



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Departament Zdrowia

KZD.410.002.01.2016  
P/16/053

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

## I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/16/053 – Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 r.
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia
Kontrolerzy	1. Agnieszka Kalita, główny specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr 97637 z dnia 30 marca 2016 r. 2. Michał Oszukowski, specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr 97638 z dnia 30 marca 2016 r. 3. Małgorzata Szczęsna, starszy inspektor k.p., upoważnienie do kontroli nr 97639 z dnia 30 marca 2016 r. 4. Rafał Zyzik, specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr 97640 z dnia 30 marca 2016 r. <p style="text-align: right;">[Dowód: akta kontroli str. 1-8]</p>
Jednostka kontrolowana	Narodowy Fundusz Zdrowia, 02-390 Warszawa, ul. Grójecka 186
Kierownik jednostki kontrolowanej	Andrzej Jacyna, pełniący obowiązki Prezesa NFZ <sup>1</sup> <p style="text-align: right;">[Dowód: akta kontroli str.11]</p>

## II. Ocena kontrolowanej działalności<sup>2</sup>

### Ocena ogólna

Pomimo zwiększenia wartości umów zawartych ze świadczeniodawcami oraz wprowadzenia, z dniem 1 stycznia 2015 r., regulacji prawnych, mających na celu rozwiązanie problemów związanych z prowadzeniem i zapisami na listy oczekujących, nie uzyskano poprawy dostępu do świadczeń zdrowotnych w większości badanych zakresów.

Średni rzeczywisty czas oczekiwania wydłużył się<sup>3</sup> w przypadku siedmiu rodzajów oddziałów szpitalnych, spośród dziewięciu analizowanych, oraz pięciu rodzajów poradni, spośród dziewięciu, w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.

W 2015 r., podobnie jak w latach poprzednich, występowały znaczące różnice w dostępie do świadczeń pomiędzy poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi NFZ, na co NIK zwracała uwagę po kontrolach wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2011-2014<sup>4</sup>. W głównej mierze było to spowodowane nierównomiernym rozmieszczeniem kadry i placówek medycznych na terenie kraju.

Mimo zastrzeżeń NIK, dotyczących nieskutecznej weryfikacji przez NFZ przesyłanych danych sprawozdawczych, sformułowanych w 2014 r.<sup>5</sup>, w odniesieniu

<sup>1</sup> Poprzednio Tadeusz Jędrzejczyk w okresie od 3 czerwca 2014 r. do 14 marca 2016 r.

<sup>2</sup> Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie.

<sup>3</sup> Analiza nie dotyczyła pacjentów korzystających z tzw. „pakietu onkologicznego”, tj. uzyskujących świadczenia na podstawie art. 32 a ustawy o świadczeniach.

<sup>4</sup> Wykonanie planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2011 r. (P/12/121), Wykonanie planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2012 r. (P/13/128), Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia, w ramach planu finansowego w 2013 r. (P/14/060) oraz Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2014 r. (P/15/059).

<sup>5</sup> Kontrola Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia, w ramach planu finansowego w 2013 r. (P/14/060).



do refundacji leków na podstawie recept wystawianych przez zmarłych lekarzy nie nastąpiła poprawa w tym zakresie.

Ponadto NIK zwraca uwagę na problemy w zakresie utrzymania Systemów Informatycznego Wsparcia Działalności NFZ (SWIDz) i wdrożenia systemu RUM II, wynikające m.in. z braku wieloletniej strategii rozwoju systemów IT, zaakceptowanej przez Ministra Zdrowia, spójnej z koncepcją budowy systemu informacyjnego ochrony zdrowia. W konsekwencji nie rozstrzygnięto kluczowych zagadnień m.in. w zakresie zakupu praw autorskich do systemów informatycznych NFZ, bądź budowy nowego systemu.

Najwyższa Izba Kontroli nie wnosi uwag do wykonania przez Fundusz planu finansowego w 2015 r. Koszty zrealizowano zgodnie z planem finansowym, a 98,63% środków (69 595 551,01 tys. zł) przeznaczono na pokrycie kosztów zakupu świadczeń zdrowotnych i ratownictwa medycznego. Na obsługę administracyjną wydatkowano mniej niż 1% środków (634 247,36 tys. zł).

### **III. Opis ustalonego stanu faktycznego**

#### **1. Zabezpieczenie dostępu do świadczeń dla osób uprawnionych**

##### **1.1. Zasady planowania zakupu świadczeń**

Opis stanu  
faktycznego

Fundusz przygotował projekt priorytetów ogólnopolskich na 2015 r., dotyczących przede wszystkim tzw. pakietu onkologicznego. Obejmowały one m.in.:

- skrócenie czasu oczekiwania na ambulatoryjną pełnoprofilową diagnostykę onkologiczną dla pacjentów z podejrzeniem nowotworu złośliwego – jako element programu onkologicznego w trybie tzw. „szybkiej ścieżki” (AOS),
- umożliwienie wydawania przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej kart diagnostyki i leczenia onkologicznego (tzw. „Zielonych Kart”) uprawniających do uzyskania świadczenia w trybie szybkiej ścieżki onkologicznej (POZ),
- skrócenie czasu oczekiwania na leczenie onkologiczne zgodnie z nowelizacją ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>6</sup> (SZP).

Jedynie w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (SOK) określony został priorytet niezwiązany z leczeniem onkologicznym, tj. zmniejszenie częstości powikłań oraz poprawa jakości życia chorych wymagających leczenia metodą dializoterapii otrzewnowej.

Uwagi dotyczące  
badanej działalności

Podobnie jak w roku poprzednim, priorytety ogólnopolskie na 2015 r. zostały ustalone na okres jednego roku<sup>7</sup>.

Jak wyjaśniono takie podejście nie oznaczało braku kontynuacji określonych działań, gdyż część z nich była realizowana również w poprzednich latach. Nie były to jednak działania uwzględniane w ramach priorytetów. Przygotowując się do opracowania priorytetów na 2017 r., Fundusz uwzględnił zalecenia NIK dotyczące potrzeby ustalania priorytetów w horyzoncie czasowym dłuższym niż rok kalendarzowy, wprowadzając odpowiednie zmiany do procedur definiowania priorytetów zdrowotnych i planowania zakupu świadczeń.

[Dowód: akta kontroli str. 630-678, 806-809, 2652-2889]

<sup>6</sup> Dz. U. z 2015 r. poz. 581, ze zm., zwana dalej ustawą o świadczeniach.

<sup>7</sup> Po kontroli P/15/059 – Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2014 r., Najwyższa Izba Kontroli skierowała do Prezesa NFZ wniosek pokontrolny dotyczący opracowania wieloletnich, ogólnopolskich priorytetów zdrowotnych uwzględnianych w procesie kontraktowania świadczeń zdrowotnych.



Opis stanu  
faktycznego

Podczas opracowywania planu finansowego oraz planu zakupu świadczeń na 2015 r. nie zakładano zasadniczych zmian w strukturze rodzajowej kosztów świadczeń w porównaniu do 2014 r.

Ustawą z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw<sup>8</sup> wprowadzono możliwość przedłużenia obowiązywania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w dniu wejścia w życie ustawy na okres nie dłuższy niż do dnia 30 czerwca 2016 r., z wyjątkiem umów zawartych w zakresach leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w części dotyczącej leczenia onkologicznego.

We wszystkich rodzajach świadczeń ogłoszono 200 postępowań podstawowych i rokowań dotyczących głównie świadczeń wysokospecjalistycznych, programów terapeutycznych i lekowych w rodzaju leczenie szpitalne. Większość obowiązujących umów została przedłużona na podstawie art. 23 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw. Do 20 marca 2015 r. uzgodniono warunki finansowe 98,42% umów niewygasających z dniem 31 grudnia 2014 r.

Przeprowadzono jedno postępowanie dodatkowe, w rodzaju leczenie szpitalne – programy zdrowotne lekowe na podstawie art. 161b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>9</sup>.

[Dowód: akta kontroli str. 545-614, 630-674, 691-698, 734-805, 1144-1153, 2652-3370]

Ustalone  
nieprawidłowości

Zarządzenie Prezesa NFZ 79/2014/DSOZ z dnia 5 grudnia 2014 r. „w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna” nieprecyzyjnie, zdaniem NIK, określiło zasady ogłaszania postępowań uzupełniających, w szczególności nie wprowadzono obowiązku informowania, że postępowanie toczy się przy mniej korzystnych dla pacjentów warunkach dotyczących czasu pracy przychodni. Nie przewidziano również obowiązku poprzedzenia postępowania uzupełniającego postępowaniem, zawierającym wymóg spełnienia wszystkich warunków. W konsekwencji, w przypadku postępowań uzupełniających świadczeniodawcy spełniający warunki dotyczące czasu pracy przychodni określone w § 11 punkt 5 zarządzenia traktowani są na równi ze świadczeniodawcami nie spełniającymi takich warunków. W efekcie dopuszczono możliwość, że postępowanie konkursowe wygra podmiot oferujący ograniczony dostęp do świadczeń, w sytuacji kiedy na rynku funkcjonują podmioty zapewniające lepsze warunki.

Wyjaśniono, że przeprowadzenie postępowań uzupełniających przy obniżonych wymaganiach jest możliwe w uzasadnionych sytuacjach, tj. w przypadku braku możliwości właściwego zabezpieczenia dostępu do świadczeń na danym terenie, w związku z niewystarczającą liczbą świadczeniodawców. Obligowanie dyrektorów OW NFZ do prowadzenia postępowań „pełnych”, przed wydaniem przez Prezesa Funduszu zgody na prowadzenie postępowania uzupełniającego, nie znajduje uzasadnienia. Równocześnie wskazano, że oferty składane przez świadczeniodawców niespełniających warunków czasu poradni, nie mogą zostać odrzucone, wobec faktu, iż to dla tego typu świadczeniodawców dedykowane są przedmiotowe postępowania konkursowe. Nie ma też przesłanek, aby w tego rodzaju postępowaniach w szczególności sposób oceniać ewentualnych oferentów spełniających wymagania dotyczące czasu pracy.

NIK nie podziela stanowiska przytoczonego powyżej. Założeniem wprowadzonego zarządzenia jest takie prowadzenie konkursów, aby zapewnić pacjentom dostęp do danego specjalisty przez co najmniej trzy dni w tygodniu<sup>10</sup>. Oferty

<sup>8</sup> Dz. U z 2014 r. poz. 1138, ze zm. (wygaśnięcie z końcem dnia 31 grudnia 2024 r.).

<sup>9</sup> Dz. U. z 2015 r. poz. 581, ze zm.

<sup>10</sup> Paragraf 11 ust. 5 zarządzenia 79/2014/DSOZ z dnia 5 grudnia 2014 r.



świadczonodawców spełniające te wymagania powinny być, w ocenie NIK, preferowane, czego wyrazem, byłby obowiązek przeprowadzenia postępowania z zachowaniem wszystkich wymogów Funduszu przed wyrażeniem przez Prezesa NFZ zgody na prowadzenie konkursu uzupełniającego. Takie rozwiązanie gwarantowałaby również właściwą weryfikację przez Prezesa Funduszu wniosków o możliwość przeprowadzenia postępowania uzupełniającego. Trudno bowiem uznać za wiarygodne uzasadnienia kierowane przez dyrektorów OW, wraz z wnioskiem o możliwość przeprowadzenia postępowania uzupełniającego, skoro uzasadnienia o braku możliwości zakontraktowania specjalistów w pełnym wymiarze godzin nie zostały zweryfikowane w postępowaniu konkursowym. W dniu 1 lipca 2016 r. weszło w życie zarządzenie nr 62/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w którym odstąpiono od określenia czasu pracy poradni, a w ślad za tym przeprowadzania postępowań uzupełniających.

