



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Poznaniu

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

Poznań, dnia 10 lipca 2012 r.

**Pan
Karol Chojnacki
Dyrektor
Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu**

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹, zwanej dalej „ustawą o NIK”, Najwyższa Izba Kontroli – Delegatura w Poznaniu skontrolowała Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu (dalej Oddział), w zakresie wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2011 r.

W związku z kontrolą, której wyniki przedstawione zostały w protokole kontroli podpisanym w dniu 22 czerwca 2012 r. Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 60 ustawy o NIK, przekazuje Panu Dyrektorowi niniejsze wystąpienie pokontrolne.

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działania Oddziału w zakresie przygotowania i wykonania planu finansowego w 2011 r.

1. W ocenie NIK Oddział prawidłowo przygotował prognozę planu finansowego na 2011 r. uwzględniając założenia i wytyczne przekazane przez Prezesa NFZ.

W 2011 r. Oddział uzyskał przychody w kwocie 5.201.739,39 tys. zł, tj. o 5,06% wyższe niż w 2010 r. Przychody pochodziły głównie ze składek na ubezpieczenia zdrowotne (5.046.380,00 tys. zł) i stanowiły one 97,0% przychodów ogółem.

NIK pozytywnie ocenia stopień wykonania planu finansowego Oddziału w zakresie kosztów, które wyniosły na koniec 2011 r. kwotę 5.201.155,09 tys. zł, co stanowiło 99,98% wielkości planowanej. Koszty realizacji świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych wyniosły 5.019.704,72 tys. zł i były wyższe o 6,84% od planowanych na 2011 r. Przekroczenie planowanych kosztów świadczeń zdrowotnych wystąpiło w związku z przekroczeniem o 46.918,69 tys. zł planowanych kosztów refundacji cen leków (734.761,00 tys. zł). Koszty w tej pozycji planu finansowego zostały przez Oddział oszacowane zgodnie z wytycznymi przekazanymi przez Prezesa NFZ lecz NIK zauważa jednak, że przekroczenie planowanych kosztów, spowodowane było zwiększonym popytem na leki wynikającym z obawy świadczeniobiorców o ich dostępność od dnia 1 stycznia 2012 r.

Oddział dokonał rozliczenia otrzymanych od Wojewody Wielkopolskiego środków finansowych w kwocie 136.730,78 tys. zł na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego. Koszty realizacji ww. zadań wynosiły 136.680,04 tys. zł (97,62% wielkości planowanej).

Koszty 2011 r. z tytułu świadczeń udzielonych ubezpieczonym na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego wyniosły 6.186,6 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.

Na realizację w 2011 r. zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych², Oddział otrzymał dotację

¹ Dz. U. z 2012 r., poz. 82, ze zm.

² Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, ze zm.

z budżetu państwa w wysokości 15.468,77 tys. zł. Środki finansowe pochodzące z dotacji w pełni pokryły koszty tych świadczeń, przy czym przekazywane one były przez Centralę NFZ nie na bieżące finansowanie tych zadań, lecz jako refundacja poniesionych przez Oddział wydatków, sfinansowanych środkami pochodzącymi ze składek na ubezpieczenia społeczne.

2. NIK pozytywnie ocenia prowadzenie przez Oddział czynności kontrolnych u świadczeniodawców oraz czynności windykacyjnych wobec zobowiązanych. W związku ze stwierdzonymi w 2011 r. uchybieniami w realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez 97 świadczeniodawców, Oddział zakwestionował świadczenia na kwotę 5.865,29 tys. zł oraz nałożył kary umowne w wysokości 1.866,24 tys. zł i naliczył odsetki w kwocie 29,51 tys. zł. Wpływy 2011 r. z tytułu należności stanowiących efekt kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przeprowadzonych w 2011 r. i w latach poprzednich wyniosły 6.114,70 tys. zł, wobec należności w wysokości 12.922,21 tys. zł. Kwota pozostająca do rozliczenia w wysokości 6.807,51 tys. zł pozostawała w postępowaniu odwoławczym lub objęta była postępowaniem windykacyjnym albo sądowym.

