



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Rzeszowie

LRZ.410.024.01.2016
P/16/084

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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 Rzeszowie.
Kontrolerzy	1. Stanisław Jarzyna, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli LRZ/130/2016 z dnia 3 listopada 2016 r. 2. Krzysztof Pakuła, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli LRZ/146/2016 z dnia 8 grudnia 2016 r. (dowód: akta kontroli str. 1-4)
Jednostka kontrolowana	Narodowy Fundusz Zdrowia Podkarpacki Oddział Wojewódzki w Rzeszowie, 35-032 Rzeszów, ul. Zamkowa 8, zwany dalej „Oddziałem”.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Dyrektorem Oddziału od dnia 4 lipca 2016 r. jest Pan Robert Bugaj. Poprzednio, tj. 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. (dowód: akta kontroli str. 5-8)

II. Ocena kontrolowanej działalności¹

Ocena ogólna wraz z uzasadnieniem

Najwyższa Izba Kontroli stwierdza, że Oddział podejmował w latach 2013 – 2016 różnorodne działania mające na celu zwiększenie dostępu do świadczeń, będących głównym przedmiotem wniosków w transgranicznej opiece zdrowotnej, do których należały zabiegi w zakresie: zaćmy, wiotkości, endoprotezoplastyki stawu biodrowego i stawu kolanowego. Do działań tych należały przede wszystkim:

- zwiększanie środków na ten cel, poprzez zmiany umów zawartych z podmiotami udzielającymi tych świadczeń oraz ograniczanie skutków niewykonania planów rzeczowych przez niektóre podmioty, będące wynikiem stałego monitorowania realizacji tych umów,
- rzetelne i systematyczne monitorowanie list osób oczekujących, zapewniające prawidłowość prowadzenia tych list i wiarygodność informacji dla pacjentów w zakresie liczby oczekujących i czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne,
- zawieranie umów z nowymi podmiotami, deklarującymi możliwość udzielania powyższych świadczeń,
- prowadzenie systematycznych kontroli świadczeniodawców, których przedmiotem było prowadzenie list oczekujących i sprawozdawczości w tym zakresie oraz bieżące reagowanie na sygnały pacjentów wskazujących na możliwość wystąpienia nieprawidłowości w prowadzeniu list,
- prawidłowa, w tym terminowa, realizacja obowiązków związanych z rozpatrywaniem wniosków dotyczących uprzedniej zgody na udzielenie świadczeń

¹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie

w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej oraz zwrotem i rozliczaniem kosztów świadczeń udzielonych za granicą,

- zapewnienie dostępu osobom zainteresowanym do informacji dotyczących praw obywateli Polski, jak i innych państw UE, wynikających z Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej², zwanej dalej dyrektywą 2011/24/UE, a także przepisów krajowych zawierających stosowne regulacje z tego zakresu.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli wdrożenie dyrektywy 2011/24/UE nie wpłynęło w istotny sposób na proces planowania zakupu świadczeń i sporządzania planu finansowego przez Oddział, a także dostępności do świadczeń, bowiem wydatki będące skutkiem zmian stanowiły niewielki odsetek wydatków ogółem na finansowanie świadczeń zdrowotnych.

Efektom wielu zmian umów zawartych z podmiotami udzielającymi świadczeń z zakresu zaćmy, wiotkości oraz endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego był wzrost wydatków na te cele oraz wzrost liczby zakontraktowanych i zrealizowanych świadczeń. Jednakże te pozytywne efekty nie zaspokoiły w znaczący sposób potrzeb pacjentów. Mimo wzrostu finansowania i liczby wykonanych świadczeń, dostęp do usług w zakresie wiotkości oraz endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego, tj. do świadczeń o najdłuższych czasach oczekiwania spośród wszystkich świadczeń zakontraktowanych przez Oddział, nie tylko nie poprawił się, ale wręcz uległ znaczącemu pogorszeniu. Szczególnie dotyczyło to przypadków stabilnych, w których wskaźniki dotyczące np. endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego, na koniec października 2016 r. były o ok. 50% wyższe w porównaniu do stanu na koniec października 2013 r. – średni rzeczywisty czas oczekiwania na te zabiegi, który wynosił około 2 lat, wydłużył się o 1 rok, a średni przewidywany czas oczekiwania – o kolejne 2-3 lata. Pozytywnie należy ocenić skuteczność działań w zakresie zaćmy, w przypadku której daje się zauważyć poprawę, niemniej jednak w relacji do potrzeb pacjentów osiągnięty stan jest w dalszym ciągu dalece niezadawalający. Na zabieg usunięcia zaćmy oczekuje ponad 21 tysięcy osób, rzeczywisty czas oczekiwania przekracza średnio 1,5 roku, przewidywany – 2,5 roku, zaś szacunkowa kwota środków niezbędnych do zaspokojenia potrzeb, według stanu na czerwiec 2016 r., przekraczała 50 mln zł.

Z ustaleń kontroli wynika, że deklarowany – przez niektóre podmioty wykonujące zabiegi usunięcia zaćmy i endoprotezoplastyki – potencjał, umożliwiałby zwiększenie ponad ograniczenia umowne liczby planowanych świadczeń w ww. zakresach.

W ocenie NIK relatywnie niska była liczba kontroli prawidłowości prowadzenia list oczekujących u świadczeniodawców realizujących świadczenia z zakresu okulistyki i ortopedii, którzy wykazywali w latach 2014-2016 (I półrocze) najdłuższe czasy oczekiwania. Przeprowadzono tylko jedną taką kontrolę (w podmiocie świadczącym zabiegi usunięcia zaćmy), co odpowiadało 0,4% wszystkich kontroli w tym okresie.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Zmiany w dostępności wybranych świadczeń zdrowotnych.

² Dz. Urz. UE L 88/45 z 4 kwietnia 2011 r., str. 45, ze zm.

1.1. Na terenie Oddziału dominującym przedmiotem transgranicznej opieki zdrowotnej, w latach 2013 – 2016, były zabiegi w zakresie soczewki (zaćma). Listy oczekujących na to świadczenie były od 2008 r. prowadzone online w aplikacjach udostępnianych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W latach 2008 – 2014 była to aplikacja SZOI (System Zarządzania Obiegiem Informacji), zaś od 2015 r. – aplikacja AP-KOLCE (Kolejki Centralne). Oddział analizował na bieżąco dane o liczbie osób oczekujących na to świadczenie oraz na inne świadczenia będące głównym przedmiotem transgranicznej opieki zdrowotnej. Analizy te były prowadzone w dwóch trybach, tj. jako analizy powtarzalne w określonych przedziałach czasowych (miesięczne, kwartalne, roczne) oraz jako analizy jednorazowe (interwencyjne, skargowe), których wyniki były także włączane do kolejnych analiz powtarzalnych. Analizy powtarzalne dotyczyły głównie:

- kompletności informacji dotyczących „Pierwszego Wolnego Terminu” (PWT), sprawdzania czy świadczeniodawca przekazuje, co najmniej raz w tygodniu informacje o PWT,
- przekazywanych dat PWT – wyszukiwanie znacznych zwiększeń lub zmniejszeń podawanych wartości,
- porównania PWT ze średnim rzeczywistym i przewidywanym czasem oczekiwania,
- weryfikacji ilości osób ze statusem „po terminie”, tj. osób, którym planowany termin świadczenia minął, a nie zostały skreślone z listy oczekujących,
- weryfikacji tendencji zmian w ilości osób oczekujących oraz średniego czasu oczekiwania (rzeczywistego i przewidywanego),
- przyczyn skreśleń świadczeniobiorców z list oczekujących,
- porównania danych dotyczących osób skreślonych z list oczekujących z danymi rozliczeniowymi przekazywanymi po udzieleniu świadczenia,
- czasu oczekiwania osób, którym nie zmieniono w trakcie oczekiwania planowanego terminu realizacji świadczenia w zakresie zgodności przebiegu realizowanych świadczeń z kolejnością wpisów na listę,
- weryfikacji kompletności dat oceny kolejki i poprawności stosowania identyfikatorów osób oczekujących,
- proporcjonalności rocznego rozkładu osób oczekujących do wysokości kontraktu w poszczególnych latach,
- rozbieżności pomiędzy datą wpisu na listę a datą wprowadzenia tej informacji do aplikacji AP-KOLCE,
- poprawności podanego rozpoznania według kodu ICD-10 dla danego zakresu świadczeń.

Wyniki analiz i weryfikacji (również potwierdzające ich prawidłowość), dla zminimalizowania kosztów i czasu dostarczenia, były przekazywane świadczeniodawcom za pomocą Portalu Świadczeniodawcy, aplikacji AP-KOLCE lub poczty e-mail. Podejmowane przez Oddział działania związane z wynikami analiz były skuteczne. W przypadku drobnych uchybień, możliwych do niezwłocznego usunięcia, przeprowadzane były rozmowy telefoniczne z osobami odpowiedzialnymi po stronie świadczeniodawców za kolejki oczekujących. Wątpliwości wynikające z analiz były wyjaśniane przez świadczeniodawców, zaś potwierdzenie ich prawidłowości traktowano jako pozytywne załatwienie sprawy. Stwierdzone drobne błędy były korygowane niezwłocznie. W przypadkach bardziej skomplikowanych, wymagających głębszych analiz, wglądu do dokumentacji medycznej lub weryfikacji przez personel medyczny, czas realizacji wyników przekraczał w niektórych przypadkach miesiąc.

(dowód: akta kontroli str. 9-19)

1.2. Dane dotyczące wybranych świadczeń będących głównym przedmiotem transgranicznej opieki zdrowotnej przedstawiały się następująco:

a) Świadczenie oznaczone kodem 30002 – Zabiegi w zakresie soczewki (zaćma):

- liczba osób oczekujących na świadczenie wynosiła:
 - przypadek pilny: 3.761 w październiku 2013 r., 3.169 w październiku 2014 r., 2.124 w październiku 2015 r. i 1.515 w październiku 2016 r.,
 - przypadek stabilny: 19.928 w październiku 2013 r., 23.274 w październiku 2014 r., 23.021 w październiku 2015 r. i 21.699 w październiku 2016 r.;
- średni czas oczekiwania na wykonanie świadczenia wynosił:
 - przypadek pilny: 291 dni w październiku 2013 r., 337 dni w październiku 2014 r., 239 dni w październiku 2015 r. i 216 dni w październiku 2016 r.,
 - przypadek stabilny: 700 dni w październiku 2013 r., 669 dni w październiku 2014 r., 582 dni w październiku 2015 r. i 606 dni w październiku 2016 r.;
- średni przewidywany czas oczekiwania na wykonanie świadczenia wynosił:
 - przypadek pilny: 550 dni w październiku 2013 r., 389 dni w październiku 2014 r., 348 dni w październiku 2015 r. i 276 dni w październiku 2016 r.,
 - przypadek stabilny: 929 dni w październiku 2013 r., 880 dni w październiku 2014 r., 908 dni w październiku 2015 r. i 965 dni w październiku 2016 r.

Z przedstawionych wyżej danych wynika, m.in., że w analizowanych okresach, nastąpiło zmniejszenie: liczby osób oczekujących w przypadkach pilnych (o 2.246, tj. o 59,7%, w październiku 2016 r. w porównaniu do października 2013 r.), średniego czasu oczekiwania na świadczenie (przypadek pilny – o 75 dni, tj. o 25,8%, w październiku 2016 r. w porównaniu do października 2013 r., przypadek stabilny – o 94 dni, tj. o 13,4%, w październiku 2016 r. w porównaniu do października 2013 r.) oraz średniego przewidywanego czasu oczekiwania dla przypadków pilnych (o 274 dni, tj. o 49,8%, w październiku 2016 r. w stosunku do października 2013 r.). Natomiast średni przewidywany czas oczekiwania dla przypadków stabilnych wzrósł o 36 dni, tj. o 3,9%. Liczba osób oczekujących na świadczenie w przypadkach stabilnych wzrosła pomiędzy październikiem 2013 r. a październikiem 2016 r. o 1.771, tj. o 8,9%, jednocześnie była niższa od liczby tych osób w październiku 2014 r., która była najwyższa w całym ww. okresie, o 1.575, tj. o 6,8%.

Najkrótszy rzeczywisty czas oczekiwania na ww. świadczenie dla przypadków stabilnych w październiku 2013 r. (55 dni) dotyczył Wojewódzkiego Szpitala w Tarnobrzegu, zaś najdłuższy (974 dni) - Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego w Krośnie. Najkrótszy rzeczywisty czas oczekiwania na ww. świadczenie dla przypadków stabilnych w październiku 2016 r. (161 dni) dotyczył Wojewódzkiego Szpitala w Przemyślu, zaś najdłuższy (880 dni) - Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego w Krośnie.

Najkrótszy średni przewidywany czas oczekiwania dla przypadków stabilnych w październiku 2013 r. (289 dni) dotyczył NZOZ „GOMED” Sp. z o.o. w Lubaczowie, zaś najdłuższy (1.392 dni) – NZOZ VISUM CLINIC Sp. z o.o. w Rzeszowie. Najkrótszy i najdłuższy średni przewidywany czas oczekiwania dla przypadków stabilnych w październiku 2016 r. dotyczył odpowiednio: Wojewódzkiego Szpitala w Przemyślu – 145 dni oraz Wojewódzkiego Szpitala w Tarnobrzegu – 1.500 dni.

(dowód: akta kontroli str. 20-23)

b) Świadczenie oznaczone kodem 30003 – Zabiegi w zakresie ciała szklстого (witrektomia):

- liczba osób oczekujących na świadczenie wynosiła:
 - przypadek pilny: 3 w październiku 2013 r., 3 w październiku 2014 r. i 3 w październiku 2016 r., w październiku 2015 r. nikt nie oczekiwał na to świadczenie,

- przypadek stabilny: 37 w październiku 2013 r., 13 w październiku 2014 r., 14 w październiku 2015 r. i 76 w październiku 2016 r.;

- średni czas oczekiwania na wykonanie świadczenia wynosił:

- przypadek pilny: 18 dni w październiku 2013 r., 25 dni w październiku 2014 r. i 19 dni w październiku 2016 r.,

- przypadek stabilny: 103 dni w październiku 2013 r., 38 dni w październiku 2014 r., 28 dni w październiku 2015 r. i 68 dni w październiku 2016 r.

Z powyższych danych wynika, m.in., że liczba osób oczekujących na świadczenie w przypadkach pilnych utrzymywała się w badanym okresie na stałym, niskim poziomie. Liczba osób oczekujących na świadczenie w przypadkach stabilnych ulegała znacznym wahaniom – od 13 i 14 osób odpowiednio w październiku 2014 r. i 2015 r. do 37 i 76 osób odpowiednio w październiku 2013 r. i 2016 r. Średni czas oczekiwania na wykonanie świadczenia zarówno w przypadkach pilnych jak i w przypadkach stabilnych podlegał również wahaniom, przy czym większe wahania dotyczyły przypadków stabilnych, w których czas ten najdłuższy był w październiku 2013 r. (103 dni), a najkrótszy w październiku 2015 r. (28 dni).

Najkrótszy rzeczywisty czas oczekiwania na ww. świadczenie dla przypadków stabilnych w październiku 2013 r. (28 dni) dotyczył SP ZOZ nr 1 w Rzeszowie, zaś najdłuższy (154 dni) – Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego nr 1 w Rzeszowie. Najkrótszy rzeczywisty czas oczekiwania na ww. świadczenie dla przypadków stabilnych w październiku 2016 r. (11 dni) dotyczył Wojewódzkiego Szpitala w Tarnobrzegu, zaś najdłuższy (73 dni) – Ośrodka Chirurgii Oka Prof. Zagórskiego Sp. z o.o. w Rzeszowie.

(dowód: akta kontroli str. 20-23)

c) Świadczenie oznaczone kodem 80003 – Endoprotezoplastyka stawu biodrowego:

- liczba osób oczekujących na świadczenie wynosiła:

- przypadek pilny: 781 w październiku 2013 r., 960 w październiku 2014 r., 899 w październiku 2015 r. i 779 w październiku 2016 r.,

- przypadek stabilny: 5.319 w październiku 2013 r., 6.291 w październiku 2014 r., 6.637 w październiku 2015 r. i 7.044 w październiku 2016 r.;

- średni czas oczekiwania na wykonanie świadczenia wynosił:

- przypadek pilny: 324 dni w październiku 2013 r., 314 dni w październiku 2014 r., 332 dni w październiku 2015 r. i 407 dni w październiku 2016 r.,

- przypadek stabilny: 809 dni w październiku 2013 r., 915 dni w październiku 2014 r., 1.052 dni w październiku 2015 r. i 1.275 dni w październiku 2016 r.;

- średni przewidywany czas oczekiwania na wykonanie świadczenia wynosił:

- przypadek pilny: 685 dni w październiku 2013 r., 646 dni w październiku 2014 r., 671 dni w październiku 2015 r. i 742 dni w październiku 2016 r.,

- przypadek stabilny: 1.751 dni w październiku 2013 r., 1.977 dni w październiku 2014 r., 2.267 dni w październiku 2015 r. i 2.603 dni w październiku 2016 r.

W analizowanych okresach, liczba osób oczekujących w przypadkach pilnych wykazywała tendencję malejącą (o 181 osób, tj. o 18,9%, w październiku 2016 r. w porównaniu do października 2014 r.). Średni czas oczekiwania na świadczenie oraz średni przewidywany czas oczekiwania w przypadkach pilnych wykazywał tendencję wzrostową, odpowiednio – o 93 dni, tj. o 29,6%, w październiku 2016 r. w porównaniu do października 2014 r., oraz o 96 dni, tj. o 14,9%, w październiku 2016 r. w stosunku do października 2014 r. W przypadkach stabilnych wszystkie wskaźniki, tj. liczby osób oczekujących, średniego rzeczywistego czasu oczekiwania i średniego przewidywanego czasu oczekiwania,

wykazywały tendencje wzrostowe. Liczba osób oczekujących wzrosła pomiędzy październikiem 2013 r. a październikiem 2016 r. o 1.725, tj. o 32,4%, średni rzeczywisty czas oczekiwania wzrósł w tym okresie o 466 dni, tj. o 57,6%, a średni przewidywany czas oczekiwania o 852 dni, tj. o 48,7%.

Najkrótszy rzeczywisty czas oczekiwania na ww. świadczenie dla przypadków stabilnych w październiku 2013 r. (13 dni) dotyczył Szpitala Miejskiego w Przemyślu, zaś najdłuższy (968 dni) - Szpitala Specjalistycznego w Jaśle. Najkrótszy rzeczywisty czas oczekiwania na ww. świadczenie dla przypadków stabilnych w październiku 2016 r. (12 dni) dotyczył SP ZOZ w Sanoku, zaś najdłuższy (1.719 dni) - SP ZOZ w Lubaczowie.

Najkrótszy średni przewidywany czas oczekiwania dla przypadków stabilnych w październiku 2013 r. (13 dni) dotyczył Szpitala Miejskiego w Przemyślu, zaś najdłuższy (2.325 dni) - Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego Nr 2 w Rzeszowie. Najkrótszy i najdłuższy średni przewidywany czas oczekiwania dla przypadków stabilnych w październiku 2016 r. dotyczył odpowiednio: Wojewódzkiego Szpitala w Tarnobrzegu - 27 dni oraz Nowe Techniki Medyczne Szpital Specjalistyczny im. Św. Rodziny Sp. z o.o. w Rudnej Małej - 3.608 dni.

