



KZD.430.006.2020

Nr ewid. 169/2020/P/20/052/KZD

Informacja o wynikach kontroli

REALIZACJA ZADAŃ NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA W 2019 ROKU

DEPARTAMENT ZDROWIA

MISJA

Najwyższej Izby Kontroli jest dbałość o gospodarność i skuteczność w służbie publicznej dla Rzeczypospolitej Polskiej

WIZJA

Najwyższej Izby Kontroli jest cieszący się powszechnym autorytetem najwyższy organ kontroli państwowej, którego raporty będą oczekiwanym i poszukiwanym źródłem informacji dla organów władzy i społeczeństwa

Informacja o wynikach kontroli

Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2019 roku

Dyrektor Departamentu Zdrowia



Piotr Wasilewski

Akceptuję:

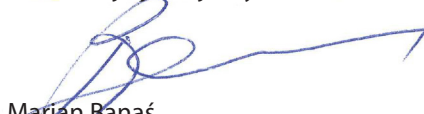
Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli



Tadeusz Dziuba

Zatwierdzam:

Prezes Najwyższej Izby Kontroli



Marian Banaś

Warszawa, dnia 16. 11. 2020

Najwyższa Izba Kontroli
ul. Filtrowa 57
02-056 Warszawa
T/F +48 22 444 50 00

www.nik.gov.pl

SPIS TREŚCI

WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ	4
1. WPROWADZENIE	6
2. OCENA OGÓLNA	8
3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI	9
4. WNIOSKI	12
5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI	13
5.1. Realizacja wybranych zadań dotyczących zapewnienia świadczeń opieki zdrowotnej	13
5.1.1. Plan zakupu świadczeń opieki zdrowotnej	13
5.1.2. Listy oczekujących na świadczenie	16
5.1.3. Zmiany w dostępności świadczeń w „sieci szpitali”	30
5.1.4. Opieka kompleksowa nad pacjentem po zawale mięśnia sercowego (KOS-Zawał)	31
5.1.5. Dostępność świadczeń dla pacjentów z rozpoznaniem gruźlicy	33
5.1.6. Określanie współczynników korygujących	35
5.1.7. Finansowanie świadczeń ponadumownych dla pacjentów wentylowanych mechanicznie	40
5.2. Wykonanie planu finansowego NFZ	43
5.3. Wykonanie planu pracy Centrali NFZ	56
6. ZAŁĄCZNIKI	62
6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe	62
6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych	64
6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności	70
6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli	73
6.5. Stanowisko Ministra do informacji o wynikach kontroli	74
6.6. Opinia Prezesa NIK do stanowiska Ministra	82

Wykaz stosowanych skrótów, skrótowców i pojęć

AOS	ambulatoryjna opieka specjalistyczna;
Dostępność świadczeń	osiągalność świadczenia opieki zdrowotnej i dogodność (łatwość) korzystania z niego. Osiągalność zależy przede wszystkim od tego, czy dana usługa jest świadczona (a produkt wytwarzany) w ramach systemu opieki zdrowotnej i jakie przyjęto zasady korzystania z niej. Dogodność natomiast jest wyznaczona przez wiele czynników, takich jak: czas oczekiwania na wizytę u lekarza, wysiłek pacjenta związany z dotarciem do miejsca udzielania świadczeń i sposobem umówienia wizyty oraz szeroko rozumiane koszty jakie ponosi on w celu uzyskania świadczenia medycznego ¹
Jednostka rozliczeniowa	to miara przyjęta do określenia wartości świadczenia opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub rodzaju; jednostką rozliczeniową jest w szczególności: punkt, porada, osobodzień. Każdemu świadczeniu kontraktowanemu przez NFZ przypisana jest określona liczba jednostek rozliczeniowych. Iloczyn liczby jednostek rozliczeniowych oraz ich ceny, stanowi wartość świadczenia;
KOS – Zawał	zespół świadczeń składających się na opiekę kompleksową dla osób po przebytym zawałe mięśnia sercowego;
MZ	Ministerstwo Zdrowia;
NFZ lub Fundusz	Narodowy Fundusz Zdrowia;
OW lub OW NFZ	oddział wojewódzki NFZ;
Potrzeby zdrowotne	liczba i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej, które powinny być zapewnione w celu zachowania, przywrócenia lub poprawy zdrowia danej grupy świadczeniobiorców (art. 5 pkt 29 ustawy o świadczeniach);
POZ	podstawowa opieka zdrowotna – miejsce pierwszego kontaktu świadczeniobiorcy z systemem ochrony zdrowia, w ramach którego jest zapewniony dostęp do profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczych, pielęgnacyjnych oraz rehabilitacyjnych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z wyłączeniem świadczeń udzielanych w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego lub udzielanych w AOS bez skierowania (art. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej ²),
Profil zabezpieczenia	profile lub rodzaje komórek organizacyjnych, według których wyznaczany jest poziom systemu zabezpieczenia w ramach podstawowego szpitalnego zabezpieczania świadczeń opieki zdrowotnej. Należy przez to rozumieć oddziały szpitalne oraz odpowiadające im poradnie specjalistyczne;
Przepisy o koordynacji	przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, tj. Rozporządzenie parlamentu europejskiego i rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. UE L 166 z 30.04.2004, str. 1, ze zm.) i Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczące wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. UE L 284 z 30.10.2009, str. 1, ze zm.).
PSY	opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień;

¹ Informacja Ministra Zdrowia o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w 2004 r., Ministerstwo Zdrowia, 2004 r., str. 59–60.

² Dz. U. z 2020 r. poz. 172, ze zm.

