



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Departament Zdrowia

KZD – 4101-001-01/2014
P/14/060

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/14/060 – Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach planu finansowego na 2013 r.”
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia
Kontrolerzy	1. Paweł Korzeniowski, główny specjalista kp., upoważnienie do kontroli nr 87404 z dnia 13 marca 2014 r. 2. Rafał Zyzik, starszy inspektor kp., upoważnienie do kontroli nr 90806 z dnia 17 marca 2014 r. 3. Michał Oszukowski, starszy inspektor kp., upoważnienie do kontroli nr 87405 z dnia 17 marca 2014 r. [Dowód: akta kontroli str. 1-6]
Jednostka kontrolowana	Narodowy Fundusz Zdrowia – Centrala (dalej: NFZ, Fundusz) 02-390 Warszawa, ul. Grójecka 186
Kierownik jednostki kontrolowanej	Tadeusz Jędrzejczyk Prezes NFZ od 3 czerwca 2014 r. ¹ [Dowód: akta kontroli str. 2652]

II. Ocena kontrolowanej działalności²

Ocena ogólna

Oceniając realizację zadań Funduszu, w ramach planu finansowego na 2013 r., NIK stwierdziła, że w porównaniu do roku poprzedniego nie nastąpiła poprawa w dostępie do świadczeń, a w niektórych ich zakresach średni czas oczekiwania uległ wydłużeniu. Poprawie dostępu nie sprzyjało nierównomierne rozmieszczenie placówek udzielających świadczeń, sprzętu i wykwalifikowanych kadr medycznych.

Na leczenie osób uprawnionych i ubezpieczonych, z kwoty 63.873.538,00 tys. zł planowanych kosztów świadczeń zdrowotnych nie wydatkowano 1.795.555,12 tys. zł, przy czym w odniesieniu do kwoty 1.309.100,00 tys. zł, niewydatkowanej na refundację, Fundusz nie mógł jej przesunąć i zakontraktować innych świadczeń zdrowotnych, nawet w przypadku uzasadnionych potrzeb. Zgodnie bowiem z art. 74 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych³ nie było możliwe dokonanie zmiany przeznaczenia niewykorzystanych środków przewidzianych na refundację cen leków oraz ich wykorzystanie na zakup innych rodzajów świadczeń zdrowotnych.

Stwierdzono, że zdarzały się przypadki opłacenia przez Fundusz świadczeń i refundacji cen leków na rzecz osób nieuprawnionych, a nawet zmarłych.

W szczególności, Fundusz wydatkował nawet 511.601 tys. zł na sfinansowanie świadczeń POZ, rozliczanych na podstawie stawki kapitacyjnej, osobom, co do

¹ Poprzednio Wiesława Kłos p.o. Prezesa (od 1 marca 2014 do 2 czerwca 2014 r.), Marcin Pakulski, p.o. Prezesa (od 23 grudnia 2013 r. do 28 lutego 2014 r.); Agnieszka Pachciarz Prezes NFZ (od 28 czerwca 2012 r. do 20 grudnia 2013 r.).

² 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.

³ Dz. U. z 2011 r., Nr 122 poz. 696 ze zm. (dalej: ustawa o refundacji).

których nie można było potwierdzić ubezpieczenia lub posiadania uprawnień do świadczeń finansowanych ze środków publicznych.⁴

Wydatkowanie środków Funduszu odbywało się bez ustalonych ogólnopolskich priorytetów zdrowotnych, tj. bez wyznaczenia celów i mierników ich realizacji. Obowiązywały jedynie przyjęte w 2009 r. priorytety polityki zdrowotnej określone przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych⁵, które – zgodnie z delegacją ustawową zawartą w art. 31a ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁶ - mają na względzie stan zdrowia obywateli oraz uzyskanie efektów zdrowotnych o najwyższej wartości.

W ocenie NIK tworzenie priorytetów ma istotne znaczenie, szczególnie przy zachodzących niekorzystnych zmianach demograficznych, które w najbliższych latach spowodują wzrost udziału kosztów leczenia osób starszych. O ile wskaźnik udziału kosztów leczenia osób w wieku powyżej 65 lat, w latach 2009-2013, wzrósł o 2,97%, to Fundusz szacuje, że w latach 2014-2018 wskaźnik ten wzrośnie o 5,31%, co może spowodować dalsze wydłużanie czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń lub ograniczenia wprowadzania nowoczesnych technologii medycznych.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Zabezpieczenie dostępu do świadczeń dla osób uprawnionych

1.1. Zasady planowania zakupu świadczeń

Opis stanu
faktycznego

Fundusz przygotował projekt priorytetów ogólnopolskich na 2013 r., jednak w związku ze zmianami kadrowymi w NFZ priorytety te nie zostały uzgodnione i zatwierdzone, a przekazanie oddziałom wojewódzkim (OW) priorytetów ogólnopolskich po zakończeniu procesu kontraktowania było, w ocenie, Funduszu bezcelowe.

[Dowód: akta kontroli str. 857-858]

W dniu 18 czerwca 2012 r. Prezes Funduszu poinformował oddziały wojewódzkie, że planowany podział środków na świadczenia zdrowotne w latach 2013-2015 powinien uwzględniać w szczególności: zachowanie dotychczasowej struktury rodzajowej planowanych kosztów świadczeń zdrowotnych i utrzymanie dotychczasowych zasad kontraktowania świadczeń, np. w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ). Nie przewidywano zmian warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych. W odniesieniu do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) zakładano zwiększenie realizacji usług wykonywanych dotychczas w trybie stacjonarnym. Również w lecznictwie szpitalnym (LSP) nie przewidywano istotnych zmian zasad kontraktowania świadczeń.

[Dowód: akta kontroli str. 856-858, 865-871]

Wartość zakontraktowanych świadczeń na 10 tys. ubezpieczonych i ceny jednostek rozliczeniowych były zróżnicowane w poszczególnych oddziałach. Ponadto, według stanu na dzień 7 marca 2013 r., nie wszystkie oddziały zakontraktowały świadczenia zdrowotne przewidziane w rocznym planie. Przykładowo:

1. Dla badań rezonansu magnetycznego: ceny jednostki rozliczeniowej wynosiły od 7,84 zł w Łódzkim OW do 9,42 zł w Dolnośląskim OW, zaś wartość zakontraktowanych świadczeń na 10 tys. ubezpieczonych wynosiła

⁴ Patrz szczegóły – pkt 1.6 niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

⁵ Dz. U. Nr 137, poz. 1126

⁶ Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

od 46.942 zł w Pomorskim OW, gdzie plan przewidywał zakup świadczeń o wartości 98.798 zł, do 102.932 zł w Dolnośląskim OW. Według danych na dzień 29 kwietnia 2014 r. średnia cena jednostki rozliczeniowej w 2013 r. wynosiła od 7,71 zł w Warmińsko-Mazurskim OW do 9,34 zł w Wielkopolskim OW, a wartość umów w przeliczeniu na 10 tys. osób wynosiła od 59.071 zł w Lubelskim OW do 120.241 zł w Dolnośląskim OW i była we wszystkich OW NFZ wyższa od przyjętych planów zakupu na 2013 r.;

2. W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (dalej: AOS) – dermatologia i wenerologia: ceny jednostki rozliczeniowej wynosiły od 7,72 zł w Kujawsko-Pomorskim OW do 9,12 zł w Lubelskim OW, a wartość zakontraktowanych świadczeń na 10 tys. ubezpieczonych wynosiła od 35.851 zł w Pomorskim OW do 80.491 zł w Wielkopolskim OW. Nie zabezpieczono w pełni dostępu do świadczeń w Pomorskim OW (plan w tym oddziale przewidywał zakup świadczeń o wartości 72.104 zł na 10 tys. ubezpieczonych, w 2012 r. zakupiono świadczenia za kwotę 70.215 zł). W Podlaskim OW zakupiono świadczenia o wartości 54.399 zł na 10 tys. ubezpieczonych, przy planie wynoszącym 70.090 zł, w 2012 r. zakupiono świadczenia o wartości 67.948 zł. Według danych na dzień 29 kwietnia 2014 r. średnia cena jednostki rozliczeniowej w 2013 r. wynosiła od 7,72 zł w Kujawsko-Pomorskim OW do 9,12 zł w Lubelskim OW, a wartość umów w przeliczeniu na 10 tys. osób wynosiła od 58.102 zł w Kujawsko-Pomorskim OW do 82.418 zł w Dolnośląskim OW. Wartość zawartych umów w przeliczeniu na 10 tys. osób była niższa od planu w przypadku dziesięciu oddziałów.
3. W leczeniu szpitalnym (dalej LSP) - hospitalizacje: Wartość zakontraktowanych świadczeń przypadająca na 10 tys. ubezpieczonych wynosiła od 5.432.248 zł w Lubuskim OW do 7.365.246 zł w Mazowieckim OW. Nie zabezpieczono w pełni dostępu do świadczeń w Łódzkim OW. Plan przewidywał zakup świadczeń o wartości 6.299.069 zł, a zakontraktowano je na kwotę 5.728.459 zł (w 2012 r. było to 6.383.837 zł)⁷. Według danych na dzień 29 kwietnia 2014 r. wartość zakontraktowanych świadczeń na 10 tys. osób wynosiła w 2013 r. od 6.062.653 zł w Warmińsko-Mazurskim OW do 7.887.074 zł w Mazowieckim OW. Jedynie w Warmińsko-Mazurskim OW wartość zawartych umów w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych była nieznacznie niższa od planu (6.078.668 zł).
4. W lecznictwie szpitalnym (LSP) – okulistyka hospitalizacja planowa, nie zaplanowano zakupu świadczeń w oddziałach Opolskim i Świętokrzyskim;
5. W leczeniu stomatologicznym – świadczenia ogólnostomatologiczne: cena jednostki rozliczeniowej wynosiła od 0,95 zł w Łódzkim OW do 1,23 zł w Wielkopolskim OW, a wartość zakontraktowanych świadczeń przypadająca na 10 tys. ubezpieczonych wynosiła od 113.222 zł w Pomorskim OW (plan przewidywał zakup świadczeń o wartości 481.637 zł; w 2012 r. zakupiono świadczenia o wartości 465.560 zł) do 581.224 zł w Warmińsko-Mazurskim OW. Według danych na dzień 29 kwietnia 2014 r. wartość zakontraktowanych świadczeń na 10 tys. osób wynosiła w 2013 r. od 402.120 zł w Mazowieckim OW do 630.494 zł

⁷ W lecznictwie szpitalnym (kardiologia; hospitalizacja) w Łódzkim OW planowano zakup świadczeń o wartości 698.582 zł na 10 tys. ubezpieczonych, a zakontraktowano świadczenia na kwotę 477.282 zł (w 2012 r. zakupiono świadczenia o wartości 693.260 zł). W wyniku zmian w umowach wartość kontraktów wyniosła 780.936 zł na 10 tys. ubezpieczonych, tj. była wyższa od planu.

w Warmińsko-Mazurskim OW; w 14 oddziałach wojewódzkich wartość zawartych umów była niższa od planu zakupów.