(dowód: akta kontroli str. 20-23)

d) Świadczenie oznaczone kodem 80005 - Endoprotezoplastyka stawu kolanowego:

- liczba osób oczekujących na świadczenie wynosiła:

- przypadek pilny: 304 w październiku 2013 r., 409 w październiku 2014 r., 373 w październiku 2015 r. i 384 w październiku 2016 r.,

- przypadek stabilny: 5.594 w październiku 2013 r., 6.722 w październiku 2014 r., 7.528 w październiku 2015 r. i 8.141 w październiku 2016 r.;

- średni czas oczekiwania na wykonanie świadczenia wynosił:

- przypadek pilny: 288 dni w październiku 2013 r., 314 dni w październiku 2014 r., 347 dni w październiku 2015 r. i 318 dni w październiku 2016 r.,

- przypadek stabilny: 869 dni w październiku 2013 r., 940 dni w październiku 2014 r., 1.072 dni w październiku 2015 r. i 1.354 dni w październiku 2016 r.;

- średni przewidywany czas oczekiwania na wykonanie świadczenia wynosił:

- przypadek pilny: 697 dni w październiku 2013 r., 633 dni w październiku 2014 r., 643 dni w październiku 2015 r. i 681 dni w październiku 2016 r.,

- przypadek stabilny: 2.171 dni w październiku 2013 r., 2.612 dni w październiku 2014 r., 3.012 dni w październiku 2015 r. i 3.487 dni w październiku 2016 r.

W analizowanych okresach, liczba osób oczekujących w przypadkach pilnych wykazywała tendencję rosnącą (o 80 osób, tj. o 26,3%, w październiku 2016 r. w porównaniu do października 2013 r.). Średni czas oczekiwania na świadczenie oraz średni przewidywany czas oczekiwania w przypadkach pilnych wykazywał tendencję wzrostową, odpowiednio - o 30 dni, tj. o 10,4%, w październiku 2016 r. w porównaniu do października 2013 r., oraz o 48 dni, tj. o 7,6%, w październiku 2016 r. w stosunku do października 2014 r. W przypadkach stabilnych wszystkie wskaźniki, tj. liczby osób oczekujących, średniego rzeczywistego czasu oczekiwania i średniego przewidywanego czasu oczekiwania, wykazywały tendencje wzrostowe. Liczba osób oczekujących wzrosła pomiędzy październikiem 2013 r. a październikiem 2016 r. o 2.547, tj. o 45,5%, średni rzeczywisty czas oczekiwania wzrósł w tym okresie o 485 dni, tj. o 55,8%, a średni przewidywany czas oczekiwania o 1.316 dni, tj. o 60,6%.

Najkrótszy rzeczywisty czas oczekiwania na ww. świadczenie dla przypadków stabilnych w październiku 2013 r., wynoszący 69 dni, dotyczył Samodzielnego Publicznego ZOZ nr 1 w Rzeszowie, zaś najdłuższy, wynoszący

1.105 dni – Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego Nr 2 w Rzeszowie. Najkrótszy rzeczywisty czas oczekiwania na ww. świadczenie dla przypadków stabilnych w październiku 2016 r., wynoszący 25 dni, dotyczył Wojewódzkiego Szpitala im. Zofii z Zamojskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu, zaś najdłuższy, wynoszący 1.730 dni – Szpitala Specjalistycznego w Jaśle.

Najkrótszy średni przewidywany czas oczekiwania dla przypadków stabilnych w październiku 2013 r. (175 dni) dotyczył SP ZOZ nr 1 w Rzeszowie, zaś najdłuższy (2.590 dni) – SP ZOZ w Lubaczowie. Najkrótszy i najdłuższy średni przewidywany czas oczekiwania dla przypadków stabilnych w październiku 2016 r. dotyczył odpowiednio: Wojewódzkiego Szpitala w Tarnobrzegu – 30 dni oraz Nowe Techniki Medyczne Szpital Specjalistyczny w Rudnej Małej – 4.557 dni.

Przyczyną wydłużającego się w latach 2013 – 2016 czasu oczekiwania na świadczenia oznaczone kodem: 30002, 80003 i 80005 był fakt, że tempo wzrostu liczby osób zapisanych na listach osób oczekujących u poszczególnych świadczeniodawców było wyższe od tempa wzrostu liczby faktycznie zrealizowanych świadczeń w tych zakresach. Przeciwnie zjawisko dotyczyło zabiegu usunięcia zaćmy.

(dowód: akta kontroli str. 20-23)

1.3. W latach 2014 – 2016 w Oddziale występowały dziesiątki komórek organizacyjnych, w których średni czas oczekiwania, zarówno dla przypadków pilnych jak i stabilnych, wynosił 0 dni³.

(dowód: akta kontroli str. 24)

Średni najdłuższy rzeczywisty czas oczekiwania w latach 2014 – 2016 dotyczył przypadków stabilnych w ramach niżej wymienionych 5 świadczeń oraz komórek organizacyjnych i wynosił:

- w październiku 2014 r.:

- kod 80005 – Endoprotezoplastyka stawu kolanowego – 940 dni,
- kod 80003 – Endoprotezoplastyka stawu biodrowego – 915 dni,
- kod 30002 – Zabiegi w zakresie soczewki (zaćma) – 669 dni,
- kod 4300 – Oddział rehabilitacyjny – 416 dni,
- kod 5172 – Zakład/Oddział Opiekuńczo-Lecznicy Psychiatryczny – 641dni;

- w październiku 2015 r.:

- kod 80005 – Endoprotezoplastyka stawu kolanowego – 1.072 dni,
- kod 80003 – Endoprotezoplastyka stawu biodrowego – 1.052 dni,
- kod 30002 – Zabiegi w zakresie soczewki (zaćma) – 582 dni,
- kod 4300 – Oddział rehabilitacyjny – 556 dni,
- kod 1570 – Poradnia neurochirurgiczna – 249 dni;

- w październiku 2016 r.:

- kod 80005 – Endoprotezoplastyka stawu kolanowego – 1.354 dni,
- kod 80003 – Endoprotezoplastyka stawu biodrowego – 1.275 dni,
- kod 30002 – Zabiegi w zakresie soczewki (zaćma) – 606 dni,
- kod 4300 – Oddział rehabilitacyjny – 605 dni,
- kod 1708 – Poradnia dla osób z autyzmem dziecięcym – 320 dni.

(dowód: akta kontroli str. 25)

³ Do tych komórek należały m.in.: 1060 – Poradnia geriatryczna, 1642 – Ambulatoryjna stacja dializ, 1746 – Poradnia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych, 2130 – Zespół domowej dializoterapii otrzewnowej, 2302 – Ośrodek rehabilitacji kardiologicznej, 2701 – Oddział dzienny psychiatryczny dla dzieci, 2704 – Oddział dzienny psychogeriatryczny, 2730 – Zespół leczenia środowiskowego (domowego), 4072 – Oddział nowotworów krwi, 4132 – Stacja dializ, 4240 – Oddział onkologiczny, 4701 – Oddział psychiatryczny (ogólny) dla dzieci, 4730 – Oddział psychiatrii sądowej, 4750 – Oddział rehabilitacyjny dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, 20011 – Terapia hiperbaryczna.

Liczba osób oczekujących na wykonanie świadczenia w latach 2014 – 2016, dotycząca przypadków stabilnych w ramach niżej wymienionych 5 świadczeń oraz komórek organizacyjnych, była następująca:

- w październiku 2014 r.:

- kod 80005 – Endoprotezoplastyka stawu kolanowego – 6.722,
- kod 80003 – Endoprotezoplastyka stawu biodrowego – 6.291,
- kod 30002 – Zabiegi w zakresie soczewki (zaćma) – 23.274,
- kod 4300 – Oddział rehabilitacyjny – 2.978,
- kod 5172 – Zakład/Oddział Opiekuńczo-Lecniczy Psychiatryczny – 22;

- w październiku 2015 r.:

- kod 80005 – Endoprotezoplastyka stawu kolanowego – 7.528,
- kod 80003 – Endoprotezoplastyka stawu biodrowego – 6.637,
- kod 30002 – Zabiegi w zakresie soczewki (zaćma) – 23.021,
- kod 4300 – Oddział rehabilitacyjny – 3.547,
- kod 1570 – Poradnia neurochirurgiczna – 301;

- w październiku 2016 r.:

- kod 80005 – Endoprotezoplastyka stawu kolanowego – 8.141,
- kod 80003 – Endoprotezoplastyka stawu biodrowego – 7.044,
- kod 30002 – Zabiegi w zakresie soczewki (zaćma) – 21.699,
- kod 4300 – Oddział rehabilitacyjny – 3.508,
- kod 1708 – Poradnia dla osób z autyzmem dziecięcym – 673.

(dowód: akta kontroli str. 25)

Działania mające na celu zmniejszenie średniego czasu oczekiwania polegały na zwiększeniu finansowania oraz pozyskiwaniu nowych świadczeniodawców (poprzez podpisywanie nowych umów) w przypadkach, w których ich ilość na terenie Oddziału była niewielka. Inne działania to, m.in.: wprowadzenie blokady uniemożliwiającej wpisanie się na więcej niż dwa zabiegi (w przypadku zaćmy i endoprotezoplastyki), weryfikacja osób, które były więcej niż jeden raz wpisane na listy oczekujących u tego samego świadczeniodawcy, weryfikacja osób, które były wpisane na to samo świadczenie u różnych świadczeniodawców, urealnianie umów poprzez ich aneksowanie, przygotowywanie różnych analiz skutkujących zmianami w zakresie list oczekujących i średniego czasu oczekiwania (korekty danych błędnie przygotowanych przez świadczeniodawców). Analiza danych dotyczących średniego czasu oczekiwania, liczby osób oczekujących oraz wysokości środków finansowych przeznaczonych na opisane wyżej świadczenia wskazuje, że w przypadku świadczenia 30002 (zaćma) oraz 5172 (ZOL Psychiatryczny) działania podejmowane przez Oddział przyniosły skutek w postaci skrócenia czasu oczekiwania i zmniejszenia liczby oczekujących. W przypadku pozostałych świadczeń, podejmowane przez Oddział działania nie przełożyły się na spadek liczby osób oczekujących i skrócenie średniego czasu oczekiwania.

(dowód: akta kontroli str. 25-36)

1.4. Łączna wartość zakontraktowanych i udzielonych świadczeń, w ramach niżej wymienionych 5 świadczeń i komórek organizacyjnych z najdłuższym czasem oczekiwania, w latach 2014 – 2016, była następująca:

- 2014 r.:

- kod 80005 i kod 80003 – kontrakt – 115.876, 5 tys. zł, realizacja – 43.954,6 tys. zł⁴,
- 30002 – kontrakt – 28.603,9 tys. zł, realizacja – 28.645,4 tys. zł,

⁴ Dane dotyczące wartości zakontraktowanych i zrealizowanych świadczeń w ramach świadczeń o kodzie 80003 i 80005 podano łącznie ze względu na to, że są one sprawozdawane w ramach kilkunastu kodów produktów jednostkowych i rozliczane w ramach kilku produktów rozliczeniowych

- 4300 – kontrakt – 13.273,3 tys. zł, realizacja – 13.347,8 tys. zł,
- 5172 – kontrakt – 1.963,5 tys. zł, realizacja – 1.961,6 tys. zł;
- 2015 r.:
- kod 80005 i kod 80003 – kontrakt – 127.263,7 tys. zł, realizacja – 53.851,1 tys. zł,
- 30002 – kontrakt – 31.177,9 tys. zł, realizacja – 31.177,9 tys. zł,
- 4300 – kontrakt – 13.057,1 tys. zł, realizacja – 13.277,5 tys. zł,
- 1570 – kontrakt – 208,7 tys. zł, realizacja – 208,7 tys. zł;
- 2016 r.⁵:
- kod 80005 i kod 80003 – kontrakt – 117.903,6 tys. zł, realizacja – 45.020,6 tys. zł,
- 30002 – kontrakt – 31.207,9 tys. zł, realizacja – 27.571,7 tys. zł,
- 4300 – kontrakt – 12.125,3 tys. zł, realizacja – 11.063,4 tys. zł,
- 1708 – kontrakt – 548 tys. zł, realizacja – 452,6 tys. zł.

Łączna wartość zakontraktowanych i udzielonych świadczeń, w ramach świadczeń i komórek organizacyjnych z zerowym czasem oczekiwania, była następująca:

- w 2014 r. – kontrakt – 111.408,1 tys. zł, realizacja – 111.702,3 tys. zł,
- w 2015 r. – kontrakt – 113.866,9 tys. zł, realizacja – 114.292,3 tys. zł,
- w 2016 r. – kontrakt – 113.185,4 tys. zł, realizacja – 96.799,9 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str.26-37)

Z porównania danych dotyczących skali finansowania świadczeń i komórek organizacyjnych z najdłuższym czasem oczekiwania w latach 2014 - 2016 oraz odpowiadających im danym w zakresie średniego czasu oczekiwania wynika, że:

- kod 80005 i 80003:
- wartość świadczeń zakontraktowanych w 2015 r. wzrosła w stosunku do ich wartości w 2014 r. o 11.387,2 tys. zł, tj. o 9,8%, zaś wartość świadczeń zrealizowanych – o 9.896,5 tys. zł, tj. o 22,5%. W tym samym okresie średni rzeczywisty czas oczekiwania dla przypadków stabilnych wzrósł o 132 dni, tj. o 14%, a liczba osób oczekujących wzrosła o 806 osób, tj. o 12% - dla świadczenia 80005 oraz odpowiednio: o 137 dni, tj. o 15% oraz o 346 osób, tj. o 5,5% - dla świadczenia o kodzie 80003;
- wartość świadczeń zakontraktowanych według stanu na październik na 2016 r. wynosiła 117.903,6 tys. zł, co stanowiło 92,6% wartości takich świadczeń na 2015 r., zaś wartość świadczeń zrealizowanych na koniec października 2016 r. wyniosła 45.020,6 tys. zł, tj. 83,6% wartości zrealizowanych świadczeń w 2015 r. Średni rzeczywisty czas oczekiwania dla przypadków stabilnych w październiku 2016 r. wydłużył się o 282 dni, tj. o 26,3%, w porównaniu do 2015 r., a liczba oczekujących wzrosła o 613 osób, tj. o 8,1% - dla świadczenia o kodzie 80005 oraz odpowiednio: o 223 dni, tj. o 21,1% i 407 osób, tj. o 6,1% - dla świadczenia o kodzie 80003;
- kod 30002:
- wartość świadczeń zakontraktowanych w 2015 r. wzrosła w porównaniu do 2014 r. o 2.574 tys. zł, tj. o 9%, zaś wartość zrealizowanych – o 2.532,5 tys. zł, tj. o 8,8%. W tym samym okresie średni rzeczywisty czas oczekiwania dla przypadków stabilnych zmniejszył się o 87 dni, tj. o 13%, a liczba oczekujących spadła o 253 osoby, tj. o 1,1%;
- wartość świadczeń zakontraktowanych według stanu na październik na 2016 r. wynosiła 31.207,9 tys. zł, co stanowiło 100,1% wartości takich świadczeń na 2015 r., zaś wartość świadczeń zrealizowanych na koniec października 2016 r. wyniosła 27.571,7 tys. zł, tj. 88,4% wartości zrealizowanych świadczeń w 2015 r. Średni rzeczywisty czas oczekiwania dla przypadków stabilnych w październiku 2016 r.

⁵ Wszystkie prezentowane w wystąpieniu dane statystyczne za 2016 r. dotyczą stanu na październik 2016 r.

wydłużył się o 24 dni, tj. o 4,1%, w porównaniu do 2015 r., a liczba oczekujących spadła o 1.322 osoby, tj. o 5,7%;

- kod 4300:

- wartość świadczeń zakontraktowanych w 2015 r. spadła w porównaniu do 2014 r. o 216,2 tys. zł, tj. o 1,6%, zaś wartość zrealizowanych – o 70,3 tys. zł, tj. o 0,5%. W tym samym okresie średni rzeczywisty czas oczekiwania dla przypadków stabilnych wzrósł o 140 dni, tj. o 33,7%, a liczba oczekujących zwiększyła się o 569 osób, tj. o 19,1%;

- wartość świadczeń zakontraktowanych według stanu na październik na 2016 r. wynosiła 31.207,9 tys. zł, co stanowiło 92,9% wartości takich świadczeń na 2015 r., zaś wartość świadczeń zrealizowanych na koniec października 2016 r. wyniosła 27.571,7 tys. zł, tj. 83,3% wartości zrealizowanych świadczeń w 2015 r. Średni rzeczywisty czas oczekiwania dla przypadków stabilnych w październiku 2016 r. wydłużył się o 49 dni, tj. o 8,8%, w porównaniu do 2015 r., a liczba oczekujących spadła o 39 osób, tj. o 1,1%;

W przypadku pozostałych świadczeń o najdłuższym czasie oczekiwania, jedynie w przypadku komórki 5172 – Zakład/Oddział Opiekuńczo-Lecznicy Psychiatryczny przy ponad 50% wzroście wartości świadczeń zakontraktowanych i zrealizowanych w 2015 r. w porównaniu do 2014 r., nastąpił znaczny spadek średniego czasu oczekiwania – z 641 dni do 115 dni. W pozostałych przypadkach, tj. komórki o kodzie 1570 i 1708, nie wystąpiły istotne zmiany poziomu finansowania świadczeń, co przy równoczesnym wzroście liczby oczekujących, powodowało wzrost średniego czasu oczekiwania.

(dowód: akta kontroli str. 20-22, 25-27)

Liczba osób ubezpieczonych i uprawnionych objętych opieką Oddziału⁶, wykazywała tendencję malejącą i wynosiła: w październiku 2014 r. – 1.897.392, w październiku 2015 r. – 1.884.436 (o 12.956 osób, tj. o 0,7% mniej niż w 2014 r.), w październiku 2016 r. – 1.879.025 (o 18.367 osób, tj. o 1% mniej niż w październiku 2014 r.). Zmniejszenie liczby osób ubezpieczonych i uprawnionych nie miało bezpośredniego związku ze zmianami poziomu finansowania opisanych wyżej świadczeń. W przypadku świadczeń o kodzie:

- 80003 i 80005, ich łączna zakontraktowana wartość wzrosła w 2015 r. o 9,8% w stosunku do 2014 r., a w 2016 r. spadła o 7,4% w stosunku do 2015 r.,

- 30002 łączna wartość zakontraktowana w 2015 r. była wyższa o 9% w porównaniu do 2014 r., a w 2016 r. – wyższa o 0,1% w stosunku do 2015 r.,

- 4300 łączna wartość zakontraktowana na 2015 r. była niższa niż w 2014 r. o 1,6%, a w 2016 r. – niższa o 7,1% w porównaniu do 2015 r.,

- 5172 łączna wartość zakontraktowana w 2015 r. była wyższa o 51,8% niż w 2014 r., a w 2016 r. – niższa niż w 2015 r. o 13,5%,

- 1570 łączna wartość zakontraktowana na 2015 r. spadła w stosunku do 2014 r. o 8,1%, a w 2016 r. – spadła o 5,1% w porównaniu do 2015 r.,

- 1708 łączna wartość zakontraktowana w 2015 r. wzrosła o 3,4% w porównaniu do 2014 r., a w 2016 r. – była niższa o 5,4% niż w 2015 r.