PSZ	system podstawowego szpitalnego zabezpieczania świadczeń opieki zdrowotnej; „sieć szpitali” – zapewnia świadczeniobiorcom dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie: leczenia szpitalnego, świadczeń wysokospecjalistycznych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanej w poradniach przy-szpitalnych, rehabilitacji leczniczej, programów lekowych, leków stosowanych w chemioterapii oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, przy jednoczesnym zagwarantowaniu ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń oraz stabilności ich finansowania (art. 95l ustawy o świadczeniach);
REH	rehabilitacja lecznicza;
Rodzaj świadczeń	grupa świadczeń gwarantowanych udzielanych ubezpieczonym, wyszczególnionych w art. 15 ustawy o świadczeniach;
Rozporządzenie OWU	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ³ ;
SZP	leczenie szpitalne;
Świadczenie gwarantowane	świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonym w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej (art. 5 pkt 35 ustawy o świadczeniach);
Świadczeniobiorca	osoba wymieniona w art. 2 ust. 1 ustawy o świadczeniach;
Świadczeniodawca	podmiot leczniczy, który zawarł z NFZ umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
Ustawa o świadczeniach	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ⁴ ;
Zakres świadczeń	świadczenie lub grupa świadczeń wyodrębnionych w danym rodzaju świadczeń (węższa kategoria niż rodzaj świadczeń), wyszczególniona dla każdego rodzaju w rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych.

³ Dz. U. z 2020 r. poz. 320, ze zm.

⁴ Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, ze zm.

1. WPROWADZENIE

Pytanie definiujące cel główny kontroli

Czy NFZ poprawnie realizował postawione przed nim zadania?

Pytania definiujące cele szczegółowe kontroli

1. Czy uzyskano poprawę dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej?
2. Czy plan finansowy NFZ został prawidłowo wykonany?
3. Czy zostały osiągnięte cele określone w planie pracy Centrali NFZ?

Jednostki kontrolowane

Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

Okres objęty kontrolą

Rok 2019 oraz okres opracowywania planów w 2018 r. i działań w 2020 r. związanych ze sporządzaniem sprawozdań za 2019 r.

System powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, który w zasadniczej części zakłada finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, funkcjonuje w Polsce już ponad 20 lat. Jedną z najważniejszych ról w tym systemie, od czasu powstania w 2003 r., odgrywa Narodowy Fundusz Zdrowia.

Fundusz jest jednostką sektora finansów publicznych. W systemie pełni rolę płatnika. W szczególności zarządza środkami finansowymi pozostającymi w jego dyspozycji, działając w imieniu własnym na rzecz osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych. Do zakresu działania Funduszu należy również określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Znaczenie Funduszu obrazuje udział jego wydatków w wydatkach publicznych na ochronę zdrowia, który według danych Głównego Urzędu Statystycznego w 2018 r. wyniósł 85%⁵. O roli Funduszu świadczy również fakt, że środki, którymi dysponuje Fundusz, stanowią trzeci co do wielkości budżet instytucji publicznej w Polsce, po budżecie państwa i Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Nakłada to na Fundusz szczególne wymagania w zakresie zarządzania powierzonymi mu środkami publicznymi.

Działalność Funduszu jest więc jednym z najważniejszych czynników determinujących dostępność świadczeń opieki zdrowotnej, która najczęściej poprzez przywoływanie czasu oczekiwania na świadczenie, stanowi istotny aspekt jego oceny w przestrzeni publicznej. Tymczasem złożoność i zakres zadań stawianych przed Funduszem wymaga bardziej wnikliwego spojrzenia na efekty jego działań.

Narodowy Fundusz Zdrowia mierzył się również w ostatnich latach z perspektywą jego likwidacji, co jak wykazały przeprowadzone w poprzednich latach kontrole NIK, wpływało na realizację niektórych zadań i inicjatyw oraz przejawiało się zwiększoną rotacją pracowników.

Stabilizacja roli Funduszu w systemie ochrony zdrowia zrodziła konieczność zdefiniowania na nowo jego wizji. Znalazło to odzwierciedlenie w Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019–2023⁶.

Założono, że głównym kryterium doboru i oceny podejmowanych przez Fundusz działań będzie zadowolenie i poczucie bezpieczeństwa pacjenta. Efektywność z kolei została przełożona na wymiar społeczny, który rozumiano jako podejmowanie działań mających korzystny wpływ na ogólny stan zdrowia społeczeństwa oraz zagwarantowanie dostępności i wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej, oraz wymiar finansowy, który miał się przejawiać przez zapewnienie szczelności systemu i optymalnej alokacji środków dostosowanej do zidentyfikowanych potrzeb zdrowotnych.

⁵ „Zdrowie i ochrona zdrowia w 2018 r.”, Główny Urząd Statystyczny, Urząd Statystyczny w Krakowie, Warszawa, Kraków 2019

⁶ <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzania-prezesa/uchwaly-rady-nfz/uchwala-nr-72019iii,6486.html>

WPROWADZENIE

Wdrażanie Strategii w Narodowym Funduszu Zdrowia ma być realizowane zgodnie ze standardami kontroli zarządczej, a kluczowe znaczenie w tym procesie przypisano planowi pracy Funduszu.

Kontrola miała odpowiedzieć na pytanie czy realizacja zadań przez Fundusz służyła poprawie dostępu do świadczeń, prawidłowo wykonano plan finansowy, a także czy realizacja planu pracy wspomagała osiągnięcie założonych celów.

2. OCENA OGÓLNA

Wykonanie zadań
przez Fundusz
nie zawsze przebiegało
prawidłowo

Narodowy Fundusz Zdrowia wykonywał w 2019 r. powierzone mu ustawowe zadania. Jednak ich realizacja nie zawsze przebiegała w pełni prawidłowo.

