



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Katowicach

LKA.410.030.01.2016
P/16/084

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Katowicach
ul. Powstańców 29, 40-039 Katowice
T +48 32 784 42 00, F +48 32 784 42 30
lka@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/16/084 - Respektowanie praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach
Kontrolerzy	1. Katarzyna Koziół, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/238/2016 z dnia 29 listopada 2016 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2) 2. Beata Pękul, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/246/2016 z dnia 2 grudnia 2016 r. (dowód: akta kontroli str. 3-4)
Jednostka kontrolowana	Narodowy Fundusz Zdrowia Śląski Oddział Wojewódzki, ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Jerzy Szafranowicz, Dyrektor ² (dowód: akta kontroli str. 6)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli Oddział podejmował działania w celu zwiększenia dostępu do świadczeń w zakresach, które były przedmiotem wniosków w transgranicznej opiece zdrowotnej, tj. zabiegach w zakresie soczewki (zaćma)³, zabiegach w zakresie ciała szklistego (witrektomia)⁴ oraz endoprotezoplastyki stawu biodrowego⁵ i kolanowego⁶. Działania te polegały m.in. na zwiększaniu środków przeznaczonych na ten cel, monitorowaniu realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz ograniczaniu skutków niewykonania planów rzeczowych przez niektóre podmioty lecznicze.

Działanie te nie były jednak w pełni skuteczne. Poza skróceniem czasu oczekiwania oraz liczby oczekujących w zakresie ciała szklistego (dla przypadków stabilnych), w pozostałych zakresach świadczeń związanych przede wszystkim z leczeniem zaćmy oraz ortopedią i traumatologią narządu ruchu (endoprotezoplastyka stawu biodrowego i kolanowego) nie uzyskano poprawy, a liczba oczekujących na ich udzielenie uległa zwiększeniu.

ŚOW prowadził systematyczne kontrole świadczeniodawców obejmujące prowadzenie list osób oczekujących i sprawozdawczość w tym zakresie (w szczególności prowadził kontrole w podmiotach, wykazujących najdłuższe czasy

¹ Zwany dalej „ŚOW” lub „Oddział”.

² Od dnia 14 marca 2016 r. poprzednio: Krystyna Semenowicz - Siuda w okresie od 18 stycznia 2016 r., Ewa Momot - od 11 sierpnia 2014 r. do 18 stycznia 2016 r., Tomasz Uher - od 14 kwietnia 2014 r. do 10 sierpnia 2014 r., Barbara Ulanowska - od 10 lutego 2014 r. do 14 kwietnia 2014 r., Grzegorz Nowak - od 1 stycznia 2013 r. do 8 lutego 2014 r.

³ Kod świadczenia 30002.

⁴ Kod świadczenia 30003.

⁵ Kod świadczenia 80003.

⁶ Kod świadczenia 80005.

oczekiwania na udzielenie świadczeń), a także reagował na bieżąco na zgłaszane sygnały wskazujące na nieprawidłowości w prowadzeniu takich list.

Oddział prawidłowo realizował obowiązki w zakresie rozpatrywania wniosków dotyczących wydania przez Dyrektora Oddziału uprzedniej zgody na leczenie poza granicami kraju w ramach przepisów o unijnej koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego⁷ oraz na podstawie przepisów implementujących Dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej⁸. Oddział w prawidłowej wysokości i w terminie określonym w art. 42d ust 17 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁹ dokonywał zwrotu kosztów leczenia poza granicami kraju.

Oddział zapewnił zainteresowanym dostęp do informacji dotyczących praw obywateli Polski, jak i innych państw Unii Europejskiej, wynikających z dyrektywy transgranicznej.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły terminowości prowadzonych postępowań o zwrot kosztów świadczeń udzielanych za granicą.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Zmiany w dostępności wybranych świadczeń zdrowotnych

Opis stanu faktycznego

1.1. Oddział dysponował na bieżąco danymi o liczbie osób oczekujących na świadczenia będące głównym przedmiotem transgranicznej opieki zdrowotnej. W okresie objętym kontrolą dane te, a także dane o czasie oczekiwania na wykonanie świadczenia, były poddawane okresowej analizie. Prowadzone analizy wykorzystywane były do oceny funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, podmiotów leczniczych, dostępności do świadczeń oraz przy tworzeniu corocznych planów zakupów powyższych świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna¹⁰ oraz leczenie szpitalne¹¹. Na podstawie danych o liczbie osób oczekujących stworzono m.in. hierarchię potrzeb zdrowotnych w rodzaju AOS. Świadczenia w zakresie okulistyki znajdowały się na pierwszym miejscu w hierarchii a ortopedii i traumatologii narządu ruchu na miejscu czwartym (na 71 miejsc)¹². Ponadto dane te wykorzystywano do określenia zakresów świadczeń, w stosunku do których w poszczególnych latach przewidywano zwiększenie poziomu kontraktowania.

(dowód: akta kontroli str. 327-328, 332, 338-342, 345, 375-381, 388-393, 404-405, 411-414, 427-428, 431-441, 444-446, 449-454, 467-474, 478, 496-505, 508-510, 514-515, 535, 537-567)

⁷ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. U. L 166 z 30.04.2004, str. 1 ze zm. - Dz. Urz. UE L Polskie wydanie specjalne rozdz. 05, t. 005, str. 72), rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczące wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. UE L 284 z 30.10.2009, str. 1 ze zm.), rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1231/2010 z dnia 24 listopada 2010 r. rozszerzające rozporządzenie (WE) nr 883/2004 i rozporządzenie (WE) nr 987/2009 na obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi rozporządzeniami jedynie ze względu na swoje obywatelstwo (Dz. Urz. UE L 344 z 29.12.2010, str. 1).

⁸ Dz. Urz. UE L 88/45 z 4 kwietnia 2011 r., str. 45, ze zm., zwana dalej „Dyrektywą transgraniczną”.

⁹ Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, zwana dalej „ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej”.

¹⁰ Zwana dalej „AOS”.

¹¹ Zwane dalej „SZP”.

¹² Pozycja danego zakresu w rankingu wynikała z procentowego udziału tego zakresu w wartości łącznej potrzeby zdrowotnej.

Dyrektor poinformował: *Na podstawie danych zaewidencjonowanych w aplikacji KOLCE można stwierdzić, że ustalone przez świadczeniodawców pierwsze wolne terminy udzielenia świadczenia, pacjentom zakwalifikowanym do kategorii „przypadek stabilny”, są adekwatne do aktualnej liczby oczekujących oraz liczby realizowanych w poszczególnych latach zabiegów w tym zakresie.*

(dowód: akta kontroli str. 252)

1.2. W październiku 2013 r. łączna liczba oczekujących na świadczenia objęte kontrolą wyniosła 104 045 osób, w październiku 2014 r. – 119 457, w październiku 2015 r. – 108 083, w 2016 r. – 126 464 (wzrost o 21,5% w porównaniu do 2013 r.). Analizując czas oczekiwania i liczbę oczekujących na wykonanie poszczególnych świadczeń w trakcie października w poszczególnych latach objętych kontrolą ustalono, że w 2016 r., w porównaniu do roku 2013, nastąpił wzrost liczby oczekujących na wykonanie zabiegów w zakresie soczewki o 21% dla przypadków stabilnych¹³ i wzrost o 66% dla przypadków pilnych¹⁴. Nastąpił również wzrost średniego rzeczywistego czasu oczekiwania o 5% dla przypadków pilnych¹⁵ i o 35% dla stabilnych¹⁶.

W przypadku zabiegów w zakresie ciała szklстого, w powyższym okresie nastąpił wzrost liczby oczekujących o 181% dla przypadków pilnych¹⁷ i spadek o 8% dla przypadków stabilnych¹⁸. Nastąpiło zmniejszenie średniego rzeczywistego czasu oczekiwania o 41% dla przypadków stabilnych¹⁹, a czas oczekiwania przypadków pilnych²⁰ pozostał na tym samym poziomie.

W przypadku zabiegów endoprotezoplastyki stawu biodrowego w powyższym okresie nastąpił wzrost liczby oczekujących o 118% dla przypadków pilnych²¹ i o 10% dla przypadków stabilnych²². Nastąpił również wzrost średniego rzeczywistego czasu oczekiwania o 22% dla przypadków pilnych²³ i o 18% dla przypadków stabilnych²⁴.

W przypadku zabiegów endoprotezoplastyki stawu kolanowego nastąpił wzrost liczby oczekujących o 191% dla przypadków pilnych²⁵ i o 24% dla przypadków stabilnych²⁶ oraz wzrost średniego rzeczywistego czasu oczekiwania o 32% dla przypadków pilnych²⁷ i o 58% dla przypadków stabilnych²⁸.

Najkrótszy czas oczekiwania przypadków stabilnych w październiku 2013 r. wyniósł 95 dni i dotyczył zabiegów w zakresie ciała szklстого, natomiast najdłuższy czas – 677 dni dotyczył zabiegów endoprotezoplastyki stawu kolanowego.

W październiku 2016 r. tak jak w roku 2013 r. najkrótszy czas oczekiwania przypadków stabilnych dotyczył zabiegów witrektomii i wyniósł 56 dni, tj. uległ skróceniu o 58%. Również najdłuższy czas dotyczył, tak jak w roku 2013, zabiegów endoprotezoplastyki stawu kolanowego i wyniósł 1 067 dni, tj. uległ wydłużeniu o 63%.

(dowód: akta kontroli str.34, 571)

¹³ Liczba osób oczekujących w październikach lat 2013-2016 wynosiła odpowiednio: 66 378, 77 221, 84 342, 80 646.

¹⁴ Liczba osób oczekujących w październikach lat 2013-2016 wynosiła odpowiednio 1 392, 1 984, 2 367, 2 305.

¹⁵ Średni rzeczywisty czas oczekiwania w październikach lat 2013-2016 wynosił odpowiednio 153, 192, 180, 160.

¹⁶ Średni rzeczywisty czas oczekiwania w październikach lat 2013-2016 wynosił odpowiednio 565, 641, 718, 764.

¹⁷ Liczba osób oczekujących w październikach lat 2013-2016 wynosiła odpowiednio: 26, 68, 101, 73.

¹⁸ Liczba osób oczekujących w październikach lat 2013-2016 wynosiła odpowiednio: 486, 384, 432, 449.

¹⁹ Średni rzeczywisty czas oczekiwania w październikach lat 2013-2016 wynosił odpowiednio: 95, 43, 108, 56.

²⁰ Średni rzeczywisty czas oczekiwania w październikach lat 2013-2016 wynosił odpowiednio: 12, 9, 10, 12.

²¹ Liczba osób oczekujących w październikach lat 2013-2016 wynosiła odpowiednio: 558, 691, 1012, 1214.

²² Liczba osób oczekujących w październikach lat 2013-2016 wynosiła odpowiednio: 17 412, 19 027, 19 829, 19 181.

²³ Średni rzeczywisty czas oczekiwania w październikach lat 2013-2016 wynosił odpowiednio: 281, 305, 335, 342.

²⁴ Średni rzeczywisty czas oczekiwania w październikach lat 2013-2016 wynosił odpowiednio: 759, 731, 866, 896.

²⁵ Liczba osób oczekujących w październikach lat 2013-2016 wynosiła odpowiednio: 349, 458, 662, 1014.

²⁶ Liczba osób oczekujących w październikach lat 2013-2016 wynosiła odpowiednio: 17 444, 19 624, 21 398, 21 582.

²⁷ Średni rzeczywisty czas oczekiwania w październikach lat 2013-2016 wynosił odpowiednio: 320, 422, 416, 423.

²⁸ Średni rzeczywisty czas oczekiwania w październikach lat 2013-2016 wynosił odpowiednio: 677, 808, 969, 1067.

Główną przyczyną wydłużania się czasu oczekiwania na powyższe świadczenia według Dyrektora Oddziału był: *przyrost liczby oczekujących w stosunku do liczby wykonanych w tym samym okresie zabiegów w trybie planowym.*

(dowód: akta kontroli str.89)

1.3 Najdłuższy średni czas oczekiwania w październiku w kolejnych latach objętych kontrolą, wystąpił w następujących komórkach organizacyjnych lub świadczeniach: oddziale rehabilitacji narządu ruchu, zabiegach endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego, zabiegach w zakresie soczewki, oddziale reumatologicznym, oddziale dziennym psychiatrycznym rehabilitacji dla dzieci, zakładzie/oddziale opiekuńczo-leczniczym psychiatrycznym oraz oddziale paraplegii i tetraplegii. Najwięcej osób oczekiwało na wykonanie zabiegów w zakresie soczewki²⁹ (57% z tej grupy³⁰), endoprotezoplastyki stawu kolanowego³¹ (15%) i biodrowego³² (14%), w oddziale rehabilitacji narządu ruchu³³ (8%) oraz oddziale reumatologicznym 6 158 (4%).

W powyższej grupie w 2016 r., w porównaniu do roku 2015 r., tylko w przypadku zabiegów zaćmy nastąpił spadek liczby osób oczekujących w kategorii zarówno przypadków pilnych³⁴ jak i stabilnych³⁵. Pozostałe spadki liczby oczekujących w roku 2016 r. dotyczyły stabilnych przypadków endoprotezoplastyki stawu biodrowego³⁶ i oddziału reumatologicznego³⁷ oraz pilnych przypadków oddziału paraplegii i tetraplegii³⁸. Wzrost liczby osób oczekujących w roku 2016 w kategorii zarówno przypadków pilnych jak i stabilnych wystąpił w: oddziale rehabilitacji narządu ruchu, oddziale dziennym psychiatrycznym rehabilitacji dla dzieci, oddziale opiekuńczo-leczniczym psychiatrycznym oraz przy zabiegach endoprotezoplastyki stawu kolanowego.

(dowód: akta kontroli str.35)

Dyrektor Oddziału poinformował: *W celu zmniejszenia średniego czasu oczekiwania w rodzajach: leczenie szpitalne, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień oraz rehabilitacja lecznicza, w latach 2015 – 2016, Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia monitorował realizację świadczeń w zakresach: zabiegi usunięcia zaćmy z jednoczesnym wszczepieniem soczewki, zabiegi endoprotezoplastyki: świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci, świadczenia w zakładzie opiekuńczo – leczniczym psychiatrycznym; oddział rehabilitacji narządu ruchu i oddział paraplegii i tetraplegii. W wyniku przeprowadzanych analiz dotyczących poziomu realizacji świadczeń, mając na uwadze dostępne środki finansowe, Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia³⁹ przeprowadzał renegocjacje, polegające na zwiększeniu wartości umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ww. rodzajach i zakresach.*

(dowód: akta kontroli str. 94)

²⁹ W październiku 2014 r. – 76 256 przypadki stabilne, 1 926 przypadki pilne; w październiku 2015 r. odpowiednio: 82 755, 2 722, w październiku 2016 r. – 80 310, 2 704.

³⁰ Suma oczekujących w poszczególnym zakresie podzielona przez łączną sumę wszystkich oczekujących.

³¹ W październiku 2014 r. – 19 509 - przypadki stabilne, 424 - przypadki pilne; w październiku 2015 r. odpowiednio: 21 421, 706, w październiku 2016 r. – 21 807, 1 128.

³² W październiku 2014 r. – 18 989 - przypadki stabilne, 652 - przypadki pilne; w październiku 2015 r. odpowiednio: 19 811, 1 097 w październiku 2016 r. – 19 498, 1 388.

³³ W październiku 2014 r. – 10 257 - przypadki stabilne, 1 110 - przypadki pilne; w październiku 2015 r. odpowiednio: 8 989, 2 028, w październiku 2016 r. – 9 289, 2 956.

³⁴ Z 2722 do 2704 osób.

³⁵ Z 82 755 do 80 310 osób.

³⁶ Z 19 811 do 19 498 osób.

³⁷ Z 5 730 do 4 740 osób.

³⁸ Z 35 na 32 osoby.

³⁹ Zwanego dalej „NFZ”.

Renegocjacje, polegające na zwiększeniu wartości umów o udzielanie świadczeń w latach 2014-2016 przeprowadzono w stosunku do wszystkich ww. komórek/świadczeń o najdłuższym czasie oczekiwania.

(dowód: akta kontroli str.585)

W poradniach: toksykologicznej, leczenia mukowiscydozy dla dzieci, profilaktyczno-leczniczej (HIV/AIDS), kardiochirurgicznej oraz antynikotynowej w ww. okresach nie odnotowano przypadków oczekiwania na udzielenie świadczeń⁴⁰.

(dowód: akta kontroli str.36)

1.4. Łączna wartość zakontraktowanych w latach 2014 - 2016⁴¹ ww. świadczeń o najdłuższym czasie oczekiwania⁴² wyniosła 1 244 482,3 tys. zł a udzielonych 1 240 026,6 tys. zł (99,6% świadczeń zakontraktowanych). Wartość zakontraktowanych w latach 2014-2016⁴³ ww. świadczeń o najkrótszym czasie oczekiwania⁴⁴ wyniosła 2 436,3 tys. zł a udzielonych 2 396,8 tys. zł (98%).