(dowód: akta kontroli str. 26-27, 38)

1.5. W latach 2013 – 2016 na terenie działania Oddziału nie wystąpiły przypadki zaprzestania udzielania świadczeń w zakresie okulistyki i ortopedii i traumatologii narządów ruchu przez świadczeniodawców. Oddział ma opracowaną procedurę informowania pacjentów o innych świadczeniodawcach udzielających świadczeń, zgodnie z przepisem art. 20 ust. 10d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.

⁶ Suma liczby osób ubezpieczonych i liczby dzieci do 18 roku życia niezgłoszonych do ubezpieczenia.

o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁷, zwaną dalej ustawą o świadczeniach.

(dowód: akta kontroli str. 33, 39-49)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w badanym obszarze nie stwierdzono nieprawidłowości.

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli stwierdza, że Oddział posiadał i na bieżąco analizował dane w zakresie liczby osób oczekujących oraz czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń będących głównym przedmiotem transgranicznej opieki zdrowotnej. Podejmowane przez Oddział różnorodne działania w celu zmniejszenia średniego czasu oczekiwania w przypadku niektórych świadczeń przyniosły oczekiwane efekty.

2. Monitorowanie i kontrola list osób oczekujących.

Opis stanu
faktycznego

1.6. W latach 2014 – 2016 występowały przypadki zaniechania przez podmioty świadczące usługi zdrowotne przedstawiania do Oddziału informacji dotyczących liczby osób oczekujących na świadczenia, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia oraz pierwszego wolnego terminu. Brak ww. informacji był najczęściej spowodowany przerwami w udzielaniu usług lub problemami technicznymi po stronie świadczeniodawców. W 2014 r. takich przypadków było 18 (tj. 1,46% liczby świadczeniodawców, wszystkie wystąpiły w grudniu), w 2015 r. – 11 przypadków (tj. 0,97% liczby świadczeniodawców, wszystkie wystąpiły w październiku), a w 2016 r. – 2 przypadki (1 – w październiku, 1 – w grudniu, co odpowiadało 0,09% liczby świadczeniodawców). We wszystkich przypadkach Oddział wszczął postępowania związane z nałożeniem kar umownych za niedopełnienie obowiązków sprawozdawczych, w stosunku do świadczeniodawców, którzy mimo wielokrotnego wezwania nie dopełnili tych obowiązków.

(dowód: akta kontroli str. 34, 36)

1.7. W poszczególnych latach okresu objętego kontrolą liczba osób (w przeliczeniu na etaty) zatrudnionych w Oddziale, które prowadziły kontrole u świadczeniodawców wynosiła: w 2014 r. – 17,5 etatu, w 2015 r. – 16,5 etatu oraz w I półroczu 2016 r. – 15,5 etatu.

W latach 2014-2016 (I półrocze) Oddział przeprowadził łącznie 273 kontrole umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych (we wszystkich rodzajach świadczeń), w tym w rodzaju AOS (Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna) przeprowadzono łącznie kontrole 52 umów, zaś w rodzaju SZP (Leczenie Szpitalne) – łącznie kontrole 66 umów. W ogólnej liczbie - kontroli z zakresu okulistyki oraz z zakresu ortopedii i traumatologii narządów ruchu - było po 7, przy czym w przypadku okulistyki te kontrole dotyczyły 4 umów w rodzaju AOS a 3 – w rodzaju SZP, natomiast w przypadku ortopedii i traumatologii narządów ruchu – 7 kontroli dotyczyło rodzaju SZP.

W ww. okresie przeprowadzono 94 kontrole (tj. 34,4% liczby kontroli ogółem), których przedmiot obejmował prowadzenie list oczekujących oraz sprawozdawczość w tym zakresie, w tym 37 kontroli (13,6% ogółem) dotyczyło zakresu AOS a 4 kontrole (1,5% ogółem) zakresu SZP. Spośród tych kontroli w 5 przypadkach (1,8% ogółem) były to kontrole z zakresu okulistyki (z tego: 4 [1,5% ogółem] – AOS, 1 [0,4% ogółem] – SZP), zaś w 3 przypadkach (1,1% ogółem) były to kontrole

⁷ Dz. U. z 2016 r. poz. 1793 ze zm.

z zakresu ortopedii i traumatologii narządów ruchu (z tego: 1 [0,4% ogółem] – AOS, 2 [0,7%] – SZP).

W przypadku 30 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 tej liczbie 18 kontroli dotyczyło rodzaju AOS, a 2 kontrole – rodzaju SZP. W przypadku zakresu okulistyki 2 przeprowadzone kontrole wykazały nieprawidłowości związane z listami oczekujących lub sprawozdawczości w tym zakresie (w obu przypadkach w rodzaju AOS). Natomiast w przypadku kontroli z zakresu ortopedii i traumatologii narządów ruchu w 1 przypadku stwierdzono nieprawidłowości dotyczące list oczekujących lub sprawozdawczości w tym zakresie (w rodzaju SZP).

Kontroli, w wyniku których nałożono kary z powodu nieprawidłowości obejmujących listy oczekujących i sprawozdawczości z tego zakresu, było łącznie 13 (w tym: 11 – w rodzaju AOS, 2 – w rodzaju SZP). Jedna kontrola z zakresu okulistyki zakończyła się nałożoną karą (w rodzaju AOS). Podobnie jedna taka kontrola dotyczyła zakresu ortopedii i traumatologii narządów ruchu (w rodzaju SZP).

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

W latach 2014-2016 przeciętna liczba kontroli ogółem przypadająca na jednego pracownika (etat) zajmującego się kontrolą świadczeniodawców wynosiła w 2014 r. - 7, w 2015 r. - 6,5 i w I półroczu 2016 r. - 2,7. Natomiast przeciętna liczba kontroli dotyczących prowadzenia list oczekujących przypadająca na jednego pracownika (etat) zajmującego się kontrolą wynosiła w ww. okresie, odpowiednio: 2,2; 2,3 i 1,1.

(dowód: akta kontroli str. 50-55)

Z ewidencji kontroli wynika, że Oddział przeprowadzał w latach 2014 – 2016 kontrole świadczeniodawców, którzy wykazywali najdłuższe czasy oczekiwania w zakresach dotyczących świadczeń: 30002, 30003, 80003 i 80005. Szczegółowa analiza, którą objęto kontrole, dotyczące po 3 świadczeniodawców z najdłuższymi czasami oczekiwania w każdym z ww. świadczeń wykazała, że łącznie w 2014 r. przeprowadzono 10 kontroli takich świadczeniodawców, w 2015 r. – 11 kontroli i w 2016 r. (do 30 września) – 3 kontrole. Spośród 24 ww. kontroli w 21 przypadkach, zakres przedmiotowy kontroli nie dotyczył wskazanych wyżej świadczeń. W pozostałych przypadkach kontrole obejmowały, m.in., świadczenia:

- 30003 (w tym: kod 03.4600.032.02.1, kod 03.4600.132.02.1), w rodzaju SZP, przeprowadzona w Ośrodku Chirurgii Oka Prof. Zagórskiego Sp. z o.o. w Rzeszowie, w okresie od 16 do 31 marca 2016., której przedmiotem było, m.in., sprawdzenie prawidłowości prowadzenia list oczekujących. Kontrola wykazała nieprawidłowości związane z prowadzeniem dokumentacji medycznej, które nie skutkowały jednak koniecznością weryfikacji rozliczeń jak również nałożeniem kar finansowych;

- 30002 (w tym: kod 02.1600.001.02), w rodzaju AOS, przeprowadzona w SP ZZOZ Powiatowy Szpital Specjalistyczny w Stalowej Woli, w okresie od 10 maja do 6 czerwca 2016 r., której przedmiotem była, m.in., prawidłowość realizacji warunków umowy i realizacji świadczeń. Kontrola wykazała nieprawidłowości w rozliczaniu świadczonych porad, których efektem była konieczność zwrotu nienależnie przekazanych środków finansowych w wysokości 3.385,10 zł oraz zapłaty nałożonej kary finansowej w wysokości 546,33 zł;

- 80005 (w tym: kod 03.4580.030.02), w rodzaju SZP, przeprowadzona w Nowych Technikach Medycznych Szpitalu Specjalistycznym im. Św. Rodziny Sp. z o.o. w Rudnej Małej, w okresie od 30 stycznia do 16 czerwca 2015 r., której

przedmiotem była, m.in., prawidłowość realizacji warunków umowy i realizacji świadczeń. Kontrola wykazała nieprawidłowości w rozliczaniu świadczeń, których efektem była konieczność zwrotu nienależnie przekazanych środków finansowych w wysokości 343.263,96 zł oraz zapłaty nałożonej kary finansowej w wysokości 31.729,96 zł.

(dowód: akta kontroli str. 50, 56, 66)

Analizą objęto dokumentację 18 kontroli (po 6 z każdego roku z lat 2014-2016) dotyczących m.in. prowadzenia list osób oczekujących, w tym z zakresu okulistyki 5 (100%) i ortopedii i traumatologii - 3 (100%). W wyniku analizy ustalono, że w 9 kontrolach (50%) stwierdzono nieprawidłowości w prowadzeniu list oczekujących lub sprawozdawczości w tym zakresie, w tym:

- w 5 przypadkach stwierdzono nieprawidłowości, które mogły mieć wpływ na długość kolejek osób oczekujących, tj. niedokonywanie, na bieżąco, skreśleń pacjentów, którym udzielono świadczenia, nieuzasadnione udzielenie świadczenia z pominięciem kolejki, ustalanie terminu badania bez przestrzegania kolejności zgłoszenia pacjenta,
- w jednym przypadku brak było podziału listy oczekujących na „przypadek pilny” i „przypadek stabilny” oraz brak na listach wymaganych danych, m.in.: identyfikatora listy, godziny wpisu na listę oczekujących, imienia i nazwiska osoby dokonującej wpisu, adresu zamieszkania i informacji kontaktowych, rozpoznania lub powodu planowanego przyjęcia, kategorii medycznej,
- w 3 przypadkach nieterminowo przekazywano do Oddziału dane dotyczące list oczekujących.

W wyniku stwierdzonych przez Oddział nieprawidłowości w 6 przypadkach (33,3% badanych) nałożono na świadczeniodawców kary umowne za realizację świadczeń zdrowotnych niezgodnie z postanowieniami umowy, w tym za nieprawidłowości w prowadzeniu list oczekujących lub sprawozdawczości w tym zakresie w łącznej kwocie 171.794,84 zł.

(dowód: akta kontroli str. 57-65)

1.8. Podejmowane przez Oddział działania w celu wyeliminowania nieprawidłowości w realizacji obowiązków przedkładania do NFZ informacji dotyczącej list oczekujących polegały przede wszystkim na przeprowadzaniu na bieżąco analiz w zakresie list oczekujących. Były to analizy powtarzalne, sporządzane w określonych przedziałach czasowych (miesiąc, kwartał, rok) oraz analizy jednorazowe (interwencje i skargi). Analizami obejmowano przede wszystkim kompletność i cykliczność informacji, znaczne rozbieżności (zwiększenia i zmniejszenia) w liczbie osób oczekujących, średnie rzeczywiste i przewidywane czasy oczekiwania w porównaniu do „Pierwszego Wolnego Terminu” (PWT), przypadki osób ze statusem „po terminie”, których nie skreślono z list, tendencje zmian w zakresie ilości osób oczekujących i czasu oczekiwania, przyczyny skreśleń z list, poprawności stosowania identyfikatorów osób oczekujących, poprawność wpisów do aplikacji. Wyniki tych analiz przekazywane były świadczeniodawcom za pomocą Portalu Świadczeniodawcy, aplikacji AP-KOLCE, pocztą mailową lub drogą telefoniczną. Podejmowane działania były skuteczne, drobne uchybienia usuwano niezwłocznie i wyjaśniano wątpliwości. W przypadkach trudniejszych przeprowadzano analizy związane z wglądem do dokumentacji medycznej i weryfikacją przypadków przez personel medyczny świadczeniodawców. W sytuacjach, gdy mimo podejmowanych działań i wielokrotnych wezwań, nie eliminowano nieprawidłowości w zakresie list oczekujących, na świadczeniodawców nakładane były kary umowne za niedopełnienie obowiązków sprawozdawczych.

Łącznie w latach 2014 – 2016 (do końca października) takie kary nałożono na 30 świadczeniodawców.

(dowód: akta kontroli str. 28-36)

W I kw. 2015 r. do Oddziału wpłynęły 3 skargi, a w I kw. 2016 r. – 6 skarg, których treść dotyczyła potencjalnych nieprawidłowości w zakresie dotyczącym list oczekujących. W 6 przypadkach skargi uznano za zasadne lub częściowo zasadne. Z analizy dokumentacji dotyczącej tych skarg wynika m.in., że we wszystkich przypadkach Oddział podjął działania w celu wyjaśnienia podnoszonych w skargach problemów i weryfikacji prawdziwości zastrzeżeń zgłaszanych do Oddziału. Działania te polegały, m.in., na: szczegółowej analizie treści skarg, podjęciu interwencji u świadczeniodawców w celu wyjaśnienia kwestionowanych sytuacji, zobligowaniu świadczeniodawcy do udzielenia szczegółowej odpowiedzi skarżącemu, zobowiązaniu świadczeniodawców do przestrzegania obowiązujących przepisów prawa regulujących zasady rejestracji i ustalania terminów wykonania świadczeń zdrowotnych, przekazaniu szczegółowych wyjaśnień dotyczących zasad udzielania poszczególnych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, poinformowaniu skarżących o możliwości podjęcia wobec świadczeniodawcy działań przewidzianych w umowie w przypadkach dalszych utrudnień w dostępności do świadczeń. Wszystkim skarżącym udzielono pisemnych odpowiedzi na złożone przez nich pisma, w terminach określonych przepisami Kpa.

(dowód: akta kontroli str. 67-83)

W okresie od sierpnia 2015 r. do końca 2016 r. do Oddziału przekazano 43 zgłoszenia elektroniczne, za pomocą formularzy dostępnych na stronie internetowej www.kolejki.nfz.gov.pl, informujące o potencjalnych nieprawidłowościach dotyczących kolejności udzielania świadczeń przez podmioty lecznicze, w tym w 8 przypadkach zgłoszenia złożono w I kwartale 2016 r. Z analizy 8 powyższych zgłoszeń wynika, że 7 z nich zostało rozpatrzonych, a 1 zamknięte (zgłaszający nie podał 2 niezbędnych informacji – rodzaj badania oraz dzień, w którym otrzymano informację o dacie wykonania badania). Dwa z 8 analizowanych zgłoszeń były zasadne, a informacje w nich zawarte zostały wykorzystane do zlecenia kontroli prawidłowości prowadzenia list oczekujących przez świadczeniodawców. Zgłoszenia, ze statusem rozpatrzone, zostały załatwione przez pracownika Wydziału Spraw Świadczeniodawców, który udzielił szczegółowych wyjaśnień osobom zgłaszającym, po uprzednim uzyskaniu informacji od świadczeniodawców.

(dowód: akta kontroli str. 84-107)

Z wyjaśnień dyrektora Oddziału wynika, że podejmowane były działania mające na celu weryfikację prawdziwości zastrzeżeń zgłaszanych w sprawach list oczekujących. Najczęściej stosowano anonimowe rozmowy telefoniczne ze świadczeniodawcami, a w przypadku braku kontaktu telefonicznego wysyłano e-maile z prośbą o ustosunkowanie się do treści zgłoszeń. W przypadkach, gdy przekazane informacje potwierdziły się zobowiązywano podmiot do poprawienia danych, dotyczących np. PWT. Po stwierdzeniu, że dane nie zostały skorygowane zlecano przeprowadzenie kontroli u świadczeniodawcy. Procedury określające mechanizmy weryfikacji są określone w instrukcji do aplikacji „System wsparcia procesów obsługi kolejek oczekujących. Ponadto, w Oddziale są stosowane zasady i tryb przyjmowania i ewidencjonowania skarg i wniosków, określone przez Prezesa NFZ w zarządzeniu Nr 33/2015/BP z dnia 29 czerwca 2015 r. oraz w Regulaminie Organizacyjnym Oddziału⁸.

⁸ Zarządzenie Dyrektora POW NFZ w Rzeszowie, Nr 130/2016 z dnia 1 września 2016 r. – aktualnie obowiązujące

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Uwagi NIK dotyczą relatywnie małej liczby kontroli, przeprowadzonych przez Oddział, dotyczących prawidłowości prowadzenia list oczekujących z zakresu okulistyki i ortopedii. W latach 2014-2016 (I półrocze) przyprowadzono tylko 8 takich kontroli, co stanowiło 2,9% kontroli ogółem. Spośród tych kontroli w 5 przypadkach (1,8% ogółem) były to kontrole z zakresu okulistyki oraz w 3 przypadkach (1,1% ogółem) z zakresu ortopedii i traumatologii narządów ruchu. W ramach wymienionych kontroli tylko jedna kontrola dotyczyła świadczeniodawcy, który wykazywał w latach 2014-2016 najdłuższe czasy oczekiwania na świadczenie usunięcia zaćmy.

W ocenie NIK liczba kontroli dotyczących prawidłowości prowadzenia list oczekujących oraz sprawozdawczości w tym zakresie była stosunkowo niska, biorąc pod uwagę liczbę oczekujących na świadczenia z zakresu okulistyki (w tym zaćmy) oraz ortopedii i traumatologii narządów ruchu (w tym endoprotezoplastyki stawu kolanowego i biodrowego), gdzie czasy oczekiwania spośród wszystkich udzielanych świadczeń były najdłuższe.

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w badanym obszarze nie stwierdzono nieprawidłowości.

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia, że działania Oddziału związane z monitorowaniem i kontrolą list osób oczekujących zapewniały prawidłowość prowadzenia tych list i wiarygodność informacji dla pacjentów w zakresie liczby i długości czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych.

Opis stanu
faktycznego

3. Planowanie zakupu świadczeń.

2.1. Plan zakupu świadczeń na 2014 r. (według stanu na dzień 14 października 2014 r.) w rodzaju AOS wynosił łącznie 269.167 tys. zł, zaś w rodzaju SZP – łącznie 1.445.329 tys. zł. W rodzaju AOS na wydatki dotyczące okulistyki zaplanowano 24.896 tys. zł, a na wydatki dotyczące ortopedii i traumatologii narządów ruchu – 15.220 tys. zł. W rodzaju SZP na wydatki dotyczące okulistyki zaplanowano 40.680 tys. zł, a na wydatki dotyczące ortopedii i traumatologii narządów ruchu – 119.388 tys. zł.

Zrealizowane wydatki na zakup świadczeń w 2014 r. w rodzaju AOS wynosiły łącznie 272.408 tys. zł, a w rodzaju SZP – łącznie 1.447.752 tys. zł. W rodzaju AOS na wydatki dotyczące okulistyki przeznaczono 25.599 tys. zł, a na wydatki dotyczące ortopedii – 15.608 tys. zł. W rodzaju SZP na wydatki dotyczące okulistyki przeznaczono 45.301 tys. zł, a na wydatki dotyczące ortopedii – 131.012 tys. zł.

