

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

DEPARTAMENT PRACY, SPRAW SOCJALNYCH I ZDROWIA

KPZ-410-10/2009

Nr ewid. 164/2009/P/09/091/KPZ

Informacja o wynikach kontroli wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2008 roku

Warszawa październik 2009 r.

Misja *Najwyższej Izby Kontroli jest dbałość o gospodarność i skuteczność w służbie publicznej dla Rzeczypospolitej Polskiej*

Wizja *Najwyższej Izby Kontroli jest cieszący się powszechnym autorytetem najwyższy organ kontroli państwowej, którego raporty będą oczekiwanym i poszukiwanym źródłem informacji dla organów władzy i społeczeństwa*

**Informacja o wynikach kontroli
wykonania planu finansowego
Narodowego Funduszu Zdrowia
w 2008 roku**

Dyrektor Departamentu Pracy,
Spraw Socjalnych i Zdrowia

Lech Rejnuś

Akceptuję:
Marek Zająkała

Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli

Zatwierdzam:
Jacek Jezierski

Prezes
Najwyższej Izby Kontroli

Warszawa, 16 listopada 2009 r.

Najwyższa Izba Kontroli
ul. Filtrowa 57
00-950 Warszawa
tel./fax: 0-22- 444 50 00
www.nik.gov.pl

SPIS TREŚCI

1.	WPROWADZENIE	4
2.	PODSUMOWANIE I SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI	5
2.1.	OGÓLNA OCENA KONTROLOWANEJ DZIAŁALNOŚCI	5
2.2.	SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI	5
2.3.	UWAGI KOŃCOWE I WNIOSKI	10
3.	WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI	11
3.1.	UWARUNKOWANIA PRAWNE I ORGANIZACYJNE.....	11
3.2.	KONTROLA SYSTEMÓW FINANSOWO – KSIĘGOWYCH	17
3.3.	PRZYCHODY FUNDUSZU W 2008 R.	17
3.4.	KOSZTY FUNDUSZU W 2008 R.	20
3.4.1.	<i>Koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych</i>	20
3.4.2.	<i>Koszty świadczeń zdrowotnych z lat ubiegłych</i>	29
3.4.3.	<i>Koszty realizacji ustawy z dnia 22 lipca 2006 r.</i>	30
3.4.4.	<i>Zasady tworzenia jednorodnych grup pacjentów (JGP)</i>	31
3.4.5.	<i>Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych w II półroczu 2008 r.</i>	34
3.4.6.	<i>Koszty programów profilaktycznych</i>	35
3.4.7.	<i>Rozliczanie kontraktów</i>	36
3.4.8.	<i>Koszty administracyjne</i>	38
3.4.9.	<i>Zatrudnienie i wynagrodzenia</i>	39
3.4.10.	<i>Inwestycje</i>	40
3.5.	NADZÓR NAD WYKONANIEM PLANU FINANSOWEGO FUNDUSZU	41
4.	INFORMACJE DODATKOWE O PRZEPROWADZONEJ KONTROLI	44
	ZAŁĄCZNIKI	46

1. Wprowadzenie

Kontrola wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2008 r. podjęta została z inicjatywy własnej Najwyższej Izby Kontroli i uwzględniona w planie pracy NIK na 2009 r.

Celem kontroli było zbadanie i ocena wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2008 r. W ramach tej kontroli oceniona została w szczególności realizacja przez Fundusz przychodów i kosztów, przestrzeganie przepisów, zasad i procedur gromadzenia i wydatkowania środków publicznych oraz rzetelność i poprawność sporządzanych sprawozdań finansowych. Ocenie podlegał również sposób i metodologia wyceny świadczeń zdrowotnych finansowanych przez Fundusz w ramach kontraktowania świadczeń.

W toku kontroli zbadano i oceniono realizację w 2009 r. wniosków pokontrolnych Najwyższej Izby Kontroli, sformułowanych po kontroli wykonania planu finansowego Funduszu w 2007 r., której wyniki przedstawione zostały w „Informacji o wynikach kontroli wykonania planu finansowego przez Narodowy Fundusz Zdrowia w 2007 r. z uwzględnieniem kosztów związanych z zawieraniem ugód na świadczenia zdrowotne wykonane ponad limit określony w umowach zawartych ze świadczeniodawcami w latach 2003-2006.”

Kontrola została przeprowadzona w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w Ministerstwie Zdrowia. Ponadto, zgodnie z art. 29 pkt 2 lit. f ustawy o Najwyższej Izbie Kontroli¹, zasięgnięto informacji w Ministerstwie Finansów.

Zgodnie z art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o NIK, kontrola została przeprowadzona pod względem legalności, gospodarności, celowości i rzetelności.

Kontrola przeprowadzona została zgodnie z obowiązującymi w NIK standardami kontroli².

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

² Por. http://bip.nik.gov.pl/pl/bip/metodyka_kontroli/px_standardy_kontroli_nik.pdf.

2. Podsumowanie i synteza wyników kontroli

2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli, pomimo zastrzeżeń, pozytywnie ocenia wykonanie planu finansowego przez Narodowy Fundusz Zdrowia w 2008 r.

Formułując powyższą ocenę Najwyższa Izba Kontroli wzięła pod uwagę stwierdzone nieprawidłowości, a w szczególności niskie wykonanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, które stanowiły 94,3% planu.

Stwierdzono ponadto, że z naruszeniem prawa wydatkowano:

- 12.482 tys. zł z tytułu przekroczenia planu kosztów w pozycji refundacja cen leków,
- 6.090 tys. zł na koszty świadczeń z lat ubiegłych, pomimo braku w 7 oddziałach wojewódzkich NFZ planu kosztów w tym zakresie,
- 44.673 tys. zł z tytułu zawarciu ugód pozasądowych bez podstawy prawnej.

Z naruszeniem zasad należytego zarządzania środkami publicznymi wydatkowano:

- 5.598 tys. zł z tytułu nieuwzględnienia kosztów wzrostu wynagrodzeń personelu medycznego przy ustalaniu cen świadczeń rozliczanych w ramach systemu koordynacji zabezpieczenia zdrowotnego między państwami UE i EOG.

Łącznie stwierdzone nieprawidłowości finansowe stanowiły 0,12% wykonanych w 2008 r. kosztów NFZ.

Dokonując oceny uwzględniono również realizację wniosków Najwyższej Izby Kontroli z lat poprzednich, a zwłaszcza poprawę w gospodarowaniu środkami, w tym w szczególności ustalenie jednolitych zasad wypłat wynagrodzenia za tzw. nadwykonania, a także ustalenie w kontraktach możliwości wypowiedzenia warunków umownych w przypadkach niższej realizacji świadczeń³.

2.2. Synteza wyników kontroli

1. W 2008 r. zrealizowane przychody Funduszu (ogółem) wyniosły 52.809.916 tys. zł, co stanowiło 100,7% planu po zmianach i przesunięciach oraz 120% wykonania

³ Najwyższa Izba Kontroli negatywnie oceniła wykonanie planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2007 r.

w 2007 r. (44.020.231,5 tys. zł). Realizacja przychodów ze składek na ubezpieczenie zdrowotne wyniosła 101,6% planu (50.648.087 tys. zł). W 2008 r., przy zachowaniu obowiązujących procedur, zwiększono planowane przychody Funduszu o 6,1%. NIK nie wnosi uwag do rzetelności planowania przychodów na 2008 r., ponieważ w znacznej części zrealizowanych kwot nie można było przewidzieć na etapie przygotowywania „Prognozy przychodów ze składek Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2008-2010”. Koszty Funduszu (ogółem) poniesione w 2008 r. wyniosły 51.657.799 tys. zł, co stanowiło 93,6% planu po zmianach i przesunięciach i 122,3% wykonania w 2007 r. (42.257.315 tys. zł). Na koniec 2008 r. nie wystąpiły zobowiązania długoterminowe i wymagalne.

NIK pozytywnie oceniła wiarygodność zapisów księgowych, ich poprawność formalną oraz kontrolę bieżącą i dekretację dowodów, jednakże zwróciła uwagę na brak w systemie finansowo-księgowym automatycznej kontroli prawidłowości ujmowania w księgach daty dowodu. (str. 17-20)

2. W 2008 r., podobnie jak w latach 2006–2007⁴, nie wykorzystano w pełni środków przewidzianych w planie finansowym na zakup świadczeń opieki zdrowotnej. Zrealizowane koszty świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych wyniosły 49.348.746 tys. zł (tj. 94,3% planu po zmianach i przesunięciach⁵), co wynikało z niezrealizowania przez niektórych świadczeniodawców przewidzianych limitów świadczeń oraz późnych zmian planu. Wykonanie planu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej kształtowało się od 89% w Mazowieckim Oddziale Wojewódzkim NFZ do 99,6% w Podkarpackim Oddziale Wojewódzkim NFZ, dlatego też w województwie tym występowały trudności z zapłatą za nadwykonania świadczeń. W ocenie Najwyższej Izby Kontroli zróżnicowanie w wykonaniu planów w poszczególnych oddziałach było skutkiem obowiązującego w 2008 r. algorytmu podziału środków, preferującego duże ośrodki. (str. 20-26)
3. Wartość wykonanych, a nieujętych w księgach rachunkowych i nieopłaconych świadczeń, tzw. nadwykonań, wyniosła w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2008 r. 418.823 tys. zł i była wyższa, w porównaniu do stanu na koniec 2007 r. (96.587 tys. zł), o 322.236 tys. zł (tj. o 336,6%). (str. 26-29)

⁴ W 2007 r. wykonanie planu w tej pozycji wynosiło 96,4%.

⁵ Pierwotny plan kosztów świadczeń opieki zdrowotnej został określony w wysokości 45.294.995 tys. zł. W wyniku dokonywanych zmian w trakcie roku został zwiększony do kwoty 52.359.434 tys. zł, tj. o 7.064.439 tys. zł (o 15,6%).

4. Oddziały wojewódzkie NFZ w ramach rozliczenia planu finansowego za 2008 r. wypłaciły wynagrodzenia świadczeniodawcom, za świadczenia nie mające charakteru ratujących życie. Po zakończeniu roku obrachunkowego i po rozliczeniu kontraktów zawarto 1758 takich ugód, na łączną kwotę 44.673 tys. zł, z tego: 14 ugód na kwotę 378 tys. zł dotyczyło świadczeń wykonanych ponad limit określony w kontraktach obowiązujących w latach 2003–2007, a 1.744 ugody na kwotę 44.295 tys. zł za świadczenia wykonane ponad limit określony w kontraktach, które wygasły z dniem 31 grudnia 2008 r. Należy jednak zaznaczyć, że w porównaniu do lat poprzednich ugody były zawierane według jednolitych zasad określonych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Najwyższa Izba Kontroli podtrzymuje stanowisko wyrażone po kontroli wykonania planu finansowego NFZ za 2007 r., zgodnie z którym zapłata za świadczenia udzielone ponad limit określony w umowach, które wygasły, została dokonana bez podstawy prawnej. NIK ma jednak na uwadze i to, że przestrzeganie zasady dokonywania płatności jedynie za świadczenia limitowe może mieć negatywne skutki finansowe dla świadczeniodawców, w konsekwencji zaś ograniczać dostęp do świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych, a przecież celem systemu opieki zdrowotnej jest niezwłoczne zapewnienie usług medycznych. NIK zwraca jednak uwagę na to, że Minister Zdrowia nie podjął inicjatywy legislacyjnej, a Prezes NFZ nie wnioskował o stosowne działania mające na celu uchwalenie przepisów, które stanowiłyby podstawę prawną do przekazywania środków finansowych za świadczenia wykonane ponad limit określony w zawartych. (str. 29-30).

5. Najwyższa Izba Kontroli uznaje, że wprowadzenie nowego systemu rozliczeń w lecznictwie szpitalnym było celowe. Jednakże faktyczny sposób opracowania systemu jednorodnych grup pacjentów (JGP) oraz jego wdrożenie wskazują - w ocenie NIK - na nadmierny pośpiech przy jego wprowadzaniu. Pilotaż JGP zakończono bowiem 30 czerwca 2008 r., a już 11 czerwca Prezes NFZ wydał Zarządzenie Nr 32/2008/DSOZ formalnie wprowadzające JGP. Działanie takie uniemożliwiło wykorzystanie wszystkich danych z tego pilotażu przy opracowywaniu zarządzenia, o czym świadczy także fakt, że zarządzenie, po jego opublikowaniu, wymagało kilkakrotnej nowelizacji. (str.31-34)
6. W wyniku pośpiesznego wprowadzenia JGP oddziały wojewódzkie NFZ w II półroczu 2008 r. zmuszone były do aneksowania (przedłużyły okres obowiązywania)

większości umów, o łącznej wysokości 13.101.363,07 tys. zł, obowiązujących w poprzednich okresach rozliczeniowych⁶, chociaż - zgodnie z opiniami Biura Prawnego Centrali NFZ - niedopuszczalne było wielokrotne aneksowanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, gdyż stanowiło obejście przepisu art. 156 ust. 1 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁷, skutkujące nieważnością zawartych umów⁸.

