



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura we Wrocławiu

LWR.410.024.01.2016  
P/16/084

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura we Wrocławiu  
ul. Marszałka J. Piłsudskiego 15/17, 50-044 Wrocław  
T +48 71 711 83 00, F +48 71 711 83 50  
[lwr@nik.gov.pl](mailto:lwr@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 we Wrocławiu
Kontrolerzy	1. Magdalena Barzęc, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 112/2016 z dnia 17 listopada 2016 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2) 2. Paweł Matuszak, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 116/2016 z dnia 2 grudnia 2016 r. (dowód: akta kontroli str. 1001-1002)
Jednostka kontrolowana	Dolnośląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, ul. Joannitów 6, 50-525 Wrocław, (dalej: „DOW NFZ” lub „Oddział”)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Andrzej Oćwieja, Dyrektor DOW NFZ od dnia 5 września 2016 r. <sup>1</sup> (dowód: akta kontroli str. 35-41)

## II. Ocena kontrolowanej działalności

### Ocena ogólna

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli<sup>2</sup> DOW NFZ podejmował działania w celu zwiększenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, które były przedmiotem wniosków o zwrot kosztów leczenia w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej, m.in. poprzez: zwiększenie środków przeznaczonych na ten cel, rzetelne monitorowanie realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ograniczanie skutków niewykonania planów rzeczowych przez niektóre podmioty lecznicze.

Działania te okazały się jednak nie w pełni wystarczające i skuteczne. Poza bowiem częściowym zmniejszeniem w 2016 r. (w stosunku do 2015 r.) liczby osób oczekujących i skróceniem czasu oczekiwania w zakresie okulistycznych świadczeń zdrowotnych (leczenie zaćmy), w pozostałych zakresach świadczeń, związanych przede wszystkim z ortopedią i traumatologią narządu ruchu (endoprotezoplastyka stawu biodrowego i kolanowego) nie uzyskano poprawy, a liczba osób oczekujących na ich udzielenie uległa zwiększeniu, mimo zwiększenia ilości wykonanych zabiegów w tym zakresie.

DOW NFZ przeprowadzał kontrole świadczeniodawców, obejmujące swym zakresem przedmiotowym prowadzenie list osób oczekujących oraz związaną z tym sprawozdawczość (w szczególności w podmiotach, wykazujących najdłuższe czasy oczekiwania na udzielenie świadczeń), a także reagował na bieżąco na zgłaszane sygnały wskazujące na nieprawidłowości w tym zakresie.

<sup>1</sup> W okresie od 1 listopada 2009 r. do 3 lipca 2016 r. funkcje Dyrektora DOW NFZ pełniła Wioletta Niemiec, w okresie od 4 lipca 2016 r. do 4 września 2016 r. obowiązki Dyrektora DOW NFZ pełnił Tadeusz Pławiak (p.o. Dyrektora).

<sup>2</sup> Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie.

Terminowo realizowano także obowiązki w zakresie rozpatrywania wniosków dotyczących uprzedniej zgody i zwrotu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych za granicą oraz dokonywania stosownych rozliczeń, zapewniając przy tym zainteresowanym, dostęp do informacji dotyczących praw obywateli Polski, jak i innych państw UE, wynikających z dyrektywy 2011/24/UE oraz przepisów krajowych. NIK zwraca jednak uwagę, że z przedstawionych do analizy spraw nie wynikało, jaką datę należało przyjąć za moment uprawomocnienia się decyzji, gdyż nie udokumentowano daty wpływu do jednostki kontrolowanej potwierdzenia odbioru decyzji.

Liczba pacjentów z terenu województwa dolnośląskiego, którzy skorzystali ze świadczeń medycznych<sup>3</sup> za granicą w ramach tzw. dyrektywy transgranicznej i którym zwrócono koszty tego leczenia nie była znacząca oraz nie miała wpływu na zmniejszenie kolejek oczekujących i czasu oczekiwania na wykonanie tych świadczeń w kraju. Nie stwierdzono także negatywnego wpływu na dostępność do świadczeń medycznych, finansowanych ze środków publicznych, w związku z leczeniem na terenie działania DOW NFZ, pacjentów z innych państw Unii Europejskiej.

### III. Opis ustalonego stanu faktycznego

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

Opis stanu  
faktycznego

1.1. W odniesieniu do świadczeń będących głównym przedmiotem transgranicznej opieki zdrowotnej (zabiegi w zakresie soczewki – zaćma i zabiegi w zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego<sup>4</sup>), prowadzenie list oczekujących w okresie objętym kontrolą odbywało się za pomocą udostępnionej przez Centralę Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: Centrala NFZ), aplikacji Kolejki Centralne (AP-KOLCE), zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych<sup>5</sup> (dalej: rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji). Dane wprowadzone do aplikacji były automatycznie obliczane i przekazywane do Ogólnopolskiego Informatora o Czasie Oczekiwania na Świadczenie Medyczne, co pozwalało DOW NFZ na bieżący dostęp do danych o liczbie osób oczekujących na świadczenie będące głównym przedmiotem transgranicznej opieki zdrowotnej.

(dowód: akta kontroli str. 42-50)

Dane z zakresu list oczekujących, zawarte w aplikacji AP-KOLCE, były analizowane między innymi pod kątem:

- wprowadzania pacjentów do kolejki na bieżąco,
- wpisania przez świadczeniodawcę błędnego typu identyfikatora pacjenta,
- braku aktualizacji planowanego terminu udzielenia świadczenia,
- nierównomiernego rozkładu liczby zaplanowanych zabiegów,
- prawidłowości informacji sprawozdawanych dotyczących świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (CBS) i aplikacji Kolejki Centralne (AP-KOLCE) w zakresie zaćmy i endoprotez,
- aktualizacji informacji porównującej pacjentów na listach oczekujących z osobami będącymi na statusie „osoba nie żyje” w Centralnym Wykazie

<sup>3</sup> Będących przedmiotem kontroli.

<sup>4</sup> Do dnia 29 listopada 2016 r. wydano 2390 decyzji w zakresie soczewki (zaćma) oraz 1 decyzję w zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego.

<sup>5</sup> Dz. U. z 2016 r., poz. 192 ze zm.

Ubezpieczonych (wolne miejsca w kolejce przeznaczone były dla kolejnych osób na liście, co pozwalało na skrócenie kolejki),

- aktualizacji informacji porównującej aktualnie oczekujących pacjentów na listach oczekujących z osobami, które zwróciły się o zwrot kosztów zabiegów wykonanych poza granicami kraju,
- długiego średniego czasu oczekiwania i dużej liczby osób oczekujących.

(dowód: akta kontroli str. 42-50, 86-133)

W przypadku stwierdzenia błędów w danych zawartych w aplikacji Kolejki Centralne (AP-KOLCE), do świadczeniodawców były kierowane pisma z prośbą o wyjaśnienie lub dokonanie analizy wprowadzonych danych, zobowiązujące do przesłania we wskazanym terminie odpowiedzi zwrotnej. Z przedłożonych, losowo wybranych do kontroli pism w wyżej wymienionym zakresie wynikało, że świadczeniodawcy każdorazowo przesyłali wyjaśnienia do DOW NFZ, a w uzasadnionych przypadkach, dokonywali stosownych korekt w aplikacji kolejkowej.

(dowód: akta kontroli str. 42-50, 53-85, 86-133)

1.2. W przypadku DOW NFZ, w okresie objętym kontrolą, głównym świadczeniem transgranicznej opieki zdrowotnej były zabiegi o kodzie 30002 - *zabiegi w zakresie soczewki (zaćma)*. Liczba osób oczekujących na te zabiegi oraz czas oczekiwania kształtowały się następująco:

- według stanu na 31 października 2013 r. kategoria medyczna „przypadek pilny” średni rzeczywisty czas oczekiwania na wykonanie świadczenia wynosił 265 dni, liczba osób oczekujących 4 947; kategoria medyczna „przypadek stabilny” odpowiednio 925 dni i 59 671 osób;
- według stanu na 31 października 2014 r. kategoria medyczna „przypadek pilny” średni rzeczywisty czas oczekiwania na wykonanie świadczenia wynosił 255 dni, liczba osób oczekujących 5644; kategoria medyczna „przypadek stabilny” odpowiednio 976 dni i 65 815 osób;
- według stanu na 31 października 2015 r. kategoria medyczna „przypadek pilny” średni rzeczywisty czas oczekiwania na wykonanie świadczenia wynosił 259 dni, liczba osób oczekujących 5 646; kategoria medyczna „przypadek stabilny” odpowiednio 1 060 dni i 68 132 osoby;
- według stanu na 31 października 2016 r. kategoria medyczna „przypadek pilny” średni rzeczywisty czas oczekiwania na wykonanie świadczenia wynosił 243 dni, liczba osób oczekujących 4 576; kategoria medyczna „przypadek stabilny” odpowiednio 1 049 dni i 66 777osób.

Według stanu na 31 października w 2013 r. najdłuższy czas oczekiwania występował w Ośrodku Okulistyki Klinicznej Spektrum we Wrocławiu, tj. 1408 dni, liczba osób oczekujących 6368. Najkrótszy w Centrum Specjalistycznym Biomed Borowscy Spółka Jawna w, tj. 196 dni, liczba osób oczekujących 578.

Według stanu na 31 października w 2016 r. najdłuższy czas oczekiwania występował w Ośrodku Okulistyki Klinicznej Spektrum w, tj. 1512 dni, liczba osób oczekujących 4702. Najkrótszy w Karkonoskim Centrum Medycznym w, tj. 466 dni, liczba osób oczekujących 623.

W przypadku świadczenia kod 30002 - *zabiegi w zakresie soczewki (zaćma)*, średni rzeczywisty czas oczekiwania na wykonanie świadczenia w 2016 r. w porównaniu z 2013 r.<sup>6</sup> w kategorii medycznej „przypadek pilny,” uległ skróceniu z 265 dni do 243 dni (o 22 dni), tj. 8,3 %; liczba osób oczekujących zmniejszyła się o 371, tj. 7,5 %. Natomiast w przypadku kategoria medyczna „przypadek stabilny”, średni rzeczywisty czas oczekiwania wzrósł z 925 dni w 2013 r. do 1049 dni w 2016 r.

<sup>6</sup> Według stanu na dzień 31 październiak 2013 r. i 2016 r.

(o 122 dni), tj. o 11,8 %; a liczba osób oczekujących zwiększyła się z 59 671 w 2013 r. do 66 777 w 2016 r. (o 7 106 osób), tj. 10,6 %.

Zgodnie z powyższymi danymi w okresie, w którym pojawiła się możliwość skorzystania z transgranicznej opieki zdrowotnej w zakresie leczenia zaćmy, nie wystąpiły istotne zmiany powodujące zmniejszenie czasu oczekiwania i liczby osób oczekujących na wykonanie tego świadczenia. Poprawa wskaźników leczenia zaćmy w 2016 r. w stosunku do 2015 r., tj. zmniejszenie średniego rzeczywistego czasu oczekiwania z 1060 dni do 1049 dni oraz liczby osób oczekujących z 68 132 do 66 777, spowodowane było przede wszystkim wzrostem poziomu finansowania tego zakresu przez DOW NFZ w 2016 r., co zostało opisane w dalszej części wystąpienia pokontrolnego.

(dowód: akta kontroli str. 134-324, 800-801, 3678, 3730-3731)

W przypadku trzech pozostałych wybranych świadczeń oznaczonych *kodek 30003* – zabiegi w zakresie ciała szklatego (witrektomia) oraz *80003* - endoprotezoplastyka stawu biodrowego i *80005* - endoprotezoplastyka stawu kolanowego, średni rzeczywisty czas oczekiwania oraz liczba osób oczekujących w latach 2013-2016 przedstawiały się następująco:

- *kodek świadczenia 30003 – zabiegi w zakresie ciała szklatego (witrektomia gałki ocznej)*

- według stanu na 31 października 2013 r. kategoria medyczna „przypadek pilny,” średni rzeczywisty czas oczekiwania na wykonanie świadczenia wynosił 59 dni, liczba osób oczekujących 187; kategoria medyczna „przypadek stabilny” odpowiednio 1 149 dni i 852 osoby;
- według stanu na 31 października 2014 r. kategoria medyczna „przypadek pilny” średni rzeczywisty czas oczekiwania na wykonanie świadczenia wynosił 66 dni, liczba osób oczekujących 237; kategoria medyczna „przypadek stabilny” odpowiednio 680 dni i 691osób;
- według stanu na 31 października 2015 r. kategoria medyczna „przypadek pilny” średni rzeczywisty czas oczekiwania na wykonanie świadczenia wynosił 88 dni, liczba osób oczekujących 185; kategoria medyczna „przypadek stabilny” odpowiednio 418 dni i 689 osób;
- według stanu na 31 października 2016 r. kategoria medyczna „przypadek pilny” średni rzeczywisty czas oczekiwania na wykonanie świadczenia wynosił 68 dni, liczba osób oczekujących 136; kategoria medyczna „przypadek stabilny” odpowiednio 200 dni i 766 osób.

Najdłuższy czas oczekiwania według stanu na 31 października 2013 r. występował w Ośrodku Okulistyki Klinicznej Spektrum w, tj. 1618 dni, liczba osób oczekujących 549. Na bieżąco realizowane były świadczenia w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu, Ośrodku Mikrochirurgii i Terapii Okulistycznej "OKO.M" we Wrocławiu, Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej "Oko-Forum" we Wrocławiu, Specjalistycznym Centrum Medycznym S.A. w Polanicy Zdroju, Specjalistycznym Centrum Ochrony i Promocji Zdrowia Vera Vita Spółka z o.o. w Głogowie.

Najdłuższy czas oczekiwania według stanu na 31 października 2016 r. występował w 4 Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką we Wrocławiu, tj. 535 dni, liczba osób oczekujących 188. Na bieżąco były realizowane świadczenia w Ośrodku Mikrochirurgii i Terapii Okulistycznej "OKO.M" we Wrocławiu, Ośrodku Okulistyki Klinicznej Spektrum we Wrocławiu, Wrocławskim Centrum Okulistycznym Spółka Jawna we Wrocławiu, Specjalistycznym Szpitalu im. dra Alfreda Sokolowskiego w Wałbrzychu, Specjalistycznym Centrum Ochrony i Promocji Zdrowia Vera Vita

Spółka z o.o. Głogowie, Wielospecjalistycznym Szpitalu w Zgorzelcu, Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Łużyckie Centrum Medyczne w Lubaniu Spółka z o.o.

W 2016 r. w porównaniu do 2013 r.<sup>7</sup> średni rzeczywisty czas oczekiwania na wykonanie świadczenia w zakresie witrektomii kategoria medyczna „przypadek pilny,” wydłużył się z 59 do 68 dni (o 9 dni), tj. 15,2 %; liczba osób oczekujących zmniejszyła się ze 187 do 136 (o 51 osób), tj. 27,3 %. W przypadku kategorii medycznej „przypadek stabilny,” średni rzeczywisty czas oczekiwania na wykonanie tego świadczenia skrócił się z 1149 do 200 dni (o 949 dni), tj. 82,6 %, a liczba osób oczekujących zmniejszyła się ze 852 do 766 (o 51 osób), tj. 10,1 %.

• *kod świadczenia 80003 - endoprotezoplastyka stawu biodrowego:*

- według stanu na 31 października 2013 r. kategoria medyczna „przypadek pilny,” średni rzeczywisty czas oczekiwania na wykonanie świadczenia wynosił 449 dni, liczba osób oczekujących 1 178; kategoria medyczna „przypadek stabilny” odpowiednio 1 162 dni i 7518 osób;
- według stanu na 31 października 2014 r. kategoria medyczna „przypadek pilny,” średni rzeczywisty czas oczekiwania na wykonanie świadczenia wynosił 497 dni, liczba osób oczekujących 1250; kategoria medyczna „przypadek stabilny” odpowiednio 1183 dni i 8521osób;
- według stanu na 31 października 2015 r. kategoria medyczna „przypadek pilny,” średni rzeczywisty czas oczekiwania na wykonanie świadczenia wynosił 466 dni, liczba osób oczekujących 1214; kategoria medyczna „przypadek stabilny” odpowiednio 1253 dni i 8942 osób;
- według stanu na 31 października 2016 r. kategoria medyczna „przypadek pilny,” średni rzeczywisty czas oczekiwania na wykonanie świadczenia wynosił 511 dni, liczba osób oczekujących 823; kategoria medyczna „przypadek stabilny” odpowiednio 1231 dni i 9146 osób.

Według stanu na 31 października w 2013 r. najdłuższy czas oczekiwania występował w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu, tj. 2879 dni, liczba osób oczekujących 668. Na realizację świadczeń nie czekano w Zespole Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu.

Według stanu na 31 października 2016 r. najdłuższy czas oczekiwania występował w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu, tj. 2943 dni, liczba osób oczekujących 547. Na bieżąco realizowane były świadczenia w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie, Orthos Szpital Wielospecjalistyczny spółka z o.o. w Komorowicach, Wojewódzkim Centrum Szpitalnym Kotliny Jeleniogórskiej w Jeleniej Górze, Karkonoskim Centrum Medycznym w Karpaczu.

W 2016 r. w porównaniu do 2013 r.<sup>8</sup> średni rzeczywisty czas oczekiwania na wykonanie świadczenia *endoprotezoplastyka stawu biodrowego* kategoria medyczna „przypadek pilny,” wydłużył się z 449 do 511 dni (o 62 dni), tj. 13,8 %; liczba osób oczekujących zmniejszyła się ze 1178 do 823 (o 355 osób), tj. 30,1 %. W przypadku kategorii medycznej „przypadek stabilny” średni rzeczywisty czas oczekiwania na wykonanie tego świadczenia skrócił się z 1149 do 200 dni (o 949 dni), tj. 82,6 %; liczba osób oczekujących zmniejszyła się ze 852 do 766 (o 51 osób), tj. 10,1 %.

• *kod świadczenia 80005 - endoprotezoplastyka stawu kolanowego:*

- według stanu na 31 października 2013 r. kategoria medyczna „przypadek pilny” średni rzeczywisty czas oczekiwania na wykonanie świadczenia

<sup>7</sup> Według stanu na dzień 31 październiak 2013 r. i 2016 r.

<sup>8</sup> Według stanu na dzień 31 października.

- wynosił 678 dni, liczba osób oczekujących 898; kategoria medyczna „przypadek stabilny” odpowiednio 1162 dni i 7518 osób;
- według stanu na 31 października 2014 r. kategoria medyczna „przypadek pilny,” średni rzeczywisty czas oczekiwania na wykonanie świadczenia wynosił 576 dni, liczba osób oczekujących 1010; kategoria medyczna „przypadek stabilny” odpowiednio 1324 dni i 7559 osób;
  - według stanu na 31 października 2015 r. kategoria medyczna „przypadek pilny,” średni rzeczywisty czas oczekiwania na wykonanie świadczenia wynosił 491 dni, liczba osób oczekujących 1010; kategoria medyczna „przypadek stabilny” odpowiednio 1503 dni i 8616 osób;
  - według stanu na 31 października 2016 r. kategoria medyczna „przypadek pilny,” średni rzeczywisty czas oczekiwania na wykonanie świadczenia wynosił 713 dni, liczba osób oczekujących 809; kategoria medyczna „przypadek stabilny” odpowiednio 1392 dni i 8987 osób;

Według stanu 31 października 2013 r. najdłuższy czas oczekiwania występował w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu, tj. 2230 dni, liczba osób oczekujących 115. Najkrótszy w Orthos sp. z o.o. w Komorowicach, tj. 191 dni, przy 115 osobach oczekujących.

Według stanu 31 października 2016 r. najdłuższy czas oczekiwania występował w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu, tj. 2368 dni, liczba osób oczekujących 505. Na bieżąco realizowane były świadczenia w "Euromedicare" Szpital Specjalistyczny z Przychodnią we Wrocławiu, Milickim Centrum Medycznym Sp. z o.o. w Miliczu, Wojewódzkim Centrum Szpitalnym Kotliny Jeleniogórskiej w Jeleniej Górze, Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Łużyckie Centrum Medyczne w Lubaniu, spółka z o.o.

W 2016 r. w porównaniu do 2013 r.<sup>9</sup>, średni rzeczywisty czas oczekiwania na wykonanie świadczenia *endoprotezoplastyka stawu kolanowego* kategoria medyczna „przypadek pilny” wydłużył się z 678 do 713 dni (o 35 dni), tj. 5,2%; liczba osób oczekujących zmniejszyła się ze 898 do 809 osób (o 89 osób), tj. 9,9 %. W przypadku kategorii medycznej „przypadek stabilny,” średni rzeczywisty czas oczekiwania na wykonanie świadczenia wydłużył się z 1 162 do 1392 dni (o 230 dni), tj. 19,8 %; liczba osób oczekujących zwiększyła się z 7 518 do 8 987 osób (o 1461 osób), tj. 19,4 %.

(dowód: akta kontroli str. 134-324, 800-801, 3678, 3730-3731)

Dyrektor DOW NFZ wyjaśnił, że od momentu wprowadzenia dyrektywy transgranicznej, Oddział na podstawie art. 42b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>10</sup> (dalej: „ustawa o świadczeniach”), wydał odpowiednio dla:

- zabiegów w zakresie soczewki (zaćma) 2390 decyzji zwracających koszty zabiegu poza granicami kraju,
- endoprotezoplastyki stawu biodrowego 1 decyzję,

Natomiast dla zabiegów w zakresie ciała szklistego (witrektomia) oraz endoprotezoplastyki stawu kolanowego, nie wydano żadnej decyzji.

