



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Krakowie

LKR.410.009.01.2018
P/18/094

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Krakowie
ul. Łobzowska 67, 30-038 Kraków
T +48 12 342 34 00, F +48 12 342 34 44
lkr@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

| | |
|-------------------------------------|--|
| Numer i tytuł kontroli | P/18/094 Program bezpłatnych leków dla seniorów LEKI 75+ ¹ |
| Jednostka przeprowadzająca kontrolę | Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Krakowie |
| Kontrolerzy | 1. Monika Różańska, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKR/106/2018 z dnia 24 maja 2018 r. 2. Dominika Stępień, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKR/107/2018 z dnia 24 maja 2018 r. <p style="text-align: right;">(dowód: akta kontroli str. 1-4)</p> |
| Jednostka kontrolowana | Małopolski Oddział Wojewódzki NFZ w Krakowie (Oddział lub MOW NFZ) |
| Kierownik jednostki kontrolowanej | Elżbieta Fryźlewicz-Chrapisińska, Dyrektor Oddziału ² <p style="text-align: right;">(dowód: akta kontroli str. 5)</p> |

Ocena ogólna³

II. Ocena kontrolowanej działalności

Oddział prawidłowo realizował zadania dotyczące zapewnienia osobom, które ukończyły 75 rok życia, bezpłatnego dostępu do leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych⁴ (dalej Program LEKI 75+). Środki finansowe ujęte w planie finansowym Oddziału w okresie od września 2016 r. do końca I kwartału 2018 r. zabezpieczały seniorom dostęp do bezpłatnych leków. Zaplanowane środki na ten cel z dotacji budżetu państwa zostały zrealizowane na poziomie 86,7% w 2016 r. i 89,8% w 2017 r. Środki prognozowane na 2018 r. wzrosły w stosunku do roku poprzedniego o 13%.

W okresie realizacji Programu Oddział zapewnił nieprzerwane finansowanie leków przysługujących bezpłatnie świadczeniobiorcom, którzy ukończyli 75 rok życia. Podejmował także działania informacyjne mające na celu przybliżenie seniorom i świadczeniodawcom założeń Programu LEKI 75+, w szczególności dotyczących warunków uzyskiwania bezpłatnych leków i zakresu uprawnień lekarzy do ich wypisywania. Z realizacji wydatków Oddział rzetelnie i terminowo sporządzał wymagane sprawozdania. Stwierdzone opóźnienie w przekazaniu pierwszego sprawozdania o ilości zrealizowanych opakowań leków nie miało wpływu na prawidłowość realizacji Programu LEKI 75+ oraz wydatkowania środków publicznych.

Oddział zapewnił nadzór nad zaopatrzeniem w bezpłatne produkty w ramach Programu LEKI 75+. Wykorzystywał dostępne narzędzia informatyczne, których stosowanie miało na celu ograniczenie nieprawidłowości związanych z wystawianiem oraz realizacją i refundacją

¹ Kontrolą objęto lata 2016–2018 (do zakończenia kontroli), z uwzględnieniem okresu wcześniejszego, o ile ma to wpływ na realizację zadań w badanym zakresie.

² Od 15 marca 2016 r.

³ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie. W niniejszym wystąpieniu zastosowano ocenę opisową.

⁴ Art. 43a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2017 r., poz. 1938 ze zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej”.

recept z kodem uprawnień dodatkowych „S”⁵ oraz prowadził kontrole w powyższym zakresie.

Wyniki analiz danych sprawozdawczych o obrocie lekami, środkami spożywczymi specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobami medycznymi wskazują, że Program LEKI 75+ miał wpływ na wzrost ekonomicznej dostępności leków dla osób w podeszłym wieku. Świadczy o tym m.in. wzrastający udział refundacji produktów w ramach Programu LEKI 75+ w stosunku do kosztów refundacji wszystkich recept wystawionych dla osób, które ukończyły 75 rok życia, przy jednoczesnym zmniejszeniu wydatków ponoszonych przez takie osoby za refundowane leki. Potwierdzają to także opinie beneficjentów Programu wyrażone w przeprowadzonym przez NIK badaniu ankietowym. Większość respondentów – 89% stwierdziła, że lekarz rodzinny przepisuje im leki dostępne bezpłatnie, na podstawie recepty oznaczonej kodem „S”. Spadek miesięcznych kosztów realizacji recept po wprowadzeniu Programu LEKI 75+ podało 63% ankietowanych, przy czym zaoszczędzone miesięcznie kwoty w większości nie przekraczały 50 zł. Jednocześnie poza warunkami finansowym pacjenci i świadczeniodawcy wskazywali na bariery organizacyjne utrudniające szybki dostęp do bezpłatnych leków, tj. konieczność dodatkowych wizyt i wąski katalog lekarzy uprawnionych do wystawiania recept z kodem „S”.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Finansowanie leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych przysługujących bezpłatnie świadczeniobiorcom, którzy ukończyli 75 rok życia

1.1. Uregulowania i przyjęte rozwiązania organizacyjne w obszarze Programu LEKI 75+

Opis stanu faktycznego

Zarządzenie Nr 92/2016/BK Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) z 17 sierpnia 2016 r., w sprawie sposobu i trybu rozliczania przez NFZ dotacji z budżetu państwa na finansowanie leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych przysługujących bezpłatnie świadczeniobiorcom po ukończeniu 75 roku życia, określało sposób postępowania oddziałów wojewódzkich i Centrali NFZ związany z monitorowaniem i sprawozdawaniem od poniesionych wydatków w części finansowanej z budżetu państwa. Zarządzenie to zobowiązywało oddziały wojewódzkie NFZ m.in. do sporządzania i przekazywania comiesięcznych sprawozdań z wydatków finansowanych na podstawie art. 43a ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Uszczegółowieniem zasad sprawozdawczych były wytyczne kierowane przez Departament Gospodarki Lekami Centrali NFZ, tj. m. in. pismo z dnia 24 sierpnia 2016 r.⁶, zobowiązujące oddziały wojewódzkie do sporządzania od dnia 1 września 2016 r. miesięcznych sprawozdań w związku z art. 102 pkt 5 ust. 26a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Sprawozdania te miały zawierać liczbę zrefundowanych opakowań jednostkowych wraz z podaniem kodu identyfikacyjnego EAN⁷.