[Dowód: akta kontroli str. 221-226]

## 1.2. Dostęp do świadczeń

Uwagi dotyczące badanej działalności

W grudniu 2015 r., w porównaniu do roku poprzedniego, dostęp do świadczeń, w wybranych zakresach, mierzony czasem oczekiwania na udzielenie świadczenia, przedstawiał się następująco:

- a) W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (przypadki stabilne) m.in.:
- w poradniach okulistycznych łączna liczba osób oczekujących zmniejszyła się z 321 270 do 271 142 osób (o 15,6%), a mediana<sup>11</sup> średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 53 do 60 dni (o 13,2%),
  - w poradniach neurologicznych łączna liczba osób oczekujących zmniejszyła się z 124 665 do 119 584 osób (o 4,1%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania zmniejszyła się z 39 do 36 dni (o 7,7%),
  - w poradniach kardiologicznych łączna liczba osób oczekujących zmniejszyła się z 138 487 do 113 806 osób (o 17,8%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 97 do 98 dni (o 1%),
  - w poradniach chirurgii urazowo-ortopedycznej łączna liczba osób oczekujących zmniejszyła się z 136 776 do 99 012 osób (o 27,6%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 34 do 37 dni (o 8,8%),
  - w poradniach endokrynologicznych łączna liczba osób oczekujących zmniejszyła się z 97 607 do 85 889 osób (o 12%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 143 do 164 dni (o 14,7%),
  - w poradniach endoskopii łączna liczba osób oczekujących wzrosła z 64 651 do 79 179 osób (o 22,5%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 36 do 39 dni (o 8,3%),
  - w poradniach otorynolaryngologicznych łączna liczba osób oczekujących wzrosła z 73 177 do 73 925 osób (o 1%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania zmniejszyła się z 11 do 10 dni (o 9,1%),
  - w poradniach dermatologicznych łączna liczba osób oczekujących zmniejszyła się z 97 603 do 66 632 osób (o 32,1%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania zmniejszyła się z 16 do 11 dni (o 31,7%),
  - w poradniach urologicznych łączna liczba osób oczekujących zmniejszyła się z 68 099 do 60 232 osób (o 11,6%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania utrzymała się na poziomie 57 dni.

<sup>11</sup> Mediana – wartość dzieląca wszystkie dane na pół. Poniżej i powyżej mediany znajduje się dokładnie po 50% danych.



Najwyższą wartość mediany czasu oczekiwania (przypadki stabilne) odnotowano w przypadku poradni: endokrynologicznych osteoporozy – 296 dni, genetycznych dla dzieci – 189 dni, endokrynologicznych dla dzieci – 180 dni, endokrynologicznych – 164 dni, immunologicznych dla dzieci – 148 dni oraz chorób tarczycy – 148 dni.

**b)** w leczeniu szpitalnym (przypadki stabilne):

- w oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej łączna liczba osób oczekujących wzrosła z 124 144 do 124 801 osób (o 0,5%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 107 do 129 dni (o 20,6%),
- w oddziałach otorynolaryngologicznych łączna liczba osób oczekujących wzrosła z 85 936 do 93 365 osób (o 8,6%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 116 do 131 dni (o 12,9%),
- w oddziałach chirurgii ogólnej łączna liczba osób oczekujących wzrosła z 64 806 do 68 050 osób (o 5%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 31 do 38 dni (o 22,6%),
- w oddziałach leczenia jednego dnia łączna liczba osób oczekujących zmniejszyła się z 27 236 do 26 867 osób (o 1,4%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania zmniejszyła się z 20 do 19 dni (o 5%),
- w oddziałach neurochirurgicznych łączna liczba osób oczekujących wzrosła z 25 474 do 26 518 osób (o 4,1%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 88 do 95 dni (o 8%),
- w oddziałach okulistycznych łączna liczba osób oczekujących wzrosła z 10 189 do 17 300 osób (o 69,8%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 34 do 36 dni (o 5,9%),
- w oddziałach reumatologicznych łączna liczba osób oczekujących zmniejszyła się z 16 678 do 15 464 osób (o 7,3%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 72 do 79 dni (o 9,7%),
- w oddziałach otorynolaryngologicznych dla dzieci łączna liczba osób oczekujących wzrosła z 11 199 do 13 488 osób (o 20,4%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 127 do 167 dni (o 31,1%),
- w oddziałach urologicznych łączna liczba osób oczekujących zmniejszyła się z 12 436 do 12 203 osób (o 1,9%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania zmniejszyła się z 30 do 26 dni (o 13,4%),

Najwyższą wartość mediany czasu oczekiwania (przypadki stabilne) odnotowano w przypadkach oddziałów: otorynolaryngologicznych dla dzieci – 167 dni, audiologiczno-foniatrycznych – 165 dni, leczenia oparzeń – 162 dni, urologicznych dla dzieci – 152 dni, otorynolaryngologicznych – 131 dni i chirurgii urazowo-ortopedycznej – 129 dni.

**c)** w rehabilitacji leczniczej m.in.:

- w działach (pracowniach) fizjoterapii liczba osób oczekujących wzrosła z 751 459 do 874 804 osób (o 16,4%), a mediana średniego czasu oczekiwania wzrosła z 66 do 94 dni (o 42,4%),
- w oddziałach rehabilitacyjnych liczba osób oczekujących wzrosła z 159 485 do 168 017 osób (o 5,3%), a mediana średniego czasu oczekiwania wzrosła z 286 do 348 dni (o 21,7%),
- w poradniach rehabilitacyjnych liczba osób oczekujących wzrosła z 114 656 do 119 256 osób (o 4%), a mediana średniego czasu oczekiwania zmniejszyła się z 23 do 20 dni (o 12,9%),
- w ośrodkach rehabilitacji dziennej liczba osób oczekujących wzrosła z 54 081 do 61 662 osób (o 14%), a mediana średniego czasu oczekiwania wzrosła z 51 do 91 dni (o 78,4%),
- w oddziałach rehabilitacji neurologicznej liczba osób oczekujących zmniejszyła się z 14 048 do 13 906 osób (o 1%), a mediana średniego czasu oczekiwania zmniejszyła się z 62 do 54 dni (o 13%).



Najwyższą wartość mediany czasu oczekiwania (przypadki stabilne) odnotowano w oddziałach paraplegii – 1 234 dni, oddziałach rehabilitacyjnych – 348 dni, oddziałach rehabilitacji narządu ruchu – 282 dni, ośrodkach rehabilitacji pulmonologicznych – 232 dni i zakładach rehabilitacji leczniczej – 226 dni.

Wyjaśniono, że do grudnia 2014 r. świadczeniodawcy obliczali średni rzeczywisty czas oczekiwania w oparciu o informacje o osobach skreślonych w okresie sześciu miesięcy z list oczekujących z powodu wykonania świadczenia. Od 2015 r. czas oczekiwania oblicza się na podstawie informacji z trzech miesięcy. Średnie czasy oczekiwania obliczone w oparciu o dane z trzech i sześciu miesięcy będą się od siebie różniły.

Podano również, że większość zmian wprowadzonych w ramach tzw. „pakietu kolejkowego” miało przede wszystkim charakter porządkujący. Zmiany w zakresie prowadzenia list oczekujących mogą jedynie w dłuższej perspektywie w sposób pośredni wpłynąć na czasy oczekiwania pacjentów. Skreślenie z list osób, które na tych listach nie powinny pozostawać (niestawiających się w terminie, nieprzekazujących oryginałów skierowań), spowoduje zmniejszenie liczby osób oczekujących, co z kolei może skutkować skróceniem czasu oczekiwania.

[Dowód: akta kontroli str. 175-175A, 714-717, 810-865, 2652-3150]

W 2015 r., podobnie jak w latach poprzednich, występowały różnice w dostępie do świadczeń pomiędzy poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi NFZ, na co NIK zwróciła uwagę po kontrolach wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w poprzednich latach 2011-2014.<sup>12</sup>

Wartość zrealizowanych świadczeń przypadająca na 10 tys. ubezpieczonych w 2015 r., w porównaniu do 2014 r., w wybranych rodzajach świadczeń była zróżnicowana i wynosiła:

- w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej – średnio 1 583,33 tys. zł (od 1 428,03 tys. zł w Łódzkim OW do 1.844,80 tys. zł w Podlaskim OW),
- w lecznictwie szpitalnym – średnio 9 038,83 tys. zł (od 7.957,12 tys. zł w Podkarpackim OW do 10 310,20 tys. zł w Mazowieckim OW),
- w leczeniu stomatologicznym – średnio 494,59 tys. zł (od 383,81 tys. zł w Mazowieckim OW do 643,92 tys. zł w Warmińsko-Mazurskim OW),
- w podstawowej opiece zdrowotnej – średnio 20,40 tys. zł (od 11,68 tys. zł w Świętokrzyskim OW do 39,45 tys. zł w Wielkopolskim OW),
- w profilaktycznych programach zdrowotnych – średnio 15,51 tys. zł (od 5,49 tys. zł w Lubelskim OW do 33,58 tys. zł w Śląskim OW),
- w świadczeniach zdrowotnych kontraktowanych odrębnie – średnio 519,86 tys. zł (od 357,79 tys. zł w Podlaskim OW do 615,22 tys. zł w Śląskim OW),
- w rehabilitacji leczniczej – średnio 626,52 tys. zł, (od 814,58 tys. zł w Mazowieckim OW do 502,63 tys. zł w Zachodniopomorskim OW),
- w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień – średnio 676,14 tys. zł (od 551,07 tys. zł w Małopolskim OW do 1 131,28 tys. zł w Lubuskim OW),

[Dowód: akta kontroli str. 643-674, 691-717, 2652-3370]

Po zakończeniu kontraktowania (według stanu na wrzesień 2015 r.) nie zapewniono dostępu do świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne m.in. w zakresie: alergologii (hospitalizacji) w Lubuskim, Opolskim, Świętokrzyskim, Warmińsko-Mazurskim, Wielkopolskim OW; alergologii dziecięcej (hospitalizacji) w Lubuskim, Opolskim, Podkarpackim, Świętokrzyskim OW; anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci

<sup>12</sup> Wykonanie planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2011 r. (P/12/121), Wykonanie planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2012 r. (P/13/128), Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia, w ramach planu finansowego w 2013 r. (P/14/060) oraz Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2014 r. (P/15/059).



(wszystkie zakresy) w Lubuskim OW; chirurgii dziecięcej (hospitalizacji) w Opolskim i Świętokrzyskim OW; chirurgii klatki piersiowej (hospitalizacji) w Opolskim OW; chirurgii szczękowo-twarzowej (hospitalizacji) w Świętokrzyskim OW; chorób płuc dziecięcych (hospitalizacji) w Lubuskim, Świętokrzyskim, Warmińsko-Mazurskim OW; gastroenterologii (hospitalizacji) w Lubuskim OW; urologii dla dzieci (hospitalizacji) w Kujawsko-Pomorskim, Lubelskim, Lubuskim, Łódzkim, Opolskim, Podlaskim, Warmińsko-Mazurskim, Wielkopolskim i Zachodniopomorskim OW; chorób zakaźnych dziecięcych (hospitalizacji) w Kujawsko-Pomorskim, Lubuskim, Mazowieckim, Opolskim, Podkarpackim, Śląskim i Zachodniopomorskim OW; diabetologii (hospitalizacji) w Lubuskim, Podkarpackim i Świętokrzyskim OW; diabetologii dla dzieci (hospitalizacji) w Kujawsko-Pomorskim, Lubelskim, Lubuskim, Małopolskim, Opolskim, Podkarpackim, Podlaskim, Świętokrzyskim i Warmińsko-Mazurskim OW.

