



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Departament Zdrowia

KZD.410.002.01.2019

Pan Adam Niedzielski
p.o. Prezesa
Narodowy Fundusz Zdrowia, ul. Grójecka
Warszawa

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

zmienione zgodnie z treścią uchwały nr KPK-KPO.443.143.2019 Komisji
Rozstrzygającej z dnia 10 września 2019 r.

P/19/058 – Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2018 r.

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia, ul. Grójecka 186, 02-390 Warszawa (dalej NFZ lub Fundusz)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Andrzej Jacyna, p.o. Prezesa od 1 lutego 2016 r. do 15 czerwca 2018 r., Prezes od 15 czerwca 2018 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Dostępność świadczeń opieki zdrowotnej. 2. Wykonanie planu finansowego NFZ. 3. Badanie kosztów administracyjnych Centrali NFZ
Okres objęty kontrolą	2018 r. oraz okres opracowywania planu w 2017 r. i działań w 2019 r. związanych ze sporządzaniem sprawozdań za 2018 r. W przypadku konieczności porównania niektórych danych z danymi za lata 2015-2017, okres kontroli objął również te lata.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli; Departament Zdrowia
Kontrolerzy	1. Andrzej Skwira, doradca prawny, upoważnienie do kontroli nr KZD/14/2019 z dnia 28 marca 2019 r. 2. Aneta Grunwald-Fitas, gł. specjalista kp., upoważnienie do kontroli nr KZD/15/2019 z dnia 28 marca 2019 r. 3. Ewa Ściślewska-Jakubiak, gł. specjalista kp., upoważnienie do kontroli nr KZD/16/2019 z dnia 28 marca 2019 r. 4. Jarosław Odachowski, gł. specjalista kp., upoważnienie do kontroli nr KZD/20/2019 z dnia 16 kwietnia 2019 r. 5. Karolina Hawryluk, inspektor kp., upoważnienie do kontroli nr KZD/18/2019 z dnia 10 kwietnia 2019 r.

(akta kontroli str. 1-10)

¹ Dz. U. z 2019 r. poz. 489 ze zm., dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Wzrost nakładów na świadczenia zdrowotne o 4,713 mld zł w 2018 r. w porównaniu do roku poprzedniego, tj. o 6,17%, nie doprowadził do wyrównania dostępu pacjentów do świadczeń w poszczególnych województwach. Na obszarze części oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia³ niektóre zakresy świadczeń w ogóle nie były udzielane.

Formalne wykonanie planu finansowego Funduszu oraz wykorzystanie środków przeznaczonych na pokrycie kosztów administracyjnych nie budzi zastrzeżeń NIK. Negatywnie należy jednak ocenić wprowadzanie zmian wyceny świadczeń zdrowotnych, bez dokonywania uprzednich analiz lub w sposób niezgodny z prawem.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Prezes Funduszu określił priorytety ogólnopolskie, które zostały uwzględnione w planach oddziałów wojewódzkich. Realizacja planu zakupu świadczeń nie zapewniła jednak pełnej dostępności do świadczeń, w szczególności w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w którym tylko 11 z 54 zakresów świadczeń zostało zakontraktowanych w każdym z oddziałów wojewódzkich. Ponadto pomiędzy oddziałami wojewódzkim występowały dysproporcje w liczbie i wartości zrealizowanych świadczeń, przypadających na 10 tys. uprawnionych.

Na koniec 2018 r. spadła ogólna liczba oczekujących na świadczenia. Jednak w przypadku 189 komórek organizacyjnych lub świadczeń z 402, dla których prowadzone były listy oczekujących, nastąpił wzrost liczby oczekujących.

Wprowadzenie, w 2017 r., świadczenia kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego „KOS Zawał” poprawiło dostępność do rehabilitacji kardiologicznej. Nie dotyczyło to pacjentów w czterech OW NFZ, w których na koniec 2018 r. świadczenia te nie zostały zakontraktowane.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły:

- niezgodnej z prawem zmiany wyceny świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień,
- niewykonania analiz finansowych przed wprowadzeniem zmian w finansowaniu świadczeń,
- nieprawidłowego definiowania celów i mierników,
- braku sporządzenia raportu ewaluacyjnego w celu oceny efektów wprowadzenia świadczenia kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego.

Plan finansowy został sporządzony terminowo i zawierał pozycje wskazane w art. 118 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁴, a zmiany w planie były dokonywane zgodnie z art. 124 ustawy o świadczeniach. Przychody Funduszu zostały zaplanowane rzetelnie, a ich wykonanie było wyższe od planu. Łączne sprawozdanie finansowe Funduszu oraz sprawozdanie z wykonania planu finansowego Funduszu zostały sporządzone terminowo.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły przekroczenia limitu kosztów w dwóch pozycjach planu finansowego oraz niejednolitego zaprezentowania w sprawozdaniu z wykonania planu finansowego kosztów wydania i utrzymania kart ubezpieczenia oraz recept.

² Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

³ Dalej również „OW NFZ”.

⁴ Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, ze zm., dalej „ustawa o świadczeniach”.

Księgi rachunkowe Centrali Funduszu były prowadzone rzetelnie, zgodnie z obowiązującymi przepisami i przyjętymi zasadami rachunkowości, a dokumentacja opisująca przyjęte zasady rachunkowości spełnia wymagania prawne. Koszty administracyjne Centrali Funduszu były ponoszone w sposób zgodny z zasadami ponoszenia wydatków publicznych oraz procedurami w zakresie zamówień publicznych.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe⁵ kontrolowanej działalności

OBSZAR

Opis stanu faktycznego

1. Dostępność świadczeń opieki zdrowotnej

1. Plan kosztów świadczeń opieki zdrowotnej sporządzono uwzględniając czynniki istotne z punktu widzenia kształtowania kosztów świadczeń. W szczególności wzięto pod uwagę m.in. zachowanie dotychczasowej struktury rodzajowej świadczeń zdrowotnych; przepisy ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁶ w zakresie skutków wdrożenia systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej oraz wydanych na jej podstawie aktów wykonawczych, koszty promocji zdrowia i profilaktyki chorób w wysokości nie mniejszej niż 1,5% kosztów świadczeń, w tym dofinansowanie programów polityki zdrowotnej na podstawie art. 48d ustawy o świadczeniach, a także skutki opublikowanych przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) obwieszczeń w sprawie taryfy świadczeń gwarantowanych w niektórych rodzajach świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 1149-1205)

2. Fundusz przygotował priorytety ogólnopolskie na rok 2018 i lata następne, dotyczące poszczególnych rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej. Obejmowały one:

- wyrównywanie dostępności do stomatologii dziecięcej w skali województw oraz kraju (okres realizacji: lata 2017 – 2018). Z analizy raportów przesłanych przez OW NFZ wynika, że w całości zadanie zrealizowało 10 oddziałów, pozostałe sześć zrealizowało je częściowo,
- deinstytucjonalizację opieki długoterminowej poprzez zwiększenie dostępności do świadczeń realizowanych w pielęgniarstwie domowym (działanie długofalowe). Priorytet realizowany jest przez wszystkie oddziały wojewódzkie. Ze względu na jego długofalowy charakter przyjęto założenie, że priorytet zostanie oceniony na koniec terminu realizacji,
- zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych w zakresie leczenia urazów wymagających szybkiej i intensywnej rehabilitacji poprzez umożliwienie wydzielania środków finansowych na rehabilitację pourazową (od lipca 2019 r.). W związku z tym, że planowany termin jego rozpoczęcia wyznaczono na lipiec 2019 r., realizacja zadania została wykazana tylko przez część oddziałów,
- zwiększenie dostępności do świadczeń dla osób zagrożonych niepełnosprawnością w wyniku przebytego udaru niedokrwiennego mózgu oraz zwiększenie nakładów na wczesną rehabilitację neurologiczną (priorytet wieloletni). We wszystkich oddziałach zadanie jest realizowane. Z uwagi na fakt,

⁵ Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

⁶ Dz.U. poz. 844.

że jest to priorytet wieloletni, założono jego ocenę po co najmniej dwóch latach funkcjonowania,

- zwiększenie dostępności do świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego oraz kolanowego w przebiegu chorób zwyrodnieniowych, zapalenia stawów biodrowych oraz kolanowych wymagających endoprotezoplastyki (okres realizacji: lata 2017 – 2018). W całości zadanie zrealizowało 10 oddziałów, pozostałe sześć zrealizowało go częściowo. We wszystkich oddziałach nastąpił wzrost nakładów finansowych na świadczenia, co przełożyło się na zwiększoną liczbę wykonanych świadczeń w zakresie endoprotezoplastyki stawu kolanowego oraz biodrowego,
- wyrównanie dostępności do świadczeń psychiatrycznych (okres realizacji: lata 2018 – 2019). Wszystkie oddziały wykazały rozpoczęcie realizacji zadania,
- sukcesywne skracanie czasu oczekiwania na potwierdzenie skierowania na leczenie uzdrowiskowe, docelowo do okresu krótszego niż 18 miesięcy od daty złożenia skierowania do OW NFZ (okres realizacji: lata 2018 – 2019). Wszystkie oddziały rozpoczęły realizację zadania i w większości przypadków sprawozdały, że liczba osób oczekujących na udzielenie świadczenia zmniejszyła się przy rosnącej liczbie zabiegów,
- zwiększenie dostępności do świadczeń usunięcia zaćmy (okres realizacji: lata 2018 – 2019). Wszystkie oddziały są w trakcie realizacji zadania, a większość wskazała na spadek liczby osób oczekujących na udzielenie świadczenia oraz skrócenie terminu realizacji w stosunku do 2017 r.

(dowód: akta kontroli str. 727-757)

3. 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.⁷ w sprawie priorytetów zdrowotnych, priorytetów ogólnopolskich, określonych przez Prezesa NFZ i regionalnych, określonych przez Dyrektorów OW NFZ, a także charakterystyki sytuacji demograficznej i epidemiologicznej populacji.

(dowód: akta kontroli str. 1077-1129)

4. W planie zakupu na 2018 r., w poszczególnych zakresach świadczeń, występowały duże dysproporcje między województwami w wycenie świadczeń (cena za punkt rozliczeniowy), przykładowo:

- w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w zakresie kompleksowej ambulatoryjnej opiece specjalistycznej nad pacjentem zakażonym HIV, leczonym lekami antyretrowirusowymi (ARV), cena minimalna to 275,43 zł, maksymalna 416 zł, zaś cena średnia 336,88 zł,
- w świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych w zakresie świadczeń w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie/opiekuńczo-leczniczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie cena minimalna to 19,63 zł, maksymalna to 30,08 zł, zaś cena średnia to 27,79 zł,
- w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień w zakresie świadczeń dla osób z zaburzeniami psychicznymi w hostelu cena minimalna to 8,00 zł, maksymalna to 18,03 zł, zaś cena średnia to 14,14 zł,

⁷ Dz. U. z 2009 r. Nr 137, poz. 1126. Z dniem 3 marca 2018 r. weszło w życie nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 469).

- w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień w zakresie świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży cena minimalna to 7,19 zł, maksymalna to 15 zł, zaś cena średnia to 12,73 zł,
- w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień w zakresie świadczeń psychiatrycznych dla chorych somatycznie cena minimalna to 10 zł, maksymalna to 14,19 zł, zaś cena średnia to 11,40 zł,
- w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień w zakresie świadczeń w psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia cena minimalna to 12 zł, maksymalna to 18,7 zł, zaś cena średnia to 16,70 zł,
- w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień w zakresie świadczeń w psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia dla nieletnich cena minimalna to 12,5 zł, maksymalna to 17,5 zł, zaś cena średnia to 15,23 zł.

W odniesieniu do dysproporcji w cenach świadczeń wybranych zakresów w rodzaju świadczeń psychiatrycznych Dyrektor Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej wyjaśnił, że zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁸, cena stanowi jedno z kryteriów wyboru oferty i będzie się różnić w obrębie nie tylko województwa, ale i w odniesieniu do poszczególnych świadczeniodawców. Niemniej Centrala NFZ podjęła działania zmierzające do zmniejszenia różnic między poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi NFZ. W celu ustalenia jednolitego sposobu wyliczenia średniej ceny oczekiwanej przez Oddziały Wojewódzkie NFZ, w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, pismem z dnia 24 kwietnia 2018 r. Centrala NFZ przekazała Dyrektorom OW NFZ rekomendację postępowania w kwestii sposobu określenia ceny oczekiwanej dla 16 zakresów⁹ świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Jak podkreślono w wyjaśnieniach, Prezes NFZ nie ma uprawnień do decydowania o wysokości ceny oczekiwanej określonej w postępowaniach konkursowych lub rokowaniach, ogłoszonych przez dyrektorów OW NFZ. Docelowe zwiększanie finansowania świadczeń następuje sukcesywnie, zgodnie z możliwościami finansowymi poszczególnych oddziałów wojewódzkich NFZ. Niemniej Prezes Funduszu na organizowanych spotkaniach z dyrektorami OW NFZ zwracał się, aby docelowe zwiększenie finansowania świadczeń do wysokości kosztu świadczenia bazowego oszacowanego przez AOTMiT, nastąpiło najszybciej jak tylko jest to możliwe, ale z zachowaniem relacji cenowych wynikających z procesu kontraktowania przedmiotowych świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 1077, 1123-1124, 1272-1273, 1340-1341)

5. W 2018 r., podobnie jak w roku poprzednim, nie zapewniono dostępu do części świadczeń.

W rodzaju rehabilitacja lecznicza m.in. w zakresie:

- rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności w siedmiu OW NFZ (Dolnośląskim,

⁸ Dz. U. poz. 1372, ze zm.

⁹ Świadczenia dla osób z zaburzeniami psychicznymi w hostelu, świadczenia psychiatryczne dla dorosłych, świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży, świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej, leczenie zaburzeń nerwicowych dla dorosłych, leczenie zaburzeń nerwicowych dla dzieci i młodzieży, świadczenia psychiatryczne dla chorych somatycznie, świadczenia psychogeriatryczne, świadczenia psychiatryczne dla przewlekle chorych, świadczenia w psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego zabezpieczenia, świadczenia w psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia.

