



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Opolu

LOP.410.013.01.2016

P/16/084

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura w Opolu  
ul. Krakowska 28, 45-075 Opole  
T +48 77 449 70 00, F +48 77 449 70 44  
[lop@nik.gov.pl](mailto:lop@nik.gov.pl)

## I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/16/084 - Respektowanie praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Opolu
Kontroler	Rafał Marynowicz, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOP/71/2016 z dnia 2 listopada 2016 r.  (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Opolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia <sup>1</sup> , 45-315 Opole, ul. Głogowska 37
Kierownik jednostki kontrolowanej	Robert Bryk <sup>2</sup> , Dyrektor Oddziału  (dowód: akta kontroli str. 3-6, 490)

## II. Ocena kontrolowanej działalności

### Ocena ogólna

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli<sup>3</sup> OOW NFZ podejmował działania w celu zwiększenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, które były przedmiotem wniosków o zwrot kosztów w transgranicznej opiece zdrowotnej, m.in. poprzez: a/ zwiększenie środków przeznaczonych na ten cel, b/ rzetelne monitorowanie realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, c/ ograniczanie skutków niepełnego wykonania zakresu rzeczowego umów o świadczenia opieki zdrowotnej przez niektóre podmioty lecznicze.

Działania te nie były jednak w pełni skuteczne. Poza częściowym zmniejszeniem liczby osób oczekujących i skróceniem czasu oczekiwania w zakresie leczenia ząbów (w przypadkach pilnych), w pozostałych zakresach świadczeń, związanych przede wszystkim z leczeniem ząbów (w przypadkach stabilnych) oraz z ortopedią i traumatologią narządu ruchu (endoprotezoplastyka stawu biodrowego i kolanowego) nie uzyskano poprawy, a liczba osób oczekujących na ich udzielenie uległa zwiększeniu.

OOW NFZ przeprowadzał kontrole świadczeniodawców, obejmujące swym zakresem przedmiotowym również prowadzenie list oczekujących oraz związaną

<sup>1</sup> Dalej: Oddział lub OOW NFZ.

<sup>2</sup> Pan Robert Bryk został Dyrektorem Oddziału z dniem 12 grudnia 2016 r. We wcześniejszych okresach Dyrektorem Oddziału byli: Pan Filip Nowak od 21 lipca 2010 r. do 25 sierpnia 2013 r. i od 16 kwietnia 2014 r. do 13 lipca 2014 r., Pan Tomasz Uher od 26 sierpnia 2013 r. do 15 kwietnia 2014 r. (jako pełniący obowiązki), od 11 sierpnia 2014 r. do 27 kwietnia 2016 r. (w tym do 30 listopada 2014 r. jako pełniący obowiązki), Pan Jerzy Pilarski od 14 lipca 2014 r. do 10 sierpnia 2014 r. (jako pełniący obowiązki) oraz Pani Grażyna Kowcun od 27 kwietnia 2014 r. do 11 grudnia 2016 r. (jako pełniąca obowiązki).

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

z tym sprawozdawczość, a także reagował na zgłaszane skargi i informacje przekazywane przez pacjentów. Liczba przeprowadzonych kontroli była jednak niewielka w stosunku do liczby zawartych ze świadczeniodawcami umów. Oddział nie przeprowadzał też kontroli w podmiotach, w stosunku do których uzyskał informacje o niewykonywaniu lub niewłaściwym wykonywaniu obowiązków, o których mowa w art. 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>4</sup>.

W większości przypadków prawidłowo, w tym z zachowaniem wymaganej terminowości, realizowano obowiązki w zakresie rozpatrywania wniosków dotyczących zwrotu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych za granicą oraz dokonywania stosownych rozliczeń, zapewniając przy tym zainteresowanym dostęp do informacji dotyczących praw obywateli Polski, jak i innych państw UE, wynikających z postanowień dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej<sup>5</sup> oraz przepisów krajowych, w tym z przepisów ustawy o świadczeniach.

### III. Opis ustalonego stanu faktycznego

#### 1. Zmiany w dostępności wybranych świadczeń zdrowotnych

Opis stanu  
faktycznego

1.1. Oddział dysponował na bieżąco danymi o liczbie osób oczekujących na świadczenia zdrowotne obejmujące m.in.: zabiegi w zakresie soczewki<sup>6</sup>, ciała szklistego<sup>7</sup>, endoprotezoplastyki stawu biodrowego i endoprotezoplastyki stawu kolanowego. Informacje o liczbie osób oczekujących na świadczenie i czasie oczekiwania przekazywane były przez świadczeniodawców do Oddziału w całym badanym okresie<sup>8</sup>. Oddział analizował dane o liczbie osób oczekujących na świadczenia, w tym na świadczenia będące głównym przedmiotem transgranicznej opieki zdrowotnej. Analizy te były prowadzone cyklicznie w okresach miesięcznych, kwartalnych, półrocznych i rocznych, w tym również z wykorzystaniem narzędzi analitycznych<sup>9</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 59-60, 65-68, 427, 433-444)

1.2. Głównym przedmiotem transgranicznej opieki zdrowotnej, której koszty zwracane były przez Oddział, były zabiegi usuwania zaćmy. W latach 2013-2016 liczba osób oczekujących na te zabiegi malała w przypadkach pilnych (z 1 683 do 1 504, tj. o 10,6%) oraz wzrosła w przypadkach stabilnych (z 13 755 do 18 683, tj. o 35,8%).

W badanym okresie dla przypadków pilnych skróceniu uległ (wg stanu na 31 października) średni przewidywany czas oczekiwania: z 535 dni w 2013 r. do 439 dni w 2016 r. (o 96 dni, tj. o 17,8%) oraz średni rzeczywisty czas oczekiwania z 341 do 283 dni (o 58 dni, tj. o 17%).

Dla przypadków stabilnych wzrósł (wg stanu na 31 października) średni przewidywany czas oczekiwania: z 785 dni w 2013 r. do 1 017 dni w 2016 r. (o 232

<sup>4</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 1793 ze zm., dalej: ustawa o świadczeniach.

<sup>5</sup> Dz. Urz. UE L 88 z 4.04.2011, str. 45, ze zm., dalej: dyrektywa transgraniczna.

<sup>6</sup> Dalej: zaćma.

<sup>7</sup> Dalej: witrektomia.

<sup>8</sup> Kontrolą w tym zakresie objęto okres od dnia 1 października 2013 r. do dnia 31 października 2016 r.

<sup>9</sup> Np. narzędzia „Przegląd świadczeń”.

dni, tj. o 29,6%) oraz średni rzeczywisty czas oczekiwania z 1 094 do 1 291 dni (o 197 dni, tj. o 18%).

(dowód: akta kontroli str. 30)

Powyższe dane wskazują, że pomimo pojawienia się możliwości skorzystania przez świadczeniobiorców z transgranicznej opieki zdrowotnej, w tym w zakresie dotyczącym usunięcia zaćmy, nastąpił istotny wzrost średniego czasu oczekiwania oraz liczby osób oczekujących na udzielenie tych świadczeń.

1.3. Najdłuższy średni czas oczekiwania w październiku 2014 r. w jednostkach lub komórkach organizacyjnych świadczeniodawców, z którymi OOW NFZ zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (lub oczekiwania na udzielenie świadczeń), dla przypadków stabilnych, oprócz wyżej wymienionych zabiegów usuwania zaćmy, wynosił: a/ 876 dni dla świadczeń endoprotezoplastyki stawu kolanowego, b/ 723 dni dla świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego, c/ 513 dni w oddziałach psychiatrycznych dla chorych somatycznie i d/ 332 w oddziałach rehabilitacyjnych. W kolejnych latach (wg stanu na 31 października) średni czas oczekiwania był najdłuższy w tych samych świadczeniach/komórkach i wynosił odpowiednio 1082, 782, 426 i 284 dni w 2015 r. oraz 970, 905, 321 i 355 dni w 2016 r.

