



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Departament Zdrowia

KZD.410.002.01.2017

P/17/056

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

ul. Filtrowa 57, 02-056 Warszawa

T +48 22 444 55 17, F +48 22 444 55 61

kzd@nik.gov.pl

Adres korespondencyjny: Skr. poczt. P-14, 00-950 Warszawa 1

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/17/056 – Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2016 r.
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia
Kontrolerzy	1. Agnieszka Kalita, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr KZD/18/2017 z dnia 11 maja 2017 r. 2. Aneta Grunwald-Fitas, główny specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr KZD/16/2017 z dnia 17 marca 2017 r. 3. Ewa Ścisłewska-Jakubiak, główny specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr KZD/17/2017 z dnia 17 marca 2017 r. 4. Małgorzata Szczęsna, specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr KZD/15/2017 z dnia 17 marca 2017 r. [Dowód: akta kontroli str. 1-8]
Jednostka kontrolowana	Narodowy Fundusz Zdrowia, 02-390 Warszawa, ul. Grójecka 186
Kierownik jednostki kontrolowanej	Andrzej Jacyna, pełniący obowiązki Prezesa NFZ [Dowód: akta kontroli str. 3103- 3106]

II. Ocena kontrolowanej działalności¹

Ocena ogólna

W 2016 r., pomimo zwiększenia wartości umów zawartych ze świadczeniodawcami o 3,2 mld zł², dostęp pacjentów do świadczeń nie uległ poprawie.

Średni rzeczywisty czas oczekiwania wydłużył się w przypadku większości analizowanych rodzajów oddziałów szpitalnych, poradni w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej oraz poradni i zakładów rehabilitacji leczniczej, w tym udzielających świadczeń dzieciom. W 2016 r., podobnie jak w latach poprzednich, występowały znaczące różnice w dostępie do świadczeń pomiędzy poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi NFZ, na co NIK zwracała uwagę po kontrolach w latach 2011-2015. W głównej mierze było to spowodowane nierównomiernym rozmieszczeniem kadry i placówek medycznych na terenie kraju, jak również w przypadku uzdrowisk – przyjętymi rozwiązaniami prawnymi.

W okresie objętym kontrolą nie dokonano systemowych zmian zmierzających do usprawnienia funkcjonowania systemów informatycznych Funduszu, choć jak wynika z ustaleń poprzednich kontroli NIK, takie działania były uzasadnione z uwagi na nieprawidłowości występujące w rozliczeniach świadczeń. Spowodowane to było brakiem decyzji i niepewnością, co do dalszego funkcjonowania NFZ i kształtu zapowiadanej reformy systemu ochrony zdrowia. Najwyższa Izba Kontroli już w latach poprzednich zwracała uwagę, iż opóźnienia w tworzeniu potrzebnych Funduszowi rozwiązań informatycznych i brak systemowych działań w tym zakresie negatywnie wpływają na działalność Funduszu.

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie wykonanie przez Fundusz planu finansowego w 2016 r., jednakże zwraca uwagę na nieprzeznaczenie, w ciągu roku,

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

² Blisko połowę z tych środków (45,2%) przeznaczono na podwyżki wynagrodzeń personelu medycznego.

na świadczenia opieki zdrowotnej kwoty w wysokości ponad 700 000 tys. zł, z niewykorzystanych środków (m.in. rezerwa transgraniczna oraz koordynacyjna w wysokości 409 795,52 tys. zł) oraz z dodatkowych przychodów (m.in. uregulowanie zobowiązania przez Ministra Zdrowia w wysokości 311 742,06 tys. zł).

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Zabezpieczenie dostępu do świadczeń dla osób uprawnionych

1.1. Zasady planowania zakupu świadczeń

Opis stanu
faktycznego

Fundusz przygotował priorytety ogólnopolskie na 2016 r. dotyczące poszczególnych rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej. Obejmowały one m.in.:

- wyrównanie dostępności świadczeń, mierzonej wartością zrealizowanych świadczeń w poszczególnych rodzajach i zakresach odniesioną do populacji, pomiędzy poszczególnymi OW NFZ,
- utrzymanie finansowania chemioterapii oraz programów zdrowotnych (lekowych) na dotychczasowym poziomie oraz zmianę realizacji trybów udzielanych świadczeń z przesunięciem do trybu ambulatoryjnego,
- zwiększenie planu finansowego na świadczenia w rodzaju leczenie uzdrowiskowe w celu skrócenia czasu oczekiwania na potwierdzenie skierowania na leczenie (skrócenie poniżej 18 miesięcy) oraz zwiększenie dostępności dla dominującej grupy świadczeniobiorców (tj. osób powyżej 56. roku życia),
- zwiększenie dostępności świadczeń dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, udzielanych w warunkach ambulatoryjnych i dziennych, w tym w zakresie programu leczenia substytucyjnego oraz do świadczeń z zakresu leczenia uzdrowiskowego, *stomatologiczne*
- zwiększenie dostępności świadczeń dedykowanych osobom starszym (powyżej 60. roku życia) w ramach zakresu geriatry w AOS i w SZP, oraz świadczeń z zakresu psychogeriatry w rodzaju leczenie psychiatryczne,
- zwiększenie finansowania świadczeń stomatologicznych udzielanych dzieciom, w tym świadczeń z zakresu ortodoncji (powyżej 20% wartości świadczeń w rodzaju leczenie stomatologiczne),
- zwiększenie dostępności diagnostyki onkologicznej w trybie ambulatoryjnym poprzez skrócenie czasu diagnozowania pacjentów,
- zwiększenie dostępności rehabilitacji leczniczej w zakresie rehabilitacji kardiologicznej oraz w zakresie leczenia urazów wymagających szybkiej i intensywnej rehabilitacji,
- zwiększenie dostępności poradni i oddziałów chorób płuc, alergologicznych oraz świadczeń rehabilitacji pulmonologicznej.

07.08.2017
AKel

Podobnie jak w latach poprzednich, priorytety ogólnopolskie na 2016 r. zostały ustalone na okres jednego roku. Uwzględniając zalecenia NIK³, 19 kwietnia 2016 r. została zmieniona „Procedura definiowania priorytetów zdrowotnych i planowania zakupu świadczeń”, poprzez dookreślenie, że priorytety ogólnopolskie i regionalne mogą być wyznaczane na okres dłuższy niż rok. Zgodnie ze zmienioną procedurą opracowano roczne i wieloletnie priorytety ogólnopolskie na 2017 r.

³ Po kontroli P/15/059 – Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2014 r., Najwyższa Izba Kontroli skierowała do Prezesa NFZ wniosek pokontrolny dotyczący opracowania wieloletnich, ogólnopolskich priorytetów zdrowotnych uwzględnianych w procesie kontraktowania świadczeń zdrowotnych.

Plany zakupu świadczeń w poszczególnych OW NFZ zostały przygotowane z uwzględnieniem założeń do planu zakupu, priorytetów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych, priorytetów ogólnopolskich, określonych przez Prezesa NFZ i regionalnych, określonych przez dyrektorów OW NFZ, a także charakterystyki sytuacji demograficznej i epidemiologicznej populacji.

Podczas opracowywania planu finansowego oraz planu zakupu świadczeń na 2016 r. nie zakładano zasadniczych zmian w strukturze rodzajowej kosztów świadczeń w porównaniu do 2015 r. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej stanowiły 95,94% kosztów NFZ ogółem.

[Dowód: akta kontroli str. 581-584, 627-628, 2569-2575, 6539-6892]

Nowelizacją ustawy o świadczeniach z dnia 22 lipca 2014 r.⁴ zmienione zostały kompetencje Prezesa NFZ w zakresie określania warunków wymaganych od świadczeniodawców (zmiana art. 146 ustawy o świadczeniach). Począwszy od 1 lipca 2016 r., w zakresie kontraktowania świadczeń, Prezes NFZ określał wyłącznie przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przy czym wydawane w oparciu o nowe przepisy szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń miały uwzględniać obszar terytorialny, dla którego prowadzone jest postępowanie oraz taryfy świadczeń w przypadku ich ustalenia przez Prezesa AOTMiT w danym zakresie. Szczegółowe warunki umów określone przez Prezesa NFZ nie mogły dotyczyć warunków realizacji danego świadczenia gwarantowanego, określonych w rozporządzeniach wydanych przez ministra do spraw zdrowia na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach, a tym samym NFZ został pozbawiony prawa określania dodatkowych kryteriów oceny ofert.

[Dowód: akta kontroli str. 579-581, 2569-2575, 6893-6895]

W badanym okresie NFZ prowadził kontraktowanie świadczeń w ograniczonym zakresie. Niewygasające w ciągu 2016 r. umowy były aneksowane, po uzgodnieniu warunków rzeczowo-finansowych. W 2016 r. przeprowadzono jedynie 910 postępowań w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert i rokowań, przy czym rozstrzygnięto 518, a unieważniono bądź odwołano 392 postępowania. W wyniku powyższych postępowań zostało zawartych 356 umów oraz 346 aneksów do umów.

W 2016 r. obowiązywało łącznie 38 895 umów zawartych z 36 372 świadczeniodawcami, w tym 494 z okresem obowiązywania poniżej jednego roku, 7 679 umów z okresem obowiązywania od jednego roku do trzech lat, 11 032 od trzech do pięciu lat, 13 439 powyżej pięciu lat. Ponadto 6 251 umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna zawarto na czas nieoznaczony.

Artykułem 23 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw⁵ wprowadzono możliwość przedłużenia obowiązywania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w dniu wejścia w życie ustawy na okres nie dłuższy niż do dnia 30 czerwca 2016 r., z wyjątkiem umów zawartych w zakresach leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w części dotyczącej leczenia onkologicznego. Ponadto ww. ustawą, poprzez zmianę art. 159 ust. 1 ustawy o świadczeniach, wprowadzono możliwość zawierania umów na czas nieoznaczony w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (za wyjątkiem nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej).

⁴ Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2014 r. poz. 1138).

⁵ Dz. U. z 2014 r. poz. 1138, ze zm. (wygaśnięcie z końcem dnia 31 grudnia 2024 r.).

Ponadto w art. 2 ustawy z dnia 16 grudnia 2015 r. zmieniającej ustawę o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw⁶ przewidziano możliwość przedłużenia umów na okres nie dłuższy niż do dnia 30 czerwca 2017 r. Przedmiotowa zmiana objęła wszystkich świadczeniodawców realizujących umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych zakresach udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

[Dowód: akta kontroli str. 584-614, 939-941, 2569-2575, 5634-6892, 6896-6933, 7263-7321]

Opis stanu
faktycznego

W badanym okresie, w celu urealnienia i dostosowania finansowania hospitalizacji w zależności od długości pobytu pacjentów w szpitalu m.in.:

- wyodrębniono JGP dla starszej populacji, z uwagi na istotnie różne koszty leczenia pacjentów w zależności od wieku pacjentów, czy też choroby współistniejące,
- skorygowano wartości punktowe niektórych grup, m.in. dedykowanych zabiegom endowaskularnym oraz kardiologii interwencyjnej i kardiologii zachowawczej,
- w JGP zachowawczych i niektórych grupach zabiegowych wprowadzono wartość punktową dla hospitalizacji poniżej dwóch dni – dla grup zachowawczych na poziomie 30% stawki bazowej, dla grup zabiegowych na poziomie 90% stawki bazowej.

Zmiana wyceny świadczeń dedykowana zabiegom endowaskularnym oraz kardiologii interwencyjnej i kardiologii zachowawczej została dokonana po przeprowadzeniu szeregu prac analitycznych, w tym m.in. „Analizy realizacji świadczeń w ramach systemu JGP”, opracowanej w 2016 r. przez Zespół Roboczy do spraw przeanalizowania, rozpoznania oraz zaproponowania odpowiednich rozwiązań w zakresie wyceny lub zmian zasad realizacji, rozliczania i finansowania świadczeń, w ramach której pogłębiono analizy dotyczące realizacji świadczeń związanych z kardiologią interwencyjną. Jak wyjaśniono, podejmując decyzję o zmianie wycen świadczeń w zakresie kardiologii brano pod uwagę również informację o wynikach kontroli Najwyższej Izby Kontroli pt. „Realizacja świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii przez publiczne i niepubliczne podmioty lecznicze” (P/14/078).

Ponadto, w związku z Obwieszczeniem Prezesa AOTMiT z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień zostały podwyższone wyceny punktowe świadczeń ustalone przez NFZ o: 20% w przypadku oddziałów dziennych i oddziałów dziennych rehabilitacyjnych, 25% w przypadku świadczeń związanych z opieką środowiskową, 10% w przypadku świadczeń ambulatoryjnych dla dzieci i 5% w przypadku pozostałych świadczeń ambulatoryjnych. Skutek finansowy powyższych zmian, liczony od 1 lipca 2016 r. wyniósł 75 mln zł w skali roku.

W planie zakupu zostały również zaimplementowane taryfy wydane przez AOTMiT w zakresie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej oraz w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Z uwagi na obciążenia kosztowe wynikające z liczby udzielanych świadczeń pacjentom w przedziałach wiekowych 40-65. r.ż. i powyżej 65. r.ż., a także ze względu na potrzebę zabezpieczenia środków na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych zatrudnionych w „praktykach lekarskich”, oraz na przewidywaną wzmożoną zgłaszalność świadczeniobiorców, w związku regulacjami dotyczącymi refundacji leków dla populacji powyżej 75. roku życia, zmieniono wartości współczynników korygujących stawkę kapitacyjną w świadczeniach lekarza poz.

⁶ Dz. U. z 2015 r. poz. 2198. (wygaśnięcie z 30 czerwca 2017 r.).

Od 1 lipca 2016 r., celem poprawy dostępności świadczeń lekarza POZ i pielęgniarki POZ, obniżono zalecaną liczbę świadczeniobiorców objętych opieką jednego lekarza i jednej pielęgniarki POZ – z 2 750 na 2 500 osób. Jak wyjaśniono, przedmiotowa zmiana była omawiana w trakcie spotkań z przedstawicielami organizacji świadczeniodawców POZ.

[Dowód: akta kontroli str. 581-584, 5634-6892, 6896-6933, 7009-7011, 7111-7219]

1.2. Dostęp do świadczeń

1.2.1. Listy oczekujących na udzielenie świadczenia

Uwagi dotyczące
badanej działalności

W 2016 r., podobnie jak w latach poprzednich, występowały różnice w dostępie do świadczeń pomiędzy poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi NFZ, na co NIK zwróciła uwagę po kontrolach wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w poprzednich latach⁷.

W grudniu 2016 r., w porównaniu do 2015 r., dostęp do świadczeń, w wybranych zakresach z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących i wysoką wartością mediany⁸ czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, przedstawiał się następująco:

a) W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (przypadki stabilne) m.in.:

- w poradniach okulistycznych łączna liczba osób oczekujących zmniejszyła się z 271 142 do 267 256 osób (o 1,4%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 60 do 65 dni (o 8,3%), liczba osób skreślonych z listy oczekujących z powodu udzielenia świadczenia zmniejszyła się z 1 122 734 do 962 240 osób⁹,
- w poradniach endokrynologicznych łączna liczba osób oczekujących zwiększyła się z 85 889 do 95 876 osób (o 11,6%), mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania zwiększyła się z 164 do 208 dni (o 26,8%), liczba osób skreślonych z listy oczekujących z powodu udzielenia świadczenia zmniejszyła się z 129 077 do 123 083 osób¹⁰,
- w poradniach kardiologicznych łączna liczba osób oczekujących zwiększyła się z 113 806 do 119 466 osób (o 5,0%), mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 98 do 106 dni (o 8,2%), liczba osób skreślonych z listy oczekujących z powodu udzielenia świadczenia zmniejszyła się z 326 611 do 308 717 osób¹¹,
- w poradniach chirurgii naczyniowej łączna liczba osób oczekujących wzrosła się z 27 689 do 29 608 osób (o 6,9%), mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 128 do 131 dni (o 2,3%), liczba osób skreślonych z listy oczekujących z powodu udzielenia świadczenia zmniejszyła się z 53 910 do 49 217 osób¹²,
- w poradniach gastroenterologicznych łączna liczba osób oczekujących zmniejszyła się z 39 903 do 39 577 osób (o 0,8%), a mediana średniego

⁷ Wykonanie planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2011 r. (P/12/121), Wykonanie planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2012 r. (P/13/128), Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia, w ramach planu finansowego w 2013 r. (P/14/060), Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2014 r. (P/15/059) oraz Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 r. (P/16/053).

⁸ Mediana – wartość dzieląca wszystkie dane na pół. Poniżej i powyżej mediany znajduje się dokładnie po 50% danych.

⁹ Przy tym w kategorii „przypadki pilne” liczba osób skreślonych z listy oczekujących z powodu udzielenia świadczenia zwiększyła się z 33 226 do 42 865 osób.

¹⁰ Przy tym w kategorii „przypadki pilne” liczba osób skreślonych z listy oczekujących z powodu udzielenia świadczenia zwiększyła się z 23 063 do 29 324 osób.

¹¹ Przy tym w kategorii „przypadki pilne” liczba osób skreślonych z listy oczekujących z powodu udzielenia świadczenia zwiększyła się z 43 910 do 60 394 osób.

¹² Przy tym w kategorii „przypadki pilne” liczba osób skreślonych z listy oczekujących z powodu udzielenia świadczenia zwiększyła się z 6 405 do 7 432 osób.

rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 76 do 81 dni (o 6,6%), liczba osób skreślonych z listy oczekujących z powodu udzielenia świadczenia zmniejszyła się z 122 235 do 107 844 osób¹³.

Najwyższą wartość mediany czasu oczekiwania (przypadki stabilne) odnotowano w przypadku poradni: endokrynologicznych osteoporozy – 401 dni, genetycznych dla dzieci – 224 dni, endokrynologicznych – 208 dni, endokrynologicznych dla dzieci – 181 dni, immunologicznych dla dzieci – 165 dni, chorób tarczycy – 157 dni, neurochirurgicznych – 140 dni, hepatologicznych – 135 dni, chorób naczyń – 132 dni oraz chirurgii naczyniowej – 131 dni.

b) w leczeniu szpitalnym (przypadki stabilne):

- w oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej łączna liczba osób oczekujących wzrosła z 124 801 do 127 779 osób (o 2,4%), mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 129 do 151 dni (o 17,1%), liczba osób skreślonych z listy oczekujących z powodu udzielenia świadczenia zmniejszyła się z 77 508 do 76 608 osób¹⁴,
- w oddziałach otorynolaryngologicznych łączna liczba osób oczekujących wzrosła z 93 365 do 100 182 osób (o 7,3%), mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 131 do 144 dni (o 9,9%), liczba osób skreślonych z listy oczekujących z powodu udzielenia świadczenia zmniejszyła się z 102 242 do 100 654 osób¹⁵,
- w oddziałach neurochirurgicznych łączna liczba osób oczekujących wzrosła z 26 518 do 27 907 osób (o 5,2%), mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 95 do 117 dni (o 23,2%), liczba osób skreślonych z listy oczekujących z powodu udzielenia świadczenia zwiększyła się z 16 936 do 16 956 osób¹⁶,
- w oddziałach reumatologicznych łączna liczba osób oczekujących zmniejszyła się z 15 464 do 13 203 osób (o 14,6%), mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania zmniejszyła się z 79 do 74 dni (o 6,3%), liczba osób skreślonych z listy oczekujących z powodu udzielenia świadczenia zmniejszyła się z 28 532 do 26 574 osób¹⁷,
- w oddziałach otorynolaryngologicznych dla dzieci łączna liczba osób oczekujących zmalała z 13 488 do 10 632 osób (o 21,2%), mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania zmalała z 167 do 149 dni (o 10,8%), liczba osób skreślonych z listy oczekujących z powodu udzielenia świadczenia zwiększyła się z 13 619 do 14 003 osób¹⁸,

Najwyższą wartość mediany czasu oczekiwania (przypadki stabilne) odnotowano w przypadkach oddziałów: leczenia oparzeń – 175 dni, audiologiczno-foniatrycznych – 160 dni, chirurgii urazowo-ortopedycznej – 151 dni, otorynolaryngologicznych dla dzieci – 149 dni, otorynolaryngologicznych – 144 dni, chirurgii szczękowo-twarzowej dla dzieci – 123 dni, neurochirurgicznych – 117 dni, urologicznych dla dzieci – 94 dni, chirurgii plastycznej – 92 dni, wieloprofilowe zabiegowe – 78 dni.

c) w rehabilitacji leczniczej m.in.:

¹³ Przy tym w kategorii „przypadki pilne” liczba osób skreślonych z listy oczekujących z powodu udzielenia świadczenia zwiększyła się z 9 272 do 11 833 osób.

¹⁴ Przy tym w kategorii „przypadki pilne” liczba osób skreślonych z listy oczekujących z powodu udzielenia świadczenia zwiększyła się z 29 917 do 34 234 osób.

¹⁵ Przy tym w kategorii „przypadki pilne” liczba osób skreślonych z listy oczekujących z powodu udzielenia świadczenia zwiększyła się z 12 431 do 15 165 osób.

¹⁶ Przy tym w kategorii „przypadki pilne” liczba osób skreślonych z listy oczekujących z powodu udzielenia świadczenia zwiększyła się z 9 372 do 9 758 osób.

¹⁷ Przy tym w kategorii „przypadki pilne” liczba osób skreślonych z listy oczekujących z powodu udzielenia świadczenia zwiększyła się z 12 303 do 14 360 osób.

¹⁸ Przy tym w kategorii „przypadki pilne” liczba osób skreślonych z listy oczekujących z powodu udzielenia świadczenia zwiększyła się z 29 917 do 34 234 osób.

01.08.2017.
płk.ite

2544 do 2899

- w oddziałach rehabilitacyjnych liczba osób oczekujących wzrosła z 168 017 do 173 794 osób (o 3,4%), mediana średniego czasu oczekiwania wzrosła z 348 do 404 dni (o 16,1%), liczba osób skreślonych z listy oczekujących z powodu udzielenia świadczenia zmniejszyła się z 67 239 do 60 169 osób¹⁹,
- w oddziałach rehabilitacji narządu ruchu liczba osób oczekujących wzrosła z 12 354 do 13 014 osób (o 5,3%), mediana średniego czasu oczekiwania wzrosła z 282 do 403 dni (o 42,9%), liczba osób skreślonych z listy oczekujących z powodu udzielenia świadczenia zmniejszyła się z 4 407 do 4 186 osób²⁰,
- w zakładach rehabilitacji leczniczej liczba osób oczekujących wzrosła z 8 610 do 11 016 osób (o 27,9%), a mediana średniego czasu oczekiwania zmalała z 226 do 218 dni (o 3,5%), liczba osób skreślonych z listy oczekujących z powodu udzielenia świadczenia zwiększyła się z 4 976 do 7 889 osób²¹,
- w ośrodkach rehabilitacji pulmonologicznej liczba osób oczekujących zmalała z 1 765 do 1 574 osób (o 10,8%), mediana średniego czasu oczekiwania zmalała z 232 do 214 dni (o 7,8%), liczba osób skreślonych z listy oczekujących z powodu udzielenia świadczenia zwiększyła się z 2 328 do 2 391 osób²²,
- w zespołach rehabilitacji domowej liczba osób oczekujących wzrosła z 1 527 do 1 591 osób (o 4,2%), mediana średniego czasu oczekiwania wzrosła z 116 do 151 dni (o 30,2%), liczba osób skreślonych z listy oczekujących z powodu udzielenia świadczenia zwiększyła się z 2 940 do 2 746 osób²³.

04.08.2017
Akadito

Najwyższą wartość mediany czasu oczekiwania (przypadki stabilne) odnotowano w oddziałach paraplegii i tetraplegii – 1 140 dni, oddziałach rehabilitacyjnych – 404 dni, oddziałach rehabilitacji narządu ruchu – 403 dni, zakładach rehabilitacji leczniczej – 218 dni, ośrodkach rehabilitacji pulmonologicznych – 214 dni.

Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na zabiegi w zakresie soczewki (zaćma) dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wyniosła 585 dni, a do 75% oddziałów nie przekraczała 804 dni. Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wynosiła według stanu na koniec grudnia 2016 r. dla endoprotezoplastyki stawu kolanowego 542 dni, a dla endoprotezoplastyki stawu biodrowego 460 dni. Dla powyższych procedur odnotowywana była także duża liczba osób oczekujących, która według stanu na koniec grudnia 2016 r. wynosiła odpowiednio: 540 667, 114 137 i 104 959 osób.

Z analizy przeprowadzonej przez NFZ wynika, że do najczęstszych przyczyn występowania długich kolejek oczekujących na udzielenie świadczenia w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej²⁴ oraz leczenia szpitalnego²⁵ należą m.in.:

- starzenie się społeczeństwa, z którym wiąże się wzrost zapotrzebowania na określone świadczenia opieki zdrowotnej,

¹⁹ Przy tym w kategorii „przypadki pilne” liczba osób skreślonych z listy oczekujących z powodu udzielenia świadczenia zwiększyła się z 37 967 do 43 754 osób.

²⁰ Przy tym w kategorii „przypadki pilne” liczba osób skreślonych z listy oczekujących z powodu udzielenia świadczenia zwiększyła się z 4 649 do 5 300 osób.

²¹ Przy tym w kategorii „przypadki pilne” liczba osób skreślonych z listy oczekujących z powodu udzielenia świadczenia zmniejszyła się z 694 do 541 osób.

²² Przy tym w kategorii „przypadki pilne” liczba osób skreślonych z listy oczekujących z powodu udzielenia świadczenia zmniejszyła się z 9 do 23 osób.

²³ Przy tym w kategorii „przypadki pilne” liczba osób skreślonych z listy oczekujących z powodu udzielenia świadczenia zwiększyła się z 945 do 1 205 osób.

²⁴ Świadczenia z zakresu kardiologii, endokrynologii, neurologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, okulistyki, leczenia chorób naczyń, urologii, alergologii, oraz świadczeń tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego i endoskopii.