- Kujawsko-Pomorskim, Lubelskim, Podlaskim, Pomorskim, Świętokrzyskim, Zachodniopomorskim),
- rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych w trzech OW NFZ (Podlaskim, Świętokrzyskim, Zachodniopomorskim),
- fizjoterapii domowej w dwóch OW NFZ (Pomorskim, Zachodniopomorskim),
- rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku w pięciu OW NFZ (Lubuskim, Opolskim, Podlaskim, Pomorskim, Zachodniopomorskim),
- rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku dla osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności w dziewięciu OW NFZ (Kujawsko-Pomorski, Lubelskim, Lubuskim, Opolskim, Podlaskim, Pomorskim, Świętokrzyskim, Warmińsko-Mazurskim, Zachodniopomorskim).

Podobna sytuacja dotyczyła następujących świadczeń w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne w:

- programie profilaktyki chorób odtytoniowych na etapie podstawowym (w tym POCHP) w trzech OW NFZ (Dolnośląskim, Lubuskim, Opolskim),
- programie profilaktyki chorób odtytoniowych na etapie specjalistycznym (w tym POCHP) w 10 OW NFZ (Dolnośląskim, Kujawsko-Pomorskim, Lubuskim, Łódzkim, Małopolskim, Opolskim, Podkarpackim, Podlaskim, Warmińsko-Mazurskim, Zachodniopomorskim).

(dowód: akta kontroli str. 1342-1357)

W rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w 2018 r., podobnie jak w roku 2017, nie zapewniono dostępu do świadczeń m.in. w zakresie:

- świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży w Podlaskim OW NFZ,
- świadczeń w oddziale dziennym psychiatrycznym rehabilitacyjnym dla dzieci i młodzieży (hospitalizacji) w pięciu OW NFZ (Lubuskim, Opolskim, Świętokrzyskim, Warmińsko-Mazurskim, Zachodniopomorskim),
- świadczeń w oddziale dziennym psychiatrycznym rehabilitacyjnym (hospitalizacji) w trzech OW NFZ (Lubuskim, Pomorskim, Świętokrzyskim),
- świadczeń w oddziale dziennym terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych (hospitalizacji) w siedmiu OW NFZ (Lubelskim, Łódzkim, Opolskim, Podkarpackim, Świętokrzyskim, Warmińsko-Mazurskim, Zachodniopomorskim),
- świadczeń w oddziale leczenia zaburzeń nerwicowych (hospitalizacji) w trzech OW NFZ (Łódzkim, Podkarpackim, Wielkopolskim),
- świadczeń w oddziale leczenia zaburzeń nerwicowych dla dzieci i młodzieży (hospitalizacji) w czternastu OW NFZ (Dolnośląskim, Kujawsko-Pomorskim, Lubelskim, Lubuskim, Łódzkim, Małopolskim, Opolskim, Podkarpackim, Podlaskim, Pomorskim, Świętokrzyskim, Warmińsko-Mazurskim, Wielkopolskim, Zachodniopomorskim),
- świadczeń w oddziale rehabilitacji psychiatrycznej (hospitalizacji) w pięciu OW NFZ (Kujawsko-Pomorskim, Podlaskim, Świętokrzyskim, Warmińsko-Mazurskim, Wielkopolskim),
- świadczeń w poradni leczenia nerwic w pięciu OW NFZ (Kujawsko-Pomorskim, Łódzkim, Opolskim, Wielkopolskim, Zachodniopomorskim),
- świadczeń w poradni psychologicznej w Wielkopolskim OW NFZ,

- świadczeń w poradni terapii uzależnień od alkoholu dla dzieci i młodzieży w pięciu OW NFZ (Kujawsko-Pomorskim, Pomorskim, Śląskim, Warmińsko-Mazurskim, Zachodniopomorskim)
- świadczeń w zakładzie/oddziale pielęgnacyjno-opiekuńczym psychiatrycznym (hospitalizacji) w trzynastu OW NFZ (Dolnośląskim, Kujawsko-Pomorskim, Lubelskim, Lubuskim, Łódzkim, Małopolskim, Mazowieckim, Opolskim, Podkarpackim, Pomorskim, Śląskim, Świętokrzyskim, Warmińsko-Mazurskim),
- świadczeń w zakładzie/oddziale pielęgnacyjno-opiekuńczym psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży (hospitalizacji) w piętnastu OW NFZ (Dolnośląskim, Kujawsko-Pomorskim, Lubelskim, Lubuskim, Łódzkim, Małopolskim, Mazowieckim, Opolskim, Podkarpackim, Podlaskim, Pomorskim, Świętokrzyskim, Warmińsko-Mazurskim, Wielkopolskim, Zachodniopomorskim).

W stosunku do 2017 r. zapewniono dostęp do świadczeń udzielanych w poradni terapii uzależnień od alkoholu dla dzieci i młodzieży w Opolskim i Świętokrzyskim OW NFZ.

(dowód: akta kontroli: 64, 69-73, 76)

6. W 2018 r., podobnie jak w latach poprzednich, występowały różnice w dostępie do świadczeń pomiędzy poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi NFZ, na co NIK zwracała uwagę po kontrolach wykonania zadań i planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w poprzednich latach¹⁰.

W 2018 r. liczba i wartość zrealizowanych świadczeń jednostkowych opieki zdrowotnej przypadająca na 10 tys. uprawnionych do świadczeń, w wybranych rodzajach świadczeń była zróżnicowana i wynosiła:

- w podstawowej opiece zdrowotnej¹¹ – liczba świadczeń wynosiła średnio 46 530 (od 40 734 w Mazowieckim OW do 53 039 w Zachodniopomorskim OW), a ich wartość średnio 35,44 tys. zł (od 24,37 tys. zł w Łódzkim OW do 58,87 tys. zł w Pomorskim OW),
- w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej – liczba świadczeń wynosiła średnio 24 425 (od 21 972 w Wielkopolskim OW do 28 673 w Podlaskim OW), a ich wartość średnio 1 720,07 tys. zł (od 1 579,59 tys. zł w Opolskim OW do 2 036,60 tys. zł w Podlaskim OW),
- w leczeniu szpitalnym¹² – liczba świadczeń wynosiła średnio 4 046 (od 3 440 w Lubuskim OW do 4 494 w Mazowieckim OW), a ich wartość średnio 8 602,08 tys. zł (od 7 495,78 tys. zł w Podkarpackim OW do 9 844,18 tys. zł w Mazowieckim OW),
- w rehabilitacji leczniczej – liczba świadczeń wynosiła średnio 39 762 (od 25 104 w Zachodniopomorskim OW do 59 731 w Podkarpackim OW), a ich wartość średnio 683,94 tys. zł, (od 554,03 tys. zł w Łódzkim OW do 863,14 tys. zł w Mazowieckim OW),
- w leczeniu stomatologicznym – liczba świadczeń wynosiła średnio 18 887 (od 11 158 w Lubuskim OW do 28 271 w Lubelskim OW), a ich wartość

¹⁰ 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), Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 r. (P/16/053), Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2016 r. (P/17/056), Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2017 r. (P/18/055).

¹¹ Świadczenia finansowane poza stawką kapitulacyjną.

¹² Z wyłączeniem m.in. świadczeń na izbach przyjęć i w szpitalnych oddziałach ratunkowych.

- średnio 501,20 tys. zł (od 394,35 tys. zł w Lubuskim OW do 628,86 tys. zł w Małopolskim OW),
- w profilaktycznych programach zdrowotnych – liczba świadczeń wynosiła średnio 572 (od 455 w Małopolskim OW do 719 w Śląskim OW), a ich wartość średnio 48,31 tys. zł (od 38,02 tys. zł w Podkarpackim OW do 67,88 tys. zł w Śląskim OW),
 - w świadczeniach zdrowotnych kontraktowanych odrębnie – liczba świadczeń wynosiła średnio 2 685 (od 2 142 w Zachodniopomorskim OW do 3 569 w Świętokrzyskim OW), a ich wartość średnio 659,86 tys. zł (od 485,00 tys. zł w Podkarpackim OW do 1 050,72 tys. zł w Zachodniopomorskim OW),
 - w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień – liczba świadczeń wynosiła średnio 6 544 (od 5 397 w Małopolskim OW do 10 331 w Lubuskim OW), a ich wartość średnio 730,48 tys. zł (od 598,28 tys. zł w Podkarpackim OW do 1 222,19 tys. zł w Lubuskim OW),
 - w świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych – liczba świadczeń wynosiła średnio 10 056 (od 3 787 w Pomorskim OW do 19 433 w Opolskim OW), a ich wartość średnio 383,19 tys. zł (od 251,66 tys. zł w Pomorskim OW do 590,78 tys. zł w Opolskim OW),
 - w opiece paliatywnej i hospicyjnej – liczba świadczeń wynosiła średnio 2 027 (od 1 453 w Zachodniopomorskim OW do 3 334 w Opolskim OW), a ich wartość średnio 187,20 tys. zł (od 107,99 tys. zł w Zachodniopomorskim OW do 245,94 tys. zł w Świętokrzyskim OW),
 - w zaopatrzeniu w wyroby medyczne – liczba świadczeń wynosiła średnio 85 324 (od 65 859 w Mazowieckim OW do 99 675 w Zachodniopomorskim OW), a ich wartość średnio 314,80 tys. zł (od 274,87 tys. zł w Mazowieckim OW do 366,81 tys. zł w Śląskim OW).

Do głównych przyczyn zróżnicowania w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej pomiędzy poszczególnymi OW NFZ należały m.in.: różnice rozwoju i rozmieszczenia zasobów lecznictwa na obszarze kraju i województw, sytuacja epidemiologiczna.

(dowód: akta kontroli str. 701-718, 1361-1362)

7. Łączna liczba oczekujących na świadczenie (przypadki pilne i stabilne), w grudniu 2018 r. wyniosła 5 646 315 osób, i była niższa niż w grudniu 2017 r. o 50 962, tj. o 0,89%¹³. Największy wpływ na ten spadek miały zabiegi w zakresie soczewki oka (zaćmy), do których liczba oczekujących spadła o 121 961 osób, tj. o 24,67%. Natomiast w odniesieniu do poszczególnych rodzajów świadczeń liczba oczekujących spadła w przypadku świadczeń stomatologicznych (o 8 460, 1,77%) oraz opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (o 2 788, 4,03%). Jednocześnie liczba oczekujących wzrosła w rehabilitacji leczniczej (o 63 385 osób, 4,01%), leczeniu szpitalnym (o 7 682 osób, 1,19%), ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (o 6 381 osób, 0,35%) i świadczeniach kontraktowanych odrębnie (o 1 228 osób, 9,18%).

Liczba oczekujących zwiększyła się do 189 komórek/świadczeń¹⁴, zmniejszyła się do 162, a pozostała bez zmian do 51.

W świadczeniach w rodzaju leczenie szpitalne liczba oczekujących na świadczenie pomiędzy grudniem 2017 r. a grudniem 2018 r., dla przypadków stabilnych, wzrosła

¹³ Na podstawie danych przekazanych przy piśmie 2019.21771.AA.

¹⁴ Listy oczekujących są prowadzone dla oczekujących do komórek organizacyjnych świadczeniodawców lub do świadczeń.

dla 79 komórek/świadczeń, zmniejszyła się dla 82 komórek/świadczeń, a dla 31 nie zmieniła się.

Najwyższy wzrost liczby oczekujących na świadczenie stwierdzono do:

- koronarografii o 1 607 osób (z 11 041 do 12 648, wzrost o 14,5%);
- oddziału kardiologicznego o 1 996 osób (z 11 767 do 13 763, wzrost o 17%);
- oddziału otorynolaryngologicznego o 1 221 osób (z 102 096 do 103 317, wzrost o 1,2%);
- oddziału położniczo-ginekologicznego o 1 916 osób (z 12 688 do 14 604, wzrost o 15,1%);
- oddziału urologicznego o 1435 osób (z 14 290 do 15 725, wzrost o 10%).

W świadczeniach w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna liczba oczekujących na świadczenie pomiędzy grudniem 2017 r. a grudniem 2018 r., dla przypadków stabilnych, wzrosła dla 52 komórek/świadczeń, zmniejszyła się dla 44 komórek/świadczeń, a dla siedmiu nie zmieniła się.

Najwyższy wzrost liczby oczekujących na świadczenie stwierdzono do:

- poradni chirurgii naczyniowej o 1802 osób (z 25 505 do 27 307, wzrost o 7,1%);
- poradni chorób naczyń o 2 395 osób (z 25 306 do 27 701, wzrost o 9,5%);
- poradni diabetologicznej o 2 695 osób (z 23 428 do 26 123, wzrost o 11,5%);
- poradni genetycznej o 3 141 osób (z 11 666 do 14 807, wzrost o 26,9%);
- pracowni endoskopii o 14 819 osób (z 93 214 do 108 033, wzrost o 15,9%).

W świadczeniach w rodzaju rehabilitacja lecznicza liczba oczekujących na świadczenie pomiędzy grudniem 2017 r. a grudniem 2018 r., dla przypadków stabilnych, wzrosła dla 11 komórek/świadczeń, zmniejszyła się dla 11 komórek/świadczeń, a dla 3 nie zmieniła się.

Najwyższy wzrost liczby oczekujących na świadczenie stwierdzono do:

- działu (pracowni) fizjoterapii o 38 209 osób (z 952 305 do 990 514, wzrost o 4%);
- działu (pracowni) fizykoterapii o 1 054 osób (z 2 296 do 3 350, wzrost o 45,9%);
- oddziału rehabilitacji o 2 526 osób (z 195 914 do 198 440, wzrost o 1,3%);
- zakładu/ośrodka rehabilitacji leczniczej o 848 osób (z 0 do 848);
- zespołu rehabilitacji domowej o 1 809 osób (z 3 474 do 5 283, wzrost 52,7%).