Podobna sytuacja dotyczyła m.in. następujących usług medycznych w ambulatoryjnych świadczeniach specjalistycznych: alergologii dla dzieci w Lubuskim i Zachodniopomorskim OW; echokardiograficznych płodu na terenie Lubelskiego, Opolskiego i Świętokrzyskiego OW; diabetologii dla dzieci w Opolskim OW; hepatologii w Kujawsko-Pomorskim i Opolskim OW; immunologii w Lubuskim, Opolskim, Podkarpackim, Warmińsko-Mazurskim, Wielkopolskim i Zachodniopomorskim OW; kompleksowej ambulatoryjnej opieki nad pacjentem z cukrzycą w Lubuskim, Łódzkim, Podkarpackim, Wielkopolskim i Zachodniopomorskim OW; kardiologii w Świętokrzyskim OW; leczenia osteoporozy w Pomorskim i Zachodniopomorskim OW; nefrologii dziecięcej w Lubelskim, Opolskim, Podlaskim i Zachodniopomorskim OW; okulistyki dla dzieci w Zachodniopomorskim OW.

Ponadto nie zakontraktowano m.in. świadczeń w programie profilaktyki chorób odtytoniowych na etapie podstawowym (POCHP) w Podlaskim i Opolskim OW, a na etapie specjalistycznym w Kujawsko-Pomorskim, Lubuskim, Łódzkim, Opolskim, Podkarpackim, Podlaskim, Warmińsko-Mazurskim i Zachodniopomorskim. W przypadku świadczeń rehabilitacyjnych nie zakontraktowano rehabilitacji kardiologicznej w ośrodku/oddziale dziennym w Opolskim i Podlaskim OW oraz rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych w Łódzkim, Podlaskim, Świętokrzyskim i Zachodniopomorskim OW.

Zastępca Dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej wyjaśnił, że szereg specjalności medycznych jest specjalnościami szczegółowymi i jest niewielu lekarzy posiadających takie specjalizacje. Kontraktowanie uzależnione jest od bazy kadrowo-sprzętowej na danym terenie. Brak określonego rodzaju oddziału w danym województwie nie oznacza braku zabezpieczenia możliwości leczenia pacjentów – hospitalizacje są realizowane w ramach innych, zazwyczaj podstawowych zakresów.

[Dowód: akta kontroli str. 257, 268-274, 643-674, 691-717, 1185-1198, 2652-3370]

Liczba lekarzy poszczególnych specjalności wykazanych przez świadczeniodawców w załącznikach do umów, przypadająca na 100 tys. ubezpieczonych różniła się w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu i przykładowo wynosiła: alergolodzy od 0,47 w Opolskim OW do 4,03 w Mazowieckim OW, angiologodzy od 0 w Lubuskim, Mazowieckim, Opolskim, Podkarpackim, Warmińsko-Mazurskim OW do 1,43 w Śląskim OW (37 lekarzy), chirurdzy dziecięcy od 0,39 w Opolskim OW do 6,13 w Mazowieckim OW, chirurdzy naczyniowi od 0,43 w Lubuskim OW do 3,53 w Śląskim OW, diabetolodzy od 0,54 w Lubuskim OW do 5,43 w Śląskim OW, endokrynolodzy od 0,74 w Opolskim OW, do 4,58 w Śląskim OW, ginekologodzy onkologiczni od 0,19 w Warmińsko-Mazurskim OW (5 lekarzy) do 0,81 w Małopolskim OW (21 lekarzy), onkolodzy i hematolodzy dziecięcy od 0 lekarzy w Opolskim OW do 0,85 w Małopolskim OW.

Na terenie działania części OW w ogóle nie było lekarzy określonych specjalności, jak np.: lekarza specjalisty chorób płuc dzieci w Dolnośląskim, Kujawsko-Pomorskim, Lubuskim,



Łódzkim, Opolskim, Podkarpackim, Pomorskim, Świętokrzyskim, Warmińsko-Mazurskim, Wielkopolskim, Zachodniopomorskim OW, w zakresie immunologii klinicznej w Lubuskim, Opolskim, Podkarpackim, Zachodniopomorskim OW, endokrynologii i diabetologii dziecięcej w Kujawsko-Pomorskim, Lubuskim, Opolskim, Świętokrzyskim i Warmińsko-Mazurskim OW, otolaryngologii dziecięcej w Opolskim, Świętokrzyskim, Zachodniopomorskim OW, chirurgii szczękowo-twarzowej w Lubuskim OW, chirurgii plastycznej w Opolskim OW. Do realizacji umów świadczeniodawcy zgłosili jednego lekarza specjalistę endokrynologii ginekologicznej i rozrodczej.

Z kolei liczba pielęgniarek na 10 tys. ubezpieczonych wynosiła średnio 52,27 (od 43,42 w Pomorskim OW do 59,96 w Śląskim OW).

[Dowód: akta kontroli str. 643-643A, 692]

W 2015 r. Fundusz poniósł dodatkowe koszty w wysokości 306 623 382,10 zł na świadczenia realizowane przez pielęgniarki i położne, które świadczeniodawcy zobowiązani byli przeznaczyć na ich wynagrodzenia, w związku z wejściem w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>13</sup>.

Koszty finansowane były ze środków własnych Funduszu, za wyjątkiem zwiększonych kosztów ratownictwa medycznego, które finansowane były z dotacji z budżetu państwa. Fundusz otrzymał dodatkowe środki na ten cel w wysokości 4 261 515,37 zł.

Planowane koszty ogółem z tytułu zwiększonych kosztów świadczeń realizowanych przez pielęgniarki i położne w związku z rozporządzeniem wyniosą 1 415 mln zł w 2016 r, 2 476 mln zł w 2017 r., 3 537 mln zł w 2018 r. i 4 244 mln zł od 2019 r.

[Dowód: akta kontroli str. 456, 895-903, 1040-1048, 1210-1211, 1287, 4445-4537]

## Ocena cząstkowa

Podobnie jak w latach poprzednich NFZ nie zakontraktował na 2015 r. świadczeń zdrowotnych w sposób zapewniający ubezpieczonym równy dostęp do nich, do czego zobowiązywał art. 65 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. W głównej mierze na występowanie wskazanych różnic wpływ miały czynniki niezależne od działań Funduszu, m.in. nierównomierne rozmieszczenie bazy leczniczej oraz deficyt lekarzy specjalistów.

## 2. Planowanie przychodów i kosztów Funduszu

### 2.1. Terminowość sporządzenia planu finansowego NFZ

Plan finansowy NFZ został zatwierdzony przez Ministra Zdrowia, w porozumieniu z Ministrem Finansów 31 lipca 2014 r. Wartość planowanych przychodów i kosztów ustalono na 69 352 241 tys. zł<sup>14</sup>.

Podziału planowanych na 2015 r. środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej pomiędzy Centralę i poszczególne OW Funduszu dokonano zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2009 r. w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy Centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych<sup>15</sup>.

Zmiany planu zostały wprowadzone zgodnie z ustawą o świadczeniach zdrowotnych. Przewidywały m.in. zwiększenie przychodów o 579 370 tys. zł (tj. o 0,84%), a kosztów o 2 126 983 tys. zł (tj. o 3,07%), w tym kosztów świadczeń zdrowotnych o 3 419 208 tys. zł (tj. o 5,26%). Plan finansowy, po zmianach, przewidywał ujemny wynik finansowy Funduszu w wysokości 1 547 613,00 tys. zł.

<sup>13</sup> Dz. U. poz. 1400, ze zm.

<sup>14</sup> Co odpowiadało 103,8% planowanej wartości przychodów oraz 103,4% planowanej wartości kosztów, określonej w planie finansowym NFZ na 2014 r.

<sup>15</sup> Dz. U. Nr 193 poz. 1495.



[Dowód: akta kontroli str. 12-20, 546-554, 1270-1271, 3156-3161, 3270-3274, 3775-5408]

### 3. Wykonanie planu finansowego Funduszu

#### 3.1. Przychody Funduszu

Opis stanu  
faktycznego

Wysokość zrealizowanych w 2015 r. przychodów ogółem wyniosła 70 366 452,43 tys. zł, co stanowiło 100,62% planu po zmianach i przesunięciach. W porównaniu do 2014 r. były one wyższe o 3 181 316,17 tys. zł. Największy udział w przychodach ogółem stanowiły przychody z tytułu składek na ubezpieczenia zdrowotne z ZUS i KRUS (bez składek z lat ubiegłych), które wyniosły łącznie 67 090 550,12 tys. zł<sup>16</sup> i były wyższe od planowanych o 284 211,12 tys. zł.

W 2015 r. Fundusz obciążył instytucje łącznikowe w innych państwach UE/EFTA za świadczenia zdrowotne zrealizowane na rzecz osób uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego na kwotę 178 089,80 tys. zł, co stanowiło 124,30% wielkości planowanej.

Wartość przychodów z tytułu dotacji na sfinansowanie świadczeń dla osób uprawnionych, ale nieubezpieczonych, leczenie Polaków za granicą i świadczenia wysokospecjalistyczne wyniosła 726 742,15 tys. zł.

W 2015 r. na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego zaplanowano kwotę 1 845 354,00 tys. zł, a wykonanie przychodów w tej pozycji wyniosło 1 844 346,72 tys. zł, co stanowiło 99,95% planu po zmianach.

Przychody z pozostałej działalności NFZ zostały zaplanowane w wysokości 290 125,00 tys. zł, a wykonanie wyniosło 307 004,76 tys. zł. Natomiast przychody finansowe NFZ w 2015 r. wyniosły łącznie 92 990,62 tys. zł i były wyższe od wartości planowanej o 10 934,62 tys. zł, tj. o 13,33%.

[Dowód: akta kontroli str. 615-629, 876-885, 1152-1153, 3162-3175, 3276-3285]

Stan środków finansowych NFZ na koniec 2015 r. wyniósł 5 247 531,25 tys. zł, przy 4 799 685,88 tys. zł, na koniec 2014 r.

Należności, na koniec 2015 r., wyniosły 6 607 846,66 tys. zł (w 2014 r. 5 823 952,51 tys. zł), w tym 23 434,91 tys. zł stanowiły należności przeterminowane (w 2014 r. było to 19 274,39 tys. zł). Ponadto Fundusz wykazał 72 162,64 tys. zł należności warunkowych<sup>17</sup>.

Na należności przeterminowane złożyły się należności od świadczeniodawców i aptek w kwocie 12 347,02 tys. zł oraz należności pozostałe w kwocie 11 087,89 tys. zł, które dotyczyły w szczególności nieuregulowanych i nie objętych odpisem aktualizującym należności od instytucji łącznikowych państw członkowskich UE i EFTA za świadczenia zdrowotne udzielone w ramach przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego dotyczące poprzednich okresów. Fundusz podejmował działania zmierzające do dochodzenia należności przeterminowanych.

[Dowód: akta kontroli str. 1180-1184, 1217, 3371-3682]

W 2015 r. zarejestrowano 810,4 mln zapytań w systemie e-WUŚ o potwierdzenie tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego, z tego 34,8 mln zostało zweryfikowanych negatywnie (4,29%).

W latach 2013-2015 wszczęto 802 767 spraw mających na celu wydanie przez dyrektorów OW NFZ decyzji administracyjnych, dotyczących potwierdzenia tytułu do

<sup>16</sup> W 2014 r. było 64 388 825,74 tys. zł.