W ocenie NIK, przedłużenie okresu obowiązywania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne na II półroczu 2008 r. bez przeprowadzania postępowań konkursowych lub rokowań nie stanowiło naruszenia art. 58 § 1 kodeksu cywilnego, co byłoby podstawą dla ich unieważnienia.⁹ W swojej ocenie NIK uwzględniła również fakt, że przedłużenie obowiązywania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne na II półroczu 2008 r. nie miało na celu obejścia przepisów prawa i naruszenia zasad konkurencyjności, lecz wynikało z nadmiernego pośpiechu we wdrażaniu systemu JGP. Było ono spowodowane chęcią zapewnienia nieprzerwanego dostępu do świadczeń dla ubezpieczonych, ponieważ rozpisanie postępowań konkursowych i podjęcie rokowań w sytuacji jednoczesnego wprowadzania nowego systemu rozliczeń w leczeniu szpitalnym, mogło ograniczyć dostęp do świadczeń. (str. 34-35)

7. W 2008 r., podobnie jak w roku poprzednim, NFZ wypłacił świadczeniodawcom odrębnym strumieniem kwotę 4.838.329 tys. zł (o 270 756 tys. zł więcej niż w 2007 r.) z tytułu realizacji ustawy z 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń¹⁰, bez powiązania tych środków z realizacją świadczeń opieki zdrowotnej (poza podstawową opieką zdrowotną). Przekazywanie środków w taki sposób spowodowało zaniżenie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych na terenie Polski osobom z innych krajów UE uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia

⁶ W przypadku umów wygasających z dniem 31 grudnia 2007 r. dyrektorzy oddziałów wojewódzkich proponowali świadczeniodawcom przedłużenie okresu obowiązywania umowy na okres 4 miesięcy wraz z ustaleniem nowych warunków finansowania i kwoty zobowiązania na ten okres, a następnie dokonali ich przedłużenia na kolejne dwa miesiące, tj. do 30 czerwca 2008 r.

⁷ Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz.1027 ze zm.

⁸ Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie może być zawarta na czas nieoznaczony. Zawarcie umowy na czas dłuższy niż 3 lata wymaga zgody Prezesa Funduszu.

⁹ Art. 58. § 1. Czynność prawna sprzeczna z ustawą albo mająca na celu obejście ustawy jest nieważna, chyba że właściwy przepis przewiduje inny skutek, w szczególności ten, iż na miejsce nieważnych postanowień czynności prawnej wchodzi odpowiednie przepisy ustawy.

¹⁰ Dz.U. Nr 149, poz.1076.

społecznego, ponieważ w wycenie nie uwzględniano podwyższonych wynagrodzeń pracowników medycznych. Szacunkowe skutki finansowe Funduszu z tego tytułu wyniosły 5.598 tys. zł. Środki z tytułu wzrostu kosztów świadczeń zdrowotnych, wynikające z ww. ustawy, z dniem 1 stycznia 2009 r. zostały włączone do wyceny świadczeń zdrowotnych, w związku z czym w 2009 r. dokonano pełnego powiązania wartości przekazanych środków z tytułu wzrostu wynagrodzeń personelu medycznego z wartością realizowanych przez świadczeniodawców świadczeń zdrowotnych. (str. 30-31)

8. W ocenie NIK, funkcjonujące w NFZ procedury w zakresie weryfikacji danych dotyczących wykonanych świadczeń zdrowotnych, są nieskuteczne. W toku kontroli ustalono, że w Śląskim OW NFZ stwierdzono 2.502 przypadki przedłożenia do zapłaty za świadczenia udzielone w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), które faktycznie miały miejsce w czasie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach leczenia szpitalnego (hospitalizacji). Za te świadczenia Fundusz zapłacił 180 tys. zł. W Mazowieckim OW miały miejsce 3.556 takie przypadki, za co zapłacono kwotę 3.847,5 tys. zł. Oddziały wojewódzkie NFZ zawarły umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z 46 lekarzami prowadzącymi indywidualne praktyki lekarza rodzinnego lub praktyki specjalistyczne, choć byli oni jednocześnie wykazywani wśród personelu medycznego udzielającego świadczeń u innego świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń w leczeniu szpitalnym. Stanowiło to naruszenie art. 132 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. (tzw. „konflikt personelu”). (str. 36-37)
9. NIK pozytywnie oceniła nadzór Ministra Zdrowia nad Funduszem w zakresie planowania i realizacji planu finansowego w 2008 r. Formułując powyższą ocenę NIK uwzględniła należyte wywiązywanie się Ministra Zdrowia z obowiązków określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej, dotyczących nadzoru nad realizacją planu finansowego Funduszu. Zwrócono jednak uwagę na brak pogłębionych analiz dotyczących skutków wdrożonego nowego systemu finansowania świadczeń szpitalnych, a także skutków stosowania algorytmu podziału środków pomiędzy oddziały wojewódzkie NFZ. (str. 41-43)

2.3. Uwagi końcowe i wnioski

Ustalenia kontroli dają podstawę do przedstawienia Ministrowi Zdrowia następujących wniosków:

- podjęcia inicjatywy zmierzającej do nowelizacji ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w celu wprowadzenia regulacji szczególnej stanowiącej podstawę prawną przekazywania środków za świadczenia wykonane ponad limit określony w umowach,
- dokonanie analizy i modyfikację obowiązującego algorytmu podziału środków pomiędzy Centralę a oddziały wojewódzkie w celu lepszego wykorzystania środków przewidzianych na świadczenia opieki zdrowotnej.

W stosunku do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wnioski NIK dotyczą:

- podjęcia skutecznych działań zmierzających do lepszego wykorzystania środków przewidzianych w planie finansowym na zakup świadczeń zdrowotnych, celem zwiększenia dostępności świadczeń dla ubezpieczonych,
- przestrzegania zasady wydatkowania środków w wysokościach przewidzianych w planach finansowych oddziałów wojewódzkich Funduszu,
- prowadzenia przez oddziały wojewódzkie bieżących analiz danych zawartych w systemach informatycznych, w celu wyjaśnienia i eliminacji tzw. „konfliktów personelu” medycznego oraz koincydencji.

3. Ważniejsze wyniki kontroli

3.1. Uwarunkowania prawne i organizacyjne

1. Szczegółowe zasady gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia określone zostały w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹¹ oraz wydanym na jej podstawie rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 31 maja 2005 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia.¹² Gospodarkę finansową Narodowego Funduszu Zdrowia regulują również przepisy dotyczące finansów publicznych, w tym przede wszystkim:

- ustawa z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych¹³,
- ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych¹⁴,
- ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości¹⁵.

2. Narodowy Fundusz Zdrowia powołany został na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, obowiązującej od dnia 1 października 2004 r.

Fundusz jest państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną, działającą na podstawie ustawy i statutu nadanego rozporządzeniem z dnia 29 września 2004 r. przez Prezesa Rady Ministrów¹⁶. Statut określa m.in. strukturę organizacyjną Funduszu (art. 96 ust. 8 ustawy).

W skład Narodowego Funduszu Zdrowia wchodzi: Centrala oraz oddziały wojewódzkie Funduszu.

3. Podstawę prowadzenia gospodarki finansowej Funduszu stanowi roczny plan finansowy, zrównoważony w zakresie przychodów i kosztów, którego wzór określa

¹¹ Dz. U. z 2008 r. Nr.164, poz. 1027 ze zm.

¹² Dz. U. Nr 104, poz. 875 ze zm.

¹³ Dz. U. Nr 249, poz. 2104 ze zm.

¹⁴ Dz. U. z 2007 r. Nr 223, poz. 1655 ze zm.

¹⁵ Dz. U. z 2002 r. Nr 76, poz. 694 ze zm.

¹⁶ Statut stanowi załącznik do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 29 września 2004 r. w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia (Dz. U. Nr 213, poz. 2161).

załącznik Nr 1 do rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia¹⁷.

W toku realizacji planu finansowego podstawą prawną dokonania jego zmiany jest art. 124 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach zdrowotnych, zgodnie z którym Prezes Funduszu może dokonać zmiany planu w przypadku zaistnienia sytuacji, których nie można było przewidzieć w chwili jego zatwierdzenia lub ustalenia.

Planowane koszty finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez dany oddział wojewódzki Funduszu nie mogą być niższe niż wysokość kosztów finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przewidzianych w planie finansowym dla danego oddziału w roku poprzednim (art. 118 ust. 4).

Planowane środki na pokrycie kosztów finansowania przez oddziały wojewódzkie Funduszu świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych są dzielone pomiędzy Centralę i oddziały wojewódzkie Funduszu(art. 118 ust. 3), przy czym:

- 1) podstawą podziału środków jest liczba ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziale wojewódzkim Funduszu, z uwzględnieniem ryzyka zdrowotnego przypisanego ubezpieczonemu należącym do danej grupy, wydzielonej według struktury wieku i płci w porównaniu z grupą odniesienia;
- 2) wysokość środków określonych w pkt. 1 koryguje się przez uwzględnienie wskaźników wynikających:
 - ze zróżnicowania kosztu jednostkowego świadczenia opieki zdrowotnej;
 - z liczby i rodzaju świadczeń wysokospecjalistycznych, wykonanych dla ubezpieczonych, zarejestrowanych w danym oddziale wojewódzkim Funduszu, przez świadczeniodawców mających umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawarte z tym oddziałem, w relacji do liczby tych świadczeń ogółem w roku poprzedzającym rok, w którym ten plan jest tworzony.

4. Podstawowym zadaniem Funduszu jest zarządzanie środkami finansowymi, o których mowa w art. 116 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (art. 97 ust. 1).

Przychodami Funduszu są: należne składki na ubezpieczenie zdrowotne, odsetki od nieopłaconych w terminie składek, darowizny i zapisy, środki przekazane na realizację zadań zleconych w zakresie określonym w ustawie, dotacje, w tym dotacje celowe

¹⁷ Tamże art. 118 ust. 1 i 2 oraz rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 31 maja 2005 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 104, poz. 875 ze zm.) obowiązujące od 29 czerwca 2005 r.

przeznaczone na finansowanie zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b omawianej ustawy, środki uzyskane z tytułu roszczeń regresowych, przychody z lokat, środki przekazane przez zakłady ubezpieczeń i Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny na podstawie przepisów o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych¹⁸, inne przychody. Środki finansowe Funduszu mogą pochodzić również z kredytów i pożyczek¹⁹. Ustawą z dnia 21 listopada 2008 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw²⁰ uchylony został z dniem 1 stycznia 2009 r. art. 116 ust. 1 pkt 7a dotyczący uzyskiwania przychodów ze środków przekazywanych przez zakłady ubezpieczeń i Fundusz Gwarancyjny na finansowanie świadczeń zdrowotnych realizowanych w stosunku do osób poszkodowanych w wypadkach komunikacyjnych. Zgodnie z art. 5 ustawy zmieniającej z dnia 21 listopada 2008 r., do dnia 14 lutego 2009 r. Narodowy Fundusz Zdrowia powinien dokonać rozliczenia świadczeń opieki zdrowotnej, udzielonych na skutek zdarzeń zaistniałych w związku z ruchem pojazdów mechanicznych, przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy i zgłoszonych przez świadczeniodawcę do dnia 31 stycznia 2009 r., a pozostałe środki, po rozliczeniu tych zadań, Fundusz przeznaczy na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Kosztami Funduszu są: koszty świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych i dla osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji, koszty świadczeń udzielanych w przypadku, o którym mowa w art. 14b ust. 1, który został uchylony z dniem 1 stycznia 2009 r., koszty refundacji cen leków, wyrobów medycznych, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, koszty zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b, koszty zadań zleconych w zakresie określonym w ustawie, koszty działalności Funduszu, w szczególności koszty amortyzacji, koszty związane z utrzymaniem nieruchomości, koszty wynagrodzeń wraz z pochodnymi, diet i zwrotów kosztów podróży, koszty poboru i ewidencji składek na ubezpieczenie zdrowotne, koszty wypłaty odszkodowań i inne koszty wynikające z odrębnych przepisów. Środki finansowe Funduszu mogą być przeznaczone również na spłatę kredytów i pożyczek²¹.

