



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Szczecinie

LSZ.410.019.01.2016
P/16/084

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Szczecinie
ul. Jacka Odrowąża 1, 71-420 Szczecin
T +48 91 831 39 00, F +48 91 831 39 66
lsz@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/16/084 – Respektowanie praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej.
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Szczecinie ¹
Kontrolerzy	Iwona Gołębiwska, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LSZ/106/2016 z dnia 18.11.2016 r. Tomasz Cyranka, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LSZ/106/2016 z dnia 06.12.2016 r. Bogumiła Mędrzak, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LSZ/1/2017 z dnia 03.01.2017 r. <p style="text-align: right;">(dowód: akta kontroli str.1-6)</p>
Jednostka kontrolowana	Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Szczecinie ² (71-470), ul Arkońska 45.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Dariusz Ruczyński - Dyrektor Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia ³ od 09.11.2015 r. (od 18.08.2014 r. do 08.11.2015 r. p.o. Dyrektora ZOW NFZ). Poprzednio funkcję tę pełniła Julita Jaśkiewicz (w okresie od 08.07.2008 r. do 17.08.2014 r.). <p style="text-align: right;">(dowód: akta kontroli str. 7, 11)</p>

II. Ocena kontrolowanej działalności⁴

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli⁵ ocenia pozytywnie działania Oddziału podjęte w latach 2013-2016⁶ w zakresie przestrzegania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej⁷ oraz zapewnienia dostępności do świadczeń zdrowotnych w zakresach objętych kontrolą (tj. okulistyki⁸ oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu⁹).

Uzasadnienie oceny ogólnej

W latach 2013-2016 liczba osób oczekujących na zabiegi leczenia zaćmy zmalała o 62% w przypadkach pilnych i 30,4% w przypadkach stabilnych. Zwiększenie przez Oddział poziomu zakontraktowania świadczeń endoprotezoplastyki stawu kolanowego i biodrowego o 5,8% w 2015 r. w odniesieniu do 2014 r., nie wpłynęło na zmniejszenie liczby oczekujących oraz skrócenie czasu oczekiwania.

Oddział systematycznie kontrolował świadczeniodawców m.in. w zakresie prowadzenia list osób oczekujących (w tym wykazujących najdłuższe czasy oczekiwania). Oddział podejmował działania mające na celu sprawdzenie spełniania obowiązku prowadzenia przez świadczeniodawców list oczekujących oraz monitorował jakość i terminowość ich sporządzenia.

¹ Dalej: „NIK”.

² Dalej: „ZOW NFZ” lub „Oddział”.

³ Dalej: „Dyrektor Oddziału”.

⁴ NIK stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

⁵ Dalej: „NIK”.

⁶ Okres objęty kontrolą: lata 2013-2016 (do zakończenia kontroli) z uwzględnieniem okresów wcześniejszych, jeśli zdarzenia mające wówczas miejsce miały wpływ na kontrolowaną działalność.

⁷ Na podstawie dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz. Urz. UE L 88/45 z dnia 4 kwietnia 2011 r., str. 45, ze zm.) – dalej: „dyrektywa 2011/24/UE” lub „dyrektywa transgraniczna”.

⁸ M.in. zaćmy i wiotkości.

⁹ M.in. endoprotezoplastyki stawu biodrowego i stawu kolanowego.

NIK pozytywnie ocenia sporządzanie przez Oddział planów finansowych oraz planowanie środków na zakup świadczeń w zakresach objętych kontrolą. Oddział zwiększył poziom finansowania świadczeń objętych kontrolą NIK, co wpłynęło na zwiększenie ilości wykonania zabiegów usunięcia zaćmy i wszczęcia endoprotez.

Oddział monitorował realizację umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i podejmował działania w celu ograniczenia skutków niewykonania planów rzeczowych przez podmioty lecznicze oraz zapewnienia dostępności do świadczeń.

Oddział udostępnił świadczeniobiorcom informacje o prawach obywateli Polski i innych państw członkowskich Unii Europejskiej¹⁰, wynikających z dyrektywy transgranicznej i przepisów krajowych oraz finansował świadczenia zdrowotne zrealizowane w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej. Prawidłowo i terminowo realizował obowiązki w zakresie rozpatrywania wniosków dotyczących uprzedniej zgody na uzyskanie świadczeń¹¹ oraz zwrotu kosztów świadczeń udzielonych za granicą¹², a także dokonywania rozliczeń ze świadczeniobiorcami.

Udzielanie odpłatnych świadczeń zdrowotnych osobom pochodzącym z innych państw UE¹³ - nie miało wpływu na dostępność do świadczeń finansowych ze środków publicznych, w zakresach obejmujących okulistykę oraz ortopedię i traumatologię narządu ruchu.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego.

1. Zmiany w dostępności wybranych świadczeń zdrowotnych.

Opis stanu faktycznego

1.1. Oddział dysponował (na bieżąco) danymi o liczbie osób oczekujących na świadczenia zdrowotne, obejmujące m.in.: zabiegi w zakresie soczewki¹⁴, ciała szklistego¹⁵, endoprotezoplastyki stawu biodrowego i endoprotezoplastyki stawu kolanowego. W badanym okresie informacje o liczbie osób oczekujących na świadczenie i czasie oczekiwania przekazywane były do Oddziału przez świadczeniodawców. Dane o pierwszym wolnym terminie przekazywane były od stycznia 2015 r.

(dowód: akta kontroli str. 47, 48)

1.2. W ramach transgranicznej opieki zdrowotnej Oddział najczęściej refundował zabiegi usunięcia zaćmy. W latach 2013-2016 liczba osób oczekujących na zabiegi usunięcia zaćmy malała sukcesywnie zarówno w przypadkach pilnych jak i stabilnych (wg stanu na 31.10.): przypadki pilne – z 527 w 2013 r. do 202 w 2016 r. (o 325 osób, tj. 62%) oraz przypadki stabilne – z 18.295 w 2013 r. do 12.738 w 2016 r. (o 5.557 osób, tj. o 30,4%).

W badanym okresie skróceniu uległ również (wg stanu na 31.10.):

- średni przewidywany czas oczekiwania¹⁶: przypadki pilne z 222 dni w 2013 r. do 139 dni w 2016 r. (o 83 dni, tj. 37,4%) i przypadki stabilne z 707 do 526 dni (o 181 dni, tj. 25,6%);
- średni rzeczywisty czas oczekiwania¹⁷, w tym: przypadki pilne ze 100 do 74 dni (o 26 dni, tj. 26%) i przypadki stabilne z 505 do 422 dni (o 83 dni, tj. 16,4%).

¹⁰ Dalej: „UE”.

¹¹ Na podstawie art. 42b ust. 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581 ze zm.). Dalej: „ustawa o świadczeniach”.

¹² Na podstawie art. 42c i 42d ustawy o świadczeniach.

¹³ W zakresach świadczeń objętych kontrolą NIK (tj. okulistyki oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu).

¹⁴ Dalej: „zaćma”.

¹⁵ Dalej: „witrektomia”.

¹⁶ Iloraz sumy iloczynów przewidywanego średniego czasu oczekiwania i liczby osób oczekujących u poszczególnych świadczeniodawców i łącznej liczby osób oczekujących (średnia ważona).

¹⁷ Iloraz sumy iloczynów rzeczywistego średniego czasu oczekiwania i liczby osób oczekujących u poszczególnych świadczeniodawców i łącznej liczby osób oczekujących (średnia ważona).

Przewidywane czasy oczekiwania były w każdym przypadku dłuższe od rzeczywistych:

- w przypadkach pilnych: o 122 dni w 2013 r. (ponad 2-krotnie); 36 dni w 2014 r.; 77 dni w 2015 r. (ponad 2-krotnie) i 65 dni w 2016 r.;
- w przypadkach stabilnych: o 202 dni w 2013 r.; 123 dni w 2014 r.; 107 dni w 2015 r. i 104 dni w 2016 r.

(dowód: akta kontroli str. 89-97, 280)

1.3. W latach 2014-2016 (wg stanu na 31.10.) najdłuższy czas oczekiwania¹⁸ wystąpił w zakresach obejmujących:

- endoprotezoplastykę stawu kolanowego: przypadki pilne - odpowiednio: 724 dni w 2014 r. (2.108 liczba oczekujących), 548 w 2015 r.(2.256) i 1.024 w 2016 r. (2.309) i stabilne odpowiednio: 1.076 (4.780), 1.034 (5.756) i 1.381 (6.714);
- endoprotezoplastykę stawu biodrowego: przypadki pilne - odpowiednio: 573 (2.189), 611 (2.198) i 593 (1.969) i stabilne: 888 (3.809), 963 (4.614) i 1.887 (5.502).

Liczba osób oczekujących na ww. świadczenia w latach 2014-2016 (wg stanu na 31.10) wzrastała, z tego na:

- endoprotezoplastykę stawu kolanowego: w przypadkach stabilnych średniorocznie o 967 osób, w przypadkach pilnych średniorocznie o 101 osób;
- endoprotezoplastykę stawu biodrowego: w przypadkach stabilnych średniorocznie 847 osób. W przypadkach pilnych liczba oczekujących na endoprotezoplastykę stawu biodrowego w październiku 2014 r. i 2015 r. utrzymała się na tym samym poziomie, natomiast w październiku 2016 r. spadła o 229 osób.

(dowód: akta kontroli str. 89-97, 280)

Poza wyżej wymienionymi świadczeniami najdłuższy czas oczekiwania dotyczył:

- w 2014 r. (wg stanu na 31.10.) - świadczeń na oddziale rehabilitacyjnym (493 dni, 11.275 osób); na oddziale leczenia oparzeń¹⁹ (458 dni, 482 osoby) oraz zabiegu usunięcia zaćmy - 104 dni w przypadkach pilnych (393 osoby) i 440 dni w przypadkach stabilnych (17.809 osób);
- w 2015 r. i 2016 r. (wg stanu na 31.10) - świadczeń na oddziale leczenia zaburzeń nerwicowych w stanie stabilnym (odpowiednio: 461 dni 436 osób i 550 dni 557 osób) i oddziale rehabilitacji narządu ruchu w stanie stabilnym, (odpowiednio: 438 dni 169 osób i 503 dni 210 osób). Ponadto, w 2016 r. długi czas oczekiwania dotyczył przypadków pilnych i stabilnych na zabiegi w zakładzie rehabilitacji leczniczej (133 osoby w stanie pilnym z czasem oczekiwania 139 dni i 3.853 osoby w stanie stabilnym z czasem oczekiwania 562 dni).

(dowód: akta kontroli str. 56)

Na zabieg usunięcia zaćmy w 2015 r. (wg stanu na 31.10.) pacjenci stabilni oczekiwali krócej o 44 dni, niż w 2014 r. a w 2016 r. czas oczekiwania wydłużył się o 7 dni (ich liczba spadła w 2015 r. o 2.822 osób i w 2016 r. o 2.249 osób). W przypadkach pilnych w 2015 r. również nastąpiło skrócenie czasu oczekiwania o ponad połowę (ze 113 do 72 dni). W 2016 r. czas oczekiwania wydłużył się do 74 dni (liczba oczekujących zmniejszyła się w 2015 r. o 108 osób i w 2016 r. o 83 osoby).

(dowód: akta kontroli str. 89-97, 280)

Dostęp do świadczeń zdrowotnych bez oczekiwania (zarówno w przypadkach stabilnych i pilnych) zapewniono wg stanu na 31.10.2014 r. w 20 zakresach

¹⁸ Na podstawie danych dotyczących liczby osób oczekujących na świadczenie i średniego czasu oczekiwania.

