



# NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Departament Zdrowia

*Tekst ujednoczony*

KZD-4101-01-01/2012  
P/12/121

Warszawa, dnia lipca 2012 r.

Pani  
Agnieszka Pachciarz  
Prezes  
Narodowego Funduszu Zdrowia

## WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli<sup>1</sup>, zwanej dalej „ustawą o NIK”, Najwyższa Izba Kontroli - Departament Zdrowia skontrolowała Centralę Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie wykonania planu finansowego przez Narodowy Fundusz Zdrowia w 2011 r.

W związku z kontrolą, której wyniki przedstawione zostały w protokole kontroli podpisanym w dniu 19 czerwca 2010 r., Najwyższa Izba Kontroli - na podstawie art. 60 ustawy o NIK - przekazuje Pani Prezes niniejsze wystąpienie pokontrolne.

**Najwyższa Izba Kontroli, pozytywnie z zastrzeżeniami ocenia wykonanie planu finansowego przez Narodowy Fundusz Zdrowia w 2011 r. Ocenę taką uzasadnia utrzymanie w 2011 r. stabilnej pozycji finansowej nie wymagającej zaciągania zobowiązań.**

**NIK negatywnie ocenia niezapewnienie przez Fundusz równego dostępu ubezpieczonych do niektórych świadczeń opieki zdrowotnej.**

Formułując powyższą ocenę Najwyższa Izba Kontroli wzięła pod uwagę następujące okoliczności:

---

<sup>1</sup> Dz. U. z 2012 r., poz. 82.

1. W planie finansowym na 2011 r. z 13 sierpnia 2010 r. planowane przychody Funduszu (ogółem) określono na 60.084.386 tys. zł, z tego przychody ze składki należnej brutto naliczonej za 2011 r. w wysokości 58.001.348 tys. zł.

Podziału środków między oddziały wojewódzkie Funduszu z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych dokonano zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 listopada 2009 r.<sup>2</sup> Podstawą podziału była: liczba ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziale z uwzględnieniem ryzyka zdrowotnego przypisanego ubezpieczonym należącym do danej grupy wydzielonej według struktury wieku i płci w relacji do liczby osób ubezpieczonych. Dane dotyczące liczby ubezpieczonych w poszczególnych grupach wiekowo-płciowych, zarejestrowanych w oddziałach wojewódzkich Funduszu ustalono na podstawie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych (CWU), według stanu na dzień 31 marca, dla roku planowania oraz dla roku poprzedniego. Tak wyliczoną wysokość środków korygowano przez uwzględnienie wskaźnika wynikającego ze zróżnicowania kosztu jednostkowego świadczenia opieki zdrowotnej oraz wskaźnika wynikającego z liczby i rodzaju świadczeń wysokospecjalistycznych wykonanych dla ubezpieczonych zarejestrowanych w danym oddziale wojewódzkim Funduszu przez świadczeniodawców mających umowy zawarte z tym oddziałem, w relacji do liczby tych świadczeń ogółem w roku poprzedzającym rok, w którym plan ten był tworzony.

W wyniku podziału środków zgodnie z opisanym algorytmem wszystkie oddziały wojewódzkie NFZ uzyskały środki wyższe niż w planie finansowym na rok 2010 (plan odniesienia), poza Mazowieckim OW NFZ którego plan był niższy o 486.000 tys. zł.

Wyższy plan wydatków dla Mazowieckiego OW niż wynikający z algorytmu podziału środków narzucił § 6 rozporządzenia, który stanowił, że jeżeli w wyniku podziału środków wysokość planowanych środków na pokrycie kosztów finansowania świadczeń przez dany oddział była niższa niż wysokość kosztów finansowania świadczeń w roku poprzednim, wysokość planowanych środków na pokrycie kosztów świadczeń ustalano zgodnie z algorytmem określonym w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

W wyniku jego zastosowania, zmniejszono kwoty planowanych środków w 15 pozostałych oddziałach wojewódzkich, które były wyższe niż przewidziane w planie na rok poprzedni i zwiększono plan finansowy Mazowieckiego OW NFZ, który uzyskał taką samą wysokość środków, jak w planie na rok 2010.

