



LOP.430.001.2017
Nr ewid. 45/2017/P/16/084/LOP

Informacja o wynikach kontroli

RESPEKTOWANIE PRAW PACJENTÓW W TRANSGRANICZNEJ OPIECE ZDROWOTNEJ

DELEGATURA W OPOLU

MISJA

Najwyższej Izby Kontroli jest dbałość o gospodarność i skuteczność w służbie publicznej dla Rzeczypospolitej Polskiej

WIZJA

Najwyższej Izby Kontroli jest cieszący się powszechnym autorytetem najwyższy organ kontroli państwowej, którego raporty będą oczekiwanym i poszukiwanym źródłem informacji dla organów władzy i społeczeństwa

Dyrektor Delegatury NIK w Opolu:

Iwona Zyman

Akceptuję:

Ewa Polkowska

Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli

Zatwierdzam:

Krzysztof Kwiatkowski

Prezes Najwyższej Izby Kontroli

Warszawa, dnia 29.06.2017r.

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

WPROWADZENIE	5
1. ZAŁOŻENIA KONTROLI	10
2. PODSUMOWANIE WYNIKÓW KONTROLI.....	11
2.1. Ocena ogólna kontrolowanej działalności	11
2.2. Synteza wyników kontroli.....	12
2.3. Uwagi i wnioski.....	24
3. ISTOTNE USTALENIA KONTROLI.....	27
3.1. Zmiany w dostępności wybranych świadczeń zdrowotnych	27
3.2. Monitorowanie i kontrola list osób oczekujących	33
3.3. Planowanie zakupu świadczeń i realizacja umów o udzielanie świadczeń.....	37
3.4. Postępowania poprzedzające zwrot kosztów leczenia w innych krajach UE.....	40
3.5. Wpływ udzielania świadczeń pacjentom z innych państw UE na dostępność świadczeń finansowanych ze środków publicznych.....	48
4. INFORMACJE DODATKOWE	49
4.1. Przygotowanie kontroli	49
4.2. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli	49
5. ZAŁĄCZNIKI	51
Załącznik nr 1. Wykaz objętych kontrolą jednostek.....	51
Załącznik nr 2. Wykaz kierowników jednostek kontrolowanych.....	52
Załącznik nr 3. Dotychczasowa skala TOZ	53
Załącznik nr 4. Charakterystyka stanu prawnego.....	61
Załącznik nr 5. Definicje i pojęcia charakterystyczne dla problematyki objętej kontrolą	75
Załącznik nr 6. Wykaz podstawowych aktów prawnych związanych z kontrolowaną działalnością	77
Załącznik nr 7. Wykaz organów, którym przekazano informację o wynikach kontroli	78

Wykaz stosowanych skrótowców, skrótów i pojęć

DOW	Dolnośląski Oddział Wojewódzki NFZ we Wrocławiu
LOW	Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ w Zielonej Górze
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
OOW	Opolski Oddział Wojewódzki NFZ w Opolu
Oddział NFZ	oddział wojewódzki NFZ
POW	Podkarpacki Oddział Wojewódzki NFZ w Rzeszowie
ŚOW	Śląski Oddział Wojewódzki NFZ w Katowicach
ZOW	Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki NFZ w Szczecinie
Dyrektywa 2011/24/UE lub dyrektywa transgraniczna	Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. <i>w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej</i> (Dz. Urz. UE L 88 z 04.04.2011, str. 45, ze zm.).
Ustawa o świadczeniach	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. <i>o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</i> (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, ze zm.).
Świadczenie zdrowotne	działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania (zgodnie z art. 5 pkt 40 ustawy <i>o świadczeniach</i>).
Transgraniczna opieka zdrowotna (TOZ)	opieka zdrowotna świadczona lub przepisana w państwie członkowskim innym niż państwo członkowskie ubezpieczenia, do której uprawnienie uzyskane zostało na podstawie przepisów dyrektywy 2011/24/UE wraz z uprawnieniem do uzyskania zwrotu kosztów.
Uprzednia zgoda	zgoda wydawana przez Dyrektora Oddział NFZ, która powinna poprzedzać uzyskanie za granicą świadczeń opieki zdrowotnej (ujętych przez Ministra Zdrowia w wykazie sporządzonym na podstawie art. 42e ust. 1 ustawy <i>o świadczeniach</i>).
Zwrot kosztów leczenia	czynność Dyrektora Oddziału NFZ polegająca na przekazaniu środków finansowych świadczeniobiorcy, który skorzystał ze świadczenia w innym kraju EU niż Rzeczpospolita Polska (zwrot przysługuje wyłącznie za świadczenia będące w kraju świadczeniami gwarantowanymi).

Pozostałe definicje i pojęcia ujęto w załączniku nr 5 do Informacji.

Prawo do ochrony zdrowia na terenie kraju

Jednym z praw osobistych, jakie zostały zagwarantowane w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.¹, jest prawo do ochrony zdrowia.

Prawu temu odpowiada obowiązek nałożony na władze publiczne, aby zapewniły obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W tym celu podmioty lecznicze zostały zobowiązane do prowadzenia tzw. list oczekujących na świadczenia finansowane ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, a także do udzielania takich świadczeń zgodnie z kolejnością zgłoszeń.

Dyrektywa transgraniczna – nowe uprawnienie dla świadczeniobiorców

W październiku 2013 r. zaczęły obowiązywać na terenie Unii Europejskiej przepisy tzw. dyrektywy transgranicznej.

Celem tej dyrektywy jest zapewnienie realizacji swobody przepływu usług w sferze opieki zdrowotnej na terytorium UE poprzez stworzenie możliwości korzystania ze świadczeń zdrowotnych w innym państwie członkowskim oraz zapewnienie możliwości uzyskania przez pacjenta zwrotu kosztów takich świadczeń od publicznego systemu ubezpieczenia zdrowotnego, któremu on podlega.

Realizując zobowiązanie do wprowadzenia regulacji ujętych w ww. dyrektywie – w listopadzie 2014 r. weszły w życie przepisy:

- ustawy z dnia 10 października 2014 r. *o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw*² oraz
- dwóch rozporządzeń wykonawczych Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada 2014 r.: a/ *w sprawie wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających uprzedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia*³ oraz b/ *w sprawie wydawania zgody na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu*⁴.

Przepisy implementujące dyrektywę transgraniczną dały polskim pacjentom możliwość zwrotu kosztów świadczenia opieki zdrowotnej, które:

- w Polsce jest ujęte w katalogu świadczeń gwarantowanych,
- zostało uzyskane na terenie innego państwa członkowskiego UE.

Z tej możliwości korzystać mogą jedynie osoby, które są w stanie samodzielnie sfinansować wykonane świadczenia, gdyż środki z NFZ przekazywane są w formie refundacji. W przypadku części świadczeń wprowadzone zostały ograniczenia w stosowaniu zwrotu kosztów poprzez wprowadzenie wymogu uzyskania uprzedniej zgody, udzielanej w formie decyzji administracyjnej dyrektora Oddziału NFZ.

¹ Dz. U. Nr 78, poz. 483, ze zm.

² Dz. U. poz. 1491, dalej: *ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach*.

³ Dz. U. poz. 1545, dalej: *rozporządzenie w sprawie wykazu*.

⁴ Dz. U. poz. 1551.

Ważniejsze zmiany przepisów w wyniku implementacji dyrektywy transgranicznej zostały przedstawione w poniższym zestawieniu.

Prawa pacjentów ujęte w przepisach dyrektywy transgranicznej	Prawa pacjentów wprowadzone w wyniku implementacji przepisów dyrektywy
<i>Uwzględnione w ustawie o świadczeniach</i>	
prawo pacjentów, jako ubezpieczonych, do zwrotu, w ramach ustawowego systemu zabezpieczenia społecznego, kosztów opieki zdrowotnej świadczonej w innym państwie członkowskim	prawo zwrotu kosztów, zwrot po dopełnieniu warunków materialnych i proceduralnych art. 42b ust. 1 ustawy o świadczeniach
dostęp do takich samych świadczeń w innym państwie członkowskim, jak te przewidziane w prawodawstwie państwa członkowskiego	zwrot kosztów świadczeń gwarantowanych art. 42b ust. 1 ustawy o świadczeniach
decyzje powinny być podejmowane jak najszybciej i otrzymywane w rozsądnym terminie	terminy wydania decyzji o zwrocie kosztów (30 lub 60 dni) oraz wyjątek od obowiązku posiadania uprzedniej zgody w przypadku przekroczenia terminu (30 dni) przez organ art. 42d ust. 13 i ust. 14 oraz art. 42d ust. 3 ustawy o świadczeniach
niedyskryminacja, m.in. ze względu na narodowość	uznanie skierowań wystawionych przez lekarzy wykonujących zawód w innym kraju UE za równoważne ze skierowaniami krajowymi art. 59a ustawy o świadczeniach
dostęp do odpowiednich informacji dotyczących wszystkich istotnych aspektów transgranicznej opieki zdrowotnej w celu umożliwienia pacjentom praktycznego korzystania z ich praw	udzielanie pacjentom z innych krajów UE informacji m.in. o prawach pacjentów, świadczeniodawcach, osobach wykonujących zawody medyczne, a świadczeniobiorcom o możliwości uzyskania zwrotu kosztów art. 97a ust. 2 i następane ustawy o świadczeniach
<i>Uwzględnione w ustawie o działalności leczniczej</i>	
niedyskryminacja, m.in. ze względu na narodowość, w tym stosowanie przez świadczeniodawców wobec pacjentów z innych państw członkowskich takiej samej skali opłat za opiekę zdrowotną, która jest stosowana wobec pacjentów krajowych w porównywalnej sytuacji zdrowotnej	stosowanie opłat w wysokości zgodnej z opublikowanym i zakaz różnicowania opłat ze względu na obywatelstwo lub miejsce zamieszkania art. 24a ust. 2 ustawy o działalności leczniczej
dostęp do danych osobowych dotyczących stanu zdrowia, w tym zawartych w dokumentacji medycznej	udzielanie pacjentom szczegółowych informacji o udzielanych świadczeniach, art. 14 ust. 2 i art. 24a ust. 1 ustawy o działalności leczniczej

Źródło: Opracowanie własne na podstawie ustawy o świadczeniach, ustawy o działalności leczniczej oraz dyrektywy transgranicznej.

Poziom zainteresowania transgraniczną opieką zdrowotną

Wprowadzenie nowej możliwości finansowania świadczeń pojawiło się w sytuacji istniejących w Polsce od wielu lat barier w dostępie do opieki zdrowotnej, wynikających m.in. z ograniczonego poziomu finansowania przez publicznego płatnika i długiego czasu oczekiwania pacjentów na udzielenie świadczenia⁵.

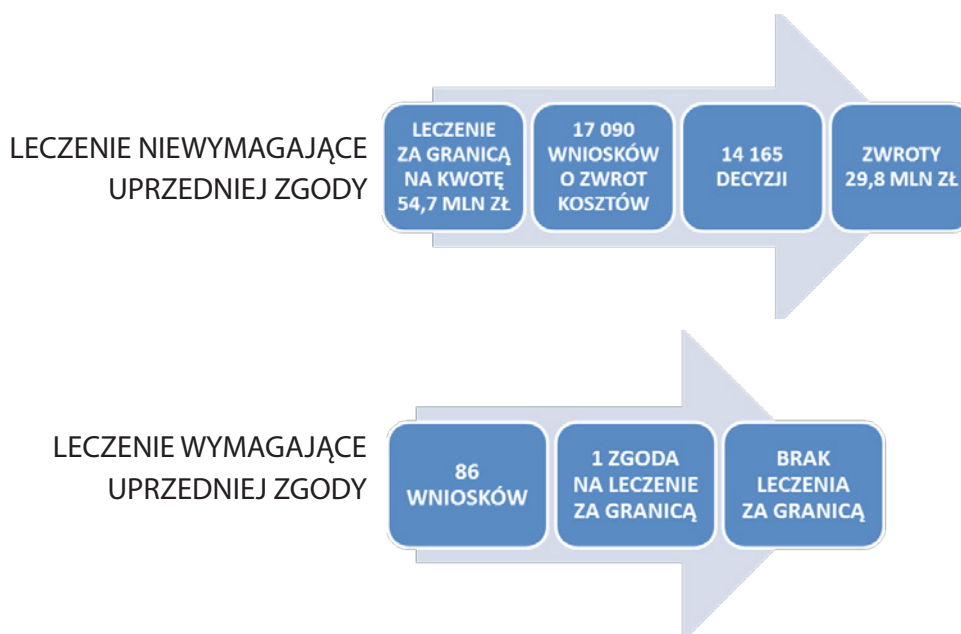
⁵ Na wydłużający się czas oczekiwania na uzyskanie świadczeń NIK zwracała uwagę m.in. w informacjach o wynikach kontroli Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 r. (P/16/053) i Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2014 r. (P/15/059).

Z badań Eurobarometru⁶ przeprowadzonych w październiku 2014 r. wynika, że Polacy byli zainteresowani korzystaniem z leczenia poza granicami kraju – gdyż 50% ankietowanych stwierdziło, że byłoby skłonnych podróżować do innego państwa członkowskiego by skorzystać z leczenia. Głównym powodem takiego zainteresowania była możliwość szybszego skorzystania z leczenia (44% wskazań)⁷. Tym samym deklaracje osób ankietowanych w Polsce pokrywały się z poziomem gotowości do takich podróży obywateli innych państw UE.

Pomimo takich deklaracji, dotychczas niewiele osób zdecydowało się na planowe leczenie w innych państwach UE. W ciągu ponad dwóch lat⁸ obowiązywania przepisów wprowadzających w Polsce regulacje dyrektywy transgranicznej złożonych zostało jedynie 17 090 wniosków o zwrot kosztów, a kwota⁹ wynikająca z rachunków dotyczących poniesionych kosztów, dołączonych do ww. wniosków, wyniosła 54 708,2 tys. zł.

Schemat nr 1

Dotychczasowe skala TOZ w Polsce



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Centrali NFZ.

Pomimo tego, że zarówno liczba, jak i wartość wniosków o zwrot kosztów w ostatnim czasie sukcesywnie wzrastała¹⁰, to jednak dokonywane przez wszystkie Oddziały NFZ zwroty kosztów poniesionych przez pacjentów stanowią niewielki ułamek środków publicznych przeznaczonych na świadczenia opieki zdrowotnej na terenie kraju (w latach 2015–2016 zwroty te wynosiły ok. 0,02% środków pozostających w dyspozycji NFZ).

⁶ Projekt cyklicznego badania opinii publicznej realizowany na zlecenie Komisji Europejskiej, w zakresie różnych aspektów integracji europejskiej.

⁷ Special Eurobarometr 425. *Patients' rights in cross-border healthcare in the European Union*, dostęp m.in. w dniu 20 marca 2017 r.: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_425_sum_en.pdf

⁸ Od 15 listopada 2014 r. do 10 lutego 2017 r.

⁹ Po przeliczeniu według kursu NBP obowiązującego w dniu wystawienia rachunku.

¹⁰ W listopadzie 2016 r. wpłynęły 1 263 wnioski, tj. o 120,4% więcej niż w listopadzie 2015 r., w grudniu 2016 r. wpłynęły 1 382 wnioski tj. o 127,7% więcej niż w grudniu 2015 r., natomiast w styczniu 2017 r. wpłynęło 1 057 wniosków, tj. o 141,9% więcej niż w styczniu 2016 r.

Schemat nr 2

Skala wydatków na transgraniczną opiekę zdrowotną na tle leczenia w kraju



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Centrali NFZ.

Główny przedmiot transgranicznej opieki zdrowotnej

Jednocześnie zwraca uwagę znaczna koncentracja świadczeń będących przedmiotem transgranicznej opieki zdrowotnej na zabiegach w zakresie soczewki oka. Wnioski o zwrot kosztów usunięcia zaćmy stanowiły bowiem ok. 91% wszystkich wniosków złożonych w tym zakresie do NFZ. Powyższe wynika m.in. z braku zaspokojenia potrzeb pacjentów przez podmioty lecznicze w ramach limitów określonych w umowach zawartych z NFZ oraz zwiększającej się liczby oczekujących na usunięcie zaćmy na terenie kraju (według danych prezentowanych przez NFZ, na dzień 31 grudnia 2015 r., oczekiwało 536,5 tys. osób, w tym 24,7 tys. zostało zakwalifikowanych jako przypadki pilne, a na koniec 2016 r. – 538,9 tys. osób, w tym 26,4 tys. przypadków pilnych).

Istotne jest również to, że wzrost ten następuje pomimo działań podejmowanych przez NFZ (polegających m.in. na zwiększeniu środków przeznaczonych na takie świadczenia, zmianie wyceny świadczeń, renegocjacji umów), dopuszczenia możliwości korzystania ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych na zasadzie zwrotu kosztów – bez konieczności uzyskania uprzedniej zgody dyrektora Oddziału NFZ, jak też pomimo wzrostu wartości nakładów na opiekę zdrowotną ze środków prywatnych¹¹.

¹¹ Według danych prezentowanych w Narodowych Rachunkach Zdrowia prywatne nakłady na opiekę zdrowotną wzrosły w ostatnich latach z 28 450 mln zł w 2011 r. do 31 529 mln zł w 2014 r.

Geneza kontroli

Rozwiązania wprowadzone wraz z implementacją dyrektywy transgranicznej stanowią integralną część świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dlatego też zasadnym było poznanie rzeczywistej skali planowych świadczeń zdrowotnych udzielanych za granicą osobom objętym ubezpieczeniem zdrowotnym, a także ustalenie wpływu wprowadzenia ww. rozwiązań na dostępność świadczeń w kraju, w tym na poziom ich finansowania.

W celu ustalenia, czy prawa pacjentów w zakresie planowego leczenia w innym państwie UE są respektowane, przeprowadzono weryfikację prawidłowości postępowań prowadzonych w wybranych Oddziałach NFZ, a dotyczących dokonywania wymaganych zwrotów oraz udzielania uprzedniej zgody na wykonanie świadczenia za granicą, a także analizę skarg wnoszonych przez pacjentów i informacji udzielonych przez podmioty lecznicze. W ramach tej kontroli podjęta została również próba wykazania ewentualnego wpływu świadczeń udzielanych obcokrajowcom przez wybrane podmioty lecznicze, na realizację umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych z Oddziałami NFZ.

1 ZAŁOŻENIA KONTROLI

Temat i numer kontroli

Respektowanie praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (P/16/084)

Cele kontroli

Pytanie definiujące cel główny kontroli:

Czy implementacja do polskiego prawa postanowień dyrektywy 2011/24/UE wpłynęła na dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych?

Pytania definiujące cele szczegółowe kontroli:

1. Czy zmiana organizacji finansowania świadczeń zdrowotnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (poprzez umożliwienie leczenia planowego za granicą) wpłynęła na czas oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych?
2. Czy wdrożenie dyrektywy 2011/24/UE wpłynęło na zasady podziału przez Narodowy Fundusz Zdrowia środków na udzielanie świadczeń zdrowotnych?
3. Czy wprowadzone rozwiązania zapewniają poszanowanie praw pacjentów wynikające z dyrektywy 2011/24/UE?

Założenia kontroli

Zakres przedmiotowy kontroli:

1. Zmiany w dostępności wybranych świadczeń zdrowotnych
2. Monitorowanie i kontrola list osób oczekujących
3. Planowanie zakupu świadczeń
4. Realizacja umów o udzielanie świadczeń
5. Postępowania poprzedzające zwrot kosztów leczenia w innych krajach UE
6. Wpływ udzielania świadczeń pacjentom z innych państw UE na dostępność świadczeń finansowanych ze środków publicznych

Okres objęty kontrolą:

Lata 2013–2016 (do zakończenia kontroli) z uwzględnieniem okresów wcześniejszych, jeśli zdarzenia mające wówczas miejsce miały wpływ na kontrolowaną działalność.

Podstawa prawna kontroli i jej kryteria:

Kontrolę przeprowadzono w sześciu Oddziałach NFZ na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. *o Najwyższej Izbie Kontroli*¹².

Ocena kontrolowanej działalności dokonana została pod względem legalności, rzetelności, gospodarności i celowości (art. 5 ust. 1 ustawy *o NIK*).

Zasięg geograficzny:

Województwa: dolnośląskie, lubuskie, opolskie, podkarpackie, śląskie, zachodniopomorskie.

Rodzaj kontroli:

Kontrola planowa koordynowana, przeprowadzona z inicjatywy NIK.

Kategoria kontroli:

Kontrola wykonania zadań.

Termin przeprowadzenia i uczestnicy:

Czynności kontrolne prowadzone były od 3 listopada 2016 r. do 31 stycznia 2017 r. przez kontrolerów z Delegatur NIK w Katowicach, Opolu, Rzeszowie, Szczecinie, Wrocławiu i Zielonej Górze.

¹² Dz. U. z 2017 r. poz. 524. Dalej ustawa o NIK.

2.1 Ocena ogólna kontrolowanej działalności

Wprowadzenie do polskiego porządku prawnego praw pacjentów ujętych w dyrektywie 2011/24/UE nie wpłynęło istotnie na poprawę dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, pomimo iż kontrolowane jednostki realizowały przepisane im w tym zakresie zadania. Zasadniczą przyczyną takiego stanu była niewielka dotychczas skala planowego leczenia za granicą¹³ i jego koncentracja na leczeniu tylko jednego schorzenia – zaćmy.

Pomimo sukcesywnie zwiększanych wydatków na ochronę zdrowia oraz działań podejmowanych przez kontrolowane Oddziały NFZ w celu zapewnienia dostępu do świadczeń, z uwagi m.in. na rosnące w kraju potrzeby zdrowotne, dla wielu osób nadal ograniczona była możliwość korzystania ze specjalistycznego leczenia. Dlatego też znaczące skrócenie czasu oczekiwania na świadczenie dotyczyło jedynie tych przypadków, w których pacjent samodzielnie sfinansował leczenie za granicą i wystąpił do NFZ o zwrot poniesionych na ten cel wydatków.

Wdrożenie dyrektywy 2011/24/UE wpłynęło na zasady podziału przez Narodowy Fundusz Zdrowia środków na udzielanie świadczeń zdrowotnych, poprzez przeznaczenie ich części na obsługę administracyjną nowych zadań oraz zabezpieczenie w planach finansowych NFZ w latach 2014–2016 łącznie 1 068,2 mln zł na finansowanie świadczeń udzielanych w ramach TOZ. Z utworzonych na ten cel rezerw wykorzystano jedynie 25,8 mln zł, a pozostałe środki dopiero w kolejnych latach były przeznaczane na zakup świadczeń udzielanych na terenie kraju.

Na poziomie województw skala zainteresowania leczeniem za granicą nie była brana pod uwagę przy planowaniu środków na zakup świadczeń opieki zdrowotnej. W każdym objętym kontrolą Oddziale NFZ następowało jednak zwiększenie nakładów na świadczenia, w tym dotyczące schorzeń, które najczęściej leczone były za granicą. Oddziały te podejmowały także inne działania w celu zwiększenia dostępu do takich świadczeń, m.in. poprzez monitorowanie realizacji i wprowadzanie zmian do umów zawieranych z podmiotami leczniczymi. Działania te nie były jednak w pełni wystarczające, gdyż nie nastąpiła poprawa dostępności do wybranych świadczeń¹⁴ z zakresu okulistyki oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu.

Przyjęte w kontrolowanych jednostkach rozwiązania organizacyjne oraz realizacja obowiązków wynikających z ustawy o świadczeniach, przy dotychczasowej skali TOZ, umożliwiały w większości przypadków poszanowanie praw pacjentów, w tym poprzez obsługę wnioskodawców ubiegających się o zwrot kosztów leczenia za granicą lub o uzyskanie uprzedniej zgody na leczenie w innym kraju UE. Jednak zwiększająca się liczba wniosków dotyczących zwrotu kosztów powodowała wydłużanie czasu prowadzonych postępowań.

Stwierdzone w tym zakresie nieprawidłowości świadczą o ograniczeniach aktualnego modelu organizacyjno-prawnego, wymuszających m.in. znaczne zaangażowanie Oddziałów NFZ w prowadzenie takich postępowań.

¹³ Osoby poddające się planowanemu leczeniu za granicami kraju stanowiły mniej niż 0,1% wszystkich pacjentów, uzyskujących świadczenia zdrowotne finansowane ze środków Funduszu na terenie kraju, a udziału dokonanych zwrotów kosztów świadczeń uzyskanych poza granicami kraju stanowił nie więcej niż 0,03% wydatków NFZ.

¹⁴ Kontrola koncentrowała się na dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej polegających na usunięciu zaćmy, witrektomii oraz endoprotezoplastyce stawów biodrowych i kolanowych.

Dotychczasowa skala świadczeń udzielanych obywatelom z innych państw UE, przez podmioty lecznicze realizujące równocześnie umowy zawarte z NFZ, nie spowodowała ograniczenia dostępu do nich osobom uprawnionym, a taka działalność krajowych podmiotów leczniczych nie była przedmiotem skarg kierowanych do Funduszu.

2.2 Synteza wyników kontroli

2.2.1. Zmiany w dostępności wybranych świadczeń zdrowotnych

1. W latach 2013–2016 nie nastąpiła istotna poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, spowodowana możliwością planowego leczenia za granicą w ramach TOZ. Tym samym nadal leczenie wielu schorzeń wymagało wielomiesięcznego oczekiwania na świadczenie, a w przypadku osób niezdolnych do pracy generowało dodatkowe wydatki w ramach ubezpieczeń społecznych¹⁵.

Dotychczas niewielka liczba świadczeniobiorców skorzystała z możliwości planowanego leczenia za granicami kraju (mniej niż 0,1%)¹⁶. Wynikało to nie tylko z ograniczenia swobody wyboru innego niż Polska kraju leczenia¹⁷, ale i też z konieczności samodzielnego ponoszenia przez pacjentów kosztów związanych z uzyskaniem świadczeń, z których jedynie część podlegała zwrotowi ze środków pozostających w dyspozycji NFZ. Jednocześnie, pomimo sukcesywnie zwiększanych nakładów na leczenie w kraju, rosnące potrzeby pacjentów nadal nie były w pełni zaspokajane.

W konsekwencji największe korzyści z wprowadzonych rozwiązań uzyskały te osoby, które poddały się na leczeniu za granicą w ramach TOZ, bez konieczności długotrwałego oczekiwania na świadczenie w kraju.

[pkt 3.1.3., 3.1.5., 3.1.6, 3.3.1. i 3.4.3 Informacji]

2. Systematycznie rosła liczba pacjentów korzystających z planowego leczenia w innych krajach UE, którzy wnioskowali o zwrot poniesionych na ten cel wydatków. Zwroty te nie przekraczały jednak 0,03% kwot przeznaczonych przez NFZ na zakup świadczeń w kraju. Jednocześnie ponad 90% zabiegów wykonanych w innych państwach UE dotyczyło leczenia tylko jednego schorzenia, tj. zaćmy.

¹⁵ Według ZUS w 2015 r. ze środków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz z funduszy zakładów pracy wypłacono ponad 15 mld zł z tytułu absencji chorobowej spowodowanej niezdolnością do pracy. Dane dostępne są na stronie <http://www.zus.pl> m.in. w opracowaniu *Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2015 r.*

¹⁶ Według danych podawanych w opracowaniu NFZ sporządzonym w czerwcu 2016 r. pt. Prognoza korzystania ze świadczeń szpitalnych finansowanych przez NFZ w kontekście zmian demograficznych w Polsce, w roku 2014 NFZ sfinansował 9 005 544 hospitalizacji, a według danych przekazanych przez NFZ na potrzeby niniejszej kontroli świadczeniobiorcy otrzymali zwrot, ujętych we wnioskach złożonych w latach 2014-2016, kosztów 257,6 000 i 10 233 świadczeń.

¹⁷ Zgodnie z art. 42b ust. 9 w związku z art. 42e ust. 1 ustawy o świadczeniach w przypadku świadczeń wymienionych w rozporządzeniu w sprawie wykazu, ich uzyskanie za granicą, musi być poprzedzone wydaniem zgody na takie leczenie przez Dyrektora Oddziału NFZ.

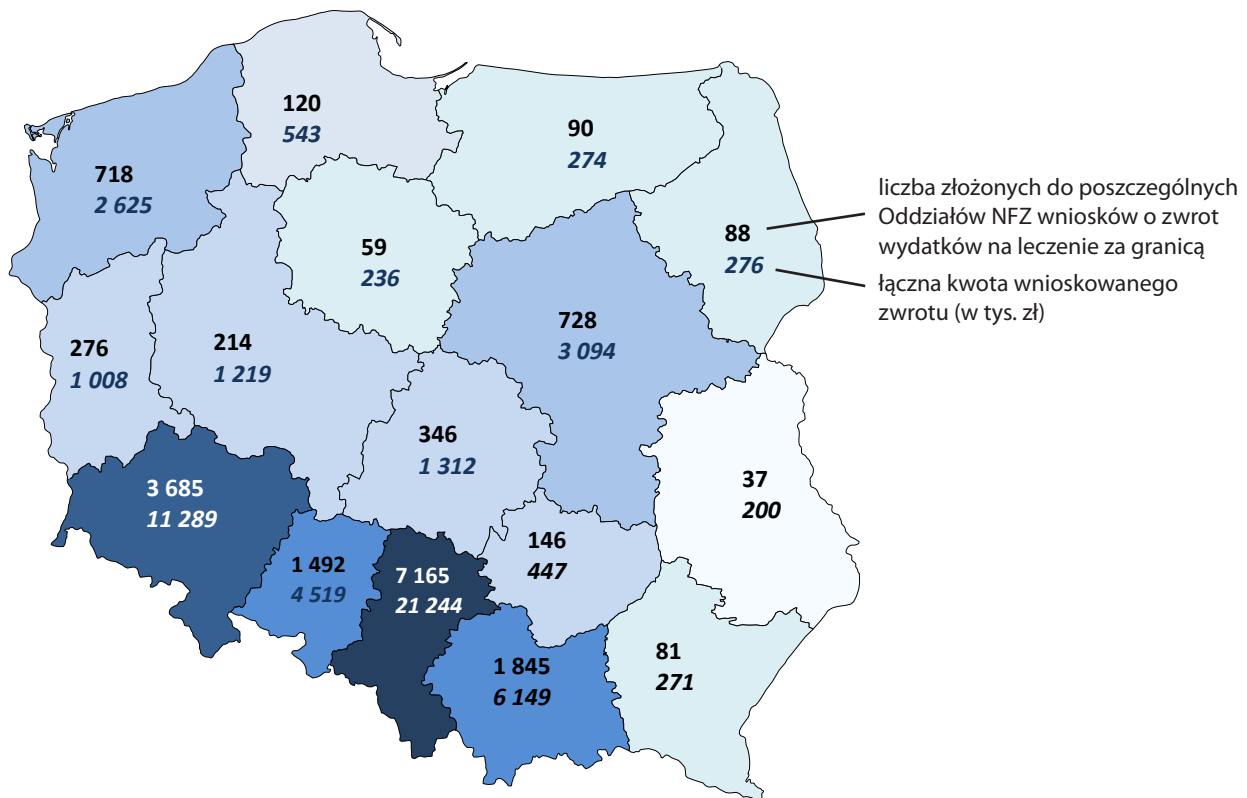
**Następuje
wrażny wzrost
zainteresowania
TOZ w tym
głównie
leczeniem zaćmy**

Na dzień 10 lutego 2017 r. do wszystkich Oddziałów NFZ zostało złożonych ogółem 17 090 wniosków o zwrot kosztów planowego leczenia za granicą na kwotę 54,7 mln zł¹⁸, a ich liczba, jak i wartość systematycznie rosła (z poziomu 160 wniosków na kwotę 1,7 mln zł w 2014 r. do 10 637 na kwotę 31 mln zł w 2016 r.). W porównaniu do ponoszonych przez Fundusz kosztów zakupu świadczeń w kraju (ponad 60 miliardów złotych rocznie), wydatki na TOZ były na znikomym poziomie (w 2016 r. nie przekraczały 0,03%).

[pkt 3.1.2., 3.1.4., 3.3.1., 3.4.3. i 3.4.5. Informacji]

Schemat nr 3

Zestawienie danych dotyczących liczby złożonych do poszczególnych Oddziałów NFZ wniosków o zwrot wydatków na leczenie za granicą (wartość górna) oraz łącznych kwot wnioskowanego zwrotu (wartość dolna – w tys. zł). Stan na 10 lutego 2017 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Centrali NFZ.

3. Pomimo zwiększającej się liczby pacjentów, korzystających za granicą ze świadczeń w zakresie usunięcia zaćmy, jak również zwiększających się nakładów na ten cel w kraju, w latach 2013–2016 poprawa dostępności do takiego leczenia nastąpiła jedynie w zakresie przypadków pilnych. W pozostałych (tzw. stabilnych), z uwagi na zwiększającą się liczbę rozpoznań zaćmy, nastąpił znaczny wzrost liczby oczekujących, jak również zwiększył się średni czas oczekiwania na uzyskanie świadczenia w kraju.

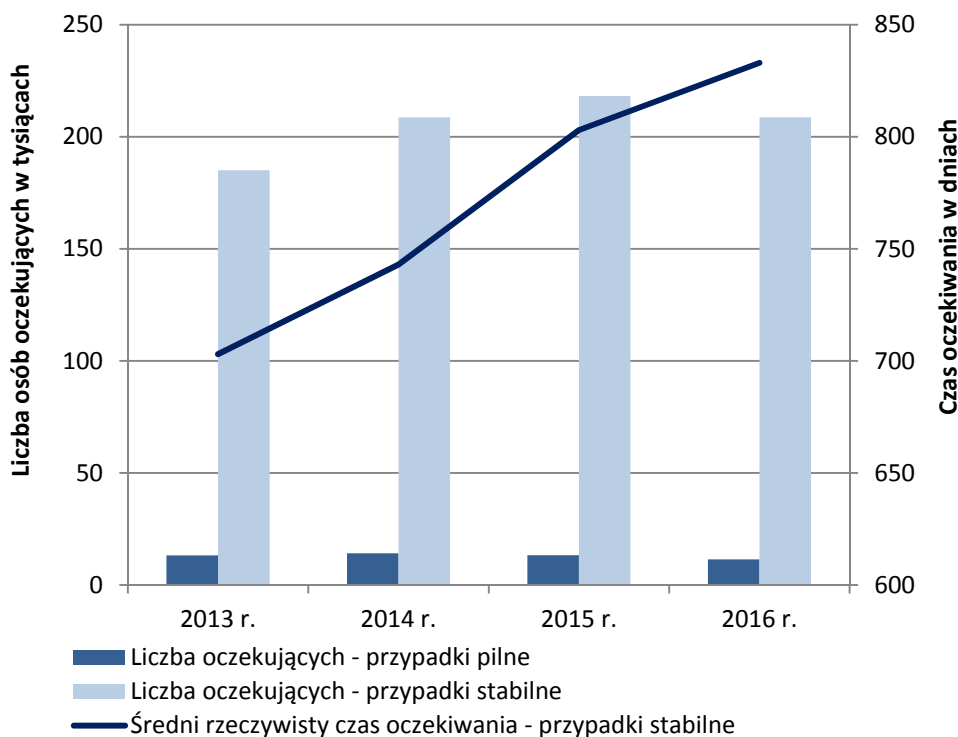
¹⁸ Kwota wynikająca z dołączonych do wniosków rachunków po przeliczeniu według kursu NBP obowiązującego w dniu wystawienia rachunku.

