



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura we Wrocławiu

LWR-4101-03-01/2012
P/12/121

Wrocław, dnia 24 lipca 2012 r.

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

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy z 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹, zwanej dalej „ustawą o NIK”, Najwyższa Izba Kontroli Delegatura we Wrocławiu skontrolowała Dolnośląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia we Wrocławiu (dalej: „DOW NFZ” lub „Oddział”) w zakresie wykonania planu finansowego w 2011 r.

W związku z kontrolą, której wyniki przedstawione zostały w protokole kontroli podpisanym w dniu 5 lipca 2012 r., Najwyższa Izba Kontroli – na podstawie art. 60 ustawy o NIK – przekazuje Pani Dyrektor niniejsze wystąpienie pokontrolne.

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie z zastrzeżeniami ocenia działalność Oddziału w skontrolowanym zakresie.

1. W ocenie NIK Oddział prawidłowo, tj. zgodnie z wytycznymi Centrali NFZ przygotował projekt planu finansowego na 2011 r.

1.1. Wartość kosztów w przywołanym projekcie planu została ustalona odpowiednio na kwotę: 4.266.550,0 tys. zł dla świadczeń zdrowotnych, 131.345,0 tys. zł z przeznaczeniem na pokrycie kosztów zespołów ratownictwa medycznego, 34.893 tys. zł dla kosztów administracyjnych oraz łącznie na 17.517 tys. zł. z przeznaczeniem na pokrycie kosztów pozostałych i finansowych. Tak przygotowany projekt planu finansowego na 2011 r. został pozytywnie zaopiniowany przez Radę DOW NFZ (Rada) w lipcu 2010 r. Niemniej jednak Rada zwróciła uwagę, iż przyjęta wielkość środków na 2011 r. jest niewystarczająca dla zabezpieczenia dostępności do usług medycznych dla ubezpieczonych na Dolnym Śląsku. Ponadto Rada uznała, iż opracowany projekt planu finansowego na 2011 r. nie uwzględniła niezbędnego zwiększenia środków na

¹ Dz.U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.

sfinansowanie zakładanego wzrostu kosztów świadczeń zdrowotnych (pozwala jedynie na pokrycie planowanego wzrostu wynagrodzeń u świadczeniodawców) oraz wyższego niż zakładano w prognozach nakładu na refundację cen leków.

1.2. W projekcie, przed zatwierdzeniem przez Ministra zdrowia planu finansowego NFZ na 2011 r., zostały zwiększone koszty świadczeń zdrowotnych - do kwoty 4.267.695,0 tys. zł (o 1.145,0 tys. zł zwiększono pozycję „koszty świadczeń zdrowotnych z lat ubiegłych”), koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego - do kwoty 131.354,0 tys. zł., oraz zmniejszone - do kwoty 33.957,0 tys. zł koszty administracyjne (o 936,0 tys. zł zmniejszono pozycje dotyczące kosztów wynagrodzeń i pochodnych). Ostatecznie w 2011 r. (w wyniku 22 zmian) plan finansowy Oddziału został zwiększony do 4.403.777,0 tys. zł (łącznie o 136.082 tys. zł) w kosztach świadczeń zdrowotnych, do 135.689,0 tys. zł (o 4.355,0 tys. zł) dla kosztów realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego, do 33.962,0 tys. zł (o 5,0 tys. zł) w kosztach administracyjnych oraz do 2.200,0 tys. zł (o 956,0 tys. zł) w kosztach finansowych. Zmniejszenie do kwoty 9.282,0 tys. zł (łącznie o 6.991,0 tys. zł) odnotowano natomiast w przypadku pozycji „pozostałe koszty”.

2. W 2011 r. DOW NFZ nie przekroczył łącznego planu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej (plan wykonano w kwocie 4.400.147,19 tys. zł, tj. w 99,92%), natomiast został przekroczony o kwotę 4.238,0 tys. zł, tj. o 0,64% plan kosztów w pozycji B.2.14 „Refundacja cen leków” (plan - 664.997,0 tys. zł, wykonanie – 669.234,81 tys. zł). Wg złożonych wyjaśnień powyższe przekroczenie stanowiło skutek masowego wykupu leków przez pacjentów w listopadzie i grudniu 2011 r. w związku z obawami co do ich dostępności ze względu na planowane zmiany na liści leków refundowanych, nielimitowanego charakteru tego świadczenia oraz możliwości zmiany planu finansowego do dnia 31 grudnia 2011 r., podczas gdy termin wpływu do DOW NFZ dokumentów rozliczeniowych z aptek za grudzień 2011 r. przypadał na styczeń 2012 r. Poniesienie wydatków na refundację cen leków w wysokości wyższej niż ustalona w planie finansowym DOW NFZ stanowiło naruszenie art. 44 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych².