Wzrost wartości finansowania powyższych świadczeń nie spowodował skrócenia czasu oczekiwania i nieznacznie wpłynął na liczbę osób oczekujących. Tylko w przypadku oddziału okulistyki niewielki wzrost kontraktowania w roku 2016 r. w porównaniu do 2015 r. (o 0,16%) miał odzwierciedlenie w spadku liczby osób oczekujących na zabiegi w zakresie soczewki, zarówno w przypadkach pilnych (o 18 osób) jak i stabilnych (o 2 445 osób). Zmniejszenie wartości kontraktowania oddziałów paraplegii i tetraplegii w 2016 r. o 5% mogło mieć natomiast wpływ na zwiększenie liczby osób oczekujących w przypadkach stabilnych (o 49 osób)⁴⁵.

W przypadku zabiegów endoprotezoplastyki stawu kolanowego oraz biodrowego, oddziału reumatologicznego, dziennego psychiatrycznego rehabilitacyjnego dla dzieci oraz opiekuńczo - leczniczo psychiatrycznego wzrost wartości kontraktów nie miał odzwierciedlenia w spadku liczby osób oczekujących w przypadkach pilnych. Liczba osób oczekujących jako przypadki stabilne w 2016 r., w porównaniu do 2015 r., zmniejszyła się w tej grupie w zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego (o 313 osób), w oddziale reumatologicznym (o 990 osób) oraz opiekuńczo-leczniczo psychiatrycznym (o trzy osoby).

(dowód: akta kontroli str. 30-31, 37-38)

W 2015 r. zrealizowana wartość kontraktów, w przypadku każdego z ww. świadczeń o najdłuższym czasie oczekiwania, była wyższa niż w 2014 r., natomiast średni czas oczekiwania pacjentów pilnych i stabilnych w październiku 2015 r. skrócił się wyłącznie w przypadku oddziału reumatologicznego (przypadki pilne o 7 dni i stabilne o 147 dni). W oddziale dziennym opiekuńczo-leczniczym psychiatrycznym skrócił się czas oczekiwania przypadków stabilnych (o 124 dni), natomiast w zakresie endoprotezoplastyki stawu kolanowego oraz zaćmy skrócił się czas oczekiwania wyłącznie pacjentów w kategorii pilne (odpowiednio: o 21 i o 13 dni).

W roku 2016, pomimo zwiększenia poziomu finansowania, średni czas oczekiwania zwiększył się w porównaniu do 2015 r. zarówno w przypadkach stabilnych i pilnych

⁴⁰ Były to komórki o najkrótszym czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia, który wynosił 0.

⁴¹ Za rok 2016 podano dane zakontraktowane na dzień 14 grudnia 2016 r. (za 12 miesięcy), wykonanie podano za okres styczeń – listopad 2016 r. Za 2016 rok w przypadku leczenia szpitalnego (kod cz. VIII - 4580, 4280, 4600) zrealizowana liczba punktów oraz zrealizowana wartość dotyczyła okresu styczeń - październik 2016 r.

⁴² Oddział rehabilitacji narządu ruchu, endoprotezoplastyka stawu biodrowego i kolanowego, zabiegi w zakresie soczewki, oddział reumatologiczny, oddział dzienny psychiatryczny rehabilitacji dla dzieci, zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny oraz oddział paraplegii i tetraplegii.

⁴³ Za rok 2016 podano dane zakontraktowane na dzień 14 grudnia 2016 r. (za 12 miesięcy), wykonanie podano za okres styczeń – listopad 2016 r.

⁴⁴ Poradnia toksykologiczna, poradnia leczenia mukowiscydozy dla dzieci, poradnia profilaktyczno-lecznicza (HIV/AIDS), poradnia kardiochirurgiczna oraz antynikotynowa.

⁴⁵ Liczba osób oczekujących w przypadkach pilnych zmniejszyła się o trzy osoby.

odpowiednio: w zabiegach endoprotezoplastyki stawu biodrowego o 13 i o siedem osób oraz stawu kolanowego o 97 i siedem osób.

Na rok 2016 r. zwiększono wartości kontraktów w porównaniu do 2015 r. o 5% dla oddziałów: chirurgii urazowo – ortopedycznej (w tym zabiegi endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego) okulistyki, reumatologicznego, dziennego psychiatrycznego rehabilitacyjnego dla dzieci oraz opiekuńczo-leczniczo psychiatrycznego. Kontraktowanie dla oddziałów rehabilitacji narządu ruchu pozostało bez zmian. Dla oddziałów paraplegii i tetraplegii wartość zakontraktowana zmniejszyła się o 5%.

W październiku 2016 r. podobnie jak w październiku 2015 r. skrócił się średni czas oczekiwania pacjentów pilnych i stabilnych w przypadku oddziału reumatologicznego a także w oddziale dziennym opiekuńczo-leczniczym psychiatrycznym. Średni czas oczekiwania na zabiegi w zakresie soczewki (zaćmy) skrócił się wyłącznie dla pacjentów pilnych (o 22 osoby - ze 180 do 158 osób). Dla przypadków stabilnych czas ten wzrósł o 47 dni (z 718 do 765).

(dowód: akta kontroli str. 30, 37)

Kontraktowanie ww. poszczególnych komórek organizacyjnych o najkrótszym czasie oczekiwania w latach 2014-2016 było na podobnym poziomie a wykonanie kształtowało się w granicach 80-126% planu. W przypadku poradni toksykologicznej wartość kontraktowana corocznie była znacznie większa od wartości zrealizowanej. W roku 2014 kontrakt wyniósł 70 tys. zł a wykonanie 2,3 tys. zł (3%), w 2015 r. – kontrakt: 35 tys. zł, wykonanie 3,2 tys. zł (9%), w 2016 r. – kontrakt: 25,6 tys. zł a wykonanie 4,4 tys. zł (18%).

(dowód: akta kontroli str.31, 38)

Dyrektor wyjaśnił: *Świadczenia z zakresu toksykologii w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w ramach umowy zawartej ze Śląskim OW NFZ realizuje tylko jeden podmiot Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu. Oddział regularnie monitoruje poziom realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a w przypadku stwierdzenia niskiej realizacji świadczeń wzywa świadczeniodawców do złożenia wyjaśnień dotyczących zaistniałej sytuacji. W przypadku poradni toksykologicznej do świadczeniodawcy wystosowano pismo (...) informujące o rażąco niskiej realizacji świadczeń w I kwartale 2015 roku (...). Świadczeniodawca wyjaśnił, że niska realizacja świadczeń wynika tylko i wyłącznie z niewielkiej zgłaszalności pacjentów do poradni toksykologicznej i jest niezależna od świadczeniodawcy. Ponieważ poradnia toksykologiczna w Instytucie Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu jest jedyną poradnią zapewniającą opiekę ambulatoryjną w zakresie toksykologii klinicznej dla mieszkańców województwa śląskiego i opolskiego wyjaśnienia złożone przez świadczeniodawcę zostały przyjęte do wiadomości przez Oddział Funduszu. Niewykorzystane w trakcie realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej środki finansowe przeznaczone na świadczenia w zakresie toksykologii zostały przekazane na świadczenia w innym zakresie (...).*

(dowód: akta kontroli str.250-251, 276-277)

1.5. W okresie objętym kontrolą skala zaprzestania przez świadczeniodawców udzielania świadczeń w zakresie okulistyki oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu kształtowała się rocznie na poziomie ok. 1% zawartych umów. Łącznie w tym okresie rozwiązano: 18 umów w rodzaju AOS (14 – w zakresie okulistyka i cztery w zakresie ortopedia i traumatologia narządu ruchu), w rodzaju leczenie szpitalne - sześć umów w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz 30 umów w części obejmującej zakres skojarzony do zakresu podstawowego ortopedia

i traumatologia narządu ruchu – hospitalizacja – H11 oraz dwie w zakresie okulistyka. W przypadku świadczeń w rodzaju AOS, w większości przyczyną rozwiązania umów były wnioski świadczeniodawców, a w rodzaju leczenie szpitalne - wypowiedzenia umów przez Oddział. Zgodnie z art. 20 ust. 10d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej Oddział zamieszczał na stronie internetowej komunikaty dla pacjentów wpisanych na listy oczekujących u świadczeniodawców, z którymi rozwiązano umowy o zakończeniu wykonywania świadczeń. Komunikaty zawierały wykaz innych podmiotów udzielających świadczeń lub odsyłały na stronę internetową, na której były informacje o możliwości udzielania świadczenia przez inne podmioty⁴⁶ oraz o czasie oczekiwania na świadczenia medyczne⁴⁷.

(dowód: akta kontroli str.94-98, 287-292, 316-317)

W celu zapewnienia pacjentom dostępności do świadczeń zdrowotnych na niezmiennym poziomie w przypadku rozwiązania umowy o udzielanie świadczeń z podmiotem, który jako jedyny udzielał świadczeń na danym terenie, Oddział przeprowadził dodatkowe postępowanie konkursowe na terenie danego powiatu.

(dowód: akta kontroli str.252-253, 587)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia, że Oddział podejmował skuteczne działania w zakresie weryfikowania rzetelności danych, przekazywanych przez świadczeniodawców, o czasie oczekiwania i liczbie osób oczekujących na świadczenia. Pomimo że realizacja świadczeń w ramach dyrektywy transgranicznej nie stanowiła bezpośredniej przesłanki do określania zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne w tym obszarze, prowadzone przez Oddział analizy m.in. liczby oczekujących, były podstawą do decyzji o alokacji środków finansowych w zakresach okulistyki, w tym zabiegów usunięcia zaćmy oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu, w tym zabiegów endoprotezoplastyki. Oddział podejmował działania mające na celu zwiększenie dostępu do świadczeń w ww. zakresach, jednak dokonywane przez Oddział zmiany poziomu finansowania odzwierciedlały nieznaczny wpływ na liczbę osób oczekujących a wzrost wartości finansowania poszczególnych świadczeń objętych kontrolą nie spowodował skrócenia czasu oczekiwania na ich wykonanie.

2. Monitorowanie i kontrola list osób oczekujących

Opis stanu faktycznego

2.1. Oddział monitorował poprawność prowadzenia list oczekujących oraz terminowość przekazywania informacji w tym zakresie. W okresie od stycznia 2013 r. do października 2016 r. łącznie 256 podmiotów leczniczych (0,24% podmiotów zobowiązanych) nie przekazało do Oddziału informacji dotyczących: liczby osób oczekujących na świadczenie, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia oraz pierwszego wolnego terminu. Największa liczba podmiotów nie przekazała informacji w grudniu 2014 r.⁴⁸. Natomiast 100% zobowiązanych świadczeniodawców przekazało terminowo powyższe informacje w lutym 2015 r., czerwcu i sierpniu 2016 r. W okresie od stycznia 2013 r. do października 2016 r. średni wpływ w wymaganym terminie, komunikatów z listami oczekujących wyniósł 92,2% a łącznie z przesyłkami, które wpłynęły po terminie - 99,7%.

(dowód: akta kontroli str.43, 90, 235-246)

⁴⁶ <http://www.nfz-katowice.pl/gdzie-sie-leczyc/wyszukiwanie-wg-uslug>

⁴⁷ <http://kolejki.nfz.gov.pl/>

⁴⁸ Informacji nie przekazało 33 podmiotów, tj. 1,7% podmiotów do tego zobowiązanych.

Dyrektor poinformował: *Na brak 100 % sprawozdawczości miały wpływ: zmiany formatu przekazywania danych oraz słowników komórek organizacyjnych/świadczeń medycznych/procedur medycznych.*

(dowód: akta kontroli str.90)

2.2. Na 235 osób zatrudnionych w Oddziale⁴⁹ w trzech wydziałach przeprowadzających kontrole⁵⁰ w latach 2013–2016⁵¹, 183 osoby prowadziły kontrole świadczeniodawców, w tym: 51 w 2013 r., 47 w 2014 r., 42 w 2015 r. i 43 w 2016 r.

(dowód: akta kontroli str.99)

W latach 2014–2016 (do 30 czerwca) Oddział objął kontrolą 787 umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym 123 w rodzaju AOS i 305 w rodzaju leczenie szpitalne⁵². 36 z nich dotyczyło okulistyki (15 w rodzaju AOS i 21 w rodzaju SZP) a 47 – ortopedii i traumatologii narządu ruchu (14 – AOS i 33 – SZP).

137 przeprowadzonych w powyższym okresie kontroli dotyczyło prowadzenia list oczekujących oraz sprawozdawczości. 14 z nich⁵³ przeprowadzono w zakresie okulistyki (osiem w rodzaju AOS i sześć w SZP) a 10⁵⁴ - ortopedii i traumatologii narządu ruchu (dwie – AOS i osiem – SZP). W 12 kontrolach stwierdzono nieprawidłowości dotyczące prowadzenia list oczekujących, w tym w sześciu przypadkach (dwie kontrole w okulistyce i cztery w zakresie ortopedia i traumatologia narządu ruchu) stwierdzono nieprawidłowości w zakresie prowadzenia list oczekujących skutkujące nałożeniem przez Oddział, na kontrolowane podmioty, kar finansowych. Kontrole te stwierdziły nieprawidłowości skutkujące brakiem dysponowania przez Oddział rzetelnymi informacjami o liczbie osób oczekujących na świadczenia stwierdzono m.in. brak list oczekujących oraz nierzetelne ich prowadzenie (listy nie zawierały rozpoznania lub powodu przyjęcia oraz planowego terminu udzielania świadczenia, nie wskazano przypadków „pilnych”, skreślenia dokonywano bez podania przyczyn, pacjenci wpisani na listę w trybie pilnym posiadali podobny czas oczekiwania jak pacjenci w trybie stabilnym).

(dowód: akta kontroli str.14-16, 24-26, 44-46, 316)

W latach 2014-2016 Oddział przeprowadził łącznie 55 kontroli u 10 (na 13) świadczeniodawców, którzy wykazywali najdłuższe czasy oczekiwania w powyższym okresie, w zakresach objętych kontrolą. Prawidłowość prowadzenia list oczekujących skontrolowano w toku 10 z tych kontroli (tj. w 18%), w tym: pięciu w 2013 r., po jednej w 2014 r. i 2015 r. oraz w trzech w 2016 r. Trzech z ww. 13 podmiotów nie skontrolowano, w związku z brakiem zleceń na przeprowadzenie kontroli doraźnych oraz niewytypowaniem tych podmiotów do kontroli przez komórki merytoryczne.

Oddział reagował na zgłaszane sygnały wskazujące na nieprawidłowości w prowadzeniu list oczekujących i przeprowadzał kontrole w tym zakresie. Z siedmiu skarg zgłoszonych przez świadczeniobiorców w okresach I kwartału 2015 i 2016 r.

⁴⁹ W przeliczeniu na etaty.

⁵⁰ Pracownicy Wydziału Kontroli, Wydziału ds. Służb Mundurowych i Wydziału Gospodarki Lekami.

⁵¹ W roku 2015, w wyniku reorganizacji, Wydział Kontroli przejął pracowników Działu Kontroli Aptek, Recept i Ordynacji Lekarskiej. W latach 2015 i 2016 jedna osoba przebywała na urlopie wychowawczym, jedna osoba została zatrudniona z dniem 1 grudnia 2016 r. i nie przeprowadzała żadnej kontroli.

⁵² Zwane dalej „SZP”.

⁵³ Co stanowiło 5% zawartych umów w tym zakresie.

⁵⁴ Co stanowiło 8% zawartych umów w tym zakresie.

na podmioty, które udzielały świadczeń w zakresach okulistyki oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu, cztery były zasadne. Skargi te dotyczyły odmowy wpisu do kolejki oczekujących, zmiany terminu zabiegu, odmowy rejestracji do szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 10-11, 17-22, 29, 234)

W latach 2014 i 2015 liczba przeprowadzonych kontroli list oczekujących była na tym samym poziomie i wynosiła 58, natomiast do 30 czerwca 2016 r. - 21⁵⁵. W roku 2014 na pracownika kontrolującego świadczeniodawców przypadało osiem kontroli⁵⁶, w tym jedna⁵⁷ dotycząca list oczekujących, w roku 2015 – siedem kontroli⁵⁸, w tym jedna⁵⁹ list oczekujących a w 2016 r. (do 30 czerwca) odpowiednio: trzy⁶⁰ i mniej niż jedna⁶¹.