W 2019 r. koszty zakupu przez Narodowy Fundusz Zdrowia świadczeń opieki zdrowotnej dla osób uprawnionych przekroczyły 90 mld zł. Stanowiło to o ponad 9 mld zł, tj. 11,2%, więcej niż w roku poprzednim. Z tej kwoty na świadczenia zdrowotne przeznaczono niemal 7 mld zł, zaś pozostałą część (ponad 2 mld zł) na wzrost kosztów dodatkowych wynagrodzeń personelu medycznego. Wzrost nakładów pozwolił na zmniejszenie, drugi rok z rzędu, łącznej liczby osób oczekujących na świadczenia, lecz nie dotyczyło to wszystkich usług medycznych.

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia rozszerzenie katalogu świadczeń objętych nielimitowanym finansowaniem o świadczenia diagnostyki obrazowej i zabiegi usunięcia żółci oraz zwiększenie finansowania endoprotezoplastyki stawu biodrowego i stawu kolanowego. Skutkowało to wzrostem liczby wykonywanych świadczeń i zmniejszeniem liczby oczekujących na wszystkie wskazane świadczenia. Czas oczekiwania na zabiegi w zakresie żółci uległ skróceniu o 203 dni.

Poprawa dostępu do wskazanych świadczeń dokonana została bez adekwatnego zwiększenia nakładów na specjalistyczne leczenie ambulatoryjne. W konsekwencji czas oczekiwania na poradę u specjalisty wydłużył się w przypadku 59,2% świadczeń w AOS⁷. Przy jednoczesnym wzroście kosztów świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne świadczy to o utrwaleniu niekorzystnej struktury udzielania świadczeń w systemie ochrony zdrowia, tj. na leczeniu pacjentów przede wszystkim w szpitalach a nie w trybie ambulatoryjnym.

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia wprowadzanie współczynników korygujących, zwiększających finansowanie świadczeń, bez określenia w stosunku do świadczeniodawców wymagań w zakresie poprawy ich dostępności lub jakości. Dynamiczny, także w kwotach bezwzględnych, wzrost nakładów na świadczenia, jaki miał miejsce w roku 2019 i latach poprzedzających, nie zwalnia bowiem Funduszu z obowiązku kierowania się celowością i gospodarnością w wydatkowaniu dostępnych środków.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na ciągle rosnący udział kosztów dodatkowych wynagrodzeń personelu medycznego w wydatkach Funduszu. Dynamika ich wzrostu była ponad czterokrotnie wyższa niż w przypadku kosztów świadczeń (45,5% do 11,2%). Nieujmowanie dodatkowych wynagrodzeń w cenie świadczenia zmniejsza przychody NFZ za świadczenia udzielone na podstawie przepisów o koordynacji.

Przygotowanie planu finansowego Funduszu oraz jego wykonanie, przebiegało zgodnie z obowiązującymi przepisami. Koszty ogółem oraz poszczególne kategorie kosztów Funduszu nie zostały przekroczone, pomimo przekroczenia planu w jednej pozycji przez jeden z oddziałów wojewódzkich. Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia zmniejszenie, w stosunku do poprzedniego roku, kwoty niesfinansowanych kosztów świadczeń wykonanych ponad limity określone w umowach.

Brak obiektywnego systemu pomiaru założonych celów *Planu Pracy Centrali NFZ na 2019 r.* spowodował, że *Plan* nie był efektywnym narzędziem kontroli zarządczej. Nie ujęto w nim zasadniczych zadań komórek organizacyjnych Centrali NFZ. *Plan* nie zapewniał także osobom zarządzającym i pracownikom rzetelnych informacji potrzebnych do realizacji zadań, jak również nie pozwalał na dokonanie rzetelnej oceny stopnia realizacji celów.

⁷ Dla liczonych łącznie przypadków stabilnych i pilnych. Listy oczekujących prowadzone są w odniesieniu do komórek organizacyjnych świadczeniodawców lub konkretnych świadczeń w podziale na przypadki stabilne i pilne. Jeżeli nie zaznaczono inaczej użycie w Informacji terminu „świadczenie” w odniesieniu do listy oczekujących oznacza również komórki organizacyjne świadczeniodawców.

3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

Przychody i koszty Funduszu w 2019 r. były wyższe o ponad 9 mld zł, w porównaniu do 2018 r. Jednak w kwocie ponad 90 mld zł przeznaczonych na koszty świadczeń opieki zdrowotnej, aż 7,4% stanowiły koszty dodatkowych wynagrodzeń personelu medycznego. [str. 45]

Wzrost przychodów i kosztów

Największą część kosztów świadczeń stanowiły koszty leczenia szpitalnego, których udział wzrósł o 0,2 punktu procentowego i wyniósł w 2019 r. 52,6%. Mimo że w trakcie 2019 r. ubył 51 profili zabezpieczenia w ramach „sieci szpitali” (-0,9%) to koszty funkcjonowania „sieci szpitali” wzrosły o 9,7%. [str. 48]

Zwiększone przychody pozwoliły Funduszowi na przeprowadzenie działań zmierzających do poprawy dostępności świadczeń, które zostały jednak skoncentrowane na wybranych świadczeniach. Uzyskano zmniejszenie ogólnej liczby oczekujących na świadczenie o 1,8% w stosunku do roku 2018, ale nie dotyczyło to wszystkich rodzajów świadczeń. [str. 16]

Spadek ogólnej liczby oczekujących

Wśród skutecznych działań należy wskazać zniesienie limitów dla świadczeń diagnostyki obrazowej i zabiegów usunięcia zaćmy oraz zwiększenie finansowania endoprotezoplastyki stawu biodrowego i endoprotezoplastyki stawu kolanowego, co spowodowało wzrost liczby udzielanych świadczeń, a tym samym zmniejszenie liczby oczekujących i skrócenie czasu oczekiwania. Najlepszy efekt uzyskano w przypadku zabiegów usunięcia zaćmy, gdzie liczba oczekujących przypadków stabilnych spadła o 53% w stosunku do końca 2018 r., a mediana średniego czasu oczekiwania o 203 dni i wyniosła na koniec 2019 r. 142 dni. [str. 16]