¹⁸ Art. 116 ust. 1 pkt 7a obowiązywał od 1 października 2007 r. do 31 grudnia 2008 r.

¹⁹ Tamże art. 116 ust. 2.

²⁰ Dz. U. z 2008 r. Nr. 225, poz. 1486.

²¹ Tamże art. 117 ust. 1 i 2.

5. Podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa, zawarta pomiędzy świadczeniodawcą, a dyrektorem oddziału wojewódzkiego Funduszu. Wysokość łącznych zobowiązań Funduszu, wynikających z zawartych umów, nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu (art. 132 ust. 1-5 ustawy o świadczeniach zdrowotnych). Do zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych, a zawieranie przez Fundusz umów odbywa się po przeprowadzeniu postępowania w trybie konkursu ofert albo rokowań (art. 138-139). Jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej, do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stosownie do art. 155 ust. 1 omawianej ustawy, stosuje się przepisy kodeksu cywilnego.

Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie art. 137 ust. 10 ustawy o świadczeniach zdrowotnych, zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r.,²² a następnie rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej²³

Prezes Funduszu określa: przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kryteria oceny ofert, warunki wymagane od świadczeniodawców, po uprzednim zasięgnięciu opinii właściwych konsultantów krajowych.(art. 146)

6. W dniu 6 września 2006 r. weszła w życie ustawa z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń²⁴ w 2006 r. i 2007 r. Objęto nią: zakłady opieki zdrowotnej wykonujące zadania określone w statucie, grupową praktykę lekarską, grupową praktykę pielęgniarek i położnych, osoby wykonujące zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki oraz osoby inne niż ww., które uzyskały fachowe uprawnienia do świadczeń zdrowotnych i udzielają je w ramach wykonywanej działalności gospodarczej.

²² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 197, poz. 1643). Powołane rozporządzenie zostało uchylone z dniem 30 marca 2008 r.; od dnia 13 maja 2008 r. obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. (Dz. U. Nr 81, poz. 484). Zgodnie z § 2 tego rozporządzenia postanowienia umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, zawartych na podstawie dotychczasowych przepisów, obowiązują do czasu zmiany tych umów, nie dłużej jednak niż do końca 2008 r.

²³ Dz. U. Nr 81, poz. 484.

²⁴ Dz. U. Nr 149, poz. 1076.

Zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 2 ww. ustawy, kwota zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy, w umowach zawartych na rok 2007, wzrasta, z mocy prawa, o równowartość 30% kosztów pracy w poszczególnych rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej – w stosunku do podwojonej kwoty zobowiązania, w umowach zawartych na rok 2006 za okres I półrocza według stanu na dzień 30 czerwca 2006 r. Koszty pracy w poszczególnych rodzajach świadczeń stanowią iloczyn kwoty zobowiązania i odpowiedniego wskaźnika określonego w załączniku do ww. ustawy (art. 3 ust. 2).

Zasady finansowania kosztów wzrostu wynagrodzeń w 2008 r. określiły art. 10c, 10d i 10e tej ustawy. W umowach na 2008 r. kwota zobowiązania Funduszu z tytułu opłacenia świadczeń zawierała środki przeznaczone na wynagrodzenia w równowartości środków przekazanych w 2007 r. na wzrost wynagrodzeń.

7. Roczne sprawozdanie z wykonania planu finansowego Funduszu (art. 130 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej) sporządza się za rok obrotowy, według wzoru określonego w załączniku Nr 2 do rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 31 maja 2005 r.²⁵. Zgodnie z § 7 ust. 1 pkt 10, Fundusz sporządza wstępne sprawozdanie roczne z wykonania planu finansowego, które Prezes Funduszu, zgodnie z § 13 tego rozporządzenia przekazuje ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych oraz ministrowi do spraw zdrowia w terminie 105 dni od zakończenia roku.

8. W 2008 r. weszło w życie zarządzenie Nr 32/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 czerwca 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne, które w sposób istotny zmieniło zasady kontraktacji i rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne. Zarządzeniem tym wprowadzono system jednorodnych grup pacjentów (JGP). Wprawdzie wprowadzenie systemu JGP nie zmieniło sposobu rozliczania świadczeń, ponieważ dla celów rozliczeniowych poszczególne świadczenia wyrażone są określoną liczbą punktów, to jednak system JGP zmienił zasady tworzenia katalogu świadczeń.

System jednorodnych grup pacjentów zdefiniowano jako sposób finansowania świadczeń w oparciu o porównywalne kosztowo procedury medyczne, tj. porównywalnego stopnia zużycia zasobów, standaryzowanego czasu pobytu i innych uznanych parametrów. (paragraf 2 ust. 1 pkt 1 zarządzenia)

System obejmuje następujące elementy:

²⁵ Paragraf 6 ust. 1 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 31 maja 2005 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia.

- 1) Charakterystykę JGP, tj. zbiór parametrów służących do wyznaczania grupy, w tym w szczególności:
 - rozpoznania według Międzynarodowej Statystyki Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja Dziesiąta (ICD-10),
 - procedury medyczne według wskazanej przez Fundusz wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych (ICD-9),
 - wiek pacjenta,
 - czas pobytu.
- 2) Algorytm JGP, tj. określony sposób postępowania prowadzący do prawidłowego zakwalifikowania zakończonej hospitalizacji do właściwej grupy JGP.
- 3) Grupa – pojęcie określone kodem i nazwą, ustalające porównywalne kosztowo charakterystyki.

Zakresy świadczeń, grupy świadczeń oraz świadczenia zastały określone w katalogu:

- grup, stanowiącym załącznik Nr 1a do zarządzenia,
- świadczeń odrębnych, stanowiącym załącznik Nr 1b do zarządzenia,
- świadczeń do sumowania, stanowiącym załącznik Nr 1c do zarządzenia,
- radioterapii, stanowiącym załącznik Nr 1d do zarządzenia. (§ 5 zarządzenia).

Załącznikiem Nr 2 do zarządzenia jest wzór umowy o realizację świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne w poszczególnych zakresach świadczeń oraz zasadach rozliczania tych świadczeń (§ 4 zarządzenia).

Zarządzenie określa również zasady postępowania oraz wymagania wobec świadczeniodawców (rozdział 3), zasady sprawozdawania, rozliczania i finansowania świadczeń (rozdział 5).

Dyrektorzy oddziałów Funduszu zobowiązani zostali do wprowadzenia zmian w umowach zawartych przed wejściem zarządzenia w życie (§ 27 zarządzenia)

W związku z wprowadzeniem nowych zasad kontraktowania świadczeń w trakcie roku, i obowiązywania w tym czasie już zawartych umów, wprowadzono okresy przejściowe przy rozliczaniu świadczeń opieki zdrowotnej wykonanych na podstawie umów zawartych przed wejściem w życie zarządzenia. W komunikacie Prezesa NFZ z dnia 11 czerwca 2008 r. podano, że na wniosek świadczeniodawców możliwe było rozliczanie wykonanych świadczeń w oparciu o uproszczoną sprawozdawczość.

Uproszczony system przewidywał możliwość rozliczania w jakikolwiek dostępny sposób, przy uwzględnieniu podanego zestawu danych, a mianowicie:

- liczby faktycznie zrealizowanych i podlegających płatności jednostek rozliczeniowych,
- liczby poszczególnych grup i osobodni dodatkowych,
- ceny jednostki rozliczeniowej,
- danych o ryczałtach (SOR, izby przyjęć).

3.2. Kontrola systemów finansowo – księgowych

Przeglądu analitycznego ksiąg rachunkowych Centrali NFZ dokonano z wykorzystaniem arkusza kalkulacyjnego MS Excel. Przeglądem objęto Dziennik Centrali NFZ za 2008 r. Dziennik obejmował łącznie 68.084 zapisów (7.263 dokumentów). Kontrolę przeprowadzono pod kątem braku obligatoryjnych elementów zapisu lub błędnego formatu obligatoryjnych dat (rejestracji, zdarzenia, dokumentu). Nie wykryto braku ciągłości numeracji zapisów w dzienniku. Nie wystąpiły duplikaty numeracji w dzienniku lub duplikaty innej cechy identyfikującej zapis/dowód. Stwierdzono brak w systemie finansowo-księgowym automatycznej kontroli prawidłowości ujmowania w księgach daty dowodu.

3.3. Przychody Funduszu w 2008 r.

W 2008 r. zrealizowane przychody Funduszu (ogółem) wyniosły 52.809.915,54 tys. zł, co stanowiło 100,69% planu po zmianach i przesunięciach oraz 120% wykonania w 2007 r. (44.020.231,46 tys. zł). Realizacja przychodów ze składek na ubezpieczenie zdrowotne wyniosła 101,6% planu (50.648.086,50 tys. zł).

W 2008 r. przy zachowaniu obowiązujących procedur zwiększono planowane przychody Funduszu o 6,1%. NIK nie wnosi uwag do rzetelności planowania przychodów na 2008 r., ponieważ w znacznej części zrealizowanych kwot nie można było przewidzieć na etapie przygotowywania „Prognozy przychodów ze składek Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2008-2010”. Prognozę sporządzono w oparciu o stałą wartość wskaźnika składki na ubezpieczenie zdrowotne. Na 2008 r. nie przewidywano zmian w systemie finansowania opieki zdrowotnej.

Struktura zrealizowanych przychodów Funduszu (ogółem) w 2008 r. przedstawiała się następująco:

- 50.459.586 tys. zł ze składki należnej brutto, tj. 95,55% przychodów i 101,66% planu po zmianach,
- 224.500 tys. zł ze składek z lat ubiegłych, tj. 0,43% przychodów i 112,25% planu po zmianach,
- 31.160 tys. zł przychody z tytułu z przepisów o koordynacji, tj. 0,06% przychodów i 111,29% planu po zmianach. W planie finansowym NFZ na 2008 r. przychody wynikające z przepisów o koordynacji ustalono na poziomie 28.000 tys. zł. Ich wysokość wynikała z prognozowanych kwot roszczeń Funduszu wobec innych państw członkowskich UE/EOG za świadczenia opieki zdrowotnej udzielone przez świadczeniodawców z terenu Polski na rzecz osób uprawnionych. Szacunku na 2008 r. dokonano w oparciu o kwotę roszczeń Funduszu w 2007 r. i prognozowany wskaźnik wzrostu w wysokości 12%.
- 10.132 tys. zł z tytułu realizacji zadań zleconych, tj. 0,02% przychodów i 91,01% planu po zmianach,
- 72.811 tys. zł z tytułu dotacji budżetu państwa na sfinansowanie zadań, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 3 ustawy, tj. 0,14% i 89,54% planu po zmianach,
- 1.468.873 tys. zł z tytułu dotacji z budżetu państwa na realizację zadań zespołu ratownictwa medycznego, tj. 2,78% ogółu przychodów i 99,91% planu po zmianach,
- 126.121 tys. zł z tytułu pozostałych przychodów, tj. 0,46% ogółu przychodów i 76,2% planu po zmianach),
- 382.492 tys. zł wyniosły przychody finansowe i stanowiły 0,72% ogółu przychodów oraz 112,29% planu po zmianach,
- 34.239 tys. zł pochodziło ze środków przekazanych przez zakłady ubezpieczeń i Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny na podstawie przepisów o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych. Rozliczając należną opłatę ryczałtową, przekazaną do Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia za 2008 r. przez zakłady ubezpieczeń i Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny, na podstawie przepisów art. 43a ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze

Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, w wysokości 758.182,38 tys. zł, kwotę 34.238,73 tys. zł zaprezentowano w pozycji A5 – „środki przekazane przez zakłady ubezpieczeń i Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny na podstawie przepisów o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych” sprawozdania z wykonania planu finansowego, zaś pozostałe środki ujęto w księgach rachunkowych Funduszu jako przychody przyszłych okresów. Zgodnie z uregulowaniami art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 21 listopada 2008 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw²⁶, do dnia 14 lutego 2009 r. oddziały wojewódzkie Funduszu dokonały rozliczenia, zgłoszonych przez świadczeniodawcę do dnia 31 stycznia 2009 r., świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych na skutek zdarzeń zaistniałych z ruchem pojazdów mechanicznych przed dniem wejścia w życie powyższej ustawy. Pozostałe środki finansowe w łącznej wysokości 847.474 tys. zł (obejmujące środki za IV kwartał 2007 r. oraz za 2008 r.), powiększyły pulę planowanych w 2009 r. nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej. Stosowna zmiana planu finansowego NFZ na 2009 r. w tym zakresie została zatwierdzona przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 27 marca 2009 r.