Brak istotnej poprawy dostępu do leczenia zaćmy

Łączna liczba oczekujących na usunięcie zaćmy w podmiotach leczniczych realizujących umowy zawarte z kontrolowanymi Oddziałami NFZ zwiększyła się ze 198,3 tys. osób (w październiku 2013 r.) do 220,1 tys. osób (w październiku 2016 r.), tj. o 11%. Nastąpił również wzrost średniego rzeczywistego czasu oczekiwania o 18,5% (do 833 dni)¹⁹, pomimo tego, iż kilka tysięcy pacjentów zdecydowało się na leczenie za granicą²⁰. Jedyne dla przypadków pilnych odnotowano spadek liczby oczekujących (o 13,3%) i średniego rzeczywistego czasu oczekiwania (o 16,6%), co jednak mogło wynikać jedynie z różnej praktyki kwalifikowania pacjentów do leczenia w trybie pilnym i stabilnym. [pkt 3.1.2. i 3.4.5. Informacji]

Wykres nr 1

Wybrane dane dotyczące dostępności leczenia zaćmy w latach 2013–2016 w kontrolowanych Oddziałach NFZ (stan na 31 października)



Źródło: Ustalenia kontroli NIK.

4. Również w przypadku schorzeń stawów, których leczenie stanowiło przedmiot największej liczby wniosków o wyrażenie uprzedniej zgody, implementacja dyrektywy 2011/24/UE nie skutkowała poprawą dostępności do świadczeń endoprotezoplastyki stawów biodrowych i kolanowych. W latach 2013–2016 nastąpił bowiem znaczny wzrost liczby oczekujących na takie świadczenia, a także wydłużył się średni czas oczekiwania, pomimo zwiększających się nakładów na ten cel.

¹⁹ Wystąpił również wzrost średniego przewidywanego czasu oczekiwania dla przypadków stabilnych z 908 dni do 1 056 dni, tj. o 16,3%.

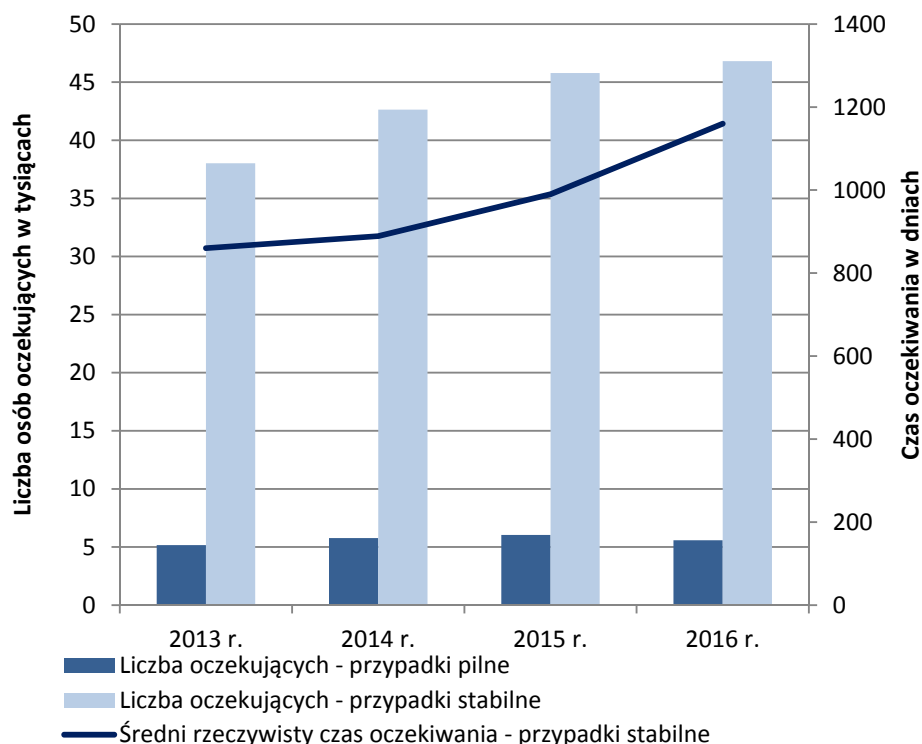
²⁰ Łącznie do kontrolowanych Oddziałów NFZ złożone zostały 8 462 wnioski o zwrot poniesionych na ten cel kosztów.

Brak istotnej poprawy dostępu do leczenia chorób stawów

Łączna liczba oczekujących na endoprotezoplastykę stawów biodrowych i kolanowych w podmiotach leczniczych realizujących umowy zawarte z kontrolowanymi Oddziałami NFZ zwiększyła się z 84 tys. osób (w październiku 2013 r.) do 109,6 tys. osób (w październiku 2016 r.), tj. o 30,4%. Nastąpił również wzrost średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na endoprotezoplastykę stawu biodrowego dla przypadków stabilnych o 34,9% (do 1 160 dni), a dla pilnych o 9,8% (do 437 dni). W przypadku endoprotezoplastyki stawu kolanowego dla przypadków stabilnych czas ten wzrósł natomiast o 38,8% (do 1 216 dni), a dla przypadków pilnych o 30,1% (do 708 dni). Wzrosty te nastąpiły pomimo zwiększających się nakładów NFZ w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu w rodzaju SZP, jak i faktycznego wzrostu wydatków na sfinansowanie świadczeń endoprotezoplastyki stawów (średniomiesięcznie z 20,5 mln zł w 2014 r. do 25,6 mln zł w 2016 r.) skutkującego wzrostem liczby udzielonych świadczeń (średniomiesięcznie z 1 428 w 2014 r. do 1 735 w 2016 r.). [pkt 3.1.6. i 3.4.2. Informacji]

Wykres nr 2

Wybrane dane dotyczące dostępności endoprotezoplastyki stawu biodrowego w latach 2013–2016 w kontrolowanych Oddziałach NFZ (stan na 31 października)



Źródło: Ustalenia kontroli NIK.

2.2.2. Monitorowanie i kontrola list osób oczekujących

1. Kontrolowane Oddziały NFZ, jako podmioty zobowiązane m.in. do określania dostępności świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, dysponowały informacjami dotyczącymi m.in. liczby

Informacje o dostępności leczenia nie były w pełni rzetelne

osób oczekujących. Dane te nie zawsze jednak były rzetelne, co mogło wprowadzać pacjentów w błąd i mobilizować do podejmowania leczenia poza granicami kraju.

Podmioty lecznicze zobowiązane były do przekazywania na bieżąco do NFZ danych dotyczących liczby osób oczekujących na świadczenia, czasu oczekiwania na jego udzielenie oraz pierwszego wolnego terminu. Poszczególne Oddziały NFZ weryfikowały i analizowały ww. dane, a w uzasadnionych przypadkach zobowiązywały świadczeniodawców do ich korekty. Dyrektorzy Oddziałów NFZ nakładali również kary umowne na podmioty lecznicze, które uchylały się od obowiązku przesyłania ww. informacji. O braku rzetelności przedkładanych w tym zakresie informacji świadczą również wyniki prowadzonych przez Oddziały NFZ postępowań wyjaśniających wszczynanych po otrzymaniu skarg oraz informacji przesyłanych elektronicznie (z wykorzystaniem aktywnego formularza na stronie kolejki.nfz.gov.pl, z których ponad 1/3 było zasadnych), jak też wyniki kontroli prowadzonych u świadczeniodawców.

[pkt 3.2.1., 3.2.4., 3.2.8., 3.2.9, 3.3.3., 3.3.7., 3.4.2. i 3.4.10 Informacji]

2. NFZ prowadził kontrole realizacji przez podmioty lecznicze umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jednak tylko niewielka ich część dotyczyła list oczekujących, a czas oczekiwania na świadczenie nie był kryterium doboru podmiotów do kontroli.

Czas oczekiwania nie stanowił kryterium doboru podmiotów do kontroli

W latach 2014–2016 (I półrocze) pracownicy objętych kontrolą Oddziałów NFZ przeprowadzili weryfikację prawidłowości realizacji przez świadczeniodawców łącznie 2 026 umów o świadczenie opieki zdrowotnej. Tylko w 386 przypadkach (19,1%) przedmiotem takich kontroli było również prowadzenie list oczekujących. Odsetek ten był jednak znacznie niższy w ramach weryfikacji umów o świadczenie opieki zdrowotnej w rodzaju SZP, gdzie listy oczekujących zostały objęte kontrolą jedynie w odniesieniu do 47 na badanych 717 umów (6,6%). W czterech²¹ z sześciu Oddziałów NFZ przeprowadzone były kontrole świadczeniodawców, którzy wykazywali najdłuższe czasy oczekiwania na udzielenie świadczeń w zakresach dotyczących okulistyki oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu, jednakże okoliczność ta nie była kryterium doboru podmiotów do kontroli.

W wyniku 25% kontroli, które swoim przedmiotem obejmowały również kwestię prawidłowości prowadzenia list oczekujących, NFZ stwierdził nieprawidłowości polegające na naruszeniu obowiązujących przepisów prawa, w tym poprzez nieprowadzenie list, zaniechanie zamieszczenia na liście niektórych wymaganych danych, czy też ujmowanie w tych dokumentach błędnych informacji. Występowały również jednostkowe przypadki przekazywania do NFZ informacji niezgodnych z danymi gromadzonymi na listach oczekujących.

[pkt 3.2.2 i 3.2.3. Informacji]

²¹ POW, ZOW, ŚOW i DOW.

2.2.3. Planowanie zakupu świadczeń i realizacja umów o świadczenie opieki zdrowotnej

Środki zabezpieczone na TOZ wykorzystywane były w znikomej części

1. Wdrożenie dyrektywy 2011/24/UE skutkowało wyodrębnieniem w budżecie NFZ środków przeznaczonych na transgraniczną opiekę zdrowotną, lecz pierwotnie planowane na ten cel kwoty wykorzystywane były jedynie w niewielkim zakresie. W dłuższej perspektywie, negatywne skutki takiego stanu były minimalizowane, gdyż niewykorzystane kwoty tej rezerwy przeznaczano w następnych latach na zakup świadczeń w kraju.

W latach 2012–2017 planowane przez NFZ koszty zakupu świadczeń obejmujące zarówno kwoty przeznaczane na zakup świadczeń w kraju, jak i za granicą, corocznie rosły (do poziomu 73 707 mln zł, tj. o 18,6%). Jednocześnie systematycznie obniżała się kwota środków, które nie zostały wykorzystane przez NFZ na ten cel (z 2 278,1 mln zł w 2012 r. do 729,8 mln zł w 2015 r.²²).

W planach finansowych Centrali NFZ na lata 2014–2016 tworzone były rezerwy na koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielone w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej. W 2014 r. pierwotnie zaplanowana na ten cel rezerwa w kwocie 305,9 mln zł²³, nie została w całości wykorzystana, z zaplanowanej na 2015 r. pierwotnie kwoty 376,5 mln zł (obniżonej do 50 mln zł) wydatkowano jedynie 8,4 mln zł, a w roku 2016 z rezerwy w kwocie 385,9 mln zł wydatkowano 17,6 mln zł²⁴. Pozostałe do dyspozycji NFZ środki z ww. rezerwy nie były wykorzystywane w poszczególnych latach na zaspokojenie potrzeb pacjentów²⁵. Dopiero w wyniku działań podejmowanych po zakończeniu realizacji planu finansowego Centrali na dany rok, środki te były przeznaczane na sfinansowanie przez Oddziały NFZ świadczeń na terenie kraju. [Pkt 3.3.1. i 3.3.2. Informacji]

2. Objęte kontrolą Oddziały NFZ zwiększały środki na zakup świadczeń, co powodowało poprawę dostępu do leczenia. Jednakże świadczeń będących głównym przedmiotem TOZ nie uznawano za priorytetowe, i w konsekwencji przeznaczane na ten cel środki nie zapewniły pełnego zaspokojenia potrzeb pacjentów.

Świadczenia będące przedmiotem TOZ nie były w kraju uznane za priorytetowe

Skala leczenia za granicą w ramach TOZ nie stanowiła bezpośredniej przesłanki do określania przez Oddziały NFZ zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne i tworzenia założeń do planów zakupu świadczeń. Pod uwagę brane natomiast były m.in. zalecenia Centrali NFZ, dane wynikające z listy oczekujących, jak też tzw. priorytety zdrowotne określone na poziomie ogólnopolskim, centralnym i regionalnym. Tym samym poszczególne Oddziały NFZ, w ramach dostępnych środków, uwzględniały potrzeby pacjentów. Dokonując zmian planów

²² Procentowy spadek niewykonania planu w pozycji B.2 zmniejszył się z 3,7% do 1,1% wydatków zaplanowanych.

²³ Rezerwa B.2.19 w planie finansowym na 2014 r. utworzona została w wyniku zmiany Planu finansowego NFZ na 2014 r. dokonanej zarządzeniem Prezesa NFZ Nr 83/2014/DEF z dnia 15 grudnia 2014 r. w sprawie zmiany planu finansowego NFZ na 2014 r., polegającej m.in. na zmniejszeniu pozycji B.2.16 Rezerwa na pokrycie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej oraz refundacji leków o kwotę 305 934 tys. zł i na zwiększeniu o taką samą kwotę pozycji B.2.19 Rezerwa na koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielone w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej.

²⁴ Na rok 2017 rezerwa ta została zaplanowana w kwocie 395,5 mln zł.

²⁵ Niewykorzystane środki na TOZ (w latach 2014-2015 347 492 tys. zł) były niższe od kwot niewykorzystanych na leczenie w kraju (1 561 078 tys. zł).

finansowych zwiększono m.in. poziom finansowania w zakresach okulistyki oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu, które nie były uznawane jednak za priorytetowe. Zmiany te uzasadniano koniecznością zmniejszenia liczby oczekujących na leczenie. W latach 2014–2016, o 8,1% zwiększyła się liczba świadczeń polegających na usunięciu zaćmy, o 21,5%, endoprotezoplastyk stawów, a o 12,2% witrektomii. Wzrosły też wydatki na ww. świadczenia ponoszone w poszczególnych miesiącach przez objęte kontrolą jednostki, z poziomu 42,2 mln zł w 2014 r. do 49,6 mln zł w 2016 r. (o 17,5%). Pomimo tego, konieczność długotrwałego oczekiwania na takie leczenie w kraju, powodowała wyraźne zwiększenie zainteresowania TOZ, a w konsekwencji wydatków na leczenie za granicą. [pkt 3.3.3. i 3.3.4. Informacji]

3. Wszystkie objęte kontrolą Oddziały NFZ monitorowały realizację umów zawartych z podmiotami leczniczymi, a także podejmowały działania w celu pełnego wykorzystania środków przeznaczonych na leczenie wybranych schorzeń, w tym usuwanie zaćmy.

NFZ monitorował realizację umów z podmiotami leczniczymi

W ramach tych działań analizowano poziom realizacji kontraktów, jak też możliwości dokonywania przesunięć niewykorzystanych środków m.in. na rzecz świadczeń realizowanych przez dany podmiot ponad dotychczasowy limit. Wprowadzane do umów zmiany zmierzały do pełnego wydatkowania środków pozostających w dyspozycji objętych kontrolą Oddziałów NFZ, co przyczyniało się do lepszego wykorzystania potencjału świadczeniodawców. W konsekwencji w żadnej z ww. jednostek nie wystąpiły przypadki istotnego ograniczenia liczby udzielonych świadczeń usuwania zaćmy w stosunku do zakładanego w tym zakresie poziomu. Również w przypadku rezygnacji przez podmioty lecznicze z realizacji umów, na bieżąco podejmowane były działania mające na celu ograniczenie negatywnego dla pacjentów wpływu takich zdarzeń. [pkt 3.2.6., 3.3.4. i 3.3.5. Informacji]

2.2.4. Postępowania poprzedzające zwrot kosztów leczenia w innych krajach UE

1. Organizacja Oddziałów NFZ zapewniała realizację zadań wynikających z implementacji dyrektywy transgranicznej. Jednocześnie następował systematyczny wzrost wydatków ponoszonych przez kontrolowane Oddziały NFZ na obsługę administracyjną TOZ, a ich skala była istotna w stosunku do kwot dokonywanych zwrotów.

Wydatki na obsługę TOZ były istotne w stosunku do dokonywanych zwrotów

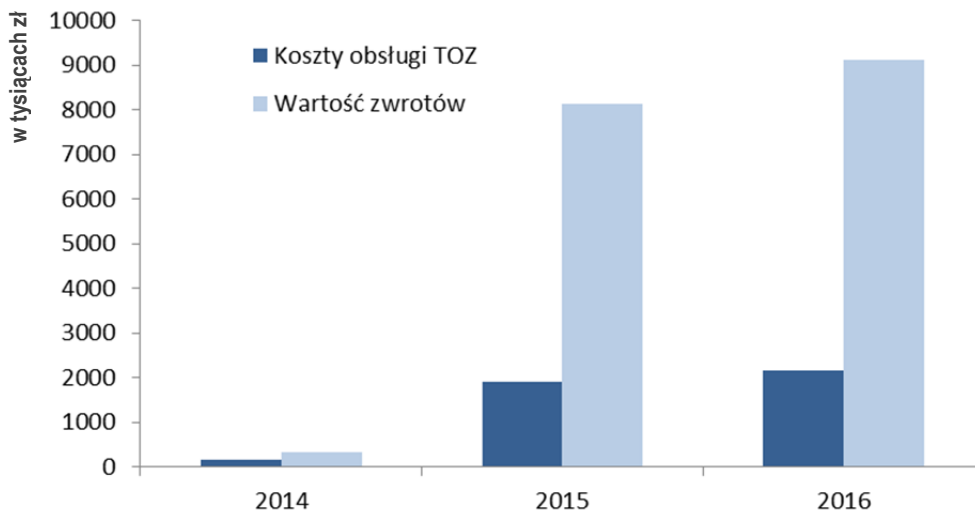
Nałożenie na NFZ dodatkowych zadań skutkowało m.in. koniecznością zwiększenia zatrudnienia w poszczególnych Oddziałach Funduszu. Środki na ten cel uwzględnione zostały w planach finansowych objętych kontrolą jednostek, co wynikało z podziału w skali całego kraju²⁶ środków na dodatkowe 50 etatów (w tym sześciu dla ŚOW, pięciu dla DOW, a po cztery dla pozostałych Oddziałów NFZ objętych kontrolą).

²⁶ Podziału dokonano przy uwzględnieniu położenia geograficznego i liczby ludności danego województwa.

W związku z realizacją zadań obsługowych kontrolowane jednostki średniomiesięcznie wydatkowały w 2015 r. 191 tys. zł, a w 2016 r. 205 tys. zł (wzrost o ok. 7%). Stanowiło to odpowiednio 26% i 19% kwot²⁷ dokonywanych zwrotów.

Wykres nr 3

Koszty obsługi i kwoty zwrotów w kontrolowanych Oddziałach NFZ



Źródło: Ustalenia kontroli NIK.

W tym zakresie wystąpiły jednak znaczące dysproporcje pomiędzy poszczególnymi oddziałami, i tak np. w POW i LOW kwoty dokonanych zwrotów były niższe od poniesionych kosztów obsługi, natomiast w ŚOW koszty te stanowiły jedynie 11% takich zwrotów. [pkt 3.4.8. i 3.4.9. Informacji]

2. W całym okresie systematycznie wzrastała liczba składanych do Oddziałów NFZ wniosków o zwrot kosztów świadczeń udzielonych poza granicami kraju. Liczba wniosków o wyrażenie uprzedniej zgody pozostawała natomiast na bardzo niskim poziomie.

Liczba składanych wniosków o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w opiece transgranicznej w latach 2014–2016 wzrastała, z poziomu 118 w 2014 r. (od 15 listopada), poprzez 4 066 w 2015 r. do 5 446 wniosków w 2016 r. (do września). Wzrastała również łączna wartość wnioskowanych do zwrotu kwot z 0,8 mln zł w 2014 r., poprzez 13,6 mln zł w 2015 r. do 15,6 mln zł w 2016 r.

Ustalenia kontroli wskazują, że od 6% (w LOW) do ok. 50% (w DOW) dokonywanych zwrotów, było przekazywanych na rzecz osób innych niż pacjenci. Większość pełnomocników pacjentów stanowiły osoby fizyczne działające równocześnie na rzecz podmiotów gospodarczych prowadzących działalność w zakresie organizacji leczenia za granicą.

²⁷ Średniomiesięczna wartość zwrotów wynosiła w latach 2014-2016 odpowiednio 242,5 tys. zł, 743 tys. zł i 1 069 tys. zł.

Znikome było zainteresowanie uzyskaniem uprzedniej zgody na leczenie za granicą

W latach 2014–2016 do kontrolowanych Oddziałów NFZ wpłynęło również 68 wniosków²⁸ w sprawie, o której mowa w art. 42b ust. 9 ustawy o świadczeniach, tj. o wyrażenie przez dyrektora Oddziału NFZ uprzedniej zgody na uzyskanie świadczenia opieki zdrowotnej w innym niż Polska kraju UE. W głównej mierze przedmiotem takich wniosków były świadczenia endoprotezoplastyki stawów (pozostałe dotyczyły m.in. protezoplastyki stawów, leczenia artroskopowego stawów i mięśni, czy też przeprowadzania zabiegu usunięcia zaćmy starczej wymagającego kilkudniowego pobytu w szpitalu).

[pkt 3.4.2., 3.4.3., 3.4.5. i 3.4.16 Informacji]

3. Kontrolowane Oddziały NFZ w większości przypadków prawidłowo prowadziły postępowania administracyjne dotyczące TOZ. Wzrastająca jednak liczba spraw powodowała wydłużenie czasu trwania takich postępowań, co w wielu przypadkach skutkowało naruszeniem obowiązujących terminów.

W okresie objętym kontrolą tylko w jednym przypadku wydana została uprzednia zgoda (przez Dyrektora ŚOW) na uzyskanie świadczenia opieki zdrowotnej w innym niż Polska kraju UE, a w innych pięciu postępowaniach decyzje były odmowne (z uwagi na możliwość podjęcia leczenia w kraju). Spośród wszystkich złożonych w tym zakresie wniosków 52 (76,5%) zostało pozostawionych bez rozpatrzenia, gdyż nie zostały one uzupełnione przez wnioskodawców w wymaganym terminie. Braki te dotyczyły głównie tych elementów, do których wypełnienia uprawniony był jedynie lekarz, co świadczy o istotnej roli tego podmiotu w dostępie pacjenta do leczenia za granicą. Nie stwierdzono naruszenia przez Oddziały NFZ obowiązujących przepisów dotyczących postępowania w sprawie wniosków²⁹ o udzielenie uprzedniej zgody.

Ponad 17% postępowań nie zostało terminowo zakończonych

W wyniku analizy próby obejmującej dokumentację 311³⁰ postępowań administracyjnych dotyczących zwrotu kosztów, w 53 przypadkach³¹ stwierdzono nieprawidłowości, które dotyczyły terminowości rozpatrzenia takich wniosków, co stanowiło naruszenie art. 42d ust. 13 i ust. 14 ustawy o świadczeniach. W przypadku ŚOW skala tego zjawiska była znacząca, gdyż obejmowała 69% badanej próby. Powyższe spowodowane było największym w kraju obciążeniem tego oddziału (wpłynęło do niego 41,9% wszystkich wniosków), przy jednoczesnym występowaniu ograniczeń kadrowych wynikających z niewspółmiernego do zadań podziału środków na dodatkowe etaty (6 z 50).

[pkt 3.4.1., 3.4.2., 3.4.3., 3.4.6., 3.4.8., 3.4.10. i 3.4.11. Informacji]

4. Zwroty z tytułu leczenia za granicą były niższe lub równe od kwot ujmowanych we wnioskach, które wpływały do objętych kontrolą

²⁸ W tym 2 w 2014 r., 35 w 2015 r. i 31 w 2016 r.

²⁹ Kontrolą objęto wszystkie 68 wniosków.

³⁰ Objęta badaniami próba wniosków dobrana została w losowo (300 postępowań) oraz w części celowo (11 postępowań).

³¹ Postępowania prowadzone w LOW (19) i ŚOW (34).

Oddziałów NFZ. Wysokość takich zwrotów każdorazowo ustalana była zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach, w tym w oparciu o cenniki sporządzone przez Centralę NFZ.

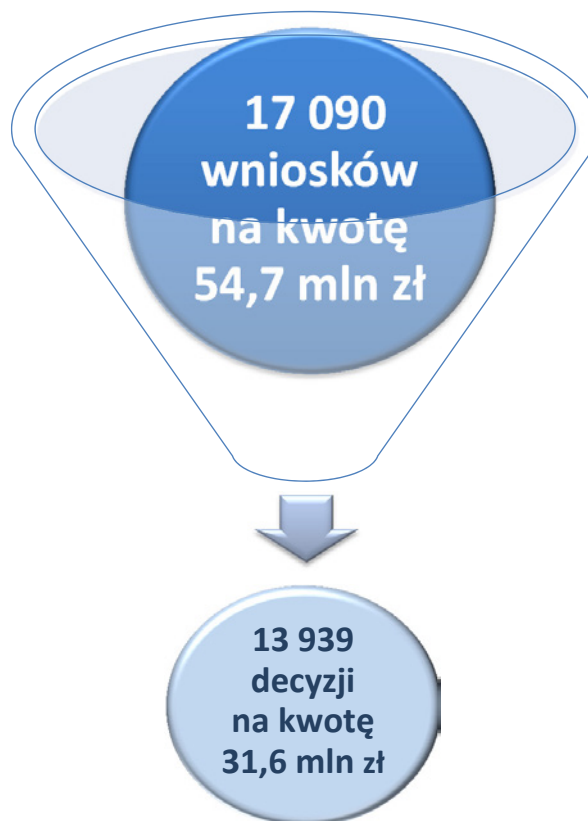
Zarówno przeciętne kwoty, o których zwrot wnioskowali świadczeniobiorcy, jak również zwroty dokonywane przez poszczególne Oddziały NFZ ulegały zmniejszeniu. I tak, średnia wartość wniosku zmniejszyła się z 6,9 tys. zł w 2014 r. do 2,9 tys. zł w 2016 r., a średnia wartość zwrotu z 3,7 tys. zł w 2014 r. do 2,1 tys. zł w 2016 r. Tym samym dokonane przez NFZ zwroty stanowiły jedynie 54,1%, 70,4% i 72,1% kosztów objętych wnioskami świadczeniobiorców z lat 2004–2016.

**Zwroty
obejmowały
72% kwot
wnioskowanych**

Średnia wartość wniosku, którego przedmiotem było usunięcie zaćmy zmniejszyła się z 3,1 tys. zł w 2014 r. do 2,9 tys. zł w 2016 r., a przeciętna kwota zwrotu zmniejszyła się z 2,7 tys. zł w 2014 r. do 2,1 tys. zł w 2016 r. Wartość jednostkowego zwrotu odpowiadała limitowi, o którym mowa w art. 42c ust. 1 i ust. 6 ustawy o świadczeniach³² ustalonemu przez Prezesa NFZ w formie tzw. Cennika.

Schemat nr 4

Wartość i liczba wniosków o zwrot kosztów oraz decyzji i dokonanych zwrotów



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Centrali NFZ.

³² Limit zwrotu ustalany jest w wysokości średniej ważonej kwoty finansowania obliczonej na podstawie zróżnicowanych wysokości kwot finansowania stosowanych w rozliczeniach między NFZ a świadczeniodawcami, w skali całego kraju.

Rozbieżności pomiędzy kosztami ujmowanymi we wnioskach a kwotami przyznanych zwrotów wynikały nie tylko z obejmowania tymi wnioskami faktycznie poniesionych przez pacjentów kosztów³³, które jednak zgodnie z obowiązującymi przepisami nie podlegały zwrotowi, ale co istotniejsze, z odmiennej wyceny świadczenia w Polsce, w stosunku do kosztów jego uzyskania w innych krajach UE i różnicowania standardu świadczenia, spowodowanego m.in. możliwością wyboru świadczeń o wyższej jakości, np. zastosowania soczewki o specjalnych (dodatkowych) właściwościach.

[pkt 3.4.4. i 3.4.11. Informacji]

2.2.5. Działania na rzecz upowszechniania informacji dotyczących TOZ oraz współpracy transgranicznej

Zapewniony został dostęp do informacji

1. Osoby zainteresowane możliwością leczenia za granicą miały zapewniony dostęp do informacji dotyczących praw wynikających z implementacji dyrektywy transgranicznej.

Zgodnie z art. 97a ustawy o świadczeniach w Centrali NFZ utworzony został Krajowy Punkt Kontaktowy, którego zadania koncentrowały się na upowszechnianiu wiedzy na temat TOZ. Jednocześnie informacje w tym zakresie były na bieżąco udzielane przez poszczególne Oddziały NFZ. Objęte kontrolą jednostki udzieliły zainteresowanym około 24,9 tys. odpowiedzi na pytania dotyczące m.in. dostępności świadczeń oraz procedur w ramach TOZ, czy też zasad i stawek zwrotu kosztów leczenia za granicą.

[pkt 3.4.17 Informacji]

Brak skarg dotyczących naruszenia praw pacjentów w zakresie TOZ

2. Objęte kontrolą Oddziały NFZ nie stwierdziły przypadków naruszeń praw pacjentów wynikających z TOZ. Do jednostek tych nie wpływały również skargi dotyczące tej problematyki.

Skargi wpływające do Oddziałów NFZ nie dotyczyły naruszenia praw pacjentów wynikających z implementacji dyrektywy transgranicznej, np. poprzez stosowanie preferencji w świadczeniu opieki na rzecz pacjentów odpłatnych. Do Centrali NFZ nie były kierowane skargi o charakterze systemowym, w wyniku których konieczne byłoby podjęcie działań mających na celu zapewnienie poszanowania praw pacjentów korzystających lub zamierzających skorzystać z TOZ.

[pkt 3.2.8. i 3.4.15. Informacji]

3. Objęte kontrolą Oddziały NFZ nie podejmowały współpracy z innymi podmiotami, w tym zagranicznymi, w dziedzinie transgranicznej opieki zdrowotnej. Brak było również rozwiązań ułatwiających poddanie się obserwacji medycznej (o której mowa w art. 5 lit. c dyrektywy transgranicznej) i kontynuacji leczenia na terytorium kraju osobom, które skorzystały z TOZ.

³³ W tym m.in. koszty dojazdu do miejsca uzyskania świadczenia, pobytu w miejscu uzyskania świadczenia, jak i tłumaczenia dokumentów koniecznych do złożenia wniosków.

Zaniechanie współpracy transgranicznej

Jednym z celów dyrektywy transgranicznej jest promowanie współpracy w zakresie opieki zdrowotnej między państwami członkowskimi. Dlatego też państwa członkowskie zostały zobowiązane do ułatwiania współpracy między świadczeniodawcami, płatnikami i organami regulacyjnymi zarówno na poziomie krajowym, jak i regionalnym. Pomimo tego żaden z kontrolowanych Oddziałów NFZ nie podjął takiej współpracy z innymi podmiotami, w tym zagranicznymi.

Brak ułatwień w kontynuacji leczenia w kraju

Państwa członkowskie zobowiązane³⁴ zostały również do zapewnienia osobom korzystającym z leczenia za granicą takiej obserwacji medycznej, jaka byłaby zapewniona świadczeniobiorcy w przypadku skorzystania z leczenia na jego terytorium. W aktualnym stanie prawnym osoba, która chciałaby poddać się obserwacji lub w inny sposób kontynuować leczenie w kraju, korzystając z publicznego systemu opieki zdrowotnej, musi posiadać skierowanie, na podstawie którego zostanie zapisana na liście oczekujących jako tzw. pacjent pierwszorazowy. Powoduje to, że dostęp do niektórych specjalistycznych świadczeń opieki zdrowotnej, na których udzielenie w kraju oczekuje znaczna liczba osób, może być znacznie utrudniony i w konsekwencji mobilizować do ponownego skorzystania z leczenia za granicą.

[pkt 3.4.14. Informacji]

4. Ponad połowa podmiotów leczniczych³⁵ udzielała odpłatnie świadczeń opieki zdrowotnej osobom, które podlegały ubezpieczeniom zdrowotnym na terenie innych niż RP krajów UE i finansowały takie świadczenie z własnych środków. Ich liczba była jednak niewielka, i nie przekraczała 5% wszystkich pacjentów w skali roku.

Skala aktywności podmiotów leczniczych w leczeniu cudzoziemców była znacznie zróżnicowana, jednakże utrzymywała się na stosunkowo niskim poziomie (ok. 1% pacjentów leczonych w ciągu roku). Znacząca większość z tych podmiotów dysponowała cennikami odpłatnych świadczeń, a połowa z nich przyznała, że ceny zawarte w tych cennikach ustalone zostały na poziomie wyższym od stosowanego w rozliczeniach z NFZ. Pomimo tego, jedynie 10 szpitali podjęło współpracę z podmiotami innymi niż NFZ w celu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, a tylko dwa z nich wskazały na transgraniczny charakter takiej współpracy.

Znikome korzyści z TOZ dla podmiotów leczniczych

Marginalna skala tego zjawiska, przy równoczesnym dysponowaniu przez te podmioty potencjałem do udzielania świadczeń w zakresie okulistyki i ortopedii większym niż wymagany do realizacji umów zawartych z kontrolowanymi Oddziałami NFZ³⁶ powodowała, iż leczenie obcokrajowców

³⁴ Na podstawie z art. 5 lit. c dyrektywy 2011/24/UE.

