



KZD.430.005.2017
Nr ewid. 157/2017/P/17/056/KZD

Informacja o wynikach kontroli

REALIZACJA ZADAŃ NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA W 2016 ROKU

DEPARTAMENT ZDROWIA

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

Dyrektor Departamentu Zdrowia
Piotr Wasilewski



Akceptuję:

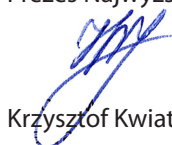
Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli



Mieczysław Łuczak

Zatwierdzam:

Prezes Najwyższej Izby Kontroli



Krzysztof Kwiatkowski

Warszawa, dnia 18. X. 2017r.

Najwyższa Izba Kontroli
ul. Filtrowa 57
02-056 Warszawa
T/F +48 22 444 50 00

www.nik.gov.pl

SPIS TREŚCI

WYKAZ SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ	4
1. WPROWADZENIE.....	5
2. OCENA OGÓLNA	7
3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI	8
4. UWAGI I WNIOSKI	15
5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI	16
5.1. Planowanie oraz realizacja planu zakupu świadczeń	16
5.2. Dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej.....	32
5.3. Wykonanie planu finansowego	80
5.4. Rozwój systemów informatycznych NFZ	95
5.5. System kontroli i audytu.....	101
6. ZAŁĄCZNIKI	107
6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe.....	107
6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych.....	109
6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności	113
6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli.....	115

Wykaz stosowanych skrótów, skrótowców i pojęć

AOS	ambulatoryjna opieka specjalistyczna
AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
CSIOZ	Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia
JGP	jednorodne grupy pacjentów. Grupa JGP jest jedną z kategorii hospitalizacji, posiadającą kod, nazwę oraz charakterystykę opisaną określonymi parametrami. Zbiór parametrów służących do wyznaczenia grupy, zawiera w szczególności: rozpoznania według klasyfikacji ICD-10, procedury medyczne według klasyfikacji ICD-9, wiek pacjenta, czas pobytu (§2 pkt 16 zarządzenia Nr 71/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, Dz. Urz. NFZ poz. 71, ze zm.
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
KRUS	Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego
MZ	Ministerstwo Zdrowia
OPD	opieka długoterminowa
OPH	opieka paliatywna i hospicyjna
Osoby uprawnione do świadczeń	osoby objęte powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym (ubezpieczeni); osoby (posiadające obywatelstwo polskie i mieszkające w Polsce); inne niż ubezpieczeni, spełniające określone kryterium dochodowe, nieubezpieczone, które nie ukończyły 18. roku życia lub są w okresie ciąży, porodu i połogu; inne osoby nieubezpieczone uprawnione do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z budżetu państwa; osoby uprawnione do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji w krajach UE/EOG (art. 2 oraz 66 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej).
OW NFZ	Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia
PFRON	Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
POZ	podstawowa opieka zdrowotna
PRO	profilaktyczne programy zdrowotne
PSY	opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień
REH	rehabilitacja lecznicza
RTM	ratownictwo medyczne
SOK	świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie
STM	leczenie stomatologiczne
SZP	leczenie szpitalne
Ustawa o świadczeniach	ustawa z dnia z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, ze zm.)
Ustawa refundacyjna	ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1536, ze zm.)
ZUS	Zakład Ubezpieczeń Społecznych
ZAO	zaopatrzenie w wyroby medyczne wydawane na zlecenie

1. WPROWADZENIE

Pytanie definiujące cel główny kontroli

Czy wydatkowanie środków przez NFZ było efektywne¹ i prowadziło do poprawy dostępu do świadczeń zdrowotnych?

Pytania definiujące cele szczegółowe kontroli

1. Czy dochodziło do zmniejszenia finansowania wybranych rodzajów świadczeń, w tym w szczególności w onkologii, lecznictwie pediatrycznym i uzdrowiskowym, ograniczenia liczby przyjmowanych pacjentów lub obniżenia jakości udzielanych świadczeń?

2. Czy czas oczekiwania na udzielenie świadczeń skrócił się, w porównaniu do roku poprzedniego, z uwzględnieniem wpływu zmian przepisów prawa, w szczególności w odniesieniu do świadczeń z zakresu pediatrii?

3. Czy w pełni wykorzystano środki przewidziane w planie finansowym na pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych?

Jednostki kontrolowane

Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

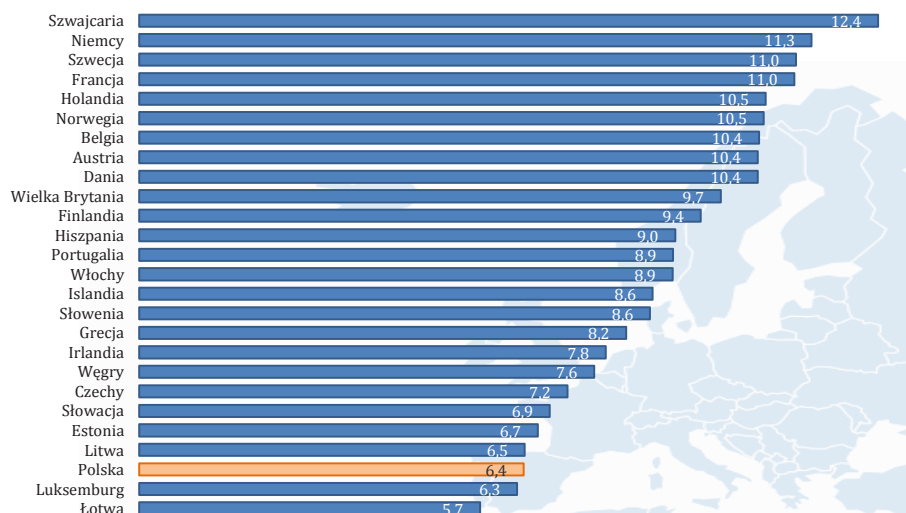
Okres objęty kontrolą

2016 oraz okres opracowywania planu w 2015 r. i działań w 2017 r. związanych ze sporządzaniem sprawozdań za 2016 r.

Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w Polsce w 2016 r. stanowiły 6,4% PKB, co znacząco odbiegało od wartości notowanych w innych krajach europejskich². Podobnie sytuacja przedstawiała się przy porównaniu kwot wydatkowanych na jednego mieszkańca w tych krajach.

Wykres nr 1

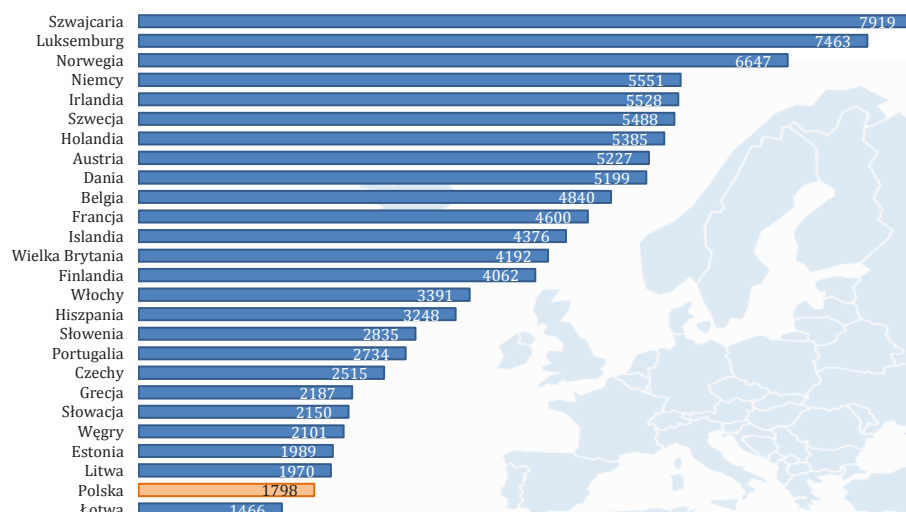
Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w należących do OECD krajach europejskich w 2016 r., jako procent PKB



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych OECD. <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>

Wykres nr 2

Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w należących do OECD krajach europejskich w 2016 r., na mieszkańca w USD



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych OECD. <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>

¹ Pod pojęciem efektywności wydatkowania środków należy rozumieć uzyskanie jak największej liczby produktów (świadczeń zdrowotnych) z posiadanych zasobów (środki finansowe).

² Bieżące wydatki publiczne (w tym wydatki NFZ) stanowiły 4,4% PKB. Dane OECD, <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>.

Tak niskie wydatki na zdrowie w Polsce świadczą o niedofinansowaniu systemu ochrony zdrowia i skutkują ograniczeniem dostępu do świadczeń medycznych.

Udział wydatków bezpośrednich ponoszonych przez pacjentów³ w wydatkach na ochronę zdrowia ogółem był wysoki i w 2015 r. wynosił 23,2%, podczas gdy przykładowo we Francji – 6,8%, Niemczech – 12,5%, w Czechach – 13,7%, a w Słowacji – 18,4%⁴. Taki stan pogłębia nierówność społeczne w dostępie do świadczeń.

Zgodnie z art. 68 Konstytucji RP, każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Polski system opieki zdrowotnej oparty jest o zasadę solidaryzmu i współodpowiedzialności za finansowanie wydatków na zdrowie.

Jego działanie reguluje szereg ustaw. Wśród nich szczególne znaczenie ma ustawa o świadczeniach, która określa warunki i zakres udzielania świadczeń. Z ustawy tej wynika, że obowiązek zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych, obciąża władze publiczne⁵, a głównym źródłem finansowania systemu jest ubezpieczenie zdrowotne w Narodowym Funduszu Zdrowia⁶. Fundusz został utworzony na podstawie ww. ustawy jako państwowa jednostka organizacyjna posiadająca osobowość prawną⁷, której podstawowym zadaniem jest pełnienie funkcji płatnika oraz m.in. określanie jakości i dostępności świadczeń, analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁸.

Sposób realizacji ustawowych zadań Funduszu ma wpływ na dostępność świadczeń zdrowotnych. Determinowana jest ona m.in. takimi czynnikami, jak:

- wysokość środków finansowych pozostających w dyspozycji Funduszu oraz zasady ich podziału między oddziały wojewódzkie NFZ,
- zmiany legislacyjne w ochronie zdrowia,
- sposób kontraktowania i finansowania zakupu świadczeń zdrowotnych,
- relacje cen poszczególnych świadczeń medycznych w stosunku do rzeczywistych kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców,
- rozmieszczenie i liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń,
- skuteczność systemu kontroli.

³ Ang. „out-of-pocket expenditures”. Wydatki, które osoba ubezpieczona musi ponieść bezpośrednio u świadczeniodawcy, bez pośrednictwa ubezpieczyciela lub rządu.

⁴ Dane OECD, <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>.

⁵ Art. 1 pkt. 3, art. 6 i nast. (7–11) ustawy o świadczeniach.

⁶ Art. 2, 3, art. 97 ust. 1, art. 116 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach.

⁷ Art. 96 ust. 1 ustawy o świadczeniach.

⁸ Art. 97 ust. 3 pkt. 1 ustawy o świadczeniach.

2. OCENA OGÓLNA

Wydatkowanie środków przez Narodowy Fundusz Zdrowia w 2016 r. nie było w pełni efektywne. W porównaniu do roku poprzedniego nie stwierdzono poprawy dostępu do świadczeń zdrowotnych.

W 2016 r. Narodowy Fundusz Zdrowia zwiększył finansowanie we wszystkich rodzajach świadczeń⁹. Nie skutkowało to jednak zwiększeniem liczby zakupionych świadczeń w dwóch rodzajach: ambulatoryjnej opiece specjalistycznej i rehabilitacji leczniczej.

Średni rzeczywisty czas oczekiwania w 2016 r., wydłużył się w przypadku większości poddanych analizie komórek organizacyjnych¹⁰, w tym udzielających świadczeń dzieciom i młodzieży. Podobnie jak w latach poprzednich, występowały znaczące dysproporcje w dostępie do świadczeń pomiędzy poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi NFZ, spowodowane czynnikami niezależnymi od Funduszu, w szczególności nierównomiernym rozmieszczeniem kadry medycznej i placówek medycznych na terenie kraju, na co NIK zwracała uwagę między innymi po kontrolach w latach 2011–2015.

Planowane na 2016 r. koszty zakupu świadczeń opieki zdrowotnej zostały zrealizowane w 99%. Narodowy Fundusz Zdrowia nie przeznaczył niewykorzystanych środków oraz dodatkowych przychodów w łącznej kwocie ponad 700 mln zł na zakup większej liczby świadczeń, zmniejszając zaplanowaną stratę finansową.

W okresie objętym kontrolą nie dokonano istotnych zmian zmierzających do usprawniania funkcjonowania systemów informatycznych Funduszu, a także nie wprowadzono nowych rozwiązań informatycznych, ułatwiających korzystanie ze świadczeń zdrowotnych pacjentom. Spowodowane to było brakiem decyzji strategicznych Ministra Zdrowia, który powodował niepewność, co do dalszego funkcjonowania NFZ oraz kształtu zapowiadanej reformy systemu ochrony zdrowia. Najwyższa Izba Kontroli już w latach poprzednich zwracała uwagę, iż opóźnienia w tworzeniu potrzebnych Funduszowi rozwiązań informatycznych i brak systemowych działań w tym zakresie negatywnie wpływają na efektywność działań Funduszu.

Niepewność, związana z zapowiadaną likwidacją NFZ, wpłynęła również na zwiększoną rotację pracowników Funduszu, co utrudniało realizację zadań OW NFZ, w szczególności w komórkach kontrolnych.

⁹ W profilaktycznych programach zdrowotnych w 2016 r., w porównaniu do 2015 r., zarówno zmniejszono finansowanie, jak również zakupiono mniejszą liczbę świadczeń.

¹⁰ Komórki organizacyjne świadczeniodawców (oddziały, pracownie, zakłady, poradnie), podlegające sprawozdawczości z zakresu list oczekujących.

3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

Nadal występowały różnice w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej

W 2016 r., pomimo zwiększenia wartości umów zawartych ze świadczeniodawcami o 3,2 mld zł, dostęp pacjentów do świadczeń nie poprawił się. Blisko połowę z tych środków (45,2%) przeznaczono na podwyżki wynagrodzeń personelu medycznego. Wprowadzone przez Ministra Zdrowia regulacje prawne nie wiązały tych wypłat z realizacją świadczeń i zwiększeniem ich dostępności¹¹. [str. 30–31]

Podobnie jak w latach 2011–2015, utrzymywały się dysproporcje w dostępie do świadczeń, pomiędzy poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi NFZ, mierzone zarówno ich liczbą i wartością przypadającą na 10 tys. osób uprawnionych, jak i czasem oczekiwania na ich udzielenie. Spowodowane to było w szczególności deficytem lekarzy specjalistów oraz nierównomiernym rozmieszczeniem kadry i placówek medycznych na terenie kraju. Ponadto w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, rehabilitacji leczniczej oraz profilaktycznych programach zdrowotnych zakupiono mniejszą liczbę świadczeń, zarówno ogółem, jaki i w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych, niż w roku ubiegłym. [str. 64–80]

Czas oczekiwania wydłużył się w przypadku 14 rodzajów komórek organizacyjnych z 20 analizowanych z największą liczbą oczekujących i długim czasem oczekiwania, w trzech skrócił się, a w kolejnych trzech nie zmienił się. W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej wzrósł we wszystkich pięciu analizowanych rodzajach komórek organizacyjnych, w leczeniu szpitalnym wzrósł w trzech, a w dwóch skrócił się. W rehabilitacji leczniczej w czterech wzrósł, a w jednej skrócił się, natomiast w przypadku komórek organizacyjnych związanych z leczeniem chorób psychicznych i uzależnień w dwóch wydłużył się, a w trzech pozostałych nie zmienił się.

Wśród pięciu analizowanych zakresów świadczeń udzielanych dzieciom i młodzieży, charakteryzujących się dużą liczbą osób oczekujących i długim czasem oczekiwania¹², w dwóch przypadkach wzrósł czas oczekiwania na udzielenie świadczenia, w dwóch pozostał na niezmiennym poziomie, a w jednym przypadku czas oczekiwania skrócił się.

Wśród procedur medycznych, na które są prowadzone odrębne listy oczekujących, długie czasy oczekiwania w 2016 r. zostały odnotowane m.in. na następujące świadczenia: zabiegi w zakresie soczewki – zaćma, endoprotezoplastyka stawu kolanowego i biodrowego, świadczenia rezonansu magnetycznego i tomografii komputerowej. Należy przy tym podkreślić, że zgodnie z danymi OECD, w przypadku endoprotezoplastyki stawu kolanowego i biodrowego świadczenia te należały do grupy o najdłuższym czasie oczekiwania na ich uzyskanie spośród wszystkich analizowanych państw, a w przypadku zaćmy czas oczekiwania w Polsce był najdłuższy. [str. 32–63]

¹¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628). Od 1 stycznia 2016 r. obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146).

¹² Poradnia endokrynologiczna dla dzieci, oddział otorynolaryngologiczny dla dzieci, poradnia gastroenterologiczna dla dzieci, poradnia kardiologiczna dla dzieci, poradnia alergologiczna dla dzieci.

Pomimo przeprowadzenia w 2015 r. przez NFZ postępowań uzupełniających, które miały na celu poprawę dostępu do świadczeń zdrowotnych, cel ten nie został w pełni osiągnięty. Spośród 10 analizowanych zakresów świadczeń w lecznictwie szpitalnym, tylko na terenie jednego oddziału wojewódzkiego Funduszu zapewniono pacjentom pełny dostęp do świadczeń. W przypadku świadczeń udzielanych dzieciom i młodzieży nie zapewniono dostępu: do oddziałów diabetologii dla dzieci i urologii dziecięcej na terenie dziewięciu województw, do oddziałów chorób zakaźnych dziecięcych w ośmiu, a do oddziałów chorób płuc dziecięcych i alergologii dziecięcej w czterech.

Natomiast w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, spośród ośmiu analizowanych zakresów, dostęp do wszystkich świadczeń zapewniono jedynie w sześciu oddziałach wojewódzkich NFZ. W przypadku świadczeń udzielanych dzieciom i młodzieży nie zapewniono dostępu do poradni alergologicznej oraz do badań echokardiograficznych płodu na terenie dwóch województw, a do świadczeń z zakresu diabetologii i okulistyki w jednym województwie.

W przypadku świadczeń rehabilitacyjnych nie zakontraktowano rehabilitacji kardiologicznej w ośrodku/oddziale dziennym w jednym OW NFZ, a rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych w czterech oddziałach.

Podobnie jak w 2015 r. nie udało się również zabezpieczyć pacjentom dostępu do świadczeń w programie profilaktyki chorób odtytoniowych na etapie podstawowym w dwóch OW NFZ oraz na etapie specjalistycznym w ośmiu oddziałach. [str. 78–79]

NIK ocenia pozytywnie proces sporządzania planu finansowego NFZ. Zastrzeżenia NIK budzi jedynie, zawyżanie planu w pozycjach „Pozostałe koszty” (w tym rezerwy na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych) oraz „Koszty finansowe”, co wskazuje na potrzebę rzetelnego planowania tych kosztów. [str. 80–81, 92–93]

W 2016 r. zrealizowano przychody w wysokości 73 849,34 mln zł, tj. o 4,9% większe niż w 2015 r. Największy udział w przychodach stanowiły przychody z tytułu składek na ubezpieczenia zdrowotne z ZUS i KRUS (bez składek z lat ubiegłych), które wyniosły łącznie 70 074,37 mln zł (94,8% przychodów). [str. 81–83]

Zrealizowane przez NFZ w 2016 r. koszty ogółem wyniosły 73 970,13 mln zł i stanowiły 98,54% planu. Były one o 4,83% wyższe niż w 2015 r. (70 560,20 mln zł).

Poniesione przez NFZ w 2016 r. koszty świadczeń zdrowotnych wyniosły 70 962,83 mln zł i stanowiły 98,95% wielkości zaplanowanej. Były one o 4,74% wyższe niż w 2015 r. (67 751,20 mln zł). [str. 85–89]

Najwyższa Izba Kontroli ustaliła, że nie przeznaczono, w ciągu roku, na deficytowe świadczenia opieki zdrowotnej kwoty w wysokości ponad 700 mln zł, z niewykorzystanych środków (m.in. z rezerwy transgranicznej oraz koordynacyjnej w wysokości 409,80 mln zł) oraz z dodatkowych przychodów (m.in. uregulowanie zobowiązania przez Ministra Zdrowia w wysokości 311,74 mln zł).

W niektórych województwach nie zapewniono dostępu do wszystkich rodzajów świadczeń

Proces sporządzania planu

Wzrost przychodów o 5%

Planowane koszty świadczeń zrealizowano w 99%

Nieprzeznaczenie niewykorzystanych środków i dodatkowych przychodów na zwiększenie sfinansowania świadczeń

Fundusz nie dokonując zmian planu w powyższym zakresie zmniejszył zaplanowaną stratę w 2016 r. do (-) 120,79 mln zł, przy pierwotnie planowanej (-) 926,22 mln zł. Jednak, w ocenie NIK, Fundusz mógł zwiększyć finansowanie w newralgicznych obszarach świadczeń, jak miało to miejsce w 2015 r., lub sfinansować nierozliczone świadczenia wykonane ponad limit określony w umowach (417,06 mln zł). [str. 80, 82, 87–88, 94]

Przekroczenia planu finansowego

W 2016 r. przekroczono limit kosztów ustalony w planie finansowym w Opolskim OW NFZ w pozycji podstawowa opieka zdrowotna (o kwotę 128,68 tys. zł, tj. o 0,06%) oraz w Zachodniopomorskim OW NFZ w pozycjach: lecznictwo uzdrowskowe (o kwotę 60,64 tys. zł, tj. o 0,26%), zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawa (o kwotę 350,00 tys. zł, tj. o 0,87%) i refundacja środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego (o kwotę 31,26 tys. zł, tj. o 22,82%).

W związku z odnotowanymi przekroczeniami planu finansowego na 2016 r. w Funduszu jest prowadzone postępowanie wyjaśniające i może zostać skierowane zawiadomienie o naruszeniu dyscypliny finansów publicznych, o którym mowa w art. 11 ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych¹³. [str. 86–87]

Wzrosła wartość zapłaconych kar i grzywien

Wartość poniesionych kosztów z tytułu zapłaconych kar, grzywien i odszkodowań w 2016 r. wyniosła 121,35 tys. zł i była blisko trzykrotnie wyższa niż w 2015 r. (tj. o 79,23 tys. zł). Już w wystąpieniu pokontrolnym z realizacji zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2014 r. (P/15/059) NIK wnioskuje o wyeliminowanie sytuacji, w których Fundusz ponosi koszty z ww. tytułu. W październiku 2015 r., Prezes NFZ zobowiązał Dyrektorów OW NFZ do wzmocnienia nadzoru nad prowadzonymi przez podległych pracowników sprawami w celu ograniczenia ryzyka związanego z ponoszeniem przez NFZ kosztów z powyższych tytułów, jednak w okresie późniejszym nie podejmował w tym zakresie dodatkowych działań. [str. 93]

Zmiany struktury kosztów świadczeń

W ocenie NIK struktura świadczeń, finansowanych ze środków NFZ, jest niekorzystna dla płatnika publicznego z uwagi na duży udział kosztów leczenia szpitalnego (które jest leczeniem najdroższym), wynoszący 49,38% kosztów świadczeń (wzrost z 49,01% w 2015 r. oraz z 47,5% w 2010 r.)¹⁴. Tak wysoki udział kosztów leczenia szpitalnego, w kosztach świadczeń ogółem, może świadczyć o nadmiernym diagnozowaniu i leczeniu pacjentów w trybie hospitalizacji, a tym samym niedostatecznej roli ambulatoryjnej opieki zdrowotnej¹⁵. W celu ograniczenia kosztów systemu ochrony zdrowia, w Narodowym Funduszu Zdrowia zasadne jest kontynuowanie działań w celu optymalizacji struktury kosztów świadczeń¹⁶. [str. 18–21]

¹³ Dz. U. z 2017 r. poz. 1311.

¹⁴ A kolejno: podstawowej opieki zdrowotnej – 13,34%, koszty refundacji aptecznej – 11,40% i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – 8,17%.

¹⁵ T.j. podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i profilaktycznych programów zdrowotnych.

¹⁶ W ubiegłych latach Fundusz m.in. prowadził prace związane z „przesunięciem” realizacji części procedur wykonywanych w lecznictwie szpitalnym do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Celem tych działań było ograniczenie kosztów oraz wykonywanie w trybie hospitalizacji tylko tych świadczeń, które nie mogły być realizowane poza szpitalem. Patrz informacja o wynikach kontroli: Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2014 r. (P/15/059), Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia, w ramach planu finansowego w 2013 r. (P/14/060).

W rodzaju podstawowa opieka zdrowotna nastąpił wzrost kosztów, w stosunku do 2015 r., o 7,50%, a w relacji do 2014 r. aż o 22,85%¹⁷, przy jednoczesnym ograniczeniu przez Ministra Zdrowia wymagań odnośnie sprawozdawczości badań diagnostycznych. Zdaniem Funduszu, utrudniło to skuteczną analizę realizacji zadań przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, a ponadto uniemożliwiło stosowanie przez NFZ mechanizmów motywujących lekarzy do zlecenia większej liczby badań diagnostycznych. [str. 21–23]

Wydatki na świadczenia zdrowotne (z wyłączeniem podstawowej opieki zdrowotnej), udzielone pacjentom do 18. roku życia, w 2016 r. wyniosły 6 470,28 mln zł, tj. 12,19% wydatków Funduszu ogółem w tych rodzajach świadczeń. Były one wyższe niż w 2015 r. o 2,07% (131,49 mln zł), ale ich udział w kosztach świadczeń ogółem zmniejszył się o 0,33 punktu procentowego. Natomiast koszty stawki kapitałowej świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej dla świadczeniobiorców w wieku 0–19. roku życia oraz koszty świadczeń pielęgniarstwa szkolnego w 2016 r. wyniosły 1 896,90 mln zł i były wyższe niż w 2015 r. o 4,52%. [str. 23–24]

W 2016 r. rosły wydatki na leczenie onkologiczne zarówno w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, jak i w leczeniu szpitalnym. W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w zakresach onkologicznych¹⁸ wykonano świadczenia o wartości 289,04 mln zł, tj. o 11,6% więcej niż w 2015 r., zaś w leczeniu szpitalnym¹⁹ wykonano świadczenia o wartości 3 986,84 mln zł, tj. o 7,0% więcej niż w 2015 r. W ramach pakietu onkologicznego wykonane i rozliczone zostały świadczenia o wartości 1 531,29 mln zł, tj. o 12,9% więcej niż w 2015 r.

Rosły koszty leczenia onkologicznego

Świadczenia onkologiczne udzielane w ramach pakietu wykonywane były szybciej, niż w przypadku świadczeń planowych, co potwierdzają wyniki kontroli „Przygotowania i wdrożenia pakietu onkologicznego” (P/16/057). Jednocześnie stwierdzono, że czas oczekiwania na udzielenie świadczeń dla pacjentów z rozpoznaniem choroby nowotworowej (innych niż objętych pakietem) wydłużył się, a w przypadku pracowni tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego blisko dwukrotnie. [str. 24]

Fundusz nie dysponował narzędziami do negocjacji wysokości cen wyrobów medycznych, w które zaopatrywany jest pacjent. Umowy zawierane były ze wszystkimi świadczeniodawcami spełniającymi warunki do ich zawarcia, a w konsekwencji, oddziały wojewódzkie Funduszu refundowały koszty zakupu wyrobów medycznych (tego samego producenta, o tych samych parametrach i właściwościach) po zróżnicowanych cenach. Ich rozpiętość sięgała nawet kilkuset procent, a także odnotowano przypadki, gdy ceny tych wyrobów przewyższały ceny wyrobów dostępnych na wolnym rynku.

Nieprawidłowości w systemie refundacji wyrobów medycznych

¹⁷ Koszty w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna wyniosły odpowiednio: 9 461,49 mln zł w 2016 r., 8 801,28 mln zł w 2015 r. oraz 7 701,36 mln zł w 2014 r.

¹⁸ Dane dla zakresów pakietu onkologicznego, poradni onkologicznej, onkologii i hematologii dziecięcej, chirurgii onkologicznej, chirurgii onkologicznej dla dzieci.

¹⁹ Dane dla zakresów pakietu onkologicznego świadczenia z zakresu radioterapii, brachyterapii, chemioterapii, onkologicznych programów lekowych, oddziałów: chirurgii onkologicznej, ginekologii onkologicznej, onkologii i hematologii dziecięcej, onkologii klinicznej.

Mimo, że Fundusz od 2013 r. wielokrotnie informował Ministra Zdrowia o występujących nieprawidłowościach, do chwili obecnej nie zostały zmienne stosowne regulacje prawne w tym zakresie. Wprawdzie w 2016 r. Minister Zdrowia zainicjował wprowadzenie zmian poprzez nowelizację ustawy refundacyjnej, jednakże, do chwili obecnej, nie została ona skierowana do Sejmu RP²⁰. W ocenie NIK, Minister Zdrowia, niezależnie od procedowanych projektów ustaw, mógł już wcześniej podjąć doraźne działania mające na celu zapobieżenie występowaniu opisanych wyżej negatywnych zjawisk, m.in. poprzez nowelizację aktów prawnych, do których posiada upoważnienie ustawowe²¹.

Ponadto określona przez Ministra Zdrowia zbiorcza sprawozdawczość w zakresie zaopatrzenia w wyroby medyczne nie pozwala na monitorowanie faktycznego wykonania refundacji w poszczególnych rodzajach wyrobów (typ, model) i na szczegółową analizę różnic w kwotach refundacji tych samych przedmiotów. Stwarza to ryzyko wydatkowania przez Fundusz środków w nadmiernej wysokości.

Dodatkowo należy podkreślić, że wspomniane nieprawidłowości wpływają również na wydatki ponoszone przez PFRON, ponieważ wysokość dofinansowania do wyrobów medycznych refundowanych przez NFZ, przysługująca osobom niepełnosprawnym, uzależniona jest od ceny zakupu wyrobu medycznego. [str. 26–29]

Zwiększa się liczba oczekujących na sanatorium uzdrowiskowe

Leczenie uzdrowiskowe ma na celu m.in. zapobieganie rozwojowi choroby, jak również utrzymanie wyników dotychczasowego leczenia, a udzielanie świadczeń uzdrowiskowych, w połączeniu z rehabilitacją, niezwłocznie po zakończeniu leczenia utrwała jego pozytywne efekty, co w konsekwencji ogranicza przyszłe koszty systemu ochrony zdrowia spowodowane nawrotem choroby.

Pomimo zwiększenia finansowania w rodzaju leczenie uzdrowiskowe w 2016 r., w porównaniu do 2015 r., o 2,46%, a do 2010 r. o 16,98% czas oczekiwania na udzielenie świadczeń w zakresie leczenie uzdrowiskowe w sanatorium uzdrowiskowym, od 2010 r., nieprzerwanie wydłużał się – na koniec grudnia 2016 r. na potwierdzenie skierowania oczekiwało 725 300 osób, tj. o 11,21% więcej niż w 2015 r. oraz o 63,20% więcej niż w 2010 r. Średnia liczba oczekujących na potwierdzenie skierowań na leczenie sanatoryjne dorosłych z poszczególnych województw, w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców wynosiła 262, w tym w Dolnośląskim – 422, a w Podkarpackim – 154. Czas oczekiwania pacjentów na świadczenia w rodzaju leczenie uzdrowiskowe jest również zróżnicowany dla poszczególnych OW NFZ.

W przypadku świadczeń lecznictwa uzdrowiskowego, brak jest możliwości składania do innego województwa, niż to, w którym świadczeniobiorca zamieszkuje, skierowań na leczenie uzdrowiskowe, o których mowa

²⁰ Numer wykazu prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów UD70, <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12286460>.

²¹ M.in. określenie limitu finansowania za pojedynczą sztukę poszczególnych wyrobów medycznych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz. U. poz. 1061).

w art. 33 ustawy o świadczeniach, przez świadczeniobiorców. Ma to wpływ na istniejące znaczne różnice w liczbie oczekujących na świadczenia leczenia uzdrowiskowego między poszczególnymi województwami.

Plan pierwotny NFZ na 2016 r. przewidywał wykonanie kosztów w leczeniu uzdrowiskowym w wysokości 639,02 mln zł, co stanowiło 0,92% kosztów świadczeń ogółem, a zgodnie z priorytetami ogólnopolskimi Funduszu oraz wytycznymi Prezesa NFZ udział kosztów leczenia uzdrowiskowego w kosztach ogółem miał być nie niższy niż 1%, co zostało osiągnięte jedynie w pięciu oddziałach wojewódzkich NFZ. [str. 25–26, 55–58]

Częste zmiany koncepcji informatyzacji systemu ochrony zdrowia, dokonywane przez Ministra Zdrowia, utrudniają powstanie spójnego systemu informacyjnego. Skutkuje to m.in. trudnościami w budowie systemu rozliczania i weryfikacji świadczeń, niewprowadzeniem mechanizmów autoryzacji wykonania świadczenia w czasie rzeczywistym przez lekarza i pacjenta oraz rozwiązań ułatwiających pacjentom korzystanie ze świadczeń zdrowotnych w systemie publicznym. Do końca I półrocza 2017 r. Fundusz nie wdrożył, przewidzianego w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia²², Rejestru Usług Medycznych, co pozwoliłoby na wyeliminowanie nieprawidłowości w rozliczaniu świadczeń, których szacunkowa wartość, według Funduszu, wynosi od 3 do 6,5 mld zł. Najwyższa Izba Kontroli zwracała uwagę na te zagadnienia już w kontroli realizacji zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2014 i 2015. [str. 95–101]

Nadal brakuje spójnej koncepcji informatyzacji

W związku m.in. z zapowiadanymi zmianami w ochronie zdrowia i planami likwidacji Funduszu oraz nieprzedstawieniem konkretnych rozwiązań przez Ministra Zdrowia w tym zakresie, wystąpiła zwiększona rotacja pracowników, co stwarzało ryzyko dla prawidłowej realizacji zadań przez płatnika oraz utrudniało wykonywanie zadań oddziałów wojewódzkich NFZ, w szczególności w komórkach kontrolnych.

Problemy kadrowe

Skutkowało to również wypłaceniem ekwiwalentów za niewykorzystany urlop w 2016 r. w kwocie 421,58 tys. zł (w 2015 r. 356,67 tys. zł.) oraz znaczną liczbą wakatów (w 2016 r. ok. 200), a także trudnościami w pozyskiwaniu nowych pracowników. [str. 91–92, 104]

W 2016 r. zmniejszyła się liczba i efekty finansowe przeprowadzonych przez NFZ kontroli w porównaniu do 2015 r. Łącznie przeprowadzono 3 247 kontroli świadczeniodawców, ordynacji lekarskiej oraz aptek, tj. 15,86% mniej niż w 2015 r., w których ustalono do zwrotu środki w wysokości 66 155,88 tys. zł, tj. o 77 292,28 tys. zł (53,88%) niższej niż w 2015 r. W 2016 r. na jedną złotówkę wydatkowaną w związku z zatrudnieniem kontrolującego²³ przypadały ustalenia finansowe w wysokości jednego złotego i 74 groszy, natomiast w 2015 r. były to cztery złote, ponadto na jedną osobę zatrudnioną, wykonującą zadania kontrolne, średnio na rok w 2016 r. przypadało 7,61 kontroli, a w 2015 r. na jedną osobę przypadało 8,74 kontroli. [str. 102–105]

Niższa efektywność przeprowadzanych przez NFZ kontroli świadczeniodawców, ordynacji lekarskich i aptek

²² Dz. U. z 2016 r. poz. 1535, ze zm.

²³ Wykonującego kontrolę świadczeniodawców, ordynacji lekarskiej oraz aptek.

SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

Opóźnienia w rozpatrywaniu odwołań

Pomimo zmniejszenia liczby odwołań wniesionych do Prezesa NFZ od decyzji wydanych przez Dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, o blisko połowę, oraz przeprowadzenia zmian organizacyjnych i zwiększenia zatrudnienia, nadal do Centrali NFZ wpływa więcej odwołań niż jest rozpatrywanych, a na koniec 2016 r. do rozpatrzenia pozostaje łącznie ponad 6 000 spraw, tj. o 500 spraw więcej niż w 2015 r. [str. 84–85]

4. UWAGI I WNIOSKI

Po przeprowadzonej kontroli w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, Najwyższa Izba Kontroli wniosła o:

Narodowy Fundusz
Zdrowia

1. wprowadzenie zmian organizacyjnych w celu sprawniejszego rozpatrywania spraw wpływających do Centrali Funduszu,
2. rzetelne planowanie kosztów i monitorowanie ich wykonania w trakcie roku, a także podjęcie działań dyscyplinujących w zakresie realizacji planu kosztów po zakończeniu postępowania wyjaśniającego przyczyny przekroczenia założonych limitów,
3. podjęcie skutecznych działań w celu ograniczenia kosztów z tytułu wypłaconych kar, grzywien i odszkodowań.

Niezależnie od wniosków zawartych w wystąpieniu pokontrolnym skierowanym do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, Najwyższa Izba Kontroli wskazuje na potrzebę kontynuowania działań w celu optymalizacji struktury kosztów świadczeń, w tym zwiększenia roli i znaczenia leczenia otwartego w procesie leczniczym.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli, niewystarczające działania w celu zmiany systemowych rozwiązań dotyczących funkcjonowania ochrony zdrowia, skutkujące m.in.:

Minister Zdrowia

- niekorzystną strukturą świadczeń finansowanych ze środków publicznych,
 - dużymi różnicami w dostępie do świadczeń,
 - niezapewnieniem odpowiednich rozwiązań informatycznych,
- utrudniają realizację zadań ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia, związanych z zapewnieniem obywatelom równego dostępu do świadczeń zdrowotnych, zgodnie z art. 65 pkt 2 ustawy o świadczeniach oraz zwiększają koszty jego działalności.

Najwyższa Izba Kontroli wnosi ponadto o zmianę zasad refundacji wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie osoby uprawnionej, przez nowelizację ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, a do czasu wprowadzenia regulacji ustawowych poprzez zmianę aktów prawnych, do których Minister Zdrowia posiada upoważnienie ustawowe, w celu eliminacji lub ograniczenia występowania negatywnych zjawisk w tym obszarze.

5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

5.1. Planowanie oraz realizacja planu zakupu świadczeń

5.1.1. Kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej

Ogólnopolskie
priorytety zdrowotne

Fundusz przygotował priorytety ogólnopolskie na 2016 r, dotyczące poszczególnych rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej. Obejmowały one m.in.:

- wyrównanie dostępności świadczeń, mierzonej wartością zrealizowanych świadczeń w poszczególnych rodzajach i zakresach odniesioną do populacji, pomiędzy poszczególnymi OW NFZ,
- utrzymanie finansowania chemioterapii oraz programów zdrowotnych (lekowych) na dotychczasowym poziomie oraz zmianę realizacji trybów udzielanych świadczeń z przesunięciem do trybu ambulatoryjnego,
- zwiększenie planu finansowego na świadczenia w rodzaju leczenie uzdrowiskowe w celu skrócenia czasu oczekiwania na potwierdzenie skierowania na leczenie (skrócenie poniżej 18 miesięcy) oraz zwiększenie dostępności dla dominującej grupy świadczeniobiorców (tj. osób powyżej 56. roku życia),
- zwiększenie dostępności świadczeń dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, udzielanych w warunkach ambulatoryjnych i dziennych, w tym w zakresie programu leczenia substytucyjnego oraz do świadczeń z zakresu leczenia środowiskowego,
- zwiększenie dostępności świadczeń dedykowanych osobom starszym (powyżej 60. roku życia) w ramach zakresu geriatry w AOS i w SZP, oraz świadczeń z zakresu psychogeriatry w rodzaju leczenie psychiatryczne,
- zwiększenie finansowania świadczeń stomatologicznych udzielanych dzieciom, w tym świadczeń z zakresu ortodontyki (powyżej 20% wartości świadczeń w rodzaju leczenie stomatologiczne),
- zwiększenie dostępności diagnostyki onkologicznej w trybie ambulatoryjnym poprzez skrócenie czasu diagnozowania pacjentów,
- zwiększenie dostępności rehabilitacji leczniczej w zakresie rehabilitacji kardiologicznej oraz w zakresie leczenia urazów wymagających szybkiej i intensywnej rehabilitacji,
- zwiększenie dostępności poradni i oddziałów chorób płuc, alergologicznych oraz świadczeń rehabilitacji pulmonologicznej.

Podobnie jak w latach poprzednich, priorytety ogólnopolskie na 2016 r. zostały ustalone na okres jednego roku. Uwzględniając zalecenia NIK²⁴, 19 kwietnia 2016 r., została zmieniona „Procedura definiowania priorytetów zdrowotnych i planowania zakupu świadczeń”, poprzez dookreślenie, że priorytety ogólnopolskie i regionalne mogą być wyznaczane na okres dłuższy niż rok. Zgodnie ze zmienioną procedurą opracowano roczne i wieloletnie priorytety ogólnopolskie na 2017 r.

Plan zakupu świadczeń

Plany zakupu świadczeń w poszczególnych OW NFZ zostały przygotowane z uwzględnieniem założeń do planu zakupu, priorytetów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie

²⁴ Po kontroli P/15/059 – Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2014 r., Najwyższa Izba Kontroli skierowała do Prezesa NFZ wniosek pokontrolny dotyczący opracowania wieloletnich, ogólnopolskich priorytetów zdrowotnych, uwzględnianych w procesie kontraktowania świadczeń zdrowotnych.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

priorytetów zdrowotnych²⁵, priorytetów ogólnopolskich, określonych przez Prezesa NFZ i regionalnych, określonych przez dyrektorów OW NFZ, a także charakterystyki sytuacji demograficznej i epidemiologicznej populacji.

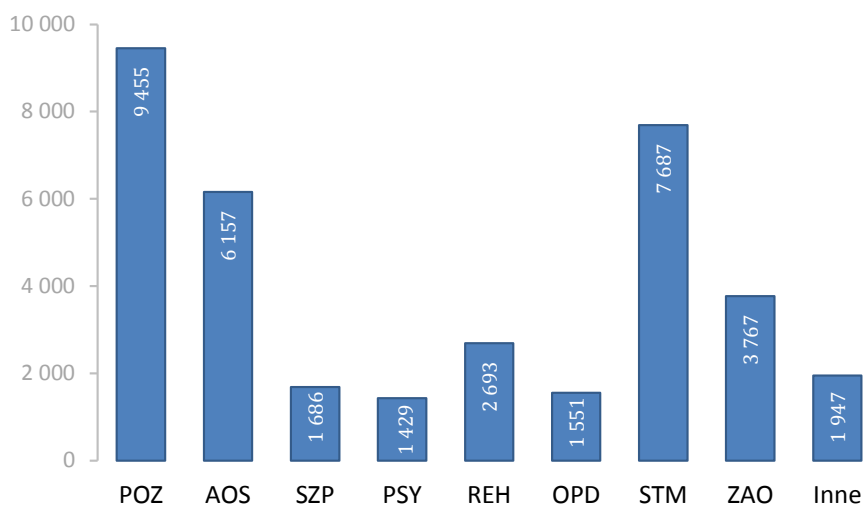
Podczas opracowywania planu finansowego oraz planu zakupu świadczeń na 2016 r. nie zakładano zasadniczych zmian w strukturze rodzajowej kosztów świadczeń w porównaniu do 2015 r. Zgodnie z planem pierwotnym najwyższy udział w kosztach opieki zdrowotnej miało leczenie szpitalne – 43,0% (spadek z 43,7% w 2015 r.), a następnie: podstawowa opieka zdrowotna – 13,5% (wzrost z 12,0%, w 2015 r.), koszty refundacji aptecznej – 11,0% (wzrost z 11,8% w 2015 r.) i ambulatoryjna opieka specjalistyczna 7,9% (spadek z 8,1% w 2015 r.)²⁶.

W badanym okresie NFZ prowadził kontraktowanie świadczeń w ograniczonym zakresie. Niewygasające w 2016 r. umowy były aneksowane, po uzgodnieniu warunków rzeczowo-finansowych. Przeprowadzono jedynie 910 postępowań w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert i rokowań, przy czym rozstrzygnięto 518, a unieważniono bądź odwołano 392 postępowania. Zawarto 356 nowych umów oraz 346 aneksów do dotychczasowych umów.

Kontraktowanie świadczeń

Wykres nr 3

Liczba świadczeniodawców w poszczególnych rodzajach świadczeń w 2016 r.



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

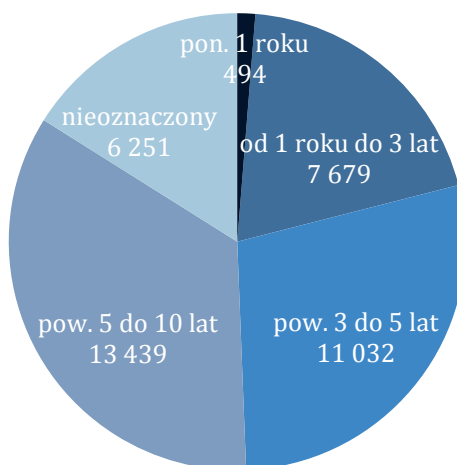
W 2016 r. obowiązywało łącznie 38 895 umów zawartych z 36 372 świadczeniodawcami, w tym 494 z okresem obowiązywania poniżej jednego roku, 7 679 umów z okresem obowiązywania od jednego roku do trzech lat, 11 032 od trzech do pięciu lat, 13 439 powyżej pięciu lat. Ponadto 6 251 umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna zawarto na czas nieoznaczony.

²⁵ Dz. U. Nr 137, poz. 1126.

²⁶ W planie pierwotnym w poszczególnych rodzajach świadczeń nie są ujęte środki z rezerwy migracyjnej i ogólnej (środki te są ujęte w oddzielnych pozycjach kosztów świadczeń).

Wykres nr 4

Struktura umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej według okresu na jaki zostały zawarte



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Na mocy art. 23 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw²⁷ wprowadzono możliwość przedłużenia obowiązywania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w dniu wejścia w życie ustawy na okres nie dłuższy niż do dnia 30 czerwca 2016 r. Przedłużenie obowiązywania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej następuje na wniosek dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ, a we wniosku dyrektor może zastrzec, że przedłużenie nie dotyczy umów zawartych w zakresie leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w części dotyczącej leczenia onkologicznego. Ponadto ww. ustawą, poprzez dodanie w art. 159 ustawy o świadczeniach ustępu 2a, wprowadzono możliwość zawierania umów na czas nieoznaczony w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (za wyjątkiem nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej).

Ponadto w art. 2 ustawy z dnia 16 grudnia 2015 r. zmieniającej ustawę o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw²⁸ przewidziano możliwość dalszego przedłużenia umów na okres nie dłuższy niż do dnia 30 czerwca 2017 r. Przedmiotowa zmiana objęła wszystkich świadczeniodawców realizujących umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych zakresach udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

Wycena świadczeń

W celu urealnienia i dostosowania finansowania hospitalizacji w zależności od długości pobytu pacjentów w szpitalu m.in.:

- wyodrębniono JGP dla starszej populacji, z uwagi na istotnie różne koszty leczenia pacjentów w zależności od wieku pacjentów, czy też choroby współistniejące,
- skorygowano wartości punktowe niektórych grup, m.in. dedykowanych zabiegom endowaskularnym oraz kardiologii interwencyjnej i kardiologii zachowawczej,

²⁷ Dz. U. poz. 1138, ze zm. (wygaśnięcie z dniem 31 grudnia 2024 r.).

²⁸ Dz. U. poz. 2198 (wygaśnięcie z dniem 30 czerwca 2017 r.).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- w JGP zachowawczych i niektórych grupach zabiegowych wprowadzono wartość punktową dla hospitalizacji poniżej dwóch dni: dla grup zachowawczych na poziomie 30% stawki bazowej, dla grup zabiegowych na poziomie 90% stawki bazowej.

Zmiana wyceny świadczeń dedykowana zabiegom endowaskularnym oraz kardiologii interwencyjnej i kardiologii zachowawczej została dokonana po przeprowadzeniu szeregu prac analitycznych, w tym m.in. „Analizy realizacji świadczeń w ramach systemu JGP”, opracowanej w 2016 r. przez Zespół Roboczy do spraw przeanalizowania, rozpoznania oraz zaproponowania odpowiednich rozwiązań w zakresie wyceny lub zmian zasad realizacji, rozliczania i finansowania świadczeń.

Ponadto, w związku z Obwieszczeniem Prezesa AOTMiT z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień zostały podwyższone wyceny punktowe świadczeń ustalone przez NFZ o: 20% w przypadku oddziałów dziennych i oddziałów dziennych rehabilitacyjnych, 25% w przypadku świadczeń związanych z opieką środowiskową, 10% w przypadku świadczeń ambulatoryjnych dla dzieci i 5% w przypadku pozostałych świadczeń ambulatoryjnych. Skutek finansowy powyższych zmian, liczony od 1 lipca 2016 r., wyniósł 75 mln zł w skali roku.

W planie zakupu zostały również zaimplementowane taryfy wydane przez AOTMiT w zakresie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej oraz w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Ponadto zmieniono wartość współczynników korygujących stawkę kapitacyjną w świadczeniach lekarza POZ, w szczególności z uwagi na zwiększone koszty udzielania świadczeń dla pacjentów grup wiekowych: 40–65. rok życia oraz powyżej 65. roku życia, na przewidywaną zwiększoną zgłaszalność świadczeniobiorców, w związku regulacjami dotyczącymi refundacji leków dla populacji powyżej 75. roku życia, a także ze względu na potrzebę zabezpieczenia środków na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych zatrudnionych w „praktykach lekarskich”.

Od 1 lipca 2016 r., celem poprawy dostępności świadczeń lekarza POZ i pielęgniarki POZ, obniżono zalecaną liczbę świadczeniobiorców objętych opieką jednego lekarza i jednej pielęgniarki POZ – z 2 750 na 2 500 osób. Przedmiotowa zmiana była omawiana w trakcie spotkań z przedstawicielami organizacji świadczeniodawców POZ.

Zmiana zalecanej liczby pacjentów na listach lekarzy POZ

5.1.2. Realizacja planu zakupu świadczeń

Największy udział w kosztach świadczeń (70 962 832,98 tys. zł) miały koszty:

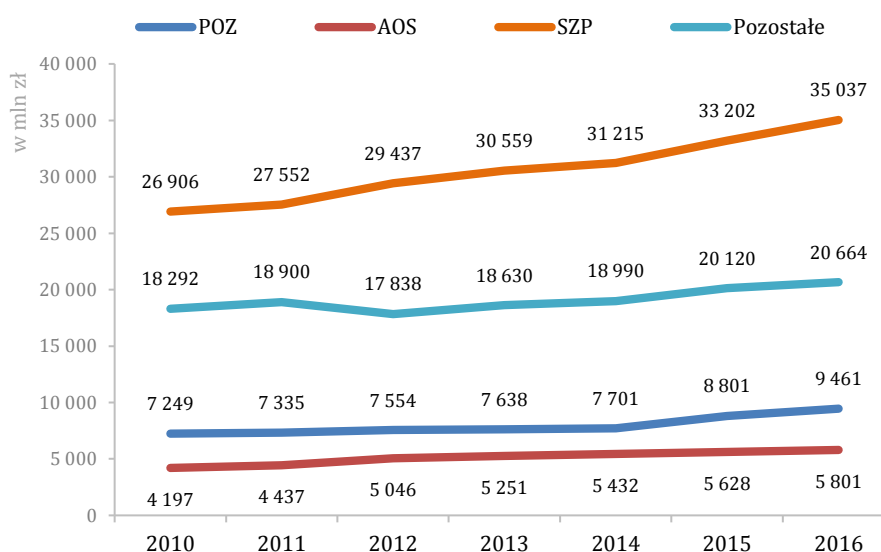
- leczenia szpitalnego w wysokości 35 036 587,69 tys. zł – 49,38% (wzrost z 49,01% w 2015 r. oraz z 47,5% w 2010 r.),
- podstawowej opieki zdrowotnej w wysokości 9 461 494,89 tys. zł – 13,34% (wzrost z 12,99% w 2015 r. oraz 12,8% w 2010 r.),
- refundacji aptecznej w wysokości 8 087 573,73 tys. zł – 11,40% (spadek z 11,79% w 2015 r. oraz 15,09% w 2010 r.),
- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w wysokości 5 800 623,28 tys. zł – 8,17% (spadek z 8,31% w 2015 r. oraz wzrost z 7,41% w 2010 r.).

