



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Zielonej Górze

LZG – 410.012.01.2016
P/16/084

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Zielonej Górze
ul. Podgórna 9a, 65-213 Zielona Góra
T +48 68 410 66 00, F +48 68 410 66 39
lzg@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/16/084 – Respektowanie praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej.
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Zielonej Górze
Kontrolerzy	<ol style="list-style-type: none">1. Ryszard H. Stefan, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr LZG/92/2016 z dnia 18 listopada 2016 r.2. Bogumiła Leszczyńska-Konczanin, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LZG/94/2016 z dnia 12 grudnia 2016 r.3. Anna Tronowicz, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LZG/95/2016 z dnia 12 grudnia 2016 r. <p>(dowód: akta kontroli str. 1-6)</p>
Jednostka kontrolowana	Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia ¹ , ul. Podgórna 9B, 65-057 Zielona Góra.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Piotr Bromber pełniący obowiązki Dyrektora Oddziału od 31 grudnia 2015 r., a wcześniej od 29 października 2007 r. Zastępca Dyrektora Oddziału ds. Ekonomiczno- Finansowych. Poprzednio od dnia 15 maja 2008 r. do 30 grudnia stanowisko Dyrektora LOW NFZ zajmował Stanisław Łobacz. <p>(dowód: akta kontroli str. 7-9, 524-525)</p>

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

W kontrolowanym okresie, tj. w latach 2013-2016, w LOW NFZ na bieżąco monitorowano spływające od świadczeniodawców z województwa lubuskiego informacje o liczbie osób oczekujących na świadczenia zdrowotne oraz o czasie oczekiwania na zabiegi. Na świadczeniodawców nie wywiązujących się z tego obowiązku nakładano kary pieniężne (odsetek świadczeniodawców nieskładających informacje za 2014 r. wynosił 0,79%; za 2015 r. 1,26% i za 3 kwartały 2016 r. 0,38%). Liczba świadczeniodawców zobowiązanych na podstawie art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych², do przedstawiania Oddziałowi powyższych informacji w latach 2013-2016 wahała się od 433 do 510.

Nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych związanych z opieką transgraniczną spowodowała konieczność wprowadzenia w Oddziale zmian organizacyjnych, a planowane i zrealizowane w badanym okresie nakłady na obsługę realizacji zadań z zakresu opieki transgranicznej systematycznie się zwiększały.

Rozpatrując wnioski o zwrot kosztów leczenia za granicą Oddział przestrzegał obowiązujących w tym zakresie zasad określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zwrot poniesionych kosztów dotyczył świadczeń gwarantowanych oraz następował na podstawie

¹ Dalej: „LOW NFZ” lub „Oddział”.

² Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, ze zm.

kompletnych wniosków. Odmowa zwrotu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej następowała tylko w przewidzianych przepisami przypadku. Decyzje w sprawie zwrotu kosztów wydawane były po analizie materiału dowodowego, z zapewnieniem stronie czynnego udziału w postępowaniu. Większość decyzji wydanych zostało w obowiązującym terminie, a w przypadku jego przekroczenia, poza kilkoma przypadkami, strona była zawiadamiana o przyczynach zwłoki oraz o nowym terminie załatwienia sprawy.

Stwierdzone nieprawidłowości polegały m.in. na niepoinformowaniu w kilku przypadkach strony o niezakończonym w terminie oraz na nieuwzględnieniu wezwania do usunięcia braków formalnych wszystkich wymaganych elementów. Nieprawidłowości te nie miały znaczącego wpływu na respektowanie praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na zwiększającą się w latach 2014-2016 liczbę oczekujących na niektóre świadczenia, a także czas oczekiwania, mimo zwiększania nakładów finansowych. Realizacja zadań wynikających z implementacji Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej³ nie miała znaczącego wpływu na zmniejszenie liczby osób oczekujących na m.in. zabiegi usunięcia zaćmy oraz czas oczekiwania na te świadczenia. Dotychczasowa skala korzystania przez pacjentów z województwa lubuskiego, z możliwości planowanego leczenia w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej, mierzona wartością wnioskowanych i ustalonych zwrotów kosztów leczenia, była niewielka i nie miała wpływu na proces planowania finansowego i kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej w Oddziale, jak również nie wpływała na istotne zmniejszenie liczby oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej, na udzielenie których występowały najdłuższe kolejki oczekujących.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Zmiany w dostępności wybranych świadczeń zdrowotnych

Opis stanu faktycznego

1.1. LOW NFZ poprzez aplikację Kolejki Centralne⁴ posiadał na bieżąco dostęp do danych o liczbie osób oczekujących na świadczenia polegające na wykonaniu zabiegów medycznych, w tym m.in. w zakresie soczewki oka (zaćma)⁵, w zakresie ciała szklanego oka (witrektomia)⁶ oraz w zakresie endoprotezoplastyki stawów (bioder i kolan)⁷. Dane w tym zakresie dla województwa lubuskiego były analizowane przez Dział Kontraktowania Świadczeń LOW NFZ i wykorzystywane w korespondencji z Prezesem NFZ, np. w przypadku zmian w planie finansowym Oddziału.

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych Oddziału p. Monika Giblewska w sprawie dokonywania analiz ww. danych i podejmowanych ewentualnych działań w tym przedmiocie wyjaśniła m.in., że „Oddział na bieżąco analizuje dane w tym zakresie i podejmuje działania polegające na kierowaniu pism do świadczeniobiorców w celu wykreślenia osób nieżyjących oraz wielokrotnie wpisanych na listy oczekujących na takie samo świadczenie. W trakcie roku także zwiększono kontrakty dla

³ Dz. Urz. UE L 88/45 z 4 kwietnia 2011 r. str. 45, ze zm.

⁴ Dalej: AP-KOLCE.

⁵ Oznaczone kodem 30002.

⁶ Kod 30003.

⁷ Kody odpowiednio 80003 i 80005.

świadczeniodawców z długim czasem oczekiwania. Podjęte działania wpływały na poprawę przekazywanych do LOW NFZ danych, co miało wpływ na zmniejszenie liczby oczekujących i skrócenie czasu oczekiwania. Analizy wielokrotnie miały wpływ na renegotiacje zawartych kontraktów, a tym samym zwiększenie wykonywanych zabiegów. Od stycznia 2015 r. został wprowadzony portal AP-KOLCE, który w trakcie wpisywania do systemu weryfikuje czy wprowadzana osoba nie jest już wpisana na listę oczekujących na to samo świadczenie. W przypadku stwierdzenia takiego faktu możliwość zapisu jest blokowana”.

(dowód: akta kontroli str. 24-27)

1.2. Gromadzeniem i analizą danych oraz informacji o kolejkach osób oczekujących na świadczenia zdrowotne i czasie oczekiwania na świadczenie zajmował się w LOW NFZ Dział Monitorowania, Analiz i Planowania⁸. Według danych z AP-KOLCE dotyczących czterech powyższych zakresów za miesiąc październik w latach 2013-2016. najwięcej pacjentów oczekiwało na usunięcie zaćmy, a najmniej na zabieg witrektomii. Liczba pacjentów oczekujących na usunięcie zaćmy systematycznie zwiększała się z 7.937 osób⁹ w październiku 2013 r. do 10.330 osób¹⁰

w październiku 2015 r., tj. o 30,2%. W październiku 2016 r. oczekujących pacjentów było 9.479 (8.135 stabilnych i 1.344 pilnych). Na zabieg witrektomii w październiku 2013 r. oczekiwało 44 pacjentów (30 stabilnych i 14 pilnych), a w październiku 2016 r. odpowiednio 6 (4 i 2).

(dowód: akta kontroli str. 10-23, 28-32, 82)

Na zabieg w zakresie soczewki oka średni rzeczywisty czas oczekiwania¹¹ w miesiącu październiku w latach 2013-2016 ulegał zmianom i tak w 2013 r. wynosił on 551 dni dla przypadków stabilnych i 80 dni dla pilnych; w 2014 r. odpowiednio 495 i 144 dni; w 2015 r. 541 i 215 dni oraz w 2016 r. 587 i 169 dni.

Najdłuższy średni czas oczekiwania w październiku 2013 r. wynosił 754 dni dla przypadków stabilnych (Nowy Szpital w Kostrzynie nad Odrą sp. z o.o.) i 201 dni dla stanów pilnych (Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. sp. z o.o.), a w październiku 2016 r. odpowiednio 650 dni (Nowy Szpital w Kostrzynie) i 200 dni w Wojewódzkim Szpitalu Klinicznym im Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze. Natomiast najkrótszy średni czas oczekiwania w tych samych okresach wynosił 342 dni dla stanów stabilnych (Prywatne Centrum Okulistyczne BLIT-VISION w Żarach) oraz 12 dni w 105 Kresowym Szpitalu Wojskowym z Przychodnią SP ZOZ w Żarach dla przypadków pilnych, a w 2016 r. odpowiednio 428 dni (Nowy Szpital we Wschowie sp. z o.o.) i 7 dni w ww. 105 Szpitalu w Żarach.

(dowód: akta kontroli str. 33-35, 82)

Także średni rzeczywisty czas oczekiwania na zabieg witrektomii zmieniał się i tak w 2013 r. wynosił on 130 dni dla przypadków stabilnych i 89 dla pilnych; w 2014 r. odpowiednio 37 i 0 dni; w 2015 r. 70 i 16 dni oraz w 2016 r. 17 i 13 dni.

(dowód: akta kontroli str. 36-38, 82)

Również liczba pacjentów oczekujących w latach 2013-2016 (według danych z miesiąca października) na zabieg w zakresie endoprotezoplastyki stawu

⁸ Ulokowany w strukturze Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej.

⁹ 7.040 przypadków stabilnych i 897 pilnych.

¹⁰ 9.102 stabilnych i 1.228 pilnych.