<sup>17</sup> Dotyczyły w szczególności: należności z tytułu nieprawomocnych wystąpień pokontrolnych, m.in. do których złożono odwołania do Prezesa NFZ w wysokości 59 385,39 tys. zł, należne środki na realizację projektów współfinansowanych ze środków pochodzących z budżetu państwa oraz UE/EFTA w wysokości 5 321,82 tys. zł, nieprawomocne kary i odszkodowania należne od OW NFZ w wysokości 3 339,52 tys. zł, decyzje administracyjne, o których mowa w art. 50 ust. 18 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, w stosunku do której wniesiono odwołanie do Prezesa NFZ w wysokości 2 135,71 tys. zł.



ubezpieczenia zdrowotnego, na kwotę 315 786,03 tys. zł, z czego 572 468 spraw na kwotę 16 988,55 tys. zł nie zostało przekazanych do dalszych czynności wyjaśniających z uwagi na niską wartość jednostkową. Liczba spraw wyjaśnionych wyniosła na koniec 2015 r. 66 840 i obejmowała kwotę 176 632,42 tys. zł, zaś decyzje administracyjne wydano w stosunku do 12 907 spraw na kwotę 22 345,48 tys. zł. W związku z nieuregulowaniem w terminie przez część dłużników należnych kwot, w 2015 r. wystawiono i przekazano do organów egzekucyjnych 2 381 tytułów wykonawczych na kwotę 4 671,12 tys. zł, z czego odzyskano 1 628,73 tys. zł.

[Dowód: akta kontroli str. 1220-1265, 3371 - 3682]

Uwagi dotyczące  
badanej działalności

Pomimo, że zwiększył się wskaźnik wyjaśnionych spraw prowadzonych przez Dyrektorów OW NFZ, z 42,23% na koniec 2014 r. do 59,11% na koniec 2015 r., to nadal pozostaje on w ocenie NIK na zbyt niskim poziomie<sup>18</sup>. Na dzień 31 grudnia 2015 r. liczba spraw pozostałych do wyjaśnienia wyniosła 163 459 (88 536 w 2014 r.) na kwotę 122 165,06 tys. zł (95 055,32 tys. zł w 2014 r.).

Prezes NFZ zobowiązał Dyrektorów OW NFZ, do podjęcia działań, aby nie dopuścić do nieustalenia, niepobrania, niedochodzenia, niezgodnego z przepisami umorzenia, odroczenia spłaty lub rozłożenia na raty albo przedawnienia należności OW NFZ.

Ponadto Fundusz wyjaśnił, że Minister Zdrowia kwestionował prowadzenie postępowań wobec osób nieubezpieczonych, których koszty leczenia poniósł NFZ, a które mogły być zgłoszone do ubezpieczenia, jako członkowie rodzin oraz wskazał na dużą czasochłonność postępowań wyjaśniających.

Po wielokrotnych wystąpieniach Prezesa NFZ o zmianę przepisów prawnych dotyczących windykacji świadczeń, Minister Zdrowia w kwietniu 2016 r. skierował do uzgodnień zewnętrznych projekt ustawy w tym zakresie.

[Dowód: akta kontroli str. 866-875, 1220-1265, 3371-3682, 6347-6357]

Ustalone  
nieprawidłowości

NIK zwraca uwagę na rosnący odsetek odwołań od decyzji dyrektorów OW w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym i ustalenia prawa do świadczeń (w tym wydanych na podstawie art. 50 ust. 18 ustawy o świadczeniach), który w 2010 r. wynosił 11%, a w 2015 r. wzrósł do 33,51%, jak również na liczbę samych odwołań, która w 2010 r. wynosiła 719, a w 2015 r. zwiększyła się do 3 447.

W 2015 r. z powyższych 3 447 odwołań rozstrzygnięto jedynie 1 403, czyli od końca 2014 r. liczba nierozpatrzonych odwołań zwiększyła się o 2 044, a biorąc pod uwagę, nierozstrzygnięte odwołania z lat poprzednich, w tym 2 089 spraw z 2014 r.<sup>19</sup>, w Centrali NFZ na koniec 2015 r., znajdowało się ok. 5 500 odwołań od decyzji Dyrektorów OW NFZ oczekujących na decyzję Prezesa NFZ.

Wyjaśniono, że trwają prace nad wydzieleniem komórki ds. windykacji w Wydziale Uprawnnień Świadczeniobiorców, co pozwoli na organizacyjne powierzenie części spraw nowemu kierownikowi. Od momentu nałożenia na Prezesa Funduszu obowiązku rozpatrywania odwołań od decyzji Dyrektorów wydanych na podstawie art. 50 ust. 18, nie zmienił się skład osobowy Wydziału, pomimo wpływu dużej liczby odwołań. Departament Spraw Świadczeniobiorców zajmuje się równocześnie innymi odwołaniami, które często zaskarżane są do Wojewódzkich Sądów Administracyjnych.

[Dowód: akta kontroli str. 484-490, 2796-2804, 3057-3067]

<sup>18</sup> W poprzednim roku NIK zwracał uwagę na dużą liczbę niewyjaśnionych spraw na koniec 2014 r. oraz wnioskowała o wyjaśnienie spraw i ściąganie należności w związku z udzieleniem świadczeń osobom nie mającym uprawnień do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

<sup>19</sup> W 2014 r. wpłynęło 3 313 odwołań, a rozpatrzonych zostało 1 224.



Opis stanu  
faktycznego

### 3.2. Koszty Funduszu

Zrealizowane przez NFZ w 2015 r. koszty ogółem wyniosły 70 560 197,42t tys. zł i stanowiły 98,71% planu. Były one o 6,71% wyższe niż w 2014 r. (66 124 110,09 tys. zł). Wykonanie niektórych kosztów NFZ przedstawia poniższe zestawienie:

w tys. zł

Wyszczególnienie:	Wykonanie 2014 r.	Plan na 2015 r. po zmianach i przesunięciach	Wykonanie 2015 r.	% realizacji planu	Dynamika 2015/2014r.
1	2	3	4	5=4/3	6=4/2
Koszty poboru i ewidencjonowania składek	125 734,43	128 619,00	129 327,79	100,55%	102,86%
Koszty świadczeń zdrowotnych	63 338 421,40	68 480 997,00	67 751 200,67	98,93%	106,97%
Koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie	-	-	-	-	-
Koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego	1 837 947,41	1 845 354,00	1 844 350,34	99,95%	100,35%
Koszty administracyjne	628 339,79	725 092,00	634 247,36	87,47%	100,94%
Pozostałe koszty	152 960,48	225 551,00	159 203,62	70,58%	104,08%
Koszty finansowe	40 706,58	73 611,00	41 867,64	56,88%	102,85%
<b>Razem</b>	<b>66 124 110,09</b>	<b>71 479 224,00</b>	<b>70 560 197,42</b>	<b>98,7%</b>	<b>106,71%</b>

#### 3.2.1. Koszty świadczeń zdrowotnych

W planie finansowym NFZ na 2015 r. z dnia 31 lipca 2014 r. na świadczenia opieki zdrowotnej przewidziano kwotę 65 061 789 tys. zł. W trakcie 2015 r. zwiększono plan kosztów świadczeń opieki zdrowotnej łącznie o 5,26% (od 0,18% w rodzaju koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego do 17,34% w rodzaju leczenie szpitalne). W 2015 r. zwiększono koszty świadczeń o 3 419 208 tys. zł, z tego z funduszu zapasowego NFZ pochodziło 1 547 613 tys. zł. Wykonanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej było wyższe od wykonania roku 2014 r. o 6,97%, w tym: od 0,35% w zakresie realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego do 78,22% w pozycji koszty świadczeń opieki zdrowotnej z lat ubiegłych. Koszty w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny w 2015 r. były niższe od wykonania w 2014 r. o 0,36%.

Poniesione przez NFZ w 2015 r. koszty świadczeń zdrowotnych wyniosły 67 751 200,67 tys. zł (w 2014 r. 63 338 421,40 tys. zł) i były niższe od planowanych o 729 796,33 tys. zł, tj. o 1,07% (w 2014 r. 1,83%).<sup>20</sup> Największy udział w kosztach świadczeń miały koszty leczenia szpitalnego – 49,01%, podstawowej opieki zdrowotnej – 12,99% oraz koszty refundacji aptecznej – 11,79% i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – 8,31%.

Koszty leczenia szpitalnego wyniosły w 2015 r. 33 201 966,96 tys. zł i stanowiły 99,49% wielkości planowanej. Były wyższe od kosztów poniesionych w 2014 r. o 1 987 045,55 tys. zł.

Wartość niewydatkowanych środków na świadczenia opieki zdrowotnej wyniosła w 2015 r. 729 796,33 tys. zł<sup>21</sup> (w 2014 r. było to 1 178 773,60 tys. zł) i stanowiła 1,07% zaplanowanych kosztów świadczeń, z tego niewykonanie całkowitego budżetu na refundację wynosiło 270 271,44 tys. zł. Było to konsekwencją przepisów ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia

<sup>20</sup> Wskaźnik realizacji planu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w poprzednich latach wynosił: 94,25% w 2008 r., 99,13% w 2009 r., 99,10% w 2010 r., 99,86% w 2011 r., 96,33% w 2012 r., 97,19% w 2013 r.

<sup>21</sup> M.in. całkowity budżet na refundację – 270 271,44 tys. zł, leczenie szpitalne – 170 825,04 tys. zł, rezerwa na koszty realizacji zadań wynikających z przepisów o koordynacji 158 885,95 tys. zł.



żywnościowego oraz wyrobów medycznych<sup>22</sup>, które nie przewidują możliwości zmniejszenia kwoty budżetu na refundację i uniemożliwiają przesunięcie niewykorzystanej części na pokrycie kosztów deficytowych świadczeń zdrowotnych.

Wartość świadczeń ponadumownych (ponadlimitowych) nierozliczonych na podstawie ugód i aneksów do umów wykonanych przez świadczeniodawców, których nie ujęto w księgach rachunkowych na dzień 31 grudnia 2015 r. wyniosła 332 744,06 tys. zł, w tym m.in. 232.691,7 tys. zł w rodzaju leczenie szpitalne, 49 217,4 tys. zł w rodzaju rehabilitacja lecznicza, 27 323,0 tys. zł w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Świadczenia ponadumowne (po aneksach i ugodach) stanowiły 0,49% planowanych na 2015 r. kosztów świadczeń zdrowotnych NFZ oraz były o 60,5% niższe niż w roku ubiegłym (842 653,3 tys. zł).

Wartość zawartych ugód pozasądowych, dotyczących zapłaty za świadczenia wykonane w 2015 r., wyniosła 571 195,07 tys. zł, w tym 398 288,06 tys. zł w rodzaju leczenie szpitalne, 89 645,86 tys. zł w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Wartość świadczeń, za wykonanie których świadczeniodawcy zrzekli się zapłaty, w wyniku podpisania aneksów rozliczających umowy, wyniosła 169 878,20 tys. zł (w tym 101 408,09 tys. zł w rodzaju leczenie szpitalne, 29 892,97 tys. zł w rodzaju rehabilitacja lecznicza, 19 313,44 tys. zł w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna), a w wyniku ugód pozasądowych – 193 596,65 tys. zł (w tym 121.888,31 tys. zł w rodzaju leczenie szpitalne, 17 737,93 tys. zł w rodzaju rehabilitacja lecznicza, 37 705,47 tys. zł w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna).

[Dowód: akta kontroli str. 268-274, 708-713, 1214-1216, 3176-3265, 3286-3370]

Średni koszt leczenia (obliczony, jako iloraz wykonania „kosztów świadczeń” i liczby ubezpieczonych oraz uprawnionych) w 2015 r. wyniósł 1 920,86 zł i był o 6,8% wyższy niż w 2014 r. (1 799,19 zł). Koszt ten w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu wynosił m.in.:

- w podstawowej opiece zdrowotnej – średnio 251,95 zł, tj. od 244,38 zł w Świętokrzyskim OW do 254,41 zł w Małopolskim OW,
- w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej - średnio 161,11 zł, tj. od 147,63 zł w Łódzkim OW do 186,39 zł w Podlaskim OW,
- w leczeniu szpitalnym - średnio 950,45 zł, tj. od 901,67 zł w Wielkopolskim OW do 1 011,70 zł w Zachodniopomorskim OW.