Realizacja przychodów brutto z tytułu składki na ubezpieczenie zdrowotne w podziale na ZUS i KRUS:

w tys. zł

Wyszczególnienie	Wykonanie 2007 r.	Plan na 2008 r.	Wykonanie 2008 r.	Różnica (wyk.–plan)	% realizacji planu	Dynamika 2008/2007
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>
Składki z ZUS	39 428 802,62	45 744 535,00	46 676 954,02	932 419,02	102,04%	118,38%
Składki KRUS	2 998 431,28	4 090 982,00	4 007 132,48	-83 849,52	97,95%	133,64%
Razem:	42 427 233,90	49 835 517,00	50 684 086,50	848 569,50	101,70%	119,46%

²⁶ Dz. U. Nr 225, poz. 1486.

Niższe niż przewidywano w planie wykonanie przychodów z tytułu składek realizowanych przez KRUS wynikało z niższych cen skupu zbóż, w oparciu o które ustalana jest wysokość składki.

3.4. Koszty Funduszu w 2008 r.

Poniesione w 2008 r. koszty Funduszu ogółem wyniosły 51.657.798,48 tys. zł, co stanowiło 93,61% planu po zmianach i przesunięciach. W porównaniu do 2007 r. (42.257.314,98 tys. zł) koszty ogółem były wyższe o 9.400.483,50 tys. zł, tj. o 22,25%.

Struktura kosztów Funduszu:

w tys. zł

Wyszczególnienie:	Wykonanie 2007 r.	Plan 2008 r.	Wykonanie 2008 r.	% realizacji planu	Dynamika 2008/2007 r.
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5=4/3</i>	<i>6=4/2</i>
Koszty poboru i ewidencjonowania składek	83 423,87	98 360,00	98 278,43	99,92%	117,81%
Koszty świadczeń zdrowotnych	40 122 980,19	52 359 434,00	49 348 745,56	94,25%	122,99%
Koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie	12 434,40	11 133,00	10 066,99	90,42%	80,96%
Koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego	1 146 595,39	1 471 283,00	1 468 760,69	99,83%	128,10%
Koszty administracyjne	419 520,73	539 951,00	477 548,93	88,44%	113,83%
Pozostałe koszty	391 086,21	617 049,00	175 536,17	28,45%	44,88%
Koszty finansowe	35 286,26	84 614,00	78 861,71	93,20%	223,49%
Razem	42 257 314,98	55 181 824,00	51 657 798,48	93,61%	122,25%

3.4.1. Koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych.

Pierwotny plan kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, zatwierdzony w dniu 20 września 2007 r. przez Ministra Zdrowia, w porozumieniu z Ministrem Finansów, przewidywał kwotę 45.294.995 tys. zł. W wyniku dokonywanych, w trakcie jego realizacji, zmian został on zwiększony do 52.359.434 tys. zł, tj. o 15,60%.

Zrealizowane koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych wyniosły w 2008 r. 49.348.745,56 tys. zł, i stanowiły 94,25% planu po zmianach i przesunięciach.

Koszt realizacji ustawy z 22 lipca 2006 r. o przekazywaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń wyniósł 4.840.342,44 tys. zł.

Wykonanie planu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w NFZ w poszczególnych rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej w latach 2006-2008 prezentuje poniższe zestawienie:

w tys. zł

Wyszczególnienie	Poz	Wykonanie planu finansowego NFZ w 2006 r.	Wykonanie planu finansowego NFZ w 2007 r.	2008 r.			(7:3) w %	(7:4) w %	(7:6) w %
				Plan finansowy NFZ zatwierdzony w dniu 20 września 2008 r.(pierwotny)	Plan finansowy NFZ na 2008 r. po zmianach i przesunięciach (ostateczny)	Wykonanie planu finansowego NFZ w 2008 r.			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych (B2.1+...+B2.18), w tym:	B2	35 965 839,60	40 122 980,19	45 294 995,00	52 359 434,00	49 348 745,56	137,21%	122,99%	94,25%
wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (B2.1.1+...+B2.11.1)	B2.n.1	989 215,80	4 567 572,79	-	4 892 926,00	4 840 342,44	-	105,97%	98,93%
koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy (B2.1.2+...+B2.13.2)	B2.n.2	-	2,51	-	62 856,00	34 237,79	-	1364055,38%	54,47%
podstawowa opieka zdrowotna, w tym:	B2.1	3 988 042,23	4 674 631,77	5 434 945,00	5 901 384,00	5 833 901,48	146,28%	124,80%	98,86%
wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń	B2.1.1	-	718 661,04	-	737 810,00	707 543,07	-	98,45%	95,90%
koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy	B2.1.2	-	0,00	-	15,00	0,00	-	-	0,00%
ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w tym:	B2.2	2 672 447,38	3 141 952,98	3 566 177,00	4 235 682,00	3 940 396,10	147,45%	125,41%	93,03%
wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń	B2.2.1	109 949,74	438 136,98	-	437 935,00	435 499,23	396,09%	99,40%	99,44%

Ważniejsze wyniki kontroli

koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy	B2.2.2	-	0.00	-	2 551.00	690.16	-	-	27,05%
leczenie szpitalne, w tym:	B2.3	15 688 120.55	18 623 125.91	18 477 051.00	24 918 246.00	23 802 148.63	151,72%	127,81%	95,52%
wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń	B2.3.1	613 357.47	2 550 805.26	-	2 848 139.00	2 843 545.90	463,60%	111,48%	99,84%
koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy	B2.3.2	-	2.51	-	55 213.00	32 023.43	-	1275833,86%	58,00%
programy terapeutyczne (lekowe)	B2.3.3	-	735 422.99	1 009 228.00	1 166 641.00	867 321.38	-	117,94%	74,34%
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w tym:	B2.4	1 169 877.06	1 362 627.90	1 417 032.00	1 781 471.00	1 677 905.48	143,43%	123,14%	94,19%
wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń	B2.4.1	57 725.43	230 718.62	-	230 931.00	230 112.01	398,63%	99,74%	99,65%
koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy	B2.4.2	-	0.00	-	92.00	6.92	-	-	7,52%
rehabilitacja lecznicza, w tym:	B2.5	1 035 827.17	1 255 027.69	1 290 587.00	1 639 403.00	1 561 334.87	150,73%	124,41%	95,24%
wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń	B2.5.1	46 010.35	183 189.00	-	183 557.00	182 473.34	396,59%	99,61%	99,41%
koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy	B2.5.2	-	0.00	-	2 094.00	1 008.59	-	-	48,17%
opieka długoterminowa, w tym:	B2.6	578 042.77	702 290.88	759 744.00	970 110.00	911 956.07	157,77%	129,85%	94,01%
wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń	B2.6.1	28 775.77	113 523.96	-	114 565.00	112 066.09	389,45%	98,72%	97,82%
koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy	B2.6.2	-	0.00	-	229.00	114.93	-	-	50,19%
leczenie stomatologiczne, w tym:	B2.7	1 058 123.29	1 255 098.57	1 870 986.00	1 889 474.00	1 738 769.70	164,33%	138,54%	92,02%

Ważniejsze wyniki kontroli

wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń	B2.7.1	53 314.37	209 981.54	-	210 311.00	203 484,77	381,67%	96,91%	96,75%
koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy	B2.7.2	-	0.00	-	79.00	0,76	-	-	0,96%
lecznictwo uzdrowiskowe, w tym:	B2.8	346 362.80	375 324.84	485 150.00	512 174.00	475 407,51	137,26%	126,67%	92,82%
wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń	B2.8.1	7 260.29	32 103.61	-	41 402.00	41 351.39	569,56%	128,81%	99,88%
koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy	B2.8.2	-	0.00	-	70.00	0,00	-	-	0,00%
pomoc doraźna i transport sanitarny, w tym:	B2.9	1 015 510.12	26 128.95	30 722.00	32 059.00	30 542.58	3,01%	116,89%	95,27%
wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń	B2.9.1	51 171.30	4 562.25	-	4 443.00	4 397.15	8,59%	96,38%	98,97%
koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy	B2.9.2	-	0.00	-	72.00	0.00	-	-	0,00%
koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu, w tym:	B2.10	103 266.81	162 337.63	117 769.00	126 611.00	94 941.53	91,94%	58,48%	74,99%
wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń	B2.10.1	3 929.31	15 136.44	-	12 954.00	9 554.05	243,5%	63,12%	73,75%
koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy	B2.10.2	-	0.00	-	12.00	0.00	-	-	0,00%
świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, w tym:	B2.11	957 846.25	1 085 515.71	1 096 941.00	1 228 266.00	1 156 046.65	120,69%	106,50%	94,12%

Ważniejsze wyniki kontroli

wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń	B2.11.1	17 721.77	70 754.09	-	70 879.00	70 315.44	396,77%	99,38%	99,20%
koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy	B2.11.2	-	0.00	-	96.00	11.86	-	-	12,35%
zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne	B2.12	495 296.57	540 345.70	546 282.00	597 756.00	577 033.22	116,50%	106,79%	96,53%
koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy	B2.12.2	-	0.00	-	582.00	341.11	-	-	58,61%
refundacja cen leków	B2.13	6 695 760.88	6 727 324.09	7 349 055.00	7 426 884.00	7 367 045.33	110,03%	109,51%	99,19%
refundacja cen leków, o których mowa w art. 36 ust. 4 ustawy	B2.13.1	-	16 454.30	21 660.00	24 789.00	14 274.21	-	86,75%	57,58%
koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy	B2.13.2	-	0.00	-	1 751.00	40.03	-	-	2,29%
rezerwa na koszty realizacji zadań wynikających z przepisów o koordynacji	B2.14	161 315.72	150 881.75	380 180.00	373 580.00	154 634.46	95,86%	102,49%	41,39%
rezerwa na pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych oraz refundacji cen leków	B2.15	0.00	0.00	2 472 374.00	11 045.00	0.00	-	-	0,00%
rezerwa na koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy	B2.16	-	0.00	0.00	615 046.00	0.00	-	-	0,00%
rezerwa na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych	B2.17	-	0.00	0.00	0.00	0.00	-	-	-
koszty świadczeń zdrowotnych z lat ubiegłych	B2.18	-	40 365.82	0.00	100 243.00	26 681.95	-	66,10%	26,62%

Koszty ogółem świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu nie przekroczyły kwot przewidzianych w planach oddziałów.

Nastąpiły jednak przekroczenia planu w poszczególnych pozycjach kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, bez stosownych zmian i przeniesień w planach. Dotyczyło to następujących oddziałów:

- Kujawsko-Pomorskiego, w którym koszty refundacji cen leków wyniosły 101,21% planu (przekroczenie planu o 4.998,81 tys. zł);
- Lubelskiego, w którym koszty refundacji cen leków wyniosły 100,54% planu (przekroczenie planu o 2.247,61 tys. zł);

- Podkarpackiego, gdzie koszty refundacji cen leków wyniosły 101,04% planu (przekroczenie planu o 3.618,64 tys. zł);
- Pomorskiego, gdzie koszty refundacji cen leków wyniosły 100,35% planu (przekroczenie planu o 1.617,32 tys. zł).

W ocenie NIK, wydatkowanie środków w tej pozycji, bez wcześniejszej zmiany planu, naruszało art. 35 ust. 1 ustawy z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych²⁷, który stanowi, że wydatki publiczne mogą być ponoszone na cele i w wysokości ustalonej w planie finansowym jednostki sektora finansów publicznych.

W 2008 r. Fundusz zawarł ze świadczeniodawcami łącznie 46.734 umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na kwotę 35.930.651,34 tys. zł.

Według stanu na koniec I kwartału 2008 r. kontraktacja świadczeń medycznych przedstawiała się następująco:

Rodzaj świadczeń	Plan na 2008 r.	Kontrakty na 2008 r.	Kontrakt/Plan w %	Liczba umów
Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne	3.741.998.000	2.812.572.073,12	75,16	7.827
Leczenie szpitalne	20.794.451.000	8.020.007.965,69	38,56	1.716
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	1.564.041.000	1.245.013.344,00	79,60	1.354
Rehabilitacja lecznicza	1.379.793.000	1.199.494.285,04	86,93	2.522
Opieka długoterminowa	791.547.000	677.240.391,06	85,55	1.431
Leczenie stomatologiczne	1.912.719.000	1.787.616.874,29	93,45	9.229
Leczenie uzdrowiskowe	520.298.000	475.330.941,08	91,35	1.623
Pomoc doraźna i transport medyczny	1.372.389.000	1.317.509.999,10	96,00	340
Profilaktyczne programy zdrowotne	124.600.000	98.915.401,19	79,38	506
Świadczenia odrębnie kontraktowane	1.157.499.00	918.137.770,88	79,32	385
Razem:	38.329.211.000	18.076.508.104,37	42,21	26.933

Łączna wartość umów zawartych na rok 2008 wg stanu na dzień 30 czerwca 2008 r.:

Rodzaj świadczeń	w tys. zł			
	Plan na 2008 r.	Kontrakty na II kw. 2008 r.	Kontrakt/Plan w %	Liczba umów
Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne	4 161 609,00	3 626 238,33	87,14%	9 712
Leczenie szpitalne	23 921 712,00	12 130 530,38	50,71%	1 893
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	1 711 644,00	1 475 579,92	86,21%	1 634
Rehabilitacja lecznicza	1 476 496,00	1 337 067,78	90,56%	2 848

²⁷ Dz. U. Nr 249, poz. 2104 ze zm.