¹¹ Czas oczekiwania na świadczenie we wszystkich podanych przypadkach liczone według średniej ważonej.

kolanowego systematycznie zwiększała się, odpowiednio z 1.268¹² w 2013 r. do 2.667¹³ w 2016 r., tj. o 110,3%. Także tendencję wzrostową wykazywała liczba osób oczekujących na zabieg endoprotezoplastyki stawu biodrowego i tak w 2013 r. oczekiwało 1.748 osób (1.491 w stanach stabilnych i 257 w pilnych); w 2014 r. odpowiednio 1.831 (1.585 i 246); w 2015 r. 2.336 osób (2.013 i 323) oraz w 2016 r. 2.486 (2.091 i 395).

(dowód: akta kontroli str. 39-44, 82)

Nie ulegał też wyraźnym zmianom średni rzeczywisty czas oczekiwania na zabieg endoprotezoplastyki stawu kolanowego, który w 2013 r. wynosił 477 dni dla stanów stabilnych i 328 pilnych; w 2014 r. odpowiednio 546 i 303 dni; w 2015 r. 532 i 347 dni oraz 649 i 345 dni w 2016 r. Podobnie sytuacja przedstawiała się przy endoprotezoplastyce stawu biodrowego, gdzie średni rzeczywisty czas oczekiwania w 2013 r. wynosił 633 i 270 dni odpowiednio dla stanów stabilnych i pilnych; w 2014 r. 549 i 294 dni; w 2015 r. 612 i 258 dni oraz 758 i 339 dni w 2016 r.

(dowód: akta kontroli str. 39-44, 82)

1.3. Na świadczenia z najdłuższym okresem oczekiwania zakontraktowana przez Oddział w latach 2014-2016 wartość z zakresu „Ortopedia i traumatologia narządu ruchu” (brak możliwości rozdzielenia kontraktu na poszczególne świadczenia w zakresie endoprotezoplastyki stawów) zmniejszała się z 65.306,1 tys. zł w 2014 r. do 62.675,7 tys. zł w 2015 i do 51.636,6 tys. zł w 2016 r.¹⁴. Realizacja w 2014 r. i 2015 r. kontraktów wynosiła 99,9%, a za 10 miesięcy 2016 r. 102,0%. Zwiększyła się natomiast wartość kontraktów w zakresie zaćmy z 14.442,9 tys. zł w 2014 r. do 14.929,4 tys. zł w 2015 r., a ich realizacja wynosiła odpowiednio 100,0% i 99,6%. Na 2016 r. według stanu na 7.12.2016 r. zakontraktowano 13.421,7 tys. zł, a realizacja za 10 miesięcy 2016 r. wynosiła 99,0%.

(dowód: akta kontroli str. 45-46)

W powyższym okresie przy świadczeniach (w komórkach organizacyjnych) z najkrótszym okresem wyczekiwania średni czas w stanach pilnych i stabilnych wynosił 0 dni (brak oczekujących - Oddziały/Ośrodki Rehabilitacyjne Dla Uzależnionych Od Substancji Psychoaktywnych¹⁵; Poradnia Preluksacyjna¹⁶). Najdłuższy średni czas oczekiwania w tej grupie świadczeń/komórek organizacyjnych wynosił w przypadkach pilnych 2 dni (Oddziały Psychiatryczne w październiku 2014 r.¹⁷) i w stanach stabilnych 27 dni (Oddział/Ośrodki Detoksykacji w październiku 2014 r.¹⁸).

(dowód: akta kontroli str. 47-49)

1.4. Łączna liczba osób zarejestrowanych przez LOW NFZ¹⁹ wynosiła 1.170.506 osób na koniec 2013 r. w tym ubezpieczonych i uprawnionych do świadczeń 914.695. Na koniec 2014 r. liczby te wynosiły odpowiednio 1.181.942 i 908.388; na koniec 2015 r. 1.192.852 i 905.150 oraz na koniec 2016 r. 1.229.045 i 912.051.

(dowód: akta kontroli str. 50-59)

¹² 1.022 stabilne i 246 pilne.

¹³ 2.146 stabilne i 521 pilne.

¹⁴ Za okres I-X 2016 r. według stanu na 7.12.2016 r.

¹⁵ Wartość kontraktu wynosiła 7.341,5 tys. zł w 2014 r.; 7.524,8 tys. zł w 2015 r. i 6.113,6 w 2016 r.

¹⁶ Wartość kontraktu wynosiła 510,4 tys. zł w 2014 r.; 633,8 tys. zł w 2015 r. i 560,4 tys. zł w 2016 r.

¹⁷ Na 2014 r. wartość kontraktu wynosiła 19,891,4 tys. zł.

¹⁸ Na 2014 r. wartość kontraktu wynosiła 3.402,9 tys. zł.

¹⁹ Dane według Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców (eWUŚ).

1.5. W latach 2014-2016 do LOW NFZ wpłynęły łącznie 773 skargi. Badaniami objęto 30 skarg z miesiąca października z lat 2014-2016²⁰. Nie odnotowano skarg w zakresie wydawania zgody na leczenie za granicą; związanych z transgraniczną opieką zdrowotną, dotyczących nieprzestrzegania przez świadczeniodawców praw pacjentów (m.in. prawa do ochrony danych osobowych, prawa dostępu do dokumentacji medycznej, preferowania wykonywania świadczeń odpłatnie).

(dowód: akta kontroli str. 60, 82)

1.6. W kontrolowanym okresie tylko w jednym przypadku świadczeniodawca nie wyraził (w 2013 r.) zgody na przedłużenie obowiązywania umowy z LOW NFZ. Dotyczyło to Okulistycznego Centrum Chirurgii NZOZ Korzeł w Gorzowie Wlkp., który wcześniej realizował świadczenia w zakresie okulistyki: zespół chirurgii jednego dnia oraz zespół chirurgii jednego dnia B12, B13 i B15.

(dowód: akta kontroli str. 385)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność LOW NFZ w zbadanym obszarze.

2. Monitorowanie i kontrola list osób oczekujących

Opis stanu
faktycznego

2.1. Liczba świadczeniodawców zobowiązanych na podstawie art. 23 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do przedstawiania Oddziałowi informacji o liczbie osób oczekujących na świadczenia, czasu oczekiwania na świadczenie oraz o pierwszym wolnym terminie w okresie od 2014 r. do końca III kwartału 2016 r. oscylowała od 510 (październik 2014 r.) do 433 (wrzesień 2016 r.). Odsetek świadczeniodawców niewywiązujących się z tego obowiązku wynosił od 0% (październik, listopad i grudzień 2014 r.; marzec, czerwiec i listopad 2015 r. oraz luty i marzec 2016 r.) do 5,22% w kwietniu 2015 r. Średni odsetek nieskładających informacji za 2014 r. wynosił 0,79%; za 2015 r. 1,26% i za 3 kwartały 2016 r. 0,38%. W 18 miesiącach badanego okresu odsetek ten nie przekraczał 0,5%. Najczęstsze przyczyny nie przekazywania informacji do Oddziału lub nadesłania po terminie dotyczyły głównie urlopów macierzyńskich, zwolnień lekarskich, rozwiązania umów lub składania informacji bezpośrednio do centrali NFZ w systemie zarządzania obiegiem informacji (SZOI).

LOW NFZ w powyższym okresie z tytułu nie nadsyłania ww. informacji lub nie usunięcia błędów w sprawozdawczości naliczył łącznie 86 kar pieniężnych na wartość 27,1 tys. zł²¹. Kary naliczono na podstawie umowy zawartej z LOW NFZ oraz § 30 ust. 1 pkt 3 lit. g załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej²², po uprzednim poinformowaniu (i braku reakcji) świadczeniodawcy o możliwości nadesłania lub poprawienia błędów w składanej informacji.

(dowód: akta kontroli str. 61-75)

2.2. W latach 2013-2016 Oddział zawarł łącznie 4.631 umów ze świadczeniodawcami²³, w tym m.in. 175 na leczenie szpitalne²⁴ i 827 na

²⁰ Dobór losowy.

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

²² Dz. U. Nr 81 poz. 484 (uchylone z dniem 1.01.2016 r.).

²³ Po 1.169 w latach 2013-2014; 1.150 w 2015 r. i 1.143 w 2016 r.

ambulatoryjną opiekę specjalistyczną²⁵. Pozostałe umowy dotyczyły przede wszystkim podstawowej opieki zdrowotnej (1.737) i leczenia stomatologicznego (9030). Ogółem od początku 2014 r. do końca III kwartału 2016 r. liczba kontroli wynosiła 136 (3,9% zawartych w okresie umów), w tym m.in. 55 dotyczyło umów o leczenie szpitalne (SZP), a 31 ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS)²⁶.

W ogólnej liczbie 136 kontroli m.in. 4 obejmowały okulistykę (1 SZP i 3 AOS)²⁷; 6 ortopedię i traumatologię narządu ruchu (5 SZP i 1 AOS)²⁸ oraz 3 chirurgię ogólną – zespół chirurgii jednego dnia (2 SZP i 1 AOS)²⁹. Zagadnienia dotyczące m.in. prawidłowości prowadzenia list oczekujących oraz sprawozdawczości w tym zakresie badano w ramach 14 spośród 136 kontroli ogółem (10,3%), w tym w 3 kontrolach AOS w okulistyce. Stany nieprawidłowe w tym przedmiocie stwierdzono w 9 kontrolach (dwie w okulistyce - AOS), natomiast kary nałożono w wyniku 6 kontroli, w tym dwóch w okulistyce (AOS). Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na niski udział kontroli w rodzaju SZP obejmujących swoim zakresem prawidłowość prowadzenia list oczekujących, w ogólnej liczbie przeprowadzonych kontroli przez LOW NFZ.

W 2014 r. kontrole u świadczeniodawców przeprowadzało 12 pracowników Wydziału Kontroli i dwoje spoza tego Wydziału, a w latach 2015 i 2016 liczba osób kontrolujących wynosiła odpowiednio 13 i 10 oraz 12 i 2. Średnia liczba kontroli przypadająca na jednego etatowego pracownika Wydziału Kontroli wynosiła 4,2 kontrole w 2014 r., 4,3 w 2015 r. i 2,5 w trzech kwartałach 2016 r.