3. Oddział zawarł ze świadczeniodawcami 5.195 umów na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w 2011 r., których wartość przypadająca na jednego ubezpieczonego w Oddziale wyniosła 1.346,70 zł i była wyższa o 2% w stosunku do roku poprzedniego. Na podstawie analizy trzech postępowań, zakończonych podpisaniem umów na realizację świadczeń opieki zdrowotnej o łącznej wartości 7.089.408 zł, NIK stwierdziła, że Oddział dokonał wyboru świadczeniodawców z zastosowaniem zasad określonych przez Prezesa NFZ, a oferty wybranych świadczeniodawców spełniały wymogi w zakresie wyposażenia w sprzęt oraz kwalifikacji personelu. Plan zakupu świadczeń opieki zdrowotnej został przez Oddział zrealizowany w 99,98%. NIK zwraca jednak uwagę, iż, ze względu na brak ofert świadczeniodawców, nie zabezpieczono dostępności do świadczeń w rodzaju lecznictwa stomatologicznego w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do 18 roku w sześciu powiatach oraz świadczeń w rodzaju lecznictwa stomatologicznego w zakresie ortodoncji w dziewięciu powiatach województwa wielkopolskiego, pomimo iż zakup ww. świadczeń był planowany.

4. W ocenie NIK Oddział podejmował efektywne działania w celu pozyskania informacji o liczbie świadczeniobiorców oczekujących na świadczenia w 2011 r., z wyłączeniem świadczeń w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe, pozyskując dane o kolejkach oczekujących od 98,75% świadczeniodawców. W odniesieniu do świadczeń w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe dane dotyczące poszczególnych świadczeniobiorców były wprowadzane do systemu informatycznego Oddziału. Jednakże zdaniem NIK funkcjonujący w Oddziale system gromadzenia i przetwarzania informacji o świadczeniobiorcach uniemożliwia bieżącą analizę czasu oczekiwania na świadczenia w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe, nie pozwalając na generowanie zbiorczych danych o całej populacji osób oczekujących.

5. Na podstawie analizy harmonogramów czasu pracy 78 lekarzy realizujących świadczenia w czterech zakresach w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna stwierdzono, że pracownicy Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej, odpowiedzialni za monitorowanie realizacji umów w zakresie potencjału świadczeniodawców, nie analizowali prawidłowości realizacji umów w zakresie dostępności personelu pod kątem realnej możliwości przemieszczenia się lekarza pomiędzy miejscami udzielania świadczeń. Natomiast funkcjonujący system informatyczny wykazywał automatycznie istnienie koincydencji czasu pracy lekarza w kilku placówkach. NIK stwierdziła w odniesieniu do 12% poddanej badaniu próby, iż lekarze nie mogli świadczyć usług według zadeklarowanego harmonogramu, z uwagi na zbyt krótki lub nieistniejący margines czasu niezbędny na przejazd pomiędzy miejscami udzielania świadczeń.

6. W ocenie NIK, księgi rachunkowe Oddziału prowadzone były rzetelnie. Ocenę tę uzasadniają wyniki badania systemu rachunkowości, wiarygodności ksiąg rachunkowych oraz próby wydatków. Dokumentacja określająca politykę rachunkowości Oddziału spełniała wymagania art. 10 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości³. W wyniku badania zgodności, którym objęto 164 dowody i zapisy księgowo potwierdzające operacje gospodarcze w łącznej kwocie 259.019.788,79 zł stwierdzono, że spełnione zostały wymogi formalne dotyczące poprawności dowodu, kompletności i poprawności w zakresie kontroli bieżącej i dekretacji oraz kompletności i poprawności formalnej zapisu dowodu w ewidencji księgowej.

7. Sporządzone w 2011 r. w Oddziale sprawozdania roczne w zakresie operacji finansowych: o stanie należności oraz wybranych aktywów finansowych (Rb-N) i uzupełniające o stanie należności z tytułu papierów wartościowych wg wartości księgowej (Rb-UN), a także o stanie zobowiązań według tytułów dłużnych oraz gwarancji i poręczeń (Rb-Z) i uzupełniające o stanie zobowiązań według tytułów dłużnych (Rb-UZ) przekazują

³ Dz. U. z 2009 Nr 152, poz.1223, ze zm.