¹⁹ Tj. chirurgia plastyczna – hospitalizacja (4554), chirurgia plastyczna - hospitalizacja - pakiet onkologiczny (4554).

obejmujących świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych, na 31.10.2015 r. – w 67 zakresach, a na 31.10.2016 r. w 71 zakresach.

(dowód: akta kontroli str. 58-60)

1.4. Łączna wartość zakontraktowanych przez Oddział świadczeń/procedur o najdłuższym czasie oczekiwania, opisanych w punkcie 1.3. wystąpienia pokontrolnego²⁰ wyniosła: 164.531,1 tys. zł w 2014 r.; 170.654,7 tys. zł w 2015 r. – w 2016 r. (do 31.10.) – 155.308,6 tys. zł. Wartość zrealizowanych ww. świadczeń wyniosła odpowiednio: 166.146,7 tys. zł, 172.865,4 tys. zł i 154.859,2 tys. zł.

Wartość zakontraktowanych świadczeń endoprotezoplastyki stawu kolanowego i biodrowego (w zakresie ortopedia i traumatologia narządu ruchu – hospitalizacja) wyniosła: 96.935,9 tys. zł w 2014 r.; 102.601,8 tys. zł w 2015 r.; 94.146,7 tys. zł w 2016 r. (wg stanu na 31.12.2016 r.). Wartość zrealizowanych ww. świadczeń wyniosła odpowiednio: 98.303,4 tys. zł; 104.794,4 tys. zł; 87.994,7 tys. zł. Wartość zakontraktowanych świadczeń dotyczących soczewki oka (zaćma) wynosiła: 29.257,6 tys. zł w 2014 r.; 29.786,2 tys. zł w 2015 r.; 28.498,4 tys. zł w 2016 r. Wartość zrealizowanych ww. świadczeń wyniosła odpowiednio: 29.254,9 tys. zł; 29.786,2 tys. zł; 24.651,3 tys. zł (wg stanu na 31.12.2016 r.).

Wartość zakontraktowanych świadczeń endoprotezoplastyki stawu kolanowego i biodrowego wzrosła w 2015 r. w porównaniu do 2014 r. o 5,8% (tj. 5.665,9 tys. zł), a zrealizowanych – o 6,6% (tj. 6.490,9 tys. zł). Zwiększenie poziomu zakontraktowania świadczeń i ich wykonania nie miało wpływu na zmniejszenie liczby oczekujących oraz skrócenie czasu oczekiwania. Wartość zakontraktowanych świadczeń dotyczących soczewki oka (zaćma) wzrosła w 2015 r. o 1,8% (528,6 tys. zł), a zrealizowanych – o 1,8% (531,3 tys. zł) i mogła mieć wpływ na zmniejszenie liczby oczekujących i skrócenie średniego czasu oczekiwania (o 2.822 osób i 46 dni w przypadkach stabilnych oraz o 108 osób i 41 dni w przypadkach pilnych).

(dowód: akta kontroli str. 89, 213, 225, 474)

1.5. W badanym okresie jeden świadczeniodawca zrezygnował z realizacji umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych - leczenie szpitalne w części dotyczącej zakresu świadczeń zdrowotnych objętych kontrolą (tj. ortopedii i traumatologii narządu ruchu – zespół chirurgii jednego dnia²¹) i wystąpił o przesunięcie niewykorzystanej kwoty finansowania do zakresu okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia. W dniu 6.10.2015 r. Oddział dokonał zmiany umowy pomiędzy zakresami, na podstawie § 43 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej²².

Powodem zmiany umowy było zwiększenie środków finansowych na zabiegi związane z leczeniem zaćmy do końca 2015 r. i zmniejszenie kolejki oczekujących. Świadczeniodawca zadeklarował, że świadczenia zdrowotne związane ze schorzeniami ortopedycznymi zostaną udzielone wszystkim oczekującym pacjentom (ośmiu), w ramach procedur realizowanych w Oddziale Chirurgii Ogólnej. Świadczeniodawca wykonał te świadczenia, zgodnie z deklaracją, w ramach chirurgii ogólnej.

(dowód: akta kontroli str. 37-46, 305, 317)

²⁰ Ortopedia i traumatologia narządu ruchu – hospitalizacja (zakresy: 80005, 80003), rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych (4300), chirurgia plastyczna – hospitalizacja (4554), chirurgia plastyczna - hospitalizacja - pakiet onkologiczny (4554), okulistyka - hospitalizacja B18, B19 (30002), okulistyka - hospitalizacja planowa B18, B19 (30002), okulistyka - zespół chirurgii jednego dnia B18, B19 (30002), leczenie zaburzeń nerwicyowych dla dorosłych (4704), rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych (4302), rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych (7400), rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych (7400).

²¹ Umowę w tym zakresie z Samodzielnym Publicznym Wielospecjalistycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Stargardzie Szczecińskim Oddział zmienił za porozumieniem stron w październiku 2015 r. (na wniosek świadczeniodawcy z dnia 10.09.2015 r.).

²² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 84 ze zm.) – obowiązujący do 15.10.2015 r.

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

NIK pozytywnie ocenia działania Oddziału podjęte w celu zapewnienia dostępności do świadczeń w zakresach objętych kontrolą NIK (obejmujących m.in. okulistykę – zaćmę oraz ortopedię i traumatologię narządu ruchu). W latach 2013-2016 liczba osób oczekujących na zabiegi leczenia zaćmy zmniejszyła się o 62% w przypadkach pilnych i 30,4% w przypadkach stabilnych. Zwiększenie o 5,8% w 2015 r. w odniesieniu do 2014 r. poziomu zakontraktowania świadczeń endoprotezoplastyki stawu kolanowego i biodrowego (oraz zwiększenie ilości ich wykonania) nie wpłynęło na zmniejszenie liczby oczekujących oraz skrócenie czasu oczekiwania.

2. Monitorowanie i kontrola list osób oczekujących.

2.1. W badanym okresie odsetek podmiotów, które w poszczególnych miesiącach nie przekazały informacji o liczbie osób oczekujących i czasie oczekiwania wahał się od 0,1%²³ do 4,4%²⁴, a o pierwszym wolnym terminie od 0,7%²⁵ do 12,1%²⁶.

Z raportów za miesiąc styczeń wynika, że informacji o liczbie osób oczekujących i czasie oczekiwania nie udzieliło: w 2013 r. – 4 z 773 (0,5%) świadczeniodawców, w 2014 r. - 2 z 755 (0,3%); w 2015 r. - 5 z 728 (0,7%) i w 2016 r. - 17 z 687 (2,5%) oraz o pierwszym wolnym terminie – w 2015 r. 56 z 728 (7,7%), w 2016 r. 19 z 687 (1,3%).

Największa skala nieudostępnionych przez świadczeniodawców informacji o:

- osobach oczekujących na świadczenie i czasie oczekiwania wystąpiła w kwietniu i maju 2015 r. oraz w styczniu 2016 r., odpowiednio: 3,6% (26 podmiotów), 4,4% (30 podmiotów) i 2,5% (17 podmiotów);
- pierwszym wolnym terminie (rozpoczęcie sprawozdawczości od stycznia 2015 r.) – w maju, czerwcu, styczniu i lutym 2015 r. odpowiednio: 12,1% (83 podmioty), 8,2% (56 podmiotów), 7,7% (56 podmiotów) i 6,9% (50 podmiotów).

Od 2016 r. świadczeniodawcy przekazywali systematycznie informacje o osobach oczekujących na świadczenie i czasie oczekiwania oraz o pierwszym wolnym terminie (w okresie od maja do października tylko 1 świadczeniobiorca nie przekazał informacji o osobach oczekujących na świadczenie i czasie oczekiwania a o pierwszym wolnym terminie: w maju 10 i w październiku 6).

(dowód: akta kontroli str. 47-48)

Joanna Sikora - p.o. Zastępcy Dyrektora Oddziału (Naczelnik Wydziału Ekonomiczno-Finansowego i Współpracy Międzynarodowej²⁷) wyjaśniła, m.in., że: *w pierwszych miesiącach (styczeń/luty 2015) obowiązywania nowego zakresu danych obserwowaliśmy największą liczbę świadczeniodawców, którzy nie przekazali danych o pierwszym wolnym terminie (PWT). Następnie sytuacja ustabilizowała się a kolejny spadek liczby świadczeniodawców przekazujących dane o PWT wystąpił w trakcie zmiany zakresów oraz danych podlegających sprawozdawczości z list oczekujących (kwiecień/czerwiec 2015). Od kwietnia 2015 r. nastąpiła znacząca zmiana zakresu gromadzonych i przekazywanych danych do ZOW NFZ, zmianie uległ również słownik komórek podlegających sprawozdawaniu danych z zakresu list oczekujących zarówno w zakresie danych tygodniowych (PWT) jak i miesięcznych (dane statystyce dotyczące czasu*

²³ Tj. w XI 2013 r.; II i X 2014 r.; II i III 2015 r.; od V do X 2016 r.

²⁴ Tj. w V 2015 r.

²⁵ Tj. w II 2016 r.

²⁶ Tj. w V 2015 r.

²⁷ Dalej: „Joanna Sikora - p.o. Zastępcy Dyrektora Oddziału”.

oczekiwania i osób oczekujących). Świadczeniodawcy zostali zobligowani między innymi do przekazania szczegółowych informacji o osobach oczekujących dla wszystkich zakresów podlegających sprawozdawczości. W tym okresie zaobserwowaliśmy, iż do 518 zakresów (186 świadczeniodawców) przesłane raporty zawierały błęd. Odnosząc się do największej w latach 2013-2016 skali braku danych dotyczących osób oczekujących na świadczenie (kwiecień/maj 2015 r.) to wpływ na to miała zmiana zakresów przekazywanych danych i konieczność dostosowania świadczeniodawców do nowych regulacji. Trudność, która wystąpiła w styczniu 2016 r. mogła mieć związek z terminem pełnego udostępnienia umów w systemie, które zdarza się z opóźnieniem. Nie możemy wykluczyć, że i w tym przypadku udostępnienie pełnych pakietów, które miało miejsce po 20.01.2016 r., warunkowało przekazanie (bądź prawidłowe przekazanie) informacji dotyczących kolejek oczekujących.

(dowód: akta kontroli str. 304, 309, 310)

2.2. Kontrole u świadczeniodawców przeprowadzało od 9 do 12 kontrolerów zatrudnionych w Wydziale Kontroli (z tego: w 2014 r. - 12 osób w przeliczeniu na pełny etat, w 2015 r. – 10, w 2016 r. – 9). W latach 2014-2016 Oddział objął kontrolą ogółem 231 umów²⁸ (w tym 83 kontrole dotyczyły prowadzenia list oczekujących oraz sprawozdawczości), z tego:

- w 2014 r. - 122 kontrole, w tym: w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna²⁹ – 29 i leczeniu szpitalnym – 31, a w zakresach obejmujących okulistykę – 2 (w zakresach obejmujących ortopedię i traumatologię narządu ruchu - nie przeprowadzono kontroli);
- w 2015 r. - 86 kontroli, w tym: w rodzaju AOS – 10, w leczeniu szpitalnym – 24, w zakresach obejmujących okulistykę – 1, a ortopedię i traumatologię narządu ruchu – 2;
- w 2016 r. (do 30.06.) - 23 kontrole, w tym: w rodzaju AOS – 3, w leczeniu szpitalnym – 6 (w zakresach obejmujących okulistykę oraz ortopedię i traumatologię narządu ruchu nie przeprowadzono kontroli).