W świadczeniach w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień liczba oczekujących na świadczenie pomiędzy grudniem 2017 r. a grudniem 2018 r., dla przypadków stabilnych, wzrosła dla 30 komórek/świadczeń, zmniejszyła się dla 27 komórek/świadczeń, a dla ośmiu nie zmieniła się.

Najwyższy wzrost liczby oczekujących na świadczenie stwierdzono do:

- oddziału dziennego psychogeriatrycznego o 114 osób (z 268 do 382, wzrost o 42,5%);
- oddziału dziennego zaburzeń nerwicowych o 137 osób (z 217 do 354, wzrost o 63,1%);
- poradni dla osób z autyzmem dziecięcym o 218 osób (z 3 179 do 3 397, wzrost o 6,9%);
- poradni terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia o 341 osób (z 3 782 do 4 123, wzrost o 9%);

- poradni zdrowia psychicznego dla dzieci o 610 osób (z 7 442 do 8 052, wzrost o 8,2%).

W świadczeniach kontraktowanych odrębnie liczba oczekujących na świadczenie pomiędzy grudniem 2017 r. a grudniem 2018 r., dla przypadków stabilnych, wzrosła dla 4 komórek/świadczeń, zmniejszyła się dla 2 komórek/świadczeń, a dla 5 nie zmieniła się.

Wzrost liczby oczekujących na świadczenie stwierdzono do:

- badań genetycznych o 112 osób (z 2 363 do 2 502, wzrost o 4,7%);
- badań medycyny nuklearnej o 1 023 osób (z 7 434 do 8 457, wzrost o 13,8%);
- profilaktyki zakażeń wirusem RS o 8 osób (z 0 do 8);
- terapii hiperbarycznej o 4 osoby (z 366 do 370, wzrost o 1,09%).

W świadczeniach, dla których listy oczekujących są sprawozdawane przez świadczeniodawców za pośrednictwem aplikacji Kolejki Centralne (AP-KOLCE) liczba oczekujących na świadczenie pomiędzy grudniem 2017 r. a grudniem 2018 r., dla przypadków stabilnych, wzrosła dla 13 świadczeń, zmniejszyła się dla 17 świadczeń, a dla 1 nie zmieniła się.

Najwyższy wzrost liczby oczekujących na świadczenie stwierdzono do:

- świadczeń z zakresu endokrynologii o 3 385 osób (z 104 966 do 108 351, wzrost o 3,22%);
- świadczeń z zakresu endokrynologii (60005) realizowanych w poradni endokrynologicznej (1030) o 3 605 osób (z 91 795 do 95 400, wzrost o 3,93%);
- świadczeń z zakresu endokrynologii (60005) realizowanych w poradni leczenia niepłodności (1036) o 259 osób (z 752 do 1 011, wzrost o 34,44%);
- świadczeń z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu o 3 985 osób (z 101 165 do 105 150, wzrost 3,94%);
- świadczeń z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu (60003) realizowanych w poradni chirurgii urazowo-ortopedycznej (1580) o 4 596 osoby (z 93 917 do 98 513, wzrost o 4,89%).

8. Czas oczekiwania na świadczenie mierzony medianą średniego czasu oczekiwania wzrósł dla 112 komórek/świadczeń, zmniejszył się do 107, a pozostał bez zmian do 187.

W świadczeniach w rodzaju leczenie szpitalne mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na świadczenie pomiędzy grudniem 2017 r. a grudniem 2018 r., dla przypadków stabilnych, wzrosła dla 35 komórek/świadczeń, zmniejszyła się dla 37 komórek/świadczeń, a dla 120 nie zmieniła się. Najwyższy wzrost mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na świadczenie stwierdzono do:

- oddziałów chorób metabolicznych o 24 dni (z 34 do 58, wzrost o 70,6%);
- teleradioterapii hadronowej wiązką protonów (z 19 do 62, wzrost o 226,3%);
- oddziałów chirurgii onkologicznej dla dzieci o 26 dni (z 88 do 114, wzrost o 29,5%);
- oddziałów okulistycznych dla dzieci o 32 dni (z 65 do 97, wzrost o 49,2%);
- oddziałów audiologiczno-foniatrycznych dla dzieci o 33 dni (z 33 do 66, wzrost 100%).

W świadczeniach w rodzaju rehabilitacja lecznicza mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na świadczenie pomiędzy grudniem 2017 r. a grudniem 2018 r., dla przypadków stabilnych, wzrosła dla 10 komórek/świadczeń, zmniejszyła się dla 10 komórek/świadczeń, a dla 5 nie zmieniła się. Najwyższy

wzrost mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na świadczenie stwierdzono do:

- działu (pracowni) fizykoterapii o 150 dni (z 18 do 168, wzrost o 833,3%);
- oddziału rehabilitacji narządu ruchu o 83 dni (z 392 do 475, wzrost o 21,2%);
- poradni rehabilitacji narządu ruchu o 37 dni (z 16 do 53, wzrost o 231,2%);
- zakładu/ośrodka rehabilitacji leczniczej o 469 dni (z 0 do 469);
- zespołu rehabilitacji domowej o 13 dni (z 17 do 30, wzrost do 76,5%).

W świadczeniach w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na świadczenie pomiędzy grudniem 2017 r. a grudniem 2018 r., dla przypadków stabilnych, wzrosła dla 18 komórek/świadczeń, zmniejszyła się dla 17 komórek/świadczeń, a dla 30 nie zmieniła się. Najwyższy wzrost mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na świadczenie stwierdzono do:

- poradni psychogeriatrycznej o 7 dni (z 48 do 55, wzrost o 14,6%);
- zakładu/oddziału pielęgnacyjno-opiekuńczego psychiatrycznego o 159 dni (z 50 do 509, wzrost o 318%);
- zakładu/oddziału pielęgnacyjno-opiekuńczego psychiatrycznego dla dzieci o 42 dni (z 6 do 48, wzrost o 700%);
- poradni psychologicznej dzieci o 7 dni (z 2 do 9, wzrost o 350%);
- poradni seksuologicznej i patologii współżycia (z 10 do 18, wzrost 80%).

W świadczeniach w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na świadczenie pomiędzy grudniem 2017 r. a grudniem 2018 r., dla przypadków stabilnych, wzrosła dla 44 komórek/świadczeń, zmniejszyła się dla 38 komórek/świadczeń, a dla 19 nie zmieniła się. Najwyższy wzrost mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na świadczenie stwierdzono do:

- poradni chorób odzwierzęcych i pasożytniczych o 29 dni (z 77 do 106, wzrost o 37,7%);
- poradni foniatrycznej dla dzieci o 66 dni (z 54 do 120, wzrost 122,2%);
- poradni genetycznej dla dzieci o 65 dni (z 321 do 386, wzrost o 20,2%);
- poradni nowotworów krwi o 76 dni (z 238 do 314, wzrost 31,9%);
- poradni pediatrycznej szczepień dla dzieci z grup wysokiego ryzyka o 34 dni (z 52 do 86, wzrost o 65,4%).

Z 11 świadczeń kontraktowanych odrębnie mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła do jednego świadczenia (badań medycyny nuklearnej o siedem dni, z 26 do 33, wzrost o 26,9%), zmniejszyła się do dwóch świadczeń, a do ośmiu pozostała bez zmian.

W świadczeniach, dla których listy oczekujących są prowadzone w AP-KOLCE mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na świadczenie pomiędzy grudniem 2017 r. a grudniem 2018 r., dla przypadków stabilnych, wzrosła dla 14 świadczeń, zmniejszyła się dla 9 świadczeń. Najwyższy wzrost mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na świadczenie stwierdzono dla:

- endoprotezoplastyki stawu kolanowego o 35 dni;
- świadczeń z zakresu endokrynologii o 24 dni;
- świadczeń z zakresu endokrynologii (60005) realizowanych w poradni endokrynologicznej (1030) o 6 dni;
- świadczeń z zakresu endokrynologii (60005) realizowanych w poradni schorzeń tarczycy (1038) o 109 dni;

9. Kontraktowanie świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, nie zapewniło równego dostępu do świadczeń dla uprawnionych w poszczególnych OW NFZ.

Świadczenia w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w 2018 r. zostały zakontraktowane w 54 zakresach świadczeń¹⁵. Liczba zakontraktowanych zakresów świadczeń była różna w poszczególnych OW NFZ, przy czym w żadnym OW nie zakontraktowano wszystkich zakresów. Najwięcej zakresów zakontraktowały Śląski OW NFZ i Mazowiecki OW NFZ – po 42 zakresów, a najmniej w Świętokrzyskim OW NFZ i Warmińsko-Mazurskim OW NFZ – po 26 zakresów.

We wszystkich OW NFZ zakontraktowanych zostało 11 zakresów świadczeń¹⁶, natomiast cztery zakresy świadczeń zostały zakontraktowane tylko w jednym z OW NFZ¹⁷. Przeciętnie w każdym OW NFZ zakontraktowanych było 33,5 zakresów.

Najwyższą wartość świadczeń zakontraktowano w zakresach: świadczenia opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne dla dorosłych (183 586 560,85 zł), świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych (288 717 342,66 zł) oraz świadczenia psychiatryczne dla dorosłych (769 601 481,40 zł), których wartość stanowiła łącznie 47,19% wartości zakontraktowanych świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

Wartość zakontraktowanych świadczeń przeznaczonych dla dzieci i młodzieży lub nieletnich wyniosła 213 462 451,91 zł, co stanowiło 8,11% wartości zakontraktowanych świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień a zakontraktowano je w ramach 10 zakresów. W żadnym OW nie zakontraktowano wszystkich zakresów przeznaczonych dla dzieci i młodzieży lub nieletnich, a liczba zakontraktowanych zakresów wahała się od trzech w Opolskim, Warmińsko-Mazurskim i Zachodniopomorskim OW NFZ do siedmiu w Dolnośląskim i Mazowieckim OW NFZ.

Najwyższą wartość świadczeń zakontraktowano w zakresach: świadczenia dla osób z autyzmem dziecięcym lub innymi całościowymi zaburzeniami rozwoju (25 356 144,86 zł); świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży (48 073 733,32 zł); świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży (84 068 042,68 zł), co stanowiło łącznie 73,78% wartości zakontraktowanych świadczeń dla dzieci i młodzieży.

W 2018 r. świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych udzielało 5 131 lekarzy specjalistów, specjalistów I^o, specjalistów II^o oraz lekarzy w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii lub psychiatrii dzieci i młodzieży¹⁸, i było to o 205 lekarzy więcej niż w 2017 r. Tylko w dwóch OW NFZ (Świętokrzyskim i Warmińsko-Mazurskim) stwierdzono zmniejszenie liczby lekarzy – odpowiednio po jednym na 10 tys. ubezpieczonych¹⁹ przypadało w Polsce w 2018 r. 1,51 lekarzy

¹⁵ Na podstawie danych przekazanych pismem DSOZ.401.1485.2019.

¹⁶ Leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacja); leczenie środowiskowe (domowe); leczenie uzależnień; świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych; świadczenia dzienne terapii uzależnienia od alkoholu; świadczenia opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne dla dorosłych; świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych; świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży; świadczenia psychiatryczne dla dorosłych; świadczenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol; świadczenia w izbie przyjęć szpitala (ryczałt dobowy).

¹⁷ Świadczenia odwykowe w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia dla nieletnich; świadczenia opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne dla dzieci i młodzieży; świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze psychiatryczne dla dzieci i młodzieży; świadczenia w opiece domowej/rodzinnej.

¹⁸ W tym dawnej specjalizacji w dziedzinie psychiatrii dziecięcej.

¹⁹ Wg stanu na dzień 31.12.2018, uwzględnia osoby opłacające składkę oraz członków rodzin korzystających z ubezpieczenia.

(0,06 więcej niż w 2017 r.), przy czym wartość ta był zróżnicowana w poszczególnych OW NFZ: najwyższą wartość odnotowano w Łódzkim OW NFZ – 1,85 lekarzy na 10 tys. ubezpieczonych, a najmniej w Podkarpackim OW 1,08. Ogólnie w siedmiu OW NFZ liczba lekarzy na 10 tys. ubezpieczonych była wyższa od średniej krajowej, a w dziewięciu niższa. W stosunku do 2017 r. różnica pomiędzy średnią liczbą lekarzy na 10 tys. ubezpieczonych a średnią dla poszczególnych OW NFZ zmniejszyła się dla dwóch OW NFZ (Mazowiecki i Świętokrzyski).

W przypadku psychiatrii dzieci i młodzieży liczba lekarzy z odpowiednią specjalizacją lub w trakcie specjalizacji wzrosła w 2018 r. w stosunku do 2017 r. o 31, a w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych²⁰ z 0,67 do 0,71. Jednocześnie liczba lekarzy z odpowiednią specjalizacją lub w trakcie specjalizacji wzrosła w 12 OW NFZ, a zmalała w 4 OW NFZ. Najniższą wartość odnotowano zarówno w 2017 jak i w 2018 r. w Podkarpackim OW NFZ – 0,25 lekarzy na 10 tys. uprawnionych. Zarówno w 2017 r. jak i w 2018 r. w 10 OW NFZ liczba lekarzy z odpowiednią specjalizacją na 10 tys. uprawnionych była niższa od średniej dla kraju, przy czym w 2018 r. w sześciu z nich różnica pomiędzy liczbą lekarzy na 10 tys. a średnią dla kraju zwiększyła się, co oznacza, że dostępność do lekarzy pogorszyła się w tych OW w stosunku do danych dla całego kraju²¹.

(dowód: akta kontroli str. 76, 1318-1327)

10. Różnice pomiędzy OW NFZ, w dostępności do świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, biorąc pod uwagę liczbę zakontraktowanych i zrealizowanych punktów rozliczeniowych w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych, uległy zmniejszeniu.