Mając powyższe na uwadze, należy uznać, iż pomimo mających miejsce wahań w zakresie kolejek oczekujących na wykonanie świadczeń zdrowotnych, liczba wykonanych zabiegów w ramach dyrektywy transgranicznej nie wpłynęła zasadniczo na średni czas oczekiwania i liczbę oczekujących na ich wykonanie.

<sup>9</sup> Według stanu na dzień 31 października 2013 r. i 2016 r.

<sup>10</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 1793.

W wyniku przeprowadzonej analizy porównawczej pacjentów aktualnie oczekujących na listach z osobami, które zwróciły się o zwrot kosztów zabiegów wykonanych poza granicami kraju, wynika że z krajowych list oczekujących na zabiegi w zakresie soczewki (zaćma) skreślono z powodu ich wykonania poza granicami kraju 267 pacjentów, co przy blisko 71 tysiącach osób oczekujących, stanowiło około 0,33% pacjentów oczekujących na takie zabiegi.

(dowód: akta kontroli str. 44-45)

1.3. W przypadku niżej wyszczególnionych sześciu świadczeń opieki zdrowotnej, średni czas oczekiwania, był najdłuższy w latach 2014-2016 (według stanu na koniec października każdego roku). Dotyczyło to trzech świadczeń o kodzie: 30002 - zabiegi w zakresie soczewki (zaćma), 80003 - endoprotezoplastyka stawu biodrowego, 80005 - endoprotezoplastyka stawu kolanowego - informacje w zakresie średniego czasu ich oczekiwania oraz dane w zakresie liczby osób oczekujących zostały ujęte w punkcie III.1.1.2 niniejszego wystąpienia pokontrolnego. Natomiast w przypadku pozostałych trzech świadczeń dane o liczbie osób oczekujących i średnim czasie oczekiwania według stanu na 31 października w latach 2014-2016 były następujące:

a) 4300 - oddział rehabilitacyjny

- w 2014 r. w przypadku kategorii medycznej „przypadek pilny,” średni czas oczekiwania wynosił 269 dni, liczba osób oczekujących 1880; a kategorii medycznej „przypadek stabilny” odpowiednio 873 dni i 29 788 osób;

- w 2015 r. w przypadku kategorii medycznej „przypadek pilny,” średni czas oczekiwania wynosił 158 dni, liczba osób oczekujących 2134; a kategorii medycznej „przypadek stabilny” odpowiednio 877 dni i 28 241 osób;

- w 2016 r. w przypadku kategorii medycznej „przypadek pilny,” średni czas oczekiwania wynosił 185 dni, liczba osób oczekujących 3006; a kategorii medycznej „przypadek stabilny” odpowiednio 946 dni i 31 567 osób;

b) 4550 - oddział chirurgii plastycznej:

- w 2014 r. w przypadku kategorii medycznej „przypadek pilny,” średni czas oczekiwania wynosił 198 dni, liczba osób oczekujących 247; a kategorii medycznej „przypadek stabilny” odpowiednio 1174 dni i 2494 osoby;

- w 2015 r. w przypadku kategorii medycznej „przypadek pilny,” średni czas oczekiwania wynosił 78 dni, liczba osób oczekujących 82; a kategorii medycznej „przypadek stabilny” odpowiednio 600 dni i 1925 osób;

w 2016 r. w przypadku kategorii medycznej „przypadek pilny,” średni czas oczekiwania wynosił 48 dni, liczba osób oczekujących 22; a kategorii medycznej „przypadek stabilny” odpowiednio 350 dni i 1409 osób;

c) 4600 - oddział okulistyczny:

- w 2014 r. w przypadku kategorii medycznej „przypadek pilny,” średni czas oczekiwania wynosił 58 dni, liczba osób oczekujących 31; a kategorii medycznej „przypadek stabilny” odpowiednio 101 dni i 615 osób;

- w 2015 r. w przypadku kategorii medycznej „przypadek pilny,” średni czas oczekiwania wynosił 104 dni, liczba osób oczekujących 296; a kategorii medycznej „przypadek stabilny” odpowiednio 808 dni i 3344 osoby;

w 2016 r. w przypadku kategorii medycznej „przypadek pilny” średni czas oczekiwania wynosił 71 dni, liczba osób oczekujących 39; a kategorii medycznej „przypadek stabilny” odpowiednio 770 dni i 2525 osób;

(dowód: akta kontroli str. 46, 135-324, 328-332, 800-802)

Według stanu na koniec października lat 2014-2016 bez oczekiwania świadczyły usługi opieki zdrowotnej następujące komórki organizacyjne świadczeniodawców:



1180 - poradnia medycyny paliatywnej, 1642 - ambulatoryjna stacja dializ, 2130 - zespół domowej dializoterapii otrzewnowej, 4421 - oddział neonatologiczny, 4730 - oddział psychiatrii sądowej.

(dowód: akta kontroli str. 46, 135-324, 328-332, 800-801)

**1.3.1.** DOW NFZ w latach 2013-2016 podejmował działania w celu zmniejszenia średniego czasu oczekiwania na wykonanie świadczeń opieki zdrowotnej, tj.:

- w zakresie analiz kolejek oczekujących, działania te koncentrowały się na monitorowaniu terminowości i kompletności sprawozdań o liczbie osób oczekujących i średnim czasie oczekiwania. Niektóre z dokonanych analiz bezpośrednio wpływały na skrócenie czasu oczekiwania na wykonanie świadczenia. Na przykład w wyniku analizy aktualizacji informacji porównującej pacjentów na listach oczekujących z osobami będącymi na statusie „osoba nie żyje” w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych czy porównanie list aktualnie oczekujących pacjentów z osobami, którym zwrócono koszty zabiegów wykonanych poza granicami kraju (wolne miejsca w kolejce przeznaczone były dla kolejnych osób na liście, co pozwalało na skrócenie kolejki oczekujących). Jak wyjaśnił Dyrektor DOW NFZ, efektem tych starań, było dążenie do urealnienia kolejek oczekujących pokazujące rzeczywisty problem osób oczekujących i długość czasu oczekiwania w poszczególnych dziedzinach medycyny;
- DOW NFZ organizował szkolenia z zakresu zasad prowadzenia list oczekujących. W 2016 r. na prośbę świadczeniodawcy zostały zorganizowane trzy szkolenia w siedzibie Uniwersyteckiego Szpitala Uniwersyteckiego im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu na oddziałach, na których czas oczekiwania był najdłuższy (Otolaryngologicznym, Ortopedycznym oraz Okulistycznym). Szkolenia te miały na celu m.in. przekazanie rozwiązań, które mogły wpłynąć na skrócenie czasu oczekiwania (np. zasad postępowania z pacjentami, którzy nie zgłaszają się w wyznaczonym terminie, informowania pacjentów o zmianie planowanego terminu udzielania świadczenia, itp.). Ponadto system AP-KOLCE wyposażony był w moduł (tzw. „tryb udawania”) umożliwiający udzielenie świadczeniodawcom instruktażu przez telefon czy też Internet;
- przekazywał zgłaszane zapytania świadczeniodawców w zakresie zasad postępowania w prowadzeniu kolejek do Centrali NFZ, celem wprowadzenia jednolitych zasad postępowania w całym kraju. Po otrzymaniu odpowiedzi z Centrali NFZ, wyjaśnienia były niezwłocznie publikowane na stronie internetowej DOW NFZ;
- pracownicy DOW NFZ na bieżąco udzielali pisemnych odpowiedzi na pytania świadczeniodawców w zakresie zasad prowadzenia list oczekujących;
- z inicjatywy DOW NFZ dokonywano rozdziału dodatkowych wolnych środków finansowych w poszczególnych zakresach świadczeń poprzez zawarcie aneksów zwiększających czy bilansujących umowę, w celu zwiększenia dostępu świadczeniobiorców do opieki medycznej, co zostało opisane w punkcie III.1.1.4 i III.3.3.2 niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

(dowód: akta kontroli str. 46, 53-134, 328-332, 338-394, 800-803)

**1.4.** Wartość zakontraktowanych świadczeń, w których średni rzeczywisty czas oczekiwania był najdłuższy oraz liczba osób oczekujących była największa ( tj. kod 30002 - zabiegi w zakresie soczewki (zaćma), kod 80003 - endoprotezoplastyka stawu biodrowego, kod 80005 - endoprotezoplastyka stawu kolanowego, kod 4300 - oddział rehabilitacyjny, kod 4550 - oddział chirurgii plastycznej, kod 4600 - oddział okulistyczny) ogółem według stanu na 23 listopada 2016 r. wynosiła 805 166 492 zł;

z tego w 2014 r. - 260 181 087 zł, w 2015 r.- 272 801 695zł i w 2016 r. - 272 183 710 zł.

W poszczególnych zakresach wartość zakontraktowanych świadczeń kształtowała się następująco według stanu na dzień 23 listopada 2016 r.:

- *kod 4600 - oddział okulistyczny*: wartość ogółem w latach 2014-2016 wynosiła 77 933 298 zł, z tego w 2014 r. - 26 225 517 zł, w 2015 r. - 27 466 312 zł, i w 2016 r. - 24 241 468 zł. Spadek poziomu finansowania w 2016 r. w porównaniu z 2014 r. wyniósł 7,6% (spadek finansowania związany był między innymi ze zmianą wyceny świadczeń w oddziale okulistycznym, co Dyrektor DOW NFZ szczegółowo wyjaśnił w dalszej części niniejszego punktu<sup>11</sup>. W latach 2012- 2013 (przed obniżeniem wyceny procedur związanych z leczeniem zaćmy<sup>12</sup>) liczba wykonanych zabiegów operacyjnych w tym zakresie, była mniejsza. Zmiana wyceny umożliwiła realizację większej ilości zabiegów, i tak: w 2014 r. w porównaniu do 2013 r., liczba ww. zabiegów zwiększyła się z 16021 do 19259 (o 20%) o 20% (wykonano), w 2015 r. wykonano 20 178 zabiegów, a w 2016 r. - 21 440.
- *kod 30002 - zabiegi w zakresie soczewki (zaćma)*: wartość ogółem w latach 2014-2016 (według stanu na 23 listopada 2016 r.) wynosiła 147 939 638 zł, z tego w 2014 r. - 46 606 681 zł, w 2015 r. - 49 278 412 zł, w 2016 r. - 52 054 545 zł. W 2016 r. zwiększono wartość kontraktów na to świadczenie 1 589 678,5, tj. 5,5 %, co spowodowało wzrost poziomu jego finansowania w 2016 r. (według stanu na 23 listopada) w porównaniu z 2014 r. do 11,7 %;
- *kod 4550 - oddział chirurgii plastycznej*: wartość ogółem w latach 2014-2016 wynosiła 42 108 456 zł, z tego w 2014 r. - 13 886 236zł, w 2015 r. - 14 171 404 zł, w 2016 r. - 14 050 816 zł. Wzrost poziomu finansowania tego świadczenia w 2016 r. w porównaniu z 2014 r. wyniósł 1,2%;
- *kod 4300 - oddział rehabilitacyjny*: wartość ogółem w latach 2014-2016 wynosiła 124 767 925 zł, z tego w 2014 r. - 41 701 366 zł, w 2015 r. - 41 310 530 zł, w 2016 r. - 41 756 029 zł. Wzrost poziomu finansowania tego świadczenia w 2016 r. w porównaniu z 2014 r. wyniósł 0,13 %;
- *kod 4580 - ortopedia i traumatologia narządu ruchu (w ramach zakresu 80003-endoprotezoplastyka stawu biodrowego i 80005 - endoprotezoplastyka stawu kolanowego)*: wartość ogółem w latach 2014-2016 wynosiła 412 417 175 zł, z tego w 2014 r. - 131 761 287 zł, w 2015 r. - 140 575 037zł, w 2016 r. - 140 080 851 zł. W 2016 r. zwiększono wartość kontraktów w trakcie realizacji o 517 036 zł, tj. o 4,7%. Wzrost poziomu finansowania tego świadczenia w 2016 r. w porównaniu z 2014 r. wyniósł 6,3%.

(dowód: akta kontroli str. 135-324, 328-332, 800-802, 3832-3833)

Wartość zakontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej w latach 2014-2016 (stan na 23 listopada 2016 r.), w których średni rzeczywisty czas oczekiwania był najkrótszy (zero dni i zero osób oczekujących), tj.: kod 1180 - poradnia medycyny paliatywnej, kod 1642 - ambulatoryjna stacja dializ, kod 2130 - zespół domowej dializoterapii otrzewnowej, kod 4421 - oddział neonatologiczny, kod 4730 - oddział psychiatrii sądowej wyniosła ogółem 489 372 839 mln zł, z tego w 2014 r. - 163 340 787 zł, w 2015 r. - 166 235 261 zł, w 2016 r. - 159 796 791 zł. Spadek

<sup>11</sup> w zakresach związanych z okulastyką w 2015 r. w porównaniu z 2014 r. po obniżeniu wyceny świadczeń w tych zakresach nastąpiło zwiększenie dostępności do świadczeń, co zostało opisane w punkcie III.4.41 wystąpienia pokontrolnego.

<sup>12</sup> Zmiana wyceny procedur związanych z leczeniem zaćmy została wprowadzona Zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne i dotyczyła wszystkich takich świadczeń zrealizowanych w 2014 r.

poziomu finansowania tych świadczeń według stanu na 23 listopada 2016 r. w porównaniu z 2014 r. wyniósł 2,17%.

(dowód: akta kontroli str. 328-332)

W DOW NFZ liczba osób ubezpieczonych i uprawnionych do korzystania z opieki zdrowotnej wynosiła: w 2014 r. - 2 586 602 (ubezpieczeni 2 461 604, uprawnieni 124 998), w 2015 r. - 2 582 003 (ubezpieczeni 2 456 293, uprawnieni 125 710), w 2016 r. - 2 580 124 (ubezpieczeni 2 450 722, uprawnieni 129 402). Liczba osób ubezpieczonych i uprawnionych ogółem w 2016 r. zmalała w porównaniu do 2014 r. o 0,3 %, przy czym liczba osób ubezpieczonych zmniejszyła się o 0,4 %, a liczba osób uprawnionych wzrosła o 3,5 %.

(dowód: akta kontroli str. 50)

W 2014 r. początkowa wartość zawartych umów w wybranych świadczeniach opieki zdrowotnej o najdłuższym czasie oczekiwania wynosiła 259,4 mln zł, a na koniec tego roku 260,2 mln zł (wzrost o 0,8 mln zł, tj. o 0,3 %). W 2015 r. początkowa wartość zawartych umów wynosiła 262,8 mln zł, a na koniec 2015 r. - 272,8 mln zł (wzrost o 9,9 mln zł, tj. o 3,8 %). W 2016 r. początkowa wartość zawartych umów wynosiła 264,8 mln zł, a według stanu na 23 listopada 2016 r. - 274,3 mln zł (wzrost o ok. 9 mln zł, tj. o 3,6%).

W latach 2014-2016 (wartość początkowa na 2014 r. do wartości kontraktu według stanu na 23 listopada 2016 r.) łączna wartość umów w wybranych świadczeniach o najdłuższym czasie oczekiwania (świadczenia o kodach 30002, 4550, 80003 i 80005) wzrosła o ok. 16,4 mln zł<sup>13</sup>, tj. z 189,7 mln zł do 206,1 mln zł, tj. 8,6 %, z czego największy wzrost wartości finansowania odnotowano w przypadku leczenia zaćm (o 5,4 mln zł, tj. 11,7 % oraz oddziałów ortopedii i traumatologii narządu ruchu o 10,7 mln zł, tj. 8,3 %).

W przypadku świadczeń zdrowotnych o kodach 4300 oraz 4600, w latach 2014-2016 nastąpiło zmniejszenie poziomu ich finansowania z 67,9 mln zł na 66,0 mln zł, tj. o 1,9 mln zł (2,8 %) i dotyczyło prawie w całości świadczenia o kodzie 4600 (oddział okulistyki).

(dowód: akta kontroli str. 42-52, 328-332, 800-802)

Jak wyjaśnił Dyrektor DOW NFZ, obserwowany w 2014 r. spadek poziomu finansowania w zakresie leczenia zaćm o 1,8 mln zł (wartość początkowa i końcowa umów), wynikał z braku pełnej realizacji umów, ze względu na obniżenie wyceny procedur zaćmy i przesunięcia niewykorzystanych środków na inne zakresy. Dodatkowo w 2016 r. zmniejszeniu uległo finansowanie oddziałów okulistyki w wyniku zmiany wyceny grupy JGP B02- Leczenie wysiękowej postaci AMD z zastosowaniem iniekcji doszkliskowych przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF/ rekombinowanego białka fuzyjnego, którego finansowanie odbywa się w ramach nowo wprowadzonego programu terapeutycznego.

(dowód: akta kontroli str. 42-52)

Porównując liczbę oczekujących w 2016 r. do 2014 i 2015 r. należy zauważyć, że zwiększenie poziomu finansowania świadczeń nie w każdym przypadku wpłynęło na zmniejszenie liczby oczekujących i średniego czasu oczekiwania na realizację świadczenia, co wynika z analizy danych zaprezentowanych w niniejszym punkcie, w porównaniu z danymi wykazanymi w punkcie III.1.1.3 wystąpienia pokontrolnego. I tak przykładowo:

- zwiększenie w 2016 r. w porównaniu do 2015 r. poziomu finansowania w zakresie leczenia zaćmy o 3,0 mln zł spowodowało spadek liczby oczekujących z 73 778 do 71 353 osób (o 2425 osób) i spadku średniego czasu oczekiwania

<sup>13</sup> W przypadku leczenia zaćmy do analizy wzięto wartość końcową z 2014 r.

w przypadkach stabilnych z 1060 do 1049 dni, a w przypadkach pilnych z 259 do 243 dni. Dodatkowo liczba zrealizowanych zabiegów za cały wyrok wyniosła w 2015 r. - 20 178 (w 2014 r. - 19 259), a w okresie styczeń - październik 2016 r. - 18 521, przy prognozowanych 22 225 za 2016 r.

- w przypadku oddziału okulistycznego i chirurgii plastycznej przy zmniejszonym, bądź porównywalnym poziomie finansowania, liczba oczekujących i średni czas oczekiwania na świadczenie w latach 2015-2016 uległ zmniejszeniu tj.:

- kod 4600 oddział okulistyczny, w odniesieniu do oczekujących z 3640 do 2564 osób (o 1076), oraz średniego czasu oczekiwania w przypadkach stabilnych z 808 do 770 dni, a w przypadkach pilnych ze 104 do 71 dni,

- kod 4550 oddział chirurgii plastycznej, w odniesieniu do oczekujących z 2007 do 1431 osób (o 576) oraz średniego czasu oczekiwania w przypadkach stabilnych z 600 do 350 dni, a w przypadkach pilnych z 78 do 48 dni;

- wielkość finansowania oddziałów rehabilitacyjnych w latach 2014-2016 pozostawała na porównywalnym poziomie, mimo to znacznemu wydłużeniu uległa liczba oczekujących na realizację świadczenia, zmienny natomiast był średni czas oczekiwania na jego wykonanie. W 2016 r. w porównaniu do 2014 r. liczba oczekujących zwiększyła się bowiem z 31668 do 34573 osób (o 2905), a średni rzeczywisty czas oczekiwania uległ skróceniu w przypadkach pilnych z 269 do 185 dni, podczas, gdy w przypadkach stabilnych uległ wydłużeniu z 873 do 946 dni;

- wzrost finansowania oddziałów ortopedii i traumatologii narządu ruchu w 2016 r. w porównaniu do 2014 r. o 10,7 mln zł, nie miał odzwierciedlenia w spadku kolejek oczekujących w zakresie endoprotez. W 2016 r. w porównaniu do 2014 r. w przypadku świadczenia 80003 - endoprotezoplastyka stawu biodrowego, nastąpił wzrost o 198 osób liczby oczekujących (z 9771 do 9969) oraz wydłużenie średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na to świadczenie z 449 do 511 dni, z tego w przypadkach stabilnych z 1162 do 1231 dni. Również w zakresie świadczenia 80005 - endoprotezoplastyka stawu kolanowego nastąpił wzrost liczby oczekujących o 1380 osób (z 8569 do 9796) oraz wydłużenie średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na jego zrealizowanie z 576 do 713 dni w przypadkach pilnych i z 1324 do 1392 dni w przypadkach stabilnych;

W kolejnych latach badanego okresu zwiększała się liczba zrealizowanych zabiegów endoprotezoplastyki stawu biodrowego, która wyniosła w 2014 r. - 2 690, w 2015 r. - 2 929 i w okresie styczeń - październik 2016 r. - 2 582 (prognozowana liczba tych zabiegów do końca 2016 r. określona została na 3 100). Zwiększeniu uległy również zabiegi endoprotezoplastyki stawu kolanowego - realizacja świadczeń wyniosła w 2014 r. - 807, w 2015 r. - 987 i w 2016 r. - 942 (za 10 miesięcy). W 2016 r. prognozowano wykonanie łącznie 1130 tych zabiegów.

(dowód: akta kontroli str. 44-50, 135-324, 328-332, 800-802)

Jak wyjaśnił Dyrektor DOW NFZ, wzrost poziomu finansowania w zakresie oddziałów ortopedycznych nie miał bezpośredniego wpływu na poziom realizacji samych endoprotez, gdyż w tym okresie nie było wyodrębnionych środków na ich realizację. Wprawdzie nastąpił wzrost wykonania świadczeń w tym okresie, jednak nie miało to przełożenia na istotne skrócenie liczby oczekujących i średniego czasu oczekiwania na świadczenie.