(dowód: akta kontroli str. 44, 99)

Oprócz powyższych kontroli, w celu wyeliminowania nieprawidłowości w realizacji obowiązku przesyłania przez świadczeniodawców informacji o listach oczekujących, Oddział prowadził następujące działania:

- raz w miesiącu: umieszczanie na dwa dni przed upływem terminu w Portalu Świadczeniodawcy plików dedykowanych dla świadczeniodawców zawierających wykaz list oczekujących⁶², w odniesieniu do których powyższe dane statystyczne nie zostały przekazane, z przypomnieniem o konieczności terminowego przekazywania danych; umieszczanie ww. plików w pierwszym dniu roboczym po upływie terminu z wezwaniem do niezwłocznego uzupełnienia danych; publikowanie w serwisie internetowym Oddziału informacji o numerach umów, dla których nie wpłynęły w terminie wszystkie wymagane dane; wysyłanie pism do świadczeniodawców niewywiązujących się z obowiązków sprawozdawczych pomimo wcześniejszych monitów; w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości – nakładanie kar umownych na świadczeniodawców, którzy pomimo monitów oraz wezwań nie wywiązali się z obowiązków sprawozdawczych z zakresu list oczekujących;
- raz z tygodniu: publikowanie w każdy piątek w Portalu Świadczeniodawcy plików dedykowanych dla świadczeniodawców zawierających wykaz list oczekujących, w odniesieniu do których data przygotowania informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenie świadczenia była z poprzedniego tygodnia;
- na bieżąco informowanie świadczeniodawców o brakujących lub błędnych danych z zakresu list oczekujących poprzez kontakt telefoniczny lub za pośrednictwem poczty elektronicznej.

Działania prowadzone przez Oddział były skuteczne. Przykładowo za okres sprawozdawczy „kwiecień 2015 r.”, w którym nastąpiły zmiany formatu przekazywanych danych oraz słowników, w terminie wpłynęło 61% przesyłek, natomiast w wyniku podjętych przez Oddział działań, spływ danych zwiększył się do

⁵⁵ Dane z Rejestru kontroli, wykazane według dat wysłania wystąpień pokontrolnych w danym roku.

⁵⁶ Przeprowadzono 347 kontroli. Liczba osób przeprowadzających kontrole – 47. Średnio na jednego kontrolera przypadało 8 kontroli.

⁵⁷ Przeprowadzono 58 kontroli list oczekujących. Liczba osób przeprowadzających kontrole – 47. Średnio na jednego kontrolera przypadało 1,2 kontrole.

⁵⁸ Przeprowadzono 293 kontrole. Liczba osób przeprowadzających kontrole – 42. Średnio na jednego kontrolera przypadało 6,9 kontroli.

⁵⁹ Przeprowadzono 58 kontroli list oczekujących. Liczba osób przeprowadzających kontrole – 42. Średnio na jednego kontrolera przypadało 1,3.

⁶⁰ Przeprowadzono 120 kontroli. Liczba osób przeprowadzających kontrole – 43. Średnio na jednego kontrolera przypadało 2,8 kontroli.

⁶¹ Przeprowadzono 21 kontroli list oczekujących. Liczba osób przeprowadzających kontrole – 43. Średnio na jednego kontrolera przypadało 0,48 kontroli.

⁶² Na indywidualne konto świadczeniodawców w Portalu Świadczeniodawcy przesyłane były informacje o brakujących listach oczekujących.

99%. Podobnie za okres sprawozdawczy „styczeń 2013 r.” w terminie wpłynęło 77,6% przesyłek, natomiast w wyniku podjętych działań spływ wzrósł do 99,9%, a za „styczeń 2015 r.” odpowiednio: 76% i 99,8% .

(dowód: akta kontroli str. 90-91)

Rozpatrywanie skarg i wniosków prowadzone było na podstawie zarządzenia nr 31/2010/DSS Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 1 lipca 2010 r. oraz zarządzenia nr 33/2015/BP Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 29 czerwca 2015 r. Proces weryfikacji zgłoszonych zastrzeżeń polegał m.in. na przekazywaniu skarg do ich adresatów z prośbą o wyjaśnienie sytuacji, następnie na przekazaniu skarżącemu odpowiedzi uzyskanej z podmiotu leczniczego. Rozpatrzenie skargi następowało po analizie okoliczności sprawy i weryfikacji słuszności podniesionych zarzutów. Jeżeli Oddział nie był właściwy do załatwienia sprawy przekazywał skargę właściwemu organowi. Wnoszącego skargę zawiadamiano o sposobie jej rozpatrzenia.

(dowód: akta kontroli str. 215-233, 576-581)

Dyrektor wyjaśnił: *Proces weryfikacji zgłoszonych zastrzeżeń odbywa się według schematu: zgłoszenie i potwierdzenie nieprawidłowości przez ubezpieczonego, przyjęcie przez pracownika zgłoszenia do realizacji, rozpatrzenie zgłoszenia w oparciu o posiadane informacje/w oparciu o wyjaśnienia pozyskane od świadczeniodawcy telefonicznie lub pisemnie, na podstawie uzyskanych wyjaśnień przesłanie odpowiedzi zgłaszającemu.*

(dowód: akta kontroli str. 91)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność ŚOW w badanym obszarze. Oddział podejmował skuteczne działania w celu zapewnienia prawidłowości prowadzenia list oczekujących oraz terminowości przekazywania komunikatów, a także prowadził kontrole świadczeniodawców, z którymi zawarł umowy w rodzaju AOS i leczenia szpitalne, w zakresach dotyczących okulistyki oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu. W sytuacjach powtarzających się skarg świadczeniobiorców na podmioty lecznicze Oddział podejmował działania mające na celu wyeliminowanie nieprawidłowości mogących wpływać na podejmowane przez pacjentów decyzje co do podjęcia leczenia poza terytorium kraju.

3. Planowanie zakupu świadczeń

Opis stanu faktycznego

3.1. Świadczenia w zakresach okulistyki oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu, nie będąc odrębnymi pozycjami planu finansowego, podlegały rozliczeniu w ramach planu finansowego w rodzaju AOS i leczenia szpitalnego. Przy ustalaniu planów finansowych nie odwoływano się do kwestii obniżenia czasu oczekiwania na poszczególne świadczenia zdrowotne oraz skali świadczeń udzielanych w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej. Zapotrzebowanie na powyższe świadczenia określano w planach zakupu świadczeń. Podstawą sporządzenia planów zakupu świadczeń w latach 2014–2016 były m.in. *Procedura definiowania priorytetów i planowania zakupu świadczeń, Procedura aneksowania umów niewygasających z końcem okresu rozliczeniowego na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, analiza obejmująca liczbę osób wpisanych na listy oczekujących w poszczególnych komórkach organizacyjnych oraz średni rzeczywisty czas oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej, analiza

rzeczywistego poziomu realizacji umów, ocena dostępności do świadczeń mieszkańców województwa śląskiego oraz priorytety zdrowotne (ogólnopolskie, centralne i regionalne).

(dowód: akta kontroli str. 108-142, 318-320, 324-328, 331-332, 338-342, 345, 352, 375-385, 389-402, 405, 411-414, 428, 431-446, 451-454, 468-474, 496-503, 505-515, 535, 542-547, 553-556)

Dyrektor wyjaśnił: *Wnioski płynące z realizacji świadczeń w ramach dyrektywy transgranicznej nie stanowiły bezpośredniej przesłanki do określania zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne mieszkańców województwa śląskiego w zakresach stanowiących przedmiot umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.(...) W ostatnich latach szczególny nacisk kładziony jest na ocenę dostępności do świadczeń w porównaniu do innych województw, co oceniane jest na podstawie wskaźnika kwoty zawartych umów w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców. Na tej podstawie typowane są zakresy świadczeń, których poziom finansowania miałby zostać zwiększony, a co w efekcie miałyby poprawić dostępność do świadczeń. (...)Większość organów samorządowych wskazała na konieczność podniesienia poziomu finansowania zakresów świadczeń zajmujących wysokie pozycje w rankingu dostępności na tle innych województw. Ponadto przeprowadzono analizy dotyczące przemieszczania się pacjentów w celu uzyskania świadczenia zdrowotnego (pomiędzy powiatem miejscem zamieszkania, a powiatem w jakim zlokalizowana jest poradnia), które posłużą do lepszego zaplanowania obszarów kontraktowania oraz podziału środków finansowych.*

(dowód: akta kontroli str. 101-102)

Na rok 2014 zaplanowano⁶³ koszty świadczeń zdrowotnych w rodzajach AOS na kwotę 706 938,0 tys. zł, a na leczenie szpitalne - 3 327 380,0 tys. zł. Po zmianach kwoty te uległy zwiększeniu do: 740 508,0 tys. zł – AOS i do 3 695 113,0 tys. zł – leczenie szpitalne. W planie finansowym nie uwzględniono pozycji - *rezerwa na koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej* (B2.19). Poniesione koszty w rodzaju AOS wyniosły 739 112,6 tys. zł (99,8%) a w leczeniu szpitalnym – 3 684 165,39 tys. zł (99,7%)⁶⁴.

Na rok 2015 w powyższych zakresach zaplanowano⁶⁵ koszty w wysokości: 721 938,0 tys. zł w rodzajach AOS i 3 525 315,0 tys. zł na leczenie szpitalne. Po zmianach kwoty te uległy zwiększeniu do: 776 959,0 tys. zł – AOS i do 3 964 747,0 tys. zł – leczenie szpitalne. W planie finansowym uwzględniono pozycję B2.19, jednak nie utworzono rezerwy na koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej (rezerwa wynosiła 0 zł). Poniesione koszty w rodzaju AOS wyniosły 769 929,3 tys. zł (99,1%), a w leczeniu szpitalnym 3 964 408,47 tys. zł (99,99%)⁶⁶.

Rok 2016⁶⁷ koszty świadczeń zdrowotnych w rodzajach AOS pozostawiono na poprzednim poziomie (721 938,0 tys. zł) a koszty na leczenie szpitalne zwiększono do 3 707 702,0 tys. zł. Po zmianach kwoty te uległy zwiększeniu do: 789 800,0 tys. zł – AOS i 4 198 669,0 tys. zł – leczenie szpitalne. Podobnie jak w roku poprzednim nie utworzono rezerwy na koszty świadczeń opieki zdrowotnej

⁶³ Uchwała Rady Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ nr 4/IV/2013 z 9 lipca 2013 r, w sprawie zaopiniowania projektu planu finansowego SOW.

⁶⁴ Sprawozdanie z realizacji planu finansowego za okres od 1 stycznia 2014 r. do 31 grudnia 2014 r.

⁶⁵ Uchwała Rady Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ nr 12/IV/2014 z 23 czerwca 2014 r, w sprawie zaopiniowania projektu planu finansowego SOW na rok 2015.

⁶⁶ Sprawozdanie z realizacji planu finansowego za okres od 1 stycznia 2015 r. do 31 grudnia 2015 r.

⁶⁷ Uchwała Rady Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ nr 17/IV/2015 z 24 czerwca 2015 r, w sprawie zaopiniowania projektu planu finansowego SOW na rok 2016.

udzielonych w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej (rezerwa wynosiła 0 zł). Poniesione koszty⁶⁸ w rodzaju AOS wyniosły 753 709,7 tys. zł a w rodzaju leczenie szpitalne – 3 960 758,9 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 109-110, 113, 119-120, 124, 127-129, 137-139, 151-214, 740)

Dokonując zmian planu finansowego, w okresie objętym kontrolą, zwiększono poziom finansowania zakresów okulistyki oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu. W zmianach planów finansowych w 2015 r.⁶⁹ i 2016 r.⁷⁰ uwzględniono konieczność zmniejszenia liczby oczekujących na operacje usunięcia zaćmy i endoprotezoplastykę.

(dowód: akta kontroli str. 143-150)

Dyrektor wyjaśnił: *Przygotowując dane źródłowe stanowiące podstawy założeń planów zakupu świadczeń na poszczególne lata Śląski OW NFZ rozpatrywał liczbę osób wpisanych na listy oczekujących w poszczególnych komórkach organizacyjnych oraz średni czas oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej, jednakże ograniczenia budżetowe i konieczność zabezpieczenia świadczeniobiorcom jak najlepszego dostępu do wszystkich świadczeń uniemożliwiały ewentualne zwiększenie poziomu finansowania świadczeń w zakresie okulistyki i ortopedii umożliwiające zlikwidowanie kolejek oczekujących. Informacja o liczbie osób oczekujących oraz o średnim czasie oczekiwania na zabiegi endoprotezoplastyki stawów oraz leczenia zaćmy była uwzględniana w ramach renegotjacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w przedmiotowych zakresach. W roku 2015 oraz 2016 w celu zredukowania liczby osób oczekujących na wykonanie świadczeń endoprotezoplastyki stawów oraz zabiegu leczenia zaćmy z wszczepieniem soczewki Śląski OW NFZ renegotjował posiadane umowy w zakresach dedykowanych ww. świadczeniom, zwiększając ich wartość w stopniu na jaki pozwalał posiadany budżet. Podejmowane renegotjacje były prowadzone w oparciu o analizy poziomu wykonania świadczeniodawców na podstawie danych sprawozdanych przez poszczególne podmioty lecznicze. Sfinansowanie świadczeń wykonanych ponad limit określony zapisami umów miało na celu umożliwienie świadczeniodawcom wykonanie świadczeń na rzecz pacjentów zarejestrowanych w kolejkach oczekujących.*

(dowód: akta kontroli str.261-262)

3.2. Plany zakupu świadczeń objętych kontrolą, w latach 2014-2016, w części dotyczącej AOS ulegały niewielkim zmianom: w roku 2014 skala zmian w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu wyniosła 1,2 %, w roku 2015 – 1,1%, w roku 2016 – 1,8%; w zakresie okulistyki w roku 2014 – 5,5%, w roku 2015 – 1,2%, w roku 2016 – 1,6%. Podobnie plany zakupu świadczeń w latach 2014-2016 w rodzaju leczenie szpitalne. W roku 2014 zmiany planu w stosunku do planu pierwotnego kształtowały się na średnim poziomie 97,4%, w tym: ortopedia i traumatologia narządu ruchu – hospitalizacja – 100,08%; ortopedia i traumatologia narządu ruchu – hospitalizacja planowa – 94,59%, ortopedia i traumatologia narządu ruchu dziecięca – hospitalizacja 112,99%, ortopedia i traumatologia narządu ruchu dziecięca – hospitalizacja planowa – 97,30%, okulistyka hospitalizacja B18,B19 – 94,09%, okulistyka hospitalizacja planowa B18,B19 – 100%, okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19 – 100%, okulistyka dziecięca – hospitalizacja B18,B19 – 80,28%. W roku 2015 powyższe zmiany planu kształtowały się na średnim poziomie 110,08%, w tym: ortopedia i traumatologia narządu ruchu – hospitalizacja – 108,25%; ortopedia i traumatologia narządu ruchu – hospitalizacja planowa – 101,99%, ortopedia i traumatologia narządu ruchu dziecięca – hospitalizacja – 133,53%, okulistyka hospitalizacja – 103,11%, okulistyka

⁶⁸ Wykonanie według stanu na 19 stycznia 2017 r.

⁶⁹ Pismo ŚOW z dnia 28 sierpnia 2015 r. skierowane do Prezesa NFZ, znak: WEM-II.311.6.2015 WEM-II.W.320.AS.2016.

⁷⁰ Pismo SOW z dnia 27 lipca 2016 r. skierowane do Prezesa NFZ, znak: WEM-II.311.6.2016 WEM-II.W.275.KW.2016.

hospitalizacja planowa – 105,95%, okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia – 113,44%, okulistyka dziecięca – hospitalizacja – 104,27%⁷¹. W roku 2016 zmiany planu w stosunku do planu pierwotnego kształtowały się na średnim poziomie 109,2%, w tym: ortopedia i traumatologia narządu ruchu – hospitalizacja – 103,77%; ortopedia i traumatologia narządu ruchu – hospitalizacja planowa – 95,43%, okulistyka hospitalizacja B18,B19 – 109,27%, okulistyka hospitalizacja planowa B18,B19 – 116,78%, okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19 – 105,37%, okulistyka dziecięca – hospitalizacja B18,B19 – 133,29%.

(dowód: akta kontroli str.103-106, 258-261)

Zmiany wartości umów w zakresach świadczeń związanych z usuwaniem zaćmy, witrektomii oraz endoprotezoplastyki następowały w następstwie renegocjacji warunków umów. W każdym z lat poddanych kontroli Oddział przeprowadził renegocjacje, polegające na zwiększeniu wartości finansowej umów w zakresach dedykowanych dla realizacji zabiegów usunięcia zaćmy z jednoczesnym wszczepieniem soczewki oraz zabiegów endoprotezoplastyki w rodzaju leczenie szpitalne oraz AOS w zakresie procedur zabiegowych⁷².