Struktura świadczeń

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Wykres nr 5

Wybrane koszty świadczeń opieki zdrowotnej od 2010 do 2016 roku



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Leczenie szpitalne

Koszty leczenia szpitalnego wyniosły w 2016 r. 35 036 587,69 tys. zł i stanowiły 99,61% wielkości planowanej. Były wyższe od kosztów poniesionych w 2015 r. o 5,5%, a od poniesionych w 2010 r. o 30,2%.

Zdaniem NIK, wysoki udział kosztów leczenia szpitalnego w kosztach świadczeń ogółem wskazuje m.in. na niedostateczną rolę podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w systemie ochrony zdrowia, skutkującą nadmiernym diagnozowaniem i leczeniem pacjentów w trybie hospitalizacji, a także na starzenie się społeczeństwa.

W „Prognozie korzystania ze świadczeń szpitalnych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w kontekście zmian demograficznych w Polsce”²⁹, opracowaną przez NFZ w czerwcu 2016 r. zwrócono uwagę na:

- istotny wzrost częstości korzystania ze świadczeń kardiologicznych, okulistycznych i diabetologicznych w grupie pacjentów w wieku powyżej 55. roku życia,
- w przypadku pacjentów powyżej 70. roku życia roku życia zaczynają dominować hospitalizacje internistyczne, które stanowią prawie połowę wszystkich pobytów w szpitalach,
- w wieku powyżej 80. roku życia już co drugi Polak przynajmniej raz w roku wymaga pobytu w szpitalu.

Oszacowano, że zmiany demograficzne zwiększą zapotrzebowanie na świadczenia szpitalne, a liczba hospitalizacji w 2020 r., w porównaniu do 2014 r., wzrośnie o 3,1% (278 tys.), a w 2030 r. o 7,9% (713 tys.), w tym przykładowo w geriatrici odpowiednio o 15,1 i 50,5%, okulistyce o 10,1 i 34,8%, chorobach wewnętrznych 9,7 i 29,9%, kardiologii o 9,7 i 27,0%, angiologii o 10,3 i 26,5%, kardiologii o 10,0 i 23,5%. Jednocześnie prognozuje się również istotne spadki liczby pobytów na oddziałach szpital-

²⁹ http://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/_public/o_nfz/publikacje/prognoza_korzystania_ze_swiadczen_szpitalnych_finansowanych_przez_nfz_w_kontekście_zmian_demograficznych_w_polsce.pdf.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

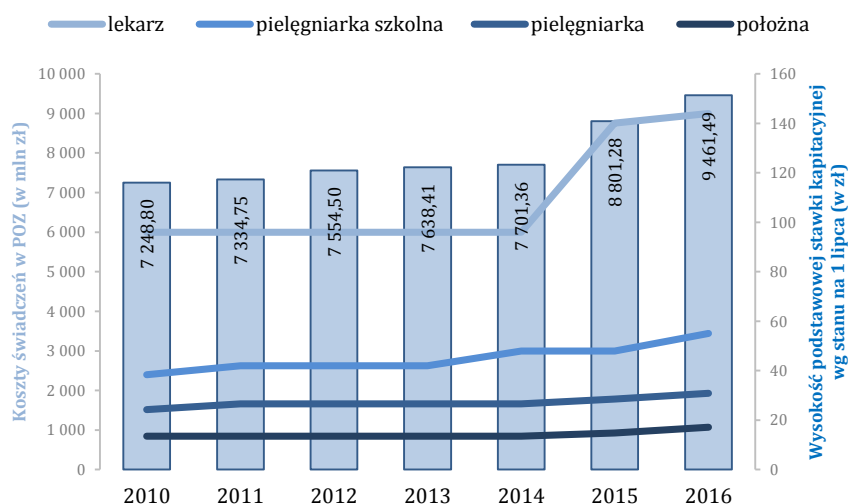
nych, głównie położniczo-ginekologicznych i dziecięcych (neonatologii, pediatrii, chirurgii dziecięcej). Powyższe zmiany istotnie wpłyną na poziom finansowania świadczeń w kolejnych latach. W ww. prognozie wskazano, że w kontekście zmian demograficznych należy monitorować zasoby lecznictwa stacjonarnego, szczególnie w zakresie zapotrzebowania na personel medyczny poszczególnych zawodów i specjalności. Należy również rozważyć rozwój usług medycznych skierowanych dla osób starszych i odpowiednią zmianę struktury udzielanych świadczeń w szpitalu.

W 2016 r. nastąpił wzrost kosztów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (9 461 494,89 tys. zł), w stosunku do 2015 r. o 7,50% (8 801 281,43 tys. zł), a w stosunku do 2014 r. – o 22,85% (7 701 361,75 tys. zł). Miało to miejsce przy jednoczesnym ograniczeniu przez Ministra Zdrowia sprawozdawczości badań diagnostycznych w POZ z indywidualnej na zbiorczą.

Podstawowa opieka zdrowotna

Wykres nr 6

Koszty świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna oraz wysokość stawki kapitacyjnej lekarza, pielęgniarki szkolnej, pielęgniarki i położnej w latach 2010–2016



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Mimo, że do końca 2015 r. 77% praktyk lekarskich w podstawowej opiece zdrowotnej sprawozdawało wykonane badania diagnostyczne³⁰ w sposób indywidualny (tj. ze szczegółowością co do pacjenta), Minister Zdrowia z dniem 26 kwietnia 2016 r. uchylił przepisy zobowiązujące do sprawozdawania badań z taką dokładnością³¹. W ocenie NFZ, tym samym odebrano płatnikowi narzędzie dostarczające wiarygodnych danych, umożliwiających m.in. na analizę jakości udzielanych świadczeń i kontrolę realizacji zadań lekarza POZ.

³⁰ Badania znajdujące się w wykazie świadczeń diagnostyki laboratoryjnej, diagnostyki obrazowej i diagnostyki nieobrazowej, związane z realizacją świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

³¹ Zmiana §6 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 192, ze zm.), wprowadzona rozporządzeniem z dnia 30 marca 2016 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. poz. 482).

Zmiany w zasadach realizacji sprawozdawczości wpłynęły na zmianę zasad finansowania świadczeń lekarza POZ. W rozliczaniu świadczeń zniesiona została zasada gradacji stawki kapitałowej w zależności od osiągniętego przez świadczeniodawcę wskaźnika wykonania badań diagnostycznych³².

Zdaniem Funduszu, mechanizmy motywujące w zasadach finansowania świadczeń lekarza POZ na podstawie rocznej stawki kapitałowej, pozytywnie wpływały na jakość realizowanej sprawozdawczości z wykonania badań diagnostycznych. Obserwowany spadek liczby wykonanych badań w 2015 r., w porównaniu do 2014 r., miał bezpośredni związek z indywidualną formą sprawozdawczości³³. Jest ona dokładniejsza, a przekazane dane łatwiejsze do oceny w procesie kontroli realizacji umów.

Sprawozdawczość szczegółowa była tym bardziej istotnym narzędziem, w sytuacji niskiej jakości świadczeń profilaktycznych udzielanych przez lekarzy POZ, co było już kilkakrotnie wskazywane przez NIK, a jak wynika z kontroli przeprowadzonych przez NIK w podstawowej opiece zdrowotnej³⁴, w ostatnich 10 latach nie nastąpiła poprawa w tym zakresie. Pracownicy POZ stanowią pierwszy kontakt pacjenta z systemem opieki zdrowotnej i odgrywają kluczową rolę w promocji zdrowia oraz we wczesnym wykrywaniu chorób.

Minister Zdrowia wyjaśnił, że zmiany te stanowiły realizację jednego z ustaleń uzgodnionych przez Ministra Zdrowia z przedstawicielami organizacji świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej.

Organizacja opieki koordynowanej w POZ

NFZ realizuje projekt pt.: „Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) – Etap I Opracowanie modeli zintegrowanej/koordynowanej opieki zdrowotnej dla Polski”. Celem projektu jest zaprojektowanie i wdrożenie trzech modeli opieki koordynowanej w Polsce, które mają być realizowane w ramach pilotaży.

W pierwszym etapie planuje się wdrożenie modelu podstawowej opieki zdrowotnej, w kolejnym wdrażany miałby być model dotyczący większej integracji pomiędzy POZ, a opieką ambulatoryjną, a w ostatnim model opieki koordynowanej skoncentrowany na osobach po hospitalizacji i powyżej 65. roku życia.

³² Zgodnie z załącznikiem nr 1a do zarządzenia nr 86/2014/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 17 grudnia 2014 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna (Dz. Urz. NFZ poz. 86), w brzmieniu nadanym załącznikiem nr 2 do zarządzenia nr 3/2015/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 7 stycznia 2015 r. zmieniającego zarządzenie zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna (Dz. Urz. NFZ poz. 3).

³³ W ramach umów o udzielanie świadczeń lekarza POZ w 2014 r. sprawozdanych zostało 100,85 tys. badań diagnostycznych, w 2015 r. – 97,48 badań, w 2016 r. – 108,36 badań.

³⁴ NIK wskazywała m.in. na zaniechanie przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej wykonywania i dokumentowania badań lekarskich (w tym profilaktycznych), w celu wczesnego rozpoznania chorób cywilizacyjnych, u osób zaliczanych do grupy podwyższonego ryzyka wystąpienia chorób układu krążenia, nowotworowych i dietozależnych (w tym cukrzycy). Informacja o wynikach kontroli Realizacja przez świadczeniodawców zadań podstawowej opieki zdrowotnej i wybranych ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego w latach 2006–2007 (I półrocze) (Nr ewid. 143/2008/P/07/101/KZD), Informacja o wynikach kontroli Funkcjonowanie podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych (Nr ewid. 173/2015/P/14/063/KZD), a także Informacja o wynikach kontroli Przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego (Nr ewid. 43/2017/P/16/057/KZD).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W 2017 r. NFZ rozpoczął preselekcję podmiotów do realizacji OOK w POZ, jednakże warunkiem niezbędnym dla rozpoczęcia realizacji pilotażu jest nowelizacja ustawy o świadczeniach, wprowadzająca podstawę prawną do opracowania i wdrożenia programów pilotażowych³⁵. W dniu 1 września 2017 r. projekt ustawy skierowano do I czytania do Komisji Finansów Publicznych oraz Komisji Zdrowia Sejmu RP.

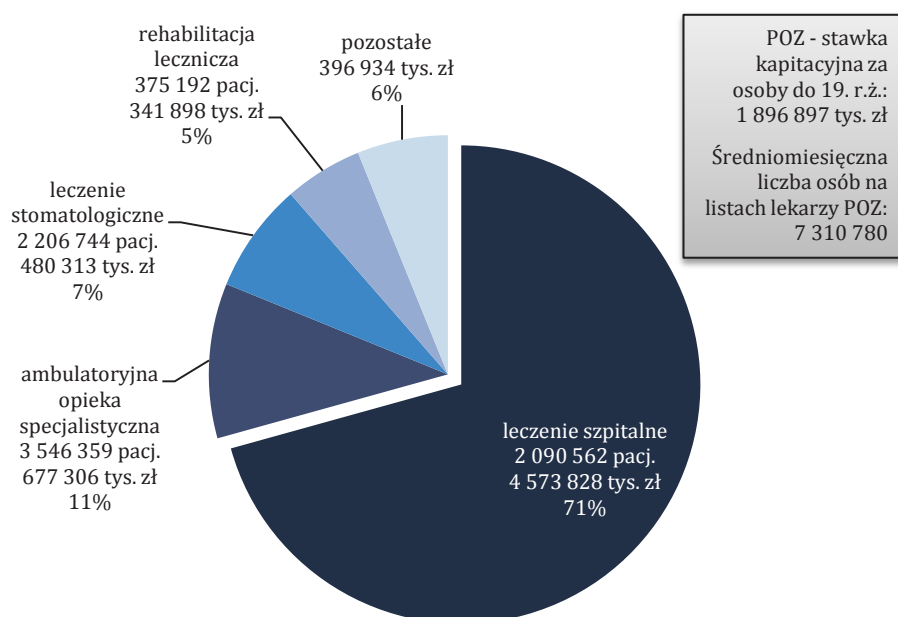
Wydatki na świadczenia zdrowotne obejmujące koszty świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, rehabilitacji leczniczej, świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej, leczenia stomatologicznego, pomocy doraźnej i transportu sanitarnego, kosztów profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu, świadczeń zdrowotnych kontraktowanych odrębnie, kosztów realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego, udzielone pacjentom do 18. roku życia wyniosły:

- w 2016 r. 6 470 280,75 tys. zł, tj. 12,19% wydatków Funduszu ogółem w tych rodzajach świadczeń (53 088 212,02 tys. zł),
- w 2015 r. 6 338 789,60 tys. zł, tj. 12,52% wydatków Funduszu ogółem w tych rodzajach świadczeń (50 649 162,36 tys. zł).

Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane dzieciom i młodzieży

Wykres nr 7

Struktura kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych dzieciom i młodzieży w 2016 r.



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ. Pod uwagę wzięto świadczenia udzielone pacjentom poniżej 18. roku życia w poszczególnych zakresach świadczeń.

³⁵ Nr projektu UD151 w wykazie prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów. W projekcie zostało zdefiniowane pojęcie programu pilotażowego, kompetencje do opracowania programu otrzymał Minister Zdrowia, a jako podmiot właściwy do wdrażania, finansowania i monitorowania programów pilotażowych został wskazany NFZ. W projekcie przewidywało się, że ramy funkcjonowania programu pilotażowego, tj. jego cel, czas trwania, zakres i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy program pilotażowy, warunki jego finansowania będą określone w drodze rozporządzenia wydawanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia. <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12292558>.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Najwyższy udział, zarówno w 2015 jak i 2016 r., w strukturze wydatków na rzecz ww. pacjentów, wynoszący ponad 70% stanowiły koszty leczenia szpitalnego³⁶, około 11% ambulatoryjnej opieki specjalistycznej³⁷, ponad 7% leczenia stomatologicznego³⁸, a ponad 5% rehabilitacji leczniczej³⁹.

Koszty stawki kapitałowej świadczeń lekarza POZ dla świadczeniobiorców w wieku 0–19. roku życia oraz koszty świadczeń pielęgniarki szkolnej (w tym związane z uczniami objętymi grupową profilaktyką fluorkową) w 2016 r. wyniosły 1 896 896,6 tys. zł, a w 2015 r. wyniosły 1 814 869,7 tys. zł⁴⁰. Świadczenia jednostkowe udzielone pacjentom do ukończenia 18. roku życia w ramach podstawowej opieki zdrowotnej⁴¹ wyniosły 49 991,66 tys. zł w 2016 r., a w 2015 r. 46 505,96 tys. zł.

Świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie onkologii

W 2016 rosły wydatki na leczenie onkologiczne zarówno w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, jak i w leczeniu szpitalnym.

W planie zakupu na 2016 r., w zakresach onkologicznych⁴² w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej zaplanowano 286 898,30 tys. zł, a wartość zawartych umów na koniec roku wyniosła 283 682,75 tys. zł (tj. 98,9% planu). Wykonano świadczenia o wartości 289 036,35 tys. zł, tj. o 11,6% więcej niż w 2015 r. (259 002,75 tys. zł) i o 41,8% więcej niż w 2014 r. (203 898,84 tys. zł).

W planie zakupu na 2016 r., w zakresach onkologicznych⁴³ w leczeniu szpitalnym zaplanowano 3 904 914,58 tys. zł, a wartość zawartych umów na koniec roku wyniosła 3 889 678,37 tys. zł (tj. 99,6% planu). Wykonano świadczenia o wartości 3 986 838,10 tys. zł, tj. o 7,0% więcej niż w 2015 r. (3 726 276,72 tys. zł) i o 18,2% więcej niż w 2014 r. (3 371 683,85 tys. zł).

W okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2016 r. świadczeniodawcy wydali 193 362 kart DiLO (kart nieanulowanych), wykonali 101 710 diagnostyk wstępnych oraz 73 094 diagnostyk pogłębionych, a także zwołali 125 969 konsyliów.

W 2016 r. w ramach pakietu onkologicznego wykonane i rozliczone zostały świadczenia o wartości 1 531 291,29 tys. zł, tj. o 12,9% więcej niż w 2015 r. (1 356 886,68 tys. zł). W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej 82 792 pacjentom udzielono świadczenia na kwotę 56 664,43 tys. zł, a w leczeniu szpitalnym 144 222 pacjentom na kwotę 1 474 626,86 tys. zł.

³⁶ W 2016 r. 4 573 828,70 tys. zł, a w 2015 r. 4 478 428,51 tys. zł.

³⁷ W 2016 r. 677 306,10 tys. zł, a w 2015 r. 685 341,72 tys. zł.

³⁸ W 2016 r. 480 313,49 tys. zł, a w 2015 r. 450 489,71 tys. zł.

³⁹ W 2016 r. 341 898,68 tys. zł, a w 2015 r. 371 713 tys. zł.

⁴⁰ Dane za 2016 r. podano wg stanu na dzień 28 lutego 2017 r., zaś za 2015 r. – wg stanu na dzień 1 marca 2016 r. Fundusz wskazał, iż ww. dane są orientacyjne i mogą być wykorzystywane jedynie dla celów analitycznych.

⁴¹ Głównie świadczenia jednostkowe udzielane osobom spoza listy świadczeniobiorców.

⁴² Dane dla zakresów pakietu onkologicznego (lata 2015 i 2016), poradni onkologicznej, onkologii i hematologii dziecięcej, chirurgii onkologicznej, chirurgii onkologicznej dla dzieci.

⁴³ Dane dla zakresów pakietu onkologicznego (lata 2015 i 2016), świadczenia z zakresu radioterapii, brachyterapii, chemioterapii, onkologicznych programów lekowych, oddziałów: chirurgii onkologicznej, ginekologii onkologicznej, onkologii i hematologii dziecięcej, onkologii klinicznej.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

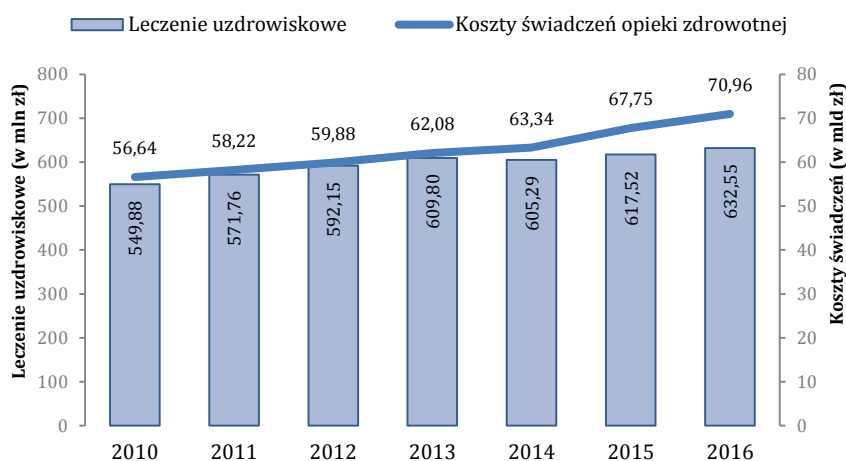
W 2016 r. przyjęto do realizacji m.in. priorytet zdrowotny w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe, a 17 czerwca 2015 r. Prezes NFZ skierował zalecenie do Dyrektorów OW NFZ, aby przy tworzeniu planu finansowego na 2016 r. w miarę możliwości zadbać o to, aby udział planowanych kosztów świadczeń w rodzaju leczenie uzdrowiskowe w kosztach świadczeń ogółem był nie mniejszy niż 1%.

Lecznictwo
uzdrowiskowe

Plan pierwotny NFZ na 2016 r. przewidywał wykonanie kosztów w pozycji B2.9 lecznictwo uzdrowiskowe w wysokości 639 017 tys. zł, co stanowiło 0,92% kosztów świadczeń ogółem. Jedynie w pięciu OW NFZ udział środków w rodzaju leczenie uzdrowiskowe, osiągnął zakładaną wielkość, tj. nie był mniejszy niż 1% kosztów świadczeń ogółem, w tym: Dolnośląski 1,18%, Świętokrzyski 1,10%, Lubelski 1,05%, Mazowiecki 1,03% oraz Wielkopolski 1,00%. W pozostałych OW: Kujawsko-Pomorski 0,92%, Lubuski 0,80%, Łódzki 0,92%, Małopolski 0,87%, Opolski 0,76%, Podkarpacki 0,90%, Podlaski 0,96%, Pomorski 0,67%, Śląski 0,84%, Warmińsko – Mazurski 0,86%, Zachodniopomorski 0,77%. Ponadto w niektórych OW NFZ plan pierwotny na 2016 r. był określony w tej samej wysokości jak w roku poprzednim, np. w Mazowieckim OW NFZ (102 890 tys. zł), Opolskim OW NFZ (12 700 tys. zł), Śląskim OW NFZ (70 000 tys. zł). Centrala NFZ nie ingerowała w dokonany przez poszczególne OW NFZ podział środków pomiędzy poszczególne rodzaje świadczeń, gdyż zgodnie z ustawą o świadczeniach do zadań dyrektora OW Funduszu należy m.in. przygotowanie projektu planu finansowego OW Funduszu na rok następny, a także sporządzenie planu zakupu świadczeń oraz realizacja planu finansowego oddziału.

Wykres nr 8

Koszty świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie uzdrowiskowe w latach 2010–2016



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

W rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe 16 OW NFZ konstruuje plan zakupu świadczeń dla swoich świadczeniobiorców, zaś kontraktowanie świadczeń przeprowadzane jest przez 13 kontaktujących OW NFZ na terenie, których znajdują się uzdrowiska. Skierowania są dzielone pomiędzy wszystkie 16 OW, z uwzględnieniem m.in. liczby i wartości zakontraktowanych świadczeń.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Wykonanie planu w rodzaju leczenie uzdrowiskowe, w 2016 r. wyniosło 627 739,48 tys. zł i było wyższe o 2,46% niż w 2015 r. (612 641,14 tys. zł)⁴⁴. W 2016 r. zrealizowano 409 301 skierowań (tj. o 5 412 skierowań więcej niż w 2015 r. i 56 239 więcej niż 2010 r.⁴⁵) oraz 8 555 131 osobodni (tj. o 106 387 osobodni więcej niż w 2015 r. i o 1 080 372 więcej niż w 2010 r.⁴⁶),

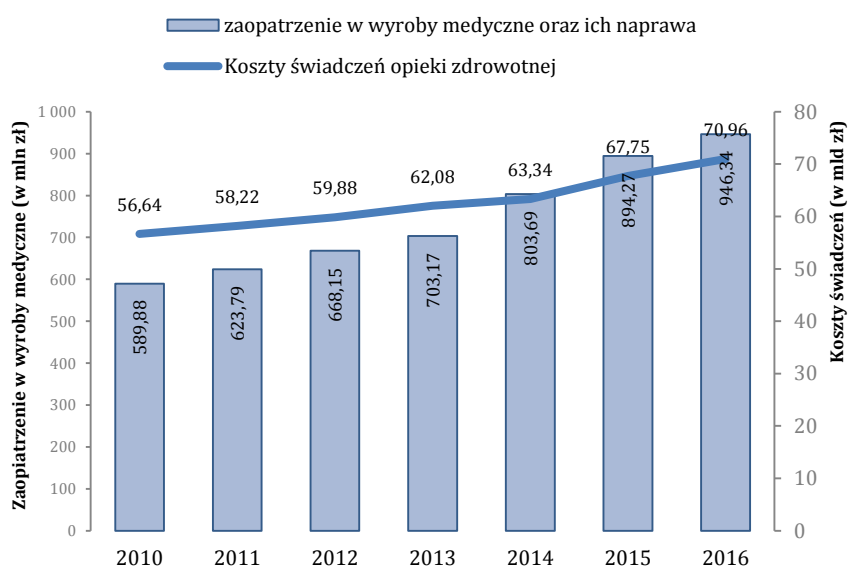
W 2016 r. Fundusz zawarł 144 umowy o lecznictwo uzdrowiskowe ze 144 świadczeniodawcami, w 2015 r. 145 umów ze 146 świadczeniodawcami⁴⁷.

Zaopatrzenie w wyroby medyczne

Poniesione przez NFZ w 2016 r. koszty w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawa wyniosły 946 342,62 tys. zł, co stanowiło 99,27% wartości planowanej. Nakłady w powyższej pozycji w latach 2010–2016 wzrosły o 60,43%, z 589 883,98 tys. zł w 2010 r. do 946 342,62 tys. zł w 2016 r.⁴⁸, przy wzroście kosztów świadczeń zdrowotnych ogółem w tym okresie o 25,28%⁴⁹. Dopłaty pacjentów do poszczególnych wyrobów w 2016 r. wyniosły 639 282,27 tys. zł, tj. o 19 102,33 tys. zł mniej niż w 2015 r. (658 384,60 tys. zł).

Wykres nr 9

Koszty świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawa, o których mowa w ustawie o refundacji, w latach 2010–2016



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

⁴⁴ W dwóch województwach wykonanie planu było niższe niż w 2015 r., tj. w Opolskim OW wykonanie kosztów w pozycji B2.9 lecznictwo uzdrowiskowe w 2016 r. wyniosło 12 271,69 tys. zł, tj. o 94,38 tys. zł mniej niż w 2015 r. (12 366,07 tys. zł), a w Mazowieckim OW NFZ wykonanie kosztów w pozycji B2.9 lecznictwo uzdrowiskowe w 2016 r. wyniosło 96 588,62 tys. zł, tj. o 35,72 tys. zł mniej niż w 2015 r. (96 624,34 tys. zł).

⁴⁵ W 2015 r. 403 889, w 2014 r. 395 902, w 2013 r. 394 970, w 2012 r. 381 752, w 2011 r. 368 355 oraz w 2010 r. 353 062.

⁴⁶ W 2015 r. 8 448 744, 2014 r. 8 293 797, 2013 r. 8 322 493, 2012 r. 8 058 985, 2011 r. 7 779 207, 2010 r. 7 474 759.

⁴⁷ W 2014 r. 146 umów ze 167 świadczeniodawcami, w 2013 r. odpowiednio 145 i 150, w 2012 r. 151 i 155, w 2011 r. 154 i 154, w 2010 r. 137 i 89.

⁴⁸ W 2015 r. – 894 269,27 tys. zł, 2014 r. – 803 693,94 tys. zł, 2013 r. – 703 168,01 tys. zł, 2012 r. – 623 785,42 tys. zł, 2011 r. 623 785,42 tys. zł.

⁴⁹ W 2016 r. 70 962 832,98 tys. zł, a w 2010 r. 56 643 910,37 tys. zł.

Liczba świadczeniodawców realizujących czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne na przestrzeni ostatnich lat zwiększała się. Liczba zawartych umów w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne, na dzień 31 grudnia 2016 r., wynosiła 4 432, tj. ponad dwukrotnie więcej niż 2012 r. (1 878 umów).

NFZ nie dysponuje narzędziami do negocjacji wysokości cen wyrobów medycznych, w które zaopatrywany jest pacjent, bowiem zgodnie z art. 159 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, przepisów dotyczących konkursu ofert i rokowań nie stosuje się do zawierania umów ze świadczeniodawcami wykonującymi czynności w zakresie zaopatrzenia w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej, a umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – zaopatrzenie w wyroby medyczne – zawierane są ze wszystkimi świadczeniodawcami spełniającymi warunki do zawarcia umowy określone przez Prezesa Funduszu⁵⁰.

Oddziały wojewódzkie Funduszu kontraktowały ze świadczeniodawcami poszczególne wyroby medyczne (tego samego producenta, o tych samych parametrach i właściwościach) przy różnicach cen jednostkowych sięgających nawet do kilkuset procent, przy czym ceny tych wyrobów niejednokrotnie przewyższały ceny wyrobów dostępne na wolnym rynku⁵¹.

Postępowania wyjaśniające przeprowadzane przez OW NFZ, w latach 2015–2016, w sprawach skarg pacjentów dotyczących wyrobów medycznych wskazują na liczne nieprawidłowości występujące w systemie zaopatrzenia w wyroby medyczne finansowane ze środków publicznych, m.in. sprzedaż przez świadczeniodawców realizujących kontrakty, tych samych wyrobów medycznych w dwóch cenach: wyższej dla pacjentów korzystających z refundacji NFZ i niższej dla tych samych wyrobów dostępnych bez refundacji⁵², a także zawyżanie cen wyrobów medycznych objętych finansowaniem ze środków publicznych, które znacznie odbiegają od cen detalicznych występujących poza systemem refundacji. W powyższym okresie OW NFZ przeprowadziły 120 postępowań kontrolnych w obszarze wyrobów medycznych, w których najczęściej występujące nieprawidłowości dotyczyły niezapewnienia pełnego asortymentu wyrobów medycznych, wynikającego z zawartej umowy z NFZ, niezgodności miejsca udzielania świadczeń z miejscem zgłoszonym do umowy, a także wydawania wyrobów medycznych osobom nieposiadającym stosownego upoważnienia.

⁵⁰ Zarządzenie Nr 59/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczeń zaopatrzenie w wyroby medyczne, Dz. Urz. NFZ poz. 59. Uprzednio zarządzenie Nr 90/2013/DSOZ, ze zm.

⁵¹ Przykładowo spray ochronny do stosowania na skórę wokół stomii cena od 15 do 50 zł, rękaw do irygacji przeznaczony dla osób z kolostomią cena od 20,52 zł do 28,73 zł, worek urostomijny cena od 9,18 zł do 15 zł, worek stomijny dla dzieci cena od 5,7 zł do 8 zł, pieluchomajtki rozmiar M cena od 2,38 zł do 6 zł, pieluchomajtki rozmiar XS cena od 2,15 zł do 6 zł, wkład anatomiczny 1,24 zł do 5 zł, pieluchomajtki rozmiar M cena od 1,94 zł do 6 zł, pieluchomajtki rozmiar L cena od 2,3 zł do 5 zł, pielucha anatomiczna cena od 1 zł do 2 zł, pieluchomajtki dziecięce cena od 1 zł do 6 zł.

⁵² Np. wózek inwalidzki specjalny w refundacji 6 000 zł, a bez refundacji 1 200 zł, orteza w ramach refundacji 300 zł, bez 78 zł, aparat stawu biodrowego w refundacji 2 600 zł, bez 1 700 zł, orteza na kolano w refundacji 2 520 zł, bez 1 300 zł, okulary lornetkowe w refundacji 350 zł, bez 260 zł, pieluchomajtki w refundacji 2,45 zł, bez 1,80 zł.

Fundusz wyjaśnił, że nie ma podstaw prawnych do ustalania marż na refundowane wyroby, gdyż ustawa refundacyjna nie określa zasad, trybu oraz kryteriów ustalania urzędowych cen zbytu na wyroby medyczne przysługujące świadczeniobiorcom na zlecenie osoby uprawnionej, a także wysokości marż hurtowych i urzędowych marż detalicznych dla tych wyrobów.

NFZ kilkakrotnie informował Ministra Zdrowia o występujących nieprawidłowościach w obszarze refundacji wyrobów medycznych oraz wskazywał na możliwe rozwiązania eliminujące lub ograniczające występowanie niepożądanych zdarzeń⁵³, w tym m.in.: określenie maksymalnej marży na refundowane wyroby medyczne⁵⁴, określenie limitu finansowania za pojedynczą sztukę poszczególnych wyrobów medycznych, szczegółowe określenie wyrobów medycznych poprzez podanie nazwy handlowej, jak ma to miejsce w przypadku wyrobów medycznych wydawanych na receptę (opatrunki, paski do oznaczania glukozy we krwi), stosowanie konkursu ofert i rokowań przy zawieraniu umów na realizację świadczeń z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej, oraz ich naprawy, które pozwoliłyby wpływać Funduszowi na kontraktowaną cenę.

Wspomniane nieprawidłowości wpływają również na wydatki ponoszone przez PFRON, ponieważ, zgodnie z przepisami ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz jej aktami wykonawczymi⁵⁵ możliwe jest dofinansowanie do wyrobów medycznych refundowanych przez NFZ, a wysokość dofinansowania jest uzależniona od ceny zakupu wyrobu medycznego⁵⁶.

Minister Zdrowia, w 2016 r., zainicjował wprowadzenie zmian w przepisach regulujących kwestię wyrobów medycznych, poprzez projekt nowelizacji ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw, który częściowo reguluje kwestie refundacji wyrobów medycznych, wprowadzając dla nich zasady ustalania urzędowych cen

⁵³ Np. pisma NFZ z dnia 2 maja 2016 r. (znak BP.0211.30.2016 W.11218.DJK) i z dnia 21 marca 2017 r. (znak BP.0211.28.2017 2017.15913.RS) – uwagi do projektu ustawy o refundacji wyrobów medycznych z kwietnia 2016 r., czy pismo NFZ z dnia 5 lipca 2013 r. (znak NFZ/CF/DSOZ/2013/073/0470/W/17842/EKZ) uwagi do projektu rozporządzenia w sprawie wykazów wyrobów medycznych z czerwca 2013 r., pismo NFZ z dnia 20 czerwca 2017 r. (DSOZ.401.977.2017 2017.32830.EKZ) – uwagi do proponowanych zmian w rozporządzeniu z dnia 29 maja 2017 r.

⁵⁴ W piśmie NFZ z 5 lipca 2013 r. powołano się na kontrolę koordynowaną przeprowadzaną w 2011 r. obejmującą świadczenia realizowane przez świadczeniodawców w ramach kontraktów, gdzie w niektórych przypadkach marże przekraczały 1400%.

⁵⁵ Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 2046, ze zm.) oraz rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015 r. poz. 926) określają zasady pomocy udzielanej ze środków PFRON, przez samorząd powiatowy osobom niepełnosprawnym w ramach zadań ustawowych samorządu. Pomoc udzielona ze środków PFRON nie jest świadczeniem obowiązkowym.

⁵⁶ Wysokość dofinansowania wynosi: do 100% udziału własnego osoby niepełnosprawnej w limicie ceny ustalonym na podstawie odrębnych przepisów, jeżeli taki udział jest wymagany, oraz do 150% sumy kwoty limitu, o którym mowa wyżej, wyznaczonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia oraz wymaganego udziału własnego osoby niepełnosprawnej w zakupie tych wyrobów medycznych, jeżeli cena zakupu jest wyższa niż ustalony limit. W 2016 r. 176 570 osób niepełnosprawnych otrzymało dofinansowanie zaopatrzenia w wyroby medyczne ze środków PFRON będących w dyspozycji samorządów powiatowych w wysokości 139 745,07 tys. zł, a w 2015 r. 200 051 osób niepełnosprawnych, w wysokości 153 721,40 tys. zł.

zbytu oraz urzędową marżę, jednakże projektowana ustawa, mimo upływu kilkunastu miesięcy, nie została skierowana do Sejmu RP⁵⁷.

Minister Zdrowia poinformował NIK⁵⁸, że z uwagi na złożoność projektowanej regulacji oraz procesu legislacyjnego, a także brak możliwości wpływu na plan prac Rady Ministrów, nie jest możliwe określenie terminu skierowania projektu na dalszy etap ścieżki legislacyjnej. Odnośnie możliwych skutków finansowych nieprawidłowości wynikających z nieprecyzyjnych przepisów dotyczących refundacji wyrobów medycznych Minister podał, iż dane przekazywane przez NFZ były niejednokrotnie obciążone błędem, co uniemożliwiało przeprowadzenie miarodajnych wyliczeń oraz poinformował, że obecnie prowadzone są prace nad nowelizacją rozporządzenia w sprawie wykazu wyrobów medycznych, mające na celu m.in. zwiększenie dostępności tych wyrobów.

W ocenie NIK, Minister Zdrowia, niezależnie od procedowanych projektów ustaw, mógł już wcześniej podjąć doraźne działania mające na celu zapobieżenie występowaniu opisanych wyżej negatywnych zjawisk, m.in. poprzez nowelizację aktów prawnych, do których posiada upoważnienie ustawowe⁵⁹. Ponadto należy wskazać, że określona przez Ministra Zdrowia sprawozdawczość⁶⁰, w odniesieniu do zaopatrzenia w wyroby medyczne, pozwala jedynie wskazać jakie jest wykonanie refundacji w danej pozycji wskazanej w załączniku do rozporządzenia w sprawie wykazu wyrobów medycznych, natomiast na tej podstawie nie można określić precyzyjnego wykonania odnośnie poszczególnych rodzajów przedmiotów, które Fundusz refunduje⁶¹. Powyższy stan powoduje, iż nie jest monitorowane faktyczne wykonanie refundacji w tych pozycjach i nie są przeprowadzane analizy odnośnie różnic w kwotach refundacji tych samych przedmiotów oraz wynikające z tego ryzyko wydatkowania środków z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w nadmiernej wysokości.

⁵⁷ Numer wykazu prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów UD70, <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12286460>.

⁵⁸ Wyjaśnienia w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f oraz art. 40 ust. 7 ustawy o NIK.

⁵⁹ Np. określenie, w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu wyrobów medycznych, limitu finansowania za pojedynczą sztukę poszczególnych wyrobów medycznych, w przypadku których występują liczne nieprawidłowości, tak jak jest to uregulowane m.in. w poz. 90 załącznika do ww. rozporządzenia: cewniki jednorazowe do odsysania górnych dróg oddechowych do 180 sztuk – 0,80 zł za sztukę, i w kolejnych pozycjach 91, 94–97.

⁶⁰ Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, Dz. U. z 2016 r. poz. 192, ze zm.

⁶¹ Przykładowo w przypadku produktu z pozycji P.100 rozporządzenia, wskazana jest jedynie wartość przekazanej refundacji, bez określenia, czy objęła ona na wkład za 1,50 zł, czy pieluchę anatomiczną o wysokich parametrach za 10 zł. Poza wskazaną w ww. rozporządzeniu sprawozdawczością obejmującą m.in. kwotę refundacji wyrobu medycznego i dopłatę ze strony pacjenta, zgodnie z Zarządzeniem Nr 47/2013/DI Prezesa NFZ z dnia 6 września 2013 r. w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze (Dz. Urz. NFZ z 2013 r. poz. 47) świadczeniodawcy jako dane dodatkowe sprawozdają m.in. rzeczywistą wydaną liczbę przedmiotów i identyfikator produktu handlowego (przekazywany w przypadku, gdy identyfikator produktu handlowego został nadany przez płatnika). Z danych przekazywanych przez świadczeniodawców, wynika, że wyroby medyczne (tego samego producenta, o tych samych parametrach i właściwościach) są sprawozdawane w zróżnicowanych cenach jednostkowych.

Koszty świadczeń realizowanych przez pielęgniarki i położne

Fundusz, w 2016 r., wydatkował środki w wysokości 1 467,7 mln zł⁶², na pokrycie zwiększonych kosztów świadczeń realizowanych przez pielęgniarki i położne, które świadczeniodawcy zobowiązani byli przeznaczyć na wynagrodzenia pielęgniarek i położnych, w związku z realizacją rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁶³. W 2015 r. wydatkowano 306,6 mln zł⁶⁴. Dodatkowy wzrost kosztów wynagrodzeń pielęgniarek i położnych nie wiązał się ze zwiększeniem dostępności świadczeń.

Zgodnie z oceną skutków regulacji (OSR) do ww. rozporządzenia, szacowane dla NFZ koszty (bez kosztów ratownictwa medycznego) z tytułu zwiększonych kosztów świadczeń realizowanych przez pielęgniarki i położne w 2016 r. miały wynieść 1 415 mln zł, a w kolejnych latach: 2 476 mln zł w 2017 r., 3 537 mln zł w 2018 r. i 4 244 mln zł od 2019 r. do 2025 r.

W 2016 r. wykonanie ww. kosztów było wyższe od oszacowanych przez Ministra Zdrowia w OSR ww. rozporządzenia o 36,2 mln zł⁶⁵, a w 2017 r. różnica ta jest szacowana już na ponad 130 mln zł.

Minister Zdrowia wyjaśnił, że nie prowadzono analiz, jak zwiększone koszty wynagrodzeń pielęgniarek wpłyną na dostępność świadczeń opieki zdrowotnej, a głównym celem projektowanego rozporządzenia była poprawa poziomu finansowania pracy pielęgniarek i położnych. Wzrost wynagrodzenia pielęgniarek i położnych nie wiąże się, ze wzrostem liczby świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne, a powyższe środki finansowe nie mogą być przeznaczone na inny cel niż wynagrodzenie za pracę pielęgniarek i położnych. W toku prac nad rozporządzeniem nie rozważano pozyskania środków na wynagrodzenia pielęgniarek i położnych z dotacji budżetu państwa⁶⁶.

W 2015 r., w stosunku do 2014 r., nastąpił wzrost kosztów świadczeń opieki zdrowotnej ogółem o 4,4 mld zł, a zwiększone koszty wynagrodzeń pielęgniarek i położnych finansowane ze środków własnych Funduszu wyniosły

⁶² W tym z dotacji z budżetu państwa na realizację zadań zespołu ratownictwa medycznego Fundusz otrzymał dodatkowe środki w wysokości 16 530,77 tys. zł, co stanowiło 1,13% środków wydatkowanych z tytułu zwiększonych kosztów świadczeń realizowanych przez pielęgniarki i położne.

⁶³ Dz. U. poz. 1628. Od 1 stycznia 2016 r. obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146).

⁶⁴ W tym z dotacji z budżetu państwa Fundusz otrzymał w 2015 r. dodatkowe środki w wysokości 4 261,52 tys. zł na koszty świadczeń opieki zdrowotnej realizowane przez pielęgniarki i położne w ramach ratownictwa medycznego, co stanowiło 1,39% środków wydatkowanych z tytułu zwiększonych kosztów świadczeń realizowanych przez pielęgniarki i położne przeznaczonych na wzrost ich wynagrodzeń.

⁶⁵ Tj. o 2,49% wyższe niż szacowane w OSR ww. rozporządzenia koszty (różnicę pokryto m.in. z funduszu zapasowego NFZ).

⁶⁶ Tak jak w przypadku innych dodatkowych zadań zleczanych do finansowania Funduszowi, np. projektu „leki 75+”, gdzie Minister Zdrowia w 2016 r. przekazał do NFZ dodatkowe środki z dotacji z budżetu państwa w wysokości 125 mln zł, z przeznaczeniem na pokrycie kosztów bezpłatnego zaopatrzenia w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne określone w wykazie przysługujących świadczeniobiorcom po ukończeniu 75. roku życia. Zgodnie z ustawą z dnia 18 marca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 652) świadczeniobiorcom po ukończeniu 75. roku życia, przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

0,3 mld, tj. 6,85% wzrostu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej. Natomiast w 2016 r., w stosunku do 2015 r., nastąpił wzrost kosztów świadczeń opieki zdrowotnej o 3,2 mld zł, a zwiększone koszty świadczeń pielęgniarek i położnych wyniosły 1,45 mld zł, tj. aż 45,18% wzrostu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej ogółem.

Dodatkowo należy zaznaczyć, iż w poprzednich latach wzrost kosztów świadczeń opieki zdrowotnej był znacznie niższy⁶⁷ niż w 2015 r. i 2016 r. co w sytuacji przewidywanych znacznie wyższych kosztów świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne w kolejnych latach (od 2 476 mln zł w 2017 r. do 4 244 mln zł od 2019 r.) stwarza ryzyko ograniczenia dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.

Środki na zwiększone koszty świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne były przekazywane na podstawie informacji o liczbie zatrudnionych pielęgniarek i położnych, bez powiązania z realizacją świadczeń opieki zdrowotnej (poza podstawową opieką zdrowotną i umowy w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne). Przekazywanie środków odrębnym strumieniem skutkowało zaniżeniem kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, udzielonych na terenie Polski osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, ponieważ w wycenie świadczeń nie uwzględniano podwyższonych kosztów świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne.

W pierwotnych planach poszczególnych oddziałów wojewódzkich Funduszu na 2016 r. utworzono rezerwy na koszty świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w ramach migracji ubezpieczonych w łącznej wysokości 4 133 027 tys. zł. W wyniku dokonywanych, w trakcie 2016 r., rozliczeń kosztów świadczeń zdrowotnych z tego tytułu łączna wartość rozrachunków wewnętrznych wyniosła 5 070 574,74 tys. zł i była wyższa od ich wartości odnotowanej w roku 2015 o 303 701,64 tys. zł, tj. o 6,37%.

W oddziałach wojewódzkich Funduszu: Dolnośląskim, Kujawsko-Pomorskim, Małopolskim, Mazowieckim, Śląskim i Zachodniopomorskim odnotowano, podobnie jak w roku 2015, dodatni bilans rozliczeń z tytułu migracji, co oznacza, że wartość świadczeń udzielonych pacjentom przyjeżdżającym do tych oddziałów wojewódzkich z pozostałych regionów Polski w celu realizacji świadczeń zdrowotnych była wyższa od wartości świadczeń zdrowotnych udzielonych pacjentom z tych oddziałów na terenie pozostałych oddziałów wojewódzkich Funduszu.

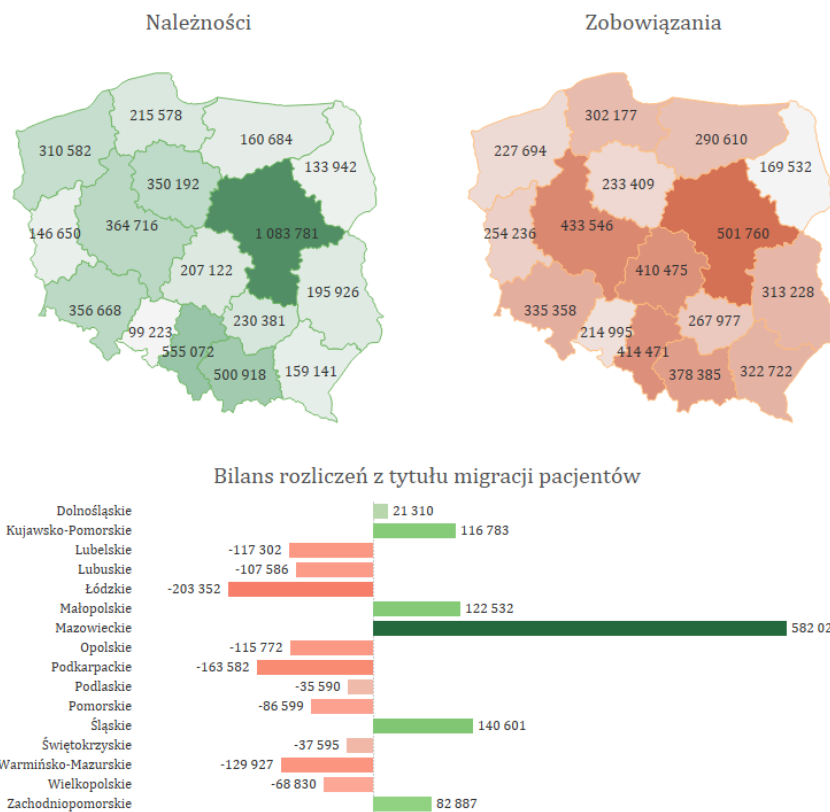
Pozostałe oddziały wojewódzkie Funduszu odnotowały ujemny bilans rozliczeń z tytułu migracji osób ubezpieczonych, oznaczający, że koszty leczenia pacjentów tych oddziałów w innych rejonach Polski były wyższe niż koszty leczenia pacjentów spoza województwa.

Migracja
ubezpieczonych

⁶⁷ W 2014 r. w stosunku do 2013 r. o 1,26 mld zł, i kolejno w 2013 r. o 2,2 mld zł, w 2012 r. o 1,65 mld zł, a w 2011 r. o 1,58 mld zł.

Rysunek nr 1

Wartość świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w poszczególnych OW NFZ pacjentom spoza tych województw (należności) oraz udzielonych pacjentom poszczególnych OW NFZ na terenie innych województw (zobowiązania) w 2016 r. w tys. zł



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

5.2. Dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej

Nadal występowały różnice w dostępie świadczeń opieki zdrowotnej

W 2016 r., podobnie jak w latach poprzednich, występowały różnice w dostępie do świadczeń pomiędzy poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi NFZ, na co NIK zwróciła uwagę po kontrolach wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w poprzednich latach⁶⁸. Na występowanie istotnych różnic wpływ miały w głównej mierze czynniki niezależne od działań Funduszu, w tym m.in. nierównomierne rozmieszczenie bazy leczniczej oraz deficyt lekarzy specjalistów, a w przypadku lecznictwa uzdrowiskowego również regulacje prawne.

5.2.1. Czas oczekiwania i liczba osób oczekujących na udzielenie świadczenia

W grudniu 2016 r., w porównaniu do 2015 r, pogorszył się dostęp do świadczeń, w wybranych zakresach z największą w skali kraju liczbą osób ocze-

⁶⁸ Wykonanie planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2011 r. (P/12/121), Wykonanie planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2012 r. (P/13/128), Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia, w ramach planu finansowego w 2013 r. (P/14/060), Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2014 r. (P/15/059) oraz Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 r. (P/16/053).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

kujących i wysoką wartością mediany⁶⁹ średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia⁷⁰.

Według stanu na koniec grudnia 2016 r. w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano do następujących, wybranych spośród komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących, poradni specjalistycznych: endokrynologicznych, chirurgii naczyniowej, kardiologicznych, gastroenterologicznych i okulistycznych. Wśród nich najwyższą wartość mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania odnotowano w poradniach endokrynologicznych dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”, tj. 208 dni. W 2016 r. mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła w przypadku wszystkich ww. poradni, a liczba osób oczekujących zmniejszyła się jedynie w poradni okulistycznej.

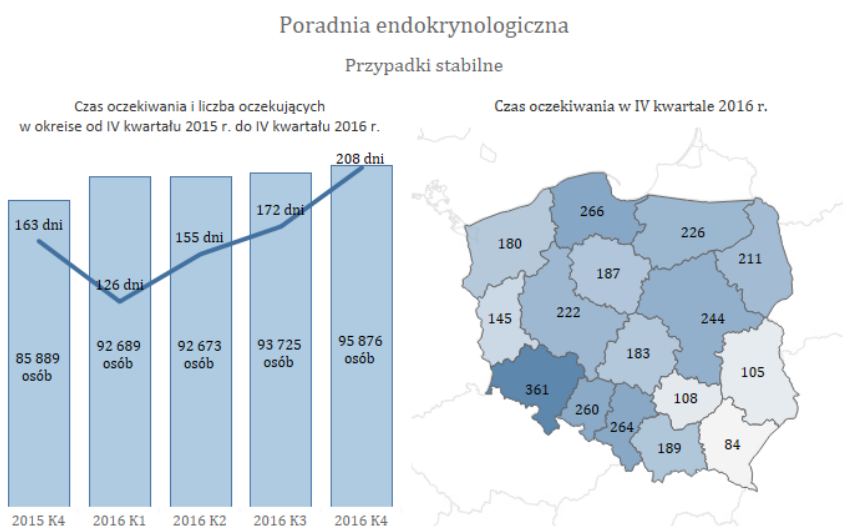
Spośród ww. komórek organizacyjnych poradnie okulistyczne i kardiologiczne wyróżniły się najwyższą liczbą osób oczekujących, wynoszącą odpowiednio: 271 043 i 125 970 osób. Poradnie okulistyczne wyróżniły się również pod względem dużej liczby osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia, tj. 1 005 105 osób skreślonych w 2016 r. Łączna liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia („przypadki pilne” i „przypadki stabilne”) w 2016 r. wzrosła w porównaniu z 2015 r. tylko w przypadku poradni endokrynologicznych, dla innych poradni liczba ta uległa spadkowi.