[Dowód: akta kontroli str. 268-274, 692]

### **3.2.2. Koszty świadczeń zdrowotnych z tytułu przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego**

Wysokość dokonanych przez Fundusz wydatków z tytułu udzielonych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji w 2015 r. wyniosła 392 604,05 tys. zł (w 2014 r. 330 511,94 tys. zł).

Koszty świadczeń zdrowotnych udzielonych obywatelom UE/EFTA na terenie Polski w 2015 r. wyniosły 169 224,23 tys. zł i były wyższe o 38,08% w stosunku do 2014 r.

OW NFZ prowadziły weryfikację roszczeń z tytułu udzielenia na terenie państw członkowskich UE/EFTA polskim ubezpieczonym świadczeń zdrowotnych i rejestrowały jej wyniki w Systemie Obsługi Formularzy Unijnych (SOFU). W 2015 r. zakwestionowano 256 roszczeń na łączną kwotę 3 848,3 tys. zł.

### **3.2.3. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielone w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej**

Fundusz w 2015 r. zakończył postępowanie w przypadku 4 082 spośród 4 869 wniosków złożonych przez pacjentów o refundację kosztów leczenia poza granicami Polski<sup>23</sup>, w tym

<sup>22</sup> Dz. U. z 2015 poz. 345, ze zm.



pozytywnie 3 741 na łączną kwotę 8 442,02 tys. zł<sup>24</sup>. W I kwartale 2016 r. wartość kosztów z tytułu zwrotu kosztów leczenia poza granicami Polski wyniosła 3 229,82 tys. zł. Realizacja planu finansowego w tej pozycji wyniosła 16,88%.

### **3.2.4. Koszty świadczeń z lat ubiegłych**

Koszty świadczeń z lat ubiegłych obejmowały m.in.: koszty związane z realizacją prawomocnych wyroków sądowych oraz wartość ugód pozasądowych i sądowych za świadczenia udzielone w latach poprzednich. Koszt tych świadczeń wyniósł w 2015 r. 249 186,12 tys. zł i stanowił 80,58% planu oraz był wyższy od kosztów z roku 2014 r. o 109 370,58 tys. zł.

### **3.2.5. Wybrane koszty administracyjne i zatrudnienie**

W planie finansowym NFZ na 2015 r. (po zmianach) koszty administracyjne wyniosły 725 092,00 tys. zł, a ich wykonanie wyniosło 634 247,36 tys. zł, co stanowiło mniej niż 1% łącznych kosztów Funduszu.

Koszty wynagrodzeń wyniosły 315 939,12 tys. zł, tj. 99,58% planu po zmianach (w 2014 r. było to 311 758,75 tys. zł), co stanowiło 49,81% kosztów administracyjnych.

Przeciętne zatrudnienie w Centrali NFZ i OW w 2015 r. wyniosło 5 183,50 etatu i było niższe o 102,15 od planu na IV kwartał 2015 r. oraz wyższe o 60,13 etatu w stosunku do 2014 r. Przeciętne miesięczne wynagrodzenie przypadające na etat wynosiło 5 063,14 zł i było na tym samym poziomie co w 2014 r.

Znaczna liczba wakatów była spowodowana m.in. otrzymaniem w grudniu 2014 r. informacji o przyznanych środkach finansowych i etatach (70) na realizację zadań wynikających z tzw. dyrektywy transgranicznej oraz zmian organizacyjnych związanych ze zmianą Statutu NFZ.

Wydatki NFZ na usługi obce wyniosły 153 314,82 tys. zł (w 2014 r. było to 149 967,77 tys. zł) i stanowiły 85,17% planu.

[Dowód: akta kontroli str. str. 260-265, 1086-1297, 3176-3265, 3286-3370]

Pozostałe koszty obejmujące m.in. wydanie i obsługę kart ubezpieczenia oraz recept, rezerwy na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych wyniosły 159 203,62 tys. zł i były wyższe niż w 2014 r. (152 960,48 tys. zł). Ich wykonanie było niższe od planu po zmianach o 66 347,38 tys. zł (zrealizowano 70,58% planu).

W planie finansowym (po zmianach) koszty rezerw zostały zaplanowane na kwotę 191 952 tys. zł. Realizacja tej pozycji planu wyniosła 137 572,93 tys. zł, co stanowiło 71,67% planu po zmianach i przesunięciach. Niższa niż planowano realizacja tej grupy kosztów wynikała z braku rozstrzygnięć, do czasu zamknięcia ksiąg rachunkowych, w sprawach toczących się przeciwko NFZ o zapłatę za świadczenia wykonane w latach poprzednich ponad limit określony w umowach.

Ponadto NFZ poniósł tzw. „inne koszty” obejmujące m.in. koszty sądowe, zapłacone kary i grzywny, odszkodowania. W planie finansowym określono je w wysokości 32 921,00 tys. zł. Wartość poniesionych kosztów z tego tytułu wyniosła 21 071,93 tys. zł, tj. o 16 152,99 tys. zł mniej niż w 2014 r., w tym z tytułu zapłaconych kar, grzywien i odszkodowań 42,12 tys. zł. tj. o 5,31 tys. zł mniej niż 2014 r.

W wystąpieniu pokontrolnym z realizacji zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2014 (P/15/059) NIK wnioskowała o wyeliminowanie sytuacji, w których Fundusz ponosi koszty z tytułu zapłaconych kar, grzywien i odszkodowań. Prezes NFZ zobowiązał Dyrektorów OW NFZ do wzmocnienia nadzoru nad prowadzonymi przez

<sup>23</sup> Zgodnie z ustawą z dnia 10 października 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach implementujących Dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2014 r., poz. 1491).

<sup>24</sup> Decyzje te dotyczyły wniosków złożonych zarówno w 2014 r. jak i w 2015 r.



podległych pracowników sprawami w celu ograniczenia ryzyka związanego z ponoszeniem przez NFZ kosztów z tytułu kar, grzywien czy odszkodowań związanych z działalnością płatnika publicznego.

Fundusz poniósł w 2015 r. koszty finansowe w wysokości 41 867,64 tys. zł (co stanowiło 56,88% planu).

[Dowód: akta kontroli str.1131-1141, 1402, 3217-3220, 3325-3328, 6347-6349]

### **3.2.6. Zobowiązania**

Zobowiązania zewnętrzne na koniec 2015 r. wyniosły 7 096 985,15 tys. zł (w 2014 r. było to 6 396 257,03 tys. zł.), z czego zobowiązania wobec świadczeniodawców i aptek wynosiły 7 017 453,32 tys. zł (w 2014 r. było to 6 313 265,18 tys. zł).

Na koniec 2015 r. NFZ nie posiadał zobowiązań wymagalnych.

Kwota nieuregulowanych przez Centralę NFZ zobowiązań oraz biernych rozliczeń międzyokresowych kosztów w wysokości prawdopodobnych zobowiązań Funduszu z tytułu rozliczeń kosztów świadczeń udzielonych osobom ubezpieczonym na terenie innego państwa członkowskiego wyniosła na koniec 2015 r. 309 416,91 tys. zł (w 2014 r. 239 689,02 tys. zł).

Fundusz podejmował działania w zakresie uregulowania zobowiązań. Do NFZ nie wpłynęła żadna nota odsetkowa za zwłokę w płatnościach z innego państwa członkowskiego.

### **3.2.7. Wynik finansowy**

Wynik finansowy NFZ wyniósł (-)193 744,99 tys. zł i wynikał, m.in. z:

- niższych niż planowano kosztów świadczeń opieki zdrowotnej o 729 796,33 tys. zł,
- wyższych niż planowano przychodów ze składki należnej brutto w roku planowania równej przypisowi składki o 284 211,12 tys. zł,
- niższych niż planowano kosztów administracyjnych o 90 844,64 tys. zł,
- wyższych niż planowano przychodów ze składek z lat ubiegłych o 87 524,54 tys. zł,
- niższych niż planowano pozostałych kosztów o 66 347,38 tys. zł.

[Dowód: akta kontroli str. 248-255,1199-1273, 3221-3265, 3329-3370, 3378-3386, 3531-3542]

## **4. System kontroli świadczeniodawców oraz system kontroli wewnętrznej**

### **4.1. Weryfikacja danych sprawozdawczych świadczeniodawców, system RUM II**

Opis stanu faktycznego

#### **Budowa Systemu RUM II**

Od 2006 r. NFZ prowadził prace nad systemem RUM II (Rejestr Usług Medycznych II), który miał stanowić rozwinięcie systemu RUM pozwalające na zbieranie oraz analizowanie danych związanych z udzielanymi świadczeniami medycznymi finansowanymi ze środków NFZ, m.in. wprowadzenie mechanizmów identyfikacji i uwierzytelniania, a jednym z jego kluczowych komponentów miało być wprowadzenie Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (KUZ). W 2009 r. Rada Ministrów podjęła decyzję, że KUZ zostanie połączona z dowodem osobistym. Po zawieszeniu projektu pl.ID NFZ, realizując polecenie Ministra Zdrowia, powrócił do koncepcji samodzielnego wydania KUZ. Do lipca 2015 r. udało zakończyć się koncepcję projektu RUM II, przypadki użycia kart wydanych w ramach projektu, założenia do zmian w systemach transakcyjnych NFZ, architekturę systemów informatycznych, wstępne wymagania dla kart, system do zarządzania kartami oraz infolinią, zakresy przetwarzanych danych, a także



przygotować dokumenty pozwalające na uruchomienie postępowania na wybór dostawcy spersonalizowanych kart, systemu zarządzania kartami oraz infolinii.

W marcu 2015 r. Minister Zdrowia podjął decyzję, że oprócz karty KUZ Fundusz będzie odpowiedzialny także za wydanie Karty Specjalisty Medycznego (KSM), co spowodowało konieczność uwzględnienia KSM w ramach projektu RUM II i aktualizację wszystkich opracowanych dokumentów projektowych. W dniu 15 lipca 2015 r. Minister Zdrowia podjął decyzję, iż funkcjonalność m.in. KUZ powinna zostać uwzględniona w projektowanym przez Ministra Spraw Wewnętrznych e-dowodzie, co spowodowało wstrzymanie prac nad systemem RUM II do czasu otrzymania od MSW, jako instytucji wiodącej, decyzji dotyczącej w jakim zakresie NFZ ma się włączyć w realizację projektu e-Dowodu lub do momentu uzyskania innej decyzji Ministra Zdrowia<sup>25</sup>.

Przewidywane, na skutek wprowadzenia systemu, oszczędności szacowane są przez Fundusz na 1% budżetu NFZ w skali roku, czyli około 650 mln zł. Zaoszczędzone środki przeznaczone miały zostać na koszty świadczeń opieki zdrowotnej.

[Dowód: akta kontroli str. 179-205, 292-295, 477-481]

### **Narzędzia weryfikacji danych przekazywanych przez świadczeniodawców**

W 2015 r. Fundusz uznał 1 721 zgłoszeń przekazanych za pomocą ZIP (Zintegrowany Informator Pacjenta) za faktyczne nieprawidłowości, z czego 1 471 zostało rozstrzygniętych a 250 pozostaje do rozstrzygnięcia. Niezakończone postępowania dotyczą głównie spraw w przypadku, których prowadzone są postępowania prokuratorskie lub kontrolne NFZ. W efekcie rozpatrywania zgłoszeń w ZIP Fundusz nałożył 52 kary finansowe na kwotę 934 578,89 zł, rozwiązał dziewięć umów ze świadczeniodawcami, a w 41 przypadkach zawiadomił prokuraturę.

[Dowód: akta kontroli str. 209-218]

Ustalone  
nieprawidłowości

Kontrola NIK wykazała, że: w 11 302 przypadkach Fundusz refundował recepty na kwotę 708 346,87 zł wystawione na osoby zmarłe, a w 74 039 przypadkach na kwotę 5 613 411,50 zł Fundusz refundował recepty wystawione przez zmarłych lekarzy.