W 2017 r. różnica pomiędzy najniższą a najwyższą zakontraktowaną liczbą punktów rozliczeniowych w OW NFZ na 10 tys. ubezpieczonych wynosiła 43 372,17 punktów, a w 2018 r. 42374,58 punktów. Zarówno w 2017 r. jak i w 2018 r. liczba zakontraktowanych punktów rozliczeniowych na 10 tys. ubezpieczonych w 10 OW NFZ była niższa od średniej dla kraju, ale tylko dla trzech z nich różnica do średniej wzrosła (w Świętokrzyskim, Warmińsko-Mazurskim i Podkarpackim OW NFZ). Ponadto Łódzki OW, który w 2017 r. plasował się powyżej średniej zakontraktował świadczenia w liczbie punktów rozliczeniowych równej 98,45% średniej dla kraju w 2018 r.

Także różnice pomiędzy OW NFZ pod względem zrealizowanych punktów rozliczeniowych przez świadczeniodawców uległy zmniejszeniu. W 2017 r. w sześciu OW NFZ liczba zrealizowanych punktów rozliczeniowych na 10 tys. ubezpieczonych była wyższa od średniej dla kraju, podczas gdy w 2018 r. w siedmiu OW NFZ, a tylko w dwóch OW, w których wartość ta była niższa od średniej krajowej w 2017 r., spadła w 2018 r.²². W 2017 r. różnica pomiędzy najniższą a najwyższą zrealizowaną liczbą punktów rozliczeniowych w OW NFZ na 10 000 ubezpieczonych wyniosła 43 013,57 punktów, a w 2018 r. zmalała do 40 333,70 punktów.

(dowód: akta kontroli: 76)

11. W planie pracy Centrali NFZ na 2018 rok zdefiniowano dwa zadania dotyczące opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień mające służyć zmniejszeniu dysproporcji w dostępności do świadczeń pomiędzy OW NFZ – zadanie 4.5.

²⁰ Jako liczbę uprawnionych wzięto pod uwagę liczbę osób poniżej 18 roku życia wg GUS na dzień 30 czerwca odpowiednio 2017 i 2018 r.

²¹ Opolski; Podkarpackie; Podlaskie; Pomorski; Świętokrzyski; Warmińsko-Mazurski OW.

²² Podkarpacki, Warmińsko-Mazurski OW.

Zmniejszenie różnic międzyoddziałowych w cenach jednostkowych świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień oraz zadanie 4.6. Zmniejszenie różnic międzyoddziałowych w dostępie do świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. W ramach wskazanych zadań zostały wyznaczone mierniki oraz planowane do osiągnięcia wartości tych mierników.

Zdefiniowane mierniki były nieadekwatne do oceny zamierzonych działań, a oceny realizacji przyjętych mierników dokonano w sposób nieuwzględniający założonych celów. Szczegółowo zagadnienie zostało opisane w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości.

(dowód: akta kontroli: str. 85-92, 112-113, 115-116, 119-120, 123-124, 1077-1100, 1122-1129, 2797-2805)

12. Wprowadzenie świadczenia kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego KOS Zawał²³ poprawiło dostępność do rehabilitacji kardiologicznej dla pacjentów, którzy mieli dostęp do tych świadczeń. Jednocześnie na koniec 2018 r. w czterech województwach pacjenci nie posiadali dostępu do takich świadczeń.

W 2018 r. z rozpoznaniem, które było podstawą do objęcia leczeniem w ramach KOS-Zawał hospitalizowano 74 481 pacjentów²⁴, spośród których opieką w ramach KOS-Zawał zostało objętych 9 287 pacjentów, tj. 12,47%. Najwięcej pacjentów skorzystało z KOS Zawał w trzech OW NFZ: Śląskim (3 309), Lubelskim (1 454) i Dolnośląskim (1440).

Z grupy 65 194 pacjentów, którzy nie zostali objęci KOS – Zawał świadczenie rehabilitacji kardiologicznej po hospitalizacji uzyskało 15 954 pacjentów²⁵, co stanowiło 24,47%. W odniesieniu do pacjentów, których świadczenia zostały rozliczone w ramach KOS-Zawał świadczenie rehabilitacyjne po hospitalizacji uzyskało 6 337 pacjentów, co stanowiło 68,24% pacjentów. W terminie nie później niż 14 dni od daty wypisu ze szpitala świadczenie rehabilitacyjne uzyskało 3 570 pacjentów ogółem, tj. 5,48%, a w grupie pacjentów objętych KOS – Zawał 4 689 pacjentów, tj. 50,49%. Ponadto 552 pacjentów objętych KOS – Zawał uzyskało świadczenie rehabilitacyjne poza tym programem.

We wszystkich OW NFZ procent pacjentów, którzy uzyskali świadczenie rehabilitacyjne oraz uzyskali świadczenie rehabilitacyjne w terminie 14 dni od wypisu był wyższy dla pacjentów objętych KOS Zawał, niż pacjentów poza programem.

Najwyższy procent pacjentów, którzy nie byli leczeni w ramach KOS-Zawał, a uzyskali świadczenie rehabilitacyjne odnotowano w Opolskim OW NFZ – 40,72%, w tym w ciągu 14 dni od wypisu 18,63%, zaś najniższe w Mazowieckim OW NFZ (15,81% pacjentów uzyskało świadczenie rehabilitacyjne) i Łódzkim OW NFZ (2,21% pacjentów uzyskało świadczenie rehabilitacyjne w terminie 14 dni od wypisu). Ogółem w ośmiu OW NFZ procent pacjentów, którzy uzyskali świadczenie rehabilitacyjne w terminie 14 dni od wypisu był wyższy od średniej dla kraju.

W grupie pacjentów objętych leczeniem w ramach KOS-Zawał najwięcej procentowo pacjentów uzyskało świadczenie rehabilitacyjne w Podlaskim OW NFZ – 87,18% (przy czym było to tylko 34 pacjentów) i Śląskim OW NFZ – 82,93% (2 744 pacjentów), a w terminie 14 dni od wypisu również w Podlaskim OW NFZ – 76,92% (30 pacjentów) i Kujawsko-Pomorskim OW – 64,29% (18 pacjentów). W trzech OW

²³ Dalej „KOS-Zawał”.

²⁴ W liczbie tej uwzględniono również pacjentów, których hospitalizacja zaczęła się przed 01.01.2018 r. i trwała nadal w 2018 r. (było to 1551 pacjentów). Obliczenia wykonano na danych przekazanych pismem DSOZ.401.1400.2019.

²⁵ Uwzględniono wyłącznie pacjentów, dla których data rozpoczęcia udzielenia świadczenia rehabilitacyjnego była taka sama lub późniejsza niż data przyjęcia do szpitala.

NFZ mniej niż połowa pacjentów uzyskała świadczenie rehabilitacji kardiologicznej (Lubuski, Wielkopolski i Zachodniopomorski).

Zaświadczenie o braku przeciwwskazań ze strony układu krążenia do podjęcia/wykonywania pracy uzyskało 256 osób na 4 083 osoby w wieku produkcyjnym²⁶, tj. 6,27%, przy czym w terminie 4 miesięcy²⁷ od wypisu ze szpitala zaświadczenie uzyskało 200 osób, tj. 4,90%.

Na koniec 2017 r. świadczenia KOS-Zawał nie były udzielane w siedmiu OW NFZ, a na koniec 2018 r. w czterech OW NFZ²⁸. Świadczenie na koniec 2018 r. było udzielane przez 49 z 56 świadczeniodawców, którzy spełniali warunki określone w pkt "1.2.1 wymagania formalne" Załącznika nr 3 do Nr 38/2017/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne - świadczenia kompleksowe. W dziewięciu OW NFZ wszyscy świadczeniodawcy spełniający warunki formalne udzielali świadczeń w ramach KOS-Zawał²⁹.

Nie został sporządzony raport ewaluacyjny, o którym mowa w Ocenie Skutków Regulacji do zarządzenia nr 38/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne - świadczenia kompleksowe. Zagadnienie zostało szczegółowo przedstawione w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(dowód: akta kontroli str. 2180 - 2211)

13. Wprowadzenie świadczeń stomatologicznych w dentobusach zwiększyło dostępność do świadczeń profilaktycznych i ogólnostomatologicznych, o czym świadczy fakt, że ponad połowa, tj. 55,5% pacjentów, którym udzielono świadczenia w dentobusach, nie uzyskało takiego świadczenia w latach 2017 i 2018 przed wizytą w dentobusie, u świadczeniodawcy udzielającego świadczeń w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej.

Świadczenia stomatologiczne w dentobusie zostały wprowadzone na mocy ustawy z dnia 15 września 2017 r. o szczególnych rozwiązaniach zapewniających poprawę jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej³⁰. W uzasadnieniu do tej ustawy wskazano, że „dentobusy” umożliwią zapewnienie opieki stomatologicznej dzieciom w mniejszych miejscowościach, gdzie nie ma gabinetu stomatologicznego w szkole ani w najbliższej okolicy. Takie same założenia znalazły się w uzasadnieniu zarządzenia Nr 6/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 stycznia 2018 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne, które wprowadziło świadczenia w dentobusie do katalogu produktów.

Ze świadczeń w dentobusach skorzystało 33 923 pacjentów, w trakcie 36 531 wizyt. Spośród pacjentów, którym udzielono co najmniej jednego świadczenia w dentobusie 44,5% pacjentów (15 111), w latach 2017-2018, uzyskało co najmniej jedno świadczenie stomatologiczne przed pierwszą wizytą w dentobusie, co wskazuje, że posiadali możliwość korzystania ze świadczeń udzielanych w inny

²⁶ Obliczono na podstawie nr PESEL. Uwzględniono osoby urodzone przed rokiem 2000, w przypadku mężczyzn urodzone w 1953 r. i później, w przypadku kobiet w 1958 r. i później. Dotyczy tylko pacjentów objętych KOS-Zawał.

²⁷ Przyjęto najdłuższy możliwy okres 123 dni.

²⁸ Świętokrzyski, Pomorski, Podkarpacki, Warmińsko-Mazurski OW NFZ.

²⁹ Dolnośląski, Lubuski, Łódzki, Mazowiecki, Opolski, Podlaski, Śląski, Wielkopolski, Zachodniopomorski OW NFZ.

³⁰ Dz. U. z 2017 r. poz. 1774.

sposób, a tym samym w ich przypadku nie został zachowany podstawowy cel zakupu dentobusów.

Z kolei w grupie pacjentów, dla których świadczenie w dentobusie było pierwszym sprawozdanym świadczeniem stomatologicznym w 2017 i 2018 roku, 29,4% pacjentów skorzystało ze świadczenia u innego stomatologa po wizycie w dentobusie.

Stwierdzono duże rozbieżności w liczbie pacjentów, którym udzielono świadczeń. Najwięcej pacjentów skorzystało ze świadczeń w dentobusie na obszarze Łódzkiego OW NFZ – 4810 pacjentów w trakcie 4832 wizyt, a najmniej na obszarze wielkopolskiego OW NFZ – 580 pacjentów w trakcie 872 wizyt, mimo że w obu tych OW NFZ rozpoczęcie udzielania świadczeń nastąpiło 1 kwietnia 2018 r. Liczba pacjentów, którym udzielano świadczeń w dentobusie w przeliczeniu na dzień roboczy wyniosła średnio dla kraju 14,69, przy czym najwyższa średnia wystąpiła w województwie świętokrzyskim – 25,06, a najniższa województwie wielkopolskim – 2,96.

Organizacja udzielania świadczeń w dentobusach w ograniczonym zakresie zapewniała kontynuację leczenia, gdyż jednokrotnie ze świadczeń w dentobusie skorzystało 31 909 pacjentów, tj. 94,06% pacjentów³¹, zaś jedynie 2 014 więcej niż raz³². Największa liczba pacjentów, którym udzielono więcej niż jednego świadczenia w dentobusie wystąpiła w Lubuskim OW – 1 034, co stanowiło 39,8% wszystkich pacjentów w dentobusie w tym OW NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 2212 - 2291)

14. Fundusz dokonywał zmian w finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym związanych z ustalaniem wartości punktowej świadczeń. Badaniem objęto trzy zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczące określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień oraz w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne³³. We wszystkich przypadkach ustalenie wartości współczynników korygujących lub zmiana wyceny wagi punktowej produktów rozliczeniowych nie zostało poprzedzone rzetelną analizą. Ponadto zarządzeniem 59/2017/DSOZ zmieniono wycenę wagi punktowej produktów rozliczeniowych dla świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, mimo że taka taryfa została określona przez Prezesa AOTMiT. Szczegółowo zagadnienia te zostały opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

W przypadku ustalenia taryfy świadczeń przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji³⁴ Fundusz dokonywał zmian odpowiednich zarządzeń w celu uwzględnienia tych taryf w umowach ze świadczeniodawcami³⁵.

³¹ W województwach pomorskim i małopolskim wszyscy pacjenci tylko raz skorzystali ze świadczenia w dentobusie.

³² Najwięcej zanotowano 8 wizyt jednego pacjenta w dentobusie.

³³ Zarządzenie nr 41/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, dalej „zarządzenie 41/2018/DSOZ”; Zarządzenie nr 59/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 lipca 2017 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, dalej „zarządzenie 59/2017/DSOZ”; Zarządzenie nr 134/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 grudnia 2018 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne, dalej „zarządzenie 134/2018/DSOZ”.

³⁴ Dalej „AOTMiT”.

³⁵ Badaniem objęto również trzy zarządzenia Prezesa NFZ uwzględniające taryfy świadczeń gwarantowanych obwieszczonych przez Prezesa AOTMiT w 2018 r.: Zarządzenie Nr 11/2019/DSOZ Prezes Narodowego

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Nie został sporządzony raport ewaluacyjny, o którym mowa w Ocenie Skutków Regulacji do zarządzenia nr 38/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne - świadczenia kompleksowe, tj. wprowadzającego świadczenia KOS – Zawał.