Ponadto we wszystkich omawianych poradniach specjalistycznych odnotowano rosnący w kolejnych latach udział osób zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek pilny” zarówno wśród osób oczekujących jak i wśród osób skreślonych z list oczekujących z powodu udzielenia świadczenia.

Ambulatoryjna opieka
specjalistyczna

Rysunek nr 2

Liczba oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w grudniu 2016 r., z uwzględnieniem zmian w stosunku do grudnia 2015 r.



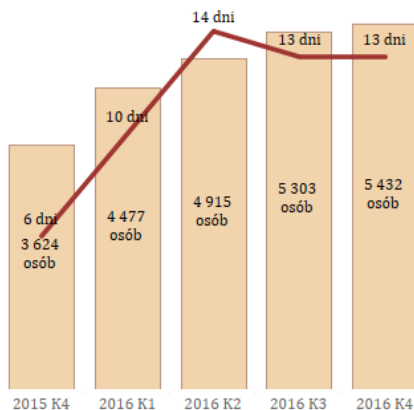
⁶⁹ Mediana – wartość środkowa dzieląca szereg danych, uporządkowany ze względu na wartość, na dwie równoliczne części – poniżej i powyżej mediany znajduje się dokładnie po 50% danych. W powyższym przypadku mediana jest wartością środkową średniego rzeczywistego czasu oczekiwania, zaobserwowanego u poszczególnych świadczeniodawców, prowadzących listy oczekujących w danym zakresie świadczeń.

⁷⁰ Analizą objęto 20 komórek organizacyjnych po pięć z czterech rodzajów świadczeń AOS, SZP, REH i PSY. Dodatkowo analizie poddano wybrane świadczenia opieki zdrowotnej, na które są prowadzone odrębne listy oczekujących.

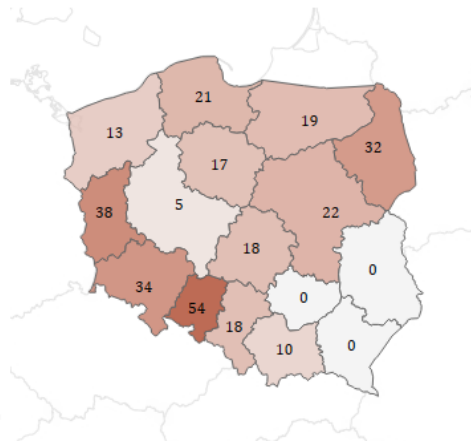
WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Przypadki pilne

Czas oczekiwania i liczba oczekujących w okrese od IV kwartału 2015 r. do IV kwartału 2016 r.



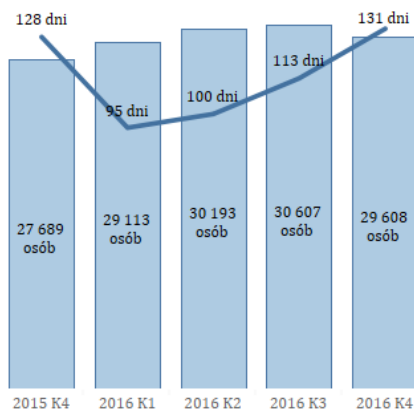
Czas oczekiwania w IV kwartale 2016 r.



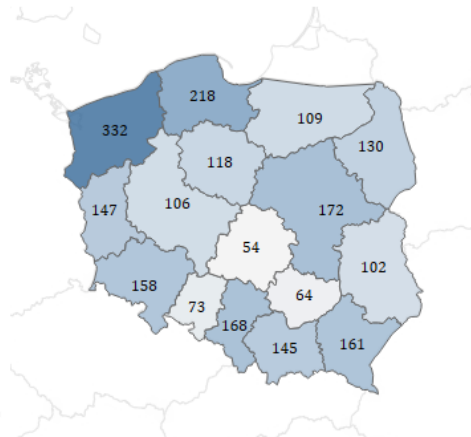
Poradnia chirurgii naczyniowej

Przypadki stabilne

Czas oczekiwania i liczba oczekujących w okrese od IV kwartału 2015 r. do IV kwartału 2016 r.

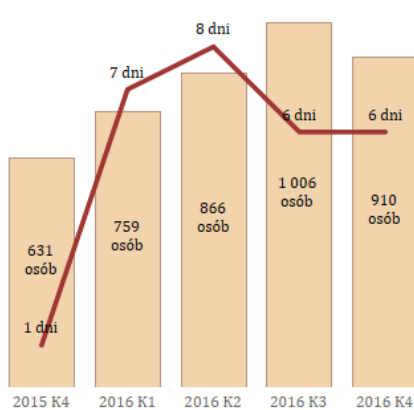


Czas oczekiwania w IV kwartale 2016 r.

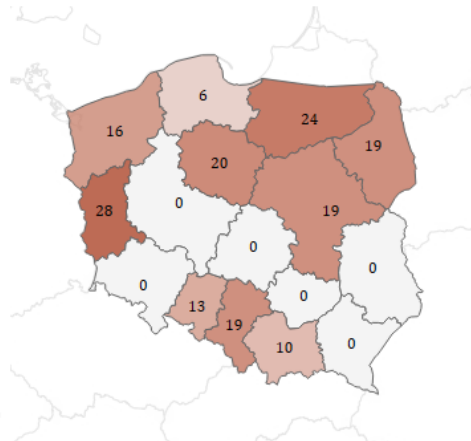


Przypadki pilne

Czas oczekiwania i liczba oczekujących w okrese od IV kwartału 2015 r. do IV kwartału 2016 r.



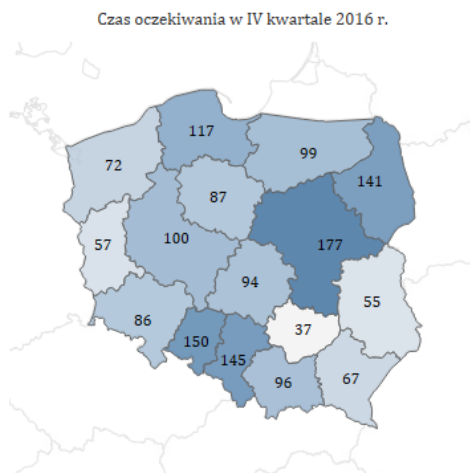
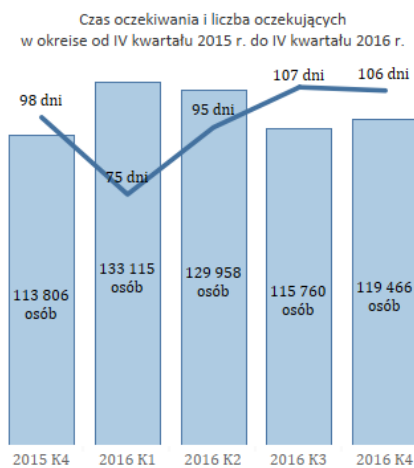
Czas oczekiwania w IV kwartale 2016 r.



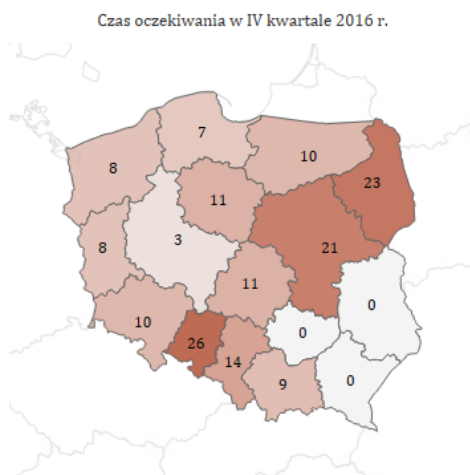
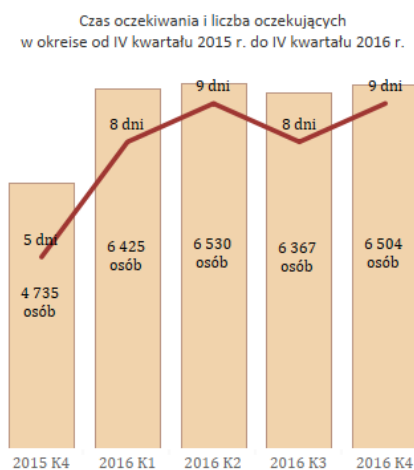
WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Poradnia kardiologiczna

Przypadki stabilne

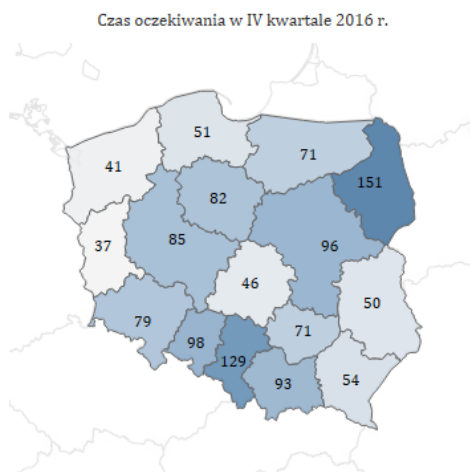
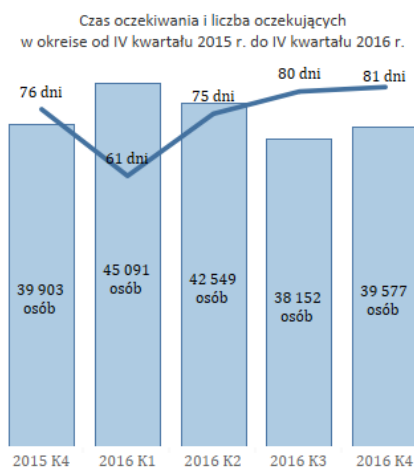


Przypadki pilne



Poradnia gastroenterologiczna

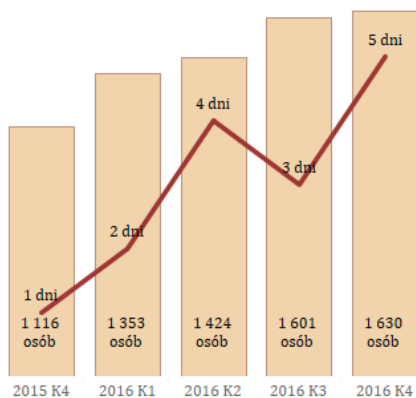
Przypadki stabilne



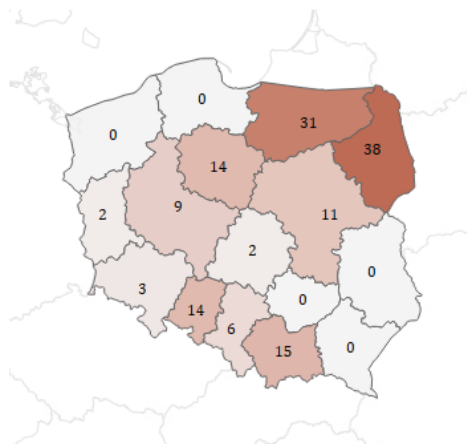
WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Przypadki pilne

Czas oczekiwania i liczba oczekujących w okrese od IV kwartału 2015 r. do IV kwartału 2016 r.



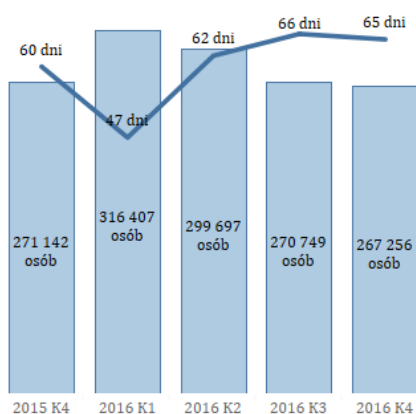
Czas oczekiwania w IV kwartale 2016 r.



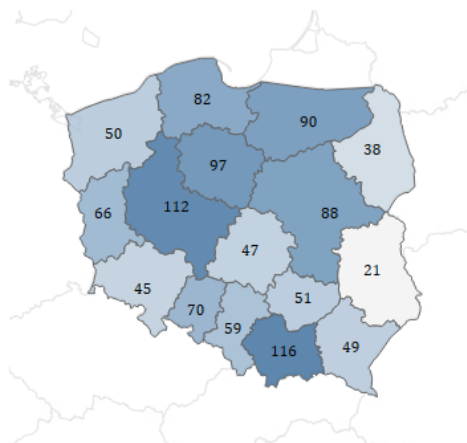
Poradnia okulistyczna

Przypadki stabilne

Czas oczekiwania i liczba oczekujących w okrese od IV kwartału 2015 r. do IV kwartału 2016 r.

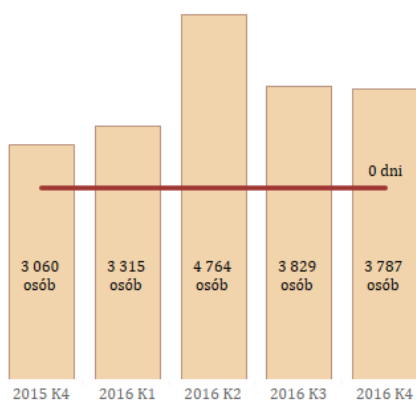


Czas oczekiwania w IV kwartale 2016 r.

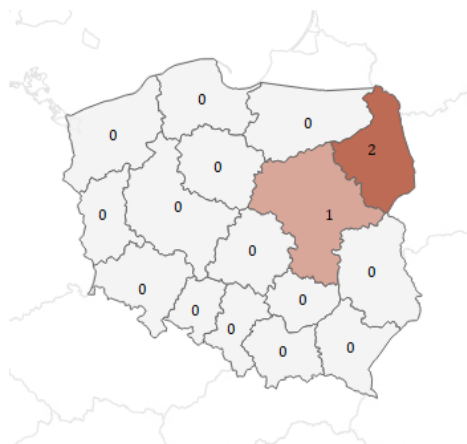


Przypadki pilne

Czas oczekiwania i liczba oczekujących w okrese od IV kwartału 2015 r. do IV kwartału 2016 r.



Czas oczekiwania w IV kwartale 2016 r.



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ. Zaprezentowano pięć rodzajów komórek organizacyjnych z największą wartością mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”, wybranych spośród komórek organizacyjnych z największą liczbą osób oczekujących według stanu na koniec grudnia 2016 r.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W 2016 r. w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej najwyższą wartość mediany średniego czasu oczekiwania („przypadki stabilne”) odnotowano w poradniach:

- endokrynologicznych osteoporozy – 401 dni (przy liczbie osób oczekujących – 2 148),
- genetycznych dla dzieci – 224 dni (przy liczbie osób oczekujących – 809),
- endokrynologicznych – 208 dni (przy liczbie osób oczekujących – 95 876),
- endokrynologicznych dla dzieci – 181 dni (przy liczbie osób oczekujących – 8 574),
- immunologicznych dla dzieci – 165 dni (przy liczbie osób oczekujących – 593),
- chorób tarczycy – 157 dni (przy liczbie osób oczekujących – 1 339),
- neurochirurgicznych – 140 dni (przy liczbie osób oczekujących – 27 166),
- hepatologicznych – 135 dni (przy liczbie osób oczekujących – 7 134),
- chorób naczyń – 132 dni (przy liczbie osób oczekujących – 25 738),
- oraz chirurgii naczyniowej – 131 dni (przy liczbie osób oczekujących – 29 608).

Według stanu na koniec grudnia 2016 r. najdłuższe czasy oczekiwania odnotowywano do następujących, wybranych spośród komórek organizacyjnych z największą liczbą osób oczekujących, rodzajów oddziałów szpitalnych: chirurgii urazowo-ortopedycznej, otorynolaryngologicznych dla dzieci, otorynolaryngologicznych, neurochirurgicznych i reumatologicznych. Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do oddziałów chirurgii urazowo-ortopedycznych dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wyniosła 151 dni. Na przestrzeni ostatniego roku zarówno mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania jak i liczba osób oczekujących obniżyła się tylko w przypadku oddziałów otorynolaryngologicznych dla dzieci i oddziałów reumatologicznych.

Leczenie szpitalne

Spośród ww. komórek organizacyjnych w oddziałach: chirurgii urazowo-ortopedycznej i otorynolaryngologicznych odnotowano najwyższą liczbę osób oczekujących (łącznie „przypadków pilnych i stabilnych”), wynoszącą odpowiednio 150 111 i 103 362 osoby.

Oddziały otorynolaryngologiczne, a następnie oddziały chirurgii urazowo-ortopedycznej wyróżniły się pod względem dużej liczby osób skreślonych z listy oczekujących w okresie od stycznia do grudnia 2016 r. z powodu wykonania świadczenia – odpowiednio: 115 819 i 110 842 osoby. Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia dla „przypadków stabilnych” w 2016 r. zwiększyła się jedynie w porównaniu z 2015 i 2014 r. w oddziałach otorynolaryngologicznych dla dzieci oraz oddziałach neurochirurgicznych.

W leczeniu szpitalnym, podobnie jak w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej wśród osób skreślonych rośnie udział osób zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek pilny”.

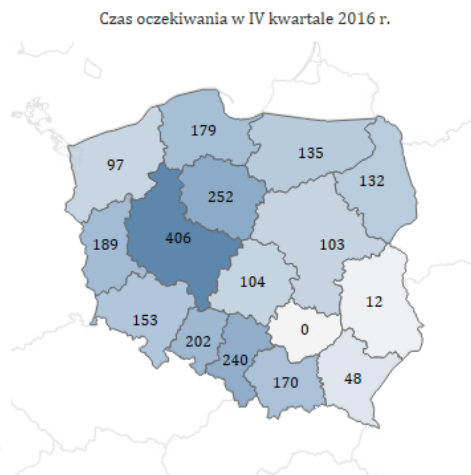
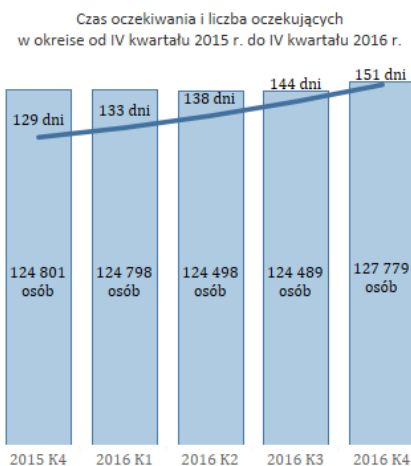
WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Rysunek nr 3

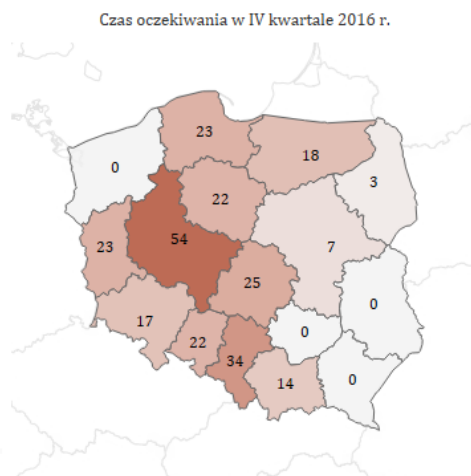
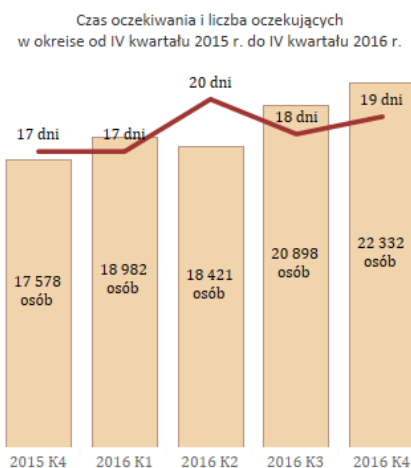
Liczba oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w leczeniu szpitalnym w grudniu 2016 r., z uwzględnieniem zmian w stosunku do grudnia 2015 r.

Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej

Przypadki stabilne

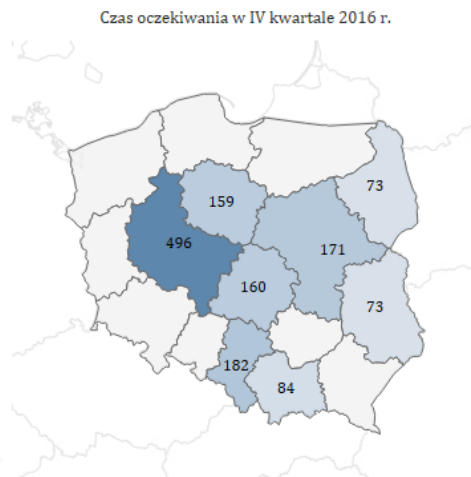
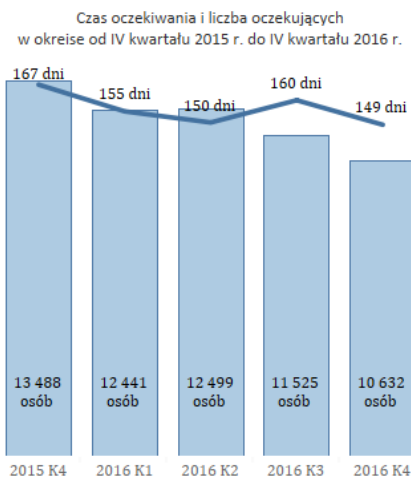


Przypadki pilne



Oddział otorynolaryngologiczny dla dzieci

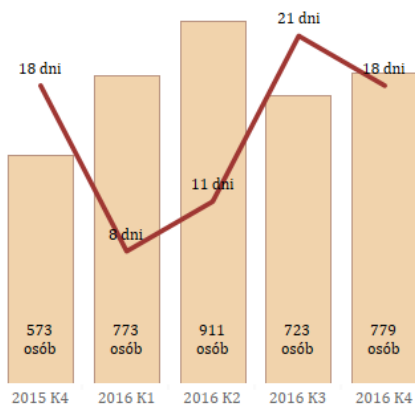
Przypadki stabilne



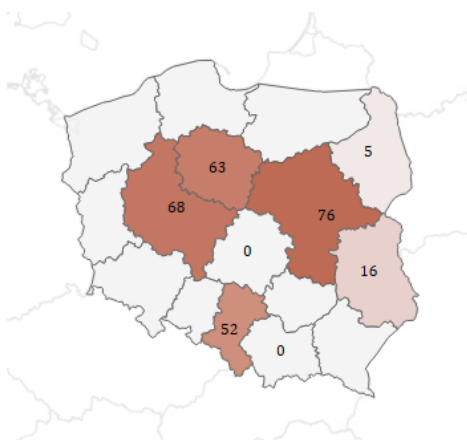
WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Przypadki pilne

Czas oczekiwania i liczba oczekujących w okrese od IV kwartału 2015 r. do IV kwartału 2016 r.



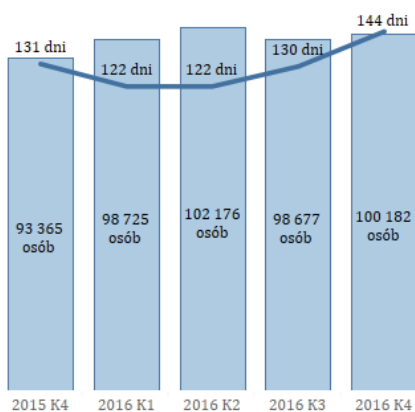
Czas oczekiwania w IV kwartale 2016 r.



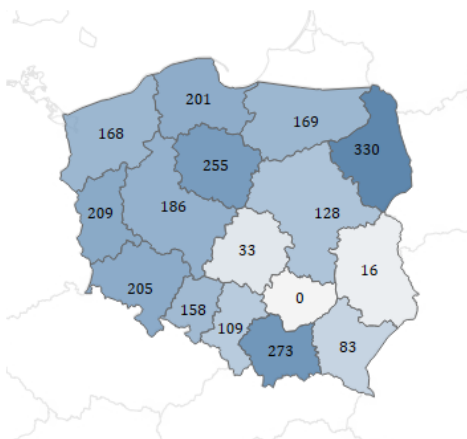
Oddział otorynolaryngologiczny

Przypadki stabilne

Czas oczekiwania i liczba oczekujących w okrese od IV kwartału 2015 r. do IV kwartału 2016 r.

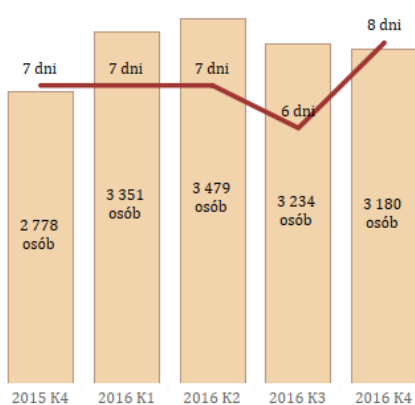


Czas oczekiwania w IV kwartale 2016 r.

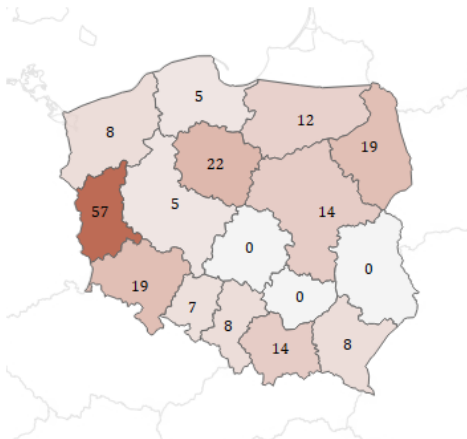


Przypadki pilne

Czas oczekiwania i liczba oczekujących w okrese od IV kwartału 2015 r. do IV kwartału 2016 r.



Czas oczekiwania w IV kwartale 2016 r.

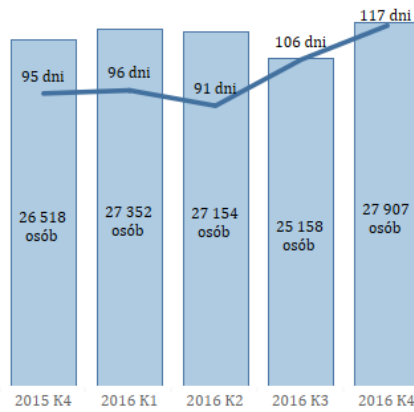


WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

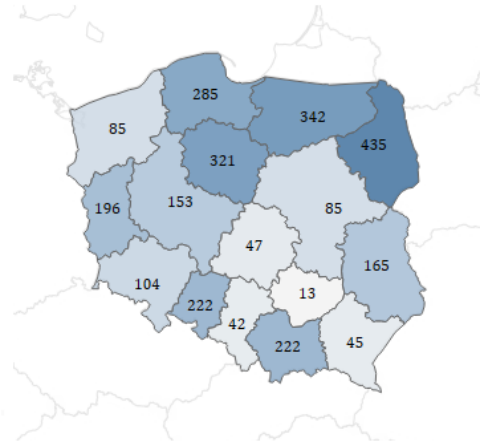
Oddział neurochirurgiczny

Przypadki stabilne

Czas oczekiwania i liczba oczekujących w okresie od IV kwartału 2015 r. do IV kwartału 2016 r.

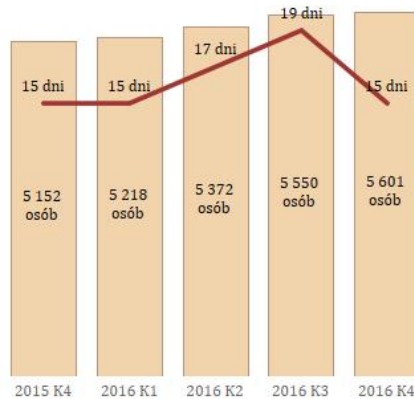


Czas oczekiwania w IV kwartale 2016 r.

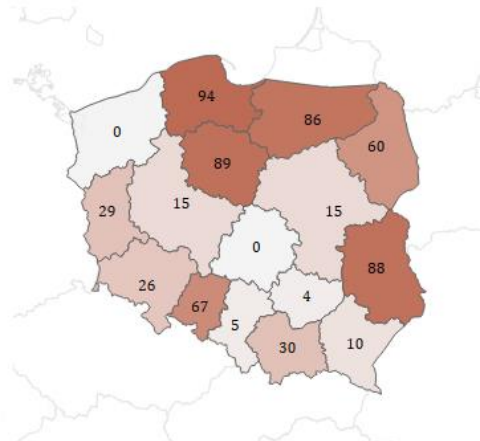


Przypadki pilne

Czas oczekiwania i liczba oczekujących w okresie od IV kwartału 2015 r. do IV kwartału 2016 r.



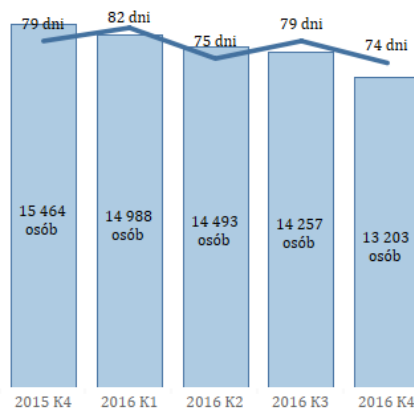
Czas oczekiwania w IV kwartale 2016 r.



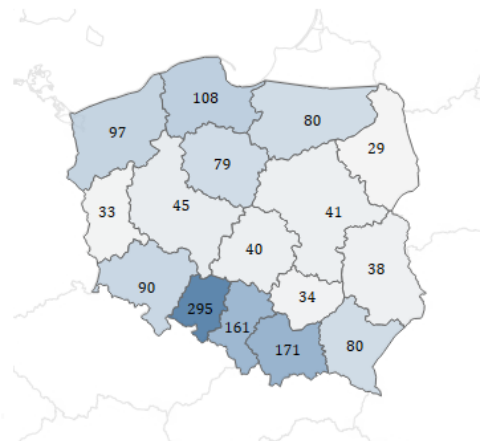
Oddział reumatologiczny

Przypadki stabilne

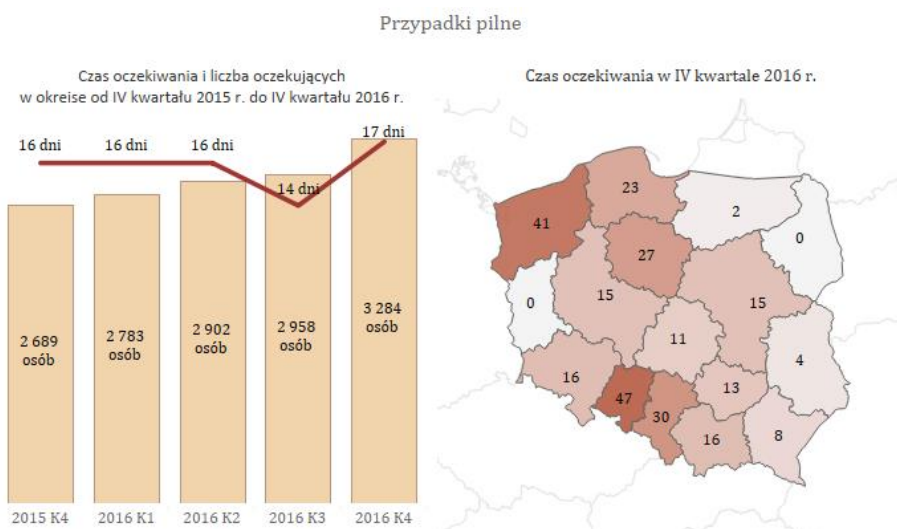
Czas oczekiwania i liczba oczekujących w okresie od IV kwartału 2015 r. do IV kwartału 2016 r.



Czas oczekiwania w IV kwartale 2016 r.



WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ. Zaprezentowano pięć komórek organizacyjnych z największą wartością mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”, wybranych spośród komórek organizacyjnych z największą liczbą osób oczekujących według stanu na koniec grudnia 2016 r.

W leczeniu szpitalnym najwyższą wartość mediany średniego czasu oczekiwania („przypadki stabilne”) odnotowano w oddziałach:

- leczenia oparzeń – 175 dni (przy liczbie osób oczekujących – 460),
- audiologiczno-foniatrycznych – 160 dni (przy liczbie osób oczekujących – 2 846),
- chirurgii urazowo-ortopedycznej – 151 dni (przy liczbie osób oczekujących – 127 779),
- otorynolaryngologicznych dla dzieci – 149 dni (przy liczbie osób oczekujących – 10 632),
- otorynolaryngologicznych – 144 dni (przy liczbie osób oczekujących – 100 182),
- chirurgii szczękowo-twarzowej dla dzieci – 123 dni (przy liczbie osób oczekujących – 211),
- neurochirurgicznych – 117 dni (przy liczbie osób oczekujących – 27 907),
- urologicznych dla dzieci – 94 dni (przy liczbie osób oczekujących – 272),
- chirurgii plastycznej – 92 dni (przy liczbie osób oczekujących – 4 935),
- wieloprofilowe zabiegowe – 78 dni (przy liczbie osób oczekujących – 1 609).

Według stanu na koniec grudnia 2016 r. w rehabilitacji leczniczej najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano do następujących, wybranych spośród komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących, rodzajów komórek organizacyjnych realizujących świadczenia rehabilitacji leczniczej: oddziałów rehabilitacyjnych, oddziałów rehabilitacji narządu ruchu, zakładów rehabilitacji leczniczej, oddziałów rehabilitacji neurologicznej, zespołów rehabilitacji domowej. Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do oddziałów rehabilitacyjnych dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wyniosła 404 dni. W 2016 r., w porównaniu

Rehabilitacja
lecznicza

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

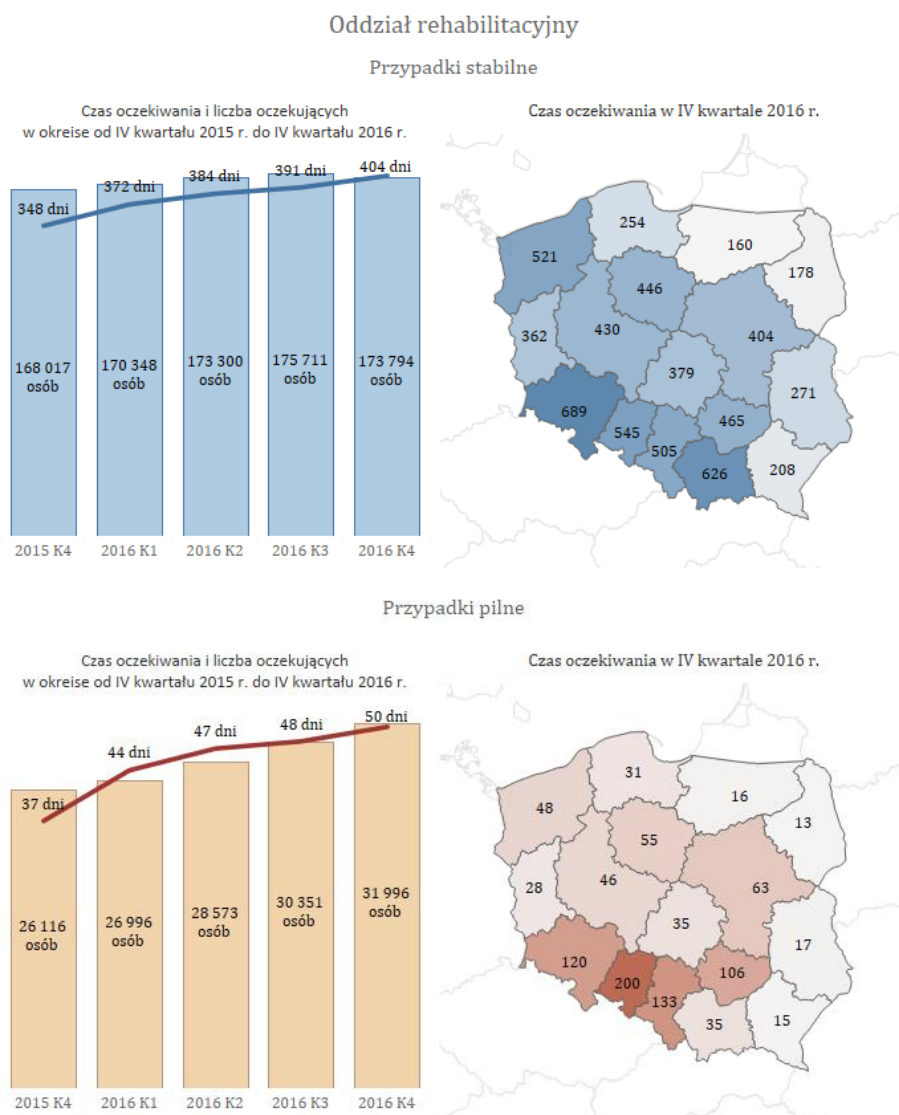
do 2015 r., mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania zmniejszyła się w przypadku: zakładów rehabilitacji leczniczej i ośrodków rehabilitacji pulmonologicznej, w pozostałych komórkach zwiększyła się.

Spośród ww. rodzajów komórek organizacyjnych największą liczbę osób oczekujących, wynoszącą 205 790 osób odnotowano w oddziałach rehabilitacyjnych.

W oddziałach rehabilitacyjnych odnotowano najwyższą liczbę osób skreślonych z listy oczekujących w okresie od stycznia do grudnia 2016 r. z powodu wykonania świadczenia, tj. 103 923 osoby. Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w 2016 r. spadła w porównaniu do 2015 r. w przypadku oddziałów rehabilitacyjnych, oddziałów rehabilitacji narządu ruchu oraz zespołów rehabilitacji domowej.

Rysunek nr 4

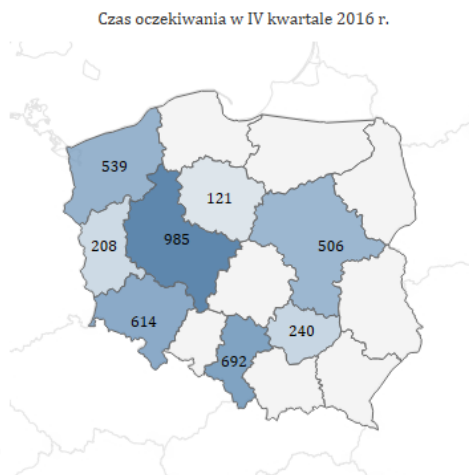
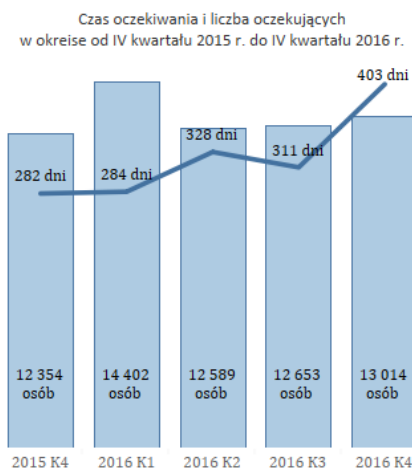
Liczba oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w rehabilitacji leczniczej w grudniu 2016 r., z uwzględnieniem zmian w stosunku do grudnia 2015 r.



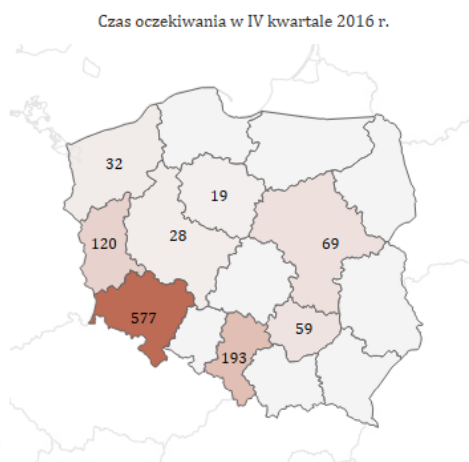
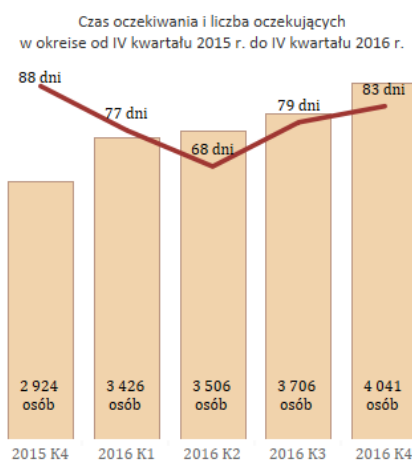
WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Oddział rehabilitacji narządu ruchu

Przypadki stabilne

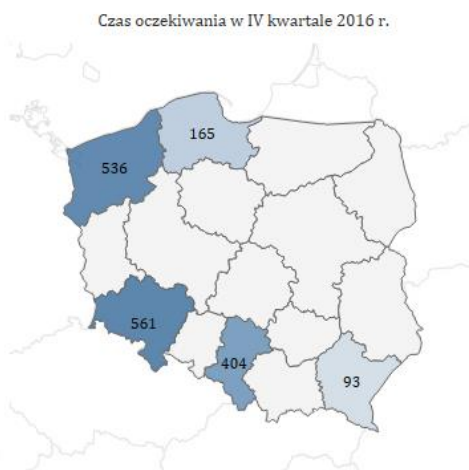
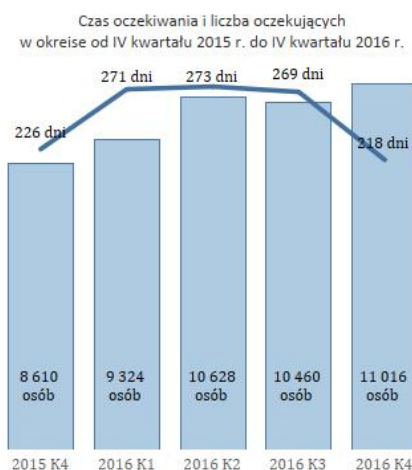


Przypadki pilne



Zakład rehabilitacji leczniczej

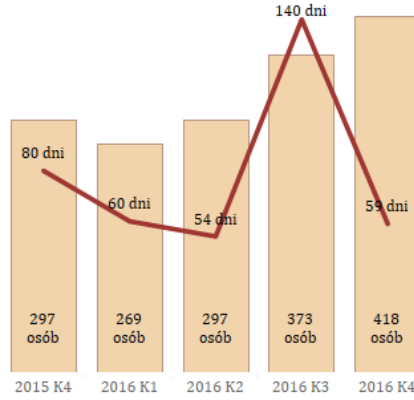
Przypadki stabilne



WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Przypadki pilne

Czas oczekiwania i liczba oczekujących w okrese od IV kwartału 2015 r. do IV kwartału 2016 r.



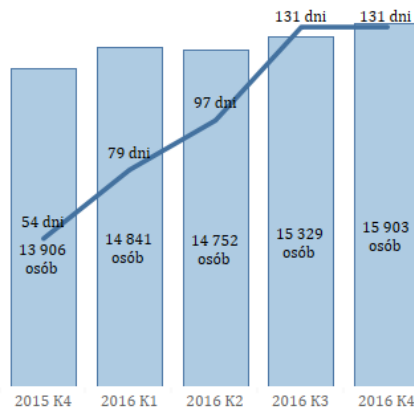
Czas oczekiwania w IV kwartale 2016 r.



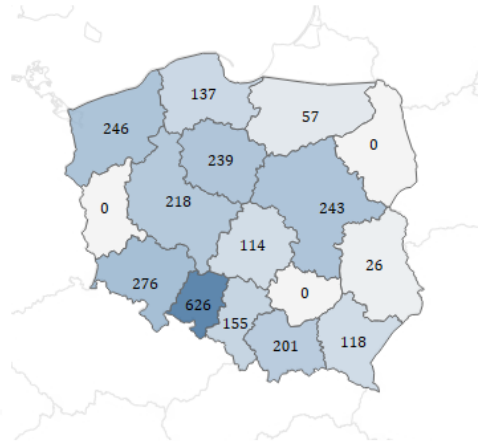
Oddział rehabilitacji neurologicznej

Przypadki stabilne

Czas oczekiwania i liczba oczekujących w okrese od IV kwartału 2015 r. do IV kwartału 2016 r.

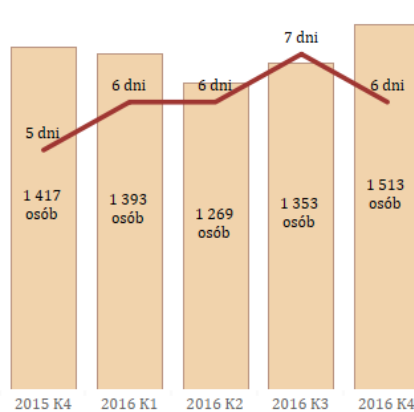


Czas oczekiwania w IV kwartale 2016 r.

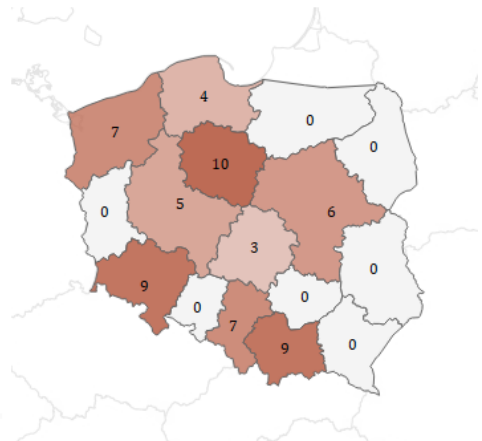


Przypadki pilne

Czas oczekiwania i liczba oczekujących w okrese od IV kwartału 2015 r. do IV kwartału 2016 r.



Czas oczekiwania w IV kwartale 2016 r.

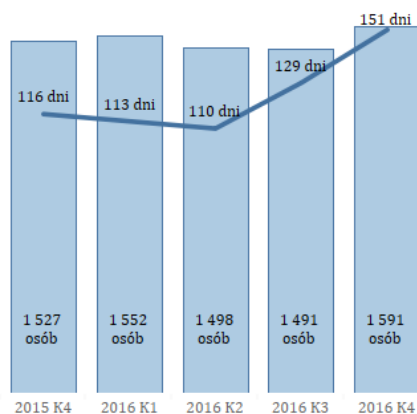


WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

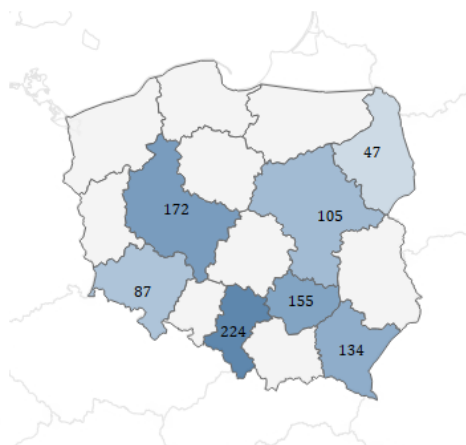
Zespół rehabilitacji domowej

Przypadki stabilne

Czas oczekiwania i liczba oczekujących w okresie od IV kwartału 2015 r. do IV kwartału 2016 r.

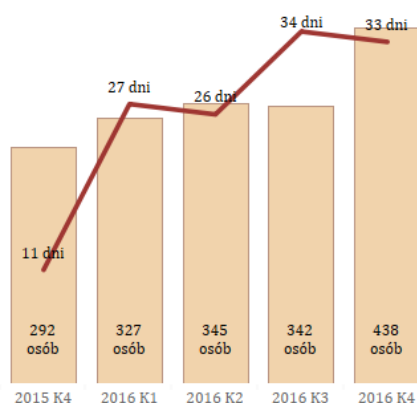


Czas oczekiwania w IV kwartale 2016 r.

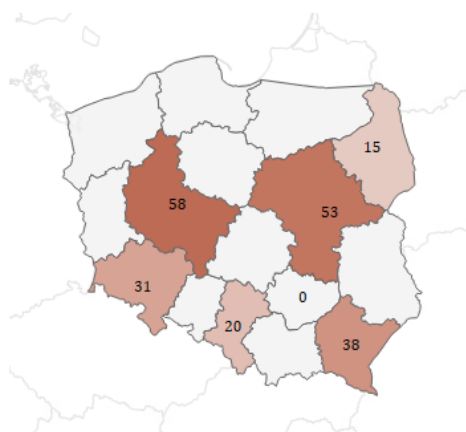


Przypadki pilne

Czas oczekiwania i liczba oczekujących w okresie od IV kwartału 2015 r. do IV kwartału 2016 r.



Czas oczekiwania w IV kwartale 2016 r.



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ. W tabeli zaprezentowano pięć rodzajów komórek organizacyjnych z największą wartością mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”, wybranych spośród 15 komórek organizacyjnych z największą liczbą osób oczekujących według stanu na koniec grudnia 2016 r.

Najwyższą wartość mediany średniego czasu oczekiwania („przypadki stabilne”) odnotowano w:

- oddziałach paraplegii i tetraplegii – 1 140 dni,
- oddziałach rehabilitacyjnych – 404 dni,
- oddziałach rehabilitacji narządu ruchu – 403 dni,
- zakładach rehabilitacji leczniczej – 218 dni,
- ośrodkach rehabilitacji pulmonologicznych – 214 dni.

Według stanu na koniec grudnia 2016 r. w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień najdłuższe czasy oczekiwania odnotowywano do następujących, wybranych spośród komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących, rodzajów komórek organizacyjnych związanych z chorobami psychicznymi i uzależnieniami:

Opieka psychiatryczna
i leczenie uzależnień

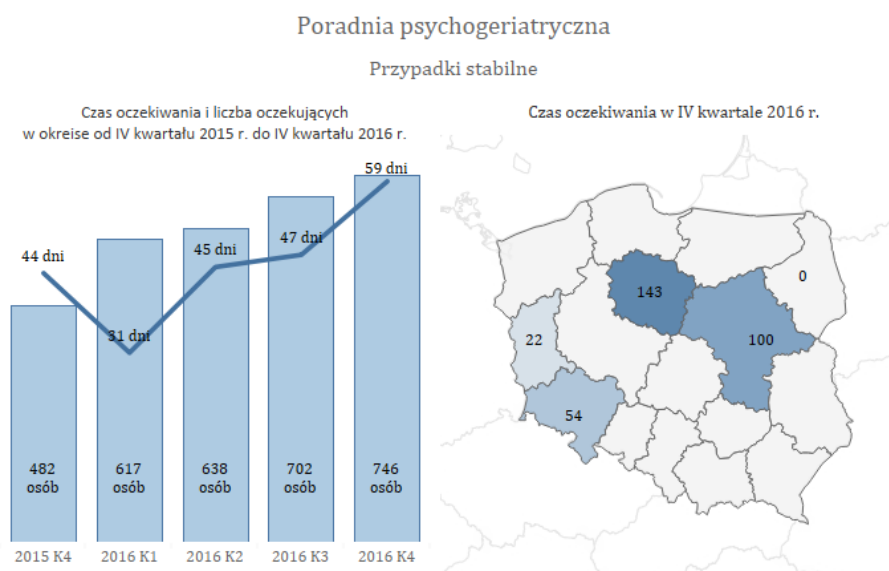
WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

poradni psychogeriatrycznych, poradni dla osób z autyzmem dziecięcym, oddziałów leczenia zaburzeń nerwicowych, poradni zdrowia psychicznego dla dzieci, oddziałów/ośrodków terapii uzależnienia od alkoholu. Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do poradni psychogeriatrycznych dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wyniosła 59 dni. Na przestrzeni lat 2015–2016 mediana średniego czasu oczekiwania wzrosła w przypadku poradni psychogeriatrycznych, w pozostałych komórkach utrzymywała się na podobnym poziomie jak w latach ubiegłych.

Liczba osób oczekujących spadła tylko w przypadku oddziałów/ośrodków terapii uzależnienia od alkoholu. Spośród ww. komórek organizacyjnych w poradniach zdrowia psychicznego dla dzieci odnotowano najwyższą liczbę osób oczekujących, wynoszącą 6 890 osób. Podobnie w poradniach zdrowia psychicznego dla dzieci odnotowano dużą liczbę osób skreślonych z listy oczekujących w okresie od stycznia do grudnia 2016 r. z powodu wykonania świadczenia, tj. 29 868 osób. Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w 2016 r. wzrosła w porównaniu z 2014 r. i 2015 r. w przypadku poradni dla osób z autyzmem dziecięcym.