Średnio na jednego kontrolera przypadło w 2014 r. - 10 kontroli, w 2015 r. – 9 i w 2016 r. - 3.

(dowód: akta kontroli str. 283)

2.3. Kontrole w zakresie prawidłowości prowadzenia list oczekujących prowadził Wydział Kontroli, a nadzór i monitorowanie Wydział Spraw Świadczeniobiorców (poprzez analizę rzetelności i jakości przekazywanych przez świadczeniodawców danych dotyczących listy oczekujących) oraz Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej (poprzez prowadzenie monitoringu w miejscu udzielania świadczeń).

(dowód: akta kontroli str. 24-27)

Joanna Sikora - p.o. Zastępcy Dyrektora Oddziału wyjaśniła, m.in.: *Wydział Spraw Świadczeniobiorców dokonywał oceny rzetelności i jakości przekazywanych danych poprzez bieżący monitoring przekazywanych informacji, podejmowanie interwencji w przypadku braku przekazania przez świadczeniodawców raportów kolejek oczekujących lub przesłania danych budzących zastrzeżenia. W 2014 r. w wyniku prowadzonego monitoringu sprawozdawczości w zakresie list oczekujących, wprowadzono kategoryzację świadczeniodawców pod względem skali nieprawidłowości w tych listach (zielona, żółta i czerwona³⁰). W celu wyeliminowania przyczyn nieprawidłowości Oddział przeprowadził w formie ankietowej monitoring*

²⁸ Według stanu na 30.06.2016 r.

²⁹ Dalej: „AOS”.

³⁰ Do kategorii czerwonej Oddział zakwalifikował 19 placówek, do żółtej – 57.

harmonogramów pracy poradni świadczeniodawców z kategorii czerwonej³¹. Na przełomie 2013-2016 roku wystosowano 139 pism (w tym 77 w 2015 r.) dyscyplinujących świadczeniodawców, którzy mimo komunikatów umieszczanych na SZOI³², powiadomień mailowych czy też telefonicznych nie przekazywali raportów z list oczekujących. Wydział Spraw Świadczeniobiorców podejmuje także działania zmierzające do poprawy jakości sprawozdawanych danych; badamy czy dane są spójne, czy przekazywane informacje są zgodne z rzeczywistą informacją, którą uzyskuje pacjent. W tym celu prowadzone jest ankietowanie w trybie „anonimowego pacjenta” (620 w 2014 r., 43 w 2015 r. i 70 w 2016 r.).

(dowód: akta kontroli str. 25-27, 308, 309)

W latach 2014-2016 Oddział przeprowadził również 2.105 kontroli prawidłowości prowadzenia list i przekazywania raportów przez świadczeniodawców, jako element organizacji świadczeń, w tym: 749 w 2014 r., 682 w 2015 r. i 674 w 2016 r.

Nieprawidłowości w prowadzeniu list oczekujących stwierdzono w 56 kontrolach (35 w 2014 r., 13 w 2015 r. i 8 w 2016 r.). Dotyczyły one m.in.: braku odnotowania w liście każdej zmiany terminu wraz z podaniem przyczyny, a w przypadku, gdy przyczyną była zmiana kryterium medycznego, także brak uzasadnienia tej zmiany; błędnym wpisywaniu kodów przyczyn skreśleń z listy oczekujących; braku informacji dotyczących rozpoznania lub powodu przyjęcia, adresu świadczeniobiorcy, nr telefonu lub oznaczenia innego sposobu komunikacji ze świadczeniobiorcą lub jego opiekunem, imienia i nazwiska osoby dokonującej wpisu; braku rozdziału na przypadki pilne i stabilne; prowadzenia rejestracji w formie papierowej; nie przekazywania sprawozdań o listach „0” - w przypadku braku oczekujących świadczeniobiorców.

(dowód: akta kontroli str. 24-27, 303)

W latach 2013-2016 Oddział podejmował działania mające na celu uaktualnienie list oczekujących przekazywanych przez świadczeniodawców, poprzez: weryfikację osób oczekujących w oparciu o dane z MSW³³, analizę planowania świadczeń przez świadczeniodawców³⁴, weryfikację danych o osobach wielokrotnie wpisanych na listę oczekujących³⁵, weryfikację informacji o świadczeniach uzyskanych przez pacjentów w ramach dyrektywy transgranicznej i osobach zapisanych na listy oczekujących³⁶.

(dowód: akta kontroli str. 21)

2.4. W badanym okresie Oddział stwierdził nieprawidłowości w 56 kontrolach³⁷ (35 w 2014 r., 13 w 2015 r. i 8 w 2016 r.) wymierzając 30 kar³⁸ w łącznej kwocie 50 tys. zł (w tym 27 kar na kwotę 42,1 tys. zł³⁹ w tytułu niewypełnienia obowiązku dotyczącego przekazywania raportów list osób oczekujących).

(dowód: akta kontroli str. 25, 303)

Ustalone
nieprawidłowości

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

³¹ W ankietach pytano o: organizację pracy rejestracji, rozróżnianie przez pracowników rejestracji w placówce medycznej przypadku pilnego i stabilnego w procesie sprawozdawania kolejek oczekujących na udzielenie świadczenia, umieszczanie na listach osób oczekujących pacjentów kontynuujących leczenie, sposób prowadzenia list oczekujących, uwidacznianie w miejscu udzielania świadczeń informacji o osobach uprawnionych do uzyskiwania świadczeń poza kolejnością.

³² System Zarządzania Obiegiem Informacji.

³³ Informacja o osobach zmarłych, przekazywana świadczeniodawcom - raz na 6 miesięcy.

³⁴ Poprzez przypisanie liczby osób oczekujących do poszczególnych lat wykonywania świadczeń - raz na 6 miesięcy.

³⁵ W aplikacji udostępnionej przez NFZ - raz w miesiącu.

³⁶ Od 2016 roku - raz na 6 miesięcy.

³⁷ W tym: 29 kontroli w tematyce, których było prowadzenie list oczekujących (według stanu na 31.12.2016 r.) i 27 będących elementem organizacji świadczeń.

³⁸ w tym: 3 kary w wyniku 4 kontroli, w tematyce których było prowadzenie list oczekujących i 27 kar w wyniku kontroli będących elementem organizacji świadczeń.

³⁹ W 2014 r. – 22 kary na kwotę 38,2 tys. zł, w 2015 r. – 3 kary na kwotę 2,1 tys. zł i w 2016 r. – 2 kary na kwotę 1,8 tys. zł.

Oddział systematycznie kontrolował świadczeniodawców, m.in. w zakresie prowadzenia list osób oczekujących (w tym wykazujących najdłuższe czasy oczekiwania) i prowadzonej sprawozdawczość. Oddział monitorował terminowości i jakości sporządzanych list oczekujących. Podejmował dodatkowe działania mające na celu sprawdzenie spełnienia obowiązku prowadzenia listy oczekujących oraz prawidłowości jej prowadzenia, w tym weryfikację danych o osobach wielokrotnie wpisanych na listy.

3. Planowanie zakupu świadczeń.

Opis stanu faktycznego

3.1. W pierwotnym planie finansowym ZOW NFZ na 2014 r.⁴⁰ limit kosztów świadczeń opieki zdrowotnej ogółem wynosił 2.786.282 tys. zł, w tym: w rodzaju: AOS – 221.941 tys. zł i leczenie szpitalne – 1.241.371 tys. zł. W pierwotnym planie finansowym na 2015 r.⁴¹ koszty świadczeń opieki zdrowotnej ogółem wyniosły 2.792.425 tys. zł, w tym w rodzaju: AOS – 227.780 tys. zł i leczenie szpitalne – 1.272.344 tys. zł, a w pierwotnym planie finansowym na 2016 r.⁴² koszty świadczeń opieki zdrowotnej ogółem wyniosły 2.984.885 tys. zł, w tym w rodzaju: AOS – 242.729 tys. zł i leczenie szpitalne – 1.347.828 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 169,170, 174)

Plan finansowy ZOW NFZ na kolejne lata 2014, 2015, 2016 opracowywany został w szczególności wynikającej z rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2011 roku w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia⁴³ (tj. m.in. bez wyodrębnienia wydatków na okulistykę oraz ortopedię i traumatologię narządów ruchu). Na etapie planowania nie określono zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne w tych zakresach, kierując się założeniami i wytycznymi przekazanymi przez Prezesa NFZ. W uzasadnieniach do planów finansowych, opiniach Rady ZOW NFZ, jak też przekazywanych Prezesowi NFZ informacjach o prognozowanych kosztach, Oddział nie odwoływał się do kwestii obniżenia czasu oczekiwania na świadczenia będące przedmiotem kontroli NIK oraz skali świadczeń udzielanych w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej.

(dowód: akta kontroli str. 118-169, 321, 322)

Joanna Sikora - p.o. Zastępcy Dyrektora Oddziału poinformowała m.in.: *podstawą do opracowania planu finansowego są wyniki prowadzonych analiz świadczeń z lat ubiegłych oraz założenia do sporządzenia projektu planu finansowego otrzymywane z Centrali NFZ. Plan finansowy Oddziału sporządzany jest zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej NFZ, tj. ze wskazaniem planowanego poziomu kosztów w ramach określonych wzorem rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej. Rosnące potrzeby zdrowotne determinują wzrost nakładów, jakie Oddział przeznacza na leczenie szpitalne. (...) Rosnący z roku na rok budżet środków finansowych wiąże się jednocześnie z koniecznością zabezpieczenia finansowania: nowych usług, wzrostu wyceny świadczeń, przeszacowania katalogów oraz nowych produktów jak np. wzrost wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych. (...) Sporządzane prognozy nie zawierają tak szczegółowej informacji, jakimi są szacowane koszty poszczególnych procedur, w tym np. endoprotezoplastyki stawu kolanowego. W ciągu roku planistycznego ZOW NFZ dokonuje zmiany struktury rodzajowej planu finansowego, dostosowując odpowiednio do zgłaszanych potrzeb. Na przykład stale zwiększane nakłady na świadczenia z zakresu endoprotezoplastyki, zaćmy*

⁴⁰ Zatwierdzonym dnia 25.07.2013 r.

⁴¹ Zatwierdzonym dnia 31.07.2014 r.

⁴² Zatwierdzonym dnia 18.09.2015 r.

⁴³ Dz. U. Nr 294, poz. 1735, ze zm. – dalej „rozporządzenie Ministra Finansów w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej NFZ”.

i witrektomii pozwoliły na uzyskanie przez Oddział wysokiego wskaźnika zabezpieczenia tych świadczeń na tle Polski⁴⁴.