(dowód: akta kontroli str.30-31, 47-84, 92-93, 585)

Dyrektor poinformował: *W czerwcu 2014 roku w Centrali NFZ został powołany Centralny Zespół Analityczny ds. oceny efektywności świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (CZA), który opracował model efektywności poradni specjalistycznych służący do racjonalizacji wydatkowania środków publicznych, poprawie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej oraz maksymalizacji efektu terapeutycznego (diagnostycznego) poprzez promowanie i wspieranie oczekiwanych zachowań świadczeniodawców, stworzeniu warunku do porównywania świadczeniodawców (benchmarking), skróceniu czasu oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej. Model ten został wykorzystany do obiektywizacji procesu alokacji środków przeznaczonych na opiekę specjalistyczną na poziomie oddziału wojewódzkiego w zakresie: dysponowania dodatkowymi środkami w trakcie trwania okresu rozliczeniowego, sfinansowania tzw. „nadwykonań”, wykorzystania środków z tzw. „niewykonań”, dokonywania przesunięć pomiędzy zakresami. Na terenie województwa śląskiego ocenie w zakresie okulistyki podlegało 304 miejsc realizacji świadczeń, w związku z powyższym przy przydziale dodatkowych środków uwzględniono 74 najwyższej ocenione poradnie.*

(dowód: akta kontroli str.92, 616)

W założeniach do planów zakupu świadczeń w rodzaju AOS oraz leczenie szpitalne, na poszczególne lata objęte kontrolą, nie uwzględniano liczby i wartości składanych wniosków o przednią zgodę oraz wniosków o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych poza granicami kraju.

(dowód: akta kontroli str.331-567)

Dyrektor poinformował: *Wskazać należy, że Śląski OW NFZ nie uwzględniał bezpośrednio danych o liczbie wniosków o zwrot kosztów opieki zdrowotnej udzielonych poza granicami kraju, jednakże ww. decyzje o renegocjowaniu i zwiększaniu wartości zawartych umów miały na celu zmniejszenie kolejek oczekujących, a przez to liczby takich świadczeń. Podejmowane działania polegające na zwiększeniu poziomu finansowania w celu zwiększenia liczby realizowanych świadczeń, tym samym zredukowania kolejek oczekujących, nie*

⁷¹ Zgodnie z wytycznymi Centrali NFZ w planie zakupu na 2015 rok, poszczególne pozycje obejmowały zarówno wartość przypisaną dla zakresu podstawowego jak również skojarzonych z nim zakresów. W związku z powyższych brak jest możliwości wskazania wartości dla zakresów związanych z leczeniem zaćmy i endoprotezoplastyki stawów.

⁷² M.in. 02.1600.101.02 - świadczenia zabiegowe w okulistyce - zakres skojarzony i 02.1580.101.02 - świadczenia zabiegowe w ortopedii i traumatologii narządu ruchu - zakres skojarzony, świadczenia zabiegowe w okulistyce - zakres skojarzony z 02.1600.001.02 oraz w zakresie świadczenia zabiegowe w ortopedii i traumatologii narządu ruchu - zakres skojarzony z 02.1580.001.02.

wpłynęło jednak bezpośrednio na zmniejszenie liczby świadczeń udzielanych poza granicami Polski.

(dowód: akta kontroli str.262)

3.3. Oddział podejmował działania mające na celu zwiększenie dostępu do świadczeń zdrowotnych w rodzaju AOS i leczenie szpitalne dotyczących usunięcia zaćmy, witekтомii oraz endoprotezoplastyk. Działania te polegały m.in. renegecowaniu i bilansowaniu wartości umów.

(dowód: akta kontroli str. 585, 637-669)

Dyrektor wyjaśnił: „Śląski Oddział Wojewódzki NFZ zarówno w procesie tworzenia planu zakupu, jak i przy typowaniu zakresów do renegecji warunków umów, od kilku lat kieruje się zaleceniami Centrali NFZ, dążąc do wyrównywania dostępności do świadczeń na poziomie międzywojewódzkim jak i pomiędzy poszczególnymi powiatami województwa śląskiego. Wskazać należy, że dostępność do świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w zakresie okulistyki oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu, mierzona wartością zawartych umów w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców plasuje województwo śląskie na najwyższych pozycjach w kraju. W rodzaju leczenie szpitalne dostępność do świadczeń z zakresu okulistyki, w porównaniu z innymi województwami, jest na wysokim poziomie, natomiast w zakresie ortopedii znajduje się w okolicach średniej krajowej. W związku z powyższym wzrost nakładów finansowych ukierunkowany był w szczególności na podniesienie poziomu finansowania tych zakresów świadczeń, do których dostępność na Śląsku w porównaniu do innych województw była najniższa. Nie oznacza to jednak, że nie podnoszono nakładów na świadczenia w zakresie okulistyki i ortopedii, czyniono to jednak z uwzględnieniem rekomendacji Centrali NFZ ze szczególnym uwzględnieniem priorytetów zdrowotnych.

(dowód: akta kontroli str.91-92)

3.4. W latach 2014-2016 liczba punktów zakontraktowanych świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne w zakresach: okulistyka⁷³ oraz ortopedia i traumatologia narządu ruchu⁷⁴ corocznie ulegała zwiększeniu i wyniosła łącznie 21 948 455, w tym: 6 985 801 w 2014 r., 7 462 399 w 2015 r. i 7 500 255 w 2016 r. Wartość ww. świadczeń w powyższym okresie wyniosła 1 132 195,4 tys. zł, w tym: 360 339, 6 tys. zł w 2014 r., 384 952, 1 tys. zł w 2015 r., 386 903, 6 tys. zł w 2016 r. Według poszczególnych kodów ww. zakresów liczba punktów i wartość zakontraktowanych świadczeń wyniosła w latach 2014-2016:

- kod 403460013002 – 3 478 182 pkt, 180 010, 6 tys. zł,
- kod 403460013102 – 771 380 pkt, 36 509,2 tys. zł,
- kod 403460013202 – 205 712 pkt, 9 747,4 tys. zł,
- kod 403460003002 – 2 364 603 pkt, 122 448,3 tys. zł,
- kod 403460003102 – 188 035 pkt, 8 977,8 tys. zł,
- kod 403460003202 – 13 396 pkt, 643,8 tys. zł,
- kod 403458003002 – 13 762 686 pkt, 714 291,3 tys. zł,
- kod 403458003102 – 1 164 461 pkt, 59 567,0 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str.39)

⁷³ Okulistyka - hospitalizacja B18, B19 (kod 403460013002), okulistyka - hospitalizacja planowa B18, B19 (kod 403460013102), okulistyka - zespół chirurgii jednego dnia B18, B19 (kod 403460013202), okulistyka - zespół chirurgii jednego dnia (kod 403460003202), okulistyka - hospitalizacja (kod 403460003002), okulistyka - hospitalizacja planowa (kod 403460003102), ortopedia i traumatologia narządu ruchu - hospitalizacja (kod 403458003002), ortopedia i traumatologia narządu ruchu - hospitalizacja planowa (kod 403458003102).

⁷⁴ Ortopedia i traumatologia narządu ruchu - hospitalizacja (kod 403458003002), ortopedia i traumatologia narządu ruchu - hospitalizacja planowa (kod 403458003102).

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność w badanym obszarze. Przy planowaniu zakupu świadczeń Oddział podejmował działania mające na celu zwiększenie dostępu do świadczeń zdrowotnych w rodzaju AOS i leczenie szpitalne dotyczących świadczeń będących głównym przedmiotem transgranicznej opieki zdrowotnej, tj. zabiegów w zakresie soczewki i endoprotezoplastyki stawów. Plany tworzone na podstawie m.in. prowadzonych analiz, informacji uzyskanych od organów samorządu terytorialnego, priorytetów regionalnych, centralnych i ogólnopolskich. Na etapie dysponowania dodatkowymi środkami, przeznaczono je m.in. na zabiegi usunięcia zaćmy oraz endoprotezoplastykę stawów.

4. Realizacja umów o udzielanie świadczeń

Opis stanu faktycznego

4.1. W latach 2014-2016⁷⁵ liczba zrealizowanych świadczeń w zakresach wskazanych w punkcie 3.4 niniejszego wystąpienia, w podziale na kody świadczeń jednostkowych (JGP), wyniosła 116 049, natomiast ich wartość 549 118,2 tys. zł, w tym:

- w roku 2014 – 38 419 świadczeń o wartości 176 550,0 tys. zł,
- w roku 2015 – 40 911 świadczeń o wartości 197 538,1 tys. zł,
- w roku 2016 – 36 719 świadczeń o wartości 175 030,1 tys. zł.

Ponad połowę ww. świadczeń (59%), wykonanych w okresie objętym kontrolą stanowiły zabiegi usunięcia zaćmy powikłanej i niepowikłanej z jednoczesnym wszczepieniem soczewki⁷⁶. Łącznie wykonano 68 134 takie zabiegi, w tym: 23 262 (60% wszystkich świadczeń) w 2014 r., 23 866 (58%) w 2015 r., 21 006 (57%) w 2016 r.

W latach 2014-2016 nie wykonano zabiegów endoprotezoplastyki pierwotnej częściowej stawu biodrowego⁷⁷ a zabieg endoprotezoplastyki pierwotnej całkowitej cementowej⁷⁸ wykonano w niewielkiej liczbie: pięć w 2014 r., dwa w 2015 r. i jeden w 2016 r. Również zabiegi z wykonaniem witrektomii z użyciem oleju silikonowego lub dekaliny⁷⁹ wykonano w niewielkiej liczbie: po trzy w 2014 i 2015 r., sześć w roku 2016.

(dowód: akta kontroli str.40)

W latach 2014-2016⁸⁰ liczba i wartość świadczeń opieki zdrowotnej, w zakresach wskazanych w punkcie 3.4 niniejszego wystąpienia, sfinansowanych przez Oddział, które następnie były przedmiotem rozliczeń z poszczególnymi oddziałami wyniosła łącznie 2 447 229,30 punktów i 125 843,1 tys. zł, w tym:

- kod 403460013002 – 374 731,6 pkt, 19 435,8 tys. zł,
- kod 403460013102 – 157 754 pkt, 7 423,4 tys. zł,
- kod 403460013202 – 18 155 pkt, 863,2 tys. zł,
- kod 403460003002 – 556 084,46 pkt, 28 856,5 tys. zł,
- kod 403460003102 – 46 935 pkt, 2 243,2 tys. zł,
- kod 403460003202 – 1 495 pkt, 73,0 tys. zł,
- kod 403458003002 – 1 112 193,94 pkt, 57 754,3 tys. zł,

⁷⁵ Dane na dzień 7 grudnia 2016 r.

⁷⁶ Kod 5.51.01.0002018 oraz 5.51.01.0002019.

⁷⁷ Kod 5.51.01.0008002.

⁷⁸ Bipolarnej biodra - kod 5.51.01.0008004.

⁷⁹ W tym wieloproceduralne kod 5.51.01.0002016.

⁸⁰ Dane na dzień 10 stycznia 2017 r.

- kod 403458003102 – 179 880,30 pkt, 9 193,7 tys. zł.
(dowód: akta kontroli str. 572, 574)

W powyższym okresie liczba i wartość świadczeń w ww. zakresach, sfinansowanych przez inne niż kontrolowany Oddział, które następnie były przedmiotem rozliczeń z innymi oddziałami wyniosły łącznie 2 211 508,82 punkty i 113 709,2 tys. zł, w tym:

- kod 403460013002 – 56 627 pkt, 2 939,5 tys. zł,
- kod 403460013102 – 8 290 pkt, 416,9 tys. zł,
- kod 403460013202 – 24 538 pkt, 1 175,6 tys. zł,
- kod 403460003002 – 57 682,84 pkt, 2 943,3 tys. zł,
- kod 403460003102 – 12 665 pkt, 649,0 tys. zł,
- kod 403460003202 – 26 635,5 pkt, 1 292,1 tys. zł,
- kod 403458003002 – 1 693 308,01 pkt, 87 508,1 tys. zł,
- kod 403458003102 – 331 762,47 pkt, 16 784,7 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str.573, 575)

4.2. W latach 2014-2016⁸¹ liczba zrealizowanych świadczeń w rodzaju AOS w zakresach okulistyka (kod 402160000102), okulistyka zabiegowa (kod 402160010102) i okulistyka dla dzieci (kod 402160100102), udzielonych w związku z rozpoznaniem H25 - zaćma starcza, H26⁸² - inne postacie zaćmy, H33⁸³ - odwarstwienie i przedarcie siatkówki, H35⁸⁴ - inne zaburzenia siatkówki, H43⁸⁵ - zaburzenia ciała szklistego, a także w zakresach - świadczenia zabiegowe w ortopedii i traumatologii narządu ruchu (kody 402158010102 i 402158000102), udzielonych w związku z rozpoznaniem M16 - choroba zwyrodnieniowa stawów biodrowych (koksartroza), M17⁸⁶ - choroba zwyrodnieniowa stawów kolanowych (gonartroza), S72⁸⁷ - złamanie kości udowej, wyniosła łącznie 1 573 211, natomiast ich wartość 88 297,7 tys. zł, w tym:

- w roku 2014 – 533 195 świadczeń o wartości 29 107,9 tys. zł,
- w roku 2015 – 537 754 świadczeń o wartości 30 516,9 tys. zł,
- w roku 2016 – 502 262 świadczeń o wartości 28 672,9 tys. zł.

Największą część, tj. 33% powyższych świadczeń (528 673) stanowiły świadczenia zabiegowe w ortopedii i traumatologii narządu ruchu (kod 402158000102) udzielone w związku z rozpoznaniem pomiędzy M16 a M17.9 lub S72 a S72.9. Podobną liczbę - 495 567 (31%), stanowiły świadczenia w zakresie okulistyka (402160000102) z rozpoznaniem pomiędzy H25 a H26.9.

Najmniejszą liczbę świadczeń tj. 0,05% (773) wykonano w zakresie okulistyka dla dzieci (402160100102) z rozpoznaniem pomiędzy H25 a H26.9.

(dowód: akta kontroli str. 42)

4.3. W latach 2014-2016 świadczeniodawcy realizujący umowy w zakresach okulistyki oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu wykazywali potencjał większy niż zakontraktowany, poprzez wykonanie świadczeń ponad limit wynikający z kontraktu. Potencjał ten został uwzględniony przy renegecjach umów, zwiększających wartości zawartych umów.

(dowód: akta kontroli str.30-31, 37-38, 585)

Dyrektor wyjaśnił: (...) w latach 2015-2016 Oddział nie przeprowadzał dodatkowych

⁸¹ Dane na dzień 11 stycznia 2017 r.

⁸² Rozpoznanie H25: H25.0, H25.1, H25.2, H25.8, H25.9, H26: H26.0, H26.1, H26.2, H26.3, H26.4, H26.8, H26.9.

⁸³ Rozpoznanie H33: H33.0, H33.1, H33.2, H33.4, H33.5.

⁸⁴ Rozpoznanie H35: H35.0, H35.1, H35.2, H35.3, H35.4, H35.5, H35.6, H35.7, H35.8, H35.9.

⁸⁵ Rozpoznanie H43: H43.0, H43.1, H43.2, H43.3, H43.8, H43.9.

⁸⁶ Rozpoznanie M16: M.16.0, M16.1, M16.2, M16.3, M16.4, M16.5, M16.6, M16.7, M16.9, M17: M17.0, M17.1, M17.2, M17.3, M17.4, M17.5, M17.9.

⁸⁷ Rozpoznanie S72: S72.0, S72.1, S72.2, S72.3, S72.4, S72.7, S72.8, S72.9.

postępowań konkursowych w rodzaju AOS w zakresie okulistyki oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu. W latach 2013-2016 w rodzaju leczenie szpitalne Oddział nie prowadził postępowań w trybie konkursów ofert mających na celu zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, tak zwanych postępowań głównych⁸⁸.

(dowód: akta kontroli str.252-253)

4.4. Oddział monitorował poziom realizacji zakontraktowanych świadczeń. Po stwierdzeniu przypadków niewykorzystania pierwotnie przewidzianych środków przeznaczonych na świadczenia objęte szczegółową kontrolą Oddział wzywał świadczeniodawców do złożenia wyjaśnień dotyczących zaistniałej sytuacji. Ponadto w wyniku analiz indywidualnych wniosków świadczeniodawców oraz danych z systemów informatycznych NFZ Oddział dokonywał zmian wartości w umowach, m.in. poprzez alokację środków pomiędzy poszczególnymi zakresami umów. W wyniku analiz przeprowadzonych w 2015 i 2016 r. zwiększono wartości umów w zakresach leczenia zaćmy i endoprotezoplastyki, w związku z długim czasem oczekiwania na realizację tych świadczeń.