Zniesienie limitów świadczeń i zwiększenie nakładów

Z drugiej strony stwierdzono wzrost ogólnej liczby oczekujących do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej o 15,3%, oraz wydłużenie czasu oczekiwania do 59,2% z tych świadczeń. W opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień liczba oczekujących wzrosła o 32,3%. [str. 20]

Wzrost liczby oczekujących w LSZ, AOS i opiece psychiatrycznej

O braku istotnej poprawy dostępności świadczeń świadczy również realizacja opieki KOS-Zawał. Pomimo poprawy dostępności rehabilitacji kardiologicznej dla pacjentów objętych KOS-Zawał, stanowili oni tylko 8,0% pacjentów hospitalizowanych ze wskazaniem dla objęcia tą opieką. Przy czym w grupie objętej opieką KOS-Zawał, w ciągu roku od zakończenia hospitalizacji, zmarło 4,7% pacjentów, podczas gdy w grupie nieobjętej tą formą opieki było to 11,1%. Na koniec 2019 r. opieka KOS-Zawał nadal nie była dostępna dla pacjentów w dwóch województwach⁸. [str. 31]

Mniej zgonów po KOS-Zawał

W przypadku rozpoznania gruźlicy⁹, pacjenci mogli liczyć na szybkie podjęcie diagnostyki lub leczenia. Przy pierwszym rozpoznaniu w POZ, czas oczekiwania na świadczenie w AOS wynosił przeciętnie 16 dni, a na świadczenie w szpitalu 4 dni. Jednocześnie pacjenci, którzy byli leczeni w AOS na kolejną wizytę oczekiwali przeciętnie 29 dni. [str. 33]

Krótki czas oczekiwania pacjentów z rozpoznaniem gruźlicy

⁸ Świętokrzyski i Warmińsko-Mazurski OW NFZ.

⁹ NIK zbadała dostępność świadczeń w tym obszarze w związku z wynikami wcześniejszych kontroli, w tym przede wszystkim kontroli „Dostępność profilaktyki i leczenia chorób układu oddechowego” (P/15/062), które wskazywały na ograniczenia w dostępie do diagnostyki i leczenia.

Niewiarygodne dane w sprawozdaniu okresowym	Sprawozdanie okresowe Funduszu za IV kwartał 2019 r. zostało sporządzone w sposób nierzetelny. Opracowane tabele statystyczne o zrealizowanych świadczeniach nie były wewnętrznie spójne, zawierały błędy związane z przyporządkowaniem komórek organizacyjnych do zakresów i kodów świadczeń lub były niekompletne. [str. 38]
Finansowanie świadczeń ponad limity	Ogólna kwota świadczeń wykonanych ponad limit i nieuwjętych w księgach rachunkowych Funduszu na dzień ich zamknięcia wyniosła 433 340,00 tys. zł, była niższa niż rok wcześniej o 32,4%. [str. 53] W przypadku analizowanych świadczeń dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, Fundusz podejmował działania w celu zapewnienia finansowania wszystkich zrealizowanych świadczeń, w tym wykonanych ponad limit określony w umowach. Osiem oddziałów wojewódzkich Funduszu, na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych, sfinansowało wszystkie świadczenia, a 59,6% pozostałej kwoty nadwykonań dotyczyło dwóch oddziałów wojewódzkich. [str. 40]
Priorytety zdrowotne oraz brak jednolitych zasad sporządzania planów zakupu świadczeń	Prawidłowemu zabezpieczeniu dostępności świadczeń nie pomogły natomiast działania związane z definiowaniem priorytetów zdrowotnych. W szczególności, dla priorytetów zdrowotnych wskazanych przez Prezesa Funduszu nie określono wartości bazowych i/lub docelowych, pozwalających na ocenę stopnia ich realizacji. Centrala NFZ nie sprawowała również należytego nadzoru nad realizacją zadań oddziałów wojewódzkich Funduszu w zakresie przygotowywania planów zakupu świadczeń opieki zdrowotnej. W efekcie powyższego dwa oddziały wojewódzkie ¹⁰ nie wskazały w swoich planach zakupu priorytetów w zakresie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej z uwzględnieniem priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej wraz z uzasadnieniem. Ponadto, pomimo postulatów ujednolicenia procesu sporządzania planów zakupu przez oddziały wojewódzkie, nie wprowadzono jednolitej metodyki, jak również nie zapewniono dla oddziałów wojewódzkich ustandaryzowanych danych epidemiologicznych, będących podstawą planowania. [str. 13]
Nie wszyscy pacjenci zgłaszają się	Niezgłaszanie się pacjentów na umówione wizyty było jedną z przyczyn sprzyjających utrzymywaniu się kolejek. W latach 2017–2019, dla czterech objętych taką sprawozdawczością świadczeń ¹¹ , liczba osób, które nie zgłosiły się w ustalonym terminie w celu uzyskania świadczenia nie podlegała istotnym zmianom. W 2019 r. liczba ta wyniosła ponad 200 tys. [str. 27]
Spóźnione uruchomienie usługi przypomnienia	Fundusz podejmował działania dla zapewnienia wiarygodnych i kompletnych danych o listach oczekujących. Nie uruchomił jednak w ustawowym terminie usługi przypomnienia o terminie wizyty. [str. 28]
Wynik finansowy	Mimo wzrostu przychodów, plan finansowy na 2019 r. został zrealizowany ze stratą w wysokości (-)972 565,04 tys. zł. Ze względu na brak ukonstytuowanej Rady Funduszu, do dnia zakończenia kontroli, nie zostało zatwierdzone sprawozdanie z wykonania planu finansowego Funduszu. [str. 53]

¹⁰ Pomorski i Dolnośląski OW NFZ.