Plan zakupu świadczeń w 2015 r. (według stanu na dzień 31 grudnia 2015 r.) w rodzaju AOS wynosił łącznie 269.796 tys. zł, a w rodzaju SZP – 1.580.836 tys. zł. W rodzaju AOS na wydatki dotyczące okulistyki zaplanowano 23.613 tys. zł, a na wydatki dotyczące ortopedii i traumatologii narządów ruchu – 15.747 tys. zł. W rodzaju SZP na wydatki dotyczące okulistyki zaplanowano 45.229 tys. zł, a na wydatki dotyczące ortopedii i traumatologii narządów ruchu – 136.705 tys. zł.

Zrealizowane wydatki na zakup świadczeń w 2015 r. w rodzaju AOS wynosiły łącznie 284.196 tys. zł, a w rodzaju SZP – łącznie 1.551.512 tys. zł. W rodzaju AOS na wydatki dotyczące okulistyki przeznaczono 24.423 tys. zł, a na wydatki dotyczące ortopedii – 16.144 tys. zł. W rodzaju SZP na wydatki dotyczące

okulistyki przeznaczono 49.272 tys. zł, a na wydatki dotyczące ortopedii – 140.588 tys. zł.

Plan zakupu świadczeń na 2016 r. (według stanu na dzień 31 października 2016 r.) w rodzaju AOS wynosił łącznie 291.168 tys. zł, a w rodzaju SZP – 1.630.185 tys. zł. W rodzaju AOS plan wydatków dotyczących okulistyki wynosił 21.409 tys. zł, a wydatków dotyczących ortopedii i traumatologii narządów ruchu – 12.567 tys. zł. W rodzaju SZP plan wydatków w zakresie okulistyki wynosił 45.008 tys. zł⁹, a w zakresie ortopedii i traumatologii narządów ruchu – 127.378 tys. zł.

Zrealizowane wydatki na zakup świadczeń w 2016 r. (do końca października) w rodzaju AOS wynosiły łącznie 235.252 tys. zł, a w rodzaju SZP – łącznie 1.249.805 tys. zł. W rodzaju AOS na wydatki dotyczące okulistyki przeznaczono 19.460 tys. zł, a na wydatki dotyczące ortopedii – 13.478 tys. zł. W rodzaju SZP na wydatki dotyczące okulistyki przeznaczono 36.062 tys. zł, a na wydatki dotyczące ortopedii – 107.304 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 111-132)

Zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne w rodzajach AOS i SZP określone było corocznie z uwzględnieniem postanowień rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w poszczególnych rodzajach świadczeń, wydanych na podstawie art. 31d *ustawy o świadczeniach* oraz postanowień Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów opublikowane na stronie www.nfz.gov.pl. Przy planowaniu zakupu świadczeń Oddział uwzględniał priorytety zdrowotne: centralne, określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie *priorytetów zdrowotnych*¹⁰, ogólnopolskie, określone przez Centralę NFZ, regionalne, określone przez Oddział. Ponadto, opracowując plan zakupów świadczeń uwzględniano wytyczne określone w pismach Centrali NFZ oraz przekazywane w trakcie spotkań Dyrektorów OW z Prezesem NFZ, a także wytyczne Dyrekcji Oddziału przekazywane w trakcie omawiania kolejnych wersji planu zakupu świadczeń. Planując świadczenia uwzględniano plan finansowy Oddziału, ustalony na podstawie algorytmu określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2009 r. w sprawie *szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych*¹¹, wielkości środków, jakie Oddział zobowiązany jest zabezpieczyć na finansowanie świadczeń dla ubezpieczonych a zrealizowanych poza województwem i rozliczonych w ramach tzw. migracji międzyoddziałowej, wyniki analiz wykonanych przez Centralę NFZ porównujących zabezpieczenie świadczeń na terenie województwa w stosunku do innych oddziałów NFZ, wyniki analiz wykonanych przez Oddział, oceniających zabezpieczenie świadczeń na terenie województwa, ilości dotychczas wykonywanych świadczeń, posiadane informacje o nowych podmiotach oferujących realizację świadczeń, szczególnie świadczeń deficytowych lub do tej pory nierealizowanych na terenie województwa.

(dowód: akta kontroli str. 111-159)

W uzasadnieniach do planów finansowych Oddziału jak też w informacjach przekazywanych Prezesowi NFZ o prognozowanych kosztach odnoszono się w ogólny sposób do kwestii obniżenia czasu oczekiwania na poszczególne

⁹ Łącznie z wydatkami na świadczenia: 03.0000.370.02 – Program lekowy – leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia płamki związanej z wiekiem (AMD) i 03.0001.370.02 – Leki w programie lekowym – leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia płamki związanej z wiekiem (AMD), które do 2015 r. rozliczane były w ramach okulistyki - hospitalizacji

¹⁰ Dz. U. Nr 137, poz. 1126

¹¹ Dz. U. Nr 193, poz. 1495

świadczenia zdrowotne, nie odnoszono się do skali świadczeń udzielanych w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej. Z treści uzasadnień do prognozowanych kosztów Oddziału wynika, m.in., że w prognozie na lata:

- 2014 – 2016 planując koszty świadczeń w rodzaju AOS uwzględniono kontynuację zmian wynikających z wdrożenia grup świadczeń specjalistycznych, zmierzających do przesunięcia finansowania świadczeń z leczenia szpitalnego do AOS,

- 2015 – 2017 planując koszty w rodzaju AOS i SZP uwzględniono zmiany finansowania świadczeń realizowanych na rzecz pacjentów z rozpoznaniem choroby onkologicznej w ramach tzw. „szybkiej ścieżki onkologicznej”, w szczególności wzrost kosztów chemioterapii i programów terapeutycznych,

- 2016 – 2018 planując koszty w rodzaju AOS i SZP uwzględniono wzrost kosztów na rzecz pacjentów z rozpoznaniem choroby onkologicznej w ramach tzw. „szybkiej ścieżki onkologicznej” a także wzrost finansowania świadczeń w szpitalnych oddziałach ratunkowych i izbach przyjęć.

W treści uchwał Rady Oddziału w sprawie zaopiniowania projektu planu nie odwoływano się do ww. kwestii, zwracano natomiast uwagę na niedoszacowanie planów finansowych na poziomie: 180 mln zł na 2014 r., 110 mln zł na 2015 r. i 120 mln zł na 2016 r.

(dowód: akta kontroli str. 111-173)

Pismem: DEF.311.107.2015 z dnia 27 sierpnia 2015 r. Prezes NFZ poinformował Oddział o planowanej zmianie planu finansowego na 2015 r., która spowoduje wzrost planu kosztów świadczeń zdrowotnych w wysokości 50.717 tys. zł, w tym 10.141 tys. zł z przeznaczeniem na świadczenia udzielane przez pielęgniarki i położne. Źródłem pochodzenia planowanego wzrostu kosztów świadczeń były środki pochodzące z rezerwy ogólnej NFZ. Informując o proponowanym szczegółowym podziale zwiększonych środków Dyrektor Oddziału, w piśmie z dnia 31 sierpnia 2015 r., podał, m.in., że w celu zwiększenia dostępności do świadczeń, a tym samym skrócenia kolejek oczekujących dodatkowe środki zostaną przeznaczone na świadczenia dotyczące endoprotezoplastyki. Na ten cel zaplanowano dodatkowe środki w wysokości: 4.006 tys. zł – kod zakresu 03.4580.030.02 – ortopedia i traumatologia narządów ruchu – hospitalizacja, 200 tys. zł – kod zakresu 03.4580.130.02 – ortopedia i traumatologia narządów ruchu – hospitalizacja H11. Zarządzeniem nr 64/2015/DEF Prezesa NFZ z dnia 30 września 2015 r. dokonano uruchomienia rezerwy ogólnej uwzględnionej w planie finansowym NFZ na 2015 r. W wyniku zmiany planu finansowego Oddział przeznaczył 8.747.752 zł na zwiększenie kosztów świadczeń z zakresu ortopedii i traumatologii narządów ruchu w rodzaju SZP oraz 2.379.676 zł na zwiększenie kosztów świadczeń związanych z usunięciem zaćmy (z przeznaczeniem na zapłatę nadwykonań) w rodzaju SZP.

Pismem: DEF.311.87.2016 z dnia 22 lipca 2016 r. Prezes NFZ poinformował Oddział o planowanej zmianie planu finansowego na 2016 r., w ramach której nastąpi wzrost planu kosztów świadczeń zdrowotnych w wysokości 58.504 tys. zł. Źródłem pochodzenia planowanego wzrostu kosztów świadczeń były środki pochodzące z funduszu zapasowego NFZ. W odpowiedzi na powyższą informację, pismem z dnia 26 lipca 2016 r., Dyrektor Oddziału podał, m.in., że w leczeniu szpitalnym zaplanowano środki na zmniejszenie kolejek oczekujących na operacje endoprotezoplastyki i zaćmy. Ogólna kwota planowanych dodatkowych środków w ramach leczenia szpitalnego wynosiła 21.454 tys. zł. Zarządzeniem nr 83/2016/DEF Prezes NFZ dokonał zmiany planu finansowego na 2016 r., zwiększając planowane koszty świadczeń łącznie o 1.096.669 tys. zł. W wyniku zmiany planu finansowego Oddział przeznaczył:

- 1.823.692 zł na świadczenia z zakresu ortopedii i traumatologii narządów ruchu w rodzaju SZP (z przeznaczeniem na zapłatę nadwykonań w endoprotezach) oraz 1.199.952 zł na świadczenia związane z usunięciem zaćmy (aneksy zwiększające wyliczone wg wykonania świadczeń pilnych) w rodzaju SZP,
- 116.793,9 zł na świadczenia z zakresu ortopedii i traumatologii narządów ruchu w rodzaju AOS (z przeznaczeniem na zapłatę 100% świadczeń w poradniach zabiegowych, pierwszorazowych i 80% świadczeń w poradniach dziecięcych) oraz 138.769,8 zł na świadczenia z zakresu okulistyki w rodzaju AOS (z przeznaczeniem na zapłatę 100% świadczeń w poradniach zabiegowych i 80% świadczeń w poradniach dziecięcych).

(dowód: akta kontroli str. 111-112, 174-182)

2.2. Plan zakupu świadczeń na 2014 r. ulegał zmianom. W przypadku świadczeń w rodzaju AOS wartość planowanych świadczeń na koniec roku była wyższa łącznie o 3.083 tys. zł, tj. o 1,16%, zaś w rodzaju SZP – łącznie o 1.806 tys. zł, tj. o 0,13%. W rodzaju AOS plan zakupów dotyczących okulistyki zwiększono o 4.015 tys. zł, tj. o 19,22%, a dotyczących ortopedii i traumatologii narządów ruchu – zmniejszono o 7 tys. zł, tj. o 0,05%. W rodzaju SZP planowane wydatki na zakup świadczeń w zakresie okulistyki zwiększono o 345 tys. zł, tj. o 0,86%, a wydatki dotyczące ortopedii i traumatologii narządów ruchu – zmniejszono o 94 tys. zł, tj. o 0,08%.

Zmiany planu wydatków na zakup świadczeń w 2015 r. były następujące: w rodzaju AOS – zmniejszenie o 1.822 tys. zł, tj. o 0,67%, w rodzaju SZP – zwiększenie o 127.540 tys. zł, tj. o 8,78%. W rodzaju AOS plan zakupu świadczeń w okulistyce zmniejszono o 1.033 tys. zł, tj. o 4,19%, a planowane wydatki dotyczące ortopedii i traumatologii narządów ruchu zwiększono o 259 tys. zł, tj. o 1,67%. W rodzaju SZP planowane wydatki dotyczące okulistyki zwiększono o 4.537 tys. zł, tj. o 11,15%, a wydatki dotyczące ortopedii i traumatologii narządów ruchu zwiększono o 16.472 tys. zł, tj. o 13,7%.

Efektom zmian planu wydatków na zakup świadczeń na 2016 r. było: w rodzaju AOS – zwiększenie o 5.806 tys. zł, tj. o 2,03%, w rodzaju SZP – zwiększenie o 53.316 tys. zł, tj. o 3,38%. W rodzaju AOS plan wydatków dotyczących okulistyki wzrósł o 581 tys. zł, tj. o 2,79%, a wydatków dotyczących ortopedii i traumatologii narządów ruchu zmniejszył się o 3.292 tys. zł, tj. o 20,76%. W rodzaju SZP plan wydatków w zakresie okulistyki zmniejszył się o 787 tys. zł, tj. o 1,72%¹², a w zakresie ortopedii i traumatologii narządów ruchu – wzrósł o 1.671 tys. zł, tj. o 1,33%. W przypadku świadczeń dotyczących usunięcia zaćmy w rodzaju SZP plan wydatków w 2016 r. wzrósł o 1.604 tys. zł, tj. o 5,43%.

(dowód: akta kontroli str. 111-112)

Z analizy danych dotyczących zmian planu zakupów w latach 2014 – 2016 wynika, że na zmiany tych planów w zakresach obejmujących okulistikę oraz ortopedię i traumatologię narządów ruchu wpływała duża liczba osób oczekujących na leczenie w kraju.

W latach 2014 – 2016 (do końca października) do Oddziału wpłynęło łącznie 60 wniosków o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych poza granicami kraju oraz 2 wnioski o uprzednią zgodę na wykonanie takich świadczeń (pozostawione bez rozpatrzenia ze względu na błędy formalne). Skala liczbowa i wartościowa zwrotów nie miała istotnego wpływu na zmiany planów zakupu świadczeń w latach 2014 – 2016.

¹² Łącznie z wydatkami na świadczenia: 03.0000.370.02 – Program lekowy – leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD) i 03.0001.370.02 – Leki w programie lekowym – leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD), które do 2015 r. rozliczane były w ramach okulistyki - hospitalizacji

(dowód: akta kontroli str. 111-112, 183-191)

2.3. Działania mające na celu zwiększenie dostępu do świadczeń zdrowotnych w rodzaju AOS i SZP, dotyczących usunięcia zaćmy, witrektomii oraz endoprotezoplastyki polegały głównie na zwiększeniu finansowania oraz - w mniejszym stopniu - na pozyskiwaniu nowych świadczeniodawców (poprzez podpisywanie nowych umów). Analiza danych dotyczących średniego czasu oczekiwania, liczby osób oczekujących oraz wysokości środków finansowych przeznaczonych na opisane wyżej świadczenia wskazuje, że w przypadku zaćmy działania podejmowane przez Oddział przyniosły skutek w postaci skrócenia czasu oczekiwania i zmniejszenia liczby oczekujących. W przypadku pozostałych świadczeń – witrektomii i endoprotezoplastyki, podejmowane przez Oddział działania nie przełożyły się na spadek liczby osób oczekujących i skrócenie średniego czasu oczekiwania, mimo wzrostu liczby i wartości wykonanych świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 9-23, 192-194)

2.3.1. Liczba punktów (pkt) i wartość zakontraktowanych w 2014 r. świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne, w niżej wymienionych zakresach, była następująca:

- okulistyka – hospitalizacja B18, B19 (kod 03.4600.130.02) – 384.336 pkt, 19.987.032 zł,
- okulistyka – hospitalizacja planowa B18, B19 (kod 03.4600.131.02) – 58.760 pkt, 3.055.520 zł,
- okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19 (kod 03.4600.132.02) – 106.949 pkt, 5.561.348 zł,
- okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia (kod 03.4600.032.02) – 19.630 pkt, 1.020.760 zł,
- okulistyka – hospitalizacja (kod 03.4600.030.02) – 206.608 pkt, 10.743.616 zł,
- okulistyka – hospitalizacja planowa (kod 03.4600.031.02) – 10.771 pkt, 560.092 zł,
- ortopedia i traumatologia narządów ruchu – hospitalizacja (kod 03.4580.030.02) – 2.192.465 pkt, 113.987.222 zł,
- ortopedia i traumatologia narządów ruchu – hospitalizacja planowa (kod 03.4580.031.02) – 10.280 pkt, 534.560 zł.

Razem w ww. zakresach zakontraktowano świadczenia o liczbie 2.989.829 pkt i wartości 155.450.150 zł.

Liczba pkt i wartość zakontraktowanych świadczeń w 2015 r., w rodzaju leczenie szpitalne, w poniższych zakresach, wyniosła:

- okulistyka – hospitalizacja B18, B19 (kod 03.4600.130.02) – 418.669 pkt, 21.770.788 zł,
- okulistyka – hospitalizacja planowa B18, B19 (kod 03.4600.131.02) – 55.870 pkt, 2.905.240 zł,
- okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19 (kod 03.4600.132.02) – 125.037 pkt, 6.501.924 zł,
- okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia (kod 03.4600.032.02) – 19.118 pkt, 994.136 zł,
- okulistyka – hospitalizacja (kod 03.4600.030.02) – 243.823 pkt, 12.678.796 zł,
- okulistyka – hospitalizacja planowa (kod 03.4600.031.02) – 9.514 pkt, 494.728 zł,
- ortopedia i traumatologia narządów ruchu – hospitalizacja (kod 03.4580.030.02) – 2.384.914 pkt, 123.991.662 zł,
- ortopedia i traumatologia narządów ruchu – hospitalizacja planowa (kod 03.4580.031.02) – 9.609 pkt, 499.668 zł.

Ponadto, w 2015 r. zakontraktowano świadczenie o kodzie 03.4580.930.02 – 29.849 pkt i wartości 1.552.148 zł, które w 2014 r. rozliczane było w zakresie świadczenia o kodzie 03.4580.030.02.

Razem w ww. zakresach zakontraktowano świadczenia o liczbie 3.296.403 pkt i wartości 171.389.090 zł.

Liczba pkt i wartość zakontraktowanych świadczeń w 2016 r., w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresach wymienionych niżej, wyniosła:

- okulistyka – hospitalizacja B18, B19 (kod 03.4600.130.02) – 418.079 pkt, 21.740.108 zł,
- okulistyka – hospitalizacja planowa B18, B19 (kod 03.4600.131.02) – 54.401 pkt, 2.828.852 zł,
- okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19 (kod 03.4600.132.02) – 127.904 pkt, 6.651.008 zł,
- okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia (kod 03.4600.032.02) – 20.611 pkt, 1.071.772 zł,
- okulistyka – hospitalizacja (kod 03.4600.030.02) – 150.388 pkt, 7.820.176 zł,
- okulistyka – hospitalizacja planowa (kod 03.4600.031.02) – 7.406 pkt, 385.112 zł,
- ortopedia i traumatologia narządów ruchu – hospitalizacja (kod 03.4580.030.02) – 2.188.733 pkt, 113.787.000 zł,
- ortopedia i traumatologia narządów ruchu – hospitalizacja planowa (kod 03.4580.031.02) – 10.116 pkt, 526.032 zł.

Ponadto, w 2016 r. zakontraktowano świadczenie o kodzie 03.4580.930.02 – 31.697 pkt i wartości 1.648.244 zł, które w 2014 r. rozliczane było w zakresie świadczenia o kodzie 03.4580.030.02, a także świadczenie o kodzie 03.4600.930.02 – 72 pkt i wartości 3.744 zł, które w 2014 r. rozliczano w ramach świadczenia o kodzie 03.4600.030.02.

Razem w ww. zakresach zakontraktowano świadczenia o liczbie 3.009.407 pkt i wartości 156.462.048 zł.