Dopiero w trakcie kontroli NIK zostały wszczęte czynności wyjaśniające m.in. w oddziałach wojewódzkich NFZ.

Wyjaśniono, że Centrala przekazuje do OW centralne warunki walidacji i reguł weryfikacji. Oddziały badają poprawność danych o udzielonych świadczeniach. Walidacja gwarantuje wprowadzenie do systemu oddziałów danych poprawnych pod względem struktury. Weryfikacja natomiast sprawdza prawidłowość danych w odniesieniu do zasad realizacji świadczeń opieki zdrowotnej, danych sprawozdawanych przez innych świadczeniodawców oraz w stosunku do innych danych będących w posiadaniu NFZ. Fundusz prowadzi bieżącą weryfikację sprawozdawanych świadczeń w obszarze realizacji recept refundowanych. Dodatkowo prowadzona jest weryfikacja wsteczna.

W ocenie NIK zasadne jest rozszerzenie zasad weryfikacji świadczeń rozliczanych w danym roku, tak aby wyjaśniać lub eliminować sytuacje, kiedy rozliczaniu podlegają świadczenia udzielane na rzecz i przez osoby zmarłe.

W toku kontroli stwierdzono również przypadki:

- realizacji przez jednego pacjenta do 881 recept w ciągu roku,
- wystawienia przez jednego lekarza 33 990 recept w ciągu 2015 r. (powyżej 90 dziennie).

Wyjaśniono, że Fundusz prowadzi bieżące działania związane z analizą sprawozdawanych świadczeń, zarówno związanych z refundacją leków jak i innych procedur medycznych. Analizy te są wykorzystywane w działalności kontrolnej

<sup>25</sup> Do dnia zakończenia kontroli nie zapadły rozstrzygające decyzje w tym zakresie.



Funduszu. W obszarze ordynacji lekarskiej oraz realizacji recept refundowanych wykonywane są sukcesywnie analizy dotyczące nietypowych zjawisk.

[Dowód: akta kontroli str. 296-374]

1. Fundusz nie prowadzi weryfikacji, czy recepta o danym numerze nie została już zrealizowana na terenie innego oddziału, ale jak wyjaśniono, Fundusz planuje wdrożenie tego typu sprawdzenia.

Równocześnie wyjaśniono, że utworzenie systemu baz numerów recept, który pozwalałby aptekom m.in. na weryfikację wykorzystania danego numeru recepty jest w tym momencie niemożliwe do czasu przygotowania zmian legislacyjnych dotyczących funkcjonowania e-recepty oraz rozwiązań technologicznych przewidzianych w Projekcie P1 realizowanym przez CSIOZ.

[Dowód: akta kontroli str. 285-291, 386-453]

2. Równocześnie NIK zwraca uwagę, że Fundusz poniósł w 2015 r. koszty w wysokości 22 106 230,94 zł w związku z refundacją leków sprowadzonych w ramach importu docelowego, z czego ponad połowa poniesionych kosztów przypadła na trzy apteki (11 620 855,62 zł).

Dyrektor Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji w Ministerstwie Zdrowia wyjaśniła, że Minister Zdrowia posiada wiedzę o koncentracji realizacji importu docelowego w kilku aptekach na terenie Warszawy. Do końca czerwca 2016 r. była w tym aspekcie prowadzona kontrola przez pracowników Ministerstwa Zdrowia. Według stanu na dzień 7 lipca 2016 r. Ministerstwo analizowało wyniki kontroli.

Fundusz nie posiada kompletnych danych umożliwiających przyporządkowanie kosztu refundacji poniesionego na produkty medyczne sprowadzone w ramach importu docelowego do konkretnego preparatu (identyfikowanego po numerze kodu EAN/GTIN), gdyż jak wyjaśniono, zgodnie z §2 ust. 1 pkt. 13 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie informacji gromadzonych przez apteki oraz informacji przekazywanych Narodowemu Funduszowi Zdrowia<sup>26</sup>, kod EAN/GTIN jest przekazywany Funduszowi, w przypadku gdy został on nadany. Wyroby medyczne sprowadzane w trybie importu docelowego często nie mają nadanego takiego kodu. Równocześnie apteki nie mają obowiązku przekazywania Funduszowi informacji dotyczącej zrefundowanej substancji czynnej i nazwie handlowej leku.

[Dowód: akta kontroli str. 227-230, 316-319, 539-541]

## 4.2. System Informatyczny Wspomagania Działalności

NFZ używa Systemu Informatycznego Wspomagania Działalności NFZ (SIWDz), który jest dostarczany przez dwóch dostawców<sup>27</sup>. System SIWDz bazuje na rozwiązaniach architektonicznych stosowanych w 1999 r., a w niektórych przypadkach opiera się na niszowych systemach operacyjnych (tj. IBM i/OS) powodujących ciągły wzrost kosztów związanych z utrzymaniem, rozwojem oprogramowania i infrastrukturą. Równocześnie Fundusz nie posiada autorskich praw majątkowych, dostępu do kodów źródłowych ani licencji do modyfikacji systemu SIWDz, a umowy na konserwację i subskrypcję systemu zawierane są w trybie z wolnej ręki<sup>28</sup> z właścicielami praw majątkowych i kodów źródłowych, co może podrażać koszty jego utrzymania.

[Dowód: akta kontroli str. 917-1039, 1288-1319, 1403-1447, 1490-1575]

Od 1 stycznia 2015 r. do 19 maja 2015 r. usługi subskrypcji i konserwacji SIWDz, były wykonywane bezumownie, na podstawie pisemnych zobowiązań

<sup>26</sup> Dz. U. z 2014 r. poz. 122 ze zm.

<sup>27</sup> Pierwotnie systemy informatyczne zostały stworzone dla Kas Chorych, a następnie zostały przejęte i skonsolidowane przez NFZ.

<sup>28</sup> Na podstawie ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 2164).



wykonawców do ich udzielania na zasadach określonych w 2014 r. Pisemne umowy, z datą obowiązywania od 1 stycznia 2015 r., zawarto dopiero 19 maja 2015 r. na łączną kwotę 54 259 032,00 zł (tj. o 4% większą niż w 2014 r.). Długi proces negocjacji związany był m.in. z nieakceptowaniem przez Prezesa Funduszu wynegocjowanych warunków rekomendowanych przez komisję przetargową po kolejnych spotkaniach negocjacyjnych oraz wskazywaniem następnych kwestii do poruszenia w ramach negocjacji.

[Dowód: akta kontroli str. 1288-1319, 1430-1447, 1490-1575]

Prezes Funduszu wskazał na potrzebę wsparcia komisji przetargowej w procesie negocjacji przez doradców zewnętrznych. Zgodnie z analizami sporządzonymi przez dwóch doradców umowy zawarte w 2015 r. na usługi subskrypcji i konserwacji SIWDz zostały ocenione jako bardzo niekorzystne dla NFZ. Wynikało to m.in. z braku zabezpieczenia interesów Funduszu w podstawowych obszarach, tj. zasady realizacji usług, odpowiedzialność wykonawcy, samodzielność NFZ w korzystaniu systemu. Wskazano, że przyjęty model współpracy pogłębia uzależnienia Funduszu od dostawców, co w efekcie powoduje wiele niekorzystnych dla NFZ konsekwencji praktycznych, prawnych i finansowych.

W związku z przedłużającymi się negocjacjami dotyczącymi zawarcia umów na usługi subskrypcji i konserwacji SIWDz na 2016 r. Fundusz zawarł, na tych samych warunkach jak obowiązujące w 2015 r., umowy na okres styczeń - marzec 2016 r. Umowy w nowym brzmieniu zostały zawarte na okres od 1 kwietnia 2016 r. do 30 marca 2019 r. o łącznej wartości 166 846 521,60 zł (tj. wzrost o 2,5% w stosunku do poprzednio obowiązujących umów).

[Dowód: akta kontroli str. 1448-1489, 1576-1961, 2327-2650, 5928-5943,]

NIK zwraca uwagę, że niezabezpieczenie funkcjonowania systemów informatycznych w okresie od 1 stycznia do 19 maja 2015 r. stanowiło zagrożenie dla podstaw funkcjonowania działalności Funduszu. NIK stoi na stanowisku, że działania opierające się na obietnicach wykonawców, bez zabezpieczenia prawnego w postaci umów, nie dają gwarancji należytej ochrony interesów Funduszu, a w konsekwencji całego systemu ochrony zdrowia.

Również zawarcie umów na świadczenia usług subskrypcyjnych i konserwacyjnych w 2015 r., na niekorzystnych warunkach, stanowiło ryzyko dla prawidłowej realizacji usług. Natomiast pozytywnie należy ocenić dążenie Funduszu do zawarcia umów na 2016 r. na korzystniejszych dla NFZ warunkach oraz zabezpieczenia prawnego świadczenia usług w 2016 r. mimo przeciągających się negocjacji.

[Dowód: akta kontroli str. 1448-1489, 1576-1961, 5928-5943]

Fundusz do dnia zakończenia kontroli nie dysponował zatwierdzoną wieloletnią strategią w zakresie rozwoju systemów informatycznych NFZ, pomimo że Prezes NFZ 30 września 2015 r. przedstawił do akceptacji Rady Funduszu sporządzone przez Departament Informatyki w porozumieniu z Departamentem Analiz i Strategii „Założenia do strategii IT”, zmierzające do demonopolizacji i dywersyfikacji dostawców dla systemów informatycznych NFZ.

W „Założeniach do strategii IT” zawarto m.in. analizę stanu obecnego modelu informatyki i organizacji NFZ, propozycję modelu docelowego oraz główne kierunki działań na okres 5 lat. W dokumencie wskazano m.in., że NFZ ponosi m.in. nieuzasadnione koszty związane z funkcjonowaniem systemów SIWDz, w tym zależne od pracy komórek merytorycznych Centrali Funduszu oraz OW NFZ.

Dyrektor Departamentu Informatyki wyjaśnił, iż stwierdzenie, że NFZ ponosi nieuzasadnione koszty związane z funkcjonowaniem systemów jest sformułowaniem przedstawionym przez doradcę zewnętrznego i przedstawia problemy, które według jego przewidywań mogą mieć wpływ na koszty. NFZ traktuje je jako robocze wnioski, które należy uwzględnić podczas prac nad strategią IT na

Uwagi dotyczące  
badanej działalności

Opis stanu  
faktycznego



kolejne lata. Traktowane one są jako wytyczne dla organizacji do nieustannego doskonalenia się, do budowania lepszej współpracy i koordynacji. Wpływają także na bieżące działania Centrali NFZ m.in. realizowane są wewnętrzne szkolenia dla usprawnienia procesu realizacji zmiany w SIWDz.

W dniu 15 października 2015 r. Prezes NFZ przesłał do Ministra Zdrowia „założenia do strategii IT” z prośbą o przedstawienie ewentualnych uwag i akceptację. Do dnia zakończenia kontroli Minister Zdrowia nie odniósł się do tej sprawy.

[Dowód: akta kontroli str. 917-1039, 1321-1341, 2213-2251 ]

W trakcie negocjacji umów na 2015 r. dostawcy oprogramowania SIWDz uznali za niemożliwe ujęcie w nich kwestii przeniesienia praw autorskich z racji przeciągających się negocjacji i ryzyka dla ciągłości funkcjonowania systemów NFZ, natomiast w trakcie negocjacji umów na lata 2016-2019 przedstawili w październiku 2015 r., wstępną wycenę całości systemu, w dwóch wariantach: wariant A, węższy został wyceniony na 239 850,00 tys. zł, a wariant B, szerszy, na 301 350,00 tys. zł.