¹¹ Świadczenia z zakresu onkologii, świadczenia z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu, świadczenia z zakresu kardiologii, świadczenia z zakresu endokrynologii.

SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

W 2019 roku nie przekroczono limitów kosztów Funduszu, natomiast Lubelski OW NFZ przekroczył plan finansowy w pozycji: „refundacja” o 1,9 mln zł.

Wzrost kosztów administracyjnych Funduszu (11,7%) był nieznacznie wyższy niż wzrost kosztów realizacji zadań (11,0%). Udział kosztów administracyjnych w kosztach ogółem, jak w latach poprzednich, był niewielki i wyniósł 0,8%, mimo wzrostu najważniejszej kategorii, tj. kosztów wynagrodzeń o 13,3%. [str. 55]

Wzrost kosztów administracyjnych

Przeciętne zatrudnienie w Funduszu było wyższe niż w 2018 r. o 94,6 etatów przeliczeniowych. Utworzenie korpusu kontrolerskiego spowodowało wzrost zatrudnienia w Centrali Funduszu o 76,6%, co wynikało ze zmiany formalnego miejsca zatrudnienia byłych pracowników oddziałów wojewódzkich. [str. 55]

Wzrost zatrudnienia

Określanie współczynników korygujących, wpływających na ostateczną cenę świadczeń, nie było poprzedzane analizami określającymi potrzeby finansowe w odniesieniu do zwymiarowanych celów i efektów. Przeprowadzone obliczenia miały z reguły jedynie charakter symulacji wpływu na budżet płatnika. Cele wprowadzenia czterech, z pięciu badanych współczynników korygujących, były definiowane w sposób ogólny lub nieadekwatny do założonego efektu, co było sprzeczne z zasadą celowego i gospodarnego wydatkowania środków publicznych. [str. 35]

Brak dokładnego określania celów i mierników dla współczynników korygujących

W prawidłowej realizacji zadań nie pomógł Plan pracy Centrali NFZ na 2019 r. Został on przygotowany z opóźnieniem i nie objął całego roku, co było sprzeczne z zasadą uchwalania planu na rok kalendarzowy. [str. 57]

Spóźnione przygotowanie Planu pracy

Pomimo, że Plan pracy miał stanowić jedno z narzędzi kontroli zarządczej, nie spełniono standardów tej kontroli przy jego tworzeniu i realizacji. Nie stworzono jednolitego systemu oceny stopnia realizacji projektów zawartych w Planie pracy, w szczególności w odniesieniu do zwymiarowanych celów oraz obiektywnych, mierzalnych i adekwatnych mierników. Ponadto podstawą ujęcia projektu w Planie była nie jego istotność z punktu widzenia zadań Centrali, ale zgodność z celami Strategii NFZ. Spośród 44 projektów wskazanych do realizacji w 2019 r. w planie pracy Centrali NFZ, mniej niż połowa (20) została zrealizowana w zakładanym terminie. [str. 56]

Brak systemu oceny realizacji projektów

4. WNIOSKI

Prezes NFZ Mając na uwadze konieczność zapewnienia prawidłowego funkcjonowania Centrali Funduszu i skuteczne wdrażanie standardów kontroli zarządczej, w ocenie Najwyższej Izby Kontroli, zasadne jest podjęcie przez Prezesa NFZ następujących działań:

- 1) Przeprowadzenie analizy wzrostu liczby oczekujących na świadczenia w zakresie onkologii w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej i podjęcie w oparciu o jej wyniki działań ograniczających ten wzrost.
- 2) Zwiększenie dostępności opieki kompleksowej nad pacjentami po zawale mięśnia sercowego, w szczególności w województwach, w których dotąd nie była zapewniona.
- 3) Podjęcie działań zmierzających do tego, aby zwrot kosztów za wykonane świadczenia zdrowotne na rzecz obywateli krajów objętych przepisami o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego uwzględniał koszty dodatkowych wynagrodzeń personelu medycznego.
- 4) Zapewnienie wiarygodności i rzetelności danych zawartych w sprawozdaniach okresowych.
- 5) Wprowadzenie systemu definiowania zwymiarowanych celów dla określania współczynników korygujących i oceny efektów ich implementacji.
- 6) Uwzględnienie standardów kontroli zarządczej dla jednostek sektora finansów publicznych przy tworzeniu i realizacji planu pracy.

5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

5.1. Realizacja wybranych zadań dotyczących zapewnienia świadczeń opieki zdrowotnej

Zrealizowane przez Fundusz w 2019 r. działania skutkowały poprawą dostępności tych świadczeń, na których zostały one skoncentrowane. Towarzyszyło temu jednak pogorszenie dostępności świadczeń, przede wszystkim w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, czego przejawem był wzrost liczby oczekujących o ponad 15%. Ponadto w dziesięciu oddziałach wojewódzkich NFZ zmniejszyła się liczba zakontraktowanych profili zabezpieczenia w ramach „sieci szpitali”. Niewystarczającą dostępność, w stosunku do potrzeb, ustalono również w przypadku świadczeń dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, o czym świadczy rosnąca, mimo ponoszenia coraz większych wydatków, kwota świadczeń wykonywanych ponad limity określone w umowach.