Rysunek nr 5

Liczba oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej dla przypadków stabilnych w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień w grudniu 2016 r., z uwzględnieniem zmian w stosunku do grudnia 2015 r.⁷¹

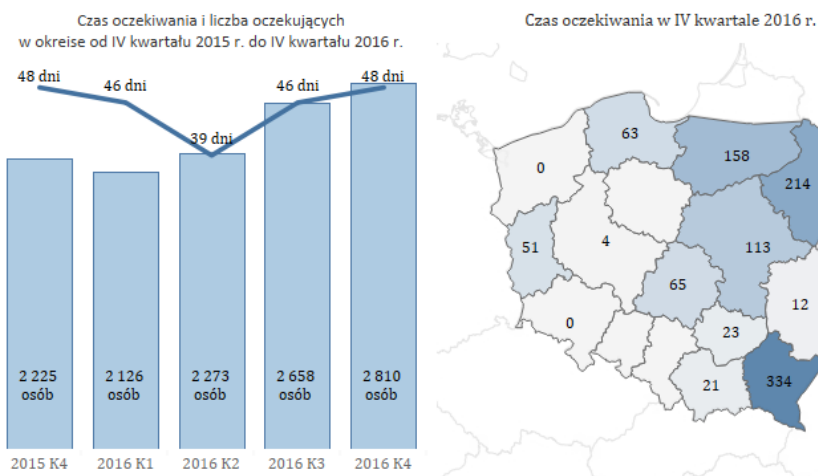


⁷¹ Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek pilny” do poradni psychogeriatrycznych, poradni dla osób z autyzmem dziecięcym, oddziałów leczenia zaburzeń nerwicowych, poradni zdrowia psychicznego dla dzieci, oddziałów/ośrodków terapii uzależnienia od alkoholu wyniosła „0”.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

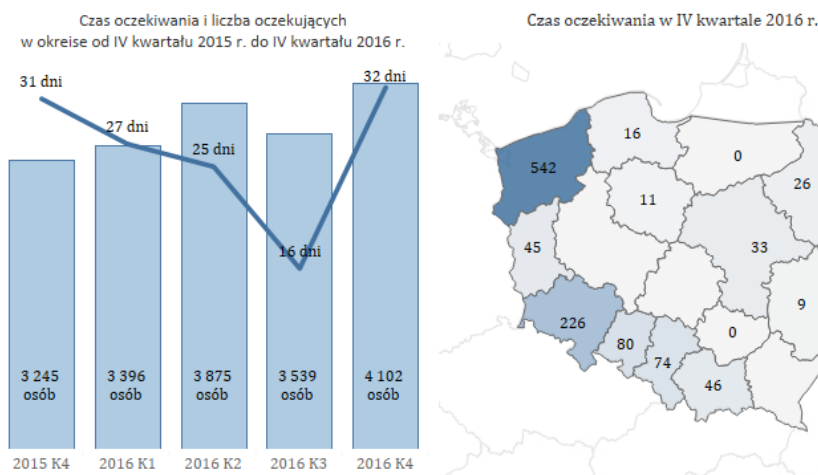
Poradnia dla osób z autyzmem dziecięcym

Przypadki stabilne



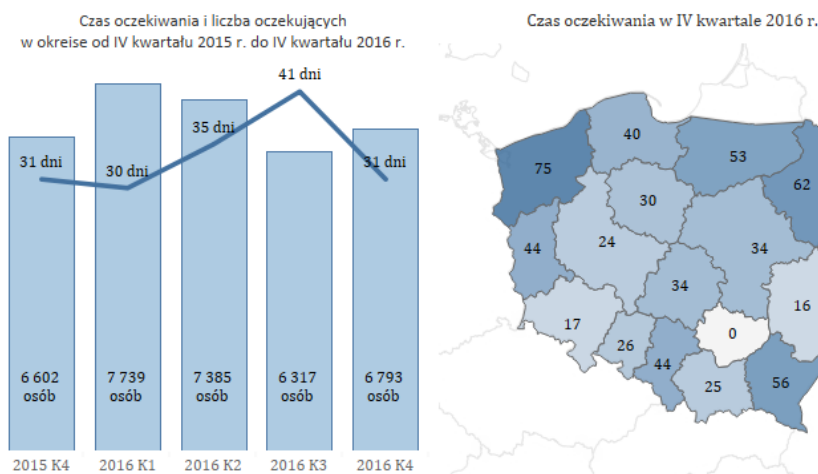
Oddział leczenia zaburzeń nerwicowych

Przypadki stabilne



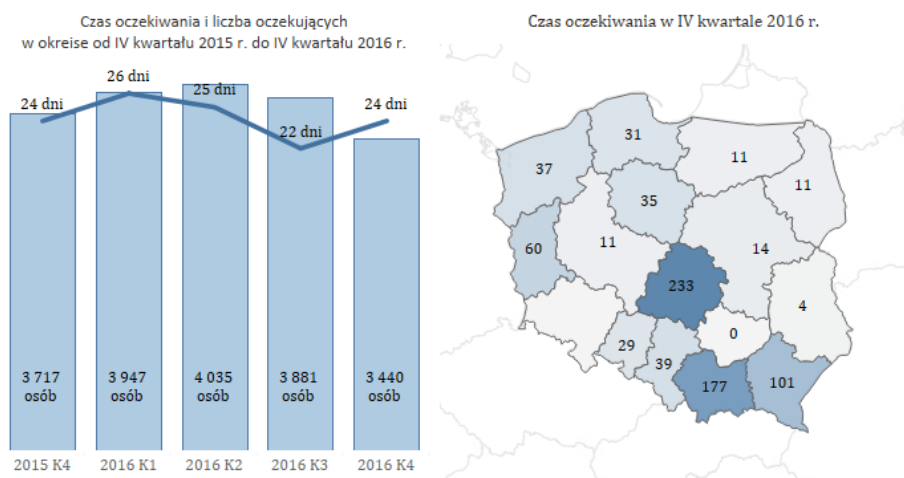
Poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci

Przypadki stabilne



Oddział/ośrodek terapii uzależnienia od alkoholu

Przypadki stabilne



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ. Zaprezentowano pięć rodzajów komórek organizacyjnych z największą wartością mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”, wybranych spośród komórek organizacyjnych z największą liczbą osób oczekujących według stanu na koniec grudnia 2016 r.

Wybrane świadczenia opieki zdrowotnej, na które są prowadzone odrębne listy oczekujących

Według stanu na koniec grudnia 2016 r. wśród procedur medycznych, na które są prowadzone odrębne listy oczekujących, najdłuższe czasy oczekiwania zostały odnotowane na listach oczekujących na następujące świadczenia: zabiegi w zakresie soczewki (zaćma), endoprotezoplastyka stawu kolanowego, endoprotezoplastyka stawu biodrowego, świadczenia rezonansu magnetycznego, świadczenia tomografii komputerowej, leczenie aparatem ortodontycznym, leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową, koronarografię, badania medycyny nuklearnej, pozytonową tomografię emisyjną.

Według danych OECD, w 2015 r. w przypadku operacji zaćmy w Polsce średni czas oczekiwania⁷² był nadal najdłuższy spośród wszystkich badanych przez OECD państw – i wynosił średnio ponad 464 dni, a w przypadku operacji stawu biodrowego czas oczekiwania w Polsce również zaliczał się do najdłuższych (obok Chile – 410 dni i Estonii 290 dni) i wynosił średnio ponad 405 dni⁷³, a kolanowego 541 dni (Chile 930dni, Estonia 392 dni).

W 2016 r. średni rzeczywisty czas oczekiwania na zabiegi w zakresie soczewki (zaćma) dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wyniósł 601 dni, a dla 25% oddziałów przekraczał 804 dni. Średni rzeczywisty czas oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” dla endoprotezoplastyki stawu kolanowego wynosił 718 dni, a dla endoprotezoplastyki stawu biodrowego 592 dni. Dla powyższych procedur odnotowywana była także duża liczba osób oczekujących, która według stanu na koniec grudnia 2016 r. wynosiła odpowiednio: 540 667, 114 137 i 104 959 osób.

⁷² Średni czas oczekiwania, liczony od wpisu na listę oczekujących do rozpoczęcia leczenia, dla wszystkich pacjentów (łącznie przypadki pilne i stabilne).

⁷³ Źródło danych OECD, http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Zdaniem NFZ, w tym zakresie wskazane byłoby, poza zapewnieniem odpowiedniego poziomu finansowania, określenie przez środowisko medyczne standardów kwalifikacji i postępowania. Z analizy informacji z zakresu list oczekujących na te świadczenia wynika, że wielu pacjentów jest umieszczanych na liście oczekujących zbyt wcześnie i mają potem wielokrotnie przesuwane terminy udzielenia świadczenia z powodu braku jednoznacznych wskazań do zabiegu.

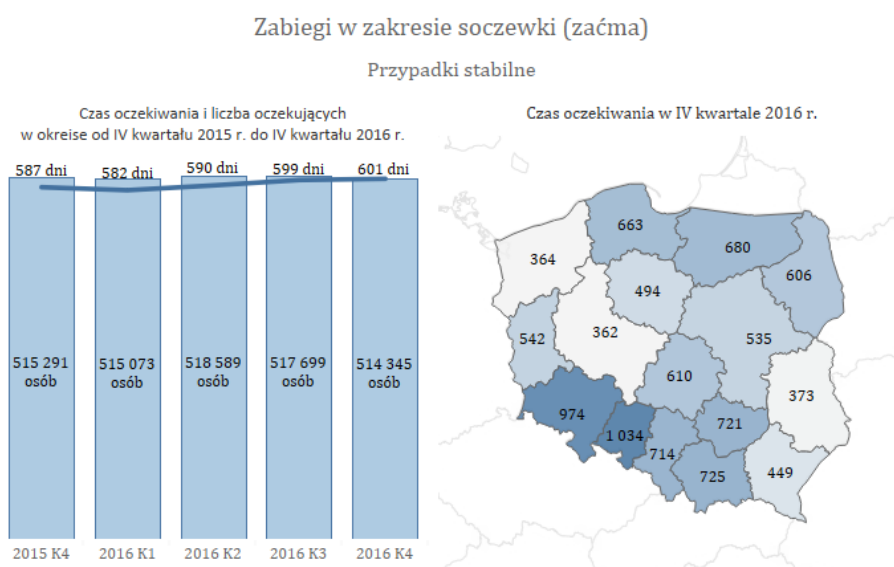
W 2016 r. ponownie zostały wyodrębnione produkty rozliczeniowe dedykowane do rozliczania świadczeń związanych z endoprotezoplastyką stawu biodrowego i kolanowego oraz operacji rewizyjnych endoprotezy stawu biodrowego lub kolanowego. NFZ oczekuje, iż w efekcie tych zmian, w ramach kwot zobowiązań wyodrębnionych w umowach w rodzaju leczenie szpitalne, wykonanych zostanie więcej świadczeń opieki zdrowotnej, co zwiększy tym samym dostępność do tych świadczeń dla świadczeniobiorców. Ponadto od 2017 r. wprowadzono możliwość zastosowania współczynnika korygującego (na poziomie 1,2) dla świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego oraz związanych z rewizją po endoprotezoplastyce stawu biodrowego lub kolanowego (tzw. współczynnik jakościowy)⁷⁴.

Znaczna liczba osób oczekujących odnotowywana jest również w przypadku list osób oczekujących na świadczenia rezonansu magnetycznego (332 220 osób) i świadczenia tomografii komputerowej (178 994 osoby).

W przypadku programów lekowych najwięcej osób i najdłużej oczekiwało na program leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową. Na liście oczekujących na ten program lekowy według stanu na koniec grudnia 2016 r. znajdowało się 9 788 osób, a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wynosiła 43 dni dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.

Rysunek nr 6

Liczba oczekujących i średni czas oczekiwania na udzielenie wybranych świadczeń opieki zdrowotnej, na które są prowadzone odrębne listy oczekujących, w grudniu 2016 r., z uwzględnieniem zmian w stosunku do grudnia 2015 r.

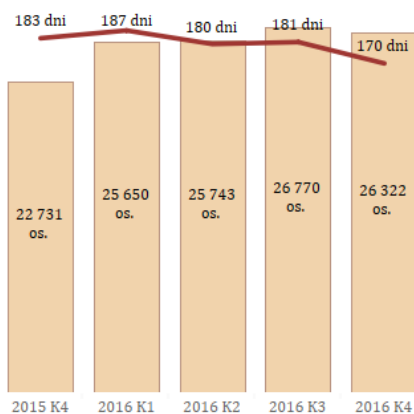


⁷⁴ Zarządzenie Nr 129/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2016 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, Dz. Urz. Prezesa NFZ z 2016 r. poz. 129.

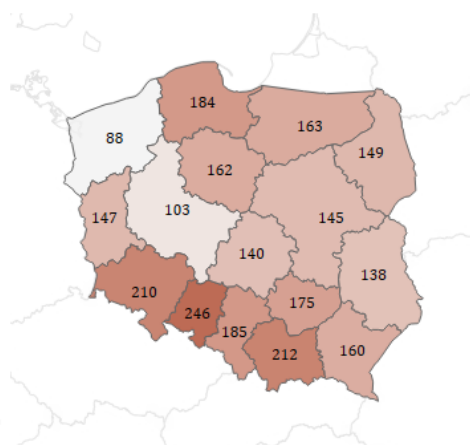
WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Przypadki pilne

Czas oczekiwania i liczba oczekujących w okrese od IV kwartału 2015 r. do IV kwartału 2016 r.



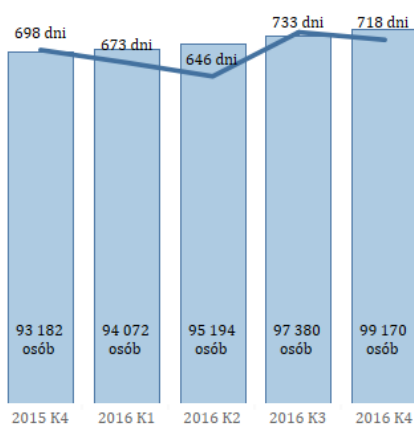
Czas oczekiwania w IV kwartale 2016 r.



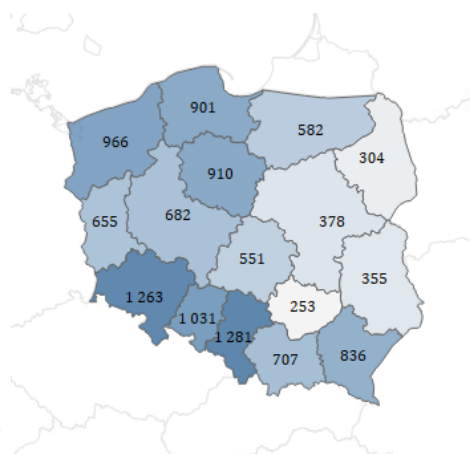
Endoprotezoplastyka stawu kolanowego

Przypadki stabilne

Czas oczekiwania i liczba oczekujących w okrese od IV kwartału 2015 r. do IV kwartału 2016 r.

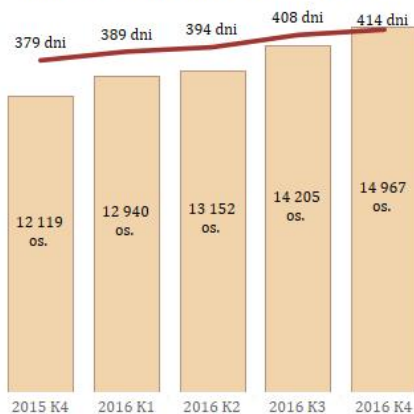


Czas oczekiwania w IV kwartale 2016 r.

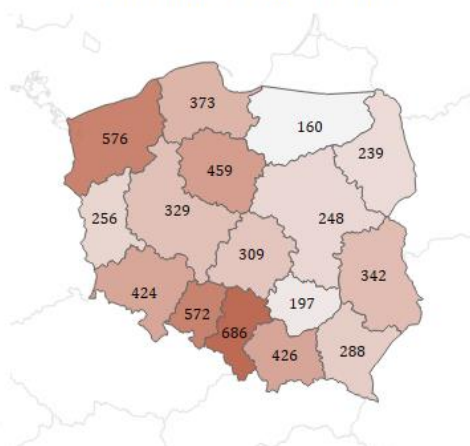


Przypadki pilne

Czas oczekiwania i liczba oczekujących w okrese od IV kwartału 2015 r. do IV kwartału 2016 r.



Czas oczekiwania w IV kwartale 2016 r.

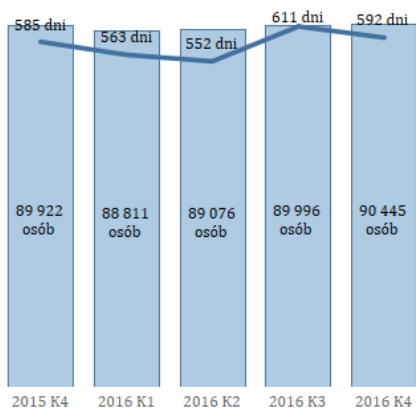


WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

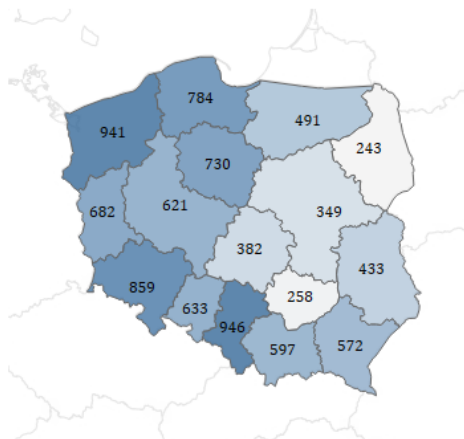
Endoprotezoplastyka stawu biodrowego

Przypadki stabilne

Czas oczekiwania i liczba oczekujących w okresie od IV kwartału 2015 r. do IV kwartału 2016 r.

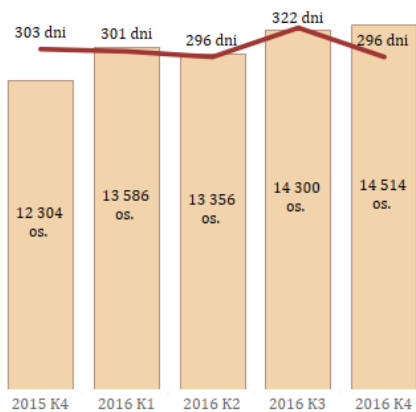


Czas oczekiwania w IV kwartale 2016 r.

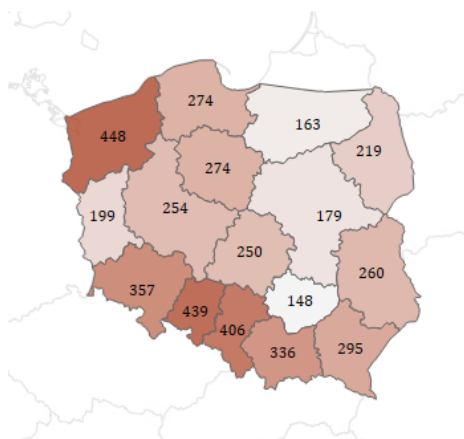


Przypadki pilne

Czas oczekiwania i liczba oczekujących w okresie od IV kwartału 2015 r. do IV kwartału 2016 r.



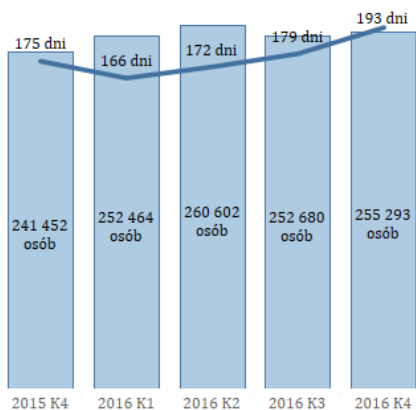
Czas oczekiwania w IV kwartale 2016 r.



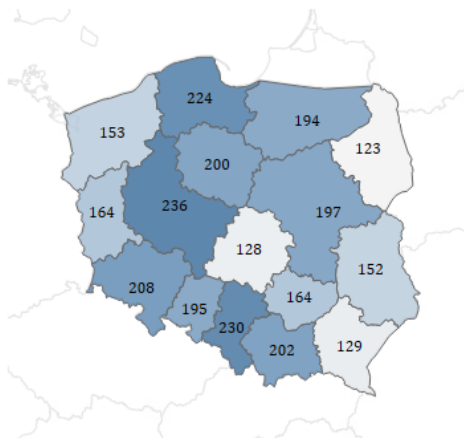
Świadczenia rezonansu magnetycznego

Przypadki stabilne

Czas oczekiwania i liczba oczekujących w okresie od IV kwartału 2015 r. do IV kwartału 2016 r.



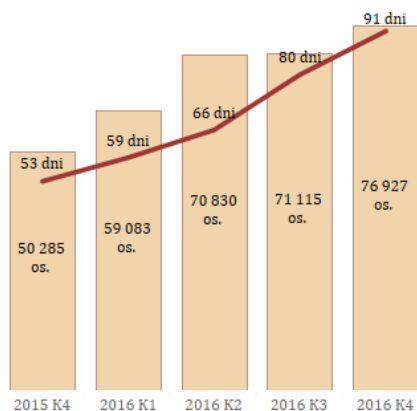
Czas oczekiwania w IV kwartale 2016 r.



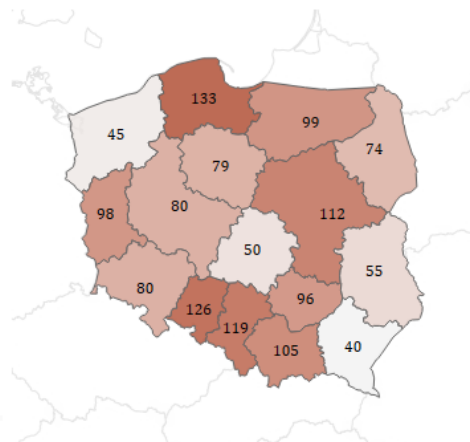
WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Przypadki pilne

Czas oczekiwania i liczba oczekujących w okresie od IV kwartału 2015 r. do IV kwartału 2016 r.



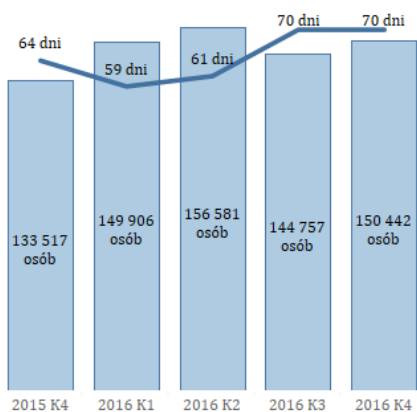
Czas oczekiwania w IV kwartale 2016 r.



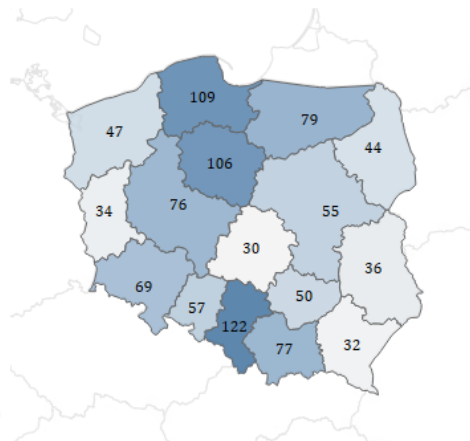
Świadczenia tomografii komputerowej

Przypadki stabilne

Czas oczekiwania i liczba oczekujących w okresie od IV kwartału 2015 r. do IV kwartału 2016 r.

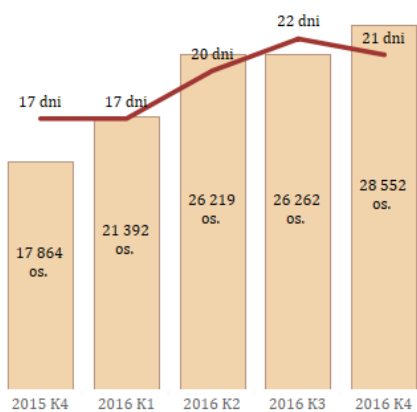


Czas oczekiwania w IV kwartale 2016 r.

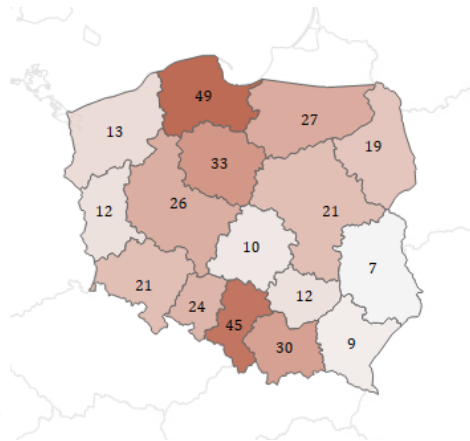


Przypadki pilne

Czas oczekiwania i liczba oczekujących w okresie od IV kwartału 2015 r. do IV kwartału 2016 r.



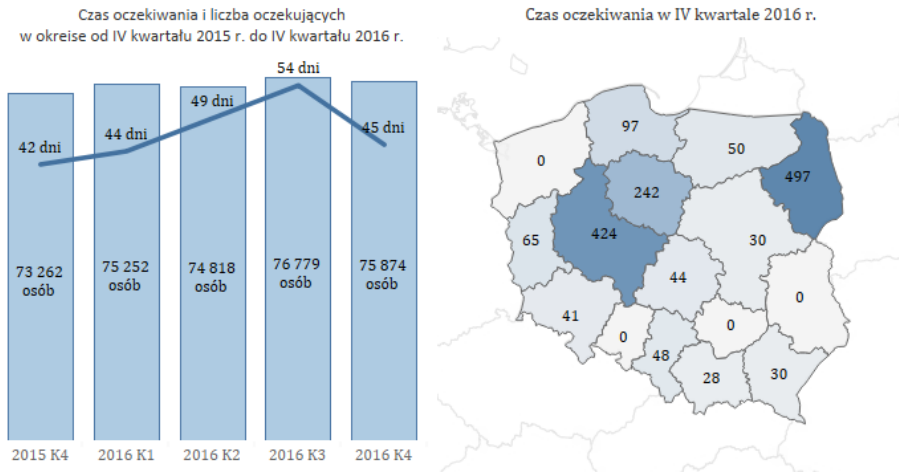
Czas oczekiwania w IV kwartale 2016 r.



WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Leczenie aparatem ortodontycznym

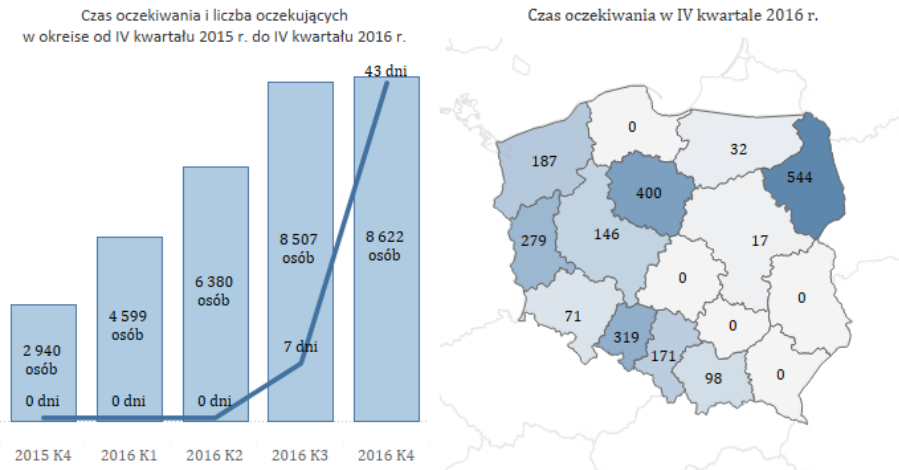
Przypadki stabilne



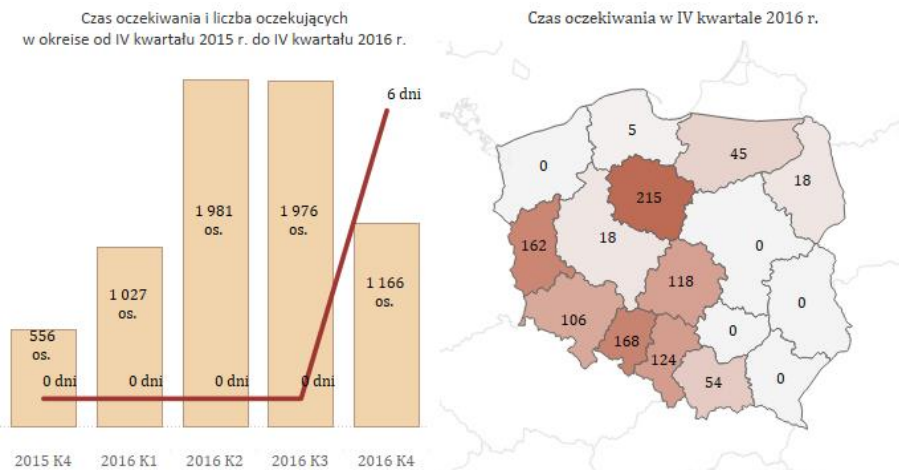
Dla przypadków pilnych średni czas oczekiwania w całym analizowanym okresie wynosił 0 dni.

Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową

Przypadki stabilne



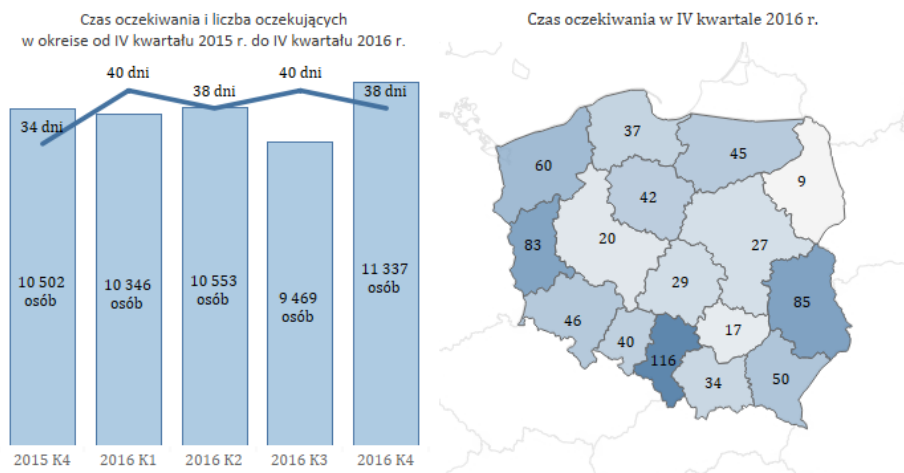
Przypadki pilne



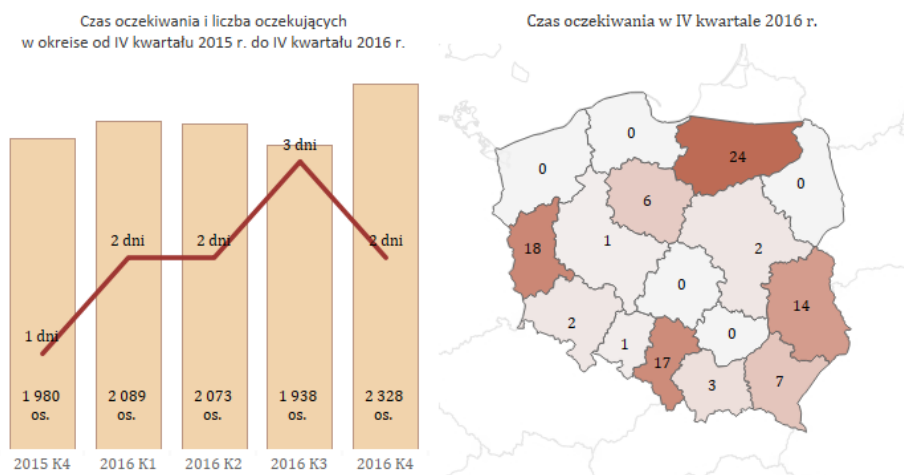
WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Koronarografia

Przypadki stabilne

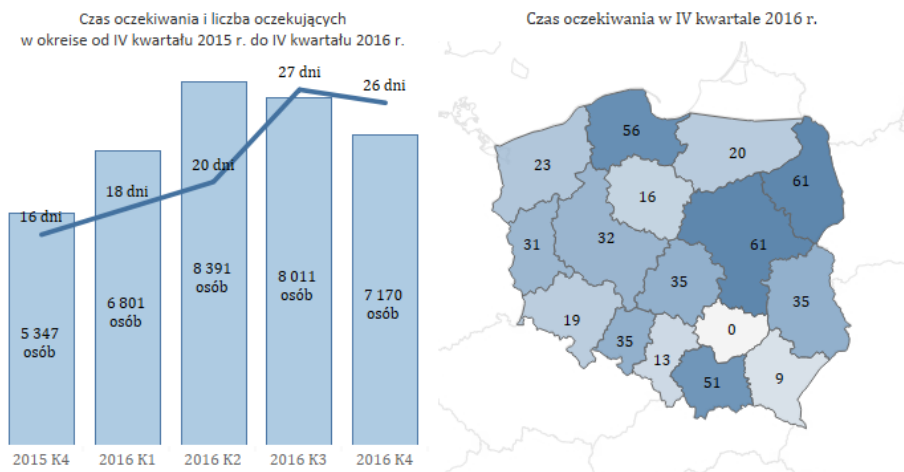


Przypadki pilne



Badania medycyny nuklearnej

Przypadki stabilne



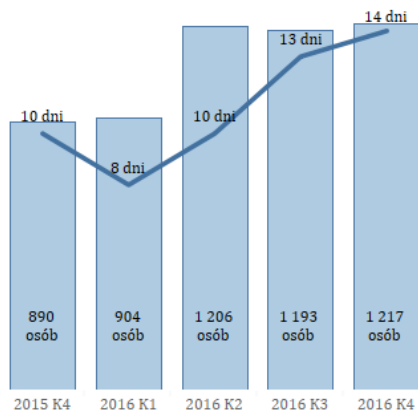
Dla przypadków pilnych średni czas oczekiwania w całym analizowanym okresie wyniósł 0 dni.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

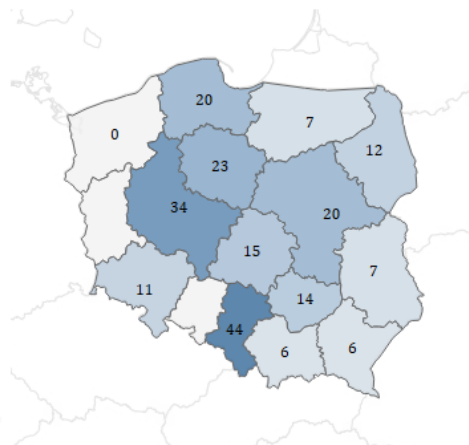
Pozytonowa tomografia emisyjna

Przypadki stabilne

Czas oczekiwania i liczba oczekujących w okresie od IV kwartału 2015 r. do IV kwartału 2016 r.

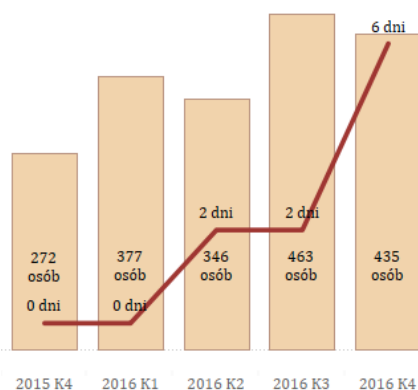


Czas oczekiwania w IV kwartale 2016 r.

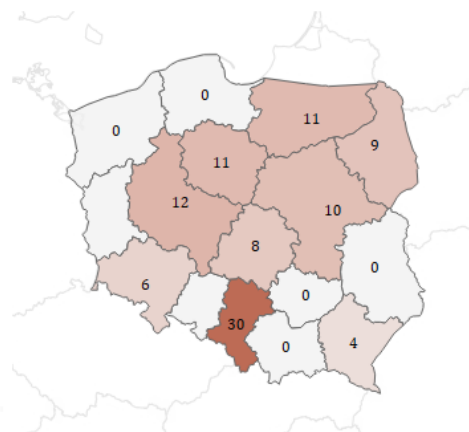


Przypadki pilne

Czas oczekiwania i liczba oczekujących w okresie od IV kwartału 2015 r. do IV kwartału 2016 r.



Czas oczekiwania w IV kwartale 2016 r.



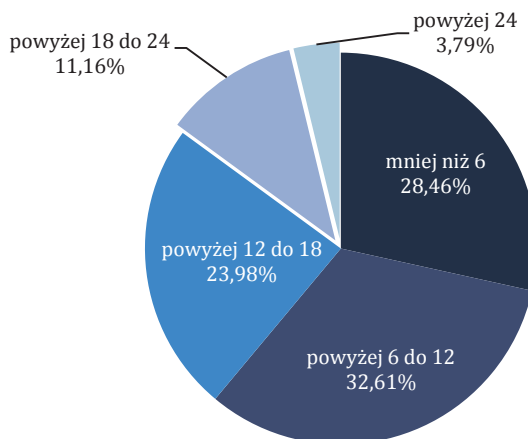
Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ. Zaprezentowano dziesięć świadczeń z największą wartością mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”, wybranych spośród świadczeń z największą liczbą osób oczekujących według stanu na koniec grudnia 2016 r.

Na dzień 31 grudnia 2016 r. na potwierdzenie skierowania do sanatorium uzdrowiskowego oczekiwało 725 300⁷⁵ osób, tj. o 73 083 więcej niż w 2015 r. (652 217 osób), o 149 560 więcej niż w 2014 r. (575 740) i o 280 875 więcej niż w 2010 r. (444 425). W 2016 r. potwierdzono 333 024 skierowania do sanatorium uzdrowiskowego, w 2015 r. – 325 342 skierowania, a w 2014 r. – 316 036 skierowań.

Lecznictwo
uzdrowiskowe

⁷⁵ W tym np. w woj. mazowieckim 120 386 osób, tj. o 20 178 niż w 2015 r. i o 43 805 więcej niż w 2014 r.

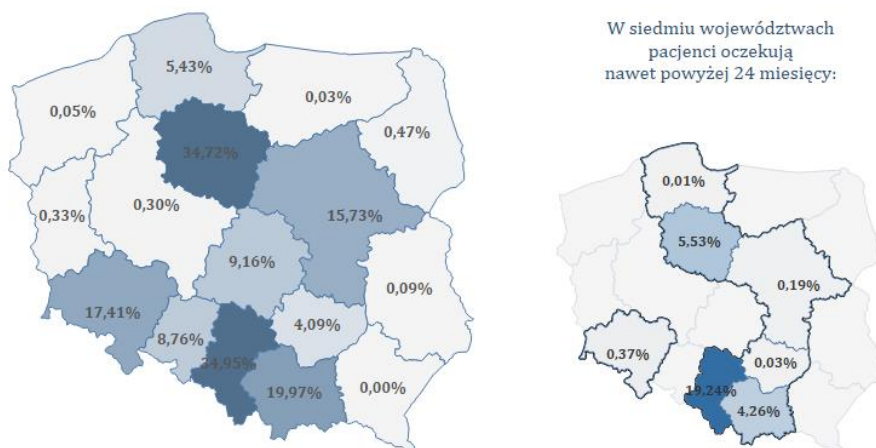
Wykres nr 10
Struktura liczby osób oczekujących na potwierdzenie skierowania do sanatorium
uzdrowskiego według czasu oczekiwania (w miesiącach)



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Czas oczekiwania pacjentów na udzielenie świadczenia w rodzaju lecznictwo uzdrowskie jest różny dla poszczególnych OW NFZ i zależy przede wszystkim od zainteresowania świadczeniobiorców w poszczególnych województwach tą formą leczenia. Średnia liczba oczekujących na potwierdzenie skierowań na leczenie sanatoryjne dorosłych z poszczególnych województw, w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców wynosiła 262, w tym przykładowo w Dolnośląskim – 422, Śląskim – 348, Mazowieckim – 300, a w Zachodniopomorskim – 129, Podkarpackim – 154. W latach 2009–2011, w celu zmniejszenia dysproporcji NFZ zwracał się do Ministerstwa Zdrowia z prośbą o wprowadzenie przepisów prawa, które doprowadziłyby do równego dostępu do świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowskiego, poprzez wprowadzenie okresu, po jakim może wpłynąć kolejne skierowanie do OW NFZ od daty określającej koniec ostatniego potwierdzonego przez Fundusz leczenia uzdrowskiego.

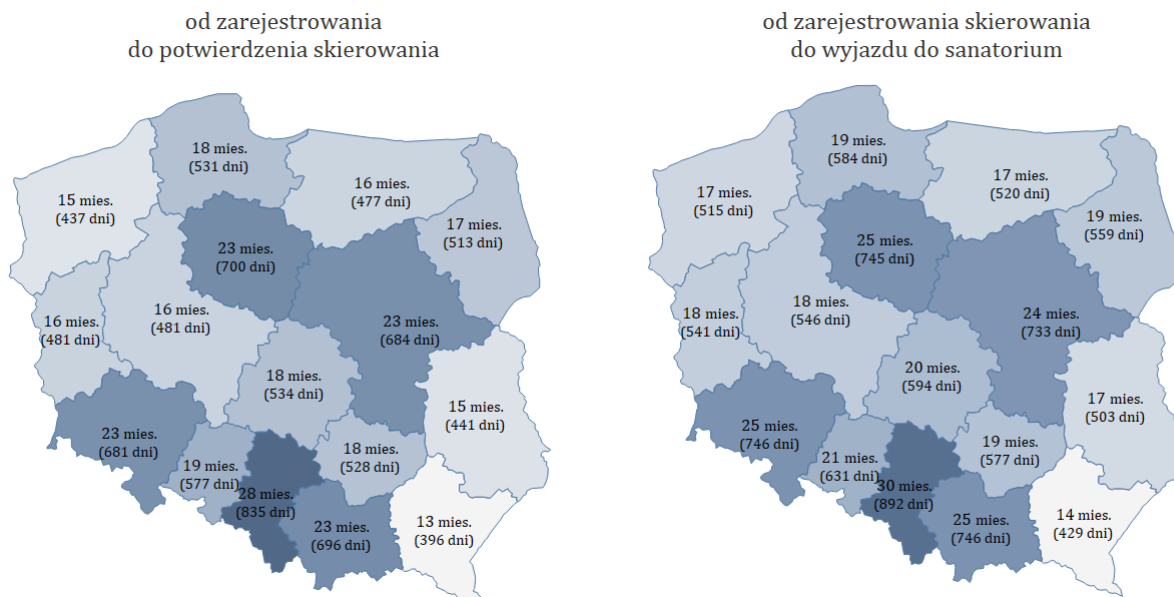
Rysunek nr 7
Odsetek liczby osób oczekujących powyżej 18 miesięcy na potwierdzenie skierowania
do sanatorium uzdrowskiego, wśród wszystkich oczekujących w poszczególnych
województwach w 2016 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Rysunek nr 8

Czas oczekiwania osób dorosłych w miesiącach i dniach na potwierdzenie skierowania na leczenie sanatoryjne oraz na rozpoczęcie leczenia w sanatorium uzdrowiskowym w 2016 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

NIK wskazuje, że leczenie uzdrowiskowe ma na celu zapobieganie rozwojowi choroby, jak również utrzymanie wyników dotychczasowego leczenia. Leczenie uzdrowiskowe w połączeniu z rehabilitacją, podjęte niezwłocznie po zakończeniu leczenia szpitalnego, utrwała jego pozytywne efekty, co w konsekwencji ogranicza przyszłe koszty systemu ochrony zdrowia spowodowane nawrotem choroby. Tymczasem czas oczekiwania na udzielenie świadczeń w rodzaju leczenie uzdrowiskowe w sanatorium uzdrowiskowym od 2010 r. nieprzerwanie wydłużał się, mimo wzrostu nakładów na leczenie uzdrowiskowe w latach 2010–2016 o 16,98%, z kwoty 536 614,01 tys. zł w 2010 r. do 627 739,48 tys. zł w 2016 r.⁷⁶, przy wzroście kosztów świadczeń zdrowotnych ogółem w tym okresie o 25,28%⁷⁷. Poprawę odnotowano jedynie w przypadku oczekujących na udzielenie świadczenia w szpitalu uzdrowiskowym, gdzie liczba osób oczekujących od 2010 r. zmniejszyła się o 31,77%⁷⁸.

W przypadku świadczeń lecznictwa uzdrowiskowego, brak jest możliwości, składania skierowań na leczenie uzdrowiskowe przez świadczeniobiorców do innego województwa, niż to, w którym świadczeniobiorca zamieszkuje⁷⁹, co ma wpływ na istniejące znaczne różnice w liczbie oczekujących na świadczenia leczenia uzdrowiskowego między poszczególnymi województwami.

⁷⁶ W 2015 r. 612 641,14 tys. zł, w 2014 r. 599 551,98 tys. zł, w 2013 r. 602 120,33 tys. zł, 2012 r. 584 440,44 tys. zł, w 2011 r. 560 888,47 tys. zł.

⁷⁷ W 2016 r. 70 962 832,98 tys. zł, a w 2010 r. 56 643 910,37 tys. zł.

⁷⁸ W 2016 r. 11 723, a w 2010 r. 17 182.

⁷⁹ Art. 33 ustawy o świadczeniach, zgodnie, z którym leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitacja uzdrowiskowa przysługuje świadczeniobiorcy na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, a skierowanie wymaga potwierdzenia przez oddział wojewódzki Funduszu właściwy ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy.

W 2016 r. zostały rozpatrzone 373 skargi dotyczące realizacji skierowań na leczenie uzdrowiskowe, co stanowiło 62,2% wszystkich skarg i wniosków dotyczących pracy NFZ rozpatrzonych w Funduszu. Pacjenci skarżyli się na sposób kwalifikowania do lecznictwa uzdrowiskowego oraz sposób rozpatrywania i potwierdzania skierowań na leczenie uzdrowiskowe⁸⁰.

W latach 2014–2016, w trakcie prowadzonych w OW NFZ kontroli prowadzenia postępowań konkursowych oraz kontroli zadań przez komórki organizacyjne do spraw lecznictwa uzdrowiskowego, stwierdzono nieprawidłowości, w tym m.in. nierówne traktowanie oferentów, brak odpowiedniego zabezpieczenia przez świadczeniodawców pomocy lekarza w przypadkach nagłych, nieweryfikowanie ofert świadczeniodawców w zakresie spełniania wymaganych warunków, w tym kwalifikacji zgłoszonych dietetyków, a także w kontekście potencjału świadczeniodawców (np. liczby łóżek) oraz równomiernego rozłożenia turnusów, nieposiadanie przez lekarzy specjalistów kursów w zakresie balneologii, przyjęcie wyższej ceny proponowanej przez NFZ do negocjacji z oferentami niż cena oczekiwana oraz nieweryfikowanie ofert w zakresie ceny oferowanych świadczeń.

Również w wyniku zadania audytowego „Proces rozpatrywania i realizacji wniosków na leczenie uzdrowiskowe” w 2015 r. wykazano ryzyko występowania w pracy OW NFZ nieprawidłowości m.in. podniesienia zarzutu w stosunku do OW NFZ o nierównym traktowaniu świadczeniobiorców (niejednorodność postępowania OW NFZ w stosunku do zbieżnych przedmiotowo stanów faktycznych), nieprzydzielania skierowań w kolejności określonej na liście świadczeniobiorców, uwzględniającej datę wpływu i profil leczenia (np. przyspieszenie rezerwacji osobie oczekującej na leczenie sanatoryjne w związku ze wspólną rezerwacją z osobą oczekującą na leczenie szpitalne w terminie oczekiwania dla zakresu leczenia szpitalne), nieprzyjęcia jednolitych i jasnych uregulowań wewnętrznych w zakresie zagospodarowywania tzw. zwrotów przez OW, co uniemożliwia monitorowanie i kontrolę przydzielania skierowań w ramach zwrotów, niemożność wykorzystania systemu informatycznego do pełnego nadzoru nad procesem rozpatrywania i przyznawania skierowań, brak właściwej organizacji procesu rozpatrywania wniosków na leczenie uzdrowiskowe.

Wybrane komórki organizacyjne i świadczenia udzielane dzieciom i młodzieży

Mediana średniego czasu oczekiwania dla przypadków stabilnych zwiększyła się w przypadku 35 rodzajów komórek organizacyjnych oraz świadczeń udzielanych dzieciom i młodzieży, w tym m.in. o 35 dni w poradni genetycznej dla dzieci, o 39 dni w poradni ortodontycznej dla dzieci, o 66 dni w oddziale chirurgii szczękowo-twarzowej dla dzieci.

Mediana średniego czasu oczekiwania dla przypadków stabilnych zmniejszyła się w przypadku 30 rodzajów komórek organizacyjnych oraz świadczeń udzielanych dzieciom i młodzieży, w tym m.in. o 105 w zakładzie/oddziale pielęgnacyjno-opiekuńczym psychiatrycznym dla dzieci, o 112 w oddziale odwykowym o wzmocnionym zabezpieczeniu dla dzieci, o 151 dni w poradni leczenia nerwic dla dzieci. W przypadku pozostałych 49 komórek i świadczeń czas oczekiwania nie zmienił się.

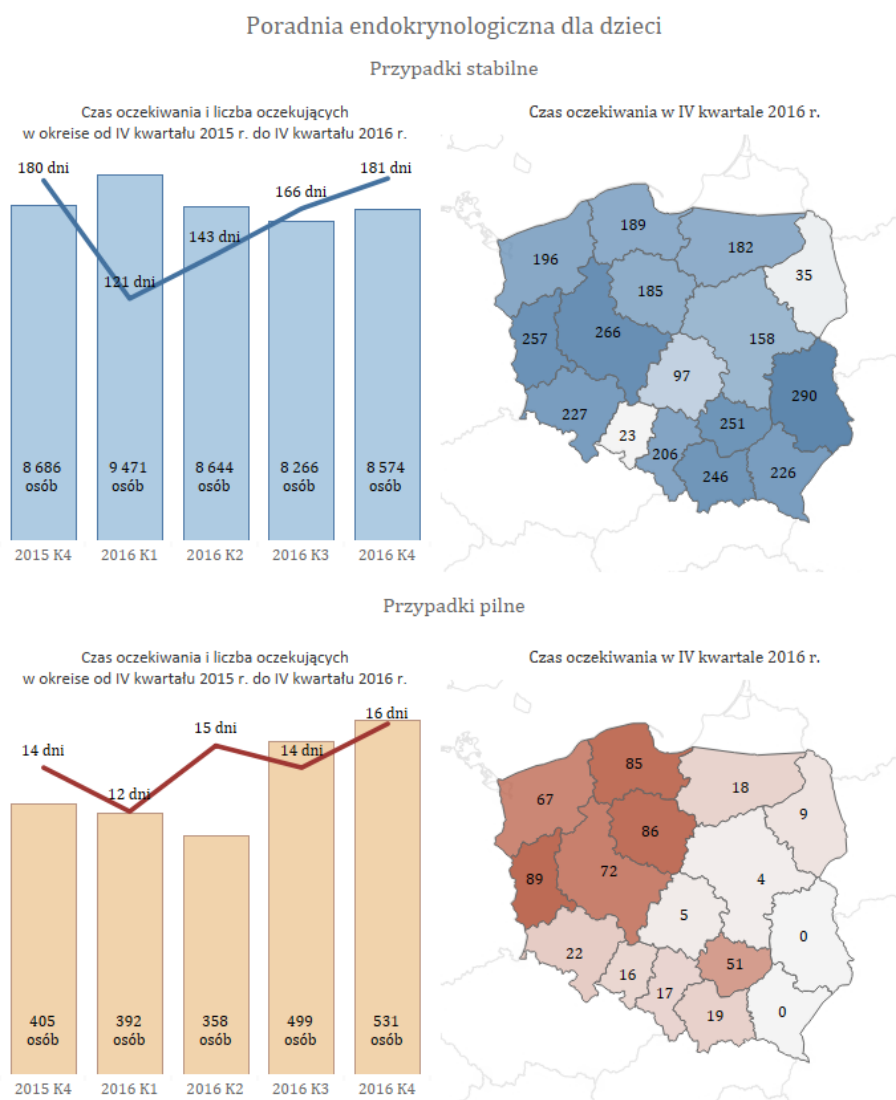
⁸⁰ W 2015 r. stanowiły 49,1% (328) wszystkich skarg i wniosków rozpatrzonych w NFZ, a w 2014 r. 39,25% (84) rozpatrzonych w Centrali NFZ.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Wiele komórek organizacyjnych udzielających świadczeń dla dzieci, dla których zaobserwowano wzrost mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania, występuje w małej liczbie na terenie kraju, np. oddział chirurgii onkologicznej dla dzieci (jeden w kraju), oddział chirurgii szczękowo-twarzowej dla dzieci (jeden), poradnia medycyny sportowej dla dzieci (dwie), poradnia leczenia zęza dla dzieci (dwie), poradnia genetyczna dla dzieci (trzy), oddział immunologii klinicznej dla dzieci (trzy), oddział leczenia zaburzeń nerwicowych dla dzieci (trzy), oddział diabetologiczny dla dzieci (cztery), oddział gruźlicy i chorób płuc dla dzieci (cztery), oddział reumatologiczny dla dzieci (cztery). Jak wyjaśniono, zmiana potencjału u jednego spośród trzech świadczeniodawców w kraju, może znacząco wpłynąć na wartość mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania. Jednocześnie Fundusz wskazuje, że świadczenia dla dzieci są również realizowane w komórkach danej specjalności dla osób dorosłych.