³⁵ W trakcie kontroli, na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK, zwrócono się do wybranych podmiotów leczniczych z terenów przygranicznych, realizujących zawarte z NFZ umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju SZP, z pytaniami dotyczącymi prowadzonej przez te podmioty działalności. Informacje te przedstawiło 101 podmiotów leczniczych (szpitali), z których 57 potwierdziło udzielanie świadczeń obcokrajowcom.

³⁶ Spośród podmiotów udzielających świadczeń w zakresie okulistyki i/lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu 57 zadeklarowało potencjał wyższy od wynikającego z zawartych z NFZ umów, nawet o 70% aktualnego poziomu.

nie miało negatywnego wpływu na realizację zobowiązań wobec NFZ. Świadczy to jednocześnie o tym, że podmioty lecznicze w znikomym zakresie wykorzystywały możliwości jakie wprowadziła dyrektywa transgraniczna. [pkt 3.5.3. Informacji]

2.3 Uwagi i wnioski

1. Ustalenia kontroli NIK odnoszące się do prowadzenia postępowań w sprawie zwrotu kosztów świadczenia opieki zdrowotnej uzyskanego w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej wskazują na występowanie istotnego ryzyka dla sprawnej realizacji przez NFZ obowiązków w tym zakresie, związanego z rosnącą liczbą wniosków stanowiących podstawę wszczynania takich postępowań³⁷.

Problem ten szczególnie uwidocznił się w przypadku ŚOW, tj. podmiotu, do którego jak wskazano powyżej, wpłynęło najwięcej w skali kraju (41,9%) wniosków dotyczących zwrotu kosztów, a w którym ponad 2/3 z dobranej losowo próby postępowań nie zostało zakończonych w terminach wynikających z art. 42d ust. 13 lub ust. 14 ustawy o świadczeniach. W przypadku dwóch innych Oddziałów NFZ także występowały przekroczenia terminów wydania decyzji (art. 42d ust. 13 ustawy o świadczeniach) lub dokonania zwrotu (art. 42d ust. 3 ustawy o świadczeniach), pomimo znacznego zaangażowania tych jednostek w realizację tego obowiązku.

Mając na uwadze specyfikę finansowania świadczeń planowych udzielonych za granicą, w tym przeznaczanie na ten cel kwot będących odzwierciedleniem wydatków ponoszonych na takie leczenie w kraju, zdaniem NIK, stosowanie wszystkich przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. *Kodeks postępowania administracyjnego*³⁸ w postępowaniach o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej uzyskanych na terytorium innego państwa członkowskiego UE powoduje nadmierne wydłużenie czasu ich trwania i generuje dodatkowe koszty administracyjne. Nie bez znaczenia pozostaje również wysoki poziom kosztów realizacji zadań związanych z obsługą transgranicznej opieki zdrowotnej, który w skrajnych przypadkach przekraczał kwoty przeznaczone na zwrot kosztów leczenia za granicą. Utrzymanie obecnego modelu organizacyjno-prawnego, w przypadku dalszego wzrostu liczby osób leczonych za granicą, wymusi zwiększenie zatrudnienia do obsługi wniosków, np. kosztem ograniczenia aktywności w innych obszarach.

Dlatego też zasadnym jest podjęcie przez **Ministra Zdrowia** działań mających na celu **uproszczenie, uregulowanej w ustawie o świadczeniach, procedury rozpatrywania wniosków o zwrot kosztów opieki zdrowotnej uzyskanej w innym niż RP kraju członkowskim UE i dokonywania zwrotów, w tym szczególnie poprzez rozważenie rezygnacji z obowiązku:**

- **zawiadamiania wnioskodawcy o zakończeniu postępowania dowodowego i wyznaczenia terminu, do którego wnioskodawca może zapoznać się ze zgromadzonym materiałem dowodowym i zgłaszać żądania – w przypadku, gdy zostały spełnione przesłanki do dokonania zwrotu, a materiał dowodowy ogranicza się wyłącznie do dokumentów załączonych przez świadczeniobiorcę do wniosku³⁹,**

³⁷ W listopadzie 2016 r. wpłynęły 1 263 wnioski, tj. o 120,4% więcej niż w listopadzie 2015 r., w grudniu 2016 r. wpłynęły 1 382 wnioski tj. 127,7% więcej niż w grudniu 2015 r., natomiast w styczniu 2016 r. wpłynęło 1 057 wniosków, tj. o 141,9% więcej niż w styczniu 2015 r.

³⁸ Dz. U. z 2016 r. poz. 23, ze zm., dalej: *Kpa*.

³⁹ Stosowanie art. 10 *Kpa* należałoby natomiast uznać za uzasadnione w takich przypadkach, w których w związku z przeprowadzeniem dodatkowych dowodów konieczne będzie umożliwienie wnioskodawcy zapoznania się z ich treścią i zajęcia ostatecznego stanowiska w sprawie całości materiału dowodowego zgromadzonego w aktach sprawy.

- **wydawania decyzji administracyjnych w sprawie zwrotu kosztów – w przypadku, gdy świadczeniobiorca przedłożył wszystkie wymagane dokumenty, uprawnienie do otrzymania zwrotu jest bezsporne, a kwota przypadająca do zwrotu wynika z ujednoczonych cenników (uśrednione ceny stosowane w rozliczeniach między podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych a świadczeniodawcami).**

W takim przypadku weryfikacja prawidłowości czynności polegających na dokonaniu zwrotu kosztów podlegałaby kontroli sądów administracyjnych w trybie art. 3 § 2 pkt 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. *Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi*⁴⁰, stanowiącego podstawę orzekania w sprawach skarg na akty i czynności z zakresu administracji publicznej dotyczące uprawnień lub obowiązków wynikających z przepisów prawa, innych niż decyzje i postanowienia wydane w toku postępowania administracyjnego lub podatkowego, po uprzednim wezwaniu organu do usunięcia naruszenia prawa. Tym samym, odstąpienie od wymogu wydawania decyzji nie prowadziłoby do pozbawienia wnioskodawcy możliwości występowania z żądaniem przeprowadzenia kontroli legalności tego rodzaju czynności.

Biorąc pod uwagę, iż NFZ zobowiązany jest do dokonania zwrotu kosztów świadczeniobiorcy, który spełnia określone w przepisach ustawy o *świadczeniach* przesłanki jego otrzymania, w wysokości wynikającej ustalonych cenników, za uzasadnione należy uznać wydanie decyzji administracyjnej jedynie w przypadku odmowy dokonania tego zwrotu w całości lub w części.

2. W Polsce nie zostały dotychczas wypracowane rozwiązania organizacyjne zapewniające pełne poszanowanie zasady wynikającej z art. 5 lit. c dyrektywy 2011/24/UE, zgodnie z którą państwo członkowskie zobowiązane jest do zapewnienia, aby w przypadku, gdy pacjent skorzystał z transgranicznej opieki zdrowotnej i gdy konieczna jest dalsza obserwacja medyczna, dostępna była taka sama obserwacja, jaka byłaby zapewniona w przypadku skorzystania z opieki zdrowotnej na jego terytorium. Mając na uwadze występujące w naszym kraju ograniczenia w dostępie do świadczeń istnieje znaczne ryzyko, że osoby które poddały się leczeniu w innym państwie UE, nie będą miały możliwości poddania się takiej obserwacji. W aktualnym stanie prawnym świadczeniobiorca, który chciałby kontynuować leczenie w kraju korzystając z publicznego systemu opieki zdrowotnej, podlega wymogom wynikającym z polskiego ustawodawstwa i jako tzw. pacjent pierwszorazowy musi posiadać skierowanie, na podstawie którego zostanie zapisany na liście oczekujących prowadzonej przez świadczeniodawcę realizującej umowę zawartą z NFZ⁴¹. W wielu przypadkach może wystąpić zatem konieczność długotrwałego oczekiwania na taką obserwację (będącą specjalistycznym świadczeniem zdrowotnym), a to z kolei może prowadzić do nieodwracalnych negatywnych skutków dla zdrowia takiego pacjenta⁴².

Dlatego też zasadnym jest podjęcie przez Ministra Zdrowia działań w celu wypracowania i wdrożenia w ustawie o *świadczeniach* mechanizmów zapewniających osobom, które skorzystały z opieki zdrowotnej poza granicami kraju i wymagają dalszej obserwacji

⁴⁰ Dz. U. z 2016 r. poz. 718, ze zm.

⁴¹ Również skierowania wystawione przez lekarza wykonującego zawód w innym niż RP państwie członkowskim UE traktowane są jako skierowanie w rozumieniu ustawy o *świadczeniach*, jeśli spełnione są określone przepisami wymagania.

⁴² Na kwestię braku pełnej informacji dotyczącej możliwości kontynuacji leczenia, w kontekście realizacji i ochrony prawa pacjentów do informacji, określonego w art. 9 ust 1 i ust. 2 oraz w art. 10 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r. poz. 186, ze zm.), zwracał uwagę Rzecznik Praw Pacjentów w piśmie z dnia 21 listopada 2016 r. numer RzPPWR.420.127.2016.AGL skierowanym do Ministra Zdrowia.

medycznej, dostępu do obserwacji, jaka byłaby zapewniona w przypadku skorzystania z opieki zdrowotnej na jego terytorium.

3. Jednym ze skutków implementacji do polskiego porządku prawnego dyrektywy 2011/24/UE jest dopuszczenie do współfinansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniobiorcę oraz publicznego płatnika. Według danych na dzień 10 lutego 2017 r. wszystkie Oddziały NFZ wydały prawie 14 tys. decyzji w sprawie zwrotu kosztów świadczeń uzyskanych na terytorium innego niż RP państwa członkowskiego UE w łącznej kwocie 31,6 mln zł, co stanowiło 72,3% kwoty wnioskowanej (43,6 mln zł). W ramach tego 10,3 tys. decyzji dotyczyło zwrotu kosztów usunięcia zaćmy w łącznej kwocie 29,5 mln zł⁴³, w sytuacji gdy świadczeniodawcy wnioskowali o 38,2 mln zł. Tym samym średni faktyczny koszt usunięcia zaćmy wyniósł 2,8 tys. zł, a przeciętna kwota zwrotu – 2,2 tys. zł (77,2% kwoty wnioskowanej). Powyższe wynikało w szczególności z różnic w wycenie świadczeń o tym samym standardzie pomiędzy Polską, a innymi państwami UE, a także różnic w standardzie udzielanych świadczeń.

Jakkolwiek przepisy ustawy o świadczeniach dopuszczają finansowanie świadczeń gwarantowanych nie tylko środkami publicznymi (na zasadach i w zakresie określonym w tej ustawie), jednak określają podstawy dla współfinansowania wyłącznie świadczeń w zakresie opieki długoterminowej oraz leczenia uzdrowiskowego⁴⁴. Konsekwencją takiego stanu są wykazy świadczeń gwarantowanych zawarte w tzw. rozporządzeniach *koszykowych* wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach, które mają charakter świadczenia kompletnego i niepodzielnego, a ich rozliczenie następuje przez publicznego płatnika. Zgodnie z przyjętą przez NFZ i Ministerstwo Zdrowia interpretacją ww. przepisów obywatel ma prawo do uzyskania świadczenia zdrowotnego bezpłatnie albo odpłatnie. Tym samym nie ma prawa do współfinansowania gwarantowanych świadczeń zdrowotnych, tak aby otrzymać je np. lepszej jakości. Sytuację tę dobrze obrazują przykłady leczenia zaćmy, gdzie pacjent – w ramach finansowania przez NFZ – może mieć wszczepioną standardową soczewkę, która nie koryguje np. krótkowzroczności czy astygmatyzmu. Decyzję o rodzaju soczewki podejmuje podmiot leczniczy, w którego interesie pozostaje nieprzekraczanie po stronie wydatków kwoty, jaką uzyskuje z NFZ za udzielenie takiego świadczenia. Chory nie może natomiast dopłacić do soczewki wyższej jakości, a jeśli chce ją uzyskać, musi pokryć w całości wszystkie koszty zabiegu (ponadstandardowej soczewki oraz operacji) korzystając, mimo posiadania ubezpieczenia zdrowotnego, z odpłatnych świadczeń na terenie kraju, lecz poza systemem publicznego finansowania opieki zdrowotnej lub ze świadczenia poza terytorium kraju (np. korzystając z procedury zwrotu kosztów w TOZ). Wzrastająca liczba składanych wniosków o zwrot kosztów świadczeń uzyskanych poza granicami kraju może zatem świadczyć o akceptacji, przez część świadczeniobiorców, współpłacenia za uzyskiwane świadczenia.

Dlatego też, **zasadnym jest kontynuowanie⁴⁵ działań mających na celu umożliwienie świadczeniobiorcy wyboru ponadstandardowego wyrobu medycznego, w stosunku do stosowanego w ramach udzielania świadczenia gwarantowanego finansowanego przez publicznego płatnika, co wymagać będzie współpłacenia przez pacjenta za taki wyrób (dotyczy to może np. wyboru rodzaju wszczepianych soczewek).**

⁴³ Przedmiotowe decyzje dotyczyły m.in. operacji usunięcia zaćmy (13,6 tys. świadczeń), konsultacji i badań przed operacją usunięcia zaćmy (1,9 tys. świadczeń) oraz dopłat do soczewek (1,3 tys. świadczeń), które wchodziły w skład świadczenia usunięcia zaćmy.

⁴⁴ Np. koszty żywienia i zakwaterowania, które są w przypadku pobytu w zakładach opiekuńczo-leczniczych i zakładach lecznictwa uzdrowiskowego współfinansowane przez świadczeniobiorcę.

⁴⁵ Aktualnie trwają prace legislacyjne nad wprowadzeniem zmian obowiązujących przepisów celem umożliwienia pacjentom dopłacania do wyrobów medycznych/ponadstandardowych świadczeń zdrowotnych rzeczowych.

3.1 Zmiany w dostępności wybranych świadczeń zdrowotnych

3.1.1. Objęte kontrolą Oddziały NFZ dysponowały danymi o liczbie osób oczekujących na świadczenia będące głównym przedmiotem transgranicznej opieki zdrowotnej m.in. dzięki wprowadzaniu przez świadczeniodawców danych do udostępnianych przez NFZ online aplikacji (w latach 2008–2014 do aplikacji *System Zarządzania Obiegiem Informacji* – SZOI, a od 2015 r. – do aplikacji AP-KOLCE – Kolejki Centralne). Dane te, a jak również dane o czasie oczekiwania na wykonanie świadczenia, były poddawane zarówno okresowym, jak i jednorazowym (np. w wyniku skarg) analizom. W szczególności analizowana była kompletność informacji dotyczących Pierwszego Wolnego Terminu (PWT), częstotliwość przekazywania informacji o PWT, liczba osób ze statusem *po terminie* (tj. osób, którym planowany termin świadczenia minął, a nie zostały skreślone z listy oczekujących), tendencje zmian w liczbie osób oczekujących oraz średniego czasu oczekiwania (rzeczywistego i przewidywanego), przyczyny skreśleń świadczeniobiorców z list oczekujących, dane dotyczące osób skreślonych z list oczekujących w porównaniu z danymi rozliczeniowymi przekazywanymi po udzieleniu świadczenia, czy też proporcjonalność rocznego rozkładu osób oczekujących do wysokości kontraktu w poszczególnych latach. We wszystkich kontrolowanych Oddziałach NFZ dane te wykorzystywano do określenia potrzeb w zakresie kontaktowania świadczeń. I tak np. w ŚOW analizy wykorzystywane były do oceny funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, podmiotów leczniczych, dostępności do świadczeń oraz przy tworzeniu corocznych planów zakupów powyższych świadczeń w rodzaju AOS oraz SZP, a 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, a ortopedii i traumatologii narządu ruchu na miejscu czwartym (na 71 miejsc)⁴⁶.

3.1.2. Głównym przedmiotem TOZ we wszystkich kontrolowanych Oddziałach NFZ, jak również w skali całego kraju, były zabiegi usunięcia zaćmy⁴⁷. Fakt ten wskazuje na niewystarczający dostęp na terenie kraju do tych świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Porównując czas oczekiwania i liczbę oczekujących w podmiotach leczniczych mających zawarte umowy o udzielanie świadczenia z kontrolowanymi Oddziałami NFZ, na wykonanie poszczególnych świadczeń, na koniec października w latach 2013–2016⁴⁸ ustalono, że w 2016 r. w porównaniu do roku 2013 nastąpił wzrost liczby oczekujących na wykonanie zabiegów w zakresie soczewki o 12,8% dla przypadków stabilnych⁴⁹ i spadek o 13,3% dla przypadków pilnych⁵⁰. Nastąpił również wzrost średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla przypadków stabilnych z 703 dni do 833 dni, tj. o 18,5%⁵¹. Równocześnie nastąpił spadek średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla przypadków pilnych z 254 dni do 211 dni, tj. o 16,6%, a także wzrost średniego przewidywanego czasu oczekiwania dla przypadków stabilnych

⁴⁶ Pozycja danego zakresu w rankingu wynikała z procentowego udziału tego zakresu w wartości łącznej potrzeby zdrowotnej.

⁴⁷ Pomimo zwiększającej się w ostatnich latach liczby udzielanych świadczeń polegających na usuwaniu zaćmy (176,3 tys. hospitalizacji w 2012 r., 187,6 tys. w 2013 r., 220,8 tys. w 2014 r. i 227,1 tys. w 2015 r.) nadal zwiększa się liczba osób oczekujących na to świadczenie (w listopadzie 2015 r. było to 532,8 tys. osób, w grudniu 2015 r. – 536,5 tys. osób, a w grudniu 2016 r. – 538,9 tys. osób).

⁴⁸ Październik 2013 r. to okres, w którym zaczęła obowiązywać dyrektywa transgraniczna. Październik 2014 r. to okres poprzedzający wejście w życie krajowych przepisów implementujących postanowienia ww. dyrektywy. Natomiast październik 2015 r. i październik 2016 r. to odpowiednio okres po roku i po dwóch latach obowiązywania przepisów implementujących do polskiego porządku prawnego dyrektywę transgraniczną.

⁴⁹ Liczba osób oczekujących w miesiącu październiku w latach 2013–2016 wynosiła odpowiednio: 185 067, 208 608, 218 200 i 208 678 osób.

⁵⁰ Liczba osób oczekujących w miesiącu październiku w latach 2013–2016 wynosiła odpowiednio: 13 207, 14 137, 13 272 i 11 446 osób.

⁵¹ Ustalenia kontroli rozpoznawczej, przeprowadzonej w Mazowieckim Oddziale NFZ (MOW) również wskazują na wydłużenie w tym okresie, na terenie Mazowsza, średniego czasu oczekiwania z 404 dni do 602 dni dla przypadków stabilnych.

z 908 dni do 1 056 dni, tj. o 16,3%. Dla przypadków pilnych nastąpił spadek tego czasu oczekiwania z 485 dni do 333 dni, tj. o 31,3%. Łączna liczba oczekujących na usunięcie zaćmy zwiększyła się z 198 274 osób w październiku 2013 r. do 220 124 osób w październiku 2016 r., tj. o 21 850 osób, co stanowi wzrost o 11%. Ww. zmiany czasów oczekiwania (średniej ważonej) i liczby oczekujących (łącznie) miały różny przebieg w poszczególnych Oddziałach NFZ. Liczba oczekujących na usunięcie zaćmy uznanych za przypadki pilne zwiększyła się w ŚOW⁵² i w LOW⁵³, natomiast dla przypadków stabilnych zmniejszyła się tylko w ZOW⁵⁴. Średni rzeczywisty czas oczekiwania dla przypadków pilnych zwiększył się jedynie w ŚOW⁵⁵, natomiast dla przypadków stabilnych zmniejszył się w POW⁵⁶ i w ZOW⁵⁷. Najkrótsze średnie rzeczywiste czasy oczekiwania na usunięcie zaćmy, na koniec października w poszczególnych latach okresu 2013–2016, wynosiły dla przypadków pilnych odpowiednio 100 dni (w ZOW), 105 dni (w LOW), 72 dni (w ZOW) i 74 dni (w ZOW), a dla przypadków stabilnych 476 dni (w LOW), 459 (w LOW), 415 (w ZOW) i 422 (w ZOW). Najdłuższe średnie rzeczywiste czasy oczekiwania wyniosły odpowiednio dla przypadków pilnych: 341 dni, 400 dni, 310 dni, 283 dni (w OOW), a dla przypadków stabilnych: 925 dni, 976 dni, 1 060 dni i 1 049 dni (w DOW). Powyższe dane wskazują, że pomimo pojawienia się możliwości skorzystania przez świadczeniobiorców z transgranicznej opieki zdrowotnej, w zakresie usunięcia zaćmy, nastąpił istotny wzrost średniego czasu oczekiwania oraz liczby osób oczekujących na udzielenie tych świadczeń w Polsce.

3.1.3. W latach 2014–2016 (według stanu na koniec października każdego roku) we wszystkich kontrolowanych Oddziałach NFZ, świadczenia o kodzie: 30002 – zabiegi w zakresie soczewki (zaćma)⁵⁸, 80003 – endoprotezoplastyka stawu biodrowego⁵⁹ i 80005 – endoprotezoplastyka stawu kolanowego⁶⁰ znajdowały się w grupie świadczeń⁶¹ o najdłuższych średnich czasach oczekiwania. Jedynie w przypadku świadczenia o kodzie 30002 średni czas oczekiwania w ŚOW w 2015 r. znalazł się na szóstym miejscu, a w ZOW w 2016 r. na siódmym miejscu, a w pozostałych przypadkach mieściły się one w pierwszej piątce takiego zestawienia⁶².

⁵² Liczba oczekujących zwiększyła się z 1 392 do 2 305.

⁵³ Liczba oczekujących zwiększyła się z 897 do 1 344.

⁵⁴ Liczba oczekujących zmniejszyła się z 18 295 do 12 738.

⁵⁵ Średni rzeczywisty czas oczekiwania zwiększył się z 153 dni do 160 dni.

⁵⁶ Średni rzeczywisty czas oczekiwania zmniejszył się z 700 dni do 606 dni.

⁵⁷ Średni rzeczywisty czas oczekiwania zmniejszył się z 505 do 422.

⁵⁸ Średni czas oczekiwania na to świadczenie dla przypadków stabilnych wynosił w październiku 2014 r. od 459 dni w LOW do 976 dni w DOW, w październiku 2015 r. od 415 dni w ZOW do 1 060 dni w DOW, a w październiku 2016 r. od 422 dni w ZOW do 1 049 dni w DOW.

⁵⁹ Średni czas oczekiwania na to świadczenie dla przypadków stabilnych wynosił w październiku 2014 r. od 451 dni w LOW do 1 183 dni w OOW, w październiku 2015 r. od 566 dni w LOW do 1 253 dni w DOW, a w październiku 2016 r. od 671 dni w LOW do 1 275 dni w POW.

⁶⁰ Średni czas oczekiwania na to świadczenie dla przypadków stabilnych wynosił w październiku 2014 r. od 410 dni w LOW do 1 324 dni w DOW, w październiku 2015 r. od 489 dni w LOW do 1 503 dni w DOW, a w październiku 2016 r. od 598 dni w LOW do 1 392 dni w DOW.

⁶¹ Według danych z list oczekujących na świadczenia, leczenie w danej komórce organizacyjnej podmiotu leczniczego lub objęcie procedurą medyczną.

⁶² Poza wymienionymi świadczeniami w objętych kontrolą Oddziałach NFZ w pierwszej piątce znajdowało się leczenie prowadzone przez: oddział rehabilitacyjny (kod 4300), oddział psychiatryczny dla chorych somatycznie (kod 4710), oddział wieloprofilowy zabiegowy (kod 4510), oddział rehabilitacji narządów ruchu (kod 4302), oddział reumatologiczny (kod 4280), oddział dzienny psychiatryczny rehabilitacyjny dla dzieci (kod 2703), oddział dzienny psychiatryczny (kod 2700), oddział rehabilitacyjny dla dzieci (kod 4301), zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny (kod 5172), poradnię neurochirurgiczną (kod 1570), poradnię dla osób z autyzmem dziecięcym (kod 1708), oddział okulistyczny (kod 4600) oddział chirurgii plastycznej (kod 4550), oddział leczenia oparzeń (kod 4554), oddział leczenia zaburzeń nerwicowych (kod 4704), zakład rehabilitacji leczniczej (kod 7400) oraz oddział paraplegii i tetraplegii (kod 4304).

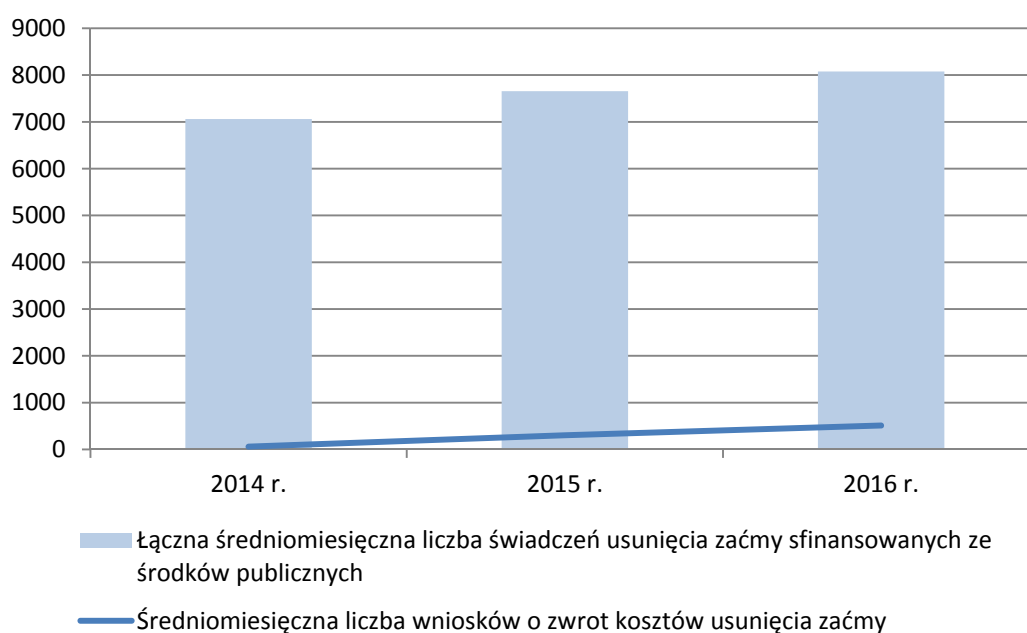
Kontrolowane Oddziały NFZ podejmowały działania w celu skrócenia czasu oczekiwania oraz zmniejszenia liczby oczekujących na udzielenie świadczeń.

- **ŚOW** – w celu zmniejszenia średniego czasu oczekiwania w rodzaju SZP w latach 2015–2016, monitorowano realizację świadczeń w zakresach: a/ zabiegi usunięcia zaćmy z jednoczesnym wszczepieniem soczewki, b/ zabiegi endoprotezoplastyki. W wyniku przeprowadzanych analiz dotyczących poziomu realizacji świadczeń, mając na uwadze dostępne środki finansowe, ŚOW przeprowadzał negocjacje, polegające na zwiększeniu wartości umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ww. rodzajach i zakresach.
- **DOW** – m.in. organizowano szkolenia z zakresu zasad prowadzenia list oczekujących (w 2016 r. na prośbę świadczeniodawców zostały zorganizowane trzy szkolenia), które miały na celu m.in. przekazanie rozwiązań, które mogły wpłynąć na skrócenie czasu oczekiwania (np. zasad postępowania z pacjentami, którzy nie zgłaszają się w wyznaczonym terminie, informowania pacjentów o zmianie planowanego terminu udzielania świadczenia, itp.), a także porównywano aktualnie oczekujących pacjentów z osobami, którym zwrócono koszty zabiegów wykonanych poza granicami kraju (wolne miejsca w kolejce przeznaczane były dla kolejnych osób na liście, co pozwalało na skrócenie kolejki oczekujących), jak też z danymi w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych w celu identyfikowania osób nieżyjących.
- **POW** – m.in. zwiększono finansowanie oraz pozyskiwano nowych świadczeniodawców (poprzez podpisywanie nowych umów) w przypadkach, w których ich ilość na terenie Oddziału była niewielka.

3.1.4. Leczenie zaćmy za granicą, którego koszty w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej pokrywa NFZ, stanowi coraz większy odsetek wszystkich zabiegów usunięcia zaćmy sfinansowanych ze środków publicznych. W poszczególnych miesiącach okresu obejmującego lata 2014–2016 (do października) składanych było w kontrolowanych oddziałach średnio 59 (w 2014 r.), 302 (w 2015 r.) i 508 (w 2016 r.) wniosków o zwrot kosztów usunięcia zaćmy, natomiast w kraju udzielono w tym zakresie odpowiednio 7 002, 7 353 i 7 570 świadczeń. Tym samym udział świadczeń wykonanych za granicą, a sfinansowanych ze środków NFZ systematycznie wzrastał z poziomu 0,84% do 6,29%.

Wykres nr 4

Udział świadczeń usunięcia zaćmy w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej w świadczeniach finansowanych ze środków publicznych przez kontrolowane Oddziały NFZ

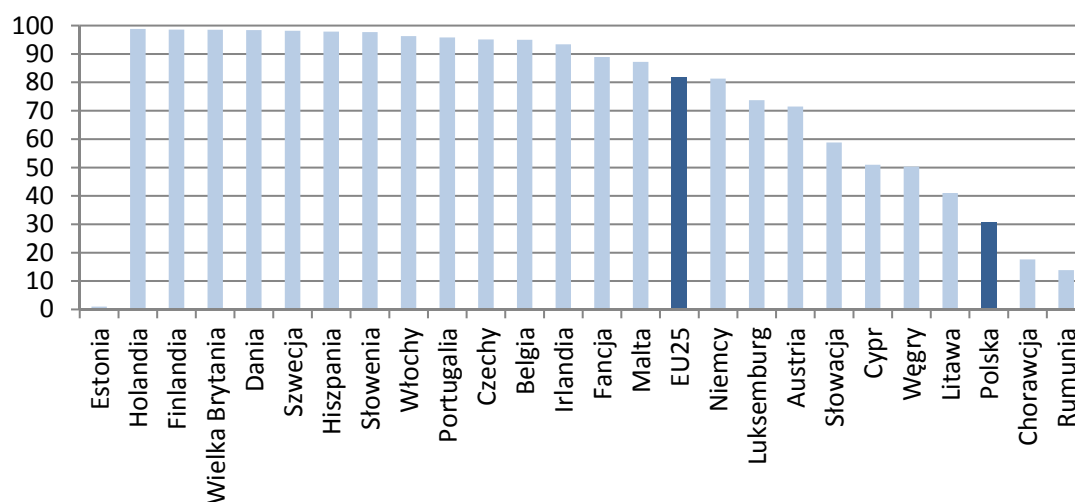


Źródło: Ustalenia kontroli NIK.

Nadal utrzymywał się dominujący model leczenia zaćmy w ramach hospitalizacji. Stan ten powodował, iż nasz kraj sytuował się znacząco poniżej wartości średniej państw UE, w których przeważało leczenie tego schorzenia w trybie jednodniowym (średnio 82% świadczeń).

Wykres nr 5

Udział procentowy leczenia zaćmy w trybie jednodniowym w UE w 2014 r. lub najbliższym⁶³



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych OECD dostępnych m.in. na stronie <https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-Europe-2016-CHARTSET.pdf> (str. 53 tego opracowania).

Przeciętny czas pobytu w szpitalu z powodu leczenia zaćmy w Polsce należy do dłuższych i wynosi około 2 dni⁶⁴ (np. we Francji leczenie zaćmy trwa średnio 1,3 dnia.⁶⁵). Według Państwowego Zakładu Higieny ogólna tendencja skrócenia czasu leczenia zaćmy we wszystkich krajach wiązała się z coraz częstszym przechodzeniem na procedury jednego dnia w tym obszarze leczenia szpitalnego⁶⁶. Rosnące i niezaspokojone potrzeby pacjentów w zakresie leczenia zaćmy powodowały, że czas oczekiwania w Polsce na takie świadczenia należał do najdłuższych w Europie⁶⁷.

⁶³ Autorzy dokumentów źródłowych, przywołanych w Informacji, posługiwali się najbardziej aktualnymi danymi, dopuszczając jednak możliwość dokonywania porównań przy uwzględnieniu danych odnoszących się nie tylko do roku wskazanego na poszczególnych wykresach.

⁶⁴ W roku 2003 wynosił on ok. 5 dni.

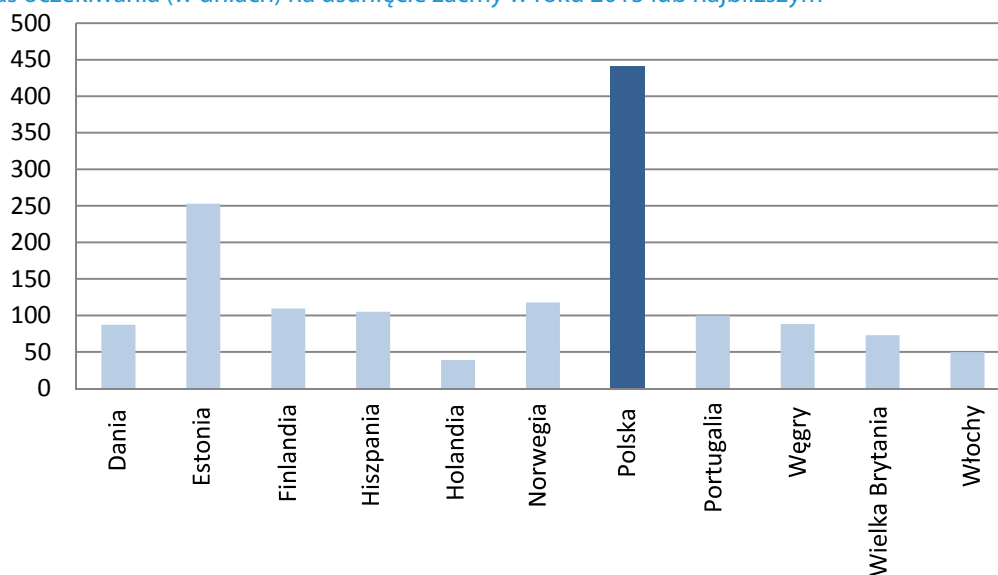
⁶⁵ Dane OECD Hospital average length of stay by diagnostic categories – Cataract, na stronie: <http://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=49344#> dostępne w dniu 21 marca 2017 r.