(dowód: akta kontroli str. 31)

Dostęp do świadczeń zdrowotnych bez oczekiwania (zarówno w przypadkach stabilnych i pilnych) zapewniono, wg stanu na 31 października 2014 r., w 15 komórkach organizacyjnych, a na 31 października 2015 r. i na 31 października 2016 r. – w 20 komórkach<sup>10</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 31-32)

1.4. Oddział dla świadczeń udzielanych w ww. komórkach organizacyjnych i zakresach o najdłuższym czasie oczekiwania zakontraktował na lata 2014-2016 (do 31 października) odpowiednio: 5 566 tys. pkt o wartości 69 604,9 tys. zł, 5 849 tys. pkt o wartości 75 320 tys. zł i 5 730 tys. pkt o wartości 68 925,8 tys. zł. Z tego zrealizowano w 2014 r. 5 582,8 tys. pkt o wartości 69 560,9 tys. zł, w 2015 r. – 5 849 tys. pkt o wartości 75 321,7 tys. zł, a w 2016 r. (do 31 października) 68 925,8 tys. pkt o wartości 63 255,8 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 33)

Liczba osób ubezpieczonych i uprawnionych objętych opieką Oddziału<sup>11</sup>, wykazywała tendencję spadkową i wynosiła: w grudniu 2014 r. – 850,9 tys. osób, w grudniu 2015 r. – 845,9 tys. osób (o 5 tys. osób mniej, tj. o 0,5% mniej niż w 2014 r.), w grudniu 2016 r. – 842,3 tys. osób (o 3,6 tys. osób, tj. o 0,4% mniej niż w grudniu 2015 r.). Zmniejszenie liczby osób ubezpieczonych i uprawnionych nie miało bezpośredniego związku ze zmianami poziomu finansowania opisanych wyżej świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 480, 508)

<sup>10</sup> Były to Oddział psychiatryczny dla dzieci (4701), Zespół domowej dializoterapii otrzewnowej (2130), Poradnia żywieniowa (1870), Poradnia genetyczna (1210), Oddział neonatologiczny (4421), Oddział obserwacyjno-zakaźny (4348), Poradnia chorób błon śluzowych przyzębia (1810), Oddział neurologiczny dla dzieci (4221), Poradnia psychologiczna (1790), Poradnia medycyny paliatywnej (1180), Poradnia neonatologiczna (1421), Ambulatoryjna stacja dializ (1642), Pracownia brachyterapii (7962), Pracownia teloradioterapii (7960), Oddział/ośrodek detoksykacji (4742), Oddział dzienny psychogeriatryczny (2704) i Poradnia zaburzeń i wad rozwojowych dzieci (1405).

<sup>11</sup> Ilość świadczeniobiorców na podstawie raportów CWU eWUŚ.

Ustalone  
nieprawidłowości

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

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

Opis stanu  
faktycznego

## 2. Monitorowanie i kontrola list osób oczekujących

2.1. W badanym okresie odsetek podmiotów, które w poszczególnych miesiącach nie przekazały informacji o liczbie osób oczekujących i czasie oczekiwania wahał się od 1,9%<sup>12</sup> do 17,1%<sup>13</sup>, a o pierwszym wolnym terminie od 2,9%<sup>14</sup> do 21%<sup>15</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 165-167)

2.2. W poszczególnych latach okresu objętego kontrolą liczba osób (w przeliczeniu na etaty) zatrudnionych w Oddziale, które prowadziły kontrole u świadczeniodawców wynosiła: w 2014 r. – 6 etatów, w 2015 r. – 7,6 etatu oraz w I półroczu 2016 r. – 8 etatów.

(dowód: akta kontroli str. 161-16)

W latach 2014-2016 (do 30 września) Oddział przeprowadził łącznie kontrole wykonywania 306 umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych (we wszystkich rodzajach świadczeń), w tym w rodzaju AOS (Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna) przeprowadzono łącznie kontrole 47 umów, zaś w rodzaju SZP (Leczenie Szpitalne) – łącznie kontrole 138 umów. W ww. ogólnej liczbie – kontroli z zakresu okulistyki było 13, a z zakresu ortopedii i traumatologii narządów ruchu – dziewięć, przy czym w przypadku okulistyki te kontrole dotyczyły dziewięciu umów w rodzaju AOS a cztery – w rodzaju SZP, natomiast w przypadku ortopedii i traumatologii narządów ruchu – dziewięć kontroli dotyczyło rodzaju SZP i jedna AOS.

(dowód: akta kontroli str. 157)

W ww. okresie przeprowadzono kontrole 40 umów (tj. 13,1% liczby kontroli ogółem), których przedmiot obejmował prowadzenie list oczekujących oraz sprawozdawczość w tym zakresie, w tym 11 kontroli (13,1% kontroli w tym rodzaju) dotyczyło AOS a 12 kontrole (8,7% wszystkich w rodzaju SZP). Spośród tych kontroli w sześciu przypadkach były to kontrole z zakresu okulistyki, zaś w trzech przypadkach były to kontrole z zakresu ortopedii i traumatologii narządów ruchu.

(dowód: akta kontroli str. 157)

W przypadku pięciu kontroli, których przedmiotem było prowadzenie list oczekujących oraz sprawozdawczość w tym zakresie, stwierdzono stany nieprawidłowe skutkujące brakiem dysponowania przez Oddział rzetelnymi informacjami o liczbie osób oczekujących na świadczenia, w tym cztery w rodzaju AOS (dotyczyły one okulistyki) i jedna w rodzaju SZP. Kary umowne z powodu nieprawidłowości obejmujących prowadzenie list oczekujących i sprawozdawczości z tego zakresu zostały nałożone po wszystkich kontrolach.

(dowód: akta kontroli str. 137)

<sup>12</sup> W lutym 2016 r.

<sup>13</sup> W maju 2015 r.

<sup>14</sup> W lutym i kwietniu 2016 r.

<sup>15</sup> W styczniu 2015 r.

Udział przeprowadzonych kontroli ogółem w liczbie wszystkich zawartych przez Oddział umów wynosił: w 2014 r. – 2,9%, w 2015 r. – 3,3% i w I półroczu 2016 r. – 1,3%.

(dowód: akta kontroli str. 137, 162)

W latach 2014-2016 przeciętna liczba kontroli ogółem przypadająca na jednego pracownika (etat) zajmującego się kontrolą świadczeniodawców wynosiła w 2014 r. – 22,2, w 2015 r. – 13,8 i w 2016 r. (do 30 września) – 11,33. Natomiast przeciętna liczba kontroli dotyczących prowadzenia list oczekujących przypadająca na jednego pracownika (etat) zajmującego się kontrolą wynosiła w ww. okresie, odpowiednio: 8,3; 8,7 i 5.

(dowód: akta kontroli str. 137, 162)

2.3. W latach 2013-2016 nastąpił wzrost liczby oczekujących oraz wydłużenie średniego rzeczywistego czasu oczekiwania, a w niektórych przypadkach również średniego przewidywanego czasu oczekiwania dla świadczeń 30002 - zabiegi w zakresie soczewki (zaćma), 30003 – zabiegi w zakresie ciała szklistego (witrektomia) oraz 80003 - endoprotezoplastyka stawu biodrowego i 80005 - endoprotezoplastyka stawu kolanowego. Podmioty wykazujące najdłuższe czasy oczekiwania na udzielenie ww. świadczeń (30002 i 30003 – Publiczny Samodzielny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu, 80003 – Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu, 80005 – Opolskie Centrum Rehabilitacji Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością) nie były w latach 2014-2016 objęte kontrolą w zakresie list oczekujących i sprawozdawczości w tym zakresie.

(dowód: akta kontroli str. 7-29, 140-156)

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że ww. podmioty nie były objęte kontrolą w latach 2013-2016 w zakresie list oczekujących i sprawozdawczości (...) z uwagi na 1) brak wytycznych z Centrali NFZ (...), 2) brak zleceń kontroli doraźnych w tym zakresie w latach 2013-2016 od wydziałów merytorycznych, 3) nie ujęcie tego zakresu kontroli w propozycjach do planów kontroli w latach 2013-2016 przez członków powoływanego corocznie Zespołu ds. sporządzania planu kontroli. (...) W związku z tym, że Wydział Kontroli dysponuje niedużymi zasobami kadrowymi, a zakres kontroli obejmuje ogromną materię (...) kontrola jest realizowana tylko w tych obszarach, które są ujęte w planie kontroli lub zlecone doraźnie. (...) Przesłankami, które mogą wskazywać na występowanie nieprawidłowości w zakresie list oczekujących są natomiast np. powtarzające się zaniechania wywiązywania się świadczeniodawcy z obowiązku sprawozdawczego, nagłe i nieuzasadnione zmiany liczby osób oczekujących oraz czasu oczekiwania na świadczenie pomiędzy kolejnymi okresami sprawozdawczymi, uznane za zasadne skargi świadczeniobiorców dotyczące kwestii związanych z nieprawidłowym wyznaczaniem terminów świadczeń, nieuzasadnionym przesuwaniem terminów, itp. W latach 2014-2016 w odniesieniu do świadczeniodawców wskazanych w pytaniu 4 nie odnotowano ww. problemów.