Dyrektor DOW NFZ poinformował także, że zwiększenie liczby wystawianych skierowań do oddziałów rehabilitacyjnych przez lekarzy, a w konsekwencji wzrost liczby osób oczekujących oraz wydłużenie średniego czasu oczekiwania na ww. oddziałach w roku 2016 w stosunku do roku 2014 (wzrost liczby osób oczekujących o 8% - 2905 osób) przy jednoczesnym porównywalnym poziomie finansowania

świadczeń zdrowotnych mógł być spowodowany przez wiele czynników, do których niewątpliwie można zaliczyć:

- lepszą diagnostykę przez, którą należy rozumieć wprowadzanie nowych metod diagnostycznych stosowanych w zakresie specjalistycznej opieki ambulatoryjnej i szpitalnej,
- stale rosnącą świadomość zdrowotną w społeczeństwie o skutkach nieleczenia choroby,
- starzenie się społeczeństwa oraz związaną z tym większą zachorowalność populacji w wieku poprodukcyjnym.

(dowód: akta kontroli str. 44-50, 3738-3833)

1.5. W okresie objętym kontrolą wystąpiły przypadki zaprzestania udzielania świadczeń w zakresach związanych z okulistyką oraz ortopedią i traumatologią narządów ruchu. Ogółem w latach 2013-2014 w wybranych zakresach rozwiązano trzy umowy w leczeniu szpitalnym i 22 umowy zawarte w rodzaju leczenia ambulatoryjnego (AOS). W zakresie leczenia ambulatoryjnego spośród 22 rozwiązanych umów w zakresie okulistyki i traumatologii narządów ruchu, osiem zostało rozwiązanych w całości, pozostałe 14 w odniesieniu do wydzielonego zakresu skojarzonego pakietu onkologicznego dotyczącego okulistyki.

(dowód: akta kontroli str.395-413)

Jak wyjaśnił Dyrektor DOW NFZ, realizacja pakietu onkologicznego odbywała się przede wszystkim w wyspecjalizowanych jednostkach, które prowadzą kompleksową opiekę nad pacjentem onkologicznym, a nie we wszystkich podmiotach, z którymi Oddział ma zawarte umowy. Dodatkowo, realizacja pakietu dotyczy zakresu okulistyki w znikomym stopniu - głównie nowotworów w obrębie oka, stąd też 14 umów dotyczących produktów skojarzonych została rozwiązana. Należy podkreślić, że skala umów rozwiązanych w całości nie była znaczącą i nie przyczyniła się do ograniczenia dostępności do tego typu świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 395-406, 417-574, 575-577, 578-789)

Rozwiązania umów dokonano w 22 przypadkach za porozumieniem stron (art. 155 ust. 1 *ustawy o świadczeniach* w jednym przypadku na podstawie § 36 ust. 1 pkt. 5 oraz § 36 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>14</sup>, (dalej: „OWU z 2008 r.”) - wypowiedzenie produktu przez NFZ, w jednym przypadku na podstawie § 36 ust. 1 pkt. 4 OWU z 2008 r. bez zachowania okresu wypowiedzenia, w jednym na podstawie § 42 ust. 4 OWU z 2008 r., a w jednym świadczeniodawca wypowiedział umowę na podstawie § 7 ust. 2 umowy o świadczenie usług zdrowotnych zawartej z DOW NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 333-337, 395-406, 417-574, 575-577c, 578-789)

W odniesieniu do wymogu wynikającego z obowiązujących od dnia 1 stycznia 2015 r. zapisów art. 20 ust. 10a-10d *ustawy o świadczeniach*<sup>15</sup> ustalono, że:

<sup>14</sup> Dz.U. z 2008 r. nr 81 poz. 484.

<sup>15</sup> Na podstawie art. 20 ust. 10a *ustawy o świadczeniach*, w przypadku zakończenia wykonywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniobiorca wpisany na listę oczekujących u świadczeniodawcy, który wykonywał tę umowę, może wpisać się na listę oczekujących prowadzoną przez innego świadczeniodawcę wykonującego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie. Na podstawie ust. 10b ww. artykułu świadczeniodawca, do którego zgłasza się taki świadczeniobiorca, ustala kolejność przyjęć, z uwzględnieniem daty zgłoszenia u świadczeniodawcy, który zakończył wykonywanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Natomiast OW NFZ, jest zobowiązany na podstawie art. 20 ust. 10d *ustawy o świadczeniach* do informowania, w każdy dostępny sposób świadczeniobiorców wpisanych na listy oczekujących u świadczeniodawcy, który zakończył wykonywanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez innych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z tym oddziałem, oraz o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia.

- w trzech przypadkach, brak było obowiązku informowania pacjentów o zaprzestaniu udzielania świadczeń (umowy rozwiązano przed 1 stycznia 2015 r., tj. przed wejściem w życie regulacji określonych w art. 20 ust. 10a-10d ustawy o świadczeniach),
- w przypadku 14 rozwiązanych umów, brak było pacjentów oczekujących,
- w trzech przypadkach świadczeniodawca oświadczył, że świadczeniobiorcy są powiadomieni o rozwiązaniu umowy,
- w jednym przypadku rozwiązanie było spowodowane zmianą kodu zakresu świadczeń - świadczeniodawca dalej prowadził kolejkę na to samo miejsce wykonywania świadczeń,
- w jednym przypadku świadczeniodawca poinformował, że jego 12 pacjentów oczekujących uzyskało informację o rozwiązaniu umowy i konieczności zarejestrowania się u innego świadczeniodawcy,
- w jednym przypadku świadczeniodawca został przejęty w wyniku cesji przez podmiot o kodzie 3402119 wraz z pacjentami oczekującymi. W związku z powyższym nie było konieczności powiadamiania pacjentów,
- w jednym przypadku świadczeniodawca, który rozwiązał umowę, pomimo pisemnego wezwania nie przekazał listy pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia. Dyrektor DOW NFZ wyjaśnił, że zapisy § 30 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>16</sup> (dalej: „OWU z 2015 r.”) nie przewidywały możliwości nałożenia kary umownej na świadczeniodawcę, z którym Fundusz rozwiązał umowę, a który nie realizuje obowiązku wynikającego z zapisów art. 20 ust.10a-10d cytowanej powyżej ustawy;
- w jednym przypadku DOW NFZ poinformował świadczeniodawcę o jego obowiązkach w związku z zaprzestaniem działalności poradni urazowo-ortopedycznej w Wałbrzychu. Zgodnie z informacją otrzymaną od świadczeniodawcy każdemu pacjentowi wpisanemu na listę oczekujących na świadczenia wydano zaświadczenie zawierające informacje o wpisaniu na listę oczekujących, rodzaju/zakresie świadczenia, dacie zgłoszenia do świadczeniodawcy, ustalonym terminie wykonania świadczenia. Zaświadczenia wysłano pacjentom listami poleconymi.

(dowód: akta kontroli str. 333-337, 395-416, 575-577c, 578-789, 3738-3833)

W przypadku 14 umów rozwiązanych częściowo przesunięto środki finansowe w ramach obowiązujących umów u tego samego świadczeniodawcy stosownymi zgodami Dyrektora DOW NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 333-337, 395-406, 575-577c, 803-873)

W odniesieniu natomiast do ośmiu umów rozwiązanych w całości w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, DOW NFZ:

- w pięciu przypadkach, na podstawie stosownych zgód Dyrektora Oddziału, dokonał zwiększenia dla świadczeniodawców realizujących świadczenia w tych

---

Zgodnie z par. 13 ust 6 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2015 r., poz. 1400), w przypadku rozwiązania albo wygaśnięcia umowy, świadczeniodawca przekazuje do oddziału wojewódzkiego Funduszu listy oczekujących na udzielenie świadczenia oraz dane świadczeniobiorców objętych planem leczenia w sposób umożliwiający ich identyfikację. Przekazanie list oczekujących na udzielenie świadczenia oraz danych świadczeniobiorców powinno nastąpić nie później niż 14 dni przed rozwiązaniem albo wygaśnięciem umowy, z wyjątkiem sytuacji, których nie można było przewidzieć.

<sup>16</sup> Dz. U. z 2015 r. poz. 1400.

samych zakresach i obszarach kontraktowania, w których nastąpiło rozwiązanie, w jednym przypadku ogłoszono rokowania dla świadczeniodawcy 3402119 - Izerskie Centrum Pulmonologii i Chemioterapii IZER-MED Sp. z o. o., w związku ze zgodą Dyrektora Oddziału na przeniesienie praw i obowiązków wynikających z zawartej umowy,

- w jednym przypadku dokonano przesunięć na inne zakresy u tego samego świadczeniodawcy zapewniając jednocześnie dostępność do świadczeń w obszarze z dokonaniem zwiększenia kontraktów innym świadczeniodawcom, realizującym świadczenia w przedmiotowym zakresie (za zgodą Dyrektora Oddziału dokonano przesunięcia środków na poradnie 02.1500.001.02 i 02.1600.001.02 u tego samego świadczeniodawcy).

(dowód: akta kontroli str. 333-337, 395-406, 575-577c, 803-873, 3738-3833)

W przypadku trzech rozwiązanych umów w rodzaju leczenie szpitalne, z uwagi na specyfikę leczenia szpitalnego, DOW NFZ, w celu zachowania dostępności usług dokonał:

- przeniesienia środków do rezerwy w celu ewentualnych zwiększeń w zakresie leczenia zaćmy (w jednym przypadku), tj.: w dniu 15 października 2014 r. Dyrektor DOW NFZ wyraził zgodę nr 1359/WSOZ/2014 na rozwiązanie umowy z dniem 31 października 2014 r. Środki uzyskane z rozwiązania umowy w wysokości 74 224,80 zł zostały przeniesione do rezerwy na 2014 r. w celu ewentualnych zwiększeń umów w zakresie realizacji leczenia zaćm. Obniżenie wyceny świadczeń związanych z usuwaniem zaćmy w 2014 r. oraz zachowanie początkowej wartości kontraktu w 2014 r. na poziomie 2013 r., spowodowało, że w tym zakresie nie wystąpiły nadwykonania. W związku z powyższym, a także z faktem, że umowa rozwiązana została w IV kwartale roku, Oddział nie zwiększał umów w zakresach w 2014 r. Wartość kontraktów uległa zwiększeniu w 2015 r. Oprócz wysokości kontraktów w zakresie okulistyki i zabiegów usunięcia zaćm określono także dostępność w przeliczeniu na 10 000 mieszkańców w latach 2014 - 2015 w poszczególnych regionach Dolnego Śląska. Rozwiązanie umowy z ww. świadczeniodawcą nie wpłynęło negatywnie na dostępność do świadczeń w zakresie okulistyki i zabiegów usunięcia zaćm,

- częściowego przesunięcia środków finansowych w ramach obowiązujących umów u tego samego świadczeniodawcy oraz częściowego rozdysponowanie środków w tych samych obszarach dla pozostałych świadczeniodawców realizujących umowy (w jednym przypadku), tj.: w dniu 1 października 2015 r. Dyrektor DOW NFZ wyraził zgodę na rozwiązanie umowy z dniem 31 października 2015 r. przeniesienie środków finansowych w wysokości 326 560 zł na zakres chirurgia ogólna - hospitalizacja. Przeniesienie środków poprzedziła analiza świadczeń zrealizowanych przez świadczeniodawcę w okresie styczeń - sierpień 2015 r., która wykazała, że część świadczeń realizowanych na oddziale ortopedii może być rozliczona na oddziale chirurgii ogólnej. Tym samym nie została ograniczona dostępność do części świadczeń w zakresie ortopedii. Dodatkowo, zabezpieczono świadczenia endoprotezoplastyki, które mogą być rozliczane wyłącznie na zakresach ortopedycznych. Świadczeniodawca realizował miesięcznie średnio siedem zabiegów. W celu zabezpieczenia ww. świadczeń DOW NFZ zwiększył wartość kontraktów w obszarze kontraktowania dla świadczeniodawców realizujących świadczenia z zakresu endoprotezoplastyki. Kwota zwiększenia obejmująca 14 zabiegów endoprotezoplastyki o wartości 176 176,0 zł została rozdzielona między świadczeniodawców, proporcjonalnie do ilości realizowanych przez nich zabiegów,

- ogłoszenia postępowań konkursowych oraz częściowego rozdysponowania środków w tych samych obszarach dla pozostałych świadczeniodawców

realizujących umowy (w jednym przypadku), tj.: Dyrektor wyraził zgodę na rozwiązanie umowy w zakresie 03.4600.030.02 - okulistyka - hospitalizacja; 03.4600.130.02 - okulistyka - hospitalizacja b18, b19; 03.4600.930.02 - okulistyka - hospitalizacja pakiet onkologiczny. Środki z rozwiązania umowy w wysokości – 4 710 784,0 zł zostały przeniesione do rezerwy w obszarze kontraktowania, z czego następnie:

- kwotę 2 673 216,0 zł przeznaczono na ogłoszenie konkursu (kod postępowania 01-15-000024/LSZ/03/1/01) w zakresach 03.4600.031.02 okulistyka - hospitalizacja planowa, 03.4600.131.02 okulistyka hospitalizacja planowa B18, B19, 03.4600.930.02 okulistyka - hospitalizacja planowa - pakiet onkologiczny;
- kwotę 2 037 803,0 zł przeznaczono na zwiększenie w obszarze kontraktowania, z czego 1 497 471,0 zł przeznaczono na zwiększenie w zakresie okulistyka - zespół chirurgii jednego dnia B18, B19, a kwotę 540 332,0 zł na zwiększenie w zakresie okulistyka – hospitalizacja z uwagi na konieczność zabezpieczenia świadczeń dla pacjentów przyjmowanych w trybie nagłym na terenie Wrocławia.

(dowód: akta kontroli str. 333-337, 395-406, 575-577c, 803-873, 1035-1905, 3299-3804)

Ustalone  
nieprawidłowości

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

Ocena cząstkowa

DOW NFZ podejmował działania mające na celu zmniejszenie liczby oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej w zakresach o najwyższych wskaźnikach, poprzez bieżący monitoring list oczekujących, udzielanie wsparcia merytorycznego świadczeniodawcom oraz zwiększanie poziomu finansowania w ramach posiadanych wolnych środków.

Poza częściowym zmniejszeniem w 2016 r. (w stosunku do 2015 r.) liczby osób oczekujących i skróceniem czasu oczekiwania w zakresie okulistycznych świadczeń zdrowotnych (leczenie zaćmy), w pozostałych zakresach świadczeń, związanych przede wszystkim z ortopedią i traumatologią narządu ruchu (endoprotezoplastyka stawu biodrowego i kolanowego) nie uzyskano jednak poprawy, a liczba osób oczekujących na ich udzielenie uległa zwiększeniu.

## 2. Monitorowanie i kontrola list osób oczekujących

Opis stanu  
faktycznego

**2.1.** Liczba świadczeniodawców mających obowiązek przedstawiania informacji dotyczących liczby osób oczekujących na świadczenie oraz czasu oczekiwania na jego udzielenie, którzy zaniechali przedkładania DOW NFZ informacji w tym zakresie<sup>17</sup> w poszczególnych miesiącach okresu objętego kontrolą, kształtowała się następująco<sup>18</sup>:

- w 2013 r. w przedziale od 11 świadczeniodawców w lipcu (0,8% zobowiązanych) do 31 świadczeniodawców w grudniu (2,4% zobowiązanych),
- w 2014 r. w przedziale od 1 świadczeniodawcy w lipcu (0,1% zobowiązanych) do 5 świadczeniodawców w maju i lipcu (0,4% zobowiązanych),

<sup>17</sup> Zgodnie z art. 23 ust. 1 ustawy o świadczeniach, w brzmieniu obowiązującym od dnia 1 stycznia 2015 r. (nadany ustawą z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138.)), Świadczeniodawca, o którym mowa w art. 20 ust. 1, przekazuje co miesiąc OW NFZ, właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia, informację o prowadzonych listach oczekujących na udzielanie świadczeń, obejmującą: 1) dane, o których mowa w art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. c i d, dotyczące osób oczekujących według stanu na ostatni dzień miesiąca; 2) liczbę oczekujących i średni czas oczekiwania obliczony w sposób określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1; 3) dane określone w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy o świadczeniach.

<sup>18</sup> Obowiązek przekazywania informacji wynikał z rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji



- w 2015 r. w przedziale od 3 świadczeniodawców w maju, sierpniu, wrześniu (0,3% zobowiązanych) do 7 świadczeniodawców w grudniu (0,6% zobowiązanych),
- w 2016 r. w przedziale od 2 świadczeniodawców w styczniu i marcu (0,2% zobowiązanych) do 6 świadczeniodawców w maju i październiku (0,5% zobowiązanych).

(dowód: akta kontroli str. 874-890)

Liczba i odsetek świadczeniodawców<sup>19</sup>, którzy nie przekazali DOW NFZ kompletu informacji o pierwszym wolnym terminie w okresie od 2015 r. (szósty tydzień)<sup>20</sup> do 2016 r. (44 tydzień), kształtowały to się następująco:

- w 2015 r. w przedziale od 44 (3,7%) świadczeniodawców w odniesieniu do 46 tygodnia do 719 (61,0%) świadczeniodawców w odniesieniu do 16 tygodnia tego roku,
- w 2016 r. w przedziale od 33 (2,9%) świadczeniodawców w odniesieniu do 38 tygodnia do 173 (14,8%) świadczeniodawców w odniesieniu do 1 tygodnia tego roku.

(dowód: akta kontroli str. 874-890)

2.2. W 2014 r. zawartych zostało 2 917 umów ze świadczeniodawcami świadczeń opieki zdrowotnej, w 2015 - 2 927 umów, a w pierwszym półroczu 2016 r. - 2 973 umów. W badanym okresie czynności kontrolne wykonywało ogółem 35 pracowników DOW NFZ. W przeliczeniu na etaty, liczba kontrolerów wykonujących czynności kontrolne wynosiła 30,75 na koniec 2013 r., 31,60 na koniec 2014 r., 33,85 na koniec 2015 r. oraz 33,85 etatu na dzień 31 października 2016 r.

W 2014 r. przeprowadzono ogółem 69 kontroli (2,4% zawartych umów), w tym 35 w jednostkach prowadzących leczenie szpitalne oraz 12 w jednostkach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Dwie z przeprowadzonych kontroli dotyczyły okulistyki. Kontrolą nie obejmowano przeprowadzenia list oczekujących. W 2015 r. przeprowadzono ogółem 112 kontroli (3,8%), w tym odpowiednio jak wyżej 42 i 12. W ramach tych kontroli skontrolowano pięć jednostek w zakresie okulistyki oraz osiem w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu; dwie kontrole dotyczyły prowadzenia list pacjentów oczekujących. W pierwszym półroczu 2016 r. przeprowadzono łącznie 53 kontrole (1,8%), w tym odpowiednio jak wyżej osiem i 15. Dwie kontrole dotyczyły ortopedii i traumatologii narządu ruchu, jedna kontrola okulistyki, a przedmiotem dziewięciu kontroli było prowadzenie list pacjentów oczekujących.

W wyniku przeprowadzonych kontroli ujawniono m.in. następujące nieprawidłowości:

- sprawa 01/6/2016/WKO/S. Kontrolowany podmiot: (1) nie podał w miejscu udzielania świadczeń, do wiadomości świadczeniobiorców, informacji

<sup>19</sup> Obowiązek przekazywania informacji wynikał z rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji. Od stycznia 2015 r. wszyscy świadczeniodawcy sprawozdający dane z zakresu list oczekujących są zobowiązani do przekazywania, co najmniej raz w tygodniu informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia w podziale na kategorie medyczne: „przypadek pilny” oraz „przypadek stabilny”. W przypadku przekazywania raz w tygodniu informacja ta powinna być sporządzona według stanu na ostatni dzień roboczy każdego tygodnia (dzień roboczy świadczeniodawcy) i przekazana do właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia najpóźniej następnego dnia roboczego od ostatniego dnia roboczego tygodnia.