(dowód: akta kontroli str. 195)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w badanym obszarze nie stwierdzono nieprawidłowości.

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia, że wdrożenie dyrektywy 2011/24/UE nie wpłynęło w istotny sposób na proces planowania zakupu świadczeń i sporządzania planu finansowego przez Oddział. Efektem wielu zmian umów zawartych z podmiotami udzielającymi świadczeń z zakresu zaćmy, witrektomii oraz endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego był wzrost wydatków na te cele oraz wzrost liczby zakontraktowanych świadczeń.

4. Realizacja umów o udzielanie świadczeń.

Opis stanu
faktycznego

2.3.2. W latach 2014 – 2016 zrealizowano następującą liczbę i wartość świadczeń, w rodzaju leczenie szpitalne, w niżej wymienionych zakresach świadczeń, z uwzględnieniem podziału na kody świadczeń jednostkowych (odpowiednio: liczba świadczeń; ich wartość):

- 2014 r.:
- kod 03.4600.130.02: kod jednostkowy 5.51.01.0002018 – 3.415; 8.959.132 zł, kod jednostkowy 5.51.01.0002019 – 4.714; 11.030.760 zł,
- kod 03.4600.131.02: kod jednostkowy 5.51.01.0002018 – 680; 1.798.940 zł, kod jednostkowy 5.51.01.0002019 – 537; 1.265.580 zł,

- kod 03.4600.132.02: kod jednostkowy 5.51.01.0002018 – 722; 1.839.656 zł, kod jednostkowy 5.51.01.0002019 – 1.607; 3.760.380 zł,
- kod 03.4600.030.02: kod jednostkowy 5.51.01.0002016 – 143; 1.211.236 zł, kod jednostkowy 5.51.01.0002017 – 257; 1.851.304 zł,
- kod 03.4600.031.02: kod jednostkowy 5.51.01.0002016 – 3; 22.932 zł, kod jednostkowy 5.51.01.0002017 – 15; 99.008 zł,
- kod 03.4600.032.02: kod jednostkowy 5.51.01.0002016 – 24; 183.456 zł, kod jednostkowy 5.51.01.0002017 – 120; 786.240 zł,
- kod 03.4580.030.02: kod jednostkowy 5.51.01.0008002 – 61; 320.372 zł, kod jednostkowy 5.51.01.0008004 – 368; 3.180.481,2 zł, kod jednostkowy 5.51.01.0008005 – 1.525; 18.631.909,92 zł, kod jednostkowy 5.51.01.0008006 – 785; 15.645.916 zł,
- kod 03.4580.031.02: kod jednostkowy 5.51.01.0008002 – nie realizowano świadczeń, kod jednostkowy 5.51.01.0008004 – 2; 15.496 zł, kod jednostkowy 5.51.01.0008005 – 2; 21.944 zł, kod jednostkowy 5.51.01.0008006 – 1; 17.940 zł;
- 2015 r.:
- kod 03.4600.130.02: kod jednostkowy 5.51.01.0002018 – 4.024; 10.484.968 zł, kod jednostkowy 5.51.01.0002019 – 4.823; 11.285.820 zł,
- kod 03.4600.131.02: kod jednostkowy 5.51.01.0002018 – 724; 1.877.980 zł, kod jednostkowy 5.51.01.0002019 – 439; 1.027.260 zł,
- kod 03.4600.132.02: kod jednostkowy 5.51.01.0002018 – 738; 1.880.424 zł, kod jednostkowy 5.51.01.0002019 – 1.975; 4.621.500 zł,
- kod 03.4600.030.02: kod jednostkowy 5.51.01.0002016 – 165; 1.393.548 zł, kod jednostkowy 5.51.01.0002017 – 331; 2.365.272 zł,
- kod 03.4600.031.02: kod jednostkowy 5.51.01.0002016 – nie realizowano świadczeń, kod jednostkowy 5.51.01.0002017 – 5; 32.760 zł,
- kod 03.4600.032.02: kod jednostkowy 5.51.01.0002016 – 26; 198.744 zł, kod jednostkowy 5.51.01.0002017 – 110; 720.720 zł,
- kod 03.4580.030.02: kod jednostkowy 5.51.01.0008002 – 28; 147.056 zł, kod jednostkowy 5.51.01.0008004 – 498; 4.279.657,2 zł, kod jednostkowy 5.51.01.0008005 – 1.776; 21.651.920,16 zł, kod jednostkowy 5.51.01.0008006 – 1.073; 21.377.356 zł,
- kod 03.4580.031.02: kod jednostkowy 5.51.01.0008002 – nie realizowano świadczeń, kod jednostkowy 5.51.01.0008004 – 1; 7.748 zł, kod jednostkowy 5.51.01.0008005 – 3; 32.916 zł, kod jednostkowy 5.51.01.0008006 – nie realizowano świadczeń;
- 2016 r.:
- kod 03.4600.130.02: kod jednostkowy 5.51.01.0002018 – 3.656; 9.099.688 zł, kod jednostkowy 5.51.01.0002019 – 4.623; 10.337.028 zł,
- kod 03.4600.131.02: kod jednostkowy 5.51.01.0002018 – 658; 1.631.864 zł, kod jednostkowy 5.51.01.0002019 – 342; 764.712 zł,
- kod 03.4600.132.02: kod jednostkowy 5.51.01.0002018 – 668; 1.632.592 zł, kod jednostkowy 5.51.01.0002019 – 1.835; 4.103.060 zł,
- kod 03.4600.030.02: kod jednostkowy 5.51.01.0002016 – 194; 1.631.032 zł, kod jednostkowy 5.51.01.0002017 – 334; 2.383.472 zł,
- kod 03.4600.031.02: kod jednostkowy 5.51.01.0002016 – nie realizowano świadczeń, kod jednostkowy 5.51.01.0002017 – 5; 33.852 zł,
- kod 03.4600.032.02: kod jednostkowy 5.51.01.0002016 – 22; 168.168 zł, kod jednostkowy 5.51.01.0002017 – 121; 792.792 zł,
- kod 03.4580.030.02: kod jednostkowy 5.51.01.0008002 – 9; 47.268 zł, kod jednostkowy 5.51.01.0008004 – 348; 3.014.949,6 zł, kod jednostkowy 5.51.01.0008005 – 1.420; 17.307.008,16 zł, kod jednostkowy 5.51.01.0008006 – 987; 19.689.786,48 zł,

- kod 03.4580.031.02: kod jednostkowy 5.51.01.0008002 – nie realizowano świadczeń, kod jednostkowy 5.51.01.0008004 – 1; 7.748 zł, kod jednostkowy 5.51.01.0008005 – 1; 10.972 zł, kod jednostkowy 5.51.01.0008006 – nie realizowano świadczeń;

(dowód: akta kontroli str. 192-193)

Dane dotyczące liczby i wartości wybranych świadczeń z zakresu okulistyki oraz ortopedii i traumatologii narządów ruchu, sfinansowanych przez Oddział, które następnie były przedmiotem rozliczeń z innymi oddziałami NFZ, były następujące (odpowiednio: liczba świadczeń; ich wartość):

- 2014 r.:

- okulistyka – hospitalizacja B18, B19 (kod 03.4600.130.02) – 358; 895.024 zł,
- okulistyka – hospitalizacja planowa B18, B19 (kod 03.4600.131.02) – 80; 198.900 zł,
- okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19 (kod 03.4600.132.02) – 67; 161.148 zł,
- okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia (kod 03.4600.032.02) – 32; 214.032 zł,
- okulistyka – hospitalizacja (kod 03.4600.030.02) – 38; 277.628 zł,
- okulistyka – hospitalizacja planowa (kod 03.4600.031.02) – 16; 108.108 zł,
- ortopedia i traumatologia narządów ruchu – hospitalizacja (kod 03.4580.030.02) – 202; 2.821.728 zł,
- ortopedia i traumatologia narządów ruchu – hospitalizacja planowa (kod 03.4580.031.02) – nie wykonywano świadczeń.

Razem w ww. zakresach rozliczono 793 świadczenia wartości 4.676.568 zł.

- 2015 r.:

- okulistyka – hospitalizacja B18, B19 (kod 03.4600.130.02) – 410; 1.025.024 zł,
- okulistyka – hospitalizacja planowa B18, B19 (kod 03.4600.131.02) – 65; 162.604 zł,
- okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19 (kod 03.4600.132.02) – 171; 407.628 zł,
- okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia (kod 03.4600.032.02) – 33; 221.676 zł,
- okulistyka – hospitalizacja (kod 03.4600.030.02) – 29; 221.156 zł,
- okulistyka – hospitalizacja planowa (kod 03.4600.031.02) – 1; 6.552 zł,
- ortopedia i traumatologia narządów ruchu – hospitalizacja (kod 03.4580.030.02) – 302; 4.201.132 zł,
- ortopedia i traumatologia narządów ruchu – hospitalizacja planowa (kod 03.4580.031.02) – nie rozliczano świadczeń.

Razem w ww. zakresach rozliczono 1.011 świadczeń o wartości 6.245.772 zł.

- 2016 r.:

- okulistyka – hospitalizacja B18, B19 (kod 03.4600.130.02) – 842; 2.005.224 zł,
- okulistyka – hospitalizacja planowa B18, B19 (kod 03.4600.131.02) – 110; 262.912 zł,
- okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19 (kod 03.4600.132.02) – 221; 503.308 zł,
- okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia (kod 03.4600.032.02) – 23; 153.972 zł,
- okulistyka – hospitalizacja (kod 03.4600.030.02) – 26; 192.868 zł,
- okulistyka – hospitalizacja planowa (kod 03.4600.031.02) – 1; 6.552 zł,
- ortopedia i traumatologia narządów ruchu – hospitalizacja (kod 03.4580.030.02) – 208; 2.624.856 zł,
- ortopedia i traumatologia narządów ruchu – hospitalizacja planowa (kod 03.4580.031.02) – nie rozliczano świadczeń.

Razem w ww. zakresach rozliczono 1.431 świadczeń o wartości 5.749.692 zł.

(dowód: akta kontroli str. 196-187)

Wielkości w zakresie liczby i wartości wybranych świadczeń z zakresu okulistyki oraz ortopedii i traumatologii narządów ruchu, sfinansowane przez inne oddziały NFZ, które następnie były przedmiotem rozliczeń, były następujące (odpowiednio: liczba świadczeń; ich wartość):

- 2014 r.:

- okulistyka – hospitalizacja B18, B19 (kod 03.4600.130.02) – 316; 797.833 zł,
- okulistyka – hospitalizacja planowa B18, B19 (kod 03.4600.131.02) – 439; 959.976,8 zł,
- okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19 (kod 03.4600.132.02) – 246; 537.233,62 zł,
- okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia (kod 03.4600.032.02) – 11; 67.951,8 zł,
- okulistyka – hospitalizacja (kod 03.4600.030.02) – 227; 1.785.348 zł,
- okulistyka – hospitalizacja planowa (kod 03.4600.031.02) – 44; 298.300,8 zł,
- ortopedia i traumatologia narządów ruchu – hospitalizacja (kod 03.4580.030.02) – 247; 3.703.155,55 zł,
- ortopedia i traumatologia narządów ruchu – hospitalizacja planowa (kod 03.4580.031.02) – 8; 119.026,8 zł.

Razem w ww. zakresach rozliczono 1.538 świadczeń o wartości 8.268.826,37 zł.

- 2015 r.:

- okulistyka – hospitalizacja B18, B19 (kod 03.4600.130.02) – 223; 570.080 zł,
- okulistyka – hospitalizacja planowa B18, B19 (kod 03.4600.131.02) – 449; 978.469,3 zł,
- okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19 (kod 03.4600.132.02) – 150; 328.286,6 zł,
- okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia (kod 03.4600.032.02) – 8; 49.809,9 zł,
- okulistyka – hospitalizacja (kod 03.4600.030.02) – 246; 1.939.548 zł,
- okulistyka – hospitalizacja planowa (kod 03.4600.031.02) – 45; 299.439 zł,
- ortopedia i traumatologia narządów ruchu – hospitalizacja (kod 03.4580.030.02) – 276; 4.263.331 zł,
- ortopedia i traumatologia narządów ruchu – hospitalizacja planowa (kod 03.4580.031.02) – 12; 181.402,6 zł.

Razem w ww. zakresach rozliczono 1.409 świadczeń o wartości 8.610.366,4 zł.

- 2016 r.:

- okulistyka – hospitalizacja B18, B19 (kod 03.4600.130.02) – 196; 478.603,7 zł,
- okulistyka – hospitalizacja planowa B18, B19 (kod 03.4600.131.02) – 340; 716.449,6 zł,
- okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19 (kod 03.4600.132.02) – 131; 268.759,7 zł,
- okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia (kod 03.4600.032.02) – 1; 5.896,8 zł,
- okulistyka – hospitalizacja (kod 03.4600.030.02) – 227; 1.656.772 zł,
- okulistyka – hospitalizacja planowa (kod 03.4600.031.02) – 39; 263.378 zł,
- ortopedia i traumatologia narządów ruchu – hospitalizacja (kod 03.4580.030.02) – 230; 3.013.589,55 zł,
- ortopedia i traumatologia narządów ruchu – hospitalizacja planowa (kod 03.4580.031.02) – 9; 116.00,6 zł.

Razem w ww. zakresach rozliczono 1.173 świadczenia o wartości 6.519.449,95 zł.

(dowód: akta kontroli str. 198-199)

2.3.3. Dane dotyczące liczby i wartości zrealizowanych świadczeń w rodzaju AOS, w niżej wymienionych zakresach (udzielonych w związku z rozpoznaniem: H25 – zaćma starcza, H26 – inne postacie zaćmy, H33 – odwarstwienie i przedarcie siatkówki, H35 – inne zaburzenia siatkówki, H43 – zaburzenia ciała szklistego),

a także w zakresach świadczenie zabiegowe w ortopedii i traumatologii narządów ruchu (udzielonych w związku z rozpoznaniem M16 – choroba zwyrodnieniowa stawów biodrowych, M17 – choroba zwyrodnieniowa stawów kolanowych (gonartroza), S72 – złamanie kości udowej):

- 2014 r.

- okulistyka kod 402160000102 (rozpoznanie H25, H26) – 47.578 świadczeń o wartości 2.333.593,4 zł,

- okulistyka zabiegowa kod 402160010102 (H25, H26) – 1.729 świadczeń, 292.698,9 zł,

- okulistyka dla dzieci kod 402160100102 (H25, H26) – 14 świadczeń, 655,7 zł,

- okulistyka kod 402160000102 (H33, H34, H43) – 33.415 świadczeń, 2.157.197,05 zł,

- okulistyka zabiegowa kod 402160010102 (H33, H34, H43) – 1.032 świadczenia, 301.980,9 zł,

- okulistyka dla dzieci kod 402160100102 (H33, H34, H43) – 233 świadczenia, 23.071,95 zł,

- ortopedia i traumatologia narządu ruchu kod 402158010102 (M16, M17, S72) – 9.563 świadczenia, 388.584,7 zł,

- ortopedia i traumatologia narządu ruchu kod 40215800102 (M16, M17, S72) – 50.854 świadczenia, 2.149.269,75 zł;

- 2015 r.:

- okulistyka kod 402160000102 (H25, H26) – 47.164 świadczenia, 2.404.012,15 zł,

- okulistyka zabiegowa kod 402160010102 (H25, H26) – 2.201 świadczeń, 374.056,8 zł,

- okulistyka dla dzieci kod 402160100102 (H25, H26) – 25 świadczeń, 1.161,3 zł,

- okulistyka kod 402160000102 (H33, H34, H43) – 32.153 świadczenia, 2.144.567,2 zł,

- okulistyka zabiegowa kod 402160010102 (H33, H34, H43) – 1.050 świadczeń, 301.746,9 zł,

- okulistyka dla dzieci kod 402160100102 (H33, H34, H43) – 179 świadczeń, 18.342,05 zł,

- ortopedia i traumatologia narządu ruchu kod 402158010102 (M16, M17, S72) – 10.304 świadczenia, 452.785,7 zł,

- ortopedia i traumatologia narządu ruchu kod 40215800102 (M16, M17, S72) – 54.490 świadczeń, 2.295.227,05 zł;

- 2016 r.:

- okulistyka kod 402160000102 (H25, H26) – 40.152 świadczenia, 2.072.697,7 zł,

- okulistyka zabiegowa kod 402160010102 (H25, H26) – 2.292 świadczenia, 381.790,5 zł,

- okulistyka dla dzieci kod 402160100102 (H25, H26) – 17 świadczeń, 1.050,7 zł,

- okulistyka kod 402160000102 (H33, H34, H43) – 26.647 świadczeń, 1.884.207,8 zł,

- okulistyka zabiegowa kod 402160010102 (H33, H34, H43) – 1.005 świadczeń, 291.930,6 zł,

- okulistyka dla dzieci kod 402160100102 (H33, H34, H43) – 178 świadczeń, 18.292,45 zł,

- ortopedia i traumatologia narządu ruchu kod 402158010102 (M16, M17, S72) – 9.736 świadczeń, 432.950,55 zł,

- ortopedia i traumatologia narządu ruchu kod 40215800102 (M16, M17, S72) – 48.542 świadczenia, 2.095.440,45 zł.

(dowód: akta kontroli str. 194)

2.4. Postępowania konkursowe na udzielanie świadczeń w rodzaju SZP z zakresu okulistyki były przeprowadzone przez Oddział w 2011 r. i w 2012 r. Dotyczyły one świadczeń na rok 2012. Zawarte po tych konkursach umowy ze świadczeniodawcami były w następnych latach aneksowane. Ponadto, Oddział przeprowadził dodatkowe postępowania konkursowe – dla nowych świadczeniodawców – na rok 2013 i 2014. Konkursy obejmowały świadczenia w zakresach – Okulistyka: zespół chirurgii jednego dnia, zespół chirurgii jednego dnia B12, B13, B15, hospitalizacja, hospitalizacja B12, B13, B14, B15, hospitalizacja B04, B05, B06. Z porównania danych zawartych w rankingach otwarcia i rankingach końcowych wynika, że świadczeniodawcy biorący udział w postępowaniach przeprowadzonych w 2011 r. (konkurs ofert na 2012 r.) wykazywali potencjał (mierzony liczbą świadczeń w ofercie wyrażoną w jednostkach rozliczeniowych) większy niż w ofercie końcowej po negocjacjach. Np.: Wojewódzki Szpital w Krośnie w ofercie zaproponował w ramach Okulistyki - hospitalizacja, hospitalizacja B12, B13, B14, B15, hospitalizacja B04, B05, B06 – łącznie 210.000 świadczeń, w tym 160.000 z zakresu świadczenia o kodzie 03.4600.130.02 (dot. zaćmy) a po negocjacjach przyjęto 164.184 świadczenia, w tym 119.481 świadczeń dot. zaćmy.

Począwszy od konkursów przeprowadzanych w 2012 r., zmianie uległy zasady ich przeprowadzania, w wyniku czego liczba świadczeń w ofercie złożonej przez świadczeniodawców była równa liczbie świadczeń po negocjacjach, zatem nie można stwierdzić, czy potencjał ten był wyższy niż zakontraktowany. Np.: NZOZ OKULISTYKA w Mielcu w ofercie zaproponował w ramach Okulistyki: zespół chirurgii jednego dnia, zespół chirurgii jednego dnia B12, B13, B15 – łącznie 23.395 świadczeń, w tym 23.384 świadczenia o kodzie 03.4600.132.02 (dot. zaćmy). Liczba świadczeń zakontraktowanych była taka sama.