(dowód: akta kontroli str.254-255, 276, 591-686)

Dyrektor wyjaśnił: *Do dnia 31 grudnia 2015 r., zgodnie z treścią § 14 ust. 1 Ogólnych warunków o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 06 maja 2008 roku (Dz. U. z 2008 r. Nr 81 poz. 484 z późn. zm.) Fundusz był zobowiązany do sfinansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym do kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy określonej w umowie. Z uwagi na powyższe niewykorzystane środki finansowe w danym zakresie świadczeń zostały przeznaczone na sfinansowanie nadwykonań w innych zakresach świadczeń u tego samego świadczeniodawcy. Powyższy stan prawny obowiązywał do 31 grudnia 2015 roku. Jednocześnie, w oparciu o zapisy Ogólnych warunków o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 06 maja 2008 roku a później z dnia 08 września 2015 roku (Dz.U.2016.1146 j.t.) rozpatrywano wnioski świadczeniodawców o dokonanie zmian w poszczególnych umowach w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w trybie § 21 OWU, pomiędzy poszczególnymi zakresami świadczeń lub w trybie § 43 ww. rozporządzenia pomiędzy zakresem podstawowym i zakresami skojarzonymi (pierwszorazowymi, zabiegowym).(...)*

(dowód: akta kontroli str.255)

W latach 2014-2016⁸⁹ zmieniono wartości 99% (897 na 907) umów o udzielanie świadczeń, w zakresie okulistyki w rodzaju AOS i leczenie szpitalne (zabiegi w zakresie soczewki). W okresie tym zwiększono 647 umów o łączną wartość 25 754,7 tys. zł; zmniejszono 250 o wartość 7 574 tys. zł. W poszczególnych latach okresu objętego kontrolą zwiększenia wynosiły: w 2014 r. - 5 665,8 tys. zł (223 umowy), w 2015 r. - 10 864,1 tys. zł (215 umów), w 2016 r. - 9 224,7 tys. zł (209 umów).

W powyższym okresie zmieniono wartości 90% (508 na 560) umów o udzielanie świadczeń w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, w tym: zwiększono – 378 umów o łączną wartość 65 490,6 tys. zł; zmniejszono 130 umów o łącznej wartości 7 707,1 tys. zł. Zwiększenia wynosiły: w roku 2014 r. – 10 924,6 tys. zł (126 umów), w 2015 r. – 31 701,9 tys. zł (134 umowy), w 2016 r. – 22 864,1 tys. zł

⁸⁸ W roku 2013 w związku z uwzględnieniem odwołań podmiotu udzielającego świadczeń w zakresie okulistyki Oddział ogłosił postępowania prowadzone w trybie rokowań. W ramach trzech postępowań wpłynęły cztery oferty, które zostały odrzucone z uwagi na niespełnianie wymogów określonych rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2009 roku Nr 140, poz. 1143 z późn. zm.) oraz Zarządzeniu Nr 72/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne (z późn.zm.).

⁸⁹ W rodzaju leczenie szpitalne wskazano wartości na dzień 11 stycznia 2017 r., w rodzaju AOS - na dzień 7 grudnia 2016 r.

(118 umów). Zmniejszenia wynosiły odpowiednio: 4 004,6 tys. zł (53 umowy), 1 663,5 tys. zł (48 umów), 2 039 tys. zł (29 umów).

W latach 2014 – 2016⁹⁰ zmieniono wartości 68% (47 na 69⁹¹) umów o udzielanie świadczeń w zakresie okulistyki w rodzaju leczenie szpitalne (zabiegi w zakresie ciała szklistego), w tym: zwiększono 37 umów o łączną wartość 4 841,1 tys. zł; zmniejszono 10 umów o wartość 4 112,6 tys. zł. W poszczególnych latach okresu objętego kontrolą zwiększenia wynosiły: w 2014 r. – 1 604,8 tys. zł (14 umów), w 2015 r. – 3 112,5 tys. zł (20 umów), w 2016 r. – 123,7 tys. zł (3 umowy). Zmniejszenia wyniosły odpowiednio: 3 486 tys. zł (3 umowy), 62,9 tys. zł (3 umowy), 563,6 tys. zł (4 umowy).

Łącznie w roku 2014 zwiększono wartość 363 umów o 18 195,3 tys. zł, w roku 2015 – 369 umów o wartość 45 678,6 tys. zł, w 2016 r. – 330 umów o wartość 32 212,6 tys. zł. Natomiast zmniejszono odpowiednio: 136 umów o wartość 12 993,5 tys. zł, 134 umowy o wartość 3 085,6 tys. zł, 120 umów o wartość 3 314,6 tys. zł.

W rodzaju AOS:

- zwiększenia świadczeń w zakresie okulistyki wyniosły 13 606,5 tys. zł, zmniejszenia – 2 520,3 tys. zł,
- zwiększenia świadczeń zabiegowych w okulistyce - zakres skojarzony z 02.1600.001.02 wyniosły 2 646,6 tys. zł, zmniejszenia - 3 003,3 tys. zł,
- zwiększenia świadczeń w zakresie ortopedia i traumatologia narządu ruchu – wyniosły 5 879,4 tys. zł, zmniejszenia - 3 165,9 tys. zł,
- zwiększenia świadczeń zabiegowych w ortopedii i traumatologii narządu ruchu – zakres skojarzony 02.1580.001.02 wyniosły 3 221,3 tys. zł, zmniejszenia – 2 647,7 tys. zł.

W rodzaju leczenie szpitalne:

- zwiększenia świadczeń w zakresie okulistyka - hospitalizacja B18, B19 wyniosły 7 778,9 tys. zł, zmniejszenia – 3 830,6 tys. zł,
- zwiększenia świadczeń w zakresie okulistyka - hospitalizacja planowa B18, B19 wyniosły 2 934,9 tys. zł, zmniejszenia – 42,2 tys. zł
- zwiększenia świadczeń w zakresie okulistyka -zespół chirurgii jednego dnia B18, B19 wyniosły 611,3 tys. zł, zmniejszenia – 1 tys. zł,
- zwiększenia świadczeń w zakresie okulistyka – hospitalizacja (witrektomia) wyniosły 4 537,7 tys. zł, zmniejszenia – 3 906,2 tys. zł,
- zwiększenia świadczeń w zakresie okulistyka - hospitalizacja planowa (witrektomia) wyniosły 275 tys. zł, zmniejszenia – 206,4 tys. zł,
- zwiększenia świadczeń w zakresie okulistyka - zespół chirurgii jednego dnia (witrektomia) wyniosły 28,4 tys. zł,
- zwiększenia świadczeń w zakresie ortopedia i traumatologia narządu ruchu – hospitalizacja wyniosły 56 535,7 tys. zł, zmniejszenia – 3 011,5 tys. zł,
- zwiększenia świadczeń w zakresie ortopedia i traumatologia narządów ruchu - hospitalizacja planowa wyniosły 1 150, tys. zł, zmniejszenia – 162,8 tys. zł,
- zwiększenia świadczeń w zakresie ortopedia i traumatologia narządów ruchu - zespół chirurgii jednego dnia wyniosły 94 tys. zł, zmniejszenia – 109 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str.737)

⁹⁰ Wartość wskazana na dzień 21 grudnia 2016 r.

⁹¹ Liczba i wartość umów dotyczy świadczeniodawców, którzy zrealizowali zabiegi witrektomii (grupy B16, B17), w latach 2014 - 2016, w ramach umowy na okulistykę.

Dyrektor poinformował: (...) *W celu ugodowego rozwiązania sporu dotyczącego ewentualnego sfinansowania świadczeń ponadlimitowych Oddział Funduszu może dokonać dowolnych zwiększeń i zmniejszeń kwoty zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń określonych w umowie. Nie wyklucza to zatem tzw. przesunięć: jeśli takie przesunięcia doprowadzą w konsekwencji do ugodowego rozstrzygnięcia sporu na warunkach korzystnych dla obu stron w kontekście dostępnych środków finansowych w planie Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.*

(dowód: akta kontroli str.590)

4.5 Oddział analizował wysokość nakładów koniecznych na zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych oczekujących na realizację świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne – oddziały szpitalne, w oparciu o średni koszt świadczenia – hospitalizacji w danym zakresie, wyliczony odrębnie w odniesieniu do poszczególnych świadczeniodawców. Dla potrzeb analiz przyjęto, że „potrzeba zdrowotna” to suma wartości zrealizowanych świadczeń oraz nakładów niezbędnych do zniwelowania kolejek oczekujących. W roku 2015 symulowany koszt świadczeń dla pacjentów oczekujących w kolejkach, czyli kwota potrzebna do zlikwidowania kolejki w przypadku ortopedii i traumatologii narządu ruchu wyniosła 132 350,7 tys. zł a „potrzeba zdrowotna”⁹² 400 974,3 tys. zł. W przypadku okulistyki kwota potrzebna do zlikwidowania kolejki wyniosła 10 491,1 tys. zł, a „potrzeba zdrowotna” 136 811 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str.542-543)

W rodzaju AOS Oddział nie dokonywał oceny potrzeb w zakresie środków niezbędnych na zaspokojenie niezbędnych potrzeb pacjentów oczekujących na wykonanie zabiegu usunięcia zaćmy. Kwota środków jaka byłaby niezbędna do udzielenia świadczeń w tym zakresie wyliczona na potrzeby niniejszej kontroli⁹³ wyniosła na rok: 2014 – 407,5 tys. zł, na 2015 – 425,4 tys. zł, na 2016 – 355,3 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str.256)

Dyrektor poinformował: (...) *Wysokości kontraktów zawieranych przez Śląski Oddział Wojewódzki NFZ uzależnione są od planu finansowego zatwierdzonego na dany rok. Oddział Funduszu zobowiązany jest do zabezpieczenia w pierwszej kolejności środków niezbędnych do finansowania świadczeń w ramach obowiązujących umów. Śląski OW NFZ monitoruje dane o kolejkach oczekujących, analizując wartość środków finansowych niezbędnych dla zredukowania czasu oczekiwania na świadczenia, jak i zmniejszenia liczby oczekujących, jednakże dyscyplina budżetowa ogranicza możliwość działania Oddziału. Z przykładowej analizy przeprowadzonej w lipcu 2016 roku wynika, że średni koszt „likwidacji” kolejek oczekujących na zabiegi endoprotezoplastyki stawów wyniósłby 436 870 000 zł (staw biodrowy 21 024 oczekujących – 210 240 000 zł, staw kolanowy 22 663 oczekujących – 226 630 000 zł), natomiast kolejek osób oczekujących na zabieg usunięcie zaćmy 203 954 000 zł (84 910 osób oczekujących). Wskazać należy, że ocena globalnej wartości środków niezbędnych dla sfinansowania świadczeń na rzecz osób zarejestrowanych przez świadczeniodawców w ramach kolejek oczekujących na wykonanie zabiegu leczenia zaćmy jest trudna z powodu różnej wyceny świadczeń (dwóch różnych grup JGP), różnej wartości punktu rozliczeniowego w umowach poszczególnych świadczeniodawców, jak i różnic wyceny grupy B18, w zależności od trybu wykonania świadczenia (hospitalizacja, hospitalizacja planowa, chirurgia jednego dnia). Wycena punktowa świadczenia JGP B18 - usunięcie zaćmy powikłanej z jednoczesnym wszczępieniem soczewki wynosi od 53 do 47 punktów (2 756 zł –*

⁹² Czyli wartość umów + koszt nadwykonań + koszt zniwelowania kolejek.

⁹³ Do oszacowania kwoty środków jaka byłaby niezbędna, aby udzielić świadczeń osobom oczekującym w kolejkach na świadczenia związane z zaćmą w rodzaju AOS przyjęto odsetek osób, którym udzielono porad w związku z rozpoznaniem związanym z zaćmą w stosunku do liczby wszystkich porad i średniej ceny porady.

2 444 zł). Wycena punktowa grupy JGP B19 - usunięcie zaćmy niepowikłanej z jednoczesnym wszczęciem soczewki wynosi 43 punkty (2 236 zł).

(dowód: akta kontroli str.256-257)

4.6. W latach 2014 - 2016 nie wystąpiły przypadki obniżenia wyceny wartości punktów w zakresach świadczeń: okulistyka - hospitalizacja B18, B19; okulistyka - hospitalizacja planowa B18, B19 oraz okulistyka - zespół chirurgii jednego dnia B18, B19. Średnia cena kontraktowa jednego punktu kształtowała się w poszczególnych latach na tym samym poziomie i wynosiła dla okulistyki - hospitalizacja B18, B19 – 51,49 zł⁹⁴; okulistyki - hospitalizacja planowa B18, B19 – 47,47 zł; okulistyki - zespół chirurgii jednego dnia B18, B19 – 47,27 zł.

(dowód: akta kontroli str.41)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność w badanym obszarze. Oddział rzetelnie monitorował realizację umów zawieranych ze świadczeniodawcami w zakresach objętych kontrolą. Po stwierdzeniu niewykorzystania pierwotnie przewidzianych środków lub wykonania umów ponad zakontraktowaną wartość, Oddział, w sposób celowy i oszczędny, podejmował działania w celu efektywnego wykorzystania środków, poprzez re negocjacje i bilansowanie zawartych umów.

5. Postępowania poprzedzające zwrot kosztów leczenia w innych krajach UE

Opis stanu faktycznego

5.1. W związku z wejściem w życie dyrektywy transgranicznej w regulaminie organizacyjnym Oddziału zostały wpisane nowe zadania dla nw. komórek organizacyjnych:

1. Wydziału Ekonomiczno – Finansowego i Współpracy Międzynarodowej - realizacja zadań wynikających z art. 42d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, w tym prowadzenie rejestrów decyzji wydawanych na podstawie art. 42d ust. 1 i ust. 2 ustawy; prowadzenie postępowań regresowych w przypadkach, o których mowa w art. 42d ust. 20 o świadczeniach opieki zdrowotnej – we współpracy z innymi komórkami oraz wyjaśnianie z podmiotami wykonującymi działalność leczniczą, aptekami oraz punktami aptecznymi działającymi na terenie województwa, zawartości rachunków wystawianych osobom uprawnionym z innych państw członkowskich Unii Europejskiej w związku z korzystaniem ze świadczeń w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej na terenie Polski;
2. Wydziału Księgowości – sporządzanie w ramach rozliczania z Centralą not księgowych i zestawień kosztów wypłacanych zgodnie z dyrektywą transgraniczną i przekazywanie dokumentacji w wymaganych terminach do Centrali.

Regulamin organizacyjny został wprowadzony zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora Oddziału nr 32/2015 z dnia 24 marca 2015 r.

(akta kontroli dowód: str. 766-767, 774, 794-801)

⁹⁴ W dniu 17 lutego 2014 r. rozwiązano jedną umowę na udzielanie świadczeń (z 21 umów) w związku z czym średnia cena przed rozwiązaniem wynosiła 51,42 zł.

W realizację zadań związanych z wprowadzeniem dyrektywy transgranicznej zaangażowanych było:

- w okresie od 1 grudnia 2014 r. do 31 grudnia 2014 r. – pięć osób (cztery etaty),
- w okresie od 1 stycznia 2015 r. do 28 lutego 2015 r. – 15 osób (siedem etatów),
- w okresie od 1 marca 2015 r. do 31 grudnia 2015 r. – 11 osób (6,75 etatu),
- w okresie od 1 stycznia 2016 r. do 30 września 2016 r. – 10 osób (6,75 etatu),
- w okresie od 1 października do dnia zakończenia czynności kontrolnych – osiem osób (6,75 etatu).

Zadania wynikające z realizacji dyrektywy transgranicznej zostały wpisane do zakresów obowiązków służbowych poszczególnych pracowników.

(akta kontroli dowód: str. 767, 815-844)

W poszczególnych latach badanego okresu, z tytułu realizacji zadań wynikających z dyrektywy transgranicznej Oddział poniósł następujące koszty:

- 35,7 tys. zł w 2014 r., tj. 99,30% kosztów zaplanowanych
- 514,8 tys. zł w 2015 r. tj. 91,93% kosztów zaplanowanych;
- 494,5 tys. zł w 2016 r. (do dnia 30 listopada 2016 r.) tj. 86,15% kosztów zaplanowanych.

(akta kontroli dowód: str. 815-817)

5.2. W latach 2014-2016 wpłynęło do Oddziału 36 wniosków o uprzednią zgodę na planowe leczenie poza granicami kraju, w tym: jeden wniosek w roku 2014, 26 wniosków w 2015 r. i dziewięć w 2016 r.

W pięciu przypadkach Dyrektor nie wyraził zgodę na przeprowadzenie wnioskowanych zabiegów za granicą. Przedmiotem tych wniosków były następujące zabiegi: rekonstrukcja przyczepu ścięgna mięśnia prawego i lewego, endoprotezoplastyka biodra prawego (dwa wnioski), endoprotezoplastyka prawego stawu kolanowego, artroskopowa rekonstrukcja uszkodzonego ścięgna mięśnia nadgrzebieniowego i podłopatkowego. Wydano jedną zgodą, której przedmiotem był zabieg radioembolizacji. 29 wniosków (tj. 77% wniosków złożonych) pozostawiono bez rozpatrzenia⁹⁵. W tych przypadkach wnioski w większości dotyczyły zabiegów endoprotezoplastyki stawów, protezoplastyki stawów i leczenia artroskopowego.