(dowód: akta kontroli, str. 162-163)

2.4. Analizą objęto dokumentację 17 przeprowadzonych kontroli (po 6 z lat 2014-2015 i 5 z roku 2016), dotyczących m.in. prowadzenia list osób oczekujących, w tym z zakresu okulistyki. W wyniku analizy nie stwierdzono odstępstw od zapisów ujętych w prowadzonej w OOW NFZ ewidencji kontroli. Zakres przedmiotowy 15 z ww. kontroli dotyczył prowadzenia list oczekujących i sprawozdawczości w tym zakresie. Pracownicy OOW NFZ stwierdzili nieprawidłowości w prowadzeniu list oczekujących w trakcie kontroli ośmiu umów. Nieprawidłowości dotyczyły w szczególności braku Komitetu Oceny Przyjęć, przekazywania do OOW NFZ

błędnych danych o liczbie osób oczekujących i terminów wizyt. W siedmiu przypadkach na świadczeniodawców nałożono kary umowne. W sześciu przypadkach wydano zalecenia pokontrolne dotyczące m.in. dokonania korekty rozbieżności między raportami okresowymi a danymi faktycznymi, prowadzenia rzetelnej oceny list kolejkowych, wykreślenia pacjentów, którym minął termin wizyty, a także prawidłowego i rzetelnego prowadzenia i sprawozdawania listy kolejkowej.

(dowód: akta kontroli str. 140-156, 158)

2.5. Podejmowane przez Oddział działania w celu wyeliminowania nieprawidłowości w realizacji obowiązków przedkładania do NFZ informacji dotyczących list oczekujących polegały m.in. na prowadzeniu szkoleń dla świadczeniodawców w zakresie prawidłowego funkcjonowania rejestracji, prowadzenia list oczekujących oraz realizacji obowiązków sprawozdawczych, zamieszczaniu komunikatów do świadczeniodawców na stronie Oddziału, kontakcie mailowym i telefonicznym ze świadczeniodawcami, u których stwierdzono opóźnienia w przekazywaniu danych, weryfikacji danych przez wykorzystanie techniki „anonimowego pacjenta”, bieżącym reagowaniu na informacje o nieprawidłowościach.

(dowód: akta kontroli str. 163-167)

O skuteczności podejmowanych działań świadczy poprawiający się wskaźnik terminowości sprawozdawania danych o listach oczekujących oraz obniżający się odsetek nieterminowo przekazanych danych statystycznych.

2.6. W I kwartale 2015 r. do Oddziału wpłynęło 50 skarg, a w I kwartale 2016 r. – 27, w tym odpowiednio 8 i 3 skargi, których treść dotyczyła potencjalnych nieprawidłowości w zakresie dotyczącym list oczekujących. Spośród złożonych ww. skarg, odpowiednio 20, 8, 5 i 2 zostały uznane za zasadne w całości lub części. Z analizy dokumentacji dotyczącej tych skarg wynika m.in., że we wszystkich przypadkach Oddział podjął działania w celu wyjaśnienia podnoszonych w skargach spraw i weryfikacji prawdziwości zastrzeżeń zgłaszanych do Oddziału i świadczeniodawców lub też uznając się (w dwóch przypadkach) za niewłaściwego adresata, przekazał je świadczeniodawcy lub Rzecznikowi Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Prowadząc postępowanie wyjaśniające analizowano dokumentację, w tym medyczną, zlecono Wydziałowi Kontroli kontrole u świadczeniodawcy (w dwóch przypadkach), weryfikowano informacje o odmowie rejestracji przy użyciu techniki „anonimowego pacjenta” (w jednym przypadku). W pismach informujących o uznaniu skargi za zasadną umieszczana była informacja m.in. o prawie skarżącego do złożenia skargi do Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej przy Opolskiej Izbie Lekarskiej, gdy skarga dotyczyła 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.

(dowód: akta kontroli str. 168-261, 263-267)

W okresie od sierpnia 2015 r. do grudnia 2016 r. do Oddziału przekazano 31 zgłoszeń elektronicznych, za pomocą formularzy dostępnych na stronie internetowej [www.kolejki.nfz.gov.pl](http://www.kolejki.nfz.gov.pl), informujących o potencjalnych nieprawidłowościach dotyczących kolejności udzielania świadczeń przez podmioty lecznicze oraz prowadzenia list oczekujących. W 15 przypadkach zgłoszenia rozpatrzono i również 15 zamknięto (weryfikacja zgłoszenia nie potwierdziła wystąpienia nieprawidłowości lub zgłoszenie nie dotyczyło informacji umieszczonej w informatorze). Spośród zgłoszeń ze statusem rozpatrzone, w 13 przypadkach niezgodność informacji o pierwszym wolnym terminie została potwierdzona telefonicznie.

(dowód: akta kontroli str. 262)

Ustalono  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

Pomimo że znaczna część spraw będących przedmiotem skarg (7 z 11 skarg dotyczących prowadzenia list oczekujących złożonych w pierwszym kwartale 2015 r. i w pierwszym kwartale 2016 r.) i w informacjach/zgłoszeniach elektronicznych (13 z 30 informacji w okresie od dnia 1 sierpnia 2015 r. do dnia 18 stycznia 2017 r.) znalazła swoje potwierdzenie w wyniku działań wyjaśniających podjętych przez pracowników OOW NFZ, Dyrektor OOW NFZ zaniechał przeprowadzenia kontroli weryfikujących prawidłowość postępowania świadczeniodawców. Zaniechanie takie jest niezgodne z art. 23 ust. 7 ustawy o świadczeniach, zgodnie z którymi w przypadku uzasadnionego podejrzenia niewykonywania lub niewłaściwego wykonywania przez świadczeniodawcę obowiązków, o których mowa m.in. w art. 20 ustawy o świadczeniach, 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<sup>16</sup> 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 zdrowotnej<sup>17</sup>).

Zdaniem Najwyższej Izby Kontroli nałożenie kary powinno zostać poprzedzone stosownym postępowaniem wyjaśniającym okoliczności nieprawidłowości, w tym także w formie przeprowadzenia kontroli u świadczeniodawcy.

(dowód: akta kontroli str. 140-156, 261-266)

Dyrektor 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 opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

(dowód: akta kontroli str. 475-477, 590-592)

Uwagi dotyczące  
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na niski (wynoszący w latach 2014-2016<sup>18</sup> 4%) udział kontroli w rodzaju SZP obejmujących swoim zakresem prawidłowość prowadzenia list oczekujących w ogólnej liczbie przeprowadzonych przez OOW NFZ kontroli. W 2014 r. takim zakresem przedmiotowym objęto jedynie dwie z 57 kontroli umów w rodzaju SZP, w 2015 r. – sześć z 43 kontroli, a do września 2016 r. – cztery z 38 kontroli.

<sup>16</sup> Dz. U. Nr 81, poz. 484.

<sup>17</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 1146.

<sup>18</sup> Do września 2016 r.



Działania podejmowane przez OOW NFZ przy monitorowaniu list oczekujących i sprawozdawczości w tym zakresie pozytywnie wpłynęły na kompletność posiadanych przez jednostkę danych. Prowadzone kontrole wykazały nieprawidłowości w prowadzeniu list oczekujących, co również przyczyniło się do poprawy rzetelności informacji o liczbie osób oczekujących oraz długości czasu oczekiwania, w tym informacji dostępnych świadczeniobiorcom. Biorąc jednak niewielką liczbę przeprowadzonych kontroli w zakresie list oczekujących, a także zaniechanie prowadzenia kontroli pomimo stwierdzenia w wyniku prowadzonych postępowań wyjaśniających stanów faktycznych, które uzasadniają podejrzenia niewykonywania lub niewłaściwego wykonywania przez świadczeniodawców obowiązków, o których mowa w art. 20 ustawy o świadczeniach.

### 3. Planowanie zakupu świadczeń

Opis stanu faktycznego

3.1. W planie finansowym OOW NFZ na 2014 r. limit kosztów świadczeń opieki zdrowotnej ogółem wynosił 1 578 162 tys. zł, w tym: w rodzaju: AOS – 119 970 tys. zł i leczenie szpitalne – 654 270 tys. zł. W planie finansowym na 2015 r. koszty świadczeń opieki zdrowotnej ogółem wyniosły 1 574 866 tys. zł, w tym w rodzaju: AOS – 118 950 tys. zł i leczenie szpitalne – 649 346 tys. zł, a w planie finansowym na 2016 r. koszty świadczeń opieki zdrowotnej ogółem wyniosły 1 686 404 tys. zł, w tym w rodzaju: AOS – 120 402 tys. zł i leczenie szpitalne – 662 670 tys. zł. W poszczególnych latach okresu 2014-2016 rezerwa na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych wynosiła odpowiednio: 149 660 tys. zł, 160 319,00 tys. zł i 178 645,00 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 509-547, 593)

Plan finansowy OOW NFZ na kolejne lata (2014-2016) opracowywany został w szczególności wynikającej z przepisów rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia<sup>19</sup> (tj. m.in. bez wyodrębnienia wydatków na okulistykę oraz ortopedię i traumatologię narządów ruchu). Na etapie planowania nie określono zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne w tych zakresach, kierując się założeniami i wytycznymi przekazanymi przez Prezesa NFZ. W uzasadnieniach do planów finansowych, opiniach Rady OOW NFZ, jak też przekazywanych Prezesowi NFZ informacjach o prognozowanych kosztach, Oddział nie odwoływał się do kwestii obniżenia czasu oczekiwania na świadczenia będące przedmiotem kontroli oraz skali świadczeń udzielanych w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej. W uzasadnieniach do projektów planów podkreślany był niewystarczający poziom środków jakimi dysponuje OOW NFZ na finansowania świadczeń opieki zdrowotnej.