(dowód: akta kontroli str. 76-77)

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych w sprawie innych niż kontrola podejmowanych działań w celu wyeliminowania nieprawidłowości w realizacji obowiązków przedkładania do NFZ informacji dotyczących list oczekujących oraz ich skuteczności wyjaśniła, m.in., że „Oddział analizuje kompletność danych o kolejkach oczekujących; czasy oczekiwania i liczbę oczekujących; kompletność danych o pierwszych wolnych terminach (PWT); porównywane są czasy oczekiwania (rzeczywistego i szacowanego obliczonego na podstawie PWT w województwie lubuskim z innymi Oddziałami NFZ. Pracownicy Oddziału m.in. weryfikują też świadczenia udzielone w ramach dyrektywy transgranicznej pod kątem, czy pacjent nie oczekuje w kolejce na dane świadczenie oraz przeprowadzają rozmowy telefoniczne ze świadczeniodawcami celem sprawdzenia poprawności przekazywanych komunikatów XML”.

(dowód: akta kontroli str. 24-27)

2.3. Badanie elektronicznej ewidencji kontroli LOW NFZ oraz dokumentacji (programy kontroli, protokoły i wystąpienia pokontrolne) z 18 kontroli³⁰ (13 planowych i 5 pozaplanowych), w tym 9 obejmujących także prawidłowość prowadzenia list oczekujących wykazało m.in., że wszystkie informacje ujęte w dokumentacji odpowiadały zapisom w ewidencji kontroli. Spośród ww. 9 kontroli, w 4 ustalono nieprowadzenie list oczekujących, a w 5 nieprawidłowości w zakresie danych przekazywanych przez świadczeniodawcę. W 6 przypadkach nałożono kary

²⁴ 46 umów w 2013 r.; 45 w 2014 r.; 43 w 2015 r. i 41 w 2016 r.

²⁵ 210 umów w 2013 r.; 208 w 2014 r.; 204 w 2015 r. i 205 w 2016 r.

²⁶ W 2014 r. 50 kontroli, w tym 22 SZP i 9 AOS; w 2015 r. 56 kontroli w tym 19 SZP i 21 AOS oraz w trzech kwartałach 2016 r. 30 kontroli, w tym 14 SZP i 10 AOS.

²⁷ Po jednej w 2014 i 2015 r. oraz dwie w 2016 r.

²⁸ Po jednej w 2014 i 2016 r. oraz 4 w 2015 r.

²⁹ Trzy w 2014 r.

³⁰ Po 6 z lat 2014-2016.

pieniężne, a w trzech odstąpiono od wymierzenia kary. Wydane zalecenia pokontrolne w tym przedmiocie – według udzielonych odpowiedzi - zostały zrealizowane.

(dowód: akta kontroli str. 78-81)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność LOW NFZ w zbadanym obszarze.

3. Planowanie zakupu świadczeń

Opis stanu
faktycznego

3.1. Oddział nie wydzielał w swoim planie finansowym środków finansowych na leczenie pacjentów województwa lubuskiego poza granicami kraju oraz nie określał zapotrzebowania na środki finansowe. Do Centrali NFZ nie przekazywano szacunków i założeń dotyczących wysokości środków niezbędnych do finansowania zwrotów kosztów leczenia osób uprawnionych korzystających ze świadczeń opieki zdrowotnej za granicą w oparciu o przepisy dotyczące transgranicznej opieki zdrowotnej.

Wdrożenie dyrektywy 2011/24/UE nie wpłynęło więc bezpośrednio na zasady podziału środków finansowych przeznaczanych na udzielanie świadczeń zdrowotnych na poziomie Oddziału. Finansowanie zwrotu kosztów leczenia mającego miejsce za granicą, a dotyczącego pacjentów z terenu województwa lubuskiego w oparciu o przepisy krajowe implementujące ww. przepisy Unii Europejskiej następuje ze środków zgromadzonych na ten cel przez Centralę NFZ. Przyznany przez dyrektora Oddziału pacjentom zwrot kosztów tylko przejściowo finansowany był ze środków bieżących LOW. Na podstawie przekazywanych przez Oddział not księgowych Centrala zwracała Oddziałowi wartość wypłaconych pacjentom środków pieniężnych. Środki budżetu Oddziału służyły przede wszystkim kontraktowaniu świadczeń opieki zdrowotnej w kraju (u świadczeniodawców działających na terenie województwa lubuskiego).

(dowód: akta kontroli str. 247-250)

Wartość składanych wniosków o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych poza granicami kraju była nieistotna biorąc pod uwagę poziom środków Oddziału przeznaczonych na kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej. W okresie od 15 listopada 2014 r. do końca 2016 r. zarejestrowano wnioski na wartość 917,8 tys. zł, przy wartości zakontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (AOS) oraz leczenia szpitalnego – na poziomie przekraczającym 1 mld zł rocznie. Wartość przyznanych zwrotów kosztów leczenia za granicą, wyniosła 156,1 tys. zł za 2015 r. oraz 227,0 tys. zł w 2016 roku³¹. Była ona również wielokrotnie niższa od nakładów ponoszonych na rzecz pacjentów z terenu województwa lubuskiego, uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na terenie innych państw Unii Europejskiej (w oparciu o przepisy o koordynacji), które – dla porównania - wyniosły 12.906,4 tys. zł za 2014 r. oraz 25.865,1 tys. zł za 2015 rok³².

(dowód: akta kontroli str. 251-252, 253, 258)

Zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne Oddział ustalał głównie na podstawie analizy dotychczasowej realizacji umów, kolejek oczekujących na udzielenie

³¹ Dyrektor Oddziału nie udzielił żadnej zgody na leczenie za granicą.

³² Nie zaprezentowano danych za rok 2016, gdyż zaewidencjonowana dotychczas wartość dotyczy znikomego procenta wydatków.

świadczeń oraz skali rozliczeń międzyoddziałowych w związku z korzystaniem przez pacjentów ze świadczeń poza terenem województwa.

Tworzenie rocznych planów zakupu świadczeń medycznych przez Oddział oparte było przede wszystkim na przyjęciu następujących zasad i założeń:

- uwzględnieniu założeń do corocznej prognozy kosztów oddziałów wojewódzkich NFZ otrzymywanych z Centrali NFZ,
- zapewnieniu ciągłości dostępu do świadczeń medycznych nielimitowanych (porody, noworodki, ostre zespoły wieńcowe, pakiet onkologiczny), ratujących życie oraz pozostałych,
- zapewnieniu w możliwie największym stopniu realizacji ogólnopolskich celów priorytetowych, ustalanych przez Prezesa NFZ oraz regionalnych proponowanych przez Oddział,
- zmniejszaniu liczby osób oczekujących na poszczególne świadczenia opieki zdrowotnej,
- uwzględnieniu migracji pacjentów (pacjenci korzystają z prawa do wyboru świadczeniodawcy, niezależnie od miejsca świadczenia przez niego usług medycznych),
- przewidywanych kosztów zapłaty za leki, programów lekowych,
- dostosowywania zakresu kontraktowanych świadczeń do potrzeb osób uprawnionych, wynikających z danych demograficznych regionu, analiz poziomu zachorowalności na określone choroby osób uprawnionych z terenu województwa lubuskiego, w tym porównanie tych danych do danych dotyczących innych regionów oraz wielkości średnich dla kraju – programy profilaktyczne,

przy określonych możliwościach finansowych Oddziału, wynikających z założeń planu finansowego.

(dowód: akta kontroli str. 260-263)

W trakcie analizowanego okresu Oddział m.in. w każdym roku sporządzał analizy potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa lubuskiego, z uwzględnieniem kwestii najdłuższych kolejek osób oczekujących na świadczenia w zakresie endoprotezoplastyki stawów biodrowego i kolanowego oraz usunięcia zaćmy. Z analiz tych³³ wynikało m.in., że średni czas oczekiwania na endoprotezoplastykę ww. stawów oraz usunięcia zaćmy w województwie lubuskim były krótsze od średnich krajowych czasów oczekiwania.

(dowód: akta kontroli str. 450-520)

3.2. Plany finansowe w zakresie zakupu świadczeń w latach 2014-2016 ulegały zmianom. Pierwotne wielkości w zakresie AOS oraz leczenia szpitalnego były planowane na poziomie niższym od wykonania roku poprzedniego. Skala zmian w trakcie poszczególnych analizowanych lat wynosiła od kilkunastu procent (w stosunku do łącznej kwoty przeznaczonej na ten cel w pierwotnym planie) w zakresie AOS do około 30% w przypadku leczenia szpitalnego.

(dowód: akta kontroli str. 253, 257)

W latach 2014-2016 zmiany występowały również w wartości środków przeznaczanych w planie zakupu świadczeń Oddziału na realizację świadczeń, w tym w zakresie objętych analizą kontrolną: okulistyki oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu. Śródroczne wzrosty wartości nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej AOS i leczenie szpitalne były mniejsze od odnotowanych w zakresie planu finansowego, ponieważ uwzględniały odrębnie wykazywane w planie

³³ Sporządzone za I półrocze 2014 r., 2015 r. oraz I kwartał 2016 r.

finansowym Oddziału przewidywane rozliczenia z tytułu migracji pacjentów (świadczenia realizowane na rzecz pacjentów spoza województwa lubuskiego). Najwyższe procentowo śródroczne zwiększenia planu zakupu świadczeń analizowanych w toku kontroli ww. świadczeń wynosiły:

- okulistyka – w 2014 r. - 10,9% wzrost planowanych wydatków, 2016 r. – 9,4% wzrost (wartość kontraktów na 16.01.2017 r.),
- ortopedia i traumatologia narządu ruchu – w 2016 r. wzrost wyniósł 20,5% (w odniesieniu do wartości zawartych kontraktów na dzień 16.01.2017 r.), w 2014 r. – wzrost o 20%.