Uzasadnieniem Dyrektora Oddziału dla przypadków odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzanie zabiegów była możliwość wykonania zabiegów w placówkach na terenie kraju, we wskazanym przez lekarza dopuszczalnym czasie oczekiwania na zabiegi. W toku prowadzonych postępowań, Oddział kierował pisma do podmiotów leczniczych z zapytaniem o możliwość przeprowadzenia leczenia lub badań objętych wnioskiem w terminie wcześniejszym niż dopuszczalny czas oczekiwania określony we wnioskach przez lekarzy⁹⁶. Przy rozpatrywaniu ww. wniosków nie wystąpiły przesłanki podmiotowe do wyłączenia stosowania przepisów o transgranicznej opiece zdrowotnej.

W większości przyczyną pozostawienia wniosków bez rozpatrzenia były braki i niewypełnienie ich przez lekarzy, pomimo kierowanych do wnioskodawców

⁹⁵ Dodatkowo jeden wniosek został błędnie skierowany do Dyrektora NFZ zamiast do Prezesa NFZ.

⁹⁶ Zgodnie z zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora ŚOW nr 10/2015 z 2 lutego 2015 r. w sprawie procedury rozpatrywania wniosków o uzyskanie zgody Dyrektora ŚOW na planowanie leczenia za granicą na podstawie art. 42f i 42i ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

wezwać do uzupełnienia dokumentów. Ponadto w dwóch przypadkach złożono wnioski w całości niewypełnione przez wnioskodawcę oraz lekarza.

(dowód: akta kontroli str.721-722, 747-749)

Na pytanie czy Oddział podejmował działania edukacyjne, mające na celu wzrost wiedzy lekarzy w tej kwestii oraz wzrost jakości wypełnianych wniosków Dyrektor poinformował: (...) *Na podstawie nabytego doświadczenia oraz w celu usprawnienia procedowania wniosków o uprzednią zgodę, Śląski OW NFZ pisemnie informował lekarzy wnioskujących o zaistniałych brakach wynikających ze złożonej dokumentacji*".

(dowód: akta kontroli str.751)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK dostrzega, że pozytywne załatwienie sprawy o wydanie uprzedniej zgody na leczenie poza granicami kraju, nie było uzależnione tylko od świadczeniobiorców, ale zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada 2014 r. w sprawie wydawania zgody na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu⁹⁷, ale przede wszystkim od prawidłowego wypełnienia części wniosku przez lekarzy. Oddział podejmował działania mające na celu podniesienie wiedzy lekarzy w tym zakresie, jednak NIK zwraca uwagę na potrzebę kontynuowania tych działań.

Liczba złożonych wniosków o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w opiece transgranicznej w latach 2013 - 2016 wykazywała tendencję wzrostową i wynosiła: sześć wniosków w 2013 r., 186 wniosków w 2014 r., 2 039 wniosków w 2015 r. (w porównaniu do 2014 r. wzrost o 996%) i 3 080 wniosków w 2016 r.⁹⁸ (w porównaniu do 2015 r. wzrost o 51%). Świadczenia te udzielone zostały głównie w Czechach, w Niemczech i w Chorwacji. Głównym schorzeniem leczonym poza terytorium kraju była zaćma⁹⁹.

(akta kontroli dowód: str. 845, 1087)

W przypadku wniosków o zwrot kosztów świadczeń złożonych po wejściu w życie dyrektywy transgranicznej, a przed wejściem w życie krajowych przepisów implementujących, tj. między 25 października 2013 r. a 14 listopada 2014 r., zgodnie z wytycznymi Centrali NFZ,¹⁰⁰ Oddział odsyłał oryginały rachunków i dokumentacji do wnioskodawcy wraz z pismem informującym, że nie ma możliwości rozpatrzenia prośby o zwrot kosztów z powodu braku podstawy prawnej. Jednocześnie informowano wnioskodawców o zasadach finansowania leczenia poza granicami kraju na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. W okresie objętym kontrolą w Oddziale rozpatrzono 63 takie wnioski.

(akta kontroli dowód: str. 767, 1087)

Zdaniem Najwyższej Izby Kontroli, stosownie do treści art. 1 pkt 2 w związku z art. 5 § 2 pkt 3 Kpa, Narodowy Fundusz Zdrowia jako państwowa osoba prawna jest podmiotem powołanym z mocy prawa do załatwiania spraw indywidualnych, rozstrzyganych w drodze decyzji administracyjnych, a tym samym i wniosków o zwrot kosztów świadczeń udzielonych poza granicami kraju, złożonych w okresie bezpośredniego obowiązywania przepisów dyrektywy transgranicznej. Zastosowanie powinny mieć przepisy regulujące zasady prowadzenia postępowania administracyjnego, wskazane w szczególności w przepisach Kpa.

⁹⁷ Dz. U. poz. 1551.

⁹⁸ Do dnia 31 października.

⁹⁹ Dane na podstawie rejestru wniosków o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, złożonych na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach.

¹⁰⁰ Pismo z dnia 11 grudnia 2013 r., znak: NFZ/CF/DWM/2013/081/3446/W/34012/ZK.

5.3. W okresie objętym kontrolą do Oddziału wpłynęło 248 wniosków, złożonych przez osoby uprawnione, na podstawie art. 10 ustawy z dnia 10 października 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw¹⁰¹, dotyczących świadczeń udzielonych w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej po dniu 24 października 2013 r. i przed dniem 15 listopada 2014 r.

Uwagi dotyczące prawidłowości prowadzonych postępowań zawarto w pkt. 5.4. wystąpienia pokontrolnego.

(akta kontroli dowód: str. 866-874, płyta)

5.4. W wyniku analizy 50 postępowań administracyjnych, prowadzonych w związku ze złożonymi wnioskami o zwrot kosztów opieki zdrowotnej, stwierdzono, że:

- 1) w przypadkach, gdy wniosek zawierał braki formalne, świadczeniodawców wzywano (w trybie art. 64 § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego¹⁰²) do ich uzupełnienia w terminie siedmiu dni od otrzymania wezwania, natomiast gdy złożone wnioski lub dokumenty wymagały konieczności prowadzenia postępowania wyjaśniającego pacjentom wyznaczano 14-dniowy (od dnia otrzymania wezwania) termin dla tych czynności, wysyłając wezwania w trybie art. 50 Kpa;
- 2) wszystkie decyzje, na mocy których dokonano zwrotu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, wydane zostały w oparciu o wnioski spełniające określone przepisami wymagania, w tym: dotyczyły świadczeń gwarantowanych, były kompletne, przed skorzystaniem ze świadczenia wystawione zostało odpowiednie skierowanie. Żaden z badanych wniosków o zwrot kosztów nie dotyczył świadczeń opieki zdrowotnej, dla których konieczne było uzyskanie uprzedniej zgody;
- 3) w przypadku pięciu (na sześć zbadanych) decyzji, podstawę odmowy zwrotu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej było nieprzedstawienie wymaganego skierowania (art. 42d ust. 2 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej); w jednym przypadku podstawą odmowy było złożenie wniosku o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, które nie były świadczeniami gwarantowanymi (art. 42d ust. 2 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej);

(akta kontroli dowód: str. 884-890, 897-901, 916-921, 922-926, 945-954)

- 4) przy rozpatrywaniu wniosków nie wystąpiły przesłanki podmiotowe do wyłączenia stosowania przepisów o transgranicznej opiece zdrowotnej;

(akta kontroli dowód: str. 1047-1050)

- 5) w czterech (z 30) objętych badaniem przypadkach wniosków o zwrot kosztów opieki zdrowotnej, które spełniały określone przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej wymagania i nie wymagały prowadzenia postępowania wyjaśniającego (nie wzywano wnioskodawców do uzupełnienia złożonej

¹⁰¹ Dz. U. z 2014 r., poz. 1491 zwanej dalej „ustawą o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej”.

¹⁰² Dz. U. z 2016 r. poz. 23 ze zm., dalej: Kpa.

dokumentacji lub złożenia wyjaśnień), decyzje w sprawie zwrotu kosztów opieki zdrowotnej wydane zostały w terminie określonym w art. 42d ust. 13 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, tj. w terminie 30 dni od wszczęcia postępowania (wpływu wniosku do Oddziału)¹⁰³.

W pozostałych 26 przypadkach decyzje wydane zostały po upływie terminu określonego w art. 42d ust. 13 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (wydanie decyzji nastąpiło w terminie od 34 dni do 87 dni od złożenia wniosku).

Dotyczy spraw o numerach:

- WEM-IV.4830.2.921.2014 – wniosek złożony w dniu 16 grudnia 2014 r. uzupełniono w dniu 7 stycznia 2015 r. o braki formalne (na wezwanie wysłane w dniu 22 grudnia 2014 r.). Decyzję w sprawie wydano w dniu 5 maja 2015 r., tj. w terminie 124 dni od wszczęcia postępowania i po upływie 28 dni od wpływu do Oddziału zwrotnego potwierdzenia odbioru pisma o możliwości zapoznania się z zebrany materiał w sprawie);
- WEM-IV.4830.2.475.2015 - wniosek złożono w dniu 29 kwietnia 2015 r. - decyzję w sprawie wydano w dniu 12 czerwca 2015 r., tj. po upływie 44 dni od złożenia wniosku i po upływie 17 dni po wpłynięciu zwrotnego potwierdzenia odbioru pisma wysłanego w trybie art. 10 Kpa;
- WEM-IV.4830.2.829.2015 – wniosek złożony w dniu 14 lipca 2015 r. uzupełniono o braki formalne w dniu 23 lipca 2015 r. (na wezwanie wysłane w dniu 17 lipca 2015 r.). Decyzję w sprawie wydano w dniu 28 sierpnia 2015 r., tj. w terminie 36 dni od wszczęcia postępowania i po upływie 8 dni po wpłynięciu zwrotnego potwierdzenia odbioru pisma wysłanego w trybie art. 10 Kpa;
- WEM-IV.4830.2.1127.2015 - wniosek złożono 17 września 2015 r. - decyzję w sprawie wydano w dniu 21 października 2015 r., tj. po upływie 34 dni od złożenia wniosku i po upływie 6 dni po wpłynięciu zwrotnego potwierdzenia odbioru pisma wysłanego w trybie art. 10 Kpa;
- WEM-IV.4830.2.1334.2015 - wniosek złożono w dniu 19 października 2016 r. - decyzję w sprawie wydano w dniu 10 grudnia 2015 r., tj. po upływie 52 dni od złożenia wniosku i po upływie 16 dni po wpłynięciu zwrotnego potwierdzenia odbioru pisma wysłanego w trybie art. 10 Kpa;
- WEM-IV.4830.2.1718.2015 - wniosek złożono w dniu 10 grudnia 2015 r. - decyzję w sprawie wydano w dniu 18 stycznia 2016 r., tj. po upływie 39 dni od złożenia wniosku i po upływie 3 dni po wpłynięciu zwrotnego potwierdzenia odbioru pisma wysłanego w trybie art. 10 Kpa;
- WEM-IV.4830.2.569.2016 - wniosek złożono w dniu 21 marca 2016 r. - decyzję w sprawie wydano w dniu 29 kwietnia 2016 r., tj. po upływie 39 dni od złożenia wniosku i po upływie 15 dni po wpłynięciu zwrotnego potwierdzenia odbioru pisma wysłanego w trybie art. 10 Kpa;
- WEM-IV.4830.2.620.2016 - wniosek złożono w dniu 23 marca 2016 r. - decyzję w sprawie wydano w dniu 4 maja 2016 r., tj. po upływie 42 dni od złożenia wniosku i po upływie 14 dni po wpłynięciu zwrotnego potwierdzenia odbioru pisma wysłanego w trybie art. 10 Kpa;
- WEM-IV.4830.2.670.2016 - wniosek złożono w dniu 4 kwietnia 2016 r. - decyzję w sprawie wydano w dniu 9 maja 2016 r., tj. po upływie 35 dni od

¹⁰³ Dotyczy spraw o numerach: WEM-IV.4830.2.802.2015; WEM-IV.4830.2.1030.2015; WEM-IV.4830.2.1032.; WEM-V.4830.2.369.

złożenia wniosku i po upływie 5 dni po wpłynięciu zwrotnego potwierdzenia odbioru pisma wysłanego w trybie art. 10 Kpa;

- WEM-IV.4830.2.720.2016 - wniosek złożono w dniu 7 kwietnia 2016 r. - decyzję w sprawie wydano w dniu 13 maja 2016 r., tj. po upływie 36 dni od złożenia wniosku i po upływie 4 dni po wpłynięciu zwrotnego potwierdzenia odbioru pisma wysłanego w trybie art. 10 Kpa;

- WEM-IV.4830.2.770.2016 - wniosek złożono w dniu 13 kwietnia 2016 r. - decyzję w sprawie wydano w dniu 10 czerwca 2016 r., tj. po upływie 58 dni od złożenia wniosku i po upływie 8 dni po wpłynięciu zwrotnego potwierdzenia odbioru pisma wysłanego w trybie art. 10 Kpa;

- WEM-IV.4830.2.820.2016 – wniosek złożony w dniu 18 kwietnia 2016 r. uzupełniono o braki formalne w dniu 2 maja 2016 r. (na wezwanie wysłane w dniu 21 kwietnia 2016 r.). Decyzję w sprawie wydano w dniu 13 czerwca 2016 r., tj. w terminie 42 dni od wszczęcia postępowania i po upływie 17 dni po wpłynięciu zwrotnego potwierdzenia odbioru pisma wysłanego w trybie art. 10 Kpa;

- WEM-IV.4830.2.870.2016 – wniosek złożono w dniu 25 kwietnia 2016 r. - decyzję w sprawie wydano w dniu 29 czerwca 2016 r., tj. po upływie 65 dni od złożenia wniosku i po upływie 19 dni po wpłynięciu zwrotnego potwierdzenia odbioru pisma wysłanego w trybie art. 10 Kpa;

- WEM-IV.4830.2.972.2016 - wniosek złożono w dniu 4 maja 2016 r. - decyzję w sprawie wydano w dniu 17 czerwca 2016 r., tj. po upływie 44 dni od złożenia wniosku i po upływie 7 dni po wpłynięciu zwrotnego potwierdzenia odbioru pisma wysłanego w trybie art. 10 Kpa;

- WEM-IV.4830.2.1073.2016 - wniosek złożono w dniu 11 maja 2016 r. - decyzję w sprawie wydano w dniu 6 lipca 2016 r., tj. po upływie 56 dni od złożenia wniosku i po upływie 23 dni po wpłynięciu zwrotnego potwierdzenia odbioru pisma wysłanego w trybie art. 10 Kpa;

- WEM-IV.4830.2.1123.2016 - wniosek o złożono w dniu 16 maja 2016 r. - decyzję w sprawie wydano w dniu 14 lipca 2016 r., tj. po upływie 59 dni od złożenia wniosku i po upływie 20 dni po wpłynięciu zwrotnego potwierdzenia odbioru pisma wysłanego w trybie art. 10 Kpa;

- WEM-IV.4830.2.1372.2016 - wniosek złożono w dniu 3 czerwca 2016 r. - decyzję w sprawie wydano w dniu 29 lipca 2016 r., tj. po upływie 56 dni od złożenia wniosku i po upływie 18 dni po wpłynięciu zwrotnego potwierdzenia odbioru pisma wysłanego w trybie art. 10 Kpa;

- WEM-IV.4830.2.1422.2016 – wniosek złożono w dniu 7 czerwca 2016 r. - decyzję w sprawie wydano w dniu 5 sierpnia 2016 r., tj. po upływie 59 dni od złożenia wniosku i po upływie 18 dni po wpłynięciu zwrotnego potwierdzenia odbioru pisma wysłanego w trybie art. 10 Kpa;

- WEM-IV.4830.2.1472.2016 - wniosek złożono w dniu 10 czerwca 2016 r. - decyzję w sprawie wydano w dniu 19 lipca 2016 r., tj. po upływie 39 dni od złożenia wniosku i po upływie 6 dni po wpłynięciu zwrotnego potwierdzenia odbioru pisma wysłanego w trybie art. 10 Kpa;

- WEM-IV.4830.2.1522.2016 - wniosek złożono w dniu 15 czerwca 2016 r. - decyzję w sprawie wydano w dniu 16 sierpnia 2016 r., tj. po upływie 62 dni od złożenia wniosku i po upływie 25 dni po wpłynięciu zwrotnego potwierdzenia odbioru pisma wysłanego w trybie art. 10 Kpa;

- WEM-IV.4830.2.1672.2016 - wniosek złożono w dniu 20 czerwca 2016 r. - decyzję w sprawie wydano w dniu 24 sierpnia 2016 r., tj. po upływie 62 dni od złożenia wniosku i po upływie 27 dni po wpłynięciu zwrotnego potwierdzenia odbioru pisma wysłanego w trybie art. 10 Kpa;
- WEM-IV.4830.2.1872.2016 - wniosek złożono w dniu 1 lipca 2016 r. - decyzję w sprawie wydano w dniu 31 sierpnia 2016 r., tj. po upływie 61 dni od złożenia wniosku i po upływie 26 dni po wpłynięciu zwrotnego potwierdzenia odbioru pisma wysłanego w trybie art. 10 Kpa;
- WEM-IV.4830.2.2439.2016 - wniosek złożono w dniu 12 sierpnia 2016 r. - decyzję w sprawie wydano w dniu 7 listopada 2016 r., tj. po upływie 87 dni od złożenia wniosku i 44 dni po upływie terminu do zapoznania się ze zgromadzonym materiałem;
- WEM-IV.4830.2.2440.2016 - wniosek złożono w dniu 12 sierpnia 2016 r. - decyzję w sprawie wydano w dniu 7 listopada 2016 r., tj. po upływie 87 dni od złożenia wniosku i po upływie 46 dni po wpłynięciu zwrotnego potwierdzenia odbioru pisma wysłanego w trybie art. 10 Kpa;
- WEM-IV.4830.2.2645.2016 – wniosek złożony w dniu 29 sierpnia 2016 r. uzupełniono o braki formalne w dniu 16 września 2016 r. (na wezwanie wysłane w dniu 7 września 2016 r.). Decyzję w sprawie wydano w dniu 3 listopada 2016 r., tj. w terminie 48 dni od wszczęcia postępowania i po upływie 10 dni po wpłynięciu zwrotnego potwierdzenia odbioru pisma wysłanego w trybie art. 10 Kpa;
- WEM-IV.4830.2.2772.2016 - wniosek złożono w dniu 9 września 2016 r. - decyzję w sprawie wydano w dniu 5 grudnia 2016 r., tj. po upływie 87 dni od złożenia wniosku i po upływie 12 dni po wpłynięciu zwrotnego potwierdzenia odbioru pisma wysłanego w trybie art. 10 Kpa.