(dowód: akta kontroli str. 8, 28-48)

Oddział nie wprowadzał odrębnych uregulowań związanych z funkcjonowaniem Programu LEKI 75+. Regulamin Organizacyjny Oddziału⁸ określał zakresy zadań poszczególnych komórek organizacyjnych, w tym komórek wykonujących zadania związane z Programem LEKI 75+. Kontrolę aptek i ordynacji lekarskich prowadziła wyodrębniona w tym celu Sekcja Kontroli Aptek i Ordynacji Lekarskiej w Wydziale Kontroli Oddziału (dalej: WKO). Do Sekcji

⁵ Recepta wystawiona dla pacjenta posiadającego uprawnienia określone art. 43a ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, tj. dla świadczeniobiorcy, który ukończył 75. rok życia.

⁶ Pismo znak DGL.4450.125.2016 W.22115.GRS. Kolejne pisma nawiązujące: z dnia 10 lutego 2017 r., 7 lutego 2018 r.

⁷ European Article Number – Europejski Kod Towarowy

⁸ Wprowadzony zarządzeniem nr 8/18 Dyrektora Oddziału z dnia 23 stycznia 2018 r., uchylający regulamin organizacyjny Oddziału wprowadzony zarządzeniem nr 94/16 Dyrektora Oddziału z dnia 9 sierpnia 2016 r.

Analizowania i Planowania Kontroli należało prowadzenie analiz w celu przygotowania rocznych planów kontroli oraz kontroli doraźnych aptek i ordynacji, prowadzenie zadań związanych z weryfikacją i monitorowaniem sprawozdawczości aptecznej, raportowanie o zdublowanych receptach i receptach wystawionych po zgonach pacjentów.

Do zadań Działu Refundacji, Weryfikacji i Rozliczeń w Wydziale Gospodarki Lekami (dalej Wydział WGL) należało m.in.: rozliczanie zbiorczych zestawień refundacyjnych składanych przez apteki, weryfikacja pod względem merytorycznym raportów statystycznych, działalność informacyjna w zakresie stosowania leków przysługujących w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, obsługa umów z aptekami na wydawanie refundowanego leku, środka spożywczego oraz wyrobu medycznego na receptę, przygotowanie materiałów niezbędnych dla celów sporządzania corocznej prognozy kosztów Oddziału. Do szczegółowego zakresu zadań Kierownika Działu należało przygotowanie raportów i analiz z refundacji leków, weryfikacja merytoryczna dokumentów księgowych dotyczących refundacji na podstawie recept. Do zadań Działu Finansowego, Księgowości Ogólnej i Sprawozdawczości w Wydziale Księgowości Oddziału należało m.in.: przekazywanie właściwym ministrom określonych danych o obrocie lekami, środkami spożywczymi, wyrobami medycznymi objętymi refundacją, wynikających ze zrealizowanych recept podlegających refundacji z budżetu państwa. Do zadań Działu Księgowości Świadczeń Zdrowotnych i Refundacji Leków w Wydziale Księgowości Oddziału należało m.in.: sprawdzanie pod względem formalno-rachunkowym zbiorczych zestawień recept na leki, środki i wyroby medyczne podlegające refundacji; prowadzenie ewidencji kosztów i zobowiązań z tytułu refundacji leków.

(dowód: akta kontroli str. 8, 238, 329-355)

W Oddziale nie były przeprowadzane kontrole wewnętrzne bezpośrednio związane z problematyką zapewnienia produktów przysługujących bezpłatnie świadczeniobiorcom, którzy ukończyli 75 rok życia. W II kw. 2018 r. przeprowadzono kontrolę wewnętrzną w Wydziale WGL w zakresie procedury podpisywania umów z aptekami. Kontrolę do planu zgłosił kierownik komórki organizacyjnej. Poza uwagami do sposobu numeracji stron umów nie stwierdzono nieprawidłowości.

Ponadto w planie kontroli wewnętrznych MOW NFZ na 2018 r. została zaplanowana, w III kwartale, kontrola w Wydziale Kontroli dotycząca przeprowadzania kontroli aptek i ordynacji lekarskich. Kontrolę do planu na 2018 r. zgłosił Dyrektor Oddziału.

(dowód: akta kontroli str. 9, 49, 145-151)

1.2. Koszty refundacji produktów przysługujących bezpłatnie świadczeniobiorcom, którzy ukończyli 75 rok życia

Wartość planowanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie refundacji leków⁹ została określona w projektach planu finansowego oraz prognozie trzyletniej kosztów Oddziału na podstawie wytycznych Centrali NFZ do projektu planu i prognozy. Podstawą określenia kosztów refundacji Oddziału była dynamika realizacji tych kosztów w latach poprzednich oraz przewidywana realizacja w roku planowania. Propozycje podziału budżetu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej Oddziału były uwzględniane w całości w planie finansowym NFZ.

Oddział nie sporządzał odrębnych analiz w procesie planowania kosztów Programu LEKI 75+. Wartość planowanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie kosztów finansowania leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego w części finansowanej z budżetu państwa zgodnie z art. 43a ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej¹⁰ została określona w latach 2016 i 2017 r. w trybie zmian planu finansowego dokonanych przez Prezesa NFZ¹¹, a w roku 2018 została ujęta już w pierwotnym projekcie planu finansowego na podstawie wytycznych Centrali NFZ

⁹ Pozycja B 2.14. planu finansowego – o nazwie Refundacja.

¹⁰ Pozycja B 5. planu finansowego – o nazwie – Koszty finansowania leku, środka spożywczego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego w części finansowanej z budżetu państwa zgodnie z art. 43a ust.3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) w planie finansowym.

¹¹ Decyzja Prezesa NFZ ws. zmiany planu finansowego Oddziału z 16 września 2016 r. (dotyczyła planu na 2016 rok) oraz z 22 września 2016 r. (dotyczyła planu na 2017 rok) w związku z wprowadzeniem do wzoru nowej dedykowanej pozycji B.5.

do projektu planu. Wysokość budżetu na ww. świadczenia na poszczególne lata określała Centrala NFZ w oparciu o wojewódzką strukturę ubezpieczonych w wieku 75+ według stanu Centralnego Wykazu Ubezpieczonych na dzień 31 marca roku poprzedzającego rok planowania.