Rysunek nr 9

Liczba oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania na udzielenie wybranych świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych dzieciom i młodzieży w grudniu 2016 r., z uwzględnieniem zmian w stosunku do grudnia 2015 r.

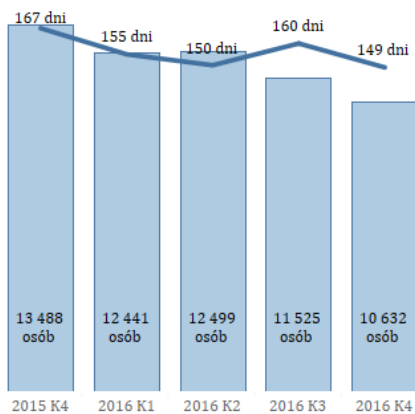


WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

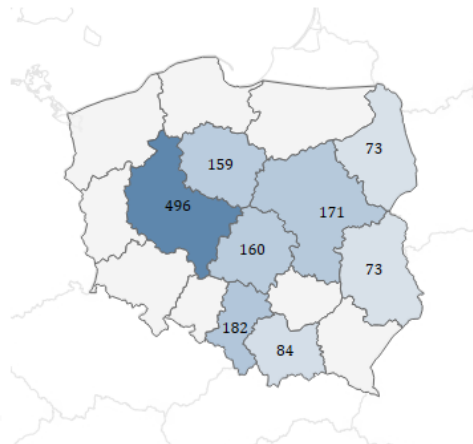
Oddział otorynoalergologiczny dla dzieci

Przypadki stabilne

Czas oczekiwania i liczba oczekujących w okresie od IV kwartału 2015 r. do IV kwartału 2016 r.

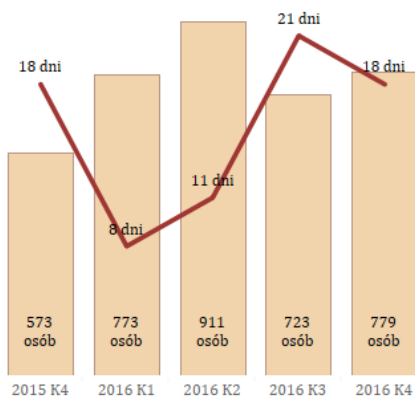


Czas oczekiwania w IV kwartale 2016 r.

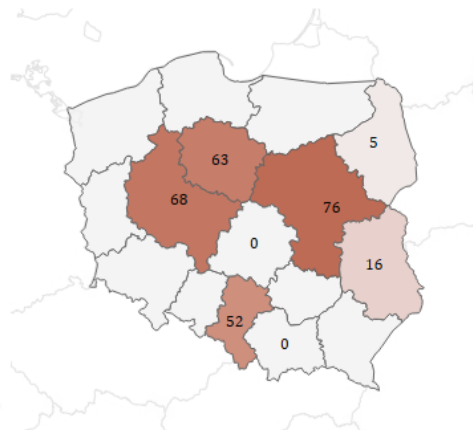


Przypadki pilne

Czas oczekiwania i liczba oczekujących w okresie od IV kwartału 2015 r. do IV kwartału 2016 r.



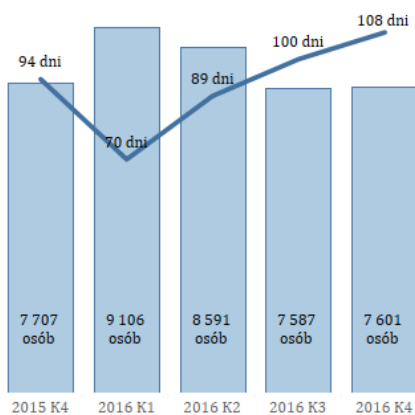
Czas oczekiwania w IV kwartale 2016 r.



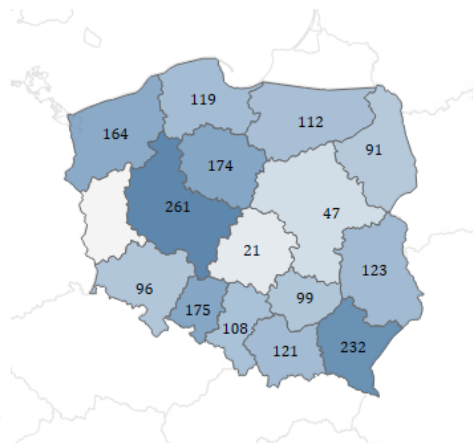
Poradnia gastroenterologiczna dla dzieci

Przypadki stabilne

Czas oczekiwania i liczba oczekujących w okresie od IV kwartału 2015 r. do IV kwartału 2016 r.



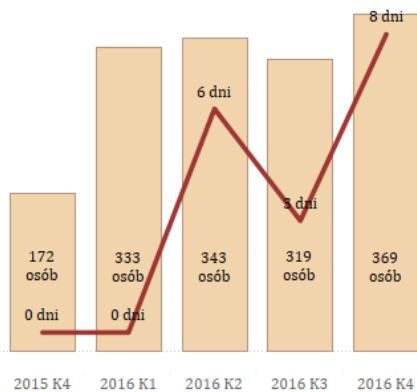
Czas oczekiwania w IV kwartale 2016 r.



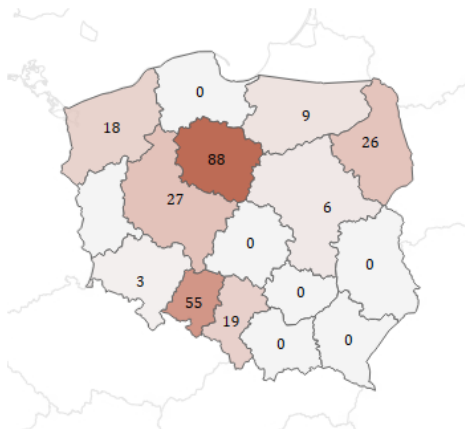
WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Przypadki pilne

Czas oczekiwania i liczba oczekujących w okrese od IV kwartału 2015 r. do IV kwartału 2016 r.



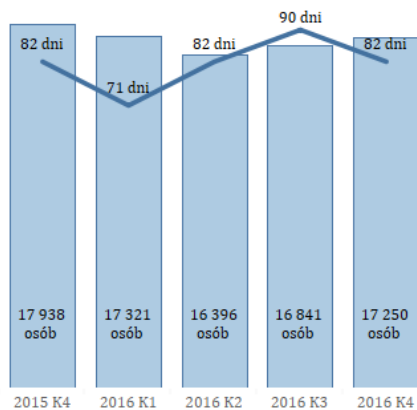
Czas oczekiwania w IV kwartale 2016 r.



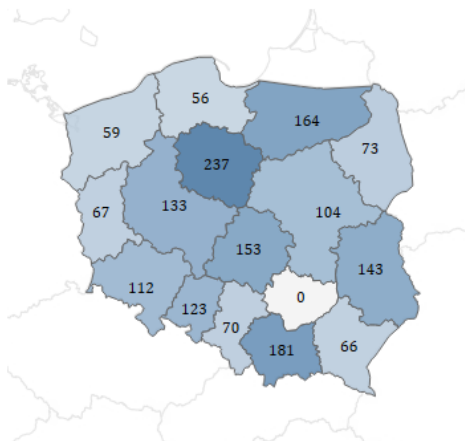
Poradnia kardiologiczna dla dzieci

Przypadki stabilne

Czas oczekiwania i liczba oczekujących w okrese od IV kwartału 2015 r. do IV kwartału 2016 r.

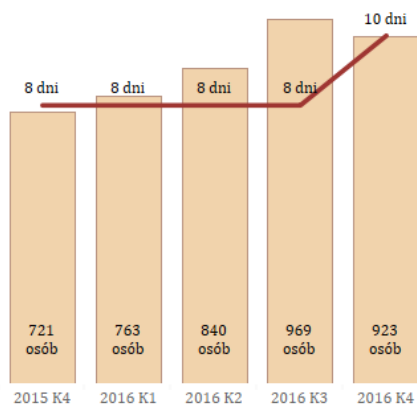


Czas oczekiwania w IV kwartale 2016 r.

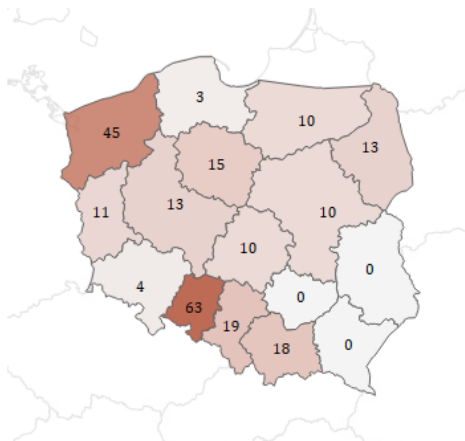


Przypadki pilne

Czas oczekiwania i liczba oczekujących w okrese od IV kwartału 2015 r. do IV kwartału 2016 r.



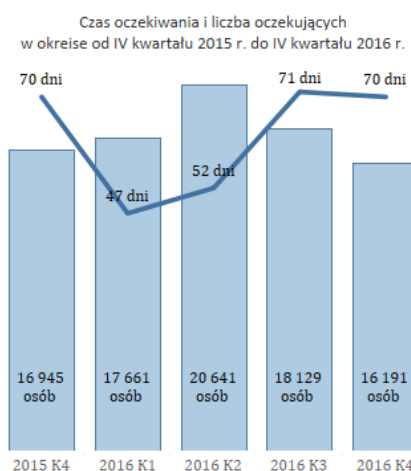
Czas oczekiwania w IV kwartale 2016 r.



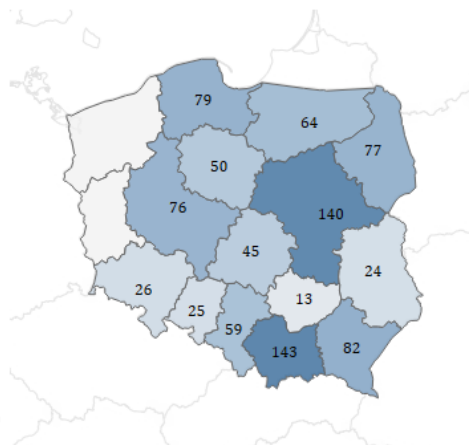
WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Poradnia alergologiczna dla dzieci

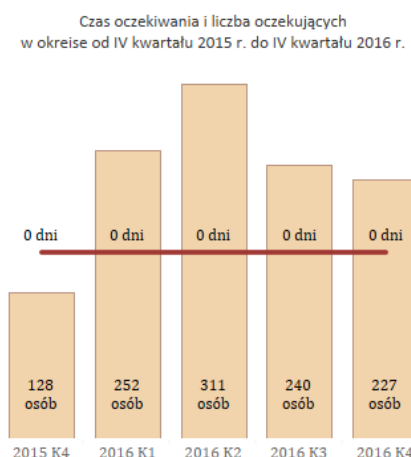
Przypadki stabilne



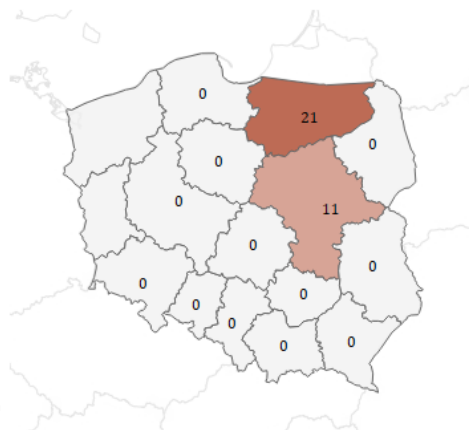
Czas oczekiwania w IV kwartale 2016 r.



Przypadki pilne



Czas oczekiwania w IV kwartale 2016 r.



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ. Zaprezentowano pięć rodzajów komórek organizacyjnych i świadczeń z dużą liczbą osób oczekujących i jednocześnie z wysoką wartością mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”, według stanu na koniec grudnia 2016 r.

Przyczyny długiego czasu oczekiwania

Z analizy przeprowadzonej przez NFZ wynika, że do najczęstszych przyczyn występowania długich kolejek oczekujących na udzielenie świadczenia, w szczególności w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego, rehabilitacji leczniczej, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, leczenia stomatologicznego oraz leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową należą m.in.:

- starzenie się społeczeństwa, z którym wiąże się wzrost zapotrzebowania na określone świadczenia opieki zdrowotnej,
- pozostawanie pacjentów pod opieką lekarza specjalisty dłużej niż wynikałoby to z postępu choroby czy z dynamiki procesu chorobowego, przez co osoby będące w tzw. „planie leczenia” blokują miejsca dla pacjentów pierwszorazowych⁸¹,

⁸¹ Kontrola zdrowia pacjentów przewlekle chorych może być realizowana przez lekarzy POZ.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- zbyt pochopne lub niezasadne kierowanie pacjentów przez lekarzy POZ do poradni specjalistycznych w sytuacjach, gdy dane schorzenie może być leczone w POZ,
- powielanie porad specjalistycznych, wynikające m.in. z braku potencjału sprzętowego w miejscu udzielania świadczeń, nierealizowania określonego zakresu świadczeń (np. niepełny zakres diagnostyki), co powoduje, że pacjenci są odsyłani do innych ośrodków. Powielanie wizyt może być również wynikiem dążenia świadczeniodawcy do zbilansowania źle wycenionych świadczeń (badań diagnostycznych czy zabiegów),
- niedostateczne nakłady płatnika na świadczenia zdrowotne,
- niewystarczająca liczba lekarzy określonej specjalności (w szczególności specjalistów II stopnia) w skali kraju lub regionu (np. specjalistów endokrynologii, chorób płuc, urologii, alergologii, specjalistów zabiegowych w zakresie okulistyki). Występują również przypadki, gdy lekarze nie są zainteresowani udzielaniem świadczeń w ramach umów z NFZ, gdyż na rynku prywatnym są lepiej wynagradzani,
- niewielka liczba ośrodków udzielających świadczeń (np. wyspecjalizowane ośrodki neurochirurgii),
- preferowanie przez pacjentów ośrodków o określonej renomie lub największych w danym rejonie lub województwie, prowadzące do dysproporcji w czasie oczekiwania u różnych świadczeniodawców,
- niedostateczny dostęp do informacji o miejscach udzielania świadczeń, zwłaszcza w przypadku osób starszych (wykluczenie cyfrowe),
- brak uszczegółowienia standardów postępowania w przypadku świadczeń z ograniczoną dostępnością, np. w przypadku usuwania zaćmy (pacjenci są wpisywani zbyt wcześnie na listę oczekujących, mają przesuwane terminy udzielenia świadczenia, blokując miejsca innym pacjentom),
- znaczący wzrost liczby pacjentów kwalifikowanych jako przypadek pilny,
- rosnąca liczba osób uzyskujących skierowania na to samo świadczenie od różnych lekarzy, chcących zapisać się na listę oczekujących w różnych miejscach udzielania świadczeń, by w ten sposób przyspieszyć termin świadczenia,
- nieinformowanie świadczeniodawców przez pacjentów o rezygnacji z uzyskania świadczenia,
- wyznaczanie odległych terminów udzielenia świadczeń na życzenie pacjenta, w oderwaniu od kolejności zgłoszeń,
- duży udział w liczbie osób oczekujących osób spoza obszaru województwa, co powoduje, że działania podejmowane przez OW NFZ w dłuższej perspektywie są mało skuteczne,
- błędy w sprawozdawczości z zakresu list oczekujących, zawyżające liczby osób oczekujących i czasy oczekiwania, w tym np. nieskreślanie pacjentów z list po wykonaniu świadczenia, wpisywanie na listy oczekujących pacjentów będących w planie leczenia, wielokrotne wykazywanie tego samego pacjenta na liście oczekujących.

Zdaniem NFZ, przy starzejącym się społeczeństwie, zwiększającej się liczbie osób chorych przewlekłe, rosnącej liczbie zlecanych badań diagnostycznych bez wzrostu nakładów, zwiększania liczby świadczeń oraz, w razie potrzeby, również miejsc udzielania tych świadczeń, niemożliwe będzie zrównoważenie rosnącego popytu na te świadczenia.

5.2.2. Regionalne różnice w dostępie świadczeń opieki zdrowotnej

Średni koszt leczenia

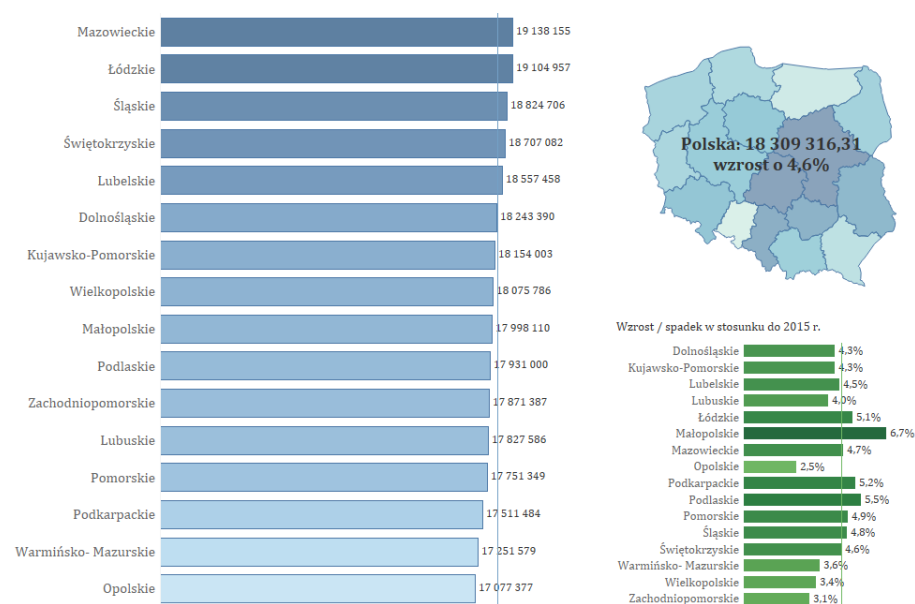
Średni koszt leczenia (obliczony, jako iloraz wykonania „kosztów świadczeń” i liczby ubezpieczonych oraz uprawnionych⁸³) w 2016 r. wyniósł 2 004,91 zł i był o 4,5% wyższy niż w 2015 r. (1 920,86 zł). Koszt ten w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu wynosił m.in.:

- w podstawowej opiece zdrowotnej – średnio 269,67 zł, tj. od 261,99 zł w Świętokrzyskim OW do 271,00 zł w Pomorskim OW;
- w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej – średnio 165,33 zł, tj. od 154,14 zł w Łódzkim OW do 190,79 zł w Podlaskim OW,
- w leczeniu szpitalnym – średnio 998,61 zł, tj. od 945,40 zł w Wielkopolskim OW do 1 060,58 zł w Świętokrzyskim OW.

W 2016 r. wartość zrealizowanych świadczeń przypadająca na 10 tys. uprawnionych do świadczeń, w wybranych rodzajach świadczeń była zróżnicowana, co przedstawia poniższy rysunek.

Rysunek nr 10

Wartość świadczeń opieki zdrowotnej w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w 2016 r. (w zł) oraz w porównaniu do 2015 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Podstawowa opieka zdrowotna

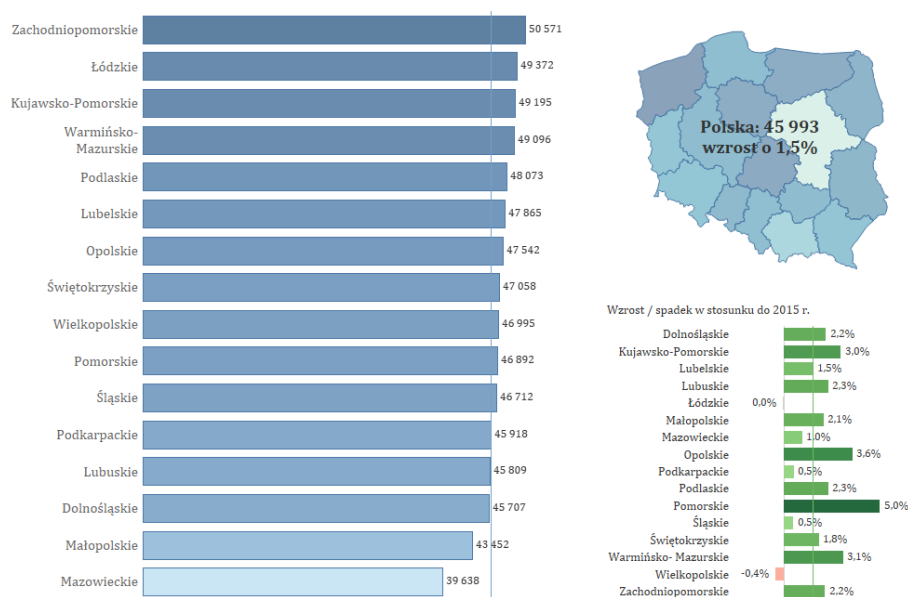
W podstawowej opiece zdrowotnej w 2016 r. udzielonych zostało 149 262,12 tys. porad (w 2015 r. 145 505,78 tys.) dla 26 909,45 tys. pacjentów (w 2015 r. 26 664,64 tys.). Liczba świadczeń na 10 tys. ubezpieczonych wynosiła średnio 45 993,02 (od 39 637,96 w Mazowieckim OW do 50 570,66 w Zachodniopomorskim OW), a ich wartość średnio 30,97 tys. zł (od 20,45 tys. zł w Łódzkim OW do 50,64 tys. zł w Wielkopolskim OW). Świadczenia w podstawowej opiece zdrowotnej realizowane były w warunkach ambulatoryjnych, w domu pacjenta lub w domu pomocy społecznej, placówkach socjalizacyjnych, opiekuńczych, interwencyjnych oraz resocjalizacyjnych.

⁸³ Patrz art. 132 i nast. ustawy o świadczeniach.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Rysunek nr 11

Liczba świadczeń na 10 tys. uprawnionych w podstawowej opiece zdrowotnej w 2016 r. oraz w porównaniu do 2015 r.



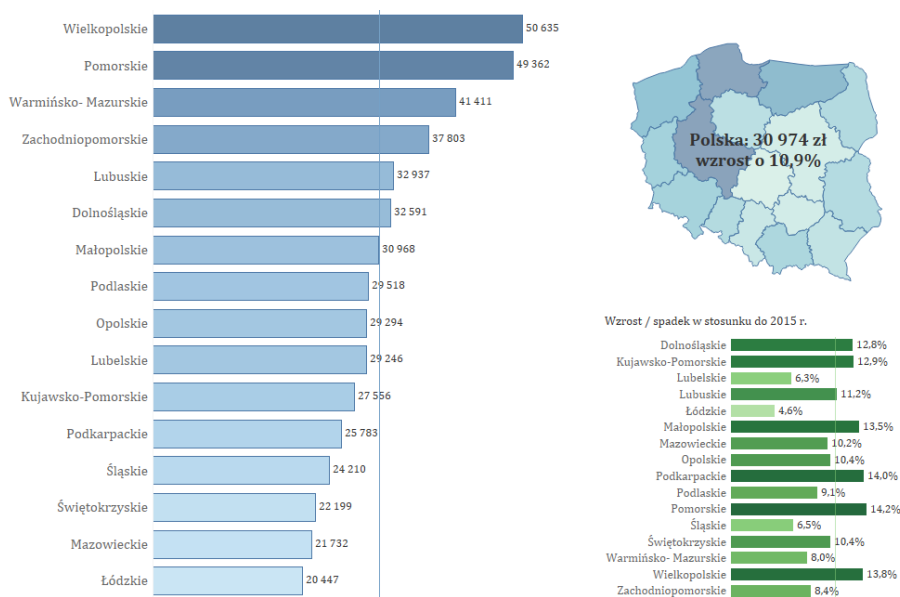
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W 2016 r. we wszystkich województwach zwiększyła się wartość świadczeń na 10 tys. uprawnionych – od 4,6% w łódzkim do 14,2% w pomorskim (w Polsce średnio 10,9%). Zwiększenie finansowania w POZ wynikała głównie ze wzrostu stawki kapitacyjnej (por. str. 19–22).

Liczba świadczeniodawców wynosiła 9 557, od 262 w województwie opolskim do 1 445 w wielkopolskim.

Rysunek nr 12

Wartość świadczeń na 10 tys. uprawnionych w podstawowej opiece zdrowotnej w 2016 r. (w zł) oraz w porównaniu do 2015 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

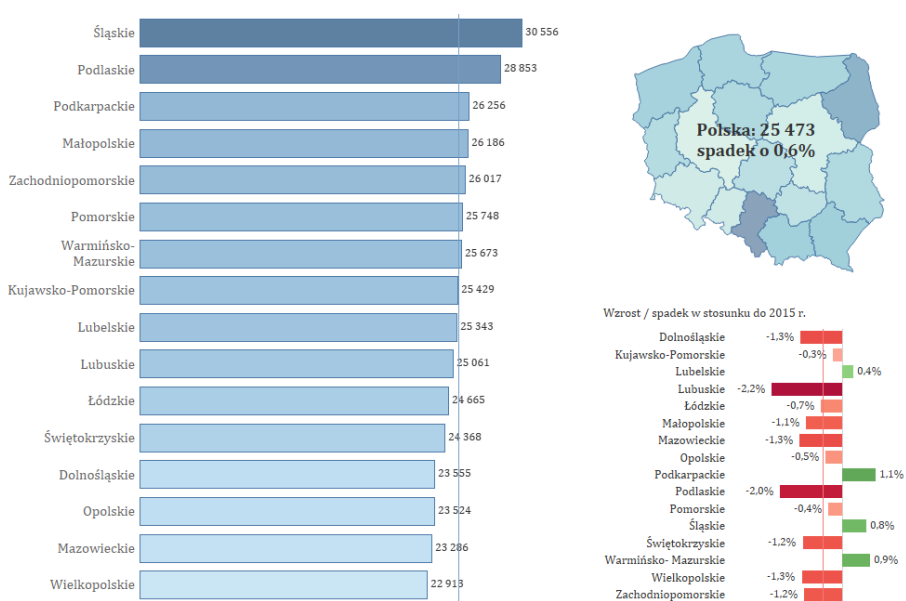
WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

W ambulatoryjnej opiece zdrowotnej udzielono łącznie 89 512,34 tys. świadczeń (w 2015 r. 89 763,70 tys.) dla 18 135,92 tys. pacjentów (w 2015 r. 18 290,92 tys.). Liczba świadczeń na 10 tys. uprawnionych wynosiła średnio 25 473,00 (od 22 913,23 w Wielkopolskim OW do 30 556,46 w Śląskim OW), a ich wartość średnio 1 647,43 tys. zł (od 1 484,13 tys. zł w Opolskim OW do 1 906,31 tys. zł w Podlaskim OW). W ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej realizowane były świadczenia w poradniach specjalistycznych, ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne i kompleksowa ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

Rysunek nr 13

Liczba świadczeń na 10 tys. uprawnionych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w 2016 r. oraz w porównaniu do 2015 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

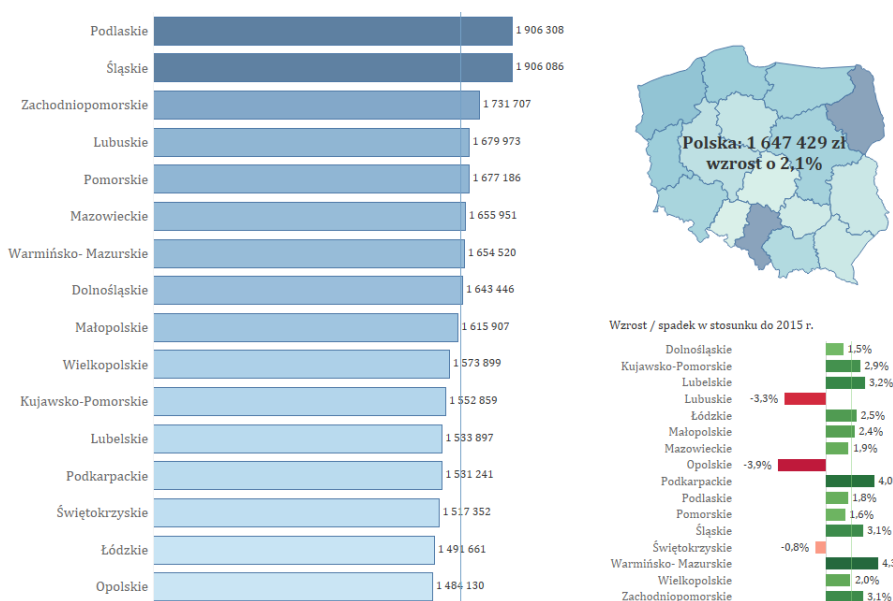
Najwyższa Izba Kontroli stwierdziła, że pomimo wzrostu finansowania w 2016 r. w większości województw spadła liczba wykonanych świadczeń. Liczba świadczeń wzrosła jedynie w czterech województwach: lubelskim, podkarpackim, warmińsko-mazurskim oraz śląskim.

Liczba świadczeniodawców w poszczególnych województwach wynosiła od 181 w województwie lubuskim i opolskim do 920 w śląskim (ogółem 6 181).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Rysunek nr 14

Wartość świadczeń na 10 tys. uprawnionych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w 2016 r. (w zł) oraz w porównaniu do 2015 r.



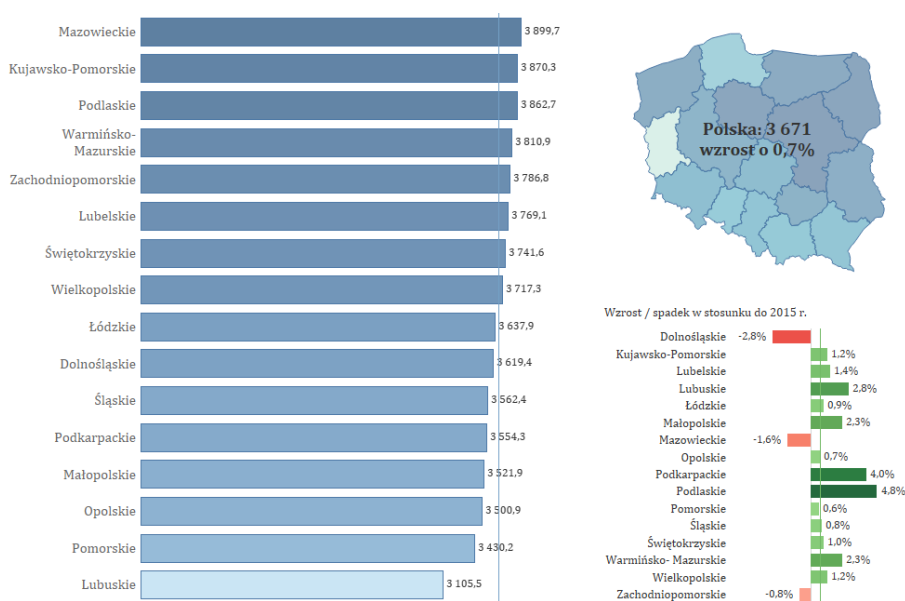
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W leczeniu szpitalnym udzielono 8 398,87 tys. świadczeń (w 2015 r. 8 299,62 tys.) dla 5 405,63 tys. pacjentów (w 2015 r. 5 385,57 tys.) Liczba świadczeń na 10 tys. uprawnionych wynosiła średnio 3 671,41 (od 3 105,50 w Lubuskim OW do 3 899,66 w Mazowieckim OW), a ich wartość średnio 8 179,73 tys. zł (od 7 196,96 tys. zł w Lubuskim OW do 9 111,25 tys. zł w Mazowieckim OW).

Leczenie szpitalne

Rysunek nr 15

Liczba świadczeń na 10 tys. uprawnionych w leczeniu szpitalnym w 2016 r. oraz w porównaniu do 2015 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

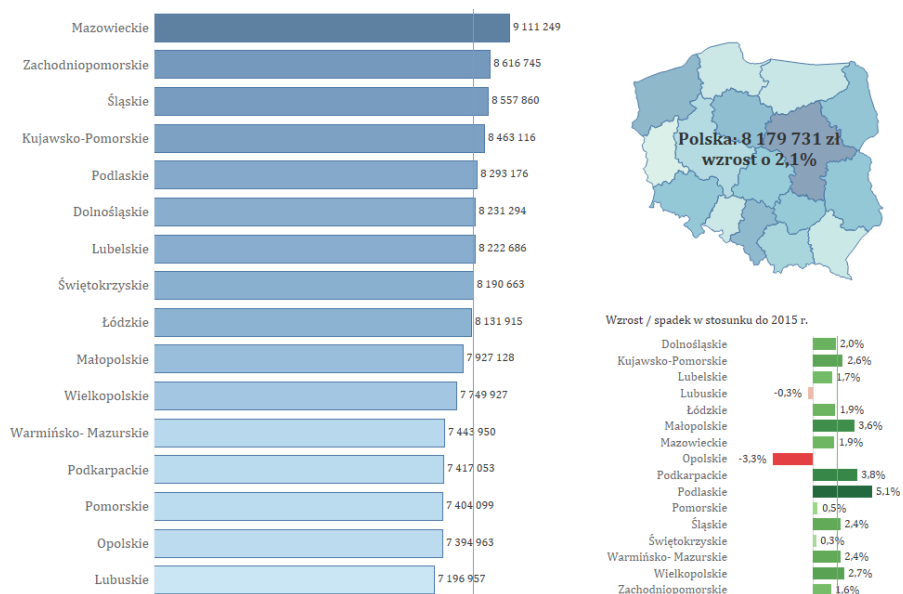
WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Liczba udzielonych świadczeń na 10 tys. uprawnionych spadła jedynie w województwie dolnośląskim, mazowieckim i zachodniopomorskim, zaś wartość w województwie lubuskim i opolskim.

Liczba świadczeniodawców w poszczególnych województwach wynosiła od 29 w województwie lubuskim do 151 w śląskim (ogółem 1 059).

Rysunek nr 16

Wartość świadczeń na 10 tys. uprawnionych w leczeniu szpitalnym w 2016 r. (w zł) oraz w porównaniu do 2015 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

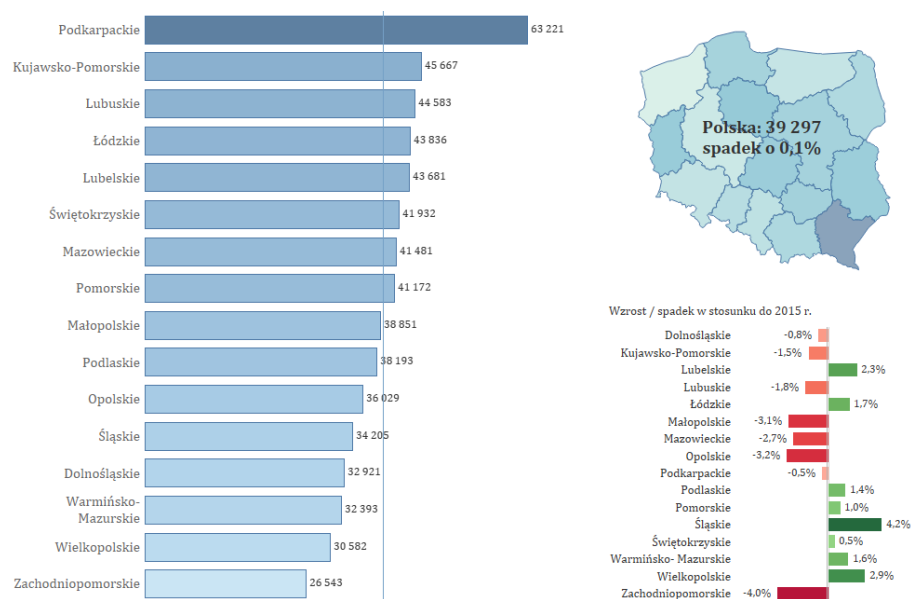
Rehabilitacja lecznicza

W rehabilitacji leczniczej udzielono 3 895,65 tys. świadczeń w warunkach stacjonarnych (w 2015 r. 3 821,18 tys.) oraz 133 769,50 tys. świadczeń w warunkach ambulatoryjnych (w 2015 r. 133 979,72 tys.) dla 3 386,23 tys. pacjentów (w 2015 r. 3 345,62 tys.). Liczba świadczeń na 10 tys. uprawnionych wynosiła średnio 39 297,02 (od 26 543,19 w Zachodniopomorskim OW do 63 221,35 w Podkarpackim OW), a ich wartość średnio 659,76 tys. zł, (od 518,17 tys. zł w Łódzkim OW do 866,22 tys. zł w Podkarpackim OW). Rehabilitacja lecznicza jest wykonywana w warunkach ambulatoryjnych, warunkach domowych, w ośrodku lub oddziale dziennym oraz w warunkach stacjonarnych.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Rysunek nr 17

Liczba świadczeń na 10 tys. uprawnionych w rehabilitacji leczniczej w 2016 r. oraz w porównaniu do 2015 r.

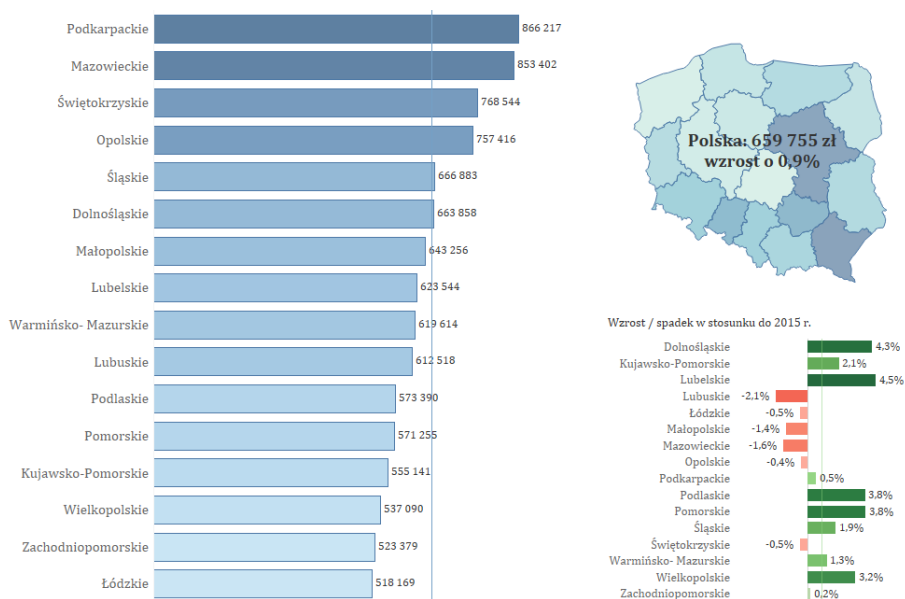


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W sześciu województwach spadła wartość wykonanych świadczeń na 10 tys. uprawnionych, tj. od o 2,1% w lubuskim do o 0,4% w opolskim. Liczba świadczeniodawców wynosiła od 50 w województwie podlaskim do 323 w podkarpackim (ogółem 2 703 podmioty).

Rysunek nr 18

Wartość świadczeń na 10 tys. uprawnionych w rehabilitacji leczniczej w 2016 r. (w zł) oraz w porównaniu do 2015 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

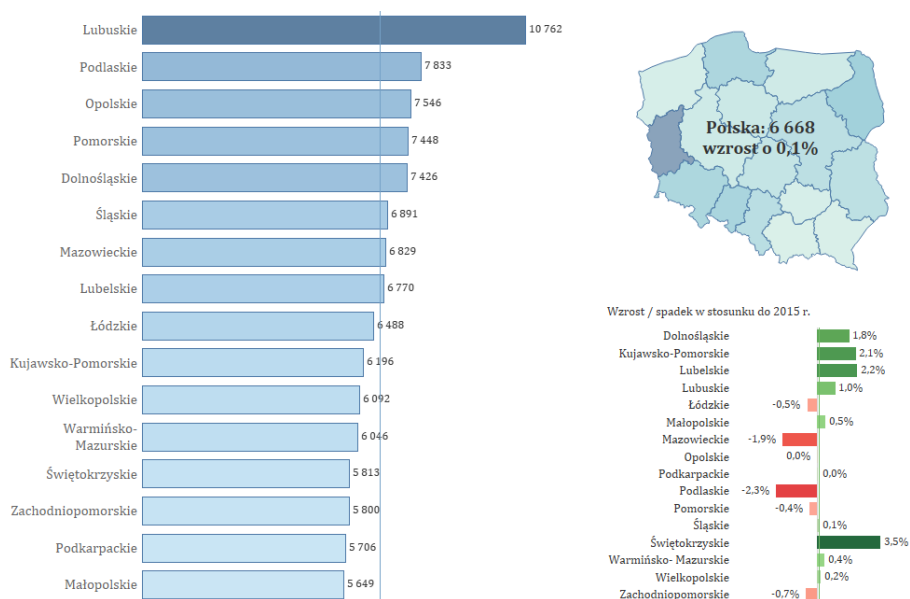
W opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień udzielono 12 029,95 tys. świadczeń w warunkach ambulatoryjnych (w 2015 r. 11 957,13 tys.) oraz 11 924,37 tys. świadczeń w warunkach stacjonarnych (w 2015 r. 11 735,37 tys.) dla 1 688,44 tys. pacjentów (w 2015 r. 1 687,77 tys.).

Liczba świadczeń na 10 tys. uprawnionych wynosiła średnio 6 668,34 (od 5 648,90 w Małopolskim OW do 10 761,81 w Lubuskim OW), a ich wartość średnio 684,58 tys. zł (od 565,55 tys. zł w Małopolskim OW do 1 160,32 tys. zł w Lubuskim OW).

Świadczenia realizowane były w warunkach stacjonarnych w: oddziałach psychiatrycznych, oddziałach leczenia uzależnień; oddziałach/ośrodkach dziennych: psychiatrycznych, leczenia uzależnień; ambulatoryjnych: poradniach psychiatrycznych, zespołach leczenia środowiskowego, poradniach leczenia uzależnień.

Rysunek nr 19

Liczba świadczeń na 10 tys. uprawnionych w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień w 2016 r. oraz w porównaniu do 2015 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

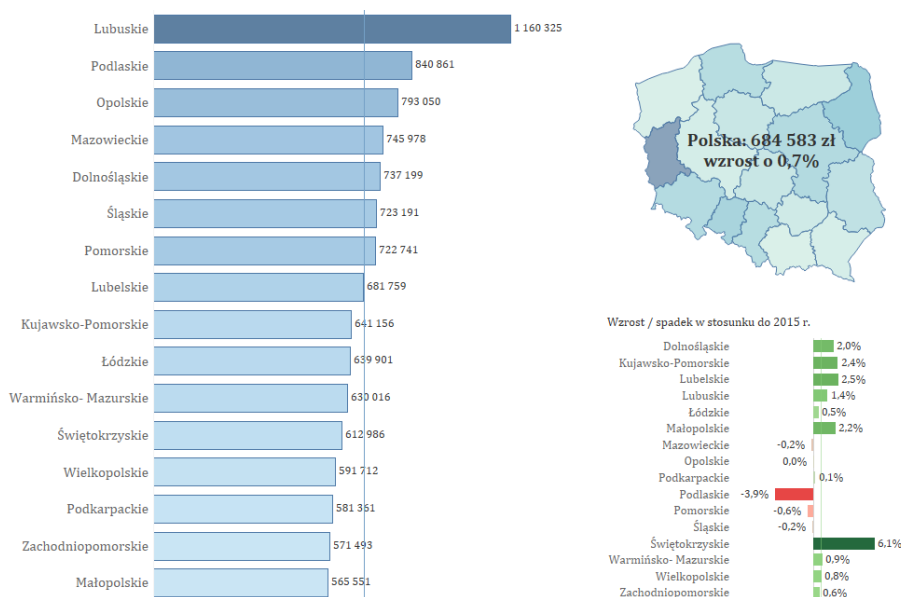
W 2016 r. zaimplementowana została taryfa świadczeń gwarantowanych w tym zakresie świadczeń, opublikowana w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT.

Liczba świadczeniodawców wynosiła od 43 w województwie lubuskim do 181 w śląskim (ogółem 1 430 podmiotów).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Rysunek nr 20

Wartość świadczeń na 10 tys. uprawnionych w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień w 2016 r. (w zł) oraz w porównaniu do 2015 r.



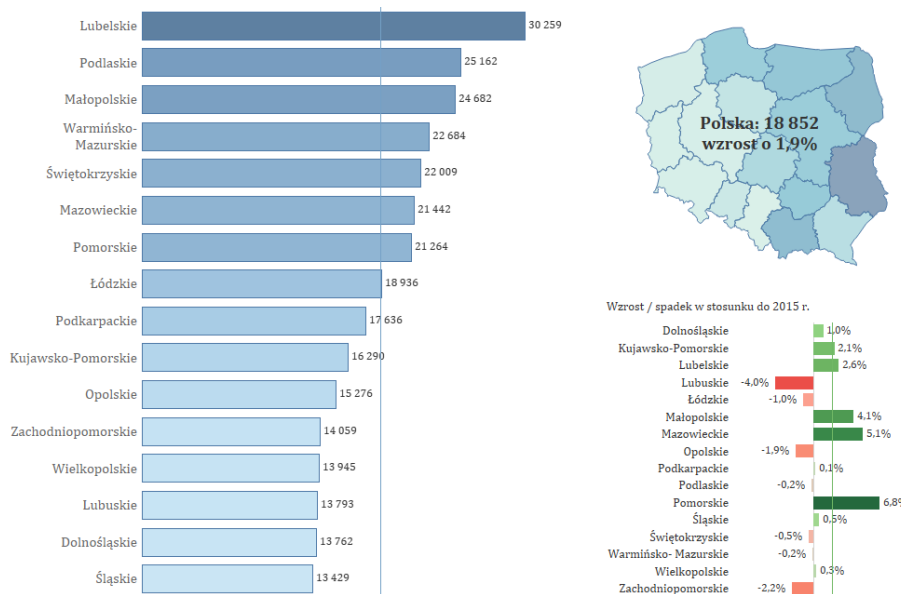
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W leczeniu stomatologicznym udzielono 69 086,19 tys. świadczeń (w 2015 r. 66 498,86 tys.) dla 7 022,64 tys. pacjentów (w 2015 r. 7 133,46 tys.). Liczba świadczeń na 10 tys. uprawnionych wynosiła średnio 18 851,97 (od 13 428,54 w Śląskim OW do 30 259,49 w Lubelskim OW), a ich wartość średnio 503,23 tys. zł (od 402,22 tys. zł w Mazowieckim OW do 648,45 tys. zł w Warmińsko-Mazurskim OW). W ramach leczenia stomatologicznego udzielane są świadczenia dla dzieci i dla osób dorosłych, zarówno o charakterze podstawowym, jak również świadczenia specjalistyczne np. z zakresu ortodoncji, protetyki stomatologicznej, periodontologii i chirurgii stomatologicznej.

Leczenie stomatologiczne

Rysunek nr 21

Liczba świadczeń na 10 tys. uprawnionych w leczeniu stomatologicznym w 2016 r. oraz w porównaniu do 2015 r.



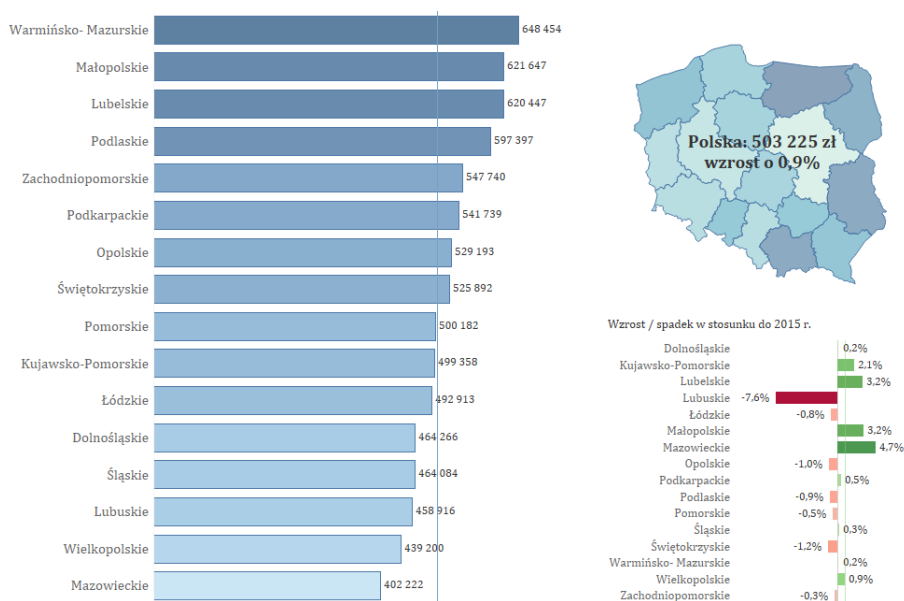
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Finansowanie na 10 tys. ubezpieczonych zmniejszyło się w siedmiu województwach, najbardziej w lubelskim (o 7,6%). Liczba świadczeniodawców wynosiła od 219 w województwie lubuskim do 931 w śląskim (ogółem 7 703).

Rysunek nr 22

Wartość świadczeń na 10 tys. uprawnionych w leczeniu stomatologicznym w 2016 r. (w zł) oraz w porównaniu do 2015 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

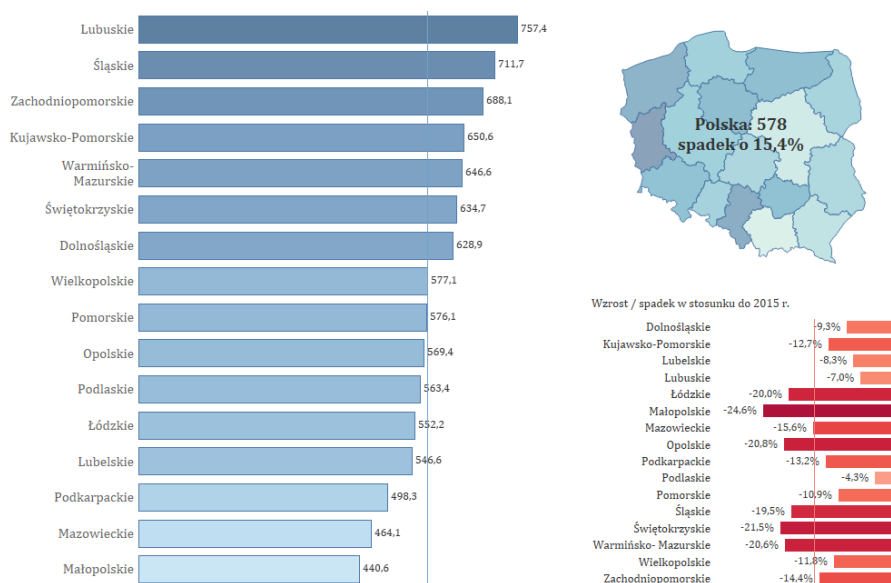
Profilaktyczne programy zdrowotne

W profilaktycznych programach zdrowotnych w ramach: programu profilaktyki raka piersi, programu profilaktyki raka szyjki macicy, świadczeń lekarza w POZ w ramach realizacji profilaktyki chorób układu krążenia, programu profilaktyki chorób odtytoniowych oraz programu badań prenatalnych 1 741,79 tys. pacjentom (w 2015 r. 1 952,20 tys.) udzielono 2 654,01 tys. świadczeń (w 2015 r. 2 958,27 tys.). Liczba świadczeń na 10 tys. uprawnionych wynosiła średnio 577,99 (od 440,58 w Małopolskim OW do 757,37 w Lubuskim OW), a ich wartość średnio 50,07 tys. zł (od 38,59 tys. zł w Małopolskim OW do 74,52 tys. zł w Lubuskim OW).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Rysunek nr 23

Liczba świadczeń na 10 tys. uprawnionych w profilaktycznych programach zdrowotnych w 2016 r. oraz w porównaniu do 2015 r.

