownie, tj. bez podstawy prawnej, o której mowa w art. 132 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁴, zwanej dalej ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej.

⁴ Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

Powyższe skutkowało sfinansowaniem przez DOW NFZ świadczeń wykonywanych w okresie bezumownym, na podstawie ugód zawartych na łączną kwotę 47.725,3 tys. zł, z czego 32.705,8 tys. zł dotyczyło świadczeń udzielonych na podstawie art. 19 ust. 4 ww. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej⁵.

Jednocześnie NIK zwraca uwagę, iż powyższe prowadziło do nierównego traktowania świadczeniodawców, którzy mieli podpisane z DOW NFZ umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w 2008 r. i wykonywali świadczenia opieki zdrowotnej w okresie bezumownym w 2009 r. DOW NFZ wypłacił bowiem za tzw. „okres bezumowny” wynagrodzenie wyłącznie świadczeniodawcom, z którymi zostały ostatecznie podpisane umowy na 2009 r., zaś wynagrodzenie pozostałych ograniczył tylko do świadczeń udzielonych w trybie art. 19 ustawy.

4. Zgodnie z zaleceniem Prezesa NFZ, Oddział finansował świadczenia zdrowotne wykonane ponad limit określony w zawartych umowach poprzez zawieranie tzw. „ugód pozasądowych”. W kosztach 2009 r. ujęto rezerwę na zawarcie 637 takich ugód o łącznej wartości 8.702,1 tys. zł. Do dnia 6 września 2010 r. w ramach związanej rezerwy podpisano ugody o łącznej wartości 7.281,0 tys. zł, ugody te były zawierane na podstawie art. 917 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. kodeks cywilny⁶. Według ww. ugód, DOW NFZ zobowiązał się zapłacić świadczeniodawcom dodatkowe wynagrodzenie z tytułu udzielania świadczeń w 2009 r. w ilości przekraczającej liczbę jednostek rozliczeniowych określonych w umowie. Przykładowo, w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna DOW NFZ zobowiązał się zapłacić na podstawie ugody dodatkowe wynagrodzenie świadczeniodawcy o kodzie 3102009 w wysokości 308.385 zł, stanowiącej 76,1% wartości umowy (405.323,80 zł), a świadczeniodawcy o kodzie 3101054 w wysokości 417.256,80 zł, stanowiącej 7,96% wartości umowy (5.244.671,60 zł). W ocenie NIK, na wystąpienie znacznych różnic pomiędzy wielkością zakontraktowanych świadczeń w umowie na 2009 r., a wielkością świadczeń wykonanych (wystąpienie nadwykonań) miał wpływ obowiązujący sposób planowania.

5. NIK negatywnie ocenia brak zapłaty za świadczenia ponadumowne w zakresach określonych w § 18 ust. 2 zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 22 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne⁷. Według stanu na dzień 25.02.2010 r. niezapłacona wartość wykonanych przez świadczeniodawców w 2009 r., a uznanych przez DOW NFZ świadczeń ponadumownych w zakresie ww. produktów nielimi-

⁵ Świadczeniodawca, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ma prawo do wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym, przy czym wynagrodzenie uwzględnia wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej

⁶ Dz. U. nr 16 poz. 93

⁷ Nr 93/2008/DSOZ ze zm.

towanych wynosiła 415.956 zł, a na dzień 29.09.2010 r. wzrosła do kwoty 524.994 zł. Zgodnie z § 18 ust. 2 ww. zarządzenia, w przypadku gdy wartość tych świadczeń przekroczy określoną w umowie kwotę zobowiązania Oddziału NFZ wobec świadczeniodawcy, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału – zwiększeniu ulegają liczby jednostek rozliczeniowych oraz kwoty zobowiązań z tytułu realizacji świadczeń we właściwych ze względu na realizację zakresach oraz odpowiednio kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy Oddziału NFZ wobec świadczeniodawcy.

6. W 2009 r. DOW NFZ dokonywał rozliczenia wykonania umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych, po terminie określonym w § 27 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁸, zgodnie z którym rozliczenie wykonania umowy następuje najpóźniej w terminie 45 dni po upływie okresu rozliczeniowego. Przykładowo, przyjęte przez DOW NFZ po ww. terminie faktury o łącznej wartości 2.315,9 tys. zł, stanowiące dodatnie korekty faktur podstawowych ujętych w księgach rachunkowych 2008 r., zwiększyły o ww. kwotę wykonanie planu finansowego określonego na 2009 r. w pozycji koszty świadczeń zdrowotnych z lat ubiegłych.