(dowód: akta kontroli str. 509-547)

W planie finansowym (po zmianach) na 2014 r. poziom kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju AOS wynosił 133 186 tys. zł (wzrost o 0,9% w stosunku do 2013 r.), a w rodzaju leczenie szpitalne – 791 133 tys. zł (wzrost o 0,9% w stosunku do 2013 r.). W planie (po zmianach) na 2015 r. poziom kosztów świadczeń w rodzaju AOS wyniósł 134 247 tys. zł (wzrost o 0,8% w stosunku do 2014 r.), a w rodzaju leczenie szpitalne – 826 099 tys. zł (wzrost o 4,4% w stosunku do 2014 r.). W planie (po zmianach) na 2016 r.<sup>20</sup> poziom kosztów świadczeń w rodzaju AOS wyniósł 131 235 tys. zł (spadek o 2,2% w stosunku do 2015 r.), a w rodzaju leczenie szpitalne – 846 954 tys. zł (wzrost o 2,5% w stosunku do 2015 r.).

(dowód: akta kontroli str. 593)

<sup>19</sup> Dz. U. z 2015 r. poz. 1943 ze zm.

<sup>20</sup> Według stanu na dzień 17 stycznia 2017 r.

3.2. Plany zakupu świadczeń w latach 2014-2016 był aktualizowany co kwartał. W latach 2014-2016<sup>21</sup> plan zakupu świadczeń w rodzaju SZP w zakresach dotyczących ortopedii zwiększył się o w stosunku do planu pierwotnego odpowiednio o kwotę 1 682,5 tys. zł (tj. o 3,5%), 7 078,8 tys. zł (tj. o 14,9%) i 3 650,8 tys. zł (tj. o 8%). Natomiast w zakresach dotyczących okulistyki o kwotę 462,3 tys. zł (tj. o 2,7%), 2 738,9 tys. zł (tj. o 15,9%) i 444,4 tys. zł (tj. o 2,5%).

(dowód: akta kontroli str. 480, 594)

Dyrektor OOW NFZ wyjaśnił, że m.in. po III kwartale 2015 w wyniku zmiany planu finansowego Oddziału dokonano zmiany poziomu finansowania umów w tym również w zakresie oddziału chirurgii urazowo-ortopedycznej jak i okulistyki – hospitalizacja B 18, B 19 z szacowaniem możliwości poziomu realizacji do końca 2015 roku. W wyniku tych zmian zwiększono poziom finansowania w zakresie: SZP: okulistyka – hospitalizacją B18, B 19 - o kwotę 836 940,00 zł, ortopedia i traumatologia narządu ruchu - hospitalizacja – o kwotę 3 796 493,50 zł. AOS (wartości łącznie z zakresami skojarzonymi): poradnia okulistyczna – o kwotę 438 276,90 zł, poradnia okulistyczna dla dzieci – o kwotę 23 736,00 zł, poradnia chirurgii urazowo – ortopedycznej – o kwotę 389 396,00 zł, poradnia chirurgii urazowo – ortopedycznej dla dzieci – o kwotę 1 060,20 zł. Ponadto mając na uwadze dane o liczbie oczekujących i czasie oczekiwania na zabiegi usunięcia zaćmy, a także liczbę rozpatrywanych wniosków w ramach dyrektywy transgranicznej w grudniu 2015 OOW NFZ przeznaczył dodatkowe środki w wysokości ok. 4 mln. zł na realizację świadczeń związanych zabiegami usunięcia zaćmy i endoprotezoplastyki. Podziału środków dokonano w oparciu o możliwości wykonawcze świadczeniodawców. Z kwoty dodatkowych środków otrzymanych w ramach planu finansowego OOW NFZ na rok 2016 w dniu 3 sierpnia 2016 r., OOW NFZ przeznaczył:

-1 216 278,50 zł na zwiększenie poziomu finansowania świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie ortopedia i traumatologia narządu ruchu celem zwiększenia dostępności do zabiegów związanych z endoprotezoplastyką. Podstawą naliczenia kwot zwiększenia było wartość zabiegów endoprotezoplastyki, wykonanych przez świadczeniodawców w okresie I-VII 2016 i nie wskazanych do rozliczenia z powodu przekroczenia poziomów finansowych określonych na ten okres w zawartych umowach. Kwoty zwiększenia dla poszczególnych świadczeniodawców obliczono na podstawie udziału procentowego liczby osób oczekujących na liście kolejkowej u danego świadczeniodawcy w relacji do łącznej liczby osób oczekujących na zabiegi endoprotezoplastyki u wszystkich świadczeniodawców oraz udziału procentowego ilości wykonanych zabiegów endoprotezoplastyki w okresie I-VII 2016 w relacji do łącznej liczby zabiegów wykonanych we wskazanym okresie u wszystkich świadczeniodawców.

- 251 576,00 zł na zwiększenie finansowania świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie okulistyka B18, B19 celem zwiększenia dostępności do zabiegów związanych z zabiegami zaćmy. Podstawę naliczenia kwot zwiększenia stanowiło 50% wartości nadwykonań wygenerowanych w okresie I-VII 2016 r.

(dowód: akta kontroli str. 427-460)

3.3. Łączna wartość zakontraktowanych w latach 2014-2016 przez OOW NFZ świadczeń zdrowotnych w rodzaju SZP w poniższych zakresach wynosiła 208 621 tys. zł (4 032 628 pkt), z tego:

- okulistyka – hospitalizacja B18, B19 (kod 403460013002) – 39 124,5 tys. zł (752 395 pkt); okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19 (kod 403460013202) – 3 199,3 tys. zł (68 362 pkt); okulistyka – hospitalizacja (kod

<sup>21</sup> Do września 2016 r.,

- 403460003002) – 12 641,9 tys. zł (243 244 pkt); okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia (kod 403460003202) – 219,5 tys. zł (4 763 pkt);
- ortopedia i traumatologia narządów ruchu – hospitalizacja (kod 403458003002) – 153 435,7 tys. zł (2 963 864 pkt).

(dowód: akta kontroli str. 36)

Ustalone  
nieprawidłowości

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

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność w badanym obszarze.

## 4. Realizacja umów o udzielanie świadczeń

Opis stanu  
faktycznego

4.1. Łączna wartość zrealizowanych w latach 2014-2016 świadczeń zdrowotnych w rodzaju SZP w poniższych zakresach wynosiła 113 175,5 tys. zł (23 147 świadczeń), z tego:

- okulistyka – świadczenia o poszczególnych kodach świadczeń jednostkowych: 551010002016 – 479,1 tys. zł (57 świadczeń), 638,6 tys. zł (76 świadczeń) i 597,4 tys. zł (72 świadczenia), 551010002017 – 943,9 tys. zł (134 świadczenia), 1 258 tys. zł (199 świadczeń), 1 679,5 tys. zł (261 świadczeń); 551010002018 – 6 826,4 tys. zł (2 589 świadczeń), 7 995,4 tys. zł (2 993 świadczenia) i 7 395,7 tys. zł (2 916 świadczeń), 551010002019 – 6 837,2 tys. zł (2 954 świadczenia), 7 016,5 tys. zł (3 042 świadczenia) i 6 602,7 tys. zł (2 986 świadczeń);
- ortopedia i traumatologia narządów ruchu – świadczenia o poszczególnych kodach świadczeń jednostkowych: 551010008002 – 5,2 tys. zł (1 świadczenie), 5,2 tys. zł (1 świadczenie), 0,00 zł (0 świadczeń), 551010008004 – 1 641,8 tys. zł (191 świadczeń), 1 428,9 tys. zł (164 świadczenia) 1 488,9 tys. zł (170 świadczeń), 551010008004 – 13 383,6 tys. zł (1103 świadczenia), 14 257,7 tys. zł (1 173 świadczenia), 13 620,9 tys. zł, 551010008006 – 4 374,4 tys. zł (221 świadczeń), 7 522,8 tys. zł (378 świadczeń) i 6 882,9 tys. zł (347 świadczeń).