5.1.1. Plan zakupu świadczeń opieki zdrowotnej

Zgodnie z art. 131b ustawy o świadczeniach dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu mają obowiązek sporządzania planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na następny rok, z uwzględnieniem Mapy Regionalnej oraz dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa. Jednym z elementów części ogólnej planu zakupu winno być wskazanie priorytetów w zakresie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej z uwzględnieniem priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej wraz z uzasadnieniem. Istniejący system określania potrzeb zdrowotnych Prezes NFZ uzupełnia poprzez definiowanie własnych priorytetów zdrowotnych, zwanych w Funduszu priorytetami ogólnopolskimi, które mają służyć osiągnięciu założonych celów, w tym długookresowych.

Na potrzeby właściwego przygotowania planów zakupu świadczeń opieki zdrowotnej przez oddziały wojewódzkie NFZ, Prezes NFZ określił, a następnie przekazał OW NFZ listę ogólnopolskich priorytetów zdrowotnych Funduszu na rok 2019 i lata następne¹². Za priorytetowe uznane zostały działania mające na celu: rozwój opieki długoterminowej, zwiększenie dostępności do świadczeń dla osób zagrożonych niepełnosprawnością w wyniku przebytego udaru niedokrwinnego mózgu oraz zwiększenie nakładów na wczesną rehabilitację neurologiczną, zwiększenie dostępności do świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego oraz kolanowego, wyrównanie dostępności do świadczeń psychiatrycznych, sukcesywne skracanie czasu oczekiwania na potwierdzenie skierowania na leczenie uzdrowskowe, zwiększenie dostępności do świadczeń usunięcia zaćmy, zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych dla osób innych niż posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, zwiększenie efektywności i jakości operacyjnego leczenia nowotworów złośliwych, zwiększenie dostępności i realizacji świadczeń w zakresie Programu Profilaktyki Chorób Układu Krążenia.

Plan zakupu świadczeń
opieki zdrowotnej

Priorytety
zdrowotne NFZ

¹² Lista priorytetów ogólnopolskich została przekazana do OW NFZ pismem z dnia 29 sierpnia 2018 r. (znak: DAiS.602.4.2018 2018.46251.KI).

Do każdego priorytetu ogólnopolskiego przypisane zostały mierniki realizacji celu. Mierniki te nie miały jednak określonej wartości bazowej i/lub docelowej. Tylko dla dwóch z dziewięciu priorytetów został określony sposób ich realizacji¹³. Z kolei dla pięciu priorytetów nie określono terminu ich realizacji¹⁴.

Do dnia zakończenia czynności nie został sporządzony ostateczny raport dotyczący poziomu realizacji priorytetów ogólnopolskich i regionalnych określonych na dany rok.

Potrzeba ujednolicenia planów zakupu świadczeń

Przygotowanie planów zakupu świadczeń przez OW NFZ odbywało się zgodnie z ustaloną procedurą¹⁵. Treść oraz układ planów zakupu w częściach opisowych różnił się pomiędzy poszczególnymi OW NFZ. Na potrzebę ujednolicenia procesu planowania zakupu świadczeń zdrowotnych oraz wdrożenia narzędzia informatycznego wspierającego ten proces wskazywali uczestnicy spotkania roboczego, które odbyło się w I połowie 2018 r. w Centrali NFZ. Prezes NFZ, zarządzeniem nr 112/2019/DSOZ z dnia 21 sierpnia 2019 r., powołał zespół do spraw planowania zakupu świadczeń opieki zdrowotnej przez OW NFZ, którego zadaniem było wypracowanie i wdrożenie jednolitych dla OW NFZ zasad określania planów zakupu świadczeń opieki zdrowotnej. Zespół przygotował i zatwierdził projekt procedury planowania zakupu świadczeń. Projekt ten wymagał jednak dostosowania do wymogów określonych w „Procedurze tworzenia i aktualizacji procedur”, która weszła w życie w dniu 4 listopada 2019 r. Do dnia zakończenia czynności kontrolnych projekt nowej procedury planowania zakupu świadczeń pozostawał na etapie konsultacji wewnętrznych.

Zgodnie z procedurą przygotowania planów zakupu świadczeń Centrala Funduszu winna przygotować dla OW NFZ:

- listy zakresów świadczeń wraz z określeniem stosowanych jednostek rozliczeniowych/ryczałtów i jednostek naturalnych;
- informacje o zmianach wprowadzanych w projekcie/zasadach zawierania umów i realizacji świadczeń, istotnych z punktu widzenia przygotowania planu zakupu;
- raport dotyczący realizacji świadczeń w roku poprzedzającym rok sporządzania planu zakupu;
- dane epidemiologiczne: dane i analizy własne NFZ, mapy potrzeb zdrowotnych

¹³ Dot. priorytetu mającego na celu zwiększenie dostępności do świadczeń dla osób zagrożonych niepełnosprawnością w wyniku przebytego udaru niedokrwiennej mózgu oraz zwiększenie efektywności i jakości operacyjnego leczenia nowotworów złośliwych.

¹⁴ Dot. priorytetu mającego na celu rozwój opieki długoterminowej, zwiększenie dostępności do świadczeń dla osób zagrożonych niepełnosprawnością w wyniku przebytego udaru niedokrwiennej mózgu oraz zwiększenie nakładów na wczesną rehabilitację neurologiczną, zwiększenie dostępności do świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego oraz kolanowego, sukcesywne skracanie czasu oczekiwania na potwierdzenie skierowania na leczenie uzdrowiskowe, zwiększenie dostępności do świadczeń usunięcia zaćmy.

¹⁵ „Procedura definiowania priorytetów zdrowotnych i planowania zakupu świadczeń”, wersja 4.1 z dnia 11 września 2018 r.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W trakcie kontroli ustalono, że Centrala Funduszu przygotowała listę zakresów świadczeń bez wskazania jednak stosowanych jednostek rozliczeniowych/ryczałtów i jednostek naturalnych. Nie przekazała również OW NFZ danych epidemiologicznych koniecznych do przygotowania planów zakupu.