W Ocenie Skutków Regulacji wskazano, że, cyt. „rzetelne przeprowadzenie ewaluacji możliwe będzie po okresie pierwszego roku funkcjonowania wdrożonych modyfikacji w zakresie realizacji ww. świadczeń”. Jednocześnie zostało określonych sześć mierników, które miały służyć ocenie wprowadzenia nowego sposobu finansowania świadczeń³⁶.

Zgodnie z wyjaśnieniem udzielonym przez Dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej raport ewaluacyjny do dnia zakończenia kontroli nie został sporządzony.

(dowód: akta kontroli str. 2180-2211)

2. W raporcie rocznym z realizacji planu pracy Centrali Funduszu na 2018 rok w odniesieniu do dwóch zadań w ramach celu numer 4 „Poprawa efektywności wydatkowania środków publicznych” oceny realizacji zadania dokonano w sposób nieuwzględniający zdefiniowanych mierników i założonych celów:

- w zadaniu 4.5 „Zmniejszenie różnic międzyoddziałowych w cenach jednostkowych świadczeń w rodzaju opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień” zdefiniowano miernik: wysokość ceny oczekiwanej, planowana do osiągnięcia wartość miernika „ $\geq 50\%$ ”.
- w zadaniu 4.6 „Zmniejszenie różnic międzyoddziałowych w dostępie do świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień” zdefiniowano miernik: liczba zakontraktowanych jednostek rozliczeniowych na 10 tys. uprawnionych, planowana do osiągnięcia wartość miernika „ $\geq 50\%$ ”.

W raporcie rocznym z realizacji planu pracy oceniono stopień realizacji zadań na 100%, przy czym oceny nie dokonano poprzez odniesienie do planowanych do osiągnięcia wartości mierników, a w odniesieniu do procenta wykonanych zadań szczegółowych określonych w „Harmonogramie zadań szczegółowych”. Dla zadania 4.5 zaplanowano wykonanie trzech zadań szczegółowych polegających na wydaniu zarządzenia i sformułowaniu wytycznych dla OW NFZ, uruchomieniu środków z rezerwy ogólnej oraz wykonywaniu „pracy ciągłej”. Dla zadania 4.6 zaplanowano wykonanie dwóch zadań szczegółowych: ustalenie odpowiednich priorytetów

Funduszu Zdrowia z dnia 31 stycznia 2019 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie; Zarządzenie Nr 73/2018/DSOZ Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 lipca 2018 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej; Zarządzenie Nr 45/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

³⁶ Miernikami były: 1) procentowy udział pacjentów po zawałe mięśnia sercowego objętych kompleksową opieką w stosunku do wszystkich pacjentów leczonych i rehabilitowanych z powodu zawału serca; 2) odsetek rehospitalizacji z przyczyn sercowo – naczyniowych u pacjentów objętych opieką kompleksową; 3) odsetek pacjentów objętych opieką kompleksową, u których wykonano zabieg angioplastyki wieńcowej w ramach II etapu rewaskularyzacji; 4) odsetek pacjentów, którym wszczepiono kardiowerter/defibrylator ICD; 5) odsetek pacjentów, którym wszczepiono kardiowerter/defibrylator CRT-D; 6) procentowy udział wystąpienia u pacjentów objętych KOS-zawał zgonu po zawałe z powodu epizodu sercowo- naczyniowego w okresie: a) 6 miesięcy od dnia wystąpienia zawału serca, b) 12 miesięcy od wystąpienia zawału serca.

ogólnopolskich i przygotowanie wstępnego planu zakupu na 2019 r. – opieka psychiatryczna i uzależnienia.

W raporcie rocznym z realizacji obu zadań nie wskazano uzyskanych w wyniku realizacji zadań wartości mierników określonych w Planie pracy Centrali Funduszu.

Prezes NFZ wyjaśnił, że na realizację danego zadania miały wpływ zadania szczegółowe określone w harmonogramie, a na planowaną wartość miernika miała wpływ realizacja poszczególnych zadań szczegółowych. Zadanie 4.6 uznano za zrealizowane na podstawie: ustalenia odpowiednich priorytetów ogólnopolskich i przygotowania planu zakupów świadczeń na 2019 rok uwzględniających świadczenia w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

W ocenie NIK, dokonanie oceny stopnia realizacji miernika na podstawie liczby zrealizowanych czynności określonych w szczegółowym harmonogramie, a nie na podstawie założonych mierników określających stopień realizacji celów, uniemożliwiło dokonanie rzetelnej oceny osiągniętych efektów.

(akta kontroli str., 85-92, 112-113, 115-116, 119-120, 123-124, 1077-1100, 1122-1129, 2797-2805)

3. Narodowy Fundusz Zdrowia nie przechowywał kompletnej dokumentacji dotyczącej przygotowania i opiniowania projektu Zarządzenia Nr 41/2018/DSOZ.

Fundusz, jako państwowa jednostka organizacyjna, w myśl art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach³⁷, zobowiązany jest do przechowywania dokumentacji przez siebie wytworzonej, a także do Funduszu napływającej, a po odpowiednim okresie do przekazania dokumentacji do archiwum lub poddania jej brakowaniu.

Centrala Funduszu w trakcie kontroli nie przedstawiła materiałów archiwalnych, w postaci 18 uwag od 8 podmiotów, zgłoszonych do projektu zarządzenia Nr 41/2018/DSOZ w procesie jego opiniowania. Jedynym dokumentem zawierającym zgłoszone opinie było zestawienie sporządzone przez pracownika Centrali. Wobec braku dokumentacji źródłowej nie istniała możliwość zweryfikowania kompletności zawartych informacji.

Prezes NFZ wyjaśnił, że przekazanie opinii w sprawie przedmiotowego projektu odbywało się na prośbę płatnika za pomocą skrzynki mailowej sekretariatu Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej, a treść opinii została zebrana w formie „Rejestru uwag do projektu zarządzenia”.

W ocenie NIK, niezachowanie dokumentacji był działaniem niezgodnym z obowiązującymi przepisami określającymi obowiązki w zakresie jej przechowywania, a tym samym nie zapewniono transparentności podejmowanych przez Fundusz działań.

(dowód: akta kontroli str. 93, 95, 114, 117, 121, 200-202)

4. Prezes NFZ zarządzeniem 59/2017/DSOZ dokonał zmiany wyceny wagi punktowej świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, mimo że wycena taka została określona przez Prezesa AOTMiT obwieszczeniem z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

Zgodnie z art. 31n. ust. 1a lit. a ustawy o świadczeniach określenie taryfy świadczeń należy do kompetencji AOTMiT. Prezes Funduszu nie jest uprawniony do określania

³⁷ Dz. U. z 2019 r. poz. 553

taryfy w sytuacji, gdy ta została określona zgodnie z obowiązującą procedurą przez Prezesa AOTMiT. W tej sytuacji określenie przez Prezesa Funduszu innej taryfy było działaniem nielegalnym.

Prezes NFZ wyjaśnił, że uzasadnieniem do zwiększenia wyceny punktowej świadczeń było ponoszenie przez świadczeniodawców dodatkowych kosztów ich udzielania w związku z podniesieniem minimalnego wynagrodzenia za pracę.

W ocenie NIK zmiana wyceny świadczeń przez Prezesa Funduszu, w sytuacji określenia taryfy przez Prezesa AOTMiT, było działaniem niezgodnym z obowiązującymi przepisami.

(dowód: akta kontroli str. 114-115, 118, 121-122, 262-273, 317-325)

5. W przypadku trzech zarządzeń³⁸ wprowadzenie zmian w finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień nie zostało poprzedzone przeprowadzeniem analizy kosztów, w szczególności nie ustalono, jakie środki winny być zaangażowane dla osiągnięcia założonych celów, a same cele wprowadzanych zmian nie zostały skonkretyzowane.

Zgodnie z treścią art. 97 ust. 3 pkt 1 ustawy o świadczeniach jednym z zadań Funduszu jest analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Z kolei stosownie do treści art. 44 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych³⁹ wydatki publiczne powinny być dokonywane w sposób celowy i oszczędny, z zachowaniem zasad uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów oraz optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów.

Zarządzeniem nr 59/2017/DSOZ dokonana została dwukrotnie po 2%⁴⁰ zmiana wyceny wagi punktowej produktów rozliczeniowych. W uzasadnieniu do zarządzenia wskazano, że wycenę punktową świadczeń skorygowano „w związku z ponoszonymi przez świadczeniodawców rosnącymi kosztami, będącymi pochodną wzrostu ogólnych kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, których wyceny nie były kompleksowo podnoszone od 2011 r.”. Określenie wartości korekty wyceny nie zostało poprzedzone przeprowadzeniem analizy rzeczywistego wzrostu kosztów świadczeń, a przywołany wyżej cel zmiany wyceny świadczeń nie został skonkretyzowany w postaci pożądanego efektów. Tym samym niemożliwe było również określenie jakie środki finansowe były faktycznie niezbędne dla realizacji celu.

Zarządzeniem nr 41/2018/DSOZ wprowadzono współczynniki korygujące dla świadczeniodawców realizujących świadczenia stacjonarne dla dorosłych o 1,04 oraz realizujących świadczenia stacjonarne dla dzieci i młodzieży o 1,06⁴¹. Zgodnie z brzmieniem uzasadnienia do zarządzenia zmiany dokonano „w celu pokrycia wzrostu kosztów świadczeń psychiatrycznych ponoszonych przez świadczeniodawców”. Określenie wartości korekty wyceny nie zostało poprzedzone przeprowadzeniem analizy rzeczywistego wzrostu kosztów świadczeń, a przywołany wyżej cel zmiany wyceny świadczeń nie został skonkretyzowany w postaci pożądanego efektów. Tym samym niemożliwe było również określenie jakie środki

³⁸ 59/2017/DSOZ, 41/2018/DSOZ, 134/2018/DSOZ.

³⁹ Dz. U. z 2019 r. poz. 869.

⁴⁰ Załącznik nr 1 do zarządzenia 59/2017/DSOZ obowiązujący od dnia 1 lipca 2017 r. do dnia 30 września 2017 r. oraz Załącznik nr 2 do zarządzenia 59/2017/DSOZ obowiązujący od dnia 1 października 2017 r.

⁴¹ § 15 pkt 28 i 29 zarządzenia nr 41/2018/DSOZ.

finansowe były faktycznie niezbędne dla realizacji celu. Wartość współczynników została ustalona wyłącznie na podstawie możliwości finansowych NFZ.

Z kolei zarządzeniem 134/2018/DSOZ wprowadzono zmniejszenie o 5% wartości punktowej świadczeń z zakresu teleradioterapia⁴². Także w tym przypadku wprowadzenie zmiany wyceny wartości punktowej świadczeń nie zostało poprzedzone przeprowadzeniem analizy kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Prezes NFZ wyjaśnił, że skutek finansowy wprowadzenia zarządzenia nr 41/2018/DSOZ został oszacowany w skali sześciu miesięcy na kwotę ok. 29,5 mln zł, natomiast zarządzenia nr 59/2017/DSOZ na kwotę ok. 36 mln zł przy założeniu identycznej struktury realizowanych świadczeń w skali sześciu miesięcy i dostosowaniu do możliwości finansowych płatnika.

W ocenie NIK, wprowadzenie ww. zarządzeniami zmian bez wcześniejszego przeprowadzenia analiz kosztów świadczeń opieki zdrowotnej było działaniem niezgodnym z obowiązującymi przepisami oraz nierzetelnym. Przywołana przez Prezesa ocena skutków finansowych na podstawie wzrostu wagi świadczenia lub cen do średnich nie była analizą kosztów, gdyż punktem wyjścia dla niej nie było zdiagnozowanie potrzeb w tym zakresie, zmiennych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, ani zdefiniowanie niezbędnych zmian, ale kwota środków, które Fundusz mógł przeznaczyć na finansowanie świadczeń. Przede wszystkim zaś w trakcie przygotowywania projektów zarządzeń 41/2018/DSOZ i 59/2017/DSOZ nie zbadano, czy założone cele mogą zostać osiągnięte przy zaangażowaniu niższych środków. O nierzetelności, świadczy również brak wyznaczenia metodologii ustalenia wartości współczynników korygujących oraz pozostałych wartości procentowych, w odniesieniu do kosztów świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 115, 118, 122, 179-195, 317-325)

OCENA CZĄSTKOWA

Centrala Funduszu koordynowała proces planowania zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na 2018 r. W szczególności Prezes Funduszu określił ogólnopolskie priorytety dla kontraktowania, które zostały uwzględnione w planach oddziałów wojewódzkich.

Realizacja planu zakupu świadczeń nie zapewniła jednak pełnej dostępności świadczeń, a pomiędzy oddziałami wojewódzkim występowały dysproporcje w liczbie i wartości zrealizowanych świadczeń. W niektórych OW NFZ nie zakontraktowano wszystkich zakresów, w szczególności w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień tylko 11 na 54 zakresów świadczeń zostało zakontraktowanych w każdym z oddziałów wojewódzkich.

Zmniejszyły się natomiast różnice pomiędzy OW NFZ, w dostępności do świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, biorąc pod uwagę liczbę zakontraktowanych i zrealizowanych punktów rozliczeniowych w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych.

Ogólna liczba oczekujących na świadczenia na koniec 2018 r. była niższa niż rok wcześniej, , lecz w przypadku 189 komórek organizacyjnych lub świadczeń z 402, dla których prowadzone były listy oczekujących, ich liczba wzrosła.

Wprowadzenie świadczenia kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego KOS Zawał poprawiło dostępność do rehabilitacji kardiologicznej, co jednak nie dotyczyło pacjentów w czterech OW NFZ, w których świadczenia te nie zostały

⁴² Załącznik nr 4 do zarządzenia nr 134/2018/DSOZ.

zakontraktowane. Z kolei wprowadzenie świadczeń w dentobusach zwiększyło dostępność do świadczeń profilaktycznych i ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły:

- niezgodnej z prawem zmiany wyceny świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień,
- nie wykonania analiz finansowych przed wprowadzeniem zmian w finansowaniu świadczeń,
- nieprawidłowego definiowania celów i mierników
- braku sporządzenia raportu ewaluacyjnego w celu oceny efektów wprowadzenia świadczenia kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego.