W okresie objętym kontrolą zmiana planu finansowego w zakresie Programu LEKI 75+ nastąpiła tylko w 2017 r. Zwiększenie dotacji w pozycji B.5 o kwotę 227 tys. zł nastąpiło na podstawie zmiany planu finansowego NFZ na 2017 rok dokonanej przez Prezesa NFZ w dniu 25 września 2017 r. Podstawą zmiany planu finansowego Oddziału było skorygowanie przez Centralę NFZ wartości pierwotnie zaplanowanej, w oparciu o wojewódzką strukturę realizacji kosztów w okresie styczeń-lipiec 2017 r.

(dowód: akta kontroli str. 314-326)

Całkowity budżet Oddziału na refundację¹² wyniósł w 2015 r. – 945 125,8 tys. zł; w 2016 r. – 1 015 463,5 tys. zł; w 2017 r. – 1 056 221,7 tys. zł, w 2018 r. – 263 748,5 tys. zł.

Koszty refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych Oddziału¹³ wyniosły: 672 791,4 tys. zł (2015 r.); 685 222 tys. zł (2016 r.); 699 939,1 tys. zł (2017 r.); 186 906,4 tys. zł (I kwartał 2018 r.).

Kwota planowanych i zrealizowanych kosztów finansowania leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego w części finansowanej z budżetu państwa zgodnie z art. 43a ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej¹⁴, wyniosła odpowiednio:

- za 2016 r.: plan 11 131 tys. zł (plan), wykonanie 9 646,9 tys. zł (tj. 86,7% planu);
- za 2017 r.: plan po zmianach 50 527 tys. zł (pierwotny plan 50 250 tys. zł), wykonanie 45 350,7 tys. zł (tj. 89,8% planu po zm.);
- w 2018 roku: plan 57 136 tys. zł, wykonanie w I kwartale – 14 221,6 tys. zł (24,9% planu).

Zaplanowane środki na finansowanie kosztów z budżetu państwa zgodnie z art. 43a ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej stanowiły w latach 2016-2018 odpowiednio 1,6%; 7,2%; 7,9% wartości środków finansowych zaplanowanych na refundację (ogółem)¹⁵ w ostatecznym planie finansowym Oddziału.

(dowód: akta kontroli str. 301-311)

Zrealizowane koszty finansowania leków w części finansowanej z budżetu państwa zgodnie z art. 43a ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej stanowiły odpowiednio 1,4% (2016 r.); 6,5% (2017 r.); 7,6% (I kwartał 2018 r.) wartości kosztów refundacji środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych Oddziału.

(dowód: akta kontroli str. 303-307)

Oddział otrzymywał środki dotacji z budżetu państwa na pokrycie poniesionych wydatków na refundację w ramach Programu LEKI 75+ w kwotach wynikających ze składanych miesięcznych sprawozdań na podstawie art. 43 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej oraz załączonych prognoz na miesiące październik-grudzień danego roku.

W 2016 r. (listopad-grudzień) Oddział otrzymał środki dotacji na refundację produktów w ramach Programu LEKI 75+ w łącznej wysokości 11 131 tys. zł, z czego wykorzystano kwotę 7 128 tys. zł (64%). Niewykorzystane środki dotacji 4 003 tys. zł (36%) zwrócono terminowo do Centrali NFZ.

Według sprawozdań i prognoz za 2017 r. Oddział otrzymał dotację w łącznej wysokości 43 484,7 tys. zł, która stanowiła 100% pokrycia poniesionych wydatków w 2017 r. Według sprawozdań za styczeń – kwiecień 2018 r. Oddział otrzymał dotację w kwotach wynikających z rozliczeń, tj. łącznie 20 515,3 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 313)

¹² Całkowity budżet na refundację (suma danych z wierszy 3.1.1, 3.2.1, 14 i 16.1, kolumna – "Wykonanie za okres" w Sprawozdaniu Finansowym FM-01 OW).

¹³ Poz. 14 Refundacja „wykonanie za okres” Sprawozdania Finansowego FM 01,

¹⁴ Poz. V. „Koszty finansowania leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych w części finansowanej z budżetu państwa, zgodnie z art. 43a ust. 3 ustawy” Sprawozdania Finansowego FM 01.

¹⁵ Poz. planu finansowego B 2.14 Refundacja, tj.: 687 300 tys. zł (2016 r.), 704 473 tys. zł (2017 r.), 727 678 tys. zł (2018 r.).

Analiza sprawozdań stanowiących podstawę rozliczenia wydatków na bezpłatne zaopatrzenie w leki (tj. sporządzanych na podstawie art. 43a ust. 3 oraz art. 102 pkt 5 ust. 26a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej) za wybrane okresy¹⁶, wykazała, że Oddział rzetelnie na podstawie raportów systemowych sporządzał sprawozdania (miesięczne, narastające), przekazując je terminowo do Centrali NFZ. Ich podstawę stanowiły zweryfikowane i zatwierdzone komunikaty elektroniczne przesyłane przez apteki oraz zrealizowane przelewy refundacji do aptek. Jedynie za pierwszy raportowany okres Programu LEKI 75+, tj. wrzesień 2016 r., sprawozdanie z art. 102 pkt 5 ust. 26a ustawy (wykazujące zerowe ilości zrefundowanych opakowań), zostało przesłane do Centrali z czterodniowym opóźnieniem 18 października 2016 r.

(dowód: akta kontroli str. 196-221, 237)

P.o. Naczelnika Wydziału WGL wyjaśniła, że: za miesiąc wrzesień 2016 r. zostało przekazane terminowo (tj. do 14 września 2016 r.) sprawozdanie (art. 43a ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej) przygotowane przez Wydział Księgowości, które zgodnie ze wzorem zawiera dane ilościowe oraz kwotowe możliwe do uzupełnienia również przy wartościach zerowych. Zgodnie ze wzorem sprawozdania (art. 102 pkt 5 ust. 26a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej) w sprawozdaniu należało podawać dane dotyczące kodów EAN oraz liczby zrealizowanych opakowań danego kodu EAN. W związku z brakiem danych do sprawozdania (pierwsze dane zaistniały w październiku 2016 r.) nie posiadano wartości do uzupełnienia, w wyniku czego nie przygotowano sprawozdania. Po otrzymaniu z Centrali NFZ informacji o konieczności przygotowania sprawozdania z uzupełnieniem obu kolumn o cyfry zero, Wydział WGL przesłał sprawozdanie za wrzesień 2016 r.