Ważniejsze wyniki kontroli

Opieka długoterminowa	890 085,00	768 701,80	86,36%	1 681
Leczenie stomatologiczne	1 898 243,00	1 797 763,62	94,71%	9 363
Leczenie uzdrowiskowe	526 428,00	488 174,34	92,73%	1 627
Pomoc doraźna i transport medyczny	1 372 887,00	1 288 664,12	93,87%	365
Profilaktyczne programy zdrowotne	128 365,00	103 901,56	80,94%	516
Świadczenia odrębnie kontraktowane	1 192 765,00	1 104 284,67	92,58%	455
Razem:	37 280 234,00	24 120 906,52	64,70%	30 094

Łączna wartość umów zawartych na rok 2008 wg stanu na dzień 30 września 2008 r. wynosiła:

	w tys. zł			
Rodzaj świadczeń	Plan na 2008 r.	Kontrakty na III kwartał 2008 r.	Kontrakt/Plan w %	Liczba umów
Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne	4 148 896,00	3 870 174,05	93,28%	9 790
Leczenie szpitalne	23 897 712,00	22 873 875,45	95,72%	1 939
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	1 739 459,00	1 616 062,61	92,91%	1 651
Rehabilitacja lecznicza	1 523 368,00	1 450 403,20	95,21%	2 864
Opieka długoterminowa	920 067,00	850 594,65	92,45%	1 693
Leczenie stomatologiczne	1 896 350,00	1 827 438,91	96,37%	9 395
Leczenie uzdrowiskowe	519 128,00	497 090,00	95,75%	1 645
Pomoc doraźna i transport medyczny	1 373 227,00	1 367 048,54	99,55%	387
Profilaktyczne programy zdrowotne	129 162,00	109 456,76	84,74%	521
Świadczenia odrębnie kontraktowane	1 200 389,00	1 129 128,69	94,06%	463
Razem:	37 347 758,00	35 591 272,86	95,30%	30 348

Koszty realizacji świadczeń (bez refundacji cen leków) wyniosły na koniec 2008 r. 41.981.700,23 tys. zł, przy czym koszty te były realizowane na podstawie m.in.:

- podpisanych umów wraz z aneksami – 40.736.085,8 tys. zł,
- indywidualnych decyzji dyrektorów OW NFZ – 1.897,44 tys. zł,
- ugód zawartych pomiędzy dyrektorami OW NFZ a świadczeniodawcami, w tym także z tytułu nadwykonań w stosunku do kontraktów zawartych w 2008 r. - 63.602 tys. zł.

W 2008 r. świadczeniodawcy nie wykonali kontraktów (planów rzeczowo-finansowych) na łączną kwotę 1.002.561,07 tys. zł, co stanowiło 1,95% planu po zmianach. W porównaniu do 2007 r. koszty niezrealizowanych świadczeń (669.816,26 tys. zł) i były wyższe o 332.744,81 tys. zł, tj. o 49,68%.

W strukturze niezrealizowanych kontraktów największy udział miały świadczenia w rodzajach: leczenie szpitalne – 59,56% (ogółem: 597.101,83 tys. zł, w tym 304,87 tys.

zł z tytułu ustawy z 22 lipca 2006 r.), AOS – 15,61% (ogółem: 156.468,73 tys. zł, w tym: 988,8 tys. zł z tytułu ustawy z 22 lipca 2006 r.).

Wysokość wykonanych przez świadczeniodawców, a nieujętych w księgach rachunkowych ponadumownych świadczeń medycznych, za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2008 r., wyniosła 418.823,43 tys. zł, w tym w zakresie: leczenia szpitalnego – 302.288,15 tys. zł, rehabilitacji leczniczej – 42.261,30 tys. zł, AOS – 37.606,33 tys. zł.

W porównaniu do stanu na 31.12.2007 r. (96.587,35 tys. zł) wartość świadczeń zdrowotnych wykonanych ponad limit określony w umowach zwiększyła się na koniec 2008r. o 322.236,08 tys. zł, tj. o 336,62%.

Przed zakończeniem 2008 roku we wszystkich oddziałach wojewódzkich NFZ przeanalizowano przewidywane wykonanie kosztów świadczeń dla aneksowania umów.

Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu, po rozliczeniu zawartych umów, potwierdzeniu sald rozliczeń i uwzględnianiu środków, które nie zostały wykorzystane przez świadczeniodawców realizujących kontrakty 2008 r. poniżej planu, zostali upoważnieni do rozliczenia tzw. nadwykonań pozostałych świadczeniodawców poprzez:

- aneksowanie warunków umownych w terminie 45 dni od terminu, na który zawarta była umowa,
- zawarcie ze świadczeniodawcą ugody pozasądowej, gdy wygasł termin umowy, na który była zawarta.

Postępowanie w sprawach o zawarcie ugód pozasądowych prowadzone było w oddziałach wojewódzkich Funduszu według jednolitych zasad. Zgodnie z przekazanymi dyrektorom oddziałów wojewódzkich Funduszu wytycznymi, procesowi zawierania ugód mogły podlegać świadczenia zdrowotne kontraktowane przez oddziały wojewódzkie w ramach wybranych rodzajów świadczeń, w tym: ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczeniu szpitalnym, opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień, rehabilitacji leczniczej, opiece długoterminowej, leczeniu stomatologicznym, kosztów profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu oraz świadczeń zdrowotnych kontraktowanych odrębnie, a wartość wszystkich środków przekazanych świadczeniodawcom w roku 2008 za zrealizowane poszczególne rodzaje świadczeń zdrowotne, nie mogła przekroczyć wartości środków przewidzianej w planie finansowym dla tych świadczeń.

W związku z tym w pierwszej kolejności po cenie wynoszącej 100% ceny ustalonej w umowie finansowano w ugodach świadczenia realizowane w rodzajach: leczenie szpitalne, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, profilaktyczne programy zdrowotne oraz świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, w szczególności oznaczone przez świadczeniodawców w komunikatach jako ratujące życie/pilne, i zweryfikowane jako takie przez zespół pracowników oddziału wojewódzkiego NFZ, oraz świadczenia „tzw. nielimitowane”. W dalszej kolejności po cenie wynoszącej 100% ceny ustalonej w umowie zostały sfinansowane w ugodach świadczenia w innych zakresach świadczeń niż określone w poszczególnych umowach zawartych ze świadczeniodawcami do wysokości kwoty przewidzianej w kontraktach, zaś w ostatniej kolejności - po cenie nieprzekraczającej 40% ceny ustalonej w umowie - pozostałe świadczenia.

W wyniku ww. negocjacji, oddziały wojewódzkie NFZ zawarły umowy do wysokości maksymalnego poziomu finansowania świadczeń, wyznaczonego przez ich plany, w zamian za zrzeczenie się przez świadczeniodawców prawa do dochodzenia roszczeń wynikających z umowy, zarówno istniejących, jak i mogących powstać w przyszłości.

Oddziały wojewódzkie NFZ w ramach rozliczenia planu finansowego za 2008 r. wypłaciły wynagrodzenia świadczeniodawcom, w formie tzw. „ugód pozasądowych”, które nie dotyczyły świadczeń ratujących życie. Po zakończeniu roku obrachunkowego i po rozliczeniu kontraktów zawarto 1.758 takich ugód, na łączną kwotę 44.672,55 tys. zł, z tego:

- 14 ugód na kwotę 377,91 tys. zł dotyczyło świadczeń wykonanych ponad limit określony w kontraktach obowiązujących w latach 2003 – 2007,
- 1.744 umowy na kwotę 44.294,64 tys. zł dotyczyło świadczeń wykonanych ponad limit określony w kontraktach, które wygasły z dniem 31 grudnia 2008 r.

Najwyższa Izba Kontroli podtrzymuje stanowisko wyrażone w wystąpieniu pokontrolnym przekazanym Prezesowi NFZ po kontroli wykonania planu finansowego NFZ za 2007 r., zgodnie z którym zapłata za świadczenia udzielone ponad limit określony w umowach, które wygasły, została dokonana bez podstawy prawnej. Zobowiązanie się w ugodzie do świadczenia, o wartości przewyższającej wartość zobowiązania nie może być uznane za wzajemne ustępstwo, lecz za zobowiązanie się do świadczenia bez tytułu²⁸. NIK ma jednak na uwadze i to, że przestrzeganie zasady dokonywania płatności jedynie

²⁸ Wyrok Sądu Najwyższego IV CR 424/81 z 26 listopada 1981 r.

za świadczenia limitowe może mieć negatywne skutki finansowe dla świadczeniodawców, w konsekwencji zaś ograniczać dostęp do świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych, a przecież celem systemu opieki zdrowotnej jest niezwłoczne zapewnienie usług medycznych. NIK zwraca uwagę także i na to, że Prezes NFZ nie podjął skutecznych działań mających na celu zmianę przepisów, które stanowiłyby podstawę prawną do przekazywania środków finansowych za świadczenia wykonane ponad limit określony w zawartych umowach.

3.4.2. Koszty świadczeń zdrowotnych z lat ubiegłych

Koszty świadczeń zdrowotnych z lat ubiegłych w 2008 r.:

Wyszczególnienie	2007 r. wykonanie	2008 r.		% realizacji planu	Dynamika 2008/2007
		Plan	Wykonanie		
Koszty świadczeń zdrowotnych z lat ubiegłych	40 365,82	100 243	26 681,95	26,62%	66,10%

Koszty z lat ubiegłych obejmowały m.in. koszty wynikające z rachunków bądź korekt rachunków za świadczenia udzielone w latach ubiegłych oraz wartość ugód pozasądowych za świadczenia. Wartość ugód pozasądowych w 2008 r. z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej wykonanych ponad limity określone w umowach obowiązujących w latach 2003-2007 wyniosła 1.745,90 tys. zł.

Dopiero na polecenie Prezesa NFZ z 31 marca 2008 r. (znak: NFZ/CF/DEF/DBJ/2008/0325/0004/W/06008) w następujących OW NFZ: Dolnośląskim, Kujawsko-Pomorskim, Lubelskim, Małopolskim, Śląskim, Wielkopolskim i Zachodniopomorskim dokonano zmian w planach finansowych i uwzględniono pozycję kosztową, dotyczącą kosztów za świadczenia zdrowotne poniesione w latach poprzednich. Pomimo że w planach nie było takiej pozycji poniesione koszty przez te oddziały, wg stanu na koniec stycznia 2008 r., wyniosły łącznie 2.228,13 tys. zł, w tym: Dolnośląski OW – 1.387,52 tys. zł, Kujawsko-Pomorski OW – 24,67 tys. zł, Lubelski OW – 0,08 tys. zł, Małopolski OW – 0,96 tys. zł, Śląski OW – 780,13 tys. zł, Wielkopolski OW – 29,79 tys. zł, Zachodniopomorski OW – 4,98 tys. zł. Pomorski OW wykazał wykonanie w tej pozycji w wysokości 969,06 tys. zł.

Według sprawozdania z realizacji planu finansowego na 31 marca 2008 r. 7 oddziałów wojewódzkich nie miało ujętych środków w planach finansowych w pozycji B2.18 koszty świadczeń zdrowotnych z lat ubiegłych, a poniosły koszty (narastająco) w łącznej wysokości 6 090,13 tys. zł z tego: Kujawsko-Pomorski OW – 255,62 tys. zł,

Lubelski OW – 211,94 tys. zł, Lubuski OW – 671,06 tys. zł, Pomorski OW – 302,11 tys. zł, Śląski OW – 3 743,27 tys. zł, Warmińsko-Mazurski OW – 876,34 tys. zł, Wielkopolski OW – 29,79 tys. zł.

Według stanu na koniec kwietnia 2008 r.- 2 oddziały wojewódzkie NFZ ponosiły koszty w pozycji B2.18, pomimo, że w ich planach nie przewidziano środków na koszty świadczeń z lat ubiegłych, i tak oddział Lubelski OW – 212,84 tys. zł, a Warmińsko-Mazurski – 1.207,10 tys.zł).