(dowód: akta kontroli str. 253)

Świadczenia medyczne z zakresu okulistyki oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu nie były uznane za priorytetowe zarówno w aspekcie ogólnokrajowym (priorytety ustalane przez prezesa NFZ), jak i priorytetów regionalnych proponowanych przez Oddział. Plany zakupu świadczeń w wersji pierwotnej zakładały nakłady na okulistikę i ortopedię na poziomie niższym od wykonania za rok poprzedni. W zakresie okulistyki o około 6%-7%, w zakresie ortopedii o około 15%-18%.

(dowód: akta kontroli str. 266-285)

Planowanie finansowe i zawieranie kontraktów na początku roku na poziomach niższych od wykonania za rok poprzedni było wynikiem, zgodnie z wyjaśnieniami złożonymi przez Dyrektora Oddziału, przede wszystkim niepewności co do wysokości kosztów świadczeń nielimitowanych, niepewności co do wysokości kosztów świadczeń opłacanych według wykonania w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, konieczności bieżącego ogłaszania konkursów na nowe programy lekowe wprowadzane przez Ministra Zdrowia oraz niepewności co do poziomu kosztów związanych z koniecznością zapłaty według wykonania za leki.

(dowód: akta kontroli str. 389-391)

Świadczenia dotyczące usunięcia zaćmy (realizowane przez świadczeniodawców na terenie województwa lubuskiego wyłącznie w ramach leczenia szpitalnego) wyodrębnione były w kontraktach w całym analizowanym okresie, a od roku 2016 wyodrębnione zostały również w planie zakupu świadczeń, co ułatwiało Oddziałowi monitorowanie stanu realizacji tych świadczeń, jak również dawało instrument do oddziaływania w zakresie poziomu realizacji kontraktu. Świadczenia dotyczące witrektomii (okulistyka) oraz endoprotezoplastyki (ortopedia i traumatologia narządu ruchu) nie były wydzielane zarówno w planie zakupów jak i w kontraktach w całym analizowanym okresie. Oddział nie miał więc instrumentów bezpośredniego oddziaływania na poziom realizacji ww. dwóch procedur w ramach zawartych kontraktów.

(dowód: akta kontroli str. 262-263)

3.3. LOW realizował działania mające na celu zwiększenie dostępności do ww. świadczeń przede wszystkim poprzez wydzielenie i monitorowanie realizacji procedur usunięcia zaćmy w kontraktach ze świadczeniodawcami, o czym mowa wyżej oraz zwiększanie wartości nakładów w zakresie okulistyki i ortopedii w ramach możliwości finansowych Oddziału.

Ponadto od roku 2017 zabiegi endoprotezoplastyki wydzielone zostały w kontraktach odnawianych/zawieranych ze świadczeniodawcami, co pozwoli na kontrolowanie liczby realizowanych procedur.

(dowód: akta kontroli str. 286-320,321-329)

LOW nie występował o zwiększenie planu finansowego (dodatkowe środki finansowe) na świadczenia opieki zdrowotnej obejmujące zabiegi w zakresie zaćmy i endoprotezoplastyki. W latach 2014-2016 Centrala NFZ jeden raz (w lipcu 2016 r.), w związku z planowaną zmianą planu finansowego NFZ przyznała Oddziałowi dodatkowe środki finansowe w łącznej wysokości 28,4 mln zł ze wskazaniem, że powinny być one w pierwszej kolejności przeznaczone na sfinansowanie świadczeń w rodzajach podstawowa opieka zdrowotna, leczenie szpitalne i stomatologiczne, operacje endoprotezoplastyki stawów biodrowego i kolanowego oraz zaćmy, a w dalszej kolejności na sfinansowanie świadczeń nielimitowanych i ratujących życie wykonanych a niesfinansowanych w roku 2016 lub latach poprzednich.

(dowód: akta kontroli str. 330-332)

Z powyższych środków w planie finansowym Oddziału zwiększono nakłady na leczenie szpitalne w zakresach operacje zaćmy oraz endoprotezoplastyka stawów kolanowego i biodrowego w łącznej wysokości 13,4 mln zł, przeznaczając na ten cel 47,2% otrzymanego zwiększenia planu.

(dowód: akta kontroli str. 333-335)

Podjęte w analizowanym okresie działania, w tym wielkość środków przeznaczonych na świadczenia z zakresu okulistyki oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu tylko w zakresie procedury usunięcia zaćmy pozwoliły na systematyczne zwiększenie ilości realizowanych świadczeń jak również zmniejszenie liczby osób oczekujących na udzielenie tego świadczenia - przypadki stabilne³⁴. W przypadku endoprotezoplastyki, pomimo wzrostu liczby wykonanych świadczeń w 2016 r. o 3,6% w stosunku do roku poprzedniego, liczba osób oczekujących nadal rosła (zarówno pacjentów zakwalifikowanych jako stabilnych jak i pilnych). Zwiększenie planu o dodatkowe, otrzymane z Centrali środki finansowe wpłynęło na zwiększenie nakładów na ortopedię i traumatologię narządu ruchu mierzonych wartością zawartych umów ze świadczeniodawcami o 3,6% (stan na 16.01.2017 r.) w stosunku do roku poprzedniego, niemniej był to poziom niższy od wykonania za 2014 rok.

(dowód: akta kontroli str. 45, 253, 346)

W sprawie wysokości nakładów na okulistykę oraz ortopedię i traumatologię narządu ruchu Dyrektor Oddziału wyjaśnił m.in., że Oddział stara się wyjść naprzeciw potrzebom oraz oczekiwaniom pacjentów i w miarę posiadanych środków w ciągu każdego roku zwiększa wartość zawieranych kontraktów w powyższych zakresach.

(dowód: akta kontroli str.389-391)

3.4. Liczba i wartość zakontraktowanych w 2016 r.³⁵ świadczeń z zakresu okulistyki dotyczących:

- procedur usunięcia zaćmy zwiększyły się o odpowiednio 18,6% i 18,4% w stosunku do roku 2014 (rok 2014 – 279,5 tys. punktów na wartość 14.442,9 tys. zł, rok 2016 - 331,6 tys. punktów na wartość 17.101,1 tys. zł);
- pozostałych procedur leczenia szpitalnego – zmniejszenie wartości punktów o 16,8% oraz wartości kontraktów o 16,2% w stosunku do roku 2014 (rok 2014 – 106 tys. punktów na wartość 5.434,8 tys. zł, rok 2016 – 88,2 tys. punktów na wartość 4.554,5 tys. zł)

oraz

³⁴ Liczba osób zakwalifikowanych do zabiegu w trybie pilnym w 2016 r. wzrosła.

³⁵ Według stanu na 16.01.2017 r.

Ustalono
nieprawidłowości

Ocena cząstkowa

Opis stanu
faktycznego

- świadczeń z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu obniżyła się z 1.268,2 tys. punktów na wartość 65.306,1 tys. zł za 2014 r. do 1.243,6 tys. punktów na wartość 64.668,1 tys. zł, tj. o odpowiednio 1,9% i 1%.

(dowód: akta kontroli str. 253, 336)

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

Wartości wnioskowanych przez pacjentów do zwrotu kosztów leczenia w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej były niewielkie w stosunku do planowanych wielkości nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej. Oddział nie był zobowiązany do zabezpieczenia środków na powyższy cel, planowanie nakładów w tym zakresie następowało na poziomie Centrali NFZ.

4. Realizacja umów o udzielanie świadczeń

4.1. W latach 2014-2016 poziom zrealizowanych nakładów finansowych Oddziału na zakup świadczeń opieki zdrowotnej - według planu finansowego Oddziału - w zakresie AOS obniżył się ze 157.686 tys. zł do 152.804 tys. zł na 30.11.2016 r. oraz do 147.489,2 tys. zł na dzień 16.01.2017 r. (bez uwzględnienia rozliczeń wewnętrznych wynikających z tzw. migracji pacjentów), tj. o 6,9%, natomiast w przypadku leczenia szpitalnego wzrósł z 831.024 tys. zł do 858.091 tys. zł za 2015 r.; tj. o 3,3%. W 2016 r. koszty tych świadczeń wyniosły 765.451 tys. zł (wykonanie według stanu na 16.01.2017 r., bez uwzględnienia rozliczeń wewnętrznych wynikających z tzw. migracji).

W zakresach objętych analizą kontrolną obejmujących:

- okulistykę – wystąpiło zwiększenie wykonania świadczeń w stosunku do roku 2014 o 3,2% oraz 2,5% do roku 2015 (według wykonania na 12.01.2017r.),
- ortopedię i traumatologię narządów ruchu – wykonanie zmniejszyło się o 0,2% w stosunku do roku 2014 oraz było wyższe o 3,1% w stosunku do roku 2015 (według wykonania na 12.01.2017r.).

(dowód: akta kontroli str.253)

W latach 2014-2016 roczna liczba punktów i wartość zrealizowanych kontraktów dotyczących ww. rodzajów świadczeń leczenia szpitalnego przedstawiała się następująco:

- okulistyka – wykonano odpowiednio: 385,8 tys. punktów na wartość 19.892,3 tys. zł, 391,4 tys. punktów na wartość 20.215,7 tys. zł oraz 413,8 tys. punktów na wartość 21.343,8 tys. zł³⁶,
- ortopedia i traumatologia narządu ruchu – wykonano odpowiednio 1.267,2 tys. punktów na wartość 65.256,4 tys. zł, 1.209,7 tys. punktów na wartość 62.902,4 tys. zł oraz 1.252,7 tys. punktów na wartość 65.140,8 tys. zł³⁷.

(dowód: akta kontroli str. 253)

W powyższym okresie (realizacja 2016 r. według stanu wykonania na 20.01.2017 r.) zrealizowano następujące ilości świadczeń związanych z:

- usunięciem zaćmy – 5.966 świadczeń w 2014 r., 6.149 świadczeń w 2015r. oraz 7.165 świadczeń w 2016 r.³⁸ (wobec 5.152 świadczeń w 2013 r.);

³⁶ Na dzień 12.01.2017 r.

³⁷ Według stanu na 12.01.2017 r.

³⁸ Stan na 20.01.2017r.