---

<sup>2</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 listopada 2009 r. w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych (Dz. U. Nr 193, poz. 1495).

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, iż obowiązujący w 2011 r. system podziału środków pomiędzy oddziały wojewódzkie Funduszu, którego podstawą była liczba ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziale z uwzględnieniem ryzyka zdrowotnego, w sytuacji zmniejszenia dynamiki przychodów z tytułu składki na ubezpieczenie zdrowotne powodował, że algorytm ten w praktyce przestał obowiązywać, gdyż Mazowiecki OW uzyskałby mniejsze przychody niż w roku poprzedzającym rok planowania. Spowodowało to konieczność zmniejszenia planowanych przychodów części oddziałów na łączną kwotę 486.558 tys. zł i przekazania ich do Mazowieckiego OW NFZ.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca również uwagę na problemy związane z wiarygodnością danych zawartych w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych (CWU) stanowiących podstawę podziału środków między oddziały wojewódzkie Funduszu z przeznaczeniem na finansowanie kosztów finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych.

Na koniec 2011 r. w CWU zarejestrowane były 37.213.862 osoby obowiązkowo ubezpieczone<sup>3</sup>, podczas gdy liczba zweryfikowanych deklaracji osób na listach lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej wyniosła – 36.854.256 osób.

Liczba osób o statusach uprawniających do korzystania ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych<sup>4</sup> (NFZ lub budżetu państwa) była większa od liczby ludności podawanej przez GUS na koniec 2011 r. o 1.335.479 osób, a także mniejsza od liczby osób znajdujących się na listach lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (według stanu na koniec 2011 r.) o 138.265 osób. Ponizsze fakty mogą z kolei świadczyć o tym, iż dane zawarte w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych (CWU) są niezgodne ze stanem rzeczywistym.

Centralny Wykaz Ubezpieczonych był wykazem o charakterze wtórnym,<sup>5</sup> co w konsekwencji prowadziło do problemów z weryfikacją przez NFZ danych przekazywanych przez inne podmioty.

W przypadku osób o statusie „Uprawniony do 18 r. życia” nie było możliwości weryfikacji danych w plikach przekazywanych z ZUS czy KRUS, bowiem dane z MSWiA dotyczyły tylko dziecka, bez podania danych rodziców. Weryfikacja odbywała się poprzez weryfikację danych konta płatnika składki z danymi dotyczącymi zgłoszeń członków rodziny. Brak zgłoszeń do ubezpieczenia dzieci do 18 r. życia związany był – jak wynika ze złożonych wyjaśnień – z powszechną opinią, że „i tak dziecko ma prawo do świadczeń do 18 r. życia”. Brak zgłoszenia dziecka do ubezpieczenia skutkowało również tym, iż finansowanie tych świadczeń dokonywane było z dotacji budżetu państwa przekazywanej na realizację

<sup>3</sup> Z tego: 28.540.367 opłacających składkę, 8.673.495 członków rodzin korzystających z ubezpieczenia oraz 27.748 osób ubezpieczonych dobrowolnie.

<sup>4</sup> Tj.: „ubezpieczony”, „ubezpieczony – braki w dokumentacji” oraz „nieubezpieczony z prawem do świadczeń”.

<sup>5</sup> Tzn. był tworzony na podstawie danych przekazywanych przez podmioty trzecie (ZUS, KRUS, MSWiA, regionalne i branżową kasy chorych).

zadań o których mowa w art. 97 ust 3 pkt 2a ustawy o świadczeniach, a nie w ramach środków uzyskanych przez NFZ ze składek. Inne problemy dotyczące danych w CWU, które miały wpływ na przyporządkowanie do odpowiedniego statusu, to m.in.:

- brak wyrejestrowań z ubezpieczenia zdrowotnego i jednocześnie zgłoszenia z innego tytułu, co dotyczyło m.in. bezrobotnych, którzy nie zostali wyrejestrowani z ubezpieczenia przez Urzędy Pracy;
- powielenie zgłoszenia do ubezpieczenia członków rodziny; małżonkowie zgłaszają siebie nawzajem, jako członków rodziny;
- rejestracje pod nieaktualnymi numerami PESEL. Taka sytuacja była szczególnie zauważalna po wymianie dowodów osobistych, kiedy obywatele otrzymywali dokumenty z nowym numerem i nie uaktualnili danych w ZUS/KRUS;
- jednoczesne zgłoszenie do ubezpieczenia z ZUS i KRUS.