(dowód: akta kontroli str. 219, 268)

Analiza danych dotyczących 35 leków, które były wycofane z Programu LEKI 75+ w okresie od stycznia 2017 r. do marca 2018 r., w oparciu o dane zawarte w sprawozdaniach oraz systemie informatycznym Oddziału wykazała, że nie refundowano leków nieujętych w załączniku D obwieszczenia refundacyjnego. Ujęte leki w sprawozdaniach¹⁷ za styczeń i luty 2017 r. dotyczyły recept zrealizowanych przez pacjentów jeszcze w roku 2016 r., gdy lek podlegał refundacji, i zapłaconych przez Oddział zgodnie z terminami płatności w styczniu bądź lutym 2017 r. Stwierdzone przypadki leków w sprawozdaniach za kwiecień 2017 r. (trzy kody EAN¹⁸), również dotyczył recept zrealizowanych przez pacjentów jeszcze w 2016 r. i zapłaconych w październiku 2016 r., natomiast powodem ściągnięcia ich przez system informatyczny do sprawozdania za kwiecień 2017 r. były noty wewnętrzne (generujące się systemowo co pół roku). W przypadku dwóch leków A i B (noty wewnętrzne wygenerowane w związku ze zmianą uprawnień z kodu „U” na kod „S”) ilość opakowań i wartość leków podlegająca refundacji ze środków dotacji z budżetu państwa zostały wykazane prawidłowo w sprawozdaniu za kwiecień 2017 r. W przypadku leku C, w sprawozdaniu za kwiecień 2017 r. zostały wykazane dwa opakowania leku, w sytuacji gdy ze sprawozdanej recepty w październiku 2016 r. wynikało jedno opakowanie. Na skutek dokonywanej w systemie korekty przez aptekę w październiku 2016 r. (-/+ jedno opakowanie) i noty systemowej z kwietnia 2017 r. w sprawozdaniu za kwiecień 2017 r. wygenerowały się dwa opakowania leku, z zerową wartością do refundacji ze środków dotacji (lek został zrefundowany z dotacji prawidłowo na kwotę 6,90 zł)¹⁹. W czasie trwania czynności kontrolnych nie udało się wyjaśnić mechanizmów, jakie zaistniały w systemie informatycznym, skutkujących wykazaniem dwóch opakowań leków. Wydział WGL zwrócił się o wyjaśnienia do dostawcy oprogramowania oraz do Centrali NFZ. Do dnia 1 sierpnia 2018 r. nie udało się pozyskać jednoznacznych wyjaśnień.

(dowód: akta kontroli str. 263, 265, 270-271, 280-300)

¹⁶ Tj.: wrzesień 2016 r., marzec i wrzesień 2017 r. oraz marzec 2018 r.

¹⁷ Sprawozdania sporządzano według metody kasowej, tj. ujmowano leki zgodnie z terminami płatności dla aptek, niezależnie od terminów realizacji recept.

¹⁸ EAN 5-2 – jedno opakowanie (dalej zwany lekiem A), EAN 5-6 – jedno opakowanie (dalej lek B), EAN 5-4 – dwa opakowania (dalej lek C)

¹⁹ W sprawozdaniu za październik 2016 r. sprawozdano jedno opakowanie na kwotę 7 zł, a następnie na podstawie noty z kwietnia 2017 r. dotyczącej korekty zaokrągleń sprawozdano minus 10 groszy (dla „zero” opakowań, tj. system w przypadku korekt wartości refundacji dla tego samego opakowania nie dubluje jego ilości uprzednio sprawozdanej).

Analiza dotycząca kosztów refundacji leków przysługujących bezpłatnie świadczeniobiorcom, którzy ukończyli 75 rok życia, przeprowadzona w oparciu o dane ze sprawozdań oraz wygenerowane z systemu informatycznego Oddziału, wykazała, że koszty ogółem refundacji recept dla tych osób, wyniosły odpowiednio: 168 144,8 tys. zł w 2016 r.; 208 828,9 tys. zł w 2017 r.; 56 152,8 tys. zł w I kwartale 2018 r., w tym.:

- koszty refundacji produktów leczniczych w ramach Programu LEKI 75+, (tj. część objęta dotacją z art. 43a ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej) wyniosły odpowiednio: 9 646,9 tys. zł; 45 350,7 tys. zł; 14 221,6 tys. zł;
- koszty refundacji leków z obwieszczenia dla pacjentów, którzy ukończyli 75 rok życia, (tj. część refundacji dla tej grupy wiekowej na podstawie wszystkich recept, w tym część kosztów refundacji za recepty oznaczone kodem „S” nieobjęta dotacją z art. 43a ust. 3 ustawy) wyniosły odpowiednio: 143 193,6 tys. zł; 147 317,4 tys. zł; 37 881,9 tys. zł;
- koszty refundacji z tytułu innych uprawnień²⁰ wyniosły odpowiednio: 15 304,3 tys. zł; 16 160,8 tys. zł; 4 049,3 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 266, 311-312)

Na podstawie danych sprawozdawczych o obrocie lekami, środkami specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobami medycznymi przekazywanych przez apteki/punkty apteczne, wydatki na leki refundowane poniesione przez pacjentów, którzy ukończyli 75 rok życia (tj. przed wprowadzeniem Programu LEKI 75+), oraz wydatki Oddziału w roku 2015 i w roku 2017 kształtowały się następująco:

- w 2015 roku opłata pacjentów powyżej 75 roku życia za leki refundowane wyniosła 75 797,6 tys. zł, a koszty poniesione przez Oddział (refundacja) 152 506,2 tys. zł;
- w 2017 roku seniorzy zapłacili za leki 43 856,6 tys. zł, a Oddział NFZ zrefundował dla tej grupy pacjentów leki na kwotę 208 828,9 tys. zł, z czego dotacja z Ministerstwa Zdrowia stanowiła 45 350,7 tys. zł.