OBSZAR

2. Wykonanie planu finansowego NFZ

Opis stanu faktycznego

1. Projekt planu finansowego NFZ na 2018 r. został przedłożony przez Prezesa Funduszu Radzie Fundusz oraz Komisji Zdrowia i Komisji Finansów Publicznych Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 27 czerwca 2017 r., a po uzyskaniu ich pozytywnej opinii, w dniu 10 lipca 2017 r. Plan finansowy NFZ został przekazany Ministrowi Zdrowia⁴³, tj. w terminie określonym w art. 121 ustawy o świadczeniach. W dniu 25 lipca 2017 r. Prezes Funduszu przekazał Ministrowi Zdrowia autokorektę Planu finansowego na 2018 r., uwzględniającą zalecenia zgłoszone przez Ministra Finansów. Plan finansowy Funduszu na 2018 r. został zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 10 stycznia 2018 r.

Plan finansowy, zgodnie z art. 118 ust. 1 ustawy o świadczeniach został zrównoważony w zakresie przychodów i kosztów i zawierał elementy wskazane w art. 118 ust. 2, w tym utworzone zostały przewidziane w ustawie rezerwy. Planowane koszty finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez poszczególne OW NFZ, zgodnie z art. 118 ust. 4 ustawy o świadczeniach, były wyższe niż wysokość kosztów finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dla tych OW NFZ w roku 2017 r.

Plan odpowiadał wzorowi planu finansowego NFZ określonego w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia⁴⁴.

(dowód: akta kontroli str. 1541-1975)

Kwota przychodów ogółem Funduszu na 2018 r. została zaplanowana pierwotnie w wysokości 83 174 768,00 tys. zł. W trakcie roku dokonano zmian w planie finansowym w zakresie przychodów, w wyniku których kwota planowanych przychodów została ustalona na 84 140 852,00 tys. zł. Największą część zaplanowanych przychodów stanowiły składki na ubezpieczenie zdrowotne 79 652 788,00 tys. zł, tj. 94,66% przychodów ogółem.

Kwota kosztów ogółem na 2018 r. została pierwotnie zaplanowana w wysokości 83 174 768,00 tys. zł. W ciągu roku dokonano zmian planu finansowego w zakresie kosztów, w wyniku czego planowana kwota kosztów w planie po zmianach wyniosła 85 840 852,00 tys. zł.

Zmiany oraz przesunięcia w planie finansowym były dokonywane zgodnie z procedurą określoną art. 124 ustawy o świadczeniach.

⁴³ Dalej zwany planem „pierwotnym”.

⁴⁴ Dz. U. z 2019 r. poz. 835.

(dowód: akta kontroli str. 1482-1484; 1541-1975; 2319-2460)

2. Kwota wykonanych przychodów Funduszu w 2018 r. wyniosła 85 271 558,97 tys. zł (101,34% planu po zmianach), i była o 5 671 990,48 tys. zł wyższa niż w 2017 r. (tj. o 7,13%). Największą część przychodów stanowiły składki na ubezpieczenie zdrowotne⁴⁵, które wyniosły 80 877 775,18 tys. zł (94,8% kwoty przychodów), w tym składki ZUS 77 560 709,06 tys. zł (95,9% kwoty składek) a składki KRUS 3 317 066,12 tys. zł (4,1% kwoty składek). W tym tytułem składek z lat ubiegłych Fundusz uzyskał przychody w kwocie 124 012,81 tys. zł.

Przychody ze składek na ubezpieczenie zdrowotne w 2018 r. były wyższe od zaplanowanych w planie po zmianach o 1 074 987,18 tys. zł, tj. o 1,35%. W stosunku do 2017 r. przychody ze składek wzrosły o 6 294 644,76 tys. zł, tj. o 8,44%.

(dowód: akta kontroli str. 1482-1484; 1512-1513; 1541-1975; 2319-2460)

W trakcie roku 2018 Fundusz uzyskiwał również środki z budżetu państwa:

- na realizację zadania zleconego w ramach programu polityki zdrowotnej pn. Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2016-2020 w kwocie 2 370,64 tys. zł (36,67% planu po zmianach);
- na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a – 2c, 3 i 3b ustawy o świadczeniach⁴⁶ w kwocie 1 547 042,89 tys. zł (98,76% planu po zmianach);
- dotację na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego w kwocie 2 035 028,64 tys. zł. (99,42% planu po zmianach).
- dotację celową na dofinansowanie świadczeniodawcom posiadającym umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej zakupu urządzeń informatycznych, zakupu oprogramowania i kosztów niezbędnego szkolenia świadczeniodawców w kwocie 35 969,50 tys. zł;
- dofinansowanie projektu „II Etap OOK POZ PLUS” w kwocie 2 694,54 tys. zł;
- z tytułu realizacji projektów współfinansowanych ze środków UE w kwocie 6 755,28 tys. zł.

Do budżetu państwa zwrócono kwotę 1 015,43 tys. zł tytułem zwrotu części dotacji na finansowanie świadczeń gwarantowanych udzielonych ponad kwoty zobowiązań wynikających z zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, którą Fundusz otrzymał na podstawie art. 15a ustawy z dnia 2 grudnia 2016 r. o szczególnych rozwiązaniach służących realizacji ustawy budżetowej na rok 2017⁴⁷.

⁴⁵ Składka należna brutto.

⁴⁶ Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom innym niż ubezpieczeni, które nie ukończyły 18 roku życia; finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom innym niż ubezpieczeni posiadającym miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które są w okresie ciąży, porodu lub połogu; finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom nieubezpieczonym na podstawie odrębnych przepisów; finansowanie świadczeń wysokospecjalistycznych; finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom innym niż ubezpieczeni spełniającym kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1508, ze zm.); finansowanie gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych poza granicami kraju, których nie przeprowadza się w kraju, na podstawie decyzji Prezesa Funduszu; finansowanie leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych przysługujących świadczeniobiorcom, którzy ukończyli 75 rok życia.

⁴⁷ Dz. U. z 2016 r. poz. 1984, ze zm.

(dowód: akta kontroli str. 1482-1484; 1516-1522; 2339-2345)

3. Koszty Funduszu ogółem w 2018 r. wyniosły 84 804 503,91 tys. zł, co stanowiło 98,79% planu po zmianach. Największą część kosztów stanowiły koszty świadczeń opieki zdrowotnej, które wyniosły 81 061 083,50 tys. zł, tj. 95,58% kosztów ogółem. Pozostałe koszty związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, tj. koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie, koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego oraz koszty finansowania leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego w części finansowanej z budżetu państwa dla osób, które ukończyły 75 rok życia, wyniosły 2 731 924,14 tys. zł, tj. 3,22% kosztów ogółem. Łącznie koszty Funduszu związane z zapewnieniem dostępu do świadczeń zdrowotnych⁴⁸ wyniosły 83 793 007,64 tys. zł, tj. 98,81% kosztów ogółem.

W stosunku do roku 2017 koszty Funduszu ogółem były wyższe o 5 148 781,54 tys. zł, tj. 6,46%, przy czym wzrost kosztów świadczeń opieki zdrowotnej był nieznacznie niższy i wyniósł 4 713 382,82 tys. zł, tj. 6,17%.

W dwóch kategoriach wykonanie kosztów Funduszu było wyższe niż limit kosztów określony w planie finansowym – w kategorii „B2.1. Podstawowa opieka zdrowotna” oraz w kategorii „B5. Koszty finansowania leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego w części finansowanej z budżetu państwa zgodnie z art. 43a ust. 3 ustawy”. Zagadnienie zostało szczegółowo opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(dowód: akta kontroli str. 1482-1484; 1491-1497; 1523-1533; 1535-1540; 2959-2960)

W kwocie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej ujęte zostały koszty stanowiące środki przekazane świadczeniodawcom na podwyższenie wynagrodzeń lekarzy⁴⁹, pielęgniarek i położnych⁵⁰ oraz ratownikom medycznym zatrudnionym w szpitalach⁵¹ oraz w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne⁵². Łączna kwota tych kosztów w 2018 r. wyniosła 4 559 157,49 tys. zł i była wyższa niż w 2017 r. o 1 920 004,65 tys. zł, tj. o 57,89%. Kwota o jaką wzrosły koszty Funduszu poniesione na wzrost wynagrodzeń trzech wymienionych grup zawodowych w 2018 r. stanowiła 40,74% kwoty wzrostu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w stosunku do 2017 r.

(dowód: akta kontroli str. 1464-1477; 1482-1484; 1488; 2389-2395)

Ze względu na wyższe niż pierwotnie planowano koszty świadczeń opieki zdrowotnej plan po zmianach zakładał stratę w wysokości (-) 1 700 000,00 tys. zł. Zwiększone koszty świadczeń opieki zdrowotnej zostały sfinansowane m.in. ze środków funduszu zapasowego⁵³. Dzięki wyższym niż planowano przychodom oraz niższym niż zakładano kosztom wynik finansowy ogółem netto Funduszu w 2018 r. wyniósł 467 055,06 tys. zł.

Fundusz zapasowy NFZ został podniesiony w wyniku przekazania Funduszowi środków z budżetu państwa. Na podstawie art. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 grudnia 2018

⁴⁸ Wszystkie koszty w pozycji B planu finansowego.

⁴⁹ Na podstawie art. 4 ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 1532).

⁵⁰ Na podstawie rozporządzenia 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, ze zm.).

⁵¹ Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12.07.2018 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1373).

⁵² Na podstawie zawartych z wojewodami umów powierzenia, o których mowa w art. 49 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2019 r. poz. 993, ze zm.).

⁵³ W związku z tym dwukrotnie dokonano zmiany planu finansowego z dniem 4 września 2018 r. oraz z dniem 6 grudnia 2018 r.

r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach służących realizacji ustawy budżetowej na rok 2018⁵⁴ zmieniona została ustawa z dnia 8 grudnia 2017 r. o szczególnych rozwiązaniach służących realizacji ustawy budżetowej na rok 2018. Na podstawie dodanego w niej art. 29a ust. 1 minister właściwy do spraw zdrowia został uprawniony do przekazania z budżetu państwa środków Narodowemu Funduszowi Zdrowia w wysokości 1 800 000 tys. zł, w celu zwiększenia funduszu zapasowego NFZ. Środki te zostały przekazane na rachunek Funduszu w dniu 31 grudnia 2018 r.

(dowód: akta kontroli str. 506; 1482-1484; 2590)

4. W ramach zadań związanych z rozliczeniem świadczeń opieki zdrowotnej Fundusz weryfikował zasadność sfinansowania świadczeń oraz nakładał kary umowne. Kwota należności Funduszu od świadczeniodawców i aptek z tytułu kar umownych na koniec 2018 r. wyniosła 27 216,30 tys. zł i była wyższa niż na koniec 2017 r. o 13 432,88 tys. zł, tj. o 97,46%. Kwota należności od świadczeniodawców z tytułu zakwestionowanych świadczeń na koniec 2018 r. wyniosła 49 254,31 tys. zł i była wyższa niż na koniec 2017 r. o 11 875,17 tys. zł, tj. o 31,77%. Wzrost tych wartości wynikał m.in. ze zwiększenia liczby kontroli oraz skali efektów finansowych niektórych kontroli.

Kwota należności od świadczeniodawców, z którymi umowy zostały rozwiązane lub wygasły na koniec 2018 r. wyniosła 4 998,65 tys. zł, a składały się na nią należności dotyczące dziesięciu OW NFZ. Tylko w odniesieniu do należności dwóch OW NFZ zostały wystawione tytuły egzekucyjne (Małopolski OW NFZ siedem tytułów, Łódzki OW NFZ jeden tytuł), na łączną kwotę 816,27 tys. zł. W pozostałych przypadkach należności zostały przez zobowiązanych zwrócone, potrącone przez Fundusz lub zostały wszczęte postępowania w celu uzyskania tytułów wykonawczych. W jednym przypadku OW NFZ zgłosił wierzytelność do postępowania upadłościowego.

(dowód: akta kontroli str. 1976-2040)

5. Nie wszystkie świadczenia wykonane przez świadczeniodawców zostały rozliczone w 2018 r. Pomimo wzrostu poniesionych przez Fundusz kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w 2018 r. w stosunku do 2017 r., wartość świadczeń ponadumownych wykonanych przez świadczeniodawców w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2018 r., nie ujętych w księgach rachunkowych, wyniosła 641 315,56 tys. zł, i była wyższa od wartości takich świadczeń na koniec 2017 r. o 536 970,12 tys. zł, tj. o 514,6%. Na kwotę tę złożyły się przede wszystkim świadczenia w rodzajach leczenie szpitalne (341 175,57 tys. zł, 53,2% kwoty ogółem), rehabilitacja lecznicza (93 900,81 tys. zł, 14,64%), świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej (76 001,58 tys. zł, 11,85%), świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (52 832,05 tys. zł, 8,24%).

Wartość nadwykonań nie zmniejszyła się w stosunku do 2017 r. dla żadnego rodzaju świadczeń.

Wzrost wartości nadwykonań w stosunku do końca 2017 r. wynikał przede wszystkim z faktu, że w 2017 r. Fundusz, zgodnie z treścią art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2016 r. o szczególnych rozwiązaniach służących realizacji ustawy budżetowej na rok 2017⁵⁵ uzyskał z budżetu państwa dotację w wysokości 1 000 000,00 tys. zł, z przeznaczeniem na finansowania świadczeń gwarantowanych udzielonych ponad kwoty zobowiązań wynikających z zawartych

⁵⁴ Dz. U. z 2017 r. poz. 2371, ze zm.

⁵⁵ Dz. U. z 2016 r. poz. 1984, ze zm.

umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, co pozwoliło na obniżenie kwoty nadwykonań na koniec 2017 r. W roku 2018 Fundusz takich środków nie otrzymał.