⁶⁶ Publikacja Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny, Sytuacja Zdrowotna Ludności Polski I Jej Uwarunkowania, Warszawa 2016 r., s. 154.

⁶⁷ Na podstawie danych dostępnych 21 marca 2017 r. na stronie: <http://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=49344>.

Wykres nr 6

Średni czas oczekiwania (w dniach) na usunięcie zaćmy w roku 2015 lub najbliższym

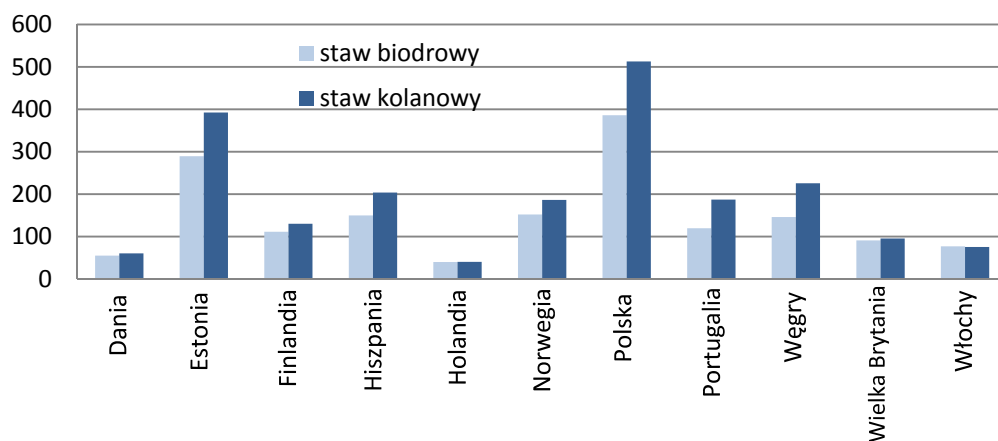


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych OECD (Waiting times – Cataract surgery) dostępnych na stronie <http://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=49344#>.

Również w przypadku endoprotezoplastyki stawów, wg OECD, czas oczekiwania w Polsce na takie świadczenia należał do najdłuższych.

Wykres nr 7

Średni czas oczekiwania (w dniach) na endoprotezoplastykę stawów w roku 2015 lub najbliższym



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych OECD (Waiting times – Hip replcement oraz Knee replcement) dostępnych na stronie <http://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=49344#>.

3.1.5. Ograniczenia dostępności w kraju do świadczeń opieki zdrowotnej, w tym będących przedmiotem TOZ, skutkowały nie tylko koniecznością wielomiesięcznego oczekiwania na leczenie, ale i też generowały dodatkowe wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związanych z niezdolnością do pracy osób, którym takie schorzenia uniemożliwiały świadczenie pracy.

Według danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych za 2015 r., ze środków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz z funduszy zakładów pracy wypłacono ponad 15 mld zł z tytułu absencji chorobowej spowodowanej niezdolnością do pracy (średnio, jeden dzień absencji chorobowej,

stanowił wydatek z ubezpieczeń społecznych w kwocie 72,11 zł⁶⁸). Powodem 1 715,2 tys. dni takiej absencji osób ubezpieczonych w ZUS w 2015 r. były choroby oka i przydatków oka, w tym rozpoznanie H25 *Zaćma starcza* było przyczyną 272,8 tys. dni absencji, a rozpoznanie H26 *Inne postacie zaćmy* – 233,1 tys. takich dni.⁶⁹ Choroby zwyrodnieniowe stawów, będące głównym rozpoznaniem przy wykonywaniu endoprotezoplastyki stawów, były natomiast w 2015 r. przyczyną łącznie 3 185 tys. dni absencji⁷⁰. W 2016 r. (do września) powodem 1 328,3 tys. dni absencji chorobowej były choroby oka i przydatków oka, w tym rozpoznanie H25 *Zaćma starcza* – 216,8 tys. dni, a H26 *Inne postacie zaćmy* – 190,3 tys. dni. Choroby zwyrodnieniowe stawów skutkowały natomiast absencją na poziomie 2 585 tys. dni⁷¹.

3.1.6. W okresie objętym kontrolą łączna liczba oczekujących na endoprotezoplastykę stawu biodrowego lub kolanowego na terenie właściwości kontrolowanych oddziałów NFZ zwiększyła się z 84 011 osób w październiku 2013 r. do 109 566 osób w październiku 2016 r., tj. o 25 555 osób (wzrost o 30,4%). W latach 2013–2016 nastąpił wzrost liczby oczekujących o 31,5% dla przypadków stabilnych⁷² i o 21,8% dla przypadków pilnych⁷³. Dla zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego zwiększeniu uległ również średni rzeczywisty czas oczekiwania dla przypadków stabilnych z 860 dni do 1 160 dni (o 34,9%), a pilnych z 398 dni do 437 dni (o 9,8%), a także średni przewidywany czas oczekiwania w przypadkach stabilnych z 1 778 dni do 2 330 dni (o 31%), i pilnych z 915 dni do 1 042 dni (o 13,9%). Natomiast średni rzeczywisty czasu oczekiwania na endoprotezoplastykę stawu kolanowego dla przypadków stabilnych wzrósł z 876 dni do 1 216 dni, tj. o 38,8%, a dla przypadków pilnych z 544 dni do 708 dni, tj. o 30,1%, nastąpił także wzrost średniego przewidywanego czasu oczekiwania dla przypadków stabilnych z 2 072 dni do 2 605 dni, tj. o 25,7%, a dla przypadków pilnych z 1 274 dni do 1 289 dni, tj. o 1,2%. Wzrost liczby osób oczekujących, jak i wydłużenie się czasu oczekiwania nastąpiły pomimo zwiększenia planowanych nakładów na świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu w rodzaju SZP kontraktowanych przez poszczególne Oddziały NFZ (z 697 956,8 tys. zł w 2014 r. do 746 676,4 tys. zł w 2015 r.), jak i faktycznego wzrostu wydatków na sfinansowanie świadczeń endoprotezoplastyki stawów (średniomiesięcznie z 20 508,8 tys. zł w 2014 r. do 25 627,6 tys. zł w 2016 r.) oraz wzrostu liczby udzielonych świadczeń (średniomiesięcznie z 1 428 w 2014 r. do 1 735 w 2016 r.).

3.1.7. Na terenie działania wszystkich objętych kontrolą Oddziałów NFZ wystąpiły przypadki jednostek organizacyjnych podmiotów leczniczych, w których na bieżąco udzielane były świadczenia (średni rzeczywisty czas oczekiwania na leczenie wynosił zero dni). W poszczególnych

⁶⁸ Przy absencji wynoszącej w 2015 r. 209 188,9 tys. dni.

⁶⁹ Dane o statystyce absencji dostępne w dniu 13 marca 2017 r. na stronie: <http://www.psz.zus.pl/Default.aspx>, natomiast dane o wydatkach z tytułu absencji chorobowej na stronie: <http://www.zus.pl/default.asp?p=5&id=3885>, w dokumencie Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2015 r.

⁷⁰ W tym M16 *Choroba zwyrodnieniowa stawów biodrowych [Koksartroza]* – 1 342,9 tys. dni, a M17 *Choroba zwyrodnieniowa stawów kolanowych [Gonartroza]* – 1 841,3 tys. dni.

⁷¹ W tym M16 *Choroba zwyrodnieniowa stawów biodrowych [Koksartroza]* – 1 074,3 tys. dni, a M17 *Choroba zwyrodnieniowa stawów kolanowych [Gonartroza]* – 1 517 tys. dni.

⁷² Liczba osób oczekujących w miesiącu październiku w latach 2013–2016 na endoprotezoplastykę stawu biodrowego wynosiła odpowiednio: 38 024, 42 640, 45 783 i 46 806 osoby, a na endoprotezoplastykę stawu kolanowego – 36 917, 43 295, 48 789 i 51 715 osób.

⁷³ Liczba osób oczekujących w miesiącu październiku w latach 2013–2016 wynosiła odpowiednio: 5 159, 5 775, 6 035 i 5 575 osób, a na endoprotezoplastykę stawu kolanowego – 3 911, 4 693, 5 126 i 5 470 osób.

oddziałach i okresach liczba takich jednostek była zmienna i wynosiła od pięciu w DOW⁷⁴ i ŚOW⁷⁵ do 110 jednostek w ZOW (w 2016 r. dla przypadków pilnych). Zmiany poziomu finansowania dokonywane w wyniku monitorowania realizacji poszczególnych umów, w tym w niektórych przypadkach jego obniżenie, nie spowodowały w tych podmiotach wydłużenia czasu oczekiwania.

3.2 Monitorowanie i kontrola list osób oczekujących

3.2.1. Kontrolowane Oddziały NFZ monitorowały poprawność prowadzenia list oczekujących oraz terminowość przekazywania informacji w tym zakresie. Pomimo tego występowały w latach 2014–2016 (do dnia 30 września) przypadki zaniechania przedstawiania takich informacji przez podmioty lecznicze, a także opóźnienia w wykonaniu tego obowiązku. Skala zaniechań i opóźnień wynosiła w poszczególnych miesiącach od 0% (m.in. w październiku, listopadzie i grudniu 2014 r.; w marcu, czerwcu i listopadzie 2015 r. oraz w lutym i marcu 2016 r. w ZOW) do 61% (w kwietniu 2015 r. w DOW) wszystkich świadczeniodawców. Przeciętnie około 8% informacji wpływało z opóźnieniem, a około 0,5% informacji nie zostało złożonych. Opóźnienia i brak ww. informacji spowodowany był m.in. przerwami w udostępnianiu przez NFZ aplikacji AP-KOLCE lub problemami technicznymi po stronie świadczeniodawców.

- **ZOW** – spadek liczby świadczeniodawców przekazujących dane o PWT wystąpił w trakcie zmiany zakresów oraz danych podlegających sprawozdawczości z list oczekujących (kwiecień/czerwiec 2015).
- **LOW** – najczęstsze przyczyny braku przekazywania informacji do Oddziału lub nadesłania po terminie dotyczyły głównie urlopów macierzyńskich, zwolnień lekarskich, rozwiązania umów lub składania informacji bezpośrednio do centrali NFZ w systemie zarządzania obiegiem informacji (SZOI).

W związku z ww. zaniechaniami Dyrektorzy Oddziałów NFZ nakładali na świadczeniodawców kary pieniężne przewidziane w umowach lub wynikające z obowiązujących przepisów m.in. § 30 ust. 1 pkt 3 lit. g załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁷⁶. I tak, np. w LOW nałożonych zostało łącznie 86 kar pieniężnych na kwotę 27,1 tys. zł⁷⁷.

3.2.2. Sukcesywnie zmniejszała się liczba kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych przez wszystkie Oddziały NFZ⁷⁸ – średniomiesięczna liczba kontroli zmniejszyła się z 237 w 2013 r. do 142 w 2016 r.⁷⁹ Ww. tendencja dotyczy także kontroli umów w rodzaju SZP, których przeprowadzono 800 w 2013 r, a w I półroczu 2016 r. 282. Wśród typowych⁸⁰ stanów nieprawidłowych ujawnianych w wyniku ww. kontroli było prowadzenie list oczekujących w sposób naruszający przepisy prawa (nieprowadzenie list oczekujących, brak na liście oczekujących wymaganych danych, przekazanie danych z zakresu listy oczekujących niezgodnych ze stanem rzeczywistym).

⁷⁴ Były to: poradnia medycyny paliatywnej (kod 1180), ambulatoryjna stacja dializ (kod 1642), zespół domowej dializoterapii otrzewnowej (kod 2130), oddział neonatologiczny (kod 4421), oddział psychiatrii sądowej (kod 4730).

⁷⁵ Były to poradnie: toksykologiczna, leczenia mukowiscydozy dla dzieci, profilaktyczno-lecznicza (HIV/AIDS), kardiochirurgiczna oraz antynikotynowa.

⁷⁶ Dz. U. Nr 81, poz. 484 (uchylone z dniem 1 stycznia 2016 r.).

⁷⁷ 30 kar w 2014 r. o wartości 9,1 tys. zł; 36 kar w 2015 r. na kwotę 11,8 tys. zł i 20 kar w trzech kwartałach 2016 r. na kwotę 6,2 tys. zł.

⁷⁸ W 2013 r. przeprowadzono 2 847 kontroli, w 2014 r. 2 783 kontrole, w 2015 r. 2 095 kontroli, a w pierwszym półroczu 2016 r. 850 kontroli.

⁷⁹ Na podstawie informacji o kontrolach realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych przez oddziały wojewódzkie NFZ.

⁸⁰ Stany te nie ulegały zmianie na przestrzeni ostatnich lat i były podobne we wszystkich rodzajach świadczeń.

3.2.3. W latach 2014–2016 (I półrocze) pracownicy kontrolowanych Oddziałów NFZ przeprowadzili kontrole realizacji łącznie 2 026 umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym w 2014 r. 906, w 2015 r. – 752, a w I półroczu 2016 r. – 368. Spośród tych kontroli odpowiednio 386, 176, 145 i 65 zakresem przedmiotowym obejmowało listy oczekujących i/lub sprawozdawczość dotyczącą takich list. Liczba umów objętych kontrolami przez poszczególne Oddziały NFZ była zróżnicowana i wynosiła od 136 (w LOW) do 787 (w ŚOW), a kontroli dotyczących list oczekujących – od 11 (w DOW) do 137 (w ŚOW). Tym samym weryfikacja prawidłowości list oczekujących prowadzona była jedynie w przypadku 19,1% kontroli umów (w 2014 r. od 0% w DOW do 43,4% w ZOW, w 2015 r. od 1,8% w DOW do 35,5% w POW i w 2016 r. od 5,9% w OOW do w 40,5% POW).

Wyżej wymienionymi kontrolami objęto łącznie 717 umów w rodzaju SZP oraz 343 w rodzaju AOS, w tym łącznie 80 umów w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz 70 umów w zakresie okulistyki. Spośród tych kontroli odpowiednio 47, 141, 18 i 32 obejmowało prowadzenie list oczekujących i/lub sprawozdawczość dotyczącą takich list. Tym samym udział kontroli w rodzaju SZP obejmujących swoim zakresem prawidłowość prowadzenia list oczekujących, w ogólnej liczbie kontroli umów w tym rodzaju przeprowadzonych przez Oddziały NFZ kształtował się na stosunkowo niskim poziomie wynoszącym 6,6%.

3.2.4. Nieprawidłowości w prowadzeniu list oczekujących pracownicy kontrolowanych Oddziałów NFZ stwierdzili w wyniku kontroli realizacji 84 umów, w tym 44 w 2014 r., 29 w 2015 r. i 11 w 2016 r. Dotyczyły one m.in.: nieprowadzenia list oczekujących, niezgodności przekazywanych danych z danymi u świadczeniodawcy, zaniechania dokonywania w liście każdej zmiany terminu wraz z podaniem przyczyny, jak i braku uzasadnienia w przypadku zmiany kryterium medycznego, błędnych kodów przyczyn skreśleń, braku informacji dotyczących rozpoznania lub powodu przyjęcia, braku rozdziału na przypadki pilne i stabilne; prowadzenia rejestracji w formie papierowej; braku przekazywania sprawozdań o listach „0” – w przypadku braku oczekujących świadczeniobiorców. Tym samym kontrole te stwierdziły nieprawidłowości skutkujące nieposiadaniem przez Oddziały NFZ pełnych i rzetelnych informacji o liczbie osób oczekujących na świadczenia⁸¹.

3.2.5. W toku prowadzonych przez objęte kontrolą Oddziały NFZ 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 z dnia 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej*⁸², wprowadzonych wraz z implementacją dyrektywy transgranicznej, w tym dotyczących nieposiadania przez świadczeniodawców cennika świadczeń lub stosowania preferencji w udzielaniu świadczeń dla pacjentów zagranicznych ponoszących odpłatność za udzielanie świadczenia opieki zdrowotnej.

3.2.6. W objętych kontrolą Oddziałach NFZ prowadzone były także inne działania mające na celu wyeliminowanie nieprawidłowości w realizacji obowiązku przesyłania przez świadczeniodawców informacji o listach oczekujących, w tym m.in. organizowano szkolenia

⁸¹ Z kontroli rozpoznawczej wynika natomiast, że pracownicy MOW przeprowadzili w latach 2014–2016 (I półrocze) kontrole realizacji 723 umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym 148 kontroli w zakresie AOS i 261 kontroli w zakresie SZP. Spośród ww. kontroli 41 przeprowadzonych zostało w zakresach dotyczących okulistyki, a 42 w zakresach dotyczących ortopedii i traumatologii narządu ruchu. Zakresem przedmiotowych odpowiednio 159 (22%), 112 (76%), 22 (8%), 28 (68%) i 8 (19%) ww. kontroli objęto prawidłowość prowadzenia list oczekujących oraz sprawozdawczość w tym obszarze. W trakcie 106 (67%) kontroli dotyczących prowadzenia list oczekujących stwierdzone zostały nieprawidłowości.

⁸² Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, ze zm.

w zakresie prawidłowego funkcjonowania rejestracji, prowadzenia list oczekujących oraz realizacji obowiązków sprawozdawczych, a w przypadku stwierdzenia opóźnień lub braku kompletności umieszczano w Portalu Świadczeniodawcy adresowane do poszczególnych świadczeniodawców przypomnienia o konieczności terminowego przekazywania danych (publikowane były również informacje o numerach umów, dla których nie wpłynęły w terminie niektóre wymagane dane). Pracownicy kontrolowanych jednostek kontaktowali się na bieżąco (telefonicznie, pisemnie i drogą elektroniczną) ze świadczeniodawcami, którzy nie wywiązywali się z obowiązków sprawozdawczych.

- **ŚOW** – 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 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%.

3.2.7. Stan zatrudnienia (w przeliczeniu na etaty) w kontrolowanych Oddziałach NFZ osób, które prowadziły kontrole u świadczeniodawców wynosił: w 2014 r. – 128 (od 6 w OOW do 47 w ŚOW), w 2015 r. – 133 (od 7,6 w OOW do 42 w ŚOW), a w I półroczu 2016 r. – 124 etaty (od 8 w OOW do 43 w ŚOW). Pracownicy ci zatrudnieni byli zarówno w wyspecjalizowanych wydziałach kontroli, jak i w innych komórkach organizacyjnych. Przeciętnie na jednego pracownika prowadzącego kontrole przypadało w 2014 r. 7,1 kontroli, w 2015 r. – 5,7 kontroli, natomiast w I półroczu 2016 r. – 2,8 kontroli. Porównując liczbę pracowników zaangażowanych w prowadzenie kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń medycznych oraz liczbę takich kontroli stwierdzono, że występują istotne różnice między Oddziałami NFZ. I tak, w LOW i w DOW w latach 2014–2015 obliczony wskaźnik liczby kontroli na pracownika w skali roku wynosił około trzech, natomiast w OOW odpowiednio 13 i 22.

3.2.8. Do kontrolowanych Oddziałów NFZ wpływały skargi dotyczące m.in. ograniczenia dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej. Ich weryfikacja polegała m.in. na uzyskiwaniu wyjaśnień od podmiotów leczniczych, przeprowadzaniu kontroli u świadczeniodawcy, analizie przesłanych odpowiedzi i dokumentów będących w dyspozycji NFZ, jak też na wykorzystywaniu techniki „anonimowego pacjenta”. W przypadku stwierdzenia, że skarga jest zasadna, podmiot leczniczy zobowiązany był do zaprzestania kwestionowanych praktyk. Jeżeli Oddziały NFZ nie były właściwe do załatwienia sprawy, przekazywały skargi właściwym organom (np. w przypadku skarg dotyczących jakości udzielanych świadczeń).

- **OOW** – w przypadku skarg dotyczących oceny czynności medycznych podejmowanych przez lekarza, braku należytej staranności w wykonywanej praktyce medycznej, popełnionych błędów w leczeniu oraz stwierdzenia, że personel medyczny postępuje sprzecznie z zasadami etyki zawodowej lub narusza przepisy o wykonywaniu zawodu lekarza informowano pacjentów o możliwości złożenia skargi do Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej przy Opolskiej Izbie Lekarskiej.

W wyniku badania przez kontrolerów NIK próby obejmującej 244 skargi⁸³, nie stwierdzono, aby dotyczyły one naruszenia praw pacjentów związanych z TOZ, w tym w zakresie nieprzestrzegania przez świadczeniodawców praw pacjentów poprzez a/ ograniczanie dostępu do informacji i dokumentacji medycznej, b/ brak cennika świadczeń zdrowotnych, c/ niewystawienie rachunku za świadczenie opieki zdrowotnej, d/ brak zamieszczenia na rachunku informacji o zrealizowanych procedurach diagnostycznych i terapeutycznych, e/ stosowanie preferencji w świadczeniu opieki

⁸³ Doboru dokonano w sposób niestatystyczny (dobór celowy).

na rzecz pacjentów odpłatnych, f/ odmowę realizacji recepty i wydania produktów leczniczych przepisanych przez lekarza z innego niż Polska kraju UE.

Do poszczególnych Oddziałów NFZ wpływały, począwszy od sierpnia 2015 r., zgłoszenia elektroniczne (za pomocą formularzy dostępnych na stronie internetowej www.kolejki.nfz.gov.pl), informujące o potencjalnych nieprawidłowościach dotyczących kolejności udzielania świadczeń oraz prowadzenia list oczekujących przez podmioty lecznicze. Spośród tych zgłoszeń ok. 35% przypadków zostało potwierdzonych w wyniku czynności podjętych przez pracowników Funduszu. Zgłoszenia te, w dwóch Oddziałach NFZ, były również przesłanką do przeprowadzenia kontroli w podmiotach leczniczych.

- Do **POW** wpłynęły 43 zgłoszenia elektroniczne. Spośród 8 złożonych w I kwartale 2016 r. dwa były zasadne, a informacje w nich zawarte zostały wykorzystane do zlecenia kontroli prawidłowości prowadzenia list oczekujących przez świadczeniodawców.
- Do **DOW** wpłynęło ogółem 268 zgłoszeń. Spośród 65 zgłoszeń złożonych w I kwartale 2016 r. zasadnych było 21. Pięć podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, wobec których wpłynęły zgłoszenia internetowe dotyczące nieprawidłowości w podanej informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, zostało poddanych kontroli.
- Do **OOW** przekazano 31 zgłoszeń elektronicznych. W 13 przypadkach (na rozpatrzone 30) stwierdzono niezgodność informacji o pierwszym wolnym terminie.

W OOW stwierdzono też, że pomimo potwierdzenia zasadności części skarg w wyniku przeprowadzonych postępowań wyjaśniających, zaniechano przeprowadzenia kontroli weryfikujących prawidłowość postępowania świadczeniodawców, co jest niezgodne z treścią art. 23 ust. 7 ustawy o świadczeniach, zgodnie z którym, w przypadku uzasadnionego podejrzenia niewykonywania lub niewłaściwego wykonywania przez świadczeniodawcę obowiązków, o których mowa m.in. w art. 20 ww. ustawy, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu przeprowadza kontrolę u tego świadczeniodawcy w trybie określonym w art. 64 tej ustawy. Ponadto na świadczeniodawców nie zostały nałożone kary wynikające z zawartych umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych (w tym na podstawie § 30 ust. 1 pkt 1 lit. d oraz ust. 1 pkt 3 lit. f–g załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz § 30 ust. 1 pkt 1 lit. d oraz ust. 1 pkt 3 lit. a–c załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁸⁴).

- **OOW** – Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że nie wszystkie popełniane przez świadczeniodawców błędy związane z prowadzeniem list oczekujących stanowią podstawę do wszczęcia postępowania w zakresie szerszym niż indywidualny. W takich przypadkach Wydział Spraw Świadczeniodawców prowadzi postępowania wyjaśniające i podejmuje działania mające na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości oraz zapobieżeniu ich występowania w przyszłości. Wskazał też, że obecnie do Wydziału Kontroli przekazany został wniosek formalny o ujęcie w tematyce kontroli planowych zagadnień dotyczących prowadzenia list oczekujących, m.in. terminowości sprawozdawania danych przez świadczeniodawcę, zgodności sprawozdawanych danych z dokumentacją prowadzoną w placówce medycznej, dokonywania przez świadczeniodawcę oceny list oczekujących, tj. przestrzegania zapisów art. 20, 21 i 23 ustawy o świadczeniach.

3.2.9. Informacje dotyczące liczby osób oczekujących na świadczenia, czasu oczekiwania na jego udzielenie oraz pierwszego wolnego terminu nie w pełni odzwierciedlały stan rzeczywisty. Rozbieżności takie nie miały negatywnego wpływu na prawidłowość zawierania przez NFZ umów z podmiotami leczniczymi, jednak mogły wprowadzać pacjentów w błąd, co do dostępności świadczeń w kraju.

⁸⁴ Dz. U. z 2016 r. poz. 1146.

Jak wskazano powyżej, przeważający udział świadczeń udzielanych w ramach planowego leczenia za granicą dotyczył zabiegów w zakresie soczewki (usuwania zaćmy), co wynikało nie tylko z tego, że zwrot kosztów takiego świadczenia nie był warunkowany uprzednim udzieleniem zgody przez dyrektora Oddziału NFZ na jego uzyskanie w innym państwie członkowskim UE, ale też, co istotniejsze, z braku zaspokojenia potrzeb pacjentów na leczenie takiego schorzenia w kraju. Potrzeby te ponad dwukrotnie przekraczały środki finansowe przeznaczone przez kontrolowane Oddziały na leczenie tego schorzenia. Prowadzone przez kontrolowane Oddziały NFZ działania, mimo iż wynikały z prawidłowej oceny dostępności ww. świadczeń, nie doprowadziły do istotnej poprawy w tym obszarze. Informacje dotyczące liczby osób oczekujących na świadczenia, czasu oczekiwania na jego udzielenie oraz pierwszego wolnego terminu nie w pełni odzwierciedlały stan rzeczywisty, to jednak rozbieżności w tym zakresie nie miały negatywnego wpływu na ocenę dostępności świadczeń opieki zdrowotnej będących przedmiotem TOZ, w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie takich świadczeń w kraju. Powszechnie dostępne informacje wskazujące na konieczność długotrwałego oczekiwania na ww. zabieg w kraju mogą natomiast mobilizować pacjentów do skorzystania w ramach TOZ z opieki zdrowotnej poza granicami kraju.

3.3 Planowanie zakupu świadczeń i realizacja umów o udzielanie świadczeń

3.3.1. W latach 2012–2017 planowane przez NFZ koszty świadczeń opieki zdrowotnej (pozycja B2 planów finansowych) corocznie rosły, z kwoty 62 153 649 tys. zł w 2012 r. do 73 706 987 tys. zł w 2017 r., tj. w sumie o 18,6%). Również poziom ich wykonania wzrastał w latach 2012–2015 z 59 875 548 tys. zł w 2012 r. do 67 751 201 tys. zł w 2015 r., tj. o 13,2%. Jednocześnie systematycznie obniżała się kwota środków będących w dyspozycji NFZ, które nie zostały wykorzystane na zakup świadczeń opieki zdrowotnej (z 2 278 101 tys. zł do 729 796 tys. zł, tj. o 68%⁸⁵).

W ww. planach na lata 2014–2017 tworzone były rezerwy na koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielone w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej (pozycja B.2.19). Rezerwa taka w 2014 r., zaplanowana w kwocie 305 934 tys. zł⁸⁶ nie została w całości wykorzystana. Rezerwa na ten cel utworzona natomiast w planie finansowym na 2015 r. (zaplanowana pierwotnie w kwocie 376 449 tys. zł, a zmniejszona w trakcie roku do kwoty 50 000 tys. zł) została wykorzystana jedynie w kwocie 8 442 tys. zł. Również w planach finansowych Funduszu na lata 2016–2017⁸⁷ utworzono analogiczne rezerwy. Niepełne wykorzystanie rezerw na koszty świadczeń udzielonych w ramach TOZ wpłynęło na poprawę wyniku finansowego NFZ, a w konsekwencji także i na wysokość funduszu zapasowego NFZ, którego część (np. w sierpniu 2016 r. w kwocie 1 096 669 tys. zł, a w lutym 2017 r. 57 094 tys. zł) została przeznaczona na zakup świadczeń opieki zdrowotnej na terenie kraju, w tym na zmniejszenie liczby osób oczekujących na usunięcie zaćmy, a także

⁸⁵ Procentowy spadek niewykonania planu w pozycji B.2 zmniejszył się z 3,7% do 1,1% wydatków zaplanowanych.

⁸⁶ Rezerwa B.2.19 w planie finansowym na 2014 r. utworzona została w wyniku zmiany Planu finansowego NFZ na 2014 r. dokonanej zarządzeniem Prezesa NFZ Nr 83/2014/DEF z dnia 15 grudnia 2014 r. w sprawie zmiany planu finansowego NFZ na 2014 r., polegającej m.in. na zmniejszeniu pozycji B.2.16 Rezerwa na pokrycie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej oraz refundacji leków o kwotę 305 934 tys. zł i na zwiększeniu o taką samą kwotę pozycji B.2.19 Rezerwa na koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielone w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej.

⁸⁷ Rezerwy zostały utworzone w następujących kwotach: 385 860 tys. zł i 395 507 tys. zł

endoprotezoplastykę stawu biodrowego lub kolanowego⁸⁸. Kwoty niewykorzystanych rezerw stanowiły jedynie część środków pozostających w dyspozycji NFZ, a które nie zostały wydatkowane na zakup świadczeń w poszczególnych latach objętych kontrolą⁸⁹.

Rezerwy na finansowanie świadczeń w ramach TOZ nie były ujmowane w planach finansowych Oddziałów NFZ, a jedynie w planach finansowych Centrali NFZ. Kwoty, które wcześniej zostały zwrócone wnioskodawcom w ramach procedury zwrotu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej wykonanych w innych krajach UE, przekazywane były przez Centralę NFZ do poszczególnych Oddziałów NFZ w formie refundacji.

3.3.2. Plany finansowe kontrolowanych Oddziałów NFZ na kolejne lata okresu 2014–2016 opracowane zostały w szczególności wynikającej z przepisów rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej NFZ⁹⁰. Środki na okulistykę oraz ortopedię i traumatologię narządu ruchu planowane były w łącznych kwotach przeznaczonych na poszczególne rodzaje świadczeń (SZP oraz AOS), przy uwzględnieniu założeń i wytycznych Prezesa NFZ. Podejmując te działania pomijano skalę zainteresowania świadczeniami udzielanymi w ramach TOZ, co wynikało z wyodrębnienia środków na ten cel jedynie na poziomie Centrali NFZ. W trakcie kontroli ustalono, że finansowanie zwrotu kosztów leczenia za granicą następowało tylko przejściowo (kasowo) z bieżących środków Oddziałów NFZ, które były następnie zwracane przez Centralę NFZ na podstawie przekazywanych not księgowych.

3.3.3. Założony poziom zakupu świadczeń ustalany był w planach zakupu świadczeń, dla których podstawą sporządzenia były m.in. procedury definiowania priorytetów i planowania zakupu świadczeń oraz analizy obejmujące liczbę osób znajdujących się na listach oczekujących, średni rzeczywisty czas oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej, poziom realizacji umów, ocena dostępności do świadczeń na terenie poszczególnych województw oraz priorytety zdrowotne (formułowane na poziomie ogólnopolskim, centralnym i regionalnym). Brana była też pod uwagę migracja pacjentów pomiędzy województwami. Żaden z kontrolowanych Oddziałów NFZ w założeniach do planów zakupu świadczeń w rodzaju AOS oraz SZP, nie uwzględniał liczby i wartości składanych wniosków o uprzednią zgodę oraz wniosków o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych poza granicami kraju.

3.3.4. Dokonując zmian planów finansowych w części dotyczącej rodzajów SZP i AOS zwiększono równolegle poziom finansowania planów zakupu świadczeń w zakresach okulistyki oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu, a w uzasadnieniach do zmian planów wskazywano na konieczność zmniejszenia liczby oczekujących na operacje usunięcia zaćmy i endoprotezoplastykę stawów.

Planowane wydatki na świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju SZP w zakresach: *okulistyka – hospitalizacja b18, b19, okulistyka – hospitalizacja planowa b18, b19, okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia b18, b19, okulistyka – hospitalizacja, okulistyka – hospitalizacja planowa, okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia, ortopedia i traumatologia narządu ruchu – hospitalizacja oraz ortopedia*

⁸⁸ Uzasadnienia do zarządzenia Prezesa NFZ Nr 83/2016/DEF z dnia 3 sierpnia 2016 r. w sprawie zmiany planu finansowego NFZ na 2016 rok oraz do zarządzenia Prezesa NFZ Nr 10/2017/DEF z dnia 16 lutego 2017 r. w sprawie zmiany planu finansowego NFZ na 2017 rok.

⁸⁹ Kwoty niewykorzystanych rezerw w stosunku do kwot niewykonanych kosztów zakupu świadczeń stanowiły w 2014 r. 26%, a w roku 2015 5,7%. W każdej pozycji planów finansowych na 2014 r. i 2015 r. dotyczących zakupu świadczeń opieki zdrowotnej pozostawały niewykorzystane środki finansowe (np. niewykorzystane środki na SZP w 2014 r. wyniosły 188 996 tys. zł, a w 2015 r. – 170 825 tys. zł).

⁹⁰ Dz. U. z 2015 r. poz. 1943, ze zm.

i traumatologia narządu ruchu – hospitalizacja planowa wzrosły w kontrolowanych Oddziałach NFZ z 1 012 238,8 tys. zł w 2014 r. do 1 074 785,4 tys. zł w roku 2015, tj. o 6,2%. Wzrost wartości kontraktów w tych zakresach świadczeń opieki zdrowotnej był jednak niższy niż przeciętny wzrost planowanych kosztów zakupu świadczeń w tym rodzaju na poziomie całego NFZ, który wyniósł 7,3% (z 31 101 102 tys. zł w 2014 r. do 33 372 792 tys. zł w 2015 r.).