Dyrektor Departamentu Informatyki wskazał, że wycena praw autorskich i kodów źródłowych, zawierająca jedynie jedną wspólną cenę jako całości systemu, została sporządzona z powodów czysto biznesowych wykonawców, którzy nie zgodzili się na odkupienie częściowe praw autorskich tj. do jednego z systemów obsługujących połowę OW NFZ, które NFZ mógłby wykorzystać do pozostałych OW NFZ. Ponadto wyjaśnił, że sam zakup kodów i praw autorskich jest na tyle istotny, że zwiększyłby zdecydowanie koszty ponoszone przez NFZ (m.in. kadrowe), a nie do końca wiadomo jak sam zakup praw przełożyłby się na późniejsze koszty utrzymania i rozwoju systemu wykupywane w ramach postępowań konkurencyjnych. Koszty te mogłyby być zarówno większe jak i mniejsze, a nawet przybliżone oszacowanie tego jest praktycznie niemożliwe, ponieważ kwestię w tym konkretnym przypadku rozstrzygnąłby ostatecznie rynek.

Dyrektor Departamentu Informatyki wyjaśnił również, że najprawdopodobniej lepszym rozwiązaniem byłoby rozpoczęcie procesu budowy nowego systemu niż proces przejęcia praw autorskich do istniejącego systemu, ponieważ zbudowanie nowego systemu będzie dużo tańsze niż zakup praw do istniejącego systemu. Jednak realizacja pełnego systemu informatycznego - następcy SIWDz w nowoczesnym wykonaniu, w obliczu zapowiedzi likwidacji NFZ i deklarowanych zmian w organizacji ochrony zdrowia, jest mało prawdopodobna, gdyż wiele z funkcjonalności obecnego systemu będzie albo niepotrzebnych, albo diametralnie zmienionych w wyniku zapowiadanych przekształceń organizacji ochrony zdrowia.

W analizie odtworzeniowej aktualnie używanego SIWDz, z zagwarantowaniem dla NFZ majątkowych praw autorskich do systemu, koszt zbudowania i utrzymania nowego systemu, wraz z niezbędną infrastrukturą w okresie 5 lat, wyceniono na 88 936 249,59 zł netto, a czas realizacji projektu określono na 2,5 roku z możliwością skrócenia go do 1,5 roku.

Jak wskazano, w opinii Departamentu Informatyki, koszty zbudowania systemu odtworzeniowego mogą znacząco przekroczyć dwieście milionów złotych brutto (w analizie nie uwzględniono m.in. dodatkowych kosztów osobowych, związanych z przygotowaniem opisu przedmiotu zamówienia oraz kosztów związanych ze współpracą przy realizacji projektu - nadzór zamawiającego, uzgadniania wymagań, testowania, odbiorów, zarządzania procesem zmiany oraz ryzyk, w tym ryzyka opóźnień, które mają negatywny wpływ finansowy), a czas realizacji projektu zajmie nie mniej niż 4 lata (m.in. przez ryzyko wystąpienia opóźnień w realizacji procedur przetargowych niezbędnych do wyboru wykonawców, zmian w prawie w okresie realizacji projektu mogących prowadzić do znaczących zmian wymagań dotyczących systemu, braku zasobów personalnych po stronie NFZ do pełnienia nadzoru w fazie realizacji projektu i jego eksploatacji oraz opóźnienia w realizacji



poszczególnych produktów), a ze względu na ciągły proces zmian prawa istnieje duże prawdopodobieństwo niepowodzenia takiego projektu.

Poza trzema możliwościami (tj. utrzymania w dotychczasowym kształcie systemów SIWDz, zakupu kodów dostępu i praw autorskich do systemów SIWDz lub budowy pełnego systemu informatycznego - następcy SIWDz w nowoczesnym wykonaniu), Departament Informatyki jako najbardziej prawdopodobny scenariusz przedstawił koncepcję realizacji nowego systemu informatycznego w etapach, w miarę materializowania się zmian w organizacji ochrony zdrowia, w tym realizację projektu „Przygotowanie i budowa Otwartej Platformy Ubezpieczeń Zdrowotnych przez NFZ” tzw. OPUZ, który zakłada budowę pierwszego etapu systemu. Projekt zakłada uzyskanie w postępowaniu otwartym pełni praw do nowo wytworzonych, dedykowanych funkcjonalności, tak aby umożliwić późniejsze utrzymanie i rozwój oprogramowania w otwartych konkurencyjnych postępowaniach przetargowych. Projekt OPUZ byłby komplementarny z projektami RUMII oraz P1, przy czym jego realizacja nie zależy od wyników i produktów projektu P1.

[Dowód: akta kontroli str. 1288-1291, 1310-1409, 1962-1964, 2066-2212]

W marcu 2016 r. Minister Zdrowia zaakceptował przygotowany przez NFZ wniosek o dofinansowanie, w ramach funduszy europejskich, Programu Operacyjnego Polska Cyfrowa perspektywy finansowania 2014-2020 działanie 2.1 Wysoka dostępność i jakość e-usług publicznych projektu OPUZ, zakładający poniesienie kosztów w wysokości 118 836 tys. zł. Nastąpiło to pomimo przekazywanych na początku 2016 r. wytycznych wskazujących, że w związku z planowaną, zasadniczą reformą systemu ochrony zdrowia, polegającą na likwidacji NFZ, powinny być realizowane tylko te inwestycje, których zaniechanie mogłoby uniemożliwić bieżące i operacyjne funkcjonowanie Funduszu.

Minister Zdrowia, 11 lipca 2016 r., wyjaśnił, że projekt OPUZ stanowi wariant umożliwiający częściowe zastąpienie istniejącego systemu informatycznego Funduszu nowym produktem wytworzonym w ramach OPUZ (do którego NFZ będzie posiadał także prawa autorskie, co rozpocznie proces demonopolizacji w zakresie głównych systemów informatycznych NFZ) i w przypadku jego wdrożenia zostanie wkomponowany w strategię Funduszu. Prowadzenie projektu OPUZ, w przypadku otrzymania dofinansowania z środków Unii Europejskiej, będzie się odbywać w ścisłej współpracy z organami nadzorczymi NFZ, aby ewentualne zmiany organizacyjne w ochronie zdrowia były odwzorowane w produktach projektu. Projekt OPUZ jest projektem, który niezależnie od sytuacji w zakresie zmian w ochronie zdrowia, może być prowadzony, ponieważ w swoich założeniach zakłada centralizację głównych rejestrów i procesów, które w opinii Ministra Zdrowia i tak powinny być obsługiwane w sposób scentralizowany, niezależnie od zmian w systemie ochrony zdrowia.

[Dowód: akta kontroli str. 540-541, 1319-1322, 1342-1343]

W latach 2014-2016 NFZ wystąpił do różnych urzędów m.in. Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Prokuratury Apelacyjnej, Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów o przeprowadzenie kontroli oraz nadzorowanie spraw związanych z realizacją umów na świadczenie usług utrzymania SIWDz. Ponadto Minister Zdrowia w 2015 r. wystosował wniosek do Prezesa Rady Ministrów w sprawie objęcia przez ABW osłoną antykorupcyjną postępowań na zawarcie umów subskrypcji i konserwacji SIWDz w NFZ.

W 2016 r. przeprowadzono audyt zewnętrzny umów dotyczący świadczenia usług subskrypcji i konserwacji SIWDz zawartych 31 grudnia 2015 r. Wyniki audytu wskazują m.in. na prawidłowe przygotowanie dokumentacji, a także na prawidłowość szacowania roboczogodzin. Jednocześnie zwrócono jednak uwagę na stosowanie przez Fundusz przestarzałych technologii, które wymagałyby docelowo



znaczących modyfikacji w istniejących systemach oraz na zagrożenia w obszarze bezpieczeństwa poszczególnych jego elementów (m.in. polityki zarządzania hasłami, przesyłania danych nieszyfrowanymi połączeniami HTTP, przestarzałych kompilatorów dla rozwiązań tworzonych w Java, C# i Delphi, zbiorczego testowania systemu dla różnych silników antywirusowych).

[Dowód: akta kontroli str. 2002-2065, 2252-2326 ]

Uwagi dotyczące  
badanej działalności

W ocenie NIK Fundusz, będący głównym podmiotem kontraktującym świadczenia w obszarze ochrony zdrowia, powinien działać na podstawie wieloletniej strategii w zakresie kierunków rozwoju IT. Częste zmiany koncepcji funkcjonowania prowadzonych systemów utrudniały wprowadzenie istotnych rozwiązań informatycznych, w tym dotyczących weryfikacji danych sprawozdawczych przekazywanych przez świadczeniodawców.

### **4.3. Kontrola świadczeniodawców, kontrola i audyt wewnętrzny Funduszu**

#### **Kontrole świadczeniodawców**

W 2015 r. oddziały wojewódzkie przeprowadziły łącznie 1 990 postępowań kontrolnych<sup>29</sup>, w ramach których skontrolowały 2 095 umów<sup>30</sup>, w tym 1024 w ramach kontroli planowych oraz 1 071 w ramach kontroli pozaplanowych (doraźnych). Najwięcej umów skontrolowano w rodzaju leczenie szpitalne – 32,4%, AOS – 17,2% oraz POZ – 13,1%. Łączna wartość umów w kontrolowanych zakresach wyniosła 10 678 840 725,16 zł i była niższa o 12,6% w porównaniu do wartości umów skontrolowanych w 2014 r. Łączne skutki finansowe kontroli wskazane w wystąpieniach pokontrolnych wyniosły 135 959 925,72 zł, w tym 115 627 895,96 zł z tytułu zakwestionowanych środków finansowych nienależnie wypłaconych oraz 20 332 029,76 zł z tytułu nałożonych kar umownych.

Najczęściej stwierdzane nieprawidłowości dotyczyły: nieprawidłowej klasyfikacji hospitalizacji do grup JGP, rozliczania świadczeń w tzw. „ruchu międzyoddziałowym”, wykazywania jako hospitalizacja świadczeń, które mogły być udzielane w warunkach ambulatoryjnych, braku w dokumentacji medycznej potwierdzenia udzielonych świadczeń, braku skierowania do objęcia opieką, braku medycznego uzasadnienia rozliczenia wykazanej procedury, niepotwierdzenia wykonania określonych w typie porady badań diagnostycznych, braków w wymaganym sprzęcie i kwalifikacjach personelu medycznego.

Zmniejszenie liczby kontroli, według wyjaśnień Dyrektora Departamentu Kontroli, wynikało z ograniczeń kadrowych dotyczących pracowników do zadań kontrolnych posiadających wykształcenie medyczne oraz rozszerzenia zakresu postępowań kontrolnych o badanie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych oraz dostępności świadczeń.

[Dowód: akta kontroli str. . 6109-6141]

#### **Kontrola wewnętrzna**

Kontrola wewnętrzna w Centrali NFZ w 2015 r. realizowana była w ramach kontroli instytucjonalnej, przez Zespół Kontroli Wewnętrznej, a od 1 kwietnia 2015 r. Dział Kontroli Wewnętrznej i Zarządczej w Departamencie Kontroli, a kontrola funkcjonalna, w zakresie nadzoru merytorycznego, była sprawowana przez właściwe komórki organizacyjne Centrali.

W 2015 r. komórki organizacyjne Centrali przeprowadziły łącznie 61 kontroli, w tym 45 planowych oraz 16 doraźnych, które zakończyły się oceną pozytywną

<sup>29</sup> Spadek do 2014 r. o 26,65% (z 2713).

<sup>30</sup> Spadek do 2014 r. o 24,72% (z 2783).



w 19 przypadkach, pozytywną z uchybieniami w dwóch przypadkach, pozytywną z nieprawidłowościami w sześciu i negatywną w jednym przypadku<sup>31</sup>.