Wartość refundacji dla tej grupy pacjentów wzrosła w 2017 r. w stosunku do 2015 r. o 37%, a tym samym pacjenci na leki refundowane wydali mniej o 42%.

(dowód: akta kontroli str. 267, 311-312)

W pierwszym okresie realizacji Programu LEKI 75+ (we wrześniu 2016 r.) lekarze wystawili 107 803 recepty oznaczone kodem „S” dla 78 155 pacjentów. Wartości te sukcesywnie rosły: w czerwcu 2017 r. wystawiono 124 144 recept „S” dla 85 521 pacjentów; w kwietniu 2018 r. wystawiono 130 610 recept „S” dla 91 300 pacjentów.

(dowód: akta kontroli str. 12, 22)

Analizę zakupu tych samych leków na podstawie recept oznaczonych kodem „S” i innych niż recepta „S”, ujętych w załącznikach D obwieszczeń refundacyjnych, przeprowadzono w odniesieniu do wytypowanych 36 leków (tj. 36 kodów EAN). W wyniku analizy stwierdzono m.in., że:

- w 2015 r. zakupiono 13 leków spośród analizowanych 36 leków, ich wartość ogółem stanowiła 17 610 zł, wartość dopłaty pacjenta 10 284 zł, liczba opakowań leków 1 146, liczba świadczeniobiorców 438;
- w okresie 2016 – I kw. 2018 r., po wprowadzeniu Programu LEKI 75+, zakupy kształtowały się następująco:
 - recepty oznaczone kodem „S” – na ich podstawie zrefundowano sześć z analizowanych 36 leków, gdzie wartość ogółem refundacji wyniosła 419,5 zł; wartość refundacji ze środków dotacji 109,4 zł; liczba opakowań leków 13, liczba świadczeniobiorców 9;
 - recepty inne niż „S” – na ich podstawie zakupiono 10 z analizowanych 36 leków, gdzie wartość ogółem wyniosła 1 283 zł; wartość dopłaty pacjenta 788 zł; liczba opakowań leków 87, liczba świadczeniobiorców 37.

(dowód: akta kontroli str. 249-262, 264)

Oddział nie prowadził analiz dotyczących zakupów leków na podstawie recept oznaczonych innymi kodami uprawnień niż kod „S” przy jednoczesnym ich nier refundowaniu dla osób,

²⁰ Import docelowy, leki z listy dla ZK (tj. dla honorowych dawców krwi), leki recepturowe, leki dla IB (tj. dla inwalidów wojennych).

które ukończyły 75 rok życia. Nie analizowano także, dlaczego lek o danym kodzie EAN nie był refundowany na podstawie recept z kodem „S” ani razu. Wydział WGL celem prawidłowej realizacji założeń Programu LEKI 75+ w bieżącej weryfikacji merytorycznej raportów statystycznych pochodzących z aptek wykorzystywał sprawdzenia walidacyjne i weryfikacyjne (opisane w pkt 2.2 Wystąpienia pokontrolnego).

(dowód: akta kontroli str. 184-190, 271-272)

Do Oddziału w latach 2016-2018 wpłynęło 14²¹ zapytań pacjentów, które dotyczyły zasad refundacji wskazanych leków. W każdej ze spraw Oddział udzielał pisemnych wyjaśnień o zasadach refundacji, a w przypadkach odmów wypisywania konkretnych leków wyjaśniał, że leki podlegają refundacji w określonych wskazaniach klinicznych. Dodatkowo w sprawie odmowy leków po przebytej hospitalizacji Oddział poprosił o udzielenie wyjaśnień przez kierownika przychodni w związku z dodatkowymi elementami skargi na działalność przychodni. Najczęściej zapytania dotyczyły dwóch leków²².

(dowód: akta kontroli str. 23-25)

Do Oddziału (Wydziału WGL) wpływały również zapytania podmiotów leczniczych i lekarzy. W 2016 r. wpłynęło 10 zapytań, po dwa w 2017 r. i 2018 r. Kierowali oni prośby o wyjaśnienie i interpretację ws. możliwości wystawiania recept z kodem „S” przez lekarzy POZ, rodzaje uprawniających specjalizacji, miejsce wykonywania świadczeń, aby recepta była refundowana (np. czy lekarz rezydent może wystawić receptę, czy lekarz POZ, który nie zbiera deklaracji pacjentów może wystawiać recepty S, czy lekarz POZ prowadzący praktykę może wystawiać recepty itp.). Wydział WGL każdorazowo przekazywał pisemne odpowiedzi adresatom.

(dowód: akta kontroli str. 26-27)

Oddział podejmował działania informacyjne kierowane do pacjentów mające na celu przybliżenie im założeń Programu LEKI 75+. Były to materiały i środki wykorzystane w kampaniach informacyjnych (np. kampania wyświetlana w komunikacji miejskiej w Krakowie – wrzesień 2016 r., emisja spotu informacyjnego LEKI 75+ w telewizji lokalnej w okresie październik-listopad 2016 r.), plakaty i ulotki dystrybuowane do placówek medycznych, urzędów, spotkania bezpośrednio z grupą docelową, stanowiska Oddziału podczas wydarzeń związanych z promocją zdrowia, stanowiska informacyjne podczas wydarzeń publicznych. Na stronie internetowej Oddziału opublikowany był link do strony Ministerstwa Zdrowia o Programie LEKI 75+²³ oraz możliwość pobrania materiałów informacyjnych²⁴.

(dowód: akta kontroli str. 10-11, 15-21)

Według informacji pozyskanych przez Najwyższą Izbę Kontroli od ośmiu świadczeniodawców realizujących świadczenia POZ na terenie właściwości Oddziału²⁵, dotyczących wprowadzenia bezpłatnego dostępu do leków dla osób, które ukończyły 75 rok życia, nie otrzymywali oni formalnych sygnałów, skarg i zgłoszeń dotyczących problematyki wprowadzenia dostępu do leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych. Najczęściej były to ustne uwagi pacjentów i lekarzy zgłaszane w trakcie realizacji świadczeń. Świadczeniodawcy wskazali na powtarzające się problemy związane z:

²¹ Cztery zapytania w 2016 r., po pięć w 2017 r. i 2018 r. Zapytania dotyczyły czy dany lek znajduje się na liście i czy podlega refundacji i z jaką odpłatnością (osiem zapytań), lub też dotyczyły odmowy wypisania danego leku przez lekarza w opisywanych przez pacjentów stanach chorobowych (sześć spraw, z czego w jednej lekarz POZ (podstawowej opieki zdrowotnej) odmówił wypisania recept na leki zlecone przez lekarzy szpitala po przebytej hospitalizacji – lekarz uwarunkował wypisanie recept od przedstawienia oryginałów dokumentacji leczenia farmakologicznego).