Problemy dotyczące wiarygodności danych zawartych w CWU mają w ocenie NIK negatywnie wpływać na proces podziału środków między oddziały wojewódzkie, jak też na weryfikację uprawnień do świadczeń, rozliczanie ze świadczeniodawcami z tytułu udzielonych usług medycznych finansowanych ze środków publicznych.

2. W trakcie realizacji planu finansowego w 2011 r. planowane przychody ogółem Funduszu zwiększono z 60.084.386 tys. zł do 60.470.036 tys. zł, tj. o 0,64%. Zrealizowane w 2011 r. przychody ogółem wyniosły 60.723.158,30 tys. zł, tj. były wyższe od planowanych o 253.122,30 tys. zł (o 0,42%). Przychody brutto ze składek na ubezpieczenie zdrowotne zostały zrealizowane w wysokości 58.378.720 tys. zł<sup>6</sup> i stanowiły 96,14% przychodów ogółem.

Wysokość zrealizowanych przez NFZ w roku 2011 kosztów ogółem wyniosła 60.923.072,57 tys. zł i stanowiła 99,34% planu. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej stanowiły 95,57% kosztów ogółem NFZ.

W 2011 r. ujemny wynik finansowy Funduszu wyniósł 199.914,27 tys. zł, w tym w oddziałach wojewódzkich 454.952,88 tys. zł, zaś centrala NFZ wykazała dodatni wynik w wysokości 255.038,61 tys. zł.

3. Plan finansowy na 2011 r. został zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 13 sierpnia 2010 r. Zakładał koszty ogółem w wysokości 60.084.386 tys. zł, z tego

---

<sup>6</sup> W tym: 58.238.309,07 tys. zł stanowiły przychody ze składek na ubezpieczenie zdrowotne należnej za 2011 r. oraz 140.410,93 tys. zł przychody ze składek z lat ubiegłych.

koszty świadczeń opieki zdrowotnej w wysokości 56.663.995 tys. zł, tj. o 0,58% niższe od planu finansowego NFZ na 2010 r.<sup>7</sup>

W dniu 18 sierpnia 2010 r. Minister Zdrowia zwrócił się do Prezesa NFZ o zwiększenie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w planie finansowym o środki funduszu zapasowego, w takiej wysokości aby oddziały wojewódzkie Funduszu dysponowały w 2011 r. środkami na świadczenia opieki zdrowotnej w wysokości odpowiadającej co najmniej kwocie środków określonych w aktualnie obowiązującym planie finansowym na 2010 r.

Prezes NFZ w dniach 23-25 sierpnia 2010 r. zwiększył plan finansowy sześciu OW NFZ łącznie o 856.970 tys. zł, w tym m.in. Mazowieckiego OW NFZ o 406.517 tys. zł. Podziału tych środków dokonano bez stosowania algorytmu podziału środków pomiędzy oddziały wojewódzkie Funduszu.

Jednocześnie, Prezes Funduszu dokonał w dniu 26 sierpnia 2010 r., tj. 13 dni po zatwierdzeniu planu finansowego NFZ na 2011 r., przeniesienia środków z tzw. „rezerwy na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych” (zwana dalej „rezerwą migracyjną”) w kwocie 2.787.589 tys. zł, z tego 2.089.920 tys. zł z przeznaczeniem na leczenie szpitalne.

Powyższe ustalenia wskazują, iż w okresie 2 tygodni od daty zatwierdzenia planu na 2011 r., dokonano w nim zmian na kwotę 856.897 tys. zł oraz przesunięć na kwotę 2.787.589 tys. zł - łącznie 3.644.486 tys. zł, co odpowiadało 6,4% kosztów świadczeń zdrowotnych.