<sup>20</sup> Obowiązek przekazywania przedmiotowej informacji występował od 1 stycznia 2015 r. Ze względu na niedostosowanie systemu informatycznego NFZ (konieczność porównywania tygodniowych harmonogramów pracy komórek organizacyjnych świadczeniodawców z przesłanymi informacjami o pierwszym wolnym terminie), możliwe było przygotowanie zbiorczej terminowości z zakresu PWT począwszy od 6 tygodnia 2015 r. Przyjęto, że za komplet informacji o pierwszym wolnym terminie uznaje się przekazanie przez świadczeniodawcę komunikatem XML co najmniej raz w danym tygodniu informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia do wszystkich komórek organizacyjnych, świadczeń objętych sprawozdawczością.

wymaganych §11 ust. 4 pkt 2 i 11 załącznika OWU 2015 miejsc i godzin udzielania świadczeń przez podwykonawców oraz informacji o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia; (2) świadczenia udzielane były przez osoby nieujęte w wykazie stanowiącym załącznik nr 2 do zawartych z nimi umów w okresie objętym kontrolą zatrudnionych przez świadczeniodawcę pięciu lekarzy i jedna pielęgniarka do realizacji świadczeń w Poradni Endokrynologicznej, nie było zgłoszonych do załącznika nr 2 (Harmonogram-zasoby) do ww. umów, (3) świadczeniodawca nie realizował obowiązku okresowej (co najmniej raz w miesiącu) oceny listy pacjentów oczekujących do Poradni Endokrynologicznej przez Zespół ds. Oceny Przyjęć, (4) na podstawie analizy wpisów w indywidualnej dokumentacji medycznej 50 losowo wybranych pacjentów Poradni Endokrynologicznej wykazywanych w sprawozdawczości przekazywanej do DOW NFZ, których świadczeniodawca świadczenia rozliczył w 2015 r., stwierdzono: brak adnotacji o udzieleniu świadczenia specjalistycznego w indywidualnej dokumentacji medycznej jednego pacjenta, co skutkowało wypłatą nienależnych środków finansowych przez Oddział i rozbieżnościami pomiędzy dokumentacją medyczną, a informacjami przekazanymi przez świadczeniodawcę do DOW NFZ, w celu rozliczenia świadczeń udzielonych tej w poradni endokrynologicznej w 2015 r. oraz nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji medycznej w postaci braku adnotacji o rozpoznaniu choroby w przypadku wpisów dwóch wizyt u dwóch pacjentów. W związku z ujawnionymi nieprawidłowościami DOW NFZ, na podstawie § 30 ust. 1 pkt 2 lit. c), § 30 ust. 1 pkt 3 lit. e) i § 30 ust. 1 pkt 3 lit. f) załącznika do OWU z 2008 r. oraz § 30 ust. 1 pkt 3 lit. e) i § 30 ust. 1 pkt 3 lit. h) załącznika do OWU z 2015, nałożył na świadczeniodawcę karę umowną za realizację świadczeń zdrowotnych niezgodnie z zawartymi umowami na 2015 r. i 2016 r. oraz z obowiązującymi przepisami prawa, w łącznej wysokości 1 643,8 zł,

- sprawa 01/33/2016/WKO/S. Stwierdzono zaniedbanie świadczeniodawcy, polegające na nieskutecznym powiadomieniu pacjenta o planowanym terminie przyjęcia na oddział, co było niezgodne z art. 20 ust.2 pkt 2 i ust. 8 ustawy o świadczeniach. DOW NFZ, na podstawie § 30 ust. 1 pkt 3) lit. f) zał. do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej; nałożył karę umowną w wysokości 3 534,5 zł za realizację świadczeń zdrowotnych niezgodnie z zawartą umową,
- sprawa 01/92/2015/WKO. Brak skierowań 2 z 26 skontrolowanych pacjentów, wpisanych na listę oczekujących w styczniu 2015 r. Dla jednego pacjenta z kontrolowanej grupy, dokumentacja medyczna nie zawierała określenia kategorii medycznej. Za realizację świadczeń zdrowotnych niezgodnie z zawartą umową, DOW NFZ na świadczeniodawcę nałożył karę umowną w wysokości 9.519,1 zł,
- sprawa 01/106/2015/WKO, DOW NFZ nałożył na świadczeniodawcę karę umowną w wysokości 1 504,9 zł za: (1) niezgłoszenie zmian w obsadzie kadrowej osób wykonujących zawody medyczne i innych osób posiadających odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny, w terminie ustalonym w § 6 ust. 2 OWU, (2) niepowiadomienie świadczeniobiorcy o ustalonym terminie przyjęcia lub jego zmianie w sposób określony w art. 20 ust. 2 pkt 2 ustawy o świadczeniach, (3) nieprowadzenie przez świadczeniodawcę list oczekujących na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - art. 20 ustawy o świadczeniach,

- sprawa\_01/115/2015/WKO, świadczeniodawca nie dokonywał okresowej, co najmniej raz w miesiącu, oceny list oczekujących, pod względem: (1) prawidłowości prowadzenia dokumentacji, (2) czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, (3) zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczeń oraz nie sporządzał raportu z tej oceny. Weryfikacja list oczekujących z danymi zawartymi w dokumentacji udostępnionej przez świadczeniodawcę wykazała, że na 136 skontrolowanych świadczeń pierwszorazowych: w 46 przypadkach brak było zasadności i przyczyn zmiany terminów udzielania świadczeń, w 80 przypadkach świadczeniodawca nie wprowadzał w czasie rzeczywistym danych pacjentów oczekujących na wizytę pierwszorazową w aplikacji udostępnionej przez Fundusz. Za realizację świadczeń zdrowotnych niezgodnie z zawartą umową DOW NFZ nałożył na świadczeniodawcę karę umowną w kwocie 997,9 zł.

(dowód: akta kontroli str. 2057-2063)

**2.3.** W celu wyeliminowania nieprawidłowości w realizacji obowiązków przedkładania list oczekujących, DOW NFZ podejmował m.in. następujące działania:

- w każdym miesiącu, drogą elektroniczną przekazywano świadczeniodawcom pisemne informacje przypominające o obowiązku terminowego przesyłania danych z zakresu list oczekujących oraz pisemne wezwania do uzupełnienia brakujących danych dotyczących kolejek, a także żądano przesłania pisemnych wyjaśnień w sprawie nieterminowego realizowania obowiązku z zakresu list oczekujących,
- monitorowano na bieżąco sprawozdawczość z zakresu list oczekujących telefonicznie, drogą elektroniczną itp.,
- organizowano szkolenia w zakresie zasad prowadzenia list oczekujących zarówno, w siedzibie DOW NFZ, jak i w siedzibie świadczeniodawcy. W 2015 r. Oddział zorganizował trzy takie szkolenia dla świadczeniodawców wraz z wejściem w życie pakietu kolejkowego oraz pakietu onkologicznego na terenie Wrocławia, Wałbrzycha, Legnicy oraz Jeleniej Góry. W 2016 r. zostały zorganizowane trzy szkolenia na terenie Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Jana Mikulicza-Radeckiego. Szkolenia te zostały zorganizowane na prośbę Dyrekcji Szpitala, na Oddziałach na, których czas oczekiwania jest jednym z najdłuższych (Oddział Otolaryngologiczny, Ortopedyczny oraz Okulistyczny),
- DOW NFZ na bieżąco współpracował ze świadczeniodawcami i udzielał merytorycznego wsparcia w zakresie prawidłowego prowadzenia list oczekujących, w celu wyeliminowania nieprawidłowości w realizacji przedkładania list oczekujących, np. rozmowy telefoniczne, e-maile,
- Oddział w formie prezentacji, opracował materiał dla świadczeniodawców w zakresie zasad prowadzenia list oczekujących oraz sprawozdawczości. Materiał ten został opublikowany na stronie DOW NFZ w komunikacie dla świadczeniodawców z dnia 1 września 2016 r.,
- na stronie internetowej DOW NFZ były publikowane odpowiedzi na najczęściej zadawane pytania przez świadczeniodawców w zakresie zasad prowadzenia list oczekujących (na przykład komunikat z dnia 4 listopada 2016 r.),
- w styczniu 2014 r., DOW NFZ przekazał do Centrali NFZ propozycje zmian legislacyjnych oraz informatycznych, które przyczyniłyby się do zmniejszenia liczby osób oczekujących oraz poinformował Centralę NFZ o ewentualnych przyczynach występowania kolejek oczekujących,
- w okresie od stycznia do kwietnia 2014 r. Oddział uczestniczył w wizytacjach Poradni: Endokrynologicznych, Neurologicznych i Kardiologicznych

przeprowadzanych przez konsultantów wojewódzkich. Ogółem w poradniach tych odpowiednio przeprowadzono 26, 12 i 13 wizytacji. Wizytacje miały na celu m.in. ustalenie przyczyn długiego czasu oczekiwania na realizację świadczenia. I tak przykładowo, jako powód długiego czasu oczekiwania na wykonanie świadczenia w Poradniach Endokrynologicznych, świadczeniodawcy najczęściej wskazywali na: [1] dużą ilość pacjentów, którzy nie zgłaszają się na wizytę w wyznaczonym terminie, nie informując świadczeniodawcy, [2] dużą ilość pacjentów zgłaszających się jedynie celem otrzymania informacji o stanie zdrowia, niezbędnej do kontynuacji leczenia, w tym farmakologicznego przez lekarza POZ, [3] brak właściwej współpracy w procesie leczenia pomiędzy lekarzem specjalistą endokrynologiem, a lekarzem POZ (brak aktualnych badań, głównie TSH), [4] brak możliwości zlecenia innych badań przez lekarza POZ (w tym USG tarczycy), [5] problem z zatrudnieniem dodatkowych lekarzy specjalistów endokrynologów.

(dowód: akta kontroli str. 874-890, 957-983)

Z przeprowadzonych analiz systemu kolejkowego wynikało, że pomimo zwiększających się środków na zabiegi w zakresie soczewki (zaćma) oraz w zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego średni czas oczekiwania oraz liczba osób oczekujących jest bardzo wysoka. Kontrola wykazała, że w kolejkach są osoby, które nie poddają się zabiegom w wyznaczonych terminach, np. ze względu na dobry stan zdrowia – na dobrą ostrość widzenia (uzasadniona zmiana terminu wskazywane były w systemie AP-KOLCE).

(dowód: akta kontroli str. 3738-3833)

Jak wyjaśnił Dyrektor DOW NFZ, Oddział przeprowadzał weryfikację pod kątem ustalenia powodu zwiększania się średniego czasu oczekiwania na świadczenia w zakresie soczewki (zaćmy) oraz endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego. W wyniku weryfikacji ustalono, że powodem wydłużenia średniego czasu oczekiwania może być fakt, iż na listach oczekujących umieszczani są pacjenci, których stan zdrowia w momencie wpisania do kolejki nie wymaga wykonania zabiegu czy operacji. Z uwagi na to, że do danego świadczenia realizowanego w ramach umowy szpitalnej pacjent musi zostać zakwalifikowany przez świadczeniodawcę w oparciu o zapisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. *w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej*<sup>21</sup>, Oddział zlecił kontrolę świadczeniodawców, którzy wielokrotnie zmieniali termin zabiegu ze względu na stan zdrowia niewymagający operacji. Kontrola ta miała również na celu sprawdzenie czy świadczeniodawca przed umieszczeniem świadczeniobiorcy na liście oczekujących dokonuje właściwej kwalifikacji określonej w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 26 września 2005 r.

W roku 2015 zostały zlecone kontrole u następujących świadczeniodawców:

- Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu, numer umowy 03/1/3101109/01/2015/01 kontrola dotyczyła realizacji zabiegów w zakresie soczewki (zaćmy),
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy w Dzierżoniowie sp. z o.o. numer umowy 03/1/3202112/01/2015/01-dotyczyła ona realizacji zabiegów w zakresie soczewki (zaćmy),
- Wielospecjalistyczny Szpital -Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu numer umowy 03/1/3401029/01/2015/01 – kontrola dotyczyła realizacji świadczeń w zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego i endoprotezoplastyki stawu kolanowego.

<sup>21</sup> Dz.U. z 2005r. Nr 200 poz. 166.

Na podstawie art. 64 ust. 1 pkt 1, 2 i 5 *ustawy o świadczeniach DOW NFZ* może przeprowadzić w szczególności kontrolę organizacji i sposobu udzielania świadczeń oraz ich dostępności, udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pod względem zgodności z wymaganiami określonymi w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także dokumentacji medycznej dotyczącej jedynie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie zaś z art. 5 ust. 14 tej ustawy, lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego jest lekarz z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo lekarz, lekarz dentysta, który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. Na podstawie natomiast art. 58 *ustawy o świadczeniach* świadczeniobiorca ma prawo do leczenia szpitalnego w szpitalu, który zawarł umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie skierowania lekarza, lekarza dentysty lub felczera, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne.

Z powyższych regulacji wynika, że, możliwość kontroli dotyczy wyłącznie świadczeniodawców spełniających kryteria zawarte w treści definicji lekarza ubezpieczenia zdrowotnego tj. w art. 5 ust. 14. *ustawy o świadczeniach*. Badanie dokumentacji medycznej zawierającej uzasadnienie skierowania pacjenta do leczenia szpitalnego w zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego oraz leczenia operacyjnego zaćmy odpowiednio w oddziałach ortopedycznym i okulistycznym jest możliwe wyłącznie jeśli świadczeniodawca kierujący jest lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego. Z treści zaś art. 58 *ustawy o świadczeniach* wynika że lekarz kierujący nie musi być lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, co w oczywisty sposób uniemożliwia prowadzenia jakichkolwiek czynności kontrolnych u takiego lekarza lub felczera.

W związku jednak z rosnącą liczbą osób oczekujących na realizację świadczeń z zakresu okulistyki – operacja zaćmy oraz ortopedii – endoprotezoplastyka stawu biodrowego i kolanowego jak i wydłużającego się średniego czasu oczekiwania na wykonanie ww. zabiegów Wydział Kontroli DOW NFZ przeprowadzał kontrole dotyczące procedur prowadzenia przez świadczeniodawców kolejek oczekujących na świadczenia. Kontrole te nie wykazały istotnych nieprawidłowości.

W celu zminimalizowania kolejek, poprzez ograniczenie ich tylko do pacjentów, którzy w momencie wpisu na listę oczekujących rzeczywiście takiego świadczenia potrzebują, w ocenie Dyrektora DOW NFZ koniecznym jest wprowadzenie ustawowych zmian w tym zakresie. Rozwiązanie problemu zapisywania pacjentów do kolejki „na tzw. zapas” wymaga wprowadzenia szczegółowych regulacji ustawowych oraz wydania stosownych przepisów w tym zakresie przez Ministerstwo Zdrowia przy wsparciu konsultantów krajowych w danej dziedzinie medycyny. W szczególności zmian wymagają przepisy dotyczące kwalifikacji pacjentów do danego świadczenia realizowanego w ramach umowy szpitalnej.

Podkreślić należy fakt, że średni czas oczekiwania jest wyliczany w oparciu o rzeczywisty czas oczekiwania każdego pacjenta wykreślonego z kolejki z powodu wykonania świadczenia przez danego świadczeniodawcy. Oznacza to, że przesuwanie przez świadczeniodawcę planowanego terminu wykonania zabiegu pacjentowi, którego stan zdrowia nie wymaga wykonania świadczenia bądź zmiana następuje na nieuzasadnioną medycznie prośbę pacjenta, bezspornie wpływa na zawyżenie średniego czasu oczekiwania. W takim przypadku należałoby wprowadzić szczegółowe zasady kwalifikacji do zabiegów przez lekarzy w szpitalu, polegające na braku możliwości wpisania do kolejki pacjenta, którego stan zdrowia jest w początkowej fazie choroby i nie wymaga wykonania świadczenia.

W przypadku zgłoszenia się do szpitala pacjenta, o którym mowa powyżej, lekarz w szpitalu powinien odmówić wpisania do kolejki takiego pacjenta i przekazać stosowną informację do lekarza kierującego.

(dowód: akta kontroli str. 3743-3752)

W kwestii kolejek oczekujących, Dyrektor DOW NFZ wyjaśnił, że Oddział przeprowadza analizy sprawozdawanych danych dotyczących poziomu realizacji umów oraz kolejek oczekujących, w celu rozdysponowania dodatkowych wolnych środków finansowych w poszczególnych zakresach, a zmiany umów zależą od możliwości finansowych Oddziału, tzn. wolnych rezerw w Planie Finansowym.

Ustalono, że w związku dużym zapotrzebowaniem społecznym na świadczenia endoprotezoplastyki oraz na leczenie zaćm na terenie województwa dolnośląskiego, DOW NFZ dokonywał zwiększeń wartości zawartych umów w tym zakresie w celu zmniejszenia kolejek oczekujących i poprawy dostępności do świadczeń. I tak np. w 2016 r. dwukrotnie dokonano rozdziału dodatkowych środków finansowych w celu poprawy dostępu do świadczeń w zakresie leczenia zaćmy w rodzaju leczenie szpitalne (decyzje Dyrektora Oddziału nr 1191/WSOZ/2016 z dnia 17 października 2016 r. oraz nr 1602/WSOZ/2016 z dnia 25 listopada 2016 r.). W analizach poprzedzających zwiększenie środków, uwzględniono poziom realizacji umowy, liczbę pacjentów oczekujących na zabieg usunięcia zaćmy oznaczonych jako przypadki „pilne”, a także możliwość realizowania przez świadczeniodawcę dodatkowych zabiegów. W analizach wykonanych na potrzeby kolejnego zwiększenia oceniano ponadto, czy u świadczeniodawców, którzy otrzymali dodatkowe środki, wzrosła zgodnie z oczekiwaniem średnia miesięczna liczba zabiegów usunięcia zaćmy.

(dowód: akta kontroli str. 874-890, 1906-1939)

**2.3.1.** Procedura rozpatrywania skarg w DOW NFZ została określona w Regulaminie Organizacyjnym oraz w zarządzeniach Prezesa NFZ w sprawie rozpatrywania skarg<sup>22</sup>.

Na stronie internetowej DOW NFZ (<http://www.nfz.gov.pl/dla-pacienta/zalatw-sprawe-krok-po-kroku/jak-zlozyc-skarge/>), zostały podane instrukcje dla świadczeniobiorców dotyczące składania skarg.

Badaniem bezpośrednim objęto skargi, które wpłynęły do DOW NFZ w pierwszych kwartałach 2015 r. oraz 2016 r. i dotyczyły problematyki związanej z prawidłowością prowadzenia list oczekujących i dostępnością do świadczeń opieki zdrowotnej. Ogółem w I kwartale 2015 r. do DOW NFZ wpłynęło 149 skarg, z czego dziewięć dotyczyło spraw związanych z prowadzeniem list oczekujących i dostępnością do świadczeń opieki zdrowotnej. W I kwartale 2016 r. łącznie wpłynęły 142 skargi, z czego dziewięć dotyczyło badanego zakresu. Badaniem objęto 18 skarg<sup>23</sup> (100%), które dotyczyły problematyki związanej z listami oczekujących i dostępnością do świadczeń (11 z 18 skarg uznano za zasadne). Wszystkie

<sup>22</sup> W okresie objętym kontrolą obowiązywały: Zarządzenie nr 31/2010/DSS Prezesa NFZ z dnia 1 lipca 2010 r. w sprawie rozpatrywania skarg i wniosków w NFZ, Zarządzenie nr 75/2011/DSS Prezesa NFZ z dnia 25 października 2011 r. zmieniające zarządzenie w sprawie rozpatrywania skarg i wniosków w NFZ, Zarządzenie nr 36/2014/DSS Prezesa NFZ z dnia 27 czerwca 2014 r. zmieniające zarządzenie w sprawie rozpatrywania skarg i wniosków w NFZ, Zarządzenie nr 89/2014/DSS Prezesa NFZ z dnia 18 grudnia 2014 r. zmieniające zarządzenie w sprawie rozpatrywania skarg i wniosków w NFZ, Zarządzenie nr 33/2015/BP Prezesa NFZ z dnia 29 czerwca 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie rozpatrywania skarg i wniosków w NFZ.

<sup>23</sup> Badaniu bezpośredniemu poddano za 2015 r.: skargi o numerach sygnatury: 243410/KD, DOWNFZ/DGLE/343709/PZ/14, DOWNFZ/DGLE/379154/ZP/14, DOWNFZ/356686/2014, WSSWM.5111.1.161.2015, WSSWM.5111.1.84.2015, DOWNFZ/DGLE/379154/PZ/14, DSW/372197/14/IS, WSSWM.5111.1.79.2015., za 2016 zbadano skargi o numerach sygnatury WSSWM.5111.1.570.2015, DSW-WR/54681/16/IS, WSSWM.5111.1.607.2015, WSSWM.5111.1.83.2016, WSSWM.5111.1.1.2016/1, WSSWM.5111.1.553.2015, WSSWM.5111.1.23.2016, WSSWM.5111.1.594.2015, WSSWM.5111.1.3.2016.

badane skargi zostały wyjaśnione i rozpatrzone prawidłowo, zgodnie z art. 227-240 ustawy *Kodeks postępowania administracyjnego*<sup>24</sup> (dalej: „kpa”). W ramach podejmowanych działań w celu weryfikacji prawdziwości zastrzeżeń zgłaszanych do DOW NFZ, występowało do świadczeniodawców, których skargi dotyczyły z pismami o ustosunkowanie się do wniesionych zarzutów, dokonywano analiz list oczekujących oraz sposobu wykonywania zawartego kontraktu, a także weryfikacji ustalonego pierwszego wolnego terminu na udzielenie świadczenia. W przypadkach tego wymagających, u świadczeniodawców zlecano przeprowadzenie kontroli. W przypadku skarg uznanych za zasadne, o stwierdzonych nieprawidłowościach informowano świadczeniodawców, jednocześnie zobowiązując ich do udzielenia DOW NFZ informacji o podjętych działaniach, w celu wyeliminowania wskazanych nieprawidłowości. Zbadane skargi dotyczyły m.in.: nieprzewodzenia kolejki oczekujących, w tym ze skierowaniem „pilne” lub prowadzenia w sposób nieprawidłowy, wielokrotnego przesuwania terminu realizacji świadczenia, niepoinformowania o przesunięciu terminu jego wykonania, utrudnionego dostępu do endokrynologa mimo wpisania pacjenta do kolejki i ustalenia daty wizyty, braku możliwości rejestracji do Poradni Endokrynologicznej zgodnie z planem leczenia zaleconym przez specjalistę, odmowy wyznaczenia terminu kolejnej wizyty do Poradni Neurologicznej dziecka, zgodnie z planem leczenia ustalonym przez lekarza neurologa, sposobu rejestracji.