3.3.5. Kontrolowane Oddziały NFZ, w wyniku monitorowania poziomu realizacji umów, podejmowały działania mające na celu zwiększenie dostępu do świadczeń zdrowotnych w rodzajach AOS i SZP, a dotyczących usunięcia zaćmy, witrektomii oraz endoprotezoplastyk stawów. W przypadku stwierdzenia niewykorzystania pierwotnie przewidzianych środków przeznaczonych na świadczenia Oddziały NFZ wzywały świadczeniodawców do złożenia wyjaśnień dotyczących zaistniałej sytuacji, a następnie proponowały zmiany wartości umów. Analizując wnioski świadczeniodawców Oddziały NFZ wyrażały zgodę m.in. na przeniesienie środków pomiędzy poszczególnymi zakresami umów. W wyniku prowadzonej renegocjacji zmianie uległo w latach 2014–2016 ponad 90% umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Działania te nie doprowadziły jednak do długofalowej poprawy dostępności ww. świadczeń.

- **ZOW** – W wyniku renegocjacji umów Oddział NFZ zwiększył wartość umów w zakresach obejmujących okulistykę oraz ortopedię i traumatologię narządu ruchu (endoprotezoplastyki) w rodzaju SZP, z tego: a/ w 2014 r. – łącznie o 48 088 tys. zł⁹¹; b/ w 2015 roku o kwotę 24 933 tys. zł; c/ w 2016 r. o kwotę 9 015 tys. zł.
- **ŚOW** – Zmieniono wartości 99% (897 na 907) umów o udzielanie świadczeń, w zakresie okulistyki w rodzaju AOS i SZP (zabiegi w zakresie soczewki) zwiększono 647 umów o łączną wartość 25 754,7 tys. zł; zmniejszono 250 umów o wartość 7 574 tys. zł. 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 łączną wartość 7 707,1 tys. zł.

3.3.6. Objęte kontrolą Oddziały NFZ sfinansowały w latach 2014–2016 (do października) 252,7 tys. zabiegów usunięcia zaćmy wykonanych w Polsce wydatkując na ten cel łącznie 610,2 mln zł. W poszczególnych miesiącach lat 2014–2016 ze środków objętych kontrolą Oddziałów NFZ sfinansowano udzielenie w kraju odpowiednio 7 002, 7 353 i 7 570 takich świadczeń. Sfinansowano również 1 428, 1 648 i 1 735 zabiegów endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego, a także 596, 614 i 669 witrektomii. Łącznie na ww. świadczenia wydatkowano w poszczególnych miesiącach od 42 245,8 tys. zł w 2014 r. do 49 616,1 tys. zł w 2016 r. Umożliwiało to zwiększenie liczby udzielanych świadczeń, a w konsekwencji zwiększenie dostępności do nich dla świadczeniobiorców oraz pełniejsze wykorzystanie potencjału świadczeniodawców, którzy zarówno na etapie prowadzonych postępowań konkursowych, jak i w informacjach przedkładanych w trakcie niniejszej kontroli potwierdzali dysponowanie potencjałem większym niż wynikający z umów zawartych z Oddziałami NFZ.

3.3.7. Kontrolowane Oddziały NFZ analizowały i dokonywały oceny potrzeb w zakresie środków niezbędnych na zaspokojenie potrzeb pacjentów oczekujących na wykonanie zabiegu usunięcia zaćmy i endoprotezoplastyki stawów. Jednakże niezbędne środki przekraczały możliwości poszczególnych jednostek, szczególnie w związku z koniecznością ponoszenia kosztów świadczeń nielimitowanych, pakietów onkologicznych, teleradioterapii oraz anestezjologii i intensywnej terapii.

⁹¹ Bez zwiększeń w zakresie ortopedia i traumatologia narządu ruchu – zespół chirurgii jednego dnia.

- **DOW** – Szacunkowa kwota środków, niezbędna osobom oczekującym na świadczenia medyczne związane z zaćmą w rodzaju SZP, wyliczona w oparciu o średni koszt świadczenia (zarówno przypadki pilne, jak i stabilne) według stanu na dzień 30 czerwca 2015 r. wynosiłaby 177,7 mln zł, a dla świadczeń w rodzaju AOS – 3,7 mln zł.

Łącznie w kontrolowanych Oddziałach NFZ oszacowana kwota niezbędna do likwidacji kolejek osób oczekujących w 2016 r. na usunięcie zaćmy w leczeniu szpitalnym wyniosła około 516 mln zł, co stanowiłoby blisko dwa i pół razy większą kwotę, niż kwota zaplanowana przez nie na ten cel na 2016 r.⁹².

3.3.8. Średnia wartość świadczenia polegającego na usunięciu zaćmy w kraju, sfinansowanego przez kontrolowane Oddziały NFZ wynosiła w 2014 r. 2 446,84 zł, w 2015 r. – 2 448,39 zł, a w 2016 r. – 2 343,22 zł. Obniżenie tej wartości w 2016 r. było głównie skutkiem zmiany wyceny świadczenia, wprowadzonej przez Prezesa NFZ od dnia 1 stycznia 2016 r.⁹³, w wyniku której obniżona została o 2 punkty jego waga punktowa. I tak, w zakresach:

- Okulistyka – hospitalizacja B18, B19: z 55 pkt na 53 pkt (zaćma powikłana) oraz z 45 pkt na 43 pkt (zaćma niepowikłana), tj. o odpowiednio o 3,6% i 4,4%,
- Okulistyka – hospitalizacja planowa B18, B19: z 52 pkt na 50 pkt, z 45 pkt na 43 pkt, tj. o odpowiednio o 3,8% i 4,4%,
- Okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19: z 49 pkt na 47 pkt oraz z 45 pkt na 43 pkt, tj. o odpowiednio o 4,1% i 4,4%.

Zmiana ta umożliwiała Oddziałom NFZ sfinansowanie większej liczby zabiegów usunięcia zaćmy w ramach niezmienionej wartości kontraktu.

Wpływ na koszty ponoszone przez Oddziały NFZ na sfinansowanie udzielenia jednego świadczenia dotyczącego usunięcia zaćmy miała też wartość jednego punktu, stosowanego w rozliczeniach z poszczególnymi świadczeniodawcami. Wartość ta, w zależności od zakresu świadczenia, wynosiła⁹⁴ dla hospitalizacji 51,57 zł w 2014 r. i 51,6 zł w latach 2015–2016, dla hospitalizacji planowej – 49,37 zł w latach 2014–2016, a dla chirurgii jednego dnia – 49,42 zł w 2014 r. i 49,39 zł w latach 2015–2016. Obniżenie średniej wartości punktu dla chirurgii jednego dnia było wynikiem rezygnacji z udzielania świadczeń przez jednego ze świadczeniodawców mającego w umowie z LOW ustaloną cenę za jeden punkt wyższą niż średnia. Pozostałe umowy (87) miały w latach 2014–2016 stałą wartość jednego punktu rozliczeniowego.

3.4 Postępowania poprzedzające zwrot kosztów leczenia w innych krajach UE

3.4.1. W okresie od dnia 15 listopada 2014 r. do 31 grudnia 2016 r. w całym kraju do Oddziałów NFZ wpłynęło łącznie 128 wniosków o leczenie planowane poza granicami kraju, z których część (84) dotyczyła wydania uprzedniej zgody na podstawie art. 42b ust. 9 ustawy o świadczeniach. W oparciu o przepisy implementujące dyrektywę 2011/24/UE dyrektorzy Oddziałów NFZ wydali 11 decyzji i były to w większości przypadków decyzje odmowne (6). W przypadku wszystkich tych decyzji przyczyną odmowy było wskazanie wnioskodawcy świadczeniodawcy krajowego, u którego istniała możliwość wykonania świadczenia w terminie, który jako maksymalny został wskazany przez

⁹² Również MOW oszacował środki finansowe niezbędne do zaspokojenia potrzeb świadczeniobiorców oczekujących na wykonanie zabiegu usunięcia zaćmy. Dodatkowa kwota wynosiłaby w 2016 r. ok. 154 mln zł.

⁹³ Zarządzeniem Prezesa NFZ nr 88/2015/DSOZ z dnia 8 grudnia 2015 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

⁹⁴ Średnio dla wszystkich objętych kontrolą Oddziałów NFZ.

lekarza kierującego osobę wnioskującą na leczenie. Cztery decyzje umarzały postępowania, a tylko w jednej wyrażona została uprzednia zgoda na uzyskanie świadczenia (radiologii i diagnostyki obrazowej – zabieg radioembolizacji SIR) w innym kraju UE. Decyzja ta, na wniosek strony została jednak zmieniona przez Dyrektora ŚOW w ten sposób, że podstawą jej wydania nie były już przepisy implementujące dyrektywę 2011/24/UE, lecz inne przepisy ustawy o świadczeniach, tj. odnoszące się do koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.

3.4.2. W latach 2014–2016 (do dnia 30 września) do objętych kontrolą Oddziałów NFZ wpłynęło 68 wniosków (w tym 2 w 2014 r., 35 w 2015 r. i 31 w 2016 r.), o których mowa w art. 42f ust. 1 ustawy o świadczeniach, tj. wnioski o wyrażenie przez Dyrektora Oddziału NFZ uprzedniej zgody na uzyskanie świadczenia opieki zdrowotnej zawartego w wykazie, o którym mowa w art. 42e ustawy o świadczeniach, w innym państwie członkowskim UE⁹⁵. Przedmiotem wniosków były m.in. endoprotezoplastyka stawów, protezoplastyka stawów, leczenie artroskopowe stawów i mięśni, leczenie nowotworu złośliwego mózgu i gruczołu krokowego, rehabilitacja kurczowego porażenia czterokończynowego, leczenie stanu po złamaniu podudzia lewego, leczenie zwężenia cewki moczowej i przeprowadzania zabiegu usunięcia zaćmy starczej wymagającego kilkudniowego pobytu w szpitalu.

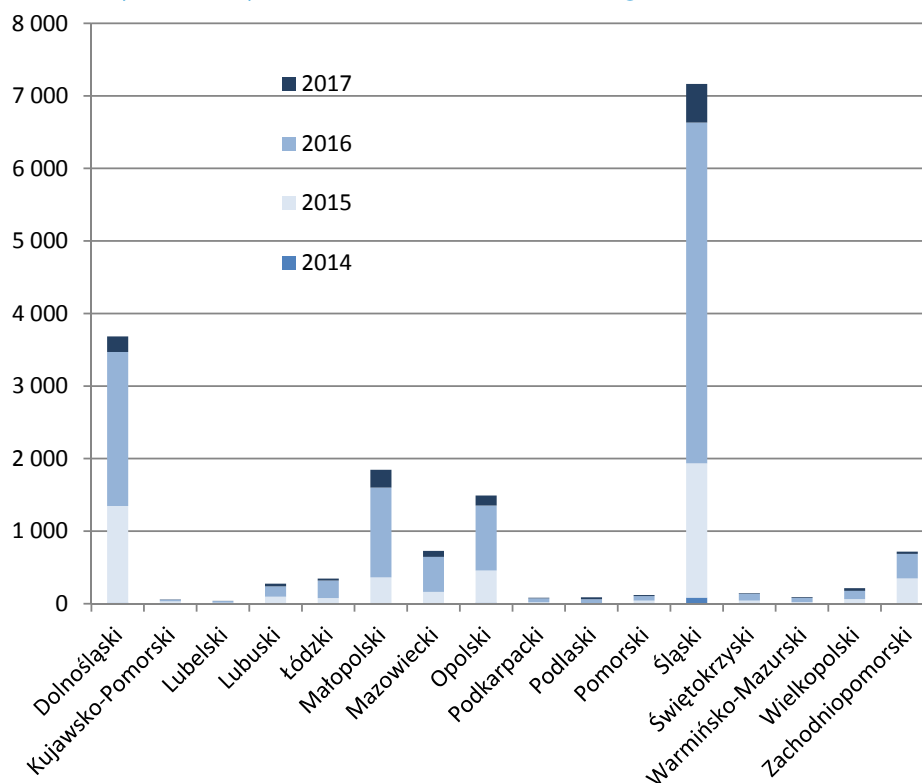
3.4.3. Do dnia 10 lutego 2017 r. do wszystkich Oddziałów NFZ złożonych zostało 17 090 wniosków o zwrot kosztów na podstawie przepisów art. 42b ustawy o świadczeniach. Kwota wynikająca z dołączonych do wniosków rachunków, po przeliczeniu według kursu NBP obowiązującego w dniu wystawienia rachunku (jeżeli rachunek wystawiony został w walucie obcej) wyniosła 54 708 192,02 zł. Zarówno liczba, jak i wartość wniosków w latach 2014–2016 wzrastała – i tak w 2014 r. złożonych zostało ich 160 na łączną kwotę 1 695 861,39 zł, w 2015 r. – 4 873 na łączną kwotę 17 742 247,93 zł, a w 2016 r. – 10 637 na łączną kwotę 31 080 352,08 zł. Między 1 stycznia a 10 lutego 2017 r. złożono natomiast 1 420 wniosków na łączną kwotę 4 189 106,69 zł. Znacząca większość (91,1%) wniosków dotyczyła kosztów operacji usunięcia zaćmy, a ich łączna wartość wyniosła 79,4% wnioskowanych do zwrotu kosztów.

Liczba wniosków wpływających do poszczególnych Oddziałów NFZ była zróżnicowana, i wyniosła od 37 w Lubelskim Oddziale NFZ do 7 165 w ŚOW, co przedstawiono na poniższym wykresie.

⁹⁵ Do MOW w latach 2014–2016 (do sierpnia) wpłynęło osiem wniosków o wyrażenie uprzedniej zgody, których jednak nie weryfikowano w związku z zakończeniem postępowania na etapie wstępnym (nie rozpatrzono żadnego wniosku pod względem merytorycznym), w tym w trzech przypadkach pozostawiono sprawy bez rozpoznania na podstawie art. 64 § 2 Kpa w związku z nieuzupełnieniem przez wnioskodawcę braków formalnych w wyznaczonym terminie. Przeprowadzone badanie działań MOW nie wykazało nieprawidłowości w tym zakresie.

Wykres nr 8

Liczba wniosków złożonych we wszystkich Oddziałach NFZ do 10 lutego 2017 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Centrali NFZ.

3.4.4. Do dnia 10 lutego 2017 r. wszystkie Oddziały NFZ zakończyły postępowanie w stosunku do 14 801 wniosków (86,6% wniosków złożonych), w wyniku czego wydanych zostało 13 939 decyzji w sprawie zwrotu kosztów (na podstawie art. 42d ust. 1 ustawy o świadczeniach), w przypadku których zwrot został przyznany za co najmniej jedno świadczenie, co stanowi 94,2% zakończonych postępowań. Wydanych zostało również 127 decyzji o odmowie zwrotu kosztów (0,9% zakończonych postępowań) na podstawie art. 42d ust. 2 ustawy o świadczeniach. W decyzjach w sprawie zwrotu kosztów dyrektorzy Oddziałów NFZ przyznali zwrot za łącznie 16 607 świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w innym państwie członkowskim UE. W tym samym okresie Oddziały NFZ dokonały zwrotów w łącznej kwocie 28 919,5 tys. zł wynikającej z 12 709 wniosków złożonych na kwotę 39 788 tys. zł, tj. wypłacono 72,7% kosztów wnioskowanych.

3.4.5. Liczba złożonych wniosków o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w TOZ w latach 2014–2016⁹⁶ wykazywała w kontrolowanych Oddziałach NFZ tendencję wzrostową i wynosiła: 118 w 2014 r. (średniomiesięcznie – 79), 4 066 w 2015 r. (średniomiesięcznie – 339) i 5 446 w 2016 r. (średniomiesięcznie – 605). Łącznie złożono 9 941 wniosków. Wzrastała również łączna wartość złożonych wniosków, która wynosiła: 809,9 tys. zł w 2014 r., 13 622,7 tys. zł w 2015 r. i 15 554,3 tys. zł w 2016 r. Średniomiesięczna wartość złożonych wniosków wzrosła tym samym z 540 tys. zł w 2014 r. do 1 728,3 tys. zł w 2016 r., co stanowi wzrost o 220%, gdzie wzrost w stosunku do średniej z 2015 r. wyniósł 52%. Liczba wniosków pozytywnie rozpatrzonych przez kontrolowane Oddziały NFZ zwiększyła się z 98 w 2014 r., przez 3 779 w 2015 r. do 4 671 w 2016 r. Średniomiesięczna liczba wniosków rozpatrzonych pozytywnie wyniosła w poszczególnych latach

⁹⁶ Dane dotyczą okresu od dnia 15 listopada 2014 r. do dnia 30 września 2016 r.

65, 314 i 519⁹⁷. Zmniejszeniu uległa natomiast zarówno przeciętna wartość zakupionych świadczeń objętych wnioskiem (z 6 863,84 zł w 2014 r. do 2 856,09 zł w 2016 r.), jak i przeciętna wartość zwrotu (z 3 711,10 zł w 2014 r. do 2 059,74 zł w 2016 r.), który stanowił w poszczególnych latach 54,1%, 70,4% i 72,1% kosztów (ujętych we wnioskach⁹⁸) poniesionych przez świadczeniobiorców na leczenie w innym państwie UE.

3.4.6. Świadczenia będące przedmiotem ww. wniosków udzielone zostały głównie w Czechach (90%) i w Niemczech (6,5%). Pozostałe uzyskane zostały m.in. w Chorwacji, Hiszpanii, Francji i Luksemburgu. Tylko w jednym Oddziale NFZ (tj. w ZOW) większość (94,7%) wniosków dotyczyło leczenia w Niemczech. Głównym schorzeniem leczonym poza terytorium kraju była zaćma⁹⁹, której dotyczyło, w poszczególnych latach kontrolowanego okresu, odpowiednio 75%, 89% i 84% wniosków¹⁰⁰. Średniomiesięcznie składanych było od 59 w 2014 r. do 508 w 2016 r. wniosków dotyczących świadczeń polegających na leczeniu ww. schorzenia, których średnia wartość wynosiła 3 115,44 zł w 2014 r., 2 791,31 zł w 2015 r. i 2 850,22 zł w roku 2016. Również wartość przeciętnie dokonanego zwrotu zmniejszyła się z 2 669,45 zł w 2014 r., przez 2 280,34 zł w 2015 r. do 2 146,51 zł w roku 2016. Kwoty te stanowiły w poszczególnych latach odpowiednio 85,7%, 81,7% i 75% kosztów wykazanych przez świadczeniobiorców. Liczba wniosków, które wpłynęły do poszczególnych Oddziałów NFZ do dnia 30 września 2016 r. była zróżnicowana i wynosiła od 50 w POW do 5 311 w ŚOW¹⁰¹.

3.4.7. W związku z wprowadzeniem w ustawie o świadczeniach zmian będących skutkiem implementacji postanowień dyrektywy transgranicznej, w kontrolowanych Oddziałach NFZ wprowadzono zmiany polegające m.in. na przypisaniu w regulaminach organizacyjnych tych jednostek poszczególnym komórkom organizacyjnym nowych zadań dotyczących: a/ opracowania sprawozdań i analiz problemowych, b/ monitorowania problemów zgłaszanych przez osoby ubezpieczone i uprawnione, świadczeniodawców oraz komórki organizacyjne, w zakresie udzielania i rozliczania kosztów świadczeń transgranicznych, c/ przekazywania wytycznych dotyczących zasad udzielania i rozliczania świadczeń, d/ udzielania bieżących informacji w tym zakresie, e/ kontroli rachunków wystawionych przez polskich świadczeniodawców, f/ rozpatrywania wniosków o wydanie zgody na uzyskanie w innym niż Polska państwie członkowskim UE świadczeń, g/ przygotowywania projektów i prowadzenia rejestru decyzji administracyjnych, h/ udzielania świadczeniodawcom informacji na temat trybu rozpatrywania wniosków o wydanie zgody, i/ udzielania świadczeniobiorcom informacji dotyczących opieki transgranicznej, j/ rozpatrywania wniosków o zwrot kosztów świadczeń udzielonych w państwach UE, k/ sporządzania niezbędnych dokumentów księgowych, l/ prowadzenia rejestru decyzji o obowiązku zwrotu nienależnie pobranych środków. Zadania związane z realizacją dyrektywy transgranicznej zostały również jednoznacznie przypisane poszczególnym pracownikom kontrolowanych jednostek.

⁹⁷ W latach 2014–2016 (do dnia 12 sierpnia 2016 r.) wpłynęły do MOW 323 wnioski o zwrot kosztów opieki zdrowotnej zakupionych i uzyskanych od zagranicznego podmiotu, z których rozpatrzono 291.

⁹⁸ We wnioskach nie są ujmowane wszystkie koszty ponoszone w związku z uzyskaniem świadczenia, jak i dochodzeniem zwrotu kosztów. W większości przypadków nie są ujmowane m.in. koszty dojazdu do miejsca uzyskania świadczenia, koszty pobytu w miejscu uzyskania świadczenia, koszty finansowania świadczenia, jak i koszty tłumaczenia dokumentów koniecznych do złożenia wniosków.

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

¹⁰⁰ Odpowiednio w latach 2014–2016 było to 89, 3 623 i 4 576 wniosków.

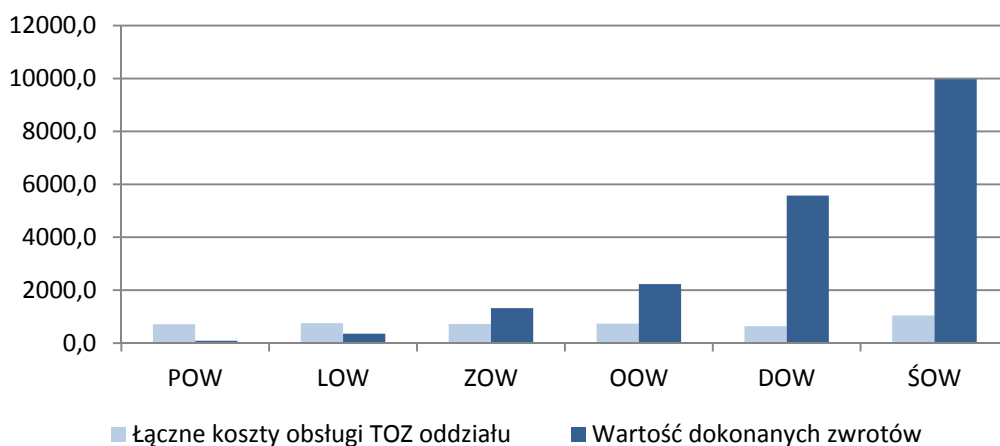
¹⁰¹ W pozostałych Oddziałach łączna liczba wniosków wyniosła odpowiednio: 188 w Zielonej Górze, 596 w Szczecinie, 1 030 w Opolu i 2 766 we Wrocławiu.

3.4.8. Wprowadzenie dodatkowych zadań dla NFZ skutkowało m.in. koniecznością zwiększenia zatrudnienia w poszczególnych Oddziałach NFZ. Przy dokonywaniu zmiany planów finansowych na 2015 r. uwzględniony został podział 50 dodatkowych etatów pomiędzy poszczególne jednostki organizacyjne NFZ, przy założeniu: a/ zabezpieczenia 1 etatu dla każdego Oddziału NFZ, b/ zabezpieczenia po 2 dodatkowe etaty dla każdego oddziału graniczącego z państwami UE, c/ podziału pomiędzy poszczególne oddziały pozostałych 26 etatów, przyjmując za kryterium liczbę ludności danego województwa według GUS (według stanu na dzień 31 grudnia 2013 r.). W wyniku takiej alokacji, poszczególne Oddziały NFZ otrzymały środki na dodatkowe zatrudnienie w wymiarze od dwóch do sześciu etatów, w tym OOW, POW, ZOW i LOW po cztery etaty, DOW pięć, a ŚOW sześć etatów. W rzeczywistości w ww. objętych kontrolą Oddziałach w realizację obowiązków dotyczących transgranicznej opieki zdrowotnej zaangażowanych było od ośmiu do 19 pracowników, zatrudnionych w łącznym wymiarze od czterech do 6,75 etatu. W ŚOW liczba pracowników zaangażowanych zmniejszyła się z 15 osób – w okresie od dnia 1 stycznia 2015 r. do dnia 28 lutego 2015 r. (zatrudnionych na siedmiu etatach) do ośmiu – od dnia 1 października 2016 r. do dnia zakończenia czynności kontrolnych (zatrudnionych na 6,75 etatu)¹⁰².

3.4.9. W planach finansowych kontrolowanych Oddziałów NFZ na wykonywanie zadań związanych z TOZ przewidziano w roku 2014 od 19 tys. zł do 36 tys. zł, a w roku 2015 i 2016 od 373 tys. zł do 560 tys. zł. Łącznie na 2014 r. zaplanowano wydatki w kwocie wynoszącej 181,3 tys. zł, na 2015 r. – w kwocie 2 437,8 tys. zł, a na 2016 r. w kwocie 2 482,2 tys. zł. Tym samym zaplanowano wzrost tych wydatków o ok. 1,8%. W ww. kwotach ponad 80% stanowiły koszty osobowe (wynagrodzenia wraz z pochodnymi). W poszczególnych latach kontrolowanego okresu z tytułu realizacji zadań wynikających z implementacji dyrektywy transgranicznej, kontrolowane Oddziały NFZ poniosły wydatki w łącznej kwocie 4 613,3 tys. zł, z tego w 2014 r. wydatkowano 168,4 tys. zł, w 2015 r. – 2 292,5 tys. zł, a w 2016 r.¹⁰³ – 2 152,4 tys. zł (odpowiednio 92,9%, 94% i 86,7% planu). Średniomiesięczne wydatki kontrolowanych jednostek wyniosły w 2015 r. 191 tys. zł, a w 2016 r. 205 tys. zł, co stanowiło wzrost o ok. 7%. Najniższe wydatki łącznie poniósł DOW (640,3 tys. zł), a najwyższe ŚOW (1 045 tys. zł).

Wykres nr 9

Koszty obsługi TOZ oraz wartość dokonanych zwrotów kosztów (w tys. zł) – kontrolowane Oddziały NFZ



Źródło: Ustalenia kontroli NIK.

¹⁰² W okresie od dnia 1 marca 2015 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. – 11 osób (6,75 etatu), a w okresie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia 30 września 2016 r. – 10 osób (6,75 etatu).

¹⁰³ Do dnia kontroli, tj. w przypadku OOW, LOW i DOW – do października 2016 r., a w pozostałych przypadkach do listopada 2016 r.

3.4.10. W wyniku analizy 300 losowo i 11 celowo dobranych postępowań administracyjnych prowadzonych przez kontrolowane Oddziały w związku ze złożonymi wnioskami o zwrot kosztów opieki zdrowotnej w ramach TOZ stwierdzono, że w większości były one prowadzone w sposób prawidłowy, a nieprawidłowości, oprócz kwestii formalnych, dotyczyły wyłącznie przekroczenia terminów do wydania decyzji o zwrocie (z naruszeniem terminów określonych w przepisach art. 42d ust. 13 lub ust. 14 ustawy o świadczeniach)¹⁰⁴. W wyniku ww. weryfikacji stwierdzono m.in., że:

1) w 105 przypadkach wnioski zawierały braki, w związku z czym wzywano wnioskodawców do ich uzupełnienia;

2) wszystkie decyzje (276), na mocy których dokonano zwrotu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, wydane zostały w oparciu o wnioski spełniające określone przepisami wymagania, w tym: dotyczyły one świadczeń gwarantowanych, były kompletne, przed skorzystaniem ze świadczenia wystawione zostało odpowiednie skierowanie;

3) 22 wnioski dotyczyły świadczeń, które uzyskane zostały w tzw. okresie przejściowym¹⁰⁵, z których 21 złożonych zostało w terminie wynikającym z art. 10 ust. 4 ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach;

4) spośród 291 świadczeń uzyskanych przez wnioskodawców po wejściu w życie krajowych przepisów implementujących, w sześciu przypadkach wymagana była uprzednia zgoda, i z tego powodu – wobec jej braku, wydanych zostało sześć decyzji o odmowie zwrotu kosztów świadczeń (zgodnie z art. 42d ust. 2 pkt 5 ustawy o świadczeniach);

5) w przypadku pozostałych 14¹⁰⁶ zbadanych decyzji o odmowie zwrotu, podstawą do ich wydania było nieprzedstawienie (w 8 przypadkach) wymaganego przepisem art. 42d ust. 2 pkt 3 ustawy o świadczeniach skierowania; złożenie czterech wniosków o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, które nie były świadczeniami gwarantowanymi (zgodnie z art. 42d ust. 2 pkt 1 ww. ustawy), a także złożenie (w jednym przypadku) wniosku po terminie 6 miesięcy od dnia wystawienia rachunku za świadczenie opieki zdrowotnej i nieudokumentowanie faktu pokrycia całości kosztów świadczeń opieki zdrowotnej oraz złożenie – w jednym przypadku – wniosku o zwrot po upływie terminu 6 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach, tj. po terminie wynikającym z art. 10 ust. 4 ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach;

6) w objętej badaniem próbie wniosków nie wystąpiły przesłanki podmiotowe do wyłączenia stosowania przepisów o transgranicznej opiece zdrowotnej (wskazane w art. 42g ustawy o świadczeniach);

7) w 53 przypadkach (tj. w 34 w ŚOW oraz w 19 w LOW) decyzje w sprawie zwrotu kosztów opieki zdrowotnej wydane zostały po terminie określonym w art. 42d ust. 13 lub ust. 14 ustawy o świadczeniach (wydanie decyzji nastąpiło w terminie od 34 dni do 124 dni od złożenia wniosku). Powyższe wynikało z czasochłonności realizacji obowiązków wynikających w szczególności z art. 10 § 1 *Kpa* (tj. obowiązku zapewnienia stronie możliwości czynnego udziału na każdym etapie postępowania), co przedłużało okres rozpatrywania spraw;

8) w sześciu przypadkach LOW nie dopełnił w ww. sprawach obowiązku zawiadomiania strony o braku załatwienia sprawy w terminie (zgodnie z wymogiem wynikającym z art. 36 *Kpa*), przy czym wystąpiły też jednostkowe przypadki, że nie wskazano w zawiadomieniach przyczyn takiego stanu;

¹⁰⁴ W trakcie kontroli rozpoznawczej prowadzonej w MOW badaniami objęto postępowanie dotyczące 23 wniosków o zwrot kosztów. Przy ich rozpatrywaniu nie stwierdzono nieprawidłowości.

¹⁰⁵ Obejmującym okres od dnia 24 października 2013 r. do dnia 14 listopada 2014 r.

¹⁰⁶ Dwie decyzje stanowiły odmowy zwrotu kosztów za niektóre świadczenia ujęte we wnioskach.

9) we wszystkich sprawach, przed wydaniem decyzji, wnioskodawców poinformowano, na podstawie art. 10 *Kpa*, o przysługującym im prawie do wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów w sprawie oraz zgłoszenia uwag i wniosków; wyznaczono też maksymalny termin dla tej czynności wynoszący od 4 do 22 dni;

10) wszystkie Oddziały NFZ zawiadamiały świadczeniobiorców o wszczęciu postępowania administracyjnego na podstawie art. 61 § 1 *Kpa*, co było zbędne z uwagi na fakt, że postępowania te wszczynane były na wniosek strony. Jako uzasadnienie dla takiego działania wskazywano pismo Centrali NFZ. W trakcie kontroli w LOW zmieniono treść zawiadomienia na informujące stronę o toczącym się postępowaniu wszczętym wnioskiem strony.

3.4.11. Objęte kontrolą Oddziały NFZ dokonały 275¹⁰⁷ zwrotów 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 (tj. zgodnie z zasadą wynikającą z art. 42c ust. 6 ustawy o świadczeniach). Zwroty te dokonywane były w wysokości niższej lub równej kwocie wnioskowanej przez świadczeniobiorców, co było wynikiem ograniczenia wprowadzonego przepisem art. 42c ust. 1 pkt 1 ww. ustawy i odpowiadały one kwotom ujętym w cennikach przekazywanych przez Centralę NFZ, które jedynie w ograniczonym zakresie były dostępne publicznie (na stronie internetowej Krajowego Punktu Kontaktowego, jako *Przykładowe stawki stosowane przy zwrocie kosztów świadczeń udzielanych w ramach opieki transgranicznej w 2016 r. – informacja orientacyjna*¹⁰⁸). Tylko w jednym przypadku (w OOW) stwierdzono naruszenie terminu dokonania zwrotu określonego na podstawie art. 42d ust. 17 ustawy o świadczeniach.

3.4.12. W trakcie niniejszej kontroli stwierdzono, że wnioski złożone w okresie po wejściu w życie dyrektywy transgranicznej i przed zmianą przepisów ustawy o świadczeniach, tj. od dnia 25 października 2013 r. do dnia 14 listopada 2014 r., były odsyłane przez Oddziały NFZ wraz z pismami, w których jako przesłankę takiego działania wskazano brak podstaw prawnych do rozpatrzenia wniosku o zwrot kosztów poniesionych na podstawie dyrektywy transgranicznej (i tak przykładowo w ŚOW zwrócono w tym trybie 63 wnioski). Pomimo tego, że działanie to wynikało z wytycznych Centrali NFZ¹⁰⁹, to stanowiło ono naruszenie art. 61a § 1 *Kpa*. Stosownie bowiem do treści art. 1 pkt 2 w związku z art. 5 § 2 pkt 3 *Kpa*, Narodowy Fundusz Zdrowia jako państwowa osoba prawna był i 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. Dlatego też w ww. przypadkach zastosowanie powinny mieć przepisy regulujące zasady prowadzenia postępowania administracyjnego, wskazane w szczególności w przepisach *Kpa*.

3.4.13. Kontrolowane Oddziały NFZ nie podejmowały działań zmierzających do ustalenia różnicy pomiędzy standardem świadczenia uzyskanego przez wnioskodawcę poza granicami kraju, a świadczeniami udzielanymi na terenie kraju i będącymi podstawą określenia wysokości zwrotu kosztów.

¹⁰⁷ W jednym przypadku podstawą ustalenia wysokości zwrotu był art. 42c ust. 2 ustawy o świadczeniach. W wyniku badania wniosków w MOW ustalono, że na 16 zwrotów kosztów w 15 przypadkach zwrotu dokonano w kwocie ustalonej na podstawie art. 42c ust. 6 ustawy o świadczeniach, a w jednym przypadku na podstawie art. 42c ust. 7 tej ustawy.