- z wykonaniem witrektomii – odpowiednio: 187, 210 i 258 (wobec 119 w 2013 r.);
- endoprotezoplastyki³⁹ stawów – odpowiednio: 1.981, 1.939 i 2.063⁴⁰ (wobec 1.724, w 2013 r.).

(dowód: akta kontroli str. 345-348)

Wartość tych świadczeń w latach 2014-2016 (realizacja 2016 r. według stanu wykonania na 20.01.2017 r.) wyniosła odpowiednio:

- usunięcie zaćmy - 14.442,9 tys. zł, 14.929,4 tys. zł oraz 16.596,5 tys. zł;
- procedury z wykonaniem witrektomii - 1.429,6 tys. zł, 1.660,2 tys. zł i 1.993,2 tys. zł;
- endoprotezoplastyka – 31.642,7 tys. zł, 31.072,2 tys. zł i 32.364,2 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 336, 345-348)

Liczba i wartość świadczeń opieki zdrowotnej, z analizowanych zakresów okulistyki i ortopedii sfinansowanych przez LOW, udzielonych pacjentom spoza terenu województwa, podlegających rozliczeniu z innymi oddziałami wojewódzkimi NFZ była wyższa od liczby i wartości świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez świadczeniodawców spoza terenu województwa lubuskiego na rzecz pacjentów województwa lubuskiego. Dodatkowo dla Oddziału saldo ww. rozliczeń (saldo tzw. migracji) wzrastało z 2.590,7 tys. zł za 2014 r. do 5.084,5 tys. zł w 2016 r.⁴¹, w tym z tytułu:

- usunięcia zaćmy z 1.171,3 tys. zł do 1.659,2 tys. zł oraz 1.167,0 tys. zł według rozliczeń na 30.09.2016 r.;
- świadczeń ortopedycznych z 2.486,1 tys. zł do 4.749,8 tys. zł według rozliczeń na 30.09.2016 r.

(dowód: akta kontroli str. 349-350)

W latach 2015-2016 dokonano zwrotu kosztów leczenia związanych z ww. procedurami zrealizowanymi poza granicami kraju, w oparciu o przepisy transgranicznej opieki medycznej w zakresie świadczeń, na które występują należące do najdłuższych czasy oczekiwania, tj. na usunięcie zaćmy – łącznie 118 świadczeń – zwrot na wartość 255,5 tys. zł oraz m.in. na:

- świadczenia z otolaryngologii (w tym usunięcie migdałków, zmniejszenie małżowin nosowych) – 49 świadczeń – zwrot na kwotę 42,0 tys. zł;
- usunięcie żyłaków – 11 świadczeń – zwrot na kwotę 15,8 tys. zł⁴².

(dowód: akta kontroli str. 251-252)

Co do zasady koszt leczenia za granicą był wyższy od zakontraktowanego w kraju. Przykładowo średnio⁴³ za zabieg usunięcia zaćmy pacjenci otrzymywali zwrot kosztów na poziomie około 73% poniesionych kosztów, za zabiegi otolaryngologiczne - około 70% poniesionych kosztów, usunięcie żyłaków – około 68% poniesionych kosztów.

(dowód: akta kontroli str. 251-252)

³⁹ W tym endoprotezoplastyka rewizyjna.

⁴⁰ Na dzień 20.01.2017 r.

⁴¹ Dane do 31.10.2016 r.

⁴² Endoprotezoplastyki stawów – nie wnioskowano o sfinansowanie takich świadczeń; procedury te realizowane są w ramach leczenia szpitalnego i wymagają pobytu w szpitalu dłuższego aniżeli 1 dzień; ich realizacja w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej wymaga uprzedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ.

⁴³ Wartość zabiegu wyznaczana jako wartość zwrotu przypadająca średnio na jeden zarejestrowany zabieg.

Najkrótszy czas oczekiwania na realizację ww. świadczeń z zakresu otolaryngologii i chirurgii ogólnej u świadczeniodawców województwa lubuskiego, określony na podstawie kolejek osób oczekujących na udzielenie świadczeń w ramach leczenia szpitalnego na oddziałach otolaryngologicznych i chirurgii ogólnej⁴⁴ na koniec października lat; 2014, 2015 oraz 2016 wynosił:

- zabiegi otolaryngologiczne - w przedziale 67-79 dni (kategoria oczekujących - stabilna) oraz u części świadczeniodawców na bieżąco w przypadku oczekujących zaklasyfikowanych do kategorii pilnych,
- zabiegi usunięcia żylaków - u części świadczeniodawców świadczenia udzielane były na bieżąco (zarówno kategoria pilna jak i stabilna).

(dowód: akta kontroli str. 383-384)

W latach 2014-2016⁴⁵ liczba i wartość zrealizowanych świadczeń w rodzaju AOS:

- nieznacznie zmniejszyła się z 1.114,5 tys. pkt na wartość 9.904,9 tys. zł do 1.112,4 tys. pkt na wartość 9.894,4 tys. zł w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
- zmniejszyła się z 1.653,8 tys. pkt na wartość 13.554,9 tys. zł do 1.607,9 tys. pkt na wartość 13.180,3 tys. zł w zakresie okulistyki.

(dowód: akta kontroli str. 351)

4.2. W latach 2014-2016 świadczeniodawcy realizujący świadczenia z zakresu okulistyki oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu wykazywali potencjał większy niż zakontraktowany, co potwierdzały zwiększenia w trakcie roku wartości zawieranych kontraktów z LOW oraz realizacja świadczeń ponad limit wynikający z tych kontraktów.

(dowód: akta kontroli str. 352-355)

Ponadto wszyscy świadczeniodawcy realizujący świadczenia z zakresu okulistyki oraz ortopedii i/lub traumatologii narządu ruchu⁴⁶, od których otrzymano w toku kontroli NIK informacje o świadczeniach zdrowotnych udzielanych odpłatnie, zadeklarowali również, że posiadają potencjał umożliwiający realizację większej liczby świadczeń aniżeli wynika to z wartości umów zawartych z NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 214-245)

4.3. W analizowanych zakresach świadczeń liczba umów zawartych przez Oddział w latach 2014-2016 ze świadczeniodawcami przedstawiała się następująco:

- AOS okulistyka – po 49 świadczeniodawców i umów,
- AOS ortopedia i traumatologia narządu ruchu – 27, 28 i 28 świadczeniodawców i umów,
- Okulistyka leczenie szpitalne – 7, 6 i 6 świadczeniodawców i umów,
- Ortopedia i traumatologia narządu ruchu – leczenie szpitalne – po 7 świadczeniodawców i umów.

(dowód: akta kontroli str. 356)

LOW NFZ na bieżąco monitorował poziom realizacji zakontraktowanych świadczeń. Stosował zasadę, że środki niewykorzystane w danym typie świadczeń w pierwszej kolejności przekazywane były na tożsame świadczenia w danym zakresie świadczeń, w drugiej kolejności na inne zakresy świadczeń w ramach tej samej

⁴⁴ Zabiegi usunięcia żylaków realizowane były głównie na oddziałach chirurgii ogólnej oraz chirurgii naczyni.

⁴⁵ Stan na dzień 30.11.2016 r.

⁴⁶ Pięć podmiotów leczniczych, realizujących m.in. świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego w zakresie okulistyki i/lub ortopedii.

umowy. W większości przypadków wartości pierwotne kontraktów w ciągu roku zmieniane były kilkakrotnie, dotyczyły każdego z kontraktowanych zakresów. Miały na celu dostosowywanie wartości kontraktów do zasobów świadczeniodawcy, jak i możliwości finansowych Oddziału, w tym w szczególności na koniec poszczególnych lat. W analizowanych zakresach zwiększenia sięgały do 58%, zmniejszenia – do 29%.

(dowód: akta kontroli str. 357-376)

4.4. W toku kontroli LOW oszacował potrzeby finansowe w zakresie środków niezbędnych na zaspokojenie potrzeb pacjentów oczekujących na wykonanie zabiegu usunięcia zaćmy według liczby oczekujących na te świadczenia w październiku każdego roku. Realizacja tych zabiegów wszystkim osobom oczekującym wymagałaby następujących środków finansowych:

- rok 2014 – 23.734,9 tys. zł,
- rok 2015 – 24.421,7 tys. zł,
- rok 2016 – 21.963,2 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 378)

Znacznie wyższe nakłady finansowe byłyby potrzebne do zaspokojenia potrzeb w zakresie endoprotezoplastyki stawów. Realizacja potrzeb tylko w zakresie endoprotezoplastyki pierwotnej stawów biodrowego i kolanowego wymagałaby zaangażowania (szacunek) około 57.377,1 tys. zł według stanu na październik 2014 r. oraz około 85.544,8 tys. zł według stanu na październik 2016 r.

(dowód: akta kontroli str. 379-380)

4.5. W latach 2014-2016 Oddział nie przeprowadzał postępowań konkursowych z zakresu okulistyki na realizację świadczeń usunięcia zaćmy powikłanej (B18) i niepowikłanej z jednoczesnym wszczepieniem soczewki (B19). Średnia cena kontraktowa 1 punktu za realizację świadczeń usunięcia zaćmy realizowanej w ramach zakresu hospitalizacji i hospitalizacji planowej nie zmieniła się i wynosiła 52 zł. W przypadku tego świadczenia realizowanego w zakresie zespołu chirurgii jednego dnia średnia cena 1 punktu zmniejszyła się z 48,42 zł w 2014 r. do 46,90 zł w 2015 r. i 2016 r., co było wynikiem rezygnacji ze świadczenia usług przez 1 z 2 świadczeniodawców, mającego zagwarantowaną w umowie z LOW NFZ wyższą cenę za 1 punkt w zakresie realizacji ww. procedur.