2.1. Przyczyną niższego o 3.630,0 tys. zł (0,08%) wykonania planu finansowego kosztów świadczeń zdrowotnych były głównie: zmniejszenie tych kosztów dokonane na skutek rozwiązania biernych rozliczeń międzyokresowych za 2010 r.³; realizacja przez świadczeniodawców kontraktów zawartych na 2011 r. poniżej wartości określonych w umowach oraz saldo rozliczeń migracji ubezpieczonych.

Wskaźniki wykonania planu finansowego dla poszczególnych rodzajów świadczeń zdrowotnych wyniosły od 95,19% w zakresie profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych NFZ do 100,64% w zakresie refundacji cen leków. Niemniej jednak, przyjmując do analizy wartość wykonania planu finansowego kosztów świadczeń zdrowotnych Oddziału w 2011 r. przed dokonaniem zmniejszeń z tytułu biernych rozliczeń międzyokresowych oraz z uwzględnieniem pełnej realizacji upoważnień migracyjnych, stopień niewykonania planu ogółem (średnio 0,03%) jest niewielki we wszystkich rodzajach świadczeń, z wyjątkiem lecznictwa uzdrowiskowego gdzie niewykonano 3,21% planu).

2.2. Stwierdzono, iż Świadczeniodawcy wykazywali zarówno świadczenia wykonane ponad limity określone w zawartych umowach, jak również niepełne wykonanie umów. Niewykonanie umów w 2011 r. (wg stanu na koniec okresu rozliczeniowego) wyniosło 21.813,89 tys. zł i było niższe niż w 2010 r. o 35,47% (33.803,80 tys. zł), natomiast wartość świadczeń ponadumownych wyniosła w 2011 r. 198.923,31 tys. zł i była wyższa o 2,54% niż w 2010 r. (193.992,56 tys. zł). Oddział podejmował działania ukierunkowane na maksymalne wykorzystanie środków finansowych zawartych w planie.

² Dz. U. z 2009 r. nr 157, poz. 1240 ze zm.

³ zgodnie z art. 39 ust. 5 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości Dz. U. z 2009 r. Nr 152, poz. 1223 ze zm. zobowiązania ujęte jako bierne rozliczenia międzyokresowe zmniejszają koszty okresu sprawozdawczego, w którym stwierdzono, że zobowiązania te nie powstały

Dokonywano zmian wartości zawartych umów, zarówno zwiększeń jak i zmniejszeń, dostosowując plany rzeczowo-finansowe do faktycznego wykonania świadczeń. Z uwagi na trwający okres rozliczeniowy w momencie przedstawiania propozycji przesunąć nie wszyscy Świadczeniodawcy wyrazili na nie zgodę, uzasadniając to planowanym wykorzystaniem wolnego limitu do końca okresu rozliczeniowego. W tych przypadkach DOW NFZ odstąpił od bilansowania umów. Oddział przedstawiał Świadczeniodawcom również propozycje zawarcia ugód pozasądowych w ramach wolnych środków planu finansowego na 2011 r., jak również w ramach środków zagwarantowanych w planie finansowym na 2012 r. (w ramach pozycji „koszty lat ubiegłych”). W wyniku powyższych działań wartość niewykonanych świadczeń zdrowotnych wynikających z zawartych kontraktów na 2011 r. zmniejszyła się do kwoty 8.324,87 tys. zł (wg stanu na 7 maja 2012 r.).