We wszystkich ww. sprawach wypełniono obowiązek określony w art. 36 Kpa.

- 6) w 11 z 19 objętych badaniem postępowań¹⁰⁴, w toku których wnioskodawców wezwano do uzupełnienia wniosków/wymaganej przepisami dokumentacji lub złożenia dodatkowych wyjaśnień, decyzje w sprawie zwrotu lub odmowy zwrotu kosztów opieki zdrowotnej wydane zostały w terminie określonym w art. 42d ust. 14 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, tj. w terminie 60 dni od wszczęcia postępowania (wpływu wniosku kompletnego pod względem formalnym do Oddziału)¹⁰⁵.

W pozostałych ośmiu przypadkach decyzje wydane zostały po upływie terminu określonego w art. 42d ust. 14 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (wydanie decyzji nastąpiło w terminie od 34 dni do 87 dni od złożenia wniosku).
Dotyczy spraw o numerach:

- WEM-IV-078-947-JS/2014 – wniosek złożony w dniu 22 grudnia 2014 r. uzupełniono w dniu 16 kwietnia 2015. W dniu 14 stycznia 2015 r. wysłano

¹⁰⁴ WEM-IV.4830.2.491.2015, WEM-IV.4830.2.565.2015, WEM-IV.4830.2.569.2015, WEM-IV.4830.2.688.2015, WEM-IV.4830.2.1064.2015, WEM-IV.4830.2.1234.2015, WEM-IV.4830.2.118.2016, WEM-IV.4830.2.319.2016, WEM-IV.4830.2.419.2016, WEM-IV.4830.2.519.2016, WEM-IV.4830.2.2632.2016. Sprawa WEM-IV.4830.2.926.2016 – pozostawiona bez rozpatrzenia z powodu niezpełnienia braków formalnych.

¹⁰⁵ Dla potrzeb niniejszej analizy dla ustalenia terminów załatwiania spraw przyjęto datę wysłania pierwszego wezwania i datę „ostatniego” uzupełnienia dokumentów/złożenia wyjaśnień w sprawie lub datę wpływu korespondencji o braku posiadania żądanych dokumentów (skierowań).

pismo do Centrali NFZ o zajęcie stanowiska w sprawie). Decyzję w sprawie wydano w dniu 26 czerwca 2015 r., tj. w terminie 94 dni od wszczęcia postępowania i po upływie 38 dni po wpłygnięciu zwrotnego potwierdzenia odbioru pisma wysłanego w trybie art. 10 Kpa;

- WEM-IV.4830.2.782.2015 – wniosek złożony w dniu 6 lipca 2015 r. uzupełniono w dniu 31 lipca 2015 r. (na wezwanie wysłane w dniu 20 lipca 2015 r.). Decyzję w sprawie wydano w dniu 24 września 2015 r., tj. w terminie 69 dni od wszczęcia postępowania i po upływie 10 dni po wpłygnięciu zwrotnego potwierdzenia odbioru pisma wysłanego w trybie art. 10 Kpa;

- WEM-IV.4830.2.1259.2015 – wniosek złożony w dniu 5 października 2015 r. uzupełniono w dniu 15 grudnia 2015 r. (na wezwanie wysłane w dniu 9 października 2015 r.). Decyzję w sprawie wydano w dniu 11 lutego 2016 r., tj. w terminie 62 dni od wszczęcia postępowania i po upływie 8 dni po wpłygnięciu zwrotnego potwierdzenia odbioru pisma wysłanego w trybie art. 10 Kpa;

- WEM-IV.4830.2.922.2016 – wniosek złożony w dniu 28 kwietnia 2016 r. uzupełniono w dniu 17 czerwca 2016 r. (na wezwanie wysłane w dniu 7 czerwca 2016 r.). Decyzję w sprawie wydano w dniu 18 sierpnia 2016 r., tj. w terminie 102 dni od wszczęcia postępowania i po upływie 13 dni po wpłygnięciu zwrotnego potwierdzenia odbioru pisma wysłanego w trybie art. 10 Kpa;

- WEM-IV.4830.2.2175.2016 – wniosek złożony w dniu 21 lipca 2016 r. uzupełniono w dniu 29 sierpnia 2016 r. (na wezwanie wysłane w dniu 17 sierpnia 2016 r.). Decyzję w sprawie wydano w dniu 14 października 2016 r., tj. w terminie 73 dni od wszczęcia postępowania i po upływie 21 dni po wpłygnięciu zwrotnego potwierdzenia odbioru pisma wysłanego w trybie art. 10 Kpa;

- WEM-IV.4830.2.1632.2016 – wniosek złożony w dniu 21 czerwca 2016 r. uzupełniono w dniu 26 lipca 2016 r. (na wezwanie wysłane w dniu 22 lipca 2016 r.). Decyzję w sprawie wydano w dniu 26 października 2016 r., tj. w terminie 123 dni od wszczęcia postępowania i 36 dni po wpływie do Oddziału zwrotnego potwierdzenia odbioru pisma wysłanego w trybie art. 10 Kpa.

- WEM-IV.4830.2.2388.2015 – wniosek złożony w dniu 8 sierpnia 2016 r. uzupełniono w dniu 20 września 2016 r. (na wezwanie wysłane w dniu 7 września 2016 r.). Decyzję w sprawie wydano w dniu 27 października 2016 r., tj. w terminie 67 dni od wszczęcia postępowania i po upływie 17 dni po wpłygnięciu zwrotnego potwierdzenia odbioru pisma wysłanego w trybie art. 10 Kpa;

- WEM-IV.4830.2.2389.2015 – wniosek złożony w dniu 8 sierpnia 2016 r. uzupełniono w dniu 14 września 2016 r. (na wezwanie wysłane w dniu 1 września 2016 r.). Decyzję w sprawie wydano w dniu 7 listopada 2016 r., tj. w terminie 78 dni od wszczęcia postępowania i po upływie 25 dni po wpłygnięciu zwrotnego potwierdzenia odbioru pisma wysłanego w trybie art. 10 Kpa.

We wszystkich ww. sprawach wypełniono obowiązek określony w art. 36 Kpa, przy czym w dwóch przypadkach (WEM-IV.4830.2.2439.2016, WEM IV.4830.2.2440.2016) w pismach tych nie wskazano przyczyn niezalatwienia sprawy w terminie, jak wymaga tego art. 36 § 2 Kpa.

(akta kontroli dowód: str.1012, 1022)

We wszystkich sprawach opisanych w pkt 5.4. ppkt 5 i 6, przed wydaniem decyzji wnioskodawców poinformowano, w trybie art. 10 Kpa, o przysługującym im prawie do wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów w sprawie oraz zgłoszenia uwag i wniosków.

Do wnioskodawców wysyłano zawiadomienie o wszczęciu postępowania administracyjnego w trybie art. 61 § 1 Kpa, działając w oparciu o „wytoczne” Centrali NFZ¹⁰⁶.

(akta kontroli dowód: str. 866-874)

5.5. Oddział dokonywał zwrotu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej poniesionych za granicą, w wysokości odpowiadającej kwocie finansowania danego świadczenia gwarantowanego, stosowanej w rozliczeniach między NFZ a świadczeniodawcami z tytułu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zwrotu kosztów dokonywano w prawidłowych kwotach¹⁰⁷ i terminach określonych w art. 42d ust. 17 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

W 95% prowadzonych postępowań (w 42 na 44) kwota dokonanego zwrotu kosztów była niższa od kwoty wnioskowanej. Kwota różnicy kształtowała się w granicach od 124 zł do 5 328 zł. (Średnio różnica wyniosła 649,52 zł).

(akta kontroli dowód: str. 1087)

W zakresie dysponowania przez Oddział informacjami umożliwiającymi ustalenie różnicy pomiędzy standardem uzyskanego poza granicami kraju, będącym podstawą określenia wysokości zwrotu kosztów, Dyrektor Oddziały wyjaśnił: *Śląski OW NFZ przeprowadzał weryfikację podstawowych informacji o podmiocie udzielającym świadczeń opieki zdrowotnej na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej w oparciu o dostępne narzędzia, w tym na podstawie informacji zamieszczonych na stronach internetowych. Natomiast analizy porównawcze standardów samego świadczenia pomiędzy świadczeniami udzielanymi w kraju, a wykonywanymi przez podmiot na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej nie były wykonywane przez Oddział. Wskazać należy, że decyzje dotyczące wyboru metody leczenia oraz zastosowania określonego materiału medycznego u danego pacjenta podejmowane są przez lekarza prowadzącego proces diagnostyczno-terapeutyczny tego pacjenta, w oparciu o wskazania medyczne. Jednocześnie zgodnie z art. 42c ust. 1 pkt 1 ustawy Fundusz dokonuje zwrotu kosztów w wysokości odpowiadającej kwocie finansowania danego świadczenia gwarantowanego stosowanej w rozliczeniach między Funduszem a świadczeniodawcami z tytułu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wycena zrealizowanego świadczenia związanego z leczeniem zaćmy nie jest różnicowana w aspekcie zastosowanego materiału medycznego użytego w trakcie zabiegu operacyjnego.*

(akta kontroli dowód: str. 768)

¹⁰⁶ Poza sprawami o numerach: WEM-IV-078-947-JS/2014, WEM-IV.4830.2.491.2015, WEM-IV.4830.2.565.2015, WEM-IV.4830.2.569.2015, WEM-IV.4830.2.688.2015, WEM-IV.4830.2.782.2015, WEM-IV.4830.2.802.2015, WEM IV.4830.2.829.2015, WEM-IV.4830.2.1030.2015, WEM-IV.4830.2.1032.2015, WEM-IV.4830.2.1064.2015, WEM-IV.4830.2.1127.2015, WEM-IV.4830.2.1234.2015, WEM-IV.4830.2.1259.2015, WEM-IV.4830.2.1334.2015

¹⁰⁷ Na podstawie cennika przekazanego przez Centralę NFZ.

5.6. W przypadkach dokonywania zwrotu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w ramach opieki transgranicznej bezpośrednio na rzecz pełnomocników pacjentów, którym udzielone było świadczenie, Dyrektor Oddziału wyjaśnił: *W okresie objętym kontrolą wystąpiły przypadki dokonywania zwrotu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej na rzecz pełnomocników wnioskodawców. W Śląskim OW NFZ nie jest prowadzony osobny rejestr obrazujący skalę powyższego zjawiska. Na podstawie zrealizowanych wypłat z tytułu zwrotu kosztów świadczeń zdrowotnych udzielonych w oparciu o art. 42b ustawy o świadczeniach (stan na dzień 13.12.2016 r.) dokonano zwrotu kosztów na rzecz pełnomocników wnioskodawców w łącznej kwocie 1 100 707,49 PLN co stanowi 11,55% kwoty wszystkich przelewów i tak:*

- w roku 2015 dokonano zwrotu o łącznej wartości 2 797 256,51 zł, w tym na rzecz pełnomocników o łącznej wartości 52 976,88 zł (1,89%),

- w roku 2016 dokonano zwrotu o łącznej wartości 6 732 750,83 zł, w tym na rzecz pełnomocników o łącznej wartości 1 047 730,61 zł (15,56%).

(akta kontroli dowód: str. 768-769)

5.7. W 2016 r. nie wystąpiły przypadki hospitalizacji powyżej jednego dnia¹⁰⁸.

(akta kontroli dowód: str. 866-874, 1125)

5.8. W zakresie wprowadzenia mechanizmu umożliwiającego osobom, które korzystały z transgranicznej opieki zdrowotnej, kontynuowania leczenia na terytorium kraju, Dyrektor Oddziału wyjaśnił: *Polski świadczeniobiorca, który skorzystał z leczenia transgranicznego może kontynuować w Polsce leczenie rozpoczęte za granicą w ramach powszechnego systemu opieki zdrowotnej wyłącznie u świadczeniodawców działających w oparciu o umowę z NFZ, na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej. Świadczenia związane z kontynuacją leczenia udzielonego w oparciu o przepisy ustawy implementującej dyrektywę transgraniczną powinny być udzielane zgodnie z procedurami wskazanymi w rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawach świadczeń gwarantowanych z poszczególnych zakresów. Oznacza to, że jeżeli konkretne świadczenie zdrowotne udzielane jest na podstawie skierowania, to pacjent korzystający w Polsce z prawa do kontynuacji świadczeń rozpoczętych na podstawie ustawy implementującej dyrektywę transgraniczną również powinien przedłożyć takie skierowanie. Skierowania wystawione przez lekarzy wykonujących zawód w innych niż Rzeczpospolita Polska państwach członkowskich Unii Europejskiej traktuje się jako skierowania w rozumieniu ustawy, jeżeli spełniają określone w niej wymagania. W przypadku, gdy skierowanie wystawione jest w języku obcym, konieczne jest dołączenie jego tłumaczenia na język polski (art. 59a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej). Analogicznie, jeżeli na konkretne świadczenie obowiązuje lista oczekujących (tzw. „kolejka”), pacjent kontynuujący w Polsce leczenie rozpoczęte na podstawie ustawy implementującej dyrektywę transgraniczną, zobowiązany będzie ustalić ze świadczeniodawcą możliwy termin udzielenia świadczenia zgodnie z obowiązującymi w Polsce przepisami. Skorzystanie z leczenia w ramach dyrektywy transgranicznej nie*

¹⁰⁸ Z wykazanych w rejestrze sześciu przypadków udzielania świadczeń w okresie dłuższym niż jeden dzień, w dwóch przypadkach postępowanie administracyjne było w toku, w trzech przypadkach sprawa dotyczyła udzielania świadczeń w trakcie jednego dnia – w rejestrze wskazano daty udzielenia pierwszego i ostatniego świadczenia, a w jednym przypadku mylnie wskazano datę zakończenia udzielenia świadczenia.

stanowi przesłanki do tego, aby pacjent, który leczył się za granicą po powrocie do kraju był traktowany preferencyjnie.

(akta kontroli dowód: str. 769-770)

5.9. Informacje na temat transgranicznej opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów z kraju i z innych niż Polska krajów Unii Europejskiej udzielane były w następujący sposób: telefonicznie; poprzez korespondencję elektroniczną lub pisemnie oraz osobiście w punkcie informacyjnym do spraw dyrektywy transgranicznej znajdującym się w Sekcji Obsługi Ubezpieczonych w Śląskim OW NFZ w Katowicach. Po wejściu w życie przepisów implementujących dyrektywę transgraniczną Oddział udzielił około 13 266 informacji, w tym 347 odpowiedzi na zapytania pisemne lub mailowe, 11 989 zapytań telefonicznych, 936 zapytań osobistych. Głównym przedmiotem kierowanych do Oddziału zapytań był sposób rozliczenia operacji zaćmy wykonywanej poza granicami kraju oraz procedury związanej ze zwrotem kosztów tych świadczeń.