6. W rehabilitacji (opieka stacjonarna): cena jednostki rozliczeniowej wynosiła od 1,02 zł w Łódzkim OW do 1,18 zł w Warmińsko-Mazurskim OW, a wartość zakupionych świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych wynosiła od 81.175 zł w Pomorskim OW (plan przewidywał zakup świadczeń o wartości 176.022 zł, w 2012 r. oddział zakontraktował świadczenia o wartości 161.771 zł) do 311.513 zł w Opolskim OW. Według danych na dzień 29 kwietnia 2014 r. średnia cena jednostki rozliczeniowej w 2013 r. wynosiła od 1,02 zł w Łódzkim OW do 1,15 zł w Zachodniopomorskim i Warmińsko-Mazurskim OW, zaś wartość zakontraktowanych świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych od 135.161 zł w Kujawsko-Pomorskim OW do 358.997 zł w Opolskim OW; w siedmiu oddziałach wojewódzkich wartość zakontraktowanych świadczeń była niższa od planu.
7. W programach profilaktycznych: cena jednostki rozliczeniowej wynosiła od 8,40 zł w Warmińsko-Mazurskim OW do 9,85 zł w Dolnośląskim OW. Wartość zakontraktowanych świadczeń na 10 tys. ubezpieczonych wynosiła od 23.368 zł w Małopolskim OW, chociaż plan przewidywano zakup świadczeń o wartości 34.599 zł, do 57.875 zł w Śląskim OW. W Lubelskim OW zakontraktowano świadczenia o wartości 32.832 zł na 10 tys. ubezpieczonych przy planie wynoszącym 42.402 zł. W Warmińsko-Mazurskim OW zakontraktowano świadczenia o wartości 35.535 zł przy planie wynoszącym 48.913 zł. Według danych na dzień 29 kwietnia 2014 r. średnia cena jednostki rozliczeniowej w 2013 r. wynosiła od 8,34 zł w Warmińsko-Mazurskim OW do 9,88 zł w Dolnośląskim OW, zaś wartość zakontraktowanych świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych od 30.896 zł w Podkarpackim OW do 64.063 zł w Śląskim OW. W 10 oddziałach wartość zawartych umów była niższa od planu.

[Dowód: akta kontroli str. 243-274, 367-368, 856-858, 894-1009, 1512-1513, 1525-1528]

Poziom dostępności mierzony liczbą świadczeń zakontraktowanych przez poszczególne oddziały wojewódzkie NFZ w odniesieniu do liczby ubezpieczonych był zróżnicowany. Wynikało to z czynników, na które wpływ Funduszu był ograniczony, w tym przede wszystkim nierównomiernego rozmieszczenia lekarzy specjalistów i świadczeniodawców.

[Dowód: akta kontroli str. 1519]

Od dnia 1 lipca 2013 r. nie zakontraktowano świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, w zakresie ginekologii i położnictwa, na niektórych terenach w 8 powiatach woj. pomorskiego. Przyczyną tego stanu był brak świadczeniodawców lub niespełnianie przez nich warunków sprzętowych określonych w konkursach. Dopiero w dniu 24 lutego 2014 r. ogłoszono 22 postępowania konkursowe na udzielanie tych świadczeń.

[Dowód: akta kontroli str. 1156-1229, 1522-1523, 1530-1573]

1.2. Zasady wyceny świadczeń

1.2.1. W 2013 r. Centrala NFZ prowadziła prace związane z wyceną procedur medycznych dostosowując ceny do rzeczywistych kosztów świadczenia. Zweryfikowano 465 świadczeń rozliczanych w 49 Jednorodnych Grupach Pacjentów (JGP). W wyniku przeprowadzonych analiz wycena niektórych świadczeń oznaczonych kodami P22, P03, C13, P06 uległa zwiększeniu. Zwiększono również wartość punktową świadczeń oznaczonych symbolami C56, K27, A87, G18 dla osób poniżej 18 roku życia. Obniżono natomiast wycenę świadczeń usunięcia ząbów powikłanej (B12) i niepowikłanej (B13) metodą emulsyfikacji z jednoczesnym

Opis stanu
faktycznego

wszczepieniem soczewki. W pozostałych analizowanych przypadkach wycena nie uległa zmianie.

Podjęto również prace nad oszacowaniem kosztów hospitalizacji związanej z diagnostyką inwazyjną w ostrych zespołach wieńcowych (OZW) bez wykonania przezskórnego zabiegu wieńcowego. W ich efekcie wyodrębniono nową grupę świadczeń (E10) – diagnostyka inwazyjna oraz zmodyfikowano charakterystyki dotychczasowych grup świadczeń oznaczonych symbolami E13, E14.

[Dowód: akta kontroli str. 1575-1593, 3971-3974]

W lipcu 2013 r. powołano Zespół do prowadzenia prac na wycenę świadczeń. Do jego zadań należało m.in.: weryfikacja wyceny grup leczenia operacyjnego zaćmy, analiza zależności czasu hospitalizacji pacjentów od wieku w ramach poszczególnych JGP, weryfikacja wycen grup, których główny udział w wycenie stanowi koszt wyrobu medycznego, kontynuacja prac związanych z przesunięciem realizacji części świadczeń z lecznictwa szpitalnego do AOS (z zakresu prac Zespołu wyłączono zagadnienia dotyczące pediatrii). Efektem prac Zespołu w 2013 r. było m.in. Zarządzenie Nr 89/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne.

[Dowód: akta kontroli str. 1012, 1015-1082, 1152-1155, 1574-1592]

Wycenę świadczeń utrudniało nieokreślenie przez Ministra Zdrowia zasad szacowania kosztów jednostkowych świadczeń zdrowotnych przez świadczeniodawców⁸.

[Dowód: akta kontroli str. 3974]

1.2.2. W styczniu 2013 r. Fundusz przeprowadził analizę struktury świadczeń udzielanych w AOS. Wynikało z niej m.in., że najliczniejsza grupa pacjentów otrzymywała (w ramach porad zachowawczych) porady podstawowe obejmujące wyłącznie badanie lekarskie lub konsultację lekarską z podstawowymi badaniami. Nie uzyskano istotnego zwiększenia wykonywania w AOS procedur ICD-9 wykonywanych także w szpitalach i tym samym nie uległa zmniejszeniu liczba tych świadczeń w ramach lecznictwa szpitalnego. W lecznictwie szpitalnym zmniejszyła się liczba świadczeń tzw. jednego dnia, przy jednoczesnym zwiększeniu liczby hospitalizacji planowych.

[Dowód: akta kontroli str. 765-846, 1084-1095]

Analiza świadczeń w okresie 2012 r. oraz I półroczu 2013 r. wykazała⁹, m.in. że wprowadzone zmiany charakterystyki grup zachowawczych oraz wybranych zabiegowych w 2013 r. wpłynęły na obniżenie - kosztów obsługi pacjenta, zwiększenie liczby przyjętych chorych, oraz poprawę wskaźnika rotacji. Nie spowodowało to jednak przyspieszenia procesu diagnostycznego i podejmowania decyzji terapeutycznych wraz z przekazaniem pacjenta do dalszej opieki w POZ. Stwierdzono zwiększenie czasu oczekiwania na wykonanie badań realizowanych w ramach umów z podwykonawcami, rozliczanych w ramach porad różnych kategorii. Było to spowodowane brakiem pełnych możliwości rozliczenia grupami kompleksowymi różnych wariantów diagnostycznych, a tym samym nieopłacalnością obecnie stosowanego sposobu finansowania porad kompleksowych, w stosunku do praktykowanego długotrwałego prowadzenia chorego w poradni.

Analizy prowadzone przez Fundusz wykazały m.in., że spodziewany znaczący efekt przesunięcia realizacji świadczeń, możliwych do wykonania zarówno przez AOS jak

⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 164, poz. 1194). Przepisy te zostały uchylone z dniem 1 lipca 2011 r.

⁹ Notatka ze spotkania prac Zespołu do opracowywania wytycznych dla Oddziałów Wojewódzkich NFZ w sprawie kontraktowania świadczeń w AOS z dnia 19 września 2013 r.

i SZP, procedur ICD-9 z trybu hospitalizacji do trybu ambulatoryjnego nastąpiło tylko dla niektórych procedur.

[Dowód: akta kontroli str. 765-846]

1.3. Koszt i liczba świadczeń *per capita* w poszczególnych oddziałach wojewódzkich NFZ oraz czas oczekiwania na udzielenie świadczenia

Opis stanu faktycznego

W 2013 r., podobnie jak w latach 2011-2012, pomiędzy poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi NFZ występowały różnice w dostępie do świadczeń, co NIK negatywnie oceniła po kontroli wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2011 r. oraz 2012 r.¹⁰

Wartość zrealizowanych świadczeń przypadająca na 10 tys. uprawnionych w 2013 r., w porównaniu do 2012 r., w wybranych rodzajach (obejmujące wszystkie zakresy) prezentuje poniższa tabela:

Rok	Najniższa wartość w zł	Najwyższa wartość w zł	Różnica Kol. [3-2]
1	2	3	4
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna			
2012 r.	1.270.274 (Podkarpacki OW)	1.667.597 (Podlaski OW)	397.323
2013 r.	1.291.286 (Świętokrzyski OW)	1.715.319 (Śląski OW)	424.033
Leczenie szpitalne			
2012 r.	7.023.856 (Lubuski OW)	10.545.679 (Mazowiecki OW)	3.521.823
2013 r.	7.288.328 (Warmińsko-Mazurski OW)	9.573.833 (Mazowiecki OW)	2.285.505
Leczenie stomatologiczne			
2012 r.	414.531 (Mazowiecki OW)	624.735 (Warmińsko-Mazurski OW)	210.204
2013 r.	389.527 (Mazowiecki OW)	610.743 (Warmińsko-Mazurski OW)	221.216
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień			
2012 r.	510.323 (Podkarpacki OW)	1.019.157 (Lubuski OW)	508.834
2013 r.	502.783 (Świętokrzyski OW)	1.036.659 (Lubuski OW)	533.876
Rehabilitacja lecznicza			
2012 r.	439.809 (Podlaski OW)	913.220 (Mazowiecki OW)	473.411
2013 r.	467.681 (Podlaski OW)	841.794 (Mazowiecki OW)	374.113
Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze			
2012 r.	191.408 (Wielkopolski OW)	529.687 (Opolski OW)	338.278
2013 r.	185.316 (Wielkopolski OW)	526.172 (Opolski OW)	340.856
Profilaktyczne programy zdrowotne finansowane ze środków NFZ			
2012 r.	2.636 (Lubelski OW)	25.498 (Śląski OW)	22.862
2013 r.	2.359 (Lubelski OW)	26.027 (Śląski OW)	23.668

Tylko dla niektórych świadczeń udało się zmniejszyć różnice wartości świadczeń zrealizowanych w 2013 r. na 10 tys. uprawnionych, występujące pomiędzy oddziałami wojewódzkimi, w porównaniu do 2012 r.