W ocenie NIK, wydatkowanie środków w tej pozycji, bez wcześniejszej zmiany planu, naruszało art. 35 ust. 1 ustawy z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych²⁹, który stanowi, że wydatki publiczne mogą być ponoszone na cele i w wysokości ustalonej w planie finansowym jednostki sektora finansów publicznych.

3.4.3. Koszty realizacji ustawy z dnia 22 lipca 2006 r.

Z tytułu realizacji ustawy z 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń, w 2008 r. Narodowy Fundusz Zdrowia wypłacił świadczeniodawcom odrębnym strumieniem na podstawie danych o zatrudnieniu pracowników medycznych, bez powiązania wzrostu zobowiązań Funduszu z realizacją świadczeń opieki zdrowotnej (poza podstawową opieką zdrowotną), 4.838.328,55 tys. zł (o 270.755,70 tys. zł więcej niż w 2007 r.). Przekazywanie ww. środków odbywało się niezależnie od realizacji świadczeń na rzecz ubezpieczonych, co spowodowało zaniżenie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych na terenie Polski osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, ponieważ podwyższonych wynagrodzeń nie wliczano do kosztów świadczeń. Szacunkowe skutki finansowe Funduszu z tego tytułu wyniosły 5.597,62 tys. zł.

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia fakt włączenia środków z tytułu ww. ustawy do wyceny świadczeń zdrowotnych od 1 stycznia 2009 r., a tym samym dokonania pełnego powiązania wartości przekazanych środków z tytułu na wzrost wynagrodzeń personelu medycznego, z wartością realizowanych przez świadczeniodawców świadczeń zdrowotnych.

²⁹ Dz. U. Nr 249, poz. 2104 ze zm.

3.4.4. Zasady tworzenia jednorodnych grup pacjentów (JGP)

Podstawową przesłanką wprowadzenia JGP były wady dotychczasowego rozwiązania w określaniu katalogu świadczeń szpitalnych polegające w szczególności na: nieprecyzyjnym opisie świadczeń umożliwiającym świadome rozliczanie przez świadczeniodawców procedur o wyższej wartości przy podobnym zakresie diagnostyki oraz sposobu leczenia, trudną do weryfikacji celowość udzielania świadczeń, nadużywanie możliwości sumowania wskazań medycznych.

Prace nad nowym systemem rozliczeń rozpoczęto w lutym 2007 r., kiedy powstał zespół do spraw opracowania zasad JGP. Początkowo sprawdzano możliwości utworzenia jednorodnych grup świadczeń na podstawie dotychczas obowiązującego katalogu świadczeń szpitalnych. Na podstawie posiadanych materiałów NHS³⁰ postanowiono zweryfikować możliwość zastosowania grup HRG³¹ dla agregowania świadczeń katalogu szpitalnego. W dniu 20 września 2007 r. NFZ opublikował na stronie internetowej projekt zarządzenia w sprawie warunków udzielania i rozliczania świadczeń w rodzaju lecznictwo szpitalne, w którym została przedstawiona pierwsza wersja JGP.

W dniu 21 marca 2008 r. Prezes Funduszu powołał zespół, w którego skład wchodziło 11 osób. Jego zadaniem była m.in.: ocena skutków prowadzonego pilotażu w szczególności w aspekcie właściwego i wystarczającego zrozumienia zasad funkcjonowania zasad JGP oraz wymogów sprawozdawczości przez świadczeniodawców i pracowników OW NFZ, ocena przygotowanego systemu JGP, aplikacji rozliczeniowych, ocena dostarczanego programowania dla celów rozliczeń JGP i wskazanie ewentualnych błędów lub rozwiązań alternatywnych, ocena skutków wprowadzenia JGP dla planowania świadczeń zdrowotnych w OW oraz tworzenia planów zakupu oraz opracowanie wytycznych do planowania umożliwiających przejście między planami zakupu w oparciu o katalog a JGP.

NFZ przygotowując JGP oparł się na danych dotyczących realizacji świadczeń i poniesionych kosztach w latach 2006 – 2007. Grupy świadczeń zostały scharakteryzowane w oparciu o doświadczenia brytyjskie a następnie zweryfikowane na podstawie dyskusji klinicznej z dostosowaniem do polskich warunków. Wartości dotychczasowych świadczeń katalogowych zostały przypisane, jeżeli było to możliwe, do odpowiednich grup, a następnie zważone liczbą świadczeń z uwzględnieniem częstości wystąpień

³⁰ National Health Service (Wielka Brytania).

³¹ Healthcare Resource Groups

w poszczególnych dziedzinach medycyny. Uzyskano w ten sposób katalog grup zawierających wykaz świadczeń wraz z podaniem ich liczby, częstości wystąpień oraz wartości oraz średnie ważone poszczególnych grup. Liczba wystąpień zdarzeń w grupie, odpowiadająca liczbie hospitalizacji, nie zawierała liczby świadczeń, które były sumowane ze świadczeniami będącymi przyczyną hospitalizacji, natomiast ich wartości zostały uwzględnione w całkowitej wartości grupy. W przypadku świadczeń rozliczanych osobodniami, przyjęto średnią liczbę produktów na liczbę pacjentów. Wartość poszczególnych grup była średnią ważoną liczby hospitalizacji w grupie i wartości wszystkich świadczeń przypisanych do grupy. Wartości grup porównano z taryfami brytyjskich HRG oraz innymi grupami w całej sekcji i z odpowiednimi grupami w innych sekcjach, a także dokonano porównania wartości grup pediatrycznych z grupami dla dorosłych. Na tej podstawie dokonano korekty wartości grup z uwzględnieniem intensywnej terapii pooperacyjnej dla grup zabiegowych, występującej z różnym nasileniem. Wartości grup zostały następnie dostosowane do poziomu finansowania w 2008 r. (zakładana cena jednostki rozliczeniowej – punktu – 12,00 zł, przy średniej cenie 10,38 zł w 2007 r.), chyba że zawierały w kosztach wysokokosztowy wyrób medyczny lub jedynym kosztem był produkt leczniczy.

Poza grupami świadczeń znalazły się świadczenia, których nie można było zdefiniować poprzez rozpoznania i procedury, rozliczane jako samodzielne świadczenia oraz świadczenia, których nie można było przypisać do właściwych grup świadczeń z możliwością łączenia z innymi świadczeniami lub grupami.

JGP przewidywał także dodatkowe mechanizmy finansowania hospitalizacji związanych m.in. z wiekiem chorych, współwystępowaniem powikłań, przedłużonych pobytów na podstawie osobodni ponad określony limit czasowy finansowany zryczałtowaną wartością grupy (mechanizm zmniejszania ryzyka finansowego po stronie świadczeniodawcy, którzy leczą bardzo kosztowych pacjentów). Przyjmując założenie, że średni koszt osobodnia ponad limit jest niższy ze względu na zmniejszenie intensywności opieki, ustalono arbitralnie jego wartość na 80% średniego kosztu osobodnia określonego dla grupy, nie więcej jednak niż ok. 300 zł. Limit dni pobytu, dla którego określono wartość grupy (tzw. „górne odcięcie”), został scharakteryzowany wzorem opartym o miary rozproszenia przypadków w grupie. Z finansowania ponadlimitowymi osobodniami wyłączono określone przypadki (np. przewidziano możliwość leczenia jednodniowego).

Skutek finansowy osobodni przekraczających ustalony limit oszacowano na ok. 750 mln zł (5% analizowanych grup).

Wprowadzenie JGP poprzedzone zostało przeprowadzeniem pilotażu, w którym uczestniczyło 47 szpitali z 14 województw. W grupie tej znalazły się zarówno szpitale powiatowe, wojewódzkie oraz kliniczne, a także szpitale niepubliczne, o zróżnicowanym profilu i prowadzonej działalności. Pilotaż przeprowadzono w okresie od 1 kwietnia do 30 czerwca 2008 r. Jak podano w „Raporcie z pilotażu JGP”, w dniu 28 maja 2008 r. na spotkaniu w Warszawie przedstawiono dyrektorom szpitali uczestniczących w pilotażu pierwsze wyniki analiz oraz wnioski. Do końca lipca 2008 r. planowano gromadzenie i przetwarzanie danych z pilotażu.

W Raporcie wskazano, że nie napotkano większych problemów natury organizacyjnej. Trudność dla szpitali stanowiło dostosowanie własnych systemów informatycznych do równoległego stosowania więcej niż jednej wersji klasyfikacji ICD-9. Pośród uwag zgłaszanych przez świadczeniodawców w trakcie pilotażu, szczególne znaczenie miały przypadki niewłaściwego działania charakterystyki JGP w wyniku braku odpowiednich pozycji ICD-9, co z kolei miało wpływ na możliwość lub jej brak wyznaczenia grupy JGP. Wszystkie zgłoszenia w tym zakresie były analizowane, w wyniku czego dokonywano modyfikacji klasyfikacji, charakterystyki JGP oraz tzw. „wsadu parametryzującego gruper JGP”. W ramach analizy danych wg stanu na 28 maja 2008 r. dokonano symulacji kosztów tylko dla tych hospitalizacji, które zostały przydzielone do odpowiedniej grupy JGP.

W przypadku 14 świadczeniodawców wartość zrealizowanych hospitalizacji, wyliczona na podstawie grup JGP, przekroczyła wartość świadczeń wyliczoną na podstawie katalogu świadczeń szpitalnych. U 13 świadczeniodawców wartość zrealizowanych hospitalizacji wyliczona na podstawie grup JGP mieściła się w przedziale 80%-100% wartości wyliczonych na podstawie katalogu świadczeń szpitalnych. Z kolei w przypadku 15 świadczeniodawców wartość zrealizowanych hospitalizacji, wyliczona na podstawie JGP, była niższa niż 80% wartości świadczeń wyliczonych na podstawie katalogu świadczeń szpitalnych. Wyniki wstępnej analizy ilościowej okazały się niekorzystne dla szpitali wysokospecjalistycznych, klinicznych i części wojewódzkich. W związku z powyższym, dokonano szczegółowej analizy na podstawie danych Szpitala Uniwersyteckiego im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy (duży szpital wieloprofilowy).

Podstawowym powodem złego przypisania do grupy i ujemnego wyniku finansowego był wybór grupy zachowawczej, zamiast zabiegowej, z powodu błędnego kodowania.

W „Raporcie...” podano także, że „W oparciu o dostępne, wstępne wyniki analiz można prognozować wynik finansowy szpitali po wprowadzeniu JGP na poziomie 12% wzrostu wynikającego z wyceny poszczególnych grup oraz rozliczania dodatkowych osobodni”.

System JGP został formalnie wprowadzony zarządzeniem Prezesa NFZ Nr 32/2008/DSOZ z 11 czerwca 2008 r. Do końca 2008 r. było ono nowelizowane 6-krotnie. System JGP był opiniowany m.in. przez konsultantów krajowych, przedstawicieli środowiska medycznego oraz świadczeniodawców.

3.4.5. Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych w II półroczu 2008 r.

Liczba umów o świadczenia zdrowotne w lecznictwie szpitalnym:

Kod OW	Nazwa Oddziału	Liczba i wartość umów w rodzaju lecznictwo szpitalne obowiązujących w II półroczu 2008 r.							
		Ogółem, z tego:		przedłużonych w drodze aneksu i obowiązujących w poprzednim/ich okresie/ach rozliczeniowych		zawartych w trybie rokowań		zawartych w trybie postępowania konkursowego	
		liczba	wartość w tys. zł	liczba	wartość w tys. zł	liczba	wartość w tys. zł	liczba	wartość w tys. zł
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
01	Dolnośląski	114	960 587.39	111	956 275.99	2	4 218.90	1	92.50
02	Kujawsko-Pomorski	77	675 690.20	76	673 493.40	1	2 196.80	0	0.00
03	Lubelski	86	653 366.28	86	653 366.28	0	0.00	0	0.00
04	Lubuski	39	293 890.66	37	293 535.85	1	116.92	1	237.89
05	Łódzki	163	833 779.84	146	825 575.60	5	2 937.81	12	5 266.43
06	Małopolski	108	1 047 959.71	107	1 046 359.71	1	1 600.00	0	0.00
07	Mazowiecki	169	2 174 689.99	165	2 165 203.41	2	8 812.90	2	673.68
08	Opolski	52	304 840.57	44	298 348.41	7	6 359.91	1	132.25
09	Podkarpacki	66	557 875.69	65	556 814.32	1	1 061.37	0	0.00
10	Podlaski	78	397 899.83	56	387 529.11	1	1 704.45	21	8 666.27
11	Pomorski	72	668 871.66	71	667 995.18	1	876.48	0	0.00
12	Śląski	273	1 693 369.77	272	1 690 438.80	1	2 930.97	0	0.00
13	Świętokrzyski	46	399 968.23	44	399 417.33	1	500.93	1	49.97
14	Warmińsko-Mazurski	71	388 643.46	69	386 831.10	1	1 513.82	1	298.54
15	Wielkopolski	214	1 089 723.86	207	1 066 638.99	5	22 908.33	2	176.54
16	Zachodniopomorski	67	1 035 895.54	66	1 033 539.59	1	2 355.95	0	0.00
Razem		1 695	13 177 052.68	1 622.00	13 101 363.07	31.00	60 095.54	42.00	15 594.07

W II półroczu 2008 r. oddziały wojewódzkie NFZ aneksowały (przedłużyły okres obowiązywania) większość umów, o łącznej wysokości 13.101.363,07 tys. zł,

obowiązujących w poprzednich okresach rozliczeniowych³², chociaż - zgodnie z opiniami Biura Prawnego Centrali NFZ - niedopuszczalne było wielokrotne aneksowanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, gdyż stanowiło obejście przepisu art. 156 ust. 1 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, skutkujące nieważnością zawartych umów.