(dowód: akta kontroli str. 310-312)

W planie finansowym (po zmianach) na 2014 r. poziom kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju AOS wynosił 246.905 tys. zł, a w rodzaju leczenie szpitalne - 1.436.057 tys. zł. W planie (po zmianach) na 2015 r. poziom kosztów świadczeń w rodzaju AOS wyniósł 254.822 tys. zł (wzrost o 7.917 tys. zł tj. 3,2% do 2014 r.), a w rodzaju leczenie szpitalne - 1.529.208 tys. zł (wzrost o 93.151 tys. zł tj. 6,5%). W planie (po zmianach) na 2016 r.⁴⁵ poziom kosztów świadczeń w rodzaju AOS wyniósł 261.618 tys. zł (wzrost o 6.796 tys. zł tj. 2,7% do 2015 r.), a w rodzaju leczenie szpitalne - 1.573.245 tys. zł (wzrost o 44.037 tys. zł tj. 2,9%). Ostatnie zmiany wprowadzone przez Dyrektora Oddziału do planu finansowego 31.12.2014 r. i 31.12.2015 r. uwzględniały potrzeby związane ze zmniejszeniem liczby oczekujących i czasem oczekiwania na świadczenia. Zmiany te wpłynęły na zwiększenie poziomu kosztów świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne odpowiednio o:

- 24.780 tys. zł (w tym w zakresach obejmujących okulistykę oraz ortopedię i traumatologię narządu ruchu łącznie o 12.780,6 tys. zł);
- 18.653 tys. zł (w tym w zakresach obejmujących okulistykę oraz ortopedię i traumatologię narządu ruchu łącznie o 16.325,1 tys. zł).

(dowód: akta kontroli str. 169-176)

3.2. Plany zakupu świadczeń w latach 2014-2015 nie były zmieniane⁴⁶. Oddział przekazywał do NFZ informacje o uzupełnieniach planu zakupu dotyczące planowanych postępowań konkursów uzupełniających (żadne z tych postępowań nie obejmowało zakresów objętych kontrolą).

W 2016 r. plan zakupu był aktualizowany co kwartał⁴⁷. Plan zakupu świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne⁴⁸ zwiększył się⁴⁹ w III kwartale o 44.543,0 tys. zł (3,9%), w tym w zakresach obejmujących: ortopedię i traumatologię narządu ruchu o 4.704,8 tys. zł (5,3%), a w okulistyce - pozostał na tym samym poziomie. Plan zakupu świadczeń w rodzaju AOS w zakresach obejmujących: okulistykę zwiększył się o 260,6 tys. zł (1,2%), a ortopedię i traumatologię narządu ruchu – o 375,8 tys. zł (2,9%).

(dowód: akta kontroli str. 475-494)

3.3. W 2014 r. wykonano 11.900 zabiegów w procedurach B18 i B19 związanych z usunięciem zaćmy (2.497 więcej niż w 2013 r.), w 2015 r. - 12.093 (193 więcej niż w 2015 r.) i w 2016 r. (na 31.10.) – 10.760. Średniomiesięcznie w 2014 r. wykonano 992 zabiegi w zakresie usunięcia zaćmy, w 2015 r. – 1008 zabiegów (tj. o 1,6% więcej) i w 2016 r. (na 31.10.) – 1076 zabiegów (6,7%). W zakresie endoprotezoplastyki w latach 2014-2016 również nastąpił wzrost przeprowadzonych

⁴⁴ Według wojewódzkiego wskaźnik zabezpieczenia świadczeń na 100 tys. mieszkańców - województwo zachodniopomorskie w zakresie procedur leczenia zaćmy było na 2 miejscu w Polsce w 2015 r. (po ugodach), w zakresach, w których wykonywane były m.in. procedury witrektomii - na 4 miejscu i w zakresach obejmujących świadczenia endoprotezoplastyki i inne świadczenia ortopedyczne – na 5 miejscu w Polsce.

⁴⁵ Według stanu na 30.12.2016 r.

⁴⁶ W zakresach obejmujących okulistykę zaplanowano zakup świadczeń: w rodzaju leczenie szpitalne (bez kosztów wynagrodzeń) - 41.250,2 tys. zł w 2014 r. i 41.110,73 tys. zł, a w AOS – 21.947,3 tys. zł w 2014 i 22.019,9 tys. zł. Plan zakupu wykonano (w odniesieniu do wartości kontraktów zawartych na początku roku) w rodzaju leczenie szpitalne w 99,7% w 2014 r. i 99,9% w 2015 r., a w AOS – w 99,2% w 2014 r. i 99,6% w 2015 r. Oddział nie planował odrębnych kwot na świadczenia witrektomii i usunięcia zaćmy. W zakresach obejmujących ortopedię i traumatologię narządu ruchu zaplanowano zakup świadczeń: w rodzaju leczenie szpitalne (bez kosztów wynagrodzeń) - 87.827 tys. zł w 2014 r. i 87.701,1 tys. zł w 2015 r., a w AOS - 12.250,3 tys. zł w 2014 r. i 12.823,6 tys. zł. Plan zakupu wykonano w odniesieniu do wartości kontraktów zawartych na początku roku) w rodzaju leczenie szpitalne w 99,6% w 2014 r. i 99,5% w 2015 r., a w AOS – w 99,7% w 2014 r. i 96,4% w 2015 r.

⁴⁷ Na podstawie pkt 3.4.1. Procedury definiowania priorytetów zdrowotnych i planowania zakupu świadczeń z dnia 19.04.2016 r.

⁴⁸ Bez kosztów wynagrodzeń.

⁴⁹ W odniesieniu do planu zakupu II kwartału.

operacji. Średniomiesięcznie w 2014 r. wykonano 230 endoprotez, w 2015 r. – 261 (tj. o 13,4% więcej), a w 2016 r. – 280⁵⁰ (7,3%).

(dowód: akta kontroli str. 20, 318)

Joanna Sikora - p.o. Zastępcy Dyrektora Oddziału wyjaśniła m.in.: ZOW NFZ w Szczecinie stara się w ramach dostępnych środków finansowych dostosowywać poziom zawartych umów do bieżącego zapotrzebowania w poszczególnych zakresach świadczeń. Renegocjacje umów przeprowadzane są kilka razy w roku na wniosek świadczeniodawcy lub z inicjatywy Oddziału. Takie działanie zapewnia dostosowanie umów do faktycznego zapotrzebowania – ze szczególnym uwzględnieniem świadczeń nielimitowanych, ratujących życie oraz świadczeń charakteryzujących się długim czasem oczekiwania. Środki finansowe na ten cel Oddział pozyskuje z przesunięć pomiędzy zakresami w ramach zawartej umowy oraz przesunięć między rodzajami w ramach planu finansowego na dany rok, a także z otrzymanych dodatkowych środków w planie finansowym, między innymi z tytułu uruchomienia środków pochodzących z rozwiązania funduszu zapasowego NFZ. W latach 2014-2016 Oddział dzięki przeprowadzonym renegocjacjom zwiększył wartość umów w zakresach związanych z okulistyką oraz ortopedią i traumatologią narządu ruchu (endoprotezy)⁵¹. ZOW NFZ prowadząc renegocjacje umów w 2014, 2015 i 2016 roku w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie okulistyki oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu umożliwił świadczeniodawcom udzielenie większej ilości porad, co przyczyniło się do poprawy dostępności do przedmiotowych usług.

(dowód: akta kontroli str. 17, 18)

3.4. Łączna wartość zakontraktowanych w latach 2014-2016 przez ZOW NFZ świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie szpitalne w poniższych zakresach wynosiła 418.183,8 tys. zł (8.041.997 punktów), z tego:

- okulistyka – hospitalizacja B18, B19 (kod 403460013002) – 80.337 tys. zł (1.544.943); okulistyka – hospitalizacja planowa B18, B19 (kod 403460013102) – 3.418,3 tys. zł (65.737); okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19 (kod 403460013202) – 3.794,7 tys. zł (72.976); okulistyka – hospitalizacja (kod 403460003002) – 34.368,2 tys. zł (660.927); okulistyka - hospitalizacja planowa (kod 403460003102) – 5.937,9 tys. zł (114.191); okulistyka - zespół chirurgii jednego dnia (kod 403460003202) – 507,9 tys. zł (9.767);
- ortopedia i traumatologia narządu ruchu - hospitalizacja (kod 403458003002) – 289.819,7 tys. zł (5.573.456).

(dowód: akta kontroli str. 177)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena cząstkowa

NIK pozytywnie ocenia sporządzanie przez Oddział planów finansowych oraz planowanie środków na zakup świadczeń w zakresach objętych kontrolą. Oddział zwiększył poziom finansowania świadczeń objętych kontrolą NIK, co wpłynęło na zwiększenie ilości wykonania zabiegów usunięcia zaćmy i wszczepienia endoprotez. Wdrożenie dyrektywy transgranicznej nie miało wpływu na dokonywanie przez Oddział podziału środków na zakup świadczeń w zakresach objętych kontrolą.

⁵⁰ Dane za 10 miesięcy 2016 r.

⁵¹ W 2014r. w zakresie ambulatoryjnych świadczeń okulistycznych kwota zapłaty za wykonane nadlimity w drodze rozliczenia umów wynosiła 2.154.927,95 zł natomiast w zakresie ambulatoryjnych świadczeń ortopedycznych dla dorosłych 835.126,26 zł. W 2015 r. w zakresie ambulatoryjnych świadczeń okulistycznych kwota zapłaty za wykonane nadlimity w drodze rozliczenia umów wynosiła 477.815,68 zł natomiast w zakresie ambulatoryjnych świadczeń ortopedycznych dla dorosłych 311.148,05 zł

4. Realizacja umów o udzielanie świadczeń.

4.1. Łączna wartość zrealizowanych w latach 2014-2016 świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie szpitalne w poniższych zakresach wynosiła łącznie 212.039,7 tys. zł (44.057 świadczeń), z tego:

- okulistyka – hospitalizacja (kod 403460013002)⁵² – 76.631,2 tys. zł (31.511); okulistyka – hospitalizacja planowa (kod 403460013102)⁵³ – 3.363,5 tys. zł (1.399); okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia (kod 403460013202)⁵⁴ – 3.683,8 tys. zł (1.550); okulistyka – hospitalizacja (kod 403460003002)⁵⁵ – 16.216,6 tys. zł (2.077); okulistyka - hospitalizacja planowa (kod 403460003102)⁵⁶ – 597,3 tys. zł (91); okulistyka - zespół chirurgii jednego dnia (kod 403460003202)⁵⁷ – 262,1 tys. zł (40);
- ortopedia i traumatologia narządu ruchu - hospitalizacja (kod 403458003002)⁵⁸ – 111.285,2 tys. zł (7.389).

(dowód: akta kontroli str. 178-179)

W latach 2014-2016 (do 31.10.) Oddział rozliczył w ramach tzw. migracji pacjentów województwa zachodniopomorskiego, świadczenia zdrowotne w rodzaju leczenie szpitalne w zakresach objętych kontrolą (przekazane środki) - na łączną kwotę 37.883,8 tys. zł (w tym 8.598 świadczeń)⁵⁹, a za świadczenia zdrowotne udzielone pacjentom z innych województw (uzyskane środki) - łączną kwotę 28.456,7 tys. zł (w tym 7.555 świadczeń)⁶⁰.