[Dowód: akta kontroli str. 760-761]

Dostęp do świadczeń w wybranych zakresach w grudniu 2013 r., mierzony czasem oczekiwania na udzielenie świadczenia, w porównaniu do grudnia 2012 r., pogorszył się i przedstawiał się następująco:

- a) w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (przypadki stabilne, poradnie o największej liczbie osób oczekujących) m.in.:
 - w poradniach okulistycznych łączna liczba osób oczekujących wzrosła z 295.327 osób do 315.847 (o ponad 6,9%), a mediana¹¹ średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 32 do 40 dni (o 25%);

¹⁰ Wykonanie planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2011 r. (P/12/121) oraz Wykonanie planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2012 r. (P/13/128).

¹¹ Mediana – wartość dzieląca wszystkie dane na pół. Poniżej i powyżej mediany znajduje się dokładnie po 50% danych.

- w poradniach kardiologicznych łączna liczba osób oczekujących wzrosła z **134.548** osób do **141.526** (o 5,2%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 70 do 79 dni (o 12,9%);
- w poradniach neurologicznych łączna liczba osób oczekujących wzrosła z **128.319** osób do **142.490** (o ponad 11%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 26 dni do 30 (o 15,4%);
- w poradniach chirurgii urazowo-ortopedycznej łączna liczba osób oczekujących wzrosła z **123.078** osób do **136.900** osób (o 11,2%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 25 dni do 29 (o 16%);
- w pracowniach tomografii komputerowej łączna liczba osób oczekujących wzrosła z **58.594** osób do **107.576** osób (o 83,6%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 25 dni do 43 (o 72%).

Jednocześnie w 2013 r. skreślono z list osób oczekujących do powyższych poradni, z powodu wykonania świadczenia, odpowiednio: 111.779 osób, 37.307 osób, 66.072 osoby, 74.378 osób, 43.290 osób. W relacji do 2012 r. nastąpił wzrost liczby takich pacjentów.

Czas oczekiwania dla pięciu poradni o najwyższej wartości mediany czasu oczekiwania (przypadki stabilne) wynosił odpowiednio: Poradnie leczenia zezu dla dzieci – 192 dni, Poradnie endokrynologiczne osteoporozy – 160 dni (130 dni w 2012 r.), Poradnie schorzeń tarczycy – 136 dni (94 dni w 2012 r.), Poradnie immunologiczne dla dzieci – 120 dni (69 dni w 2012 r.), Poradnie endokrynologiczne dla dzieci – 120 dni (101 dni w 2012 r.).

b) w leczeniu szpitalnym (przypadki stabilne, oddziały o największej liczbie osób oczekujących) m.in.:

- w oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej łączna liczba osób oczekujących zwiększyła się z **98.177** osób do **111.199** (o 13,3%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 74 dni do 95 (o 28,4%);
- w oddziałach otorynolaryngologicznych łączna liczba osób oczekujących zwiększyła się z **53.081** osób do **74.241** (o 39,9%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 70 dni do 89 (o 27,1%);
- w oddziałach chirurgii ogólnej łączna liczba osób oczekujących zwiększyła się z **50.609** osób do **58.731** (o 16%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 24 dni do 29 (o 20,8%);
- w oddziałach chirurgii jednego dnia łączna liczba osób oczekujących zwiększyła się z **18.617** osób do **24.055** (o 29,2%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 12 dni do 15 (o 25%);
- w oddziałach neurochirurgicznych łączna liczba osób oczekujących wzrosła z **19.459** osób do **21.162** (o 8,7%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 75 dni do 85 (o 13,3%).

Wprawdzie w 2013 r., w stosunku do 2012 r. nastąpił wzrost wykonanych świadczeń w leczeniu szpitalnym to w stosunku do liczby oczekujących na udzielenie świadczenia stanowiło to niewielki odsetek. W powyższych oddziałach było to odpowiednio: 4.064 w oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej, 5.716 w oddziałach otorynolaryngologicznych, 9.990 w oddziałach chirurgii ogólnej, 2.391 w oddziałach chirurgii jednego dnia, 790 w oddziałach neurochirurgicznych.

c) w rehabilitacji leczniczej m.in.:

- w działach (pracowniach) fizjoterapii łączna liczba osób oczekujących wzrosła z **474.467** osób do **611.734** (o 28,9%), a mediana średniego czasu oczekiwania wzrosła z 51 dni do 61 (o 19,6%);

- w oddziałach rehabilitacji, łączna liczba osób oczekujących wzrosła z **131.062** osób do **150.143** (o 14,6%), a mediana średniego czasu oczekiwania wzrosła z 229 dni do 255 (o 11,3%);
- w poradniach rehabilitacyjnych łączna liczba osób oczekujących wzrosła z **112.004** osób do **118.655** (o 5,9%), a mediana średniego czasu oczekiwania zmniejszyła się z 23 dni do 21 (o 9,5%);
- w ośrodkach rehabilitacji dziennej łączna liczba osób oczekujących wzrosła z **43.606** osób do **49.526** (o 13,6%), a mediana średniego czasu oczekiwania zwiększyła się z 37 dni do 46 (o 24,3%);
- w oddziałach rehabilitacji narządu ruchu łączna liczba osób oczekujących wzrosła z **13.797** osób do **16.625** (o 20,5%), a mediana średniego czasu oczekiwania zwiększyła się z 151 dni do 160 (o 5,9%).

W stosunku do liczby oczekujących pacjentów w 2013 r. liczba udzielonych świadczeń była znikoma ponieważ leczenie zakończono w stosunku do 121.199, 3.787, 37.185, 4.754, 217 pacjentów. [Dowód: akta kontroli str. 728-729]

Łączną liczbę osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” i medianę średniego rzeczywistego czasu oczekiwania odnotowanej w poszczególnych województwach w wybranych komórkach organizacyjnych świadczeniodawców przedstawia poniższa tabela:

Oddział wojewódzki NFZ	Poradnie okulistyczne		Poradnie kardiologiczne		Poradnie chirurgii urazowo-ortopedycznej		Poradnie neurologiczne		Poradnie urologiczne		Działy fizjoterapii		Poradnie endokrynologiczne		Oddziały rehabilitacyjne	
	2013r.		2013r.		2013r.		2013r.		2013r.		2013r.		2013r.		2013r.	
	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
Dolnośląski	31	51.973	55	17.744	34	27.326	33	27.807	43	11.717	84	65.025	179	7.228	399	27.356
Kujawsko-Pomorski	76	21.282	83	7.611	30	6.176	55	9.608	70	5.034	78	48.848	113	6.666	389	5.478
Lubelski	20	19.669	36	7.803	26	7.517	16	7.283	29	6.482	54	33.534	67	8.216	183	2.936
Lubuski	38	10.498	85	3.546	33	3.778	41	3.923	54	2.368	53	19.023	82	2.141	350	1.830
Łódzki	15	12.510	77	6.467	21	4.848	17	5.829	19	3.718	49	33.142	59	3.608	187	2.600
Małopolski	54	14.553	87	9.678	41	10.352	44	7.827	61	4.837	89	75.711	124	6.613	256	21.989
Mazowiecki	41	32.548	84	18.017	36	16.212	40	15.019	42	7.414	57	54.244	102	11.294	344	10.904
Opolski	35	7.609	106	5.087	31	3.334	42	4.731	48	1.158	60	13.998	145	2.590	485	1.523
Podkarpacki	27	8.045	58	3.390	23	2.654	21	3.740	22	2.221	52	44.018	72	1.957	151	3.069
Podlaski	15	4.487	85	5.646	0	854	18	4.365	50	1.570	39	12.279	96	5.938	81	927
Pomorski	35	21.068	40	9.111	22	8.710	26	12.280	29	5.724	35	22.280	70	6.536	216	5.130
Śląski	47	42.881	106	16.786	27	15.553	33	16.256	67	11.959	84	63.880	151	10.709	448	34.363
Świętokrzyski	13	3.138	103	1.949	11	1.059	4	1.157	20	1.076	43	18.936	82	1.361	322	8.514
Warmińsko-Mazurski	58	17.123	106	5.155	23	8.008	38	7.221	80	6.014	40	25.218	104	4.264	147	1.499
Wielkopolski	71	33.311	86	13.656	31	13.646	32	10.649	35	6.162	81	56.332	106	7.685	246	12.116
Zachodniopomorski	30	15.152	76	9.880	27	6.882	17	4.795	45	3.781	51	25.266	136	4.554	334	9.909
Średnio	40	X	79	X	29	X	30	X	45	X	61	X	105	X	255	X

A – mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wg. stanu na koniec roku;
B – liczba osób oczekujących wg. stanu na koniec roku.

[Dowód: akta kontroli str. 1601-1603]

W 2013 r. odsetek świadczeniodawców wywiązujących się z obowiązku sprawozdawczego, na koniec miesiąca następującego po miesiącu sprawozdawczym, wynosił od 91,5% do 97,1%. [Dowód: akta kontroli str. 724-742]

Liczba lekarzy poszczególnych specjalności, przypadająca na 10 tys. ubezpieczonych różniła się w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu, różnice pomiędzy nimi sięgały nawet 1.700%. Przykładowo liczba lekarzy

przypadających na 10 tys. ubezpieczonych w poszczególnych specjalnościach wynosiła: alergologów od 0,19 w Podkarpackim OW do 0,49 w Podlaskim OW, angiologów od 0,00 w Mazowieckim OW (1 lekarz) do 0,08 w Podlaskim, Dolnośląskim i Śląskim OW, chirurgów naczyniowych od 0,11 w Łódzkim, Małopolskim, Opolskim, Podlaskim OW do 0,28 w Świętokrzyskim OW, diabetologów od 0,07 w Pomorskim OW (14 lekarzy) do 0,41 w Podlaskim OW (43 lekarzy), endokrynologów od 0,11 w Pomorskim OW (21 lekarzy), do 0,47 w Mazowieckim OW (221 lekarzy), ginekologów onkologicznych od 0,02 w Opolskim OW (2 lekarzy), Lubelskim OW (4 lekarzy) do 0,07 w Kujawsko-Pomorskim, Świętokrzyskim, Wielkopolskim, Zachodniopomorskim OW, onkologów i hematologów dziecięcych od 0,01 Opolski OW (1 lekarz) do 0,09 w Podlaskim OW, stomatologów dziecięcych od 0,03 Lubuski OW (3 lekarzy), do 0,21 w Łódzkim OW. Na terenie działania części OW w ogóle nie było lekarzy określonych specjalności, jak np.: w zakresie immunologii klinicznej w Lubuskim, Podkarpackim, Pomorskim, Warmińsko-Mazurskim, Zachodniopomorskim OW, geriatry w Warmińsko-Mazurskim OW, angiologii w Opolskim, Podkarpackim, Pomorskim OW. Lekarzy seksuologów udzielających świadczeń w ramach kontraktów z NFZ było jedynie 25 w skali kraju i działali na terenie tylko 8 oddziałów wojewódzkich.