Dla części oddziałów wojewódzkich brak tzw. „rezerwy migracyjnej” spowodował, że nie zostały rozliczone między oddziałami wojewódzkimi koszty świadczeń o wartości 72.524,09 tys. zł. Koszty te mają zostać rozliczone dopiero w trakcie realizacji planu finansowego NFZ w 2012 r.

Jak wynika ze złożonych wyjaśnień niepełne rozliczenie między OW NFZ kosztów świadczeń udzielonych w ramach migracji pacjentów nie miało wpływu na rozliczenia ze świadczeniodawcami, gdyż zagadnienie to regulują umowy zawarte między tymi podmiotami.

4. W trakcie 2011 r., plan kosztów świadczeń opieki zdrowotnej został zwiększony do 58.304.651 tys. zł, tj. o 1.640.656 tys. zł (o 2,9%). Zrealizowane koszty świadczeń wyniosły 58.224.321 tys. zł i stanowiły 99,86% planu po zmianach i przesunięciach.

W 2011 r. wartość wykonanych przez świadczeniodawców, a nie ujętych w księgach rachunkowych, tzw. „ponadumownych” świadczeń medycznych za 2011 rok wyniosła 1.814.455,53 tys. zł, tj. była wyższa, w porównaniu do stanu na koniec roku 2010 (1.065.642,01 tys. zł) o 748.813,52 tys. zł, tj. o 70%.

---

<sup>7</sup> Obowiązującego w dniu 15 lipca 2010 r.

Jednocześnie zwiększyła się liczba postępowań sądowych przeciwko NFZ z tytułu roszczeń związanych ze świadczeniami udzielonymi ponad limit określony w umowach z 166 spraw do 247 (wartość przedmiotu sporów zwiększyła się odpowiednio z 337.327,35 tys. zł do 666.297,69 tys. zł).

Zmniejszyła się natomiast według stanu na koniec 2011 r. w porównaniu do stanu na koniec 2010 r. liczba spraw i kwota roszczeń z tytułu tzw. „ustawy 203” z 44 postępowań o wartości przedmiotu sporu – 265.400,12 tys. zł do 22 spraw o wartości 162.018,92 tys. zł.

W 2011 r. NFZ nie przekroczył łącznego planu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej po zmianach i przesunięciach. Przekroczono natomiast plan w następujących rodzajach świadczeń:

- podstawowa opieka zdrowotna (o 3.000,97 tys. zł; 100,04% planu),
- refundacja cen leków (o 136.547,01 tys. zł, 101,57% planu).

W oddziałach wojewódzkich Funduszu, wartości łącznych kosztów świadczeń zdrowotnych mieściły się w ich planach finansowych, za wyjątkiem:

- Kujawsko-Pomorskiego OW, który przekroczył plan kosztów o 40.384,31 tys. zł, co stanowiło 101,32% planu, w tym: w podstawowej opiece zdrowotnej o 8.394,52 tys. zł (102,10% planu) oraz w zakresie zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne o 499,02 tys. zł (101,57% planu) oraz w zakresie refundacji cen leków o 41.776,09 tys. zł (108,89% planu);
- Wielkopolskiego OW, który przekroczył plan kosztów o 34.084,72 tys. zł, co stanowiło 100,68% planu, w tym w zakresie refundacji cen leków o 46.918,69 tys. zł (106,39% planu),

Przekroczenia planu finansowego w oddziałach wojewódzkich NFZ były niezgodne z art. 44 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.<sup>8</sup> Zdaniem NIK, na powyższe koszty Fundusz miał bardzo ograniczony wpływ ponieważ refundacja cen leków, zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne oraz liczba osób objętych opieką w ramach POZ nie były limitowane.

5. W 2011 r. NFZ przeprowadził 32 postępowania w trybie ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych<sup>9</sup>, w wyniku których zostały zawarte umowy na łączną kwotę 41.379,8 tys. zł netto<sup>10</sup>. Na podstawie kontroli ośmiu postępowań o udzielenie zamówień publicznych o łącznej wartości 24.666,3 tys. zł netto stwierdzono, że zostały one udzielone zgodnie z przepisami ustawy – Prawo zamówień publicznych.