(dowód: akta kontroli str. 264-265, 381, 382)

W trakcie analizowanego okresu, jeden raz, od 1 stycznia 2016 r. zarządzeniem Prezesa NFZ nr 88/2015/DSOZ z dnia 8 grudnia 2015 r. zmieniona została wycena ww. świadczeń w ten sposób, że obniżono o 2 punkty wagę punktową za usunięcie zaćmy, w tym w zakresie:

- hospitalizacji: z 55 pkt na 53 (zaćma powikłana) oraz z 45 pkt na 43 (zaćma niepowikłana), tj. o odpowiednio o 3,6% i 4,4%,
- hospitalizacji planowej odpowiednio: z 52 na 50, z 45 na 43, tj. o odpowiednio o 3,8% i 4,4%,
- zespołu chirurgii jednego dnia: z 49 pkt na 47 pkt oraz z 45 pkt na 43 pkt, tj. o odpowiednio o 4,1% i 4,4%.

Powyższa zmiana umożliwiła zakontraktowanie większej liczby realizowanych zabiegów usunięcia zaćmy w ramach niezmienionej wartości kontraktu oraz miała wpływ na kształtowanie się średniej ceny za usunięcie zaćmy powikłanej i niepowikłanej, która zgodnie z cennikiem świadczeń sporządzonym na podstawie średniej ważonej kwoty finansowania obliczonej dla tego świadczenia gwarantowanego obniżyła się; przykładowo średnia cena procedury usunięcia

zaćmy niepowikłanej w ramach zespołu chirurgii jednego dnia obniżyła się z kwoty 2.207,37 zł na 1.01.2015 r. do 2.111,15 zł na 1.01.2016 r.

(dowód: akta kontroli str. 381-382, 386-387)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

Ocena cząstkowa

Rozmiary wydatków ponoszonych na zwrot kosztów leczenia w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej nie miały wpływu na wysokość zawieranych kontraktów i ich realizację. Oddział monitorował poziom realizacji umów w badanym zakresie. W przypadku istotnych odchyień w realizacji zmniejszał wartość kontraktów bądź zwiększał - w miarę posiadanych środków finansowych - dla świadczeniodawców wykazujących niepełne wykorzystanie zasobów.

5. Postępowania poprzedzające zwrot kosztów leczenia w innych krajach UE

Opis stanu
faktycznego

5.1. W związku z nowelizacją ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych związanych z opieką transgraniczną zarządzeniem nr 196/2014 z dnia 8 grudnia 2014 r. Dyrektor Oddziału wprowadził zmiany organizacyjne w Urzędzie powierzając realizację zadań transgranicznej opieki zdrowotnej trzem komórkom organizacyjnym: Wydziałowi Spraw Świadczeniobiorców, Wydziałowi Ekonomiczno-Finansowemu i Rozliczeń Międzynarodowych, Wydziałowi Księgowości. Pięć komórek organizacyjnych (m.in. Dział Kontraktowania Świadczeń) zostało zobowiązanych do współpracy z komórkami organizacyjnymi realizującymi zadania z zakresu opieki transgranicznej.

Wydziałowi Ekonomiczno-Finansowemu i Rozliczeń Międzynarodowych - sekcji rozliczeń międzynarodowych powierzono m.in. udzielanie informacji, przyjmowanie i rozpatrywanie wniosków o zwrot kosztów świadczeń udzielonych w ramach opieki transgranicznej, przygotowywanie projektów decyzji, sporządzanie dokumentacji księgowej, udzielanie informacji dla ubezpieczonych z innych państw członkowskich UE w zakresie wynikającym z Dyrektywy transgranicznej. Łącznie te zadania realizowało 12 osób.

Koszty na obsługę realizacji przez Oddział zadań z zakresu opieki transgranicznej w latach 2014-2016 zwiększały się, wynosząc w poszczególnych latach⁴⁷:

- 2014 r. – 35,89 tys. zł (zaplanowane), 35,34 tys. zł (poniesione);
- 2015 r. – 373,00 tys. zł (zaplanowane), 372,82 tys. zł (poniesione);
- 2016 r. (do 30.11.) – 380,00 tys. zł (zaplanowane), 348,19 tys. zł (poniesione).

(dowód: akta kontroli str. 83-136)

5.2. W okresie od 25 października 2013 r. do 30 września 2016 r. złożono łącznie 191 wniosków⁴⁸ o zwrot kosztów leczenia za granicą na łączną kwotę 843,2 tys. zł, z czego pozytywnie rozpatrzono 156 wniosków (81,7%) dokonując zwrotu w wysokości 352,3 tys. zł. Najwięcej wniosków dotyczyło leczenia szpitalnego - 172 wnioski na kwotę 607,9 tys. zł⁴⁹, w tym 106 wniosków (61,6%) na kwotę 326,8 tys. zł⁵⁰ dotyczyło leczenia zaćmy - oraz 64 wnioski (37,2%) na kwotę 246,2 tys. zł

⁴⁷ Łącznie koszty: administracyjne, na wynagrodzenia, na składki na Fundusz Ubezpieczeń Społecznych i Fundusz Pracy.

⁴⁸ Wnioski dotyczyły niekiedy kilku świadczeń.

⁴⁹ Spośród 172 wniosków, pozytywnie rozpatrzonych zostało 150 na kwotę 324,7 tys. zł.

⁵⁰ Spośród 106 wniosków pozytywnie rozpatrzonych zostało 100 na kwotę 222,6 tys. zł.

pozostałych świadczeń zdrowotnych⁵¹. Złożone wnioski głównie dotyczyły świadczeń udzielonych na terenie Republiki Federalnej Niemiec (53,5%) oraz w Republice Czeskiej (43,5%). Porównanie okresów od 1 stycznia do 30 września w latach 2015 i 2016 wskazuje na wzrost zainteresowania świadczeniobiorców korzystaniem z procedury zwrotu kosztów leczenia w ramach opieki transgranicznej. Do 30 września w 2016 r. złożono 92 wnioski o zwrot kosztów leczenia, tj. o 76,9% więcej niż w analogicznym okresie roku 2015 r. (52 wnioski).

(dowód: akta kontroli str. 137-139)

W okresie objętym kontrolą do Oddziału wpłynęło 9 wniosków o uprzednią zgodę na leczenie poza granicami kraju, z czego do końca 2016 r. 8 zostało pozostawione bez rozpatrzenia, ze względu na niezuzupełnienie braków formalnych⁵².

(dowód: akta kontroli str.180-182)

W okresie między 25 października 2013 r., a 14 listopada 2014 r. do Oddziału wpłynęły trzy wnioski o zwrot kosztów leczenia w ramach opieki transgranicznej, na łączną kwotę 137,1 tys. zł. W każdej ze spraw Dyrektor Oddziału w piśmie skierowanym do wnioskodawcy⁵³ stwierdził, że z powodu braku implementacji dyrektywy 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. nie posiada upoważnienia ustawowego do rozpatrzenia wniosku. Po wejściu w życie ustawy z dnia 10 października 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki finansowanych ze środków publicznych⁵⁴, na ponowny wniosek świadczeniobiorców, Dyrektor w ww. trzech sprawach wydał decyzję, którą ustalił wysokość zwrotu kosztów⁵⁵.

(dowód: akta kontroli str. 137-139, 140-160)

5.3. Spośród 191 spraw prowadzonych w związku z wnioskami o zwrot kosztów leczenia za granicą, badaniem objęto 50 przeprowadzonych postępowań (26,2%) na łączną kwotę 239,9 tys. zł⁵⁶, w tym 46 zakończonych wydaniem decyzji ustalających łączną wartość zwrotu w wysokości 104,8 tys. zł, 5 wydaniem decyzji odmawiających zwrotu w wysokości 13,6 tys. zł⁵⁷ oraz wszystkie 8 zakończonych postępowań prowadzonych w związku z wnioskami o wydanie uprzedniej zgody na leczenie za granicą. W wyniku badania stwierdzono, że w żadnym przypadku nie stwierdzono przesłanek podmiotowych do wyłączenia stosowania przepisów o transgranicznej opiece zdrowotnej, o których mowa w art. 42g ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, a wszystkie decyzje dotyczyły świadczeń gwarantowanych oraz świadczeń dla których nie było wymagane wydanie uprzedniej zgody. Ustalenie wysokości zwrotu następowało na podstawie kompletnych wniosków, do których wnioskodawcy załączyli skierowanie na leczenie. W przypadku konieczności uzupełnienia wniosku lub przedłożenia niezbędnych załączników wzywano wnioskodawcę do przedłożenia dokumentacji wyznaczając 7 dniowy termin. Przed wydaniem każdej decyzji strona została poinformowana o zakończeniu postępowania i możliwości zapoznania się z materiałem dowodowym. Ponadto badanie wykazało m.in., że:

- w związku z wnioskami dotyczącymi świadczeń udzielonych w okresie między 24 października 2013 r., a 15 listopada 2014 r., cztery postępowania prowadzono

⁵¹ Spośród 64 wniosków, pozytywnie rozpatrzonych zostało 50 na kwotę 102 tys. zł.

⁵² Jeden był w trakcie procedowania.

⁵³ Pismo z dnia 3 czerwca 2014 r., 29 sierpnia 2014 r. i 11 września 2014 r.

⁵⁴ Dz. U. z 2014 r. poz. 1491 (ustawa weszła w życie 15 listopada 2014 r.).

⁵⁵ Decyzje: nr 13/2015/ZLZ z dnia 8 maja 2015 r., nr 3/2015/ZLZ z dnia 23 stycznia 2015 r., nr 2/2015/ZLZ z dnia 20 stycznia 2015 r.

⁵⁶ Wybór 50 postępowań do badania nastąpił w sposób losowy.