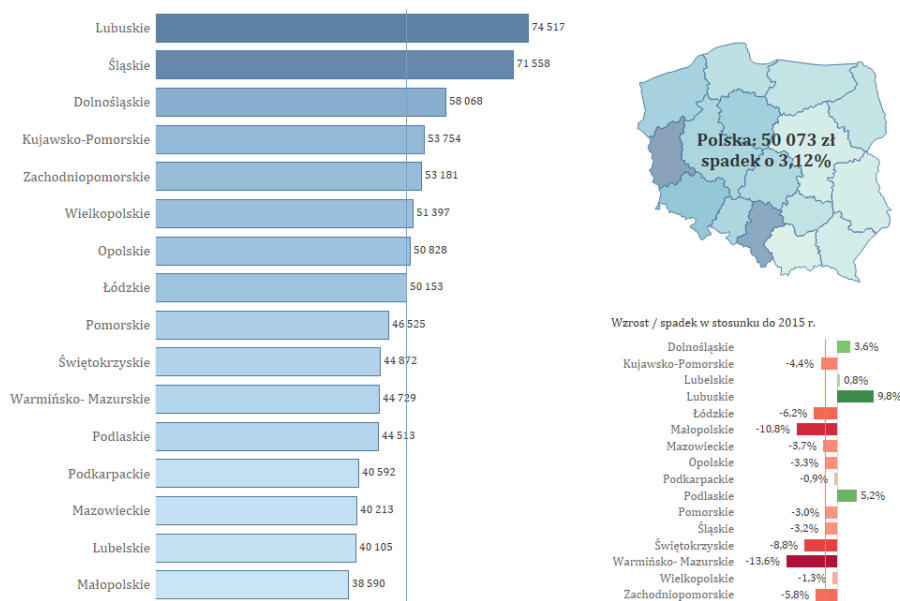


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Liczba świadczeniodawców wynosiła od 17 w województwie podlaskim do 108 w śląskim. Wartość udzielonych świadczeń na 10 tys. ubezpieczonych wzrosła jedynie w trzech województwach: lubuskim, podlaskim i dolnośląskim.

Rysunek nr 24

Wartość świadczeń na 10 tys. uprawnionych w profilaktycznych programach zdrowotnych w 2016 r. (w zł) oraz w porównaniu do 2015 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

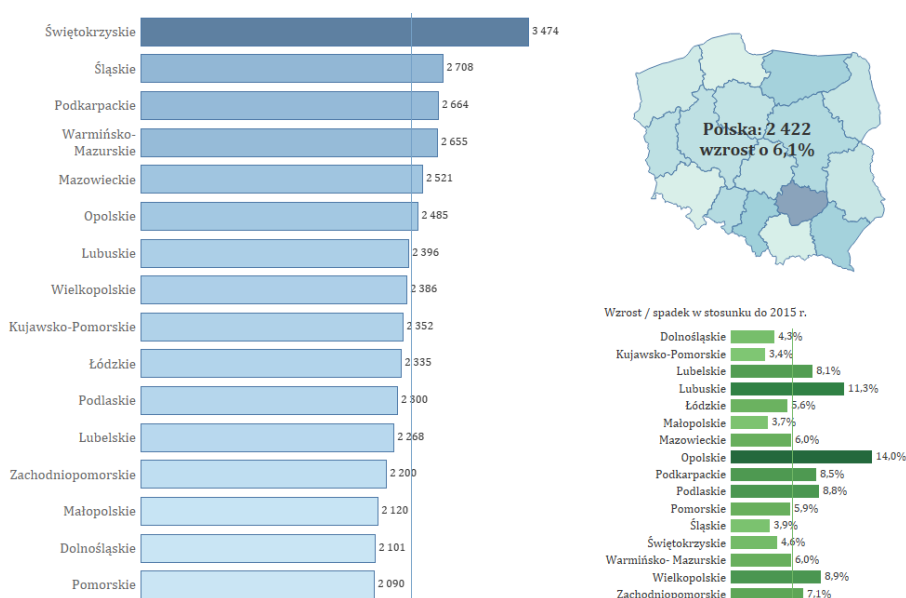
Świadczenia odrębnie kontraktowane

W świadczeniach zdrowotnych kontraktowanych odrębnie udzielono 8 783,76 tys. świadczeń (w 2015 r. 8 233,41 tys.) dla 194,28 tys. pacjentów (w 2015 r. 182,10 tys.). Liczba świadczeń na 10 tys. uprawnionych wynosiła średnio 2 421,93 (od 2 089,77 w Pomorskim OW do 3 473,97 w Świętokrzyskim OW), a ich wartość średnio 547,53 tys. zł (od 398,76 tys. zł w Podlaskim OW do 621,76 tys. zł w Mazowieckim OW).

W świadczeniach zdrowotnych kontraktowanych odrębnie wyodrębnione zostały następujące zakresy: dializoterapia otrzewnowa, hemodializoterapia, terapia hiperbaryczna, tlenoterapia domowa, żywienie pozajelitowe w warunkach domowych, żywienie dojelitowe w warunkach domowych, badania zgodności tkankowej, badania genetyczne, badania izotopowe, terapia izotopowa, zaopatrzenie protetyczne, pozytonowa tomografia emisyjna, leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dzieci, leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dorosłych, kompleksowe leczenie wrodzonej sztywności wielostawowej, leczenie spastyczności odpornej na leczenie farmakologiczne z zastosowaniem pompy baklofenowej, teleradioterapia protonowa, domowa antybiotykoterapia dożylna, kompleksowe leczenie ran przewlekłych, telekonsylium kardiologiczne, telekonsylium geriatryczne, koordynowana opieka nad kobietą w ciąży.

Rysunek nr 25

Liczba świadczeń na 10 tys. uprawnionych w świadczeniach zdrowotnych kontraktowanych odrębnie w 2016 r. oraz w porównaniu do 2015 r.



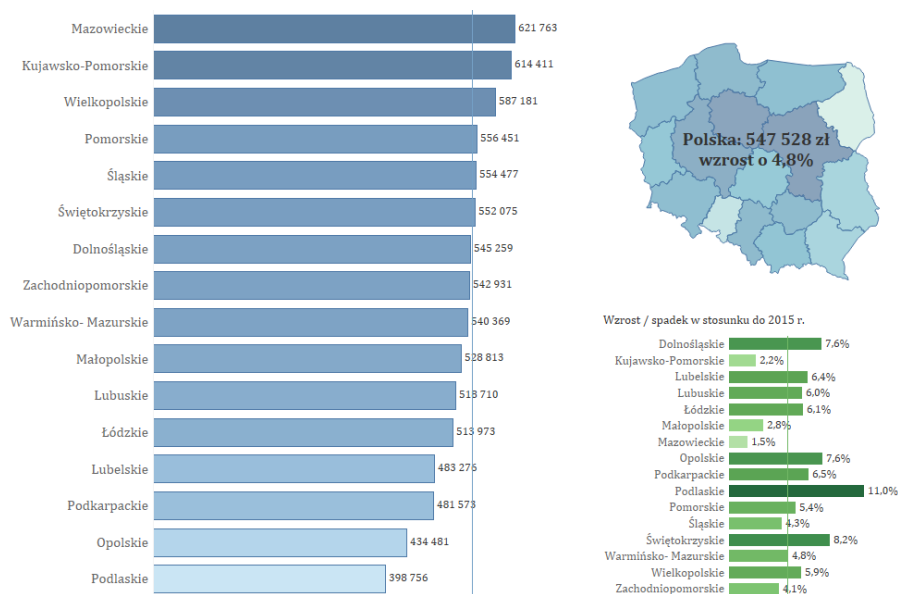
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W 2016 r. rosła zarówno liczba jak i wartość świadczeń na 10 tys. uprawnionych. Liczba świadczeniodawców wynosiła od 14 w województwie opolskim do 56 w mazowieckim (ogółem 439).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Rysunek nr 26

Wartość świadczeń na 10 tys. uprawnionych w świadczeniach zdrowotnych kontraktowanych odrębnie w 2016 r. (w zł) oraz w porównaniu do 2015 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Udzielono 24 597,51 tys. świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, w ramach opieki długoterminowej (w 2015 r. 24 198,83 tys.) dla 105,31 tys. pacjentów (w 2015 r. 108,78 tys.).

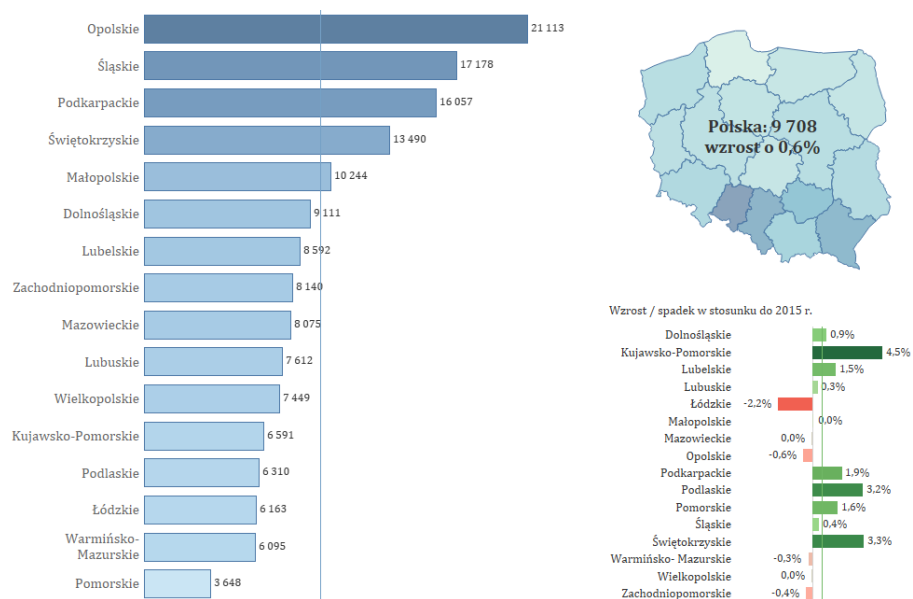
Liczba świadczeń, na 10 tys. uprawnionych, wynosiła średnio 9 707,85 (od 3 647,67 w Pomorskim OW do 21 113,30 w Opolskim OW), a ich wartość średnio 351,19 tys. zł (od 222,96 tys. zł w Wielkopolskim OW do 574,04 tys. zł w Opolskim OW). Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze udzielane są w warunkach domowych oraz stacjonarnych – w stacjonarnych zakładach opiekuńczych przebywają chorzy, wymagający całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych, którzy powinni kontynuować leczenie oraz niewymagający hospitalizacji na oddziale szpitalnym, którzy w ocenie skalą poziomu samodzielności (skala Barthel) otrzymali 40 punktów lub mniej (wymóg oceny skalą Barthel nie dotyczy dzieci do ukończenia 3. roku życia).

Świadczenia
pielęgnacyjne
i opiekuńcze

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Rysunek nr 27

Liczba świadczeń na 10 tys. uprawnionych w świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w 2016 r. oraz w porównaniu do 2015 r.



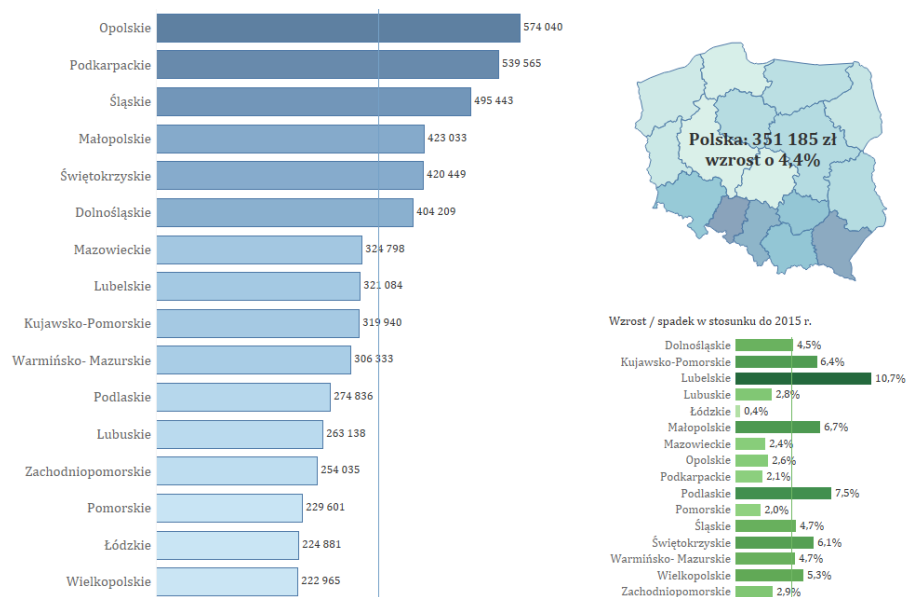
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

We wszystkich województwach zostało zwiększone finansowanie w tym zakresie świadczeń – od 0,4% w łódzkim do 10,7% w lubelskim. W planie zakupu zostały również zaimplementowane taryfy wydane przez AOTMiT w zakresie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

Duże różnice pomiędzy województwami wynikają między innymi z różnej liczby podmiotów udzielających świadczeń, tj. od 45 w województwie pomorskim do 200 w mazowieckim (ogółem 1 558 świadczeniodawców).

Rysunek nr 28

Wartość świadczeń na 10 tys. uprawnionych w świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w 2016 r. (w zł) oraz w porównaniu do 2015 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

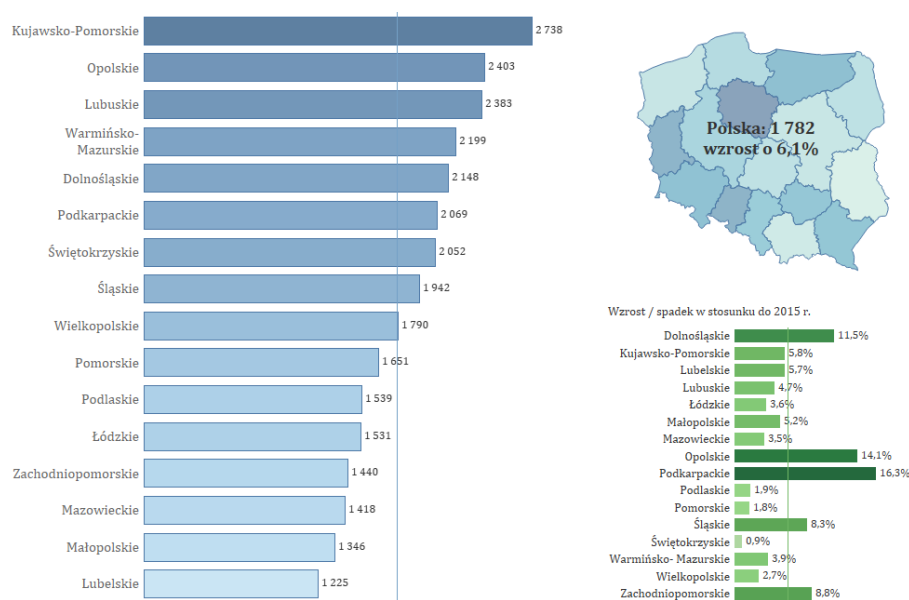
WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W opiece paliatywnej i hospicyjnej udzielono 6 252,29 tys. świadczeń (w 2015 r. 5 872,57 tys.) dla 88,96 tys. pacjentów (w 2015 r. 87,43 tys.). Liczba świadczeń na 10 tys. uprawnionych wynosiła średnio 1 781,70 (od 1 224,50 w Lubelskim OW do 2 737,54 w Kujawsko-Pomorskim OW), a ich wartość średnio 126,62 tys. zł (od 82,04 tys. zł w Zachodniopomorskim OW do 169,32 tys. zł w Podkarpackim OW). Świadczenia w opiece paliatywnej i hospicyjnej są udzielane w warunkach stacjonarnych (hospicjum stacjonarne lub oddział medycyny paliatywnej), domowych (hospicjum domowe dla dorosłych lub dla dzieci do ukończenia 18. roku życia) oraz ambulatoryjnych (poradnia medycyny paliatywnej).

Opieka paliatywna i hospicyjna

Rysunek nr 29

Liczba świadczeń na 10 tys. uprawnionych w opiece paliatywnej i hospicyjnej w 2016 r. oraz w porównaniu do 2015 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

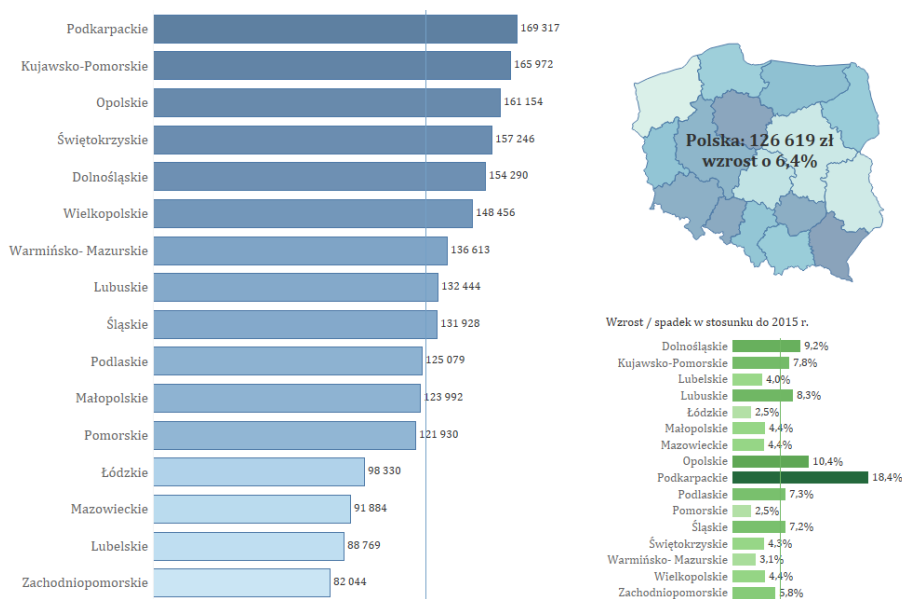
W 2016 r. we wszystkich województwach zwiększone zostało finansowanie świadczeń, jak również wzrosła liczba wykonanych świadczeń na 10 tys. uprawnionych. W planie zakupu zostały zaimplementowane taryfy wydane przez AOTMiT w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Liczba świadczeniodawców w tym zakresie świadczeń wynosiła od 11 w województwie opolskim do 64 w mazowieckim (ogółem 493 podmiotów).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Rysunek nr 30

Wartość świadczeń na 10 tys. uprawnionych w opiece paliatywnej i hospicyjnej w 2016 r. (w zł) oraz w porównaniu do 2015 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Niezapewnienie dostępu do świadczeń

W 2016 r., podobnie jak w roku ubiegłym, nie zapewniono dostępu do świadczeń w rodzaju leczenia szpitalne m.in. w zakresie: alergologii (hospitalizacji) w Lubuskim, Opolskim, Świętokrzyskim, Warmińsko-Mazurskim, Wielkopolskim OW; alergologii dziecięcej (hospitalizacji) w Lubuskim, Opolskim, Podkarpackim, Świętokrzyskim OW; chirurgii klatki piersiowej (hospitalizacji) w Opolskim OW; chirurgii szczękowo-twarzowej (hospitalizacji) w Świętokrzyskim OW; chorób płuc dziecięcych (hospitalizacji) w Lubuskim, Podkarpackim, Świętokrzyskim, Warmińsko-Mazurskim OW; gastroenterologii (hospitalizacji) w Lubuskim OW; urologii dziecięcej (hospitalizacji) w Kujawsko-Pomorskim, Lubelskim, Lubuskim, Łódzkim, Opolskim, Podlaskim, Warmińsko-Mazurskim, Wielkopolskim i Zachodniopomorskim OW; chorób zakaźnych dziecięcych (hospitalizacji) w Kujawsko-Pomorskim, Lubuskim, Mazowieckim, Opolskim, Podkarpackim, Śląskim, Świętokrzyskim i Zachodniopomorskim OW; diabetologii (hospitalizacji) w Lubuskim, Podkarpackim i Świętokrzyskim OW; diabetologii dla dzieci (hospitalizacji) w Kujawsko-Pomorskim, Lubelskim, Lubuskim, Małopolskim, Opolskim, Podkarpackim, Podlaskim, Świętokrzyskim i Warmińsko-Mazurskim OW.

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

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

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

W przeprowadzonej w kwietniu 2016 r. przez Departament Analiz i Strategii analizie „Przyczyn rozbieżności w dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych regionach kraju”, podano, że do głównych przyczyn zróżnicowania pomiędzy OW NFZ należą zjawiska nie zawsze zależne od działań Funduszu: różnice rozwoju i rozmieszczenia potencjału lecznictwa na obszarze województwa, szczególnie w zakresie personelu medycznego (a także brak regulacji mechanizmów podaży), zaszczości historyczne na etapie planowania, których nie można zlikwidować z powodu braku wystarczającego finansowania, realizacja zbliżonych świadczeń w różnych zakresach, zachowania świadczeniodawców oraz migracje pacjentów, różnice priorytetów i polityk lokalnych, wynikające z potrzeb (ryzyk) zdrowotnych lub oczekiwań społeczności, różnice poziomu kosztów realizacji świadczeń w poszczególnych województwach (w tym wynagrodzenia personelu podmiotów leczniczych).

Przyczyny rozbieżności
w dostępności świadczeń

Liczba lekarzy poszczególnych specjalności wykazanych przez świadczeniodawców w załącznikach do umów z NFZ, przypadająca na 10 tys. uprawnionych do świadczeń różniła się w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu i przykładowo wynosiła:

Liczba lekarzy

- alergolodzy od 0,20 w Wielkopolskim OW do 0,56 w Mazowieckim OW;
- angiologodzy od 0 w Mazowieckim, Opolskim, Podkarpackim (jeden lekarz), Warmińsko-Mazurskim OW do 0,13 w Dolnośląskim OW;
- chirurdzy dziecięcy od 0,21 w Opolskim OW do 0,59 w Mazowieckim OW;
- chirurdzy naczyniowi od 0,15 w Lubuskim OW do 0,43 w Mazowieckim OW;
- diabetolodzy od 0,25 w Lubuskim OW do 0,58 w Łódzkim OW;
- endokrynolodzy od 0,22 w Lubuskim OW, do 0,56 w Mazowieckim OW;
- ginekologodzy onkologiczni od 0,03 w Lubelskim OW do 0,13 w Małopolskim OW;
- onkologodzy i hematologodzy dziecięcy od 0,01 lekarzy w Opolskim OW do 0,16 w Lubelskim OW.

Lekarzy udzielających świadczeń dzieciom i młodzieży w 2016 r. było 5 267, tj. o 27 lekarzy więcej niż w 2015 r. (0,52%), oraz o 1 049 lekarzy więcej w porównaniu do 2011 r., tj. o 24,87%⁸⁴.

⁸⁴ W 2016 r. było 5 267 lekarzy udzielających świadczeń z zakresu pediatrii (średnia wieku 44,3 lata), odpowiednio w 2015 r. 5 240 (44,2 lata), w 2014 r. 4 822 (średnia 45,2 lata), w 2013 r. 4 672 (45,1 lata), w 2012 r. 4 588 (44,5 lata), w 2011 r. 4 218 (44,8 lata).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Braki lekarzy określonych specjalności

Na terenie działania części OW w załącznikach do umów z NFZ nie było wykazanych lekarzy określonych specjalności, jak np.: lekarza specjalisty chorób płuc dzieci w Dolnośląskim, Lubuskim, Łódzkim, Opolskim, Podkarpackim, Pomorskim, Świętokrzyskim, Warmińsko-Mazurskim, Wielkopolskim, Zachodniopomorskim OW, w zakresie immunologii klinicznej w Lubuskim, Opolskim, Podkarpackim, Zachodniopomorskim OW, endokrynologii i diabetologii dziecięcej w Kujawsko-Pomorskim, Lubuskim, Łódzkim i Warmińsko-Mazurskim OW, otorynolaryngologii dziecięcej w Opolskim, Świętokrzyskim, Zachodniopomorskim OW, chirurgii plastycznej w Opolskim OW.

Liczba pielęgniarek

Liczba pielęgniarek na 10 tys. uprawnionych do świadczeń wynosiła średnio 60,33 (od 50,38 w Pomorskim OW do 70,18 w Podkarpackim OW).

5.3. Wykonanie planu finansowego

5.3.1. Planowanie przychodów i kosztów

Zatwierdzenie planu finansowego

Prezes NFZ przedłożył Ministrowi Zdrowia projekt planu finansowego na 2016 r. w dniu 14 lipca 2015 r. Minister Zdrowia zatwierdził sporządzony plan i 23 lipca 2015 r. przekazał go do zatwierdzenia Ministrowi Finansów.

W dniu 31 lipca 2015 r. Minister Finansów odmówił zatwierdzenia planu, wskazując, iż w przedłożonym planie przewidziano niezrównoważenie przychodów i kosztów na kwotę 926 216 tys. zł, oraz że NFZ powinien się finansować w ramach posiadanych środków, pochodzących z realnych wpływów i nie angażować środków z funduszu zapasowego, które powinny być zabezpieczeniem na przyszłe okresy.

Minister Zdrowia, 18 sierpnia 2015 r., ponownie zwrócił się do Ministra Finansów o zatwierdzenie planu finansowego wskazując, iż fundusz zapasowy jest sumą wyników finansowych NFZ z lat poprzednich, czyli pokazuje wysokość środków niewykorzystanych w poprzednich okresach na cele statutowe. Ponadto Minister wskazał, że z punktu widzenia zasadniczych celów funkcjonowania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, środki finansowe pochodzące ze składek zdrowotnych nie powinny być przetrzymywane na kontach bankowych w BGK, lecz mają być narzędziem do prowadzenia polityki zdrowotnej państwa w zakresie zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych. Minister Finansów, 18 września 2015 r., przesłał zatwierdzony plan finansowy NFZ.

Założenia planu finansowego

W planie finansowym na 2016 r. wartość planowanych przychodów ustalono na 72 365 683 tys. zł⁸⁵, a kosztów na 73 291 899 tys. zł⁸⁶, tj. wyższym niż planowanych przychodów ogółem o 926 216 tys. zł. Powyższe było konsekwencją planowanej w 2016 r. realizacji priorytetów dotyczących zmian w zakresie poziomu finansowania niektórych rodzajów bądź zakresów świadczeń opieki

⁸⁵ Co odpowiadało 104,3% planowanej wartości przychodów określonej w planie finansowym NFZ na 2015 r. (69 352 241 tys. zł).

⁸⁶ Co odpowiadało 105,7% planowanej wartości kosztów, określonej w planie finansowym NFZ na 2015 r. (69 352 241 tys. zł).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

zdrowotnej⁸⁷. Przedmiotową różnicę między poziomem planowanych przychodów i kosztów ogółem Fundusz planował pokryć ze środków funduszu zapasowego przeznaczając je na koszty świadczeń opieki zdrowotnej.

Podziału planowanych na 2016 r. środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej pomiędzy Centralą i poszczególne OW Funduszu dokonano zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2009 r. w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy Centralą i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych⁸⁸.

Zmiany planu zostały wprowadzone zgodnie z ustawą o świadczeniach zdrowotnych. Przewidywały m.in. zwiększenie przychodów o 347 372 tys. zł (tj. o 0,48%), a kosztów o 1 776 817 tys. zł (tj. o 2,42%), w tym kosztów świadczeń zdrowotnych o 2 210 280 tys. zł (tj. o 3,18%). Plan finansowy, po zmianach, przewidywał ujemny wynik finansowy Funduszu w wysokości 2 355 661,00 tys. zł.

Podział środków pomiędzy oddziały wojewódzkie

Zmiany planu finansowego

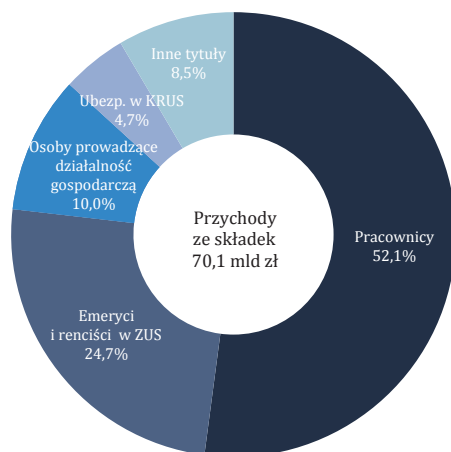
5.3.2. Realizacja przychodów

Wysokość zrealizowanych w 2016 r. przychodów ogółem wyniosła 73 849 341,60 tys. zł, co stanowiło 101,56% planu po zmianach i przesunięciach. W porównaniu do 2015 r. były one wyższe o 3 482 889,17 tys. zł. Największy udział w przychodach ogółem stanowiła składka należna brutto z ZUS i KRUS (bez składek z lat ubiegłych), która wyniosła łącznie 70 074 367,48 tys. zł⁸⁹ i była wyższa od planowanej o 801 076,48 tys. zł.

Struktura przychodów

Wykres nr 11

Struktura przychodów ze składek w 2016 r. według tytułu ubezpieczenia



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych z raportu za 2016 r. wygenerowanego 1 marca 2017 r. z Centralnego Wykazu Ubezpieczonych, comiesięcznych „Informacji o liczbie osób ubezpieczonych oraz przypisie składki na ubezpieczenie zdrowotne za emerytów i rencistów, osoby pobierające zasiłki i świadczenia przedemerytalne” przekazanych przez ZUS i comiesięcznych „Zestawień dotyczących liczby ubezpieczonych oraz przypisu składki na ubezpieczenie zdrowotne” przekazanych przez KRUS.

⁸⁷ W tym w szczególności skutków: wdrożenia pakietu kolejkowo-onkologicznego, wzrostu ponoszonych przez Fundusz kosztów refundacji leków, wzrostu nakładów na: opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień, opiekę paliatywną i hospicyjną, rehabilitację leczniczą oraz świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie oraz prognozowany wzrost kosztów zaopatrzenia w wyroby medyczne oraz ich naprawy.

⁸⁸ Dz. U. Nr 193 poz. 1495.

⁸⁹ W 2015 r. było to 67 090 550,12 tys. zł.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Obciążenia instytucji łącznikowe w innych państwach UE/EFTA

W 2016 r. Fundusz obciążył instytucje łącznikowe w innych państwach UE/EFTA za świadczenia zdrowotne zrealizowane na rzecz osób uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego na kwotę 214 270,72 tys. zł, co stanowiło 135,72% wielkości planowanej (157 873,00 tys. zł).

Wyższa niż planowana realizacja w 2016 r. przychodów z ww. tytułu była niezależna od NFZ i wynikała z wyższej niż planowano wartości zrealizowanych na terenie Polski świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów z innych państw UE/EFTA. Nie dokonano zmiany planu w tej pozycji przychodów, bowiem na wyższą niż planowana realizację ww. pozycji wpłynęła kwota roszczeń za grudzień 2016 r. w wysokości 112 913,39 tys. zł.

Dotacja na sfinansowanie świadczeń, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt. 2a–2c, 3 i 3b ustawy

Przychody z tytułu dotacji na sfinansowanie świadczeń, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a–2c, 3 i 3b zaplanowano na kwotę 901 139,00 tys. zł, z tego:

- 455 907 tys. zł z przeznaczeniem na koszty świadczeń wysokospecjalistycznych,
- 320 232 tys. zł na pozostałe koszty świadczeń (świadczenia finansowane świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni oraz wykonywane poza granicami kraju na podstawie zgody Prezesa NFZ),
- 125 000 tys. zł z przeznaczeniem na pokrycie kosztów bezpłatnego zaopatrzenia w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne określone w wykazie przysługujących świadczeniobiorcom po ukończeniu 75. roku życia⁹⁰.

Wykonanie przychodów w tej pozycji wyniosło 1 161 693,87 tys. zł i było wyższe od planowanych o 260 554,87 tys. zł tj. o 28,91%.

Wyższa, niż planowano, realizacja przychodów w ww. pozycji była związana z uregulowaniem przez Ministra Zdrowia, w dniu 9 listopada 2016 r., zobowiązania wobec NFZ w wysokości 311 742,06 tys. zł, z tytułu przekazania środków za świadczenia udzielone w latach 2013–2014⁹¹.

Po dokonaniu wpłaty przez Ministra Zdrowia, Fundusz nie zmienił planu finansowego, co skutkowało przeznaczeniem ww. środków na zmniejszenie zaplanowanej straty finansowej, zamiast przeznaczenia ich na realizację dodatkowych świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w 2016 r.

Realizacja zadań ratownictwa medycznego

W 2016 r. na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego zaplanowano kwotę 1 870 949,00 tys. zł, a wykonanie wyniosło 1 868 116,82 tys. zł, co stanowiło 99,85% planu po zmianach.

⁹⁰ Zgodnie z ustawą z dnia 18 marca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 652), świadczeniobiorcom po ukończeniu 75. roku życia przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne określone w wykazie, o którym mowa w art. 37 ust. 1 ustawy o refundacji. Prezes NFZ 16 września 2016 r. dokonał zwiększenia planowanych przychodów z dotacji z budżetu państwa na finansowanie świadczeń, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt. 2a–2c, 3 i 3b o kwotę maksymalnego limitu wydatków na ten cel określony w art. 7 ust. 1 ww. ustawy, tj. o 125 000 tys. zł.

⁹¹ Zgodnie z art. 1 ust. 3 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o finansowaniu niektórych świadczeń zdrowotnych w latach 2015–2018 (Dz. U. z 2015 r. poz. 1770), na Ministra Zdrowia nałożony został obowiązek uregulowania ww. zobowiązania w terminie 18 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy, tj. do maja 2017 r.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Przychody z pozostałej działalności NFZ wyniosły łącznie 311 441,08 tys. zł i były wyższe od wartości planowanej o 39 580,08 tys. zł, tj. o 14,56%. Natomiast przychody finansowe NFZ zostały zaplanowane w wysokości 78 755,00 tys. zł, a wyniosły 82 114,38 tys. zł.

Stan środków finansowych NFZ na koniec 2016 r. wyniósł 5 295 956,77 tys. zł, przy 5 247 531,25 tys. zł na koniec 2015 r.

Stan środków
na koniec roku

Należności, na koniec 2016 r., wyniosły 6 762 230,83 tys. zł (w 2015 r. 6 607 846,66 tys. zł), w tym 16 554,62 tys. zł stanowiły należności przeterminowane (w 2015 r. było to 23 434,91 tys. zł). Ponadto Fundusz wykażał 22 985,47 tys. zł należności warunkowych (na koniec 2015 r. było to 72 162,64 tys. zł).

Na należności przeterminowane złożyły się należności od świadczeniodawców i aptek w kwocie 5 427,25 tys. zł oraz należności pozostałe w kwocie 11 127,37 tys. zł, dotyczące w szczególności niuregulowanych i nie objętych odpisem aktualizującym należności od instytucji łącznikowych państw członkowskich UE i EFTA za świadczenia zdrowotne udzielone w ramach przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, dotyczące poprzednich okresów. Fundusz podejmował działania zmierzające do dochodzenia należności przeterminowanych.

W latach 2013–2016 wszczęto 1 083 798 spraw mających na celu wydanie przez dyrektorów OW NFZ decyzji administracyjnych, dotyczących potwierdzenia tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego, na kwotę 412 399,54 tys. zł, z czego 774 452 spraw na kwotę 22 561,63 tys. zł nie zostało przekazanych do dalszych czynności wyjaśniających z uwagi na niską wartość jednostkową. Liczba spraw wyjaśnionych wyniosła na koniec 2016 r. 108 653 i obejmowała kwotę 252 324,66 tys. zł (tj. 64,73 % wartości spraw).

Decyzje administracyjne
dot. potwierdzenia
tytułu do ubezpieczenia
zdrowotnego

Decyzje administracyjne wydano w stosunku do 22 013 spraw na kwotę 36 362,31 tys. zł, tj. jedynie 19,11% wartości początkowej spraw. Fundusz, w sprawozdaniu FM 01, zarówno za 2015, jak za 2016 wskazywał na niską liczbę wydanych decyzji w poszczególnych OW NFZ, tj. poniżej 19,11%, co powiązane z comiesięcznym wzrostem wartości spraw podlegających wyjaśnieniu, może skutkować ryzykiem powstania zaległości w wydawaniu decyzji administracyjnych i ściąganiu należności lub dopuszczenia do przedawnienia należności. W celu zwiększenia liczby wydawanych decyzji Prezes zobowiązywał Dyrektorów OW NFZ, do podjęcia działań, aby nie dopuścić do nieustalenia, niepobrania, niedochodzenia, niezgodnego z przepisami umorzenia, odroczenia spłaty lub rozłożenia na raty albo przedawnienia należności OW NFZ⁹², oraz m.in. dostosowano system informatyczny NFZ, umożliwiając elektroniczne wyjaśnianie sytuacji ubezpieczeniowej.

W związku z niuregulowaniem w terminie przez część dłużników należnych kwot, w 2016 r. wystawiono i przekazano do organów egzekucyjnych 3 246 tytułów wykonawczych na kwotę 6 326,23 tys. zł, z czego odzyskano 2 484,37 tys. zł, tj. 39,27% wartości⁹³.

⁹² Zgodnie z art. 50 ust. 20 i 21 ustawy o świadczeniach należności z ww. tytułów zaczął przedawniać się po 5 latach, tj. w styczniu 2018 r.

⁹³ W 2015 r. wystawiono i przekazano do organów egzekucyjnych 2 381 tytułów wykonawczych na kwotę 4 671,12 tys. zł, z czego odzyskano 1 628,73 tys. zł, tj. 34,87% wartości.

Decyzje w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego

Na koniec 2016 r. Dyrektorzy OW NFZ, w oparciu o art. 109 ustawy o świadczeniach, wydali łącznie 7 728 decyzji w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, tj. o 2 559 mniej niż w 2015 r. (10 287 decyzji), w tym: 7 128 decyzji dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym oraz 600 decyzji dotyczących ustalenia prawa do świadczeń. Od powyższych decyzji złożono 1 873 odwołań, tj. o 1 604 (46,82%) mniej niż 2015 r. (3 447). W 2016 r. rozpatrzono 1 426 odwołań, tj. o 23 odwołania więcej niż w 2015 r. (1 403).

Pomimo zmniejszenia liczby odwołań wniesionych do Prezesa NFZ o blisko połowę oraz przeprowadzenia zmian organizacyjnych⁹⁴ i zwiększenia zatrudnienia o jeden etat w Wydziale Uprawnienia Świadczeniobiorców⁹⁵, nadal do Centrali NFZ wpływa więcej odwołań niż jest rozpatrywanych, a na koniec 2016 r. do rozpatrzenia pozostawało łącznie ponad 6 000 spraw, tj. o 500 spraw więcej niż w 2015 r. NIK już w trakcie kontroli „Realizacji zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 r.” wskazywała na rosnący odsetek odwołań od decyzji dyrektorów OW oraz dużą liczbę nierozstrzygniętych odwołań – na koniec 2015 r. ok. 5 500 odwołań od decyzji Dyrektorów OW NFZ oczekiwało na decyzję Prezesa NFZ.

Większość spraw dotyczy decyzji z zakresu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu zawartych umów o dzieło noszących znamiona umowy zlecenia, które wymagają większych nakładów pracy oraz zawierają bardziej rozbudowane uzasadnienie faktyczne i prawne⁹⁶. Fundusz wskazał, że jeżeli wprowadzone pod koniec 2016 r. zmiany organizacyjne nie będą przynosić poprawy sytuacji, to podejmie dalsze czynności naprawcze.

Spośród ww. 1 604 odwołań, złożonych w 2016 r., 564 stanowiły odwołania od decyzji dyrektorów OW NFZ w indywidualnych sprawach z zakresu ustalenia obowiązku poniesienia kosztów udzielonych świadczeń (art. 50 ust. 18 ustawy o świadczeniach). Prezes Funduszu rozpatrzył 25 odwołań, a 17 odwołań od decyzji zostało rozpatrzonych przez dyrektorów OW NFZ.

Minister Zdrowia kwestionował prowadzenie postępowań wobec osób nieubezpieczonych, których koszty leczenia poniósł NFZ, a które mogły być zgłoszone do ubezpieczenia, jako członkowie rodzin oraz wskazywał na dużą czasochłonność postępowań wyjaśniających. Po wystąpieniach Prezesa NFZ o zmianę przepisów prawnych dotyczących windykacji świadczeń od ww. osób, Minister Zdrowia, w kwietniu 2016 r., skierował do uzgodnień zewnętrznych projekt ustawy w tym zakresie, a od dnia 12 stycznia

⁹⁴ Tj. wyodrębnienie w strukturze Departamentu Spraw Świadczeniobiorców, w Wydziale Uprawnienia Świadczeniobiorców nowej komórki – Działu ds. Uprawnienia Świadczeniobiorców do Świadczeń Opieki Zdrowotnej.

⁹⁵ W dniu 19 września 2016 r. zatrudniono jedną osobę do Działu ds. Uprawnienia Świadczeniobiorców do Świadczeń Opieki Zdrowotnej.

⁹⁶ Strony postępowań są zazwyczaj reprezentowane przez wyspecjalizowane kancelarie prawne. W przypadku firm farmaceutycznych są to międzynarodowe kancelarie zaliczające się do największych na świecie.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

2017 r. obowiązują nowe przepisy, wprowadzone ustawą z dnia 4 listopada 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw⁹⁷.

Fundusz wyjaśnił, że rozpatrzenie tak niewielkiego odsetka odwołań od decyzji dyrektorów OW NFZ wydanych na podstawie z art. 50 ust. 18 ustawy w 2016 r., było związane z procedowaniem ustawy przewidującej wsteczne zgłoszenia dla ww. osób oraz wpływem dużej ilości odwołań z art. 109 ustawy o świadczeniach oraz poinformował, że w 2017 r.⁹⁸ zostało rozpatrzonych 247 odwołań od decyzji wydanych w oparciu o art. 50 ust 18 ustawy o świadczeniach.

5.3.3. Realizacja kosztów

Zrealizowane przez NFZ w 2016 r. koszty ogółem wyniosły 73 970 130,04 tys. zł⁹⁹ i stanowiły 98,54% planu. Były one wyższe niż w 2015 r. o 3 409 932,62 tys. zł, tj. o 4,83%.

Struktura kosztów

Tabela nr 1

Wykonanie wybranych kosztów NFZ (w tys. zł)

Wyszczególnienie	Wykonanie 2015 r.	Plan na 2016 r. po zmianach i przesunięciach	Wykonanie 2016 r.	% realizacji planu	Dynamika 2016/2015
1	2	3	4	5=4/3	6=4/2
Koszty poboru i ewidencjonowania składek ¹⁰⁰	129 327,79	134 823,00	135 917,22	100,81	105,10
Koszty świadczeń zdrowotnych	67 751 200,67	71 714 146,00	70 962 832,98	98,95	104,74
Koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego	1 844 350,34	1 870 949,00	1 868 118,13	99,85	101,29
Koszty administracyjne	634 247,36	735 913,00	631 813,15	85,85	99,62
Pozostałe koszty	159 203,62	377 461,00	214 434,28	56,81	134,69
Koszty finansowe	41 867,64	110 424,00	46 843,59	42,42	111,88
Razem	70 560 197,42	75 068 716,00	73 970 130,04	98,54	104,83

Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

⁹⁷ Dz. U. poz. 2173. Zgodnie z ustawą nie następuje obciążanie kosztami leczenia, w przypadku zgłoszenia do ubezpieczenia, w terminie 30 dni od dnia udzielenia świadczenia albo 30 dni od dnia poinformowania przez Fundusz o wszczęciu postępowania, jeżeli przyczyną braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej było niezgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego, mimo podlegania takiemu zgłoszeniu. Dodano również zapis (art. 5 ust. 1 ww. ustawy), iż umarza się postępowania wszczęte i niezakończone przed dniem wejścia w życie ustawy, wobec osób, które dopełniły ww. obowiązek najpóźniej w terminie 90 dni od dnia wejścia w życie ustawy.

⁹⁸ Stan na 24 czerwca 2017 r.

⁹⁹ 2015 r. wyniosły 70 560 197,42 tys. zł.

¹⁰⁰ Zgodnie z art. 88 ustawy o świadczeniach koszty poboru i ewidencjonowania składek na ubezpieczenie zdrowotne potrącane są przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w wysokości 0,20% kwoty tej części składek przekazanych do centrali Funduszu, które zostały zidentyfikowane (przypisane do konkretnego ubezpieczonego) również w zakresie wysokości wpłat.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W planie finansowym NFZ na 2016 r., z dnia 18 września 2015 r., na koszty realizacji zadań przewidziano kwotę 72 038 663 tys. zł. W trakcie 2016 r. zwiększono plan łącznie o 2,32%, w tym m.in. o 1,57% w rodzaju koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego, a w rodzaju koszty świadczeń opieki zdrowotnej o 3,18%¹⁰¹, tj. o 2 210 280 tys. zł, z tego z funduszu zapasowego NFZ pochodziło 1 429 445 tys. zł, rezerwy ogólnej 692 733 tys. zł, dotacji z budżetu państwa 88 102 tys. zł.

Wykonanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej było wyższe od wykonania w 2015 r. o 4,74%, w tym m.in. wyższe o:

- 10,50% w opiece paliatywnej i hospicyjnej (tj. o 43 494,57 tys. zł),
- 9,54% w świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (tj. o 112 845,80 tys. zł),
- 7,50% w podstawowej opiece zdrowotnej (660 213,46 tys. zł),
- 6,87% w świadczeniach zdrowotnych kontraktowane odrębnie (125 186,77 tys. zł),
- ponad 5,00% w leczeniu szpitalnym, zaopatrzeniu w wyroby medyczne oraz ich naprawie, o których mowa w ustawie o refundacji, całkowitym budżecie na refundację.

Niższe wykonanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w 2016 r., w porównaniu do wykonania w 2015 r., nastąpiło m.in. w pozycji koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu o 1,81% (tj. o 2 988,33 tys. zł) oraz w pozycji koszty świadczeń opieki zdrowotnej z lat ubiegłych 56,48% (140 741,23 tys. zł).

Koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego w 2016 r. były wyższe od wykonania w 2015 r. o 1,29%.

Przekroczenia planu finansowego

W 2016 r. przekroczone limit kosztów ustalony w planie finansowym w następujących pozycjach planów OW NFZ:

- 1) w Zachodniopomorskim OW NFZ w pozycjach:
 - B2.9. lecznictwo uzdrowiskowe o kwotę 60,64 tys. zł, tj. o 0,26%;
 - B2.13. zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawa, o których mowa w ustawie o refundacji o 350,00 tys. zł, tj. o 0,87%;
 - B2.14.3. refundacja środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 18 ustawy o 31,26 tys. zł, tj. o 22,82%;
- 2) w Opolskim OW NFZ w pozycji B2.1. podstawowa opieka zdrowotna o kwotę 128,68 tys. zł, tj. o 0,06%.

W związku z odnotowanymi przekroczeniami planu finansowego na 2016 r. w Funduszu jest prowadzone postępowanie wyjaśniające. Po zakończeniu postępowania wyjaśniającego, w przypadku ustalenia, że powyższe przekroczenia planu finansowego nosiły znamiona naruszenia dyscypliny finansów publicznych określonego w art. 11 ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r.

¹⁰¹ W rodzaju koszty świadczeń opieki zdrowotnej zwiększenie planu w pozycjach od 0,72% podstawowa opieka zdrowotna do 17,78% leczenie szpitalne, natomiast zmniejszenie w pozycjach od 0,22% leczenie stomatologiczne do 10,11% koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu. Planowane koszty świadczeń z lat ubiegłych zmniejszono o 64,85%, tj. do kwoty 136 398 tys. zł.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych¹⁰², po zatwierdzeniu sprawozdania z wykonania planu finansowego NFZ na 2016 r. przez Ministra Finansów¹⁰³, Prezes NFZ skieruje stosowne zawiadomienia do rzecznika dyscypliny finansów publicznych.

Poniesione przez NFZ w 2016 r. koszty świadczeń zdrowotnych wyniosły 70 962 832,98 tys. zł¹⁰⁴ i były niższe od planowanych o 751 313,02 tys. zł, tj. o 1,05 % (w 2015 r. 1,07%)¹⁰⁵, z tego:

- w Centrali Funduszu w wysokości 409 795,52 tys. zł, gdzie niewykonanie planu kosztów świadczeń nastąpiło w pozycji rezerwa na koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielone w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej o 368 201,85 tys. zł oraz w pozycji rezerwa na koszty realizacji zadań wynikających z przepisów o koordynacji o 41 593,67 tys. zł;
- w OW NFZ w wysokości 341 517,50 tys. zł, będące następstwem niższej realizacji całkowitego budżetu na refundację o kwotę 105 872,55 tys. zł¹⁰⁶ oraz pozostałych rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej o 235 644,95 tys. zł¹⁰⁷.

Zrealizowane w danym okresie sprawozdawczym świadczenia opieki zdrowotnej, udzielone zarówno ze względu na zagrożenie życia i zdrowia, jak i tzw. planowe, wskazane przez świadczeniodawcę do rozliczeń, finansowane są do poziomu określonego w planie rzeczowo-finansowym stanowiącym załącznik do umowy¹⁰⁸.

Wartość świadczeń ponadumownych (ponadlimitowych) nierozliczonych na podstawie ugód i aneksów do umów wykonanych przez świadczeniodawców, których nie ujęto w księgach rachunkowych, na dzień 31 grudnia 2016 r., wyniosła 417 063,95 tys. zł, w tym m.in. 250 053,64 tys. zł w rodzaju leczenie szpitalne, 65 843,93 tys. zł w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, 64 315,06 tys. zł w rodzaju rehabilitacja lecznicza. Świadczenia ponadumowne (po aneksach i ugodach) stanowiły 0,58% planowanych na 2015 r. kosztów świadczeń zdrowotnych NFZ oraz były o 25,34% wyższe niż w roku ubiegłym (332 744,06 tys. zł).

Koszty świadczeń zdrowotnych

Świadczenia wykonane ponad limit określony w umowie

¹⁰² Dz. U. z 2017 r. poz. 1311.

¹⁰³ Po zasięgnięciu opinii Ministra Zdrowia i po uzyskaniu opinii komisji właściwej do spraw finansów publicznych oraz komisji do spraw zdrowia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej.

¹⁰⁴ Były wyższe niż w 2015 r. o 3 211 632,31 tys. zł, tj. o 4,74% (67 751 200,67 tys. zł).

¹⁰⁵ Wskaźnik realizacji planu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w poprzednich latach wynosił: 98,17% w 2014 r., 97,19% w 2013 r., 96,33% w 2012 r., 99,86% w 2011 r., 99,10% w 2010 r., 99,13% w 2009 r., 94,25% w 2008 r.