7. W ocenie NIK, funkcjonujące w 2009 r. w DOW NFZ procedury w zakresie weryfikacji danych dotyczących wykonanych świadczeń zdrowotnych były nieskuteczne.

System informatyczny DOW NFZ nie pozwalał na weryfikację danych sprawozdawczych przesyłanych przez świadczeniodawców przed wypłatą środków za udzielone świadczenia. Na etapie weryfikacji wstępnej i podstawowej, dokonywanej przed terminem płatności, nie wykryto nieprawidłowości w zakresie przedkładania do rozliczenia świadczeń wykonanych przed dniem obowiązywania umowy, w tzw. okresie bezumownym, który wystąpił na początku 2009 r. Przyczyną powyższego był brak możliwości wprowadzenia i wykorzystania takiego kryterium weryfikacji przed wypłatą środków. Sprawdzenie świadczeń wykazanych przed terminem obowiązywania umowy było kryterium weryfikacji kontrolnej, przeprowadzonej dopiero w okresie późniejszym. Przykładowo w przypadku świadczeniodawcy o kodzie 3101053, nieprawidłowości w zakresie rozliczenia świadczeń wykonanych w styczniu 2009 r. zostały wykryte dopiero na etapie weryfikacji kontrolnej, która miała miejsce w maju 2009 r. W ocenie NIK, weryfikacja dokumentów rozliczeniowych przed wypłatą środków pozwoliła by na ograniczenie liczby ich korekt, a w konsekwencji przyczyniła się do zmniejszenia obciążenia pracą komórek finansowych i merytorycznych Oddziału.

⁸ Dz. U. nr 81, poz. 484

W 2009 r. DOW NFZ nie posiadał skutecznych reguł walidacyjnych w odniesieniu do refundacji cen leków. W toku kontroli ustalono, iż w 2009 r. miały miejsce przypadki powtarzania się tych samych numerów recept, realizowanych na terenie DOW NFZ, co naruszało postanowienia § 9 ust. 2c rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2007 r. w sprawie recept lekarskich⁹, zgodnie z którym numery identyfikacyjne recepty mogły być wykorzystane tylko jeden raz. Wartość 2650 pozycji numerów recept zdublowanych stanowiła kwotę 115.308,07 zł, z czego 638 na kwotę 31.033,88 zł związane było z awarią systemu, a pozostałe recepty o tych samych numerach były zrealizowane w różnych aptekach. Jednocześnie należy zauważyć, że w związku z zaistniałą sytuacją DOW NFZ zobowiązał się do przeprowadzenia kontroli wyjaśniających w aptekach, w których pojawiły się zdublowane numery recept.

8. NIK zwraca uwagę, na przyjmowanie przez DOW NFZ do analiz finansowych różnych dat i baz danych, co podważa ich wiarygodność. Przykładowo określenia wysokości rezerw biernych, ustalonej jako różnicy pomiędzy wartościami umów i świadczeniami sfinansowanymi, dokonano według danych na dzień zamknięcia okresu rozliczeniowego (15.02.2010 r.), podczas gdy różnica ta była mniejsza na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych (22.02.2010 r.). Na przykładzie trzech rodzajów świadczeń ustalono, że konsekwencją powyższego było podwójne ujęcie w kosztach 2009 r. świadczeń zdrowotnych na kwotę 230.064,80 zł, bo w ramach rezerwy biernej i w ewidencji księgowej bieżącej 2009 r.

9. DOW NFZ wywiązywał się z obowiązku przedkładania do Centrali NFZ sprawozdań z wykonania planu finansowego za 2009 r., sprawozdań finansowych FM-01 oraz kwartalnych sprawozdań Rb-Z o stanie zobowiązań i Rb-N o stanie należności. Wszystkie sprawozdania Rb-Z i Rb-N zostały sporządzone w wersji wstępnej i ostatecznej, przy czym wersja wstępna była przedkładana w terminach określonych w załączniku nr 5 pkt I i II rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 26 czerwca 2006 r. w sprawie sprawozdań jednostek sektora finansów publicznych w zakresie operacji finansowych¹⁰ (za I, II i III kwartał 2009 r. nie później niż 14 dni po upływie okresu sprawozdawczego, a za IV kwartał 2009 r. nie później niż 37 dni po upływie okresu sprawozdawczego), a wersja ostateczna we wszystkich przypadkach została przedłożona po ww. terminach (I kwartał – 8.05.2009 r., II kwartał – 11.08.2009 r., III kwartał – 30.10.2009 r. i IV kwartał – 19.03.2010 r.). Powyższe było niezależne od DOW NFZ,

⁹ Dz. U. Nr 97, poz. 646 ze zm.