Niemniej jednak kontrola wykazała, że nieujęte w księgach rachunkowych 2011 r. i nieopłacone świadczenia nielimitowane wyniosły 736,9 tys. zł. NIK negatywnie ocenia dopuszczenie do braku zagwarantowania w planie finansowym DOW NFZ środków za świadczenia nielimitowane, tj. w zakresach określonych w § 16 ust. 2 zarządzenia Prezesa NFZ nr 69/2009/DSOZ z dnia 3 listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne. W wyniku powyższego nie zrealizowano postanowień - § 18 ust. 2 ww. zarządzenia, zgodnie z którym 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. Niezapłacone świadczenia nielimitowane zostały wykazane w sprawozdaniu finansowym za 2011 r. poza planem finansowym w wielkości świadczeń ponadumownych, stanowiąc 0.59% świadczeń ponadumownych w rodzaju leczenie szpitalne (124.315,7 tys. zł). Do dnia 1.06.2012 r. w zakresie świadczeń nielimitowanych podpisano 11 ugód i 4 aneksy na łączną kwotę 620.619 zł, z czego wypłacono świadczeniodawcom 592.161 zł.

2.3. Koszty 2011 r. z tytułu świadczeń udzielonych ubezpieczonym na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego wyniosły 6.169,42 tys. zł. Oddział wywiązywał się z obowiązku dokonywania weryfikacji zasadności wypłacania zagranicznym instytucjom środków tytułem zwrotu kosztów leczenia osób ubezpieczonych, a także z obowiązku weryfikacji dokumentów będących podstawą zwrotu polskim Świadczeniobiorcom poniesionych przez nich kosztów leczenia na terenie UE/EFTA.

Zrealizowane kasowo w 2011 r. przez DOW NFZ koszty z tytułu świadczeń zdrowotnych udzielonych Świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni spełniającym kryterium dochodowe⁴ wyniosły ogółem 5.759,8 tys. zł i dotyczyły 2.669 osób. Środki przekazane z budżetu państwa w pełni pokryły koszty tych świadczeń, przy czym przekazywane one były przez Centralę NFZ jako refundacja poniesionych przez Oddział wydatków.

3. Koszty administracyjne Oddziału w 2011 r. zostały zrealizowane w wysokości 32.436,61 tys. zł, tj. niższej od planowanej o 1.525,39 tys. zł. W powyższej kwocie 23.137,65 tys. zł (71,33%) stanowiły wynagrodzenia i świadczenia na rzecz pracowników z pochodnymi, zrealizowane w kwocie niższej od planowanej o 220,35 tys. zł. Koszty administracyjne stanowiły w 2011 r. 0,71 % kosztów ogółem Oddziału.

DOW NFZ w 2011 r. realizował zadania inwestycyjne zawarte w „Rzeczowym planie wydatków inwestycyjnych Narodowego Funduszu Zdrowia”. Wartość zrealizowanych i sfinansowanych zadań wyniosła 5.381,49 tys. zł, co stanowiło 97,73 % zaplanowanych środków (5.506,42 tys. zł). Szczegółowa analiza wydatków (575,3 tys. zł) poniesionych przez Oddział na

realizację zadania inwestycyjnego polegającego na wykonaniu i montażu systemu klimatyzacji w budynku przy ul. Dawida 2 we Wrocławiu, w którym mieściło się Centrum Obsługi Ubezpieczonych nie wykazała nieprawidłowości. W ocenie NIK, zamówienia dokonano z zachowaniem przepisów ustawy z 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych⁵ oraz z zachowaniem zasad rzetelności, celowości i gospodarności ich poniesienia.

4. Proces podziału środków finansowych na świadczenia zdrowotne udzielane w 2011 r. przebiegał dwuetapowo. Pierwszy etap dotyczył skonstruowania Planu zakupu świadczeń zdrowotnych na 2011 r., drugi etap dotyczył aneksowania obowiązujących umów lub przeprowadzenia konkursu ofert albo rokowań.

4.1. Zapotrzebowanie na świadczenia opieki zdrowotnej Oddział określił w Planie zakupu świadczeń zdrowotnych na 2011 r. Zastrzeżenia NIK budzi brak ujęcia w części opisowej tego planu wszystkich elementów wskazanych w pkt 3.2 procedury definiowania priorytetów i planowania zakupu świadczeń, wprowadzonej przez Prezesa NFZ pismem z dnia 10.05.2010 r. W szczególności brak było całkowitej spójności części opisowej z częścią tabelaryczną, zbyt ogólnie lub wcale nie uzasadniono planowanej liczby i wartości świadczeń oraz zaplanowanych obszarów zawierania umów. Przykładowo, pominięto część opisową planu zakupu dla świadczeń w rodzaju SOK i PRO, co wyjaśniono uwzględnieniem w części opisowej Planu zakupu rodzajów świadczeń dla których zostały określone priorytety centralne i regionalne oraz świadczeń uznanych przez Oddział jako istotne.