[Dowód: akta kontroli str. 732-742]

Podczas posiedzenia Rady Funduszu w dniu 25 lipca 2013 r. omawiano m.in. ustalenia kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej za 2011 r. w zakresie opieki psychiatrycznej stacjonarnej dla dzieci i młodzieży. Kontrolą objęto 28 spośród 33 świadczeniodawców. Nieprawidłowością w ocenie Funduszu był m.in. brak wystarczającej liczby personelu – lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży. Ponadto zwrócono uwagę na znaczne „rozdrobnienie” etatów. W jednym z warszawskich szpitali na 18 lekarzy przypadało 2,5 etatu, co wg. Funduszu negatywnie wpływało na jakość udzielanych świadczeń.

[Dowód: akta kontroli str. 376]

1.4. Opieka nad osobami starszymi

1.4.1. Według danych NFZ dotyczących wydatków na leczenie pacjentów powyżej 65 roku życia, ze stycznia 2014 r., wydatki na świadczenia dla osób w wieku powyżej 65 wyniosły w 2012 r. 35,29% wydatków Funduszu. Wskaźnik ten może wzrosnąć do 58% w 2035 r. Najwyższy udział w strukturze wydatków na rzecz osób powyżej 65 roku życia wynoszący 55,86% stanowiły koszty leczenia szpitalnego. Refundacja cen leków stanowiła 16,49%, a świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej 7,59%. Średnie wydatki na świadczenia udzielone osobom powyżej 65 roku życia wynoszące 3.092 zł były ponad dwukrotnie wyższe od przeciętnych wydatków na osobę uprawnioną - 1.334 zł¹². Osoby powyżej 65 roku życia w stosunku do ogółu uprawnionych stanowiły w 2012 r. 14%, a odsetek ten w 2035 r. może osiągnąć 23%.

W 2013 r. liczba zakontraktowanych oddziałów geriatrycznych wyniosła 38 i była niższa niż w 2008 r. (46). Liczba zakontraktowanych poradni geriatrycznych zmniejszyła się z 76 w 2008 r. do 73 w 2013 r.

W 2013 r. było 160 lekarzy specjalistów w zakresie geriatry udzielających świadczeń w ramach kontraktu z Funduszem. Ich liczba w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych wahała się od 0,01 w Pomorskim OW do 0,10 w Śląskim OW.

Wartość zakontraktowanych świadczeń w oddziałach geriatrycznych w 2013 r. wyniosła 61.988,59 tys. zł oraz 3.344,13 tys. zł w poradniach geriatrycznych.

[Dowód: akta kontroli str. 141-154, 181-187, 732-742, 848-855]

¹² W 2012 r. oddziały geriatryczne dysponowały 672 łózkami.

1.5. Wartość świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowach oraz wartość świadczeń wykonanych poniżej wielkości ustalonych w kontraktach

Opis stanu faktycznego

Łączna wartość świadczeń wykonanych ponad limity określone w umowach na 2013 r. wyniosła 953.623,16 tys. zł, tj. była niższa o 510.167,33 tys. zł w porównaniu do stanu na koniec 2012 r.

Po zakończeniu roku rozliczeniowego dyrektorzy OW NFZ przeprowadzali, rozliczenia świadczeń wykonanych ponad limity określone w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej poprzez zmiany warunków finansowych umów¹³ lub zawarcie ugody pozasądowej¹⁴. Wartość sfinansowanych tzw. nadwykonań za 2013 r. wyniosła łącznie 493.169,98 tys. zł (według stanu na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych, tj. 21 lutego 2014 r.).

[Dowód: akta kontroli str. 173-176, 1594, 1600]

Wartość świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowach z 2012 r. i lat poprzednich, które nie zostały rozliczone przez NFZ (ujęta w ewidencji pozabilansowej) na dzień 31 grudnia 2013 r. wynosiła 537.079,53 tys. zł.

[Dowód: akta kontroli str. 743, 1594-1599]

Wartość niewykonanych świadczeń wyniosła w 2013 r. 1.795.555,12 tys. zł i stanowiła 2,81% planu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej. Najwyższy udział miało niewykonanie całkowitego budżetu na refundację leków, które wynosiło 1.309.100,00 tys. zł. W pozostałych rodzajach świadczeń nie wykorzystano kwoty w łącznej wysokości 486.455,12 tys. zł.

[Dowód: akta kontroli str. 1600-1601, 1730-1732]

1.6. Zasady weryfikacji i rozliczania wykonanych świadczeń

Opis stanu faktycznego

W 2013 r. Fundusz wykorzystywał trzy systemy weryfikacji danych sprawozdawczych przekazywanych przez świadczeniodawców, tj.: Centralne Warunki Walidacji (CWW), Centralne Reguły Weryfikacji (CRW) oraz System Dodatkowej Weryfikacji Świadczeń Zdrowotnych (SDWSZ).

Świadczenia wstępnie sprawdzone pod względem technicznym w CWW były następnie eksportowane do SDWSZ, gdzie podlegały dodatkowej weryfikacji. Wyniki tej weryfikacji dotyczą świadczeń potencjalnie wskazanych jako nieprawidłowe. Weryfikacją w SDWSZ objęte były następujące rodzaje świadczeń: leczenie szpitalne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, rehabilitacja lecznicza, świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz opieka paliatywna i hospicyjna. Świadczenia te podlegały ocenie pracowników merytorycznych zatrudnionych w OW NFZ.

[Dowód: akta kontroli str. 380-395, 396-408, 409-412, 466-468, 1082-1083]

W ramach Systemu Dodatkowej Weryfikacji Świadczeń Zdrowotnych, nie prowadzono weryfikacji w odniesieniu do świadczeń udzielonych w 2013 r. Weryfikacja taka była planowana dopiero w II kwartale 2014 r.

¹³ W postaci aneksu rozliczającego zamknięty okres rozliczeniowy, zgodnie z art. 132 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z zastrzeżeniem art. 159.(Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.).

¹⁴ Podstawą prawną zawierania ugód pozasądowych jest art. 917 Kodeksu cywilnego (ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, Dz. U. z 2014 r., poz. 121) zgodnie z którym przez ugodę strony czynią sobie wzajemnie ustępstwa w zakresie istniejącego między nimi stosunku w celu, aby uchylić niepewność co do roszczeń wynikających z tego stosunku lub zapewnić ich wykonanie albo by uchylić spór istniejący lub mogący powstać.

[Dowód: akta kontroli str. 155-168]

Umowa z firmą Eurosoft na eksploatację i konserwację SDWSZ wygasła w dniu 3 września 2012 r.¹⁵ Kolejna umowa została zawarta w dniu 3 czerwca 2013 r. na okres jednego roku.

[Dowód: akta kontroli str. 158]

Analiza wybranych świadczeń wykonanych przez świadczeniodawców w 2013 r. i rozliczonych przez NFZ wykazała, że Fundusz rozliczył świadczenia na łączną kwotę 5.437,62 tys. zł, z tego:

- 1.061 przypadków o wartości 18,49 tys. zł udzielenia świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej po zgonie pacjentów¹⁶;
- 100 przypadków o wartości 311,45 tys. zł hospitalizacji udzielonych po zgonie pacjentów;¹⁷
- 20.418 recept na łączną kwotę 1.081,95 tys. zł wystawionych w 2013 r. po zgonie pacjentów;
- 1.795 recept na kwotę 154,59 tys. zł wystawionych przez lekarzy po ich zgonie;
- przez 142.459 miesięcy Fundusz płacił za objęcie opieką medyczną podopiecznych przez zmarłych lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Koszty zapewnienia takiej opieki wyniosły nie mniej niż 1.139,67 tys. zł¹⁸;
- przez 1.145.184 miesięcy Fundusz płacił za objęcie opieką medyczną podopiecznych przez zmarłe pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej. Koszty zapewnienia takiej opieki wyniosły nie mniej niż 2.542,31 tys. zł;
- przez 23.645 miesięcy Fundusz opłacał zapewnienie opieki medycznej lekarzy POZ podopiecznym po dacie ich wykreślenia z Centralnego Wykazu Ubezpieczonych. Koszt zapewnienia opieki dla takich osób wyniósł 189,16 tys. zł.

W toku kontroli zostały wszczęte czynności wyjaśniające m.in. w oddziałach wojewódzkich NFZ.

[Dowód: akta kontroli str. 169-170, 462-465, 1415-1429, 1662-1665, 4027-4052, 4116-4119]

Prezes NFZ wyjaśnił że: „*Wstępna analiza danych o świadczeniach udzielonych po zgonie pacjenta wskazuje, że poprawność danych o tych świadczeniach została zakwestionowana regułami weryfikacyjnymi w kolejnych okresach sprawozdawczych, co spowodowało odpowiednie korekty danych sprawozdawczych, nowe oceny weryfikacji w tym zakresie oraz odpowiednie skutki finansowe – miejscem właściwym do dokonania tych czynności są Oddziały Wojewódzkie NFZ*”.

[Dowód: akta kontroli str. 1662-1665, 3700]

Według stanu na dzień 31 grudnia 2013 r. liczba osób ubezpieczonych zarejestrowanych w CWU wynosiła 33.889.747 (na dzień 31 grudnia 2012 r. było to 33.011.012 osób), natomiast uprawnionych do świadczeń finansowanych z budżetu państwa było 1.226.041 osób. Liczba osób znajdujących się na listach POZ prowadzonych przez lekarzy wynosiła na koniec 2013 r. 37.033.944 osoby, tj. była o 1.918.156 osób wyższa od sumy osób ubezpieczonych i uprawnionych.

[Dowód: akta kontroli str. 1470, 3364, 3970, 4012-4013]

¹⁵ Na zakup SDWSZ NFZ wydatkował w 2012 r. kwotę 7.997 tys. zł.