⁵⁷ W tym jedna decyzja ustalająca i odmawiająca zwrotu.

zgodnie z art. 10 ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw;

- odmowa zwrotu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej nastąpiła w 5 przypadkach ze względu na nie przedłożenie: skierowania na leczenie (3), potwierdzenia zapłaty za świadczenie (1) oraz braku uprzedniej zgody na leczenie (2);

- w 20 postępowaniach, w których przeprowadzono postępowanie wyjaśniające wydanie decyzji nastąpiło w terminie 60 dni od dnia wszczęcia postępowania (art. 42d ust. 14 ustawy o świadczeniach zdrowotnych). W 30 postępowaniach, w których nie prowadzono postępowania wyjaśniającego, 11 decyzji wydano w terminie nieprzekraczającym 30 dni (art. 42d ust. 13), a 19 wydanych zostało po jego upływie (od 1 do 11 dni po upływie 30 dni), z czego w 13 przypadkach zawiadomiono stronę o niezakończonym sprawie w terminie, a w 6 przypadkach zaniechano zawiadomienia, co stanowiło naruszenie art. 36 § 1 i 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks Postępowania Administracyjnego⁵⁸ (dalej *Kpa*);

- wszystkie wnioski (8) o wydanie uprzedniej zgody zostały pozostawione bez rozpatrzenia w związku z niezpełnieniem braków formalnych wniosków. Poza jednym przypadkiem, w którym wezwanie nie zawierało wszystkich wymaganych elementów, o których w § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada 2014 r. w sprawie wydania zgody na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu⁵⁹, wezwania określały 14 dniowy termin na uzupełnienie braków formalnych oraz skutek niezpełnienia wniosku (pozostawienie podania bez rozpatrzenia);

- w każdym postępowaniu prowadzonym w związku z wnioskami o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej zawiadamiano wnioskodawcę m.in., że Dyrektor na podstawie art. 61 § 4 *Kpa* wszczął postępowanie. Pomimo zawiadomienia o wszczęciu postępowania przez Dyrektora terminy załatwienia spraw ustalane były prawidłowo, tj. od daty wpływu wniosku do Oddziału. Według wyjaśnień Dyrektora oraz Naczelnika Wydziału Ekonomiczno-Finansowego „mimo użycia w zawiadomieniu sformułowania, że Dyrektor wszczyna postępowanie, uznawano faktycznie, że postępowanie było wszczęte na wniosek strony. Od dnia wpływnięcia wniosku liczone były terminy załatwienia sprawy. Zawiadomienie traktowano jako poinformowanie strony o przysługujących jej prawach, terminie załatwienia sprawy, do czego mamy prawo na podstawie przepisów ogólnych kodeksu postępowania administracyjnego”.

W trakcie kontroli NIK zmieniono treść zawiadomienia na informujące stronę o toczącym się postępowaniu wszczętym wnioskiem strony.

W badanych przypadkach wysokość zwrotu ustalano: na podstawie cennika świadczeń stosowanego w opiece transgranicznej obowiązującego na dzień 1 stycznia roku, w którym zakończono udzielanie świadczeń objętych wnioskiem o zwrot kosztów (45 decyzji), tj. zgodnie z art. 42c ust. 6 ustawy o świadczeniach zdrowotnych. W przypadku gdy wniosek dotyczył co najmniej dwóch świadczeń rozliczanych w ramach jednego świadczenia gwarantowanego za podstawę zwrotu stosownie do art. 42c ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej przyjmowano to świadczenie (6 decyzji). W jednym przypadku za podstawę zwrotu przyjęto kwotę finansowania procedury medycznej najbardziej zbliżonej pod względem medycznym do procedury wykonanej (art. 42c ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej). W żadnym przypadku wysokość zwrotu nie przekroczyła kwoty wydatków poniesionych przez świadczeniobiorcę (art. 42c ust. 13 ustawy o świadczeniach

⁵⁸ Dz. U. z 2016 r. poz. 23, ze zm.

⁵⁹ Dz. U. z 2014 r. poz. 1551.

opieki zdrowotnej). Łącznie kwota przyznanego zwrotu w badanych sprawach wyniosła 104,8 tys. zł (43,7% kwoty wynikającej ze złożonych wniosków). Ustalona kwota zwrotu była przekazywana w obowiązujących terminach.

(dowód: akta kontroli str. 137, 161-188, 176-179, 199, 201, 209, 211-212)

W zakresie dysponowania przez Oddział informacjami umożliwiającymi ustalenie różnicy pomiędzy standardem uzyskanego poza granicami kraju świadczenia, a standardem świadczeń udzielonych na terenie kraju, będącym podstawą określania wysokości zwrotu kosztów, zastępca Dyrektora ds. Medycznych wskazała m.in., że w zakresie leczenia zaćmy czy endoprotezoplastyki nie ma określonych standardów udzielania świadczeń na terenie Polski. Obowiązujące przepisy dotyczące zawierania umów w poszczególnych rodzajach i zakresach, określają wymagane warunki do ich realizacji – kwalifikacje personelu, jego liczbę, wyposażenie w sprzęt. Elementy te podlegają weryfikacji i ocenie przez pracowników Oddziału, natomiast sposób czy metoda leczenia leży wyłącznie w gestii lekarza udzielającego świadczenie, zgodnie z wiedzą i umiejętnościami. W postępowaniach dotyczących wniosków o zwrot kosztów leczenia poza granicami kraju standardy udzielanych świadczeń nie podlegały ocenie.

(dowód: akta kontroli str.190, 194)

5.4. W okresie objętym kontrolą 48 postępowań prowadzono w związku z wnioskami złożonymi przez trzech pełnomocników (4 w 2015 r. i 44 w 2016 r.). W każdym przypadku zwrotu kosztów za świadczenia zdrowotne udzielone za granicą dokonano bezpośrednio na rzecz pełnomocnika.

(dowód: akta kontroli str. 195)

5.5. Badanie 9 postępowań prowadzonych w związku z wnioskami złożonymi w 2016 r.⁶⁰, w których wskazano różne daty rozpoczęcia i zakończenia świadczenia, wykazało, że było to wynikiem różnych dat wykonania zabiegu i przeprowadzenia konsultacji i nie wiązało się z przedłużoną hospitalizacją.

(dowód: akta kontroli str. 196)

5.6. Wobec pacjentów korzystających ze świadczeń w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej nie wprowadzono żadnych specjalnych mechanizmów/procedur, które umożliwiałyby im kontynuowanie leczenia na terytorium Polski. Według Naczelnika Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej, pacjenci ci korzystają ze świadczeń w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i w jego ramach mają zapewnioną dalszą opiekę medyczną na terenie Polski. Skorzystanie z opieki transgranicznej nie ogranicza późniejszego korzystania ze świadczeń w Polsce.

(dowód: akta kontroli str. 189, 191)

5.7. W okresie objętym kontrolą udzielono 929 (50 w 2014 r., 450 w 2015 r., 429 w 2016 r.⁶¹) informacji na temat transgranicznej opieki zdrowotnej. Informacje dotyczyły m.in. procedur umożliwiających dostęp do transgranicznej opieki zdrowotnej oraz dotyczących zwrotu kosztów, stawek zwrotu, danych placówek udzielających świadczeń na terenie Polski.

(dowód: akta kontroli str. 189, 192)

Oddział podejmował działania umożliwiające m.in. pracownikom służby zdrowia uzyskanie informacji o możliwościach i zasadach korzystania z opieki transgranicznej poprzez m.in. uruchomienie: infolinii telefonicznej, odrębnego

⁶⁰ Badaniem objęto wszystkie wnioski, które wpłynęły w 2016 r., które zgodnie z rejestrem wniosków wskazywały różne daty rozpoczęcia i zakończenia świadczenia.

⁶¹ Do 9 grudnia 2016 r.

stanowiska na sali informacyjnej w Oddziale w Zielonej Górze i Delegaturze Oddziału w Gorzowie Wlkp., udostępnianie osobom zainteresowanym materiałów informacyjnych w formie m.in. ulotek, poradników, książek.

(dowód: akta kontroli str. 189, 192)

5.8. Dyrektor Oddziału opisując formy podejmowanej przez Oddział współpracy z innymi podmiotami w dziedzinie opieki transgranicznej wskazał, iż Krajowe Punkty Kontaktowe (dalej *KPK*) wraz z oddziałami wojewódzkimi Funduszu udzielają pacjentom z kraju oraz z innych państw członkowskich Unii Europejskiej, na ich wniosek niezbędnych informacji oraz pomocy w zakresie opieki transgranicznej. Ponadto pracownicy Oddziału rozpatrując konkretne wnioski o zwrot kosztów, w przypadku zaistnienia takiej potrzeby w toku postępowania, zwracają się bezpośrednio do zagranicznych świadczeniobiorców o wyjaśnienie wątpliwości. Natomiast współpraca z Komisją Europejską i *KPK* z innych państw członkowskich UE w sprawach z zakresu opieki transgranicznej opieki zdrowotnej odbywa się na szczeblu centralnym.

(dowód: akta kontroli str. 199, 201-202)

5.9. Do Oddziału w latach 2014-2016 nie wpłynęły skargi dotyczące nieprzestrzegania przez świadczeniodawców praw pacjentów w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej⁶², w tym dotyczące ograniczenia dostępu do informacji i dokumentacji medycznej, braku cennika świadczeń zdrowotnych, niewystawienia rachunku za świadczenie opieki zdrowotnej, braku zamieszczenia na rachunku informacji o zrealizowanych procedurach diagnostycznych i terapeutycznych, stosowanych preferencji w świadczeniu opieki na rzecz pacjentów odpłatnych, odmowy realizacji recepty i wydania produktów leczniczych przepisanych przez lekarza z innego niż Polska kraju. Z analizy wybranej dokumentacji z kontroli⁶³ przeprowadzonych przez Oddział u świadczeniodawców wynikało, że nie stwierdzono przypadków nieprzestrzegania praw pacjentów wynikających z przepisów ustawy o działalności leczniczej wprowadzonych w ramach implementacji dyrektywy 2011/24/UE.

(dowód: akta kontroli str. 197, 78-81)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. W wezwaniu z dnia 28 listopada 2014 r., nr WSS-III.432-8/2014JV o uzupełnienie braków formalnych wniosku (złożonego do Oddziału 24 listopada 2014 r.) o wydanie zgody przez Dyrektora Oddziału na uzyskanie w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej świadczeń opieki zdrowotnej, nie wyznaczono, zgodnie z § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada 2014 r. w sprawie wydania zgody na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu, terminu na uzupełnienie braków formalnych (nie krótszy niż 14 dni) oraz nie wskazano skutku niezuzupełnienia wniosku (pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia).