(dowód: akta kontroli str. 1009-1034, 1944-1945, 1946-1999, 2057-2063)

**2.3.2.** Od 3 sierpnia 2015 r. pacjenci mogli korzystać (na Ogólnopolskim Informatorze o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne), na stronie internetowej [www.kolejki.nfz.gov.pl](http://www.kolejki.nfz.gov.pl), z nowej funkcjonalności, która pozwala na zgłaszanie wszelkich nieprawidłowości dotyczących informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, tzw. „zgłoś nieprawidłowość”<sup>25</sup>. Do obsługi zgłoszeń dokonywanych poprzez funkcjonalność „zgłoś nieprawidłowość” została stworzona na wewnętrzny użytek NFZ aplikacja „System wsparcia procesów obsługi kolejek oczekujących” APP-IKO-ADM, który służył do obsługi zgłoszeń dotyczących nieprawidłowych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, publikowanych w Ogólnopolskim Informatorze o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne.

(dowód: akta kontroli str. 918-977, 2057-2063)

Do DOW NFZ w okresie od 3 sierpnia 2015 r. do 31 października 2016 r. wpłynęło ogółem 268 zgłoszeń nieprawidłowości dotyczących informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia. Szczegółowemu badaniu poddano zgłoszenia jakie wpłynęły w pierwszym kwartale 2016 r., tj. 65 zgłoszeń (24,2 % ogółu zgłoszeń z 2016 r.<sup>26</sup>), z których 21 było zasadnych, a 44 niezasadne. Wszystkie zgłoszenia zostały rozpatrzone zgodnie z kpa i regulacjami wewnętrznymi obowiązującymi

<sup>24</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 23 ze zm.

<sup>25</sup> Gdy pacjent stwierdził, że prezentowana w Informatorze, otrzymana od świadczeniodawcy, informacja o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia znacznie różni się od informacji przekazywanej przez rejestrację w placówce medycznej, mógł poprzez specjalny formularz zgłosić ten fakt do Narodowego Funduszu Zdrowia, który następnie wyjaśniał te zgłoszenia.

<sup>26</sup> Badaniu bezpośredniemu poddano zgłoszenia o numerach: 01-16-01-00001-9, 01-16-01-00002-4, 01-16-01-00004-4, 01-16-01-00006-4, 01-16-01-00007-9, 01-16-01-00010-8, 01-16-01-00013-3, 01-16-01-00015-3, 01-16-01-00017-3, 01-16-01-00018-8, 01-16-01-00019-3, 01-16-01-00021-7, 01-16-02-00004-5, 01-16-02-00008-5, 01-16-02-00007-0, 01-16-02-00006-5, 01-16-02-00010-9, 01-16-02-00014-9, 01-16-02-00015-4, 01-16-02-00013-4, 01-16-02-00011-4, 01-16-02-00012-9, 01-16-02-00017-4, 01-16-02-00021-8, 01-16-02-00019-4, 01-16-02-00020-3, 01-16-02-00022-3, 01-16-02-00025-8, 01-16-02-00024-3, 01-16-02-00023-8, 01-16-02-00028-3, 01-16-02-00027-8, 01-16-02-00030-7, 01-16-02-00032-7, 01-16-03-00003-1, 01-16-03-00008-6, 01-16-03-00007-1, 01-16-03-00009-1, 01-16-03-00010-0, 01-16-03-00011-5, 01-16-03-00013-5, 01-16-03-00012-0, 01-16-03-00014-0, 01-16-03-00015-5, 01-16-03-00016-0, 01-16-03-00018-0, 01-16-03-00019-5, 01-16-03-00017-5, 01-16-03-00021-9, 01-16-03-00023-9, 01-16-03-00024-4, 01-16-03-00022-4, 01-16-03-00020-4, 01-16-03-00026-4, 01-16-03-00027-9, 01-16-03-00028-4, 01-16-03-00030-8, 01-16-03-00029-9, 01-16-03-00031-3, 01-16-03-00032-8, 01-16-03-00034-8, 01-16-03-00035-3, 01-16-03-00033-3, 01-16-03-00038-8, 01-16-03-00039-3.

w DOW NFZ. W każdym przypadku przeprowadzono postępowanie wyjaśniające u świadczeniodawcy, m.in. poprzez wypełnienie stosownej ankiety, przeprowadzenie rozmów telefonicznych i korespondencji e-mail. Pięć podmiotów (z Wrocławia) udzielających świadczeń zdrowotnych wobec, których wpłynęły zgłoszenia internetowe dotyczące nieprawidłowości w podanej informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, zostało poddanych kontroli.

(dowód: akta kontroli str. 903-914, 918-955, 981-1008, 1940-1943, 2057-2063, 3738-3833)

Ustalone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

Ocena cząstkowa

DOW NFZ podejmował liczne działania w celu wyeliminowania nieprawidłowości w realizacji obowiązków przedkładania przez świadczeniodawców list oczekujących. Działania te przyniosły efekty w postaci zmniejszenia ilości podmiotów, które nie składały do DOW NFZ wymaganej informacji w zakresie liczby osób oczekujących na świadczenie oraz czasu oczekiwania na jego udzielenie, jak również zmniejszenia ilości świadczeniodawców, którzy nie przekazali kompletu informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia. Oddział analizował przyczyny powstawania kolejek oczekujących, prawidłowo dokonywał rozpatrzenia skarg oraz zgłoszeń internetowych dotyczących kolejek oczekujących i pierwszego wolnego terminu, a także przeprowadzał kontrole w tym zakresie.

### 3. Planowanie i wykonanie zakupu świadczeń zdrowotnych

Opis stanu  
faktycznego

3.1. DOW NFZ opracowując projekt planu finansowego na 2014 r., w zakresie kosztów świadczeń w rodzaju AOS (ambulatoryjna opieka specjalistyczna) oraz SZP (leczenie szpitalne) kierował się założeniami przekazanymi przez Centralę NFZ<sup>27</sup>.

Według stanu na dzień 1 stycznia 2014 r. planowane koszty świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju AOS kształtowały się na poziomie 399 390 tys. zł (z uwzględnieniem rezerwy migracyjnej), natomiast na dzień 31 grudnia 2014 r. wzrosły do kwoty 411 882 tys. zł.<sup>28</sup> Natomiast wykonanie planu finansowego na koniec 2014 r. w rodzaju AOS wyniosło 409 566,3 tys. zł (99,4%).

Według stanu na 1 stycznia 2014 r., planowane koszty świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju SZP kształtowały się na poziomie 2 286 321 tys. zł (z uwzględnieniem rezerwy migracyjnej), a na 31 grudnia 2014 r. zwiększyły się do kwoty 2 359 182 tys. zł (o 237 227 tys. zł)<sup>29</sup>. Wykonanie planu finansowego w rodzaju SZP na koniec 2014 r. wyniosło 2 343 527 tys. zł (99,3 %).

(dowód: akta kontroli str. 3056-3115, 3364-3419, 3483-3509, 3625-3677)

Uchwałą Rady Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 lipca 2013 r. w sprawie zaopiniowania projektu planu finansowego Oddziału na 2014 r., negatywnie zaopiniowano wysokość ujętych w nim środków finansowych, ponieważ nie uwzględniał on niezbędnego zwiększenia środków na sfinansowanie zakładanego wzrostu świadczeń opieki zdrowotnej w rodzajach: leczenie szpitalne, opieka paliatywna i hospicyjna, rehabilitacja, psychiatria oraz nadwykonań do umów.

<sup>27</sup> Np. pismem z dnia 2 lipca 2013 r.

<sup>28</sup> W celu zwiększenia dostępności do świadczeń AOS i skrócenia kolejek oczekujących na te świadczenia, decyzją Ministra Zdrowia z dnia 31 października 2014 r. plan finansowy DOW NFZ na 2014 r. został zwiększony o kwotę 19 800 tys. zł. Zarządzeniem nr 238 /2014 Dyrektora DOW NFZ z dnia 30 grudnia 2014 r. zmniejszono wysokość środków przekazanych na AOS o kwotę 7 308 tys. zł, z powodu ich nierozdysponowania.

<sup>29</sup> Dokonywane w 2014 r. zmiany finansowania w rodzaju SZP nie były związane ze zwiększeniem środków finansowych na to leczenie w oddziale okulistycznym i ortopedycznym oraz ze zmniejszeniem liczby osób oczekujących na wykonanie operacji usunięcia ścięgna, endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego.



Sporządzając projekt planu finansowego na 2015 r. Oddział kierował się założeniami opracowanymi przez Centralę NFZ<sup>30</sup>, wskazującymi m.in., że podział środków na świadczenia zdrowotne na 2015 r. winien uwzględniać skutki projektowanych zmian w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej, tzw. „szybka ścieżka onkologiczna” (Oddział w tym zakresie w projekcie planu zwiększył środki w rodzaju AOS o 1 % i w rodzaju SZP o 0,87 %).

(dowód: akta kontroli str. 3116-3211, 3510-3578)

Według stanu na 1 stycznia 2015 r. planowane koszty świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju AOS określono w wysokości 402 980 tys. zł (z uwzględnieniem rezerwy migracyjnej), a według stanu na 31 grudnia 2015 r. wzrosły do kwoty 422 193 tys. zł (dokonano ich zwiększenia w trakcie roku o 19 213 tys. zł)<sup>31</sup>. Natomiast wykonanie planu finansowego 2015 r. w rodzaju AOS (według stanu na 31 grudnia) wyniosło 416 231,4 tys. zł, tj. 98,6 %.

(dowód: akta kontroli str. 3116-3211, 3421-3481, 3510-3578, 3625-3677)

Zgodnie z planem finansowym, według stanu na 1 stycznia 2015 r., planowane koszty świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju SZP kształtowały się na poziomie 2 326 904 tys. zł (z uwzględnieniem rezerwy migracyjnej), a według stanu na 31 grudnia 2015 r. wzrosły do kwoty 2 487 367 tys. zł (o 160 463 tys. zł)<sup>32</sup>. Wykonanie planu finansowego w 2015 r. (według stanu na 31 grudnia) wyniosło 2 473 323,0 tys. zł (99,4 %).

(dowód: akta kontroli str. 3116-3211, 3421-3481, 3510-3578, 3625-3677)

Uchwałą Nr 3/2014/III Rady Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 czerwca 2014 r. w sprawie zaopiniowania projektu planu finansowego Oddziału na 2015 r., pozytywnie zaopiniowano rozdział środków finansowych, zwracając uwagę, że projekt nie uwzględnia niezbędnego zwiększenia środków na sfinansowanie zakładanego wzrostu świadczeń opieki zdrowotnej w rodzajach m.in. leczenie szpitalne oraz nadwykonań do umów z lat ubiegłych.

(dowód: akta kontroli str. 3124-3139)

Opracowując projekt planu finansowego na 2016 r., Oddział kierował się założeniami sporządzonymi przez Centralę NFZ<sup>33</sup>, uwzględniającymi m.in., skutki projektowanych zmian w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej, tzw. „pakiet onkologiczny i kolejkowy”.

Zgodnie z planem finansowym na 2016 r. (według stanu na 1 stycznia, bez uwzględnienia rezerwy migracyjnej), planowane koszty świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju AOS określono w wysokości 421 721 tys. zł, a według stanu na 27 października 2016 r. - 429 721 tys. zł<sup>34</sup> (dokonano ich zwiększenia w trakcie roku o 8 000 tys. zł). Natomiast wykonanie planu finansowego w rodzaju AOS w 2016 r. (według stanu na koniec października), wyniosło 358 034,24 tys. zł, tj. 88,32 %.

(dowód: akta kontroli str. 3212-3223, 3241-3298, 3421-3481, 3579-3624, 3625-3677, 3834)

Zgodnie z planem finansowym na 2016 r. (według stanu na 1 stycznia, bez uwzględnienia rezerwy migracyjnej), planowane koszty świadczeń opieki zdrowotnej

<sup>30</sup> Przesłanymi do DOW NFZ pismem z dnia 16 czerwca 2014 r.

<sup>31</sup> Zwiększenie planu finansowego w rodzaju AOS nastąpiło Zarządzeniem Nr 6/2015/DEF Prezesa NFZ o 7 000 tys. zł, decyzją Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2015 r. o 11 899 tys. zł oraz Zarządzeniem Nr 64/2015/DEF Prezesa NFZ w sprawie uruchomienia rezerwy ogólnej o 314 tys. zł.

<sup>32</sup> Dokonywane w 2015 r. zmiany finansowania w rodzaju SZP nie były ściśle związane ze zwiększeniem środków finansowych na leczenie szpitalne w oddziale okulistycznym i ortopedycznym i ze zmniejszeniem liczby osób oczekujących na wykonanie operacji usunięcia zaćmy, a także endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego.

<sup>33</sup> Przekazanymi DOA NFZ pismem z dnia 17 czerwca 2015 r.

<sup>34</sup> Zwiększenie planu nastąpiło Zarządzeniem Nr 83/2016/DEF m.in. celem zabezpieczenia możliwości sfinansowania wykazanych w I półroczu nadwykonań w poradniach priorytetowych – poradnie dziecięce, onkologiczne, rzadkie, endoskopowe badanie przewodu pokarmowego itp.

w rodzaju SZP wynosiły 2 462 293 tys. zł, a według stanu na 27 października 2016 r. wzrosły do 2 582 503 tys. zł <sup>35</sup>(zwiększenie o 120 210 tys. zł). Natomiast wykonanie planu finansowego w rodzaju SZP w 2016 r. (według stanu na koniec października), wyniosło 2 136 884,25 tys. zł, tj. 82,64 %.

(dowód: akta kontroli str. 3241-3298, 3421-3481, 3579-3624, 3625-3677, 3834)

Rada Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w uchwale Nr 4/2015/III z dnia 25 czerwca 2015 r. w sprawie zaopiniowania projektu planu finansowego DOW NFZ na 2016 r., zwróciła uwagę i wyraziła zaniepokojenie nie uwzględnieniem koniecznego jej zdaniem zwiększenia środków na sfinansowanie zakładanego wzrostu świadczeń oraz na obsługę zadłużenia z tytułu nadwykonań.

W badanym okresie koszty transgranicznej opieki zdrowotnej, ujmowane w planach finansowych NFZ w pozycji B2.19 „rezerwa na koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielone w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej”, nie były ewidencjonowane na poziomie DOW NFZ, ani po stronie planuj, ani po stronie ich realizacji.

(dowód: akta kontroli str. 3000-3012)

**3.2.** W Oddziale w latach 2014-2016 plany zakupu świadczeń opieki zdrowotnej przyjmowane i zmieniane były stosownymi zarządzeniami Dyrektora DOW NFZ. I tak: plan zakupu na 2014 r. przyjęty został zarządzeniem nr 196/2013 Dyrektora DOW NFZ i był czterokrotnie zmieniany w 2013 r. oraz siedmiokrotnie w 2014 r., plan zakupu na 2015 r. przyjęty został zarządzeniem nr 169/2014 Dyrektora DOW NFZ i był dwukrotnie zmieniany w 2014 r. oraz czterokrotnie w 2015 r., natomiast plan zakupu na 2016 r. przyjęty został zarządzeniem nr 185/2015 Dyrektora DOW NFZ i był jednokrotnie zmieniany w 2015 r. i dziesięciokrotnie w 2016 r.

(dowód: akta kontroli str. 3579, 3704-3728)

**3.2.1.** Planowana na 2014 r. (według stanu na 1 stycznia) wartość planu zakupu świadczeń zdrowotnych w rodzaju AOS wynosiła 398 286,6 tys. zł, a według stanu na 31 grudnia 2014 r. wzrosła do poziomu 409 626,9 tys. zł (o 3 %), przy czym odpowiednio:

- w ramach świadczeń w zakresie okulistyki zwiększyła się z kwoty 45 995,7 tys. zł do 47 680,8 tys. zł (wzrost o 4 %),
- w ramach świadczeń w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu zwiększyła się z kwoty 21 282,6 tys. zł do 22 272,8 tys. zł (wzrost o 5 %).

Planowana na 2014 r. (według stanu na 1 stycznia) wartość planu zakupu świadczeń zdrowotnych w rodzaju SZP wynosiła 2 233 399,5 tys. zł, a według stanu na 31 grudnia 2014 r. zwiększyła się do kwoty 2 330 980,1 tys. zł (wzrost o 4 %), przy czym odpowiednio:

- w zakresie okulistyki zmniejszyła się z kwoty 77 147,0 tys. zł do 76 079,6 tys. zł (spadek o 1 %), co wynikało, jak wyjaśnił Dyrektor DOW NFZ z rozwiązań umów oraz przesunięć środków finansowych na inne zakresy świadczeń ze względu na niedow wykonanie kontraktu oraz z obniżenia wyceny leczenia operacyjnego w zakresie soczewki (zaćma),
- w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu zwiększyła się z kwoty 129 677,4 tys. zł do kwoty 130 432,5 tys. zł (wzrost o 1 %).

(dowód: akta kontroli str. 3000-3012, 3738-3833)

**3.2.2.** Planowana na 2015 r. (według stanu na 1 stycznia) wartość planu zakupu świadczeń zdrowotnych w rodzaju AOS wynosiła 389 292,9 tys. zł, a według stanu

<sup>35</sup> Zmiana dokonana Zarządzeniem Nr 83/2016/DEF Prezesa NFZ związana była m.in. z przeznaczeniem środków na: zmniejszenie liczby oczekujących pacjentów na operacje endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego oraz operacje zaćmy

na 31 grudnia 2015 r. wzrosła do kwoty 416 455,3 tys. zł (wzrost o 7 %), przy czym odpowiednio:

- w ramach świadczeń w zakresie okulistyki zwiększyła się z 45 392,1 tys. zł do kwoty 46 834,3 tys. zł (wzrost o 3 %),
- w ramach świadczeń w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu wzrosła z kwoty 21 860,9 tys. zł do kwoty 22 329,6 tys. zł (wzrost o 2 %).

Planowana na 2015 r. (według stanu na 1 stycznia) wartość planu zakupu świadczeń zdrowotnych w rodzaju SZP wynosiła 2 307 265,5 tys. zł, a według stanu na 31 grudnia 2015 r. wzrosła do kwoty 2 446 724,5 tys. zł (wzrost o 6 %), przy czym odpowiednio:

- w zakresie okulistyki zwiększyła się z 74 997,6 tys. zł do kwoty 79 069,0 tys. zł (wzrost o 5 %),
- w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu wzrosła z kwoty 128 798,5 tys. zł do kwoty 140 585,5 tys. zł (wzrost o 9 %).

(dowód: akta kontroli str. 3000-3012, 3738-3833)

**3.2.3.** Planowana na 2016 r. (według stanu na 1 stycznia) wartość planu zakupu świadczeń zdrowotnych w rodzaju AOS wynosiła 422 600,0 tys. zł, a według stanu na 5 grudnia 2016 r. wzrosła do kwoty 430 501,2 tys. zł (wzrost o 2 %), przy czym odpowiednio:

- w ramach świadczeń w zakresie okulistyki zwiększyła się z 47 115,3 tys. zł do kwoty 48 686,1 tys. zł (wzrost o 3%),
- w ramach świadczeń w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu wzrosła z 21 920,1 tys. zł do kwoty 22 610,8 tys. zł (wzrost o 3%).

Planowana na 2016 r. (według stanu na 1 stycznia) wartość planu zakupu świadczeń zdrowotnych w rodzaju SZP wynosiła 2 481 681,0 tys. zł, a według stanu na 5 grudnia 2015 r. zwiększyła się do kwoty 2 572 392,6 tys. zł (wzrost o 4%), przy czym odpowiednio:

- w zakresie okulistyki zwiększyła się z 74 997,6 tys. zł do 78 332,7 tys. zł (wzrost o 5%),
- w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu wzrosła z 127 474,3 tys. zł do kwoty 140 578,0 tys. zł (wzrost o 10%).

Dyrektor DOW NFZ wyjaśniając kwestie wzrostu finansowania w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, przy jednoczesnym braku poprawy w zakresie liczby osób oczekujących i czasu oczekiwania na operację endoprotezoplastyki stawu biodrowego oraz stawu kolanowego wskazał, że zwiększenie wartości planu zakupu w ww. zakresie o 10% mogło nie spowodować zmian średniego czasu oczekiwania oraz liczby oczekujących na zabieg endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego w porównaniu 2016 r. z latami 2014 - 2015. Świadczenia udzielane w szpitalach w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu obejmują zarówno świadczenia z zakresu endoprotezoplastyk stawowych biodra i kolana, jak i pozostałe świadczenia wykonywane w ramach oddziału chirurgii urazowo-ortopedycznego (np. endoprotezoplastyka łokcia, nadgarstka, artroskopie, leczenie złamań wieloodłamowych itp.). Liczba i rodzaj poszczególnych świadczeń wykonywanych na przedmiotowych oddziałach szpitalnych uzależniona jest od rodzaju schorzeń z jakimi zgłaszają się pacjenci, jak i organizacji jednostek oraz ich możliwości. Oznacza to, że przekazane zwiększenie środków finansowych przez DOW NFZ, tylko w pewnej części zostało przeznaczone na zabiegi endoprotezoplastyk biodra i kolana. Dodatkowo w 2016 r. na listy oczekujących na zabiegi endoprotezoplastyki

stawu biodrowego i kolanowego zostało wpisanych o 3% więcej pacjentów niż w 2015 r., natomiast pomiędzy 2016 r. i 2014 r. nastąpił sześcioprocentowy wzrost osób oczekujących.