¹⁰⁶ Niewykonanie w tej pozycji kosztów wynika z przepisów ustawy refundacyjnej, które nie przewidują możliwości zmniejszenia kwoty budżetu na refundację i przesunięcia niewykorzystanej części na pokrycie kosztów deficytowych świadczeń zdrowotnych.

¹⁰⁷ M.in. leczenie szpitalne – 136 571,31 tys. zł, ambulatoryjna opieka specjalistyczna – 34 070,72 tys. zł, koszty świadczeń opieki zdrowotnej z lat ubiegłych – 27 953,11 tys. zł.

¹⁰⁸ Zgodnie z treścią art. 132 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej wysokość łącznych zobowiązań Funduszu wynikających z zawartych umów ze świadczeniodawcami nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu. Ponadto zgodnie z §14 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów, Fundusz zobowiązany jest do finansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym, do kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy, określonej w umowie.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Wartość zawartych ugód pozasądowych, dotyczących zapłaty za świadczenia wykonane w 2016 r., wyniosła 979 854,97 tys. zł, w tym 708 554,39 tys. zł w rodzaju leczenie szpitalne, 118 993,38 tys. zł w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Wartość świadczeń za wykonanie, których świadczeniodawcy zrzekli się zapłaty, w wyniku podpisania aneksów rozliczających umowy, wyniosła 140 375,51 tys. zł (w tym 65 724,62 tys. zł w rodzaju leczenie szpitalne, 24 158,63 tys. zł w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, 23 578,09 tys. zł w rodzaju rehabilitacja lecznicza), a w wyniku ugód pozasądowych – 446 773,60 tys. zł (w tym 317 997,69 tys. zł w rodzaju leczenie szpitalne, 56 204,77 tys. zł w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, 35 121,02 tys. zł w rodzaju rehabilitacja lecznicza).

Wartość niesfinansowanych i niezręczonych świadczeń „nielimitowanych”, zrealizowanych w 2016 r. wyniosła na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych 4 551,62 tys. zł, a na dzień 15 maja 2017 r. – 2 540,75 tys. zł. Na powyższą kwotę składa się m.in. wartość niesfinansowanych przez Świętokrzyski OW NFZ świadczeń z zakresu brachyterapii w wysokości 2 517,06 tys. zł, z uwagi na negatywny wynik przeprowadzonego w 2015 r. postępowania kontrolnego obejmującego realizację świadczeń wykonanych w 2014 r.¹⁰⁹.

Koszty świadczeń udzielonych na podstawie przepisów o koordynacji

Wysokość dokonanych przez Fundusz wydatków z tytułu udzielonych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji w 2016 r. wyniosła 493 485,33 tys. zł, (co stanowiło 92,23% planu), a w 2015 r. 392 604,05 tys. zł.

Koszty świadczeń zdrowotnych udzielonych obywatelom UE/EFTA na terenie Polski, w 2016 r., wyniosły 191 095,83 tys. zł i były wyższe o 12,92% w stosunku do 2015 r.

OW NFZ prowadziły weryfikację roszczeń z tytułu udzielenia na terenie państw członkowskich UE/EFTA polskim ubezpieczonym świadczeń zdrowotnych i rejestrowały jej wyniki w Systemie Obsługi Formularzy Unijnych (SOFU). W 2016 r. zakwestionowano 75 roszczeń na łączną kwotę 2 361,15 tys. zł.

Koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielone w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej

W 2016 r. złożono łącznie 10 637 wniosków o refundację kosztów leczenia poza granicami Polski¹¹⁰ o zwrot kosztów świadczeń udzielonych na terenie innych państw członkowskich UE na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach na łączną kwotę 31 080,35 tys. zł¹¹¹. Wnioski dotyczyły świadczeń udzielonych w 21 państwach członkowskich UE.

¹⁰⁹ W wystąpieniu pokontrolnym z dnia 12 października 2015 r. negatywnie ze względu na kryterium legalności i rzetelności oceniono sposób sprawozdania do zapłaty świadczeń z zakresu brachyterapii na rzecz około 75% pacjentów, których leczenie i rozliczenie poddano kontroli oraz stwierdzono wysoką kwotę nienależnie pobranych środków finansowych. OW wstrzymał zapłatę za świadczenia ponadlimitowe za rok 2015 i 2016, gdyż analiza porównawcza danych sprawozdawczych potwierdziła utrzymującą się tendencję sposobu rozliczania świadczeń. Sprawa jest przedmiotem postępowania sądowego, a dalsze postępowanie OW w tym zakresie będzie uzależnione od wyroku sądu.

¹¹⁰ Zgodnie z ustawą z dnia 10 października 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach, implementującą Dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2014 r., poz. 1491).

¹¹¹ Tj. o 118,33% wniosków więcej niż w 2015 r. (4 872 wnioski), na kwotę o 75,18% wyższą niż w 2015 r. (17 741,92 tys. zł).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W 2016 r. zakończonych zostało 9 095 postępowań w sprawie zwrotu kosztów¹¹², a NFZ dokonał zwrotu w stosunku do 9 167 świadczeń opieki zdrowotnej, wykazanych na 7 980 wnioskach w łącznej kwocie 17 658,15 tys. zł¹¹³, z tego 7 455 wniosków, w stosunku do których dokonano zwrotu dotyczyło leczenia na terenie Czech, tj. 93,42% wszystkich wniosków i stanowiło 92,41% całkowitych kosztów poniesionych na ten cel przez NFZ w 2016 r.¹¹⁴.

Największy udział w wykonanych świadczeniach miały zabiegi usunięcia zaćmy w liczbie 7 790 świadczeń w łącznej kwocie 16 831,53 tys. zł, co stanowiło 84,98% liczby wszystkich świadczeń oraz 95,32% łącznej wypłaconej kwoty zwrotu¹¹⁵, z tego 7 404 świadczenia wykonane na terenie Czech na łączną kwotę 16 008,39 tys. zł¹¹⁶.

Realizacja planu finansowego w pozycji planu B2.19 „rezerwa na koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielone w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej” wyniosła 17 658,15 tys. zł, co stanowiło jedynie 4,58% planu (385 860 tys. zł), przy czym poziom wykonania kosztów w poszczególnych miesiącach 2016 r. nie przekraczał 6% kwoty planowanej na ten miesiąc, a kwota niewykorzystana na koniec 2016 r. wyniosła aż 368 201,85 tys. zł.

NIK stwierdziła, iż Fundusz nie dokonał zmian w tej pozycji planu, poprzez zmniejszenie środków na ten cel i przeznaczenie ich jeszcze w 2016 r. na deficytowe obszary, wymagające znacznie większych nakładów finansowych, tak jak miało to miejsce w 2015 r.¹¹⁷ Powyższe środki zmniejszyły zaplanowaną na 2016 r. stratę finansową.

W planie finansowym NFZ na 2016 r. (po zmianach) koszty administracyjne ustalono w wysokości 735 913,00 tys. zł, a ich wykonanie wyniosło 631 813,15 tys. zł (85,85% planu), co stanowiło mniej niż 1% łącznych kosztów Funduszu.

Koszty administracyjne

W pierwotnym planie finansowym NFZ na 2016 r. wartość kosztów wynagrodzeń wyznaczono w wysokości 320 184 tys. zł, a w trakcie 2016 r. zwiększono łącznie o kwotę 16 420 tys. zł, w tym o kwotę 16 124 tys. zł w związku

Koszty wynagrodzeń

¹¹² W tym 8 186 postępowań na podstawie wniosków złożonych w 2016 r., 905 w 2015 r. oraz cztery z 2014 r. Rozpatrzenie wniosków z lat poprzednich było związane m.in. z prowadzonym postępowaniem odwoławczym lub skomplikowanym charakterem sprawy.

¹¹³ W 2015 r. Fundusz dokonał zwrotu w odniesieniu do 3 328 wniosków w łącznej kwocie 8 245,94 tys. zł.

¹¹⁴ Poza świadczeniami usunięcia zaćmy, wykonano m.in. 355 świadczeń stomatologicznych wykazanych na 12 wnioskach oraz 22 biopsje gruczołowe wspomagane próżnią guza piersi.

¹¹⁵ W 2015 r. zwrot kosztów za zabieg usunięcia zaćmy dotyczył 3 358 świadczeń na kwotę 7 422,31 tys. zł, co stanowiło 75,24% łącznej liczby dokonanych zwrotów i 87,92% wypłaconej kwoty świadczeń ogółem.

¹¹⁶ Poza świadczeniami udzielonymi w Czechach dokonano zwrotu za 374 świadczenia na terenie Niemiec w kwocie 797,24 tys. zł, sześć na Litwie w kwocie 12,76 tys. zł, trzy na Słowacji w kwocie 6,42 tys. zł, dwa we Włoszech w kwocie 4,3 tys. zł oraz jedno w Wielkiej Brytanii w kwocie 2,4 tys. zł.

¹¹⁷ W 2015 r. na świadczenia opieki zdrowotnej udzielonych w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej zaplanowano 376 449 tys. zł. Następnie 29 września 2015 r., w oparciu o wyniki przeprowadzonej w trakcie 2015 r. analizy przewidywanego wykonania poziomu kosztów wskazującej utrzymujący się trend znacząco niższej niż pierwotnie planowano realizacji kosztów z tego tytułu, przesunięto środki finansowe w wysokości 326 449 tys. zł z planu Centrali Funduszu do planów oddziałów wojewódzkich NFZ, z przeznaczeniem na zwiększenie nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej. Wykonanie planu po zmianach w pozycji B2.19 (50 000 tys. zł) nastąpiło w wysokości 8 442,02 tys. zł, tj. 16,88%.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

z koniecznością wzmocnienia realizacji zadań NFZ z zakresu informatyzacji, działalności kontrolnej NFZ oraz zadań związanych z rozpatrywaniem indywidualnych spraw z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego. Koszty wynagrodzeń wyniosły 335 194,23 tys. zł, tj. 99,58% planu po zmianach, co stanowiło 53,01% kosztów administracyjnych. Koszty były wyższe od poniesionych w 2015 r. o 19 255,11 tys. zł, tj. o 6,09%.

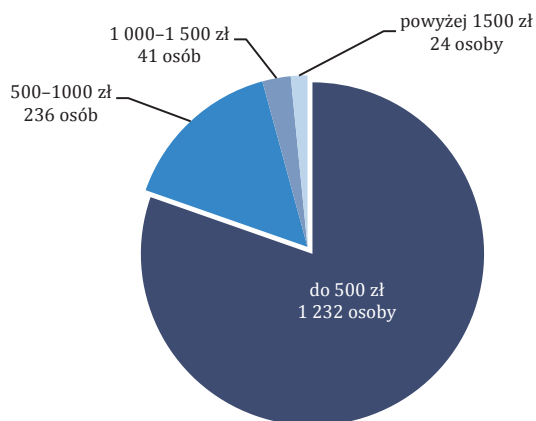
Przeciętne zatrudnienie i płaca

Przeciętne zatrudnienie w Centrali NFZ i OW w 2016 r. wyniosło 5 204,58 etatu i było niższe o 197,17 od planu na IV kwartał 2016 r. oraz wyższe o 21,08 etatu w stosunku do 2015 r. Przeciętne miesięczne wynagrodzenie przypadające na etat wynosiło 5 349,97 tys. zł i było o 286,83 zł wyższe niż w 2015 r. W związku z dodatkowymi środkami w wysokości 16 124 tys. zł zwiększono o 136 etatów¹¹⁸ zatrudnienie w komórkach organizacyjnych: informatyki, kontroli, wydawania decyzji administracyjnych oraz dodatkowo podwyższono wynagrodzenie 583 pracownikom w kwocie 233,56 tys. zł. Fundusz prowadził postępowania rekrutacyjne na poszczególne wakaty.

W 2016 r. w NFZ podwyższono wynagrodzenie 1 533 osobom (29,45% pracowników) w wysokości 584,61 tys. zł. Kwota najniższej podwyżki w 2016 r. wyniosła 20 zł, najwyższej 3 100 zł, a średnia wysokość podwyżki wyniosła 379 zł, (w 2015 r. 319 zł)¹¹⁹.

Wykres nr 12

Liczba osób, które otrzymały podwyżki w 2016 r. w zależności od ich wysokości



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie ustaleń kontroli.

Ponadto w 2016 r. wynagrodzenia Prezesa Funduszu, jego zastępców oraz Dyrektorów OW NFZ podlegały regulacji w związku z ogłoszeniem przez Prezesa GUS przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale 2015 r. (art. 8 ustawy z dnia 3 marca 2000 r. o wynagradzaniu osób kierujących niektórymi podmiotami prawnymi, Dz. U. 2017 r. poz. 1222).

¹¹⁸ Wg stanu na 28 czerwca 2017 r. na wspomniane etaty przeprowadzono 262 rekrutacje, w wyniku których zatrudniono 72 osoby.

¹¹⁹ W 2015 r. przyznano podwyżki 1 104 osobom w kwocie 357,89 tys. zł, tj. o 429 osobom mniej i w kwocie o 226,72 tys. niższej niż 2016 r. W ww. kwocie ujęto podwyższenie wynagrodzenia 14 osobom w grupie Dyrektorów i Zastępców Dyrektorów OW NFZ w łącznej kwocie 9,2 tys. zł, tj. o sześć osób i 0,68 tys. zł, więcej niż 2015 r.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Niepełne zatrudnienie wystąpiło w różnych komórkach organizacyjnych i, jak wyjaśniono, wynikało m.in. z braku zainteresowania potencjalnych kandydatów, nieskutecznych procesów rekrutacji ze względu na niespełnianie oczekiwań finansowych (potencjalnych kandydatów do pracy), zapowiedziami likwidacji NFZ, większą niż w 2015 r. fluktuacją kadry oraz absencją chorobową pracowników.

W 2016 r. w Funduszu zatrudniono 416 osób oraz rozwiązano stosunek pracy z 390 osobami, w 2015 r. odpowiednio 364 oraz 320 osobami. Również w 2017 r. występowała wysoka rotacja (w ciągu pierwszych pięciu miesięcy liczba osób zwolnionych wyniosła 145, a kolejne 33 osoby były w okresie wypowiedzenia). Jak wyjaśniono, realizacja zadań OW NFZ nie jest zagrożona, ale jest utrudniona.

Rotacja pracowników

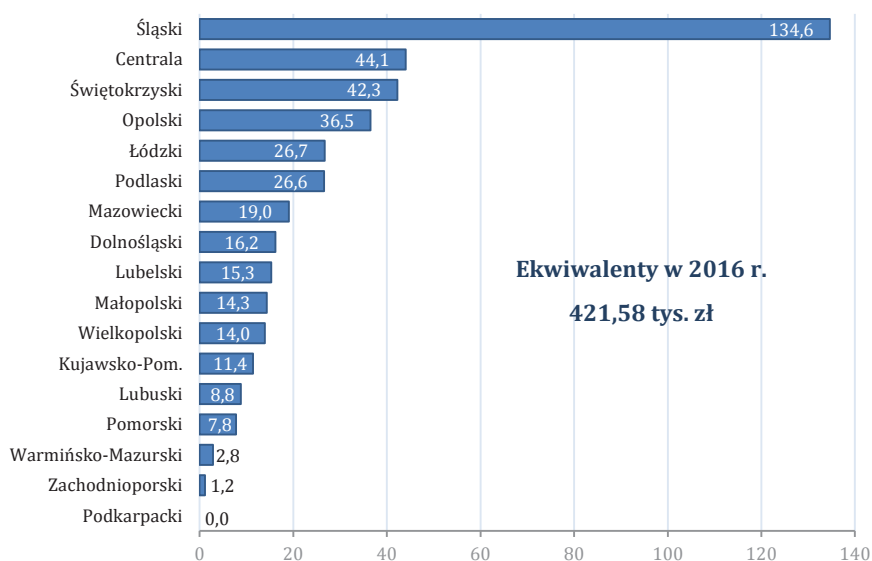
W ocenie NIK zwiększona rotacja pracowników, związana m.in. z zapowiadany zmianami w służbie zdrowia i planami likwidacji Funduszu, oraz brakiem przedstawiania konkretnych rozwiązań przez Ministra Zdrowia w tym zakresie, stwarza zagrożenie dla prawidłowej realizacji zadań przez płatnika.

W 2016 r. NFZ wypłacił 161 osobom ekwiwalent za niewykorzystany urlop w kwocie 421,58 tys. zł. (w 2015 r. 134 osobom w kwocie 356,67 tys. zł.), w tym w Śląskim OW NFZ wypłacono ekwiwalent w wysokości 134,63 tys. zł (40 osobom), w Centrali 44,05 tys. zł (10 osobom), w Świętokrzyskim OW NFZ 42,27 tys. zł (14 osobom), w Opolskim OW NFZ 36,5 tys. zł (ośmiu osobom), ponad 26 tys. zł wypłacono w Łódzkim i Podlaskim OW NFZ, w wysokości między 20 tys. zł a 10 tys. zł w sześciu OW NFZ, poniżej 10 tys. zł wypłacono w czterech OW NFZ, a jedynie Podkarpackim OW NFZ nie wypłacono ekwiwalentów za niewykorzystany urlop.

Ekwiwalenty za niewykorzystany urlop

Wykres nr 13

Kwoty ekwiwalentów w podziale na Centralę i OW NFZ w tys. zł



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Jako główne przyczyny niewykorzystania urlopu i wypłaty ekwiwalentu wskazano długotrwałą niezdolność do pracy z powodu choroby, trwającą do dnia rozwiązania umowy o pracę, względy organizacyjne (konieczność przekazania swoich zadań współpracownikom, zachowanie ciągłości wykonywanych zadań, nadmiar zadań do wykonania), rozwiązanie umowy z upływem czasu, na który została zawarta, brak możliwości wykorzystania całego urlopu w trakcie okresu wypowiedzenia, zwolnienie pracownika.

- Usługi obce** Wydatki NFZ na usługi obce wyniosły 136 434,54 tys. zł (w 2015 r. było to 153 314,82 tys. zł) i stanowiły 79,38% planu.
- Pozostałe koszty** Pozostałe koszty obejmujące m.in. wydanie i obsługę kart ubezpieczenia oraz recept, rezerwy na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych wyniosły 214 434,28 tys. zł i były wyższe niż w 2015 r. (159 203,62 tys. zł). Ich wykonanie było niższe od planu po zmianach o 163 026,72 tys. zł (zrealizowano 56,81% planu).
- Rezerwy** W planie finansowym koszty rezerw zostały zaplanowane na kwotę 205 568 tys. zł, następnie Prezes NFZ 28 grudnia 2016 r.¹²⁰ zwiększył wartość planowanych kosztów rezerw o 56 775 tys. zł, tj. do kwoty 262 343 tys. zł, natomiast realizacja w tej pozycji planu wyniosła 111 080,88 tys. zł, co stanowiło 42,34% planu po zmianach i przesunięciach.
- Koszty finansowe** W „pierwotnym” planie finansowym „koszty finansowe”¹²¹ zostały zaplanowane na kwotę 90 266 tys. zł, następnie Prezes NFZ dokonał 28 grudnia 2016 r., zwiększenia planu w tej pozycji do poziomu 110 424 tys. zł. Fundusz poniósł w 2016 r. koszty finansowe w wysokości 46 843,59 tys. zł (co stanowiło 42,42% planu), w tym odsetki za zwłokę w zapłacie zobowiązań w kwocie 187,63 tys. zł¹²², oraz pozostałe koszty finansowe w wysokości 46 655,96 tys. zł, obejmujące utworzone rezerwy na odsetki – 24 243,49 tys. zł, ujemne różnice kursowe 17 974,54 tys. zł, pozostałe – 4 437,93 tys. zł.

Jak wyjaśniono, niewykonanie planu w tych pozycjach wynikało z braku rozstrzygnięć, do czasu zamknięcia ksiąg rachunkowych za 2016 r., spraw toczących się w sądach przeciwko NFZ, o zapłatę za świadczenia opieki zdrowotnej wykonane w latach poprzednich ponad limit określony w umowie.

¹²⁰ W związku z wystąpieniami Dyrektorów OW NFZ (w dniach 28 września – 17 października 2016 r.) zwiększenia wartości tej pozycji kosztów, do ich przewidywanego wykonania oraz wystąpieniem z 8 listopada 2016 r. Biura Księgowości, Prezes Funduszu w dniach 16–18 listopada 2016 r. wystąpił do Rady NFZ oraz Sejmowych Komisji Zdrowia oraz Finansów Publicznych, a 8 grudnia 2016 r. do Ministra Zdrowia w sprawie zmiany planu finansowego NFZ na 2016 rok. Zmiana została zatwierdzona przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 28 grudnia 2016 r.

¹²¹ Koszty finansowe obejmują: odsetki za zwłokę w spłacie zobowiązań (w tym zapłacone odsetki od wyroków sądowych dotyczących: świadczeń opieki zdrowotnej oraz zobowiązań wobec pracowników wynikających z Kodeksu Pracy), utworzone rezerwy na odsetki wynikające z postępowań sądowych, ujemne różnice kursowe, pozostałe koszty finansowe.

¹²² W związku z zapłatą odsetek, kar i opłat Fundusz skierował w I półroczu 2016 r. sześć zawiadomień o naruszeniu dyscypliny finansów publicznych, obejmujących rok 2016 i lata wcześniejsze (wobec wszystkich zawiadomień zostały wydane postanowienia o odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego), a za drugie półrocze 2016 również skierowano sześć zawiadomień (do dnia zakończenia kontroli sprawy nie zostały zakończone).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

NIK, już w latach 2010–2013, wskazywała na zawyżanie planu w tych pozycjach i podnosiła potrzebę rzetelnego planowania tych kosztów. Ponadto NIK podkreśla, że część Dyrektorów OW NFZ potrafi prawidłowo zaplanować wykonanie w tych pozycjach kosztów, a część OW NFZ, zwiększając pod koniec roku plan, wykonała go w wysokości zaledwie kilku procent, m.in. w pozycji F2 rezerwa na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych Zachodniopomorski OW NFZ wykonał plan w 3,38%, a Kujawsko-Pomorski OW NFZ w 9,31%, natomiast Warmińsko-Mazurski OW NFZ nie dokonał żadnych wydatków w tej pozycji.

Ponadto NFZ poniósł tzw. „inne koszty” obejmujące m.in. koszty sądowe, zapłacone kary i grzywny, odszkodowania. W planie finansowym po zmianach określono je w wysokości 114 323,00 tys. zł. Wysokość poniesionych kosztów z tego tytułu wyniosła 102 640,33 tys. zł, tj. 89,78% i była blisko pięciokrotnie wyższa niż w 2015 r. (tj. o 81 568,40 tys. zł), w tym z tytułu zapłaconych kar, grzywn i odszkodowań 121,35 tys. zł, tj. o 79,23 tys. zł więcej niż 2015 r.

Inne koszty

Jak wyjaśniono, wyższa realizacja planu w poz. F4 „inne koszty” w roku 2016 była następstwem poniesienia przez Fundusz kosztów, w łącznej wysokości 121,07 tys. zł z tytułu wyroków i ugód sądowych o odszkodowanie dla byłych pracowników¹²³.

Negatywnie należy ocenić fakt, iż wartość poniesionych kosztów z tytułu zapłaconych kar, grzywn i odszkodowań była blisko trzykrotnie wyższa niż w 2015 r. (tj. o 79,23 tys. zł). Już w wystąpieniu pokontrolnym z realizacji zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2014 (P/15/059) Najwyższa Izba Kontroli wniosowała o wyeliminowanie sytuacji, w których Fundusz ponosi koszty z ww. tytułu, a Prezes NFZ 28 października 2015 r., zobowiązał Dyrektorów OW NFZ do wzmocnienia nadzoru nad prowadzonymi przez podległych pracowników sprawami w celu ograniczenia ryzyka związanego z ponoszeniem przez NFZ kosztów z powyższych tytułów. Fundusz nie podejmował w tym zakresie dodatkowych działań, poza wspomnianymi, wskazując, że ww. wytyczne są nadal aktualne.

Zgodnie z rzeczowym planem wydatków inwestycyjnych Fundusz na realizację zadań inwestycyjnych zaplanował kwotę 93 981,45 tys. zł, a wydatkował 54 772,03 tys. zł (58,28%). Zadania o wartości 6 462,02 tys. zł były w trakcie realizacji.

Wydatki majątkowe

Wartość zadań nierozpoczętych wyniosła 19 324,48 tys. zł, z tego w Centrali NFZ w wysokości 16 238,90 tys. zł, co stanowiło 51,16% planu Centrali i 17,28% planu Funduszu. Były to m.in. zadania, których realizacja uwarunkowana była podjęciem decyzji przez Ministra Zdrowia, w tym m.in. w związku z brakiem stosownych decyzji Ministerstwa Zdrowia w zakresie formuły kontynuowania projektu RUM II dotyczącego wydania kart KUZ/KSM, środki na ten cel w poszczególnych pozycjach planu nie były wykorzystane¹²⁴.

¹²³ Wyrok sądowy o odszkodowanie dla byłego pracownika Małopolskiego OW NFZ w wysokości 24,27 tys. zł, ugoda sądowa z byłym pracownikiem Świętokrzyskiego OW NFZ w wysokości 7,46 tys. zł oraz ugoda sądowa z byłymi pracownikami Centrali NFZ – polubowne zakończenie sporu z tyt. odszkodowania z powodu niezgodnego z prawem rozwiązania umowy o pracę bez wypowiedzenia w wysokości 89,34 tys. zł.

¹²⁴ Zakup sprzętu do budowy systemu Card and Application Management System (CAMS) – 2 468 tys. zł, zakup urządzeń do personalizacji w ramach personalizacji uzupełniającej – 250 tys. zł, zakup pakietów oprogramowania i systemów informatycznych do budowy systemu Card and Application Management System (CAMS) – 6 535 tys. zł, zakup pakietów oprogramowania i systemów informatycznych – 100 tys. zł.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

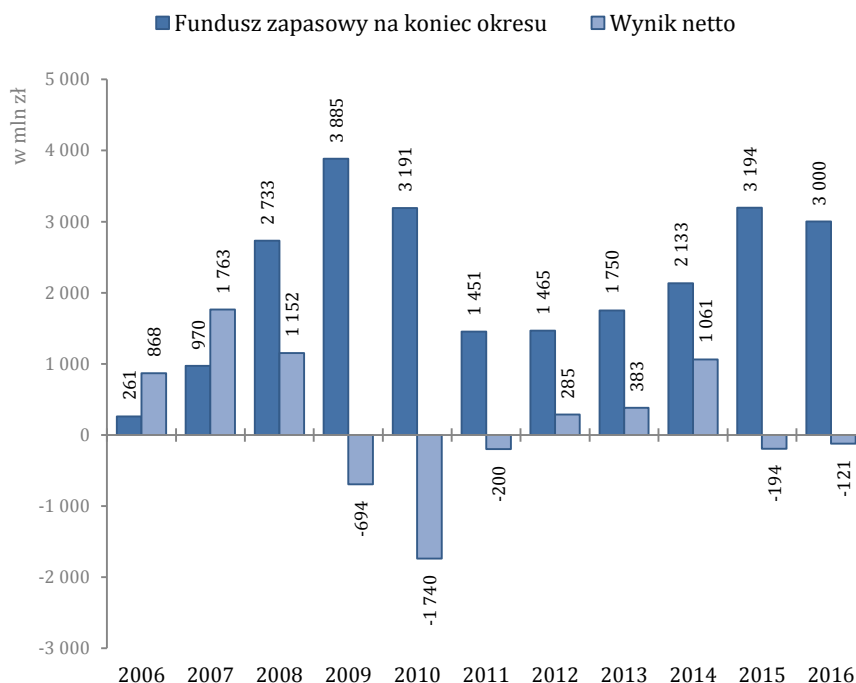
5.3.4. Wynik finansowy

Strata na działalności Wynik finansowy NFZ wyniósł (-)120 788,44 tys. zł i wynikał, m.in. z:

- 1) niższych niż planowano:
 - kosztów świadczeń opieki zdrowotnej o 751 313,02 tys. zł;
 - kosztów administracyjnych o 104 099,85 tys. zł;
 - przychodów ze składek z lat ubiegłych o 21 850,56 tys. zł;
- 2) wyższych niż planowano:
 - przychodów ze składki należnej brutto w roku planowania równej przypisowi składki o 801 076,48 tys. zł;
 - przychodów z dotacji z budżetu państwa na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a–2c, 3 i 3b ustawy o 260 554,87 tys. zł;
 - przychodów wynikających z przepisów o koordynacji o 56 397,72 tys. zł;
 - wyniku na pozostałej działalności o 202 606,80 tys. zł;
 - wyniku na działalności finansowej o 66 939,79 tys. zł.

Wykres nr 14

Wynik netto oraz stan funduszu zapasowego w mln zł na koniec roku, w latach 2010–2016



Źródło: Opracowanie Własne na podstawie danych NFZ.

Fundusz zapasowy

Na koniec 2016 r. wartość funduszu zapasowego, o którym mowa art. 115 ustawy o świadczeniach, wynosiła 3 000 375 tys. zł¹²⁵. Zgodnie z Uchwałą Rady NFZ¹²⁶ z funduszu zapasowego zostanie pokryta strata na koniec 2016 r. w wysokości (-) 120 788,44 tys. zł.

¹²⁵ W 2015 r. 3 194 120 tys. zł, 2014 r. 2 133 094 tys. zł, 2013 r. 1 750 269 tys. zł, 2012 r. 1 464 887 tys. zł, 2011 r. 1 451 175 tys. zł, 2010 r. 3 190 871 tys. zł, 2009 r. 3 885 363 tys. zł, 2008 r. 2 733 246 tys. zł, 2007 r. 970 330 tys. zł, 2006 r. 261 385 tys. zł.

¹²⁶ Nr 16/2017/III z dnia 6 lipca 2017 r. w sprawie pokrycia straty netto NFZ za 2016 r.

5.4. Rozwój systemów informatycznych NFZ

W ocenie NIK, Fundusz, będący głównym podmiotem kontraktującym świadczenia w obszarze ochrony zdrowia, powinien działać na podstawie wieloletniej strategii w zakresie kierunków rozwoju IT, wykorzystując nowoczesne rozwiązania informatyczne, ułatwiające rozliczanie świadczeń, a przede wszystkim ułatwiające pacjentom korzystanie ze świadczeń zdrowotnych w systemie publicznym. Częste zmiany koncepcji informatyzacji systemu ochrony zdrowia przez Ministra Zdrowia utrudniają powstanie spójnego systemu informacyjnego. Skutkuje to m.in. trudnościami w budowie systemu rozliczania i weryfikacji świadczeń, niewprowadzeniem mechanizmów autoryzacji wykonania świadczenia w czasie rzeczywistym przez lekarza i pacjenta oraz rozwiązań ułatwiających pacjentom korzystanie ze świadczeń zdrowotnych w systemie publicznym. Brak systemowych działań w tym zakresie, zdaniem NIK, negatywnie wpływa na działalność Funduszu.

5.4.1. Rejestr Usług Medycznych

Do końca I półrocza 2017 r. Fundusz nie wdrożył przewidzianego w ustawie o systemie informacji w ochronie zdrowia Rejestru Usług Medycznych (RUM), zapewniającego autoryzację wykonania świadczenia. Od 2006 r. NFZ prowadził prace nad systemem RUM II, który miał stanowić rozwinięcie systemu RUM pozwalające na zbieranie oraz analizowanie danych związanych z udzielanymi świadczeniami medycznymi, finansowanymi ze środków NFZ, m.in. wprowadzenie mechanizmów identyfikacji i uwierzytelniania, a jednym z jego kluczowych komponentów miała być Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego (KUZ).

W dniu 15 lipca 2015 r. Minister Zdrowia podjął decyzję, iż funkcjonalność KUZ powinna zostać uwzględniona w projektowanym przez Ministra Spraw Wewnętrznych e-dowodzie, co spowodowało wstrzymanie prac nad systemem RUM II oraz podjęcie współpracy z MSW jako instytucją wiodącą. Ministerstwo Cyfryzacji 20 października 2016 r. oraz 10 lutego 2017 r. przedstawiło „Koncepcję wdrożenia polskiego dowodu osobistego z warstwą elektroniczną”¹²⁷, zgodnie z którą wydawanie nowych dowodów, które będą służyły m.in. do uwierzytelnienia w e-usługach administracji publicznej, elektronicznego podpisywania dokumentów i potwierdzania obecności w placówkach służby zdrowia (KUZ), odbędzie w okresie 10 lat (wariant naturalnej wymiany).

Łączne koszty poniesione w 2016 r. z tytułu realizacji projektu RUM II wyniosły 1 088,48 tys. zł¹²⁸.

Częste zmiany koncepcji, dokonywane przez Ministra Zdrowia, utrudniają budowę systemu RUM II, którego wprowadzenie, według Funduszu, ma przynieść oszczędności szacowane na 3 do 6,5 mld zł w zależności od fazy

Prace nad RUM II

Zmiany decyzji
przez Ministra Zdrowia

¹²⁷ Dokument był efektem prac ekspertów Ministerstwa Cyfryzacji, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Ministerstwa Zdrowia, realizowanych na podstawie Porozumienia w sprawie wdrożenia dowodu osobistego z warstwą elektroniczną z 27 czerwca 2016 r.

¹²⁸ Obejmowały koszt III etapu budowy systemu PKI w kwocie 992,98 tys. zł oraz serwis systemu PKI w kwocie 95,50 tys. zł.

projektu¹²⁹. Zaoszczędzone środki przeznaczone mogłyby zostać na finansowanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej i przyczynić się do zwiększenia ich dostępności.

5.4.2. System Informatycznego Wspomagania Działalności NFZ

Obecnie używany system

NFZ używa Systemu Informatycznego Wspomagania Działalności NFZ (SIWDz), który jest dostarczany przez dwóch dostawców¹³⁰ i bazuje na rozwiązaniach architektonicznych stosowanych w 1999 r., a w niektórych przypadkach opiera się na niszowych systemach operacyjnych (tj. IBM i/OS), powodujących ciągły wzrost kosztów związanych z utrzymaniem, rozwojem oprogramowania i infrastrukturą. Równocześnie Fundusz nie posiada autorskich praw majątkowych, dostępu do kodów źródłowych ani licencji do modyfikacji systemu SIWDz, a umowy na konserwację i subskrypcję systemu zawierane są w trybie z wolnej ręki¹³¹ z właścicielami praw majątkowych i kodów źródłowych.

Umowy o wsparcie systemu

Prezes Funduszu, podczas procesu negocjacji umów wsparcia SIWDz na lata 2016–2019, wskazał na potrzebę wsparcia komisji przetargowej przez doradców. Zgodnie z analizami sporządzonymi przez dwóch doradców¹³² umowy zawarte w 2015 r. na usługi subskrypcji i konserwacji SIWDz zostały ocenione jako bardzo niekorzystne dla NFZ, m.in. z powodu braku zabezpieczenia interesów Funduszu w podstawowych obszarach, tj. zasad realizacji usług, odpowiedzialności wykonawcy, samodzielności NFZ w korzystaniu systemu. Wskazano, że przyjęty model współpracy pogłębia uzależnienie Funduszu od dostawców, co w efekcie powoduje wiele niekorzystnych dla NFZ konsekwencji praktycznych, prawnych i finansowych. W związku z przedłużającymi się negocjacjami dotyczącymi zawarcia umów na usługi subskrypcji i konserwacji SIWDz na 2016 r. Fundusz zawarł na okres od 1 stycznia do 31 marca 2016 r. umowy na takich samych warunkach jak obowiązujące w 2015 r.

¹²⁹ Z szacunków prowadzonych przez europejskie instytucje ubezpieczeniowe działające w systemie publicznej opieki zdrowotnej wynika, że w rozwiniętych krajach europejskich poziom nieprawidłowości wynosi od 2 % do 5% rocznego budżetu instytucji. Fundusz w latach 2014–2015 przyjął średni budżet roczny z 2013 r. w wysokości 65 mld zł, a poziom nieprawidłowości, których zatrzymanie będzie możliwe przy użyciu kart generujących podpis elektroniczny określono na 1% tego przychodu, co oznacza, że wartość tak oszacowanego strumienia nieprawidłowości rocznie może wynosić 650 mln zł. Ze względu na brak podstaw do określenia wzajemnego stosunku wartości nieprawidłowości możliwych do wyeliminowania z użyciem kart KUZ i KSM przyjęto stosunek 50% na 50%, co biorąc pod uwagę przewidywalny czas przeprowadzenia projektu od 5 do 10 lat, wskazuje na poziom nieprawidłowości od 3 do 6,5 mld zł. Fundusz nie przeprowadzał nowszych opracowań oraz analiz związanych z oszacowaniem potencjalnych nieprawidłowości, niż wyżej podane, brane pod uwagę w ramach pierwotnych prac związanych z wydaniem kart KUZ i KSM.

¹³⁰ Pierwotnie systemy informatyczne zostały stworzone dla Kas Chorych, a następnie zostały przejęte i skonsolidowane przez NFZ.

¹³¹ Na podstawie ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2164, ze zm.).

¹³² Z tytułu świadczenia usług doradczych NFZ poniósł w 2016 r. koszt w wysokości 73,3 tys. zł, a w 2015 r. 218,65 tys. zł.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Umowy w nowym brzmieniu¹³³ zostały zawarte na okres od 1 kwietnia 2016 r. do 30 marca 2019 r. o łącznej wartości 166 846,52 tys. zł (co stanowi wzrost o 2,5% w stosunku do poprzednio obowiązujących umów).

Umowy zostały zawarte na okres trzyletni, w związku z koniecznością zachowania ciągłości działania w zakresie usług świadczonych przez SIWDz jako głównego narzędzia NFZ do realizacji ustawowo określonych zadań¹³⁴ oraz w celu uniknięcia pracochłonności procesu negocjacyjnego i ryzyka z tym związanego (m.in. przedłużanie się procesów negocjacyjnych lub zagrożenie wystąpienia okresów bezumownych związanych z negocjacjami kolejnych umów).

Z tytułu realizacji umów wsparcia SIWDz w 2016 r. NFZ poniósł koszty w łącznej wysokości 55 276,39 tys. zł, w tym z tytułu umów przejściowych w okresie styczeń–marzec 2016 r. w wysokości 13 564,76 tys. zł oraz z tytułu umów trzyletnich w okresie od kwietnia do grudnia 2016 r. w wysokości 41 711,63 tys. zł

Koszty wsparcia systemu

Zawarcie umów na świadczenia usług subskrypcyjnych i konserwacyjnych na okres od 1 stycznia do 31 marca 2016 r. na niekorzystnych warunkach, stanowiło ryzyko dla prawidłowej realizacji usług, jednakże spowodowane było przedłużającym się procesem negocjacji dotyczącym zawarcia umów na 2016 r. na korzystniejszych dla NFZ warunkach oraz zabezpieczenia prawnego świadczenia usług w 2016 r., a także niedopuszczenia do sytuacji jaka miała miejsce w 2015 r., gdzie przez ponad 5 miesięcy usługi były świadczone bez obowiązujących umów.

¹³³ Umowy z 1 kwietnia 2016 r. uwzględniały niektóre zmiany przedstawione przez podmioty doradcze, m.in. zawarto wyczerpująco opisane pola eksploatacji (umowy potwierdzają, że licencja z lat poprzednich, była udzielona na zasadach, jak z bieżącej umowy oraz zawierają szeroki opis pola eksploatacji licencji na nowe produkty); wprowadzono potwierdzenie legalnego użytkownika (w zakresie naprawy błędów NFZ może wprowadzać modyfikację do Systemu); kara umowna w wysokości wartości trzyletniej umowy przy wypowiedzeniu licencji przez Wykonawcę w czasie krótszym niż 25 lat; obowiązek poinformowania NFZ o: oprogramowaniu osób trzecich wykorzystywanym w Systemie, próbie przeniesienia praw autorskich lub obciążenia ich, o wpływie instalowanych zmian na inne elementy Systemu i infrastruktury przed ich dokonaniem oraz określono, że przeniesienie praw autorskich na inny podmiot nie spowoduje zaprzestania świadczenia usług wynikających z umowy; poza sytuacją upadłości i likwidacji, jak to miało miejsce w umowach 2015 r., przesłanką uzyskania dostępu do depozytu kodów źródłowych będzie zaprzestanie świadczenia usług przez okres jednego miesiąca. Umowy nadal mają charakter ryczałtowy, ale usunięto z nich element wątpliwości, czy umowy na subskrypcję i konserwację nie pokrywają się w zakresie świadczonych usług poprzez rozszerzenie katalogów w umowach; pięcioletni okres zobowiązania do zachowania poufności po zakończeniu obowiązywania umów (poprzednie umowy przewidywały okres poufności wyłącznie w czasie ich trwania); trzymiesięczny okres wypowiedzenia dla NFZ, bez możliwości wypowiedzenia umów przez Wykonawców.

¹³⁴ W związku z możliwością trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia przez NFZ każdej z umów bez podania przyczyny, w przypadku skonkretyzowania planów Ministerstwa Zdrowia związanych z likwidacją NFZ, Fundusz będzie miał możliwość terminowej reakcji oraz zaznaczył, że w przypadku likwidacji NFZ budowa nowego systemu informatycznego dla nowego podmiotu, będącego płatnikiem potrwa przez okres co najmniej wielomiesięczny, wieloletni, a w tym okresie wykorzystywany będzie system dotychczasowy, który wymagać będzie wsparcia informatycznego SIWDz.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Brak wieloletniej strategii

Fundusz, do dnia zakończenia kontroli, nie dysponował zatwierdzoną wieloletnią strategią w zakresie rozwoju systemów informatycznych NFZ¹³⁵. W „Założeniach do strategii IT” zawarto m.in. analizę stanu obecnego modelu informatyki i organizacji NFZ, propozycję modelu docelowego oraz główne kierunki działań na okres 5 lat.

Prezes NFZ projekt „założeń do strategii IT” przesłał 15 października 2015 r. do Ministra Zdrowia z prośbą o przedstawienie ewentualnych uwag i akceptację, a ponownie w dniu 2 czerwca 2016 r. Fundusz wystąpił Ministra Zdrowia¹³⁶, opisując możliwe do przyjęcia przez NFZ kierunki działań w obszarze strategii IT i prosząc o wskazanie wytycznych w tym zakresie dla kierownictwa NFZ. Na ww. pisma Fundusz nie otrzymał odpowiedzi, a 21 grudnia 2016 r. Minister Zdrowia przekazał do wiadomości Prezesa NFZ, pismo skierowane do Dyrektora CSIOZ¹³⁷, informujące, że Minister Zdrowia podjął decyzję w zakresie przejęcia systemów teleinformatycznych NFZ przez CSIOZ (w tym przejęcia zadań, pracowników oraz majątku informatycznego NFZ) oraz rozpoczęcia przez CSIOZ prac nad budową nowego systemu teleinformatycznego służącego do kontraktowania i rozliczeń świadczeń opieki zdrowotnej w ramach Narodowej Służby Zdrowia.

Przekazanie kompetencji CSIOZ

Minister Zdrowia wyjaśnił, iż w związku z zapowiedzią likwidacji NFZ, od 1 stycznia 2018 r. podjął w grudniu 2016 r. kierunkową decyzję, co do przekazania systemów teleinformatycznych będących obecnie w dyspozycji NFZ do CSIOZ. Nowa strategia rozwoju systemów informatycznych winna zatem uwzględniać zmiany organizacyjne po stronie płatnika oraz skoncentrowanie ośrodka koordynacji projektów informatycznych w ochronie zdrowia w CSIOZ.

NIK w Informacji o wynikach kontroli *Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 r.* zwracała uwagę, iż opóźnienia w tworzeniu potrzebnych Funduszowi rozwiązań informatycznych i brak systemowych działań w tym zakresie negatywnie wpływają na działalność Funduszu. W ocenie NIK istotnym warunkiem umożliwiającym Funduszowi prawidłowe funkcjonowanie jest dysponowanie nowoczesnymi rozwiązaniami informatycznymi dotyczącymi w szczególności weryfikacji prawidłowości rozliczanych świadczeń, które powinny się opierać na zaakceptowanej przez Ministra Zdrowia Strategii Informatycznej NFZ, wskazującej cele strategiczne w obszarze informatyki, które później mogłyby być przejęte przez nowego płatnika.

Przygotowanie i budowa nowego systemu

W 2013 r. Fundusz rozpoczął prace związane z projektem „Przygotowanie i budowa Otwartej Platformy Ubezpieczeń Zdrowotnych przez NFZ”, tzw. OPUZ. Projekt zakładał uzyskanie, w postępowaniu otwartym, pełni praw do nowo wytworzonych, dedykowanych funkcjonalności, tak aby umożliwić późniejsze utrzymanie i rozwój oprogramowania w otwartych konkurencyj-

¹³⁵ Sporządzenie wieloletniej strategii IT wynika z zarządzenia Prezesa NFZ Nr 17/2015/GPF z dnia 2 kwietnia 2015 r. w sprawie opracowania i przyjęcia Strategii efektywnego i bezpiecznego zarządzania procesem wsparcia informatycznego kluczowych funkcji i zadań NFZ, zmienione zarządzeniem nr 43/2015/GPF.

¹³⁶ Pismo znak DI.040.8.10.2016 W.14683.MG.

¹³⁷ Pismo znak: GM.078.29.2016.

nych postępowaniach przetargowych. Projekt OPUZ byłby komplementarny z projektami RUMII oraz P1, przy czym jego realizacja nie byłaby zależna od wyników i produktów projektu P1.

W marcu 2016 r. Minister Zdrowia zaakceptował przygotowany przez NFZ wniosek o dofinansowanie, w ramach funduszy europejskich projektu OPUZ zakładającego poniesienie kosztów w wysokości 118 836 tys. zł¹³⁸. Wniosek o dofinansowanie przeszedł pozytywną weryfikację formalną w maju 2016 r. i uzyskał pozytywną rekomendację Komitetu Rady Ministrów do spraw Cyfryzacji w czerwcu 2016 r.¹³⁹ Minister Zdrowia w piśmie skierowanym do NIK, 11 lipca 2016 r., wyjaśnił m.in., że projekt OPUZ (do którego NFZ będzie posiadał także prawa autorskie, co rozpocznie proces demonopolizacji w zakresie głównych systemów informatycznych NFZ) jest projektem, który niezależnie od sytuacji w zakresie zmian w ochronie zdrowia, może być prowadzony, ponieważ w swoich założeniach zakłada centralizację głównych rejestrów i procesów, które i tak powinny być obsługiwane w sposób scentralizowany, niezależnie od zmian w systemie ochrony zdrowia.

Dnia 20 września 2016 r., Centrum Projektów Polska Cyfrowa poinformowało Fundusz, że projekt uzyskał wynik negatywny i tym samym nie został zatwierdzony do realizacji. NFZ złożył protest 4 października 2016 r., a 16 grudnia 2016 r. otrzymał informację o nieuwzględnieniu protestu. Fundusz nie odwoływał się w kolejnej instancji, rozpatrując możliwość wzięcia udziału w nowym naborze (nabór 4 dla działania 2.1 POPC), w którym termin złożenia wniosku do KRMC przesunięto na 15 stycznia 2017 r.

W związku z wyznaczeniem przez Ministra Zdrowia terminu na składanie kompletu dokumentów dla wniosków zgłaszanych w powyższym naborze do 4 stycznia 2017 r.¹⁴⁰ Fundusz odstąpił od złożenia wniosku o dofinansowanie projektu OPUZ, wskazując na niemożność wykonania niezbędnych prac w wyznaczonym terminie, a także powołał się na pismo w sprawie przejścia systemów teleinformatycznych NFZ przez CSIOZ.

W związku z projektem OPUZ Fundusz poniósł koszt związany z opracowaniem studium wykonalności z tytułu umowy z zewnętrznym wykonawcą w wysokości 30,75 tys. zł¹⁴¹, a także zostały poniesione w latach 2013–2016 koszty zatrudnienia osób w NFZ, które brały udział w pracach nad projektem.

¹³⁸ W ramach POPC perspektywy finansowania 2014–2020 działanie 2.1 Wysoka dostępność i jakość e-usług publicznych. Nastąpiło to pomimo przekazywanych przez Ministra Zdrowia na początku 2016 r. wytycznych wskazujących, że w związku z planowaną, zasadniczą reformą systemu ochrony zdrowia, polegającą na likwidacji NFZ, powinny być realizowane tylko te inwestycje, których zaniechanie mogłoby uniemożliwić bieżące i operacyjne funkcjonowanie Funduszu.

¹³⁹ Przed posiedzeniem KRMC (Protokół ustaleń nr 1/2016 DI-WRP.002.12.2016 z 20 czerwca 2016 r.) Fundusz prowadził korespondencję mailową z MZ, w związku ze złożonymi do KRMC uwagami Centralnego Biura Antykorupcyjnego dot. projektu OPUZ. CBA m.in. wskazało, że założenia systemu przewidywały konieczność wykorzystania niektórych komponentów SIWDz NFZ, co wiązałoby się z utrzymaniem na kolejne lata uzależnienia Funduszu od dostawców i koniecznością dalszego udzielania zamówień, w trybie niekonkurencyjnym, a także nierealność realizacji harmonogramu, w tym przeprowadzenia zamówień publicznych.

¹⁴⁰ Pismo znak FZR.078.5.2016.KP z dnia 21 grudnia 2016 r. informujące o konieczności przedłożenia kompletu dokumentów dot. wniosku o dofinansowanie projektów naborze dla działania 2.1 POPC, do zaopiniowania przez Ministra Zdrowia w terminie do 4 stycznia 2017 r.

¹⁴¹ Na podstawie umowy Nr 133/2013 z dnia 25 listopada 2013 r. z zewnętrznym wykonawcą, w okresie od 25 listopada 2013 r. do 30 stycznia 2014 r. koszt wyniósł 30,75 tys. zł.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Elektroniczne potwierdzenie uprawnień pacjenta do zaopatrzenia w wyroby medyczne (e-Zlecenie)

Minister Zdrowia poinformował NIK, iż budowa nowego systemu informatycznego, który ma zastąpić systemy informatyczne użytkowane przez NFZ i obejmującego część funkcjonalności obecnych systemów informatycznych płatnika została przekazana do CSIOZ, a Dyrektor CSIOZ poinformował, że CSIOZ rozpoczęło prace w zakresie przejęcia zadań, pracowników oraz majątku związanych z systemami teleinformatycznymi NFZ, a także budową nowego systemu do kontraktowania i rozliczeń świadczeń w ramach Narodowej Służby Zdrowia¹⁴².

W maju 2016 r. Fundusz podjął prace koncepcyjne związane z uruchomieniem rozwiązania informatycznego służącego do elektronicznego potwierdzenia uprawnień pacjenta do zaopatrzenia w wyroby medyczne. Dnia 28 października 2016 r. NFZ wystąpił do MZ z prośbą o zgodę na uruchomienie projektu informatycznego, wdrażającego system informatyczny służący do elektronicznego potwierdzenia uprawnień pacjenta do zaopatrzenia w wyroby medyczne.

Dnia 2 stycznia 2017 r. Prezes NFZ powołał zespół zadaniowy do spraw automatyzacji procesu obsługi zleceń na wyroby medyczne, którego celem było wypracowanie szczegółowej koncepcji rozwiązania informatycznego mającego na celu zautomatyzowanie procesu obsługi zleceń na wyroby medyczne. W spotkaniach zespołu uczestniczyli przedstawiciele NFZ, Ministerstwa Zdrowia, CSIOZ oraz dostawców oprogramowania dla NFZ. Zespół zakończył prace 6 lutego 2017 r., a w dniu 24 lutego 2017 r. NFZ przesłał do Ministra Zdrowia¹⁴³ koncepcję rozwiązania informatycznego wspierającego proces obsługi zleceń na wyroby medyczne, opracowaną przez ww. Zespół, z prośbą o potwierdzenie ostatecznej formy realizacji projektu.

Do Funduszu nie wpłynęła odpowiedź Ministra Zdrowia zarówno na pismo z 28 października 2016 r. jak i z 24 lutego 2017 r.