²⁵ Świadczenia z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu, chirurgii naczyniowej, diabetologii, okulistyki, otolaryngologii, neurochirurgii, chirurgii ogólnej, urologii, kardiologii, reumatologii oraz świadczeń usunięcia zaćmy, endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego.

07.08.2017
Akadito

- pozostawianie pacjentów pod opieką lekarza specjalisty dłużej niż wynikałoby to z postępu choroby czy z dynamiki procesu chorobowego, przez co osoby będące w tzw. „planie leczenia” blokują miejsca dla pacjentów pierwszorazowych²⁶,
- zbyt pochopne lub niezasadne kierowanie pacjentów przez lekarzy POZ do poradni specjalistycznych w sytuacjach, gdy dane schorzenie może być leczone w POZ,
- powielanie porad specjalistycznych, wynikające m.in. z braku potencjału sprzętowego w miejscu udzielania świadczeń, nierealizowania określonego zakresu świadczeń (np. niepełny zakres diagnostyki), co powoduje, że pacjenci są odsyłani do innych ośrodków. Powielanie wizyt może być również wynikiem dążenia świadczeniodawcy do zbilansowania źle wycenionych świadczeń (badań diagnostycznych czy zabiegów),
- niedostateczne nakłady płatnika na świadczenia zdrowotne,
- niewystarczająca liczba lekarzy określonej specjalności (w szczególności specjalistów II stopnia) w skali kraju lub regionu (np. specjalistów endokrynologii, chorób płuc, urologii, alergologii, specjalistów zabiegowych w zakresie okulistyki). Występują również przypadki, gdy lekarze nie są zainteresowani udzielaniem świadczeń w ramach umów z NFZ, gdyż na rynku prywatnym są lepiej wynagradzani,
- niewielka liczba ośrodków udzielających świadczeń (np. wyspecjalizowane ośrodki neurochirurgii),
- preferowanie przez pacjentów ośrodków o określonej renomie lub największych w danym rejonie lub województwie, prowadzące do dysproporcji w czasie oczekiwania u różnych świadczeniodawców,
- niedostateczny dostęp do informacji o miejscach udzielania świadczeń, zwłaszcza w przypadku osób starszych (wykluczenie cyfrowe),
- brak uszczegółowienia standardów postępowania w przypadku świadczeń z ograniczoną dostępnością, np. w przypadku usuwania zaćmy (pacjenci są wpisywani zbyt wcześnie na listę oczekujących, mają przesuwane terminy udzielenia świadczenia, blokując miejsca innym pacjentom),
- znaczący wzrost liczby pacjentów kwalifikowanych jako przypadek pilny,
- rosnąca liczba osób uzyskujących skierowania na to samo świadczenie od różnych lekarzy, chcących zapisać się na listę oczekujących w różnych miejscach udzielania świadczeń, by w ten sposób przyspieszyć termin świadczenia,
- nieinformowanie świadczeniodawców przez pacjentów o rezygnacji z uzyskania świadczenia,
- wyznaczanie odległych terminów udzielenia świadczeń na życzenie pacjenta, w oderwaniu od kolejności zgłoszeń,
- duży udział w liczbie osób oczekujących osób spoza obszaru województwa, co powoduje, że działania podejmowane przez OW NFZ w dłuższej perspektywie są mało skuteczne,
- błędy w sprawozdawczości z zakresu list oczekujących, zawyżające liczby osób oczekujących i czasy oczekiwania, w tym np. nieskreślanie pacjentów z list po wykonaniu świadczenia, wpisywanie na listy oczekujących pacjentów będących w planie leczenia, wielokrotne wykazywanie tego samego pacjenta na liście oczekujących.

Wiele komórek organizacyjnych udzielających świadczeń dla dzieci, dla których zaobserwowano wzrost mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania,

²⁶ Kontrola zdrowia pacjentów przewlekłe chorych może być realizowana przez lekarzy POZ.

występuje nielicznie w skali kraju²⁷. Zmiana potencjału u jednego spośród trzech świadczeniodawców w kraju, może znacząco wpłynąć na wartość mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania.

Jak wyjaśniono, przy starzejącym się społeczeństwie, zwiększającej się liczbie osób chorych przewlekłe, rosnącej liczbie zlecanych badań diagnostycznych bez wzrostu nakładów, zwiększania liczby świadczeń oraz w razie potrzeby również miejsc udzielania tych świadczeń, niemożliwe będzie zrównoważenie rosnącego popytu na te świadczenia. Ponadto rozpoczęcie udzielania danego świadczenia może również powodować wzrost zapotrzebowania na inne świadczenia, czego przykładem może być program lekowy „leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową”. Wraz ze wzrostem liczby osób oczekujących na ten program rośnie również liczba osób oczekujących do poradni chorób zakaźnych, gdzie prowadzona jest m.in. diagnostyka w kierunku rozpoznania ww. schorzenia.

Wśród świadczeń z ograniczoną dostępnością zostały również wykazane zabiegi w zakresie soczewki (zaćma) oraz endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego. Zdaniem NFZ, w tym zakresie wskazane byłoby poza zapewnieniem odpowiedniego poziomu finansowania określenie przez środowisko medyczne standardów kwalifikacji i postępowania. Z analizy informacji z zakresu list oczekujących na te świadczenia wynika, że wielu pacjentów jest umieszczanych na liście oczekujących zbyt wcześnie i mają potem wielokrotnie przesuwane terminy udzielenia świadczenia z powodu braku jednoznacznych wskazań do zabiegu.

W 2016 r. ponownie zostały wyodrębnione produkty rozliczeniowe dedykowane do rozliczania świadczeń związanych z endoprotezoplastyką stawu biodrowego i kolanowego oraz operacji rewizyjnych endoprotezy stawu biodrowego lub kolanowego. NFZ oczekuje, iż w efekcie tych zmian, w ramach kwot zobowiązań wyodrębnionych w umowach w rodzaju leczenie szpitalne, wykonanych zostanie więcej świadczeń opieki zdrowotnej, co zwiększy tym samym dostępność do tych świadczeń dla świadczeniobiorców. Ponadto od 2017 r. wprowadzono możliwość zastosowania współczynnika korygującego (na poziomie 1,2) dla świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego oraz związanych z rewizją po endoprotezoplastyce stawu biodrowego lub kolanowego (tzw. współczynnik jakościowy)²⁸.

[Dowód: akta kontroli str. 646-669, 939-941, 2526-2531, 2558-2560, 2569-2575, 2584-259, 2620-2623, 6997-7005, 7056-7066, 7188-7192, 7268-7276]

1.2.2. Liczba i wartość udzielonych świadczeń

Opis stanu
faktycznego

Średni koszt leczenia (obliczony, jako iloraz wykonania „kosztów świadczeń” i liczby ubezpieczonych oraz uprawnionych²⁹) w 2016 r. wyniósł 2 004,91 zł i był o 4,5% wyższy niż w 2015 r. (1 920,86 zł). Koszt ten w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu wynosił m.in.:

– w podstawowej opiece zdrowotnej – średnio 269,67 zł, tj. od 261,99 zł w Świętokrzyskim OW do 271,00 zł w Pomorskim OW,

²⁷ Oddział chirurgii onkologicznej dla dzieci (jeden w kraju), oddział chirurgii szczękowo-twarzowej dla dzieci (jeden), poradnia medycyny sportowej dla dzieci (dwa), poradnia leczenia zęza dla dzieci (dwa), poradnia genetyczna dla dzieci (trzy), oddział immunologii klinicznej dla dzieci (trzy), oddział leczenia zaburzeń nerwicyowych dla dzieci (trzy), oddział diabetologiczny dla dzieci (cztery), oddział gruźlicy i chorób płuc dla dzieci (cztery), oddział reumatologiczny dla dzieci (cztery).

²⁸ Zarządzenie Nr 129/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2016 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne. Dz. Urz. Prezesa NFZ z 2016 r. poz. 129.

²⁹ Patrz art. 132 i nast. ustawy o świadczeniach

- w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej – średnio 165,33 zł, tj. od 154,14 zł w Łódzkim OW do 190,79 zł w Podlaskim OW,
- w leczeniu szpitalnym – średnio 998,61 zł, tj. od 945,40 zł w Wielkopolskim OW do 1 060,58 zł w Świętokrzyskim OW.

[Dowód: akta kontroli str. 1902]

W 2016 r. wartość zrealizowanych świadczeń przypadająca na 10 tys. uprawnionych do świadczeń, w wybranych rodzajach świadczeń była zróżnicowana i wynosiła:

- w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej – liczba świadczeń wynosiła średnio 25 473,00 (od 22 913,23 w Wielkopolskim OW do 30 556,46 w Śląskim OW), a ich wartość średnio 1 647,43 tys. zł (od 1 484,13 tys. zł w Opolskim OW do 1 906,31 tys. zł w Podlaskim OW),
- w lecznictwie szpitalnym – liczba świadczeń wynosiła średnio 3 671,41 (od 3 105,50 w Lubuskim OW do 3 899,66 w Mazowieckim OW), a ich wartość średnio 8 179,73 tys. zł (od 7 196,96 tys. zł w Lubuskim OW do 9 111,25 tys. zł w Mazowieckim OW),
- w leczeniu stomatologicznym – liczba świadczeń wynosiła średnio 18 851,97 (od 13 428,54 w Śląskim OW do 30 259,49 w Lubelskim OW), a ich wartość średnio 503,23 tys. zł (od 402,22 tys. zł w Mazowieckim OW do 648,45 tys. zł w Warmińsko-Mazurskim OW),
- w podstawowej opiece zdrowotnej – liczba świadczeń wynosiła średnio 45 993,02 (od 39 637,96 w Mazowieckim OW do 50 570,66 w Zachodniopomorskim OW), a ich wartość średnio 30,97 tys. zł (od 20 446,54 tys. zł w Łódzkim OW do 50,64 tys. zł w Wielkopolskim OW),
- w profilaktycznych programach zdrowotnych – liczba świadczeń wynosiła średnio 577,99 (od 440,58 w Małopolskim OW do 757,37 w Lubuskim OW), a ich wartość średnio 50,07 tys. zł (od 38,59 tys. zł w Małopolskim OW do 74,52 tys. zł w Lubuskim OW),
- w świadczeniach zdrowotnych kontraktowanych odrębnie – liczba świadczeń wynosiła średnio 2 421,93 (od 2 089,77 w Pomorskim OW do 3 473,97 w Świętokrzyskim OW), a ich wartość średnio 547,53 tys. zł (od 398,76 tys. zł w Podlaskim OW do 621,76 tys. zł w Mazowieckim OW),
- w rehabilitacji leczniczej – liczba świadczeń wynosiła średnio 39 297,02 (od 26 543,19 w Zachodniopomorskim OW do 63 221,35 w Podkarpackim OW), a ich wartość średnio 659,76 tys. zł, (od 518,17 tys. zł w Łódzkim OW do 866,22 tys. zł w Podkarpackim OW),
- w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień – liczba świadczeń wynosiła średnio 6 668,34 (od 5 648,90 w Małopolskim OW do 10 761,81 w Lubuskim OW), a ich wartość średnio 684,58 tys. zł (od 565,55 tys. zł w Małopolskim OW do 1 160,32 tys. zł w Lubuskim OW),
- w opiece paliatywnej i hospicyjnej – liczba świadczeń wynosiła średnio 1 781,70 (od 1 224,50 w Lubelskim OW do 2 737,54 w Kujawsko-Pomorskim OW), a ich wartość średnio 126,62 tys. zł (od 82,04 tys. zł w Zachodniopomorskim OW do 169,32 tys. zł w Podkarpackim OW),
- w świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej – liczba świadczeń wynosiła średnio 9 707,85 (od 3 647,67 w Pomorskim OW do 21 113,30 w Opolskim OW), a ich wartość średnio 351,19 tys. zł (od 222,96 tys. zł w Wielkopolskim OW do 574,04 tys. zł w Opolskim OW).

[Dowód: akta kontroli str. 6935-6957, 6997-7005]

W 2016 r., podobnie jak w roku ubiegłym, nie zapewniono dostępu do świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne m.in. w zakresie: alergologii (hospitalizacji) w Lubuskim, Opolskim, Świętokrzyskim, Warmińsko-Mazurskim, Wielkopolskim OW;

alergologii dziecięcej (hospitalizacji) w Lubuskim, Opolskim, Podkarpackim, Świętokrzyskim OW; chirurgii klatki piersiowej (hospitalizacji) w Opolskim OW; chirurgii szczękowo-twarzowej (hospitalizacji) w Świętokrzyskim OW; chorób płuc dziecięcych (hospitalizacji) w Lubuskim, Podkarpackim, Świętokrzyskim, Warmińsko-Mazurskim OW; gastroenterologii (hospitalizacji) w Lubuskim OW; urologii dziecięcej (hospitalizacji) w Kujawsko-Pomorskim, Lubelskim, Lubuskim, Łódzkim, Opolskim, Podlaskim, Warmińsko-Mazurskim, Wielkopolskim i Zachodniopomorskim OW; chorób zakaźnych dziecięcych (hospitalizacji) w Kujawsko-Pomorskim, Lubuskim, Mazowieckim, Opolskim, Podkarpackim, Śląskim, Świętokrzyskim i Zachodniopomorskim OW; diabetologii (hospitalizacji) w Lubuskim, Podkarpackim i Świętokrzyskim OW; diabetologii dla dzieci (hospitalizacji) w Kujawsko-Pomorskim, Lubelskim, Lubuskim, Małopolskim, Opolskim, Podkarpackim, Podlaskim, Świętokrzyskim i Warmińsko-Mazurskim OW.

Podobna sytuacja dotyczyła m.in. następujących usług medycznych w ambulatoryjnych świadczeniach specjalistycznych: alergologii dla dzieci w Lubuskim i Zachodniopomorskim OW; echokardiograficznych płodu na terenie Lubelskiego, Opolskiego OW; diabetologii dla dzieci w Opolskim OW; hepatologii w Kujawsko-Pomorskim i Opolskim OW; immunologii w Lubuskim, Opolskim, Podkarpackim, Warmińsko-Mazurskim, Wielkopolskim i Zachodniopomorskim OW; kompleksowej ambulatoryjnej opieki nad pacjentem z cukrzycą w Lubuskim, Łódzkim, Podkarpackim, Wielkopolskim i Zachodniopomorskim OW; leczenia osteoporozy w Pomorskim i Zachodniopomorskim OW; okulistyki dla dzieci w Zachodniopomorskim OW.

Ponadto nie zakontraktowano m.in. świadczeń w programie profilaktyki chorób odtętoniowych na etapie podstawowym (POCHP) w Podlaskim i Opolskim OW, a na etapie specjalistycznym w Kujawsko-Pomorskim, Lubuskim, Łódzkim, Opolskim, Podkarpackim, Podlaskim, Warmińsko-Mazurskim i Zachodniopomorskim. W przypadku świadczeń rehabilitacyjnych nie zakontraktowano rehabilitacji kardiologicznej w ośrodku/oddziale dziennym w Opolskim OW oraz rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych w Łódzkim, Podlaskim, Świętokrzyskim i Zachodniopomorskim OW.

Wydatki na świadczenia zdrowotne³⁰ udzielone pacjentom do 18. roku życia wyniosły w 2016 r. 6 470 280,75 tys. zł, tj. 12,19% wydatków Funduszu ogółem w tych rodzajach świadczeń (53 088 212,02 tys. zł), a w 2015 r. 6 338 789,60 tys. zł, tj. 12,52% wydatków Funduszu ogółem w tych rodzajach świadczeń (50 649 162,36 tys. zł). Najwyższy udział, zarówno w 2015 jak i 2016 r. w strukturze wydatków na rzecz ww. pacjentów, wynoszący ponad 70% stanowiły koszty leczenia szpitalnego³¹, około 11% ambulatoryjnej opieki specjalistycznej³², ponad 7% leczenia stomatologicznego³³, a ponad 5% rehabilitacji leczniczej³⁴. Koszty stawki kapitałowej świadczeń lekarza POZ dla świadczeniobiorców w wieku 0-19. roku życia oraz koszty świadczeń pielęgniarstwa szkolnego (w tym związane z uczniami objętymi grupową profilaktyką fluorkową) w 2016 r. wyniosły 1 896 897 tys. zł,

³⁰ Obejmujących koszty świadczeń AOS, SZP, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, rehabilitacja lecznicza, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, opieka paliatywna i hospicyjna, leczenie stomatologiczne, pomoc doraźna i transport sanitarny, koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu, świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego.

³¹ W 2016 r. 4 573 828,70 tys. zł, a w 2015 r. 4 478 428,51 tys. zł.

³² W 2016 r. 677 306,10 tys. zł, a w 2015 r. 685 341,72 tys. zł.

³³ W 2016 r. 480 313,49 tys. zł, a w 2015 r. 450 489,71 tys. zł.

³⁴ W 2016 r. 341 898,68 tys. zł, a w 2015 r. 371 713 tys. zł.

a w 2015 r. wyniosły 1 814 870 tys. zł³⁵. Świadczenia jednostkowe udzielone pacjentom do ukończenia 18. roku życia w ramach podstawowej opieki zdrowotnej³⁶ wyniosły 49 991,66 tys. zł w 2016 r., a w 2015 r. 46 505,96 tys. zł.

[Dowód: akta kontroli str. 6693-6892, 6935-6957, 6961-6985, 6997-7027]

W przeprowadzonej w kwietniu 2016 r. przez Departament Analiz i Strategii analizie „Przyczyn rozbieżności w dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych regionach kraju”, podano, że do głównych przyczyn zróżnicowania pomiędzy OW NFZ należą: różnice rozwoju i rozmieszczenia potencjału lecznictwa na obszarze województwa, szczególnie w zakresie personelu medycznego (a także brak regulacji mechanizmów podaży), zaszłości historyczne na etapie planowania, których nie można zlikwidować z powodu braku wystarczającego finansowania, realizacja zbliżonych świadczeń w różnych zakresach, zachowania świadczeniodawców oraz migracje pacjentów, różnice priorytetów i polityk lokalnych, wynikające z potrzeb (ryzyk) zdrowotnych lub oczekiwań społeczności, różnice poziomu kosztów realizacji świadczeń w poszczególnych województwach (w tym wynagrodzenia personelu).

Największy udział w kosztach świadczeń miały koszty:

- leczenia szpitalnego – 49,38% (wzrost z 49,01% w 2015 r.),
- podstawowej opieki zdrowotnej – 13,34% (wzrost z 12,99% w 2015 r.),
- refundacji aptecznej – 11,40% (spadek z 11,79% w 2015 r.),
- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – 8,17% (spadek z 8,31% w 2015 r.).

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zwraca uwagę na wysoki udział kosztów leczenia szpitalnego w kosztach świadczeń ogółem, wskazujący na to, iż znaczna część pacjentów jest diagnozowana i leczona w zaawansowanym stadium choroby, a tym samym na brak odpowiedniej profilaktyki w ochronie zdrowia.

Koszty leczenia szpitalnego wyniosły w 2016 r. 35 036 587,69 tys. zł i stanowiły 99,61% wielkości planowanej. Były wyższe od kosztów poniesionych w 2015 r. o 1 834 620,73 tys. zł.

[Dowód: akta kontroli str. 460-461, 574-575, 1901, 2564-2565, 2569-2575, 2569-2575, 2569-2575, 2584-2590, 2624, 6693-6892, 6896-6933, 6997-7005, 7067-7178]

1.2.3. Kadra medyczna

Opis stanu
faktycznego

Liczba lekarzy poszczególnych specjalności wykazanych przez świadczeniodawców w załącznikach do umów, przypadająca na 10 tys. uprawnionych do świadczeń różniła się w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu i przykładowo wynosiła:

- alergolodzy od 0,20 w Wielkopolskim OW do 0,56 w Mazowieckim OW,
- angiologodzy od 0 w Mazowieckim, Opolskim, Podkarpackim (jeden lekarz), Warmińsko-Mazurskim OW do 0,13 w Dolnośląskim OW;
- chirurdzy dziecięcy od 0,21 w Opolskim OW do 0,59 w Mazowieckim OW,
- chirurdzy naczyniowi od 0,15 w Lubuskim OW do 0,43 w Mazowieckim OW,
- diabetolodzy od 0,25 w Lubuskim OW do 0,58 w Łódzkim OW,
- endokrynolodzy od 0,22 w Lubuskim OW, do 0,56 w Mazowieckim OW,
- ginekologodzy onkologiczni od 0,03 w Lubelskim OW do 0,13 w Małopolskim OW,
- onkologodzy i hematologodzy dziecięcy od 0,01 lekarzy w Opolskim OW do 0,16 w Lubelskim OW.

³⁵ Dane za 2016 r. podano wg stanu na dzień 28 lutego 2017 r., zaś za 2015 r. – wg stanu na dzień 1 marca 2016 r. Fundusz wskazał, iż ww. dane są orientacyjne i mogą być wykorzystywane jedynie dla celów analitycznych.

³⁶ Głównie świadczenia jednostkowe udzielane osobie spoza listy świadczeniobiorców.

Na terenie działania części OW w ogóle nie było lekarzy określonych specjalności, jak np.: lekarza specjalisty chorób płuc dzieci w Dolnośląskim, Lubuskim, Łódzkim, Opolskim, Podkarpackim, Pomorskim, Świętokrzyskim, Warmińsko-Mazurskim, Wielkopolskim, Zachodniopomorskim OW, w zakresie immunologii klinicznej w Lubuskim, Opolskim, Podkarpackim, Zachodniopomorskim OW, endokrynologii i diabetologii dziecięcej w Kujawsko-Pomorskim, Lubuskim, Łódzkim i Warmińsko-Mazurskim OW, otolaryngologii dziecięcej w Opolskim, Świętokrzyskim, Zachodniopomorskim OW, chirurgii plastycznej w Opolskim OW.

Lekarzy udzielających świadczeń z zakresu pediatrii w 2016 r. było 5 267, tj. o 27 lekarzy więcej niż w 2015 r. (0,52%), oraz o 1 049 lekarzy więcej w porównaniu do 2011 r., tj. o 24,87%³⁷. Liczba pielęgniarek na 10 tys. uprawnionych do świadczeń wynosiła średnio 60,33 (od 50,38 w Pomorskim OW do 70,18 w Podkarpackim OW).

[Dowód: akta kontroli str. 6958-6960, 6986-6987]

1.2.4. Podstawowa opieka zdrowotna

Uwagi dotyczące
badanej działalności

W okresie objętym kontrolą nastąpił wzrost kosztów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, które w 2016 r. wyniosły 9 461 494,89 tys. zł, co oznacza wzrost w stosunku do 2015 r. o 7,50% (8 801 281,43 tys. zł), a w stosunku do 2014 r. – o 22,85% (7 701 361,75 tys. zł). Miało to miejsce przy jednoczesnym ograniczeniu przez Ministra Zdrowia wymagań odnośnie sprawozdawczości w POZ.

Rozporządzeniem z dnia 30 marca 2016 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych³⁸, Minister Zdrowia wycofał indywidualną sprawozdawczość badań wykonanych przez lekarzy POZ, znajdujących się w wykazie świadczeń diagnostyki laboratoryjnej, diagnostyki obrazowej i diagnostyki nieobrazowej, związanych z realizacją świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach. Tym samym NFZ został pozbawiony narzędzia dostarczającego bardziej wiarygodnych danych niż zestawienia zbiorcze, umożliwiającego kontrolę wykonania zadań, które ma w swoim zakresie POZ oraz pozwalającego na wprowadzanie narzędzi motywujących.

Zmiany w zasadach realizacji sprawozdawczości wpłynęły na zmianę zasad finansowania świadczeń lekarza poz. W rozliczaniu świadczeń zniesiona została zasada gradacji stawki kapitałowej w zależności od osiągniętego przez świadczeniodawcę wskaźnika wykonania badań diagnostycznych (WWBD)³⁹. Świadczeniodawcy, którzy przeszli na sprawozdawczość indywidualną, od 1 sierpnia 2015 r. otrzymywali wyższą stawkę kapitałową, tj. 142,08 zł (przy sprawozdawczości zbiorowej stawka wynosiła – 140,04 zł). Ponadto, od 1 października 2015 r., podwyższona stawka w wysokości 144 zł miała obejmować świadczeniodawców, którzy przystąpili do sprawozdawczości indywidualnej

³⁷ W 2016 r. było 5 267 lekarzy udzielających świadczeń z zakresu pediatrii (średnia wieku 44,3 lata), odpowiednio w 2015 r. 5 240 (44,2 lata), w 2014 r. 4 822 (średnia 45,2 lata), w 2013 r. 4 672 (45,1 lata), w 2012 r. 4 588 (44,5 lata), w 2011 r. 4 218 (44,8 lata).

³⁸ Dz. U. poz. 482.

³⁹ Zgodnie z załącznikiem 1a do zarządzenia nr 3/2015/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 7 stycznia 2015 r. zmieniającym zarządzenie zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna (Dz. Urz. NFZ z 2015 r. poz. 3), WWBD był obliczany przy użyciu liczby pozycji w wykazie badań lekarza poz określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy, liczba danych badań wykonanych w danym kwartale, określonej przez Fundusz liczby punktów dla danego badania oraz średniej liczby świadczeniobiorców zadeklarowana do lekarza POZ u danego świadczeniodawcy w danym kwartale.

i osiągnięty przez nich WWBD byłyby równy lub wyższy od wartości progowej wskaźnika (WWBDp), określonej przez Fundusz. Gradacja stawki kapitałowej stosowana była do marca 2016 r. Jak wynika z danych NFZ, do końca 2015 r., około 77% (4 796) praktyk przeszło na sprawozdawczość indywidualną badań diagnostycznych, spośród których w grudniu 2015 r., z zastosowaniem stawki w wysokości 144 zł zostało rozliczonych 2 916 świadczeniodawców (60,8%). Średni WWBD za II półrocze 2015 r. wyniósł 3 771,6, zaś mediana 3 284,2, przy czym wartość wskaźnika poniżej 500 odnotowano u 138 świadczeniodawców.