(dowód: akta kontroli str. 187-189, 247-248)

4.2. Łączna wartość zrealizowanych w latach 2014-2016 świadczeń zdrowotnych w rodzaju AOS w poniższych zakresach wynosiła łącznie 25.334,3 tys. zł (433.689 świadczeń), z tego:

- okulistyka (kod 402160000102) w związku z rozpoznaniem H25 i H26⁶¹ wynosiła 7.409,4 tys. zł (138.157); okulistyka (kod 402160000102) w związku z rozpoznaniem H33, H35 i H34⁶² - inne zaburzenia siatkówki – 7.541,3 tys. zł (96.898); okulistyka zabiegowa (kod 402160010102) związku z rozpoznaniem H25 i H26 – 1.534,9 tys. zł (9.020); okulistyka zabiegowa (kod 402160010102) związku z rozpoznaniem H33, H35 i H34 – 588,9 tys. zł (2.671);
- świadczenia zabiegowe w ortopedii i traumatologii narządu ruchu udzielonych w zakresie świadczeń kod 402158010102 - 2.590,9 tys. zł (55.651) i kod 402158000102 – 5.668,9 tys. zł (131.292) w związku z rozpoznaniem M16, M17 i S72⁶³.

(dowód: akta kontroli str. 180)

⁵² Kod świadczenia jednostkowego 551010002018 i 551010002019.

⁵³ Patrz przypis 52.

⁵⁴ Patrz przypis 52.

⁵⁵ Kod świadczenia jednostkowego 551010002016 i 551010002017.

⁵⁶ Patrz przypis 55.

⁵⁷ Patrz przypis 55

⁵⁸ Kod świadczenia jednostkowego 551010008002; 551010008004; 551010008005 i 551010008006.

⁵⁹ Z tego: - okulistyka – hospitalizacja B18, B19 (kod 403460013002) – 4.741,9 tys. zł (1.946); okulistyka – hospitalizacja planowa B18, B19 (kod 403460013102) – 94 tys. zł (40); okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19 (kod 403460013202) – 1.115 tys. zł (515); okulistyka – hospitalizacja (kod 403460003002) – 3.017,9 tys. zł (981); okulistyka - hospitalizacja planowa (kod 403460003102) – 306,8 tys. zł (61); okulistyka - zespół chirurgii jednego dnia (kod 403460003202) – 479,5 tys. zł (149); - ortopedia i traumatologia narządów ruchu - hospitalizacja (kod 403458003002) – 26.928,1 tys. zł (4.662) i ortopedia i traumatologia narządów ruchu - hospitalizacja planowa (kod 403458003102) – 1.200,6 tys. zł (244).

⁶⁰ Z tego: - okulistyka – hospitalizacja B18, B19 (kod 403460013002) – 2.553,8 tys. zł (1.041); okulistyka – hospitalizacja planowa B18, B19 (kod 403460013102) – 491,2 tys. zł (206); okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19 (kod 403460013202) – 35,5 tys. zł (15); okulistyka – hospitalizacja (kod 403460003002) – 4.193,2 tys. zł (1.302); okulistyka - hospitalizacja planowa (kod 403460003102) – 596,7 tys. zł (216); - ortopedia i traumatologia narządów ruchu - hospitalizacja (kod 403458003002) – 20.586,2 tys. zł (4.775).

⁶¹ H25 – zaćma starcza, H26 - inne postacie zaćmy.

⁶² H33 - odwarstwienie i przedarcie siatkówki; H35 - inne zaburzenia siatkówki, H43 - zaburzenia ciała szklistego.

⁶³ M16 - choroba zwyrodnieniowa stawów biodrowych (koksartroza); M17 - choroba zwyrodnieniowa stawów kolanowych (gonartroza); S72 - złamanie kości udowej.

4.3. W latach 2014-2016 Oddział nie przeprowadzał postępowań konkursowych w sprawie zawarcia umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (w tym dodatkowych konkursów na podstawie art. 161b ustawy o świadczeniach) w rodzaju leczenie szpitalne i AOS w zakresach obejmujących okulistykę (w tym zabiegi usunięcia zaćmy) oraz ortopedię i traumatologię narządu ruchu (w tym zabiegi endoprotezoplastyki).

(dowód: akta kontroli str. 250-253)

Świadczeniodawcy realizujący umowy w poniższych zakresach, posiadali potencjał umożliwiający realizację świadczeń ponad limit finansowania określony w umowach, z tego:

- ortopedia i traumatologia narządu ruchu – hospitalizacja: w 2014 r. – 9 z 13 świadczeniodawców przekroczyło poziom finansowania świadczeń ponad przyznany umową limit kosztów (od 0,3% do 3,2%) i w 2015 r. 9 z 12 świadczeniodawców (od 0,1% do 5,3%);
- ortopedia i traumatologia narządu ruchu – zespół chirurgii jednego dnia w 2014 r. 1 świadczeniobiorca z 3 (o 1,6%);
- okulistyka – hospitalizacja (witrektomia) – wszystkich 7 świadczeniodawców w 2014 r. (od 0,4% do 18,6%) i 3 z 7 w 2015 r. (od 0,1% do 1,8%);
- okulistyka – hospitalizacja planowa (witrektomia) – 1 z 2 w 2014 r. (o 13,1%).

Świadczeniodawcy realizujący w 2014 r. i 2015 r. świadczenia usunięcia zaćmy w rodzaju leczenie szpitalne (w zakresach: okulistyka – hospitalizacja B18, B19, okulistyka – hospitalizacja planowa B18 i B19 oraz okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia) nie przekroczyli poziomu finansowania ponad limit wynikający z umowy.

(dowód: akta kontroli str. 191, 194, 226-237, 466-474)

4.4. Oddział monitorował poziom realizacji zakontraktowanych świadczeń, wprowadzając do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zmiany dotyczące poziomu finansowania⁶⁴. W latach 2014-2016 Oddział w wyniku renegotjacji umów zwiększył wartość umów w zakresach obejmujących okulistyką oraz ortopedię i traumatologię narządu ruchu (endoprotezoplastyki) w rodzaju leczenie szpitalne, z tego: w 2014 r. - łącznie o 48 088 tys. zł⁶⁵; w 2015 roku o kwotę 24 933 tys. zł; 2016 roku o kwotę 9 015 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 190, 313)

Joanna Sikora - p.o. Zastępcy Dyrektora Oddziału wyjaśniła m.in.: *w przypadku niewykorzystania środków przeznaczonych pierwotnie w umowach Oddział dokonywał przesunięć do innych umów, które wykazywały w tym samym czasie nadwykonania w ramach tego samego zakresu przedmiotowego. Należy zaznaczyć,*

⁶⁴ Oddział wprowadził następujące zmiany do umów w niżej wymienionych zakresach: 1) (AOS) świadczenia w zakresie okulistyki: w 2014 r. do wszystkich 69 umowach zwiększono poziom finansowania o 2.410,5 tys. zł; w 2015 r. – do 63 z 67 umów zwiększając limit o 2.156,2 tys. zł; 2) (AOS) świadczenia zabiegowe w okulistyce - zakres skojarzony z 02.1600.001.02: w 2014 r. do wszystkich 69 umów zmniejszając limit o 455,8 tys. zł; w 2015 r. – do wszystkich 67 umów zmniejszając limit o 736,6 tys. zł; 3) (SZP) okulistyka - hospitalizacja B18, B19: w 2014 r. zmiany wprowadzono do 7 z 69 umów zwiększając limit o 767,8 tys. zł; w 2015 r. do 7 z 67 umów zwiększając limit o 1.091,9 tys. zł; 4) (SZP) okulistyka - hospitalizacja planowa B18, B19: w 2014 r. do 1 z 69 umów zwiększając limit o 86,4 tys. zł; w 2015 r. do 1 z 67 umów zwiększając limit o 15,2 tys. zł; 5) (SZP) okulistyka - zespół chirurgii jednego dnia B18, B19: w 2014 r. do 1 z 69 umów zwiększając limit o 5,4 tys. zł; w 2015 r. do 1 z 67 zwiększając limit o 245,2 tys. zł; 6) (SZP) okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia (witrektomia): w 2014 r. do 1 z 10 umów zwiększając limit o 6,2 tys. zł; w 2015 r. – do 1 z 10 umów zmniejszając limit o 98,5 tys. zł; 7) (SZP) okulistyka – hospitalizacja (witrektomia): w 2014 r. do 7 z 10 umów zwiększając limit o 1.622,9 tys. zł; w 2015 r. - do 7 z 10 zwiększając limit o 2.399,1 tys. zł; 8) (SZP) okulistyka - hospitalizacja planowa (witrektomia): w 2014 r. do 2 z 10 umów zwiększając limit o 386,1 tys. zł; w 2015 r. – do 2 z 10 zwiększając limit o 583,4 tys. zł; 9) (SZP) ortopedia i traumatologia narządów ruchu – hospitalizacja: w latach 2014-2015 do 12 z 50 umów odpowiednio: o 45.227,1 tys. zł (w tym: zwiększono o 45.236,8 tys. zł i zmniejszono o 9,7 tys. zł) i 20.696,8 tys. zł (tj. zwiększono); 10) (SZP) ortopedia i traumatologia narządów ruchu – zespół chirurgii jednego dnia: w 2014 r. i 2015 r. wprowadzono zmiany do 3 z 50 zawartych umów odpowiednio o 45,4 tys. zł (w tym: zwiększono o 45.490,24 zł i zmniejszono o 104 zł) i 179,8 tys. zł (w tym: zwiększono o 403 tys. zł i zmniejszono o 223,2 tys. zł).

⁶⁵ Bez zwiększeń w zakresie ortopedia i traumatologia narządu ruchu – zespół chirurgii jednego dnia.

że rok 2016 nie został jeszcze ostatecznie zamknięty – umowy nadal są renegocjowane – co spowoduje zmianę wartości kontraktów. W tym samym okresie dokonano zmniejszeń – środki finansowe uzyskane w ten sposób zostały przeznaczone na ten sam cel u innych świadczeniodawców.

(dowód: akta kontroli str.313)

4.5. Oddział dokonywał analizy i oceny potrzeb w zakresie środków niezbędnych na zaspokojenie potrzeb pacjentów oczekujących na wykonanie zabiegu usunięcia zaćmy i endoprotezoplastyki.

(dowód: akta kontroli str.320)

Joanna Sikora - p.o. Zastępcy Dyrektora Oddziału poinformowała: *na całkowite zlikwidowanie kolejki należałoby przeznaczyć – około 32 mln zł na zabiegi zaćmy oraz około 240 mln zł na zabiegi z zakresu endoprotezoplastyki. Środki te pochłonęłyby 20% rocznego budżetu na leczenie szpitalne – obecnie udział ten stanowi około 5%. Opłacenie świadczeń z zakresów nielimitowanych, pakietów onkologicznych, teleradioterapii oraz anestezjologii i intensywnej terapii pochlania około 30% rocznego budżetu na leczenie szpitalne, tym samym na pozostałe świadczenia na oddziałach takich jak np.: choroby wewnętrzne (10%), chirurgia ogólna (8%), neurologia i neurochirurgia (7%), kardiologia (6%), ortopedia i traumatologia ruchu bez endoprotezoplastyki (6%), pediatria (3%) oraz wiele innych nie starczyłoby środków finansowych. Na wielu z tych oddziałów wykonywane są świadczenia oznaczone jako ratujące życie – pacjenci w większości przypadków przywożeni są przez zespoły ratownictwa medycznego. Są to przypadki nagłe, wymagające natychmiastowej interwencji medycznej. Do sfinansowania w pierwszej kolejności zabiegów planowanych z zakresu zaćmy i endoprotezoplastyki konieczny byłby wzrost planu finansowego o 15%. W celu przypomnienia w 2016 r. plan finansowy w tym rodzaju wzrósł o 2,95% w stosunku do 2015 r.*

(dowód: akta kontroli str.320)

4.6. W latach 2014-2016 do wyceny kosztu procedury w zakresach świadczeń: okulistyka – hospitalizacja B18, B19, okulistyka – hospitalizacja planowa B18, B19 i okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19 - zastosowano tę samą cenę za 1 punkt wobec wszystkich 9 świadczeniodawców. Wartość świadczeń B18 i B19 w ww. zakresach wynosiła odpowiednio: 2.860 zł i 2.340 zł. W 2016 r. uległa ona obniżeniu o 104 zł (odpowiednio: 2.756 zł i 2.236 zł), zgodnie z załącznikiem nr 1a do zarządzenia Nr 110/2015/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 31 grudnia 2015 r.⁶⁶ i załącznikiem nr 1a do zarządzenia Nr 71/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30.06.2016 r.⁶⁷

(dowód: akta kontroli str. 254-256)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena cząstkowa

Oddział monitorował realizację umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i podejmował skuteczne działania w celu ograniczania skutków niewykonania planów rzeczowych przez podmioty lecznicze i zapewnienia dostępności świadczeń.