Potencjał poszczególnych świadczeniodawców z zakresu okulistyki był uwzględniany poprzez zmiany uprzednio zawartych umów. Np. w przypadku NZOZ GOMED Sp. z o.o. w Lubaczowie zakontraktowany na 2012 r. potencjał wynoszący 19.053 świadczenia (w tym 18.533 świadczenia dot. zaćmy), został zwiększony w wyniku aneksów do umowy i na 2014 r. wynosił 21.274 świadczenia. Faktycznie zrealizowany kontrakt obejmował 21.191 świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 200-240)

Postępowania konkursowe na udzielanie świadczeń w rodzaju SZP z zakresu ortopedii i traumatologii narządów ruchu były przeprowadzone przez Oddział na rok 2012. Obejmowały one zakresy – Ortopedia i traumatologia narządów ruchu – zespół chirurgii jednego dnia, hospitalizacja planowa – hospitalizacja planowa H01, H02, H04, H05 i H06, hospitalizacja – hospitalizacja planowa H01, H02, H04, H05, H06, H07, H08, H09, H10, H11. Z porównania danych zawartych w rankingach otwarcia i w rankingach końcowych wynika, że świadczeniodawcy biorący udział w postępowaniach przeprowadzonych w 2011 r. (konkurs ofert na 2012 r.) wykazywali potencjał większy niż w ofercie końcowej po negocjacjach. Np.: SP ZOZ w Nisku w ofercie w ramach Ortopedii i traumatologii narządów ruchu - hospitalizacja – hospitalizacja planowa H01, H02, H04, H05, H06, H07, H08, H09, H10, H11 - zaproponował łącznie 54.048 świadczeń, w tym 4.500 z zakresu świadczenia o kodzie 03.4580.130.02, a po negocjacjach przyjęto 39.474 świadczenia, w tym 2.637 świadczeń o kodzie 03.4580.130.02.

Potencjał poszczególnych świadczeniodawców z zakresu ortopedii był uwzględniany poprzez zmiany uprzednio zawartych umów. Np. w przypadku SPZOZ w Ustrzykach Dolnych kontrakt na 2012 r. obejmujący 8.487 świadczeń, w tym 240 z zakresu świadczenia o kodzie 03.4580.130.02, został zwiększony w wyniku aneksów do umowy i na 2014 r. wynosił 10.280 świadczeń. Faktycznie zrealizowany kontrakt obejmował 10.385 świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 200-228, 241-251)

Konkursy ofert w rodzaju AOS w zakresie okulistyki na rok 2011 były przeprowadzane przez Oddział pod koniec 2010 r., przy czym zakres świadczeń nie wyodrębniał poszczególnych kodów jednostkowych świadczeń. Z porównania danych zawartych w rankingach otwarcia i w rankingach końcowych wynika, że świadczeniodawcy biorący udział w postępowaniach przeprowadzonych w 2010 r. (konkurs ofert na 2011 r.) wykazywali potencjał większy niż w ofercie końcowej po negocjacjach. Np. NZOZ KRAK-MED w Kolbuszowej w swojej ofercie zaproponował łącznie 19.500 świadczeń, zaś w wyniku negocjacji przyjęto 13.200 świadczeń.

Począwszy od konkursów przeprowadzanych na 2012 r., w wyniku zmian zasad prowadzenia konkursów, liczba świadczeń w ofercie złożonej przez świadczeniodawców była równa liczbie świadczeń po negocjacjach, co powoduje, że nie można stwierdzić, czy potencjał ten był wyższy niż zakontraktowany. Np.: SPZOO MSWiA w Rzeszowie w ofercie dotyczącej świadczeń z zakresu okulistyki zaproponował łącznie 15.208 świadczeń i taka liczba świadczeń została zakontraktowana. Konkursy przeprowadzane w następnych latach dotyczyły nowych świadczeniodawców.

Potencjał poszczególnych świadczeniodawców z zakresu okulistyki był uwzględniany poprzez zmiany uprzednio zawartych umów. Np. w przypadku SPZOO Powiatowy Szpital Specjalistyczny w Stalowej Woli Dolnych kontrakt na 2012 r. obejmujący 11.650 świadczeń, został zwiększony w wyniku aneksów do umowy i na 2014 r. wynosił 20.980 świadczeń. Faktycznie zrealizowany kontrakt obejmował 20.990 świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 200-240)

Konkursy ofert w rodzaju AOS w zakresie ortopedii i traumatologii narządów ruchu na rok 2011 były przeprowadzane przez Oddział pod koniec 2010 r., przy czym zakres świadczeń nie wyodrębniał poszczególnych kodów jednostkowych świadczeń. Z porównania danych zawartych w rankingach otwarcia z danymi z rankingów końcowych wynika, że świadczeniodawcy biorący udział w postępowaniach przeprowadzonych w 2010 r. (konkurs ofert na 2011 r.) wykazywali potencjał większy niż w ofercie końcowej po negocjacjach. Np. NZOZ ARTROMED w Przemyślu w swojej ofercie zaproponował łącznie 30.000 świadczeń, zaś w wyniku negocjacji przyjęto 14.000 świadczeń.

Począwszy od konkursów przeprowadzanych na 2012 r., zmieniono zasady prowadzenia konkursów, w wyniku czego liczba świadczeń w ofercie złożonej przez świadczeniodawców była równa liczbie świadczeń po negocjacjach, co uniemożliwia stwierdzenia, czy potencjał ten był wyższy od zakontraktowanego. Np.: Szpital Specjalistyczny w Jaśle w ofercie dotyczącej świadczeń z zakresu ortopedii zaproponował łącznie 50.278 świadczeń i taka liczba świadczeń została zakontraktowana. Konkursy przeprowadzane w następnych latach dotyczyły nowych świadczeniodawców.

Potencjał poszczególnych świadczeniodawców z zakresu ortopedii był uwzględniany poprzez zmiany uprzednio zawartych umów. Np. w przypadku COM w Jarosławiu kontrakt na 2012 r. obejmujący 20.000 świadczeń, został zwiększony w wyniku aneksów do umowy i na 2014 r. wynosił 36.646 świadczeń. Faktycznie zrealizowany kontrakt obejmował 36.646 świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 200-228, 241-251)

2.5. Oddział monitorował poziom realizacji zakontraktowanych świadczeń. Zadanie to jest przypisane do realizacji wielu komórkom organizacyjnym – np. wydziałom: Ekonomiczno-Finansowemu, Świadczeń Opieki Zdrowotnej, Gospodarki Lekami.

Realizując to zadanie poszczególne komórki sporządzają m.in. stosowne raporty na koniec okresów rozliczeniowych, które przekazywane są zarówno dyrekcji Oddziału jak i kierownikom poszczególnych komórek. Ponadto w ramach monitoringu sporządzane są różnorodne doraźne zestawienia, np. na potrzeby Centrali NFZ lub dyrekcji Oddziału. W przypadkach stwierdzenia, że określone w umowach limity nie są wykorzystane, okresowo – kwartalnie lub półrocznie – sporządzane są propozycje przesunięć niewykorzystanych środków na rzecz świadczeń zrealizowanych ponad limit umowy. Zmiany są wprowadzane do umów w drodze aneksów, na podstawie § 43 ogólnych warunków umów, których treść określono w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej¹³. W okresie objętym kontrolą przesunięcia niewykorzystanych środków dotyczyły wszystkich zakresów świadczeń, w tym także okulistyki oraz ortopedii i traumatologii narządów ruchu, realizowanych w rodzaju AOS i SZP. Analizując poziom realizacji umów uwzględniano, że rozliczanie ma charakter narastający, że wpływa na nie sezonowość niektórych świadczeń (np. urazowość w okresie zimowym w ortopedii), że występują przerwy w realizacji spowodowane zmianami kadrowymi.

(dowód: akta kontroli str. 252-258)

W trakcie 2014 r. zmieniła się wartość 404 umów zawartych ze świadczeniodawcami, w rodzaju AOS i SZP, z tego: 182 umów zmniejszyło wartość łącznie o 6.280.552,18 zł, 222 umowy zwiększyły wartość na kwotę 119.581.718,88 zł. Dane dotyczące zmian w zawartych umowach, w wybranych świadczeniach z rodzaju AOS i SZP, z zakresu okulistyki oraz ortopedii i traumatologii narządów ruchu, były następujące:

- AOS – świadczenia w zakresie okulistyki – 30 umów zmniejszyło wartość o 768.368,4 zł, 73 umowy zwiększyło wartość o 1.498.647,8 zł,
- AOS – świadczenia zabiegowe w okulistyce – zakres skojarzony z 02.1600.001.02 – 87 umów zmniejszyło wartość o 1.097.374 zł, 16 umów zwiększyło wartość o 182.629,2 zł,
- SZP – okulistyka – hospitalizacja B18, B19 – 2 umowy zmniejszyły wartość o 674.544 zł, 3 umowy zwiększyły wartość o 880.828 zł,
- SZP – okulistyka – hospitalizacja planowa B18, B19 – 3 umowy zmniejszyły wartość o 147.576 zł,
- SZP – okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19 – 1 umowa zmniejszyła wartość o 1.248 zł, 4 umowy zwiększyły wartość o 166.712 zł,
- SZP – okulistyka – hospitalizacja – 2 umowy zmniejszyły wartość o 81.588 zł, 3 umowy zwiększyły wartość o 1.154.036 zł,
- SZP – okulistyka – hospitalizacja planowa – 3 umowy zmniejszyły wartość o 289.284 zł,
- SZP – ortopedia i traumatologia narządów ruchu – hospitalizacja – 4 umowy zmniejszyły wartość o 398.944 zł, 18 umów zwiększyło wartość o 5.629.138 zł,
- SZP – ortopedia i traumatologia narządów ruchu – hospitalizacja planowa – 1 umowa zwiększyła wartość o 125.996 zł.

W trakcie 2015 r. zmieniła się wartość 393 umów zawartych ze świadczeniodawcami, w rodzaju AOS i SZP, z tego: 150 umów zmniejszyło wartość łącznie o 7.604.457,4 zł, 243 umowy zwiększyły wartość łącznie o 186.453.737,49 zł. Dane dotyczące zmian w zawartych umowach, w wybranych świadczeniach w rodzaju AOS i SZP, z zakresu okulistyki oraz ortopedii i traumatologii narządów ruchu, były następujące:

¹³ Dz. U. z 2016 r., poz. 1146

- AOS – świadczenia w zakresie okulistyki – 40 umów zmniejszyło wartość o 879.523,7 zł, 58 umów zwiększyło wartość o 1.105.011,9 zł,
- AOS – świadczenia zabiegowe w okulistyce – zakres skojarzony z 02.1600.001.02 – 84 umowy zmniejszyło wartość o 1.173.517,4 zł, 14 umów zwiększyło wartość o 220.514,4 zł,
- SZP – okulistyka – hospitalizacja B18, B19 – 5 umów zwiększyło wartość o 2.098.668 zł,
- SZP – okulistyka – hospitalizacja planowa B18, B19 – 3 umowy zwiększyły wartość o 62.556 zł,
- SZP – okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19 – 6 umów zwiększyło wartość o 386.984 zł,
- SZP – okulistyka – hospitalizacja – 5 umów zwiększyło wartość o 2.726.984 zł,
- SZP – okulistyka – hospitalizacja planowa – 2 umowy zmniejszyły wartość o 91.780 zł, 1 umowa zwiększyła wartość o 260 zł,
- SZP – ortopedia i traumatologia narządów ruchu – hospitalizacja – 22 umowy zwiększyły wartość o 17.218.436 zł,
- SZP – ortopedia i traumatologia narządów ruchu – hospitalizacja planowa – 1 umowa zwiększyła wartość o 49.712 zł.

W trakcie 2016 r. (do końca października) zmieniła się wartość 393 umów zawartych ze świadczeniodawcami, w rodzaju AOS i SZP, z tego: 3 umowy zmniejszyły wartość łącznie o 7.269.075,8 zł, 390 umów zwiększyło wartość łącznie o 801.588.119,88 zł. Dane dotyczące zmian w zawartych umowach, w wybranych świadczeniach w rodzaju AOS i SZP, z zakresu okulistyki oraz ortopedii i traumatologii narządów ruchu, były następujące:

- AOS – świadczenia w zakresie okulistyki – 3 umowy zmniejszyły wartość o 69.544,8 zł, 94 umowy zwiększyły wartość o 10.195.866,8 zł,
- AOS – świadczenia zabiegowe w okulistyce – zakres skojarzony z 02.1600.001.02 – 28 umów zmniejszyło wartość o 87.517,3 zł, 69 umów zwiększyło wartość o 1.511.834,2 zł,
- SZP – okulistyka – hospitalizacja B18, B19 – 5 umów zwiększyło wartość o 11.690.796 zł,
- SZP – okulistyka – hospitalizacja planowa B18, B19 – 3 umowy zwiększyły wartość o 1.398.124 zł,
- SZP – okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19 – 6 umów zwiększyło wartość o 3.347.916 zł,
- SZP – okulistyka – hospitalizacja – 1 umowa zmniejszyła wartość o 113.776 zł, 4 umowy zwiększyły wartość o 2.472.964 zł,
- SZP – okulistyka – hospitalizacja planowa – 3 umowy zwiększyły wartość o 176.072 zł,
- SZP – ortopedia i traumatologia narządów ruchu – hospitalizacja – 2 umowy zmniejszyły wartość o 929.188 zł, 21 umów zwiększyło wartość o 57.778.238 zł,
- SZP – ortopedia i traumatologia narządów ruchu – hospitalizacja planowa – 1 umowa zwiększyła wartość o 292.344 zł.

(dowód: akta kontroli str. 229-251, 455-456)

W przypadku leczenia szpitalnego – w zakresie Ortopedii i traumatologii narządów ruchu – hospitalizacji, wystąpiły przypadki świadczeniodawców, którzy do końca października 2016 r. zrealizowali świadczenia o relatywnie niewielkiej wartości w stosunku do wysokości środków zapisanych w umowie na 2016 r. i do końca 2016 r. prawdopodobnie nie będą w stanie wykorzystać pozostałej sumy wynikającej z kontraktu (np.: Szpital Wojewódzki OLK w Przemyślu, który wykorzystał 23,23% wartości świadczeń zakontraktowanych na 2016 r., Wojewódzki Szpital w Przemyślu, który wykorzystał 79,24% wartości świadczeń zakontraktowanych na 2016 r.). Równocześnie wystąpiły przypadki

świadczeniodawców, którzy w tym samym okresie zrealizowali świadczenia o wartości znacznie przekraczającej wartość środków zakontraktowanych na 2016 r. (np. Szpital Specjalistyczny Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny w Brzozowie, który zrealizował świadczenia o wartości 133,94% kontraktu na 2016 r., Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu, który zrealizował świadczenia o wartości 130,02% kontraktu na 2016 r., SP ZOZ w Lubaczowie, który zrealizował świadczenia o wartości 115,1% kontraktu na 2016 r.).

Podobne przypadki dotyczyły AOS - świadczenia w zakresie okulistyki. Niektórzy świadczeniodawcy do końca października 2016 r. zrealizowali świadczenia o relatywnie niewielkiej wartości w stosunku do wysokości środków zapisanych w umowie na 2016 r. i do końca 2016 r. prawdopodobnie nie będą w stanie wykorzystać pozostałej sumy wynikającej z kontraktu (np. SP GZOZ w Rymanowie, który wykorzystał 23,04% wartości świadczeń zakontraktowanych na 2016 r., ZOZ w Dębicy, który wykorzystał 39,9 tys. zł, tj. 43,59% wartości świadczeń zakontraktowanych na 2016 r.). Równocześnie wystąpiły przypadki świadczeniodawców, którzy w tym samym okresie zrealizowali świadczenia o wartości znacznie przekraczającej wartość środków zakontraktowanych na 2016 r. (np. Wojewódzki Szpital w Tarnobrzegu, który zrealizował świadczenia o wartości 166,57% wartości kontraktu na 2016 r., Rzeszowskie Centrum Medyczne Jakubiec-Blajer Ewa, które zrealizowało świadczenia o wartości 134,09% wartości kontraktu na 2016 r., ZOZ Nr 2 w Rzeszowie, który zrealizował świadczenia o wartości 121,87% wartości kontraktu na 2016 r.).

Z wyjaśnień złożonych przez Dyrektora Oddziału wynika, m.in., że wszystkie ww. przypadki zostały objęte analizą. Niski poziom realizacji umowy przez Szpital Wojewódzki OLK w Przemyślu był wynikiem zmian organizacyjnych (likwidacja oddziału ortopedii), zwiększenie poziomu finansowania świadczeń w Szpitalu w Brzozowie, COM w Jarosławiu oraz SPZOZ w Lubaczowie zostało dokonane w związku ze zmianą planu finansowego, niski poziom realizacji niektórych umów w rodzaju AOS w zakresie okulistyki uległ poprawie, zaś w przypadkach, w których było znaczne przekroczenie limitów sporządzono aneksy zwiększające wartość umów. Według wyjaśnień niewykorzystane środki przeznaczane były na zwiększenie limitów w tych zakresach świadczeń, w których występowała wyższa realizacja. W pierwszej kolejności zwiększono finansowanie świadczeń w tym samym zakresie, np. przy braku realizacji porad pierwszorazowych, zabiegowych czy w ramach diagnostyki onkologicznej (rozliczanych w tzw. zakresie skojarzonym) w poradniach okulistycznych i ortopedycznych proponowano przesunięcie środków na zakres podstawowy u tego samego świadczeniodawcy. Miało to związek z wytycznymi centrali NFZ, przy czym realizacja świadczeń w zakresach skojarzonych odbiegała w kolejnych latach od założonego poziomu, zatem konieczne było przesunięcie środków. Mimo przypadków zmniejszenia pierwotnie planowanych środków na niektóre świadczenia nie wystąpiły przypadki ograniczenia dostępności do świadczeń, a liczba zrealizowanych i zweryfikowanych świadczeń uległa zwiększeniu. Zgodnie z obowiązującymi przepisami Oddział może swobodnie dysponować środkami i zwiększać finansowanie świadczeń tylko w przypadku zmian w planie finansowym. NFZ nie może dokonać jednostronnie zmiany warunków umów, świadczeniodawcy muszą na to wyrazić zgodę, a dodatkowo mogą wnioskować o przesunięcie środków pomiędzy rodzajami i zakresami świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 229-258)

2.6. Oddział dokonywał oceny potrzeb w zakresie środków niezbędnych na zaspokojenie potrzeb oczekujących na wykonanie zabiegu usunięcia zaćmy. W dniu 22 maja 2014 r. opracowano analizę obejmującą leczenie zaćmy w okresie: styczeń

– kwiecień 2014 r. w porównaniu do analogicznego okresu 2013 r. W analizie tej podano szczegółowe dane w zakresie: ilości i wartości zrealizowanych świadczeń przez poszczególnych świadczeniodawców, średniego rzeczywistego i planowanego czasu oczekiwania, liczby oczekujących, średnich wartości hospitalizacji, wartości zrealizowanych umów w okulistyce, w tym w zakresie leczenia zaćmy oraz odrębnie w ramach okulistyki bez uwzględniania zaćmy, realizacji ilości i wartości świadczeń w oddziałach okulistycznych bez zaćmy z podziałem szczegółowym uwzględniającym produkty jednostkowe. W dniu 25 lipca 2016 r., w związku z zapowiadaną zmianą planu finansowego na 2016 r. (dokonaną na podstawie Zarządzenia Prezesa NFZ nr 83/2016/DEF z dnia 3 sierpnia 2016 r.) sporządzono analizę realizacji świadczeń operacyjnego leczenia zaćmy i endoprotezoplastyki całkowitej pierwotnej. W analizie tej uwzględniono m.in. szczegółowe informacje, z podziałem uwzględniającym poszczególnych świadczeniodawców, o wartości i liczbie wykonanych świadczeń dotyczących usunięcia zaćmy, wartości nadwykonań lub niewykonań za okres: styczeń – czerwiec 2016 r., szacowanych nadwykonań lub niewykonań za okres: lipiec – grudzień 2016 r. i całego 2016 r., szacowanej liczby nadwykonań, które nie zostaną zapłacone w 2016 r., liczby osób oczekujących (pilne i stabilne) oraz minimalnej kwoty zwiększeń obejmującej tryby pilne i maksymalnej kwoty zwiększeń obejmującej tryby pilne i nadwykonania. Minimalna kwota niezbędnych zwiększeń wyliczona przez Oddział dla wszystkich świadczeniodawców objętych analizą wynosiła łącznie 1.148.263 zł, zaś maksymalna kwota zwiększeń – 3.926.436 zł.