Zdaniem Funduszu, mechanizmy motywujące zasadach finansowania świadczeń lekarza POZ na podstawie rocznej stawki kapitałowej, pozytywnie wpływały na jakość realizowanej sprawozdawczości z wykonania badań diagnostycznych. Obserwowany spadek liczby wykonanych badań w 2015 r., w porównaniu do 2014 r., miał bezpośredni związek z indywidualną formą sprawozdawczości⁴⁰. Jest ona dokładniejsza, a przekazane dane łatwiejsze do oceny w procesie kontroli realizacji umów.

Sprawozdawczość szczegółowa była tym bardziej istotnym narzędziem, w sytuacji niskiej jakości świadczeń profilaktycznych udzielanych przez lekarzy POZ, co było już kilkakrotnie wskazywane przez NIK, a jak wynika z kontroli przeprowadzonych przez NIK w podstawowej opiece zdrowotnej⁴¹, w ostatnich 10 latach nie nastąpiła poprawa w tym zakresie.

Minister Zdrowia wyjaśnił, że zmiany te stanowiły realizację jednego z ustaleń uzgodnionych przez Ministra Zdrowia z przedstawicielami organizacji świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej.

[Dowód: akta kontroli str. 416-417, 460-461, 574-575, 586-587, 939-941, 1901, 2561-2563, 2569-2575]

Opis stanu faktycznego

NFZ realizuje projekt pt.: „Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) – Etap I Opracowanie modeli zintegrowanej/koordynowanej opieki zdrowotnej dla Polski”. Jak podano, celem projektu jest zaprojektowanie i wdrożenie trzech modeli opieki koordynowanej w Polsce, które mają być realizowane w ramach pilotaży⁴².

Obecnie NFZ prowadzi preselekcję podmiotów do realizacji OOK w POZ, jednakże warunkiem niezbędnym dla rozpoczęcia realizacji pilotażu jest nowelizacja ustawy o świadczeniach, wprowadzającej podstawę prawną do opracowania i wdrożenia programów pilotażowych⁴³. W dniu 20 kwietnia 2017 r. Stały Komitet Rady Ministrów przyjął projekt i rekomendował go Radzie Ministrów.

[Dowód: akta kontroli str. 449-450, 680-681, 2609, 2634-2638, 6994-6986, 7004-7055, 7332-7333]

⁴⁰ W ramach umów o udzielanie świadczeń lekarza POZ w 2014 r. sprawozdanych zostało 100,85 tys. badań diagnostycznych, w 2015 r. – 97,48 badań, w 2016 r. – 108,36 badań.

⁴¹ Informacja o wynikach kontroli Realizacja przez świadczeniodawców zadań podstawowej opieki zdrowotnej i wybranych ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego w latach 2006-2007 (I półrocze) (Nr ewid. 143/2008/P/07/101/KZD), Informacja o wynikach kontroli Funkcjonowanie podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych (Nr ewid. 173/2015/P/14/063/KZD), a także Informacja o wynikach kontroli Przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego (Nr ewid. 43/2017/P/16/057/KZD).

⁴² W pierwszym etapie planuje się wdrożenie modelu podstawowej opieki zdrowotnej, w kolejnym wdrażany mógłby być model dotyczący większej integracji pomiędzy POZ, a opieką ambulatoryjną, a w ostatnim model opieki koordynowanej skoncentrowany na osobach po hospitalizacji i powyżej 65. roku życia.

⁴³ Nr projektu UD151 w wykazie prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów. W projekcie zostało zdefiniowane pojęcie programu pilotażowego, kompetencje do opracowania programu otrzymał Minister Zdrowia, a jako podmiot właściwy do wdrażania, finansowania i monitorowania programów pilotażowych został wskazany NFZ. W projekcie przewidywało się, że ramy funkcjonowania programu pilotażowego, tj. jego cel, czas trwania, zakres i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy program pilotażowy, warunki jego finansowania będą określone w drodze rozporządzenia wydawanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia. <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12292558>.

1.2.5. Wyroby medyczne

Opis stanu faktycznego

Poniesione przez NFZ w 2016 r. koszty w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawa wyniosły 946 342,62 tys. zł, co stanowiło 99,27% wartości planowanej. Nakłady w powyższej pozycji w latach 2010-2016 wzrosły o 60,43%, z kwoty 589 883,98 tys. zł w 2010 r. do 946 342,62 tys. zł w 2016 r.⁴⁴, przy wzroście kosztów świadczeń zdrowotnych ogółem w tym okresie o 25,28%⁴⁵. Dopłaty pacjentów do poszczególnych wyrobów w 2016 r. wyniosły 639 282,27 tys. zł, tj. o 19 102,33 tys. zł więcej niż w 2015 r. (658 384,60 tys. zł).

[Dowód: akta kontroli str. 428, 604, 4600-4609, 7344, 7353]

Uwagi dotyczące badanej działalności

Liczba świadczeniodawców realizujących czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne na przestrzeni ostatnich lat zwiększała się. Liczba zawartych umów w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne, na dzień 31 grudnia 2016 r., wynosiła 4 432, tj. ponad dwukrotnie więcej niż 2012 r. (1 878 umów).

NIK zwraca uwagę, że NFZ nie dysponuje narzędziami do negocjacji wysokości cen wyrobów medycznych, w które zaopatrywany jest pacjent, bowiem zgodnie z art. 159 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, przepisów dotyczących konkursu ofert i rokowań nie stosuje się do zawierania umów ze świadczeniodawcami wykonującymi czynności w zakresie zaopatrzenia w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej, a umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – zaopatrzenie w wyroby medyczne – zawierane są ze wszystkimi świadczeniodawcami spełniającymi warunki do zawarcia umowy określone przez Prezesa Funduszu⁴⁶.

[Dowód: akta kontroli str. 1903-1907]

Oddziały wojewódzkie Funduszu kontraktowały ze świadczeniodawcami poszczególne wyroby medyczne (tego samego producenta, o tych samych parametrach i właściwościach) w bardzo zróżnicowanych cenach jednostkowych, przy sięgającej nawet do kilkuset procent między ceną najniższą, a najwyższą, a ceny tych wyrobów niejednokrotnie przewyższały ceny wyrobów dostępne na wolnym rynku⁴⁷.

[Dowód: akta kontroli str. 5657-6231]

Opis stanu faktycznego

Postępowania wyjaśniające przeprowadzane przez OW NFZ, w latach 2015-2016, w sprawach skarg pacjentów dotyczących wyrobów medycznych wskazują na liczne nieprawidłowości występujące w systemie zaopatrzenia w wyroby medyczne finansowane ze środków publicznych, m.in. sprzedaż przez świadczeniodawców, realizujących kontrakty, tych samych wyrobów medycznych w dwóch cenach wyższej dla pacjentów korzystających z refundacji NFZ i niższej dla tych samych wyrobów dostępnych bez refundacji⁴⁸, a także zawyżanie cen wyrobów medycznych objętych finansowaniem ze środków publicznych, które znacznie odbiegają od cen

⁴⁴ W 2015 r. – 894 269,27 tys. zł, 2014 r. – 803 693,94 tys. zł, 2013 r. – 703 168,01 tys. zł, 2012 r. – 623 785,42 tys. zł, 2011 r. 623 785,42 tys. zł.

⁴⁵ W 2016 r. 70 962 832,98 tys. zł, a w 2010 r. 56 643 910,37 tys. zł.

⁴⁶ Zarządzenie Nr 59/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczeń zaopatrzenie w wyroby medyczne. Uprzednio zarządzenie Nr 90/2013/DSOZ, ze zm.

⁴⁷ Przykładowo spray ochronny do stosowania na skórę wokół stomii cena od 15 do 50 zł, rękaw do irygacji przeznaczony dla osób z kolostomią cena od 20,52 zł do 28,73 zł, worek urostomijny cena od 9,18 zł do 15 zł, worek stomijny dla dzieci cena od 5,7 zł do 8 zł, pieluchomajtki rozmiar M cena od 2,38 zł do 6 zł, pieluchomajtki rozmiar XS cena od 2,15 zł do 6 zł, wkład anatomiczny 1,24 zł do 5 zł, pieluchomajtki rozmiar M cena od 1,94 zł do 6 zł, pieluchomajtki rozmiar L cena od 2,3 zł do 5 zł, pielucha anatomiczna cena od 1 zł do 2 zł, pieluchomajtki dziecięce cena od 1 zł do 6 zł.

⁴⁸ Np. wózek inwalidzki specjalny w refundacji 6 000 zł, a bez refundacji 1 200 zł, orteza w ramach refundacji 300 zł, bez 78 zł, aparat stawu biodrowego w refundacji 2 600 zł, bez 1 700 zł, orteza na kolano w refundacji 2 520 zł, bez 1 300 zł, okulary lornetkowe w refundacji 350 zł, bez 260 zł, pieluchomajtki w refundacji 2,45 zł, bez 1,80 zł.

detalicznych występujących poza systemem refundacji. W powyższym okresie OW NFZ przeprowadziły 120 postępowań kontrolnych w obszarze wyrobów medycznych, w których najczęściej występujące nieprawidłowości dotyczyły niezapewnienia pełnego asortymentu wyrobów medycznych, wynikającego z zawartej umowy z NFZ, niezgodności miejsca udzielania świadczeń z miejscem zgłoszonym do umowy, a także wydawania wyrobów medycznych osobom nieposiadającym stosownego upoważnienia.

[Dowód: akta kontroli str. 5657-6521]

Fundusz wyjaśnił, że nie ma podstaw prawnych do ustalania marż na refundowane wyroby, gdyż ustawa refundacyjna nie określa zasad, trybu oraz kryteriów ustalania urzędowych cen zbytu na wyroby medyczne przysługujące świadczeniobiorcom na zlecenie osoby uprawnionej, a także wysokości marż hurtowych i urzędowych marż detalicznych dla tych wyrobów.

[Dowód: akta kontroli str. 4593]

NFZ kilkakrotnie informował Ministra Zdrowia o występujących nieprawidłowościach w obszarze refundacji wyrobów medycznych oraz wskazywał na możliwe rozwiązania eliminujące lub ograniczające występowanie niepożądanych zdarzeń⁴⁹, w tym m.in.: określenie maksymalnej marży na refundowane wyroby medyczne⁵⁰, określenie limitu finansowania za pojedynczą sztukę poszczególnych wyrobów medycznych, szczegółowe określenie wyrobów medycznych poprzez podanie nazwy handlowej, jak ma to miejsce w przypadku wyrobów medycznych wydawanych na receptę (opatrunki, paski do oznaczania glukozy we krwi), stosowanie konkursu ofert i rokowań przy zawieraniu umów na realizację świadczeń z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej, oraz ich naprawy, które pozwoliłoby wpływać Funduszowi na kontraktowaną cenę.

[Dowód: akta kontroli str. 4523-4593]

Dodatkowo należy wskazać, że wspomniane nieprawidłowości wpływają również na wydatki ponoszone przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, ponieważ, zgodnie z przepisami ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz jej aktami wykonawczymi⁵¹ możliwe jest dofinansowanie do wyrobów medycznych refundowanych przez NFZ, a wysokość dofinansowania jest uzależniona od ceny zakupu wyrobu medycznego⁵².

[Dowód: akta kontroli str. 4606-4609]

⁴⁹ Np. pisma NFZ z dnia 2 maja 2016 r. (znak BP.0211.30.2016 W.11218.DJK) i z dnia 21 marca 2017 r. (znak BP.0211.28.2017 2017.15913.RS) – uwagi do projektu ustawy o refundacji wyrobów medycznych z kwietnia 2016 r., czy pismo NFZ z dnia 5 lipca 2013 r. (znak NFZ/CF/DSOZ/2013/073/0470/W/17842/EKZ) uwagi do projektu rozporządzenia w sprawie wykazów wyrobów medycznych z czerwca 2013 r., pismo NFZ z dnia 20 czerwca 2017 r. (DSOZ.401.977.2017 2017.32830.EKZ)-uwagi do proponowanych zmian w rozporządzeniu z dnia 29 maja 2017 r.

⁵⁰ W piśmie NFZ z 5 lipca 2013 r. powołano się na kontrolę koordynowaną przeprowadzaną w 2011 r. obejmującą świadczenia realizowane przez świadczeniodawców w ramach kontraktów, gdzie w niektórych przypadkach marże przekraczały 1400%.

⁵¹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2016 r., poz. 2046 ze zm.) oraz rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015 r., poz. 926) określają zasady pomocy udzielanej ze środków PFRON, przez samorząd powiatowy osobom niepełnosprawnym w ramach zadania ustawowego samorządu. Pomoc udzielona ze środków PFRON nie jest świadczeniem obligatoryjnym.

⁵² Wysokość dofinansowania wynosi: do 100% udziału własnego osoby niepełnosprawnej w limicie ceny ustalonym na podstawie odrębnych przepisów, jeżeli taki udział jest wymagany, oraz do 150% sumy kwoty limitu, o którym mowa wyżej, wyznaczonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia oraz wymaganego udziału własnego osoby niepełnosprawnej w zakupie tych wyrobów medycznych, jeżeli cena zakupu jest wyższa niż ustalony limit. W 2016 r. 176 570 osób niepełnosprawnych otrzymało dofinansowanie zaopatrzenia w wyroby medyczne ze środków PFRON będących w dyspozycji samorządów powiatowych w wysokości 139 745,07 tys. zł, a w 2015 r. 200 051 osób niepełnosprawnych, w wysokości 153 721,40 tys. zł.

Minister Zdrowia, w 2016 r., zainicjował wprowadzenie zmian w przepisach regulujących kwestię wyrobów medycznych, poprzez projekt nowelizacji ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw, który częściowo reguluje kwestie refundacji wyrobów medycznych, wprowadzając dla nich zasady ustalania urzędowych cen zbytu oraz urzędową marżę, jednakże projektowana ustawa, mimo upływu kilkunastu miesięcy, nie została skierowana do Sejmu RP⁵³.

Minister Zdrowia poinformował, że z uwagi na złożoność projektowanej regulacji oraz procesu legislacyjnego, a także brak możliwości wpływania na plan prac Rady Ministrów, nie jest możliwe określenie terminu skierowania projektu na dalszy etap ścieżki legislacyjnej. Odnośnie możliwych skutków finansowych nieprawidłowości wynikających z nieprecyzyjnych przepisów dotyczących refundacji wyrobów medycznych Minister podał, iż dane przekazywane przez NFZ były niejednokrotnie obciążone błędem, co uniemożliwiało przeprowadzenie miarodajnych wyliczeń oraz poinformował, że obecnie prowadzone są prace nad nowelizacją rozporządzenia w sprawie wykazu wyrobów medycznych mające na celu m.in. zwiększenie dostępności tych wyrobów.

[Dowód: akta kontroli str. 7322-7343]

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zwraca uwagę, że Minister Zdrowia, niezależnie od procedowanych projektów ustaw, mógł już wcześniej podjąć doraźne działania mające na celu zapobieżenie występowaniu opisanych wyżej negatywnych zjawisk, m.in. poprzez nowelizację aktów prawnych, do których posiada upoważnienie ustawowe⁵⁴. Ponadto wskazuje, że określona przez Ministra Zdrowia sprawozdawczość⁵⁵, w odniesieniu do zaopatrzenia w wyroby medyczne, pozwala jedynie wskazać jakie jest wykonanie refundacji w danej pozycji wskazanej w załączniku do rozporządzenia w sprawie wykazu wyrobów medycznych, natomiast na tej podstawie nie można określić precyzyjnego wykonania odnośnie poszczególnych rodzajów przedmiotów, które Fundusz refunduje⁵⁶. Powyższy stan powoduje, iż nie jest monitorowane faktyczne wykonanie refundacji w tych pozycjach i nie są przeprowadzane analizy odnośnie różnic w kwotach refundacji tych samych przedmiotów oraz wynikające z tego ryzyko wydatkowania środków z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w nadmiernej wysokości.

1.2.6. Leczenie uzdrowiskowe

Opis stanu
faktycznego

W 2016 r. przyjęto do realizacji m.in. priorytetu w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe, a 17 czerwca 2015 r. Prezes NFZ skierował zalecenie do Dyrektorów OW NFZ, aby przy tworzeniu planu finansowego na 2016 r. w miarę możliwości zadbać o to, aby udział planowanych kosztów świadczeń w rodzaju leczenie uzdrowiskowe w kosztach świadczeń ogółem był nie mniejszy niż 1%.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zwraca uwagę, iż plan pierwotny NFZ na 2016 r. przewidywał wykonanie kosztów w pozycji B2.9 lecznictwo uzdrowiskowe w wysokości 639 017 tys. zł, co

⁵³ Numer wykazu prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów UD70, <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12286460>.

⁵⁴ Np. określenie, w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu wyrobów medycznych, limitu finansowania za pojedynczą sztukę poszczególnych wyrobów medycznych, w przypadku których występują liczne nieprawidłowości, tak jak jest to uregulowane m.in. w poz. 90 ww. załącznika: cewniki jednorazowe do odsysania górnych dróg oddechowych do 180 sztuk - 0,80 zł za sztukę, i w kolejnych pozycjach 91, 94-97.

⁵⁵ Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 192, ze zm.).

⁵⁶ Przykładowo w przypadku produktu z pozycji P.100 rozporządzenia, wskazana jest jedynie wartość przekazanej refundacji, bez określenia, czy objęła ona na wkład za 1,50 zł, czy pieluchę anatomiczną o wysokich parametrach za 10 zł.

Opis stanu
faktycznego

stanowiło 0,92% kosztów ogółem. Jedynie w pięciu OW NFZ udział środków w rodzaju leczenie uzdrowiskowe, osiągnął zakładaną wielkość, tj. nie był mniejszy niż 1% kosztów świadczeń ogółem⁵⁷. Ponadto w niektórych OW NFZ plan pierwotny w 2016 r. był określony w tej samej wysokości jak w roku poprzednim, np. w Mazowieckim OW NFZ (102 890 tys. zł), Opolskim OW NFZ (12 700 tys. zł), Śląskim OW NFZ (70 000 tys. zł).

W rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe 16 OW NFZ konstruuje plan zakupu świadczeń dla swoich świadczeniobiorców. Kontraktowanie świadczeń przeprowadzane jest przez 13 kontaktujących OW NFZ na terenie których znajdują się uzdrowiska, na podstawie planów zakupów (a następnie upoważnień finansowych) przekazanych przez pozostałe OW NFZ. Następnie dokonywany jest podział skierowań na wszystkie 16 OW, z uwzględnieniem m.in. liczby i wartości zakontraktowanych świadczeń,.

Na koniec 2014 r. na potwierdzenie skierowania do sanatorium uzdrowiskowego oczekiwało 575 740 osób, a na koniec 2015 r. oczekiwało 652 217 osób, tj. o 76 477 osób więcej. Na dzień 31 grudnia 2016 r. oczekiwało 725 300⁵⁸ osób, tj. o 73 083 więcej niż w 2015 r. i o 149 560 więcej niż w 2014 r. W 2016 r. potwierdzono 333 024 skierowania do sanatorium uzdrowiskowego, w 2015 r. – 325 342 skierowania, a w 2014 r. – 316 036 skierowań. Oczekujący do 12 miesięcy na potwierdzenie skierowania do sanatorium uzdrowiskowego stanowili do 61,07%⁵⁹ oczekujących ogółem (w tym 28,46% mniej niż 6 miesięcy), 23,98% powyżej 12 miesięcy do 18 miesięcy⁶⁰, 11,16% powyżej 18 miesięcy do 24 miesięcy⁶¹, a 3,79% powyżej 24 miesięcy⁶².

Czas oczekiwania pacjentów na świadczenia w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe jest różny dla poszczególnych OW NFZ i zależy przede wszystkim od zainteresowania świadczeniobiorców w poszczególnych województwach tą formą leczenia. Średnia liczba oczekujących skierowań leczenia sanatoryjnego dorosłych z poszczególnych województw, w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców wynosiła 262, w tym np. Dolnośląskim – 422, Śląskim – 348, Mazowieckim – 300, a w Zachodniopomorskim – 129, Podkarpackim – 154. W celu zmniejszenia dysproporcji NFZ zwracał się do Ministerstwa Zdrowia z prośbą o wprowadzenie przepisów prawa, które doprowadziłoby do równego dostępu do świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, poprzez wprowadzenie okresu, po jakim może wpłynąć kolejne skierowanie do OW NFZ od daty

⁵⁷ Dolnośląski 1,18%, Świętokrzyski 1,10%, Lubelski 1,05%, Mazowiecki 1,03% oraz Wielkopolski 1,00%. W pozostałych OW: Kujawsko – Pomorski 0,92%, Lubuski 0,80%, Łódzki 0,92%, Małopolski 0,87%, Opolski 0,76%, Podkarpacki 0,90%, Podlaski 0,96%, Pomorski 0,67%, Śląski 0,84%, Warmiński – Mazurski 0,86%, Zachodniopomorski 0,77%. Centrala NFZ nie ingerowała w dokonany przez poszczególne OW NFZ podział środków pomiędzy poszczególne rodzaje świadczeń, gdyż zgodnie z ustawą o świadczeniach należy do zadań dyrektora OW Funduszu należy m.in. przygotowanie projektu planu finansowego OW Funduszu na rok następny, a także sporządzenie planu zakupu świadczeń oraz realizacja planu finansowego oddziału.

⁵⁸ W tym np. w mazowieckim 120 386 osób tj. o 20 178 niż w 2015 r. i o 43 805 więcej niż w 2014 r.).

⁵⁹ W tym pięciu OW NFZ oczekujący do 12 m-cy stanowili poniżej 60 %, z tego Kujawsko-Pomorskim OW NFZ jedynie 25,13%, natomiast w Lubelskim OW NFZ stanowili 90,49 %, Podkarpackim, Zachodniopomorskim o Wielkopolski powyżej 80%.

⁶⁰ W tym w Dolnośląskim OW NFZ oczekujący w tym przedziale stanowili 40,15%, Kujawsko-Pomorskim OW NFZ 29,82%, Lubelskim OW NFZ 29,28%, Lubuskim OW NFZ 26,28%, Łódzkim OW NFZ 26,18%, Małopolskim i Mazowieckim OW NFZ 26,15%, poniżej 25 % a powyżej 18 % w siedmiu OW NFZ, a w Wielkopolskim OW NFZ 11,02%, Zachodniopomorskim OW NFZ 9,42%.

⁶¹ W tym w Kujawsko – Pomorskim OW NFZ tacy oczekujący stanowili 29,19%, w Dolnośląskim OW NFZ 17,03%, Śląskim OW NFZ 15,71%, Małopolskim OW NFZ 15,71%, Mazowieckim OW NFZ 15,54%, a w pozostałych jedenastu OW NFZ poniżej 10%, w tym w siedmiu OW NFZ poniżej 0,5%.

⁶² Pacjenci oczekiwali w siedmiu OW NFZ, w tym Śląskim OW NFZ stanowili 19,24% oczekujących, w Kujawsko – Pomorskim OW NFZ stanowili 5,53%, w Małopolskim OW NFZ 4,26%, w pozostałych czterech OW NFZ stanowili poniżej 0,5%.

określającej koniec ostatniego potwierdzonego przez Fundusz leczenia uzdrowiskowego⁶³.

Dyrektor DSM wyjaśnił, że na skrócenie kolejek oczekujących ma wpływ wysokość planu finansowego OW NFZ, który to plan musi uwzględniać wszystkie dziedziny medycyny, od stanów pilnych po stany przewlekłe, we właściwej proporcji.

Wykonanie, w rodzaju leczenie uzdrowiskowe, w 2016 r. wyniosło 627 739,48 tys. zł i było wyższe o 2,46% niż w 2015 r. (612 641,14 tys. zł), natomiast w wykonanie planu w Opolskim i Mazowieckim OW NFZ w 2016 r. było niższe niż w 2015 r.⁶⁴ W 2016 r. zrealizowano 409 301 skierowań (tj. o 5 412 skierowań więcej niż w 2015 r. i 56 239 więcej niż 2010 r.⁶⁵) oraz 8 555 131 osobodni (tj. o 106 387 osobodni więcej niż w 2015 r. i o 1 080 372 więcej niż w 2010 r.⁶⁶),

Dyrektor Mazowieckiego OW NFZ poinformował⁶⁷, iż w celu zmniejszenia liczby oczekujących, w 2015 r., skierował dodatkową kwotę w wysokości 1 216,49 tys. zł do Pomorskiego OW NFZ, który zwrócił mu kwotę 1 038,76 tys. zł z powodu braku możliwości zrealizowania zapotrzebowania. Podobna sytuacja miała miejsce w przypadku Dolnośląskiego OW NFZ (kwota zmniejszenia 254 641,00 zł), Podkarpackiego OW NFZ – (zmniejszenie 61 582,50 zł).

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK wskazuje, że leczenie uzdrowiskowe ma na celu zapobieganie rozwojowi choroby, jak również utrzymanie wyników dotychczasowego leczenia, a udzielanie świadczeń uzdrowiskowych, w połączeniu z rehabilitacją, niezwłocznie po zakończeniu leczenia utrwała jego pozytywne efekty, co w konsekwencji ogranicza przyszłe koszty systemu ochrony zdrowia spowodowane nawrotem choroby. Tymczasem czas oczekiwania na udzielenie świadczeń w rodzaju leczenie uzdrowiskowe w sanatorium uzdrowiskowym od 2010 r., ulegał nieprzerwanemu wydłużeniu, mimo wzrostu nakładów na leczenie uzdrowiskowe w latach 2010-2016 o 16,98% z kwoty 536 614,01 tys. zł w 2010 r. do 627 739,48 tys. zł w 2016 r.⁶⁸, przy wzroście kosztów świadczeń zdrowotnych ogółem w tym okresie o 25,28%⁶⁹. Poprawę odnotowano jedynie w przypadku oczekujących na szpital uzdrowiskowy, gdzie liczba osób oczekujących od 2010 r. zmniejszyła się o 31,77%⁷⁰.