(akta kontroli dowód: str. 770-771)

Oddział popularyzował wiedzę na temat dyrektywy transgranicznej wśród podmiotów leczniczych m.in. poprzez akcje informacyjne organizowane i współorganizowane przez Rzecznika Prasowego Oddziału, podczas których dystrybuowano wśród zainteresowanych świadczeniodawców i pacjentów podręczniki na temat dyrektywy transgranicznej i leczenia planowanego za granicą wydane przez Departament Analiz i Strategii Centrali NFZ¹⁰⁹. Ponadto w latach 2013 - 2016 Rzecznik Prasowy Oddziału udzielił dziennikarzom ogólnopolskich, regionalnych i lokalnych mediów ok. 37 odpowiedzi na pytania dot. leczenia w ramach dyrektywy transgranicznej¹¹⁰. Ponadto na stronie internetowej Oddziału¹¹¹, w zakładce „Kontakt”, podano informacje dotyczące numeru telefonu infolinii poświęconej zagadnieniom leczenia w ramach dyrektywy transgranicznej a na stronie głównej został zamieszczony baner odsyłający do Portalu Krajowego Punktu Kontaktowego¹¹².

(akta kontroli dowód: str. 770-771)

5.10. W zakresie współpracy Oddziału z innymi podmiotami, w tym zagranicznymi, w dziedzinie transgranicznej opieki zdrowotnej, Dyrektor Oddziału wyjaśnił: *W trakcie procedowania wniosków o zwrot kosztów Oddział występował pisemnie do Krajowego Punktu Kontaktowego (KPK) działającego na terytorium Czech z zapytaniami dotyczącymi zasad wystawiania faktur na terenie Czech oraz prawa wykonywania zawodu lekarzy udzielających świadczeń w ramach dyrektywy o opiece transgranicznej polskim świadczeniobiorcom. KPK udzielił informacji o terminach wystawiania faktur oraz wskazał dane dotyczące lekarzy udzielających świadczeń. W chwili obecnej Oddział oczekuje na informacje dotyczące szczegółowych dat przyznania prawa do wykonywania zawodu. Jednocześnie Śląski OW NFZ występuje w razie konieczności do świadczeniodawców zagranicznych z prośbą o udzielenie informacji dotyczących poszczególnych wniosków – wyjaśnienie rozbieżności zawartych w dokumentacji wystawionej przez*

¹⁰⁹ „Koordynacja a dyrektywa. Podobieństwa i różnice w korzystaniu z opieki zdrowotnej w aspekcie transgranicznym” oraz „Przewodnik po leczeniu planowanym za granicą”.

¹¹⁰ Informacji udzielono m.in. dziennikarzom „Dziennika Gazety Prawnej”, „Rzeczpospolitej”, „Gazety Wyborczej”, Onet.pl, RMF FM, „Rynku Zdrowia”, „Dziennika Zachodniego”, „Kroniki Beskidzkiej”, „Głosu Ziemi Cieszyńskiej”.

¹¹¹ www.nfz-katowice.pl

¹¹² <http://www.kpk.nfz.gov.pl/pl>

danego świadczeniodawcę. Niejednokrotnie interwencję te miały miejsce na wniosek stron postępowania. Świadczeniodawcy zagraniczni każdorazowo udzielają odpowiedzi/uzupełniają brakującą dokumentację.

(akta kontroli dowód: str. 771-772)

5.11 W latach 2014-2016¹¹³ do Oddziału wpłynęło 1938 skarg na działalność podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych. 219 z nich przekazano według właściwości a 1719 załatwiono we własnym zakresie. 505 rozpatrzonych skarg uznano zasadne, 1132 za niezasadne a 82 za częściowo zasadne. Do analizy wybrano skargi w zakresach: okulistyka oraz ortopedia i traumatologia narządu ruchu, których wpłynęło w roku 2014 - 29, w 2015 r. - 35, w 2016 r. - 15. Corocznie, w powyższych zakresach około 60% skarg dotyczyło dostępności do świadczeń¹¹⁴ a 20% - jakości udzielanych świadczeń. W toku prowadzonych postępowań Oddział nie stwierdził nieprzestrzegania przez świadczeniodawców praw pacjentów wynikających z przepisów ustawy o działalności leczniczej wprowadzonych w ramach implementacji dyrektywy transgranicznej, w tym braku cennika świadczeń lub stosowanie preferencji w udzielaniu świadczeń dla odpłatnych pacjentów zagranicznych.

Analiza 15 skarg dotyczących *jakości udzielanych świadczeń* złożonych do Oddziału w latach 2014 - 2016 r. (tj. 100% skarg złożonych w tym przedmiocie) wykazała, że:

- dziewięć z nich, w związku z brakiem przez NFZ uprawnień do oceny zastosowanego leczenia, przekazano do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i/lub Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych¹¹⁵,
- trzy skargi pozostawiono bez rozpatrzenia, głównie w związku z brakiem kontaktu ze strony skarżących¹¹⁶,
- jedna skarga została przekazana do Oddziału wyłącznie jako „do wiadomości”,
- dwie skargi były niezasadne - skargi te dotyczyły zachowania lekarza oraz odmowy wykonania operacji usunięcia zaćmy, pomimo zgłoszenia się pacjenta na zabieg w zaplanowanym terminie. W pierwszym przypadku skarga okazała się niezasadna w związku z błędnym stawieniem się pacjenta na oddział szpitalny zamiast do poradni lub szpitalnego oddziału ratunkowego. W drugim przypadku niezasadność skargi wynikała z braku kwalifikacji do zabiegu usunięcia zaćmy w momencie zgłoszenia się pacjenta na zabieg.

(dowód: akta kontroli str. 265-275, 576-584)

5.12. W toku, prowadzonych przez Oddział, kontroli podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie ortopedia i traumatologia narządu ruchu i/lub okulistyka nie stwierdzono przypadków nieprzestrzegania praw pacjentów wynikających z przepisów ustawy o działalności leczniczej wprowadzonych w ramach implementacji dyrektywy transgranicznej, w tym nieposiadania cennika świadczeń i stosowania preferencji w udzielaniu świadczeń odpłatnych dla pacjentów zagranicznych.

(akta kontroli dowód: str. 576-581)

¹¹³ Do dnia 30 września 2016 r.

¹¹⁴ W roku 2014 r. wpłynęło 16 skarg na dostępność do świadczeń. Pięć uznano jako zasadne, siedem jako niezasadne, trzy jako częściowo zasadne a jedna sprawa została nierozstrzygnięta. W 2015 r. wpłynęły 22 skargi w tym temacie. Sześć uznano jako zasadne 12 - niezasadne. Dwie częściowo zasadne a dwie przekazano do właściwych organów. W roku 2016 r. wpłynęło 10 skarg na dostępność. Jako niezasadne oraz nierozstrzygnięte uznano po cztery sprawy, dwie skargi uznano jako zasadne.

¹¹⁵ Skargi dotyczyły procesu leczenia i/lub pielęgnacji pacjentów.

¹¹⁶ Skargi nie zawierały podpisu skarżących lub pełnomocnictw osób wnoszących skarg w imieniu skarżących. Pomimo wezwań o uzupełnienie braków, pozostały bez odpowiedzi.

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. W 26 z 30 objętych badaniem przypadków decyzje wydane zostały po upływie terminu określonego w art. 42d ust. 13 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (wydanie decyzji nastąpiło w terminie od 34 dni do 87 dni od złożenia wniosku).
2. W ośmiu z 19 objętych badaniem przypadków decyzje wydane zostały po upływie terminu określonego w art. 42d ust. 14 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (wydanie decyzji nastąpiło w terminie od 34 dni do 87 dni od złożenia wniosku).

W zakresie przyczyn załatwienia spraw po upływie terminu określonego w art. 42d ust. 13 i ust. 14 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych wyjaśniła: (...). *Zgodnie z art. 10 § 1 K.p.a. organ administracji publicznej jest zobowiązany zapewnić stronie możliwości czynnego udziału na każdym etapie postępowania. Ponadto zgodnie z art. 81 K.p.a. okoliczności faktyczne można uznać za udowodnione, jeżeli strona miała możliwość wypowiedzenia się co do przeprowadzonych dowodów. W związku z powyższym wnioskodawca jest informowany pisemnie o zakończeniu postępowania. W piśmie tym wyznaczony jest termin na wgląd w dokumentację. Zachowanie tego terminu, a także konieczność zachowania powyższych przepisów przedłuża okres rozpatrywania spraw. Przyczyny wskazane powyżej spowodowały rozpatrzenie spraw w terminie przekraczającym 30 dni. (...). W sprawach wymagających uzupełnienia także obowiązuje przepis art. 10 § 1 K.p.a. oraz art. 81 K.p.a. obligujący organ do informowania wnioskodawcy o zakończeniu postępowania. Przekazywanie dokumentacji do ponownej weryfikacji oraz zachowanie wyżej przytoczonych przepisów powoduje niedotrzymanie terminu wskazanego w art. 42d ust. 14 ustawy o świadczeniach. (...).*

(akta kontroli dowód: str.1102-1103)

Zdaniem NIK, wyjaśnienia Pani Dyrektor nie zasługują na uwzględnienie, bowiem w zbadanych 49 przypadkach decyzje wydano w terminie od dwóch do 38 dni, w tym w 27 sprawach powyżej pięciu dni od wpływu do Oddziału zwrotnego potwierdzenia odbioru pisma, wskazującego pięciodniowy lub siedmiodniowy termin do wypowiedzenia się w sprawie zgromadzonego materiału w sprawie.

3. W dwóch przypadkach, przy przedłużeniu terminu załatwienia sprawy nie podano przyczyn niezakończenia jej w terminie, czym naruszono art. 36 § 2 Kpa.

Powyższe Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych wyjaśniła: *Procedowanie wniosków w niniejszych sprawach zostało zakończone i wnioskodawca został poinformowany o możliwości zapoznania się z dokumentacją zgromadzoną w sprawie i terminie wydania decyzji. Jednakże w związku z brakiem możliwości wydania decyzji w terminie, która wynikała ze znacznego wzrostu liczby wpływających wniosków o zwrot kosztów oraz koniecznością ich rozpatrywania w kolejności wpływu Śląski OW NFZ wystosował do stron pismo o przesunięciu terminy wydania decyzji. W piśmie tym nie wskazano przyczyny niezakończenia sprawy w terminie.*

(akta kontroli dowód: str. 1105)

Najwyższa Izba Kontroli ocenia, że Oddział prowadził prawidłowo i terminowo postępowania administracyjne w sprawach o wydanie uprzedniej zgody na leczenie poza granicami kraju. Oddział w prawidłowej wysokości i w terminie określonym w art. 42d ust. 17 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej dokonywał zwrotu kosztów leczenia poza granicami kraju. NIK ocenia negatywnie terminowość prowadzonych postępowań o zwrot kosztów, co skutkowało przesunięciem w czasie otrzymania środków przez świadczeniobiorców.

6. Wpływ udzielania świadczeń pacjentom z innych państw UE na dostępność świadczeń finansowanych ze środków publicznych

Opis stanu faktycznego

6.1. W okresie objętym kontrolą wystąpiło dziewięć przypadków rezygnacji podmiotów leczniczych z umów zawartych z Oddziałem w rodzaju AOS (jedna w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu i osiem w zakresie okulistyki). W przypadku podmiotów leczniczych, zwracających się do Oddziału o rozwiązanie umowy na mocy porozumienia stron lub niepodpisujących propozycji planu rzeczowo-finansowego na następny okres rozliczeniowy (tj. wygaśnięcie umowy) główną przyczyną rezygnacji z umowy były braki kadrowe (przeważnie brak specjalistów w danej dziedzinie medycyny), które uniemożliwiały dalszą realizację umowy.

(akta kontroli dowód: str.98)

6.2. Przeprowadzone przez Oddział, w badanym okresie, kontrole realizacji umów dotyczących finansowania świadczeń okulistyki oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu nie stwierdziły przypadków nieuzasadnionego zaniechania udzielania świadczeń.

(akta kontroli dowód: str.24-26, 250)

6.3. W zakresie dysponowania informacjami dotyczącymi skali świadczeń zdrowotnych udzielanych odpłatnie przez podmioty lecznicze, z którymi Oddział zawarł umowy na finansowanie takich świadczeń, Dyrektor Oddziału wyjaśnił: *Zgodnie z treścią § 8 ust. 1 oraz § 9 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (tj. Dz.U. z 2016 r., poz. 1146), świadczeniodawca zapewnia udzielanie świadczeń w sposób kompleksowy obejmujący wykonanie niezbędnych badań, w tym badań laboratoryjnych i diagnostyki obrazowej oraz procedur medycznych związanych z udzielaniem tych świadczeń, przez cały okres obowiązywania umowy, zgodnie z określonym w umowie harmonogramem oraz planem rzeczowo-finansowym. Świadczeniodawcy realizujący umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarte ze Śląskim OW NFZ nie mają obowiązku informowania oddziału Funduszu o świadczeniach realizowanych odpłatnie na rzecz świadczeniobiorców poza harmonogramem pracy stanowiącym załącznik do umowy. Mając na uwadze powyższe Śląski OW NFZ nie dysponując ww. informacjami nie prowadził analiz pod kątem wpływu odpłatnego udzielania świadczeń na dostępność do opieki zdrowotnej dla pacjentów korzystających ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych.*

(akta kontroli dowód: str. 772-773)

6.4. Z informacji uzyskanych¹¹⁷ od 18 podmiotów leczniczych, udzielających świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne i zlokalizowanych w powiatach przygranicznych oraz od szpitali wojewódzkich, które zawarły z NFZ na rok 2016 umowy o najwyższej wartości wynika, że siedem placówek nie udzielało świadczeń w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej¹¹⁸, a dziewięć udzielało takich świadczeń i nie miały one negatywnego wpływu na realizację umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ. Sześć z dziewięciu podmiotów nie podjęło współpracy z podmiotami krajowymi i zagranicznymi w celu objęcia planowym i odpłatnym leczeniem osób niepodlegających ubezpieczeniu zdrowotnemu, na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dwa podmioty podjęły współpracę w tym zakresie z ośrodkami pomocy społecznej a jeden podmiot podjął współpracę z podmiotami krajowymi i zagranicznymi w celu planowego, odpłatnego leczenia pacjentów poza systemem ubezpieczenia zdrowotnego. Z siedmiu placówek, które nie udzielały świadczeń objętych kontrolą sześć nie podjęło ww. współpracy, natomiast jeden podjął taką współpracę z podmiotem prywatnym.

Każdy z siedmiu podmiotów udzielających świadczeń w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej i realizujących świadczenia w zakresie okulistyki oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu¹¹⁹ posiadał potencjał umożliwiający zwiększenie, ponad ograniczenia wynikające z umów zawartych z NFZ, liczby udzielanych planowych świadczeń w zakresach dotyczących okulistyki oraz ortopedii i traumatologii narządów ruchu, w tym w szczególności świadczeń endoprotezoplastyki oraz usuwania zaćmy. Z siedmiu podmiotów, które nie udzielały świadczeń w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej trzy posiadały potencjał umożliwiający zwiększenie liczby udzielanych planowych świadczeń (w tym dwa podmioty z zakresu ortopedia i traumatologia narządu ruchu i jeden z zakresu okulistyka).

(dowód: akta kontroli str.27-28, 689-715,755-763)

Każdy z dziewięciu podmiotów, który udzielał odpłatnie ww. świadczeń w 2016 r. wykonał świadczenia powyżej zakontraktowanej liczby i wartości świadczeń. W przypadku pozostałych podmiotów, tylko jeden z nich w roku 2016 r. wykonał świadczenia w 98%. Pozostałe podmioty w 100% lub powyżej zakontraktowanej wartości.

(dowód: akta kontroli str. 687-688)

Ocena cząstkowa

W ocenie NIK świadczenia udzielane w kraju pacjentom z innych państwa Unii Europejskiej nie miały wpływu na dostępność do świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

IV. Uwagi i wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹²⁰, wnosi o:

¹¹⁷ W toku kontroli.

¹¹⁸ W dwóch przypadkach podmioty nie udzieliły konkretnej odpowiedzi na zadane pytanie „Czy w latach 2013-2016 podmiot leczniczy udzielał świadczeń opieki zdrowotnej, za które należności miał uregulować podmiot inny niż NFZ?”.

¹¹⁹ Dwa z dziewięciu podmiotów nie realizowały świadczeń w zakresie okulistyki oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu.

¹²⁰ Dz. U. z 2015 r., poz. 1096

Podjęcie niezbędnych działań mających na celu zapewnienie terminowego rozpatrywania wniosków dotyczących zwrotu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych poza granicami kraju.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

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 Delegatury NIK w Katowicach.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosku 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.

Katowice, dnia 27 stycznia 2017 r.

Beata Pękul
Gł. specjalista kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Katowicach

.....
podpis