(dowód: akta kontroli str. 482-483)

4.2. W latach 2014-2016 (do 30 września) Oddział rozliczył z innymi oddziałami NFZ w ramach tzw. migracji pacjentów województwa opolskiego, świadczenia zdrowotne w rodzaju SZP w zakresach objętych kontrolą (przekazane środki) – na łączną kwotę 33 159 tys. zł (6 970 świadczeń)<sup>22</sup>. W tym samym okresie rozliczył z innymi oddziałami świadczenia zdrowotne udzielone przez świadczeniodawców, z którymi

<sup>22</sup> Z tego: 1/ okulistyka 12 624,8 tys. zł (3 675 świadczeń); w tym: okulistyka – hospitalizacja B18, B19 (kod 403460013002) – 3 989,8 tys. zł (1 606 świadczeń); okulistyka – hospitalizacja planowa B18, B19 (kod 403460013102) – 0 zł (0 świadczeń); okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19 (kod 403460013202) – 0 zł (0 świadczeń); okulistyka – hospitalizacja (kod 403460003002) 7 376,2 tys. zł (1 661 świadczeń); okulistyka – hospitalizacja planowa (kod 403460003102) – 524,9 tys. zł (120 świadczeń); okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia (kod 403460003202) – 733,9 tys. zł (288 świadczeń); 2/ ortopedia 20 534,2 tys. zł (3 295 świadczeń), w tym: ortopedia i traumatologia narządów ruchu – hospitalizacja (kod 403458003002) – 19 234 tys. zł (3 085 świadczeń) i ortopedia i traumatologia narządów ruchu – hospitalizacja planowa (kod 403458003102) – 1 300,2 tys. zł (210 świadczeń).

zawarł umowy pacjentom z innych województw (uzyskane środki) – łączną kwotę 19 277,8 tys. zł (4 471 świadczeń)<sup>23</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 57-58)

4.3. Łączna wartość zrealizowanych w latach 2014-2016 świadczeń zdrowotnych w rodzaju AOS w poniższych zakresach wynosiła łącznie 10 005,3 tys. zł (167 668 świadczeń), z tego:

- okulistyka (kod 402160000102) w związku z rozpoznaniem H25 i H26<sup>24</sup> wynosiła 3 143,4 tys. zł (62 861 świadczeń); okulistyka (kod 402160000102) w związku z rozpoznaniem H33, H35 i H34<sup>25</sup> – inne zaburzenia siatkówki – 2 202,1 tys. zł (33 449 świadczeń); okulistyka zabiegowa (kod 402160010102) związku z rozpoznaniem H25 i H26 – 358,2 tys. zł (2 278 świadczeń); okulistyka zabiegowa (kod 402160010102) związku z rozpoznaniem H33, H35 i H34 – 1 089,3 tys. zł (3 623 świadczenia);
- świadczenia zabiegowe w ortopedii i traumatologii narządu ruchu udzielonych w zakresie świadczeń kod 402158010102 – 571,9 tys. zł (13 189 świadczeń) i kod 402158000102 – 2 405 tys. zł (49 317 świadczeń) w związku z rozpoznaniem M16, M17 i S72<sup>26</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 483)

4.4. W latach 2014-2016 Oddział nie przeprowadzał postępowań konkursowych w sprawie zawarcia umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (w tym dodatkowych konkursów na podstawie art. 161b ustawy o *świadczeniach*) w rodzaju SZP i AOS w zakresach obejmujących okulistykę (w tym zabiegi usunięcia zaćmy) oraz ortopedię i traumatologię narządu ruchu (w tym zabiegi endoprotezoplastyki). W okresie tym dokonywano zmian wartości umów w trakcie okresów rozliczeniowych.

(dowód: akta kontroli str. 59, 484-489)

Świadczeniodawcy realizujący umowy w poniższych zakresach, posiadali potencjał umożliwiający realizację świadczeń ponad limit finansowania określony w umowach zawartych z OOW NFZ. Świadczą o tym w szczególności przekroczenia ustalonych limitów – nadwykonania. W latach 2014-2016 łączne nadwykonanie w:

- (AOS) świadczeniach w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu wyniosły 419,2 tys. zł (1,8% kwoty kontraktów),
- (SZP) ortopedia i traumatologii narządów ruchu – hospitalizacja wyniosły 3 613 tys. zł (2,3% kwoty kontraktów).

(dowód: akta kontroli str. 484-489)

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że *potencjał poszczególnych świadczeniodawców jest analizowany, przy każdej zgłaszanej zmianie, pod kątem spełnienia wymogów niezbędnych do realizacji umowy.*

(dowód: akta kontroli str. 59)

<sup>23</sup> Z tego: okulistyka 2 424,6 tys. zł (983 świadczenia): okulistyka – hospitalizacja B18, B19 (kod 403460013002) – 1 728,3 tys. zł (705 świadczeń); okulistyka – hospitalizacja planowa B18, B19 (kod 403460013102) – 0 zł (0 świadczeń); okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19 (kod 403460013202) – 115,9 tys. zł (54 świadczenia); okulistyka – hospitalizacja (kod 403460003002) – 452 tys. zł (199 świadczeń); okulistyka – hospitalizacja planowa (kod 403460003102) – 0 zł (0 świadczeń); a ortopedia i traumatologia narządów ruchu – hospitalizacja (kod 403458003002) – 16 853,2 tys. zł (3 488 świadczeń).

<sup>24</sup> H25 – zaćma starcza, H26 – inne postaci zaćmy.

<sup>25</sup> H33 – odwarstwienie i przedarcie siatkówki; H35 – inne zaburzenia siatkówki, H43 – zaburzenia ciała szklistego.

<sup>26</sup> M16 – choroba zwyrodnieniowa stawów biodrowych (koksartroza); M17 – choroba zwyrodnieniowa stawów kolanowych (gonartroza); S72 – złamanie kości udowej.

4.5. Oddział monitorował poziom realizacji zakontraktowanych świadczeń, wprowadzając do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zmiany dotyczące poziomu finansowania<sup>27</sup>. W latach 2014-2016 OOW NFZ w wyniku renegotjacji umów w zakresach obejmujących leczenie zaćmy w rodzaju SZP zwiększył ich wartość łącznie o 2 182,7 tys. zł. Zmianom ulega również wartość umów w zakresach ortopedii i traumatologii narządów ruchu w rodzaju SZP, gdzie nastąpił wzrost środków o kwotę 10 443,7 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 484-489)

4.6. OOW NFZ w latach 2014-2016 zawarł z każdym ze świadczeniodawców po trzy umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie okulistyka – hospitalizacja B18, B19 w każdym roku, w których cena pojedynczego punktu wynosiła 52 zł. Natomiast w zakresie okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19 Oddział zawarł w każdym roku po jednej umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w których cena pojedynczego punktu wynosiła 46,8 zł. Efektem takich postanowień umownych był brak różnicowania ceny świadczeń związanych z usunięciem zaćmy w zakresie okulistyka – hospitalizacja B18, B19 stosowanych w rozliczeniach z poszczególnymi świadczeniodawcami.

(dowód: akta kontroli str. 11-12, 44-49)

Ustalone  
nieprawidłowości

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

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność w badanym obszarze.