<sup>8</sup> Dz. U. Nr 157, poz. 1240 ze zm.

<sup>9</sup> Dz. U. z 2010 r. Nr 113, poz. 759 ze zm.

<sup>10</sup> W tym jedno postępowanie zostało przeprowadzone z wolnej ręki, dwa w trybie zapytanie o cenę i 29 w trybie przetargu nieograniczonego.

Jedno z postępowań pn. „Połączenie Centrali NFZ z Oddziałami Wojewódzkimi NFZ oraz kolokacji siecią rozległą WAN oraz zapewnienie dostępu do Internetu” zostało przeprowadzone z opóźnieniem. Spowodowało to, że w okresie od 8 do 18 października 2011 r. usługa była świadczona przez dotychczasowego dostawcę na kwotę 20.000 zł netto (24.600 zł brutto) bez formalnie obowiązującej umowy w formie pisemnej<sup>11</sup>.

6. Fundusz, podobnie jak w latach poprzednich, nie dysponował kompleksowymi i rzetelnymi danymi o rzeczywistych kosztach poszczególnych procedur medycznych, co było niezgodne z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.<sup>12</sup> W konsekwencji Fundusz nie miał pełnego rozeznania dotyczącego cen kontraktowanych świadczeń, w odniesieniu do rzeczywistych kosztów ich udzielenia przez świadczeniodawców. Liczbę jednostek rozliczeniowych, którą Fundusz planował zakontraktować w 2011 r. oraz ich cenę szacowano przede wszystkim wykorzystując dane o realizacji umów z lat poprzednich, a także dane m.in. Głównego Urzędu Statystycznego, Państwowego Zakładu Higieny oraz informacje dotyczące kolejek osób oczekujących i potencjału świadczeniodawców.

Dopiero we wrześniu 2011 r. Fundusz wprowadził procedurę określającą tryb dokonywania zmiany wyceny usług medycznych, który zobowiązał wnioskodawcę do każdorazowego przedstawiania metodologii szacowania kosztów świadczenia zdrowotnego. W ocenie NIK, pozwoli to na zebranie danych niezbędnych do określenia kosztów rzeczywistych (kosztów wytworzenia i udzielenia) tych świadczeń.

7. W następstwie realizacji wniosków sformułowanych w latach 2009-2010 przez komórki audytu wewnętrznego, Centrala NFZ opracowała „Procedurę definiowania priorytetów i planowania zakupu świadczeń”. Najwyższa Izba Kontroli zauważyła jednak, że zakres przedmiotowy „priorytetów” przyjętych na rok 2011 dotyczących kontraktowania świadczeń był ograniczony do wybranych świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej, leczenia szpitalnego i „świadczeń odrębnie kontraktowanych”. Nie udało się również w pełni zrealizować w 2011 r. celów wyznaczonych w „priorytetach ogólnopolskich”, chociaż w porównaniu do roku 2010, wartości wskaźników przyjęte do monitorowania ich realizacji uległy poprawie.

---

<sup>11</sup> W trakcie kontroli NIK Dyrektor Informatyki NFZ poinformował, że Departament Informatyki doloży wszelkich starań, aby w planowanych kolejnych postępowaniach wyeliminować tego typu sytuacje.

<sup>12</sup> Dz. U. Nr 81, poz. 484. Prezes Funduszu - dokonując wyceny poszczególnych świadczeń w jednostkach rozliczeniowych - bierze pod uwagę wzajemne relacje kosztowe udzielanych świadczeń, uwzględniając koszty ich udzielania przez świadczeniodawców, a w wybranych zakresach świadczeń także koszty zapewnienia gotowości ich udzielania (§ 15 ust. 2-6 załącznika do ww. rozporządzenia).