⁶⁶ W sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

⁶⁷ W sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne.

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

5.1. Po implementacji dyrektywy 2011/24/UE Oddział dostosował regulamin organizacyjny do realizacji zadań wynikających ze zmiany ustawy o świadczeniach⁶⁸.

(dowód: akta kontroli str. 268-271)

Łączne koszty poniesione w latach 2014-2016 na obsługę zadań wynikających z implementacji dyrektywy transgranicznej wyniosły 723,6 tys. zł, w tym: w 2014 r. - 35,2 tys. zł (98,2% planu), w 2015 r. - 372,6 tys. zł (99,9% planu) i w 2016 r. - 315,8 tys. zł (83,1% planu). Koszty osobowe wyniosły łącznie w badanym okresie 592,6 tys. zł⁶⁹ (w tym wynagrodzenia pracowników 497,9 tys. zł⁷⁰). Koszty pozapłacowe (administracyjne) wyniosły łącznie 131 tys. zł⁷¹.

(dowód: akta kontroli str. 272)

5.2. W latach 2014-2016 (do 31.12.)⁷² do Oddziału wpłynęło siedem wniosków o uprzednią zgodę (na podstawie art. 42b ust. 9 ustawy o świadczeniach) oraz 686 wniosków na kwotę 2.513,5 tys. zł w sprawie zwrotu kosztów świadczeń medycznych zakupionych w 9 państwach UE, w tym: 650 wniosków⁷³ o zwrot kosztów leczenia w Niemczech na kwotę 2.397,7 tys. zł, 20⁷⁴ w Czechach na kwotę 55,3 tys. zł, 4 w Hiszpanii na kwotę 18,4 tys. zł, 3 we Francji na kwotę 34,6 tys. zł, 2 we Włoszech na kwotę 3,1 tys. zł i 1 w Holandii na kwotę 0,8 tys. zł oraz 6 wniosków w 3 państwach: Austria, Belgia i Dania na kwotę 3,5 tys. zł, które nie otrzymały refundacji (1 odmowa, 2 pozostawienie bez rozpatrzenia i 3 sprawy umorzono). Spośród 686 ww. wniosków:

- 9 wpłynęło w 2014 r. na kwotę 55,6 tys. zł - udział procentowy kwoty zrefundowanej przez Oddział wynosił 81,7% (tj. 45,4 tys. zł);
- 339 wniosków - w 2015 r. na kwotę 1.434 tys. zł, udział procentowy kwoty zrefundowanej przez Oddział wynosił 54% (774,2 tys. zł);
- 338 w 2016 r. (do 31.12.)⁷⁵ na kwotę 1.024 tys. zł, udział procentowy kwoty zrefundowanej przez Oddział wynosił 67% (686,6 tys. zł).

W latach 2015-2016 zainteresowanie świadczeniobiorców korzystaniem z procedury zwrotu kosztów zakupu świadczeń medycznych w innym niż Rzeczpospolita Polska⁷⁶ państwie UE w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej było na tym samym poziomie i wyniosło od 339 wniosków w 2015 r. do 338 w 2016 r.

(dowód: akta kontroli str. 249, 279-280, 416)

W badanym okresie Dyrektor Oddziału wydał 627 decyzji pozytywnych o zwrocie kosztów, 12 spraw pozostawił bez rozpatrzenia, w 14 sprawach odmówił zwrotu kosztów, 10 postępowań umorzył, 3 postępowania zawiesił, a 1 sprawę przekazał do Dolnośląskiego OW NFZ. Na dzień 31.12.2016 r. nie zakończono

⁶⁸ Poszczególnym jednostkom organizacyjnym Oddziału przypisano zadania wynikające z dyrektywy transgranicznej, m.in.: udzielanie świadczeniobiorcom informacji w zakresie: funkcjonowania systemu ubezpieczenia zdrowotnego i zasad leczenia obowiązujących na terenie państw członkowskich UE/EFTA, uzyskiwania świadczeń zdrowotnych w Polsce i innych krajach, przybliżonej wysokości refundacji kosztów świadczeń opieki zdrowotnej uzyskanych w innym państwie członkowskim UE, kwalifikacji recept zrealizowanych poza granicami RP oraz ustalenie wysokości zwrotu kosztów, koordynację współpracy Oddziału z Centralą, prowadzenie spraw i przygotowywanie decyzji Dyrektora o wydanie zgody na uzyskanie w innym niż Polska państwie członkowskim UE świadczenia opieki zdrowotnej, przygotowywanie projektów decyzji administracyjnych na podstawie art. 42d ustawy. Prowadzeniem ww. spraw zajmowało się 19 pracowników w wymiarze 4,99 etatu. Zadania związane z dyrektywą transgraniczną zostały ujęte w zakresach obowiązków pracowników. Oznakowano pomieszczenia, w których odbywała się obsługa klientów w zakresie udzielania informacji czy przyjmowania wniosków.

⁶⁹ Z tego: w 2014 r. - 24,5 tys. zł, w 2015 r. - 306,9 tys. zł i w 2016 r. - 261,1 tys. zł.

⁷⁰ Z tego: w 2014 r. - 20,6 tys. zł, w 2015 r. - 257,7 tys. zł i w 2016 r. - 219,6 tys. zł.

⁷¹ Z tego: w 2014 r. - 10,7 tys. zł, w 2015 r. - 65,7 tys. zł, w 2016 r. - 54,7 tys. zł.

⁷² Według stanu na 5.01.2017 r.

⁷³ W tym 564 w sprawie zwrotu kosztów leczenia zaćmy.

⁷⁴ W tym 17 w sprawie zwrotu kosztów leczenia zaćmy.

⁷⁵ Według stanu na 5.01.2017 r.

⁷⁶ Dalej: „RP”.

19 postępowań. Łącznie w latach 2014-2016 Oddział wypłacił tytułem zwrotu kosztów świadczeń medycznych 1.461,8 tys. zł (59,7% poniesionych przez pacjentów kosztów leczenia), w tym: 1.225,9 tys. zł na zabiegi usunięcia zaćmy, 23 tys. zł na zabiegi ortopedyczne i 212,9 tys. zł na pozostałe świadczenia.

(dowód: akta kontroli str. 249)

5.3. Spośród 668 wniosków, które wpłynęły do Oddziału w latach 2014-2016 w sprawie zwrotu kosztów zakupu świadczeń medycznych w innym niż RP państwie członkowskim UE w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej (na kwotę 2.513,5 tys. zł), badaniem objęto:

- 50 wniosków dobranych losowo⁷⁷ na łączną kwotę 212,3 tys. zł (tj. 8,4%),
- 7 wniosków o uprzednią zgodę na uzyskanie świadczeń, na podstawie art. 42b ust. 9 ustawy o świadczeniach.

Żaden z wniosków w sprawie zwrotu kosztów zakupu świadczeń medycznych w innym niż RP państwie członkowskim UE, nie wpłynął do Oddziału w okresie przed wejściem w życie krajowych przepisów implementujących dyrektywę transgraniczną (tj. 25.10.2013 r. - 15.11.2014 r.).

(dowód: akta kontroli str. 280, 416, 419-431)

Sześć z 50 wniosków w sprawie zwrotu kosztów zakupu świadczeń medycznych w innym niż RP państwie członkowskim UE w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej złożonych przez osoby uprawnione⁷⁸ dotyczyło świadczeń udzielonych w okresie od 25.10.2013 r. do 14.11.2014 r. (tj. przed wejściem w życie krajowych przepisów implementujących dyrektywę 2011/24/UE). W czterech sprawach⁷⁹ Oddział dokonał zwrotu kosztów, w jednej⁸⁰ - odmówił ich zwrotu, w jednej⁸¹ - zawiesił postępowanie na wniosek strony⁸². Wszystkie badane postępowania w tym zakresie były prowadzone prawidłowo (art. 42b i 42c ustawy o świadczeniach).

(dowód: akta kontroli str. 417, 421-431)

5.3.1. Spośród 50 badanych wniosków 47 dotyczyło świadczeń gwarantowanych określonych w art. 42b ust. 1 i ust. 2 pkt 10 ustawy o świadczeniach. Trzy wnioski⁸³ nie spełniały wymogów ww. przepisów (dotyczyły: leków nieujętych w wykazie leków refundowanych⁸⁴ oraz w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁸⁵). W dwóch sprawach Oddział odmówił zwrotu kosztów świadczeń, a w sprawie zwrotu kosztów leku – odmówił zwrotu w części.

Wśród 50 ww. wniosków, pięć dotyczyło świadczeń, dla których wymagane było uzyskanie uprzedniej zgody na uzyskanie świadczeń, na podstawie art. 42b ust. 9 ustawy o świadczeniach. W dwóch⁸⁶ przypadkach Oddział odmówił zwrotu kosztów, w dwóch⁸⁷ - dokonał zwrotu kosztów (na podstawie 10 ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach⁸⁸), w jednym – zawiesił postępowanie na wniosek strony⁸⁹.

(dowód: akta kontroli str. 419-420)

⁷⁷ Losowanie proste przy użyciu aplikacji „Pomocnik kontrolera”.

⁷⁸ Tj. 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 (Dz.U. z 2014 r., poz. 1491) – dalej: „ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach”.

⁷⁹ Nr: WEFiWM-III.487.19.2015, WEFiWM-III.487.49.2015, WEFiWM-III-334-12-4-aś/14, WEFiWM-III-334-12-9-mk/14.

⁸⁰ Nr WEFiWM-III.487.16.2015.

⁸¹ Nr WEFiWM-III-334-12-6-mk/14.

⁸² Z powodu ubiegania się przez świadczeniobiorcę o wymagane dokumenty.

⁸³ W sprawach nr: EFiWM-III.487.11.2015, WEFiWM-III.487.16.2015, WEFiWM-III.487.20.2015.

⁸⁴ Na podstawie art. 37 ustawy z 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1536 ze zm.).

⁸⁵ Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2013 r. Nr 1520 ze zm.).

⁸⁶ W sprawach nr: WEFiWM-III.487.259.2015, WEFiWM-III.487.316.2015.

⁸⁷ W sprawach nr: WEFiWM-III.487.49.2015, WEFiWM-III-334-12-9-mk/14.

⁸⁸ Do świadczeń okresu przejściowego nie miał zastosowania przepis art. 42b ust. 9 ustawy o świadczeniach wprowadzający wymóg uzyskania uprzedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu na świadczenia zawarte w wykazie przewidzianym w art. 42e. tej ustawy.