(dowód: akta kontroli str. 180-185)

W tożsamo brzmiących wyjaśnieniach złożonych przez zastępcę Dyrektora ds. Medycznych oraz Naczelnika Wydziału Spraw Świadczeniobiorców przyczyną ww. braków w wezwaniu było niedopatrzenie.

(dowód: akta kontroli str. 24-25, 205-206)

⁶² Spośród 326 skarg, które wpłynęły w 2013 r., 321 w 2014 r., 366 w 2015 r. i 352 w 2016 r.

⁶³ Wybór losowy.

2. W sześciu postępowaniach, w których wydano decyzję po upływie 30 dni od dnia wszczęcia postępowania, nie zawiadomiono strony o niezakończonym w terminie. W żadnym z ww. postępowań nie prowadzono postępowania wyjaśniającego, zgodnie zatem z art. 42d ust. 13 ustawy o świadczeniach zdrowotnych obowiązującym terminem na wydanie decyzji był termin 30 dniowy. Dotyczy, to postępowania:

- wszczętego na wniosek złożony w dniu 22 grudnia 2015 r., zakończonego wydaniem decyzji nr 8/2016/ZLZ z dnia 28 stycznia 2016 r., (7 dni po terminie);
- wszczętego na wniosek złożony 7 marca 2016 r., zakończonego wydaniem decyzji nr 28/2016/ZLZ z dnia 12 kwietnia 2016 r. (6 dni po terminie);
- wszczętego na wniosek złożony 14 czerwca 2016 r., zakończonego wydaniem decyzji nr 62/2016/ZLZ z dnia 15 lipca 2016 r., (1 dzień po terminie);
- wszczętego na wniosek złożony w dniu 20 września 2016 r., zakończonego wydaniem decyzji nr 88/2016/ZLZ z dnia 31 października 2016 r. (11 dni po terminie);
- wszczętego na wniosek złożony 13 listopada 2015 r., zakończonego wydaniem decyzji nr 66/2015/ZLZ z dnia 15 grudnia 2015 r. (1 dzień po terminie);
- wszczętego na wniosek złożony w dniu 9 października 2015 r., zakończonego wydaniem decyzji nr 54/2015/ZLZ z dnia 13 listopada 2015 r. (4 dni po terminie).

Niewydanie zawiadomienia o niezakończonym w terminie stanowiło naruszenie art. 36 § 1 i 2 Kpa.

(dowód: akta kontroli str. 163-175)

Według wyjaśnień Dyrektora Oddziału oraz Naczelnika Wydziału Ekonomiczno-Finansowego i Rozliczeń Międzynarodowych przyczyną niezakończonym w terminie była konieczność zapewnienie stronie możliwości zapoznania się z materiałem dowodowym. Niezwłocznie po upływie 7 dniowego terminu na zapoznanie się z materiałem dowodowym sporządzana była decyzja”.

Naczelnik Wydziału wskazał, iż „niepoinformowanie wnioskodawców o niezakończonym w terminie nastąpiło z uwagi na niedopatrzenie pracownika, które było następstwem dużej ilości załatwianych spraw”.

(dowód: akta kontroli str. 199, 201, 209)

3. Wbrew wymogom określonym w przepisie art. 61a Kpa odmowa wszczęcia trzech postępowań⁶⁴ o zwrot kosztów leczenia poniesionych w ramach opieki transgranicznej nastąpiła bez wydania formalnego postanowienia wraz z pouczeniem o możliwości zaskarżenia tego rozstrzygnięcia oraz podstawy prawnej jego wydania. Ustalano, że w każdej z ww. spraw Dyrektor Oddziału kierował do stron jedynie pismo informujące, że z powodu braku implementacji ww. dyrektywy nie posiada upoważnienia ustawowego do rozpatrzenia wniosku, co nie spełniało ww. wymogów.

(dowód: akta kontroli str. 140-159)

⁶⁴ Dotyczy trzech wniosków o zwrot kosztów leczenia poniesionych w ramach opieki transgranicznej, które wpłynęły do Oddziału w okresie między 25 października 2013 r., a 15 listopada 2014 r. (tj. po dniu do którego zgodnie z art. 21 ust. 1 Polska powinna wprowadzić przepisy niezbędne do wykonania dyrektywy z dnia 9 marca 2011 r. nr 2011/24/UE w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej, a przed wejściem w życie przepisów krajowych transponujących przepisy ww. dyrektywy).

Wyjaśniając przyczyny odmowy rozpatrzenia wniosków w nieodpowiedniej formie Dyrektor Oddziału oraz Naczelnik Wydziału Ekonomiczno-Finansowego i Rozliczeń Międzynarodowych stwierdzili, że postępowano zgodnie z wytycznymi otrzymanymi z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie otrzymanymi w piśmie z dnia 11 grudnia 2013 r.

(dowód: akta kontroli str. 203-204, 210)

Po wejściu w życie ustawy z dnia 10 października 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki finansowanych ze środków publicznych, na ponowny wniosek świadczeniobiorców, Dyrektor w wyżej wymienionych trzech sprawach wydał decyzję, którą ustalił wysokość zwrotu kosztów.

(dowód: akta kontroli str. 161)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli, mimo stwierdzenia powyższych nieprawidłowości, ocenia pozytywnie działalność Oddziału w zbadanym obszarze.

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

Opis stanu faktycznego

6.1. Według informacji posiadanych przez Oddział główną przyczyną rozwiązywania umów zawartych przez Oddział z podmiotami leczniczymi był brak wystarczającej kadry lekarskiej. W żadnym z przypadków podmiot leczniczy nie wskazywał jako powodu rozwiązania umowy nieopłacalności wykonywania świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Nie stwierdzono przypadków nieuzasadnionego zaniechania udzielanych świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 189, 191, 78-81)

6.2. Oddział nie dysponuje informacjami dotyczącymi skali świadczeń zdrowotnych udzielonych odpłatnie w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej przez podmioty lecznicze, z którymi zawarł umowy na finansowanie tych świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 189, 191)

6.3. Na podstawie otrzymanych informacji od wybranych szpitalnych podmiotów leczniczych (6) udzielających świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne, ustalono m.in., że:

- 5 świadczeniodawców udzielało odpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej osobom pochodzącym z innych państw Unii Europejskiej⁶⁵, jeden podmiot takich świadczeń nie udzielał⁶⁶;
- realizacja odpłatnych świadczeń przez te podmioty nie wpłynęła na realizację ich zobowiązań wobec Oddziału;

⁶⁵ 105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią SPZOZ w Żarach – udzielił w 2016 r. dziewięciu osobom świadczeń na łączną kwotę 2.604 zł, które dotyczyły m.in. badań RTG, laboratoryjnych, pobytu w SOR; Szpital Na Wyspie sp. z o.o. w Żarach – w 2013-2016 r. udzielił świadczeń dwóm osobom na łączną kwotę 5.512 zł; Nowy Szpital w Kostrzynie nad Odrą spółka z o.o. liczba osób, którym udzielono świadczeń wynosiła nie więcej niż 5% wszystkich pacjentów ubezpieczonych, którym udzielano świadczenia, w tym 4 przypadki dotyczyły usunięcia zaćmy; Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. - udzielił w okresie od stycznia do grudnia 2016 r. 436 pacjentom takich świadczeń, w ramach SOR i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej; Wojewódzki Szpital Kliniczny im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze w latach 2013-2016 udzielił odpłatnych świadczeń dla obywateli Polski, innego kraju UE oraz spoza UE na łączną kwotę 1.961.734,59 zł, z czego z zakresu okulistyki na kwotę 41.869,55 zł.

⁶⁶ Szpital im. Prof. Religi w Słubicach.

- żaden ze świadczeniodawców nie podjął współpracy z podmiotami krajowymi lub zagranicznymi w celu objęcia osób niepodlegających ubezpieczeniu zdrowotnemu, na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, planowym i odpłatnym leczeniem;
- każdy świadczeniodawca posiadał cennik udzielanych świadczeń na rzecz osób, które nie podlegały ubezpieczeniu zdrowotnemu w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- ceny świadczeń udzielanych odpłatnie u 5 podmiotów różniły się od cen świadczeń stosowanych w ramach rozliczeń dokonywanych przez podmiot z Oddziałem, w jednym przypadku podmiot nie różnicował cen świadczeń⁶⁷. Ceny świadczeń w przypadku świadczeń z zakresu okulistyki oraz ortopedii i traumatologii narządów ruchu były wyższe i wahały się odpowiednio między 15% a 35% i między 15% a 20% od cen stosowanych w rozliczeniach z Oddziałem;
- podmioty, które wykonują świadczenia z zakresu okulistyki i ortopedii, zadeklarowały posiadanie potencjału umożliwiającego zwiększenie, ponad ograniczenia wynikające z umów zawartych z NFZ, liczby udzielanych planowych świadczeń ww. zakresach.

(dowód: akta kontroli str. 213-246)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

Ocena cząstkowa

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

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli⁶⁸, wnosi o:

1. Wyznaczanie w wezwaniach do usunięcia braków formalnych terminu na ich usunięcie wraz z informacją o skutkach nie dopełnienia tego obowiązku.
2. Zawiadamianie strony, w przypadkach nieterminowego załatwiania sprawy oraz odmawianie wszczęcia postępowania, zgodnie w wymogami Kpa.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

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

⁶⁷ Szpital Na Wyspie sp. z o.o. w Żarach.

⁶⁸ Dz.U. z 2015 r. poz. 1096, ze zm.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
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 wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Zielona Góra, dnia 31 stycznia 2017 r.

Kontrolerzy
Ryszard H. Stefan
doradca ekonomiczny

.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Zielonej Górze
Wicedyrektor
Włodzimierz Stobrawa

.....
podpis

Bogumiła Leszczyńska-Konczanin
specjalista kontroli państwowej

.....
podpis

Anna Tronowicz
specjalista kontroli państwowej

.....
podpis