W ocenie NIK, przedłużenie okresu obowiązywania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne na II półroczu 2008 r. bez przeprowadzania postępowań konkursowych lub rokowań, pomimo że było zgodne z art. 58 § 1 kodeksu cywilnego, mogło naruszać zasady konkurencji określone w art. 134 ust. 1 ustawy.³³ W sytuacji, gdy cena punktu rozliczeniowego i wymagania wobec świadczeniodawców uległy istotnej zmianie w stosunku do I półrocza 2008 r. (tj. pierwszego okresu rozliczeniowego obowiązującego w 2008 r.), a okres obowiązywania umów upływał z dniem 30 czerwca 2008 r., Fundusz powinien rozpisać nowe postępowania. Istotą bowiem takiego trybu kontraktowania świadczeń jest wybór najkorzystniejszej oferty spełniającej wymogi Funduszu.

W swojej ocenie Najwyższa Izba Kontroli uwzględniła jednak fakt, że przedłużenie obowiązywania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne na II półroczu roku 2008 r. nie miało na celu obejścia przepisów prawa i naruszenia zasad konkurencyjności, lecz wynikało ze zbyt pośpiesznego wdrożenia systemu JGP. Rozpisanie postępowań konkursowych i podjęcie rokowań, w sytuacji jednoczesnego wprowadzania nowego systemu rozliczeń w leczeniu szpitalnym mogło bowiem ograniczyć dostęp do świadczeń.

3.4.6. Koszty programów profilaktycznych

Koszty programów profilaktycznych wyniosły w 2008 r. 94942 tys. zł, co stanowiło 75% planu po zmianach i 58,5% wykonania w 2007 r. W ramach tych programów w 2008 r. Fundusz finansował odrębnie (poza stawką kapitałową), na zasadzie opłaty za poradę, świadczenia lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (poz.) związane z profilaktyką chorób układu krążenia. W 2008 r. programem tym objętych było 2.679.094

³² W przypadku umów wygasających z dniem 31 grudnia 2007 r. dyrektorzy oddziałów wojewódzkich proponowali świadczeniodawcom przedłużenie okresu obowiązywania umowy na okres 4 miesięcy wraz z ustaleniem nowych warunków finansowania i kwoty zobowiązania na ten okres, a następnie dokonali ich przedłużenia na kolejne dwa miesiące, tj. do 30 czerwca 2008 r.

³³ Art. 134 ust. 1 ustawy stanowi, że Fundusz jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji.

osób, a świadczeń profilaktycznych udzielono jedynie 136.207 pacjentom. Wskaźnik objęcia populacji świadczeniami Programu wahał się w zależności od oddziału wojewódzkiego NFZ od 2,69% (Śląski OW) do 12,36% (Zachodniopomorski OW) – średnio 5,08%. Koszt udzielonych świadczeń wyniósł 6.537,94 tys. zł. Niskie objęcie populacji ww. programem może – w ocenie NIK – utrudnić osiągnięcie głównego celu, jakim jest – według NFZ – obniżenie umieralności na choroby układu krążenia o 20%.

Najwyższa Izba Kontroli nie kwestionuje zasadności prowadzenia profilaktyki chorób układu krążenia, jednak zauważa, że zakres zadań realizowanych w ramach programu pokrywa się w dużej mierze z obowiązkami lekarza poz w stosunku do pozostałych osób objętych opieką, związanymi z profilaktyką chorób (w tym układu krążenia), które wynikają z rozporządzenia Ministra Zdrowia z 20 października 2005 r.³⁴ oraz Zarządzenia Prezesa NFZ Nr 69/2007/DSOZ Prezesa NFZ z 25 września 2007 r.³⁵ w sprawie określenia warunków zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.

3.4.7. Rozliczanie kontraktów

W ocenie NIK, procedury weryfikacyjne Funduszu w zakresie przestrzegania przez świadczeniodawców przepisów prawa przy ubieganiu się o kontrakty, a następnie realizacji warunków kontraktów są niewystarczające. Porównanie numerów dokumentów o prawie wykonywania zawodu lekarzy wykazało, że oddziały wojewódzkie NFZ zawarły umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z 46 lekarzami prowadzącymi indywidualne praktyki lekarza rodzinnego lub praktyki specjalistyczne, choć byli oni jednocześnie wykazywani wśród personelu medycznego udzielającego świadczeń u innego świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń w lecznictwie szpitalnym, co naruszyło art. 132 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tzw. „konfliktu personelu”)³⁶. Lekarzom tym – wg danych sprawozdawczych Funduszu - wypłacono z tytułu udzielania świadczeń

³⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20 października 2005 r. w zakresie zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 214, poz. 1816)

³⁵ Zarządzenie Prezesa NFZ Nr 69/2007/DSOZ Prezesa NFZ z 25 września 2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.

³⁶ Zgodnie z art.132 ust. 3 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, nie można zawrzeć umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z lekarzem, pielęgniarką, położną, inną osobą wykonującą zawód medyczny lub psychologiem, jeżeli udzielają oni świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem.

w indywidualnych praktykach łącznie 6.109,23 tys. zł. Dopiero w czasie kontroli oddziały wojewódzkie podjęły działania dla zweryfikowania informacji dotyczących tego problemu. W odniesieniu do niektórych lekarzy postępowania wyjaśniające potwierdziły zaistnienie takiego konfliktu.

W toku kontroli ustalono, że w Śląskim OW NFZ stwierdzono 2.502 przypadki przedłożenia do zapłaty za świadczenia udzielone w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), które miały miejsce w czasie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach leczenia szpitalnego (hospitalizacji), za które to świadczenia Fundusz zapłacił 179,93 tys. zł;

W Mazowieckim OW miały miejsce 3.556 przypadki koincydencji między leczeniem szpitalnym a AOS. Z tytułu świadczeń udzielonych w ramach AOS Mazowiecki OW NFZ wypłacił w 2008 r. kwotę 3.847,50 tys. zł.

Ponadto ustalono, że w tych oddziałach miały miejsce przypadki udzielania świadczeń (hospitalizacji) w tym samym czasie u różnych świadczeniodawców lub rozliczania 2 lub więcej świadczeń udzielonych w tym samym czasie przez tego samego świadczeniodawcę. W Mazowieckim OW NFZ wystąpiły 378 takich przypadków, a w Śląskim OW NFZ 6.552 przypadki.

Stwierdzono także jeden przypadek, kiedy dany pacjent był hospitalizowany w tym samym czasie w 2 odległych miejscowościach (Sierpc oraz Katowice), a koszty leczenia zostały pokryte odrębnie zarówno przez Mazowiecki i Śląski OW NFZ.

3.4.8. Koszty administracyjne

Poniesione w 2008 r. koszty administracyjne wyniosły 477.549 tys. zł i stanowiły 88,44% planu po zmianach oraz 113,8% wykonania w 2007 r. Stanowiły one 0,92% zrealizowanych kosztów ogółem Funduszu.

Realizację kosztów administracyjnych w porównaniu do planu obrazuje poniższe zestawienie:

Poz. planu	Wyszczególnienie	Obowiązujący plan finansowy	Wykonanie planu finansowego	4 : 3 (%)
1	2	3	4	5
D.	Koszty administracyjne (D1+...+D9), w tym	539 951,00	477 548,93	88,44
D1	zużycie materiałów i energii	18 781,00	14 612,93	77,81
D2	usługi obce	109 314,00	93 260,57	85,31
D3	podatki i opłaty, w tym:	3 417,00	2 735,91	80,07
D3.1	podatki stanowiące dochody własne jednostek samorządu terytorialnego, w tym:	463,00	388,17	83,84
D3.1.1	podatek od nieruchomości	432,00	378,64	87,65
D3.2	opłaty stanowiące dochody własne jednostek samorządu terytorialnego	103,00	38,78	37,65
D3.3	VAT	22,00	4,55	20,68
D3.4	podatek akcyzowy	0,00	0,00	-
D3.5	wpłaty na PFRON	2 623,00	2 195,00	83,68
D3.6	inne	206,00	109,41	53,11
D4	wynagrodzenia	267 373,00	263 983,77	98,73
D5	ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia, w tym:	54 396,00	49 886,29	91,71
D5.1	składki na Fundusz Ubezpieczeń Społecznych	40 234,00	37 151,33	92,34
D5.2	składki na Fundusz Pracy	6 520,00	6 273,58	96,22
D5.3	składki na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych	0,00	0,00	-
D5.4	pozostałe świadczenia	7 642,00	6 461,38	84,55
D6	koszty funkcjonowania Rady Funduszu	200,00	144,78	72,39
D7	amortyzacja środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych zakupionych ze środków własnych Funduszu	75 791,00	44 733,60	59,02
D8	amortyzacja środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych otrzymanych nieodpłatnie	5 222,00	5 066,60	97,02
D9	pozostałe koszty administracyjne	5 457,00	3 124,48	57,26

Według sprawozdania FM 01 koszty usług związanych z utrzymaniem i rozwojem systemów informatycznych wyniosły w 2008 r. 54.517 tys.zł.

3.4.9. Zatrudnienie i wynagrodzenia

W 2008 r. koszty wynagrodzeń wyniosły 263.983,77 tys. zł i stanowiły 98,73% planu po zmianach. W stosunku do 2007 r. (223.871,73 tys. zł) nastąpił wzrost wynagrodzeń o 40.112,04 tys. zł, tj. o 17,92%.

Przeciętne zatrudnienie w przeliczeniu na pełne etaty wyniosło 4.685,54 i było niższe o 245,56 etatów przeliczeniowych w stosunku do planu, tj. o 4,98%. W porównaniu do wykonania w 2007 r. (4.319,30) zatrudnienie było wyższe o 366,24 etatów przeliczeniowych, tj. o 8,48%.

Szczegółowe dane o zatrudnieniu, w podziale na Centralę i oddziały wojewódzkie, w latach 2007 – 2008:

Wyszczególnienie		Wykonanie 2007 r.			2008 r.					
		Przeciętne zatrudnienie w przeliczeniu na etaty	Wynagrodzenie tys. zł	Przeciętne miesięczne wynagrodzenie przypadające na etat zł	Plan		Wynagrodzenie tys. zł	Wykonanie		
					Zatrudnienie w przeliczeniu na pełne etaty			Przeciętne zatrudnienie w przeliczeniu na etaty	Wynagrodzenie tys. zł	Przeciętne miesięczne wynagrodzenie przypadające na etat zł
		etaty	tys. zł	zł	IV kw. 2007 r.	IV kw. 2008 r.	tys. zł	etaty	tys. zł	zł
Ogółem	Kierownictwo Funduszu – Prezes NFZ i zastępcy	4,22	760,39	15.015,58	4,00	4,00	-	4,02	660,43	13.690,63
	Dyrektorzy oddziałów i zastępcy	61,32	8.397,06	11.411,54	62,00	64,00	-	61,43	10.081,85	13.676,61
	Kadra kierownicza	713,71	60.668,43	7.083,69	796,72	829,02	-	774,03	69.547,18	7.487,56
	Pozostali pracownicy *	3.540,05	154.045,85	3.626,26	3.889,71	4.034,08	-	3.846,06	182.395,68	3.952,00
	razem	4.319,30	223.871,73	4.319,21	4.752,43	4.931,10	267.373,00	4.685,54	262.024,73	4.660,17
Centrala	Kierownictwo Funduszu – Prezes NFZ i zastępcy	4,22	760,39	15.015,58	4,00	4,00	-	4,02	660,43	13.690,63
	Kadra kierownicza	65,22	7.406,44	9.463,40	80,00	95,50	-	84,01	10.066,33	9.985,25
	Pozostali pracownicy *	195,99	10.475,75	4.454,20	250,00	255,80	-	213,55	13.313,50	5.195,31
	razem	265,43	18.642,58	5.852,95	334,00	355,30	27.369,00	301,58	24.040,26	6.642,86
Oddziały łącznie	Dyrektorzy oddziałów i zastępcy	61,32	8.397,06	11.411,54	62,00	64,00	-	61,43	9.421,42	12.780,70
	Kadra kierownicza	648,49	53.261,99	6.844,36	716,72	733,52	-	690,02	59.480,85	7.183,47
	Pozostali pracownicy *	3.344,06	143.570,10	3.577,74	3.639,71	3.778,28	-	3.632,51	169.082,18	3.878,91
	razem	4.053,87	205.229,15	4.218,79	4.418,43	4.575,80	240.004,00	4.383,96	237.984,47	4.523,77

* pozostali pracownicy – pracownicy merytoryczni, tj.: główni specjaliści, specjaliści, referenci.