Wartość świadczeń "nielimitowanych" wykonanych i prawidłowo sprawozdanych przez świadczeniodawców na koniec 2018 r. wyniosła 6 047 711,74 tys. zł, z czego na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych za 2018 r. sfinansowane zostały świadczenia na kwotę 5 898 153,78 tys. zł, tj. 97,52%. Tym samym wartość świadczeń jakie pozostały do sfinansowania na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych wyniosła 149 557,96 tys. zł. Na dzień 7 maja 2019 r. Fundusz nie sfinansował świadczeniodawcom świadczeń „nielimitowanych” na kwotę 1 380,51 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 1382-1446; 2570)

Na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych Fundusz nie posiadał zobowiązań wymagalnych.

(akta kontroli str. 670)

6. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych poza granicami kraju były w 2018 r. niższe niż w 2017 r.

W 2018 r., na podstawie decyzji o zwrocie kosztów świadczenia opieki zdrowotnej udzielonego na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej, wydanych przez dyrektorów OW NFZ w trybie art. 42d ustawy o świadczeniach, Fundusz sfinansował uprawnionym świadczenia udzielone za granicą na kwotę 33 641,26 tys. zł, co stanowiło kwotę o 2 556,43 tys. zł niższą niż w 2017 r. (zmniejszenie o 7,06%).

Liczba decyzji o zwrocie kosztów w 2018 r. spadła w stosunku do roku poprzedniego o 924. Jednocześnie o 559 wzrosła liczba decyzji odmownych.

Największy udział w kwocie kosztów miały świadczenia w zakresie okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B16, B17, B18, B19, B18G, B19G – w 2018 r. koszty tych świadczeń wniosły 30 510 342,98 zł, co stanowiło 90,7% kosztów sfinansowanych świadczeń udzielonych za granicą (w 2017 r. udział tych środków był jeszcze wyższy i stanowił 93,3% kosztów sfinansowanych świadczeń udzielonych za granicą).

Największe zmniejszenie kosztów takich świadczeń uzyskano dla świadczeń:

- w leczeniu szpitalnym – oddziały o 2 625,79 tys. zł (tj. 7,57%); najwięcej w zakresie okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B16, B17, B18, B19, B18G, B19G – o 3 250,17 tys. zł (9,63%);
- w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej o 36,410 tys. zł (tj. 8,38%); najwięcej w zakresie świadczenia zabiegowe w chirurgii ogólnej – zakres skojarzony z 02.1500.001.02 o 76,66 tys. zł (o 18,24%).

Największy wzrost kosztów świadczeń udzielonych za granicą dotyczył leczenia stomatologicznego – o 68,99 tys. zł (najwięcej w zakresie świadczenia ogólnostomatologiczne udzielane w znieczuleniu ogólnym o 69,91 tys. zł, tj. o 7,53%) oraz zaopatrzenia w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej oraz ich naprawy - o 36,17 tys. zł. W leczeniu szpitalnym najwyższy wzrost zanotowano dla zakresu urologia – zespół chirurgii jednego dnia o 353,42 tys. zł, tj. o 112,75%.

(dowód: akta kontroli str. 1491-1497; 2041-2053)

7. W 2018 roku NFZ na prośbę Ministra Zdrowia wydał 12 opinii w sprawie wniosku o objęcie refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu leku oraz 11 opinii do

projektów programów lekowych. W odpowiedzi na pismo Ministra Zdrowia⁵⁶ w sprawie złożonego wniosku o objęcie refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu leku Xtandi (kod EAN 5909991080938) w ramach programu lekowego *Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego enzalutamidem u pacjentów niestosujących dotychczas chemioterapii* NFZ wydał negatywną opinię⁵⁷ objęcia refundacją przedmiotowego leku wskazując na zawyżoną ceną hurtową brutto. Ponadto NFZ w czterech przypadkach zwrócił się do Ministra o dokonanie zmian w programach lekowych oraz objęcie refundacją leków lub produktu leczniczego w ramach programów lekowych.

(dowód: akta kontroli str. 327-407)

8. Łączne sprawozdanie z wykonania planu finansowego Funduszu za 2018 r. zostało sporządzone w terminie określonym w art. 130 ustawy o świadczeniach. Sprawozdanie było zgodne ze sprawozdaniami z wykonania planów finansowych OW NFZ.

Rada Funduszu otrzymała sprawozdanie w dniu 18 czerwca 2019 r., a w dniu 27 czerwca 2019 r. przyjęła sprawozdanie, tj. z zachowaniem terminu wskazanego w art. 130 ust. 2 ustawy o świadczeniach. W dniu 28 czerwca 2019 r. sprawozdanie zostało przekazane Ministrowi Finansów celem zatwierdzenia.

Dane zawarte w pozycji F1 „wydanie i utrzymanie kart ubezpieczenia (w tym części stałych i zamiennych książeczek usług medycznych) oraz recept” sprawozdania z wykonania planu finansowego Funduszu zostały zaprezentowane niejednolicie, gdyż wskazana w sprawozdaniu kwota obejmowała różne koszty w zależności od przyjętych w OW reguł ujmowania kosztów. Szczegółowo zagadnienie zostało przedstawione w pkt 2 sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(dowód: akta kontroli str. 1534; 1491-1497; 2319-2460)

9. Łączne sprawozdanie finansowe zostało podpisane przez Głównego Księgowego Funduszu w dniu 26 marca 2019 r., a przez Prezesa Funduszu w dniu 27 marca 2019 r. Sprawozdanie, zgodnie z art. 128 ust. 4 ustawy o świadczeniach, zostało poddane badaniu przez biegłego rewidenta, który przedstawił sprawozdanie z badania w dniu 9 maja 2019 r. Biegły rewident nie sformułował uwag do sprawozdania. Minister Finansów zatwierdził łączne sprawozdanie finansowe Funduszu w dniu 28 czerwca 2019 r.

(dowód: akta kontroli str. 2535-2615)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Koszty Funduszu w pozycjach „B2.1. Podstawowa opieka zdrowotna” oraz „B5. Koszty finansowania leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego w części finansowanej z budżetu państwa zgodnie z art. 43a ust. 3 ustawy” zostały wykonane w kwotach wyższych niż określone w planie finansowym limity tych kosztów, co było niezgodne z art. 44 ust. 1 ustawy o finansach publicznych, zgodnie z którym wydatki publiczne mogą być ponoszone na cele i w wysokościach ustalonych w planie finansowym jednostki sektora finansów publicznych.

W kategorii „B2.1. Podstawowa opieka zdrowotna” koszty zostały przekroczone o 59 808,17 tys. zł, tj. o 0,54% planu po zmianach. Na to przekroczenie limitu kosztów złożyły się przekroczenia kosztów w planach finansowych Lubelskiego OW

⁵⁶ Pismo PLR.4600.1531.2017.8MB z dnia 05.01.2018 r.

⁵⁷ Pismo DGL.4501.11.2018 2018.4903.KRZ z dnia 25.01.2018 r.

w kwocie 51 823,08 tys. zł oraz Warmińsko-Mazurskiego OW w kwocie 14 411,77 tys. zł.

Jak wyjaśnił Dyrektor Departamentu Ekonomiczno – Finansowego przekroczenie limitu kosztów było następstwem niedoszacowania przez wspomniane oddziały wojewódzkie wartości skutków wprowadzonych w trakcie roku zmian zasad finansowania świadczeń realizowanych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

(dowód: akta kontroli str. 1482-1484; 1491-1497; 1506; 1523-1533; 1535-1540; 2959-2960)

W kategorii „B5. Koszty finansowania leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego w części finansowanej z budżetu państwa zgodnie z art. 43a ust. 3 ustawy” planowane koszty zostały przekroczone o 1 637,04 tys. zł, tj. 0,24% planu po zmianach.

Powyższe było efektem przekroczenia kosztów w planach finansowych pięciu OW: Dolnośląskim o 578,50 tys. zł, Małopolskim o 1 560,40 tys. zł, Opolski o 21,38 tys. zł, Śląskim o 4 133,77 tys. zł, Warmińsko-Mazurskim o 371,51 tys. zł.

W trakcie roku Prezes Funduszu trzykrotnie informował Ministra Zdrowia o ryzyku przekroczenia limitu kosztów w tej kategorii, czego wynikiem było podwyższenie limitu środków na realizację zadania na mocy art. 1 pkt 1 lit. b ustawy z dnia 23 października 2018 r. zmieniającej ustawę o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw⁵⁸ o kwotę 50 000,00 tys. zł, tj. o kwotę wyższą niż wskazana w ostatniej przekazanej Ministrowi Zdrowia prognozie, z dnia 17 października 2018 r., która wskazywała, że „wydatki z tego tytułu mogą wynieść około 671-674 mln zł, tj. o około 27,7-30,7 mln zł więcej niż określony ustawą limit.

Dyrektor Departamentu Ekonomiczno – Finansowego wyjaśnił, że realizacja ww. kosztów na poziomie wyższym niż planowano była następstwem wprowadzenia w trakcie roku przez Ministerstwo Zdrowia zmian na listach leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych finansowanych w części z budżetu państwa oraz zwiększonego zapotrzebowania w zakresie bezpłatnego zaopatrzenia w ww. produkty świadczeniobiorców, którzy ukończyli 75 rok życia.

W ocenie NIK przekroczenie wynikało z niedoszacowania kosztów na etapie prognozowania, o czym świadczy fakt, że koszty zostały przekroczone, pomimo że limit finansowania został podwyższony o kwotę o 19 300,00 tys. zł wyższą niż prognozowana przez Fundusz.

(akta kontroli str. 1482-1484; 1491-1497; 1523-1527; 2959-2960)

2. Dane zawarte w pozycji F1 planu finansowego Funduszu „wydanie i utrzymanie kart ubezpieczenia (w tym części stałych i zamiennych książeczek usług medycznych) oraz recept” zostały zaprezentowane niejednolicie, gdyż wskazana w sprawozdaniu kwota obejmowała różne rodzajowo koszty, co wynikało z odmiennego klasyfikowania kosztów przez OW NFZ.

W Funduszu funkcjonują dwa rodzaje kart ubezpieczenia: Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego⁵⁹ oraz Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego, o której mowa w art. 49 ustawy o świadczeniach, a która jest wydawana wyłącznie przez Śląski OW. Koszty zakupu kart EKUZ ponosi Centrala NFZ, OW NFZ wydają kartę świadczeniodawcom na ich wniosek.

⁵⁸ Dz. U. z 2018 r. poz. 2092.

⁵⁹ Dalej „EKUZ”.

Pomorski i Wielkopolski OW NFZ w pozycji F1 planu finansowego wykazały poniesione koszty materiałów eksploatacyjnych związanych z wydaniem kart EKUZ, w tym koszty folii monochromatycznych do drukarek, zestawów czyszczących do drukarek oraz druków do wydawania kart EKUZ. Odpowiednio OW wykazały kwoty kosztów z tego tytułu 27,73 tys. zł i 25,52 tys. zł (łącznie 53,25 tys. zł).

Dyrektor Biura Księgowości NFZ wyjaśnił, że Centrala oraz OW NFZ prowadzą odrębne księgi rachunkowe, a Centrala Funduszu nie ma możliwości dokonywania bieżącej prawidłowości kwalifikowania kosztów przez OW NFZ, natomiast weryfikacja ex post jest przeprowadzana w ramach kontroli problemowych przeprowadzanych przez Biuro Księgowości w oddziałach wojewódzkich.

W ocenie NIK Prezes Funduszu, jako odpowiedzialny za sporządzenie i prawidłowość łącznego sprawozdania z wykonania planu finansowego, jak również w ramach sprawowanego nadzoru nad oddziałami wojewódzkimi, winien zapewnić rzetelność prezentacji danych w sprawozdaniu, w tym jednolite kwalifikowanie kosztów ponoszonych przez oddziały wojewódzkie do poszczególnych pozycji planu finansowego.

(dowód: akta kontroli str. 1482-1484; 1491-1497; 1534; 2319-2460)

OCENA CZĄSTKOWA

Plan finansowy Funduszu został sporządzony terminowo i zawierał pozycje wskazane w art. 118 ust. 1 ustawy o świadczeniach. Przychody Funduszu zostały zaplanowane rzetelnie, a ich wykonanie było wyższe od planu. Za nieprawidłowe Najwyższa Izba Kontroli uznała przekroczenie limitu kosztów w pozycjach B2.1. i B5 planu finansowego Funduszu.

Zmniejszeniu w stosunku do 2017 r. uległy koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych poza granicami kraju, na podstawie art. 42d ustawy o świadczeniach.

Łączne sprawozdanie finansowe Funduszu oraz sprawozdanie z wykonania planu finansowego Funduszu zostały sporządzone terminowo. W ocenie NIK niejednolicie zaprezentowano w sprawozdaniu z wykonania planu finansowego koszty wydania i utrzymania kart ubezpieczenia oraz recept.

3. Badanie kosztów administracyjnych Centrali NFZ

Opis stanu faktycznego

1. Koszty administracyjne Centrali Funduszu zostały zaplanowane na kwotę 248 902,00 tys. zł (plan po zmianach), a wykonanie wyniosło 175 819,20 tys. zł, tj. 70,64% planu po zmianach. Niższe niż planowano wykonanie wynikało przede wszystkim z niewykonania planowanych kosztów amortyzacji, co z kolei było skutkiem niezrealizowania wszystkich zaplanowanych zadań inwestycyjnych.

W stosunku do roku 2017 r. koszty administracyjne Centrali Funduszu wzrosły o 9 646,77 tys. zł, tj. 5,81%. Największą pozycję w kosztach administracyjnych stanowiły usługi obce 103 110,93 tys. zł (58,64%).

(dowód: akta kontroli str. 1485, 1498-1540)

Na wynagrodzenia w Centrali Funduszu w 2018 r. wydatkowano kwotę 43 773,46 tys. zł⁶⁰, tj. 6 065,89 tys. zł więcej niż w 2017 r., co stanowiło wzrost o 16,09%, przy jednoczesnym wzroście przeciętnego zatrudnienia w przeliczeniu na pełne etaty o 19,11 (z 417,98 w 2017 r. do 437,09 w 2018 r.). Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w Centrali Funduszu w 2018 r. wyniosło 8 345,62 zł i było wyższe niż w 2017 r. o 827,80 zł, tj. o 11,01%.