¹⁰⁸ <http://www.kpk.nfz.gov.pl/images/downloads/Cennik.pdf>.

¹⁰⁹ Piśmie znak: NFZ/CV/DWM/2013/081/3446/W/34012/ZK z dnia 11 grudnia 2013 r.

I tak przykładowo w tej sprawie:

- Dyrektor ŚOW wskazał, 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, a wycena przez NFZ zrealizowanego świadczenia związanego z leczeniem zaćmy nie jest zróżnicowana w aspekcie zastosowanego materiału medycznego użytego w trakcie zabiegu operacyjnego.

3.4.14. Żaden z kontrolowanych Oddziałów NFZ nie podjął współpracy z innymi podmiotami, w tym zagranicznymi, w dziedzinie TOZ. Aktywność w tym zakresie była ograniczona jedynie do kontaktu z Krajowym Punktem Kontaktowym i dotyczyła zapytań kierowanych za jego pośrednictwem do innych państw członkowskich lub do świadczeniodawców w ramach prowadzonych postępowań w sprawie zwrotu kosztów. Zapytania te dotyczyły m.in. do zasad wystawiania faktur, prawa wykonywania zawodu lekarza przez osobę udzielającą świadczeń, czy też do rozbieżności w dokumentacji wystawionej przez świadczeniodawcę.

3.4.15. Według informacji przekazanej przez Centralę NFZ¹¹⁰, nie wpłynęły do tej jednostki skargi lub wnioski dotyczące systemowych ograniczeń, skutkujących naruszeniem praw pacjentów wynikających z implementacji dyrektywy 2011/24/UE. Zastępca Prezesa NFZ wskazał w tym zakresie, że tego typu postulaty osoby zainteresowane kierowałyby przede wszystkim do Ministerstwa Zdrowia, jako organu odpowiedzialnego za inicjowanie zmian systemowych w zakresie zwrotu kosztów na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach oraz opracowywanie, w randze rozporządzeń, aktów wykonawczych dla tych przepisów.

3.4.16. W objętych kontrolą Oddziałach NFZ ok. 19% zwrotów dokonywanych było na rachunki bankowe pełnomocników osób korzystających z leczenia za granicą. W przypadku DOW takie zwroty stanowiły blisko 50%. Świadczeniobiorcom przysługuje prawo ustanowienia pełnomocnika w postępowaniu dotyczącym zwrotu kosztów świadczeń uzyskanych poza granicami kraju, jak też do odbioru środków przekazywanych przez Oddziały NFZ. Ustalenia kontroli wskazują, że istotna część wszystkich zwrotów (od 6% w LOW do ok. 50% w DOW) dokonywana była na rzecz osób innych niż wnioskodawcy, z których większość stanowiły osoby fizyczne działające równocześnie na rzecz podmiotów gospodarczych. Powyższe było wynikiem znacznej aktywności takich podmiotów, które wyspecjalizowały się nie tylko w organizacji wyjazdów za granicę w celu poddania się leczeniu rozliczanemu w ramach TOZ, ale i też w finansowaniu (kredytowaniu) takich świadczeń.

3.4.17. Wszystkie kontrolowane Oddziały NFZ podejmowały działania na rzecz zapewnienia dostępu zainteresowanych do informacji na temat praw wynikających z TOZ. W latach 2014–2016 Oddziały NFZ udzielały informacji na temat m.in. możliwości korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej na terenie Polski i innych państw UE zarówno obywatelom polskim, jak i osobom z innych krajów UE. Według danych przekazanych przez Oddziały NFZ do jego Centrali, udzieliły one łącznie zainteresowanym około 24,9 tys. odpowiedzi na pytania dotyczące m.in. dostępności świadczeń oraz procedur w ramach TOZ, czy też zasad i stawek zwrotu kosztów leczenia za granicą¹¹¹. Popularyzowana była również wiedza na temat regulacji wynikających z implementacji dyrektywy transgranicznej (wśród pacjentów i podmiotów leczniczych) poprzez m.in. organizację szkoleń, dystrybuowanie podręczników oraz kontakt z mediami. Ponadto informacje w tym zakresie umieszczane były na stronach internetowych, na których znajdowały się również dane

¹¹⁰ W piśmie nr DK.0911.4.2017 z dnia 23 lutego 2017 r.

¹¹¹ Informacje przekazywane były telefonicznie, pisemnie (w tym elektronicznie), a także bezpośrednio w siedzibie Oddziałów NFZ.

kontaktowe infolinii dedykowanej temu zagadnieniu oraz link do strony Portalu Krajowego Punktu Kontaktowego¹¹².

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

3.5.1. W okresie objętym kontrolą wystąpiło 89 przypadków rezygnacji (poprzez wypowiedzenie lub odstąpienie od podpisania aneksu zmieniającego) podmiotów leczniczych z umów zawartych z objętymi kontrolą Oddziałami NFZ. Dotyczyło to również umów w zakresach innych niż okulistyka lub ortopedia i traumatologia narządu ruchu. Tylko jeden podmiot, jako przyczynę braku dalszego udzielania świadczeń finansowanych ze środków NFZ wskazał zbyt niską wycenę świadczeń. Dominującym powodem, wskazywanym przez podmioty lecznicze, były braki kadrowe uniemożliwiające dalszą realizację umów. W toku kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresach obejmujących okulistykę oraz ortopedię i traumatologię narządu ruchu, Oddziały NFZ nie stwierdziły przypadków nieuzasadnionego zaniechania udzielania świadczeń.

3.5.2. Kontrolowane Oddziały NFZ nie dysponowały informacjami dotyczącymi skali świadczeń zdrowotnych udzielanych odpłatnie przez podmioty lecznicze, które równolegle realizowały umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków NFZ. Dyrektorzy Oddziałów NFZ, jako przyczynę takiego stanu, wskazywali m.in. na brak obowiązku informowania kierowanych przez nich jednostek o świadczeniach realizowanych odpłatnie na rzecz świadczeniobiorców poza harmonogramem pracy stanowiącym załącznik do umowy zawartej z Oddziałem NFZ. W tym zakresie należy jednak zwrócić uwagę na treść art. 131b ust. 1 ustawy o świadczeniach, stosownie do którego Dyrektor Oddziału NFZ sporządza plan zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na następny rok, uwzględniając Mapę Regionalną oraz stan dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa. Posiadanie informacji o udzielanych odpłatnych świadczeniach, jest natomiast jednym z elementów wiedzy o dostępności do świadczeń na danym obszarze.

3.5.3. W trakcie kontroli zwrócono się, na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK do wybranych podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w rodzaju SZP, działających w regionach przygranicznych o informacje dotyczące ich aktywności w zakresie udzielania odpłatnych świadczeń zdrowotnych, w tym obcokrajowcom w ramach dyrektywy transgranicznej. Spośród 101 podmiotów, większość (57) zadeklarowało udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej osobom zamieszkującym inne kraje UE, natomiast 40 podmiotów takich świadczeń nie udzielało. Spośród podmiotów udzielających świadczeń w zakresie okulistyki i/lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu znacząca większość (57 na 65) zadeklarowała potencjał wyższy od wynikającego z zawartych z NFZ umów (nawet o 70% aktualnego poziomu).

Również znacząca większość podmiotów dysponowała cennikami odpłatnych świadczeń, a blisko połowa (45%) wskazała, że w cennikach tych ujęte zostały ceny, których poziom był wyższy od kwot stosowanych w rozliczeniach z NFZ.

Zaledwie 10 spośród ww. 101 zapytanych podjęło współpracę z podmiotami innymi niż NFZ, w celu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, a z których tylko dwa wskazały na transgraniczny charakter tej współpracy.

¹¹² <http://www.kpk.nfz.gov.pl/pl>

4.1 Przygotowanie kontroli

Transgraniczna opieka zdrowotna nie była do tej pory przedmiotem odrębnej kontroli NIK. Jednakże ustalenia dotyczące poziomu finansowania ww. świadczeń dokonywane były w ramach kontroli realizacji zadań Narodowego Funduszu Zdrowia (za 2014 r. – kontrola P/15/059, za 2015 r. – kontrola P/16/053). Z ustaleń tych kontroli wynikało, że NFZ nie wykorzystał w pełni zaplanowanych środków na finansowanie świadczeń w ramach TOZ, co wynikało z nieznacznego zainteresowania pacjentów możliwością uzyskania zwrotu kosztów takich świadczeń.

Kontrola rozpoznawcza *Respektowanie praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej* (R/16/001) przeprowadzona została w 2016 r. w dwóch podmiotach:

- MOW, w zakresie planowania środków na udzielanie wybranych świadczeń zdrowotnych, poziomu wykorzystania środków na udzielanie wybranych świadczeń zdrowotnych, prowadzenia kontroli w zakresie list oczekujących na udzielenie świadczeń, prawidłowości postępowań dotyczących wydawania uprzedniej zgody na planowe leczenie poza granicami kraju oraz postępowań dotyczących dokonywania zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej – Najwyższa Izba Kontroli oceniła pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie;
- w podmiocie leczniczym: Wojskowym Instytucie Medycyny Lotniczej w Warszawie, w zakresie prawidłowości prowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczeń usunięcia zaćmy, sprawozdawczości w zakresie list osób oczekujących na udzielenie tych świadczeń oraz posiadanego potencjału, gdzie stwierdzono, że prowadzona lista oczekujących m.in. nie była prowadzona na bieżąco, co skutkowało występowaniem pomyłek i przeoczeń, a w wyniku niewłaściwie prowadzonej dokumentacji, dotyczącej kolejności udzielania świadczeń oraz popełnianych błędów, jednostka wykazywała w comiesięcznych raportach statystycznych nieprawidłowe dane o liczbie pacjentów oczekujących, liczbie pacjentów skreślonych i czasie oczekiwania.

Wyniki tych kontroli stanowiły podstawę do przygotowania kontroli P/16/084.

4.2 Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli

Podmioty, w których prowadzono kontrolę, zostały dobrane w sposób celowy ze względu na ich przygraniczne położenie, przy uwzględnieniu analizy ryzyka opartej na dostępnych informacjach o transgranicznej opiece zdrowotnej.

W toku kontroli badano w szczególności dokumentację spraw dotyczących wydania uprzedniej zgody, zwrotu kosztów świadczeń oraz skarg pacjentów, w której występowały dane osobowe podlegające ochronie na podstawie ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. *o ochronie danych osobowych*¹¹³. Badania takie prowadzono na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. i ustawy *o NIK*, a wszystkie dokumenty przed ich załączeniem do akt kontroli zostały poddane anonimizacji.

W wystąpieniach pokontrolnych przekazanych kierownikom kontrolowanych jednostek zawarto łącznie **siedem wniosków pokontrolnych**, które dotyczyły w przypadku:

- DOW – podjęcia działań mających na celu zapewnienie dokumentowania w aktach spraw dotyczących zwrotu pacjentom kosztów leczenia za granicą, daty powzięcia przez DOW informacji o odebraniu decyzji przez adresata (wnioskodawcę), celem dotrzymania

¹¹³ Dz. U. z 2016 r. poz. 922.

i monitorowania obowiązku zwrotu poniesionych przez niego kosztów leczenia, w ciągu 7 dni od daty powzięcia wiedzy przez Oddział o uprawomocnieniu się decyzji;

- LOW – 1/ wyznaczenia w wezwaniach do usunięcia braków formalnych terminu na ich usunięcie wraz z informacją o skutkach nie dopełnienia tego obowiązku, 2/ zawiadamiania strony, w przypadkach nieterminowego załatwiania sprawy oraz odmawianie wszczęcia postępowania, zgodnie w wymogami *Kpa*;
- OOW – wprowadzenia rozwiązania organizacyjnego skutkującego przeprowadzeniem kontroli u świadczeniodawców, w stosunku do których uzyskano w trakcie analizy skarg i z innych źródeł informacje, które uzasadniają podejrzenia niewykonywania lub niewłaściwego wykonywania przez świadczeniodawców obowiązków, o których mowa w art. 20 ustawy o świadczeniach;
- POW – 1/ podjęcia kolejnych działań skutkujących poprawą dostępności do świadczeń w zakresie: zaćmy, wiotkości, endoprotezoplastyki stawu biodrowego i stawu kolanowego, 2/ zwiększenia liczby kontroli z zakresu prawidłowości prowadzenia list oczekujących w podmiotach realizujących świadczenia z zakresu okulistyki i ortopedii, które wykazują najdłuższe czasy oczekiwania na wykonanie zabiegów;
- ŚOW – podjęcia niezbędnych działań mających na celu zapewnienie terminowego rozpatrywania wniosków dotyczących zwrotu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych poza granicami kraju.

W odpowiedziach na wystąpienia pokontrolne, do dnia sporządzenia niniejszej informacji, kierownicy trzech jednostek poinformowali o: a/ zrealizowaniu czterech wniosków (LOW i POW), b/ rozpoczęciu realizacji jednego (DOW). W pozostałych przypadkach, do dnia sporządzenia informacji, wnioski nie zostały zrealizowane. Do wystąpień pokontrolnych, w tym do sformułowanych w tych dokumentach wniosków, nie zostały zgłoszone zastrzeżenia.

Wykaz jednostek objętych kontrolą

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK	Jednostka kontrolowana	Adres
1.	Delegatura w Katowicach	Śląski OW NFZ w Katowicach	40-844 Katowice, ul. Kossutha 13
2.	Delegatura w Opolu	Opolski OW NFZ w Opolu	45-315 Opole, ul. Głogowska 37
3.	Delegatura w Rzeszowie	Podkarpacki OW NFZ w Rzeszowie	35-032 Rzeszów ul. Zamkowa 8
4.	Delegatura w Szczecinie	Zachodniopomorski OW NFZ w Szczecinie	71-470 Szczecin, ul. Arkońska 45
5.	Delegatura we Wrocławiu	Dolnośląski OW NFZ we Wrocławiu	50-525 Wrocław, ul. Joannitów 6
6.	Delegatura w Zielonej Górze	Lubuski OW NFZ w Zielonej Górze	65-057 Zielona Góra, ul. Podgórna 9b

Wykaz kierowników jednostek kontrolowanych

L.p.	Jednostka	Kierownik jednostki	Ocena ¹¹⁴
1.	Śląski OW NFZ w Katowicach	Jerzy Szafranowicz, Dyrektor od dnia 14 marca 2016 r. Poprzednio: Pani Krystyna Semenowicz-Siuda w okresie od dnia 18 stycznia 2016 r., Pani Ewa Momot – od dnia 11 sierpnia 2014 r. do dnia 18 stycznia 2016 r., Pan Tomasz Uher – od dnia 14 kwietnia 2014 r. do dnia 10 sierpnia 2014 r., Pani Barbara Ulanowska – od dnia 10 lutego 2014 r. do dnia 14 kwietnia 2014 r., Pan Grzegorz Nowak – od dnia 1 stycznia 2013 r. do dnia 8 lutego 2014 r.	Opisowa ¹¹⁵
2.	Opolski OW NFZ w Opolu	Robert Bryk – Dyrektor od dnia 12 grudnia 2016 r. Poprzednio: Pan Filip Nowak od dnia 21 lipca 2010 r. do dnia 25 sierpnia 2013 r. i od dnia 16 kwietnia 2014 r. do dnia 13 lipca 2014 r., Pan Tomasz Uher od dnia 26 sierpnia 2013 r. do dnia 15 kwietnia 2014 r. (jako pełniący obowiązki Dyrektora), od dnia 11 sierpnia 2014 r. do dnia 27 kwietnia 2016 r. (w tym do dnia 30 listopada 2014 r. jako pełniący obowiązki Dyrektora), Pan Jerzy Pilarski od dnia 14 lipca 2014 r. do dnia 10 sierpnia 2014 r. (jako pełniący obowiązki Dyrektora) oraz Pani Grażyna Kowcun od dnia 27 kwietnia 2014 r. do dnia 11 grudnia 2016 r. (jako pełniąca obowiązki Dyrektora).	Opisowa
3	Podkarpacki OW NFZ w Rzeszowie	Robert Bugaj – Dyrektor Oddziału od dnia 4 lipca 2016 r. Poprzednio: w okresie od dnia 29 kwietnia do dnia 4 lipca 2016 r. obowiązki Dyrektora Oddziału pełniła Pani Violetta Tyczyńska, a w okresie od dnia 21 września 2009 r. do dnia 29 kwietnia 2016 r. dyrektorem Oddziału była Pani Grażyna Hejda.	Opisowa
4.	Zachodniopomorski OW NFZ w Szczecinie	Dariusz Ruczyński – Dyrektor od dnia 9 listopada 2015 r. (od dnia 18 sierpnia 2014 r. do dnia 8 listopada 2015 r. jako pełniący obowiązki Dyrektora). Poprzednio funkcję tę pełniła Pani Julita Jaśkiewicz (w okresie od dnia 8 lipca 2008 r. do dnia 17 sierpnia 2014 r.).	Pozytywna
5.	Dolnośląski OW NFZ we Wrocławiu	Andrzej Oćwieja – Dyrektor od dnia 5 września 2016 r. Poprzednio: w okresie od dnia 1 listopada 2009 r. do dnia 3 lipca 2016 r. funkcję Dyrektora pełniła Pani Wioletta Niemiec, w okresie od dnia 4 lipca 2016 r. do dnia 4 września 2016 r. obowiązki Dyrektora pełnił Pan Tadeusz Pławiak.	Opisowa
6.	Lubuski OW NFZ w Zielonej Górze	Piotr Bromber – pełniący obowiązki Dyrektora od dnia 31 grudnia 2015 r. Poprzednio: od dnia 15 maja 2008 r. do dnia 30 grudnia 2015 r. stanowisko Dyrektora zajmował Pan Stanisław Łobacz.	Opisowa

¹¹⁴ Wystąpienia pokontrolne zostały umieszczone w Biuletynie Informacji Publicznej Najwyższej Izby Kontroli.

¹¹⁵ Negatywnie oceniono prowadzenie postępowań poprzedzających zwrot kosztów leczenia w innych krajach UE.

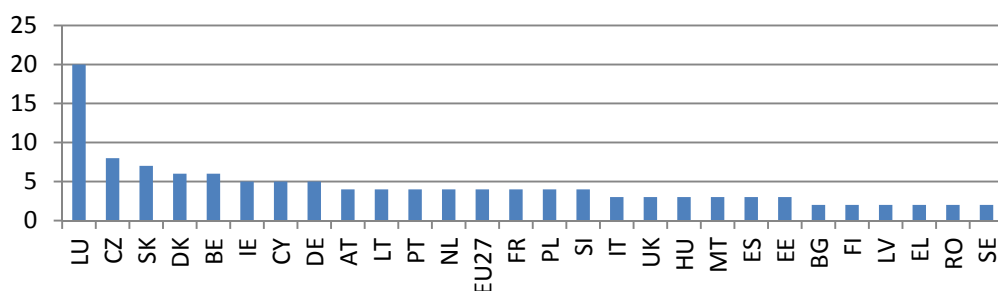
Dotychczasowa skala TOZ

We wrześniu 2015 r. Komisja Europejska przedstawiła Parlamentowi Europejskiemu i Radzie *Sprawozdanie Komisji dotyczące funkcjonowania dyrektywy 2011/24/UE*, z którego wynikało, że m.in. mobilność pacjentów w zakresie nieplanowanego leczenia jest niska, a przepływy osób korzystających z opieki zdrowotnej za granicą na podstawie dyrektywy są niewielkie¹¹⁶.

Poniżej przedstawiono dane dotyczące skali korzystania przez pacjentów z poszczególnych państw UE z opieki zdrowotnej w innych krajach UE.

Wykres nr 10

Odsetek osób w poszczególnych krajach UE, które skorzystały z opieki zdrowotnej w innym kraju członkowskim

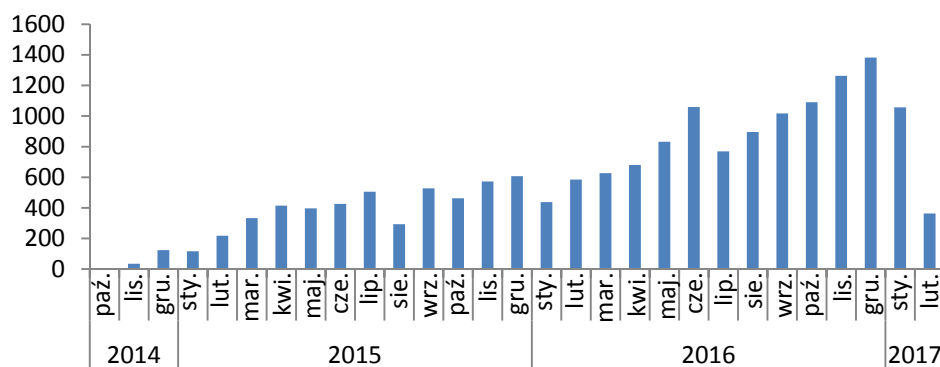


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Komisji Europejskiej zawartych w opracowaniu *Impact of information on patients' choice within the context of the Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council on the application of patients' rights in cross-border healthcare. Final Report, Bruksela 2014 r., str. 41*, dostępnym na stronie: http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/cross_border_care/docs/cbhc_information_patientschoice_en.pdf.

Według danych przekazanych¹¹⁷ przez Centralę NFZ na dzień 10 lutego 2017 r., na podstawie przepisów ustawy o świadczeniach, zmienionych w wyniku implementacji postanowień dyrektywy 2011/24/UE, na właściwych formularzach złożonych zostało do wszystkich Oddziałów NFZ łącznie 17 090 wniosków o zwrot kosztów na podstawie przepisów art. 42b ustawy o świadczeniach. Dane te zaprezentowano na poniższym wykresie¹¹⁸.

Wykres nr 11

Liczba wniosków o zwrot kosztów na podstawie przepisów art. 42b ustawy o świadczeniach



Źródło: Opracowanie na podstawie danych z Centrali NFZ.

¹¹⁶ *Sprawozdanie Komisji dla Parlamentu Europejskiego i Rady*, Bruksela, dnia 4 września 2015 r. COM(2015) 421 final.

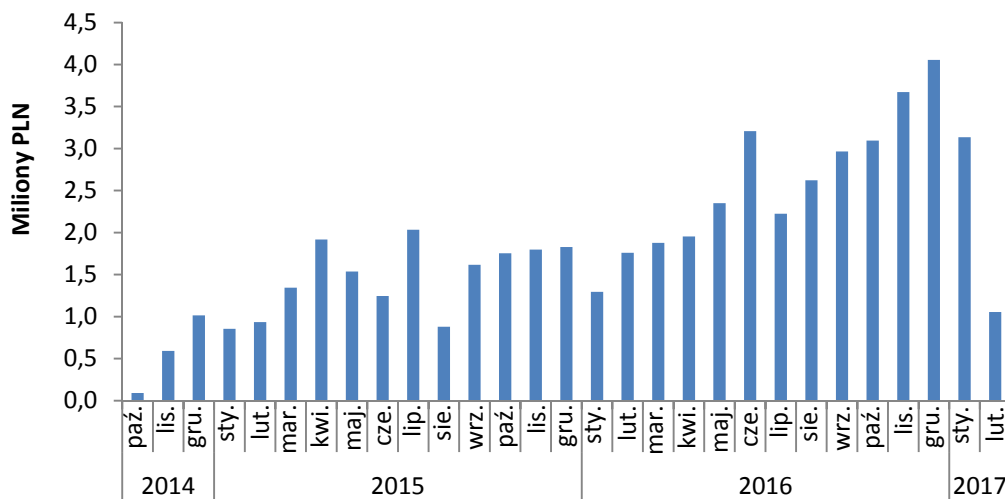
¹¹⁷ Dane przekazano NIK pismem numer DK.0911.4.2017 z dnia 23 lutego 2017 r.

¹¹⁸ Na podstawie danych przesłanych przez Centralę NFZ wg stanu na dzień 10 lutego 2017 r.

Kwota wynikająca z dołączonych do wniosków rachunków, po przeliczeniu według kursu NBP obowiązującego w dniu wystawienia rachunku (jeżeli rachunek wystawiony został w walucie obcej) wyniosła 54 708 192,02 zł. Spośród ww. wniosków 160 na łączną kwotę 1 695 861,39 zł zostało złożonych w 2014 r., 4 873 wnioski na łączną kwotę 17 742 247,93 zł złożono w 2015 r., 10 637 wniosków na łączną kwotę 31 080 352,08 zł w 2016 r., natomiast w 2017 r. złożono 1 420 wniosków na łączną kwotę 4 189 106,69 zł.

Wykres nr 12

Wartość wniosków o zwrot kosztów na podstawie przepisów art. 42b ustawy o świadczeniach



Źródło: Opracowanie na podstawie danych z Centrali NFZ.

W przypadku 15 566 (91,1%) wniosków o zwrot kosztów wnioskodawcy ubiegali się o zwrot kosztów operacji usunięcia zaćmy¹¹⁹. Wartość pozycji rachunków dotyczących operacji zaćmy, w przeliczeniu według kursu NBP obowiązującego w dniu wystawienia rachunku, wyniosła 43 462 065,18 zł, co stanowiło 79,4% wnioskowanych do zwrotu kosztów. Dodatkowo wnioski te zawierały inne pozycje kosztowe, które w części zostały uznane jako składowe operacji usunięcia zaćmy, a w części jako oddzielne świadczenia zdrowotne (np. konsultacje okulistyczne kwalifikujące do wykonania operacji).

Według stanu na dzień 10 lutego 2017 r. Oddziały NFZ zakończyły postępowanie w stosunku do 14 801 wniosków (86,6%). W stosunku do danych na dzień 2 września 2016 r. liczba zakończonych postępowań zwiększyła się o 5 472, tj. o 58,6%. Dyrektorzy Oddziałów NFZ wydali 13 939 decyzji w sprawie zwrotu kosztów (na podstawie art. 42d ust. 1 ustawy o świadczeniach), w przypadku których zwrot został przyznany za co najmniej jedno świadczenie, co stanowi 94,2% ogółu zakończonych postępowań. Liczba wydanych decyzji o odmowie zwrotu kosztów (na podstawie art. 42d ust. 2 ustawy o świadczeniach) wyniosła 127, czyli 0,9% zakończonych postępowań.

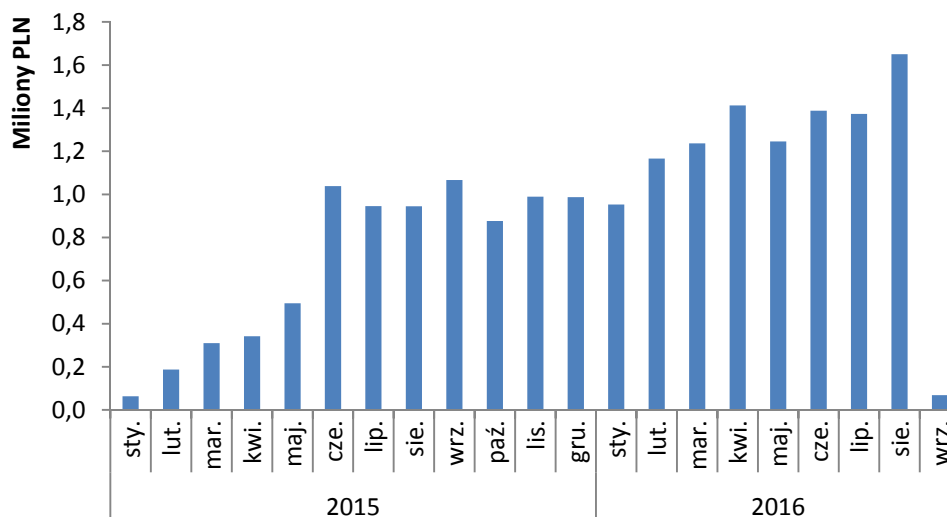
W 13 939 wydanych decyzjach w sprawie zwrotu kosztów dyrektorzy Oddziałów NFZ przyznali zwrot za łącznie 16 607 świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w innym państwie członkowskim UE, z czego 257 świadczeń zostało wykazanych na wnioskach o zwrot kosztów złożonych w 2014 r.,

¹¹⁹ Niejednokrotnie jeden wniosek dotyczył dwóch zabiegów usunięcia zaćmy (na oku prawym i oku lewym), stąd pozycji na rachunkach dotyczących ww. operacji, stanowiących odpowiednik liczby świadczeń, w przypadku których ubiegano się o zwrot, było 15 895.

6 000 świadczeń wykazano na wnioskach złożonych w 2015 r., 10 233 świadczeń w 2016 r., natomiast 117 świadczeń – na wnioskach złożonych w 2017 r. Dane dotyczące kwot wypłaconych w poszczególnych miesiącach w latach 2014–2016 zaprezentowano na poniższym wykresie¹²⁰.

Wykres nr 13

Wartość wypłat na podstawie decyzji o zwrocie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej



Źródło: Opracowanie na podstawie danych z Centrali NFZ.

W okresie przejściowym, obejmującym okres od dnia 25 października 2013 r. do dnia 14 listopada 2014 r., wnioskodawcy uzyskali 636 świadczeń (3,8% ogółu świadczeń), za które dyrektorzy Oddziałów NFZ przyznali zwrot kosztów na podstawie przepisu art. 10 ust. 4 ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach. W przypadku świadczeń udzielonych w tym okresie i zawartych w wykazie świadczeń, o którym mowa w art. 42e ustawy o świadczeniach, określającym świadczenia, przy których zwrot kosztów wymaga uzyskania uprzedniej zgody dyrektora Oddziału NFZ, zniesiony został obowiązek jej posiadania. Spośród ww. 636 świadczeń, 387 (60,8%) dotyczyło operacji usunięcia zaćmy oraz wykonanych przed i po tym zabiegu badań okulistycznych, zakwalifikowanych przez Oddziały NFZ jako oddzielne świadczenia z AOS. Ponadto przyznano zwrot kosztów za świadczenia, które zawarte są w wykazie świadczeń wymagających uprzedniej zgody – m.in.: napromieniowanie Gamma Knife (9 świadczeń), poród wymagający pozostania w szpitalu co najmniej do dnia następnego (4 świadczenia), rezonans magnetyczny (4 świadczenia), tomografię komputerową (3 świadczenia).

W stosunku do 12 709 wniosków złożonych w okresie od dnia 15 listopada 2014 r. do dnia 10 lutego 2017 r., Oddziały NFZ dokonały zwrotu kosztów w łącznej kwocie 28 919 495,66 zł. W przypadku ww. wniosków świadczeniobiorcy wnioskowali natomiast o zwrot łącznie 39 788 014,52,50 zł – wypłacone zwroty stanowiły więc 72,7% kosztów wnioskowanych.

W okresie od dnia 15 listopada 2014 r. do dnia 31 grudnia 2014 r. dyrektorzy Oddziałów NFZ nie wydali żadnych decyzji dotyczących planowanego leczenia poza granicami kraju w ramach przepisów o koordynacji ani na podstawie przepisów implementujących dyrektywę 2011/24/UE. Do Wielkopolskiego Oddziału NFZ, ŚOW i LOW wpłynęły ogółem cztery wnioski o wyrażenie zgody

¹²⁰ Na podstawie danych przesłanych przez Centralę NFZ wg stanu na dzień 10 lutego 2017 r.

na przeprowadzenie leczenia poza granicami kraju, które zostały odesłane do wnioskodawców ze względu na występujące w nich braki formalne, uniemożliwiające ich dalsze procedowanie.

W 2015 r. do dyrektorów Oddziałów NFZ wpłynęły 72 wnioski o udzielenie zgody na leczenie planowane poza granicami kraju. Na podstawie ww. wniosków wydano 11 decyzji. W oparciu o przepisy implementujące dyrektywę 2011/24/UE dyrektorzy Oddziałów NFZ w 2015 r. wydali cztery decyzje i były to decyzje odmowne. Spośród tych decyzji: w przypadku trzech – zakres leczenia dotyczył ortopedii i traumatologii narządu ruchu, a w przypadku jednej – zakres leczenia dotyczył chirurgii ogólnej. Decyzje dotyczące ortopedii i traumatologii narządu ruchu wydane były przez dyrektorów: Wielkopolskiego Oddziału NFZ, ŚOW oraz Małopolskiego Oddziału NFZ. Decyzję z zakresu chirurgii ogólnej wydał Dyrektor Pomorskiego Oddziału NFZ. W przypadku wszystkich czterech decyzji przyczyną odmowy było wskazanie wnioskodawcy świadczeniodawcy krajowego, u którego może on wykonać wnioskowane świadczenie w terminie niezbędnym. Pozostałe siedem decyzji wydanych zostało na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.

W 2016 r. do dyrektorów Oddziałów NFZ wpłynęły 52 wnioski o leczenie planowane poza granicami kraju. Decyzje wydano na podstawie ośmiu złożonych w 2016 r. wniosków. Dodatkowo wydano trzy decyzje na podstawie wniosków złożonych w 2015 r. oraz jedną decyzję zmieniającą decyzję z 2016 r. W oparciu o przepisy implementujące dyrektywę 2011/24/UE dyrektorzy Oddziałów NFZ wydali siedem decyzji – jedną pozytywną (decyzja Dyrektora ŚOW, dotycząca przeprowadzenia świadczenia z zakresu radiologii i diagnostyki obrazowej – zabieg radioembolizacji SIRT) oraz dwie odmowne i cztery decyzje umarzające postępowanie. Ponadto Dyrektor ŚOW wydał na wniosek strony decyzję zmieniającą zgodę na przeprowadzenie leczenia z zakresu radiologii i diagnostyki obrazowej, wydaną na podstawie przepisów implementujących dyrektywę 2011/24/UE, na zgodę na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.

Według danych przekazanych¹²¹ przez Centralę NFZ, na dzień 14 listopada 2014 r. tj. na dzień przed wejściem w życie ustawy implementującej postanowienia dyrektywy 2011/24/UE, w Oddziałach NFZ złożonych zostało 126 wniosków o zwrot kosztów na podstawie ww. dyrektywy. Kwota wynikająca z dołączonych do wniosków rachunków, po przeliczeniu według kursu NBP obowiązującego w dniu wystawienia rachunku, jeżeli rachunek wystawiony został w walucie obcej, wyniosła 2 666 793,87 zł.

Usunięcia zażyczy dotyczyło 78 wniosków o zwrot kosztów na podstawie dyrektywy 2011/24/UE złożonych w Oddziałach NFZ według stanu na dzień 14 listopada 2014 r. (61,90% ogółu wniosków) na łączną kwotę, według kursu NBP z dnia wystawienia rachunku, 298 371,50 zł (11,19% ogółu wnioskowanych kosztów).