Ponadto NIK zwraca uwagę, że w przypadku świadczeń lecznictwa uzdrowiskowego, brak jest możliwości, składania skierowań na leczenie uzdrowiskowe przez świadczeniobiorców do innego województwa, niż to, w którym świadczeniobiorca zamieszkuje⁷¹, co ma wpływ na istniejące znaczne różnice w liczbie oczekujących na świadczenia leczenia uzdrowiskowego między poszczególnymi województwami i naruszają zasadę zapewnienia równego dostępu

⁶³ W latach 2009-2011.

⁶⁴ W Opolskim OW wykonanie kosztów w pozycji B2.9 lecznictwo uzdrowiskowe w 2016 r. wyniosło 12 271,69 tys. zł, tj. o 94,38 tys. zł, mniej niż w 2015 r. (12 366,07 tys. zł), a w Mazowieckim OW NFZ wykonanie kosztów w pozycji B2.9 lecznictwo uzdrowiskowe w 2016 r. wyniosło 96 588,62 tys. zł tj. o 35,72 tys. zł mniej niż w 2015 r. (96 624,34 tys. zł).

⁶⁵ W 2015 r. 403 889, w 2014 r. 395 902, w 2013 r. 394 970, w 2012 r. 381 752, w 2011 r. 368 355 oraz w 2010 r. 353 062.

⁶⁶ W 2015 r. 8 448 744, 2014 r. 8 293 797, 2013 r. 8 322 493, 2012 r. 8 058 985, 2011 r. 7 779 207, 2010 r. 7 474 759.

⁶⁷ Na podstawie art. 29 ust. 2 lit f ustawy o NIK.

⁶⁸ W 2015 r. 612 641,14 tys. zł, w 2014 r. 599 551,98 tys. zł, w 2013 r. 602 120,33 tys. zł, 2012 r. 584 440,44 tys. zł, w 2011 r. 560 888,47 tys. zł.

⁶⁹ W 2016 r. 70 962 832,98 tys. zł, a w 2010 r. 56 643 910,37 tys. zł.

⁷⁰ W 2016 r. 11 723, a w 2010 r. 17 182.

⁷¹ Art. 33 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, który określa, iż leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitacja uzdrowiskowa przysługuje świadczeniobiorcy na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, a skierowanie wymaga potwierdzenia przez oddział wojewódzki Funduszu właściwy ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy.

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

W 2016 r. Fundusz zawarł 144 umowy na lecznictwo uzdrowiskowe ze 144 świadczeniodawcami, w 2015 r. 145 umów ze 146 świadczeniodawcami⁷².

Fundusz przeprowadził 33 kontrole świadczeniodawców w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe: w 2016 r. 25, w 2015 r. oraz 34 w 2014 r.⁷³. W latach 2014-2016, w ramach wewnętrznej kontroli funkcjonalnej i instytucjonalnej, pracownicy Centrali Funduszu przeprowadzili 13 kontroli (jedną w 2016 r.) dotyczących prowadzenia postępowań konkursowych w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe, a także kontroli zadań przez komórki organizacyjne do spraw lecznictwa uzdrowiskowego⁷⁴.

Ponadto, w 2015 r., przeprowadzono w sześciu OW NFZ zadanie audytowe „Proces rozpatrywania i realizacji wniosków na leczenie uzdrowiskowe”, w trakcie których zwrócono uwagę na ryzyko występowania wielu nieprawidłowości⁷⁵.

W 2016 r. zostały rozpatrzone 373 skargi dotyczące realizacji skierowań na leczenie uzdrowiskowe, co stanowiło 62,2% wszystkich skarg i wniosków dotyczących pracy NFZ rozpatrzonych w Funduszu. Pacjenci skarżyli się na sposób kwalifikowania do lecznictwa uzdrowiskowego oraz sposób rozpatrywania i potwierdzania skierowań na leczenie uzdrowiskowe⁷⁶.

[Dowód: akta kontroli str. 383-9381998-2049, 3180-3736, 4793-5032, 7268-7276, 7352-7353]

⁷² W 2014 r. 146 umów ze 167 świadczeniodawcami, w 2013 r. odpowiednio 145 i 150, w 2012 r. 151 i 155, w 2011 r. 154 i 154, w 2010 r. 137 i 89.

⁷³ Typowe nieprawidłowości: wykonywanie umowy niezgodnie z jej postanowieniami, rozbieżności pomiędzy stanem faktycznym stwierdzonym w trakcie kontroli a danymi zgłoszonymi przez świadczeniodawcę do umowy, niezgodność godzin pracy lekarzy wykazanych w harmonogramie, brak dyżurów lekarskich zgodnych z harmonogramem, niespełnienie warunku dot. zatrudnienia pielęgniarek zgodnie z minimalnymi normami zatrudnienia, niewykazanie podwykonawców do umowy, nieprawidłowości związane z zakupem zbyt małej ilości produktów leczniczych/ surowców naturalnych w stosunku do ilości faktycznie wykonanych zabiegów, udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających warunkom określonym w obowiązujących przepisach i umowie, nieaktualizowanie danych o potencjale wykonawczym, nie zapewnienie obowiązkowych zabiegów.

⁷⁴ Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły m.in. nierównego traktowania oferentów, prowadzenie negocjacji w zakresie ustalenia liczby i ceny świadczeń wg kryteriów innych niż określone przez Prezesa NFZ (niemających uzasadnienia w obowiązujących przepisach), brak odpowiedniego zabezpieczenia przez świadczeniodawców pomocy lekarza w przypadku nagłego zachorowania lub pogorszenia stanu zdrowia pacjenta, nieweryfikowanie ofert/ ankiet świadczeniodawców w zakresie spełniania wymaganych warunków, w tym kwalifikacji zgłoszonych dietetyków, a także w kontekście potencjału świadczeniodawców (np. liczby łóżek) oraz równomiernego rozłożenia turnusów, nieposiadanie przez lekarzy specjalistów kursów w zakresie balneologii, przyjęcie wyższej ceny proponowanej przez NFZ do negocjacji z oferentami niż cena oczekiwana oraz nieweryfikowanie ofert w zakresie ceny oferowanych świadczeń, błędne wskazanie w protokołach z części jawnej i niejawnej postępowania informacji o złożonym proteście.

⁷⁵ M.in. na ryzyko podniesienia zarzutu w stosunku do OW o nierównym traktowaniu świadczeniobiorców (niejednolitość postępowania OW w stosunku do zbliżnych przedmiotowo stanów faktycznych), nieprzydzielania skierowań w kolejności określonej na liście świadczeniobiorców, uwzględniającej datę wpływu i profil leczenia (np. przyspieszenie rezerwacji osobie oczekującej na leczenie sanatoryjne w związku ze wspólną rezerwacją z osobą oczekującą na leczenie szpitalne w terminie oczekiwania dla zakresu leczenia szpitalnego), nieprzyjęcia jednolitych i jasnych uregulowań wewnętrznych w zakresie zagospodarowywania tzw. zwrotów przez OW, co uniemożliwia monitorowanie i kontrolę przydzielania skierowań w ramach zwrotów, niemożność wykorzystania systemu informatycznego do pełnego nadzoru nad procesem rozpatrywania i przyznawania skierowań, brak właściwej organizacji procesu rozpatrywania wniosków na leczenie uzdrowiskowe (m.in. rozwiązań kadrowych zabezpieczających realizację wzrastających i nierównomiernie występujących zadań komórki organizacyjnej), nieprzestrzeganie zapisów § 5-7 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 7 lipca 2011 r. w sprawie kierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową (Dz.U. Nr 142, poz. 835), określających termin 30 dni na zakończenie procesu oceny skierowań i poinformowania świadczeniobiorcy. W związku ze stwierdzonymi ryzykami zostały wydane stosowne zalecenia, a następnie przeprowadzone czynności sprawdzające.

⁷⁶ W 2015 r. stanowiły 49,1% (328) wszystkich skarg i wniosków rozpatrzonych w NFZ, a w 2014 r. 39,25% (84) rozpatrzonych w Centrali NFZ.

1.2.7. Koszty świadczeń realizowanych przez pielęgniarki i położne

Opis stanu
faktycznego

Fundusz, w 2016 r., wydatkował środki w wysokości 1 467,7 mln zł⁷⁷, na pokrycie zwiększonych kosztów świadczeń realizowanych przez pielęgniarki i położne, które świadczeniodawcy zobowiązani byli przeznaczyć na wynagrodzenia pielęgniarek i położnych, w związku z realizacją rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁷⁸. W 2015 r. wydatkowano 306,6 mln zł⁷⁹. Dodatkowy wzrost kosztów wynagrodzeń pielęgniarek i położnych nie wiązał się ze zwiększeniem dostępności świadczeń.

Zgodnie z oceną skutków regulacji (OSR) do ww. rozporządzenia, szacowane dla NFZ koszty (bez kosztów ratownictwa medycznego) z tytułu zwiększonych kosztów świadczeń realizowanych przez pielęgniarki i położne w 2016 r. miały wynieść 1 415 mln zł, a w kolejnych latach: 2 476 mln zł w 2017 r., 3 537 mln zł w 2018 r. i 4 244 mln zł od 2019 r. do 2025 r.

W 2016 r. wykonanie ww. kosztów było wyższe od oszacowanych przez Ministra Zdrowia w OSR ww. rozporządzenia o 36,2 mln zł⁸⁰, a w 2017 r. różnica ta jest szacowana już na ponad 130 mln zł.

Minister Zdrowia wyjaśnił, że nie prowadzono analiz, jak zwiększone koszty wynagrodzeń pielęgniarek wpłyną na dostępność świadczeń opieki zdrowotnej, a głównym celem projektowanego rozporządzenia była poprawa poziomu finansowania pracy pielęgniarek i położnych. Wzrost wynagrodzenia pielęgniarek i położnych nie wiąże się, ze wzrostem liczby świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne, a powyższe środki finansowe nie mogą być przeznaczone na inny cel niż wynagrodzenie za pracę pielęgniarek i położnych. W toku prac nad rozporządzeniem nie rozważano pozyskania środków na wynagrodzenia pielęgniarek i położnych z dotacji budżetu państwa⁸¹.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zwraca uwagę, że w 2015 r., w stosunku do 2014 r., nastąpił wzrost kosztów świadczeń opieki zdrowotnej ogółem o 4,4 mld zł, a zwiększone koszty wynagrodzeń pielęgniarek i położnych finansowane ze środków własnych Funduszu wyniosły 0,3 mld, tj. 6,85% wzrostu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej. Natomiast w 2016 r., w stosunku do 2015 r., nastąpił wzrost kosztów świadczeń opieki zdrowotnej o 3,2 mld zł, a zwiększone koszty świadczeń pielęgniarek i położnych wyniosły 1,45 mld zł, tj. aż 45,18% wzrostu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej ogółem.

⁷⁷ W tym z dotacji z budżetu państwa na realizację zadań zespołu ratownictwa medycznego Fundusz otrzymał dodatkowe środki w wysokości 16 530,77 tys. zł, co stanowiło 1,13% środków wydatkowanych z tytułu zwiększonych kosztów świadczeń realizowanych przez pielęgniarki i położne wynagrodzenia.

⁷⁸ Dz. U. z 2016 r. poz. 1628. Obecnie obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146).

⁷⁹ W tym z dotacji z budżetu państwa Fundusz otrzymał w 2015 r. dodatkowe środki w wysokości 4 261,52 tys. zł na koszty świadczeń opieki zdrowotnej realizowane przez pielęgniarki i położne w ramach ratownictwa medycznego, co stanowiło 1,39% środków wydatkowanych z tytułu zwiększonych kosztów świadczeń realizowanych przez pielęgniarki i położne przeznaczonych na wzrost ich wynagrodzeń.

⁸⁰ Tj. o 2,49% niż szacowane w OSR ww. rozporządzenia koszty (różnicę pokryto m.in. z funduszu zapasowego NFZ).

⁸¹ Tak jak w przypadku innych dodatkowych zadań zleczanych do finansowania Funduszowi, np. projektu „leki 75+”, gdzie Minister Zdrowia w 2016 r. przekazał do NFZ dodatkowe środki z dotacji z budżetu państwa w wysokości 125 mln zł, z przeznaczeniem na pokrycie kosztów bezpłatnego zaopatrzenia w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne określone w wykazie przysługujących świadczeniobiorcom po ukończeniu 75. roku życia. Zgodnie z ustawą z dnia 18 marca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 652) świadczeniobiorcom po ukończeniu 75. roku życia, przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne.

Dodatkowo należy zaznaczyć, iż w poprzednich latach wzrost kosztów świadczeń opieki zdrowotnej był znacznie niższy⁸² niż w 2015 r. i 2016 r. co w sytuacji przewidywanych znacznie wyższych kosztów świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne w kolejnych latach (od 2 476 mln zł w 2017 r. do 4 244 mln zł od 2019 r.) stwarza ryzyko ograniczania dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.

Środki na zwiększone koszty świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne były przekazywane na podstawie informacji o liczbie zatrudnionych pielęgniarek i położnych, bez powiązania z realizacją świadczeń opieki zdrowotnej (poza podstawową opieką zdrowotną i umowy w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne). Przekazywanie środków odrębnym strumieniem skutkowało zaniżeniem kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, udzielonych na terenie Polski osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, ponieważ w wycenie świadczeń nie uwzględniano podwyższonych kosztów świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne.

[Dowód: akta kontroli str. 383-575, 1830-1832, 1877-1878, 1892-1893, 7322-7327]

Ocena cząstkowa

Podobnie jak w latach poprzednich, NFZ nie zabezpieczył na 2016 r. świadczeń zdrowotnych w sposób zapewniający ubezpieczonym równy dostęp do nich. W głównej mierze na występowanie istotnych różnic wpływ miały czynniki niezależne od działań Funduszu, m.in. nierównomierne rozmieszczenie bazy leczniczej oraz deficyt lekarzy specjalistów, a w przypadku leczenia uzdrowskiego również regulacje prawne.

2. Wykonanie planu finansowego Funduszu

2.1. Planowanie przychodów i kosztów Funduszu

Opis stanu
faktycznego

Prezes NFZ przedłożył Ministrowi Zdrowia projekt planu finansowego na 2016 r. w dniu 14 lipca 2015 r. Minister Zdrowia zatwierdził sporządzony plan i przekazał go, 23 lipca 2015 r., do zatwierdzenia Ministrowi Finansów.

W dniu 31 lipca 2015 r. Minister Finansów wskazał, iż w przedłożonym planie przewidziano niezrównoważenie przychodów i kosztów na kwotę 926 216 tys. zł, które wynika z uwzględnienia środków zgromadzonych na funduszu zapasowym oraz że NFZ powinien się finansować w ramach posiadanych środków, pochodzących z realnych wpływów i nie angażować środków z funduszu zapasowego, które powinny być zabezpieczeniem na przyszłe okresy.

Minister Zdrowia, 18 sierpnia 2015 r., ponownie zwrócił się do Ministra Finansów o zatwierdzenie planu finansowego wskazując, iż fundusz zapasowy jest sumą wyników finansowych NFZ z lat poprzednich, czyli pokazuje wysokość środków niewykorzystanych w poprzednich okresach na cele statutowe i w związku z tym, z punktu widzenia zasadniczych celów funkcjonowania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, środki finansowe pochodzące ze składek zdrowotnych nie powinny być przetrzymywane na kontach bankowych w BGK, lecz mają być narzędziem do prowadzenia polityki zdrowotnej państwa w zakresie zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych. Ponadto należy mieć na uwadze szczególną rolę publicznego płatnika, jaką jest prawidłowe zabezpieczenie świadczeń opieki zdrowotnej, oraz przyjęty w ustawie o świadczeniach mechanizm finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, który nie opiera się na kalkulacji ryzyka, ani też na adekwatności wielkości składki do wysokości kosztów poniesionych w związku z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej, a na zasadzie bieżącej dystrybucji środków finansowych zarządzanych przez publicznego płatnika, na potrzeby

⁸² W 2014 r. w stosunku do 2013 r. o 1,26 mld zł, i kolejno w 2013 r. o 2,2 mld zł, w 2012 r. o 1,65 mld zł, a w 2011 r. o 1,58 mld zł.

07.08.2017
PŁB

zdrowotne, niezależnie od tego jaka jest faktyczna wysokość środków odprowadzanych przez ubezpieczonego tytułem składki.

Minister Finansów, 18 ^{września} sierpnia 2015 r., przesłał zatwierdzony plan finansowy NFZ.

W planie finansowym na 2016 r. wartość planowanych przychodów ustalono na 72 365 683 tys. zł⁸³, a kosztów na 73 291 899 tys. zł⁸⁴, tj. wyższym niż planowanych przychodów ogółem o 926 216 tys. zł. Powyższe było konsekwencją planowanej w 2016 r. realizacji priorytetów dotyczących zmian w zakresie poziomu finansowania niektórych rodzajów bądź zakresów świadczeń opieki zdrowotnej⁸⁵. Przedmiotową różnicę między poziomem planowanych przychodów i kosztów ogółem Fundusz planował pokryć ze środków funduszu zapasowego przeznaczając je na koszty świadczeń opieki zdrowotnej.

Podziału planowanych na 2016 r. środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej pomiędzy Centralę i poszczególne OW 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 ubezpieczonych⁸⁶.

Zmiany planu zostały wprowadzone zgodnie z ustawą o świadczeniach zdrowotnych. Przewidywały m.in. zwiększenie przychodów o 347 372 tys. zł (tj. o 0,48%), a kosztów o 1 776 817 tys. zł (tj. o 2,42%), w tym kosztów świadczeń zdrowotnych o 2 210 280 tys. zł (tj. o 3,18%). Plan finansowy, po zmianach, przewidywał ujemny wynik finansowy Funduszu w wysokości 2 355 661,00 tys. zł.

[Dowód: akta kontroli str. 383-575, 942-1784, 1914-2049, 7322-7343]

2.2. Przychody Funduszu

Opis stanu
faktycznego

Wysokość zrealizowanych w 2016 r. przychodów ogółem wyniosła 73 849 341,60 tys. zł, co stanowiło 101,56% planu po zmianach i przesunięciach. W porównaniu do 2015 r. były one wyższe o 3 482 889,17 tys. zł. Największy udział w przychodach ogółem stanowiły przychody z tytułu składek na ubezpieczenia zdrowotne z ZUS i KRUS (bez składek z lat ubiegłych), które wyniosły łącznie 70 074 367,48 tys. zł⁸⁷ i były wyższe od planowanych o 801 076,48 tys. zł.

W 2016 r. Fundusz obciążył instytucje łącznikowe w innych państwach UE/EFTA za świadczenia zdrowotne zrealizowane na rzecz osób uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego na kwotę 214 270,72 tys. zł, co stanowiło 135,72% wielkości planowanej (157 873,00 tys. zł).

Wyższa niż planowana realizacja w 2016 r. przychodów z ww. tytułu była niezależna od NFZ i wynikała z wyższej niż planowano wartości zrealizowanych na terenie Polski świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów z innych państw UE/EFTA. Nie dokonywano zmiany planu w tej pozycji przychodów, bowiem na wyższą niż planowana realizację ww. pozycji wpłynęła kwota roszczeń za grudzień 2016 r. w wysokości 112 913,39 tys. zł.

[Dowód: akta kontroli str. 383-575, 1792-1796]

⁸³ Co odpowiadało 104,3% planowanej wartości przychodów określonej w planie finansowym NFZ na 2015 r. (69 352 241 tys. zł).

⁸⁴ Co odpowiadało 105,7% planowanej wartości kosztów, określonej w planie finansowym NFZ na 2015 r. (69 352 241 tys. zł).

⁸⁵ W tym w szczególności skutków: wdrożenia pakietu kolejkowo-onkologicznego, wzrostu ponoszonych przez Fundusz kosztów refundacji leków, wzrostu nakładów na: opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień, opiekę paliatywną i hospicyjną, rehabilitację leczniczą oraz świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie oraz prognozowany wzrost kosztów zaopatrzenia w wyroby medyczne oraz ich naprawy.

⁸⁶ Dz. U. Nr 193 poz. 1495.

⁸⁷ W 2015 r. było 67 090 550,12 tys. zł.

Przychody z tytułu dotacji na sfinansowanie świadczeń, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt. 2a - 2c, 3 i 3b zaplanowano na kwotę 901 139,00 tys. zł, z tego: 455 907 tys. zł z przeznaczeniem na koszty świadczeń wysokospecjalistycznych, 320 232 tys. zł na pozostałe koszty świadczeń (świadczenia finansowane świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni oraz wykonywane poza granicami kraju na podstawie zgody Prezesa NFZ) oraz 125 000 tys. zł z przeznaczeniem na pokrycie kosztów bezpłatnego zaopatrzenia w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne określone w wykazie przysługujących świadczeniobiorcom po ukończeniu 75. roku życia⁸⁸. Wykonanie przychodów w tej pozycji wyniosło 1 161 693,87 tys. zł i było wyższe od planowanych o 260 554,87 tys. zł tj. o 28,91%.

Wyższa, niż planowano, realizacja przychodów w ww. pozycji była związana z uregulowaniem przez Ministra Zdrowia, w dniu 9 listopada 2016 r., zobowiązania wobec NFZ w wysokości 311 742,06 tys. zł, z tytułu przekazania środków za świadczenia udzielone w latach 2013-2014⁸⁹.

[Dowód: akta kontroli str. 383-575, 1789-1796, 2209-2242]

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Po dokonaniu wpłaty przez Ministra Zdrowia, Fundusz nie zmienił planu finansowego, co skutkowało przeznaczeniem ww. środków na zmniejszenie straty finansowej zamiast na realizację dodatkowych świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w 2016 r., podczas gdy wartość niesfinansowanych i świadczeń „nielimitowanych”, zrealizowanych w 2016 r., wyniosła na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych 4 551,62 tys. zł.

Opis stanu
faktycznego

W 2016 r. na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego zaplanowano kwotę 1 870 949,00 tys. zł, a wykonanie wyniosło 1 868 116,82 tys. zł, co stanowiło 99,85% planu po zmianach.

Przychody z pozostałej działalności NFZ wyniosły łącznie 311 441,08 tys. zł i były wyższe od wartości planowanej o 39 580,08 tys. zł, tj. o 14,56%. Natomiast przychody finansowe NFZ, w 2016 r., zostały zaplanowane w wysokości 78 755,00 tys. zł, a wyniosły 82 114,38 tys. zł.

[Dowód: akta kontroli str. 383-575]

Stan środków finansowych NFZ na koniec 2016 r. wyniósł 5 295 956,77 tys. zł, przy 5 247 531,25 tys. zł na koniec 2015 r.

Należności, na koniec 2016 r., wyniosły 6 762 230,83 tys. zł (w 2015 r. 6 607 846,66 tys. zł), w tym 16 554,62 tys. zł stanowiły należności przeterminowane (w 2015 r. było to 23 434,91 tys. zł). Ponadto Fundusz wykazał 22 985,47 tys. zł należności warunkowych (na koniec 2015 r. było to 72 162,64 tys. zł).

Na należności przeterminowane złożyły się należności od świadczeniodawców i aptek w kwocie 5 427,25 tys. zł oraz należności pozostałe w kwocie 11 127,37 tys. zł, które dotyczyły w szczególności nieuregulowanych i nie objętych odpisem aktualizującym należności od instytucji łącznikowych państw członkowskich UE i EFTA za świadczenia zdrowotne udzielone w ramach przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego dotyczące poprzednich okresów.

⁸⁸ Zgodnie z ustawą z dnia 18 marca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 652) świadczeniobiorcom po ukończeniu 75. roku życia, przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne określone w wykazie, o którym mowa w art. 37 ust. 1 ustawy o refundacji. Prezes NFZ 16 września 2016 r. dokonał zwiększenia planowanych przychodów z dotacji z budżetu państwa na finansowanie świadczeń, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt. 2a - 2c, 3 i 3b o kwotę maksymalnego limitu wydatków na ten cel określony w art. 7 ust. 1 ww. ustawy, tj. o 125 000 tys. zł.

⁸⁹ Zgodnie z art. 97 ust. 3 pkt 2a 3 i 3b ustawy z dnia 2 listopada 2015 r. o finansowaniu niektórych świadczeń zdrowotnych w latach 2015-2018 (Dz. U. z 2015 r. poz. 1770), na Ministra Zdrowia nałożony został obowiązek uregulowania ww. zobowiązania w terminie 18 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy, tj. do maja 2017 r.

Fundusz podejmował działania zmierzające do dochodzenia należności przeterminowanych.

[Dowód: akta kontroli str. 96-382, 1180-1184, 1217, 3371-3682]

W latach 2013-2016 wszczęto 1 083 798 spraw mających na celu wydanie przez dyrektorów OW NFZ decyzji administracyjnych, dotyczących potwierdzenia tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego, na kwotę 412 399,54 tys. zł, z czego 774 452 spraw na kwotę 22 561,63 tys. zł nie zostało przekazanych do dalszych czynności wyjaśniających z uwagi na niską wartość jednostkową. Liczba spraw wyjaśnionych wyniosła na koniec 2016 r. 108 653 i obejmowała kwotę 252 324,66 tys. zł (tj. 64,73 % wartości spraw).