(dowód: akta kontroli str. 800-802, 3000-3012, 3738-3833)

**3.2.4.** Zgodnie z planami zakupu świadczeń zdrowotnych na lata 2014-2016, w zakresie ortopedii, w tym endoprotezoplastyki:

- w 2014 r. przyjęto, że: w AOS, jednym z elementów priorytetu centralnego w zakresie procedur zabiegowych są świadczenia dotyczące ortopedii. W leczeniu szpitalnym priorytetem centralnym i regionalnym były świadczenia z zakresu endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego, w celu doprowadzenia do braku wzrostu kolejek oczekujących w grupie pacjentów powyżej 60 roku życia, poprzez zabezpieczenie nakładów finansowych umożliwiających osiągnięcie (w kilkuletnim przedziale czasowym) realizacji nie mniej niż 47 świadczeń endoprotezoplastyki na 10 000 mieszkańców,

- w latach 2015 -2016 zarówno w AOS, jak i leczeniu szpitalnym, formalnie w planie zakupu nie ustalono priorytetów, niemniej Oddział w ramach dostępnych środków dokonał zwiększenia finansowania ww. rodzaju świadczeń<sup>36</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 3000-3012)

Zgodnie z planami zakupu świadczeń zdrowotnych na lata 2014-2016, w zakresie okulistyki w tym z zakresu leczenia zabiegowego zaćmy (zakresy: okulistyka – hospitalizacja B12, B13, B14, B15, okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B12, B13, B15):

- w 2014 r. przyjęto, że w leczeniu szpitalnym jednym z elementów priorytetu centralnego i regionalnego będą świadczenia z zakresu leczenia zabiegowego zaćmy. Oddział przyjął za cel utrzymanie nakładów umożliwiających realizację minimum 53 świadczeń (leczenie zabiegowe zaćmy w ramach JGP B12, B13, B14, B15) na 10 000 mieszkańców, dla zachowania poziomu dostępności do tych świadczeń, co najmniej na poziomie 2013 r. oraz utrzymanie kolejek oczekujących w grupie pacjentów powyżej 60 roku życia na poziomie z roku ubiegłego,

- w 2015 r. i 2016 r. ze względu na osiągnięcie założonych wskaźników docelowych dotyczących zwiększenia dostępności do świadczeń z zakresu leczenia zabiegowego zaćmy w grupie chorych powyżej 60 roku życia priorytet w zakresie leczenia zaćmy nie był kontynuowany, nie mniej Oddział mając na uwadze liczbę oczekujących, w ramach dostępnych środków dokonał zwiększenia wartości zawartych umów o świadczenie usług zdrowotnych w tym zakresie.

(dowód: akta kontroli str. 3000-3012, 3241-3298, 3421-3481, 3579-3624)

**3.3.** Z uwagi na występujące problemy w zakresie liczby oczekujących, zbyt długiego czasu oczekiwania, możliwości realizacji przez pacjentów świadczeń medycznych poza granicami kraju, Dyrektor DOW NFZ podejmował decyzje mające na celu poprawę dostępności do świadczeń w zakresach związanych z okulistyką oraz ortopedią i traumatologią narządu ruchu. W ich wyniku następował wzrost wartości nakładów finansowych w zawartych umowach poprzez ich zwiększanie lub przesuwanie środków finansowych pomiędzy poszczególnymi rodzajami świadczeń zdrowotnych (w tym bilansowanie umów, cesja umów), miało także miejsce rozdysponowanie wolnych środków w przypadku rozwiązania umów ze świadczeniodawcami. W 2014 r. zmian w ww. zakresie w rodzaju AOS dokonano na podstawie 62 decyzji Dyrektora DOW NFZ, w 2015 r. - 98 decyzji i w 2016 r. - 55 decyzji, a w rodzaju SZP: w 2014 r. na podstawie 47 decyzji Dyrektora DOW NFZ, w 2015 r. - 91 decyzji i w 2016 r. - 39 decyzji.

<sup>36</sup> Głównym priorytetem świadczeń w latach 2015 – 2016 było leczenie onkologiczne, w tym zwiększenie dostępności do diagnostyki i leczenia w ramach szybkiej ścieżki onkologicznej.

**3.3.1.** Liczba punktów i wartość zakontraktowanych świadczeń w latach 2014-2016 w rodzaju leczenie szpitalne w niżej wyszczególnionych zakresach, kształtowała się następująco:

- okulistyka - hospitalizacja planowa (kod 403460003102): w 2014 r. liczba punktów 649, wartość zakontraktowanych świadczeń – 29 205 zł oraz odpowiednio: w 2015 r. - 14 590 punktów i 754 312 zł, w 2016 r. – 21 138 punktów i 1 094 794 zł;
- okulistyka – hospitalizacja planowa B18, B19 (kod 403460013102): w 2014 r. liczba punktów 9720, wartość zakontraktowanych świadczeń 437 400 zł oraz odpowiednio: w 2015 r. - 67 014 punktów i 3 413 853 zł, w 2016 r. - 89 006 punktów i 4 560 384 zł.

Dyrektor DOW NFZ wyjaśnił, że znaczący wzrost liczby punktów i wartości kontraktów w 2015 r. w stosunku do 2014 r. w zakresie 03.4600.131.02 okulistyka hospitalizacja planowa B18, B19, wynikał ze zmian restrukturyzacyjnych. Świadczeniodawca 3101057 - Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu w 2015 r. rozwiązał umowę w zakresie 03.4530.130.02 - okulistyka - hospitalizacja B18, B19 (umowa do 2015-04-30) i od 2015-05-01 posiada umowę w zakresie 03.4600.131.02 - okulistyka - hospitalizacja planowa B18, B19.

- okulistyka – hospitalizacja (kod 403460003002): w 2014 r. liczba punktów 492 939, wartość zakontraktowanych świadczeń 25 557 230 zł oraz odpowiednio: w 2015 r. - 503 416 punktów i 26 097 822 zł, w 2016 r. - 4434 097 punktów i 22 528 761 zł;
- okulistyka – hospitalizacja B18, B19 (kod 403460013002): w 2014 r. liczba punktów 724 467, wartość zakontraktowanych świadczeń -37 578 674 zł oraz odpowiednio: w 2015 r. - 679 850 punktów i 35 291 599 zł, w 2016 r. - 717 440 punktów i 37 218 256 zł;
- okulistyka - zespół chirurgii jednego dnia (kod 403460003202): w 2014 r. liczba punktów 53 961, wartość zakontraktowanych świadczeń 2 688 079 oraz odpowiednio: w 2015 r. - 54 260 punktów i 2 705 664 zł, w 2016 r. - 41 226 punktów i 2 064 910 zł.

Dyrektor DOW NFZ wyjaśnił, że spadek liczby punktów i wartości kontraktów w 2016 r. w porównaniu do 2014 r. i 2015 r. wynikał ze zmian w katalogu 1a do zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne na 2016 r. W związku z utworzeniem nowego zakresu kontraktowego leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki, związanego z wiekiem (AMD) w ramach umowy szpitalnej 03/5 – Terapeutyczne Programy Zdrowotne, z katalogu 1a usunięto grupę B02 - Leczenie wysiękowej postaci AMD z zastosowaniem iniekcji doszklistkowych przeciwciała monoklonalnego anti-VEGF/ rekombinowanego białka fuzyjnego, która mogła być rozliczana w ramach kodu 03.4600.032.02 - okulistyka - zespół chirurgii jednego dnia. Środki wynikające z realizacji grupy B02 w zakresie kodu 03.4600.032.02, zostały przesunięte na zakres kodu 03.4600.132.02 - okulistyka - zespół chirurgii jednego dnia B18, B19.

- okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19 (kod 403460013202): w 2014 r. liczba punktów 171 655, wartość zakontraktowanych świadczeń 8 590 608 zł oraz odpowiednio: w 2015 r. - 211 443 punktów i 10 572 959 zł, w 2016 r. - 222 961 punktów i 11 120 177 zł.
- ortopedia i traumatologia narządów ruchu - hospitalizacja (kod 403458003002): w 2014 r. liczba punktów 2 423 852 zł, wartość zakontraktowanych świadczeń 126 016 209 zł oraz odpowiednio: w 2015 r. -

2 549 805 punktów i 132 565 216 zł, w 2016 r. – 2 376 779 punktów i 123 577 147 zł.

Dyrektor DOW NFZ wyjaśnił, że główną przyczyną spadku liczby punktów i wartości kontraktów w 2016 r. w porównaniu do 2014 r. i 2015 r. były zmiany restrukturyzacyjne dotyczące świadczeniodawcy 3101293 - Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA we Wrocławiu, który rozwiązał umowę w zakresie 03.4580.030.02 - ortopedia i traumatologia narządu ruchu – hospitalizacja (umowa do 2015-10-19)) i od 2015-10-20 posiada umowę w zakresie 03.4580.031.02 - ortopedia i traumatologia narządów ruchu - hospitalizacja planowa.

- ortopedia i traumatologia narządów ruchu - hospitalizacja planowa (kod 403458003102): w 2014 r. liczba punktów 38 390, wartość zakontraktowanych świadczeń 1 902 844 zł oraz odpowiednio w 2015 r. - 79 341 punktów i 4 004 604 zł, w 2016 r. - 238 858 punktów i 12 307 664 zł.

Dyrektor DOW NFZ wyjaśnił, że główną przyczyną znaczącego wzrostu liczby punktów i wartości kontraktów w 2016 r. w porównaniu do 2014 r. i 2015 r. były zmiany restrukturyzacyjne dotyczące świadczeniodawcy 3101293 - Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA we Wrocławiu, który w 2015 roku rozwiązał umowę w zakresie 03.4580.030.02 - ortopedia i traumatologia narządu ruchu – hospitalizacja (umowa do 2015-10-19)) i od 2015-10-20 posiadał umowę w zakresie 03.4580.031.02 - ortopedia i traumatologia narządu ruchu - hospitalizacja planowa.

(dowód: akta kontroli str. 3000-3012, 3738-3833)

Ustalone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

Ocena cząstkowa

W badanym okresie DOW NFZ planował i realizował wydatki na zakup świadczeń opieki zdrowotnej kierując się założeniami przekazywanymi przez Centralę NFZ. Plany zakupu świadczeń opieki zdrowotnej przyjmowane i zmieniane były stosownymi zarządzeniami Dyrektora DOW NFZ oraz w zasadzie w pełni realizowane. W opiniach Rady DOW NFZ środki przekazywane przez Centralę NFZ na finansowanie opieki zdrowotnej w województwie dolnośląskim były niewystarczające. Wdrożenie dyrektywy 2011/24/UE nie wpłynęło negatywnie na dostępność i zasady podziału przez DOW NFZ środków na udzielanie świadczeń zdrowotnych na terenie województwa dolnośląskiego.

#### 4. Realizacja umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych

Opis stanu  
faktycznego

4.1. W latach 2014-2016 (według stanu na dzień 9 grudnia 2016 r.) w rodzaju leczenie szpitalne w zakresach związanych z okulistyką i ortopedią i traumatologią narządu ruchu<sup>37</sup>, zrealizowanych zostało ogółem 74 790 świadczeń o wartości 336 211 958 zł, z czego:

- w 2014 r. - 24 787 świadczeń na wartość 109 346 130 zł,
- w 2015 r. - 26 120 świadczeń (o 5,4 % więcej niż w 2014 r.) na wartość 118 776 221 zł (o 8,6 % więcej w porównaniu z 2014 r.).
- w 2016 r. - 23 883 świadczeń (według stanu na 9 grudnia) na wartość 108 089 607 zł.

(dowód: akta kontroli str. 3691)

<sup>37</sup> Okulistyka – hospitalizacja B18, B19 (kod 403460013002), okulistyka – hospitalizacja planowa B18, B19 (kod 403460013102), okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19 (kod 403460013202), okulistyka - zespół chirurgii jednego dnia (kod 403460003202), okulistyka – hospitalizacja (kod 403460003002), okulistyka - hospitalizacja planowa (kod 403460003102), ortopedia i traumatologia narządów ruchu - hospitalizacja (kod 403458003002), ortopedia i traumatologia narządów ruchu - hospitalizacja planowa (kod 403458003102).

W badanym okresie liczba i wartość świadczeń sfinansowanych przez DOW NFZ, które następnie były przedmiotem rozliczeń z poszczególnymi oddziałami NFZ<sup>38</sup> (w wyniku rozliczania tzw. migracji pacjentów – uzyskanie środków) dotyczyła ogółem 2 905 udzielonych świadczeń zdrowotnych o wartości 15 055 332,1 zł, z czego:

- w 2014 r. – 945 świadczeń na wartość 4 983 913 zł,
- w 2015 r. – 1031 świadczeń (o 9,1 % więcej niż w 2014 r.) na wartość 5 595 765 zł (o 12,3 % więcej w porównaniu z 2014 r.),
- w 2016 r. - 929 świadczeń (wg stanu na 9 grudnia) na wartość 4 475 653 zł.

W badanym okresie liczba i wartość świadczeń sfinansowanych przez DOW NFZ, które następnie były przedmiotem rozliczeń z poszczególnymi oddziałami NFZ<sup>39</sup> (w wyniku rozliczania tzw. migracji pacjentów – przekazanie środków) dotyczyła ogółem 6 666 udzielonych świadczeń o wartości 38 976 831 zł, z czego:

- w 2014 r. - 2 384 świadczeń na wartość 13 781 398 zł,
- w 2015 r. - 2 424 świadczeń na wartość 14 748 525 zł,
- w 2016 r. - 1 858 świadczeń (wg stanu na 9 grudnia) na wartość 10 446 908 zł.

(dowód: akta kontroli str. 3678-3690)

**4.2.** W latach 2014-2016 (według stanu na dzień 9 grudnia 2016 r.) liczba i wartość zrealizowanych świadczeń w rodzaju AOS w zakresach związanych z okulistyką, ortopedią i traumatologią narządu ruchu<sup>40</sup> wynosiła ogółem 712 779 świadczeń o wartości 49 050 539 zł, z czego:

- w 2014 r. - 242 433 świadczeń na wartość 16 398 190 zł,
- w 2015 r. - 256 122 świadczeń (wzrost o 5,6 % w porównaniu z 2014 r.) na wartość 17 579 555 zł (wzrost o 7,2% w porównaniu z 2014 r.),
- w 2016 r. - 214 224 świadczeń (według stanu na 9 grudnia) na wartość 15 072 794 zł.

(dowód: akta kontroli str. 3692)

**4.3.** W latach 2014-2016 w zakresie okulistyki oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu prowadzono jedynie postępowania konkursowe uzupełniające<sup>41</sup>. Ogółem przeprowadzono sześć takich postępowań (pięć w zakresie okulistyki oraz jedno ortopedii i traumatologii narządu ruchu). Liczba punktów zaproponowana

<sup>38</sup> w zakresach: okulistyka – hospitalizacja B18, B19 (kod 403460013002), okulistyka – hospitalizacja planowa B18, B19 (kod 403460013102), okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19 (kod 403460013202), okulistyka - zespół chirurgii jednego dnia (kod 403460003202), okulistyka – hospitalizacja (kod 403460003002), okulistyka - hospitalizacja planowa (kod 403460003102), ortopedia i traumatologia narządów ruchu - hospitalizacja (kod 403458003002), ortopedia i traumatologia narządów ruchu - hospitalizacja planowa (kod 403458003102).

<sup>39</sup> w zakresach: okulistyka – hospitalizacja B18, B19 (kod 403460013002), okulistyka – hospitalizacja planowa B18, B19 (kod 403460013102), okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19 (kod 403460013202), okulistyka - zespół chirurgii jednego dnia (kod 403460003202), okulistyka – hospitalizacja (kod 403460003002), okulistyka - hospitalizacja planowa (kod 403460003102), ortopedia i traumatologia narządów ruchu - hospitalizacja (kod 403458003002), ortopedia i traumatologia narządów ruchu - hospitalizacja planowa (kod 403458003102)

<sup>40</sup> W zakresach okulistyka (kod 402160000102), okulistyka zabiegowa (kod 402160010102) i okulistyka dla dzieci (kod 402160100102) udzielonych w związku z rozpoznaniem H25 – zaćma starcza, H26 – inne postacie zaćmy, H33 - odwarstwienie i przedarcie siatkówki, H35 - inne zaburzenia siatkówki, H43 - zaburzenia ciała szklanego, a także w zakresach świadczenia zabiegowe w ortopedii i traumatologii narządu ruchu (kody 402158010102 i 402158000102) udzielonych w związku z rozpoznaniem M16 - choroba zwyrodnieniowa stawów biodrowych (koksartroza), M17 - Choroba zwyrodnieniowa stawów kolanowych (gonartroza), S72 - złamanie kości udowej.

<sup>41</sup> Główne postępowania konkursowe ogłoszone zostały w rodzaju Leczenie szpitalne w roku 2011 (obowiązujące umowy od 1 stycznia 2012 r.), w rodzaju Ambulatoryjna opieka specjalistyczna w roku 2012 (obowiązujące umowy od 1 września 2012 r.).

w ofertach złożonych przez zainteresowanych świadczeniobiorców, w każdym przypadku była równa liczbie punktów zakontraktowanych.

(dowód: akta kontroli str. 3693)

**4.4.** W badanym okresie DOW NFZ monitorował<sup>42</sup> poziom realizacji zakontraktowanych świadczeń w zakresach związanych z okulistyką oraz ortopedią i traumatologią narządu ruchu. W przypadku stwierdzenia niewykorzystania pierwotnie przewidzianych środków przez świadczeniodawców, podejmowano działania m.in. w zakresie analizy<sup>43</sup>: wysokości umów zawartych ze świadczeniodawcami, wielkości realizacji świadczeń (w tym nadwykonań i niedowykonań) oraz potencjału świadczeniodawców, liczby osób oczekujących na wykonanie świadczenia. Wynikiem tych analiz było zawieranie aneksów do umów kontraktowych, korygujących poziom świadczeń z uwzględnieniem potrzeb pacjentów i możliwości ich wykonania przez świadczeniobiorców.

(dowód: akta kontroli str. 3000-3012, 3696-3704, 3753-3760)

W 2014 r. na terenie działania DOW NFZ obowiązywało ogółem 185 umów o świadczenie usług zdrowotnych w rodzaju AOS i SZP, w 2015 - 183 umowy, a w 2016 r. - 184 umowy, przy czym: w 2014 r. zmniejszono wartość 17 umów o kwotę 4 161 383 zł, oraz zwiększono 136 umów o kwotę 48 946 740 zł, w 2015 r. zmniejszono wartość 21 umów o kwotę 810 387 zł, zwiększono 122 umowy o kwotę 86 072 432 zł, a w 2016 r. (na 31 października) zmniejszono wartość 13 umów o kwotę 647 593 zł i zwiększono 149 umów o kwotę 47 845 124 zł.

(dowód: akta kontroli str. 3000-3012, 3696-3704)

**4.4.1.** Realizacja umów w rodzaju AOS w zakresie okulistyki odbywała się w 2014 r. na podstawie 185 umów, w 2015 r. - 183 umów, a w 2016 r. - 184 umów, przy czym: w 2014 r. zmniejszono 38 umów o kwotę 389 258 zł, a zwiększono 93 umów o kwotę 1 514 605 zł, w 2015 r. zmniejszono wartość 41 umów o kwotę 773 688 zł, a zwiększono 105 umów o kwotę 1 471 928 zł, w 2016 r. (według stanu na 31 października) zmniejszono wartość 31 umów o kwotę 383 512 zł oraz zwiększono 114 umów o kwotę 1 395 795 zł.

Realizacja świadczeń zdrowotnych w rodzaju AOS w zakresie okulistyki świadczenia zabiegowe w okulistyce- zakres skojarzony z 02.1600.001.02 odbywała się w 2014 r. na podstawie 180 umów, w 2015 r. - 180 umów, a w 2016 r. - 181, przy czym: w 2014 r. zmniejszono wartość 54 umów o kwotę 154 903 zł i zwiększono 93 umów o kwotę 1 082 919 zł, w 2015 r. zmniejszono wartość 58 umów o kwotę 184 370 zł, a zwiększono 83 umów o kwotę 1 653 867 zł oraz w 2016 r. (według stanu na 31 października) zmniejszono wartość 41 umów o kwotę 107 174 zł, a zwiększono 73 umów o kwotę 745 615 zł.

Realizacja świadczeń zdrowotnych w rodzaju SZP w zakresie okulistyka - hospitalizacja B18, B19 odbywała się w 2014 r. na podstawie 13 umów, w 2015 r. - 12 umów i w 2016 r. - 10 umów, przy czym: w 2014 r. zmniejszono wartość 5 umów o kwotę 2 267 439 zł i zwiększono trzech umów o kwotę 506 012 zł, w 2015 r. zmniejszono wartość trzech umów o kwotę 4 569 864 zł, a zwiększono dziewięciu umów o kwotę 1 766 695 zł oraz w 2016 r. (według stanu na 31 października)

<sup>42</sup> Monitorowanie realizacji zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej należy na podstawie art. 97 ust. 3 pkt 2 ustawy o świadczeniach do zakresu działań NFZ. W wyniku prowadzonego monitoringu umów OW NFZ powinien podejmować próby alokacji środków w przypadku stwierdzenia, w miarę upływu czasu, niepełnej realizacji ich zapisów (harmonogramów rzeczowo-finansowych stanowiących załączniki do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej) oraz nadwykonań.