prawdziwy i rzetelny obraz należności i zobowiązań w 2011 r. Podstawą tej oceny są wyniki badania zgodności danych wykazanych ww. sprawozdaniach z danymi wynikającymi z ewidencji księgowej. Kwartalne sprawozdania Rb-N i Rb-Z za I, II, III i IV kwartał oraz roczne sprawozdania Rb-UN i Rb-UZ zostały sporządzone w Oddziale terminowo, z zachowaniem zasad określonych w załączniku Nr 9 do rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 4 marca 2010 r. w sprawie sprawozdań jednostek sektora finansów publicznych w zakresie operacji finansowych⁴. Oddział dokonywał korekt ww. sprawozdań (po zamknięciu okresu sprawozdawczego w księgach rachunkowych), co było spowodowane zmianą stanu faktycznego w ewidencji księgowej, stosownie do § 10 ust. 5 ww. rozporządzenia.

8. W ocenie NIK, wydatków w Oddziale dokonywano zgodnie z procedurami określonymi w ustawie z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych⁵, co potwierdziło badanie trzech zamówień publicznych o łącznej wartości 5.546.008,50 zł. Roczne sprawozdanie o udzielonych w 2011 r. zamówieniach publicznych sporządzone zostało w terminie określonym w art. 98 ust. 2 tej ustawy. W wyniku badania 60 wydatków z tytułu wykonanych przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej na łączną kwotę 104.088.100,38 zł oraz trzech wydatków inwestycyjnych na łączną kwotę 5.546.008,50 zł stwierdzono, że płatności za wykonane świadczenia zdrowotne oraz zrealizowane dostawy i roboty budowlane Oddział regulował terminowo. Zbadane wydatki inwestycyjne zrealizowane zostały w terminie i w zakresach wynikających z zawartych umów, a w przypadku wydatków z tytułu wykonanych usług świadczeń zdrowotnych, zostały zrealizowane zgodnie z umowami w zakresie rzeczowym, ceny jednostkowej oraz wartości wykonanych usług świadczeń zdrowotnych.

Raporty statystyczno-medyczne będące podstawą zapłaty przez Oddział za świadczenia opieki zdrowotnej były automatycznie weryfikowane przez system informatyczny. Spośród poddanych analizie rozliczeń dotyczących sześciu faktur o łącznej wartości 678.122,91 zł tj. 10% liczby faktur wybranych do badania prawidłowości dokonywania wydatków, wszystkie zostały sprawdzone automatycznie w zakresie poprawności formalnej oraz zweryfikowane merytorycznie przed dniem dokonania płatności.

Wartość świadczeń wykonanych w 2010 r. i 2011 r., które zostały rozliczone po 45 dniu po upływie okresu rozliczeniowego, wyniosła odpowiednio 73.093.520,33 zł i 52.899.672,56 zł. Na podstawie badania 24% faktur odnoszących się do świadczeń zrealizowanych w 2010 r. i 35% faktur dotyczących świadczeń z 2011 r. NIK ustaliła, że Oddział dokonywał płatności za świadczenia w terminie od dwóch do 11 dni od daty przekazania przez świadczeniodawców kompletnej dokumentacji rozliczeniowej. Natomiast w celu dotrzymania przez świadczeniodawców terminu określonego w § 27 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁶, Oddział zamieszczał na stronie internetowej Oddziału komunikaty informujące o konieczności dokonania w wymaganym terminie rozliczeń za świadczenia opieki zdrowotnej.

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi, Najwyższa Izba Kontroli wnosi o:

1. Podejmowanie skutecznych działań w celu wykonywania przez świadczeniodawców umów o realizację świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z zadeklarowanym harmonogramem.

2. Zapewnienie bieżącej analizy czasu oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe.

Najwyższa Izba Kontroli – Delegatura w Poznaniu, na podstawie art. 62 ust. 1 ustawy o NIK, oczekuje przedstawienia przez Pana Dyrektora w terminie 14 dni od daty otrzymania niniejszego 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, przysługuje Panu Dyrektorowi prawo zgłoszenia na piśmie, w terminie 7 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego, do dyrektora Delegatury NIK w Poznaniu, umotywowanych zastrzeżeń w sprawie ocen, uwag i wniosków zawartych w tym wystąpieniu.

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

⁴ Dz. U. Nr 43, poz. 247.

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

⁶ Dz. U. z 2008 r. Nr 81, poz. 484.