(dowód: akta kontroli str. 259-272)

Szacunkowa kwota, jaka byłaby niezbędna, aby osobom oczekującym na usunięcie zaćmy udzielić takich świadczeń, wyliczona jako iloczyn liczby osób oczekujących oraz przeciętnej ceny tego świadczenia, stosowanej w rozliczeniach Oddziału ze świadczeniodawcami, w rodzaju SZP, wynosiłaby według stanu na czerwiec:

- 2014 r. – 64.065.001 zł, w tym:
 - dla przypadków pilnych – 8.480.021 zł (3.457 osób x 2.453 zł [przeciętna cena zabiegu w 2014 r.]),
 - dla przypadków stabilnych – 55.584.980 zł (22.660 osób x 2.453 zł);
- 2015 r. – 62.761.650 zł, w tym:
 - dla przypadków pilnych – 5.392.450 zł (2.201 osób x 2.450 zł [przeciętna cena zabiegu w 2015 r.]),
 - dla przypadków stabilnych – 57.369.200 zł (23.416 osób x 2.450 zł);
- 2016 r. – 56.358.900 zł, w tym:
 - dla przypadków pilnych – 3.844.620 zł (1.643 osoby x 2.340 zł [przeciętna cena zabiegu w 2016 r.]),
 - dla przypadków stabilnych – 52.514.280 zł (22.442 osób x 2.340 zł).

(dowód: akta kontroli str. 20-22, 192-193, 273-274)

Szacunkowa kwota, jaka byłaby niezbędna, aby osobom oczekującym na usunięcie zaćmy udzielić takich świadczeń, wyliczona jako iloczyn liczby osób oczekujących – z uwzględnieniem odsetka osób, którym udzielono porad w związku z rozpoznaniem związanym z zaćmą w stosunku do liczby wszystkich porad z zakresu okulistyki – oraz przeciętnej ceny porady udzielonej w związku z rozpoznaniem związanym z zaćmą, stosowanej przez Oddział w rozliczeniach ze świadczeniodawcami, w rodzaju AOS, wynosiłaby według stanu na czerwiec:

- 2014 r. – 58.250,46 zł, w tym:
 - dla przypadków pilnych – 500,64 zł (9,4 osób x 53,26 zł [przeciętna cena porady w 2014 r.]),

- dla przypadków stabilnych – 57.749,82 zł (1.084,3 osób x 53,26 zł);
 - 2015 r. – 84.770,76 zł, w tym:
 - dla przypadków pilnych – 1.057,88 zł (18,8 osób x 56,27 zł [przeciętna cena porady w 2015 r.]),
 - dla przypadków stabilnych – 83.712,88 zł (1.487,7 osób x 56,27 zł);
 - 2016 r. – 89.532,41 zł, w tym:
 - dla przypadków pilnych – 1.919,96 zł (33,2 osób x 57,83 zł [przeciętna cena porady w 2016 r.]),
 - dla przypadków stabilnych – 87.612,45 zł (1.515 osób x 57,83 zł).
- (dowód: akta kontroli str. 20-22, 194, 273-290)

2.7. W latach 2014 – 2016 nie wystąpiły przypadki obniżenia wyceny wartości punktów w zakresach świadczeń: okulistyka – hospitalizacja B18, B19, okulistyka – hospitalizacja planowa B18, B19 oraz okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19. Średnie ceny kontraktowe świadczeń B18 (usunięcie zaćmy powikłanej z jednoczesnym wszczepieniem soczewki) i B19 (usunięcie zaćmy niepowikłanej z jednoczesnym wszczepieniem soczewki), w zakresach: okulistyka – hospitalizacja, okulistyka – hospitalizacja planowa oraz okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia, były stałe i w: 2014 r., 2015 r. i 2016 r. – wynosiły 52 zł.

(dowód: akta kontroli str. 291-293)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Uwagi NIK dotyczą relatywnie niskiej, w stosunku do potrzeb pacjentów, skuteczności działań Oddziału mających na celu zwiększenie dostępu do świadczeń zdrowotnych w rodzaju AOS i SZP, dotyczących witrektomii oraz endoprotezoplastyki stawu kolanowego i biodrowego. Mimo zwiększenia poziomu finansowania tych świadczeń, pozyskiwania nowych świadczeniodawców, a tym samym wzrostu liczby wykonanych świadczeń, działania te nie przełożyły się na poprawę wskaźników dotyczących zarówno średniego czasu oczekiwania jak i liczby osób oczekujących na te świadczenia. Szczególnie niepokojący jest wzrost ww. wskaźników w zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego, dla przypadków stabilnych, bowiem na koniec października 2016 r. wskaźniki te były o ok. 50% wyższe w porównaniu do stanu na koniec października 2013 r. Oznacza to, że średni rzeczywisty czas oczekiwania na te zabiegi, który wynosił około 2 lat, wydłużył się o 1 rok, a średni przewidywany czas oczekiwania wydłużył się o kolejne 2-3 lata.

Jedynie w przypadku zaćmy można stwierdzić, że powyższe wskaźniki poprawiły się, co oznacza skrócenie zarówno czasu oczekiwania jak i kolejki oczekujących. Niezależnie od powyższego potrzeby w zakresie usunięcia zaćmy także są ogromne, szczególnie dla przypadków stabilnych – na ten zabieg oczekuje ponad 21 tys. pacjentów, średni rzeczywisty czas oczekiwania przekracza 1,5 roku, a średni przewidywany czas oczekiwania – 2,5 roku. Szacunkowa kwota, jak byłaby niezbędna, aby zaspokoić potrzeby pacjentów w zakresie zabiegów usunięcia zaćmy, wyliczona w trakcie kontroli, wynosiła na czerwiec 2016 r. ponad 50 mln zł. Z ustaleń kontroli wynika, że niektóre podmioty lecznicze wykonujące zabiegi usunięcia zaćmy oraz endoprotezoplastyki deklarują potencjał, umożliwiający zwiększenie, ponad ograniczenia wynikające z zawartych umów, liczby planowych świadczeń w ww. zakresach.

Ustalono
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w badanym obszarze nie stwierdzono nieprawidłowości.

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia, że Oddział realizował obowiązki związane z monitorowaniem realizacji umów zawieranych ze świadczeniodawcami, analizował

potrzeby w zakresie zaspokojenia oczekiwań pacjentów na świadczenia zdrowotne i podejmował działania mające na celu wykorzystanie potencjału świadczeniodawców. Wartość umów zawartych ze świadczeniodawcami w latach 2014 – 2016, w zdecydowanej większości przypadków została zwiększona, głównie dzięki zmianom planów finansowych. Oddział, mając na celu osiągnięcie jak najlepszej wydajności, rozumianej jako stosunek wykorzystanych zasobów do osiągniętych rezultatów, podejmował próby alokacji środków w przypadku stwierdzenia niepełnej realizacji umów lub nadwykonań. Niewykorzystane środki przeznaczone były na zwiększenie limitów w tych zakresach świadczeń, w których występowała wyższa realizacja, w pierwszej kolejności zwiększono finansowanie świadczeń w tym samym zakresie, w przypadku poradni okulistycznych i ortopedycznych proponowano przesunięcie środków na zakres podstawowy u tego samego świadczeniodawcy.

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

Opis stanu faktycznego

3.1. W związku z wprowadzeniem w *ustawie o świadczeniach* zmian dotyczących dyrektywy 2011/24/UE, w dniu 27 lutego 2015 r. Oddział przesłał do Prezesa NFZ projekt zmian do Regulaminu Organizacyjnego Oddziału z prośbą o zaopiniowanie. W odpowiedzi, pismem z dnia 9 marca 2015 r., dyrektor Gabinetu Prezesa NFZ, poinformował Oddział o potrzebie uwzględnienia niezbędnych uwag w treści ww. regulaminu i ponownym przesłaniu poprawionego projektu. W dniu 16 marca 2015 r. przesłano nową wersję regulaminu, uwzględniającą uwagi, do zaopiniowania. W dniu 19 marca 2015 r. Prezes NFZ pozytywnie zaopiniował regulamin organizacyjny Oddziału. Główne zmiany postanowień regulaminu w zakresie transgranicznej opieki zdrowotnej dotyczyły przede wszystkim zadań Wydziału Współpracy Międzynarodowej, ale także: Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej, Wydziału Spraw Świadczeniobiorców, Wydziału Kontroli, Wydziału Księgowości, Wydziału Informatyki. Obejmowały one, m.in., opracowanie sprawozdań i analiz problemowych, monitorowanie problemów zgłaszanych przez osoby ubezpieczone i uprawnione, świadczeniodawców oraz komórki organizacyjne, w zakresie udzielania i rozliczania kosztów świadczeń transgranicznych, przekazywanie wytycznych dotyczących zasad udzielania i rozliczania świadczeń, udzielanie bieżących informacji w tym zakresie, kontrolę rachunków wystawionych przez polskich świadczeniodawców, rozpatrywanie wniosków o wydanie zgody na uzyskanie w innym niż Polska państwie członkowskim UE świadczeń, przygotowywanie projektów i prowadzenie rejestru decyzji administracyjnych, udzielanie świadczeniodawcom informacji na temat trybu rozpatrywania wniosków o wydanie zgody, udzielanie świadczeniobiorcom informacji dotyczących opieki transgranicznej, rozpatrywanie wniosków o zwrot kosztów świadczeń udzielonych w państwach UE, sporządzanie niezbędnych dokumentów księgowych, prowadzenie rejestru decyzji o obowiązku zwrotu nienależnie pobranych środków. Zadania związane z realizacją dyrektywy transgranicznej zostały jednoznacznie przyporządkowane pracownikom poszczególnych wydziałów.

W dniu 29 stycznia 2015 r. zarządzeniem nr 10/2015, Dyrektor Oddziału wprowadził do stosowania „*Procedurę rozpatrywania wniosków o zwrot kosztów, o których mowa w art. 42d ustawy o świadczeniach*”, w której szczegółowo opracowano schemat procesu obiegu dokumentów niezbędnych do określenia należnej kwoty zwrotu oraz główne założenia i terminy rozpatrywania wniosków.

(dowód: akta kontroli str. 294-359)

Departament Ekonomiczno-Finansowy NFZ w dniu 8 grudnia 2014 r. poinformował Oddział, że Prezes NFZ dokonał zmiany planu finansowego NFZ na

2015 r. w zakresie kosztów wynagrodzeń i kosztów ubezpieczeń społecznych przeznaczonych na realizację zadań związanych z tzw. dyrektywą transgraniczną, ujętych w pierwotnym planie finansowym NFZ na 2015 r. Dokonano podziału etatów pomiędzy poszczególne jednostki organizacyjne NFZ, zakładając: zabezpieczenie 1 etatu dla każdego oddziału NFZ, zabezpieczenie po 2 dodatkowe etaty dla każdego oddziału graniczącego z państwami UE oraz podział pomiędzy poszczególne oddziały pozostałych 26 etatów, przyjmując za kryterium liczbę ludności danego województwa według GUS (według stanu na 31 grudnia 2013 r.). W dniu 9 grudnia 2014 r. ww. Departament poinformował o przyznaniu łącznie 4 etatów „dyrektywowych” dla Oddziału, zaś w dniu 19 grudnia 2014 r. – o zmianie planu finansowego na 2014 r. dokonanej przez Prezesa NFZ, zgodnie z którą plan kosztów osobowych związanych z dyrektywą transgraniczną wyniósł 15 tys. zł (13 tys. zł – wynagrodzenia, 2 tys. zł – ubezpieczenia społeczne). Ponadto, zaplanowano pozostałe koszty administracyjne w wysokości 5,44 tys. zł. Plan na 2015 r. obejmował koszty osobowe w wysokości 307 tys. zł (259 tys. zł – wynagrodzenia, 48 tys. zł – ubezpieczenia społeczne) oraz pozostałe koszty administracyjne w wysokości 66 tys. zł. Plan na 2016 r. określał wysokość kosztów osobowych na poziomie 314 tys. zł (265 tys. zł – wynagrodzenia, 49 tys. zł – ubezpieczenia społeczne) oraz pozostałych kosztów administracyjnych na poziomie 66 tys. zł. Faktycznie poniesione przez Oddział koszty w latach 2014 – 2015 (do końca października) były równe planowanym kosztom i wynosiły: w 2014 r. – 15 tys. zł – wynagrodzenia i pochodne, 5,44 tys. zł – pozostałe koszty, w 2015 r. – 307 tys. zł – wynagrodzenia, 66 tys. zł – pozostałe koszty. Do końca października 2016 r. – koszty wynagrodzeń i pochodnych wyniosły 264,6 tys. zł (84,26% planu na 2016 r.), zaś koszty pozostałe – 55,31 tys. zł (83,8% planu na 2016 r.).

(dowód: akta kontroli str. 333-362)

3.2. W latach 2013 – 2016 (do 30 września) do Oddziału wpłynęło łącznie 50 wniosków o zwrot kosztów świadczeń zdrowotnych udzielonych w krajach UE, poza granicami Polski. Z tej liczby, w: 2013 r. i w 2014 r. – nie składano wniosków, w 2015 r. – złożono 18 wniosków (w tym, w: I kw. – 1 wniosek, II kw. – 5 wniosków, III kw. – 7 wniosków, IV kw. – 5 wniosków), do końca września 2016 r. – złożono 32 wnioski (w tym, w: I kw. – 6 wniosków, II kw. – 11 wniosków, III kw. – 15 wniosków). Powyższe wielkości wskazują na zwiększenie zainteresowania korzystaniem z procedury zwrotu kosztów.

Złożone wnioski dotyczyły: w 38 (76%) przypadkach leczenia szpitalnego, (w tym w 36 [72%] przypadkach – leczenia zębów), w 12 (24%) przypadkach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Świadczenia zdrowotne najczęściej były uzyskiwane w: Czechach – w 36 przypadkach, Niemczech – w 10 przypadkach, Francji – w 4 przypadkach.

(dowód: akta kontroli str. 191)

3.3. Oddział dokonywał zwrotu kosztów objętych wnioskami złożonymi przez osoby uprawnione na podstawie art. 10 ustawy z dnia 10 października 2014 r. *o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw*¹⁴, dotyczącymi świadczeń, leków i wyrobów medycznych udzielonych lub zakupionych w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej po dniu 24 października 2013 r. i przed dniem 15 listopada 2014 r. W okresie przejściowym (6 miesięcy od wejścia w życie ww. ustawy, tj. do dnia 15 maja 2015 r.), do Oddziału wpłynęły 2 takie wnioski. Wartość wniosków o zwrot kosztów wynosiła 6.464,22 zł, z tego w rodzaju: SZP – 5.740,66 zł, AOS – 723,56 zł.

¹⁴ Dz. U. z 2014 r. poz. 1491

Wniosek o zwrot kosztów w rodzaju SZP, z dnia 12 lutego 2015 r., został rozpatrzony pozytywnie, decyzją z dnia 9 marca 2015 r. Wartość zwróconych środków wyniosła 4.887,99 zł, tj. w kwocie odpowiadającej wysokości finansowania świadczenia stosowanej w rozliczeniach między Oddziałem a świadczeniodawcami na terenie Polski.

Wniosek o zwrot kosztów w rodzaju AOS, z dnia 3 kwietnia 2015 r., pozostawiono bez rozpatrzenia, ze względu na brak wymaganych dokumentów, które należało złożyć wraz z wnioskiem. Mimo wezwania wnioskodawca nie uzupełnił braków, w związku z czym, po upływie obowiązującego terminu, zawiadomieniem z dnia 23 kwietnia 2015 r., poinformowano wnioskodawcę o pozostawieniu wniosku bez rozpatrzenia.

Ponadto, w dniu 25 czerwca 2015 r. (po okresie przejściowym) do Oddziału wpłynął 1 wniosek o zwrot kosztów w kwocie 210,72 zł w rodzaju AOS, rozpatrzony negatywnie. Decyzją z dnia 10 lipca 2015 r. Dyrektor Oddziału odmówił zwrotu kosztów ze względu na niezachowanie ustawowego terminu na złożenie wniosku.

Postępowania w ww. sprawach były prowadzone zgodnie z obowiązującymi przepisami.

(dowód: akta kontroli str. 363)

3.4. Szczegółowym badaniem objęto 50 wniosków o zwrot kosztów, dobranych w sposób celowy (z uwzględnieniem, co najmniej 5 postępowań zakończonych odmową oraz przynajmniej 20 wniosków zakończonych wydaniem decyzji o zwrocie kosztów w kwocie mniejszej niż wnioskowana) oraz 2 wnioski o uprzednią zgodę (100% takich wniosków, które wpłynęły do Oddziału). Wyniki badania przedstawiono w poniższych podpunktach.

3.4.1. Ustalono, że nie wszystkie wnioski spełniały określone przepisami wymagania, tj.:

- w 3 przypadkach zakończonych decyzją odmowną wnioski nie spełniały wymogów ustawowych,

- 16 wniosków było niekompletnych lub zawierało błędy (błędny termin udzielenia świadczenia [1 wniosek], brak łącznej kwoty, którą uiszczono za świadczenie [1], – brak numeru telefonu lub adresu poczty elektronicznej świadczeniobiorcy lub jego przedstawiciela ustawowego [10], brak numeru rachunku bankowego [2], brak oryginału rachunku za świadczenie [2], brak skierowania lub zlecenia [9], wnioski złożono po upływie 6 miesięcy od dnia wystawienia rachunku [4]),

- występowały braki lub błędy dotyczące rachunku za świadczenie (błędnie wpisane nazwisko na rachunku za świadczenie [1], brak danych niezbędnych do zidentyfikowania świadczenia [13], brak tłumaczenia na język polski [5]).