<sup>43</sup> Analizy prowadzone były w arkuszach kalkulacyjnych Excel w plikach CL i W dla wszystkich rodzajów świadczeń w podziale m.in. na poszczególnych świadczeniodawców, zakresy i miejsca wykonywania świadczeń oraz na poszczególne obszary kontraktowania.



zmniejszono wartość jednej umowy o kwotę 446 316 zł, a zwiększono wartość ośmiu umów o kwotę 1 812 725 zł.

Realizacja świadczeń zdrowotnych w rodzaju SZP w zakresie okulistyka – hospitalizacja planowa B18, B19 odbywała się w 2014 r. i w 2015 r. na podstawie dwóch umów, a w 2016 r. jednej umowy, przy czym: w 2014 r. i 2015 r. nie zmniejszono wartości umów, w 2014 r. zwiększono wartość jednej umowy o kwotę 765 zł, w 2015 r. zwiększono wartość dwóch umów o kwotę 1 020 354 zł, a w 2016 r. (według stanu na 31 października) nie zmniejszono wartości umów, zwiększono natomiast wartość jednej umowy o kwotę 232 544 zł.

Realizacja świadczeń zdrowotnych w rodzaju SZP w zakresie okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19 odbywała się w latach 2014-2016 na podstawie ośmiu umów, przy czym: w 2014 r. zmniejszono wartość czterech umów o kwotę 8 495 zł i zwiększono jedną umowę o kwotę 17 568 zł, w 2015 r. i 2016 r. (według stanu na 31 października) nie zmniejszono wartości umów, natomiast w 2015 r. zwiększono wartość ośmiu umów o kwotę 1 991 474 zł, a w 2016 r. zwiększono wartość pięciu umów o kwotę 439 620 zł.

Realizacja świadczeń zdrowotnych w rodzaju SZP w zakresie okulistyka – hospitalizacja odbywała się w 2014 r. na podstawie 13 umów, w 2015 r. - 12 umów i w 2016 r. - 11 umów, przy czym: w 2014 r. zmniejszono wartość trzech umów o kwotę 351 676 zł i zwiększono pięciu umów o kwotę 463 585 zł, w 2015 r. zmniejszono wartość dwóch umów o kwotę 1 273 740 zł, a zwiększono 10 umów o kwotę 1 900 704 zł, natomiast w 2016 r. (według stanu na 31 października) zmniejszono wartość jednej umowy o kwotę 104 zł i zwiększono czterech umów o kwotę 229 788 zł.

Realizacja świadczeń zdrowotnych w rodzaju SZP w zakresie okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia, odbywała się w latach 2014-2016 na podstawie ośmiu umów, przy czym: w 2014 r. zmniejszono wartość jednej umowy o kwotę 17 568 zł i zwiększono pięciu umów o kwotę 26 510 zł, w 2015 r. zmniejszono wartość dwóch umów o kwotę 50 856 zł, a zwiększono pięciu umów o kwotę 90 107 zł, natomiast w 2016 r. (według stanu na 31 października) nie zmniejszono i nie zwiększono wartości zawartych umów.

(dowód: akta kontroli str. 3000-3012, 3696-3704)

**4.4.2.** Realizacja świadczeń zdrowotnych w rodzaju SZP w zakresie ortopedia i traumatologia narządów ruchu - hospitalizacja odbywała się w 2014 r. na podstawie 21 umów, w 2015 r. - 21 umów, a w 2016 r. - 20 umów, przy czym: w 2014 r. zmniejszono wartość czterech umów o kwotę 3 084 016 zł i zwiększono 17 umów o kwotę 10 604 771 zł, w 2015 r. zmniejszono wartość czterech umów o kwotę 3 084 016 zł i zwiększono 17 umów o kwotę 10 604 771 zł, a w 2016 r. (według stanu na 31 października) zmniejszono wartość pięciu umów o kwotę 99 907 zł i zwiększono 11 umów o kwotę 2 428 972 zł.

Realizacja świadczeń zdrowotnych w rodzaju SZP w zakresie ortopedia i traumatologia narządu ruchu - hospitalizacja planowa odbywała się w 2014 r. na podstawie pięciu umów, w 2015 r. pięciu umów i w 2016 r. czterech umów, przy czym: w 2014 r. zmniejszono wartość jednej umowy o kwotę 1 170 zł i zwiększono w jednej umowie o kwotę 7 748 zł, w 2015 r. zmniejszono wartość dwóch umów o kwotę 143 052 zł i zwiększono trzech umów o kwotę 108 232 zł, natomiast w 2016 r. (według stanu na 31 października) zmniejszono wartość jednej umowy o kwotę 104 zł i zwiększono jedną umowę o kwotę 167 440 zł.

(dowód: akta kontroli str. 3000-3012, 3696-3704, 3738-3833)

W przypadku stwierdzenia niewykorzystania środków przez świadczeniodawcę, środki te DOW NFZ przeznaczał na zakup świadczeń zdrowotnych w tym samym

zakresie przedmiotowym lub przenosił na inne świadczenia w ramach tych samych umów kontraktowych.

(dowód: akta kontroli str. 3000-3012, 3696-3704, 3738-3833)

**4.5.** DOW NFZ dokonywał w okresie objętym kontrolą oceny potrzeb i analizy dostępności pacjentów oczekujących na wykonanie świadczeń zdrowotnych, w tym m.in. w zakresie wysokości środków niezbędnych na wykonanie zabiegu usunięcia zaćmy i w miarę możliwości finansowych Oddziału, zwiększał wartości umów, kontraktowych tym zakresie. Analizy poprzedzające rozdział środków finansowych obejmowały w szczególności szacowanie środków finansowych, umożliwiających udzielenie świadczeń pacjentom oczekującym na zabieg usunięcia zaćmy, w pilnych przypadkach. Analizy takie, w rodzaju leczenie szpitalne, przeprowadzono np. w 2015 r. i 2016 r. przed podjęciem decyzji Dyrektora DOW NFZ w zakresie finansowania świadczeń zdrowotnych.

(dowód: akta kontroli str. 3678-3690, 3753-3760)

Jak wskazał Dyrektor DOW NFZ, zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego, znacząco wzrastała liczebność osób powyżej 60 roku życia i wydłużała się średnia długość życia. Zachodzące zmiany w strukturze wiekowej ludności miały duży wpływ na zapotrzebowanie niektórych procedur medycznych, w tym również schorzeń w zakresie zaćmy, dotyczących przede wszystkim osób w wieku poprodukcyjnym. Wzrost zapotrzebowania na te świadczenia był i jest niewspółmierny do wzrostu środków finansowych będących w dyspozycji NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 3678-3690)

Szacunkowa kwota środków, niezbędna osobom oczekującym na świadczenia medyczne związane z zaćmą w rodzaju leczenie szpitalne, wyliczona w oparciu o średni koszt świadczenia (zarówno przypadki pilne, jaki i stabilne) według stanu na dzień 30 czerwca każdego roku badanego okresu, kształtowała się następująco:

- w 2014 r., przy 69 643 pacjentach oczekujących, średni koszt świadczenia 2 433 zł, koszt udzielenia świadczeń dla wszystkich oczekujących 169 471 342 zł,
- w 2015 r., przy 72 776 pacjentach oczekujących, średni koszt świadczenia 2 441 zł, koszt udzielenia świadczeń dla wszystkich oczekujących 177 655 783 zł,
- w 2016 r., przy 72 839 pacjentach oczekujących, średni koszt świadczenia 2 349 zł, koszt udzielenia świadczeń dla wszystkich oczekujących 171 132 779 zł.

(dowód: akta kontroli str. 3678-3690)

Kwota niezbędna, osobom oczekującym na świadczenia medyczne związane z zaćmą w rodzaju AOS (z rozpoznaniem H25 i H26), według stanu na dzień 30 czerwca każdego roku badanego okresu, oszacowana z uwzględnieniem odsetka osób, którym udzielono porad w związku z rozpoznaniem związanym z zaćmą w stosunku do liczby wszystkich porad, kształtowała się następująco<sup>44</sup>:

- w 2014 r., przy 40 536 pacjentach oczekujących do poradni okulistycznej, odsetek pacjentów z rozpoznaniem zaćmy (16,4 %), szacowana liczba pacjentów z zaćmą 6 666 osób, koszt jednostkowy usunięcia zaćmy 644 zł (wg katalogu 70 punktów x 9,2 zł), koszt udzielenia świadczeń dla wszystkich oczekujących 4 292 904 zł,

<sup>44</sup> Liczbę pacjentów oczekujących z zaćmą w rodzaju AOS, oszacowano na podstawie liczby oczekujących do poradni okulistycznej oraz okulistycznej dla dzieci (zarówno przypadki pilne, jaki i stabilne) wg stanu na czerwiec 2014, czerwiec 2015 i czerwiec 2016 oraz odsetka pacjentów przyjętych z rozpoznaniem H25 i H26 w danym rok.

- w 2015 r., przy 32 356 pacjentach oczekujących do poradni okulistycznej, odsetek pacjentów z rozpoznaniem zaćmy (17,8%), szacowana liczba pacjentów z zaćmą 6 666 osób, koszt jednostkowy usunięcia zaćmy 644 zł, koszt udzielenia świadczeń dla wszystkich oczekujących 3 706 864 zł,
- w 2016 r., przy 25 806 pacjentach oczekujących do poradni okulistycznej, odsetek pacjentów z rozpoznaniem zaćmy (18,0%), szacowana liczba pacjentów z zaćmą 6 666 osób, koszt jednostkowy usunięcia zaćmy 644 zł, koszt udzielenia świadczeń dla wszystkich oczekujących 2 997 820 zł.

(dowód: akta kontroli str. 3678-3690)

4.6. W latach 2014-2016 w trakcie prowadzonych postępowań konkursowych w zakresach świadczeń: okulistyka – hospitalizacja B18, B19; okulistyka – hospitalizacja planowa B18, B19 oraz okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19, nie wystąpiły przypadki obniżenia wyceny wartości punktów<sup>45</sup>.

Średnia cena kontraktowa B18 i B19 w ww. zakresach w latach 2014-2016 kształtowała się następująco: okulistyka – hospitalizacja B18, B19 – 51,25 zł; okulistyka – hospitalizacja planowa B18, B19 - 45 zł; okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19 - 49,33 zł. Od czasu kontraktowania w świadczeń w 2012 r. wartości te nie uległy zmianie.

(dowód: akta kontroli str. 3690, 3729)

Ustalone  
nieprawidłowości

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

Ocena cząstkowa

Dyrektor DOW NFZ monitorował realizowanie zawartych kontraktów na wykonywanie świadczeń zdrowotnych. Podejmował działania mające na celu zwiększenie dostępu do świadczeń zdrowotnych w rodzaju AOS i SZP w zakresie usunięcia zaćmy, witekromii oraz endoprotezoplastyki, w szczególności poprzez: zwiększanie w miarę posiadanych możliwości finansowych, ilości i wartości zakontraktowanych świadczeń, przesuwanie środków finansowych pomiędzy poszczególnymi rodzajami świadczeń, rozdysponowanie środków pozostałych w wyniku rozwiązania umów ze świadczeniodawcami.

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

Opis stanu  
faktycznego

5.1. Zmiany Regulaminu organizacyjnego DOW NFZ<sup>46</sup> wprowadzone w związku ze zmianami ustawy o świadczeniach wynikającymi z dyrektywy 2011/11/UE stanowiły, że zadania związane z wprowadzeniem Dyrektywy Transgranicznej dodano do kompetencji Wydziału Spraw Świadczeniobiorców i Współpracy Międzynarodowej (Działu Współpracy Międzynarodowej). Nowe zadania przypisano także poszczególnym komórkom merytorycznym (WSM<sup>47</sup>, WSOZ, WGL<sup>48</sup>), opiniującym w swoim zakresie wnioski pacjentów. Doprecyzowanie procedury rozpatrywania wniosków i podział kompetencji między wydziałami zawarte zostały w piśmie okólnym Dyrektora DOW NFZ nr 1/2015 z dnia 9 stycznia 2015 r.

W ramach Działu Współpracy Międzynarodowej zatrudniono czterech pracowników, którym powierzono realizację zadań wynikających z przepisów implementujących dyrektywę transgraniczną do polskiego porządku prawnego. Dodatkowe zadania zostały powierzone również pracownikom wcześniej zatrudnionym w Wydziale Spraw Świadczeniobiorców i Współpracy Międzynarodowej, co wynikało z większej,

<sup>45</sup> B18 - usunięcia zaćmy powikłanej z jednoczesnym wszczepieniem soczewki. B19 - usunięcie zaćmy niepowikłanej z jednoczesnym wszczepieniem soczewki.

<sup>46</sup> Wprowadzone zarządzeniem nr 18/2015 Dyrektora DOW z dnia 20 marca 2015 r.

<sup>47</sup> Wydział Świadczeń Medycznych.

<sup>48</sup> Wydział Gospodarki Lekami.

niż zakładano przy wyliczaniu etatów, skali pracy w przedmiotowym zakresie. Łącznie w zakresach obowiązków 13 pracowników DOW NFZ zawarto zapisy dotyczące prowadzenia spraw wynikających z dyrektywy 2011/24/UE.

Koszty związane z realizacją zadań w ramach dyrektywy transgranicznej zaplanowano w kwotach: 19,0 tys. zł w 2014 r., 385,0 tys. zł w 2015 r. oraz 394,0 tys. zł w okresie od 1 stycznia 2016 r. do 31 października 2016 r. Poniesiono natomiast koszty: 20,6 tys. zł w 2014 r., 290,7 tys. zł w 2015 r. oraz 329,0 tys. zł w 2016 r. (do 31 października 2016 r.).

**5.2.** Ilość złożonych do DOW NFZ wniosków pacjentów o zwrot kosztów leczenia na podstawie przepisów Dyrektywy Transgranicznej kształtowała się następująco: w 2013 r. – 4 wnioski, w 2014 r. – 11 wniosków, w 2015 r. – 1336 wniosków, w 2016 r. (do 30 października) – 1444 wniosków. Wnioski dotyczyły świadczeń udzielonych w Austrii, Belgii, Chorwacji, Czechach, Francji, Hiszpanii, Holandii, Niemczech, Szwecji, na Węgrzech i we Włoszech.

W okresie od dnia 14 listopada 2014 r. do dnia 30 września 2016 r. złożono 2 766 wniosków o zwrot kosztów leczenia za granicą, z czego rozpatrzono 2 546 (92 %), a 221 (8 %) wniosków pozostawiono bez rozpatrzenia (m.in. z powodu niezuzupelnienia wniosków przez wnioskodawców) lub umorzono postępowania.

Łączna wartość kosztów leczenia zawarta w ww. wnioskach wynosiła 8 692,6 tys. zł. Pozytywnie rozpatrzono 2 546 wniosków dokonując zwrotów kosztów w łącznej kwocie 5 576,2 tys. zł (64 %). Zwroty kosztów leczenia zagranicznego dotyczyły głównie leczenia zaćmy. W tej sprawie złożono 2 480 wniosków (90 % ogółu) w oparciu, o które wypłacono 5 420,3 tys. zł, tj. 97 % łącznej wysokości wypłacanej kwoty z tytułu leczenia za granicą.

(dowód akta kontroli str. 2050, 2100 – 2448, 2458 – 2466, 2468 – 2472, 2473 – 2496, 4004-4006)

Dyrektor DOW NFZ wskazał, że biorąc pod uwagę ilość złożonych wniosków, można zauważyć, że wzrasta zainteresowanie pacjentów uzyskaniem leczenia za granicą, a następnie otrzymaniem zwrotu jego kosztów na podstawie przepisów Dyrektywy Transgranicznej 2011/24/UE. Ze względu na położenie geograficzne, pacjenci najczęściej udają się na operację usunięcia zaćmy w Czechach. Pokrywanie przez pacjentów całości kosztów leczenia stało się podstawą do rozwoju komercyjnego rynku usług pośredniczących w organizacji wyjazdu oraz pomocy w wypełnieniu wniosku do NFZ o zwrot kosztów oraz zgromadzeniu niezbędnych do tego dokumentów. W ostatnim czasie powstało kilka nowych firm zajmujących się tzw. turystyką zdrowotną. Wnioski, które wpłynęły do Oddziału po wejściu w życie dyrektywy 2011/24/UE, a przed wejściem w życie przepisów implementujących, tj. pomiędzy 25 października 2013 r., a 14 listopada 2014 r., zgodnie z wytycznymi Centrali NFZ, w związku z brakiem przepisów krajowych implementujących postanowienia Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE, były odsyłane do świadczeniobiorców. NFZ nie posiadał upoważnienia ustawowego do rozpatrywania tych wniosków i finansowania kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej.

(dowód: akta kontroli str. 2455 – 2456, 2457)

**5.2.1** Ilość złożonych wniosków o wydanie zgody, na uzyskanie w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej, świadczenia opieki zdrowotnej zawartego w wykazie, o którym mowa w art. 42 b ust. 9 ustawy o świadczeniach, wynosiła trzy wnioski w 2015 r. oraz 11 wniosków w 2016 r. (do 30 października). W latach 2013 – 2014 wniosków w tych sprawach nie składano.

Wnioski dotyczyły: leczenia nowotworu złośliwego mózgu, gruczolu krokowego, alloplastyki stawu biodrowego i kolanowego, endoprotezoplastyki stawu kolanowego oraz biodrowego, rehabilitacji kurczowego porażenie czterokończynowego, leczenia

stanu po złamaniu podudzia lewego, leczenia zwężenia cewki moczowej i przeprowadzania zabiegu zaćmy starczej wymagającego kilkudniowego pobytu w szpitalu. W tych sprawach nie wydano decyzji akceptujących wnioski stron. Wydano trzy decyzje umarzające postępowanie dotyczące przypadków, w których postępowanie weryfikacyjne wykazało możliwość leczenia choroby w kraju. W jednym przypadku wydano postanowienie o odmowie wszczęcia postępowania, w pozostałych przypadkach sprawy pozostawiono bez rozpoznania, ze względu na braki formalne wniosków o uprzednią zgodę.

(dowód: akta kontroli str. 2455-2456, 2457)

**5.3** Oddział nie dokonywał pacjentom zwrotów kosztów leczenia 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<sup>49</sup> (dalej: „ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach”), a dotyczących 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. na podstawie wniosków złożonych przed wejściem w życie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach. Dokonywano natomiast zwrotów przedmiotowych kosztów, na podstawie wniosków złożonych po wejściu w życie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach za wykonane świadczenia przed 15 listopada 2014 r. W toku kontroli sprawdzono trzy tego typu sprawy<sup>50</sup> nie stwierdzając nieprawidłowości.

(dowód: akta kontroli str. 2085 – 2084, 4009-4011)

**5.4.** Badaniu poddano 50 spraw o zwrot kosztów objętych wnioskami złożonymi przez osoby uprawnione na podstawie art. 10 ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach, 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 sprawach o zwrot kosztów stosowano przepisy proceduralne oparte na ustawie o świadczeniach oraz przepisy kpa. W przypadku braku możliwości terminowego rozpatrzenia wniosku, zawiadamiano o tym fakcie strony w oparciu o art. 36 kpa, podając przyczyny zwłoki i wskazując na nowy termin załatwienia sprawy. We wszystkich sprawach zakończonych decyzjami wzywano strony do zapoznania się z aktami spraw.

Analizowane wnioski dotyczyły świadczeń gwarantowanych. W sytuacji konieczności uzupełnienia wniosków, wyznaczano 14 dniowe terminy do usunięcia w nich braków. W przypadku niekompletności wniosków, po bezskutecznym wezwaniu do uzupełnienia wniosków, pozostawiano sprawy bez rozpatrzenia.

**5.5.** DOW NFZ ustalając wartość zwrotu kosztów za leczenie w innych niż Polska krajach UE, powoływał następującą podstawę prawną: „Fundusz dokonuje zwrotu kosztów świadczeń w wysokości odpowiadającej kwocie finansowania danego świadczenia gwarantowanego stosowanej w rozliczeniach między Funduszem, a świadczeniodawcami z tytułu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W przypadku, gdy dla danego świadczenia gwarantowanego istnieje na terenie kraju różnicowanie wysokości kwot finansowania stosowanych rozliczeń między podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, a świadczeniodawcami, podstawą do zwrotu kosztów jest średnia ważona kwoty finansowania obliczona dla tego świadczenia gwarantowanego, według stanu obowiązującego na dzień 1 stycznia roku, w którym

<sup>49</sup> Dz.U. z 2014 r. poz.1491

<sup>50</sup> Nr spraw 34361/14, 374104/14, 94025/15

zakończono udzielanie świadczenia objętego wnioskiem<sup>51</sup>. Stosowano ceny wynikające z cennika, przekazywanego przez Centralę NFZ<sup>52</sup>. Kwoty zwrotów wynikające z cennika, w każdym z analizowanych przypadków były niższe od kwot zapłaconych przez wnioskodawców.

(dowód: akta kontroli str. 2100 – 2448, 4007-4008)

**5.6.** W okresie objętym kontrolą, w przypadku decyzji o zwrocie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej, w 977 przypadkach (ok. 50% wydanych decyzji) dokonano zwrotu kosztów bezpośrednio na rzecz pełnomocników pacjentów, którym udzielone były świadczenia. Pełnomocnikami były osoby fizyczne działające w ramach podmiotów gospodarczych<sup>53</sup> oraz Fundacja Pomocy.