3.4.10. Inwestycje

Uchwałą Rady Funduszu Nr 3/2008/I z dnia 17 stycznia 2008 r. przyjęty został rzeczowy plan wydatków inwestycyjnych NFZ na 2008 r. Plan ten został zatwierdzony uchwałą Rady Funduszu Nr 38/2008/I z dnia 11 grudnia 2008 r.

Główne pozycje planu oraz jego wykonania:

w tys. zł

Lp.	Wyszczególnienie	Plan po zmianach na 2008 r.	Wykonanie w 2008 r.	4 : 3 (%)
	Razem nakłady na rzeczowe aktywa trwałe i wartości niematerialne i prawne (I + II)	147.929,25	77.822,83	52,61
I	Wartości niematerialne i prawne	34.467,62	20.630,37	59,85
II	Rzeczowe aktywa trwałe, w tym: (poz. A + poz. B)	113.461,63	57.192,47	50,41
A	Środki trwałe, w tym: (suma poz. 1 do poz. 6)	111.561,63	55.357,53	49,62
1	Grunty, w tym:	0,00	0,00	-
1.1	zakup	0,00	0,00	-
1.2	ulepszenie	0,00	0,00	-
2	Budynki i lokale oraz obiekty inżynierii lądowej i wodnej, w tym:	18.089,70	1.980,96	10,95
2.1	zakup	1.304,68	232,93	17,85
2.2	ulepszenie	16.785,02	1.748,03	10,41
3	Maszyny i urządzenia techniczne, w tym:	3.282,23	2.468,95	75,22
3.1	zakup	3.135,12	2.327,31	74,23
3.2	ulepszenie	147,11	141,64	96,28
4	Środki transportu, w tym:	1.860,00	1.756,25	94,42
4.1	zakup	1.860,00	1.756,25	94,42
4.2	ulepszenie	0,00	0,00	-
5	Zespoły komputerowe, w tym:	88.214,00	49.036,43	55,59
5.1	zakup	53.576,90	28.753,15	53,67
5.2	ulepszenie	34.637,10	20.283,28	58,56
6	Inne środki trwałe, w tym:	115,70	114,95	99,35
6.1	zakup	115,70	114,95	99,35
6.2	ulepszenie	0,00	0,00	-
B	Środki trwałe w budowie	1.900,00	1.834,93	96,58

NIK negatywnie oceniła przewlekłe działania zmierzające do przebudowy i adaptacji lokali Nr 13, 14, 15 znajdujących się w Warszawie przy ul. Grójeckiej 186. Dotychczas poniesione koszty (wraz z zakupem lokali) wyniosły 5.054,26 tys. zł, z czego eksploatacji nieużytkowanych pomieszczeń w latach 2006 – 2008 wyniosły 552,36 tys. zł i stanowiły 10,93% kosztów całkowitych. Przewidywany koszt adaptacji oszacowano na 11.500,0 tys. zł. Należy zaznaczyć, że wnioski pokontrolne w tej sprawie Najwyższa Izba Kontroli kierowała do Funduszu w 2007 r. oraz 2008 r.

NIK zwraca również uwagę na wysokie koszty wynajmowanych pomieszczeń od innych podmiotów. Wynajmowana powierzchnia stanowiła 24,98% łącznej powierzchni użytkowanej przez Fundusz, zaś koszty utrzymania tej powierzchni stanowiły 53,28%

łączych kosztów utrzymania wszystkich lokali zajmowanych przez NFZ. Średni miesięczny koszt 1 m² powierzchni zajmowanej przez NFZ wynosił: nieruchomości, lokale własne – 10,44 zł, powierzchnia wynajmowana – 38,46 zł.

Koszty utrzymania pomieszczeń własnych i wynajmowanych:

Lp.	Centrala/OW	Nieruchomość, lokal (powierzchnia całkowita zajmowana przez NFZ)		Roczne koszty użytkowania		Łączne roczne koszty użytkowania /najmu/dzierżawy, użyczenia
		własność NFZ (m ²)	najem, użyczenie (m ²)	własność NFZ (zł)	najem, użyczenie (zł)	
razem		70.371,65	23.426,43	9.309.478,88	10.810.830,87	20.289.737,18

3.5. Nadzór nad wykonaniem planu finansowego Funduszu

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie oceniła nadzór Ministra Zdrowia nad Funduszem w zakresie planowania i realizacji planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2008 r.

W ocenie NIK, służby Ministra Zdrowia należycie wywiązywały się z obowiązków określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³⁷, dotyczących nadzoru nad realizacją planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Odnosząc się do uzgodnień corocznej prognozy kosztów NFZ na kolejne 3 lata, Minister Zdrowia, w piśmie z dnia 29 czerwca 2007 r.³⁸, zgłosiła uwagi do przedstawionej przez Prezesa NFZ „Prognozy Kosztów NFZ na lata 2008-2010”. Wcześniej, 27 czerwca 2008 r. uwagi takie złożył również Minister Finansów. Po otrzymaniu autopoprawki oraz złożeniu wyjaśnień przez Prezesa Funduszu – obaj ministrowie przyjęli poprawioną prognozę.

Minister Zdrowia, w porozumieniu z Ministrem Finansów, w piśmie z dnia 18 września 2007 r.³⁹, na podstawie art. 123 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, odmówiła zatwierdzenia planu

³⁷ Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

³⁸ Znak: MZ-UZ-F-72-8887-1/MC/07.

³⁹ Znak: MZ-UZ-F-746-9495-1/MC/07.

finansowego NFZ na 2008 r. Zaproponowany podział środków na pokrycie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej pomiędzy oddziały wojewódzkie NFZ nie był bowiem zgodny z art. 118 tej ustawy. Przy czym Minister Zdrowia zaleciła dostosować plan finansowy NFZ na 2008 r. do znowelizowanych przepisów, w których ustalono inne wskaźniki podziału środków pomiędzy Centralę i oddziały NFZ. Dopiero po stosownej korekcie plan finansowy NFZ na 2008 r. został zatwierdzony przez Ministra Zdrowia, w porozumieniu z Ministrem Finansów, po uprzednim zaopiniowaniu przez Radę Funduszu i właściwe komisje sejmowe. Plan finansowy NFZ na 2008 r. wielokrotnie zwiększano i przesuвано w nim koszty pomiędzy poszczególnymi pozycjami.

Minister Zdrowia, uwzględniając pozytywną opinię niezależnego biegłego rewidenta i raport z badania łącznego sprawozdania finansowego NFZ za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2008 r., nie zgłosiła uwag do tego sprawozdania za 2008 r., a także do rocznego sprawozdania z realizacji planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2008.

W Ministerstwie Zdrowia poddano w okresie od lipca do września 2008 r. szczegółowej analizie zarządzenie Nr 32/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 czerwca 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne, na podstawie którego został wdrożony system Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP). W jej wyniku zażądano od Funduszu m.in. przedstawienia Ministerstwu opinii konsultantów krajowych oraz sposobu ich uwzględnienia w zarządzeniu, a także opinii prawnych, technicznych i organizacyjnych odnośnie wprowadzanego zarządzenia.

Zarządzenie to badano również w zakresie zapewnienia właściwego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej oraz wpływu na równowagę przychodów i kosztów Funduszu.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli w Ministerstwie Zdrowia nie analizowano jednak w należyтым stopniu i nie posiadano wiedzy dotyczącej skutków wprowadzenia systemu JGP, a w szczególności:

- zmian w strukturze stosowanych procedur medycznych, co mogło wynikać ze zmiany cen, zważywszy, że cena ryczałtowa płacona przez NFZ za niektóre świadczenia może odbiegać od faktycznych kosztów tych procedur i świadczeniodawcy mogli ograniczać lub zaprzestać ich udzielania,

- przyjęciu przez NFZ, w okresie wdrażania systemu JGP, praktyki aneksowania umów na świadczenia szpitalne, których termin upływał w 2008 r., zamiast prowadzenia nowych postępowań kontraktowych,
- kosztów wprowadzenia systemu JGP, w szczególności ponoszonych przez świadczeniodawców, zwłaszcza że zmiana systemu finansowania szpitali miała zasadniczy wpływ na funkcjonowanie opieki zdrowotnej.

Ponadto, nie analizowano należycie funkcjonowania przyjętego algorytmu podziału środków pomiędzy Centralę i oddziały wojewódzkie Funduszu, co powodowało w niektórych oddziałach duży wzrost zapłaty za tzw. nadwykonania.

4. Informacje dodatkowe o przeprowadzonej kontroli

Protokoły kontroli w Ministerstwie Zdrowia oraz Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia zostały podpisane bez zastrzeżeń. Po zakończeniu skierowano wystąpienia pokontrolne do Ministra Zdrowia i Prezesa Funduszu. W wystąpieniach ocenione zostało wykonanie planu finansowego Funduszu w 2008 r. oraz wskazano na występujące nieprawidłowości, formułując wnioski zmierzające do ich usunięcia.

Najwyższa Izba Kontroli stwierdziła, że z naruszeniem przepisów prawa wydatkowano:

- 12.482,38 tys. zł z tytułu przekroczenia planu kosztów w pozycji refundacja cen leków,
- 6.090,13 tys. zł na koszty świadczeń z lat ubiegłych, pomimo braku w 7 oddziałach wojewódzkich NFZ planu kosztów w tym zakresie,
- 44.672,55 tys. zł z tytułu zawarcia ugód pozasądowych bez podstawy prawnej.

Ponadto z naruszeniem zasad należytego zarządzania środkami publicznymi wydatkowano:

- 5.597,62 tys. zł z tytułu nieuwzględnienia kosztów wzrostu wynagrodzeń personelu medycznego przy ustalaniu cen świadczeń rozliczanych w ramach systemu koordynacji zabezpieczenia społecznego między państwami UE i EOG.

Minister Zdrowia złożył zastrzeżenia do oceny zawartej w wystąpieniu dotyczącej niedostatecznego analizowania algorytmu podziału środków pomiędzy Centralę i oddziały wojewódzkie, wskazując, że nadwykonania mogły wynikać również z innych przyczyn. Kolegium Najwyższej Izby Kontroli oddaliło zastrzeżenia w całości.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia poinformował Najwyższą Izbę Kontroli o podjętych działaniach zmierzających do realizacji przedstawionych wniosków, a w szczególności:

- wdrożenie stałego monitoringu wykorzystania środków, dla właściwego ich wykorzystania w warunkach zmieniających się w poszczególnych regionach kraju potrzeb zdrowotnych,
- dokonywanie stosownych zmian w planie w terminach zapewniających prawidłowe wydatkowanie środków,

- wystąpienie do Ministra Zdrowia o stosowną inicjatywę ustawodawczą dla finansowania tzw. nadwykonań,
- modyfikację systemów informatycznych dla bieżącego monitorowania tzw. konfliktu personelu i koincydencji,
- wdrożenia postępowania o zamówienie publiczne dla przebudowy pomieszczeń lokali przy ul. Grójeckiej,
- zmiany struktury użytkowanych lokali i rezygnowanie z pomieszczeń wynajmowanych,
- dokonanie zmian w systemach finansowo–księgowych.

Załączniki

Załącznik nr 1

Wykaz organów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Komisja Finansów Publicznych
6. Komisja do Spraw Kontroli Państwowej
7. Komisja Zdrowia
8. Minister Finansów
9. Minister Zdrowia
10. Minister Sprawiedliwości
11. Szef Centralnego Biura Antykorupcyjnego
12. Biuro Bezpieczeństwa Narodowego
13. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
14. Rzecznik Praw Obywatelskich
15. Rzecznik Praw Pacjentów