²² Leki stosowane m.in. w żylnych powikłaniach zakrzepowo-zatorowych, w leczeniu zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej.

²³ www.75plus.mz.gov.pl

²⁴ http://www.nfz-krakow.pl/gfx/nfz-krakow/userfiles/public/nasz_oddzial/media/akcje_i_materiały_promocyjne/nfz_ulotka_-_leki_75.pdf

²⁵ Na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2017 r. poz. 524, ze zm.; dalej ustawa o NIK) wysłano prośbę udzielenia informacji do 10 świadczeniodawców realizujących świadczenia POZ na terenie MOW NFZ. Informacji zwrotnej nie udzieliło dwóch.

- koniecznością podwójnych wizyt w celu wypisania recepty przez lekarza POZ (po wizycie u specjalisty, po pobycie w szpitalu), co znacznie wydłużało kolejki i opóźniało wdrożenie leczenia;
- brakiem pełnej wiedzy osób starszych na temat leków o różnej odpłatności i ograniczeniami refundacyjnymi wynikającymi ze wskazań medycznych;
- ograniczoną listą osób, które mogą wystawić recepty z kodem „S”, w tym w szczególności przez lekarzy specjalistów.

(dowód: akta kontroli str. 356-365)

Wyniki badania ankietowego przeprowadzonego przez Najwyższą Izbę Kontroli na terenie właściwości Oddziału, na grupie 268 osób w wieku powyżej 75 lat wykazały, że:

- 238 osób (89%) stwierdziło, że lekarz POZ przepisuje im leki dostępne bezpłatnie, na podstawie recepty oznaczonej kodem „S”;
- dla 234 osób (87%) odbiór recepty od lekarza POZ nie stanowił problemu, 13 osób wskazało na problem dodatkowej wizyty w przychodni, a 10 wskazało na inne okoliczności;
- 86 osób (32%) oświadczyło, iż rezygnują z wykupu przepisanych leków ze względu na ich cenę;
- 228 osób (85%) deklarowało, iż odbiera wszystkie bezpłatne leki, natomiast 36 osób (13%) – nie, przy czym jedna z powodu posiadania „zapasu” tych leków, natomiast pozostałe nie wskazały przyczyny;
- 186 osób (69%) wskazało, że przepisane leki były dostępne w aptekach bezpłatnie na podstawie recepty z kodem „S”, natomiast 50 (19%) ankietowanych uważało, iż były ograniczenia w dostępie do tych leków, 31 osób (12%) nie miało wiedzy;
- 168 osoby (63%) zauważyło spadek miesięcznych kosztów realizacji recept, z czego większość, którzy podali kwoty, zaoszczędziło do 50 zł (38 osób), od 50 zł do 100 zł (25 osób), a tylko dwie osoby wykazały oszczędności powyżej 200 zł. 96 ankietowanych (36%) odpowiedziało, że nie odczuło zmniejszenia wydatków na leki w związku z wprowadzeniem Programu LEKI 75+.

(dowód: akta kontroli str. 366-901)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zwraca uwagę, iż Wydziałowi WGL do czasu zakończenia czynności kontrolnych nie udało się wyjaśnić, jakie były przyczyny wykazania przez użytkowany system w sprawozdaniu za kwiecień 2017 r. dwóch opakowań leku C, wykazanego na receptie, która została zamieszczona w sprawozdaniu za październik 2016 r. W przypadku stwierdzenia błędu systemowego Oddział powinien podjąć dalsze czynności analityczne w celu wyeliminowania możliwości wystąpienia innych analogicznych przypadków.

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Oddziału w zakresie finansowania leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych przysługujących bezpłatnie świadczeniobiorcom, którzy ukończyli 75 rok życia. Oddział zapewnił finansowanie tego Programu w oparciu o sporządzony plan finansowy oraz przyjęte rozwiązania organizacyjne. Nie stwierdzono przypadków refundacji leków wycofanych z Programu LEKI 75+. Oddział terminowo oraz rzetelnie sporządzał wymagane sprawozdania dotyczące realizacji Programu. Opóźnione przekazanie sprawozdania o liczbie zrefundowanych opakowań jednostkowych leków za wrzesień 2016 r. nie miało negatywnego wpływu na realizację tego Programu oraz wydatkowanie środków publicznych. Napływające do Oddziału sygnały od pacjentów i świadczeniodawców, jak również wyniki ankiet NIK wskazywały na problemy przy realizacji Programu, tj. głównie na brak poinformowania osób starszych na temat ograniczeń refundacyjnych i możliwości bezpłatnego otrzymania leku tylko w przypadku określonych wskazań medycznych, a także na ograniczoną listę osób, które mogły wystawić recepty z kodem „S”.

2. Nadzór nad zapewnieniem bezpłatnego dostępu do leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych przysługujących bezpłatnie świadczeniobiorcom, którzy ukończyli 75 rok życia

2.1 Uregulowania i przyjęte rozwiązania organizacyjne w obszarze nadzoru nad prawidłowością zaopatrzenia w bezpłatne produkty w ramach Programu LEKI 75+

W Oddziale nie opracowywano odrębnych uregulowań wewnętrznych dla zadań związanych ze sprawowaniem nadzoru oraz kontroli nad obszarem związanym z zaopatrzeniem w bezpłatne produkty w ramach Programu LEKI 75+.