¹⁶ Dane po weryfikacji przeprowadzonej przez DSOZ. Przekazane do OW NFZ celem dalszej weryfikacji i wyjaśnienia.

¹⁷ J.w.

¹⁸ Bazowa stawka kapitałowa lekarza POZ wynosiła w 2013 r. 8,00 zł a pielęgniarki POZ – 2,22 zł. Patrz załącznik Nr 1 do zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 5 grudnia 2012 r. Nr 86/2012/DSOZ zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

Jak oszacował Fundusz, w 2013 r., wydatkowano nawet 511.601 tys. zł na zapewnienie opieki w POZ, finansowanej na zasadzie stawki kapitałowej, dla osób, których ubezpieczenia zdrowotnego lub uprawnienia do świadczeń finansowanych ze środków publicznych Fundusz nie był w stanie potwierdzić.¹⁹

[Dowód: akta kontroli str. 361, 1415-1418]

Dyrektor DSOZ wyjaśnił, że przygotowując wprowadzenie usługi Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców, wynikające z wejścia w życie art. 50 w brzmieniu nadanym ustawą z dnia 27 lipca 2012 r., NFZ dwukrotnie (w listopadzie 2012 r. i marcu 2013 r.) przekazywał na wniosek zainteresowanych świadczeniodawców listy osób zadeklarowanych do tych świadczeniodawców, dla których NFZ nie mógł potwierdzić uprawnień do świadczeń. Powyższe działania miały na celu włączenia świadczeniodawców w proces wyjaśniania ze świadczeniobiorcami ich statusów uprawnień. Podjęcie wskazywanych powyżej działań znalazło odzwierciedlenie w spadku udziału osób zadeklarowanych do tych świadczeniodawców, dla których NFZ nie mógł potwierdzić uprawnień do świadczeń w miesiącach styczeń – maj 2013 r.

[Dowód: akta kontroli str. 1416]

Prezes NFZ dodał, że „(...) w efekcie czynności prowadzących do odzyskania od osób nieuprawnionych środków wydatkowanych przez Fundusz na sfinansowanie świadczeń (...) jedynie w niewielkim procencie potwierdzony został brak uprawnień do świadczeń skutkujący wszczęciem postępowania administracyjnego w sprawie wydania decyzji ustalających obowiązek poniesienia kosztów świadczeń udzielonych osobie nieuprawnionej. Należy więc domniemywać, że faktyczny skutek sfinansowania stawki kapitałowej w POZ za osoby nieuprawnione do tej opieki jest także znacząco niższy. Trudno go oszacować, bo dotyczy osób niekorzystających ze świadczeń w POZ, a więc także pozbawionych możliwości złożenia oświadczenia, o którym mowa w przypisie art. 56 ust. 6 ustawy o świadczeniach”.

[Dowód: akta kontroli str. 1010-1011, 1430-1431, 1433-1441, 3697-3702]

Na posiedzeniu Rady Funduszu w dniu 23 kwietnia 2013 r. omawiano m.in. problem osób nie posiadających uprawnień do świadczeń finansowanych ze środków NFZ, a objętych opieką lekarzy POZ. Zdaniem Funduszu były to w szczególności osoby przebywające i korzystające ze świadczeń poza granicami kraju.

W 2013 r. OW NFZ wdrażały postępowania wyjaśniające w stosunku do lekarzy, którzy nie posiadali umów na wystawianie recept refundowanych.²⁰ Ponadto,

¹⁹ W tym w zakresie lekarza POZ 394.849,57 zł, w zakresie pielęgniarstwa POZ 86.846, 96 tys. zł, w zakresie położnej POZ 17.212, 14 tys. zł i w zakresie transportu sanitarnego w POZ 12.692, 62 tys. zł. Jako podstawę do wyliczenia kosztów przyjęto średniomiesięczne koszty realizacji świadczeń w POZ – finansowanych kapitałowo oraz procentowe wartości wskaźników liczby dla których NFZ nie mógł potwierdzić uprawnień do świadczeń. Przedstawione powyżej kwoty mogą stanowić przyjęte wartości maksymalne z uwagi na fakt, że każdorazowo przed udzieleniem świadczenia świadczeniodawcy POZ byli zobowiązani przepisami § 8 ust. 1 – 1d Zarządzenia nr 85/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 17 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna zmienionego zarządzeniem nr 86/2012/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 5 grudnia 2012 r. do realizowania przepisów określonych w art. 50 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dokonywane przez świadczeniodawców wyżej wymienione sprawdzenia mogły dotyczyć jednak wyłącznie tych świadczeniobiorców, którzy korzystali ze świadczeń w poz. Mając powyższe na uwadze, w oparciu o prowadzone analizy realizacji świadczeń należy przyjąć, że poziomem kosztów świadczeń udzielanych osobom, dla których NFZ nie mógł potwierdzić uprawnień do świadczeń będzie stanowić kwota około 358 milionów złotych (70 % osób, dla których NFZ nie mógł potwierdzić uprawnień do świadczeń – nie korzystało ze świadczeń w POZ).

²⁰ W I kw. 2013 r. Lekarzy takich było 1.791, w II kw. 315, III kw. – 148, w IV kw. 361. Wartość nieuprawnionej refundacji wynosiła w kolejnych kwartałach 2013 r. odpowiednio: 426, 4 tys. zł, 33,4 tys. zł, 11,7 tys. zł, 23,5 tys. zł.

[Dowód: akta kontroli str. 188-189]

w 2013 r. Fundusz wykrył 68 przypadków²¹ podwójnego pobierania opłat za świadczenia gwarantowane, tj. od osób uprawnionych i NFZ.

[Dowód: akta kontroli str. 193-196, 744-746]

Na podstawie pisma sekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia z dnia 2 października 2012 r. uruchomiony został w Centrali NFZ projekt wdrożenia Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (KUZ) oraz Karty Specjalisty Medycznego (KSM).

Jednym z celów wprowadzenia KUZ wraz funkcją potwierdzania wykonania świadczenia opieki zdrowotnej (jako elementu systemu RUM II) ma być wyeliminowanie tzw. nieprawidłowości, polegających na zgłaszaniu przez świadczeniodawców do zapłaty przez NFZ świadczeń na rzecz pacjentów, którzy ich nie uzyskali, a także udzielenia fikcyjnych świadczeń pacjentom, którzy w danym dniu uzyskali inne świadczenie. Z szacunków prowadzonych przez europejskie instytucje ubezpieczeniowe dotyczących systemu publicznej opieki zdrowotnej, wynika, że poziom nieprawidłowości wynosi od 2% do 5% rocznego budżetu tych instytucji. Zakładano, że do końca 2016 r. kartę KUZ otrzyma około połowy wszystkich ubezpieczonych oraz nieubezpieczonych obywateli do 18 roku życia. Pierwsze efekty planowane są do uzyskania w 2017 r.²²

[Dowód: akta kontroli str. 479-485, 1235-1330]

Zgodnie z harmonogramem projektu RUM II zmiany legislacyjne miały zostać przygotowane i przeprowadzone do końca IV kwartału 2013 r. Harmonogram ten nie został zachowany.

Minister Zdrowia poinformował, że opóźnienia związane z wprowadzaniem zmian legislacyjnych wynikały z szerokiego zakresu konsultacji społecznych oraz długotrwałych uzgodnień z zainteresowanymi podmiotami.

[Dowód: akta kontroli str. 1324-1330, 1442-1443, 2724-2726]

Łączne skutki finansowe kontroli przeprowadzanych u świadczeniodawców w 2013 r. wyniosły 86.615,17 tys. zł, w tym 18.247,82 tys. zł z tytułu nałożonych kar umownych. W Funduszu zatrudnionych było w 2013 r. 521 osób na 499,6 etatach zajmujących się kontrolą świadczeniodawców. Koszty ich wynagrodzeń oraz delegacji wyniosły 41.313,31 tys. zł.

[Dowód: akta kontroli str. 1096-1122, 1489, 1506-1510, 1523, 2720-2726]

Ocena częściowa

Ustalono
nieprawidłowości

Najwyższa Izba Kontroli oceniając działalność Funduszu w zakresie realizacji zadań związanych z zapewnieniem dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, stwierdziła, że w 2013 r. nie nastąpiła poprawa w porównaniu do lat 2011-2012.

Wydatkowanie środków publicznych odbywało się w warunkach braku ogólnopolskich priorytetów zdrowotnych. Ich określenie jest tym bardziej zasadne, iż zmiany demograficzne spowodują w najbliższych latach wzrost udziału kosztów leczenia osób starszych w łącznych kosztach świadczeń zdrowotnych.

Znaczne różnice wartości świadczeń zakontraktowanych i wykonanych w przeliczeniu na 10 tys. osób ubezpieczonych w poszczególnych województwach oraz wydłużający się czas oczekiwania na świadczenia naruszają zasadę

²¹ Dotyczy świadczeniodawców; liczba skarg pacjentów na takie zjawisko wynosiła 406. Za zasadne uznano 215 skarg. Wartość nienależnie pobranych opłat została oszacowana na 174,64 tys. zł. Oddziały wojewódzkie NFZ złożyły 6 zawiadomień do prokuratury o możliwości popełnienia przestępstwa polegającego na niezasadnym pobieraniu dopłat świadczeń gwarantowanych. W 4 przypadkach wszczęto postępowania (2 spośród nich umorzono).

²² Łączne koszty wdrożenia KUZ i KSM dla NFZ oszacowano na 294,7 mln zł, a dla Ministerstwa Zdrowia – 8,7 mln zł. Nie ujęto kosztów związanych z: modyfikacją istniejących systemów informatycznych NFZ w celu ich dostosowania do obsługi kart KUZ i KSM, uruchomienia przez NFZ linii personalizacji kart w fazie post produkcyjnej, modyfikacji systemów informatycznych świadczeniodawców.

zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wyrażonej w art. 65 pkt 2 ustawy o świadczeniach.²³

Różnice te wynikają m.in. z przyczyn obiektywnych, w tym nierównomiernego rozmieszczenia bazy leczniczej oraz deficytu lekarzy specjalistów. Wpływ na to miały również przyjęte zasady podziału środków pomiędzy oddziały wojewódzkie Funduszu określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2009 r.²⁴ Podział ten dokonywany jest bowiem przy uwzględnieniu takich parametrów jak np. liczba ubezpieczonych na terenie działania danego oddziału, płeć, wiek, udział świadczeń specjalistycznych w łącznej ich liczbie. Nie uwzględnia natomiast regionalnego zróżnicowania stanu zdrowotnego mieszkańców i w konsekwencji konieczności odmiennego definiowania zadań poszczególnych oddziałów.

Nieskuteczne były również działania zmierzające do zmniejszenia liczby i czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych polegające na zwiększeniu liczby świadczeń ambulatoryjnych w celu ograniczenia hospitalizacji.