⁸⁹ Patrz przypis 82.

5.3.2. Spośród 50 ww. wniosków o zwrot kosztów objętych badaniem, 11 nie było kompletnych i wymagało uzupełnienia (w tym 4 wnioski⁹⁰ nie zawierały, m.in. odpowiedniego skierowania lub zlecenia na przejazd środkami transportu sanitarnego – określonych w art. 42b ust. 3 i ust. 4 ustawy o świadczeniach).

We wszystkich 11 ww. sprawach Oddział wyznaczył 7-dniowy termin na uzupełnienie wniosku, zgodnie z art. 62 ust. 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego⁹¹. W dziewięciu sprawach świadczeniobiorcy uzupełnili wnioski w terminie (w tym w siedmiu sprawach Oddział dokonał zwrotu, a w dwóch – odmówił zwrotu). W jednej sprawie – pozostawiono wniosek bez rozpatrzenia, a w jednej – zawieszono postępowanie na wniosek strony.

(dowód: akta kontroli str. 421-431)

W trzech⁹² z siedmiu wniosków o uprzednią zgodę na uzyskanie świadczeń, Oddział wyznaczył termin 14-dniowy na uzupełnienie wniosków w części wypełnianej przez lekarza. Świadczeniobiorcy nie uzupełnili wniosków w wyznaczonym terminie i Oddział pozostawił sprawę bez rozpatrzenia. W 4 pozostałych sprawach Oddział poinformował świadczeniobiorców o właściwym sposobie załatwienia sprawy (m.in. złożeniu wniosku do Prezesa NFZ w Warszawie na innym formularzu).

(dowód: akta kontroli str.416)

5.3.3. Oddział odmówił zwrotu kosztów zakupu świadczeń medycznych w innym niż RP państwie członkowskim UE w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej łącznie w sześciu⁹³ (na kwotę 36,4 tys. zł) z 50 badanych spraw (na kwotę 212,3 tys. zł).

(dowód: akta kontroli str. 421-431)

W badanym okresie Oddział negatywnie rozpatrzył wszystkie 7 wniosków⁹⁴ o zgodę na uzyskanie świadczeń, na podstawie art. 42b ust. 9 ustawy o świadczeniach. Tylko w jednej sprawie⁹⁵ (mimo przesłanek uzasadniających pozostawienie sprawy bez rozpatrzenia) Oddział poinformował świadczeniobiorcę o możliwości skorzystania z konsultacji neurochirurga w uzgodnionym przez ZOW NFZ terminie, tj. przed dopuszczalnym czasem oczekiwania świadczeniobiorcy na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej zawartym we wniosku o uzyskanie uprzedniej zgody.

(dowód: akta kontroli str. 416)

5.3.4. Nie wystąpiły przesłanki podmiotowe do wyłączenia stosowania przepisów o transgranicznej opiece zdrowotnej, na podstawie art. 42g ustawy o świadczeniach.

(dowód: akta kontroli str.419-420)

5.3.5. We wszystkich pozostałych 44 przypadkach (z 50 badanych) Oddział dokonywał zwrotu kosztów świadczenia opieki medycznej poza terytorium RP, w prawidłowej kwocie zgodnie z art. 42c ust. 6 ustawy o świadczeniach, w oparciu o cenniki sporządzone przez Centralę NFZ. Kwota wynikająca z decyzji o zwrocie kosztów była niższa od kwoty wnioskowanej przez świadczeniobiorców łącznie o 63,7 tys. zł (36,2%). Oddział dokonał zwrotu kosztów zakupu świadczenia opieki

⁹⁰ W sprawach nr: WEFiWM-III.487.274.2016, WEFiWM-III.334-12-4-aś/14, WEFiWM-III.334-12-6-mk/14, WEFiWM-III.334-12-9-mk/14.

⁹¹ Dz.U. z 2000 r. Nr 98, poz. 1071 ze zm.

⁹² W sprawach: WSS-I.4871.1.2015, WSS-W-I.4871.1.2015, WSS-W-I.4871.4.2015.

⁹³ Tj. w sprawach nr: WEFiWM-III.487.16.2015 i WEFiWM-III.487.20.2015 - świadczenie opieki zdrowotnej będące przedmiotem wniosku nie było świadczeniem gwarantowanym; WEFiWM-III.487.11.2015 – częściowo odmówiono zwrotu kosztów (w części dotyczącej leku niezajdującego się w wykazie leków refundowanych); WEFiWM-III.487.259.2015, WEFiWM-III.487.316.2015 - świadczeniobiorca, przed udzieleniem mu świadczeń opieki zdrowotnej, nie uzyskał zgody, o której mowa w art. 42b ust. 9; WEFiWM-III.487.4.2016 – wnioskodawca nie był ubezpieczony.

⁹⁴ W sprawach o nr: WSS-I.4871.1.2015, WSS-W-I.4871.1.2015, WSS-W-I.4871.4.2015 - w związku z nieusunięciem braków formalnych pozostawiono sprawę bez rozpoznania; WSS-W-I.4871.2.2015, WSS-I.4871.4.2016, WSS-I.4871.5.2016 - poinformowano wnioskodawcę o sposobie załatwienia sprawy; WSS-W-I.4871.3.2015 – wniosek został złożony po wykonaniu wnioskowanego świadczenia, poinformowano wnioskodawcę o konieczności uzyskania zgody przed podjęciem leczenia oraz po wejściu w życie nowych przepisów i nowych druków wniosków

⁹⁵ N WSS-W-I.4871.4.2015

medycznej poza terytorium RP w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej na łączną kwotę 112,2 tys. zł (tj. 63,8%) z wnioskowanej przez świadczeniobiorców kwoty 175,9 tys. zł⁹⁶. Oddział dokonał zwrotu kosztów terminowo, zgodnie z art. 42d ust. 17 ustawy o świadczeniach.

(dowód: akta kontroli str. 411, 419-431)

W sprawie informacji umożliwiających ustalenie różnicy pomiędzy standardem świadczenia uzyskanego poza granicami kraju, a standardem świadczenia udzielanego w kraju, będącym podstawą określenia wysokości zwrotu kosztów, Joanna Sikora - p.o. Zastępcy Dyrektora Oddziału wyjaśniła m.in.: *dokumentacja zgromadzona przez Oddział w sprawach o zwrot kosztów leczenia nie wskazywała, iż przyczyną wyboru placówki zagranicznej była różnica pomiędzy standardem świadczenia wykonywanego poza granicami kraju, a standardem świadczenia udzielanego na terenie kraju.*

(dowód: akta kontroli str. 246)

5.3.6. W trzech przypadkach⁹⁷ (z 50 badanych) Oddział dokonał zwrotu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej (tj. usunięcie ząbczy) udzielonych w innym niż RP państwie członkowskim UE w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej bezpośrednio na rzecz pełnomocników świadczeniobiorców (był nim ten sam podmiot gospodarczy). Łączna kwota zwrotu zakupu świadczeń wypłacona pełnomocnikom świadczeniobiorców wynosiła 6,3 tys. zł⁹⁸, co stanowiło 5,6% kwoty zwrotu świadczeń opieki medycznej udzielonych poza terytorium RP objętych badaniem NIK (112,2 tys. zł).

(dowód: akta kontroli str. 419-420)

5.3.7. W żadnej ze zbadanych spraw dotyczącej wniosków o zwrot kosztów świadczeń, na podstawie art. 42b ust. 9 ustawy o świadczeniach, nie wystąpiły komplikacje w trakcie udzielania świadczeń, skutkujących przedłużeniem czasu hospitalizacji powyżej jednego dnia.

(dowód: akta kontroli str. 418, 421-431)

5.4. Oddział nie wprowadził mechanizmu umożliwiającego kontynuację leczenia na terytorium kraju osobom, które skorzystały z transgranicznej opieki zdrowotnej. Nie zapewniono też obserwacji medycznej, o której mowa w art. 5 lit. c dyrektywy 2011/24/UE.

(dowód: akta kontroli str. 34)

Joanna Sikora - p.o. Zastępcy Dyrektora Oddziału wyjaśniła: że *realizacja świadczeń przebiega na zasadach określonych przepisami prawa, także w zakresie kontynuacji.*

(dowód: akta kontroli str. 34)

5.5. W latach 2014-2016 (do 30.11.) Oddział udzielił odpowiedzi na 1.519 zapytań na temat transgranicznej opieki zdrowotnej, skierowanych w formie pisemnej, pocztą elektroniczną i telefonicznie, w tym 55 w 2014 r., 1.044 w 2015 r. i 420 w 2016 r. Przedmiotem zainteresowania były m.in.: procedury dotyczące zwrotu kosztów świadczeń i ich stawki (w 2014 r.), informacje w sprawie zasad dostępu do transgranicznej opieki, procedury umożliwiające dostęp do transgranicznej opieki zdrowotnej i informacje na temat leczenia i zwrotu kosztów oraz informacje o rodzaju świadczeń wymagających uprzedniej zgody, a także trybu rozpatrywania wniosków o wydanie uprzedniej zgody.

⁹⁶ Dotyczących 44 wniosków rozpatrzonych pozytywnie.

⁹⁷ Tj. w sprawach nr. WEFiWM-III.487.226.2016, WEFiWM-III.487.286.2016, WEFiWM-III.487.287.2016.

⁹⁸ Każda na kwotę 2.111,15 zł

Informacje w zakresie transgranicznej opieki zdrowotnej była udostępniona na stronie internetowej Oddziału. W 2014 r. Oddział zorganizował 2 szkolenia dotyczące zasad prowadzenia list oczekujących⁹⁹, w 2015 r. i 2016 r. – po 12 szkoleń dla 721 świadczeniodawców, z udziałem 1.540 uczestników w każdym roku. W czerwcu 2015 r. Oddział pośredniczył w organizacji 2 szkoleń przeprowadzonych przez pracowników Centrali NFZ, skierowanych m.in. do świadczeniodawców.

(dowód: akta kontroli str. 32-34, 238-244, 276-278, 315-317)

5.6. Oddział współpracował w dziedzinie transgranicznej opieki zdrowotnej z innymi podmiotami, w tym zagranicznymi¹⁰⁰, podczas rozpatrywania wniosków o zwrot kosztów świadczeń gwarantowanych udzielonych w innym państwie członkowskim UE na podstawie art. 42 b ustawy. Przedmiotem współpracy było uzyskanie: dodatkowej dokumentacji, informacji na temat zakresu przeprowadzonego zabiegu oraz wszystkich procedur medycznych wykonanych podczas leczenia, wyjaśnień dotyczących zawartości przedłożonych rachunków, wskazania świadczenia gwarantowanego, doprecyzowania zastosowanej procedury, informacji na temat charakteru leczenia.

(dowód: akta kontroli str. 34-35)

5.7. W latach 2015-2016 (do 16.12.) do Oddziału wpłynęło łącznie 535 skarg od świadczeniobiorców (odpowiednio: 304 i 231). Szczegółowym badaniem objęto 20 (3,7%) skarg¹⁰¹ dotyczących m.in. trudności w dostępie do świadczeń zdrowotnych, jakości udzielanych świadczeń oraz odmowy ich udzielenia. Żadna z badanych skarg nie dotyczyła nieprzestrzegania przez świadczeniodawców praw pacjentów¹⁰² w ramach realizacji dyrektywy transgranicznej. W każdym z badanych przypadków Oddział podjął działania w celu wyjaśnienia przedmiotu skargi i udzielił świadczeniobiorcom informacji w sprawie będącej przedmiotem skargi.