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zwraca uwagę, że decyzje administracyjne wydano w stosunku do 22 013 spraw na kwotę 36 362,31 tys. zł, tj. jedynie 19,11 % wartości początkowej spraw. Fundusz, w sprawozdaniu FM 01, zarówno za 2015, jak za 2016 wskazywał na niską liczbę wydanych decyzji w poszczególnych OW NFZ, tj. poniżej 19,11 %, co powiązane z comiesięcznym wzrostem wartości spraw podlegających wyjaśnianiu, może skutkować ryzykiem powstania zaległości w wydawaniu decyzji administracyjnych i ściąganiu należności lub dopuszczenia do przedawnienia należności. W celu zwiększenia liczby wydawanych decyzji Prezes zobowiązywał Dyrektorów OW NFZ, do podjęcia działań, aby nie dopuścić do nieustalenia, niepobrania, niedochodzenia, niezgodnego z przepisami umorzenia, odroczenia spłaty lub rozłożenia na raty albo przedawnienia należności OW NFZ⁹⁰, oraz m.in. dostosowano system informatyczny NFZ, umożliwiając elektroniczne wyjaśnianie sytuacji ubezpieczeniowej.

W związku z nieuregulowaniem w terminie przez część dłużników należnych kwot, w 2016 r. wystawiono i przekazano do organów egzekucyjnych 3 246 tytułów wykonawczych na kwotę 6 326,23 tys. zł, z czego odzyskano 2 484,37 tys. zł, tj. 39,27% wartości⁹¹.

[Dowód: akta kontroli str. 96-382, 866-875, 1220-1265, 2080-2081, 2243-2344, 3371-3682]

Opis stanu
faktycznego

Na koniec 2016 r. Dyrektorzy OW NFZ, w oparciu o art. 109 ustawy o świadczeniach, wydali łącznie 7 728 decyzji w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, tj. o 2 559 mniej niż w 2015 r. (10 287 decyzji), w tym: 7 128 decyzji dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym oraz 600 decyzji dotyczących ustalenia prawa do świadczeń. Od powyższych decyzji złożono 1 873 odwołań, tj. o 1 604 (46,82%) mniej niż 2015 r. (3 447). W 2016 r. rozpatrzono 1 426 odwołań, tj. o 23 odwołania więcej niż w 2015 r. (1 403).

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zwraca uwagę, iż pomimo spadku liczby wniesionych odwołań do Prezesa NFZ o blisko połowę oraz przeprowadzeniu zmian organizacyjnych⁹² i zwiększeniu zatrudnienia o jeden etat w Wydziale Uprawnień Świadczeniobiorców⁹³, nadal do Centrali NFZ wpływa więcej odwołań niż jest rozpatrywanych, a na koniec 2016 r. do rozpatrzenia pozostaje łącznie ponad 6 000 spraw, tj. o 500 spraw więcej niż w 2015 r. NIK już w trakcie kontroli „Realizacji zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 r.” wskazywała na rosnący odsetek odwołań od decyzji dyrektorów

⁹⁰ Zgodnie z art. 50 ust. 20 i 21 ustawy o świadczeniach należności z ww. tytułów zaczęły przedawniać się po 5 latach, tj. w styczniu 2018 r.

⁹¹ W 2015 r. wystawiono i przekazano do organów egzekucyjnych 2 381 tytułów wykonawczych na kwotę 4 671,12 tys. zł, z czego odzyskano 1 628,73 tys. zł tj. 34,87% wartości.

⁹² Tj. wyodrębnienie w strukturze Departamentu Spraw Świadczeniobiorców, w Wydziale Uprawnień Świadczeniobiorców nowej komórki – Działu ds. Uprawnień Świadczeniobiorców do Świadczeń Opieki Zdrowotnej.

⁹³ W dniu 19 września 2016 r. zatrudniono jedną osobę do Działu ds. Uprawnień Świadczeniobiorców do Świadczeń Opieki Zdrowotnej.

OW oraz dużą liczbę nierozstrzygniętych odwołań - na koniec 2015 r., ok. 5 500 odwołań od decyzji Dyrektorów OW NFZ oczekiwało na decyzję Prezesa NFZ.

Fundusz wyjaśnił, że większość spraw dotyczy decyzji z zakresu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu zawartych umów o dzieło noszących znamiona umowy zlecenia, które wymagają zdecydowanie większych nakładów pracy oraz zawierają znacznie bardziej rozbudowane uzasadnienie faktyczne i prawne⁹⁴ oraz wskazał, że jeżeli wprowadzone pod koniec 2016 r. zmiany organizacyjne nie będą przynosić poprawy ww. sytuacji, to podejmie dalsze czynności naprawcze.

Pośród ww. 1 604 odwołań, złożonych w 2016 r., 564 stanowiły odwołania od decyzji dyrektorów OW NFZ w indywidualnych sprawach z zakresu ustalenia obowiązku poniesienia kosztów udzielonych świadczeń (art. 50 ust. 18 ustawy o świadczeniach). Prezes Funduszu rozpatrzył 25 odwołań, a 17 odwołań od decyzji zostało rozpatrzonych przez dyrektorów OW NFZ.

Minister Zdrowia kwestionował prowadzenie postępowań wobec osób nieubezpieczonych, których koszty leczenia poniósł NFZ, a które mogły być zgłoszone do ubezpieczenia, jako członkowie rodzin oraz wskazywał na dużą czasochłonność postępowań wyjaśniających. Po wystąpieniach Prezesa NFZ o zmianę przepisów prawnych dotyczących windykacji świadczeń od ww. osób, Minister Zdrowia, w kwietniu 2016 r., skierował do uzgodnień zewnętrznych projekt ustawy w tym zakresie, a od dnia 12 stycznia 2017 r. obowiązują nowe przepisy, wprowadzone ustawą z dnia 4 listopada 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw⁹⁵.

Fundusz wyjaśnił, że rozpatrzenie tak niewielkiego odsetka odwołań od decyzji dyrektorów OW NFZ wydanych na podstawie z art. 50 ust. 18 ustawy w 2016 r., było związane z procedowaniem ustawy przewidującej wsteczne zgłoszenia dla ww. osób oraz wpływem dużej ilości odwołań z art. 109 ustawy o świadczeniach oraz poinformował, że w 2017 r.⁹⁶ zostało rozpatrzonych 247 odwołań od decyzji wydanych w oparciu o art. 50 ust 18 ustawy o świadczeniach .

[Dowód: akta kontroli str. 866-875, 1220-1265, 2080-2081, 2243-2344, 3371-3682]

2.3. Koszty Funduszu

Opis stanu
faktycznego

Zrealizowane przez NFZ w 2016 r. koszty ogółem wyniosły 73 970 130,04 tys. zł⁹⁷ i stanowiły 98,54% planu. Były one wyższe niż w 2015 r. o 3 409 932,62 tys. zł, tj. o 4,83%.

Wykonanie wybranych kosztów NFZ przedstawia poniższe zestawienie:

⁹⁴ Strony postępowań są zazwyczaj reprezentowane przez wyspecjalizowane kancelarie prawne. W przypadku firm farmaceutycznych są to międzynarodowe kancelarie zaliczające się do największych na świecie.

⁹⁵ Dz. U. poz. 2173. Zgodnie z ustawą nie następuje obciążanie kosztami leczenia, w przypadku zgłoszenia do ubezpieczenia, w terminie 30 dni od dnia udzielenia świadczenia albo 30 dni od dnia poinformowania przez Fundusz o wszczęciu postępowania, jeżeli przyczyną braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej było niezgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego mimo podlegania takiemu zgłoszeniu. Dodano również zapis, (art. 5 ust. 1 ww. ustawy), iż umarza się postępowania wszczęte i niezakończone przed dniem wejścia w życie ustawy, wobec osób, które dopełniły ww. obowiązek najpóźniej w terminie 90 dni od dnia wejścia w życie ustawy.

⁹⁶ Stan na 24 czerwca 2017 r.

⁹⁷ 2015 r. wyniosły 70 560 197,42 tys. zł.

w tys. zł

Wyszczególnienie	Wykonanie 2015 r.	Plan na 2016 r. po zmianach i przesunięciach	Wykonanie 2016 r.	% realizacji planu	Dynamika 2016/2015r.
1	2	3	4	5=4/3	6=4/2
Koszty poboru i ewidencjonowania składek ⁹⁸	129 327,79	134 823,00	135 917,22	100,81%	105,10%
Koszty świadczeń zdrowotnych	67 751 200,67	71 714 146,00	70 962 832,98	98,95%	104,74%
Koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego	1 844 350,34	1 870 949,00	1 868 118,13	99,85%	101,29%
Koszty administracyjne	634 247,36	735 913,00	631 813,15	85,85%	99,62%
Pozostałe koszty	159 203,62	377 461,00	214 434,28	56,81%	134,69%
Koszty finansowe	41 867,64	110 424,00	46 843,59	42,42%	111,88%
Razem	70 560 197,42	75 068 716,00	73 970 130,04	98,54%	104,83%

[Dowód: akta kontroli str.383-575]

3.2.1. Koszty realizacji zadań

Opis stanu faktycznego

W planie finansowym NFZ na 2016 r., z dnia 18 września 2015 r., na koszty realizacji zadań przewidziano kwotę 72 038 663 tys. zł. W trakcie 2016 r. zwiększono plan łącznie o 2,32%, w tym m.in. o 1,57% w rodzaju koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego, a w rodzaju koszty świadczeń opieki zdrowotnej o 3,18%⁹⁹, tj. o 2 210 280 tys. zł, z tego z funduszu zapasowego NFZ pochodziło 1 429 445 tys. zł, rezerwy ogólnej 692 733 tys. zł, dotacji z budżetu państwa 88 102 tys. zł.

Wykonanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej było wyższe od wykonania w 2015 r. o 4,74%, w tym m.in. wyższe o:

- 10,50% w opiece paliatywnej i hospicyjnej (tj. o 43 494,57 tys. zł),
- 9,54% w świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (tj. o 112 845,80 tys. zł),
- 7,50% w podstawowej opiece zdrowotnej (660 213,46 tys. zł),
- 6,87% w świadczeniach zdrowotnych kontraktowane odrębnie (125 186,77 tys. zł),
- ponad 5,00% w leczeniu szpitalnym, zaopatrzeniu w wyroby medyczne oraz ich naprawie, o których mowa w ustawie o refundacji, całkowitym budżecie na refundację.

Niższe wykonanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w 2016 r., w porównaniu do wykonania w 2015 r., nastąpiło m.in. w pozycji koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu o 1,81% (tj. o 2 988,33 tys. zł) oraz w pozycji koszty świadczeń opieki zdrowotnej z lat ubiegłych 56,48% (140 741,23 tys. zł).

Koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego w 2016 r. były wyższe od wykonania w 2015 r. o 1,29%.

⁹⁸ Zgodnie z art. 88 ustawy o świadczeniach koszty poboru i ewidencjonowania składek na ubezpieczenie zdrowotne potrącane są przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w wysokości 0,20% kwoty tej części składek przekazanych do centrali Funduszu, które zostały zidentyfikowane (przypisane do konkretnego ubezpieczonego) również w zakresie wysokości wpłat.

⁹⁹ W rodzaju koszty świadczeń opieki zdrowotnej zwiększenie planu w pozycjach od 0,72% podstawowa opieka zdrowotna do 17,78% leczenie szpitalne, natomiast zmniejszenie w pozycjach od 0,22% leczenie stomatologiczne do 10,11% koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu. Planowane koszty świadczeń z lat ubiegłych zmniejszono o 64,85% tj. do kwoty 136 398 tys. zł.

Ustalono
nieprawidłowości

W 2016 r. przekroczono limit kosztów ustalony w planie finansowym w następujących pozycjach planów OW NFZ:

- w Zachodniopomorskim OW NFZ w pozycjach:
 - B2.9. leczenie uzdrowiskowe o kwotę 60,64 tys. zł, tj. o 0,26%,
 - B2.13. zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawa, o których mowa w ustawie o refundacji o 350,00 tys. zł, tj. o 0,87%,
 - B2.14.3. refundacja środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 18 ustawy o 31,26 tys. zł, tj. o 22,82%,
- w Opolskim OW NFZ w pozycji B2.1. podstawowa opieka zdrowotna o kwotę 128,68 tys. zł, tj. o 0,06%.

W związku z odnotowanymi przekroczeniami planu finansowego na 2016 r. w Funduszu jest prowadzone postępowanie wyjaśniające.

Dyrektor Departamentu Ekonomiczno-Finansowego wyjaśnił, że po zakończeniu postępowania wyjaśniającego, w przypadku ustalenia, że powyższe przekroczenia planu finansowego nosiły znamiona naruszenia dyscypliny finansów publicznych określonego w art. 11 ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych¹⁰⁰, po zatwierdzeniu sprawozdania z wykonania planu finansowego NFZ na 2016 r. przez Ministra Finansów¹⁰¹, Prezes NFZ skieruje stosowne zawiadomienia do rzecznika dyscypliny finansów publicznych.

[Dowód: akta kontroli str. 383-575, 1797-1829, 1833-1867]

Opis stanu
faktycznego

Poniesione przez NFZ w 2016 r. koszty świadczeń zdrowotnych wyniosły 70 962 832,98 tys. zł¹⁰² i były niższe od planowanych o 751 313,02 tys. zł, tj. o 1,05 % (w 2015 r. 1,07%)¹⁰³, z tego:

- w Centrali Funduszu w wysokości 409 795,52 tys. zł, gdzie niewykonanie planu kosztów świadczeń nastąpiło w pozycji rezerwa na koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielone w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej o 368 201,85 tys. zł oraz w pozycji rezerwa na koszty realizacji zadań wynikających z przepisów o koordynacji o 41 593,67 tys. zł.
- w OW NFZ w wysokości 341 517,50 tys. zł, będące następstwem niższej realizacji całkowitego budżetu na refundację o kwotę 105 872,55 tys. zł¹⁰⁴ oraz pozostałych rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej o 235 644,95 tys. zł¹⁰⁵.

[Dowód: akta kontroli str. 383-575]

Wartość świadczeń ponadumownych (ponadlimitowych) nierozliczonych na podstawie ugód i aneksów do umów wykonanych przez świadczeniodawców, których nie ujęto w księgach rachunkowych na dzień 31 grudnia 2016 r. wyniosła 417 063,95 tys. zł, w tym m.in. 250 053,64 tys. zł w rodzaju leczenie szpitalne, 65 843,93 tys. zł w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, 64 315,06 tys. zł w rodzaju rehabilitacja lecznicza. Świadczenia ponadumowne (po aneksach i ugodach) stanowiły 0,58% planowanych na 2015 r. kosztów świadczeń

¹⁰⁰ Dz. U. z 2013 r. poz. 168 ze zm.

¹⁰¹ Po zasięgnięciu opinii Ministra Zdrowia i po uzyskaniu opinii komisji właściwej do spraw finansów publicznych oraz komisji do spraw zdrowia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej.

¹⁰² Były wyższe niż w 2015 r. o 3 211 632,31 tys. zł tj. o 4,74% (67 751 200,67 tys. zł).

¹⁰³ Wskaźnik realizacji planu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w poprzednich latach wynosił: 98,17% w 2014 r., 97,19% w 2013 r., 96,33% w 2012 r., 99,86% w 2011 r., 99,10% w 2010 r., 99,13% w 2009 r., 94,25% w 2008 r.

¹⁰⁴ Niewykonanie w tej pozycji kosztów wynika z przepisów ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2016 r. poz. 1536, ze zm.), które nie przewidują możliwości zmniejszenia kwoty budżetu na refundację i przesunięcia niewykorzystanej części na pokrycie kosztów deficytowych świadczeń zdrowotnych.

¹⁰⁵ M.in. leczenie szpitalne – 136 571,31 tys. zł, ambulatoryjna opieka specjalistyczna – 34 070,72 tys. zł, koszty świadczeń opieki zdrowotnej z lat ubiegłych – 27 953,11 tys. zł.

zdrowotnych NFZ oraz były o 25,34% wyższe niż w roku ubiegłym (332 744,06 tys. zł).

Wartość zawartych ugód pozasądowych, dotyczących zapłaty za świadczenia wykonane w 2016 r., wyniosła 979 854,97 tys. zł, w tym 708 554,39 tys. zł w rodzaju leczenie szpitalne, 118 993,38 tys. zł w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Wartość świadczeń za wykonanie, których świadczeniodawcy zrzekli się zapłaty, w wyniku podpisania aneksów rozliczających umowy, wyniosła 140 375,51 tys. zł (w tym 65 724,62 tys. zł w rodzaju leczenie szpitalne, 24 158,63 tys. zł w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, 23 578,09 tys. zł w rodzaju rehabilitacja lecznicza), a w wyniku ugód pozasądowych – 446 773,60 tys. zł (w tym 317 997,69 tys. zł w rodzaju leczenie szpitalne, 56 204,77 tys. zł w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, 35 121,02 tys. zł w rodzaju rehabilitacja lecznicza).

Wartość niesfinansowanych i niezręczonych świadczeń „nielimitowanych”, zrealizowanych w 2016 r. wyniosła na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych 4 551,62 tys. zł, a na dzień 15 maja 2017 r. – 2 540,75 tys. zł. Na powyższą kwotę składa się m.in. wartość niesfinansowanych przez Świętokrzyski OW NFZ świadczeń z zakresu brachyterapii w wysokości 2 517,06 tys. zł, z uwagi na negatywny wynik przeprowadzonego w 2015 r. postępowania kontrolnego obejmującego realizację świadczeń wykonanych w 2014 r.¹⁰⁶

Jak wyjaśniono, zrealizowane w danym okresie sprawozdawczym świadczenia opieki zdrowotnej, udzielone zarówno ze względu na zagrożenie życia i zdrowia, jak i tzw. planowe, wskazane przez świadczeniodawcę do rozliczeń, finansowane są do poziomu określonego w planie rzeczowo-finansowym stanowiącym załącznik do umowy¹⁰⁷.

[Dowód: akta kontroli str. 87, 251, 1868-1873, 1903-1909, 7220-7262]

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

Opis stanu
faktycznego

Wysokość dokonanych przez Fundusz wydatków z tytułu udzielonych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji w 2016 r. wyniosła 493 485,33 tys. zł, (co stanowiło 92,23% planu), a w 2015 r. 392 604,05 tys. zł.

Koszty świadczeń zdrowotnych udzielonych obywatelom UE/EFTA na terenie Polski w 2016 r. wyniosły 191 095,83 tys. zł i były wyższe o 12,92% w stosunku do 2015 r.

OW NFZ prowadziły weryfikację roszczeń z tytułu udzielenia na terenie państw członkowskich UE/EFTA polskim ubezpieczonym świadczeń zdrowotnych i rejestrowały jej wyniki w Systemie Obsługi Formularzy Unijnych (SOFU). W 2016 r. zakwestionowano 75 roszczeń na łączną kwotę 2 361,15 tys. zł.

[Dowód: akta kontroli str. 383-575, 1900, 2455-2466]

¹⁰⁶ W wystąpieniu pokontrolnym z dnia 12 października 2015 r. negatywnie ze względu na kryterium legalności i rzetelności oceniono sposób sprawozdania do zapłaty świadczeń z zakresu brachyterapii na rzecz około 75% pacjentów, których leczenie i rozliczenie poddano kontroli oraz stwierdzono wysoką kwotę nienależnie pobranych środków finansowych. OW wstrzymał zapłatę za świadczenia ponadlimitowe za rok 2015 i 2016, gdyż analiza porównawcza danych sprawozdawczych potwierdziła utrzymującą się tendencję sposobu rozliczania świadczeń. Sprawa jest przedmiotem postępowania sądowego, a dalsze postępowanie OW w tym zakresie będzie uzależnione od wyroku sądu.

¹⁰⁷ Zgodnie z treścią art. 132 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej wysokość łącznych zobowiązań Funduszu wynikających z zawartych umów ze świadczeniodawcami nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu. Ponadto zgodnie z §14 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów, Fundusz zobowiązany jest do finansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym, do kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy, określonej w umowie.

3.2.3. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielone w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej

Opis stanu faktycznego

W 2016 r. złożono łącznie 10 637 wniosków o refundację kosztów leczenia poza granicami Polski¹⁰⁸ o zwrot kosztów świadczeń udzielonych na terenie innych państw członkowskich UE na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach na łączną kwotę 31 080,35 tys. zł¹⁰⁹. Wnioski dotyczyły świadczeń udzielonych w 21 państwach członkowskich UE.

W 2016 r. zakończonych zostało 9 095 postępowań w sprawie zwrotu kosztów¹¹⁰, a NFZ dokonał zwrotu w stosunku do 9 167 świadczeń opieki zdrowotnej, wykazanych na 7 980 wnioskach w łącznej kwocie 17 658,15 tys. zł¹¹¹, z tego 7 455 wniosków, w stosunku do których dokonano zwrotu dotyczyło leczenia na terenie Czech, tj. 93,42% wszystkich wniosków i stanowiło 92,41% całkowitych kosztów poniesionych na ten cel przez NFZ w 2016 r.¹¹²

Największy udział w wykonanych świadczeniach stanowiły zabiegi usunięcia ząbów w liczbie 7 790 świadczeń w łącznej kwocie 16 831,53 tys. zł, co stanowiło 84,98% liczby wszystkich świadczeń oraz 95,32% łącznej wypłaconej kwoty zwrotu¹¹³, z tego 7 404 świadczenia wykonane na terenie Czech na łączną kwotę 16 008,39 tys. zł¹¹⁴.

W 2016 r. NFZ informował Ministra Zdrowia, że konieczność samodzielnego pokrycia całości kosztów leczenia stała się podstawą do rozwoju komercyjnego rynku usług pośredniczących w organizacji wyjazdu oraz pomocy w wypełnieniu wniosku o zwrot kosztów. Wątpliwości budziła ocena legalności działania pośredników w świetle obowiązujących przepisów oraz kwestia prowadzenia przez nich działalności marketingowej i zarobkowej, mającej na celu zachęcenie polskich świadczeniobiorców do skorzystania ze świadczeń za granicą poprzez udzielenie pomocy w organizacji wyjazdu i uzyskaniu zwrotu kosztów ze strony Funduszu, po poniesieniu przez osobę zainteresowaną kosztów pośrednictwa, gdyż zgodnie z pkt 4 ww. dyrektywy transgranicznej „skutkiem transpozycji niniejszej dyrektywy do prawa krajowego i jej stosowania nie powinno być zachęcanie pacjentów do korzystania z leczenia poza swoim państwem członkowskim ubezpieczenia”¹¹⁵. Ponadto Fundusz podniósł, że działalność zarobkowa firm pośredniczących miała również wpływ na zwiększoną liczbę wniosków składanych w przygranicznych OW NFZ, co pogłębia nierówność w dostępie do świadczeń na podstawie ww. dyrektywy na rzecz województw przygranicznych.

Minister Zdrowia, w odpowiedzi na wystąpienia Funduszu w sprawie interpretacji

¹⁰⁸ Zgodnie z ustawą z dnia 10 października 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach implementującą Dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2014 r., poz. 1491).

¹⁰⁹ Tj. o 118,33% wniosków więcej niż w 2015 r. (4 872 wnioski), na kwotę o 75,18% wyższą niż w 2015 r. (17 741,92 tys. zł).

¹¹⁰ W tym 8 186 postępowań na podstawie wniosków złożonych w 2016 r., 905 w 2015 r. oraz cztery z 2014 r. Rozpatrzenie wniosków z lat poprzednich było związane m.in. z prowadzonym postępowaniem odwoławczym lub skomplikowanym charakterem sprawy.

¹¹¹ W 2015 r. Fundusz dokonał zwrotu w odniesieniu do 3 328 wniosków w łącznej kwocie 8 245,94 tys. zł.

¹¹² Poza świadczeniami usunięcia ząbów, wykonano m.in. 332 świadczenia stomatologiczne wykazane na 40 wnioskach oraz 22 biopsje gruczołowe wspomagane próżnią guza piersi.

¹¹³ W 2015 r. zwrot kosztów za zabieg usunięcia ząbów dotyczył 3 358 świadczeń na kwotę 7 422,31 tys. zł, co stanowiło 75,24% łącznej liczby dokonanych zwrotów i 87,92% wypłaconej kwoty świadczeń ogółem.

¹¹⁴ Poza świadczeniami udzielonymi w Czechach dokonano zwrotu za 374 świadczenia na terenie Niemiec w kwocie 797,24 tys. zł, sześć na Litwie w kwocie 12,76 tys. zł, trzy na Słowacji w kwocie 6,42 tys. zł, dwa we Włoszech w kwocie 4,3 tys. zł oraz jedno w Wielkiej Brytanii w kwocie 2,4 tys. zł.

¹¹⁵ Przykładowo w Dolnośląskim OW NFZ pełnomocnik jednej z firm pośredniczących jednej z firm złożył do 11 grudnia 2015 r. w imieniu 312 świadczeniobiorców wnioski o zwrot kosztów (tj. ok. 25% wszystkich wniosków dot. ząbów), w wyniku rozliczenia otrzymał kwotę w wysokości 441,47 tys. zł. Na dzień 19 kwietnia 2016 r. liczba wniosków złożonych w imieniu świadczeniobiorców przez ww. pełnomocnika wyniosła 562.

07.09.2017
Keli

ustawy o świadczeniach, w związku z wątpliwościami dotyczącymi działalności firm pośredniczących, wskazał, że działania ww. firm mieszczą się w granicach obowiązujących przepisów.

Łączna wartość świadczeń udzielonych w odniesieniu do wniosków złożonych przez „zawodowych pełnomocników” w ogólnej wartości świadczeń w stosunku, do których Fundusz dokonał wypłaty w 2016 r. wyniosła 5 354,5 tys. zł i stanowiła 30,32% łącznej kwoty zwrotu dokonanej przez Fundusz w 2016 r. (17 658,15 tys. zł).

[Dowód: akta kontroli str. 576-938, 1876-1891, 2345-2466, 3737]

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Realizacja planu finansowego w pozycji planu B2.19 "rezerwa na koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielone w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej" wyniosła 17 658,15 tys. zł, co stanowiło jedynie 4,58% planu (385 860 tys. zł), przy czym poziom wykonania kosztów w poszczególnych miesiącach 2016 r. nie przekraczał 6% kwoty planowanej na ten miesiąc, a kwota niewykorzystana na koniec 2016 r. wyniosła aż 368 201,85 tys. zł.