Wydatkowano środki na zapewnienie opieki w POZ, finansowanej na zasadzie stawki kapitałowej, dla osób, których ubezpieczenia zdrowotnego lub uprawnienia do świadczeń finansowanych ze środków publicznych Fundusz nie był w stanie potwierdzić. Ponadto wydatkowano środki na świadczenia udzielone po zgonie pacjentów.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Wydatkowanie przez Fundusz środków za świadczenia uprzednio udzielone pacjentom odpłatnie wskazuje na nienależytą weryfikację danych przesyłanych przez świadczeniodawców. Spowodowane to było m.in. brakiem nowoczesnego, elektronicznego systemu rozliczeń ze świadczeniodawcami, który umożliwiłby dokonanie autoryzacji wykonania świadczenia przez samego pacjenta i ograniczał prawdopodobieństwo pojawienia się nieprawidłowości. System taki, nie został zbudowany do końca I półrocza 2014 r., choć ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia²⁵, która przewidywała wprowadzenie takiego systemu, weszła w życie z dniem 1 stycznia 2012 r.

Nie w pełni zostały zabezpieczone interesy pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia w przypadku zaprzestania działalności przez świadczeniodawcę lub rozwiązania umowy wiążącej go z płatnikiem publicznym. W 2013 r. nie było bowiem żadnej procedury określającej sposób informowania pacjentów o tym fakcie. Jak wynika ze złożonych wyjaśnień było to spowodowane brakiem jednoznacznego wskazania w obowiązujących przepisach podmiotów odpowiedzialnych za informowanie osób wpisanych na listę oczekujących o zaprzestaniu udzielania świadczeń. Problem ten był zgłaszany przez NFZ do Ministra Zdrowia.

[Dowód: akta kontroli str. 725]

²³ Zgodnie z art. 65 pkt 2 ustawy, ubezpieczenie zdrowotne jest oparte w szczególności na zasadach zapewnienia ubezpieczonemu równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i wyboru świadczeniodawców spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z Funduszem, z zastrzeżeniem art. 56b i art. 69b ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej, art. 153 ust. 7a ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej i art. 115 § 1a Kodeksu karnego wykonawczego.

²⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2009 r. w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych (Dz. U. Nr 193, poz. 1495).

²⁵ Dz. U. z 2011 r. Nr 113, poz. 657 ze zm.

2. Planowanie przychodów i kosztów Funduszu

2.1. Terminowość sporządzenia planu finansowego NFZ

Opis stanu
faktycznego

Prezes NFZ przygotował zrównoważony pod względem przychodów i kosztów projekt planu finansowego Funduszu na 2013 r. Został on pozytywnie zaopiniowany przez Radę Funduszu, sejmową Komisję Zdrowia oraz Komisję Finansów Publicznych, a następnie 14 sierpnia 2012 r. zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów.

[Dowód: akta kontroli str. 1672-1673, 2732]

W pierwotnych planach finansowych oddziałów wojewódzkich NFZ na 2013 r. utworzono tzw. rezerwę migracyjną w wysokości 3.475.633 tys. zł w celu zabezpieczenia dostępu ubezpieczonym w danym oddziale wojewódzkim do świadczeń realizowanych na terenie pozostałych oddziałów Funduszu.

W dniu 29 sierpnia 2012 r. Prezes NFZ uwzględniając wnioski dyrektorów oddziałów wojewódzkich, podjął decyzję o uruchomieniu tej rezerwy i przesunięciu środków finansowych do pozostałych pozycji planu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej.

[Dowód: akta kontroli str. 1711-1715]

W wyniku dokonanych w trakcie 2013 r. rozliczeń kosztów świadczeń z tytułu migracji ubezpieczonych łączna wartość rozrachunków wewnętrznych z tego tytułu wyniosła 4.394.141,86 tys. zł, tj. była wyższa od planowanej o 918.508,86 tys. zł i nie pokryła kosztów świadczeń wykonanych w 2013 r. na rzecz pacjentów z innych oddziałów. Wartość świadczeń, które nie zostały rozliczone wyniosła łącznie 71.381,91 tys. zł i obciążyła koszty (poz. B2.18 – koszty świadczeń opieki zdrowotnej) z lat ubiegłych planu finansowego na 2014 r.

[Dowód: akta kontroli str. 1715, 3503]

Ponad 54% ogółu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej podlegających rozliczeniom z tytułu migracji ubezpieczonych stanowiły koszty leczenia szpitalnego poniesione głównie w oddziałach Mazowieckim, Śląskim, Wielkopolskim oraz Małopolskim. Koszty leków obejmujące refundację apteczną, leki w programach terapeutycznych lekowych oraz leki w chemioterapii stanowiły 11,21% zaś koszty leczenia uzdrowskiego – 10,76%. Pięć oddziałów wojewódzkich wykazało dodatni bilans rozliczeń z tytułu migracji pacjentów: Mazowiecki – 595.547 tys. zł, Śląski – 131.511 tys. zł, Małopolski – 87.634 tys. zł, Zachodniopomorski – 76.771 tys. zł, Kujawsko-Pomorski – 77.273 tys. zł, Dolnośląski – 29.038 tys. zł.

[Dowód: akta kontroli str. 1714, 2760-2763]

W 2013 r. koszty świadczeń realizowanych w ramach migracji ubezpieczonych podobnie jak w latach 2008-2012 były wyższe od wysokości planowanej rezerwy. Planowana rezerwa na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych wynosiła w: 2008 r. – 1.187 mln zł, 2009 r. – 1.675 mln zł, 2010 r. – 2.660 mln zł, 2011 r. – 2.788 mln zł, 2012 r. – 3.220 mln zł. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielone w ramach migracji ubezpieczonych wyniosły w: 2008 r. – 2.173.979 tys. zł, 2009 r. – 2.682.353 tys. zł, 2010 r. – 3.129.092 tys. zł, 2011 r. – 3.743.038 tys. zł, 2012 r. – 4.122.156 tys. zł.

[Dowód: akta kontroli str. 1444-1445, 1711-1712, 3975, 3981]

2.2. Zmiany planu finansowego

Opis stanu
faktycznego

Plan finansowy NFZ na 2013 r. zmieniany był 14-krotnie, z czego trzy zmiany zostały wprowadzone jeszcze w 2012 r. Zmiany planu zostały wprowadzone zgodnie ustawą o świadczeniach zdrowotnych.

Dokonane zmiany przewidywały m.in. zmniejszenie przychodów ogółem o 2.399 tys. zł, tj. o 0,004% oraz wzrost planowanych kosztów ogółem

o 253.735 tys. zł, tj. o 0,38%. Zmiany planu po stronie przychodów dotyczyły zmniejszenia przychodów z tytułu dotacji z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego o 3.598 tys. zł oraz zwiększenia pozostałych przychodów o 1.199 tys. zł.

W ramach kosztów zwiększono: koszty świadczeń zdrowotnych o 898.838 tys. zł, oraz koszty administracyjne o 6.543 tys. zł. Zmniejszono natomiast koszty obowiązkowego odpisu na rezerwę ogólną o 642.379 tys. zł, koszty realizacji zespołów ratownictwa medycznego o 3.598 tys. zł oraz pozostałe koszty o 5.669 tys. zł. Plan finansowy po zmianach przewidywał ujemny wynik finansowy Funduszu w wysokości 256.134 tys. zł. [Dowód: akta kontroli str. 1673-1674]

2.3. Podział środków pomiędzy oddziały wojewódzkie

Podziału planowanych na 2013 r. środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej pomiędzy Centralę i poszczególne oddziały wojewódzkie Funduszu dokonano zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2009 r. w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych²⁶. [Dowód: akta kontroli str. 1693]

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli wskazuje na potrzebę adekwatnego do potrzeb planowania rezerwy migracyjnej ponieważ koszty leczenia osób migrujących pomiędzy oddziałami wojewódzkimi były od 2008 r. wyższe niż wartość rezerwy migracyjnej, a część oddziałów nie mogąc ich rozliczyć w ramach realizowanego planu finansowego obciąża nimi plan finansowy przyszłych okresów.²⁷

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Funduszu w zbadanym zakresie.

3. Wykonanie planu finansowego Funduszu

3.1. Przychody Funduszu

Opis stanu
faktycznego

Wysokość zrealizowanych w 2013 r. przez NFZ przychodów ogółem wyniosła 65.157.836,77 tys. zł, co stanowiło 97,65% planu po zmianach i przesunięciach. W porównaniu do 2012 r. (62.957.780,90 tys. zł) były one wyższe o 3,49%.

[Dowód: akta kontroli str. 2735]

W 2013 r. przychody z tytułu składek na ubezpieczenia zdrowotne z ZUS i KRUS (bez składek z lat ubiegłych) wyniosły łącznie 62.084.161,56 tys. zł²⁸ i były niższe od planowanych o 2.153.704,44 tys. zł. Niższe o 2.180.204,59 tys. zł przychody dotyczyły jedynie składek z ZUS, które wyniosły 58.829.068,41 tys. zł. Przychody z tytułu składek przekazanych przez KRUS były wyższe o 26.500,15 tys. zł w stosunku do planu po zmianach. Ponadto w 2013 r. Fundusz uzyskał przychody ze składek z lat ubiegłych w wysokości 431.372,51 tys. zł.

[Dowód: akta kontroli str. 2736-2739, 3711]

W wyniku analizy przeprowadzonej przez NFZ, dotyczącej liczby osób zgłoszonych do ubezpieczenia zdrowotnego w 2013 r. w poszczególnych tytułach oraz składek na ubezpieczenie zdrowotne opłaconych za te osoby za 2013 r. (według danych na dzień 28 lutego 2014 r.), stwierdzono istotne rozbieżności pomiędzy liczbą osób zgłoszonych do ubezpieczenia, a liczbą osób za które opłacono składki. Średnioroczny wskaźnik liczby osób, za które nie opłacono składki na ubezpieczenie

²⁶ Dz. U. Nr 193 poz. 1495.

²⁷ Wpisując nierozliczone koszty do pozycji „koszty z lat ubiegłych”.

²⁸ W roku 2012 było to 60.312.306,72 tys. zł.

zdrowotne wynosi 5%. W przypadku osób wykonujących umowę agencyjną, umowę zlecenia, umowę o świadczenie usług oraz osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą wskaźnik ten wynosi 15%, zaś osób bezrobotnych 10% (w tym przekraczający 40% odnotowano we wrześniu i październiku 2013 r.).

[Dowód: akta kontroli str. 752-753, 1658-1661, 3374-3377, 3397-3417]

W 2013 r. Fundusz dokonał obciążenia instytucji łącznikowych w innych państwach UE / EFTA za świadczenia zdrowotne zrealizowane na rzecz osób uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego na kwotę 125.883,24 tys. zł, co stanowiło 82,67% wielkości planowanej.