Mierniki przypisane ogólnopolskim priorytetom zdrowotnym na 2019 r. nie miały określonej wartości bazowej i/lub docelowej, co uniemożliwiało lub poważnie ograniczało możliwość oceny stopnia ich realizacji. Powyższe nie pozwalało, bez określenia wartości bazowej i docelowej, na powiązanie miernika z oczekiwanym efektem i tym samym uniemożliwiało rzetelną ocenę realizacji priorytetu. Tylko dla dwóch priorytetów określono sposób ich realizacji. Pięć na dziewięć priorytetów nie miało określonego terminu realizacji.

Brak określenia wartości bazowych i/lub docelowych mierników

Prezes NFZ, dopiero w odniesieniu do priorytetów ogólnopolskich na rok 2020, podjął działania mające na celu zdefiniowanie mierzalnych mierników realizacji priorytetów.

Przykłady

Miernik realizacji priorytetu dot. wyrównania dostępności do świadczeń psychiatrycznych został sformułowany jako: „liczba udzielonych świadczeń w odniesieniu do populacji województwa, liczba pacjentów w odniesieniu do populacji województwa, liczba miejsc realizacji świadczeń”.

Miernik realizacji priorytetu dot. rozwoju opieki długoterminowej został określony jako „zwiększenie liczby zakontraktowanych świadczeń w pielęgniarstwie długoterminowym domowym. Analiza liczby i wartości zakontraktowanych świadczeń w poszczególnych latach”.

Prezes NFZ nie zapewnił wypełnienia przez dyrektorów OW NFZ obowiązku, o którym mowa w art. 131b ust. 2 pkt 1 ustawy o świadczeniach, tj. wskazywania, w planach zakupu świadczeń, priorytetów w zakresie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej z uwzględnieniem priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej wraz z uzasadnieniem.

Brak wskazania priorytetów finansowania w planach zakupu świadczeń

Zgodnie z treścią art. 131b ust. 2 pkt 1 ustawy o świadczeniach dyrektorzy OW NFZ byli zobowiązani do wskazania, w części ogólnej planu zakupu, priorytetów w zakresie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej z uwzględnieniem priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej (tj. określonych przez wojewodów na podstawie art. 95c ustawy o świadczeniach), wraz z uzasadnieniem.

W trakcie kontroli ustalono, że Pomorski i Dolnośląski OW NFZ nie wskazały w swoich planach zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na rok 2019, priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej wraz z uzasadnieniem. Mimo to Prezes NFZ nie podjął działań mających na celu dostosowanie planów zakupu ww. OW NFZ do obowiązującego stanu prawnego.

5.1.2. Listy oczekujących na świadczenie

Drugi rok z rzędu zmniejszyła się ogólna liczba osób oczekujących na świadczenia. Obserwowane zmniejszenie liczby oczekujących dotyczyło przede wszystkim kilku świadczeń.

Spadek liczby oczekujących

Łączna liczba osób oczekujących na świadczenie¹⁶ (przypadki pilne i stabilne), w grudniu 2019 r., wyniosła 5 543 755 i była niższa niż w grudniu 2018 r. o 102 560, tj. o 1,8%. Na wynik ten złożyły się spadki liczby oczekujących w rehabilitacji leczniczej (o 296 946, tj. o 18,1%), leczeniu szpitalnym (o 170 838, tj. o 13,7%) i świadczeniach kontraktowanych odrębnie (o 473, tj. o 3,2%). Natomiast wzrost ogólnej liczby oczekujących odnotowano w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (o 337 195, tj. o 15,3%), opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień (o 19 595, tj. o 32,3%) oraz w leczeniu stomatologicznym (o 8907, tj. o 1,9%).

Leczenie szpitalne

Liczba oczekujących w leczeniu szpitalnym

W leczeniu szpitalnym liczba osób oczekujących, dla przypadków stabilnych, spadła o 166 426 osób, tj. 14,9%, a dla przypadków pilnych o 4 412, tj. 3,5%.

Zabiegi w zakresie soczewki (zaćma)

Na powyższy wynik największy wpływ miało zmniejszenie liczby osób oczekujących, dla przypadków stabilnych, na zabiegi w zakresie soczewki (zaćma) o 186 824, tj. o 53,0%. Czynnikiem, które miały wpływ na tak istotny spadek liczby oczekujących były zmiany w zakresie organizacji świadczeń oraz zwiększenie finansowania zabiegów zaćmy, które rozpoczęto w 2018 r., i kontynuowano w 2019 r.¹⁷ Ponadto zarządzeniem Nr 39/2019/DSOZ, z dniem 1 kwietnia 2019 r., świadczenia w zakresie soczewki (zaćma) zostały objęte finansowaniem nielimitowanym. W rezultacie liczba wykonanych w 2019 r. świadczeń była wyższa niż w 2018 r. o 45 618 (14,7%). W 2019 r. udzielono 355 567 świadczeń dla 298 601 pacjentów. We wszystkich OW NFZ spadła liczba oczekujących przypadków stabilnych i pilnych.

Mediana średniego czasu oczekiwania do zabiegów w zakresie soczewki (zaćmy) dla przypadków stabilnych spadła w 2019 r. o 203 dni (z 345 na koniec 2018 r. do 142 na koniec 2019 r.), a przypadków pilnych o 26 dni (z 62 do 36). Spadek mediany dla przypadków stabilnych uzyskano we wszystkich OW NFZ, a dla przypadków pilnych w 14 OW NFZ.

¹⁶ Listy oczekujących są prowadzone w odniesieniu do świadczenia lub komórki organizacyjnej zakładu leczniczego. Jeżeli w wystąpieniu pokontrolnym mowa o oczekujących na świadczenie należy przez to rozumieć również komórkę organizacyjną świadczeniodawcy.