Oddział przy tworzeniu planu kontroli na 2017 r. i 2018 r. stosował wytyczne Prezesa NFZ²⁶, wydane w związku z zarządzeniem nr 45/2016/DK Prezesa NFZ z dnia 15 czerwca 2016 r. ws. planowania, przygotowania, przeprowadzania oraz realizacji wyników kontroli przez NFZ, w których zostały wskazane obszary priorytetowe dla oddziałów wojewódzkich. Wśród priorytetów na 2017 r. znalazł się obszar: wystawianie i realizacja recept na bezpłatne leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne dla pacjentów po 75 roku życia. W 2018 r. w obszarach priorytetowych przekazanych z Centrali NFZ nie wskazano już powyższego obszaru.

(dowód: akta kontroli str. 11, 50, 92)

W zakresach czynności pracowników (WKO) nie wyszczególniono odrębnych regulacji w związku z wprowadzeniem Programu LEKI 75+. Zakresy czynności pracowników przeprowadzających kontrole określały obowiązki, dotyczące poszczególnych etapów prowadzonych kontroli w zakresie ordynacji lekarskich oraz kontroli aptek i punktów aptecznych, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.

Naczelnik Wydziału Kontroli Oddziału wyjaśnił, że: wprowadzenie Programu LEKI 75+ nie wymagało uzupełnienia zakresów czynności pracowników, gdyż nie wymieniano w nich przedmiotowo określonych rodzajów recept lub ordynacji lekarskich, zatem zagadnienia wynikające z Programu LEKI 75+ mieściły się w dotychczas określonych zakresach czynności pracowników.

(dowód: akta kontroli str. 152-159, 184)

2.2 Skuteczność nadzoru nad prawidłowością zaopatrzenia w bezpłatne produkty w ramach Programu LEKI 75+

Oddział na 2017 r. zaplanował i przeprowadził pięć kontroli w zakresie wystawiania i realizacji recept na bezpłatne leki dla pacjentów po 75 roku życia. Kontrolę wystawiania recept na bezpłatne leki zaplanowano w dwóch gabinetach lekarskich, a realizacji recept w trzech aptekach. Wybór podmiotów do kontroli był poprzedzony analizą przedkontrolną. Kryterium przy typowaniu do kontroli ordynacji lekarskich były wystawione przez lekarzy recepty oznaczone kodem „S” z numerami REGON zakładów leczniczych, które nie posiadały umów z NFZ w podstawowej opiece zdrowotnej, oraz wartość refundacji recept wystawionych przez tych lekarzy. Zakres kontroli obejmował: prawidłowość i zasadność wystawiania recept na refundowane leki, prawidłowość prowadzenia dokumentacji medycznej pod względem zgodności z przepisami prawa oraz zgodność danych umieszczonych na receptach z prowadzoną dokumentacją medyczną wybranych pacjentów.

Kryteriami przy typowaniu aptek były m.in.: lokalizacja poza miastami na prawach powiatu, oraz wysokość refundacji za recepty oznaczone kodem „S”. Zakres kontroli obejmował sprawdzenie prawidłowości realizacji i przechowywania refundowanych recept.

(dowód: akta kontroli str. 55-91)

W wyniku przeprowadzonych kontroli we wszystkich trzech aptekach Oddział stwierdził nieprawidłowości (w łącznej kwocie 1,2 tys. zł), które dotyczyły przekazania przez aptekę w elektronicznych zestawieniach nieprawidłowych kodów odpłatności za leki

²⁶ Pismo znak DK.72.2.2016 W2552.ELK z dnia 29 września 2016 r.; pismo znak DK.72.5.2017.2017.58988.ELK z dnia 6 listopada 2017r.

i nieprzekazania informacji o wydaniu zamiennika; wydania leków z refundacją pomimo braku na receptie pełnych danych dotyczących adresu pacjenta; wydania leków z poprawką bez pieczętki i podpisu lub podpisu lekarza wystawiającego receptę.

W wyniku kontroli dwóch lekarzy Oddział stwierdził, że jeden z nich wypisał sześć recept z kodem „S” na łącznie 1,1 tys. zł, w ramach gabinetu internistycznego, z którym MOW NFZ nie posiadał umowy na świadczenia POZ, ponadto dla jednego z pacjentów nie była prowadzona dokumentacja medyczna (recepta wystawiona w ramach *pro familia*). Drugi z kontrolowanych lekarzy również wystawił 24 recepty z kodem „S” (refundowane leki o wartości 983,16 zł) w ramach prowadzonej praktyki lekarza rodzinnego, z którą Oddział nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń POZ.

W wyniku ww. kontroli Oddział wydał wystąpienia i zalecenia pokontrolne oraz wystąpił o zwrot środków. Kontrolowane podmioty dokonały należnych wpłat.

(dowód: akta kontroli str. 160-180, 327-328)

Oddział nie przeprowadzał kontroli doraźnych dotyczących zapewnienia produktów przysługujących bezpłatnie świadczeniobiorcom, którzy ukończyli 75 rok życia. Do Wydziału Kontroli nie wpłynęły skargi, które mogłyby stanowić podstawę do wszczęcia działań kontrolnych, czy też informacje o pomijaniu przez lekarzy POZ uprawnień pacjentów do bezpłatnych leków.

(dowód: akta kontroli str. 62, 101, 188-189)

Naczelnik Wydziału Kontroli Oddziału w sprawie planowania kontroli wyjaśnił m.in., że: liczba rodzajów świadczeń, w których zawierane były umowy oraz świadczeń nierzeczowych finansowanych przez NFZ była ciągle zbyt duża w stosunku do możliwości kontrolnych Oddziału. Recepty z kodem „S” stanowiły tylko część uprawnień związanych z realizacją i wystawianiem recept, w przypadku kontroli ordynacji lekarskiej – jeśli nie była ona ograniczona do konkretnego uprawnienia grupy recept. Jeżeli zatem dokonywano typowania recept do kontroli w obszarze dotyczącym realizacji lub wystawiania recept na konkretne substancje czynne leków, to kontroli mogły także podlegać recepty zrealizowane z tym uprawnieniem, jeśli wytypowana ordynacja je zawierała.

Naczelnik argumentował, że recepta oznaczona w polu kod uprawnień dodatkowych symbolem „S” nie dotyczyła osobnej grupy produktów leczniczych ale wyłącznie odpłatności dla leków, które znajdują się w części A obwieszczenia przy dokładnie tych samych wskazaniach refundacyjnych. Nie była to zatem nowa grupa leków, ani też zawierających odmienne wskazania do ich stosowania przy tym konkretnym uprawnieniu, a jedynie grupa leków z części A, dla których zwiększony został współdziałanie partycypacji budżetu państwa w refundacji dla pacjentów, którzy ukończyli 75 rok życia.