(dowód: akta kontroli str. 2054-2067)

⁶⁰ Kwota bez wynagrodzeń „bezosobowych”.

2. Badanie kosztów administracyjnych Centrali pod kątem zgodności z zasadami ponoszenia wydatków publicznych oraz procedurami w zakresie zamówień publicznych dokonano na wylosowanej próbie, przy zastosowaniu metody monetarnej MUS⁶¹, dowodów księgowych spośród wszystkich zapisów w dzienniku, z wyłączeniem: wynagrodzeń, ubezpieczeń społecznych i innych świadczeń oraz amortyzacji. Wylosowano i zbadano 40 dowodów księgowych na łączną wartość 41 863,05 tys. zł, tj. 38,9% wykonanych kosztów Centrali w 2018 r. (po ww. wyłączeniach: 107 675,0 tys. zł). W wyniku analizy dowodów księgowych i powiązanych z nimi dokumentów⁶² stwierdzono, że koszty ponoszono zgodnie z planem finansowym, w ramach realizacji ustawowych zadań Funduszu oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami w sposób celowy, legalny, gospodarny i rzetelnie.

Stwierdzono, że zapisy księgowe dotyczące badanych wydatków wynikały z dowodów księgowych obrazujących dokonywane operacje gospodarcze, zgodnie z wymogami art. 20 ust. 2 uor. Dowody księgowe im odpowiadające sporządzone były prawidłowo pod względem formalno-rachunkowym i merytorycznym, a operacje gospodarcze udokumentowane nimi właściwie ujęto w księgach rachunkowych z uwzględnieniem chronologii zdarzeń, jakie nastąpiły w danym okresie sprawozdawczym, zgodnie z wymogami określonymi w art. 20 ust. 1 uor. Płatności za zakupione towary/usługi dokonywano terminowo. W badanej próbie wydatków wszystkie dowody księgowe, faktury/rachunki dotyczące ponoszonych wydatków zawierały elementy wymagane art. 21 ust. 1 uor, posiadały potwierdzenie dokonania sprawdzenia pod względem merytorycznym, posiadały właściwe dekretacje i były zatwierdzane przez osoby do tego upoważnione, a także zostały ujęte na właściwych kontach rozrachunkowych, spełniając także wymogi art. 22 ust. 1 uor. W wyniku przeprowadzonego badania stwierdzono także, że zapisy księgowe odpowiadające badanym wydatkom zawierały elementy wymagane przepisami art. 23 ust. 1, 2 i 4 uor, zostały ujęte w księgach rachunkowych w sposób trwały, były właściwie opisane i sprawdzalne. Nie stwierdzono wydatków niecelowych, nielegalnych i niegospodarnych.

(akta kontroli str. 408-508, 511-522)

Nie zidentyfikowano nieprawidłowości wskazujących, iż księgi rachunkowe stanowiące podstawę sporządzenia sprawozdań dotyczące zapisów przychodów i kosztów oraz związanych z nimi należności i zobowiązań prowadzono nieprawidłowo.

3. Szczegółowym badaniem pod kątem udzielenia zamówień publicznych zgodnie z przepisami Prawa zamówień publicznych⁶³, w tym prawidłowości wyboru trybu wyłonienia wykonawcy oraz wyłączenia stosowania tej ustawy, objęto 19 postępowań, w tym 6 w trybie innym niż przetarg nieograniczony⁶⁴, w wyniku których udzielono zamówień na łączną kwotę 167.276,9 tys. zł. Objęte badaniem postępowania przeprowadzono zgodnie z przepisami Prawa zamówień publicznych

⁶¹ Z prawdopodobieństwem proporcjonalnym do wartości. MUS – metoda statystyczna uwzględniająca prawdopodobieństwo wyboru proporcjonalnie do wartości transakcji.

⁶² M.in. wniosków o wszczęcie zamówienia publicznego, procedur postępowania przetargowego, zawartych umów, innych dokumentów potwierdzających lub zatwierdzających dokonanie płatności za usługę bądź dostawę itp.

⁶³ Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1986, ze zm.).

⁶⁴ Cztery postępowania w trybie art. 67 ust. 1 pkt 1 lit a) i b) ustawy Prawo zamówień publicznych (zamówienia z wolnej ręki) dot. subskrypcji i konserwacji Systemu Informatycznego Wspomagania Działalności NFZ obejmujące usługi: konsultacji i doradztwa, subskrypcji, nadzoru autorskiego i naprawy oprogramowania; jedno postępowanie w trybie art. 70 (zapytanie o cenę) dot. dostawy materiałów eksploatacyjnych do drukarek, urządzeń wielofunkcyjnych, faksów i kopiarek, będących na stanie Centrali NFZ oraz jedno postępowanie w trybie art. 4 dot. najmu w obiekcie przy ul. Hankiewicza 2 na I piętrze 282 m² dodatkowej powierzchni wraz z 30 m² części wspólnych.

oraz regulacjami wewnętrznymi⁶⁵. Poniesione na realizację badanych zamówień w 2018 r. koszty (w terminach i w wysokościach określonych umowami) prawidłowo ujęto w księgach rachunkowych jednostki.

(akta kontroli str. 523-579, 628-662)

4. Księgi rachunkowe w Centrali NFZ prowadzone są z wykorzystaniem udokumentowanego programu firmy Asseco Poland S.A. od 2004 r. W okresie objętym kontrolą Centrala był zobowiązana do stosowania wytycznych wynikających z art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. c ustawy o rachunkowości⁶⁶, tj. do posiadania dokumentacji opisującej przyjęte zasady (politykę) rachunkowości, określającej m.in. wersję oprogramowania, przy pomocy którego prowadzone były księgi rachunkowe oraz datę rozpoczęcia jego eksploatacji. Stwierdzono, że zgodnie z normami prawa, przed 1 stycznia 2018 r. oraz po 31 grudnia 2018 r. w Zarządzeniach w sprawie ustalenia zasad rachunkowości w Centrali NFZ określono datę wprowadzenia oprogramowania oraz wersje oprogramowania⁶⁷.

Dokumentacja opisująca przyjęte w Centrali NFZ zasady rachunkowości została wprowadzona Zarządzeniem Nr 133/2017/BK Prezesa NFZ z dnia 28 grudnia 2017 r. w sprawie ustalenia zasad rachunkowości w Narodowym Funduszu Zdrowia (ze skutkiem obowiązywania od początku roku)⁶⁸. Przyjęta polityka rachunkowości spełniała warunki określone w art. 10 ust. 1 uor oraz rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 13 września 2017 r. w sprawie rachunkowości oraz planów kont dla budżetu państwa, budżetów jednostek samorządu terytorialnego, jednostek budżetowych, samorządowych zakładów budżetowych, państwowych funduszy celowych oraz państwowych jednostek budżetowych mających siedzibę poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej⁶⁹.

(akta kontroli str. 408-508, 663-664, 673-698)

Badanie rzetelności ksiąg rachunkowych przeprowadzono na próbie 71 zapisów księgowych, wylosowanych metodą monetarną MUS, o łącznej wartości 124 759 009,5 tys. zł, co stanowiło 8,9% zarejestrowanych w dzienniku dowodów księgowych⁷⁰.

Dokonane badanie⁷¹ wybranych zapisów dziennika księgi głównej wykazało, że w 25 przypadkach (rekordach) brak było daty lub błędnie wprowadzono datę

⁶⁵ Zarządzenie nr 35/2015/BAG Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 lipca 2015 r. w sprawie wprowadzenia regulaminu udzielania zamówień publicznych w Narodowym Funduszu Zdrowia oraz regulaminu pracy komisji przetargowych w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, zmienione Zarządzeniem nr 13/2016/BAG Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 marca 2016 r. zmieniające zarządzenie w sprawie wprowadzenia regulaminu udzielania zamówień publicznych w Narodowym Funduszu Zdrowia oraz regulaminu pracy komisji przetargowych w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia oraz „Plan postępowań o udzielenie zamówienia publicznego, których przeprowadzenie przewiduje Centrala NFZ”.

⁶⁶ Dz. U. z 2019 r. poz. 351, dalej „uor”.

⁶⁷ W § 44 załącznika do poniższych Zarządzeń wymienione zostały nazwy trzech programów, ich producenta, datę rozpoczęcia eksploatacji oraz wersję oprogramowania, tj. Zarządzenie Nr 133/2017/BK Prezesa NFZ z dnia 28 grudnia 2017 r. w sprawie ustalenia zasad rachunkowości w Narodowym Funduszu Zdrowia (program Finansowo-Księgowy – wersja 02.08.024; program Środki Trwale – wersja 02.08.024; program Kadry-Place – wersja 02.01.001), zmienione zarządzeniem Nr 1/2019/BK Prezesa NFZ z dnia 2 stycznia 2019 zmieniające zarządzenie w sprawie ustalenia zasad rachunkowości w Narodowym Funduszu Zdrowia (program Finansowo-Księgowy – wersja 02.08.028; program Środki Trwale – wersja 02.08.028; program Kadry-Place – wersja 02.01.001).

⁶⁸ Wcześniej obowiązywało w tej sprawie Zarządzenie nr 76/2009/BK Prezesa NFZ z dnia 26 listopada 2009 r.

⁶⁹ Dz. U. poz. 1911, ze zm.

⁷⁰ Losowaniem objęto wpisy w dzienniku za okres od 2 stycznia do 31 grudnia 2018 r.

⁷¹ Analizę przeprowadzono zgodnie z zakresem (warunkami) badania programem pomocnik kontrolera – FK SKAN. Zgodnie z przyjętymi parametrami badania dotyczącymi roku badania, dnia sporządzania sprawozdań okresowych, dnia księgowania zapisów i terminów ich realizacji analizowano warunki w zakresie m.in.: braków elementów w zapisach, błędnych dat, roku obrotowego, okresu sprawozdawczego, ujmowaniu wydatków majątkowych jako bieżących, klasyfikacji wartości dla środków trwałych, sekwencji dat dowodów, operacji czy zapisów oraz terminie (dacie) ich realizacji.

operacji (dotyczy roku). Łączna wartość (suma) dokumentów, w których stwierdzono niewłaściwą datę operacji wyniosła 5.650.539,27 zł, przy czym wprowadzone dokumenty zostały ujęte we właściwych okresach sprawozdawczych, zgodnie z treścią operacji gospodarczych udokumentowanych przedmiotowymi dowodami księgowymi, nie powodując zniekształcenia danych odnośnie poniesionych rzeczywistych kosztów w danym roku rozrachunkowym. Wymienione błędy nie miały wpływu na sprawozdawczość okresową i roczną oraz ocenę sytuacji majątkowej i finansowej i wyniku finansowego Funduszu.

W wyjaśnieniu⁷² stwierdzono, że w każdym przypadku była to wina operatora wprowadzającego dane do systemu, pomimo stosownego komunikatu ze strony systemu. Zobowiązano się jednocześnie do zgłoszenia dostawcom oprogramowania tego problemu celem zwiększenia zabezpieczeń w tym zakresie.

Ponadto badanie wykazało m.in., że:

- salda kont księgi głównej Centrali NFZ na dzień 31 grudnia 2017 r. (dotyczące stanu aktywów i pasywów) wprowadzono prawidłowo do ksiąg rachunkowych 2018 r. jako bilans otwarcia na 1 stycznia 2018 r.⁷³;
- obroty dziennika Centrali NFZ za 2018 r. (suma zapisów) były zgodne z zestawieniem obrotów i sald kont księgi głównej na 31 grudnia 2018 r.
- w odniesieniu do badania zapisów dziennika księgi głównej stycznia i lutego 2019 r. nie stwierdzono przypadków ujęcia w zapisach niewłaściwych dokumentów dotyczących poprzedniego roku obrotowego.

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 408-508, 580-627, 663-664)

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działania Centrali w badanym obszarze.

Księgi rachunkowe Centrali Funduszu były prowadzone rzetelnie, zgodnie z obowiązującymi przepisami i przyjętymi zasadami rachunkowości, a dokumentacja opisująca przyjęte zasady rachunkowości spełniała wymagania prawne. Koszty administracyjne Centrali Funduszu były ponoszone w sposób zgodny z zasadami ponoszenia wydatków publicznych oraz procedurami w zakresie zamówień publicznych.

IV. Wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, przedstawia następujące wnioski:

Wnioski

1. Doprowadzić do zgodności wyceny świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień z obowiązującą taryfą.
2. Ustalić jednolite zasady prezentowania w planie finansowym oddziałów wojewódzkich oraz sprawozdaniach z wykonania planów finansowych kosztów wydawania kart EKUZ.
3. Przed wprowadzaniem zmian w finansowaniu świadczeń, definiować ich cele oraz przeprowadzać analizy kosztów z uwzględnieniem tych celów.

⁷² Wyjaśnienia Dyrektora Biura Księgowości Głównego Księgowego NFZ.

⁷³ Zachowano zasadę ciągłości bilansowej, o której mowa w art. 5 ust. 1 uor.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Warszawa, 22 lipca 2019 r.

Kontrolerzy

Andrzej Skwira

Doradca prawny

/-/

podpis

Aneta Grunwald – Fitas

Gł. specjalista k.p.

/-/

podpis

Ewa Ściślewska – Jakubiak

Gł. specjalista k.p.

/-/

podpis

Jarosław Odachowski

Gł. specjalista k.p.

/-/

podpis

Karolina Hawryluk

Inspektor k.p.

/-/

podpis

Najwyższa Izba Kontroli

Departament Zdrowia

Dyrektor

Piotr Wasilewski

/-/

podpis

Zmian w wystąpieniu pokontrolnym dokonał Piotr Wasilewski, Dyrektor
Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli

KONTROLNIA
Departament Zdrowia
zup.

P. Korzeniowski
Paweł Korzeniowski
podpis
Wicedyrektor