(dowód: akta kontroli str. 290-302, 495-518)

5.8. W latach 2014-2016 (do 30.06.) Oddział przeprowadził łącznie 231 kontroli u świadczeniodawców realizujących umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych¹⁰³, m.in.:

- 42 kontrole umów o realizację świadczeń w rodzaju AOS (w tym: trzy kontrole - obejmujące swoim zakresem okulistykę; jedna- chirurgię ogólną zespół jednego dnia i jedna – ortopedię i traumatologię narządu ruchu);
- 61 kontroli - w rodzaju leczenie szpitalne (w tym: dwie - obejmujące swoim zakresem chirurgię ogólną zespół jednego dnia i jedna – ortopedię i traumatologię narządu ruchu).

Szczegółowym badaniem objęto łącznie 64 (27,7%)¹⁰⁴ kontrole przeprowadzone przez Oddział w latach 2015-2016 (30.06). W żadnym z badanych postępowań kontrolnych przeprowadzonych u świadczeniodawców, Oddział nie stwierdził przypadków: nieprzestrzegania praw pacjentów do otrzymania rachunku, nieposiadania przez świadczeniodawców cennika świadczeń lub stosowania preferencji w udzielaniu świadczeń dla odpłatnych pacjentów zagranicznych.

(dowód: akta kontroli str. 283-289)

⁹⁹ Według zmian w 2015 r. i pracy w aplikacji AP-KOLCE.

¹⁰⁰ W 3 przypadkach z polskimi świadczeniodawcami, w 6 przypadkach z niemieckimi świadczeniodawcami, w 3 przypadkach z niemieckim Krajowym Punktem Kontaktowym do spraw Transgranicznej Opieki Zdrowotnej, w 1 przypadku z konsultantem wojewódzkim w dziedzinie neurochirurgii i w 1 przypadku z konsultantem krajowym w dziedzinie radioterapii onkologicznej.

¹⁰¹ Tj. po 10 w każdym roku.

¹⁰² W tym dotyczące ograniczenia dostępu do informacji i dokumentacji medycznej, braku cennika świadczeń zdrowotnych, niewystawienia rachunku za świadczenie opieki zdrowotnej, braku zamieszczenia na rachunku informacji o zrealizowanych procedurach diagnostycznych i terapeutycznych, niskiej jakości udzielonych świadczeń, stosowania preferencji w świadczeniu opieki na rzecz pacjentów odpłatnych, odmowy realizacji recepty i wydania produktów leczniczych przepisanych przez lekarza z innego niż Polska kraju.

¹⁰³ Tj. w 2014 r. – 122, w 2015 r. – 86 i w 2016 r. (do 30.06.) – 23.

¹⁰⁴ Tj. po 32 w każdym roku.

Ustalone
nieprawidłowości

Uwagi dotyczące
badanej działalności:

Ocena cząstkowa

Opis stanu
faktycznego

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

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że w myśl art. 5 lit. c dyrektywy transgranicznej, państwo członkowskie zobowiązane jest do zapewnienia, aby w przypadku, gdy pacjent skorzystał z transgranicznej opieki zdrowotnej i gdy konieczna jest dalsza obserwacja medyczna, dostępna była taka sama obserwacja, jaka byłaby zapewniona w przypadku skorzystania z opieki zdrowotnej na jego terytorium. Dostęp do takich świadczeń w kraju, może być jednak znacznie utrudniony, w przypadku tych specjalistycznych świadczeń opieki zdrowotnej, na których udzielenie oczekuje znaczna liczba osób, które już wcześniej ujęte zostały na listach prowadzonych w podmiotach leczniczych.

Oddział udostępnił świadczeniobiorcom informacje o prawach obywateli RP i innych państw członkowskich UE, wynikających z dyrektywy 2011/24/UE i przepisów krajowych oraz finansował świadczenia zdrowotne zrealizowane w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej. Oddział prawidłowo i terminowo realizował obowiązki w zakresie rozpatrywania wniosków dotyczących uprzedniej zgody na uzyskanie świadczeń, na podstawie art. 42b ust. 9 ustawy o świadczeniach oraz zwrotu kosztów świadczeń udzielanych za granicą, na podstawie art. 42c i 42d ww. ustawy, a także dokonywania rozliczeń ze świadczeniobiorcami.

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

6.1. W 2015 r. jeden świadczeniodawca zrezygnował z realizacji umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych - leczenie szpitalne w zakresie świadczeń zdrowotnych objętych kontrolą (tj. ortopedii i traumatologii narządu ruchu – zespół chirurgii jednego dnia¹⁰⁵) i wystąpił o przesunięcie niewykorzystanej kwoty finansowania do zakresu okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia.

Powodem zmiany umowy było zwiększenie środków finansowych na świadczenia związane z leczeniem zaćmy do końca 2015 r. i zmniejszenie kolejki oczekujących. Świadczeniodawca zadeklarował, że świadczenia zdrowotne związane ze schorzeniami ortopedycznymi zostaną udzielone w ramach procedur realizowanych w Oddziale Chirurgii Ogólnej. W uzasadnieniu zmian pomiędzy zakresami świadczeniodawca nie podniósł kwestii nieopłacalności wykonywania świadczeń finansowanych przez Oddział.

(dowód: akta kontroli str. 37-46)

6.2. W toku kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresach obejmujących okulistykę oraz ortopedię i traumatologię narządu ruchu¹⁰⁶, Oddział nie stwierdził przypadków nieuzasadnionego zaniechania udzielania świadczeń.

W trakcie przeprowadzanych kontroli umów, Oddział w jednym przypadku stwierdził udzielenie świadczeń (w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu – zespół chirurgii jednego dnia) w sposób i w warunkach istotnie nieodpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach prawa i umowie oraz przedstawienie przez świadczeniodawcę nieprawdziwych/niezgodnych ze stanem faktycznym danych i informacji, mających istotny wpływ na zawarcie umowy w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy¹⁰⁷. W dniu 27.01.2014 r. Oddział wypowiedział umowę w tym zakresie.

(dowód: akta kontroli str. 37-38, 181-186)

¹⁰⁵ Tj. z Samodzielnym Publicznym Wielospecjalistycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Stargardzie Szczecińskim umowę rozwiązano za porozumieniem stron na wniosek świadczeniodawcy, w październiku 2015 r.

¹⁰⁶ Przeprowadzonych w latach 2013-2016 (do 30.06.)

¹⁰⁷ Tj. w okresie od 07.11. do 20.11.2013 r. Negatywnie oceniono organizację i dostępność do świadczeń.

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

(dowód: akta kontroli str. 274-275)

Joanna Sikora - p.o. Zastępcy Dyrektora Oddziału wyjaśniła m.in.: *świadczenia w ramach opieki transgranicznej opłacane są przez pacjenta nie ubezpieczyciela, a zakres wiedzy o pacjentach spoza Polski (w ramach dyrektywy) nie został wpisany w treść art. 188 ustawy o świadczeniach wyznaczającego obszar przetwarzanych przez Fundusz danych. Ich realizacja przynosi świadczeniodawcom dodatkowy dochód, nie stanowiąc realnego zagrożenia dla udzielania świadczeń na podstawie umowy z Funduszem. Nie dysponujemy także informacjami na temat skali zainteresowania pacjentów z innych państw UE placówkami na terenie województwa zachodniopomorskiego. Z ogólnie dostępnych informacji wynika, że niektóre placówki podniosły standard świadczonych usług (wyposażenie, warunki lokalowe).*

(dowód: akta kontroli str. 274-275)

6.4. Kierownicy 20 świadczeniodawców realizujących w latach 2013-2016 umowy zawarte z Oddziałem poinformowali¹⁰⁸, że sześciu z nich udzielało również świadczenia opieki zdrowotnej osobom pochodzącym z innych państw UE¹⁰⁹, a 14 - nie udzielało świadczeń ww. osobom. Wśród świadczeniodawców udzielających świadczeń odpłatnych osobom spoza innych państw UE nie wystąpiły przypadki braku realizacji umów zawartych z Oddziałem (tj. niewykonania kontraktów) w zakresach obejmujących okulistykę oraz ortopedię i traumatologię narządu ruchu. Wartość świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych przez świadczeniodawcę odpłatnie (tj. poza umowami zawartymi z ZOW NFZ) - wynosiła rocznie od 511,36 zł do 3.936.875 zł. Natomiast wartość świadczeń udzielonych przez świadczeniodawcę osobom ubezpieczonym w innych niż Polska krajach UE wynosiła rocznie od 511,36 zł do 99.498,92 zł.

Świadczeniodawcy¹¹⁰ posiadali cennik świadczeń odpłatnych (tj. udzielanych na rzecz osób, które nie podlegały ubezpieczeniu zdrowotnemu w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). Pięciu z 19 świadczeniodawców poinformowało, że ceny świadczeń udzielanych odpłatnie były na poziomie świadczeń finansowanych przez Oddział. Ośmiu świadczeniodawców wyceniło świadczenia udzielane odpłatnie powyżej poziomu finansowania przez Oddział (w zakresach obejmujących okulistykę od 15,4% do 81,1%, w zakresach obejmujących ortopedię i traumatologię narządu ruchu o 30,8%). Jeden świadczeniodawca (niepubliczny) wycenił odpłatne świadczenie usunięcia zaćmy niepowikłanej od 45,3% (1.104 zł) do 81,1% (1.814 zł) powyżej kosztów zabiegu finansowanego przez Oddział, a zaćmy powikłanej od 41,2% (1.006 zł) do 73,9% (1.806 zł). Pozostałych sześciu świadczeniodawców nie poinformowało o cenach świadczeń wykonywanych odpłatnie.

Żaden ze świadczeniodawców nie podjął współpracy z podmiotami zagranicznymi lub krajowymi w celu objęcia cudzoziemców planowym i odpłatnym leczeniem.

Spośród 20 ww. świadczeniodawców, 11 poinformowało, że posiada potencjał umożliwiający wykonanie świadczeń zdrowotnych w zakresach obejmujących okulistykę oraz ortopedię i traumatologię narządu ruchu, ponad limity wynikające z umów zawartych z Oddziałem.

(dowód: akta kontroli str. 336-403)

¹⁰⁸ W trybie art. 29 ust.1 pkt 2 lit. f ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2015 r. poz. 1096 oraz z 2016 r. poz. 677 ze zm.) – dalej: „ustawa o NIK”.

¹⁰⁹ W tym: dwóch - w zakresach obejmujących okulistykę, trzech – w zakresach obejmujących ortopedię i traumatologię narządu ruchu oraz jeden – w zakresach obejmujących okulistykę oraz ortopedię i i traumatologię narządu ruchu.

¹¹⁰ Jeden świadczeniodawca nie udzielił informacji.

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

Udzielanie odpłatnych świadczeń zdrowotnych osobom pochodzącym z innych państw UE przez świadczeniodawców - nie miało wpływu na ograniczenie dostępności do świadczeń finansowych ze środków publicznych przez ZOW NFZ, w zakresach obejmujących okulistykę oraz ortopedię i traumatologię narządu ruchu.

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, odstępuje od sformułowania wniosków pokontrolnych.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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 Szczecinie.

Szczecin, dnia 27 stycznia 2017 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Szczecinie

Dyrektor

Kontroler
Iwona Gołębiewska
Specjalista kontroli państwowej

.....
podpis

.....
podpis