Wnioski składane w poszczególnych Oddziałach NFZ o zwrot kosztów na podstawie dyrektywy 2011/24/UE spotykały się z odmową przyznania kosztów przez oddziały z uwagi na brak przepisów implementujących. Po wejściu w życie ustawy *zmieniającej ustawę o świadczeniach* zaistniała możliwość ponownego ubiegania się o zwrot kosztów. Wnioski w tym przypadku, na podstawie art. 10 ust. 4 ustawy *o zmianie ustawy o świadczeniach*, należało złożyć w terminie nie dłuższym niż 6 miesięcy od dnia wejścia w życie ww. ustawy, tj. do dnia 15 maja 2015 r.

Część świadczeniobiorców, w wyniku odmowy zwrotu kosztów, złożyła powództwa przeciwko NFZ w sądach powszechnych powołując się na prawo do zwrotu kosztów wynikające z samej dyrektywy 2011/24/UE. Według danych przekazanych przez Oddziały NFZ na dzień 2 września 2016 r. zakończonych zostało 15 postępowań przeciwko NFZ o zwrot kosztów na podstawie dyrektywy

2011/24/UE w sądach I instancji (w dziewięciu przypadkach odrzuceniem pozwu, w czterech – umorzeniem postępowania, a w dwóch rozstrzygnięciami wynikającymi z zawarcia ugody). Na cztery postępowania w sądach II instancji w trzech przypadkach sąd oddalił środki zaskarżenia, a w jednym przypadku umorzył postępowanie.

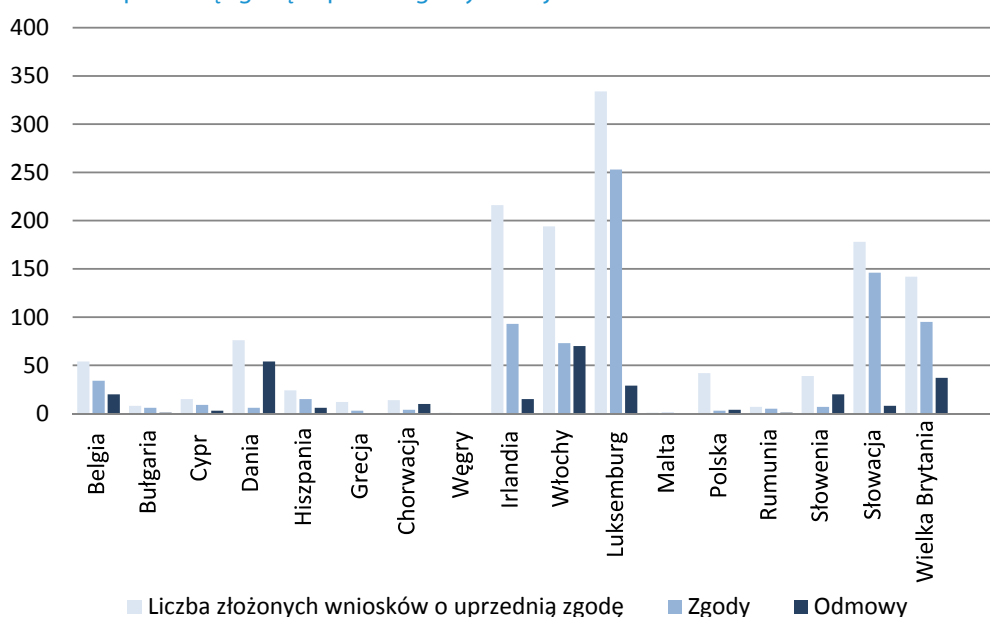
Według danych na dzień 2 września 2016 r. sądy I instancji w przypadku trzech spraw wydały wyroki nakazujące NFZ zwrot kosztów wraz z należnymi odsetkami i kosztami procesowymi – Małopolskiemu Oddziałowi NFZ z tytułu refundacji kosztów przeszczepu wątroby, MOW za operację neurochirurgiczną zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa w Niemczech, a w ZOW za zabieg witrektomii.

Skala TOZ w UE

Sytuacja pacjentów w poszczególnych krajach UE, którzy planują poddanie się leczeniu w ramach TOZ jest zróżnicowana, co wynika w szczególności z wprowadzanych na poziomie krajowym wymogów, co do posiadania uprzedniej zgody właściwych organów państwowych (ang. *prior authorisation*)¹²². Według danych prezentowanych przez Komisję Europejską¹²³ 18 państw członkowskich UE wprowadziło ww. wymóg, a jedynie cztery¹²⁴ takich ograniczeń nie przewidziało. W 2015 r. do 17 krajów UE wpłynęło łącznie 1 357 wniosków o uprzednią zgodę, z których rozpatrzonych pozytywnie zostało 753, a negatywnie 278. Najwięcej wniosków złożonych zostało w Luksemburgu (334), a najmniej na Malcie i na Węgrzech (po jednym).

Wykres nr 14

Liczba wniosków o uprzednią zgodę w poszczególnych krajach UE w 2015 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Komisji Europejskiej zawartych w MEMBER STATE DATA on cross-border healthcare following Directive 2011/24/EU. Year 2015.

¹²² Dyrektywa transgraniczna przewiduje możliwość wprowadzenia uprzedniej zgody, w szczególności w stosunku do świadczeń wymagających hospitalizacji lub wiążących się ze znacznymi kosztami.

¹²³ Dokument: MEMBER STATE DATA on cross-border healthcare following Directive 2011/24/EU. Year 2015, opublikowany przez Komisję Europejską w dniu 24 października 2016 r. na stronie internetowej https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/cross_border_care/docs/2015_msdata_en.pdf.

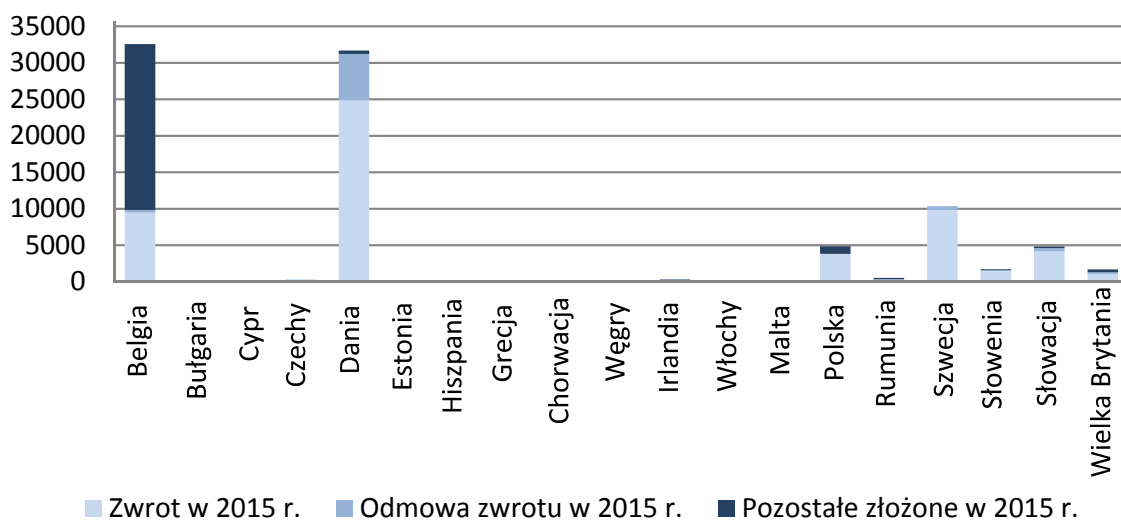
¹²⁴ Czechy, Estonia, Holandia i Szwecja.

W wyniku udzielenia uprzedniej zgody, a następnie poddaniu się leczeniu w innym kraju dokonywane były w 10 państwach zwroty kosztów takiego leczenia, których łączna kwota wyniosła 1 584,9 tys. Euro.

Jednocześnie z ww. danych Komisji Europejskiej w 2015 r. w 18 państwach UE pacjenci złożyli łącznie 78 861 wniosków o zwrot kosztów świadczeń uzyskanych w innych krajach UE niż kraj ubezpieczenia wnioskodawcy (ang. *request for reimbursement*).

Wykres nr 15

Liczba wniosków o zwrot kosztów w poszczególnych krajach UE w 2015 r.



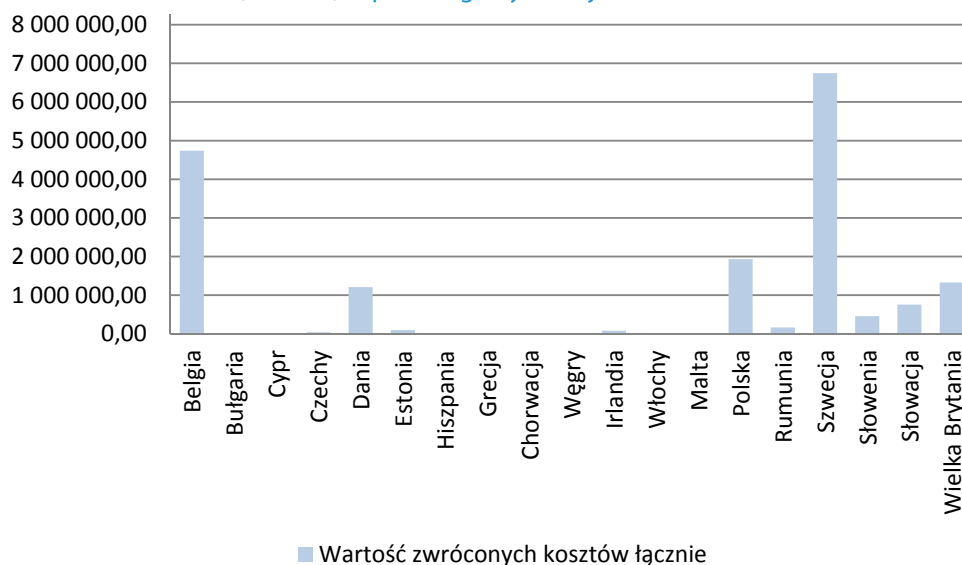
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Komisji Europejskiej zawartych w MEMBER STATE DATA on cross-border healthcare following Directive 2011/24/EU. Year 2015.

Łącznie rozpatrzono w 2015 r. pozytywnie 45 815 wniosków¹²⁵, dokonując zwrotu w łącznej kwocie 17 589,8 tys. Euro. W poszczególnych krajach UE łączne wartości zwrotów wynosiły od 0,00 Euro na Cyprze, Węgrzech i Malcie do 6 745 486,04 Euro w Szwecji i 4 739 326,54 Euro w Belgii. W Polsce zwrócono łącznie 1 933 896,00 Euro.

¹²⁵ W tych krajach w 2015 r. odmówiono łącznie 7 685 zwrotów. Dodatkowo w Szwecji przyznano zwrotów 9 836 i odmówiono 535.

Wykres nr 16

Łączna wartość zwrotu kosztów (w EURO) w poszczególnych krajach UE w 2015 r.



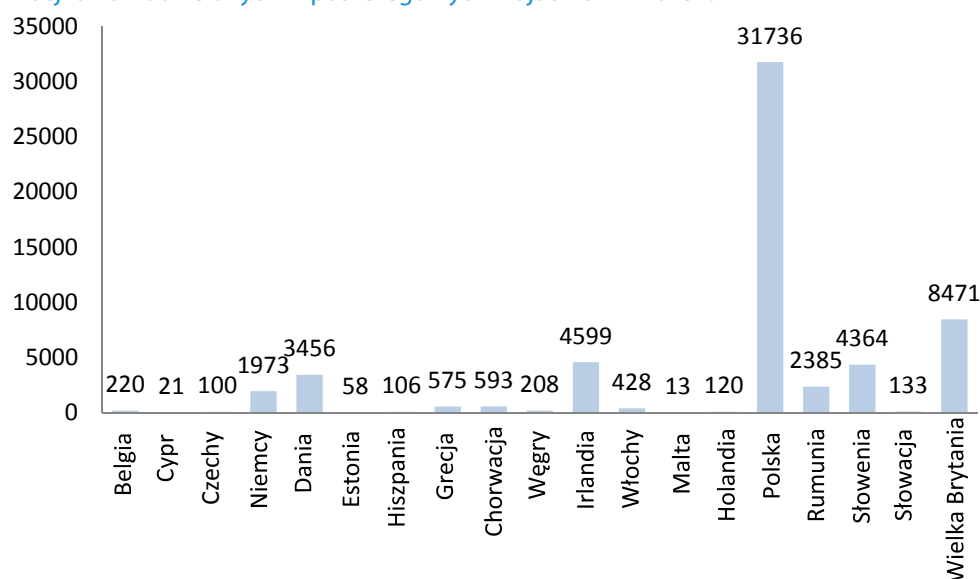
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Komisji Europejskiej zawartych w MEMBER STATE DATA on cross-border healthcare following Directive 2011/24/EU. Year 2015.

Przeciętny czas prowadzenia postępowania w sprawach wniosków o zwrot kosztów wynosił w poszczególnych krajach UE od dwóch tygodni w Luksemburgu do 10 miesięcy w Bułgarii, co powodowało przekroczenie limitu na ich zakończenie: w Bułgarii (o siedem miesięcy) i Irlandii (o dwa dni robocze)¹²⁶.

O zainteresowaniu TOZ w poszczególnych krajach UE świadczy też liczba udzielonych na jej temat informacji – łącznie w 2015 r. udzielono ich blisko 60 tysięcy.

Wykres nr 17

Liczba informacji o TOZ udzielonych w poszczególnych krajach UE w 2015 r.



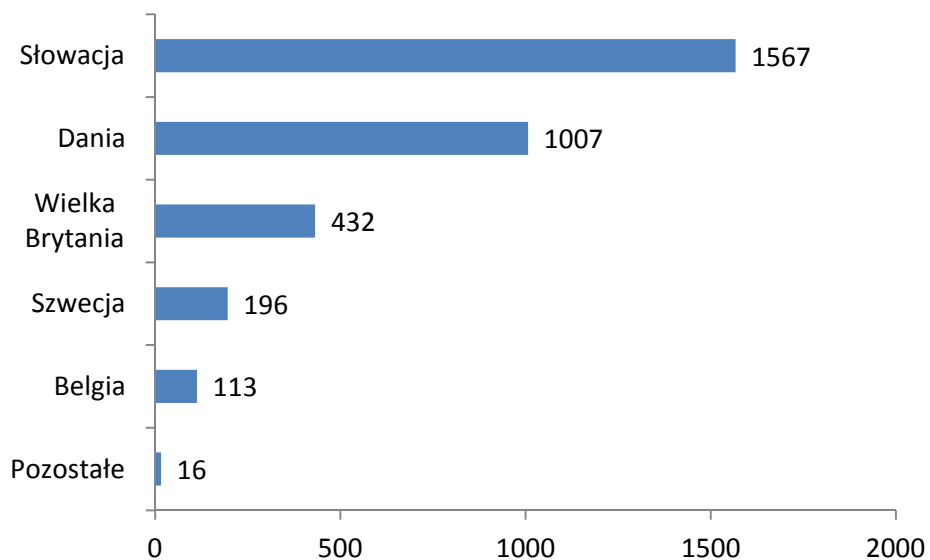
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Komisji Europejskiej zawartych w MEMBER STATE DATA on cross-border healthcare following Directive 2011/24/EU. Year 2015.

¹²⁶ W poszczególnych krajach w różny sposób określano limit czasu na postępowanie: w dniach, w dniach roboczych, w tygodniach i w miesiącach. W Bułgarii limit wynosił 3 miesiące, a w Irlandii 20 dni roboczych.

Obcokrajowcy korzystający w Polsce z leczenia, a następnie dochodzący zwrotu kosztów takich świadczeń w krajach swojego ubezpieczenia (łącznie 3 331) pochodzili głównie ze Słowacji (1 567) i Danii (1 007).

Wykres nr 18

Liczba pacjentów z innych krajów UE leczących się w Polsce w 2015 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Komisji Europejskiej zawartych w MEMBER STATE DATA on cross-border healthcare following Directive 2011/24/EU. Year 2015.

Charakterystyka stanu prawnego

Prawa pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej w art. 68 stanowi, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Państwa członkowskie UE były zobowiązane do wprowadzenia przepisów dyrektywy 2011/24/UE do swoich systemów prawnych, w tym w szczególności do dokonywania zwrotu kosztów poniesionych na zakup świadczeń opieki zdrowotnej w innych krajach UE niż kraj miejsca ubezpieczenia (miejsca zamieszkania). Po implementacji regulacji prawnych pacjenci z innych niż Polska krajów UE mogą korzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej na terenie Polski, i po ich opłaceniu we własnym zakresie, dochodzić zwrotu kosztów w krajach swojego ubezpieczenia. Pacjentom takim przysługują na terenie Polski tożsame prawa jak pacjentom krajowym, w tym prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (zgodnie z art. 6 ustawy o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*), prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych (m.in. art. 23–30 ustawy o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*) i prawo do otrzymania rachunku, na którym wyszczególnione zostaną zrealizowane procedury diagnostyczne i terapeutyczne (zgodnie z przepisem art. 24a ust. 1 ustawy o *działalności leczniczej*). Obowiązkiem podmiotu leczniczego jest podawanie do wiadomości pacjentów (co wynika z art. 24 ust. 2 ustawy o *działalności leczniczej*) m.in. informacji o wysokości opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (art. 24 ust. 1 pkt 9 ustawy o *działalności leczniczej*) i o wysokości opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością (art. 24 ust. 1 pkt 12 ustawy o *działalności leczniczej*). Wystawiając rachunek na rzecz pacjenta, który nie jest świadczeniobiorcą, w rozumieniu ustawy o *świadczeniach*, podmiot leczniczy powinien uwzględniać aktualną wysokość opłat podaną do wiadomości pacjentom oraz nie może różnicować opłat za udzielane świadczenia zdrowotne w zależności od obywatelstwa lub państwa zamieszkania pacjenta (art. 24a ust. 2 ustawy o *działalności leczniczej*). Osoba korzystająca w Polsce ze świadczeń zdrowotnych w ramach TOZ, która planuje zrealizować receptę otrzymaną od polskiego lekarza w innym państwie członkowskim UE, ma prawo do otrzymania recepty transgranicznej, o której mowa w § 5a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 marca 2012 r. w *sprawie recept lekarskich*¹²⁷. Taka recepta wydawana jest na prośbę pacjenta.

Dyrektywa i jej implementacja

W dniu 15 listopada 2014 r. weszła w życie ustawa o *zmianie ustawy o świadczeniach*. Ponadto Minister Zdrowia na podstawie delegacji zawartej w znowelizowanych przepisach ustawy o *świadczeniach*, w dniu 4 listopada 2014 r. wydał następujące rozporządzenia odnoszące się do problematyki będącej przedmiotem kontroli, tj.:

1. w *sprawie wykazu* oraz

¹²⁷ Dz. U. z 2016 r. poz. 62, ze zm.

2. w sprawie wydawania zgody na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu.

Przepisy te wprowadzają do polskiego systemu prawnego założenia dyrektywy 2011/24/UE. Na ich podstawie polski pacjent może uzyskać od NFZ zwrot kosztów świadczenia opieki zdrowotnej, które w Polsce jest ujęte w katalogu świadczeń gwarantowanych, uzyskanego odpłatnie na terenie innego państwa członkowskiego UE. Wprowadzono do ustawy o świadczeniach w dziale II dotyczącym świadczeń opieki zdrowotnej nowy rozdział 2a *Świadczenia opieki zdrowotnej udzielone poza granicami kraju*, w którym uregulowano zasady zwrotu kosztów świadczenia opieki zdrowotnej udzielonej poza granicami kraju, w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej.

Celem dyrektywy 2011/24/UE jest zapewnienie realizacji swobody przepływu usług w sferze opieki zdrowotnej na terytorium Unii Europejskiej poprzez stworzenie możliwości korzystania ze świadczeń zdrowotnych w innym państwie członkowskim UE oraz możliwości uzyskania przez pacjenta zwrotu kosztów takich świadczeń od publicznego systemu ubezpieczenia zdrowotnego, któremu on podlega.

Należy zwrócić uwagę, że państwa członkowskie UE winne były wprowadzić przepisy ustawowe, wykonawcze i administracyjne niezbędne do wykonania dyrektywy 2011/24/UE najpóźniej do dnia 25 października 2013 r. (zgodnie z art. 21 ust. 1 tej dyrektywy), jednakże do polskiego ustawodawstwa wprowadzono nowe regulacje dopiero od dnia 15 listopada 2014 r., tj. z ponad rocznym opóźnieniem. Na skutek obowiązujących w UE zasad prawnych, przepisy dyrektywy 2011/24/UE obowiązywały już od dnia 25 października 2013 r., w wyniku czego polscy ubezpieczeni uzyskali począwszy od tej daty możliwość korzystania z ujętych w niej praw bezpośrednio na podstawie jej przepisów. W okresie od dnia 25 października 2013 r. do dnia 14 listopada 2014 r., tj. w trakcie bezpośredniego obowiązywania przepisów dyrektywy 2011/24/UE, osoby ubezpieczone w Polsce dochodziły zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej na drodze sądowej (w postępowaniu cywilnym) ponieważ NFZ nie uznał się za podmiot właściwy do zwrotu kosztów w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej. W postanowieniu z dnia 28 maja 2015 r. (III CZP 26/15) Sąd Najwyższy stwierdził jednak, że sprawy te miały i mają charakter administracyjny, stąd droga taka jest niedopuszczalna.

Leczenie za granicą

Osoby wskazane w art. 2 ust. 1 ustawy o świadczeniach, w tym objęte krajowym systemem ubezpieczenia zdrowotnego, a także osoby mieszkające lub czasowo przybywające w Polsce mogą uzyskać świadczenia zdrowotne poza terytorium kraju w ramach dwóch odrębnych systemów prawnych: unijnej koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego albo opieki zdrowotnej udzielonej zgodnie z postanowieniami dyrektywy transgranicznej¹²⁸. Przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego zaczęły obowiązywać w Polsce od dnia 1 maja 2004 r., tj. od dnia w którym Polska stała się państwem członkowskim UE. Wtedy to Prezes NFZ rozpoczął wydawanie decyzji na podstawie przepisów o koordynacji, tj. w przypadku, gdy świadczenie na terenie kraju nie mogło być udzielone w terminie niezbędnym dla stanu zdrowia pacjenta.

¹²⁸ Zasadniczymi różnicami pozwalającymi na wyodrębnienie przypadków, do których znajdują zastosowanie te dwa odrębne systemy prawne są kwestie planowania uzyskania świadczenia opieki poza granicami kraju oraz kwestia pokrywania kosztów. W przypadku korzystania z systemu koordynacji, z reguły pacjent przed wyjazdem nie planuje leczenia za granicą, a korzystając jednak z takiego leczenia nie pokrywa jego kosztów (rozliczenie następuje między płatnikami). W przypadku transgranicznej opieki zdrowotnej, z reguły, świadczeniobiorca planuje uzyskanie świadczenia (posiada skierowanie) oraz pokrywa z własnych środków należność za nie, a następnie może dochodzić zwrotu (w przypadku Polski – od NFZ).

Decyzje w ww. zakresie wydawane były przez Prezesa NFZ do dnia 14 listopada 2014 r. Począwszy natomiast od dnia 15 listopada 2014 r. obowiązek wydawania decyzji w ww. zakresie znalazł się w kompetencjach dyrektorów Oddziałów NFZ.

Aktualnie, na podstawie przepisów art. 42a ustawy o świadczeniach, NFZ finansuje koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych poza granicami kraju:

1. na zasadzie zwrotu kosztów, o którym mowa w art. 42b;
2. zgodnie z przepisami o koordynacji;
3. na podstawie decyzji dyrektora Oddziału Funduszu, o których mowa w art. 42i ust. 2 i ust. 9, albo decyzji Prezesa Funduszu, o których mowa w art. 42j ust. 1 i ust. 2.

Niniejszą kontrolą objęte zostały działania podejmowane przez Oddziały NFZ w związku z wprowadzeniem do obowiązującego porządku prawnego przepisów dotyczących prawa pacjentów do leczenia za granicą i uzyskania zwrotu poniesionych na ten cel kosztów, tj. w zakresie przewidzianym przez art. 42a pkt 1 ww. ustawy.

Jednakże w celu prezentacji pełnego spektrum możliwości uzyskania dostępu do świadczeń za granicą finansowanych ze środków NFZ, poniżej przedstawiono podstawowe informacje odnoszące się do świadczeń udzielanych w ramach koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.

Świadczenia finansowane w ramach koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego

Na podstawie przepisów o koordynacji, w tym stosowanych bezpośrednio rozporządzeń Rady¹²⁹, osobie mającej prawo do świadczeń na podstawie ustawodawstwa jednego z państw członkowskich UE/EFTA przysługują następujące rodzaje świadczeń:

1. Świadczenia niezbędne – świadczenia udzielane osobie ubezpieczonej w jednym z państw członkowskich UE/EFTA, która czasowo przebywa w innym państwie członkowskim UE/EFTA. Podstawą udzielenia świadczenia o charakterze niezbędnym jest **Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego** (EKUZ) lub Certyfikat Tymczasowo Zastępujący EKUZ. O tym, czy dany pacjent wymaga udzielenia leczenia o charakterze niezbędnym decyduje lekarz, do którego trafi ta osoba. Za świadczenia niezbędne uznaje się takie świadczenia, których konieczności udzielenia pacjent z jednego państwa UE/EFTA (np. z Polski) nie mógł przewidzieć przed przyjazdem do innego państwa UE/EFTA (np. do Hiszpanii), a potrzeba ich udzielenia powstała już po przyjeździe na terytorium tego państwa. Świadczeniami o charakterze niezbędnym są też świadczenia będące następstwem pogorszenia się stanu zdrowia wynikającego z choroby przewlekłej, których udzielenia wymagają osoby przebywające czasowo w danym państwie.

2. Świadczenia w pełnym zakresie – przysługują osobom, które zamieszkują w innym państwie członkowskim UE/EFTA niż państwo właściwe. Zgodnie z przepisami o koordynacji, ubezpieczony lub członkowie jego rodziny, którzy mają miejsce zamieszkania w innym państwie członkowskim UE/EFTA niż państwo właściwe, otrzymują w państwie członkowskim, w którym mają miejsce

¹²⁹ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. UE L 166 z 30.04.2004, str. 1, ze zm. – 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).

zamieszkania, świadczenia rzeczowe udzielane w imieniu właściwej instytucji przez instytucję miejsca zamieszkania, zgodnie z przepisami stosowanego przez nią ustawodawstwa tak, jak gdyby byli oni ubezpieczeni na mocy tego ustawodawstwa. Dokumentem potwierdzającym prawo do pełnego zakresu świadczeń w państwie zamieszkania, jest dokument S1 wydawany przez instytucję właściwą osobie zamieszkującej w innym państwie członkowskim UE/EFTA niż państwo właściwe. Dokument taki, przed skorzystaniem ze świadczeń zdrowotnych, wymaga zarejestrowania w instytucji miejsca zamieszkania. W Polsce instytucją taką jest Oddział NFZ, który wydaje na podstawie art. 52 ust. 1 ustawy o świadczeniach poświadczenia będące dokumentami potwierdzającymi prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.

3. Świadczenia w ramach leczenia planowanego – wszelkie świadczenia, których uzyskanie stanowi cel wyjazdu do innego państwa członkowskiego UE/EFTA. Ubezpieczony, który wyjeżdża do innego państwa członkowskiego UE/EFTA po to, aby skorzystać z leczenia, powinien przed wyjazdem uzyskać zgodę instytucji właściwej. Decyzje w tym zakresie podejmują dyrektorzy Oddziałów NFZ (na podstawie przepisów art. 42i ustawy o świadczeniach) oraz Prezes NFZ (na podstawie art. 42j tej ustawy).

4. Świadczenia z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej – osoba, która uległa wypadkowi przy pracy lub która zapadła na chorobę zawodową, a która ma miejsce zamieszkania lub pobytu w innym państwie członkowskim UE/EFTA niż państwo właściwe, jest uprawniona do szczególnych rzeczowych świadczeń zdrowotnych w ramach systemu obejmującego wypadki przy pracy i choroby zawodowe, udzielanych, w imieniu instytucji właściwej, przez instytucję miejsca pobytu, zgodnie ze stosowanym przez nią ustawodawstwem tak, jak gdyby była ona ubezpieczona na podstawie ustawodawstwa państwa pobytu.

Uzyskanie **decyzji Prezesa NFZ** wyrażającej zgodę na przeprowadzenie planowanego leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju jest konieczne w sytuacji, gdy stan zdrowia pacjenta wymaga przeprowadzenia poza granicami kraju planowanego leczenia lub badań diagnostycznych, będących świadczeniami gwarantowanymi, których nie wykonuje się w kraju (w danym czasie). Prezes na wniosek wydaje decyzję administracyjną kierując się niezbędnością udzielenia takiego świadczenia w celu ratowania życia lub poprawy stanu zdrowia wnioskodawcy (art. 42j ust.1 ustawy o świadczeniach). Zgoda ww. organu, w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia, może też dotyczyć pokrycia kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń za granicą lub miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju najtańszym środkiem komunikacji możliwym do zastosowania w aktualnym stanie zdrowia (art. 42j ust. 2 ustawy o świadczeniach).

W przypadku, gdy świadczenie opieki zdrowotnej jest w kraju wykonywane, lecz nie można go uzyskać w terminie niezbędnym ze względu na stan zdrowia, świadczeniobiorca może złożyć do dyrektora Oddziału NFZ **wniosek o wyrażenie zgody** na przeprowadzenia leczenia lub badań diagnostycznych na terenie innego państwa członkowskiego UE lub EFTA.

Leczenie za granicą na podstawie przepisów o koordynacji może być przeprowadzone wyłącznie w zagranicznych placówkach opieki medycznej, które posiadają kontrakt z ubezpieczycielem publicznym.

Uprzednią zgodę na uzyskanie świadczeń poza granicami kraju wydaje dyrektor Oddziału NFZ właściwego ze względu na miejsce zamieszkania wnioskodawcy. Decyzja administracyjna tego organu wydawana jest po rozpatrzeniu wniosku o wydanie zgody na uzyskanie w innym niż

Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE/EFTA świadczenia opieki zdrowotnej w oparciu o przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.

Transgraniczna opieka zdrowotna

Świadczeniami gwarantowanymi, zgodnie z art. 5 pkt 35 ustawy o *świadczeniach*, są świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w tej ustawie. Na podstawie art. 15 ww. ustawy, świadczeniobiorcy mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie, w zakresie:

- 1) POZ;
- 2) AOS;
- 3) SZP;
- 4) opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień;
- 5) rehabilitacji leczniczej;
- 6) świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej;
- 7) leczenia stomatologicznego;
- 8) lecznictwa uzdrowiskowego;
- 9) zaopatrzenia w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej, oraz ich naprawy, o których mowa w ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o *refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych*¹³⁰;
- 10) ratownictwa medycznego;
- 11) opieki paliatywnej i hospicyjnej;
- 12) świadczeń wysokospecjalistycznych;
- 13) programów zdrowotnych;
- 14) leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę;
- 15) programów lekowych określonych w przepisach ustawy o *refundacji*;
- 16) leków stosowanych w chemioterapii określonych w przepisach ustawy o *refundacji*;
- 17) leków nieposiadających pozwolenia na dopuszczenie do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, sprowadzanych z zagranicy na warunkach i w trybie określonym w art. 4 ustawy z dnia 6 września 2001 r. *Prawo farmaceutyczne*¹³¹, pod warunkiem że w stosunku do tych leków wydano decyzję o objęciu refundacją na podstawie ustawy o *refundacji*;
- 18) środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, sprowadzonych z zagranicy na warunkach i w trybie określonym w art. 29a ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o *bezpieczeństwie żywności i żywienia*¹³², pod warunkiem, że w stosunku do tych środków wydano decyzję o objęciu refundacją na podstawie ustawy o *refundacji*.

¹³⁰ Dz. U. z 2016 r., poz. 1536, ze zm., dalej: ustawa o refundacji.

¹³¹ Dz. U. z 2016 r. poz. 2142, ze zm.

¹³² Dz. U. z 2017 r. poz. 149, ze zm.

Przepis art. 42e ust. 1 ustawy o świadczeniach upoważnił Ministra Zdrowia do określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku których warunkiem zwrotu kosztów będzie uprzednie wydanie zgody na uzyskanie danego świadczenia. Wykaz został ujęty w rozporządzeniu w sprawie wykazu. Stosownie do treści art. 42b ust. 9 i art. 42e ustawy o świadczeniach w związku z § 1 ww. rozporządzenia, uprzednia zgoda dyrektora Oddziału NFZ dla otrzymania zwrotu kosztów wymagana jest w przypadku:

- 1) świadczenia opieki zdrowotnej wymagającego pozostania pacjenta w szpitalu co najmniej do dnia następnego, bez względu na rodzaj udzielanych świadczeń;
- 2) leczenia w ramach programów lekowych;
- 3) terapii izotopowej;
- 4) teleradioterapii stereotaktycznej;
- 5) teleradioterapii hadronowej wiązką protonów;
- 6) terapii hiperbarycznej;
- 7) wszczepienia pompy baklofenowej w leczeniu spastyczności odpornej na leczenie farmakologiczne;
- 8) badań genetycznych;
- 9) pozytonowej tomografii emisyjnej;
- 10) badań medycyny nuklearnej;
- 11) tomografii komputerowej;
- 12) rezonansu magnetycznego.

Zwrot kosztów należał się również w przypadku, gdy świadczenia transgranicznej opieki zdrowotnej zostały udzielone przed wejściem w życie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach, ale po dniu 24 października 2013 r. Art. 10 ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach wprowadził rozwiązanie polegające na możliwości stosowania przepisów dotyczących zwrotu kosztów, w przypadku świadczeń, leków i wyrobów medycznych udzielonych lub zakupionych w ramach TOZ po dniu 24 października 2013 r. i przed dniem 15 listopada 2014 r. Wniosek o zwrot kosztów udzielonych we wskazanym przedziale czasowym należało złożyć w terminie nie dłuższym niż 6 miesięcy od dnia 15 listopada 2014 r., tj. od daty wejścia w życie w/w ustawy. Do świadczeń okresu przejściowego nie stosował się przepis art. 42b ust. 9 ustawy o świadczeniach, wprowadzający wymóg uzyskania uprzedniej zgody przez dyrektora Oddziału NFZ na świadczenia zawarte w wykazie przewidzianym w art. 42e.