8. W toku kontroli ustalono, że pomiędzy poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi NFZ występowały znaczne różnice w dostępie do świadczeń mierzonych zarówno kwotą środków przypadających na populację 10 tys. osób ubezpieczonych w danym oddziale, jak również czasem oczekiwania na udzielenie świadczenia.

Liczba jednostek rozliczeniowych przypadająca na 10 tys. ubezpieczonych w zakresie „świadczeń ogólnostomatologicznych dla dorosłych” kształtowała się w 2011 r. od 255.002,55 punktów w oddziale mazowieckim do 416.106,60 punktów w oddziale warmińsko-mazurskim. W sześciu oddziałach wojewódzkich wartość kontraktów w tym zakresie była niższa niż w roku 2010.<sup>13</sup>

Różnice pomiędzy oddziałami wojewódzkimi odnotowano w liczbie punktów przypadających na 10 tys. ubezpieczonych w zakresie „świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia”. Liczba punktów kształtowała się od 2.088,89 (Warmińsko-Mazurski OW NFZ) do 77.819,33 punktów (Małopolski OW NFZ).

Podobna sytuacja miała miejsce również w odniesieniu do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w zakresach – endokrynologia (Dolnośląski OW NFZ – 1.804,19 punktów, Świętokrzyski OW NFZ 4.179,32 punktów; przy średniej 3.551,80 punktów), kardiologia (Warmińsko-Mazurski OW NFZ 4.081,88 punktów, Pomorski OW NFZ do 8.256,35 punktów; średnio 6.254,67 punktów), a także w rodzaju rehabilitacja lecznicza, zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej (Zachodniopomorski OW NFZ 130.357,74 punktów, Podkarpacki OW NFZ - 268.969,54 punktów; średnio 187.574,56 punktów).

Tak znaczne różnice w dostępie do tych świadczeń nie uzasadniała – w ocenie NIK – nawet migracja pacjentów pomiędzy oddziałami wojewódzkimi, ponieważ wskaźnik udziału świadczeń dla ubezpieczonych w danym oddziale w relacji do liczby świadczeń ogółem kształtował się od 96,89% (Opolski OW NFZ) do 84,61% Mazowiecki OW NFZ (średnio 90,89%).

O ograniczonym dostępie do usług medycznych świadczył również długi czas oczekiwania na wybrane rodzaje świadczeń, a także różnice w tym zakresie występujące pomiędzy poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi.

Największą wartością mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania w grudniu 2011 roku – w odniesieniu do tzw. „przypadków stabilnych” w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej charakteryzowały się m.in. poradnie: schorzeń tarczycy – 124 dni, endokrynologiczne osteoporozy – 110 dni, chorób mięśni – 94, endokrynologiczne dla dzieci – 85 dni, genetyczne dla dzieci – 82 dni, hematologiczne – 68 dni, endokrynologiczne – 64 dni. Poradnie endokrynologiczne wyróżniały się na tle

---

<sup>13</sup> Dolnośląski OW NFZ – 95,91%, Lubelski OW NFZ – 97,65%, Małopolski OW NFZ – 98,11%, Mazowiecki OW NFZ – 79,23%, Podlaski OW NFZ – 97,98%, Wielkopolski OW NFZ – 97,75%.



innych komórek organizacyjnych udzielających świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna także ze względu na dużą liczbę osób oczekujących (78.922 osoby). Jak wynika ze złożonych wyjaśnień „Świadczenia endokrynologiczne należą do deficytowych ze względu na brak lekarzy endokrynologów. Z tego względu zakontraktowanie tych świadczeń na poziomie wynikającym z planu zakupu często jest niemożliwe. Stąd między innymi wynika długi czas oczekiwania na wizytę w poradni endokrynologicznej”). Z kolei w rodzaju leczenie szpitalne najdłuższą medianą czasu oczekiwania w odniesieniu do tzw. „przypadków stabilnych” na udzielenie świadczeń charakteryzowały się m.in. oddziały: otolaryngologiczne dla dzieci 107 dni, reumatologiczne – 82 dni, neurochirurgiczne – 75 dni, chirurgii jednego dnia dla dzieci – 75 dni, chirurgii urazowo-ortopedycznej – 69 dni, otolaryngologiczne – 66 dni, neurochirurgiczne dla dzieci – 56 dni, immunologii klinicznej dla dzieci – 55 dni, chirurgii naczyniowej – 50 dni. Oddziały chirurgii urazowo-ortopedycznej, otolaryngologiczne, neurochirurgiczne, reumatologiczne wyróżniały się nie tylko długim czasem oczekiwania na udzielenie świadczeń ale również dużą liczbą osób oczekujących (oddziały chirurgii urazowo-ortopedycznej - 88.079 osób, otolaryngologiczne – 54.021 osób, neurochirurgiczne – 18.789 osób, reumatologiczne – 17.248 osób).