[Dowód: akta kontroli str. 6090–6108, 6313, 7291-7316]

### **Audyt wewnętrzny**

W 2015 r. przeprowadzono 12 tematów zadań audytowych (osiem zapewniających oraz cztery w zakresie czynności doradczych)<sup>32</sup>, w tym dwa zadania w Centrali NFZ:

„Ocena procesu planowania, utrzymania i rozwoju zasobów aplikacyjnych (w tym systemów informatycznych) oraz sprzętowych w odniesieniu do zidentyfikowanych potrzeb” (Centrala NFZ). Ustalono następujące ryzyka/słabości: brak umowy na usługi utrzymania systemu informatycznego SIWDz od dnia 1 stycznia 2015 r., brak mechanizmu kontroli pozwalającego na bieżącą weryfikację zasadności dokonywanych w trakcie roku sprawozdawczego zakupów dotyczących utrzymania systemu informatycznego, brak aktualizacji wdrożonej „Strategii wykorzystania zasobów informatycznych przez NFZ oraz kierunków rozwoju systemu informatycznego na lata 2007-2010” - ryzyko niewłaściwego rozwoju systemów informatycznych. Przeprowadzone w I kwartale 2016 r. przez Wydział Auditorów Wewnętrznych czynności sprawdzające realizację zaleceń wykazały, że wciąż występowało ryzyko związane z brakiem zaakceptowanej strategii IT oraz właściwego zabezpieczenia obsady kadrowej Departamentu Informatyki.

„Realizacja procesu opracowania oraz wdrożenia na poziomie Centrali NFZ systemów: SZBI, SZRK oraz SZCD”<sup>33</sup> (Centrala NFZ), w trakcie którego ustalono m.in. następujące ryzyka/słabości: obowiązująca Polityka bezpieczeństwa była nieadekwatna do wymogów wynikających z przepisów prawnych, brak wymaganych procedur wewnętrznych dotyczących bezpieczeństwa informacji i ciągłości działania, nieuwzględnienie w regulaminie organizacyjnym wszystkich wymaganych zapisów związanych z wdrażaniem SZBI, SZRK i SZCD. Zalecono wynikające z powyższych ustaleń zmiany w zarządzeniach Prezesa NFZ, dokumentowanie potwierdzania przez komitet sterujący odbioru poszczególnych etapów/faz projektu oraz wyrażania

<sup>31</sup> Kontrola doraźna przeprowadzona przez Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali NFZ w dniach od 20 marca 2015 r. do 13 kwietnia 2015 r. na temat: „Działania Wielkopolskiego OW NFZ, dot. zasadności zakwalifikowania do wyższego poziomu referencyjnego oddziałów położniczo-ginekologicznych oraz neonatologicznych, funkcjonujących u wybranych świadczeniodawców” Dyrektor Wielkopolskiego OW NFZ realizując zalecenia pokontrolne zastosował wobec osób odpowiedzialnych środki dyscyplinujące, wprowadził zmiany organizacyjne oraz kadrowe.

<sup>32</sup> Ocena procesu planowania, utrzymania i rozwoju zasobów aplikacyjnych (w tym systemów informatycznych) oraz sprzętowych w odniesieniu do zidentyfikowanych potrzeb (Centrala NFZ), realizacja procesu opracowania oraz wdrożenia na poziomie Centrali NFZ systemów: SZBI, SZRK oraz SZCD (Centrala NFZ), rozpatrywanie skarg i wniosków, w tym na działalność świadczeniodawców w ramach umów (Zachodniopomorski, Pomorski, Kujawsko-Pomorski, Podlaski, Warmińsko-Mazurski, Mazowiecki, Wielkopolski, Lubuski OW NFZ), finansowanie nielimitowanych produktów onkologicznych (Dolnośląski, Lubelski, Łódzki, Małopolski, Opolski, Podkarpacki, Śląski OW NFZ), gospodarowanie majątkiem rzeczowym z uwzględnieniem zakupów sprzętu IT (Zachodniopomorski, Lubuski, Pomorski, Kujawsko-Pomorski, Wielkopolski, Śląski OW NFZ), zapewnienie świadczeń opieki zdrowotnej przez NFZ w nocy i w okresie świątecznym (Warmińsko-Mazurski, Podlaski, Łódzki, Mazowiecki, Lubelski, Podkarpacki OW NFZ), ocena zasadności ogłaszania dodatkowych i uzupełniających postępowań konkursowych (Warmińsko-Mazurski, Zachodniopomorski, Lubuski, Pomorski, Śląski OW NFZ), proces rozpatrywania i realizacji wniosków na leczenie uzdrowiskowe (Podlaski, Mazowiecki, Łódzki, Wielkopolski, Podkarpacki, Małopolski OW NFZ), działanie w oddziale wojewódzkim w celu wydania jak największej liczbie ubezpieczonych kodów dostępu do Zintegrowanego Informatora Pacjenta (ZIP) – Kujawsko-Pomorski, Dolnośląski, Małopolski, Świętokrzyski i Zachodniopomorski OW NFZ, realizacja zadań w obszarze zmniejszenia czasu oczekiwania na świadczenia (Pomorski, Podlaski, Kujawsko-Pomorski, Podkarpacki i Lubelski OW NFZ), zarządzanie i administrowanie nieruchomościami własnymi i lokalami użytkowymi przez OW NFZ, w zakresie remontów i inwestycji (Małopolski, Świętokrzyski i Warmińsko-Mazurski OW NFZ), organizacja i terminowość udzielania porad, wyjaśnień, sporządzania opinii i prowadzenia spraw sądowych w zakresie obowiązujących przepisów prawa (Dolnośląski, Opolski i Wielkopolski OW NFZ) – dane zgodne ze sprawozdaniem z wykonania planu audytu za rok 2015.

<sup>33</sup> Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji (SZBI), Systemu Zarządzania Ryzykiem Korporacyjnym (SZRK) Systemu Zarządzania Ciągłością Działania (SZCD).



zgody na rozpoczęcie nowych etapów/faz. Czynności sprawdzające z tego zadania przewidziane są do przeprowadzenia w III i IV kwartale 2016 r.<sup>34</sup>

[Dowód: akta kontroli str. 5957-5958, 6059-6061, 6305-6317]

Ustalone  
nieprawidłowości

Statut NFZ, nadany rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2014 r. oraz regulamin organizacyjny NFZ, nadany zarządzeniem Prezesa Funduszu 15/2015/GPF z dnia 24 marca 2015 r., nie zapewniały warunków niezbędnych do niezależnego prowadzenia audytu wewnętrznego przez komórkę, co było niezgodne z art. 282 ust. 1 ustawy o finansach publicznych<sup>35</sup>. Wydział Audytorów Wewnętrznych wchodził w skład Departamentu Kontroli. Premie przyznawane pracownikom Wydziału opiniowane były przez Dyrektora Departamentu Kontroli.

Wyjaśniono, że zgodnie z Regulaminem NFZ i Regulaminem Departamentu Kontroli z dnia 20 sierpnia 2015 r. Wydział Audytu podlega bezpośrednio Prezesowi Funduszu. Usytuowanie Wydziału w Departamencie Kontroli i przypisanie nadzoru nad tym Wydziałem Zastępcy Dyrektora Departamentu ma charakter organizacyjny, która ułatwia codzienną działalność operacyjną audytu wewnętrznego. Obejmuje ona administrowanie zasobami ludzkimi, komunikację wewnętrzną i przepływ informacji, administrowanie zasadami i procedurami audytu wewnętrznego. Rola osoby nadzorującej organizacyjnie komórkę audytu wewnętrznego polega na organizacyjnym wspieraniu decyzji merytorycznych Prezesa odnośnie funkcjonowania audytu, poprzez takie zorganizowanie pracy tej komórki, aby decyzje Prezesa były sprawnie wdrażane i realizowane. Kierownictwo Departamentu Kontroli nie ingeruje w działania audytorów wewnętrznych.

Wyjaśniono również, że decyzja o przyznaniu premii audytorom wewnętrznym jest każdorazowo decyzją Prezesa NFZ. Wniosek kierownika komórki organizacyjnej nie jest dla Prezesa wiążący i ma charakter pomocniczy.

NIK nie podziela argumentacji Funduszu. Administrowanie zasobami ludzkimi oraz zasadami i procedurami audytu wewnętrznego oraz wnioskowanie przez Dyrektora Departamentu o przyznanie premii audytorom nie zapewnia, w ocenie NIK, ich niezależności.

[Dowód: akta kontroli str. 6256-6304]

#### **4.4. Nadzór i kontrola Ministra Zdrowia i Ministra Finansów nad Funduszem**

Opis stanu  
faktycznego

Ministerstwo Zdrowia (MZ) przeprowadziło trzy kontrole: „Zbadanie legalności, celowości i gospodarności wybranych aspektów działalności NFZ w zakresie zapewnienia obsługi informatycznej NFZ”, „Wzrost jakości zarządzania w systemie ochrony zdrowia poprzez wsparcie Krajowego Punktu Kontaktowego do spraw Transgranicznej Opieki Zdrowotnej”, w których nie wskazano nieprawidłowości oraz „Wybrane aspekty funkcjonowania jednostki w zakresie prowadzenia i utrzymywania elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych”, zakończoną protokołem kontroli, do którego Prezes Funduszu wniósł zastrzeżenia. Do dnia zakończenia czynności kontrolnych Minister Zdrowia nie odniósł się do wniesionych zastrzeżeń.

Ponadto Ministerstwo Zdrowia zakończyło kontrolę wszczętą w 2014 r. Jej przedmiotem, było zbadanie działalności Centrali NFZ w zakresie weryfikacji danych przekazywanych Ministrowi Zdrowia do rozliczenia w formie dotacji na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej osobom określonym w art. 2 ust. 1 pkt 2-3 oraz art. 12 pkt 2-4, 6 i 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w okresie od 1 stycznia 2013 r.

<sup>34</sup> Zgodnie z Metodologią/Księgą procedur audytu wewnętrznego w NFZ, czynności sprawdzające realizacje zaleceń wykonywane są po roku od przeprowadzenia zadania.

<sup>35</sup> Dz. U. z 2009 r. Nr 157, poz. 1240, ze zm.



do 31 grudnia 2013 r. W wyniku tej kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości i nie wydano oceny oraz zaleceń pokontrolnych.

Minister Finansów nie przeprowadzał kontroli w Centrali NFZ.

[Dowód: akta kontroli str. 6072-6089, 7022-7170]

#### Ocena cząstkowa

W ocenie NIK istotnym elementem umożliwiającym Funduszowi prawidłowe działanie jest wprowadzanie nowoczesnych rozwiązań informatycznych dotyczących w szczególności weryfikacji prawidłowości rozliczanych świadczeń. Wprowadzanie tych rozwiązań powinno się opierać na zaakceptowanej przez Ministra Zdrowia Strategii Informatycznej NFZ, wskazującej cele strategiczne w obszarze informatyki i zapewnieniu odpowiednich zasobów dla ich realizacji. NIK negatywnie ocenia zaistniałe opóźnienia w tworzeniu potrzebnych Funduszowi rozwiązań informatycznych i brak systemowych działań w tym zakresie.

### IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli<sup>36</sup>, wnosi o:

1. wyjaśnienie spraw dotyczących finansowania świadczeń udzielonych przez osoby zmarłe lub na ich rzecz,
2. podjęcie działań w celu zapewnienia komórce Audytu Wewnętrznego bezpośredniej podległości Prezesowi NFZ i warunków niezbędnych do niezależnego prowadzenia audytu wewnętrznego,
3. zapewnienie szybszego rozpatrywania odwołań od decyzji administracyjnych dyrektorów oddziałów wojewódzkich.

### V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia  
zastrzeżeń

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach: jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Zgodnie z art. 54 ust. 1 i 2 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Departamentu Zdrowia NIK.

Obowiązek  
poinformowania  
NIK o sposobie  
wykorzystania uwag  
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Warszawa, dnia 27 lipca 2016 r.

Najwyższa Izba Kontroli  
Departament Zdrowia

Dyrektor  
Piotr Wasilewski



<sup>36</sup> Dz. U. z 2015 r. poz. 1096, ze zm.