Należy zauważyć, że uwagi do Planu zakupu świadczeń zdrowotnych na 2011 r. wniósł także audytor wewnętrzny NFZ, stwierdzając m.in. że w opracowanym Planie zakupu zabrakło planu weryfikacji realizacji priorytetów w latach następnych, opisu wdrożenia zmian wprowadzonych w zasadach zawierania umów i realizacji świadczeń istotnych z punktu widzenia planu zakupu, jak też precyzyjnego ujęcia i odniesienia do wszystkich priorytetów ogólnopolskich.

4.2. Liczba zawartych umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych w 2011 r. zmniejszyła się, w odniesieniu do 2010 r., z 2.115 do 2.063 przy jednoczesnym zwiększeniu wartości umów z 2.973.877,9 tys. zł do 3.055.926,6tys. zł (tj. o 2,76%) oraz z 332.022,9 tys. jednostek rozliczeniowych do 362.867,3 tys. (tj. o 9,29%). Średnia cena za jednostkę rozliczeniową wzrosła z 8,12 zł do 8,42 zł. Wartość zrealizowanych świadczeń opieki zdrowotnej przypadająca na jednego ubezpieczonego wynosiła 1.574,92 zł i była wyższa o 3,1% niż w 2010 r. (1.526,98 zł).

NIK zwraca uwagę, że występowały przypadki dokonywania uzgodnień warunków finansowych umów wieloletnich, po terminie 30.11.2010 r. określonym w § 32 ust. 1-3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁶. Przykładowo, w przypadku SP ZOZ Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego im. T Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej we Wrocławiu, rozpoczęte w dniu 17.11.2010 r. działania mające na celu ustalenie wartości umowy wieloletniej zakończono w dniu 14.12.2010 r., a rozpoczęte w dniu 16.11.2010 r. działania mające na celu ustalenie wartości umowy wieloletniej dla SP Szpitala Klinicznego Nr 1 we Wrocławiu, zakończono w dniu 21.12.2010 r. Łączna wartość uzgodnień w ww. przypadkach wyniosła 209.163,1 tys. zł, a umowy z nowymi warunkami finansowymi zostały podpisane dopiero w połowie stycznia 2011 r. z mocą obowiązywania od 1.01.2011 r.

4.3. Od 2011 r. zmieniły się zasady kontraktowania świadczeń zdrowotnych w rodzaju lecnicstwo uzdrowiskowe. Wartość zawartych umów na 2011 r. wynikała z planu finansowego Oddziału oraz otrzymanych pełnomocnictw od

⁴ art. 97 ust. 3 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (j. t. Dz. U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027 ze zm.)

⁵ Dz. U. z 2010 r. nr 113, poz. 759 ze zm.)

⁶ Dz. U. nr 81, poz. 484

dyrektorów pozostałych oddziałów NFZ. Oddział kontraktował świadczenia w rodzaju leczenie uzdrowiskowe wg zasady, że oddziały wojewódzkie właściwe ze względu na siedzibę świadczeniodawców kontraktują świadczenia również dla wszystkich oddziałów wojewódzkich. W planie finansowym Oddziału zawarto więc wartość całkowitych zakupów świadczeń dla DOW NFZ w Polsce.

Liczba zakontraktowanych osobodni dla pacjentów z Dolnego Śląska w 2011 r. porównaniu do 2010 r. zwiększyła się z 682.867 do 703.746, przy jednoczesnym wzroście wartości umów z 50.946,8 tys. zł do 52.071,1tys. zł. Średni czas oczekiwania na leczenie szpitalne dorosłych wynosił od 3 do 6 miesięcy i nie zmienił się w stosunku do 2010 r., natomiast na uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dorosłych skrócił się o jeden miesiąc i wynosił od 21 do 23 miesięcy. W badanym okresie do Oddziału wpłynęło 55.335 skierowań na leczenie uzdrowiskowe, przy 53.299 skierowaniach w 2010 r., co stanowiło wzrost o 3,82%. Liczba zrealizowanych w 2011 r. skierowań wynosiła 32.399, przy 31.794 w 2010 r. Do oceny skierowań pod względem celowości leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej, Oddział zatrudniał 4 lekarzy specjalistów w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej lub rehabilitacji medycznej, wypełniając postanowienia § 3 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 lipca 2011 r. w sprawie kierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową⁷.