## 5. Postępowania poprzedzające zwrot kosztów leczenia w innych krajach UE

Opis stanu  
faktycznego

5.1. Po implementacji postanowień dyrektywy transgranicznej Oddział m.in. dostosował swój regulamin organizacyjny do realizacji zadań wynikających z wejścia w życie przepisów ustawy z dnia 10 października 2014 r. *o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw*<sup>28</sup>, wybranym pracownikom przypisano do zakresów

<sup>27</sup> Oddział wprowadził następujące zmiany do umów w niżej wymienionych zakresach: 1) (AOS) świadczenia w zakresie okulistyki: w 2014 r. spośród 55 umów limity zwiększono w 48 umowach, zmniejszono w sześciu, łącznie zwiększając go o 900 tys. zł; w 2015 r. – spośród z 55 umów limity zwiększono w 46, zmniejszono w 8, łącznie zwiększając poziom finansowania o 900,5 tys. zł; w 2016 r. spośród 55 umów limity zwiększono w 35, zmniejszono w 19, łącznie zwiększając limit o kwotę 94 tys. zł; 2) (AOS) świadczenia zabiegowe w okulistyce – zakres skojarzony z 02.1600.001.02: w 2014 r. – spośród z 55 umów limity zwiększono w 17, zmniejszono w 38, łącznie zmniejszając poziom finansowania o 16,9 tys. zł; w 2015 r. – spośród z 55 umów limity zwiększono w 14, zmniejszono w 40, łącznie zmniejszając poziom finansowania o 140,1 tys. zł; w 2016 r. – spośród z 55 umów limity zwiększono w 10, zmniejszono w 37, łącznie zmniejszając poziom finansowania o 151,6 tys. zł, 3) (SZP) okulistyka – hospitalizacja B18, B19: w 2014 r. zmiany wprowadzono do wszystkich trzech umów zwiększając limit w dwóch umowach o łącznie 530,4 tys. zł i zmniejszając w jednej o 336,9 tys. zł; w 2015 r. zwiększono limity wszystkich trzech umów o łącznie 1 196,2 tys. zł; w 2016 r. limity zwiększono w dwóch z trzech umów o łącznie 248,3 tys. zł; 4) (SZP) okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19: w każdym roku okresu 2014-2016 zwiększono limit jedynych umów, odpowiednio o 3,1 tys. zł, 538,3 tys. zł i 3,3 tys. zł.

<sup>28</sup> Dz. U. poz. 1491.

obowiązków dodatkowe zadania i wprowadzono wewnętrzną procedurę rozpatrywania wniosków o zwrot kosztów świadczeń<sup>29</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 89-91, 480, 502-507)

Łączne koszty poniesione w latach 2014-2016 na obsługę zadań wynikających z implementacji postanowień dyrektywy transgranicznej wyniosły 735,7 tys. zł, w tym: a/ w 2014 r. – 22,1 tys. zł (61,7% planu), b/ w 2015 r. – 368,6 tys. zł (98,8% planu) i c/ w 2016 r. – 345 tys. zł (92,2% planu). Koszty osobowe wyniosły łącznie w kontrolowanym okresie 602,5 tys. zł (w tym wynagrodzenia pracowników 514,9 tys. zł). Koszty pozapłacowe (administracyjne) wyniosły natomiast 133,2 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 90-91)

5.2. W latach 2014-2016 (do 30 września) do Oddziału nie wpłynął żaden wniosek o wyrażenie przez Dyrektora OOW NFZ uprzedniej zgody na uzyskanie świadczenia opieki zdrowotnej zawartego w wykazie, o którym mowa w art. 42e ustawy o świadczeniach, w innym państwie członkowskim UE (o którym mowa w art. 42b ust. 9 ustawy o świadczeniach). Wpłynęło natomiast 1 030 wniosków na łączną kwotę 2 757 851,08 zł w sprawie zwrotu kosztów świadczeń medycznych zakupionych w 5 państwach UE, w tym: 1 008 wniosków o zwrot kosztów leczenia w Czechach, 15 w Niemczech, cztery w Hiszpanii, dwa we Francji i jeden w Luksemburgu.

Spośród ww. wniosków o zwrot kosztów:

- 13 wpłynęło w 2014 r. na kwotę 110,1 tys. zł, z której zwrócono 58,9 tys. zł (12 wniosków);
- 446 w 2015 r. na kwotę 1 539,8 tys. zł, z której zwrócono 1 041,3 tys. zł (424 wnioski),
- 571 w 2016 r. (do 30 września) na kwotę 1 555,2 tys. zł, z której zwrócono 1 426,4 tys. zł (554 wnioski).

W latach 2015-2016 zainteresowanie świadczeniobiorców korzystaniem z procedury zwrotu kosztów zakupu świadczeń medycznych w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie UE w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej systematycznie wzrastała z 48 wniosków w pierwszym kwartale 2015 r. do 223 wniosków w trzecim kwartale 2016 r.

(dowód: akta kontroli str.109-111, 480)

W badanym okresie Dyrektor Oddziału wydał 990 decyzji o zwrocie kosztów oraz dziewięć decyzji o odmowie zwrotu kosztów. Łącznie w latach 2014-2016 do Oddziału wpłynęło 1 030 wniosków złożonych przed dniem 30 września 2016 r. Oddział wypłacił tytułem zwrotu kosztów świadczeń medycznych 2 230,7 tys. zł (80,9% poniesionych przez pacjentów kosztów leczenia), w tym: 2 094,9 tys. zł na zabiegi usunięcia zaćmy.

(dowód: akta kontroli str. 110)

5.3. Spośród 1 030 wniosków, które wpłynęły do Oddziału w latach 2014-2016 (do 30 września) w sprawie zwrotu kosztów zakupu świadczeń medycznych w innym niż RP państwie członkowskim UE w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej badaniem objęto 50 wniosków dobranych losowo<sup>30</sup> oraz 11 wniosków dobranych celowo na łączną kwotę 377,3 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 268-271, 480)

<sup>29</sup> Procedura wprowadzona została Zarządzeniem nr 1232015 Dyrektora Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 czerwca 2015 r. w sprawie: Procedury rozpatrywania wniosków o zwrot kosztów świadczeń udzielonych w innym państwie członkowskim UE na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach.

<sup>30</sup> Losowanie proste przy użyciu aplikacji „Pomocnik kontrolera”.

Pięć z badanych 61 wniosków w sprawie zwrotu kosztów zakupu świadczeń medycznych w innym niż RP państwie członkowskim UE w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej złożonych przez osoby uprawnione<sup>31</sup> dotyczyło świadczeń uzyskanych w okresie od dnia 25 października 2013 r. do dnia 14 listopada 2014 r. (tj. przed wejściem w życie krajowych przepisów implementujących dyrektywę transgraniczną). We wszystkich sprawach Oddział dokonał zwrotu kosztów, a z wnioskowanej kwoty (178 tys. zł) zwrócono 61,6 tys. zł. Wszystkie badane postępowania w tym zakresie były prowadzone prawidłowo (tj. zgodnie z wymaganiami wynikającymi z przepisów art. 42b i art. 42c ustawy o świadczeniach).

(dowód: akta kontroli str. 268-271)

5.4. Spośród badanych wniosków wszystkie dotyczyły świadczeń gwarantowanych określonych w art. 42b ust. 1 ustawy o świadczeniach. W dwóch sprawach Dyrektor Oddziału odmówił jednak zwrotu kosztów świadczeń ponieważ złożone wnioski dotyczyły świadczeń, dla których wymagane było uzyskanie uprzedniej zgody na ich uzyskanie w innym kraju członkowskim UE, o której mowa w art. 42b ust. 9 ustawy o świadczeniach.

(dowód: akta kontroli str. 268-271)

Każdorazowo po otrzymaniu wniosku o zwrot kosztów OOW NFZ przesyłał wnioskodawcy pismo zawiadamiające o wszczęciu postępowania administracyjnego, gdzie jako podstawę prawną tego zawiadomienia podawano art. 61 § 4 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. *Kodeks postępowania administracyjnego*<sup>32</sup>.

Uwagi dotyczące badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że wysłane pismo zawiadamiające o wszczęciu postępowania administracyjnego, którego jako jego podstawa prawna wskazywany jest art. 61 § 4 *Kpa* jest pismem bezprzedmiotowym, ponieważ zgodnie z art. 61 § 3 *Kpa* datą wszczęcia postępowania na żądanie strony jest dzień doręczenia żądania organowi administracji publicznej. Natomiast § 4 tego artykułu dotyczy wszczęcia postępowania z urzędu lub na żądanie jednej ze stron.

Opis stanu faktycznego

5.5. Spośród 61 ww. wniosków o zwrot kosztów objętych badaniem, 11 nie było kompletnych i wymagało uzupełnienia. We wszystkich 11 ww. sprawach Oddział wyznaczył 7-dniowy termin na uzupełnienie wniosku, zgodnie z wymogiem wynikającym z art. 64 § 2 *Kpa*. We wszystkich sprawach wnioskodawcy uzupełnili wnioski w terminie.

(dowód: akta kontroli str. 268-271)

OOW NFZ każdorazowo zawiadamiał wnioskodawców o zakończeniu postępowania dowodowego i wyznaczał termin, do którego wnioskodawca może zapoznać się ze zgromadzonym materiałem dowodowym i zgłaszać żądania. Między datą tego pisma a wyznaczonym terminem mijało od 7 do 18 dni.

(dowód: akta kontroli, str. 269-271)

5.6. Nie wystąpiły przesłanki podmiotowe do wyłączenia stosowania przepisów o transgranicznej opiece zdrowotnej, wskazane w art. 42g ustawy o świadczeniach.