¹⁰ Dz. U. nr 113, poz. 770

gdyż wynikało z konieczności dokonywania korekt sprawozdań w związku z zamykaniem okresów sprawozdawczych po terminie składania sprawozdań.

W ocenie NIK, sprawozdanie finansowe FM-01 za 2009 r. nie obrazowało rzeczywistej wielkości tzw. nadwykonań, nieujętych w księgach rachunkowych w 2009 r. Wykazane w tym sprawozdaniu nadwykonania w łącznej kwocie 148.461,7 tys. zł zostały zawyżone o ujęte w księgach rachunkowych 2009 r. faktury o wartości 3.179,7 tys. zł, tj. w rodzaju lecznictwo szpitalne na kwotę 2.734,5 tys. zł, stanowiącą 2,76% nadwykonań (99.048,7 tys. zł) oraz w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna na kwotę 445,2 tys. zł, stanowiącą 2,62% nadwykonań (16.965,6 tys. zł).

10. Na realizację zadań określonych w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, DOW NFZ otrzymywał środki ze znacznym opóźnieniem. Przykładowo, zwrot kwoty 771,9 tys. zł wydatkowanej w grudniu 2008 r., DOW NFZ otrzymał dopiero we wrześniu 2009 r., kwotę 602,7 tys. zł wydatkowaną w styczniu 2009 r. otrzymano dopiero w październiku 2009 r., a kwotę 9.826,1 tys. zł wydatkowaną w okresie luty-listopad 2009 r. otrzymano dopiero w dniu 31.12.2009 r.

Jednocześnie NIK zauważa, że do zbiorczych sprawozdań z realizacji zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 ww. ustawy, za miesiące styczeń-grudzień 2008 r., aczkolwiek na piśmie polecenie Centrali NFZ, przyjęto drugą wersję sprawozdań za grudzień 2008 r., sporządzonych do wysokości kwot podanych przez Centralę NFZ, w których dane były niezgodne z ewidencją księgową, gdyż niższe o 771,9 tys. zł. Należy zauważyć, że miesięczne sprawozdania stanowiły zapotrzebowanie na środki za kasową realizację zadań w danym miesiącu, a środki dotacji w kwocie 771,9 tys. zł dotyczyły świadczeń wykonanych przez świadczeniodawców i opłaconych przez DOW NFZ w grudniu 2008 r.

Przedstawiając Pani Dyrektor powyższe oceny i uwagi, Najwyższa Izba Kontroli Delegatura we Wrocławiu, wnosi o:

- 1. Podjęcie działań mających na celu dostosowanie wielkości zakupu świadczeń zdrowotnych w zakresie poszczególnych produktów, do rzeczywistych potrzeb.**
- 2. Wzmocnienie monitoringu realizacji planu finansowego w celu stosownych zwiększeń planu finansowego i realizowania kosztów w granicach określonych w planie finansowym.**

- 3. Podjęcie skutecznych działań mających na celu doprowadzenie do wypłaty świadczeniodawcom wynagrodzenia za wykonane w 2009 r. świadczenia w zakresie produktów nie-limitowanych.**
- 4. Rozliczanie wykonania umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych w terminie określonym w obowiązujących przepisach.**
- 5. Przeprowadzenie kontroli świadczeniodawców, u których wykryto, w toku kontroli NIK, powtarzające się numery recept.**
- 6. Przedstawianie w sprawozdaniach FM-01 rzeczywistych wielkości świadczeń ponadumownych nieuwjętych w księgach rachunkowych okresu sprawozdawczego oraz dokonanie korekty sprawozdania FM-1 za 2009 r. w tym zakresie.**

Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 62 ust. 1 ustawy o NIK, oczekuje przedstawienia przez Panią Dyrektor w terminie 30 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 dnia otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego przysługuje Pani prawo zgłoszenia na piśmie do dyrektora Najwyższej Izby Kontroli Delegatury we Wrocławiu, 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 wyżej mowa, liczy się od dnia otrzymania ostatecznej uchwały właściwej komisji NIK.