(dowód: akta kontroli str. 190)

W Oddziale wprowadzono jednolite narzędzia centralnych procesów weryfikacji i walidacji komunikatów elektronicznych, o których mowa w art. 45 ust. 2 ustawy o refundacji²⁷, w celu ograniczenia nieprawidłowości związanych z wystawianiem oraz realizacją recept z kodem „S”.

(dowód: akta kontroli str. 182, 185-187, 273-277)

Dodatkowo komunikaty elektroniczne po procesie weryfikacji centralnych były dodatkowo sprawdzane w Oddziale w procesie tzw. weryfikacji oddziałowej (narzędzie MS Access opracowane przez pracowników WKO), które były użyteczne również pod kątem uprawnień „S”. Dotyczyły one wybranych sprawdzeń lekowych pod kątem należynej refundacji, tj. m.in.: zgodności wieku na dzień realizacji i płci z kryterium dla danego leku (EAN) znajdującego się w obwieszczeniu obowiązującym na dzień realizacji recepty; wystawienia recepty po zgonie pacjenta²⁸, ujęcia leku w obowiązującym obwieszczeniu.

W wyniku procesu weryfikacji (centralnych i oddziałowych) do zapłaty były kwalifikowane jedynie pozycje z wynikiem pozytywnym (błędne sprawozdania były w formie komunikatów elektronicznych przesyłane zwrótnie do aptek).

²⁷ Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1844 ze zm.).

²⁸ W Oddziale obowiązywało Polecenie Służbowe nr 2/2016 Dyrektora MOW NFZ z dnia 20 stycznia 2016 r. ws. wprowadzenia do stosowania w MOW NFZ instrukcji w sprawie trybu postępowania w przypadku identyfikacji wystawienia recepty po dacie zgonu świadczeniobiorcy.

Przykładowo za ostatni okres rozliczeniowy²⁹ w wyniku weryfikacji centralnych system zidentyfikował w sprawozdaniach aptek łącznie 17 błędów w pięciu typach sprawdzeń (w tym trzy błędy w sprawdzeniu dotyczącym ukończenia 75 roku życia w dniu wystawienia recepty). W wyniku weryfikacji oddziałowych zidentyfikowano 42 błędy w sprawdzeniu dotyczącym refundacji leku przy przeroście gruczołu krokowego.

(dowód: akta kontroli str. 192, 272, 278-279)

Naczelnik Wydziału Kontroli Oddziału, wyjaśniając zakres i funkcjonalność posiadanych narzędzi informatycznych umożliwiających identyfikowanie nieprawidłowości dotyczących Programu LEKI 75+, wskazał m.in., że:

- w przypadku wystawiania recept przez osoby nieuprawnione – głównym powodem stojącym na przeszkodzie stworzenia zautomatyzowanego narzędzia był określony a zarazem ograniczony zakres danych wymaganych na recepcie. W całym okresie objętym regulacją Programu LEKI 75+, dane świadczeniodawcy przekazywane przez aptekę dotyczyły wyłącznie pierwszych 9 cyfr REGON (tj. identyfikowały świadczeniodawcę z dokładnością do podmiotu, a wymagalność dodatkowych ciągów kodu resortowego umożliwiałyby dopiero precyzyjne wskazanie miejsca wystawiania recepty (np. gabinet lekarza POZ, czy AOS). Regulacje takie zostały jednak przewidziane dopiero dla e-recepty;
- w przypadku recept zrealizowanych na terenie innych oddziałów NFZ, MOW NFZ nie dysponował narzędziami, które umożliwiałyby dostęp do takich danych w funkcjonalności umożliwiającej obserwację na potrzeby analityczne. Wszystkie OW NFZ eksportowały pliki ze zrealizowanych recept do Centrali, m.in. na potrzeby comiesięcznych zestawień dotyczących wysokości ponoszonych refundacji. Istniała co prawda funkcjonalność, w postaci aplikacji centralnej udostępnionej za pośrednictwem intranetu jednak bardzo ograniczona – wyszukiwanie recept wyłącznie poprzez PESEL świadczeniobiorcy bez możliwości jakiegokolwiek automatyzacji tzn. np. podpięcia pliku z więcej niż jednym numerem PESEL czy też precyzowania zakresu danych jakie mają zostać wyświetlone. Funkcjonalność ta wykluczała jakiegokolwiek wykorzystanie analityczne.

(dowód: akta kontroli str.182, 185-186)

Jeden z pracowników Wydziału WGL Oddziału, do zadań którego w Wydziale należała m.in. weryfikacja komunikatów sprawozdawczych aptek, był powołany w skład Zespołu zadaniowego do spraw systemów informatycznych NFZ w biznesowym obszarze refundacji leków powołanego przez Prezesa NFZ jako przedstawiciel MOW NFZ. Zadaniem powołanego Zespołu było wypracowanie zmian służących dostosowaniu aplikacji aptecznych oraz rozwiązań celem wdrożenia zmian ustawowych wynikających z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej i ustawy o refundacji leków.

(dowód: akta kontroli str. 240-241, 244-248)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Oddziału w zakresie prowadzonego nadzoru nad prawidłowością zaopatrzenia w bezpłatne produkty w ramach Programu LEKI 75+. Sporządzane analizy stanowiły podstawę do wytypowania aptek i ordynacji do kontroli. Wprowadzenie systemu weryfikacji Oddziałowej jako dodatkowy element po weryfikacji Centralnej pozwalało na wzmocnienie procesu eliminowania błędów powstałych w wyniku wprowadzania danych przez apteki jeszcze przed dokonaniem przez Oddział refundacji.

IV. Wnioski

Wnioski

W związku z nie stwierdzeniem nieprawidłowości Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje wniosków pokontrolnych.

²⁹ Okres 12_2018 r.

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 Krakowie.

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 uwagi.

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.

Kraków, dnia 10 sierpnia 2018 r.

Kontroler

Monika Różańska
Specjalista kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Krakowie

z up.

Jan Kosiniak
Wicedyrektor