NIK zwraca uwagę, iż Fundusz nie dokonał zmian w tej pozycji planu, poprzez zmniejszenie środków na ten cel i przeznaczenie ich jeszcze w 2016 r. na deficytowe obszary wymagające znacznie większych nakładów finansowych, tak jak miało to miejsce w 2015 r.¹¹⁶ Powyższe środki zmniejszyły zaplanowaną na 2016 r. stratę.

[Dowód: akta kontroli str. 383-575]

3.2.4. Wybrane koszty administracyjne i zatrudnienie

Opis stanu
faktycznego

W planie finansowym NFZ na 2016 r. (po zmianach) koszty administracyjne ustalono na 735 913,00 tys. zł, a ich wykonanie wyniosło 631 813,15 tys. zł (85,85% planu), co stanowiło mniej niż 1% łącznych kosztów Funduszu.

Najwyższą pozycję w planie finansowym stanowiły koszty wynagrodzeń. W pierwotnym planie finansowym NFZ na 2016 r. wartość kosztów wynagrodzeń wyznaczono w wysokości 320 184 tys. zł, a w trakcie 2016 r. zwiększono łącznie o kwotę 16 420 tys., w tym o kwotę 16 124 tys. zł w związku z koniecznością wzmocnienia realizacji zadań NFZ z zakresu informatyzacji, działalności kontrolnej NFZ oraz zadań związanych z rozpatrywaniem indywidualnych spraw z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego.

Koszty wynagrodzeń wyniosły 335 194,23 tys. zł, tj. 99,58% planu po zmianach, co stanowiło 53,01% kosztów administracyjnych. Koszty były wyższe od poniesionych w 2015 r. o 19 255,11 tys. zł, tj. o 6,09%.

Przeciętne zatrudnienie w Centrali NFZ i OW w 2016 r. wyniosło 5 204,58 etatu i było niższe o 197,17 od planu na IV kwartał 2016 r. oraz wyższe o 21,08 etatu w stosunku do 2015 r. Przeciętne miesięczne wynagrodzenie przypadające na etat wynosiło 5 349,97 tys. zł i było o 286,83 zł wyższe niż w 2015 r. W związku z dodatkowymi środkami w wysokości 16 124 tys. zł zwiększono etatyzację o 136 etatów¹¹⁷ w komórkach organizacyjnych: informatyki, kontroli, wydawania decyzji administracyjnych oraz dodatkowo podwyższono wynagrodzenie 583

¹¹⁶ W 2015 r. na świadczenia opieki zdrowotnej udzielonych w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej zaplanowano 376 449 tys. zł. Następnie 29 września 2015 r., w oparciu o wyniki przeprowadzonej w trakcie 2015 r. analizy przewidywanego wykonania poziomu kosztów wskazującej utrzymujący się trend znacząco niższej niż pierwotnie planowano realizacji kosztów z tego tytułu, przesunięto środki finansowe w wysokości 326 449 tys. zł z planu Centrali Funduszu do planów oddziałów wojewódzkich NFZ, z przeznaczeniem na zwiększenie nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej. Wykonanie planu po zm. w pozycji B2.19 (50 000 tys. zł) nastąpiło w wysokości 8 442,02 tys. zł, tj. 16,88%.

¹¹⁷ Wg stanu na 28 czerwca 2017 r. na wspomniane etaty przeprowadzono 262 rekrutacje, w wyniku których zatrudniono 72 osoby.

pracownikom. Fundusz prowadził postępowania rekrutacyjne na poszczególne wakaty.

W 2016 r. w NFZ podwyższono wynagrodzenie 1 533 osobom w wysokości 584,61 tys. zł¹¹⁸, w tym z dodatkowych środków uruchomionych w trakcie 2016 r. 583 osobom w kwocie 233,56 tys. zł. Kwota najniższej podwyżki w 2016 r. wyniosła 20 zł, najwyższej 3 100 zł, a średnia wysokość podwyżki wyniosła 379 zł, (w 2015 r. 319 zł).

Jak wyjaśniono niepełne zatrudnienie, w stosunku do planu etatyzacji na 2016 r., dotyczyło różnych komórek organizacyjnych i wynikało, m.in. z braku zainteresowania potencjalnych kandydatów, nieskutecznych procesów rekrutacji ze względu na niespełnianie oczekiwań (potencjalnych kandydatów do pracy) ofertą finansową i zapowiedziami likwidacji NFZ w niedalekiej przyszłości, większą niż w 2015 r. fluktuacją kadry oraz absencją chorobową pracowników, natomiast zwiększenie liczby etatów (o 136) zostało dokonane jedynie w komórkach realizujących zadania we wskazanych wyżej trzech newralgicznych obszarach. Dodatkowo podwyższono płace 583 pracownikom już zatrudnionym w celu zachowania ciągłości realizacji zadań i ograniczenia odejść z komórek organizacyjnych, do których najtrudniej pozyskać nowych pracowników.

W 2016 r. w Funduszu zatrudniono 416 osób oraz rozwiązano stosunek pracy z 390 osobami, w 2015 r. odpowiednio 364 oraz 320 osobami. Również w 2017 r. występowała wysoka rotacja (w ciągu pierwszych pięciu miesięcy liczba osób zwolnionych wyniosła 145, a kolejne 33 osoby były w okresie wypowiedzenia). Jak wyjaśniono, realizacja zadań OW NFZ nie jest zagrożona, ale jest utrudniona.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zwraca uwagę, że związana m.in. z zapowiadanymi zmianami w służbie zdrowia i planami likwidacji Funduszu, oraz brakiem przedstawiania konkretnych rozwiązań przez Ministra Zdrowia w tym zakresie, zwiększoną rotacją pracowników, stwarza zagrożenie dla prawidłowej realizacji zadań przez płatnika.

Opis stanu
faktycznego

W 2016 r. NFZ wypłacił 161 osobom ekwiwalent za niewykorzystany urlop w kwocie 421,58 tys. zł. (w 2015 r. 134 osobom w kwocie 356,67 tys. zł.), w tym w Śląskim OW NFZ wypłacono ekwiwalent w wysokości 134,63 tys. zł (40 osobom), w Centrali 44,05 tys. zł (10 osobom), w Świętokrzyskim OW NFZ 42,27 tys. zł (14 osobom), w Opolskim OW NFZ 36,5 tys. zł (ośmiu osobom), ponad 26 tys. zł wypłacono w Łódzkim i Podlaskim OW NFZ, w wysokości między 20 tys. zł a 10 tys. zł w sześciu OW NFZ, poniżej 10 tys. zł wypłacono w czterech OW NFZ, a jedynie w Podlaskim OW NFZ nie wypłacano ekwiwalentów za niewykorzystany urlop.

07.08.2017
Arkadiusz

~~Podkarpackim~~

Jako główne przyczyny niewykorzystania urlopu i wypłaty ekwiwalentu wskazano długotrwałą niezdolność do pracy z powodu choroby, trwającą do dnia rozwiązania umowy o pracę, względy organizacyjne (konieczność przekazania swoich zadań współpracownikom, zachowanie ciągłości wykonywanych zadań, nadmiar zadań do wykonania), rozwiązanie umowy z upływem czasu, na który została zawarta, brak możliwości wykorzystania całego urlopu w trakcie okresu wypowiedzenia zwolnienie pracownika.

¹¹⁸ W tym 1 232 osoby otrzymały podwyżki w kwocie do 500 zł, 236 osoby powyżej 500 do 1000 zł, 41 osób powyżej 1 000 zł do 1 500 zł, a 24 osoby powyżej 1500 zł. W 2015 r. przyznano podwyżki 1 104 osobom w kwocie 357, 89 tys. zł, tj. o 429 osobom mniej i w kwocie o 226,72 tys. niższej niż 2016 r. W ww. kwocie ujęto podwyższenie wynagrodzenia 14 osobom w grupie Dyrektorów i Zastępców Dyrektorów OW NFZ w łącznej kwocie 9,2 tys. zł, tj. o sześć osób i 0,68 tys. zł, więcej niż 2015 r. Ponadto w 2016 r. wynagrodzenia Prezesa Funduszu, jego zastępców oraz Dyrektorów OW NFZ podlegały regulacji w związku z ogłoszeniem przez Prezesa GUS przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale 2015 r. (art. 8 ustawy z dnia 3 marca 2000 r. o wynagradzaniu osób kierujących niektórymi podmiotami prawnymi, Dz. U. 2017 r. poz. 1222).

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zwraca uwagę, na wysoką kwotę ekwiwalentu, tj. 421,58 tys. zł wypłaconą przez Fundusz w 2016 r., przy obowiązku dbania o finanse publiczne oraz przestrzegania zasad gospodarności i efektywności przy wydatkowaniu środków publicznych.

Opis stanu
faktycznego

W Funduszu w 2016 r. wypłacono 5 298 osobom premie w łącznej kwocie 33 988,80 tys. zł (10,14% wykonania planu w pozycji wynagrodzenia), tj. o 10 643,22 tys. zł więcej niż w 2015 r.¹¹⁹ W trzech pierwszych kw. 2016 r. w wysokości 16 639,91 tys. zł, a w IV kw. 15 326,66 tys. zł oraz premię roczną w kwocie 2 022,22 tys. zł. Premii nie otrzymał Zarząd NFZ, a Dyrektorzy i Zastępcy Dyrektorów OW NFZ otrzymali premie w kwocie 3,1 tys. zł, pozostali pracownicy otrzymali premie w wysokości 33 985,70 tys. zł.

W NFZ wypłacono w 2016 r. nagrody 1 195 osobom w wysokości 2 434,79 tys. zł (0,73% wykonania planu w pozycji wynagrodzenia), tj. o 780,48 tys. zł więcej niż w 2015 r.¹²⁰ W trzech pierwszych kw. 2016 r. w wysokości 1 098,91 tys. zł, a w IV kw. 1 245,28 tys. zł, oraz nagrodę roczną w wysokości 90,6 tys. zł. Nagród nie otrzymał Zarząd NFZ, a Dyrektorzy i Zastępcy Dyrektorów OW NFZ otrzymali nagrody w kwocie 897,16 tys. zł, pozostali pracownicy otrzymali nagrody w wysokości 1 537,64 tys. zł.

Jak wyjaśniono, w związku z dodatkowymi zadaniami (m.in. związanymi z utworzeniem sieci szpitali w 2017 r.), w ramach posiadanych środków finansowych, w tym dodatkowych przyznanych w 2016 r. w wysokości 16 124 tys. zł, pracownikom przyznano premie uznaniowe i nagrody, w wysokości wyższej niż miało to miejsce w roku 2015.

[Dowód: akta kontroli str. 383-575, 1498-1530, 3035-3054, 3663-3160]

Opis stanu
faktycznego

Wydatki NFZ na usługi obce wyniosły 136 434,54 tys. zł (w 2015 r. było to 153 314,82 tys. zł) i stanowiły 79,38% planu.

Pozostałe koszty obejmujące m.in. wydanie i obsługę kart ubezpieczenia oraz recept, rezerwy na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych wyniosły 214 434,28 tys. zł i były wyższe niż w 2015 r. (159 203,62 tys. zł). Ich wykonanie było niższe od planu po zmianach o 163 026,72 tys. zł (zrealizowano 56,81% planu).

W planie finansowym koszty rezerw zostały zaplanowane na kwotę 205 568 tys. zł, następnie Prezes NFZ 28 grudnia 2016 r.¹²¹ zwiększył wartość planowanych kosztów rezerw o 56 775 tys. zł, tj. do kwoty 262 343 tys. zł, natomiast realizacja w tej pozycji planu wyniosła 111 080,88 tys. zł, co stanowiło 42,34% planu po zmianach i przesunięciach.

W „pierwotnym” planie finansowym „koszty finansowe”¹²² zostały zaplanowane na kwotę 90 266 tys. zł, następnie Prezes NFZ dokonał 28 grudnia 2016 r., zwiększenia planu w tej pozycji do poziomu 110 424 tys. zł. Fundusz poniósł w 2016 r. koszty finansowe w wysokości 46 843,59 tys. zł (co stanowiło 42,42% planu), w tym odsetki

¹¹⁹ W 2015 r. premie otrzymało 5 303 osób w łącznej kwocie 23 345,58 tys. zł.

¹²⁰ W 2015 r. nagrody otrzymało 750 osób w łącznej kwocie 1 654,31 tys. zł.

¹²¹ W związku z wystąpieniami Dyrektorów OW NFZ (w dniach 28 września – 17 października 2016 r.) zwiększenia wartości tej pozycji kosztów, do ich przewidywanego wykonania oraz wystąpieniem z 8 listopada 2016 r. Biura Księgowości, Prezes Funduszu w dniach 16 – 18 listopada 2016 r. wystąpił do Rady NFZ oraz Sejmowych Komisji Zdrowia oraz Finansów Publicznych, a 8 grudnia 2016 r. do Ministra Zdrowia w sprawie zmiany planu finansowego NFZ na 2016 rok. Zmiana została zatwierdzona przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 28 grudnia 2016 r.

¹²² Koszty finansowe obejmują: odsetki za zwłokę w spłacie zobowiązań (w tym zapłacone odsetki od wyroków sądowych dotyczących: świadczeń opieki zdrowotnej oraz zobowiązań wobec pracowników wynikających z Kodeksu Pracy), utworzone rezerwy na odsetki wynikające z postępowań sądowych, ujemne różnice kursowe, pozostałe koszty finansowe.

za zwłokę w zapłacie zobowiązań w kwocie 187,63 tys. zł¹²³, oraz pozostałe koszty finansowe w wysokości 46 655,96 tys. zł, obejmujące utworzone rezerwy na odsetki - 24 243,49 tys. zł, ujemne różnice kursowe 17 974,54 tys. zł, pozostałe – 4 437,93 tys. zł.

Jak wyjaśniono, niewykonanie planu w tych pozycjach wynikało z braku rozstrzygnięć, do czasu zamknięcia ksiąg rachunkowych za 2016 r., spraw toczących się w sądach przeciwko NFZ, o zapłatę za świadczenia opieki zdrowotnej wykonane w latach poprzednich ponad limit określony w umowie.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zwraca uwagę, że część Dyrektorów OW NFZ potrafi prawidłowo zaplanować wykonanie w tych pozycjach kosztów, a część OW NFZ, zwiększając pod koniec roku plan, wykonała go w wysokości w zaledwie kilku procentach m.in. w pozycji F2 rezerwa na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych Zachodniopomorski OW NFZ wykonał plan w 3,38%, a Kujawsko-Pomorski OW NFZ w 9,31%, natomiast Warmińsko-Mazurski OW NFZ nie dokonał żadnych wydatków w tej pozycji.

NIK, już w latach 2010-2013, wskazywała na zawyżanie planu w tych pozycjach i podnosiła potrzebę rzetelnego planowania tych kosztów.

[Dowód: akta kontroli str. 383-575, 1879-1887, 2050-2079, 2082-2208]

Opis stanu
faktycznego

Ponadto NFZ poniósł tzw. „inne koszty” obejmujące m.in. koszty sądowe, zapłacone kary i grzywny, odszkodowania. W planie finansowym po zmianach określono je w wysokości 114 323,00 tys. zł. Wysokość poniesionych kosztów z tego tytułu wyniosła 102 640,33 tys. zł, tj. 89,78% i była blisko pięciokrotnie wyższa niż w 2015 r. (tj. o 81 568,40 tys. zł), w tym z tytułu zapłaconych kar, grzywien i odszkodowań 121,35 tys. zł tj. o 79,23 tys. zł więcej niż 2015 r.

Jak wyjaśniono, wyższa realizacja planu w poz. F4 „inne koszty” w roku 2016 była następstwem poniesienia przez Fundusz kosztów, w łącznej wysokości 121,07 tys., zł z tytułu wyroków i ugód sądowych o odszkodowanie dla byłych pracowników¹²⁴.

[Dowód: akta kontroli str. 383-575, 17858-1788]

Ustalone
nieprawidłowości

NIK zwraca uwagę, iż wartość poniesionych kosztów z tytułu zapłaconych kar, grzywien i odszkodowań była blisko trzykrotnie wyższa niż w 2015 r. (tj. o 79,23 tys. zł). Już w wystąpieniu pokontrolnym z realizacji zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2014 (P/15/059) NIK wnioskowała o wyeliminowanie sytuacji, w których Fundusz ponosi koszty z ww. tytułu, a Prezes NFZ 28 października 2015 r., zobowiązał Dyrektorów OW NFZ do wzmocnienia nadzoru nad prowadzonymi przez podległych pracowników sprawami w celu ograniczenia ryzyka związanego z ponoszeniem przez NFZ kosztów z powyższych tytułów. Fundusz nie podejmował w tym zakresie dodatkowych działań, poza wspomnianymi, wskazując, że ww. wytyczne są nadal aktualne.

¹²³ W związku z zapłatą odsetek, kar i opłat Fundusz skierował w I półroczu 2016 r. sześć zawiadomień o naruszeniu dyscypliny finansów publicznych na kwotę 56,46 tys. zł, w tym w Centrali NFZ 4,76 tys. zł, obejmujących rok 2016 i lata wcześniejsze (wobec wszystkich zawiadomień zostały wydane postanowienia o odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego), a za drugie półrocze 2016 również skierowano sześć zawiadomień na kwotę 989,90 tys. zł, w tym w Centrali NFZ w kwocie 13 23 tys. zł (do dnia zakończenia kontroli sprawy nie zostały zakończone).

¹²⁴ Wyrok sądowy o odszkodowanie dla byłego pracownika Małopolskiego OW NFZ w wysokości 24,27 tys. zł, ugoda sądowa z byłym pracownikiem Świętokrzyskiego OW NFZ w wysokości 7,46 tys. zł oraz ugoda sądowa z byłymi pracownikami Centrali NFZ – polubowne zakończenie sporu z tyt. odszkodowania z powodu niezgodnego z prawem rozwiązania umowy o pracę bez wypowiedzenia w wysokości 89,34 tys. zł.

3.2.5. Zobowiązania

Zobowiązania zewnętrzne na koniec 2016 r. wyniosły 7 349 884,51 tys. zł (w 2015 r. było to 7 096 985,15 tys. zł), z czego zobowiązania wobec świadczeniodawców i aptek wynosiły 7 260 607,39 tys. zł (w 2015 r. było to 7 017 453,32 tys. zł).

Na koniec 2016 r. NFZ nie posiadał zobowiązań wymagalnych.

Kwota nieuregulowanych przez Centralę NFZ zobowiązań z tytułu rozliczeń kosztów świadczeń udzielonych osobom ubezpieczonym na terenie innego państwa członkowskiego wyniosła na koniec 2016 r. 390 191,20 tys. zł (w 2015 r. 309 416,91 tys. zł)¹²⁵.

Dyrektor DWM wyjaśniła, że w latach 2004-2015 Centrala NFZ została obciążona z tytułu kosztów świadczeń udzielonych osobom ubezpieczonym w NFZ na terenie innego państwa członkowskiego kwotą 2 457 097,34 tys. zł, a na koniec 2016 r. kwota ta wzrosła do 3 026 338,65 tys. zł. Dlatego pomimo wzrostu kwot płatności dokonanych z tego tytułu w 2016 r. (412 946,19 tys. zł) w porównaniu do 2015 r. – (300 606,48 tys. zł), kwota nieuregulowanych zobowiązań proporcjonalnie wzrosła.

Fundusz podejmował działania w zakresie uregulowania zobowiązań. Do NFZ nie wpłynęła żadna nota odsetkowa za zwłokę w płatnościach z innego państwa członkowskiego.

[Dowód: akta kontroli str. 96-382, 2357-2362, 2455-2466]

3.2.6. Wynik finansowy

Wynik finansowy NFZ wyniósł (-)120 788,44 tys. zł i wynikał, m.in. z:

- niższych niż planowano:
 - kosztów świadczeń opieki zdrowotnej o 751 313,02 tys. zł,
 - kosztów administracyjnych o 104 099,85 tys. zł,
 - przychodów ze składek z lat ubiegłych o 21 850,56 tys. zł,
- wyższych niż planowano:
 - przychodów ze składki należnej brutto w roku planowania równej przypisowi składki o 801 076,48 tys. zł,
 - przychodów z dotacji z budżetu państwa na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a – 2c, 3 i 3b ustawy o 260 554,87 tys. zł,
 - przychodów wynikających z przepisów o koordynacji o 56 397,72 tys. zł,
 - wyniku na pozostałej działalności o 202 606,80 tys. zł,
 - wyniku na działalności finansowej o 66 939,79 tys. zł.

[Dowód: akta kontroli str. 383-575]

3.2.7. Fundusz zapasowy

Fundusz zapasowy, o którym mowa art. 115 ustawy o świadczeniach, na koniec 2016 r. wynosił 3 000 375 tys. zł¹²⁶. Zgodnie z Uchwałą Rady NFZ¹²⁷ z funduszu zapasowego zostanie pokryta strata na koniec 2016 r. w wysokości (-) 120 788,44 tys. zł.

[Dowód: akta kontroli str. 96-382, 7347]

¹²⁵ W księgach rachunkowych Centrali NFZ kwota nieuregulowanych zobowiązań oraz biernych rozliczeń międzyokresowych kosztów w wysokości prawdopodobnych zobowiązań Funduszu z tytułu rozliczeń kosztów świadczeń udzielonych osobom ubezpieczonym na terenie innego państwa członkowskiego ujęciu memoriałowym wyniosła na koniec 2016 r. 440 911,76 tys. zł (w 2015 r. 348 013,52 tys. zł).

¹²⁶ W 2015 r. 3 194 120 tys. zł, 2014 r. 2 133 094 tys. zł, 2013 r. 1 750 269 tys. zł, 2012 r. 1 464 887 tys. zł, 2011 r. 1 451 175 tys. zł, 2010 r. 3 190 871 tys. zł, 2009 r. 3 885 363 tys. zł, 2008 r. 2 733 246 tys. zł, 2007 r. 970 330 tys. zł, 2006 r. 261 385 tys. zł.

¹²⁷ Nr 16/2017/III z dnia 6 lipca 2017 r. w sprawie pokrycia straty netto NFZ za 2016 r.

3.2.8. Wydatki majątkowe

Zgodnie z rzeczowym planem wydatków inwestycyjnych Fundusz na realizację zadań inwestycyjnych kwotę 93 981,45 tys. zł, a wydatkował 54 772,03 tys. zł (58,28%). Zadania o wartości 6 462,02 tys. zł były w trakcie realizacji¹²⁸. Wartość zadań nierozpoczętych wyniosła 19 324,48 tys. zł, z tego w Centrali NFZ w wysokości 16 238,90 tys. zł, co stanowiło 51,16% planu Centrali i 17,28% planu Funduszu i dotyczyło m.in. zadań, których realizacja uwarunkowana była stosownymi decyzjami MZ, o których nie było wiadomo czy zostaną podjęte i z tej przyczyny nie wycofywano ich z planu¹²⁹.

[Dowód: akta kontroli str. 1899, 6522-6533, 7346-7347]

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działania Funduszu w badanym obszarze, mimo stwierdzonych nieprawidłowości związanych z przekroczeniem limitu kosztów w dwóch OW NFZ oraz wzrostem kwoty zapłaconych kar, grzywien i odszkodowań. NIK zwraca także uwagę na nieprzeznaczenie na świadczenia opieki zdrowotnej w trakcie 2016 r. kwoty w wysokości ponad 700 000 tys. zł, z niewykorzystanych środków z zaplanowanych kosztów świadczeń (m.in. rezerwa transgraniczna oraz koordynacyjna w wysokości 409 795,52 tys. zł) oraz z dodatkowych przychodów (m.in. uregulowanie zobowiązania przez Ministra Zdrowia w wysokości 311 742,06 tys. zł).

3. Systemy informatyczne NFZ oraz system audytu i kontroli, w tym kontroli świadczeniodawców

3.1. Rejestr Usług Medycznych

Opis stanu faktycznego

Do końca I półrocza 2017 r. Fundusz nie wdrożył przewidzianego w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia¹³⁰ Rejestru Usług Medycznych (RUM), zapewniającego autoryzację wykonania świadczenia. Od 2006 r. NFZ prowadził prace nad systemem RUM II, który miał stanowić rozwinięcie systemu RUM pozwalające na zbieranie oraz analizowanie danych związanych z udzielanymi świadczeniami medycznymi finansowanymi ze środków NFZ, m.in. wprowadzenie mechanizmów identyfikacji i uwierzytelniania, a jednym z jego kluczowych komponentów miała być Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego (KUZZ). W dniu 15 lipca 2015 r. Minister Zdrowia podjął decyzję, iż funkcjonalność KUZZ powinna zostać uwzględniona w projektowanym przez Ministra Spraw Wewnętrznych e-dowodzie, co spowodowało wstrzymanie prac nad systemem RUM II oraz podjęcie współpracy z MSW jako instytucją wiodącą. Ministerstwo Cyfryzacji 20 października 2016 r. oraz 10 lutego 2017 r. przedstawiło "Koncepcję wdrożenia polskiego dowodu osobistego z warstwą elektroniczną"¹³¹, zgodnie z którą wydawanie nowych dowodów, które będą służyły m.in. do uwierzytelniania

¹²⁸ W tym w Centrali NFZ postępowanie o udzielenie zamówienia na zakup urządzeń wielofunkcyjnych (412,02 tys. zł), na modernizację systemu sygnalizacji pożaru (450,00 tys. zł) oraz na modernizację sieci LAN (1.200,00 tys. zł). Środki na ich realizację zostały zabezpieczone w planie na 2017 r.