Fundusz wyjaśnił, że powyższe rozwiązanie przyniesie istotne korzyści świadczeniobiorcom, m.in. ułatwienie oraz skrócenie czasu potwierdzenia zlecenia. Wypracowane przez NFZ rozwiązanie informatyczne przejęłoby w dużej części funkcjonalność projektowaną wspólnie z CSIOZ w ramach projektu P1, której realizacja została wstrzymana i wykorzystane zostałyby prace, wykonane już przez NFZ na potrzeby projektu P1. Realizacja projektu odbywałaby się w ramach zryczałtowanych umów o świadczenie usług konserwacji i subskrypcji SIWDz NFZ. Fundusz nie posiadałby praw autorskich do tego rozwiązania, jednakże NFZ lub jego następcą prawnym będzie miał prawo licencyjne do korzystania z produktu.

Minister Zdrowia 4 lipca 2017 r. poinformował NIK, iż w związku z podjęciem decyzji o przejęciu przez CSIOZ systemów informatycznych NFZ, a w konsekwencji tego nałożeniem na CSIOZ zadania zbudowania nowego

¹⁴² Zgodnie z dokumentami zatwierdzonymi przez Ministra Zdrowia, formuła realizacji zakłada budowę zupełnie nowego systemu teleinformatycznego. Aktualnie trwają prace analityczne (opracowano koncepcję modułów służących do rozliczania recept refundowanych) oraz prace nad opracowaniem harmonogramu budowy nowego systemu do kontraktowania i rozliczania świadczeń dla Płatnika. Resort podejmuje także działania służące pozyskaniu finansowania POPC dla projektu budowy nowego systemu.

¹⁴³ Pismo znak: DI.040.112017.2017.11401.BWL.

systemu teleinformatycznego wstrzymano prace nad rozbudową o nowe funkcjonalności dotychczasowych systemów teleinformatycznych użytkowanych przez NFZ. Nie ma bowiem uzasadnienia do rozbudowywania obecnie funkcjonujących w NFZ systemów teleinformatycznych (do których NFZ nie ma praw autorskich), w sytuacji, gdy planowana jest budowa od nowa systemu teleinformatycznego służącego do kontraktowania i rozliczeń ze świadczeniodawcami dedykowanego dla przewidywanej struktury Narodowej Służby Zdrowia.

Dyrektor CSIOZ wyjaśnił, iż w chwili obecnej CSIOZ nie prowadzi żadnych działań związanych z realizacją funkcjonalności e-Zleceń, która pierwotnie miała zostać zrealizowana w ramach Projektu P1, a następnie wykluczona w grudniu 2015 r., po ograniczeniu zakresu funkcjonalnego Projektu P1 oraz dodał, iż w związku z przygotowaniem nowego modelu zleceń na zaopatrzenia ortopedyczne, nowy system związany z obszarem e-Zleceń realizowany jest obecnie przez zespół powołany przez NFZ, w którego pracach uczestniczą również przedstawiciele CSIOZ.

5.5. System kontroli i audytu

5.5.1. Zintegrowany Informator Pacjenta

W 2016 r. do rejestru ZIP¹⁴⁴ wpłynęło łącznie 1 658 zgłoszeń (w 2015 r. 1 721 zgłoszeń), w odniesieniu do których Fundusz przeprowadził i zakończył 1 126 postępowań wyjaśniających (w 2015 r. 1 471). W toku były 493 postępowania (na koniec 2015 r. – 250 postępowań), 35 zgłoszeń zostało czasowo zawieszonych. Głównymi przyczynami niezakończenia postępowań wyjaśniających było: przekazanie spraw do organów ścigania, konieczność ponownego wystąpienia do świadczeniodawcy, konieczność przeprowadzenia kontroli u świadczeniodawcy, wpływ zgłoszeń do OW NFZ pod koniec okresu sprawozdawczego¹⁴⁵.

Zgłoszenia do rejestru ZIP

Za zasadne uznano 694 zgłoszenia pacjentów, tj. 61,63% zakończonych postępowań. Fundusz odzyskał kwotę za nienależnie wypłacane środki w wysokości 156 343,60 zł, nałożył 43 kary umowne na kwotę 95 270,52 zł (w 2015 r. 52 kary na kwotę 934 578,89 zł)¹⁴⁶ oraz rozwiązał jedną umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Do prokuratury przekazano 15 zawiadomień o podejrzeniu popełnienia przestępstwa.

Największa liczba zgłoszonych nieprawidłowości dotyczyła: ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia stomatologicznego, rehabilitacji leczniczej i refundacji leków. Z 1 658 wszystkich zgłoszeń najwięcej dotyczyło: świadczeń, które nie miały miejsca (1 216) i świadczeń, za które pacjent zapłacił, a które zostały wykazane do finansowania przez NFZ (142).

¹⁴⁴ Zintegrowany Informator Pacjenta (ZIP) to ogólnopolski serwis udostępniający zarejestrowanym użytkownikom (osobom ubezpieczonym) historyczne dane o ich leczeniu i finansowaniu leczenia, gromadzone od 2008 r. przez NFZ.

¹⁴⁵ W IV kwartale 2016 r. do ZIP wpłynęło 367 zgłoszeń.

¹⁴⁶ Znaczna różnica w kwotach nałożonych kar umownych wynika z nałożonych w 2015 r. kar umownych przez Podkarpacki OW NFZ, które łącznie wynosiły 809 063,12 zł.

Kontrola świadczeniodawców

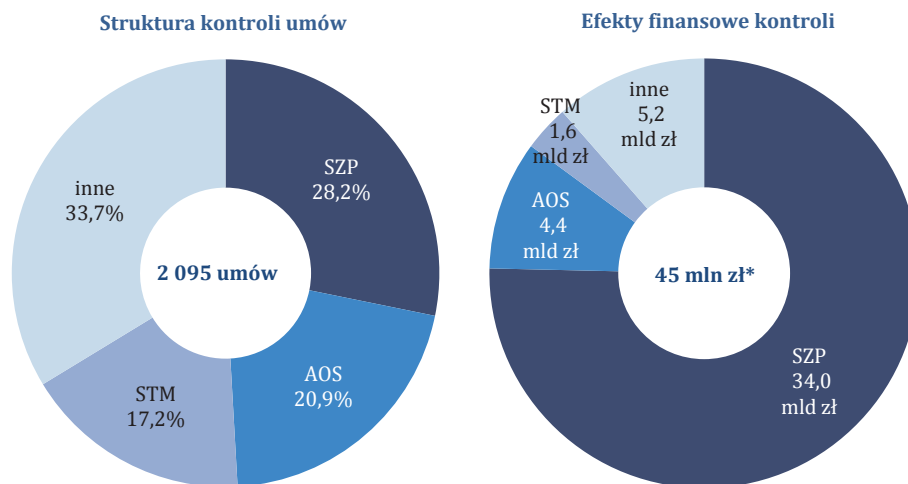
5.5.2. Kontrole świadczeniodawców, ordynacji lekarskich i aptek

W 2016 r. OW NFZ przeprowadziły łącznie 1 843 postępowania kontrolne u świadczeniodawców¹⁴⁷, tj. o 147 mniej (7,39%) niż w 2015 r., w ramach których skontrolowały 1 936 umów (690 w ramach kontroli planowych oraz 1 246 w ramach kontroli pozaplanowych doraźnych), tj. o 159 umów (7,59%) mniej niż w 2015 r. (2 095). Najwięcej umów skontrolowano w rodzaju leczenie szpitalne – 28,2%, AOS – 20,9% oraz leczenie stomatologiczne – 17,2%. Łączna wartość umów w kontrolowanych zakresach wyniosła 8 634 147 698,58 zł i była niższa o 19,1% w porównaniu do wartości umów skontrolowanych w 2016 r.

W 2016 r. w wyniku prowadzonych postępowań kontrolnych u świadczeniodawców łączne skutki finansowe wyniosły 50 540,60 tys. zł, tj. o 85 419,32 tys. zł mniej niż w 2015 r. (135 959,93 tys. zł), w tym z tytułu nienależnie przekazanych środków finansowych 34 520, 45 tys. zł oraz nałożonych kar umownych w kwocie 16 020,15 tys. zł. Niefinansowe skutki obejmowały m.in.: rozwiązanie 113 umów, w tym 24 w trybie natychmiastowym, 131 powiadomień o wynikach kontroli organu założycielskiego, 50 powiadomień organów ścigania o podejrzeniu popełnienia przestępstwa, na podstawie których zostało wszczętych 31 spraw¹⁴⁸.

Wykres nr 15

Struktura kontroli umów wg rodzajów świadczeń oraz efekty finansowe kontroli wg rodzajów świadczeń



* kwota obejmuje zakończone procedury kontrolne, wg stanu na luty 2017 r.

Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

¹⁴⁷ Typowe nieprawidłowości ujawniane w toku kontroli stanowiły m.in.: zawyżanie wartości rozliczanych świadczeń, w szczególności zrealizowanych w toku hospitalizacji, realizacja świadczeń w warunkach leczenia szpitalnego, które powinny zostać zrealizowane w trybie ambulatoryjnym, brak w dokumentacji medycznej potwierdzenia udzielonych świadczeń, udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach lub umowie, brak lub ograniczenie dostępności do świadczeń, brak wymaganego wyposażenia w sprzęt lub brak wymaganych dokumentów potwierdzających dopuszczenie aparatury do użytku, prowadzenie list oczekujących w sposób naruszający przepisy prawa, nieuzasadniona odmowa udzielania świadczeń świadczeniobiorcy.

¹⁴⁸ Dane z 15 OW NFZ, bez Zachodniopomorskiego OW NFZ, który nie dysponował informacją, ile postępowań zostało wszczętych.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W 2016 roku oddziały wojewódzkie NFZ łącznie przeprowadziły 954 postępowania kontrolne w zakresie prawidłowości realizacji recept w aptekach, tj. o 344 postępowania kontrolne mniej niż w 2015 r. (26,50%). W toku przeprowadzonych kontroli aptek zakwestionowano łącznie 75 985 recept o wartości 5 565,94 tys. zł oraz nałożono kary umowne w kwocie 535,68 tys. zł, a łączna wartość kwot do zwrotu wyniosła 6 101,61 tys. zł i była o 1 365,49 tys. zł wyższa niż w 2015 r.¹⁴⁹

Kontrola aptek

W 2016 r. oddziały wojewódzkie NFZ przeprowadziły 450 kontroli ordynacji lekarskiej (tj. o 21,19% mniej niż w 2015 r., w którym przeprowadzono 571 kontroli), z czego 90 kontroli dotyczyło lekarzy wystawiających recepty w oparciu o umowy indywidualne na wystawianie recept na leki i wyroby medyczne objęte refundacją, a 360 kontroli obejmowało realizację umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ordynacji lekarskiej. Skontrolowano 1 107 lekarzy. Ogółem wartość kontrolowanej ordynacji w 2016 r. wynosiła 39 927,64 tys. zł, tj. o 9 170,20 tys. zł więcej niż 2015 r. (30 757,44 tys. zł).

Ordynacja lekarska

W wyniku przeprowadzonych kontroli ordynacji lekarskiej w 2016 r. ustalono do zwrotu kwotę 9 513,67 tys. zł (tj. o 6 761,55 tys. zł wyższą niż w 2015 r.¹⁵⁰), w tym wartość zakwestionowanej ordynacji wyniosła 8 944,27 tys. zł, a kar umownych 569,40 tys.

Łącznie w NFZ przeprowadzono 3 247 kontroli świadczeniodawców, ordynacji lekarskiej oraz aptek, tj. o 612 (15,86%) mniej niż w 2015 r. (3 859), w których ustalono do zwrotu środki w wysokości 66 155,88 tys. zł, tj. o 77 292,28 tys. zł (53,88%) niższej niż w 2015 r. (143 448,17 tys. zł).

Zmniejszenie skutków finansowych kontroli, wynika ze zmiany obszarów objętych kontrolą w 2016 r. Przeprowadzane kontrole nie wiązały się bezpośrednio z kwestionowaniem rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej, jak w latach poprzednich, ale z kompleksowym podejściem do kontrolowanych obszarów oraz były bardziej czasochłonne¹⁵¹. Fundusz wskazał ponadto na spadek potencjału kadrowego (w szczególności osób posiadających wykształcenie medyczne i farmaceutyczne) spowodowany odpływem pracowników w związku z niejasną sytuacją dotyczącą przyszłości NFZ, wysoką fluktuacją kadr realizujących zadania kontrole, co zostało

Przyczyny zmniejszenia skutków finansowych kontroli

¹⁴⁹ W toku przeprowadzonych w 2015 r. kontroli aptek zakwestionowano łącznie 89 442 recepty o wartości 4 234,48 tys. zł oraz nałożono kary umowne w kwocie 501,65 tys. zł.

¹⁵⁰ Łącznie w wyniku przeprowadzonych kontroli ordynacji lekarskiej w 2015 r. ustalono do zwrotu kwotę 2 752,11 tys. zł, w tym wartość zakwestionowanej ordynacji wyniosła 2 102,55 tys. zł, a kar umownych 649,56 tys. zł.

¹⁵¹ Zgodnie ze strategią działalności kontrolnej NFZ na lata 2016–2018 w ramach priorytetów na 2016 r. wykonywane były kontrole jakości warunków do udzielania świadczeń, realizacji zadań przez podmioty związane umowami o podwykonawstwo zawarte ze świadczeniodawcami, spełnianie minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych oraz prowadzenia list oczekujących. Przy kontrolach ordynacji lekarskiej znaczna część kontroli prowadzona była we współpracy z organami ścigania, co wiązało się z zaangażowaniem kontrolerów w czynności związane z weryfikacją i przygotowaniem obszernej dokumentacji oraz udział w rozprawach sądowych, a także zostały przeprowadzone, na zlecenie Ministerstwa Zdrowia, czasochłonne kontrole doraźne dotyczące importu docelowego leków, natomiast odnośnie aptek, kontrole dotyczące leków recepturowych, zamkniętych aptek oraz weryfikacji dużej liczby recept na zlecenie prokuratury i sądu.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

również stwierdzone przez NIK w poprzednich latach¹⁵², w aspekcie wpływu na liczbę wykonanych kontroli, wielokrotnymi, bezskutecznymi rekrutacjami, długotrwałymi absencjami chorobowymi.

Według stanu na dzień 31 grudnia 2016 r. w Funduszu na 430,86 etatach było zatrudnionych 437 kontrolerów, wykonujących kontrolę świadczeniodawców, aptek, oraz ordynacji lekarskich (średniorocznie 426,56 osób na 420,75 etatach), w tym 300 osób mających wykształcenie medyczne lub farmaceutyczne na 294,61 etatach oraz 51 osób mających wykształcenie średnie medyczne lub farmaceutyczne na 51 etatach. Przybliżony łączny koszt, w 2016 r., związany z zatrudnieniem i wykonywaniem obowiązków przez osoby kontrolujące, obejmujący wynagrodzenia w wysokości 36 090,80 tys. zł¹⁵³ oraz pozostałe koszty¹⁵⁴ wysokości 1 371,86 tys. zł, wyniósł 37 462,67 tys. zł, tj. średniorocznie na jedną osobę 87,83 tys. zł, a na jeden etat 89,04 tys. zł.

Zatrudnienie w komórkach kontrolnych

Według stanu na dzień 31 grudnia 2015 r. w Funduszu na 426,11 etatach było zatrudnionych 433 kontrolerów, wykonujących kontrolę świadczeniodawców, aptek, oraz ordynacji lekarskich (średniorocznie 441,61 osób na 433,71 etatach), w tym 294 osoby mające wykształcenie medyczne lub farmaceutyczne na 289,06 etatach oraz 55 osób mających wykształcenie średnie medyczne lub farmaceutyczne na 55 etatach. Przybliżony łączny koszt, w 2015 r., związany z zatrudnieniem i wykonywaniem obowiązków przez osoby kontrolujące, obejmujący wynagrodzenia w wysokości 34 426,75 tys. zł oraz pozostałe koszty wysokości 14 42,61 tys. zł, wyniósł 35 869,36 tys. zł, tj. średniorocznie na jedną osobę 81,22 tys. zł, a na jeden etat 82,70 tys. zł.

W 2016 r. do komórek kontroli Funduszu przyjęto w naborach zewnętrznych oraz wewnętrznych z innych komórek 84 osoby, w tym 27 lekarzy, a odeszło 60 osób, w tym 29 lekarzy. W 2015 r. do komórek kontroli przyjęto w naborach zewnętrznych oraz wewnętrznych z innych komórek Funduszu 70 osób, w tym 17 lekarzy, a odeszło 64 osoby, w tym 22 lekarzy¹⁵⁵.

Efektywność kontroli

Znaczna (ponad 10%) rotacja, a także niepewność co do dalszego funkcjonowania NFZ mogły mieć wpływ na spadek efektywności prowadzonych kontroli. Zmniejszyła się zarówno ich liczba, jak również wartość objętych kontrolą umów oraz ustalone w ich wyniku skutki finansowe.

W 2016 r. na jedną osobę zatrudnioną, wykonującą zadania kontrolne przypadła zwrot środków ustalonych w toku kontroli świadczeniodaw-

¹⁵² Informacja o wynikach kontroli nr P/12/142 „Prowadzenie kontroli świadczeniodawców oraz weryfikacja wykonania zakontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia”, str. 5, 15-19.

¹⁵³ Pracownicy Centrali NFZ doraźnie uczestniczyli w kontrolach u świadczeniodawców, w kosztach Centrali NFZ wykazano koszt wynagrodzenia za dni przeprowadzenia kontroli, w tym szkolenia centralne dla kontrolerów.

¹⁵⁴ Wybrane koszty związane z kontrolą, bez kosztów wynagrodzeń wraz z pochodnymi osób wykonujących powyższe zadania: koszty usług pocztowych, koszty paliwa wydatkowanego z tytułu użytkowania samochodów służbowych lub prywatnych do celów służbowych, koszty biletów, koszty delegacji oraz inne dające się wyodrębnić.

¹⁵⁵ Wśród osób przyjętych do komórek kontrolnych wykazano trzech audytorów, a wśród osób, które odeszły dziewięciu audytorów.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

ców, ordynacji lekarskiej oraz aptek w wysokości 155,09 tys. zł (na jeden etat 157,23 tys. zł), a w 2015 r. na jedną osobę przypadało 324,83 tys. zł (na jeden etat 330,75 tys. zł). W 2016 r. na jedną złotówkę wydatkowaną w związku z zatrudnieniem kontrolującego przypadały ustalenia finansowe w wysokości jednego złotego i 74 groszy (na jeden etat 1,79 zł), natomiast w 2015 r. na jedną osobę zatrudnioną przypadały cztery złote (na jeden etat 4 zł).

Na jedną osobę zatrudnioną wykonującą zadania kontrolne średnio na rok w 2016 r. przypadało 7,61 kontroli (na jeden etat – 7,72 kontroli), a w 2015 r. na jedną osobę przypadało 8,74 kontroli (na jeden etat – 8,90 kontroli).

5.5.3. Kontrola wewnętrzna i audyt wewnętrzny

Kontrola wewnętrzna w Centrali NFZ w 2016 r. realizowana była, w ramach kontroli instytucjonalnej, przez Dział Kontroli Wewnętrznej Departamentu Kontroli, a kontrola funkcjonalna, w zakresie nadzoru merytorycznego, była sprawowana przez właściwe komórki organizacyjne Centrali. W 2016 r. komórki organizacyjne Centrali przeprowadziły łącznie 57 kontroli¹⁵⁶, w tym 21 w ramach kontroli instytucjonalnej (siedem kontroli planowych, 13 doraźnych, jedna koordynowaną) oraz 36 kontroli w ramach kontroli funkcjonalnej (30 kontroli planowych, sześć doraźnych). Wszystkie kontrole zaplanowane w ramach kontroli instytucjonalnej zostały wykonane, natomiast w ramach kontroli funkcjonalnej trzy kontrole nie zostały przeprowadzone z uwagi na ograniczenia kadrowe.

Kontrola
wewnętrzna

Realizując wniosek pokontrolny z kontroli *Realizacji zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 r.* (P/16/053), dotyczący podjęcia działań w celu zapewnienia komórce Audytu Wewnętrznego bezpośredniej podległości Prezesowi NFZ i warunków niezbędnych do niezależnego prowadzenia audytu wewnętrznego, zgodnie z art. 282 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych¹⁵⁷, Prezes NFZ w dniu 29 grudnia 2016 r. wystąpił do Ministra Zdrowia z wnioskiem o rozważenie wprowadzenia zmian do statutu NFZ, polegających na utworzeniu w Centrali NFZ, w miejsce Departamentu Kontroli, odrębnych komórek organizacyjnych – Biura Kontroli Wewnętrznej oraz Biura Audytu Wewnętrznego. Jednocześnie w dniu 4 kwietnia 2017 r., poprzez zmianę Regulaminu organizacyjnego Departamentu Kontroli w Centrali NFZ, wprowadzono bezpośrednią podległość Wydziału Auditorów Wewnętrznych Prezesowi NFZ.

Audyt wewnętrzny

Plan audytu wewnętrznego sporządzony był zgodnie z art. 283 ust. 3 i 4 ustawy o finansach publicznych oraz §§ 8 i 9 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 4 września 2015 r. w sprawie audytu wewnętrznego oraz informacji o pracy i wynikach tego audytu¹⁵⁸, a także był poprzedzony analizą ryzyka przeprowadzoną zgodnie z § 7 ww. rozporządzenia.

¹⁵⁶ Spadek w porównaniu do 2015 r. o 6,56 % (z 61).

¹⁵⁷ Dz. U. z 2016 r. poz. 1870, ze zm.

¹⁵⁸ Dz.U. z 2015 r. poz. 1480, ze zm.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W sprawozdaniu z prowadzenia audytu wewnętrznego podano, że w 2016 r. przeprowadzono 15 tematów zadań audytowych (osiem zapewniających, w tym jedno pozaplanowe oraz siedem doradczych). Przeprowadzono 11 czynności sprawdzających planowych oraz jedną pozaplanową w obszarze ryzyka „Zarządzanie, Organizacja”.

6. ZAŁĄCZNIKI

6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe

Celem kontroli była ocena, czy wydatkowanie środków przez NFZ było efektywne i prowadziło do poprawy dostępu do świadczeń zdrowotnych¹⁵⁹.

Cel główny kontroli

Założono, że badania kontrolne umożliwią udzielenie odpowiedzi na następujące pytania szczegółowe:

Cele szczegółowe

1. Czy dochodziło do zmniejszenia finansowania wybranych rodzajów świadczeń, w tym w szczególności w onkologii, leczeniu pediatrycznym i uzdrowiskowym, ograniczenia liczby przyjmowanych pacjentów lub obniżenia jakości udzielanych świadczeń;
2. Czy czas oczekiwania na udzielenie świadczeń skrócił się, w porównaniu do roku poprzedniego, z uwzględnieniem wpływu zmian przepisów prawa, w szczególności w odniesieniu do świadczeń z zakresu pediatrii;
3. Czy w pełni wykorzystano środki przewidziane w planie finansowym na pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych.

Kontrola została przeprowadzona w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.

Zakres podmiotowy

Podstawą prawną przeprowadzenia kontroli był art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹⁶⁰, z uwzględnieniem kryteriów legalności, rzetelności, gospodarności i celowości.

Kryteria kontroli

2016 r., a także okres opracowywania planu w 2015 r. i działań w 2017 r. związanych ze sporządzaniem sprawozdań za 2016 r. Czynności kontrolne zostały przeprowadzone w okresie od 20 marca do 17 lipca 2017 r.

Okres objęty kontrolą

W ramach postępowania kontrolnego, w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f oraz art. 40 ust. 7 ustawy o NIK, otrzymano wyjaśnienia, informacje i dokumenty od:

Działania na podstawie art. 29 ustawy o NIK

- Ministra Zdrowia w zakresie systemów informatycznych, wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, kosztów świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne oraz zakresu danych sprawozdawanych przez lekarzy podstawowej opieki specjalistycznej;
- Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w zakresie kosztów rehabilitacji leczniczej w latach 2010–2016, w podziale na województwa, rodzaje schorzeń i system udzielania rehabilitacji;
- Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Zdrowotnego w zakresie kosztów rehabilitacji leczniczej w poszczególnych latach 2010–2016 w podziale na województwa, rodzaje wskazań i tryb rehabilitacji (stacjonarny i dzienny);
- Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w zakresie danych za lata 2015–2016 o kosztach dofinansowania do zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków ortopedycznych wymienionych w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie¹⁶¹;
- Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie kontraktowania świadczeń i leczenia uzdrowiskowego.

¹⁵⁹ Pod pojęciem poprawy dostępności należy rozumieć m.in. zmniejszenie liczby osób oczekujących na udzielenie świadczeń, skrócenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń, ograniczenie obszarów, na których był ograniczony dostęp do świadczeń zdrowotnych.

¹⁶⁰ Dz. U. z 2017 r. poz. 524.

¹⁶¹ Dz. U. poz. 1565.

ZAŁĄCZNIKI

Pozostałe informacje Kontrola została podjęta z inicjatywy własnej Najwyższej Izby Kontroli i ujęta w planie pracy na 2017 r. W ramach przygotowania przedkontrolnego zostały przeanalizowane wyniki wcześniejszych kontroli NIK prowadzonych w NFZ, a także dostępne na stronach internetowych: sprawozdania z działalności NFZ, informacje prasowe dotyczące funkcjonowania Funduszu, kolejek osób oczekujących na udzielenie świadczeń, a także przeprowadzono analizę stanu prawnego regulującego przedmiotowe zagadnienia.

Stan realizacji wniosków pokontrolnych

W wystąpieniu pokontrolnym, skierowanym do Prezesa NFZ skierowano następujące wnioski pokontrolne:

1. wprowadzenie zmian organizacyjnych w celu sprawniejszego rozpatrywania spraw wpływających do Centrali Funduszu,
2. rzetelne planowanie kosztów i monitorowanie ich wykonania w trakcie roku, a także podjęcie działań dyscyplinujących w zakresie realizacji planu kosztów po zakończeniu postępowania wyjaśniającego przyczyny przekroczenia założonych limitów,
3. podjęcie skutecznych działań w celu ograniczenia kosztów z tytułu wypłaconych kar, grzywien i odszkodowań.

Prezes NFZ złożył zastrzeżenia do wystąpienia pokontrolnego. Zastrzeżenia zostały rozpatrzone i częściowo uwzględnione.

Wykaz jednostek kontrolowanych

Kontrola została przeprowadzona przez Departament Zdrowia w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia. W badanym okresie pełniący obowiązki Prezesa NFZ był Andrzej Jacyna. W wystąpieniu pokontrolnym sformułowano ocenę opisową badanej działalności.

6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych

Podstawowym aktem prawnym stanowiącym podstawę działania NFZ jest ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która statuuje NFZ jako państwową jednostkę organizacyjną posiadającą osobowość prawną oraz określa organizację, zadania i zasady sprawowania nadzoru nad NFZ (art. 96 ust. 1 ustawy o świadczeniach). Ponadto, ustawa określa warunki udzielania, zakres, zasady i tryb finansowania z środków publicznych świadczeń opieki zdrowotnej, a także reguluje zasady podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu (art. 1 pkt 1 i 2 ustawy o świadczeniach).

Zagadnienia ogólne

W skład NFZ wchodzi: Centrala oraz 16 oddziałów wojewódzkich. Organami Funduszu są: Rada Funduszu, Prezes Funduszu, rady oddziałów wojewódzkich Funduszu, dyrektorzy oddziałów wojewódzkich (art. 98 ust. 1 ustawy o świadczeniach).

Dyrektor oddziału wojewódzkiego decyduje o prowadzonej polityce finansowej oddziału, a także ma udział w prowadzeniu polityki zdrowotnej na terenie województwa (art. 107 ustawy o świadczeniach). Prezes Funduszu kieruje działalnością Funduszu, a większość jego zadań wiąże się z prowadzeniem gospodarki finansowej. Inną grupą istotnych zadań są uprawnienia kontrolne względem świadczeniodawców i aptek oraz zadania kierownicze wobec oddziałów wojewódzkich Funduszu. W ramach uprawnień kierowniczych, Prezes Funduszu sprawuje nadzór nad realizacją zadań oddziałów wojewódzkich oraz ustala jednolite sposoby realizacji ustawowych zadań przez oddziały, w tym w sprawach zawarcia umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej oraz warunków wymaganych od świadczeniodawców (art. 102 ust 5 ustawy o świadczeniach).

Gospodarkę finansową Funduszu reguluje art. 113–131b ustawy o świadczeniach oraz rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia¹⁶². Podstawę prowadzenia gospodarki finansowej stanowi roczny plan finansowy, zrównoważony w zakresie przychodów i kosztów (art. 118 ustawy o świadczeniach).

Gospodarka finansowa

Poza rocznym planem finansowym Funduszu, istotnymi dokumentami są prognoza przychodów oraz prognoza kosztów na kolejne 3 lata, sporządzane przez Prezesa Funduszu w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych oraz ministrem właściwym do spraw zdrowia (art. 120 ustawy o świadczeniach).

Podział środków finansowych pomiędzy Centralę NFZ i oddziały wojewódzkie NFZ następuje według kryteriów określonych w art. 118 ust. 3 ustawy o świadczeniach, tj. z uwzględnieniem liczby ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziale wojewódzkim Funduszu, wydzielonych, według wieku i płci, grup ubezpieczonych oraz wydzielonej grupy świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych; ryzyka zdrowotnego

¹⁶² Dz. U. z 2015 r. poz. 1943, ze zm.

odpowiadającego danej grupie ubezpieczonych, w zakresie danej grupy świadczeń opieki zdrowotnej, w porównaniu z grupą odniesienia. Zasady podziału środków zostały szczegółowo określone przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 17 listopada 2009 r. w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych¹⁶³.

Fundusz jest zobowiązany do stosowania przepisów dotyczących finansów publicznych, w tym:

- ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych¹⁶⁴,
- ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych¹⁶⁵,
- ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości¹⁶⁶.

Ponadto Fundusz podlega zapisom ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych¹⁶⁷.

Fundusz działa w imieniu własnym na rzecz ubezpieczonych oraz osób uprawnionych do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji (art. 97 ust. 2 ustawy o świadczeniach). W systemie opieki zdrowotnej Fundusz wypełnia funkcję płatnika: ze środków pochodzących z obowiązkowych składek ubezpieczenia zdrowotnego, finansuje świadczenia zdrowotne udzielane ubezpieczonym i uprawnionym do świadczeń, oraz refunduje leki w zakresie środków pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne.

Źródła przychodów

Podstawowym źródłem przychodów Funduszu są należne składki na ubezpieczenie zdrowotne, a także: odsetki od nieopłaconych w terminie składek na ubezpieczenie zdrowotne, darowizny i zapisy, środki przekazane na realizację zadań zleconych w zakresie określonym w ustawie, dotacje, w tym dotacje celowe przeznaczone na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a–2c, 3 i 3b ustawy o świadczeniach, środki uzyskane z tytułu roszczeń regresowych, przychody z lokat, kwoty, o których mowa w art. 4 ust. 10 i 34 ust. 6 ustawy o refundacji, kwoty z tytułu nałożonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia kar pieniężnych, o których mowa w art. 50–52 ustawy o refundacji, kwoty zwrotu części uzyskanej refundacji, o której mowa w art. 11 ust. 5 pkt 4 ustawy o refundacji oraz inne przychody (art. 116 ust 1 ustawy o świadczeniach).

Finansowanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej

Kosztami Funduszu są: koszty świadczeń opieki zdrowotnej, uwzględniające koszty promocji zdrowia i profilaktyki chorób w wysokości nie mniejszej niż 1,5% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, w tym dofinansowanie programów polityki zdrowotnej na podstawie art. 48d ustawy o świadczeniach, koszty świadczeń opieki zdrowotnej dla osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji; koszty refundacji określone ustawą o refundacji, koszt zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy o świadczeniach, koszty zadań zleconych w zakresie

¹⁶³ Dz. U. Nr 193, poz. 1495.

¹⁶⁴ Dz. U. z 2016 r. poz. 1870, ze zm.

¹⁶⁵ Dz. U. z 2015 r. poz. 2164, ze zm.

¹⁶⁶ Dz. U. z 2016 r. poz. 1047, ze zm.

¹⁶⁷ Dz. U. z 2017 r. poz. 1311.

określonym w ww. ustawie, koszty działalności Funduszu, w szczególności koszty amortyzacji, koszty związane z utrzymaniem nieruchomości, koszty wynagrodzeń wraz z pochodnymi, diet i zwroty kosztów podróży, koszty poboru i ewidencji składek na ubezpieczenie zdrowotne, koszt wypłaty odszkodowań, inne koszty wynikające z odrębnych przepisów (art. 117 ust. 1 ustawy o świadczeniach).

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). Do zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych, a ich zawieranie odbywa się po przeprowadzeniu postępowania w trybie konkursu ofert albo rokowań (art. 138–139 świadczeniach). Przepisów dotyczących konkursu ofert i rokowań nie stosuje się do zawierania umów ze świadczeniodawcami udzielającymi świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej z wyjątkiem nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej oraz wykonującymi czynności w zakresie zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi (art. 159 ust. 1 ustawy o świadczeniach w brzmieniu sprzed 1 stycznia 2012 r.).

W badanym okresie dwukrotnie umożliwiono przedłużenie okresu obowiązywania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, bez konieczności przeprowadzania postępowań, o których mowa wyżej. Artykułem 23 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw¹⁶⁸ wprowadzono możliwość przedłużenia obowiązywania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w dniu wejścia w życie ustawy na okres nie dłuższy niż do dnia 30 czerwca 2016 r. Przedłużenie obowiązywania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej następuje na wniosek dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ, a we wniosku dyrektor może zastrzec, że przedłużenie nie dotyczy umów zawartych w zakresie leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w części dotyczącej leczenia onkologicznego. Ponadto ww. ustawą, poprzez dodanie w art. 159 ustawy o świadczeniach ustępu 2a, wprowadzono możliwość zawierania umów na czas nieoznaczony w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (za wyjątkiem nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej).

Ponadto w art. 2 ustawy z dnia 16 grudnia 2015 r. zmieniającej ustawę o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw¹⁶⁹ przewidziano możliwość przedłużenia umów na okres nie dłuższy niż do dnia 30 czerwca 2017 r. Przedmiotowa zmiana objęła wszystkich świadczeniodawców realizujących umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych zakresach udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

¹⁶⁸ Dz. U. z 2014 r. poz. 1138, ze zm. (wygaśnięcie z końcem dnia 31 grudnia 2024 r.).

¹⁶⁹ Dz. U. z 2015 r. poz. 2198 (wygaśnięcie z 30 czerwca 2017 r.).

Istotne zmiany uwarunkowań prawnych

Nowelizacją ustawy o świadczeniach z dnia 22 lipca 2014 r. zmienione zostały kompetencje Prezesa NFZ w zakresie określania warunków wymaganych od świadczeniodawców (zmiana art. 146 ustawy o świadczeniach). Począwszy od 1 lipca 2016 r. w zakresie kontraktowania świadczeń Prezes NFZ określał wyłącznie przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przy czym wydawane w oparciu o nowe przepisy szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń miały uwzględniać obszar terytorialny, dla którego prowadzone jest postępowanie oraz taryfy świadczeń w przypadku ich ustalenia przez Prezesa AOTMiT w danym zakresie¹⁷⁰. Szczegółowe warunki umów określone przez Prezesa NFZ nie mogły dotyczyć warunków realizacji danego świadczenia gwarantowanego, określonych w rozporządzeniach wydanych przez ministra do spraw zdrowia na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach.

Zgodnie z § 16 ust. 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹⁷¹, określając szczegółowe warunki rozliczania świadczeń, Prezes Funduszu może ustalać współczynniki korygujące¹⁷², mające na celu w szczególności polepszenie jakości i zwiększenie dostępności udzielanych świadczeń.

¹⁷⁰ Zgodnie z art. 146 ust. 6 ustawy o świadczeniach do postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym roku, a w przypadku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej na okres dłuższy niż rok, do ustalenia kwoty zobowiązania i warunków finansowych w danym roku, stosuje się taryfę świadczeń opublikowaną w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji do dnia 30 czerwca roku poprzedniego.

¹⁷¹ Dz. U z 2016 r. poz. 1146.

¹⁷² Zgodnie z § 1 pkt 16 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów przez współczynniki korygujące należy rozumieć współczynniki ustalone przez Prezesa Funduszu, określające wysokość mnożników dla poszczególnych: grup świadczeniobiorców albo świadczeń, albo grup świadczeniodawców, albo grup osób wykonujących dany zawód medyczny, za pomocą których jest wyliczana wysokość zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy.

6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, ze zm.).
2. Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138, ze zm.).
3. Ustawa z dnia 16 grudnia 2015 r. zmieniająca ustawę o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2198).
4. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2016 r. poz. 1535, ze zm.).
5. Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1536, ze zm.).
6. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2016 r. poz. 1868, ze zm.).
7. Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1056).
8. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1870, ze zm.).
9. Ustawa z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1311).
10. Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2016 r. poz. 1047, ze zm.).
11. Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2017 r. poz. 524).
12. Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz. U. z 2015 r. poz. 1943, ze zm.).
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2009 r. w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych (Dz. U. Nr 193, poz. 1495).
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2004 r. w sprawie określenia szczegółowego sposobu i trybu przeprowadzania kontroli w Narodowym Funduszu Zdrowia, u świadczeniodawców oraz podmiotów, którym Narodowy Fundusz Zdrowia powierzył wykonywanie niektórych czynności (Dz. U. Nr 275, poz. 2734).
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. poz. 1980, ze zm.).

ZAŁĄCZNIKI

16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146).
17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628).
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 192, ze zm.).
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2016 r. w sprawie rocznych i okresowych sprawozdań z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia oraz informacji przekazywanych wojewodom i marszałkom województw (Dz. U. poz. 923).
20. Rozporządzenie Rady (EWG) Nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz. Urz. WE L149 z 5 lipca 1971, str. 2 i n., ze zm.). Od dnia 1 maja 2010 r. ww. rozporządzenie zostało zastąpione rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) Nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. UE. L 166 z 30.04.2004, str. 1, ze zm.).
21. Rozporządzenie Rady (EWG) Nr 574/72 z dnia 21 marca 1972 r. w sprawie wykonywania rozporządzenia (EWG) Nr 1408/71 w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz. Urz. WE L 74 z 27.03.1972, str. 1 i n., ze zm.). Od dnia 1 maja 2010 r. ww. rozporządzenie zostało zastąpione rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) Nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczącym wykonywania rozporządzenia (WE) Nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. UE. L. 284 z 30.10.2009, str. 1, ze zm.).
22. Rozporządzenie Rady (WE) nr 859/2003 z dnia 14 maja 2003 r. w sprawie wykonywania rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 i rozporządzenia (EWG) nr 574/72 w stosunku do obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi przepisami wyłącznie ze względu na ich obywatelstwo oraz decyzje wydane na podstawie przepisów powyższych rozporządzeń (Dz. Urz. UE. L. 124 z 20 maja 2003, str. 1, ze zm.). Od dnia 1 stycznia 2011 r. ww. rozporządzenie zostało zastąpione rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1231/2010 z dnia 24 listopada 2010 r. rozszerzającym rozporządzenie (WE) Nr 883/2004 i rozporządzenie (WE) Nr 987/2009 na obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi rozporządzeniami jedynie ze względu na swoje obywatelstwo (Dz. Urz. UE. L. 344 z 29 grudnia 2010 r., str. 1).

6.4. Wykaz podmiotów, 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. Sejmowa Komisja Finansów Publicznych
6. Sejmowa Komisja do Spraw Kontroli Państwowej
7. Sejmowa Komisja Zdrowia
8. Senacka Komisja Zdrowia
9. Senacka Komisja Budżetu i Finansów Publicznych
10. Minister Rozwoju i Finansów
11. Minister Zdrowia
12. Rzecznik Praw Obywatelskich
13. Rzecznik Praw Pacjenta
14. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
15. Prezes Trybunału Konstytucyjnego



Minister Zdrowia

DNM.093.9.2017.3.AK

Warszawa, 02.11.2017

Pan
Mieczysław Łuczak
Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli
ul. Filtrowa 57
00-950 Warszawa

Stanowisko Państwa Proszę!

w nawiązaniu do przeprowadzonej kontroli **P/17/056 „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2016 r.”** i Informacji o wynikach kontroli z dnia 19 października 2017 r., uprzejmie przekazuję stanowisko do ww. dokumentu.

Ad. pkt 4 Uwagi i wnioski (str. 14).

Odnosząc się do treści części *Uwagi i wnioski*, w zakresie niewystarczających działań Ministra Zdrowia, prowadzonych w celu zmian systemowych, skutkujących m.in. niekorzystną strukturą świadczeń finansowanych ze środków publicznych oraz informacji przedstawionej w przedmiotowej sprawie w rozdziale *Realizacja planu zakupu świadczeń* (pkt 5.1.2., str. 18), zgodnie z którą „wysoki udział kosztów leczenia szpitalnego w kosztach świadczeń ogółem wskazuje m.in. na niedostateczną rolę podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w systemie ochrony zdrowia, skutkującą nadmiernym diagnozowaniem i leczeniem pacjentów w trybie hospitalizacji”, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących wyjaśnień.

Mając na uwadze powyższe należy podkreślić, iż na mocy ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹ z dniem 1 października 2017 r., wprowadzony został system

¹ Dz. U. poz. 844.



podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (dalej: „PSZ”). Powyższa zmiana systemowa oprócz ogólnego uporządkowania i ustrukturyzowania sektora szpitalnego, przyniesie realne korzyści w postaci:

- poprawy koordynacji i ciągłości opieki nad pacjentem,
- lepszego dostosowania struktury organizacyjnej podmiotów leczniczych oraz struktury wykonywanych świadczeń zdrowotnych do aktualnych potrzeb pacjentów,
- bardziej racjonalnego gospodarowania zasobami na opiekę zdrowotną,
- zwiększenia stabilności finansowej szpitali, a przez to poprawy warunków do inwestowania w ich rozwój.

Odnosząc się natomiast do kwestii optymalizacji struktury kosztów świadczeń, w tym zwiększenia roli i znaczenia leczenia otwartego w procesie leczniczym, uprzejmie wyjaśniam, iż przedmiotowa zmiana umożliwi podmiotom zakwalifikowanym do systemu PSZ uzyskanie możliwości udzielania świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w odpowiednich przychodniach przyszpitalnych (wskazanych w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej²) w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia zawartych na odrębnych zasadach obowiązujących w PSZ. Koszty świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej są w takim przypadku rozliczane w ramach jednego ryczałtu, obejmującego także świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego.

W konsekwencji wprowadzanych zmian należy się spodziewać poprawy dostępności do świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, udzielanych w poradniach przyszpitalnych. Uelastycznienie zasad finansowania szpitali działających w ramach PSZ, w formie ryczałtu obejmującego zarówno opiekę szpitalną, jak i ambulatoryjną, pozwoli tym podmiotom na lepsze dostosowanie ich struktury organizacyjnej oraz działalności do rzeczywistych potrzeb pacjentów.

Również szczegółowe zasady kalkulacji ryczałtu PSZ, określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej³ będą w pewnym stopniu promować udzielanie świadczeń na poziomie ambulatoryjnym

² Dz. U. poz. 1163.

³ Dz. U. poz. 1783.

(przy wyliczeniu kwoty ryczałtu na kolejny okres rozliczeniowy będzie brany pod uwagę m.in. wzrost udziału świadczeń ambulatoryjnych w sprawozdanych świadczeniach za dany okres rozliczeniowy w porównaniu z wcześniejszym okresem). Powinno to wpłynąć na dostępność do świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanych w poradniach przyszpitalnych.

Ad. pkt 5.1.2 – Realizacja planu zakupu świadczeń (str. 18).

W odniesieniu do części *organizacji opieki koordynowanej w POZ*, informuję, że tzw. ustawa pilotażowa została przekazana do podpisu Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej:

<http://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/PrzebiegProc.xsp?id=A34C5CD0A4BB9564C1258191003B2736>.

Ad. pkt 5.2. – Dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej (str. 29).

W zakresie czasu oczekiwania i liczby osób oczekujących na udzielanie świadczeń, należy podkreślić, że Ministerstwo Zdrowia podjęło kroki w kierunku przygotowania projektu współfinansowanego ze środków Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (dalej „POWER”). Przedmiotem projektu będzie analiza możliwości zwiększenia efektywności systemu ochrony zdrowia poprzez wprowadzenie zmian w zakresie zasad prowadzenia list oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej ukierunkowanych na rozwiązywanie problemów wynikających z aktualnego sposobu prowadzenia list oczekujących, co ma wpływ na wydłużenie czasów oczekiwania na leczenie.

Zgodnie z założeniami kluczowe etapy realizacji projektu to:

1. Wyodrębnienie procedur rekomendowanych do prowadzenia odrębnych list oczekujących (NFZ).
2. Opracowanie propozycji nowego sposobu prowadzenia list oczekujących na wybrane badania diagnostyczne: tomografię komputerową, rezonans magnetyczny, badania endoskopowe.
3. Określenie zasad kwalifikacji do zabiegów usunięcia zaćmy oraz endoprotezoplastyk stawu biodrowego i kolanowego.
4. Opracowanie propozycji nowego sposobu prowadzenia list oczekujących na świadczenia rehabilitacyjne.
5. Opracowanie propozycji jednolitych zasad prowadzenia list oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej na wybrane zakresy świadczeń.

6. Opracowanie sposobu sprawozdawczości oraz publikacji informacji z zakresu list oczekujących na wybrane zakresy świadczeń (NFZ).

Obecnie projekt znajduje się na etapie uzgodnień z Ministerstwem Rozwoju i Finansów w celu wpisania ww. przedsięwzięcia do *Rocznego Plan Działania* na 2018 r. w ramach osi V POWER *Wsparcie dla obszaru zdrowia*.

Ad. pkt 5.3.2. Realizacja przychodów (str. 76) oraz ad. pkt 5.3.3. Realizacja kosztów (str. 78).

Na realizację zespołów ratownictwa medycznego w 2016 r. wskazano zaplanowaną kwotę w wysokości 1.870.949 tys. zł, podczas gdy w sprawozdaniu z wykonania budżetu w 2016 r. kwota planowana na ten cel według ustawy budżetowej wynosi 1.869.659 tys. zł, natomiast wysokość budżetu po zmianach to 1.870.022 tys. zł.

Ad. pkt 5.4.1. Rejestr Usług Medycznych (str. 86).

„Do końca I półrocza 2017 r. Fundusz nie wdrożył przewidzianego w ustawie o systemie informacji w ochronie zdrowia Rejestru Usług Medycznych (RUM), zapewniającego autoryzację wykonania świadczenia. Od 2006 r. NFZ prowadził prace nad systemem RUM II, który miał stanowić rozwinięcie systemu RUM pozwalające na zbieranie oraz analizowanie danych związanych z udzielanymi świadczeniami medycznymi finansowanymi ze środków NFZ, m.in. wprowadzenie mechanizmów identyfikacji i uwierzytelniania, a jednym z jego kluczowych komponentów miała być Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego (KUZ)”.

Powyższe stwierdzenia zawarte w Informacji o wynikach kontroli wymagają doprecyzowania. Regulacja dotycząca Rejestru Usług Medycznych (dalej „RUM”) znajduje się w art. 22 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia⁴, natomiast zakres danych przetwarzanych w tym systemie zawarty jest w art. 190 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁵ oraz art. 45 ust. 14 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych⁶. Minimalne funkcjonalności dla systemu RUM zostały zawarte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 19 kwietnia 2013 r. w sprawie Systemu Rejestru Usług Medycznych Narodowego Funduszu Zdrowia⁷

⁴ Dz. U. z 2016 r. poz. 1535, z późn. zm.

⁵ Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.

⁶ Dz. U. z 2016 r. poz. 1536, z późn. zm.

⁷ Dz. U. poz. 514.

wydanym na podstawie delegacji z art. 22 ust. 7 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. Wśród tych funkcjonalności nie znajduje się zapewnienie przez system teleinformatyczny RUM autoryzacji wykonania przez podmiot wykonujący działalność leczniczą świadczenia udzielonego świadczeniobiorcy.

Do autoryzacji wykonania świadczenia opieki zdrowotnej przez świadczeniobiorcę miała służyć Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego (dalej „KUZ”). Funkcjonalności KUZ (w tym także służące autoryzacji wykonania świadczeń) zostały uwzględnione w projekcie prowadzonym przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji w wprowadzającym dowód osobisty z warstwą elektroniczną (e-dowód).

Ad. pkt 5.4.2. – System informatycznego wspomaganie działalności NFZ (str. 87).

W dniu 4 sierpnia 2017 r. Minister Cyfryzacji oraz Minister Zdrowia zawarli porozumienie, na mocy którego powołano Program e-Zdrowie obejmujący szereg kompleksowych działań w ww. obszarze, w tym opracowanie, aktualizację i koordynację wdrażania dokumentu strategicznego w zakresie rozwoju e-Zdrowia w Polsce, a także opiniowanie propozycji i koordynowanie implementacji wybranych projektów informatycznych w ochronie zdrowia. Wyżej wymieniona strategia będzie również uwzględniać kwestie rozwiązań informatycznych w zakresie rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Powyższe jest przejawem dążenia do zapewnienia spójności i komplementarności systemów informatycznych służby zdrowia.

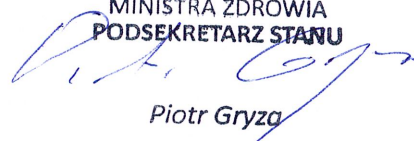
Ponadto, trwają intensywne prace nad opracowaniem koncepcji nowego systemu informatycznego Narodowego Funduszu Zdrowia (tzw. Systemu Informatycznego Publicznego Płatnika – dalej „SINP”). Rozpoczął prace Zespół, złożony z przedstawicieli Funduszu, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia i Ministerstwa Zdrowia, mający przygotować założenia SINP.

Ponadto, w odniesieniu do informacji na str. 90, iż *„W związku z wyznaczeniem przez Ministerstwo Zdrowia terminu na składanie kompletu dokumentów dla wniosków zgłaszanych w powyższym naborze do 4 stycznia 2017 r. Fundusz odstąpił od złożenia wniosku o dofinansowanie projektu OPUZ (...)”* informuję, że terminy wskazywane w pismach Ministra Zdrowia stanowiły odzwierciedlenie terminów wyznaczanych przez Ministra Cyfryzacji w zakresie trwania naboru wniosków o dofinansowanie czy też przekazywania dokumentów do zaopiniowania przez Komitet Rady Ministrów ds. Cyfryzacji. Należy też podkreślić, iż z informacji posiadanych przez resort zdrowia

wynika, że kluczowym czynnikiem przesądającym o fiasku podjęcia realizacji projektu „Przygotowanie i budowa Otwartej Platformy Ubezpieczeń Zdrowotnych przez NFZ”, tzw. OPUZ, było negatywne stanowisko Centralnego Biura Antykorupcyjnego.

Odnosząc się do kwestii elektronicznego potwierdzania uprawnień świadczeniobiorcy do zaopatrzenia w wyroby medyczne, informuję, iż wznowiono analizy zasadności budowy ww. modułu w ramach istniejącego systemu Narodowego Funduszu Zdrowia. Należy przy tym podkreślić, że wdrożenie ww. funkcjonalności może przynieść korzyści dla świadczeniobiorców (brak konieczności wizyty w oddziale wojewódzkim Funduszu w celu potwierdzenia uprawnień) oraz wyposażyć Narodowy Fundusz Zdrowia w istotny know-how co do obsługi procesu, jednakże po wytworzeniu SINP ww. moduł nie będzie mógł zostać przeniesiony do nowego systemu, a tym samym powstanie konieczność jego ponownego wytworzenia. Z uwagi na powyższe, konieczne jest przeanalizowanie ww. kwestii pod kątem efektywności finansowej i potrzeby zadośćuczynienia zasadzie gospodarności.

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU



Piotr Gryza