5. W badanym okresie na terenie Województwa Dolnośląskiego niepełna była dostępność do niektórych świadczeń zdrowotnych, głównie ze względu na brak złożenia ofert przez świadczeniodawców. Analiza zabezpieczenia dostępu do świadczeń zdrowotnych w zakresie 36 produktów w 5 rodzajach (PRO – profilaktyczne programy zdrowotne; STM – stomatologia; SPO – świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej; OPH – opieka paliatywna i hospicyjna; REH – rehabilitacja lecznicza) wykazała, że na 29 powiatów (w tym 4 miasta na prawach powiatu) niepełna dostępność świadczeń zdrowotnych wystąpiła w szczególności w zakresie:

- programu profilaktyki chorób odtytoniowych – w 23 powiatach (etap podstawowy) i w 28 powiatach (etap specjalistyczny),
- programu profilaktyki raka szyjki macicy – w 23 powiatach (etap diagnostyczny) i w 24 powiatach (etap pogłębionej diagnostyki),
- świadczeń ortodoncji dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 lat – w 9 powiatach,
- świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do 18 lat – w 10 powiatach,
- świadczeń stomatologicznych pomocy doraźnej – w 26 powiatach,
- rehabilitacji kardiologicznej w ośrodku/oddziale dziennym – w 28 powiatach,
- rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych – w 25 powiatach.
- świadczeń w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/ opiekuńczo-leczniczym dla dzieci i młodzieży – w 27 powiatach,
- porad w poradni medycyny paliatywnej – w 19 powiatach.

6. Z uwagi na obowiązujące wzory przedkładanej przez świadczeniodawców dokumentacji ofertowej, Oddział nie miał możliwości weryfikacji czasu pracy personelu w rodzaju SZP z czasem pracy personelu w rodzaju AOS, gdyż odmienna była szczegółowość danych przedkładanych w tym zakresie (SZP – średni tygodniowy czas pracy; AOS – harmonogram godzinowy w rozbiciu na dni tygodnia).

NIK negatywnie ocenia natomiast brak dokonania przy kontraktowaniu umów na 2011 r. w rodzaju AOS, weryfikacji czasu pracy personelu medycznego w zakresie sprawdzenia powtarzalności osób personelu wykazywanych w poszczególnych ofertach w relacji z pozostałymi. Konsekwencją powyższego było bowiem przyjęcie ofert i podpisanie umów, w których wystąpiły kolizje czasu pracy personelu medycznego. Dokonana w trakcie kontroli NIK szczegółowa analiza 5276 rekordów

zawierających numery prawa wykonywania zawodu lekarzy wykazanych w umowach na realizację świadczeń zdrowotnych w 2011 r. w rodzaju AOS wykazała, że w przypadku 1280 rekordów numery tych praw powtarzały się. W wyniku szczegółowego badania 39 powtarzających się numerów praw, w przypadku których czas pracy lekarza nakładał się ustalono, że: w 25 przypadkach czas pracy lekarza nakładał się u różnych świadczeniodawców i w różnych miejscach realizacji świadczeń; w 9 przypadkach czas pracy lekarza nakładał się u tego samego świadczeniodawcy w różnych miejscach udzielania świadczeń, a w 6 przypadkach, czas pracy lekarza nakładał się u różnych świadczeniodawców w tym samym miejscu udzielania świadczeń. Powyższa nieprawidłowość związana była z dużą ilością złożonych ofert (2611) oraz ograniczonym czasem przewidzianym na ocenę ofert. W ocenie NIK, NFZ powinien posiadać procedury dające możliwość rzetelnej oceny ofert również w powyższym zakresie.

7. W 2011 r. wystąpiły przypadki wzrostu liczby osób oczekujących na leczenie w stosunku do 2010 r. W wyniku analizy średniego czasu oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w rodzaju SZP i AOS w wybranych 11 komórkach organizacyjnych, stwierdzono, że wzrost liczby osób oczekujących na leczenie nastąpił w 4 poradniach, 3 oddziałach oraz w komórce wykonującej endoprotezoplastykę. Średni rzeczywisty czas oczekiwania na świadczenia w dniach (mediana) w 2011 r. wzrósł o: 5 - w przypadku poradni okulistycznej, 10 - kardiologicznej, 6- neurologicznej, 4 - chirurgii urazowo-ortopedycznej, 73 – w przypadku oddziałów chirurgii urazowo-ortopedycznej, 13 - kardiologicznych i 29 – otolaryngologicznym oraz 151 – w przypadku endoprotezoplastyki.