Zadania Oddziału NFZ w zakresie transgranicznej opieki zdrowotnej:

- a) przeprowadzanie postępowania po otrzymaniu wniosków o zwrot kosztów świadczeń medycznych udzielonych w innych krajach UE, złożonych na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach (art. 42d ust. 1 ustawy o świadczeniach),
- b) przeprowadzanie postępowania po otrzymaniu wniosków o wydanie uprzedniej zgody na leczenie w innych krajach UE (art. 42f ust. 1 ustawy o świadczeniach),
- c) udzielanie informacji dot. transgranicznej opieki zdrowotnej (art. 97a ustawy o świadczeniach).

Zwrot kosztów świadczeń udzielonych polskim świadczeniobiorcom (art. 42d ustawy o świadczeniach i rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada 2014 r. w sprawie wzoru wniosku o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych poza granicami kraju¹³³):

¹³³ Dz. U. poz. 1538.

Dokumenty wymagane do wniosku o zwrot kosztów:

- a) uzyskane przed skorzystaniem ze świadczeń (art. 42b ust. 3-12 i art. 42d ust. 5 ustawy o świadczeniach):
- skierowanie lub zlecenie na transport sanitarny, otrzymane zgodnie z art. 32, art. 33 ust. 1, art. 33a ust. 1, art. 41 lub art. 57-59 oraz przepisami wydanymi na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach,
 - w przypadku leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych uzyskanie odpowiedniej recepty transgranicznej, recepty z innego państwa UE lub zlecenia,

dokumenty te mogą być wystawione również przez lekarza wykonującego zawód w innym niż RP państwie UE

- zakwalifikowanie do odpowiedniego programu lekowego,
 - spełnienie wymogów warunkujących udział pacjenta w danym programie zdrowotnym,
 - uprzednia zgoda na świadczenia objęte wykazem Ministra Zdrowia.
- b) uzyskane po skorzystaniu ze świadczeń (art. 42d ust. 5 ustawy o świadczeniach):
- szczegółowy rachunek zawierający przede wszystkim:
 - dane wystawcy rachunku oraz datę jego wystawienia,
 - dane świadczeniobiorcy, którego dotyczy wniosek o zwrot kosztów,
 - dane niezbędne do zidentyfikowania świadczenia (w przypadku braku – dokumentacja medyczna)
 - dowód zapłaty całości kosztów świadczenia,
 - kopia dokumentacji medycznej, z której wynika medyczna zasadność wystawienia recepty na lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia lub wyrób medyczny – w przypadku leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia lub wyrobów medycznych, zakupionych na podstawie recepty wystawionej w innym państwie UE.

Dodatkowymi dokumentami w przypadku dokumentów sporządzonych w języku obcym jest ich tłumaczenie na język polski.

Termin złożenia wniosku o zwrot kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej:

- dla świadczeń udzielonych przed wejściem w życie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach (od dnia 25 października 2013 r. do dnia 14 listopada 2014 r.) – do dnia 14 maja 2015 r. (zgodnie z art. 10 ust. 4 ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach);
- dla świadczeń udzielonych po wejściu w życie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach – 6 miesięcy od dnia wystawienia rachunku za świadczenie opieki zdrowotnej, którego dotyczy wniosek (zgodnie z art. 42d ust. 12 ustawy o świadczeniach).

Procedura rozpatrywania wniosków o zwrot kosztów (art. 42d ustawy o świadczeniach):

- rozpatrywanie wniosków odbywa się zgodnie z *Kpa*, z uwzględnieniem przepisów szczególnych wynikających z ustawy o świadczeniach, a zwrot następuje na podstawie decyzji administracyjnej,
- odwołania od decyzji administracyjnej w sprawie zwrotu kosztów składane są do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia;
- przesłanki ustawowe dla decyzji o odmowie zwrotu kosztów (art. 42d ust. 2 ustawy o świadczeniach) to m.in. świadczenie będące przedmiotem wniosku o zwrot kosztów: nie jest świadczeniem gwarantowanym, zostało udzielone na terenie kraju lub poza terytorium UE; wnioskodawca nie posiada skierowania, zlecenia na przejazd środkami transportu sanitarnego,

potwierdzonego skierowania na leczenie uzdrowiskowe, recepty lub recepty transgranicznej, świadczeniobiorca nie posiada uprzedniej zgody wydanej przez dyrektora Oddziału NFZ na uzyskanie wymienionego w przepisach wykonawczych wydanych na podstawie art. 42e ust. 1 świadczenia opieki zdrowotnej w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej, świadczeniobiorca nie udokumentował faktu pokrycia całości kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, wniosek o zwrot kosztów został złożony po upływie sześciu miesięcy od dnia wystawienia rachunku za świadczenie.

Zwrot kosztów dokonywany jest w wysokości odpowiadającej kwocie (art. 42c ustawy o świadczeniach):

- finansowania danego świadczenia gwarantowanego stosowanej w rozliczeniach między Funduszem a świadczeniodawcami z tytułu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- limitu finansowania danego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego,
- zwrot kosztów nie może przekraczać kwoty wydatków rzeczywiście poniesionych przez świadczeniobiorcę z tytułu uzyskania danego świadczenia.

Wniosek o wydanie uprzedniej zgody na planowe leczenie (art. 42f ustawy o świadczeniach):

Wniosek wypełnia:

- a) osoba składająca wniosek
- b) lekarz ubezpieczenia zdrowotnego posiadający specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny właściwej ze względu na zakres wnioskowanego leczenia.

Lekarz we wniosku wpisuje m.in.:

- rozpoznanie kliniczne,
- dotychczasowy przebieg choroby i zastosowane leczenie,
- prognozę dalszego przebiegu choroby,
- szczegółowy zakres planowanego leczenia,
- czas oczekiwania osoby na uzyskanie leczenia w kraju – przewidywany zgodnie z listą oczekujących oraz dopuszczalny – określony indywidualnie przez lekarza wypełniającego wniosek,
- uzasadnienie konieczności leczenia poza granicami kraju.

Do wniosku należy dołączyć:

- dokumentację medyczną,
- pisemną informację o terminie udzielenia świadczenia w Polsce wraz z uzasadnieniem przyczyny wyboru tego terminu oraz o zakwalifikowaniu pacjenta do kategorii medycznej, ustalonej zgodnie z kryteriami medycznymi.

Wniosek wraz z dokumentacją może zostać przesłany przez NFZ do :

- konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie medycyny właściwej ze względu na zakres wnioskowanego leczenia,
- innych osób wykonujących zawód medyczny lub podmiotów leczniczych, posiadających profesjonalną wiedzę w zakresie wnioskowanego leczenia w celu zaopiniowania.

Procedura rozpatrywania wniosków o wydanie uprzedniej zgody na planowe leczenie (art. 42f ustawy o świadczeniach):

- rozpatrywanie wniosków odbywa się zgodnie z *Kpa*, z uwzględnieniem przepisów szczególnych wynikających z ustawy o świadczeniach, a ich załatwienie następuje w drodze decyzji administracyjnej Dyrektora Oddziału NFZ w sprawie wydania lub odmowy wydania zgody na uzyskanie świadczenia opieki zdrowotnej w innym państwie członkowskim UE,
- odwołanie od decyzji składane jest do Prezesa Funduszu,
- przysługuje skarga do WSA.

Przesłanki do wydania decyzji odmownej na planowe leczenie:

- świadczenie nie jest świadczeniem gwarantowanym;
- świadczenie może zostać udzielone w kraju przez świadczeniodawcę posiadającego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w terminie nieprzekraczającym możliwego czasu oczekiwania,
- świadczenie stwarza dla zdrowia świadczeniobiorcy znaczne ryzyko, którego nie równoważą potencjalne korzyści zdrowotne, jakie może on odnieść dzięki uzyskaniu tego świadczenia;
- świadczenie stwarza znaczne zagrożenie zdrowotne dla społeczeństwa;
- świadczenie ma zostać udzielone przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, działający w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej, co do którego zachodzą istotne wątpliwości w zakresie przestrzegania standardów jakości i bezpieczeństwa.

Szacowanie cennika świadczeń stosowanego w opiece transgranicznej

Finansowanie zwrotu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej, odbywa się zgodnie z cenami świadczeń opieki zdrowotnej obowiązującymi w rozliczeniach z polskimi świadczeniodawcami (wg stawek krajowych). Konieczne jest więc uzyskanie aktualnych, ujednoliconych dla terenu całego kraju cen poszczególnych świadczeń. Cennik świadczeń stosowanych w opiece transgranicznej tworzony i aktualizowany jest w Centrali NFZ w oparciu o dane pozyskiwane z systemu informatycznego Funduszu i obejmuje następujące obszary:

- umowy ze świadczeniodawcami (rozliczane bez wykorzystania JGP),
- umowy ze świadczeniodawcami (rozliczane z wykorzystaniem JGP w tym szpitalne, AOS, rehabilitacyjne),
- refundację leków,
- programy zdrowotne i chemioterapie,
- świadczenia finansowane przez inne instytucje (MZ),
- zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne,
- ratownictwo medyczne – RTM,
- świadczenia rozliczane ryczałtem (inne niż RTM).

Zasady ustalania należnej kwoty zwrotu zostały szczegółowo uregulowane w przepisach ustawy o świadczeniach – głównie w art. 42c ustawy.

Zwrot kosztów za świadczenia gwarantowane, w odniesieniu do których nie istnieje zróżnicowana wysokość kwot finansowania na terenie kraju, dokonywany jest co do zasady w wysokości odpowiadającej kwocie:

- 1) finansowania danego świadczenia gwarantowanego stosowanej w rozliczeniach między Funduszem a świadczeniodawcami z tytułu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

- 2) finansowania danego świadczenia gwarantowanego – w przypadku świadczeń wysokospecjalistycznych, medycznych czynności ratunkowych wykonanych przez zespoły ratownictwa medycznego oraz świadczeń udzielanych w ramach programów zdrowotnych finansowanych z budżetu państwa;
- 3) limitu finansowania danego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego zawartego w danym wskazaniu w wykazie, o którym mowa w art. 37 ustawy o refundacji, z uwzględnieniem odpłatności, o której mowa w art. 14 tej ustawy, w zakresie dotyczącym leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1 tej ustawy, lub mającego w tym wykazie swój odpowiednik refundowany w danym wskazaniu, w rozumieniu art. 2 pkt 13 ustawy o refundacji;
- 4) odpowiadającej wartości wyrobu medycznego nie wyższej niż limit finansowania ze środków publicznych dla danego wyrobu medycznego wynikający z przepisów wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji, z uwzględnieniem przepisów art. 47 ust. 1–2a ustawy o świadczeniach – w przypadku świadczeń, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 9 ustawy o świadczeniach.

Dla świadczeń gwarantowanych, do których istnieje taka sama wysokość kwot finansowania na terenie kraju, podstawą zwrotu kosztów jest wysokość kwoty finansowania tego świadczenia gwarantowanego według stanu obowiązującego na dzień 1 stycznia roku, w którym zakończono udzielanie świadczenia objętego wnioskiem o zwrot kosztów. W przypadku braku możliwości ustalenia kwoty finansowania na dzień 1 stycznia danego roku, za podstawę zwrotu kosztów przyjmuje się wysokość kwoty finansowania według stanu obowiązującego na dzień, w którym zakończono udzielanie świadczenia objętego wnioskiem.

W przypadku świadczeń gwarantowanych, dla których istnieje zróżnicowana wysokość kwot finansowania na terenie kraju, podstawą zwrotu kosztów jest średnia ważona kwoty finansowania obliczona dla tego świadczenia gwarantowanego według stanu obowiązującego na dzień 1 stycznia roku, w którym zakończono udzielanie świadczenia objętego wnioskiem o zwrot kosztów. W przypadku braku możliwości ustalenia kwoty finansowania na dzień 1 stycznia danego roku, za podstawę zwrotu kosztów przyjmuje się średnią ważoną kwoty finansowania według stanu obowiązującego na dzień, w którym zakończono udzielanie świadczenia objętego wnioskiem.

Dla świadczeń gwarantowanych rozliczanych w formie ryczałtowej za gotowość do udzielania świadczeń podstawą zwrotu kosztów jest obliczona na terenie kraju średnia kwota finansowania świadczeń z danego zakresu, udzielonych jednemu pacjentowi, w ostatnim pełnym kwartale poprzedzającym kwartał, w którym zakończono udzielanie tych świadczeń, w szczególności średnia kwota finansowania:

- 1) świadczeń gwarantowanych udzielonych jednemu świadczeniobiorcy w szpitalnym oddziale ratunkowym albo w izbie przyjęć;
- 2) jednorazowej interwencji zespołu ratownictwa medycznego.

W przypadku leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego podstawą zwrotu kosztów jest kwota finansowania ze środków publicznych, ustalona zgodnie z art. 42c ust. 1 pkt 3 lub 4 ustawy o świadczeniach, obowiązująca na dzień zakupu.

NFZ

Ustawa o świadczeniach określa warunki i zakres udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Z ustawy tej wynika, że obowiązek zapewnienia

określonego standardu oraz równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych, obciąża władze publiczne (zgodnie z art. 1 pkt 3, art. 6–11 ustawy o świadczeniach). Głównym źródłem finansowania systemu jest ubezpieczenie zdrowotne, a środkami tymi zarządza Narodowy Fundusz Zdrowia (zgodnie z art. 2 i art. 3, art. 97 ust. 1, art. 116 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach). Fundusz został utworzony na podstawie ww. ustawy jako państwowa jednostka organizacyjna posiadająca osobowość prawną (stosownie do brzmienia art. 96 ust. 1 ustawy o świadczeniach), której podstawowym zadaniem jest m.in. określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (zgodnie z treścią art. 97 ust. 3 pkt 1 ustawy o świadczeniach).

Fundusz wypełnia funkcje płatnika, bowiem ze środków pochodzących z obowiązkowych składek ubezpieczenia zdrowotnego, dotacji z budżetu państwa oraz innych źródeł (wskazanych w art. 116 ustawy o świadczeniach), finansuje świadczenia zdrowotne udzielane ubezpieczonym oraz innym świadczeniobiorcom (o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2–4 ustawy o świadczeniach), a także refunduje leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne. NFZ, poprzez organizowane konkursy ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych, zawiera umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Realizuje w ten sposób zadania władzy publicznej w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W strukturze NFZ wyodrębniono Centralę oraz 16 Oddziałów NFZ. Ustawa o świadczeniach określiła zadania i kompetencje poszczególnych organów Funduszu, tj.: Rady Narodowego Funduszu Zdrowia, Prezesa Funduszu, dyrektora Oddziału NFZ oraz rady Oddziału NFZ.

Oddziały NFZ są jednostkami organizacyjnymi nieposiadającymi osobowości prawnej, a ich organy mają dużą samodzielność i szereg kompetencji określonych ustawą o świadczeniach (wskazanych w art. 106 i w art. 107).

Dyrektor Oddziału NFZ kieruje nim i jest powoływany oraz odwoływany przez ministra właściwego do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii rady Oddziału NFZ oraz Prezesa NFZ. Zadania tego organu zostały wskazane w art. 107 w ust. 1 i w ust. 5 oraz w ust. 8 ustawy o świadczeniach. Należą do nich m.in.: realizacja planu finansowego Oddziału NFZ i planu jego pracy, sporządzanie okresowych i rocznych sprawozdań z działalności, przeprowadzanie postępowań o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych, przeprowadzanie kontroli świadczeniodawców, aptek i osób uprawnionych, o których mowa w ustawie o refundacji, z wyłączeniem lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, felczera ubezpieczenia zdrowotnego, pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego i położnej ubezpieczenia zdrowotnego, o których mowa w art. 15a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej¹³⁴, monitorowanie celowości, udzielanych w ramach umów, świadczeń opieki zdrowotnej, przeprowadzanie postępowań o zawarcie umów z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych, zawieranie, rozliczanie i kontrola realizacji tych umów, na podstawie ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym¹³⁵.

¹³⁴ Dz. U. z 2016 r. poz. 1251, ze zm.

¹³⁵ Dz. U. z 2016 r. poz. 1868, ze zm.

Kompetencje rady Oddziału NFZ mają charakter opiniodawczo-nadzorczy. W skład rady Oddziału NFZ wchodzi dziewięciu członków będących ubezpieczonymi zamieszkującymi na obszarze działania danego oddziału Funduszu, powoływanych przez właściwego wojewodę¹³⁶. Zadania Rady zostały wskazane w art. 106 ustawy o świadczeniach. Należy do nich m.in.: opiniowanie projektu planu finansowego Oddziału NFZ, opiniowanie sprawozdania z wykonania planu finansowego Oddziału NFZ za dany rok, monitorowanie prawidłowości postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz realizacji tych umów, kontrolowanie bieżącej działalności Oddziału NFZ, dokonywanie okresowych analiz skarg i wniosków wnoszonych przez ubezpieczonych, z wyłączeniem spraw podlegających nadzorowi medycznemu, wydawanie opinii o kandydacie na stanowisko dyrektora Oddziału NFZ.

Listy oczekujących na udzielenie świadczeń

Od dnia 1 stycznia 2015 r. świadczeniodawców obowiązują zmienione zasady prowadzenia list oczekujących na świadczenia zdrowotne, zamieszczania danych na tych listach a także nowe reguły dotyczące sposobu oraz częstotliwości sprawozdawania list do NFZ. Zmiany te wprowadzone zostały ustawą z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw¹³⁷. Dokonana nowelizacja ustawy o świadczeniach, oprócz poprawienia standardu opieki nad pacjentem onkologicznym, miała poprawić zarządzanie listami oczekujących oraz procesem zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także wyeliminować negatywne w systemie opieki zdrowotnej zjawiska, jak np. „podwójne” zapisywanie przez pacjentów się na listy oczekujących. Jedną z głównych zmian, wynikających z przyjętego pakietu onkologicznego, jest rozdzielenie list oczekujących na listę pacjentów objętych diagnostyką lub leczeniem onkologicznym oraz dla pacjentów z pozostałymi problemami zdrowotnymi (art. 20 ust. 12 ustawy o świadczeniach).

Na podstawie art. 20 ust. 1b ustawy o świadczeniach zgłoszenia i wpisy na listę oczekujących winny być dokonywane każdego dnia w godzinach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Listy mają być więc aktualizowane na bieżąco i nie jest dopuszczalne wyznaczanie przez placówkę medyczną dni, w których prowadzone są zapisy. Pacjent powinien zostać wpisany na listę oczekującą, bez względu na to, czy może zostać przyjęty w danym okresie trwania kontraktu z NFZ. W razie zakończenia wykonywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, pacjent może wpisać się na listę oczekujących prowadzoną przez innego świadczeniodawcę. W takim wypadku kolejność przyjęć ustalana jest z uwzględnieniem daty zgłoszenia się pacjenta u świadczeniodawcy, którego kontrakt z NFZ zakończył się lub został rozwiązany.

W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na podstawie skierowania, do prowadzonej listy oczekujących należało dołączyć oryginał skierowania przedstawiony przez pacjenta. Od dnia 12 grudnia 2015 r. w wyniku zmiany m.in. art. 20 ust. 2 pkt 5 ustawy o świadczeniach, świadczeniodawca został zobowiązany do przechowywania oryginału skierowania w postaci papierowej przekazanej przez świadczeniobiorcę. Pacjent jest obowiązany dostarczyć świadczeniodawcy oryginał skierowania nie później niż w terminie 14 dni roboczych od dnia dokonania wpisu na listę oczekujących, pod rygorem skreślenia z listy (art. 20 ust. 2a pkt 1 ww. ustawy) albo udostępnić świadczeniodawcy, przed dokonaniem wpisu na listę oczekujących, kod dostępu do skierowania w postaci elektronicznej oraz numeru PESEL, a w przypadku osoby,

¹³⁶ Do 31 grudnia 2016 r. członków rady Oddziału NFZ powoływał minister właściwy do spraw zdrowia.

¹³⁷ Dz. U. poz. 1138, ze zm.

która nie ma nadanego numeru PESEL – numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość (art. 20 ust. 2a pkt 2 ustawy o świadczeniach). Oprócz kilku wyjątków (leczenie uzdrowiskowe, rehabilitacja, skierowanie do szpitala psychiatrycznego) skierowanie nie posiada „daty ważności”. Jest ważne tak długo jak utrzymuje się dany problem zdrowotny.

Osobom wpisanym na listy oczekujących do świadczeń okulisty lub dermatologa przed dniem 1 stycznia 2015 r., świadczenia są udzielane bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (art. 17 ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach). W takim wypadku, w prowadzonym rejestrze świadczeń opieki zdrowotnej tryb przyjęcia takiej osoby powinien być określony jako „5 – przyjęcie planowe, w przypadkach, w których skierowanie nie jest wymagane zgodnie z art. 57 ust. 2 ustawy”.

Przepisy ustawy o świadczeniach wyznaczając pacjentom 14 dniowy termin dostarczenia oryginału skierowania wskazują (w art. 20 ust. 2aa), że do terminu dostarczenia świadczeniodawcy oryginału skierowania w postaci papierowej stosuje się art. 165 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. *Kodeks postępowania cywilnego*¹³⁸. W związku z tym do ustalenia terminu nie jest wliczany dzień dokonania wpisu na listę oczekujących. Jeżeli koniec terminu do wykonania czynności przypada na dzień uznany za wolny od pracy, termin upływa dnia następnego. Pacjent może dostarczyć skierowanie w podanym terminie osobiście lub za pośrednictwem osób trzecich. Obowiązek dostarczenia skierowania zostanie także zachowany, jeżeli skierowanie zostanie nadane w tym terminie w polskiej placówce pocztowej operatora wyznaczonego w rozumieniu ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. *Prawo pocztowe*¹³⁹ lub w placówce pocztowej operatora świadczącego pocztowe usługi powszechne w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej. Skierowanie może być jednak dostarczone za pośrednictwem prywatnej firmy (kuriera), pod warunkiem jednak, że dotrze ono do świadczeniodawcy przed upływem 14 dni od daty zapisania na listę. Datą złożenia skierowania będzie wtedy jego wpływ do placówki medycznej (świadczeniodawcy) a nie dzień nadania, jak byłoby, gdyby skierowanie wysłano za pośrednictwem operatora wyznaczonego. Zasady doręczania skierowań są analogiczne do zasad składania pism procesowych. W przypadku niedostarczenia skierowania w terminie, świadczeniodawca skreśla pacjenta z listy oczekujących (oznaczając takie skreślenie na liście kodem nr 10).

Na liście oczekujących na udzielenie świadczenia nie umieszcza się świadczeniobiorców kontynuujących leczenie u danego świadczeniodawcy. Wymogu posiadania skierowania nie stosuje się do osób będących już w planie leczenia i oczekujących na kolejną wyznaczoną wizytę – kontynuujących leczenie.

W przypadku niezgłoszenia się pacjenta na wizytę, podlega on skreśleniu z listy oczekujących (art. 20 ust. 10e ustawy o świadczeniach). Świadczeniodawca winien jednak przywrócić pacjenta na listę oczekujących, odnotowując ten fakt na liście oczekujących (art. 20 ust. 10f tej ustawy), jeżeli:

- niezgłoszenie się nastąpiło z powodu siły wyższej;
- pacjent złoży wniosek o przywrócenie na listę oczekujących niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 7 dni od dnia ustania przyczyny niezgłoszenia się na ustalony termin udzielenia świadczenia;
- pacjent uprawdopodobni, że niezgłoszenie się nastąpiło z powodu siły wyższej.

¹³⁸ Dz. U. z 2016 r. poz. 1822, ze zm.

¹³⁹ Dz. U. z 2016 r. poz. 1113, ze zm.

W doktrynie prawa powszechnie przyjmuje się, że siła wyższa to zdarzenie nadzwyczajne, zewnętrzne, którego skutków nie da się przewidzieć ani też im zapobiec. Kryterium jest tu sama kwalifikacja samego zdarzenia, a nie stopień staranności działającego człowieka. Typowymi przykładami siły wyższej są powodzie, huragany, wyładowania atmosferyczne, trzęsienia ziemi czy działania wojenne. Nie są siłą wyższą mniej doniosłe, choć także niezależne od danego człowieka przeszkody. Celem ustawodawcy było umożliwienie przywrócenia pacjenta na listę, jeżeli nie mógł on stawić się na wizytę z przyczyn niezależnych od niego i nieprzewidzianych np. z powodu innej ciężkiej choroby, wypadku, itp. W pozostałych przypadkach, pacjent winien niezwłocznie powiadomić świadczeniodawcę, że nie może stawić się wyznaczonym terminie, bądź gdy zrezygnował ze świadczenia opieki zdrowotnej (art. 20 ust. 9 ustawy o świadczeniach). Oceny, czy przywrócenie na listę oczekujących jest uzasadnione przez pacjenta powinien dokonać świadczeniodawca albo osoba odpowiedzialna za prawidłowe prowadzenie list oczekujących, wyznaczona przez świadczeniodawcę w trybie art. 20 ust. 6 ustawy o świadczeniach.

Zmiany terminów na liście osób oczekujących mogą być spowodowane zmianą stanu zdrowia pacjenta, wymagającą wcześniejszego udzielenia świadczenia, skreśleniem z listy innych pacjentów, bądź też innymi okolicznościami, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, a które uniemożliwiają zachowanie terminu wynikającego z listy oczekujących. W tym ostatnim przypadku świadczeniodawca powinien poinformować pacjenta w każdy dostępny sposób o zmianie terminu wynikającego ze zmiany kolejności udzielenia świadczenia i jej przyczynie. Dotyczy to także przypadku zmiany terminu na wcześniejszy. Jeżeli pacjent nie wyraża jednak zgody na zmianę terminu na wcześniejszy, o możliwości zmiany terminu informuje się następnego pacjenta z listy oczekujących, zgodnie z kolejnością ustaloną na podstawie zgłoszenia (art. 20 ust. 8 ustawy o świadczeniach). Każda zmiana terminu wykonania świadczenia winna być odnotowana na liście oczekujących, z podaniem przyczyny takiej zmiany. W przypadku, gdy przyczyną zmiany jest zmiana kryterium medycznego („pilny”, „stabilny”) na liście powinno się znaleźć także uzasadnienie takiej zmiany.

Listy oczekujących przekazywane są co miesiąc właściwemu Oddziałowi NFZ (art. 23 ust. 1 ww. ustawy). Jednocześnie, świadczeniodawca przekazuje co najmniej raz w tygodniu informację o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia (art. 23 ust. 4), wyodrębnionym według kryteriów medycznych dla przypadków „pilnych” oraz „stabilnych.” Pierwszym wolnym terminem jest rzeczywisty i faktyczny termin, w których świadczenia mogą być udzielane. Jeżeli pacjenci przyjmowani są na bieżąco, pierwszym wolnym raportowanym terminem jest termin dokonania sprawozdania do NFZ. Jeżeli gabinet jest zamknięty z powodu np. urlopu lub choroby, to pierwszym wolnym terminem będzie pierwszy dzień pracy poradni.

Definicje i pojęcia charakterystyczne dla problematyki objętej kontrolą

AOS – ambulatoryjna opieka specjalistyczna

EFTA – Europejskie Porozumienie o Wolnym Handlu

POZ – podstawowa opieka zdrowotna

SZP – leczenie szpitalne

UE – Unia Europejska

Leczenie planowane w transgranicznej opiece zdrowotnej – przewidywany, ściśle określony zakres leczenia, które ma zostać przeprowadzone na podstawie wcześniej uzyskanej zgody wydanej przez dyrektora Oddziału NFZ.

Opieka zdrowotna – usługi zdrowotne świadczone przez pracowników służby zdrowia pacjentom w celu oceny, utrzymania lub poprawy ich stanu zdrowia, łącznie z przepisywaniem, wydawaniem i udostępnianiem produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych (zgodnie z art. 3 lit. a dyrektywy 2011/24/UE).

Państwo członkowskie ubezpieczenia – państwo członkowskie, które jest właściwe do udzielenia ubezpieczonemu uprzedniej zgody na właściwe leczenie w innym państwie członkowskim (zgodnie z art. 3 lit. c dyrektywy 2011/24/UE).

Rodzaj świadczeń – grupa świadczeń gwarantowanych udzielanych ubezpieczonym, wyszczególnionych w art. 15 ustawy *o świadczeniach*, np.: POZ, AOS czy SZP.

Średni czas oczekiwania – oblicza się zgodnie z następującym wzorem: $T = D/L$, gdzie:

T – średni czas oczekiwania,

D – łączna liczba dni oczekiwania,

gdzie:

$D = d_1 + d_2 + \dots + d_n$,

gdzie:

d_n – liczba dni oczekiwania każdej osoby skreślonej w okresie ostatnich trzech miesięcy z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia, na które oczekiwała, liczona od daty wpisania na tę listę do daty rozpoczęcia wykonywania świadczenia;

L – łączna liczba osób skreślonych w ostatnich trzech miesiącach z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia (punkt 2 załącznika nr 7 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. *w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych* – Dz. U. z 2016 r. poz. 192, ze zm.).

Średni przewidywany czas oczekiwania – średni czas oczekiwania (liczony w dniach od momentu wpisania na listę do planowanego terminu udzielenia świadczenia) wszystkich osób, które w momencie tworzenia zestawienia na dzień określony w polu Informacja o kolejce na dzień

znajdują się na liście oczekujących i mają status inny niż skreślony (zgodnie z *Instrukcją użytkownika aplikacji AP-KOLCE*¹⁴⁰).

Średni rzeczywisty czas oczekiwania – średni czas oczekiwania (liczony w dniach od momentu wpisania na listę do rzeczywistego dnia udzielenia świadczenia) wszystkich osób, którym w ciągu ostatnich 3/6 miesięcy od dnia tworzenia zestawienia (data w polu *Informacja o kolejce na dzień*: jeśli podano datę późniejszą lub równą 1 stycznia 2015 r. wówczas brane są pod uwagę dane z ostatnich 3 miesięcy, natomiast w przypadku podania daty wcześniejszej niż 1 stycznia 2015 r. brane są pod uwagę dane z ostatnich 6 miesięcy) udzielono świadczenia (zgodnie z *Instrukcją użytkownika aplikacji AP-KOLCE*).

Świadczenie gwarantowane – świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie (zgodnie z art. 5 pkt 35 ustawy o świadczeniach).

Świadczenie zdrowotne – działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania (zgodnie z art. 5 pkt 40 ustawy o świadczeniach).

Transgraniczna opieka zdrowotna (TOZ) – opieka zdrowotna świadczona lub przepisana w państwie członkowskim innym niż państwo członkowskie ubezpieczenia, do której uprawnienie uzyskane zostało na podstawie przepisów dyrektywy 2011/24/UE wraz z uprawnieniem do uzyskania zwrotu kosztów.

Upřednia zgoda – zgoda wydawana przez Dyrektora Oddział NFZ, która powinna poprzedzać uzyskanie za granicą świadczeń opieki zdrowotnej (ujętych przez Ministra Zdrowia w wykazie sporządzonym na podstawie art. 42e ust. 1 ustawy o świadczeniach).

Zakres świadczeń – świadczenie lub grupa świadczeń wyodrębnionych w danym rodzaju świadczeń (węższa kategoria niż rodzaj świadczeń), wyszczególniona dla każdego rodzaju, określona w rozporządzeniach ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych.

Zwrot kosztów leczenia – czynność Dyrektora Oddziału NFZ polegająca na przekazaniu środków finansowych świadczeniobiorcy, który skorzystał ze świadczenia w innym kraju EU niż Rzeczpospolita Polska (zwrot przysługuje wyłącznie za świadczenia będące w kraju świadczeniami gwarantowanymi).

¹⁴⁰ Instrukcja użytkownika aplikacji AP-KOLCE, Katowice, kwiecień 2015 r. s. 31. <http://www.nfz.gov.pl/dla-swadczeniodawcy/pliki-do-pobrania/instrukcje/>.

Wykaz podstawowych aktów prawnych związanych z kontrolowaną działalnością

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o *finansach publicznych* (Dz. U. z 2016 r. poz. 1870, ze zm.).
2. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w *sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej* (Dz. Urz. UE L 88 z 4.04 2011, str. 45, ze zm.).
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o *świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, ze zm.).
4. Ustawa z dnia 10 października 2014 r. o *zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw* (Dz. U. z 2014 r. poz. 1491).
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada 2014 r. w *sprawie wydawania zgody na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu* (Dz. U. poz. 1551).
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada 2014 r. w *sprawie wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających uprzedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia* (Dz. U. poz. 1545).
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada 2014 r. w *sprawie wzoru wniosku o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych poza granicami kraju* (Dz. U. poz. 1538).
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w *sprawie sposobu i kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane zakresy świadczeń opieki zdrowotnej* (Dz. U. poz. 1948) obowiązujące od 1 stycznia 2016 r., uprzednio obowiązywało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w *sprawie sposobu i kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej* (Dz. U. Nr 250, poz. 1884) uchylone z dniem 31 grudnia 2015 r.
9. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. z 2016 r. poz. 186, ze zm.).
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w *sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej* (Dz. U. z 2016 r. poz. 86).
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w *sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej* (Dz. U. z 2016 r. poz. 357, ze zm.).
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w *sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego* (Dz. U. z 2016 r. poz. 694, ze zm.).
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w *sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146), obowiązujące od 1 stycznia 2016 r., uprzednio obowiązywało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w *sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* (Dz. U. Nr 81, poz. 484).
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w *sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej* (Dz. U. Nr 200, poz. 1661).

Wykaz organów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
6. Rzecznik Praw Obywatelskich
7. Przewodniczący Sejmowej Komisji do Spraw Kontroli Państwowej
8. Przewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia
9. Przewodniczący Senackiej Komisji Zdrowia
10. Minister Zdrowia
11. Rzecznik Praw Pacjentów
12. Prezes NFZ
13. Dyrektor Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ
14. Dyrektor Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ
15. Dyrektor Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ
16. Dyrektor Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ
17. Dyrektor Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ
18. Dyrektor Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