(dowód: akta kontroli str. 2003, 2006, 2010- 2024)

**5.7.** Nie wystąpił przypadek komplikacji medycznych w trakcie udzielania świadczeń, na które nie była wymagana uprzednia zgoda, skutkujący przedłużeniem czasu hospitalizacji powyżej jednego dnia oraz zwrotu kosztów takiego leczenia. Przeanalizowano sześć przypadków zwrotu w 2016 r. przez DOW NFZ kosztów leczenia pacjentów za granicą w sytuacjach, gdy ich pobyt w szpitalu trwał dłużej, niż jeden dzień. W jednej sprawie wniosek pozostawiono bez rozpatrzenia, gdyż nie przedstawiono Oddziałowi decyzji o wydaniu uprzedniej zgody, a w pięciu przypadkach wydano decyzję umarzającą postępowanie, w związku z wnioskiem strony o rozpatrzenie sprawy zgodnie z przepisami o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w państwach UE/EFTA (Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu).

(dowód: akta kontroli str. 2003 – 2007, 2773 – 2811, 2812 – 2823)

**5.8.** W kwestii umożliwienia osobom korzystającym z opieki transgranicznej kontynuacji leczenia na terytorium kraju, Dyrektor DOW NFZ wyjaśnił, że zgodnie z art. 5 pkt c dyrektywy transgranicznej w przypadku, kiedy pacjent skorzystał z transgranicznej opieki zdrowotnej i w sytuacji konieczności dalszej jego obserwacji medycznej, państwo członkowskie zobowiązane jest zapewnić takiemu pacjentowi taką samą obserwację, jaka byłaby zapewniona w przypadku skorzystania z opieki zdrowotnej na jego terytorium. W związku z powyższym, polski ubezpieczony, który skorzystał z leczenia transgranicznego, może kontynuować w Polsce leczenie rozpoczęte za granicą, u świadczeniodawców udzielających świadczeń w oparciu o umowę z NFZ na zasadach określonych w *ustawie o świadczeniach*.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że 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, już wcześniej ujętych na listach prowadzonych w podmiotach leczniczych.

(dowód: akta kontroli str. 2004, 2007)

**5.9.** W obszarze związanym z dostępem do informacji na temat transgranicznej opieki zdrowotnej, DOW NFZ na bieżąco udzielał informacji, zarówno pacjentom z kraju, jak i z innych niż Polska krajów Unii Europejskiej.

Główna tematyka zapytań kierowanych przez pacjentów do Oddziału dotyczyła: zasad dostępu do opieki transgranicznej w innych państwach członkowskich UE, trybu rozpatrywania wniosków o zwrot kosztów, formalności jakie muszą zostać spełnione celem otrzymania zwrotu kosztów udzielanych świadczeń, czasu zwrotu poniesionych kosztów, wysokości przysługującej refundacji, świadczeń

<sup>51</sup> Art. 42 c ust. 6 ustawy o świadczeniach

<sup>52</sup> Informacja Kierownika Działu Współpracy Międzynarodowej.

<sup>53</sup> W aktach spraw brak danych o tych podmiotach, pełnomocnikiem strony jest powołana z imienia i nazwiska osoba fizyczna.

wymagających uzyskania uprzedniej zgody Dyrektora DOW NFZ na pokrycie ich kosztów i trybu rozpatrywania wniosków w tych sprawach.

Przedmiotowe informacje były udzielane osobiście, telefonicznie, pisemnie (za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej). W początkowym okresie wprowadzenia dyrektywy transgranicznej, ilość zapytań w zakresie, o którym wyżej była znacząca, głównie ze względu na medialne nagłośnienie nowej możliwości korzystania ze świadczeń. Z czasem ilość zapytań uległa zmniejszeniu i ograniczała się do pytań polskich ubezpieczonych do możliwości wykonania zabiegu zaćmy na terenie Czech. Odnotowano pojedyncze zapytania kierowane do DOW NFZ przez pacjentów z innych państw członkowskich Unii Europejskiej na w zakresie możliwości ich leczenia w Polsce.

Ze sprawozdań DOW NFZ przekazywanych do Centrali NFZ za I półrocze 2015 r. wynikało, że: udzielono 2500 informacji w sprawie dostępu do transgranicznej opieki zdrowotnej w oparciu o dyrektywę UE w tej sprawie, 10 informacji dotyczących Krajowych Punktów Kontaktowych w innych państwach członkowskich UE, 2900 informacji o procedurach umożliwiających dostęp do transgranicznej opieki zdrowotnej, 475 informacji dotyczących opieki zdrowotnej podlegającej uprzedniej zgodzie, 1500 informacji o procedurach dotyczących zwrotu kosztów leczenia za granicą, 300 informacji o świadczeniodawcach wykonujących działalność leczniczą, 1400 informacji na temat leczenia, 43 informacje o standardach obowiązujących w państwach członkowskich i 1784 informacje o stawkach zwrotu kosztów leczenia. Dane o sposobie przekazywania informacji w sprawach dostępu do transgranicznej opieki zdrowotnej za granicą w 2015 r., DOW NFZ przekazywał także Komisji Europejskiej. Pisemnie przekazano 150 informacji, telefonicznie 4500, wskazano także iż 1500 informacji udzielono bezpośrednio osobiście zainteresowanym. W systemie AP – REJKONT za okres od dnia 1 czerwca 2016 r. do dnia 1 grudnia 2016 r. odnotowano 92 kontakty dotyczące dyrektywy transgranicznej (71 telefonicznych i 21 osobistych).

Wiedzę na ten temat transgranicznej opieki zdrowotnej wśród podmiotów leczniczych popularyzowano poprzez organizację szkoleń przez NFZ w ramach projektu systemowego „Wzrost jakości zarządzania w systemie ochrony zdrowia poprzez wsparcie Krajowego Punktu Kontaktowego do spraw Transgranicznej Opieki Zdrowotnej”, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. Organizowaniem powyższego zajmowała się Centrala NFZ. Jedno ze szkoleń odbyło się we Wrocławiu w terminie 24-25 lutego 2015 r. i dotyczyło „Zasad udzielania świadczeń zdrowotnych w oparciu o przepisy dyrektywy transgranicznej”. Szkolenie skierowane było do pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (posiadających umowę z NFZ), na stanowiskach specjalistycznych i administracyjnych (rejestratorki, lekarze, osoby rozliczające świadczenia, wystawiające faktury, pielęgniarki, personel zarządzający placówkami medycznymi), których obowiązki związane były z definiowaniem, wyceną, rozliczaniem świadczeń zdrowotnych, udzielaniem informacji oraz obsługą pacjenta w szeroko rozumianym zakresie transgranicznej opieki zdrowotnej. Odbyły się również konferencje w Warszawie:

- w dniu 18 czerwca 2015 r. pt. „Transgraniczna Opieka Zdrowotna – polskie i europejskie doświadczenia”, która miała na celu wymianę wiedzy na temat: zasad udzielania świadczeń zdrowotnych w oparciu o przepisy dyrektywy transgranicznej, leczenia w ramach koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, doświadczeń innych państw członkowskich Unii Europejskiej w implementacji dyrektywy transgranicznej do przepisów krajowych;
- w dniu 2 września 2015 r. pt. „Transgraniczna Opieka Zdrowotna – Pacjenci Bez Granic”, mająca na celu wymianę wiedzy na temat znaczenia i zadań Europejskich

sieci referencyjnych, zasad tworzenia sieci referencyjnych w Polsce w ramach Transgranicznej Opieki Zdrowotnej (TOZ), a także jakości opieki zdrowotnej w ramach TOZ.

(dowód: akta kontroli str. 2009, 2007 – 2009, 206 – 2039)

**5.10.** Dyrektor DOW NFZ poinformował, że Oddział na swoim poziomie, nie podejmował żadnej współpracy z innymi podmiotami w dziedzinie transgranicznej opieki zdrowotnej.

(dowód: akta kontroli str. 2005, 2009)

**5.11.** Dyrektor DOW NFZ podał, że w latach 2014-2016 nie rozpatrywano skarg dotyczących nieprawidłowości przy udzielaniu świadczeń w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej.

Analizie poddano 17 skarg skierowanych do DOW NFZ, dotyczących nieprzestrzegania przez świadczeniodawców praw pacjentów w I kwartale 2015 r. i w I kwartale 2016 r. Ustalono, że w 10 przypadkach skargi były zasadne, w pięciu niezasadne, w jednym skarga była częściowo zasadna, a w jednym przypadku sprawę skierowano do Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, gdyż dotyczyła procesu leczenia. Wszystkie badane skargi rozpatrzone zostały prawidłowo, zgodnie z wymogami art. 227-240 kpa. W przypadku skarg uznanych za zasadne o stwierdzonych nieprawidłowościach informowano świadczeniodawców, zobowiązując ich jednocześnie do przekazania do DOW NFZ informacji o podjętych działaniach, w celu wyeliminowania wskazanych przez skarżących nieprawidłowości.

Sposoby weryfikacji prawdziwości danych zawartych w skargach zostały opisane w punkcie III. 2.3.1 niniejszego wystąpienia.

(dowód: akta kontroli str. 2087 – 2090)

**5.12.** Dyrektor DOW NFZ poinformował, że w latach 2013 – 2016 nie przeprowadzono postępowań kontrolnych, których przedmiotem byłoby przestrzeganie praw pacjenta wynikających z przepisów ustawy o działalności leczniczej, wprowadzonych w ramach implementacji dyrektywy 2011/24/UE.

(dowód: akta kontroli str. 2004, 2009)

Uwagi dotyczące  
badanej działalności

1. Z przedstawionych do analizy dokumentów 50 spraw dotyczących zwrotu pacjentom kosztów leczenia za granicą w ramach dyrektywy transgranicznej nie wynikało, jaką datę należało przyjąć za moment uprawomocnienia się wydanych decyzji w tych sprawach. Oddział nie dokumentował bowiem daty wpływu do DOW NFZ potwierdzenia odbioru (tzw. zwrotki) przesłanej pacjentowi decyzji, co było istotne z punktu widzenia dotrzymania obowiązku dokonania zwrotu poniesionych przez niego kosztów leczenia, w ciągu 7 dni od daty powzięcia przez Oddział wiadomości, że decyzja stała się ostateczna (art. 42 d ust. 17 ustawy o świadczeniach).

Wyjaśniając w tej sprawie Dyrektor DOW NFZ wskazał m.in., że zwrotne potwierdzenie otrzymania listu poleconego nie podlegało rejestracji na poziomie kancelarii Oddziału. Co do zasady pracownicy ustalający termin, kiedy decyzja stała się ostateczna kierują się zapisami potwierdzającymi odbiór decyzji, jeżeli jest to tylko możliwe, po dokonaniu ustaleń z Wydziałem Księgowości, gdyż noty księgowe stanowiące podstawę wypłaty środków sporządzane są uwzględniając datę odbioru decyzji i 14 dniowy okres na uprawomocnienie się decyzji.

Zdarza się, że zwrotki wpływają do Oddziału z dużym opóźnieniem, w związku z czym data powzięcia informacji o tym, że decyzja jest ostateczna ustalana jest indywidualnie w każdej tego typu sprawie. Każdego dnia odpowiedzialny pracownik kontroluje wpływ zwrotnych potwierdzeń odbioru do kancelarii i na bieżąco przekazuje je pracownikom merytorycznym.



(dowód: akta kontroli str. 2050, 2100-2448, 2458-2466, 2468 -2472, 2473-2496)

2. DOW NFZ, zgodnie z wytycznymi Centrali NFZ, wnioski pacjentów o zwrot kosztów leczenia za granicą, które wpłynęły do Oddziału po wejściu w życie Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE, a przed wejściem w życie krajowych przepisów ją implementujących, tj. pomiędzy 25 października 2013 r., a 14 listopada 2014 r., odsyłał do świadczeniobiorców w związku z brakiem upoważnienia ustawowego do ich rozpatrywania i finansowania kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej.

NIK zwraca uwagę, że zgodnie z postanowieniami art. 61 kpa, z uwagi na występowanie uzasadnionych przyczyn niemożności wszczęcia postępowania, winien stronom wydawać postanowienia o odmowie wszczęcia postępowania, na które służyło zażalenie.

(dowód: akta kontroli str. 2455 – 2456, 2457, 2050, 2100 – 2448, 2458 – 2466, 2468 – 2472, 2473 – 2496, 4004-4006)

#### Ocena cząstkowa

W ocenie NIK działania podejmowane przez Dyrektora DOW NFZ w zakresie sposobu rozpatrywania wniosków o zwrot kosztów poniesionych za leczenie jednodniowe za granicą w ramach dyrektywy transgranicznej oraz wniosków o udzielenie uprzedniej zgody na takie świadczenia, były zgodne z obowiązującymi przepisami prawa. Poprawnie rozpatrywano skargi dotyczące naruszenia praw pacjenta, na bieżąco udzielano zainteresowanym informacji w zakresie transgranicznej opieki zdrowotnej. Wnioski, pacjentów o zwrot kosztów leczenia za granicą, które wpłynęły do Oddziału po wejściu w życie Dyrektywy 2011/24/UE, a przed wejściem w życie przepisów ją implementujących, Oddział zgodnie z wytycznymi Centrali NFZ odsyłał do świadczeniobiorców. NIK zwraca uwagę, że zgodnie z art. 61 kpa z uwagi na występowanie uzasadnionych przyczyn niemożności wszczęcia postępowania, winien stronom wydawać postanowienia o odmowie wszczęcia postępowania, na które służyło zażalenie.

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

Opis stanu faktycznego

6.1 W latach 2013-2016 z umów zawartych z DOW NFZ zrezygnowało 73 świadczeniodawców. Rezygnacje te dotyczyły działalności: 36 - STM, 15 - AOS, 6 - SZP, 6 – PRO, 5 - SPO, 3 - PSY, 1 - REH, 1 - OPH. I tak np.: [1] AOS świadczeniodawca nr 3304123 wykonujący usługi w zakresie położnictwa i ginekologii, nie wskazując ich nieopłacalności, prosił o rozwiązanie umowy na zasadzie porozumienia stron, [2] AOS świadczeniodawca nr 3122016 (usługi w zakresie okulistyki), nie wskazując nieopłacalności wykonywania świadczeń wypowiedział umowę, wskazując na brak możliwości współpracy z DOW NFZ, [3] AOS świadczeniodawca nr 3201809 (świadczenia w zakresie reumatologii) zrezygnował z świadczenia usług z powodu braku lekarza, [4] SZP świadczeniodawca nr 3102988 (usługi w zakresie pediatrii, hospitalizacja) nie wskazując na brak opłacalności świadczeń poinformował, iż personel lekarski w sposób nagły i nieprzewidziany wypowiedział umowy i porzucił pracę, [5] SZP świadczeniodawca nr 3101054 (świadczenia w ramach chemioterapii niestandardowej), nie podnosząc kwestii opłacalności wykonywanych świadczeń, wskazał, że nie prowadził terapii niestandardowej u pacjentów onkologicznych.

(dowód: akta kontroli str. 2048 – 253, 2054 – 2055)

6.2. W postępowaniach kontrolnych w latach 2013 – 2016 w zakresie realizacji umów finansowania świadczeń zdrowotnych w zakresach dotyczących okulistyki oraz ortopedii i traumatologii narządów ruchu, nie stwierdzono przypadków nieuzasadnionego zaniechania udzielania świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 2004, 2009)

6.3. Dyrektor DOW NFZ poinformował, że Oddział nie dysponuje informacjami o skali świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmioty lecznicze, z którymi zawarł umowy na udzielanie świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Nie prowadzono także analiz wpływu udzielania świadczeń finansowanych z innych źródeł niż NFZ, na dostępność świadczeń realizowanych w ramach kontraktów.

NIK zwraca uwagę, że stosownie do art. 131b ust. 1 ustawy o świadczeniach: Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu sporządza plan zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na następny rok, uwzględniając Mapę Regionalną oraz stan dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa. Posiadanie informacji o udzielanych odpłatnych świadczeniach jest zatem elementem wiedzy o dostępności do świadczeń na danym obszarze.

(dowód: akta kontroli str. 2049, 2054 – 2055)

6.4. W trybie art. 29 ust.1 lit. f ustawy o NIK pozyskano informacje z wybranych podmiotów/jednostek leczniczych realizujących kontrakty z DOW NFZ<sup>54</sup>. Z informacji tych wynikało m.in., że jednostki udzielały świadczeń opieki zdrowotnej, za które należności regulowały inne niż NFZ podmioty. Świadczenia dotyczyły nie tylko udzielania pomocy lekarskiej bezpośrednio pacjentom nieubezpieczonym, pacjentom leczonym w ramach zawartych umów z instytucjami ubezpieczeniowymi, innymi niż ZUS, ale także usług specjalistycznych laboratoriów, pracowni RTG itd. Osiem jednostek leczniczych świadczyło usługi w zakresie okulistyki i ortopedii. Za wyjątkiem jednej jednostki, pozostałe wskazywały na posiadany potencjał umożliwiający zwiększenie liczby udzielanych świadczeń zdrowotnych w zakresie usuwania zaćmy oraz przeprowadzanie zabiegów w zakresie traumatologii narządów ruchu (wszczepienia endoprotez). Ponadto:

– wszystkie jednostki posiadały cenniki usług medycznych. Jedna z jednostek przekazała szczegółowe informacje dotyczące relacji cenowych w poszczególnych grupach świadczeń zdrowotnych. Ceny świadczeń udzielanych odpłatnie przez ten podmiot, poza wyjątkami, o których niżej, były wyższe od cen stosowanych w ramach rozliczeń z NFZ. W odniesieniu cen zabiegów ortopedycznych i okulistycznych różnice te kształtowały się następująco: endoproteza stawu biodrowego cementowa w rozliczeniach z NFZ kosztowała 8 580 zł, poza systemem NFZ - 13 000 zł; endoproteza stawu biodrowego bezcementowa w rozliczeniach z NFZ - 12 168 zł, a poza systemem NFZ - 16 000 zł, endoproteza stawu kolanowego w rozliczeniach z NFZ - 12 168 zł, poza systemem - 16 000 zł; endoproteza stawu biodrowego z krótkim trzpieniem w rozliczeniach z NFZ - 19 916 zł, poza systemem - 19 000 zł; usunięcie zaćmy metodą fakoemulsyfikacji ze wszczepieniem soczewki akrylowej w rozliczeniach z NFZ - 2 236 zł, poza systemem NFZ - 3 000 zł; usunięcie zaćmy metodą Extracapsular w rozliczeniach z NFZ - 2 236 zł, poza systemem NFZ - 2 200 zł; witrektomia w ramach rozliczenia z NFZ - 5 500 zł, poza systemem NFZ - 8 476 zł; zł, operacja usunięcia jaskry w rozliczeniach z NFZ - 2 756 zł, a poza systemem - 2 000 zł,

<sup>54</sup> [1] Powiatowe Centrum Zdrowia sp. z o.o. Lwówek Śl. [2] Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu [3] Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kottliny Jeleniogórskiej. [4] Izerskie Centrum Pulmonologii i Chemioterapii Sp. z o.o. w Szklarskiej Porębie [5] Szpital Specjalistyczny i. A. Falkiewicza we Wrocławiu. [6] EMC Szpital Św. Antoniego w Ząbkowicach Śl. [7] Specjalistyczne Centrum Medyczne SA w Polanicy Zdrój. [8] Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu. [9] Zespół Opieki Zdrowotnej w Kłodzku. [10] Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu. [11] Powiatowe Centrum Zdrowia w Kamiennej Górze Sp. z o.o. [12] Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy. [13] Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji Sp. z o.o. Kamienna Gór. Jednostka nie udzielała świadczeń finansowanych przez inny niż NFZ podmiot. [14] Centrum Medyczne Karpacz. [15] Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Im Gromkowskiego ul. Koszarowa Wrocław. [16] Wielospecjalistyczny Szpital – SP ZOZ w Zgorzelcu. [17] Dolnośląski Szpital Specjalistyczny Im T. Marciniaka Centrum Medycyny Ratunkowej we Wrocławiu. [18] Specjalistyczny Szpital Im. A. Sokołowskiego w Wałbrzychu, [19] Łużyckie Centrum Medyczne w Lubaniu Sp. z o.o.

- informowały, iż świadczenie usług na rzecz innych niż NFZ podmiotów, nie miało negatywnego wpływu na realizację umowy z NFZ,
- żadna z jednostek nie podjęła współpracy z podmiotami krajowymi lub zagranicznymi w celu objęcia osób nie podlegających ubezpieczeniu zdrowotnemu, planowanym i odpłatnym leczeniem na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

(dowód akta kontroli str. 2497 -2772, 2824 - 2840)

Ustalone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

Ocena cząstkowa

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

#### IV. Uwagi i wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli<sup>55</sup>, wnosi o:

Podjęcie działań mających na celu zapewnienie dokumentowania w aktach spraw dotyczących zwrotu pacjentom kosztów leczenia za granicą, daty powzięcia przez DOW NFZ informacji o odebraniu decyzji przez adresata (wnioskodawcę), celem dotrzymania i monitorowania obowiązku zwrotu poniesionych przez niego kosztów leczenia, w ciągu 7 dni od daty powzięcia wiedzy przez Oddział o uprawomocnieniu się decyzji.

#### V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia  
zastrzeżeń

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

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

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 30 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

<sup>55</sup> Dz. U. z 2015 r., poz. 1096 ze zm.

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.

Wrocław, dnia 17 stycznia 2017 r.

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura we Wrocławiu

Kontroler  
Magdalena Barzęc  
Główny specjalista kontroli państwowej

*Magdalena Barzęc*  
.....  
podpis

DYREKTOR  
Delegatura NIK przy Izbie Kontroli  
*Violetta Metuszowska-Potomska*  
.....  
podpis  
Violetta Metuszowska-Potomska  
p.o. Wicedyrektor