(dowód: akta kontroli str.268-271)

5.7. We wszystkich badanych przypadkach Oddział dokonywał zwrotu kosztów świadczenia opieki zdrowotnej poza terytorium RP, w prawidłowej kwocie wynikającej z przepisu art. 42c ust. 6 ustawy o świadczeniach, w oparciu o cenniki

<sup>31</sup> Tj. na podstawie art. 10 ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.

<sup>32</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 23 ze zm., dalej: *Kpa*.

sporządzone przez Centralę NFZ. Kwota wynikająca z decyzji o zwrocie kosztów była niższa lub równa w stosunku do kwoty wnioskowanej przez świadczeniobiorców. Oddział dokonał zwrotu kosztów zakupu świadczenia opieki medycznej poza terytorium RP w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej na łączną kwotę 178,8 tys. zł. W 58 z 59 przypadkach Oddział dokonał zwrotu kosztów terminowo, tj. zgodnie z wymogiem wynikającym z art. 42d ust. 17 ustawy o świadczeniach.

(dowód: akta kontroli str. 268-271)

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że *wysokość kwoty nie zależy od standardu udzielanych świadczeń medycznych na terenie innego niż RP kraju UE. Różnice mogą wynikać m.in. z faktu, iż pacjent ma możliwości wyboru soczewki stosowanej przy operacji zaćmy oraz cennika jaki obowiązuje w klinikach prywatnych, w których ubezpieczeni korzystają ze świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju.*

(dowód: akta kontroli str. 431)

5.8. Oddział dokonywał zwrotów kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w innym niż RP państwie członkowskim UE w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej bezpośrednio na rzecz pełnomocników świadczeniobiorców. W okresie od dnia 15 listopada 2014 r. do dnia 30 września 2016 r. na rzecz pełnomocników wnioskodawców dokonano 158 z 833 zwrotów (tj. 18,5%).

(dowód: akta kontroli str. 91)

5.9. W żadnej ze zbadanych spraw dotyczącej wniosków o zwrot kosztów świadczeń nie wystąpiły komplikacje w trakcie udzielania świadczeń, skutkujących przedłużeniem czasu hospitalizacji powyżej jednego dnia.

(dowód: akta kontroli str. 268-271)

5.10. Oddział nie wprowadził mechanizmu umożliwiającego kontynuację leczenia na terytorium kraju osobom, które skorzystały z transgranicznej opieki zdrowotnej. Nie zapewniono też dalszej obserwacji medycznej, o której mowa w art. 5 lit. c dyrektywy transgranicznej.

(dowód: akta kontroli str. 34)

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że *polski ubezpieczony, który skorzystał z leczenia transgranicznego, ma pełne prawo kontynuować w Polsce rozpoczęte poza granicami kraju leczenie u świadczeniodawców udzielających świadczenia medyczne na podstawie umowy z NFZ w oparciu o zasady określone m.in. w ustawie o świadczeniach. (...) Do OOW NFZ nie wpłynęło żadne pismo dotyczące trudności związanych z kontynuacją leczenia rozpoczętego poza granicami kraju na podstawie przepisów Dyrektywy transgranicznej.*

(dowód: akta kontroli str. 92)

Uwagi dotyczące badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że w myśl art. 5 lit. c *dyrektywy transgranicznej*, 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. Dostęp do takich świadczeń w kraju, może być jednak znacznie utrudniony, w przypadku tych specjalistycznych świadczeń opieki zdrowotnej, na których udzielenie oczekuje znaczna liczba osób, które już wcześniej ujęte zostały na listach prowadzonych w podmiotach leczniczych.

Opis stanu faktycznego

5.11. W latach 2014-2016 Oddział udzielał 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 niż Polska krajów UE. Oddział



udzielił odpowiedzi na 1 594 zapytania telefoniczne, osobiste i pisemne<sup>33</sup>. Przedmiotem zainteresowania były m.in.: a/ dostępność do transgranicznej opieki zdrowotnej zgodnie z dyrektywą transgraniczną, b/ procedury umożliwiające dostęp do transgranicznej opieki zdrowotnej, c/ opieka zdrowotna podlegająca uprzedniej zgodzie, d/ procedury zwrotu kosztów, e/ stawki zwrotu.

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że *przed wprowadzeniem do polskiego porządku prawnego przepisów dyrektywy transgranicznej zapytań w przedmiotowym zakresie było bardzo dużo, głównie ze względu na medialne nagłośnień możliwości korzystania ze świadczeń, z czasem ich ilość uległa zmniejszeniu i ograniczyła się do pytań polskich ubezpieczonych odnośnie możliwości wykonania zabiegu zaćmy na terenie Czech.*

(dowód: akta kontroli str. 92-93, 108, 595)

5.12. Oddział nie podejmował współpracy z innymi podmiotami, w tym zagranicznymi, w dziedzinie transgranicznej opieki zdrowotnej.

(dowód: akta kontroli str. 93)

5.13. Badając skargi, które zostały złożone w OOW NFZ w pierwszym kwartale 2015 r. i pierwszym kwartale 2016 r., nie stwierdzono, aby dotyczyły one nieprzestrzegania praw pacjentów, w innym zakresie niż dotyczącym ograniczenia prawa do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach. W szczególności, nie zostały zgłoszone naruszenia praw pacjentów polegające na: a/ ograniczenia dostępu do informacji i dokumentacji medycznej, b/ braku cennika świadczeń zdrowotnych, c/ niewystawieniu rachunku za świadczenie opieki zdrowotnej, d/ braku zamieszczenia na rachunku informacji o zrealizowanych procedurach diagnostycznych i terapeutycznych, e/ niskiej jakości udzielonych świadczeń, f/ stosowaniu preferencji w świadczeniu opieki na rzecz pacjentów odpłatnych, g/ odmowie realizacji recepty i wydania produktów leczniczych przepisanych przez lekarza z innego niż Polska kraju.

Pozostałe ustalenia w zakresie skarg zostały przedstawione w punkcie 2.6 wystąpienia.

(dowód: akta kontroli str. 168-267, 477-479, 590-592)

5.14. Nie stwierdzono, aby w toku kontroli przeprowadzonych przez Oddział zostały ustalone przypadki nieprzestrzegania praw pacjentów, inne niż dotyczące ograniczenia prawa do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach. W szczególności nie zostały ustalone naruszenia przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>34</sup> wprowadzonych wraz z implementacją dyrektywy transgranicznej, w tym dotyczących nieposiadania przez świadczeniodawców cennika świadczeń i zastosowania preferencji w udzielaniu świadczeń dla pacjentów zagranicznych ponoszących odpłatność za udzielanie świadczenia opieki zdrowotnej.

(dowód: akta kontroli str. 140-156, 158)

Ustalone  
nieprawidłowości

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

1. W wyniku złożonego w dniu 21 stycznia 2016 r. wniosku nr 19/2016/D o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej Dyrektor OOW NFZ wydał decyzję nr 63/2016/D z dnia 12 lutego 2016 r. o zwrocie kwoty 2 111,15 zł. W dniu 3 marca

<sup>33</sup> W 2014 r. 180 informacji, w 2015 r. 920 informacji, a w 2016 r. (do września) 492 informacje.

<sup>34</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 1638 ze zm.

2016 r. OOW NFZ powziął wiadomości o tym, że ww. decyzja stała się ostateczna. Skutecznego zwrotu na rachunek bankowy wskazany przez wnioskodawcę (w odrębnym od wniosku piśmie złożonym w OOW NFZ w dniu 3 lutego 2016 r., które wpłynęło do komórki merytorycznej prowadzącej sprawę zwrotów w dniu 14 marca 2016 r.) dokonano jednak dopiero w dniu 14 marca 2016 r., pomimo iż zgodnie z art. 42d ust. 17 ustawy o świadczeniach, zwrot kosztów następuje w terminie 7 dni od dnia powzięcia przez oddział wojewódzki Funduszu wiadomości o tym, że decyzja stała się ostateczna.

(dowód: akta kontroli str. 112-139)

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że w związku z tym, iż do OOW NFZ wpływają *dziennie setki pism można domniemać, iż pismo stanowiące format A4 mogło podpiąć się pod dokumentację innego wydziału. Pacjentka o incydencie została poinformowana i nie wniosła żadnych roszczeń z tego tytułu wobec Funduszu.*

(dowód: akta kontroli str. 461-474)

2. OOW NFZ otrzymał w okresie od dnia 25 października 2013 r. do dnia 14 listopada 2014 r., tj. w trakcie bezpośredniego obowiązywania przepisów dyrektywy transgranicznej, pięć wniosków o zwrot kosztów zakupu świadczeń poza terytorium kraju w łącznej kwocie 14 382,40 zł. Wnioski te zostały odesłane przez OOW NFZ do wnioskodawców pismami, w których jako przesłankę wskazano brak podstaw prawnych do rozpatrzenia wniosku o zwrot kosztów poniesionych na podstawie dyrektywy transgranicznej. Wbrew jednak dyspozycji wynikającej z art. 61a § 1 *Kpa* nie wydano postanowienia o odmowie wszczęcia postępowania, na które – w myśl art. 61a § 2 *Kpa* – służyłoby wnioskodawcy zażalenie.