[Dowód: akta kontroli str. 2356-2358]

W planie finansowym NFZ na 2013 r., z dnia 14 sierpnia 2012 r., Fundusz planował środki dotacji z budżetu państwa w wysokości 217.089 tys. zł na realizację zadań, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3, art. 12 pkt 2-4, 6 i 9 oraz art. 26 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Z uwagi na wprowadzony od 1 stycznia 2013 r., tzw. elektroniczny system weryfikacji uprawnień w systemie e-WUS, wzrosła liczba zidentyfikowanych osób uprawnionych do świadczeń na podstawie art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3, art. 12 pkt 2-4, 6 i 9 ustawy o świadczeniach. Wzrosła również liczba osób, uzyskujących świadczenia na podstawie decyzji Prezesa NFZ o leczeniu poza granicami Rzeczypospolitej, Prezes NFZ wystąpił do Ministra Zdrowia o zwiększenie dotacji do kwoty 938.741 tys. zł na realizację powyższych zadań. Wniosek ten nie został uwzględniony

W 2013 r. NFZ uzyskał przychody z tytułu realizacji zadań wskazanych w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy o świadczeniach w łącznej kwocie 151.485,45 tys. zł i były one niższe od planowanej o 65.603,55 tys. zł.

[Dowód: akta kontroli str. 2740-2742, 3367-3368, 3712-3713]

W 2013 r. na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego, zleconych przez Ministra Zdrowia, przeznaczono kwotę 1.836.294 tys. zł. Wykonanie wyniosło 1.834.497,30 tys. zł, co stanowiło 99,90% planu.

Przychody z pozostałej działalności NFZ z tytułu m.in. darowizn, przychodów ze sprzedaży materiałów i towarów, kar i grzywien, rozwiązanych rezerw, przychodów z tytułu zwrotu części uzyskanej refundacji z tytułu instrumentów dzielenia ryzyka (art. 11 ust. 5, pkt 4 ustawy z dnia 12 maja 2012 r. o refundacji) zostały zaplanowane w wysokości 93.041 tys. zł, a wykonanie wyniosło 399.924,90 tys. zł.

[Dowód: akta kontroli str. 758]

Przychody finansowe NFZ w 2013 r. wyniosły łącznie 130.089,11 tys. zł.

[Dowód: akta kontroli str. 2744]

Stan środków finansowych NFZ na koniec 2013 r. wyniósł 3.692.753,10 tys. zł, przy 2.795.050,4 tys. zł w 2012 r.

[Dowód: akta kontroli str. 758-759, 3712]

Należności (według sprawozdania FM-01) na koniec 2013 r. wyniosły 5.522.342,63 tys. zł (w tym 5.805,38 tys. zł przeterminowane) i były niższe od stanu na koniec 2012 r. o 142.879,27 tys. zł. Ponadto Fundusz wykazał 1.073.304,78 tys. zł należności warunkowych.²⁹

[Dowód: akta kontroli str. 759]

²⁹ W szczególności 65.275 tys. zł z tytułu sporu marżowo-cenowego z tytułu refundacji cen leków oraz 945.253,24 tys. zł z tytułu należności za wykonane i opłacone przez NFZ a nieuregulowane przez Ministerstwo Zdrowia świadczenia zdrowotne z tytułu realizacji zadań wskazanych w art. 2 ust. 1 pkt 3 i art. 12 pkt 2-4 i 6 ustawy o świadczeniach.

3.2. Koszty Funduszu

Opis stanu
faktycznego

Zrealizowane przez NFZ w 2013 r. koszty ogółem wyniosły 64.775.011,32 tys. zł i stanowiły 96,70% planu. Były one o 3,35% wyższe niż w 2012 r. (62.672.399,40 tys. zł).

Wykonanie niektórych kosztów NFZ przedstawia poniższe zestawienie:

w tys. zł

Wyszczególnienie:	Wykonanie 2012 r.	Plan na 2013 r. po zmianach i przesunięciach	Wykonanie 2013 r.	% realizacji planu	Dynamika 2013/2012r.
1	2	3	4	5=4/3	6=4/2
Koszty poboru i ewidencjonowania składek	114.022,76	123.531	122.319,11	99,02	107,28
Koszty świadczeń zdrowotnych	59.875.547,2	63.873.538	62.077.982,88	97,18	103,67
Koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie	-	-	-	-	-
Koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego	1.823.691,1	1.836.294	1.834.497,30	99,90	100,59
Całkowity budżet na refundację cen leków	9.062.445,99	10.901.083	9.591.983,00	87,99	105,84
Koszty administracyjne	609.375,89	689.137	606.659,85	88,03	99,55
Pozostałe koszty	220.195,52	344.412	98.440,27	28,58	44,71
Koszty finansowe	29.566,95	115.891	35.111,91	30,30	118,75

[Dowód: akta kontroli str. 2745, 2777]

3.2.1. Koszty świadczeń zdrowotnych

W planie finansowym NFZ na 2013 r. z dnia 14 sierpnia 2012 r. na świadczenia opieki zdrowotnej przewidziano kwotę 62.974.700 tys. zł. W trakcie 2013 r. dokonywano ich zwiększenia, co obrazuje powyższe zestawienie

Wyszczególnienie	Plan na 2013r. „pierwotny”	Dodatkowe środki przeznaczone na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej wg źródeł finansowania.				Razem zmiany nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej	Plan na 2013 r. „ostateczny”	Dynamika
		Fundusz zapasowy	Rezerwa ogólna	Dotacja z budżetu państwa na realizację zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3b ustawy	Dotacja z budżetu państwa (azbest)			
1	2	3	4	5	6	7	8	9=8/2
Dolnośląski	4.764.948		45.994	567	14	46.575	4.811.523	100,98
Kujawsko-Pomorski	3.414.407		36.406	284	31	36.721	3.451.128	101,08
Lubelski	3.547.815		35.330	981	5	36.316	3.584.131	101,02
Lubuski	1.660.371		16.100	27	2	16.129	1.676.500	100,97
Łódzki	4.260.059		44.445	428	0	44.873	4.304.932	101,05
Małopolski	5.301.676		52.410	1.142	27	53.579	5.355.255	101,01
Mazowiecki	8.788.251	256.134	103.332	1.296	0	360.762	9.149.013	104,11
Opolski	1.578.162		14.350	11	0	14.361	1.592.523	100,91
Podkarpacki	3.328.089		30.212	415	13	30.640	3.358.729	100,92
Podlaski	1.918.181		19.486	51	0	19.537	1.937.718	101,02
Pomorski	3.623.614		36.436	423	46	36.905	3.660.519	101,02

Śląski	7.590.652		78.945	986	6	79.937	7.670.589	101,05
Świętokrzyski	2.131.241		19.686	0	7	19.693	2.150.934	100,92
Warmińsko-Mazurski	2.252.858		22.973	4	2	22.979	2.275.837	101,02
Wielkopolski	5.538.956		57.765	253	0	58.018	5.596.974	101,05
Zachodniopomorski	2.786.282		28.509	0	172	28.681	2.814.963	101,03
Razem OW	62.485.562	256.134	642.379	6.868	325	905.706	63.391.268	101,45
Centrala NFZ	489.138	0	0	-6.868	0	-6.868	482.270	98,60
Razem NFZ	62.974.700	256.134	642.379	0	325	898.838	63.873.538	101,43

[Dowód: akta kontroli str. 2750]

Poniesione przez NFZ w 2013 r. koszty świadczeń zdrowotnych wyniosły 62.077.982,88 tys. zł i były niższe od planowanych o 1.795.555,12 tys. zł, tj. 2,81%.

3.2.2. Koszty świadczeń zdrowotnych z tytułu przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego

Wysokość dokonanych przez Funduszu wydatków z tytułu udzielonych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji według stanu na 31 grudnia 2013 r. wyniosła 341.821,11 tys. zł (w 2012 r. było to 265.361,40 tys. zł).

Koszty świadczeń zdrowotnych udzielonych obywatelom UE/EFTA na terenie Polski wyniosły 113.066,36 tys. zł i stanowiły 123,13% kosztów poniesionych w 2012 r. (91.828,17 tys. zł).

[Dowód: akta kontroli str. 2384, 2758-2759]

3.2.3. Świadczenia udzielane świadczeniobiorcom nieubezpieczonym

Wartość poniesionych w 2013 r. kosztów realizacji zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy o świadczeniach wyniosła łącznie 151.981,56 tys. zł i była niższa od wartości planowanej o 65.107,44 tys. zł (29,99%). Koszty te były także niższe niż w 2012 r. (261.351,64 tys. zł).

W ocenie NFZ kwota dotacji przekazana przez Ministra Zdrowia nie pokryła kosztów realizacji zadań wynikających z art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy o świadczeniach. Niepokryte ze środków pochodzących z dotacji koszty wykonanych świadczeń wyniosły 945.253,24 tys. zł³⁰ i zostały ujęte w ewidencji pozabilansowej, jako należność warunkowa do czasu akceptacji przez Ministra Zdrowia sprawozdania

³⁰ Kwota ta obejmuje sumę należności warunkowych Funduszu za 2012 r. i 2013 r., w tym kwotę należności z tytułu świadczeń udzielonych przez lekarzy POZ w 2013 r. dzieciom do 18 roku życia, które według Centralnego Wykazu Ubezpieczonych nie zostały zgłoszone do ubezpieczenia. Jak wynika z ustaleń kontroli wykonania planu finansowego NFZ w 2012 r. wartość świadczeń udzielonych dzieciom i młodzieży do 18 roku życia w podstawowej opiece zdrowotnej rozliczanych za pomocą stawki kapitałowej, które nie były zgłoszone do ubezpieczenia zdrowotnego wyniosła 216.152,4 tys. zł. Było to spowodowane niedopełnianiem przez rodziców obowiązku wynikającego z art. 67 ust. 3 ustawy o świadczeniach polegającego na zgłaszaniu dzieci i młodzieży do ubezpieczenia zdrowotnego. W skutek tego traktowane były one jako osoby nieubezpieczone, ale z prawem do świadczeń na podstawie art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. a ustawy o świadczeniach. Zgodnie z art. 67 ust. 2 ustawy o świadczeniach osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego po zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego uzyskuje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej. Ponadto zgodnie z art. 67 ust. 3, osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego ma obowiązek zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 5 i 6. Osoby, które nie zgłaszają się do ubezpieczenia zdrowotnego same, informują podmiot właściwy do dokonania zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego o członkach rodziny podlegających zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego, w terminie 7 dni od dnia zaistnienia okoliczności powodujących konieczność dokonania zgłoszenia. Członkowie rodziny uzyskują prawo do świadczeń opieki zdrowotnej od dnia zgłoszenia do ubezpieczenia.