W toku kontroli ustalono, że mediana<sup>14</sup> czasu oczekiwania na świadczenia w oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej kształtowała się według stanu na koniec grudnia 2011 r. od 0 dni (Lubelski, Świętokrzyski OW NFZ) do 181 dni (Wielkopolski OW NFZ), przy medianie określonej dla kraju 69 dni. Analogiczna sytuacja miała miejsce w przypadku oddziałów reumatologicznych. Mediana czasu oczekiwania kształtowała się od 7 dni (Podlaski OW NFZ) do 377 dni (Śląski OW NFZ) przy średniej 82 dni.

W przypadku oddziałów rehabilitacji leczniczej, mediana czasu oczekiwania wynosiła 171 dni ale w Dolnośląskim OW NFZ wyniosła ona aż 443 dni.<sup>15</sup> Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, iż efekty rehabilitacji po tak długim czasie oczekiwania mogą nie przynosić takich efektów zdrowotnych, jak niezwłoczne udzielenie tych świadczeń w przypadku wcześniejszego pojawienia się wielu chorób.

Duże różnice w dostępie do świadczeń zdrowotnych pomiędzy poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi naruszają – w ocenie NIK - zasadę zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wyrażoną w art. 65 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.<sup>16</sup>

<sup>14</sup> Mediana – Wartość dzieląca wszystkie dane na pół. Poniżej i powyżej mediany znajduje się dokładnie po 50% danych.

<sup>15</sup> Na 27 oddziałów rehabilitacyjnych, w przypadku aż 21 mediana czasu oczekiwania wynosiła więcej niż 301 dni (do jednego z nich 1.222 dni).

<sup>16</sup> Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm. Zgodnie z art. 65 pkt 2 ustawy, ubezpieczenie zdrowotne jest oparte w szczególności na zasadach zapewnienia ubezpieczonemu równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i wyboru

\* \* \*

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

- 1) rzetelne planowanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, w celu ograniczenia zmian jeszcze przed wdrożeniem planu finansowego Funduszu do realizacji;
- 2) rozważenie potrzeby przeprowadzenia kompleksowej analizy potrzeb zdrowotnych osób ubezpieczonych, objętej opieką Funduszu i kompleksowe określenie na tej podstawie priorytetów zdrowotnych na następne lata we współpracy z ministrem właściwym do spraw zdrowia oraz innymi uczestnikami systemu opieki zdrowotnej;
- 3) podjęcie działań zmierzających do wyrównania różnic w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej między poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi NFZ.

Najwyższa Izba Kontroli - Departament Zdrowia, na podstawie art. 62 ust. 1 ustawy o NIK, oczekuje przedstawienia przez Panią Prezes, w terminie 21 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, w terminie 7 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego, przysługuje Pani Prezes prawo zgłoszenia na piśmie do Dyrektora Departamentu Zdrowia NIK umotywowanych zastrzeżeń w sprawie ocen, uwag i wniosków zawartych w tym wystąpieniu.

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

*Za zgodności z treścią  
uchwały Komisji Odwoławczej*

**DYREKTOR**  
Departament Zdrowia  
z up.  
  
**Marek Trościński**  
Wicedyrektor

---

świadczeniodawców spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z Funduszem, z zastrzeżeniem art. 56b i art. 69b ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej, art. 153 ust. 7a ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej i art. 115 § 1a Kodeksu karnego wykonawczego.