We wszystkich przypadkach wezwano wnioskodawców do uzupełnienia/poprawy wniosków. Wnioski uzupełnione/poprawione podlegały dalszej procedurze.

Wszystkie wnioski dotyczyły świadczeń gwarantowanych, nie występowały wnioski, które nie zostały poprzedzone wydaniem uprzedniej zgody, w przypadku świadczeń, które takiej zgody wymagały.

We wszystkich przypadkach Oddział zawiadamiał wnioskodawców o wszczęciu i zakończeniu postępowania w sprawie zwrotu kosztów, odpowiednio na podstawie przepisów art. 61 § 4 i art. 10 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. *Kodeks postępowania administracyjnego*¹⁵, każdorazowo wysyłając stosowne pisma w tym zakresie.

¹⁵ Dz. U. z 2016 r., poz. 23 ze zm.

3.4.2. We wszystkich przypadkach, które tego wymagały, wyznaczone zostały terminy do uzupełnienia wniosków – w przypadku wniosków o zwrot kosztów był to termin 7-dniowy, zaś w przypadku wniosków o uprzednią zgodę, w których występowała konieczność uzupełnienia wniosku w części wypełnianej przez lekarza – termin 14-dniowy, umożliwiający uzyskanie takiego uzupełnienia.

3.4.3. W przypadku 3 wniosków o zwrot kosztów wystąpiły następujące przesłanki odmowy ich zwrotu – świadczenie będące przedmiotem wniosku WWM.4830.57.12.2016 zostało udzielone na terenie kraju niebędącego członkiem UE, wniosek WWM.4830.57.9.2015 został złożony po upływie 6 miesięcy od dnia wystawienia rachunku za świadczenie, wniosek WWM.4830.1.17.2016 został złożony po upływie 6 miesięcy od wejścia w życie ustawy z dnia 10 października 2014 r. zmieniającej *ustawę o świadczeniach*.

Oddział nie wydawał decyzji odmownych dotyczących wniosków o wyrażenie uprzedniej zgody, bowiem 2 wnioski w tym zakresie, które wpłynęły do Oddziału były niekompletne i mimo wezwania nie zostały uzupełnione przez świadczeniobiorców. W związku z powyższym pozostały one bez rozpatrzenia, tym samym Oddział nie proponował terminów udzielenia świadczeń w kraju przed dopuszczalnym czasem oczekiwania na udzielenie świadczenia zawartym we wniosku o wyrażenie uprzedniej zgody.

3.4.4. Nie wystąpiły przesłanki podmiotowe do wyłączenia stosowania przepisów o transgranicznej opiece zdrowotnej określone w treści art. 42g *ustawy o świadczeniach*.

(dowód: akta kontroli str.: 200-201, 364-383)

3.5. Kwoty zwrotu kosztów świadczeń opieki medycznej poza terytorium kraju ustalono na podstawie przepisów art. 42c *ustawy o świadczeniach*. Zwrot kosztów nie przekraczał kwoty wydatków rzeczywiście poniesionych przez świadczeniodawcę z tytułu uzyskanych świadczeń. Wszystkie zwroty kosztów świadczeń zostały dokonane w terminie obowiązującym, tj. w terminie nieprzekraczającym 7 dni od dnia powzięcia przez Oddział wiadomości o tym, że decyzja o zwrocie stała się ostateczna.

Według stanu na koniec października 2016 r. w 45 przypadkach kwota wynikająca z decyzji o zwrocie kosztów była niższa od kwoty wnioskowanej, zaś w 1 przypadku kwota ujęta w decyzji była równa kwocie wnioskowanej. Łączna różnica pomiędzy kwotą wnioskowaną a kwotą wynikającą z decyzji wynosiła 54.655,75 zł, przy czym w poszczególnych przypadkach te różnice wahały się od 179,88 zł do 5.089,50 zł.

Oddział nie dysponował informacjami umożliwiającymi ustalenie standardu uzyskanego poza granicami świadczenia, dokumenty załączane do wniosków o zwrot kosztów – zgodnie z art. 42d *ustawy o świadczeniach* – nie zawierają takich informacji. Według wyjaśnienia Pani Lidii Kołcz, naczelnika Wydziału Współpracy Międzynarodowej Oddziału, każde państwo członkowskie UE ustala własne mechanizmy umożliwiające udzielanie pacjentom informacji o ich prawach i uprawnieniach, w szczególności do procedur odwoławczych i zadośćuczynienia, gdyby pacjenci uważali, że ich prawa nie są respektowane. Powyższe informacje są dostępne w Krajowych Punktach Kontaktowych w każdym państwie UE.

(dowód: akta kontroli str. 183-190, 384-388)

3.6. Na podstawie 17 decyzji Oddziału, wydanych w latach 2015-2016, zwrotu kosztów świadczeń udzielonych w innych państwach UE, dokonano bezpośrednio na rzecz pełnomocników pacjentów. Z tej liczby:

- w 4 przypadkach, na kwotę łączną 12.209 zł, zwrot dotyczył osób bliskich pacjentom,
- w 13 przypadkach, na kwotę łączną 28.230,51 zł, zwrot dotyczył firm lub osób niebędących bliskimi pacjentów, z tego:
 - w 7 przypadkach, na kwotę łączną 15.563,61 zł, zwrotu dokonano na konto firmy Medical Finance Group S.A. – Joanna Piekalkiewicz, ul. Lechicka 23A, Warszawa,
 - w 3 przypadkach, na kwotę łączną 6.333,45 zł, zwrotu dokonano na konto firmy Clinic Finance Sp. z o.o./Anna Pustelnik, ul. Tużycka 8/6, Warszawa,
 - w 3 przypadkach, na kwotę łączną 6.333,45 zł, zwrotu dokonano na konto Łukasza Dybek, Wołowice 414, 32-700 Czernichów.

(dowód: akta kontroli str. 389-392)

3.7. Z wniosków dotyczących zwrotu kosztów świadczeń medycznych udzielonych za granicą wynika, że nie wystąpiły przypadki wymagające pozostania pacjentów na oddziale, co najmniej do następnego dnia. Wszystkie świadczenia będące przedmiotem wniosku o zwrot kosztów udzielane były w trybie jednodniowym.

(dowód: akta kontroli str. 183-191, 393-406)

3.8. W latach 2013 – 2016 do Oddziału nie wpłynęły żadne wnioski czy zapytania dotyczące możliwości kontynuowania leczenia na terenie kraju od osób, które korzystały z transgranicznej opieki medycznej. W okresie przygotowawczym do wdrożenia założeń dyrektywy 2011/24/UE Centrala NFZ przekazała oddziałom materiały, które zawierały m.in. informacje dotyczące kontynuacji leczenia w państwie ubezpieczenia. Zgodnie z art. 59a *ustawy o świadczeniach* skierowania wystawione przez lekarzy wykonujących zawód w innych państwach członkowskich UE traktowane są, jako skierowania w rozumieniu ww. ustawy, jeżeli spełniają określone w niej wymagania. Tym samym zapis ten umożliwia kontynuację leczenia u polskiego świadczeniodawcy na podstawie skierowania wystawionego w innym niż Polska kraju UE.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zwraca uwagę, że w myśl art. 5 lit. c dyrektywy 2011/24/UE, państwo członkowskie zobowiązane jest do zapewnienia, aby w przypadku, gdy pacjent skorzystał z 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.

3.9. Oddział na bieżąco udzielał informacji na temat transgranicznej opieki zdrowotnej. W 2014 r. udzielono 38 informacji na zapytania pacjentów, w 2015 r. – 703 informacje, w 2016 r. – 303 informacje w okresie od 1 stycznia do 31 maja, 385 informacji w okresie od 1 czerwca do 31 października. Zapytania kierowane były zarówno przez ubezpieczonych z Polski, którzy skorzystać z leczenia poza granicami kraju, jak również osoby ubezpieczone w innych niż Polska krajach UE, którzy chcieli skorzystać z leczenia w Polsce. Najwięcej zapytań dotyczyło: zasad uzyskiwania dostępu do opieki transgranicznej, możliwości uzyskiwania leczenia na podstawie przepisów dyrektywy 2011/24/UE i przepisów o koordynacji, trybu rozpatrywania wniosków o zwrot kosztów, przybliżonej wysokości kwoty zwrotu. Ze względu na wysoki wskaźnik migracji w województwie podkarpackim odnotowano dużą liczbę zapytań od Polaków ubezpieczonych poza granicami kraju dotyczącą możliwości leczenia w Polsce.

Działania popularyzujące wiedzę o transgranicznej opiece zdrowotnej wśród pracowników podmiotów leczniczych obejmowały:

- szkolenia przeprowadzone w kwietniu 2014 r. dla świadczeniodawców z terenu województwa podkarpackiego przez pracowników Centrali NFZ przy udziale pracowników Oddziału, dotyczące zasad udzielania świadczeń zdrowotnych w oparciu o przepisy dyrektywy 2011/24/UE,
- zamieszczanie informacji dotyczących transgranicznej opieki zdrowotnej w lokalnych mediach – prasa, radio i telewizja,
- zamieszczanie informacji na stronie internetowej Oddziału wraz z odnośnikiem do strony internetowej Centrali NFZ, poświęconej w całości zagadnieniom dotyczącym transgranicznej opieki zdrowotnej,
- rozprowadzanie ulotek i podręczników (otrzymanych z Centrali NFZ) zawierających zasady funkcjonowania transgranicznej opieki zdrowotnej wśród osób odwiedzających Oddział i Punkty Informacyjne zlokalizowane w terenie.

3.10. Oddział nie podejmował współpracy z innymi podmiotami, w tym zagranicznymi, w dziedzinie transgranicznej opieki zdrowotnej. W trakcie kontaktów ze świadczeniodawcami zadawane były z ich strony różne zapytania dotyczące możliwości przyjmowania w trybie planowym pacjentów z innych krajów UE, na które Oddział udzielał odpowiedzi.

(dowód: akta kontroli str. 393-406)

3.11. Analizą objęto dokumentację dotyczącą 20 skarg, których problematyka dotyczyła nieprzestrzegania przez świadczeniodawców praw pacjentów, i które wpłynęły do Oddziału w latach 2014 – 2016. Z treści tej dokumentacji wynika m.in., że tematem skarg były: ograniczenia dostępu do informacji i dokumentacji medycznej, nieprzestrzeganie zasad ochrony danych osobowych, niska jakość udzielonych świadczeń, przestrzeganie zasad związanych z prowadzeniem list i kolejek osób oczekujących.

Kontrola dokumentacji dotyczącej ww. skarg wynika potwierdziła, że we wszystkich przypadkach Oddział podjął działania w celu wyjaśnienia podnoszonych w nich spraw i weryfikacji ich treści. Działania te obejmowały: szczegółową analizę treści skarg, interwencje u świadczeniodawców w celu wyjaśnienia kwestionowanych zdarzeń, zobligowanie świadczeniodawców do udzielenia szczegółowej odpowiedzi skarżącym, zobowiązanie świadczeniodawców do przestrzegania obowiązujących przepisów prawa regulujących problematykę zawartą w treści skarg, przekazanie szczegółowych dodatkowych wyjaśnień dotyczących zasad udzielania poszczególnych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, informowanie skarżących o możliwości podjęcia przez Oddział wobec świadczeniodawcy działań przewidzianych w umowie w przypadkach dalszych utrudnień w dostępności do informacji i dokumentacji. We wszystkich przypadkach skarżącym udzielono pisemnych odpowiedzi na złożone przez nich pisma, zgodnie z terminami określonymi w przepisach Kpa. Z analizy dokumentacji dot. badanych skarg wynika, że we wszystkich przypadkach, w których potwierdzona została zasadność skarg, świadczeniobiorcy podjęli działania mające na celu usunięcie nieprawidłowości, udzielili szczegółowych odpowiedzi skarżącym i zobowiązali się do przestrzegania obowiązujących przepisów. W związku z powyższym Oddział nie prowadził dodatkowych kontroli w tych podmiotach, na podstawie art. 23 ust. 7 w związku z art. 20 *ustawy o świadczeniach* jak również nie nakładał kar umownych z tytułu niewykonania lub wykonania umowy niezgodnie z jej postanowieniami, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy (§ 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 zdrowotnej¹⁶, § 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 zdrowotnej¹⁷).

3.12. W toku kontroli przeprowadzonych przez Oddział (poddanych analizie) nie stwierdzono przypadków nieprzestrzegania praw pacjentów wynikających z przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹⁸ wprowadzonych wraz z implementacją dyrektywy 2011/24/UE, w tym dot. nieposiadania przez świadczeniodawców cennika świadczeń i zastosowania preferencji w udzielaniu świadczeń dla odpłatnych pacjentów zagranicznych.

(dowód: akta kontroli str. 57-65, 67-83, 404-417)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w badanym obszarze nie stwierdzono nieprawidłowości.

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia, że wprowadzone w Oddziale rozwiązania organizacyjne wynikające z dyrektywy 2011/24/UE, były przestrzegane i zapewniały poszanowanie praw pacjentów. Postępowania administracyjne związane ze zwrotem kosztów świadczeń udzielonych za granicą były prowadzone zgodnie z obowiązującymi przepisami. Wszystkim zainteresowanym udzielano niezbędnych informacji na temat transgranicznej opieki zdrowotnej i wyjaśniano problemy zgłaszane przez pacjentów.

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

Opis stanu
faktycznego

3.13. W latach 2014 – 2015 wystąpiło 5 przypadków rezygnacji podmiotów leczniczych z umów zawartych z Oddziałem, wszystkie dotyczyły świadczeń z zakresu okulistyki w rodzaju AOS. Oddział analizował przyczyny tych rezygnacji – w 3 przypadkach był to brak kadry, w 1 przypadku – brak możliwości dostosowania pracy gabinetu do wymogów umowy na 2015 r. (w zakresie prowadzenia kolejek oczekujących, elektronicznej rejestracji, cotygodniowego przesyłania danych o kolejkach) oraz zbyt niska wycena procedur, w 1 przypadku – rozwiązanie z 3-miesięcznym okresem wypowiedzenia bez podania przyczyn.

3.14. W toku kontroli przeprowadzonych przez Oddział (poddanych analizie) w zakresie realizacji umów finansowania świadczeń dotyczących okulistyki oraz ortopedii i traumatologii narządów ruchu, nie stwierdzono przypadków nieuzasadnionego zaniechania udzielania świadczeń.

3.15. Oddział nie dysponował informacjami dotyczącymi skali świadczeń zdrowotnych udzielanych odpłatnie przez podmioty lecznicze, z którymi zawarł umowy na finansowanie świadczeń zdrowotnych.

(dowód: akta kontroli str. 57-65, 384-388)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

W ocenie NIK posiadanie informacji o udzielonych odpłatnych świadczeniach zdrowotnych jest elementem wiedzy o stanie dostępności do świadczeń na obszarze województwa, która mogłaby być wykorzystana przy sporządzaniu przez

¹⁶ Dz. U. z 2016 r., poz. 1146

¹⁷ Dz. U. Nr 81, poz. 484

¹⁸ Dz. U. z 2016 r., poz. 1638

Oddział planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na kolejny rok, zgodnie z art. 131b ust. 1 ustawy o świadczeniach.

3.16. Z informacji uzyskanych od wybranych podmiotów leczniczych realizujących umowy zawarte z NFZ (udzielających świadczeń w rodzaju SZP, w tym szpitali wojewódzkich oraz szpitali zlokalizowanych w powiatach przygranicznych, spośród których 12 to podmioty publiczne a 8 to podmioty niepubliczne), na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹⁹, zwanej dalej ustawą o NIK, wynika, m.in., że w latach 2013 – 2016:

- w 14 spośród 20 podmiotów wykonywano świadczenia opieki zdrowotnej, za które należności regulowały podmioty inne niż NFZ. Skala rzeczowa tego zjawiska była zróżnicowana i wynosiła od kilku do kilkuset pacjentów rocznie, zaś skala finansowa – od kilkuset złotych do kilku milionów złotych, co maksymalnie stanowiło 1,5% całkowitej rocznej wartości udzielonych świadczeń;

- realizując umowę z NFZ 11 spośród 20 podmiotów udzielało także odpłatnych i planowych świadczeń zdrowotnych osobom pochodzącym z innych państw UE. Skala rzeczowa takich świadczeń była zróżnicowana i wynosiła od kilku do kilkuset pacjentów, a skala finansowa – od kilku tysięcy do kilkuset tysięcy złotych – rocznie, co maksymalnie stanowiło 0,55% całkowitej wartości sprzedaży usług. Według opinii tych podmiotów realizacja tych świadczeń nie wpłynęła w istotny sposób na realizację umowy zawartej z NFZ. Nie wystąpiły przypadki braku realizacji zobowiązań podjętych wobec NFZ (niewykonanie kontraktu) spowodowane preferowaniem udzielania świadczeń innym osobom niż te, którym przysługują świadczenia finansowane ze środków publicznych;

- wszystkie podmioty posiadały cenniki udzielanych świadczeń. Ceny świadczeń udzielanych odpłatnie w 10 podmiotach były równe lub porównywalne z cenami stosowanymi w rozliczeniach z NFZ. W pozostałych przypadkach ceny te były wyższe od cen stosowanych w rozliczeniach z NFZ, średnio od 10% do 30%, zaś w przypadku świadczeń z zakresu okulistyki oraz ortopedii i traumatologii narządów ruchu – wyższe nawet odpowiednio o 100% i 50%;

- 3 spośród 20 podmiotów podjęło współpracę z podmiotami krajowymi lub zagranicznymi w celu objęcia leczeniem osób, które były objęte ubezpieczeniem przez te podmioty (głównie jako dodatkowe ubezpieczenie na życie i zdrowie), jednakże podmioty te nie posiadały wiedzy, czy osoby, którym udzielano świadczeń podlegały równocześnie ubezpieczeniu zdrowotnemu na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

- 7 spośród 20 podmiotów stwierdziło, że posiadany przez nie aktualny potencjał nie daje możliwości zwiększenia, ponad ograniczenia wynikające z umów zawartych z NFZ, liczby udzielanych planowych świadczeń. W pozostałych przypadkach takie możliwości występowały, w tym także w okulistyce oraz ortopedii i traumatologii narządów ruchu, w szczególności w zakresie świadczeń endoprotezoplastyki oraz usuwania zaćmy.

(dowód: akta kontroli str. 418-454)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w badanym obszarze nie stwierdzono nieprawidłowości.

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli stwierdza, że świadczenia udzielane pacjentom pochodzącym z innych niż Polska krajów UE, nie wpłynęły w istotny sposób na dostępność tych świadczeń dla pozostałych świadczeniobiorców. W okresie objętym

¹⁹ Dz. U. z 2015 r. poz. 1096 oraz z 2016 r. poz. 677

kontrolą nie wystąpiły przypadki nieuzasadnionego zaniechania udzielania takich świadczeń przez podmioty lecznicze.

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 rozważenie:

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.

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 ust. 1 i 2 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 Rzeszowie.

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 dnia 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.

Trzebowniko, dnia stycznia 2017 r.

Kontrolerzy:
Stanisław Jarzyna
Doradca ekonomiczny

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Rzeszowie
Dyrektor
Wiesław Motyka

.....
podpis
Krzysztof Pakuła
Główny specjalista k. p.

.....
podpis

.....
podpis