¹²⁹ W związku z brakiem stosownych decyzji Ministerstwa Zdrowia w zakresie formuły kontynuowania projektu RUM II dotyczącego wydania kart KUZZ/KSM, środki na ten cel w poszczególnych pozycjach planu nie były wykorzystane: zakup sprzętu do budowy systemu Card and Application Management System (CAMS) – 2 468 tys. zł, zakup urządzeń do personalizacji w ramach personalizacji uzupełniającej – 250 tys. zł, zakup pakietów oprogramowania i systemów informatycznych do budowy systemu Card and Application Management System (CAMS) – 6 535 tys. zł, zakup pakietów oprogramowania i systemów informatycznych 100 tys. zł.

¹³⁰ Dz. U. z 2016 r. poz. 1535, ze zm.

¹³¹ Dokument był efektem prac ekspertów Ministerstwa Cyfryzacji, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Ministerstwa Zdrowia, realizowanych na podstawie Porozumienia w sprawie wdrożenia dowodu osobistego z warstwą elektroniczną 27 czerwca 2016 r. <https://mc.gov.pl/konsultacje/koncepcja-wdrozenia-polskiego-dowodu-osobistego-z-warstwa-elektroniczna-zapraszamy-do>, <https://mc.gov.pl/aktualnosci/nowa-koncepcja-wdrozenia-polskiego-dowodu-osobistego-z-warstwa-elektroniczna>.

w e-usługach administracji publicznej, elektronicznego podpisywania dokumentów i potwierdzania obecności w placówkach służby zdrowia (KUZ), odbędzie w okresie 10 lat (wariant naturalnej wymiany).

Łączne koszty poniesione w 2016 r. z tytułu realizacji projektu RUM II wyniosły 1 088,48 tys. zł¹³².

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK wskazuje, że częste zmiany koncepcji, dokonywane przez Ministra Zdrowia, utrudniają budowę systemu RUM II, którego wprowadzenie, według Funduszu, ma przynieść oszczędności szacowane na 3 do 6,5 mld zł w zależności od fazy projektu¹³³. Zaoszczędzone środki przeznaczone mogłyby zostać na finansowanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej.

[Dowód: akta kontroli str. 3738, 3749-3927]

3.2. System Informatyczny Wspomagania Działalności

Opis stanu
faktycznego

NFZ używa Systemu Informatycznego Wspomagania Działalności NFZ (SIWDz), który jest dostarczany przez dwóch dostawców¹³⁴ i bazuje na rozwiązaniach architektonicznych stosowanych w 1999 r., a w niektórych przypadkach opiera się na niszowych systemach operacyjnych (tj. IBM i/OS) powodujących ciągły wzrost kosztów związanych z utrzymaniem, rozwojem oprogramowania i infrastrukturą. Równocześnie Fundusz nie posiada autorskich praw majątkowych, dostępu do kodów źródłowych ani licencji do modyfikacji systemu SIWDz, a umowy na konserwację i subskrypcję systemu zawierane są w trybie z wolnej ręki¹³⁵ z właścicielami praw majątkowych i kodów źródłowych.

Prezes Funduszu, podczas procesu negocjacji umów wsparcia SIWDZ na lata 2016-2019 wskazał na potrzebę wsparcia komisji przetargowej przez doradców. Zgodnie z analizami sporządzonymi przez dwóch doradców¹³⁶ umowy zawarte w 2015 r. na usługi subskrypcji i konserwacji SIWDz zostały ocenione jako bardzo niekorzystne dla NFZ, m.in. z braku zabezpieczenia interesów Funduszu w podstawowych obszarach, tj. zasad realizacji usług, odpowiedzialności wykonawcy, samodzielności NFZ w korzystaniu systemu. Wskazano, że przyjęty model współpracy pogłębia uzależnienie Funduszu od dostawców, co w efekcie powoduje wiele niekorzystnych dla NFZ konsekwencji praktycznych, prawnych i finansowych. W związku z przedłużającymi się negocjacjami dotyczącymi zawarcia umów na usługi subskrypcji i konserwacji SIWDz na 2016 r. Fundusz zawarł na okres od 1 stycznia do 31 marca 2016 r. umowy na takich samych warunkach jak obowiązujące w 2015 r.

¹³² Obejmowały koszt III etapu budowy systemu PKI w kwocie 992,98 tys. zł oraz serwis systemu PKI w kwocie 95,50 tys. zł.

¹³³ Z szacunków prowadzonych przez europejskie instytucje ubezpieczeniowe działające w systemie publicznej opieki zdrowotnej wynika, że w rozwiniętych krajach europejskich poziom nieprawidłowości wynosi od 2 % do 5% rocznego budżetu instytucji. Fundusz w latach 2014-2015 przyjął średni budżet roczny z 2013 r. w wysokości 65 mld zł, a poziom nieprawidłowości, których zatrzymanie będzie możliwe przy użyciu kart generujących podpis elektroniczny określono na 1% tego przychodu, co oznacza, że wartość tak oszacowanego strumienia nieprawidłowości rocznie może wynosić 650 mln zł. Ze względu na brak podstaw do określenia wzajemnego stosunku wartości nieprawidłowości możliwych do wyeliminowania z użyciem kart KUZ i KSM przyjęto stosunek 50% na 50%, co biorąc pod uwagę przewidywalny czas przeprowadzenia projektu od 5 do 10 lat, wskazuje na poziom nieprawidłowości od 3 do 6,5 mld zł. Fundusz nie przeprowadzał nowszych opracowań oraz analiz związanych z oszacowaniem potencjalnych nieprawidłowości, niż wyżej podane, brane pod uwagę w ramach pierwotnych prac związanych z wydaniem kart KUZ i KSM.

¹³⁴ Pierwotnie systemy informatyczne zostały stworzone dla Kas Chorych, a następnie zostały przejęte i skonsolidowane przez NFZ.

¹³⁵ Na podstawie ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 2164 ze zm.).

¹³⁶ Z tytułu świadczenia usług doradczych NFZ poniósł w 2016 r. koszt w wysokości 73,3 tys. zł, a w 2015 r. 218,65 tys. zł.

Umowy w nowym brzmieniu¹³⁷ zostały zawarte na okres od 1 kwietnia 2016 r. do 30 marca 2019 r. o łącznej wartości 166 846,52 tys. zł (co stanowi wzrost o 2,5% w stosunku do poprzednio obowiązujących umów).

Fundusz wyjaśnił, iż umowy zostały zawarte na okres trzyletni, w związku z koniecznością zachowania ciągłości działania w zakresie usług świadczonych przez SIWDz jako głównego narzędzia NFZ do realizacji ustawowo określonych zadań¹³⁸ oraz w celu uniknięcia pracochłonności procesu negocjacyjnego i ryzyka z tym związanego (m.in. przedłużanie się procesów negocjacyjnych lub zagrożenie wystąpienia okresów bezumownych związanych z negocjacjami kolejnych umów).

W 2016 r. przeprowadzono audyt zewnętrzny umów dotyczący świadczenia usług subskrypcji i konserwacji SIWDz zawartych 31 grudnia 2015 r.¹³⁹ Wyniki audytu wskazują m.in. na prawidłowe przygotowanie dokumentacji, a także na prawidłowość szacowania roboczogodzin. Jednocześnie zwrócono jednak uwagę na stosowanie przez Fundusz przestarzałych technologii, które wymagałyby docelowo znacznych modyfikacji w istniejących systemach oraz na zagrożenia w obszarze bezpieczeństwa poszczególnych jego elementów¹⁴⁰. W następstwie audytu zewnętrznego dostawcy, w uzgodnieniu z NFZ, zrealizowali, w okresie od stycznia do kwietnia 2017 r., dwa projekty „Realizacja zaleceń poaudytowych – wykorzystanie mechanizmów obfuskacji przy tworzeniu aplikacji opartych o platformę .NET” oraz „Realizacja zaleceń poaudytowych – analiza wykorzystywanych bibliotek firm trzecich w aplikacji opartych o platformę .NET i aktualizacja ich wersji”.

Z tytułu realizacji umów wsparcia SIWDz w 2016 r. NFZ poniósł koszt w łącznej wysokości 55 276,39 tys. zł, w tym z tytułu umów przejściowych w okresie styczeń-marzec 2016 r. w wysokości 13 564,76 tys. zł oraz z tytułu umów trzyletnich w okresie od kwietnia do grudnia 2016 r. w wysokości 41 711,63 tys. zł

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zwraca uwagę, że zawarcie umów na świadczenia usług subskrypcyjnych i konserwacyjnych na okres od 1 stycznia do 31 marca 2016 r. na niekorzystnych warunkach, stanowiło ryzyko dla prawidłowej realizacji usług, jednakże spowodowane było przedłużającym się procesem negocjacji dotyczącym zawarcia

¹³⁷ Umowy z 1 kwietnia 2016 uwzględniały niektóre zmiany przedstawione przez podmioty doradcze m.in. zawarto wyczerpująco opisane pola eksploatacji (umowy potwierdzają, że licencja z lat poprzednich, była udzielona na zasadach, jak z bieżącej umowy oraz zawierają szeroki opis pola eksploatacji licencji na nowe produkty); wprowadzono potwierdzenie legalnego użytkownika (w zakresie naprawy błędu NFZ może wprowadzać modyfikację do Systemu); kara umowna w wysokości wartości trzyletniej umowy przy wypowiedzeniu licencji przez Wykonawcę w czasie krótszym niż 25 lat; obowiązek poinformowania NFZ o: oprogramowaniu osób trzecich wykorzystywanym w Systemie, próbie przeniesienia praw autorskich lub obciążenia ich, o wpływie instalowanych zmian na inne elementy Systemu i infrastruktury przed ich dokonaniem oraz określono, że przeniesienie praw autorskich na inny podmiot, nie spowoduje zaprzestania świadczenia usług wynikających z umowy; poza sytuacją upadłości i likwidacji jak to miało miejsce w umowach 2015 r. przestanką uzyskania dostępu do depozytu kodów źródłowych będzie zaprzestanie świadczenia usług przez okres jednego miesiąca. Umowy nadal mają charakter ryczałtowy, ale usunięto z nich element wątpliwości, czy umowy na subskrypcję i konserwację nie pokrywają się w zakresie świadczonych usług poprzez rozszerzenie katalogów w umowach; pięcioletni okres zobowiązania do zachowania poufności po zakończeniu obowiązywania umów (poprzednie umowy przewidywały okres poufności wyłącznie w czasie ich trwania); trzymiesięczny okres wypowiedzenia dla NFZ, bez możliwości wypowiedzenia umów przez Wykonawców.

¹³⁸ W związku z możliwością trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia przez NFZ każdej z umów bez podania przyczyny, w przypadku skonkretyzowania planów Ministerstwa Zdrowia związanych z likwidacją NFZ, Fundusz będzie miał możliwość terminowej reakcji oraz zaznaczył, że w przypadku likwidacji NFZ budowa nowego systemu informatycznego dla nowego podmiotu, będącego płatnikiem potrwa przez okres co najmniej wielomiesięczny, wieloletni, a w tym okresie wykorzystywany będzie system dotychczasowy, który wymagać będzie wsparcia informatycznego SIWDz.

¹³⁹ Audyt zewnętrzny przeprowadzony na podstawie umowy Nr 4/2016 zawartej 18 stycznia 2016 r. Koszt z ww. tytułu wyniósł 135,3 tys. zł.

¹⁴⁰ M.in. polityki zarządzania hasłami, przesyłania danych nieszyfrowanymi połączeniami HTTP, przestarzałych kompilatorów dla rozwiązań tworzonych w Java, C# i Delphi, zbiorczego testowania systemu dla różnych silników antywirusowych.

umów na 2016 r. na korzystniejszych dla NFZ warunkach oraz zabezpieczenia prawnego świadczenia usług w 2016 r., a także niedopuszczenia do sytuacji jaka miała miejsce w 2015 r., gdzie przez ponad 5 miesięcy usługi były świadczone bez obowiązujących umów.

[Dowód: akta kontroli str. 3738, 4281-4295]

Opis stanu faktycznego

Fundusz, do dnia zakończenia kontroli, nie dysponował zatwierdzoną wieloletnią strategią w zakresie rozwoju systemów informatycznych NFZ¹⁴¹. W „Założeniach do strategii IT” zawarto m.in. analizę stanu obecnego modelu informatyki i organizacji NFZ, propozycję modelu docelowego oraz główne kierunki działań na okres 5 lat.

Prezes NFZ projekt „założeń do strategii IT” przesłał 15 października 2015 r. do Ministra Zdrowia z prośbą o przedstawienie ewentualnych uwag i akceptację, a ponownie w dniu 2 czerwca 2016 r. Fundusz wystąpił Ministra Zdrowia¹⁴², opisując możliwe do przyjęcia przez NFZ kierunki działań w obszarze strategii IT i prosząc o wskazanie wytycznych w tym zakresie dla kierownictwa NFZ. Na ww. pisma Fundusz nie otrzymał odpowiedzi, a 21 grudnia 2016 r. Minister Zdrowia przekazał do wiadomości Prezesa NFZ, pismo skierowane do Dyrektora CSIOZ¹⁴³, informujące, że Minister Zdrowia podjął decyzję w zakresie przejęcia systemów teleinformatycznych NFZ przez CSIOZ (w tym przejęcia zadań, pracowników oraz majątku informatycznego NFZ) oraz rozpoczęcia przez CSIOZ, prac nad budową nowego systemu teleinformatycznego służącego do kontraktowania i rozliczeń świadczeń opieki zdrowotnej w ramach Narodowej Służby Zdrowia.

Minister Zdrowia wyjaśnił, iż w związku z zapowiedzią likwidacji NFZ, od 1 stycznia 2018 r., podjął w grudniu 2016 r. kierunkową decyzję, co do przekazania systemów teleinformatycznych będących obecnie w dyspozycji NFZ do CSIOZ. Nowa strategia rozwoju systemów informatycznych winna zatem uwzględniać zmiany organizacyjne po stronie płatnika oraz skoncentrowanie ośrodka koordynacji projektów informatycznych w ochronie zdrowia w CSIOZ.

Uwagi dotyczące badanej działalności

NIK w Informacji o wynikach kontroli *Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 r.* zwracała uwagę, iż opóźnienia w tworzeniu potrzebnych Funduszowi rozwiązań informatycznych i brak systemowych działań w tym zakresie negatywnie wpływają na działalność Funduszu. W ocenie NIK istotnym warunkiem umożliwiającym Funduszowi prawidłowe funkcjonowanie jest dysponowanie nowoczesnymi rozwiązaniami informatycznymi dotyczącymi w szczególności weryfikacji prawidłowości rozliczanych świadczeń, które powinny się opierać na zaakceptowanej przez Ministra Zdrowia Strategii Informatycznej NFZ, wskazującej cele strategiczne w obszarze informatyki, które później mogłyby być przejęte przez nowego płatnika.

[Dowód: akta kontroli str. 3738, 4087-4096, 4275-4280]

Opis stanu faktycznego

W 2013 r. Fundusz rozpoczął prace związane z projektem „Przygotowanie i budowa Otwartej Platformy Ubezpieczeń Zdrowotnych przez NFZ”, tzw. OPUZ. Projekt zakładał uzyskanie, w postępowaniu otwartym, pełni praw do nowo wytworzonych, dedykowanych funkcjonalności, tak aby umożliwić późniejsze utrzymanie i rozwój oprogramowania w otwartych konkurencyjnych postępowaniach przetargowych. Projekt OPUZ byłby komplementarny z projektami RUMII oraz P1, przy czym jego realizacja nie byłaby zależna od wyników i produktów projektu P1.

¹⁴¹ Sporządzenie wieloletniej strategii IT wynika z zarządzenia Prezesa NFZ Nr 17/2015/GPF z dnia 2 kwietnia 2015 r. w sprawie opracowania i przyjęcia Strategii efektywnego i bezpiecznego zarządzania procesem wsparcia informatycznego kluczowych funkcji i zadań NFZ zmienione zarządzeniem nr 43/2015/GPF.

¹⁴² Pismo znak DI.040.8.10.2016 W.14683.MG.

¹⁴³ Pismo znak: GM.078.29.2016.

W marcu 2016 r. Minister Zdrowia zaakceptował przygotowany przez NFZ wniosek o dofinansowanie, w ramach funduszy europejskich projektu OPUZ zakładającego poniesienie kosztów w wysokości 118 836 tys. zł¹⁴⁴. Wniosek o dofinansowanie przeszedł pozytywną weryfikację formalną w maju 2016 r. i uzyskał pozytywną rekomendację KRMC w czerwcu 2016 r.¹⁴⁵ Minister Zdrowia w piśmie skierowanym do NIK, 11 lipca 2016 r., wyjaśnił m.in., projekt OPUZ (do którego NFZ będzie posiadał także prawa autorskie, co rozpocznie proces demonopolizacji w zakresie głównych systemów informatycznych NFZ) jest projektem, który niezależnie od sytuacji w zakresie zmian w ochronie zdrowia, może być prowadzony, ponieważ w swoich założeniach zakłada centralizację głównych rejestrów i procesów, które i tak powinny być obsługiwane w sposób scentralizowany, niezależnie od zmian w systemie ochrony zdrowia.

Dnia 20 września 2016 r., Centrum Projektów Polska Cyfrowa poinformowało Fundusz, że projekt uzyskał wynik negatywny i tym samym nie został zatwierdzony do realizacji. NFZ złożył protest 4 października 2016 r., a 16 grudnia 2016 r. otrzymał informację o nieuwzględnieniu protestu. Fundusz nie odwoływał się w kolejnej instancji, rozpatrując możliwość wzięcia udziału w nowym naborze (nabór 4 dla działania 2.1 POPC), w którym termin złożenia wniosku do KRMC przesunięto na 15 stycznia 2017 r.

Jednakże, w związku z wyznaczeniem przez Ministra Zdrowia terminu na składanie kompletu dokumentów dla wniosków zgłaszanych w powyższym naborze do 4 stycznia 2017 r.¹⁴⁶ Fundusz odstąpił od złożenia wniosku o dofinansowanie projektu OPUZ, wskazując na niemożność wykonania niezbędnych prac w wyznaczonym terminie (w tym opracowania i przygotowania wszystkich nowych dokumentów wraz z przygotowaniem i przeprowadzeniem prezentacji publicznej projektu), a dodatkowo powołał się na pismo w sprawie przejęcia systemów teleinformatycznych NFZ przez CSIOZ i rozpoczęcia przez ten podmiot prac nad budową nowego systemu w ramach Narodowej Służby Zdrowia.

W związku z projektem OPUZ Fundusz poniósł koszt związany z opracowaniem studium wykonalności z tytułu umowy z zewnętrznym wykonawcą w wysokości 30,75 tys. zł¹⁴⁷ oraz poniesione w latach 2013 – 2016 koszty zatrudnienia osób w NFZ, które brały udział w pracach nad projektem.

Minister Zdrowia poinformował NIK, iż budowa nowego systemu informatycznego, który ma zastąpić systemy informatyczne użytkowane przez NFZ i obejmie część funkcjonalności obecnych systemów informatycznych płatnika została przekazana do CSIOZ, a Dyrektor CSIOZ poinformował, że CSIOZ rozpoczęło prace w zakresie przejęcia zadań, pracowników oraz majątku związanych z systemami

¹⁴⁴ W ramach POPC perspektywy finansowania 2014-2020 działanie 2.1 Wysoka dostępność i jakość e-usług publicznych. Nastąpiło to pomimo przekazywanych przez Ministra Zdrowia na początku 2016 r. wytycznych wskazujących, że w związku z planowaną, zasadniczą reformą systemu ochrony zdrowia, polegającą na likwidacji NFZ, powinny być realizowane tylko te inwestycje, których zaniechanie mogłoby uniemożliwić bieżące i operacyjne funkcjonowanie Funduszu.

¹⁴⁵ Przed posiedzeniem KRMC (Protokół ustaleń nr 1/2016 DI-WRP.002.12.2016 z 20 czerwca 2016 r.). Fundusz prowadził korespondencję mailową z MZ, w związku ze złożonymi do KRMC uwagami CBA dot. projektu OPUZ (m.in. CBA wskazało, że założenia systemu przewidywały konieczność wykorzystania niektórych komponentów SIWDz NFZ, co wiązałoby się z utrzymaniem na kolejne lata uzależnienia Funduszu od dostawców i koniecznością dalszego udzielania zamówień, w trybie niekonkurencyjnym, a także nierealność realizacji harmonogramu, w tym przeprowadzenia zamówień publicznych).

¹⁴⁶ Pismo znak FZR.078.5.2016.KP z dnia 21 grudnia 2016 r. informujące o konieczności przedłożenia kompletu dokumentów dot. wniosku o dofinansowanie projektów naborze dla działania 2.1 POPC do zaopiniowania przez Ministra Zdrowia w terminie do 4 stycznia 2017 r.

¹⁴⁷ Na podstawie umowy Nr 133/2013 z dnia 25 listopada 2013 r. z zewnętrznym wykonawcą KPPM Doradztwo Sp. z o.o., w okresie od 25 listopada 2013 r. do 30 stycznia 2014 r. koszt z tego tytułu wyniósł 30,75 tys. zł.

teleinformatycznymi NFZ, a także budową nowego systemu do kontraktowania i rozliczeń świadczeń w ramach Narodowej Służby Zdrowia¹⁴⁸.

[Dowód: akta kontroli str. 3738-3748, 3928-4086, 4281-4521, 7322-7339, 7349-7351]

W maju 2016 r. Fundusz podjął prace koncepcyjne związane z uruchomieniem rozwiązania informatycznego służącego do elektronicznego potwierdzania uprawnień pacjenta do zaopatrzenia w wyroby medyczne. Dnia 28 października 2016 r. NFZ wystąpił do MZ z prośbą o zgodę na uruchomienie projektu informatycznego, wdrażającego system informatyczny służący do elektronicznego potwierdzania uprawnień pacjenta do zaopatrzenia w wyroby medyczne.

Dnia 2 stycznia 2017 r. Prezes NFZ powołał zespół zadaniowy do spraw automatyzacji procesu obsługi zleceń na wyroby medyczne, którego celem było wypracowanie szczegółowej koncepcji rozwiązania informatycznego mającego na celu zautomatyzowanie procesu obsługi zleceń na wyroby medyczne. W spotkaniach zespołu uczestniczyli przedstawiciele NFZ, Ministerstwa Zdrowia, CSIOZ oraz dostawców oprogramowania dla NFZ. Zespół zakończył prace 6 lutego 2017 r., a w dniu 24 lutego 2017 r. NFZ przesłał do Ministra Zdrowia¹⁴⁹ koncepcję rozwiązania informatycznego wspierającego proces obsługi zleceń na wyroby medyczne, opracowaną przez ww. Zespół, z prośbą o potwierdzenie ostatecznej formy realizacji projektu.

Do Funduszu nie wpłynęła odpowiedź Ministra Zdrowia zarówno na pismo z 28 października 2016 r. jak i z 24 lutego 2017 r.

Fundusz wyjaśnił, że powyższe rozwiązanie przyniesie istotne korzyści świadczeniobiorcom, m.in. ułatwienie oraz skrócenie czasu potwierdzenia zlecenia. Wypracowane przez NFZ rozwiązanie informatyczne przejęłoby w dużej części funkcjonalność projektowaną wspólnie z CSIOZ w ramach projektu P1, której realizacja została wstrzymana i wykorzystane zostałyby prace, wykonane już przez NFZ na potrzeby projektu P1. Realizacja projektu odbywałaby się w ramach zryczałtowanych umów o świadczenie usług konserwacji i subskrypcji SIWDz NFZ. Fundusz nie posiadałby praw autorskich do tego rozwiązania, jednakże NFZ lub jego następca prawny będzie miał prawo licencyjne do korzystania z produktu.

Minister Zdrowia 4 lipca 2017 r. poinformował NIK, iż w związku z podjęciem decyzji o przejęciu przez CSIOZ systemów informatycznych NFZ, a w konsekwencji tego nałożeniem na CSIOZ zadania zbudowania nowego systemu teleinformatycznego wstrzymano prace nad rozbudową o nowe funkcjonalności dotychczasowych systemów teleinformatycznych użytkowanych przez NFZ. Nie ma bowiem uzasadnienia do rozbudowywania obecnie funkcjonujących w NFZ systemów teleinformatycznych (do których NFZ nie ma praw autorskich), w sytuacji, gdy planowana jest budowa od nowa systemu teleinformatycznego służącego do kontraktowania i rozliczeń ze świadczeniodawcami dedykowanego dla przewidywanej struktury Narodowej Służby Zdrowia.

Dyrektor CSIOZ wyjaśnił, iż w chwili obecnej CSIOZ nie prowadzi żadnych działań związanych z realizacją funkcjonalności e-Zleceń, która pierwotnie miała zostać zrealizowana w ramach Projektu P1, a następnie wykluczona w grudniu 2015 r., po ograniczeniu zakresu funkcjonalnego Projektu P1 oraz dodał, iż w związku

¹⁴⁸ Zgodnie z dokumentami zatwierdzonymi przez Ministra Zdrowia, formuła realizacji zakłada budowę zupełnie nowego systemu teleinformatycznego. W związku z powyższym, CSIOZ nie podjęło prac związanych ściśle z samym projektem OPUZ. Aktualnie trwają prace analityczne (opracowano koncepcję modułów służących do rozliczania recept refundowanych) oraz prace nad opracowaniem harmonogramu budowy nowego systemu do kontraktowania i rozliczania świadczeń dla Płatnika. Resort podejmuje także działania służące pozyskaniu finansowania POPC dla projektu budowy nowego systemu.

¹⁴⁹ Pismo znak: DI.040.112017.2017.11401.BWL.

z przygotowaniem nowego modelu zleceń na zaopatrzenia ortopedyczne, nowy system związany z obszarem e-Zleceń realizowany jest obecnie przez zespół powołany przez NFZ, w którego pracach uczestniczą również przedstawiciele CSIOZ.