(dowód: akta kontroli str. 461-463, 465-467)

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że OOW NFZ działał w tym zakresie *zgodnie ze stanowiskiem Centrali NFZ zawartym w piśmie znak: NFZ/CV/DWM/2013/081/3446/W/34012/ZK z dnia 11.12.2013 r. (...), którym został przekazany wzór pisma odsyłającego złożone przez świadczeniobiorcę dokumenty, który powinien mieć zastosowanie do czasu wejścia w życie stosownej zmiany w ustawie o świadczeniach (...). Zgodnie z art. 96 ust. 1 ustawy o świadczeniach Narodowy Fundusz Zdrowia nie jest organem posiadającym status organu administracji publicznej i musi mieć przepisy na podstawie i w granicach których może rozpatrywać sprawy zgodnie z kpa. Taka była decyzja Centrali NFZ, w związku z powyższym na tej podstawie były wysyłane pisma do pacjentów, a nie postanowienia o odmowie wszczęcia postępowania.*

(dowód: akta kontroli str. 462-463, 465-467)

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

#### Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność w badanym obszarze. Ocenę taką uzasadnia w szczególności prawidłowe prowadzenie postępowań administracyjnych wszczętych na podstawie złożonych przez pacjentów wniosków o zwrot kosztów, w tym także prawidłowe i w większości przypadków terminowe dokonywanie zwrotu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej.

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

Opis stanu faktycznego

6.1. W okresie objętym kontrolą OOW NFZ nie rozwiązał ani też nie wypowiedział żadnej umowy w rodzaju SZP w zakresie okulistyki lub ortopedii i traumatologii narządów ruchu. Jedyne wypowiedzenie umowy w zakresie AOS zostało złożone z dniem 31 maja 2014 r. przez specjalistyczną przychodnię w Opolu realizującą umowę w zakresie poradni okulistyczne dla dzieci.

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że *podmioty lecznicze realizujące świadczenia gwarantowane w ramach zawartych umów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie zgłaszały (również w trakcie prowadzonych negocjacji dot. ustalenia poziomu finansowania świadczeń na kolejny okres rozliczeniowy) nieopłacalności wykonywania świadczeń finansowanych w ramach umów, natomiast wskazywały na konieczność większych przeznaczenia większych kwot na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.*

(dowód: akta kontroli str. 428)

6.2. W toku kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresach obejmujących okulistykę oraz ortopedię i traumatologię narządu ruchu<sup>35</sup>, Oddział nie stwierdził przypadków nieuzasadnionego zaniechania udzielania świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 140-156, 158)

6.3. Oddział nie dysponował danymi dotyczącymi świadczeń zdrowotnych udzielanych odpłatnie przez świadczeniodawców, z którymi zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że *Oddział dokonuje szeregu analiz zawartych w części opisowej planu zakupu świadczeń. Analizy te pozwalają na ocenę dostępności do świadczeń w poszczególnych rodzajach i zakresach na obszarze województwa opolskiego oraz ocenę potrzeb zdrowotnych ubezpieczonych, które są odzwierciedleniem rzeczywistego poziomu realizacji umów.*

(dowód: akta kontroli str. 432)

Uwagi dotyczące badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na treść art. 131b ust. 1 ustawy o świadczeniach, stosownie do którego Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu 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 elementem wiedzy o dostępności do świadczeń na danym obszarze.

Opis stanu faktycznego

6.4. Kierownicy 18 świadczeniodawców realizujących w latach 2013-2016 umowy zawarte z Oddziałem poinformowali<sup>36</sup>, że siedem z tych podmiotów udzielało odpłatnie świadczeń opieki zdrowotnej osobom pochodzącym z innych państw UE, a dziewięć – nie udzielało świadczeń ww. osobom<sup>37</sup>. Wśród świadczeniodawców udzielających świadczeń odpłatnych osobom z innych niż Polska państw UE nie

<sup>35</sup> Przeprowadzonych w latach 2013-2016 (do 30 czerwca)

<sup>36</sup> W trybie art. 29 ust.1 pkt 2 lit. f ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2015 r. poz. 1096 oraz z 2016 r. poz. 677 i poz. 2261), dalej: ustawa o NIK.

<sup>37</sup> Odpowiedzi pozostałych dwóch podmiotów wskazują na brak możliwości ustalenia czy udzielano lub nie udzielano świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz osób ubezpieczonych w innym niż Polska kraju UE, za które to świadczenia płaciłby bezpośrednio ci pacjenci.

wystąpiły przypadki braku realizacji umów zawartych z Oddziałem. Podmioty lecznicze wskazały, że pacjenci z innych krajów UE stanowią od pojedynczych osób do ok. 1% wszystkich pacjentów.

Świadczeniodawcy<sup>38</sup> posiadali cennik świadczeń odpłatnych (tj. udzielanych na rzecz osób, które nie podlegały ubezpieczeniu zdrowotnemu w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). Czterech świadczeniodawców poinformowało, że ceny świadczeń udzielanych odpłatnie były na poziomie świadczeń finansowanych przez NFZ. Kierownicy 12 podmiotów wskazali, że świadczenia udzielane odpłatnie dla pacjentów są wyceniane wyżej niż świadczenia udzielane w ramach umowy z NFZ, w tym jeden podmiot podał, że w przypadku ortopedii różnica wyniosła 15%, a innym przypadku, że przy usuwaniu zaćmy od ok. 29% do ok. 45%. Trzy podmioty wskazały, że różnice w cenach są nieznaczące.

Trzech świadczeniodawców wskazało, że podjęło współpracę z innymi podmiotami w celu udzielania świadczeń osobom nieubezpieczonym. Żaden z tych podmiotów nie wskazał jednak, że współpraca ta ma dotyczyć udzielania świadczeń w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej.

Śród pytanych 18 świadczeniodawców 10 poinformowało, że posiada potencjał umożliwiający wykonanie świadczeń zdrowotnych w zakresach obejmujących okulistykę oraz ortopedię i traumatologię narządu ruchu, ponad limity wynikające z umów zawartych z Oddziałem. Pozostałe podmioty nie udzielały świadczeń w tych zakresach. Deklarowany potencjał udzielania dodatkowych świadczeń wyniósł maksymalnie 70% aktualnego poziomu wynikającego z zawartej umowy.

(dowód: akta kontroli str. 297-424)

Ustalone  
nieprawidłowości

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

#### Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli nie stwierdziła przypadków rezygnacji z udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty, które wskazywałyby na nieopłacalność wykonywanych świadczeń. Nie stwierdzono także negatywnego wpływu udzielania świadczeń pacjentom z innych państw UE na dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej w kraju finansowanych ze środków publicznych.

## IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, wnosi o:

Wprowadzenie 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.

<sup>38</sup> Dwóch świadczeniodawców nie udzieliło w tym względzie informacji.

## V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia  
zastrzeżeń

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

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Opolu.

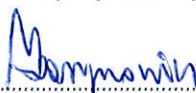
Obowiązek  
poinformowania  
NIK o sposobie  
wykorzystania uwag  
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Opole, dnia 24 stycznia 2017 r.

Kontroler  
Rafał Marynowicz  
Specjalista k.p.

  
.....  
podpis

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Opolu  
Dyrektor

DYREKTOR  
Delegatury NIK w Opolu

  
.....  
podpis

# THE HISTORY OF THE

ROYAL SOCIETY OF LONDON

FROM ITS INSTITUTION

TO THE PRESENT TIME

BY

J. H. BURNETT

ESQ.

OF

THE

ROYAL SOCIETY

OF LONDON

AND

OF THE

ROYAL SOCIETY OF EDINBURGH

IN

THE

REIGN OF

CHARLES II.

AND

OF

THE

REIGN OF

WILLIAM III.

AND

OF

THE

REIGN OF

ANN

AND

OF

THE

REIGN OF

GEORGE I.

AND

OF

THE

REIGN OF

GEORGE II.

AND

OF

THE

REIGN OF

GEORGE III.

AND

OF

THE

REIGN OF

GEORGE IV.

AND

OF

THE

REIGN OF

WILLIAM IV.

AND

OF