[Dowód: akta kontroli str. 1445]

z realizacji zadań zespołu międzyresortowego do przygotowania sposobu weryfikacji uprawnień do świadczeń.

[Dowód: akta kontroli str. 3468-3479]

3.2.4. Koszty administracyjne i „pozostałe” Funduszu

W planie finansowym NFZ na 2013 r. (po zmianach) koszty administracyjne wyniosły 689.137 tys. zł, a ich wykonanie 606.659,85 tys. zł, co stanowiło mniej niż 1% łącznych kosztów Funduszu. Były one niższe od ich wykonania w 2012 r. o 0,45%.

Koszty wynagrodzeń osobowych wyniosły 309.462,13 tys. zł, co stanowiło 51,01% kosztów administracyjnych. Wydatki na wynagrodzenia były wyższe niż w 2012 r. o 1,43%. Przeciętne zatrudnienie w 2013 r. wyniosło 5.083,09 etatu i było wyższe o 26,82 etatu w stosunku do 2012 r. Przeciętne miesięczne wynagrodzenie przypadające na etat wynosiło 5.054,77 zł i było wyższe niż w 2012 r. o 31,29 zł.

Wydatki NFZ na usługi obce wyniosły 131.026,28 tys. zł i stanowiły 84,59% planu, oraz były o 2,78% niższe niż w 2012 r.

Zgodnie z rzeczowym planem wydatków inwestycyjnych Fundusz zaplanował w 2013 r. na ten cel kwotę 111.402,17 tys. zł, a wydatkował 94.208,77 tys. zł (84,57%). Zadania o wartości 4.033,66 tys. zł (3,62%) były w trakcie realizacji³¹.

[Dowód: akta kontroli str. 709-723 1722]

Pozostałe koszty obejmujące m.in. wydanie i utrzymanie kart ubezpieczenia oraz recept, rezerwy na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych wyniosły 98.440,27 tys. zł i były niższe od planu o 245.971,73 tys. zł. W „pierwotnym” planie finansowym wartość prognozowanych rezerw na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych ustalono w wysokości 319.554 tys. zł. Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich w trakcie 2013 r. skierowali wnioski o zmianę kwoty zaplanowanej w tej pozycji. W projekcie zmiany planu finansowego przekazanej Ministrowi Zdrowia w dniu 12 grudnia 2013 r., Prezes NFZ wnioskowała o zmniejszenie rezerw na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych łącznie o 138.933 tys. zł. Minister Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów nie zatwierdził tej zmiany.

[Dowód: akta kontroli str. 2743-2744]

Fundusz poniósł w 2013 r. koszty finansowe w wysokości 35.111,91 tys. zł (30,30% planu), w tym odsetki za zwłokę w zapłacie zobowiązań wynikających z prawomocnych wyroków sądowych w kwocie 4.411,83 tys. zł.

[Dowód: akta kontroli str. 758, 2170-2171, 2772, 2774, 3711]

W 2013 r. Fundusz z tytułu kar, grzywien i odszkodowań poniósł koszty w łącznej wysokości 236,83 tys. zł oraz dokonał odpisu aktualizującego należności w kwocie 12.574,87 tys. zł.

[Dowód: akta kontroli str. 1472]

3.2.5. Zobowiązania

Zobowiązania zewnętrzne na koniec 2013 r. wyniosły 6.091.535,09 tys. zł (w 2012 r. - 5.564.113 tys. zł), z czego zobowiązania wobec świadczeniodawców i aptek wynosiły 5.994.720,30 tys. zł (w 2012 r. - 5.505.417,4 tys. zł)³².

Na koniec 2013 r. NFZ nie posiadał zobowiązań wymagalnych. Fundusz zapłacił odsetki od zobowiązań wymagalnych w kwocie 390,09 zł (oprócz tych, które wynikały z wyroków sądowych)³³. [Dowód: akta kontroli str. 1472-1473, 2007-2008]

³¹ Na dzień 25 stycznia 2014 r.

³² Dane ze sprawozdania FM-01.

³³ Odsetki w kwocie 370,65 zł zapłacono na podstawie protokołu kontroli ZUS (odsetkami zostali obciążeni byli zleceniobiorcy Centrali NFZ; do dnia 23 maja 2014 r. nie zwrócono jeszcze kwoty

Kwota nieuregulowanych płatności Funduszu wobec instytucji łącznikowych za świadczenia zdrowotne z tytułu przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego na koniec 2013 r. wyniosła 221.241,23 tys. zł.³⁴ (w 2012 r. - 177.188,2 tys. zł). [Dowód: akta kontroli str. 2382]

3.2.6. Wynik finansowy

Wynik finansowy NFZ wyniósł 382.825,45 tys. zł i wynikał, w szczególności z:

- niższej niż planowana realizacji łącznego planu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej o 1.795.555,12 tys. zł;
- niższych niż planowano przychodów brutto ze składek na ubezpieczenie zdrowotne przekazywanych przez ZUS, łącznie o 2.180.204,59 tys. zł;
- wyższych niż planowano przychodów ze składek z lat ubiegłych o 331.372,51 tys. zł;
- wyższej niż planowano realizacji wyniku pozostałej działalności o 552.855,63 tys. zł,
- wyższej niż planowano realizacji wyniku na działalności finansowej o 120.754,20 tys. zł.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli, po kontroli wykonania planu finansowego NFZ w 2012 r., zwróciła uwagę, że w latach 2010 – 2012 wykonanie w pozycji „koszty finansowe” nie przekraczało 41% planu po zmianach i przesunięciach.³⁵ Również plan na 2013 r. wskazuje na zawyżenie tej pozycji

4. Nadzór i kontrola Ministra Zdrowia i Ministra Finansów nad Funduszem

Opis stanu
faktycznego

Od 31 maja 2012 r. w skład Rady Funduszu nie wchodził przedstawiciel Ministra Zdrowia. Dopiero w dniu 27 maja 2014 r. Minister zwrócił się do Prezesa Rady Ministrów o powołanie swojego przedstawiciela.

[Dowód: akta kontroli str. 1511, 2726]

W 2013 r. Minister Zdrowia przeprowadził trzy kontrole w Centrali NFZ. Pierwsza dotyczyła „Funkcjonowania NFZ w zakresie wyceny i rozliczania procedur: wszczęcie implantu ślimakowego (wraz z procedurą lek lub wyrób medyczny nie zawarty w kosztach świadczenia), leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ślimakowych i pniowych, leczenie zaburzeń słuchu za pomocą innych wszczepialnych elektronicznych protez słuchu, wymiana procesora mowy”. Z powyższej kontroli nie przedstawiono ustaleń ani oceny.

Tematem drugiej kontroli było „Funkcjonowanie audytu wewnętrznego w NFZ, ze szczególnym uwzględnieniem zgodności działalności komórki audytu wewnętrznego zobowiązującymi przepisami prawa oraz z Międzynarodowymi Standardami Praktyki Zawodowej Audytu Wewnętrznego i Standardami audytu wewnętrznego w jednostkach sektora finansów publicznych”. W wyniku kontroli wydano ocenę negatywną. Stwierdzono m.in.: niezrealizowanie decyzji Ministra Zdrowia zalecającej wprowadzenie zmian do zarządzenia nr 37/2011/ZAW Prezesa NFZ; dopuszczenie do kierowania komórką audytu wewnętrznego w ramach zastępstwa przez osobę nieposiadającą kwalifikacji zawodowych audytora wewnętrznego; wykonywanie niektórych kompetencji Kierownika Zespołu Audytorów Wewnętrznych

207,66 zł). Odsetki w wysokości 19,44 zł zapłacono na rzecz ENEA S.A. Poznań. Kwotę tę wpłacił pracownik w dniu 2 grudnia 2013 r., którego działanie spowodowało naliczenie odsetek.

³⁴ Według danych na maj 2014 r.

³⁵ W 2010 r. plan po zmianach i przesunięciach wynosił w pozycji „koszty finansowe” 134.689 tys. zł, zaś wykonanie 19.613,0 tys. zł (14,6%), w 2011 r. plan po zmianach i przesunięciach wynosił 106.307 tys. zł, wykonanie 43.514,7 tys. zł (40,9%), w 2012 r. plan po zmianach i przesunięciach wynosił 123.847 tys. zł, wykonanie 29.566,9 tys. zł (23,8%).

(ZAW) przez Prezesa NFZ; brak zgody Prezesa NFZ na współpracę Kierownika ZAW z Komitetem Audytu; niezgodność Regulaminu audytu wewnętrznego w NFZ z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej oraz z jednym z rozporządzeń Ministra Zdrowia; naruszenie Międzynarodowych Standardów Praktyki Zawodowej Audytu Wewnętrznego; brak zapewnienia o adekwatności, skuteczności i efektywności kontroli zarządczej w przypadku jednego zadania. Fundusz, w dniu 2 lipca 2013 r., poinformował Ministra o podjęciu działań zmierzających do usunięcia nieprawidłowości.

Ponadto przeprowadzono kontrolę projektu pn. „Akademia NFZ”. W wyniku kontroli nie wydano oceny. Stwierdzone uchybienia dotyczyły głównie: wyjazdów służbowych, Polityki Bezpieczeństwa i Instrukcji Zarządzania Systemem Informatycznym oraz zamówień publicznych.

W 2013 r. Minister Finansów nie przeprowadzał kontroli w Centrali NFZ.

[Dowód: akta kontroli str. 2388-2639]

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli³⁶, wnosi o:

- 1) zintensyfikowanie działań zmierzających do poprawy dostępu do świadczeń zdrowotnych dla pacjentów oraz kontynuację działań związanych z wyceną świadczeń kontraktowanych przez Fundusz uwzględniającą rzeczywiste koszty ich wytworzenia;
- 2) zaprzestanie wydatkowania środków na opiekę w podstawowej opiece zdrowotnej dla osób, co do których nie można potwierdzić faktu posiadania ubezpieczenia zdrowotnego lub uprawnienia do uzyskania świadczeń finansowanych ze środków publicznych;
- 3) opracowanie wieloletnich, ogólnopolskich priorytetów zdrowotnych uwzględnianych w procesie kontraktowania świadczeń zdrowotnych;
- 4) precyzyjne planowanie i szacowanie „kosztów finansowych”.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Zgodnie z art. 54 ust. 1 i 2 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora właściwej jednostki kontrolnej.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

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

³⁶ Dz. U. z 2012 r., poz. 82 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.

Warszawa, dnia 25 lipca 2014 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Departament Zdrowia

Dyrektor
Piotr Wasilewski



.....
podpis