[Dowód: akta kontroli str. 3738, 4097-4274, 7322-7339]

3.3. Zintegrowany Informator Pacjenta

Opis stanu
faktycznego

W 2016 r. do rejestru ZIP (Zintegrowany Informator Pacjenta) wpłynęło łącznie 1 658 zgłoszeń (w 2015 r. 1 721 zgłoszeń), odnośnie których Fundusz przeprowadził i zakończył 1 126 postępowań wyjaśniających (w 2015 r. 1 471), a w toku były 493 postępowania (na koniec 2015 r. – 250 postępowań), 35 zgłoszeń zostało czasowo zawieszonych. Głównymi przyczynami niezakończenia postępowań wyjaśniających było: przekazanie spraw do organów ścigania, konieczność ponownego wystąpienia do świadczeniodawcy, konieczność przeprowadzenia kontroli u świadczeniodawcy, wpływ zgłoszeń do OW NFZ pod koniec okresu sprawozdawczego¹⁵⁰.

Za zasadne uznano 694 zgłoszenia pacjentów, tj. 61,63% zakończonych postępowań. Fundusz odzyskał kwotę za nienależnie wypłacane środki w wysokości 156 343,60 zł, nałożył 43 kary umowne na kwotę 95 270,52 zł (w 2015 r. 52 kary na kwotę 934 578,89 zł) oraz rozwiązał jedną umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Do prokuratury przekazano 15 zawiadomień o podejrzeniu popełnienia przestępstwa.

Jak wyjaśniono, znaczna różnica w kwotach nałożonych kar umownych wynika z nałożonych w 2015 r. kar umownych przez Podkarpacki OW NFZ, które łącznie wynosiły 809 063,12 zł¹⁵¹.

Największa liczba zgłoszonych nieprawidłowości dotyczyła: ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia stomatologicznego, rehabilitacji leczniczej i refundacji leków. Z 1 658 wszystkich zgłoszeń najwięcej dotyczyło: świadczeń, które nie miały miejsca (1216) i świadczeń, za które pacjent zapłacił, a które zostały wykazane do finansowania przez NFZ (142).

[Dowód: akta kontroli str. 678, 5411-5457]

3.4. Weryfikacja recept

Opis stanu
faktycznego

W trakcie kontroli „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 r.” (P/16/053) NIK ustaliła, że w 2015 r. w 11 302 przypadkach Fundusz refundował recepty na kwotę 708 346,87 zł wystawione na osoby zmarłe, a w 74 039 przypadkach na kwotę 5 613 411,50 zł Fundusz refundował recepty wystawione przez zmarłych lekarzy. NIK oceniła, że zasadnym było rozszerzenie zasad weryfikacji świadczeń rozliczanych w danym roku, tak aby wyjaśniać lub eliminować sytuacje, kiedy rozliczaniu podlegają świadczenia udzielane na rzecz i przez osoby zmarłe.

W związku z powyższymi ustaleniami NIK, OW NFZ pozyskały kopie recept, co do których zachodziło ryzyko wystąpienia nieprawidłowości, a następnie przeprowadziły weryfikację danych apteki, świadczeniodawcy i osoby uprawnionej do wystawiania recepty refundowanej. Uchybienia inne niż błędy sprawozdawcze zostały przekazane do zweryfikowania w trakcie kontroli ordynacji lekarskiej oraz kontroli aptek.

¹⁵⁰ W IV kwartale 2016 r. do ZIP wpłynęło 367 zgłoszeń.

¹⁵¹ POW NFZ w 2015 r. rozwiązał pięć umów i skierował pięć zawiadomień o możliwości popełnienia przestępstwa.

Analiza recept zakwalifikowanych jako wystawione po dacie zgonu pacjenta w około 65% przypadków wykazała niezgodność danych sprawozdawczych z danymi na recepcie. Najczęstsze błędy dotyczyły nieprawidłowo przekazanego numeru PESEL pacjenta oraz daty wystawienia recepty. Stwierdzono też błędy po stronie osoby wystawiającej receptę i błędne daty zgonu w CWU. W 4% przypadków analiza potwierdziła wystawienie recepty po dacie zgonu pacjenta.

Analiza recept zakwalifikowanych jako wystawione po zgonie lekarza wykazała, że w około 98,9% przypadków błędnie przypisano numer wykonywania zawodu do numeru PESEL lekarza, a co za tym idzie błędnie uznano lekarza za zmarłego. W 0,3% przypadków analiza wykazała wystawienie recepty na druku zmarłego lekarza (po zgonie lekarza), a 0,5% przypadków stanowiły błędy sprawozdawcze apteki.

W celu bieżącej weryfikacji przekazywanych raportów aptecznych w ww. zakresie, w ramach realizacji projektu centralnego zarządzania sprawdzieniami, udostępniono sprawdzenie nr 609012016 „Sprawdzenie, czy PESEL na status ZGON w replice CWU” oraz nr 60703001 „Sprawdzenie, czy PESEL lekarza wystawiającego receptę na status 5 ‘NIE ŻYJE’ w replice CWU”.

[Dowód: akta kontroli str. 4610-4729]

3.5. Kontrola świadczeniodawców, ordynacji lekarskich i aptek

Opis stanu
faktycznego

W 2016 r. OW NFZ przeprowadziły łącznie 1843 postępowania kontrolne u świadczeniodawców¹⁵², tj. o 147 mniej (7,39%), niż w 2015 r., w ramach których skontrolowały 1 936 umów (690 w ramach kontroli planowych oraz 1 246 w ramach kontroli pozaplanowych doraźnych), tj. o 159 umów (7,59%) mniej niż w 2015 r. (2 095). Najwięcej umów skontrolowano w rodzaju lecznictwo szpitalne – 28,2%, AOS – 20,9% oraz leczenie stomatologiczne – 17,2%. Łączna wartość umów w kontrolowanych zakresach wyniosła 8 634 147 698,58 zł i była niższa o 19,1% w porównaniu do wartości umów skontrolowanych w 2016 r.

W 2016 r. w wyniku prowadzonych postępowań kontrolnych u świadczeniodawców łączne skutki finansowe wyniosły 50 540,60 tys. zł, tj. o 85 419,32 tys. zł mniej niż w 2015 r. (135 959,93 tys. zł), w tym z tytułu nienależnie przekazanych środków finansowych 34 520, 45 tys. zł oraz nałożonych kar umownych w kwocie 16 020,15 tys. zł. Niefinansowe skutki obejmowały m.in.: rozwiązanie 113 umów, w tym 24 w trybie natychmiastowym, 131 powiadomień o wynikach kontroli organu założycielskiego, 50 powiadomień organów ścigania o podejrzeniu popełnienia przestępstwa, na podstawie których zostało wszczętych 31 spraw¹⁵³.

W 2016 roku oddziały wojewódzkie NFZ łącznie przeprowadziły 954 postępowania kontrolne w zakresie prawidłowości realizacji recept w aptekach, tj. o 344 postępowania kontrolne mniej niż w 2015 r. (26,50%). W toku przeprowadzonych kontroli aptek zakwestionowano łącznie 75 985 recept o wartości 5 565,94 tys. zł

¹⁵² Typowe nieprawidłowości ujawniane w toku kontroli stanowiły m.in. zawyżanie wartości rozliczanych świadczeń, w szczególności zrealizowanych w toku hospitalizacji, realizacja świadczeń w warunkach leczenia szpitalnego, które powinny zostać zrealizowane w trybie ambulatoryjnym, brak w dokumentacji medycznej potwierdzenia udzielonych świadczeń, udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach lub umowie, brak lub ograniczeni dostępności do świadczeń, brak wymaganego wyposażenia w sprzęt lub brak wymaganych dokumentów potwierdzających dopuszczenie aparatury do użytku, prowadzenie list oczekujących w sposób naruszający przepisy prawa, nieuzasadniona odmowa udzielania świadczeń świadczeniobiorcy

¹⁵³ Dane z 15 OW NFZ, bez Zachodniopomorskiego OW NFZ, który nie dysponował informacją, ile postępowań zostało wszczętych.

oraz nałożono kary umowne w kwocie 535,68 tys. zł, a łączna wartość z tego tytułu wyniosła 6 101,61 tys. zł i była o 1 365,49 tys. zł wyższa niż w 2015 r.¹⁵⁴

W 2016 r. oddziały wojewódzkie NFZ przeprowadziły 450 kontroli ordynacji lekarskiej (tj. o 21,19% mniej niż w 2015 r., w którym przeprowadzono 571 kontroli), z czego 90 kontroli dotyczyło lekarzy wystawiających recepty w oparciu o umowy indywidualne na wystawianie recept na leki i wyroby medyczne objęte refundacją, a 360 kontroli obejmowało realizację umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ordynacji lekarskiej. Skontrolowano 1 107 lekarzy. Ogółem wartość kontrolowanej ordynacji w 2016 r. wynosiła 39 927,64 tys. zł, tj. o 9 170,20 tys. zł więcej niż 2015 r. (30 757,44 tys. zł).

W wyniku przeprowadzonych kontroli ordynacji lekarskiej w 2016 r, ustalono do zwrotu kwotę 9 513,67 tys. zł (tj. o 6 761,55 tys. zł wyższą niż w 2015 r.¹⁵⁵), w tym wartość zakwestionowanej ordynacji wyniosła 8 944,27 tys. zł, a kar umownych 569,40 tys.

Łącznie w NFZ przeprowadzono 3 247 kontroli świadczeniodawców, ordynacji lekarskiej oraz aptek, tj. o 612 (15,86%) mniej niż w 2015 r. (3 859), w których ustalono do zwrotu środki w wysokości 66 155,88 tys. zł, tj. o 77 292,28 tys. zł (53,88%) niższej niż w 2015 r. (143 448,17 tys. zł).

Dyrektor Departamentu Kontroli wyjaśniła, że zmniejszenie skutków finansowych kontroli, wynika ze zmiany obszarów objętych kontrolą w 2016 r. Przeprowadzane kontrole nie wiązały się bezpośrednio z kwestionowaniem rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej, jak w latach poprzednich, ale z kompleksowym podejściem do kontrolowanych obszarów oraz były bardziej czasochłonne¹⁵⁶. Ponadto wskazała na spadek potencjału kadrowego (w szczególności osób posiadających wykształcenie medyczne i farmaceutyczne) spowodowany odpływem pracowników w związku z niejasną sytuacją dotyczącą przyszłości NFZ, wysoką fluktuacją kadr realizujących zadania kontrole, co zostało również stwierdzone przez NIK¹⁵⁷, w aspekcie wpływu na liczbę wykonanych kontroli, wielokrotnymi, bezskutecznymi rekrutacjami, długotrwałymi absencjami chorobowymi.

[Dowód: akta kontroli str. 576-938, 2520-2521, 5096-5510]

Według stanu na dzień 31 grudnia 2016 r. w Funduszu na 430,86 etatach było zatrudnionych 437 kontrolerów, wykonujących kontrolę świadczeniodawców, aptek, oraz ordynacji lekarskich (średniorocznie 426,56 osób na 420,75 etatach), w tym 300 osób mających wykształcenie (główne) medyczne lub farmaceutyczne na 294,61 etatach oraz 51 osób mających wykształcenie średnie medyczne lub farmaceutyczne na 51 etatach. Przybliżony łączny koszt, w 2016 r., związany z zatrudnieniem i wykonywaniem obowiązków przez osoby kontrolujące, obejmujący

¹⁵⁴ W toku przeprowadzonych w 2015 r. kontroli aptek zakwestionowano łącznie 89 442 recepty o wartości 4 234,48 tys. zł oraz nałożono kary umowne w kwocie 501,65 tys. zł.

¹⁵⁵ Łącznie w wyniku przeprowadzonych kontroli ordynacji lekarskiej w 2015 r. ustalono do zwrotu kwotę 2 752,11 tys. zł, w tym wartość zakwestionowanej ordynacji wyniosła 2 102,55 tys. zł, a kar umownych 649,56 tys. zł.

¹⁵⁶ Zgodnie ze strategią działalności kontrolnej NFZ na lata 2016-2018 w ramach priorytetów na 2016 r. wykonywane były kontrole jakości warunków do udzielania świadczeń, realizacji zadań przez podmioty związane umowami o podwykonawstwo zawarte ze świadczeniodawcami, spełnianie minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych oraz prowadzenia list oczekujących. Przy kontrolach ordynacji lekarskiej znaczna część kontroli prowadzona była we współpracy z organami ścigania, co wiązało się z zaangażowaniem kontrolerów w czynności związane z weryfikacją i przygotowaniem obszernej dokumentacji oraz udział w rozprawach sądowych oraz przeprowadzone, na zlecenie Ministerstwa Zdrowia, czasochłonne kontrole doraźne dotyczące importu docelowego leków, natomiast odnośnie aptek, kontrole dotyczące leków recepturowych, zamkniętych aptek oraz weryfikacji dużej liczby recept na zlecenie prokuratury i sądu.

¹⁵⁷ Informacja o wynikach kontroli nr P/12/142 „Prowadzenie kontroli świadczeniodawców oraz weryfikacja wykonania zakontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia”, str. 5, 15-19.

wynagrodzenia w wysokości 36 090,80 tys. zł¹⁵⁸ oraz pozostałe koszty¹⁵⁹ wysokości 1 371,86 tys. zł, wyniósł 37 462,67 tys. zł, tj. średniorocznie na jedną osobę 87,83 tys. zł, a na jeden etat 89,04 tys. zł.

Według stanu na dzień 31 grudnia 2015 r. w Funduszu na 426,11 etatach było zatrudnionych 433 kontrolerów, wykonujących kontrolę świadczeniodawców, aptek, oraz ordynacji lekarskich (średniorocznie 441,61 osób na 433,71 etatach), w tym 294 osoby mające wykształcenie (główne) medyczne lub farmaceutyczne na 289,06 etatach oraz 55 osób mających wykształcenie średnie medyczne lub farmaceutyczne na 55 etatach. Przybliżony łączny koszt, w 2015 r., związany z zatrudnieniem i wykonywaniem obowiązków przez osoby kontrolujące, obejmujący wynagrodzenia w wysokości 34 426,75 tys. zł oraz pozostałe koszty wysokości 14 42,61 tys. zł, wyniósł 35 869,36 tys. zł, tj. średniorocznie na jedną osobę 81,22 tys. zł, a na jeden etat 82,70 tys. zł.

W 2016 r. na jedną osobę zatrudnioną, wykonującą zadania kontrolne przypadła zwrot środków ustalonych w toku kontroli świadczeniodawców, ordynacji lekarskiej oraz aptek w wysokości 155,09 tys. zł (na jeden etat 157,23 tys. zł), a w 2015 r. na jedną osobę przypadało 324,83 tys. zł (na jeden etat 330,75 tys. zł).

W 2016 r. na jedną złotówkę wydatkowaną w związku z zatrudnieniem kontrolującego przypadały ustalenia finansowe w wysokości jednego złotego i 74 groszy (na jeden etat 1,79 zł), natomiast w 2015 r. na jedną osobę zatrudnioną przypadały cztery złote (na jeden etat 4 zł).

Na jedną osobę zatrudnioną wykonującą zadania kontrolne średnio na rok w 2016 r. przypadało 7,61 kontroli (na jeden etat - 7,72 kontroli), a w 2015 r. na jedną osobę przypadało 8,74 kontroli (na jeden etat - 8,90 kontroli).

NIK zwraca również uwagę na istotną ponad 10% rotację w komórkach kontrolnych Funduszu. W 2016 r. do komórek kontroli Funduszu przyjęto w naborach zewnętrznych oraz wewnętrznych z innych komórek 84 osoby, w tym 27 lekarzy, a odeszło 60 osób, w tym 29 lekarzy. W 2015 r. do komórek kontroli przyjęto w naborach zewnętrznych oraz wewnętrznych z innych komórek Funduszu 70 osób, w tym 17 lekarzy, a odeszło 64 osoby, w tym 22 lekarzy¹⁶⁰.

[Dowód: akta kontroli str. 3055-3069, 3161-3179]

3.6. Kontrola wewnętrzna

Opis stanu
faktycznego

Kontrola wewnętrzna w Centrali NFZ w 2016 r. realizowana była, w ramach kontroli instytucjonalnej, przez Dział Kontroli Wewnętrznej Departamentu Kontroli, a kontrola funkcjonalna, w zakresie nadzoru merytorycznego, była sprawowana przez właściwe komórki organizacyjne Centrali. W 2016 r. komórki organizacyjne Centrali przeprowadziły łącznie 57 kontroli¹⁶¹, w tym 21 w ramach kontroli instytucjonalnej (siedem kontroli planowych, 13 doraźnych, jedna koordynowana) oraz 36 kontroli w ramach kontroli funkcjonalnej (30 kontroli planowych, sześć doraźnych). Wszystkie kontrole zaplanowane w ramach kontroli instytucjonalnej zostały

¹⁵⁸ Pracownicy Centrali NFZ doraźnie uczestniczyli w kontrolach u świadczeniodawców, w kosztach Centrali NFZ wykazano koszt wynagrodzenia za dni przeprowadzenia kontroli, w tym szkolenia centralne dla kontrolerów.

¹⁵⁹ Wybrane koszty związane z kontrolą, bez kosztów wynagrodzeń wraz z pochodnymi osób wykonujących powyższe zadania: koszty usług pocztowych, koszty paliwa wydatkowanego z tytułu użytkowania samochodów służbowych lub prywatnych do celów służbowych, koszty biletów, koszty delegacji oraz inne dające się wyodrębnić.

¹⁶⁰ Wśród osób przyjętych do komórek kontrolnych wykazano trzech audytorów, a wśród osób, które odeszły dziewięciu audytorów.

¹⁶¹ Spadek w porównaniu do 2015 r. o 6,56 % (z 61).

wykonane, natomiast w ramach kontroli funkcjonalnej trzy kontrole nie zostały przeprowadzone z uwagi na ograniczenia kadrowe.

[Dowód: akta kontroli str. 691-695, 4730-4972, 5511-5605]

3.7. Audyt wewnętrzny

Opis stanu
faktycznego

Realizując wniosek pokontrolny z kontroli *Realizacji zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 r.* (P/16/053), dotyczący podjęcia działań w celu zapewnienia komórce Audytu Wewnętrznego bezpośredniej podległości Prezesowi NFZ i warunków niezbędnych do niezależnego prowadzenia audytu wewnętrznego, zgodnie z art. 282 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych¹⁶², Prezes NFZ w dniu 29 grudnia 2016 r. wystąpił do Ministra Zdrowia z wnioskiem o rozważenie wprowadzenia zmian do statutu NFZ, polegających na utworzeniu w Centrali NFZ, w miejsce Departamentu Kontroli, odrębnych komórek organizacyjnych – Biura Kontroli Wewnętrznej oraz Biura Audytu Wewnętrznego.

Jednocześnie w dniu 4 kwietnia 2017 r., poprzez zmianę Regulaminu organizacyjnego Departamentu Kontroli w Centrali NFZ, wprowadzono bezpośrednią podległość Wydziału Audytorów Wewnętrznych Prezesowi NFZ.

Plan audytu wewnętrznego sporządzony był zgodnie z art. 283 ust. 3 i 4 ustawy o finansach publicznych oraz §§ 8 i 9 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 4 września 2015 r. w sprawie audytu wewnętrznego oraz informacji o pracy i wynikach tego audytu¹⁶³, a także był poprzedzony analizą ryzyka przeprowadzoną zgodnie z § 7 ww. rozporządzenia.

W analizie ryzyka audytu wskazano 11 zadań, dla których wykazano ryzyko nieakceptowalne (po ocenie istotności i prawdopodobieństwa), z tego sześć zadań zostało przeprowadzonych w 2016 r., a trzy zaplanowano na 2017 r. Dwa zadania audytowe, dla których wykazano ryzyko nieakceptowalne nie zostały ujęte w planach audytu: *Kontraktowanie/aneksowanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju AOS oraz Wydatki administracyjne do 30 tys. euro - Planowanie i realizacja.*

Jak wyjaśniono, wynik analizy ryzyka jest wyjściowym, ale nie jedynym czynnikiem decydującym o zawartości planu audytu na kolejny rok. Nie ma również zasady, iż każde zadanie z ryzykiem ocenionym jako nieakceptowalne powinno znaleźć się w planie.

W Planie audytu na 2016 r., po analizie dostępnych zasobów kadrowych, uwzględniono sześć obszarów z najwyższym ocenionym ryzykiem (o wartości końcowej 0,75 i 0,74) i największym potencjałem audytowym (najwyższym ocenionymi możliwościami uzyskania w wyniku audytu wartości dodanej dla NFZ). Trzy tematy wskazane zostały jako zadania na 2017 rok, gdyż ich ryzyko końcowe również osiągnęło wartość 0,74 (przydział do poszczególnych lat tematów z jednakową końcową oceną został przeprowadzony na podstawie głosowania audytorów wewnętrznych, dokonujących analizy ryzyka). Klasyfikacja ryzyka jako „nieakceptowalne” ma charakter pomocniczy i nie warunkuje konieczności ujęcia zadania w planie.

W celu opracowania planu audytu na 2017 rok, przeprowadzona została ponowna analiza ryzyka, w wyniku której ostatecznie w planie na ten rok nie znalazły się trzy zadania wytypowane rok wcześniej, przy planowaniu na 2016 rok.

¹⁶² Dz. U. z 2016 r. poz. 1870, ze zm.

¹⁶³ Dz.U. z 2015 r. poz. 1480, ze zm.

W sprawozdaniu z prowadzenia audytu wewnętrznego podano, że w 2016 r. przeprowadzono 15 tematów zadań audytowych (osiem zapewniających, w tym jedna pozaplanowa oraz siedem doradczych)¹⁶⁴. Przeprowadzono 11 czynności sprawdzających planowych oraz jedną pozaplanową w obszarze ryzyka „Zarządzanie, Organizacja”.

[Dowód: akta kontroli str. 697-699, 2606-2607, 5606-5656]

3.8. Kontrola bieżącej działalności Funduszu przez Radę NFZ

Opis stanu
faktycznego

Realizując zadania wynikające z art. 100 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach, tj. kontrolę bieżącej działalności Funduszu we wszystkich dziedzinach jego działalności, Rada NFZ m.in. zasięgała od Prezesa NFZ informacje kwartalne z realizacji planu pracy NFZ, zapoznawała się z informacjami dotyczącymi realizacji rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych. Ponadto, zgodnie z art. 100 ust. 1 pkt 6 ustawy, Rada zasięgała na bieżąco informacji o realizacji planu finansowego, w szczególności o spływie składki na ubezpieczenie zdrowotne, kosztach w poszczególnych rodzajach świadczeń zdrowotnych.

Rada Funduszu nie wnioskowała do Prezesa NFZ o przeprowadzenie prawidłowości postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub ich realizacji.

[Dowód: akta kontroli str. 669-672, 2471-2639]

3.9. Kontrola zewnętrzna, w tym nadzór i kontrola Ministra Zdrowia i Ministra Finansów

Opis stanu
faktycznego

W 2016 r. w Centrali Funduszu Minister Zdrowia przeprowadził cztery kontrole:

- Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) – Etap I. Opracowanie modeli zintegrowanej/koordynowanej opieki zdrowotnej dla Polski. Projekt nr POWER.05.02.00-00-0150/15,
- wizyta monitoringowa w projekcie pt. „Przygotowanie, przestrzeganie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki okołoporodowej” (OOK),
- zbadanie działalności Centrali NFZ w zakresie wybranych aspektów funkcjonowania Departamentu Gospodarki Lekami NFZ w okresie od 1 stycznia 2014 r. do 30 września 2015 r.,
- zbadanie działalności Prezesa NFZ w zakresie prawidłowości rozpatrywania zażeń w sprawie rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo szpitalne oraz lecznictwo szpitalne w zakresie świadczeń wysokospecjalistycznych w okresie od 1 stycznia 2014 r. do 31 grudnia 2015 r. Kontrola pozostaje w toku.

Ponadto Ministerstwo Zdrowia zakończyło kontrolę rozpoczętą w 2015 r. w zakresie wybranych aspektów funkcjonowania jednostki w zakresie prowadzenia i utrzymania elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych (okres objęty kontrolą 1 grudnia 2015 r. – 15 stycznia 2016 r.).

Minister Finansów nie przeprowadzał kontroli w Centrali NFZ.

[Dowód: akta kontroli str. 695-697, 5070-5095]

Ocena cząstkowa

W ocenie NIK Fundusz, będący głównym podmiotem kontraktującym świadczenia w obszarze ochrony zdrowia, powinien działać na podstawie wieloletniej strategii w zakresie kierunków rozwoju IT, wykorzystując nowoczesne rozwiązania informatyczne, ułatwiające rozliczanie świadczeń, a przede wszystkim ułatwiające pacjentom korzystanie ze świadczeń zdrowotnych w systemie publicznym. Brak

¹⁶⁴ W 2015 r. zostały przeprowadzonych osiem planowych zadań audytowych zapewniających oraz cztery zadania doradcze natomiast w 2016 r. zostało przeprowadzonych osiem zadań zapewniających oraz siedem zadań doradczych.

systemowych działań w tym zakresie, zdaniem NIK, negatywnie wpływa na działalność Funduszu. Częste zmiany koncepcji funkcjonowania projektowanych systemów utrudniały wprowadzenie istotnych rozwiązań informatycznych, w tym dotyczących weryfikacji danych sprawozdawczych przekazywanych przez świadczeniodawców.

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 Kontroli¹⁶⁵, wnosi o:

1. wprowadzenie zmian organizacyjnych w celu sprawniejszego rozpatrywania spraw wpływających do Centrali Funduszu,
2. rzetelne planowanie kosztów i monitorowanie ich wykonania w trakcie roku, a także podjęcie działań dyscyplinujących w zakresie realizacji planu kosztów po zakończeniu postępowania wyjaśniającego przyczyny przekroczenia założonych limitów,
3. podjęcie skutecznych działań w celu ograniczenia kosztów z tytułu wypłaconych kar, grzywien i odszkodowań.

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 Departamentu Zdrowia NIK.

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.

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 17 lipca 2017 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Departament Zdrowia
Dyrektor
Piotr Wasilewski


podpis

¹⁶⁵ Dz. U. z 2017 r. poz. 524.