Dla Oddziału podstawą danych o czasie oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych stanowiły sprawozdania przedkładane przez świadczeniodawców, przy czym dane w tym zakresie były niepełne, gdyż średnio 4,6% świadczeniodawców nie wywiązywało się z obowiązku przedłożenia przedmiotowych sprawozdań.

8. W 2011 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 2008 r. 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. Przyjęte po dniu 25.02.2011 r. faktury o łącznej wartości 16.372,4 tys. zł, dotyczące realizacji świadczeń w 2010 r. ujęto w księgach rachunkowych DOW NFZ w 2011 r. w kosztach lat ubiegłych. Przyczyną przyjęcia dokumentacji rozliczeniowej po upływie okresu rozliczeniowego 2010 r. było m.in. rozliczenie świadczeń w związku z zawarciem aneksów rozliczeniowych czy ugód, zakończenie procesu wyjaśniania (ZUS, KRUS, MSWiA) statusu ubezpieczenia/uprawnienia świadczeniodawców oraz zakończenie procesu odwoławczego w przypadku zakwestionowania świadczenia w trakcie walidacji i weryfikacji.

9. W badanym okresie Oddział dokonywał wstępnej i kontrolnej weryfikacji poprawności danych przekazywanych przez świadczeniodawców. Weryfikacja wstępna uwzględniała nierozliczone i niezeweryfikowane oraz zmodyfikowane świadczenia z udziałem aktualnych centralnych reguł weryfikacji. Świadczenia rozliczone (sfinansowane) były natomiast głównym obszarem/zakresem weryfikacji kontrolnej. Łączna wartość świadczeń zakwestionowanych w 2011 r. w wyniku weryfikacji wstępnej i kontrolnej realizowanej w ramach centralnego projektu weryfikacji (świadczenia oznaczone statusem błędu lub/i ostrzeżenia) wyniosła 88.771,3 tys. zł, z czego 55.166,0 tys. zł, tj. 62,1% dotyczyło umów w rodzaju leczenie szpitalne.

⁷ Dz. U. Nr 142, poz. 835

⁸ Dz. U. Nr 81, poz. 484

10. Księgi rachunkowe Oddziału prowadzone były w sposób poprawny, co zostało potwierdzone w Raporcie z badania sprawozdania finansowego za 2011 r. przez biegłego rewidenta. Najwyższa Izba Kontroli nie wnosi uwag do sprawozdawczości Oddziału za 2011 r. zarówno w zakresie rzetelności, jak i terminowości opracowywania dokumentów. Na podstawie prowadzonej ewidencji finansowo-księgowej sporządzono w Oddziale, a następnie przesłano do Centrali NFZ sprawozdania Rb-Z i Rb-N oraz sprawozdanie z wykonania planu finansowego za 2011 r.

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

- 1. Ujmowanie w opisie do Planu zakupu świadczeń zdrowotnych, wszystkich elementów wskazanych w procedurze definiowania priorytetów i planowania zakupu świadczeń.**
- 2. Podjęcie działań mających na celu wcześniejsze rozpoczęcie uzgodnień warunków finansowych umów wieloletnich, celem dochowania terminu określonego w Ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.**
- 3. Dokonywanie weryfikacji czasu pracy personelu medycznego, celem wyeliminowania kolizji czasowych i zwiększenia dostępności do usług medycznych.**
- 4. Podjęcie działań w celu zagwarantowania w planie finansowym Oddziału środków za świadczenia nielimitowane.**

Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 62 ust. 1 ustawy o NIK, oczekuje od Pani Dyrektor w terminie 30 dni od daty otrzymania wystąpienia pokontrolnego, informacji o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków, bądź o działaniach podjętych w celu realizacji wniosków 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 kierownikowi jednostki kontrolowanej⁹ 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 której mowa wyżej, liczy się od dnia otrzymania ostatecznej uchwały właściwej komisji NIK.

⁹ W rozumieniu art. 2a pkt 3 ustawy o NIK