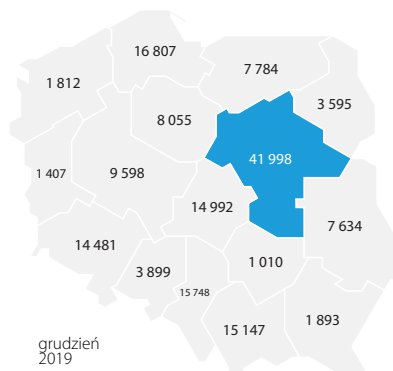
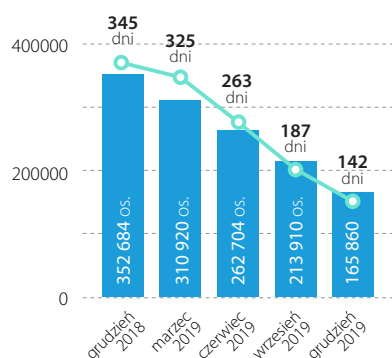
¹⁷ Zarządzenie nr 105/2019/DEF Prezesa NFZ z dnia 5 sierpnia 2019 r. Celem kontynuacji w 2019 r. procesu zmniejszania liczby oczekujących i czasu oczekiwania na zabiegi usunięcia zaćmy zwiększono koszty tych świadczeń o kwotę 120 000 tys. zł.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

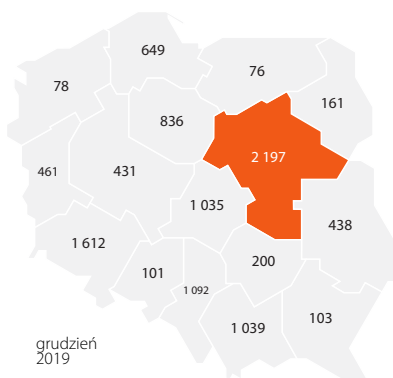
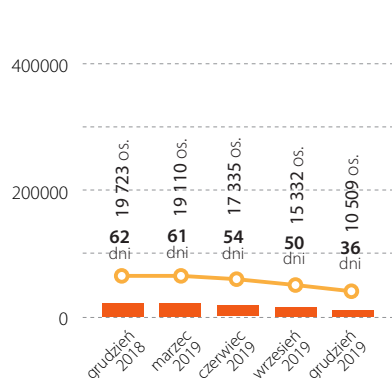
Infografika nr 1

Liczba oczekujących oraz mediana średniego czasu oczekiwania – zabiegi w zakresie soczewki (zaćma)

zabiegi w zakresie **soczewki (zaćma)**
przypadek stabilny



zabiegi w zakresie **soczewki (zaćma)**
przypadek pilny



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Zwiększenie finansowania dotyczyło również zabiegów endoprotezoplastyki stawu kolanowego i endoprotezoplastyki stawu biodrowego¹⁸. W efekcie tego, w 2019 r., zanotowano spadek liczby osób oczekujących (przypadki stabilne) o 7137 (7,4%) dla endoprotezoplastyki stawu kolanowego oraz o 8586 (10,5%) dla endoprotezoplastyki stawu biodrowego. Liczba udzielonych świadczeń endoprotezoplastyki stawu kolanowego w 2019 r. była wyższa niż w 2018 r. o 2894¹⁹, a stawu biodrowego o 1646²⁰.

Spadek liczby osób oczekujących na endoprotezoplastykę stawu kolanowego, dla przypadków stabilnych, odnotowano w 13 OW NFZ, a wzrost w trzech OW NFZ. Dla przypadków pilnych spadek liczby oczekujących odnotowano w sześciu OW NFZ, a wzrost w 10 OW NFZ.

Endoprotezoplastyka
stawu kolanowego
i biodrowego

¹⁸ Nakłady na te świadczenia zostały zwiększone na podstawie pięciu zarządzeń Prezesa NFZ: nr 28/2019/DEF z dnia 7 marca 2019 r., nr 105/2019/DEF z dnia 5 sierpnia 2019 r., nr 123/2019/DEF z dnia 18 września 2019 r., nr 143/2019/DEF z dnia 17 października 2019 r., nr 175/2019/DEF z dnia 19 grudnia 2019 r. na łączną kwotę 660 000 tys. zł.

¹⁹ Łącznie pierwotna i rewizyjna.

²⁰ Łącznie pierwotna i rewizyjna.

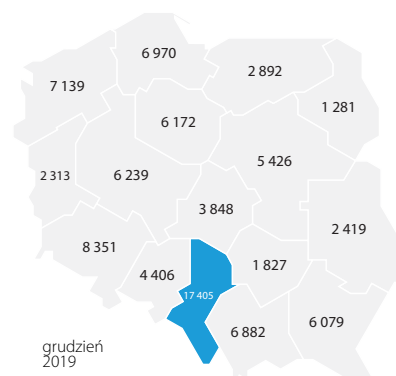
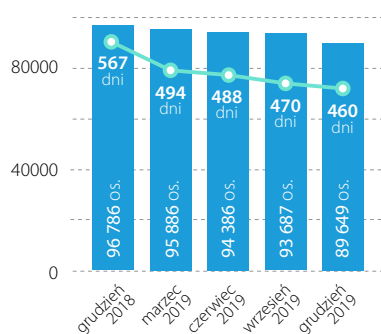
WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Mediana średniego czasu oczekiwania na endoprotezoplastykę stawu kolanowego dla przypadków stabilnych, na koniec 2019 r., wyniosła 460 dni i była o 107 dni niższa niż na koniec 2018 r. (567 dni). Spadek odnotowano w 11 OW NFZ, a wzrost w pięciu. Dla przypadków pilnych wartość mediany spadła o 4 dni (ze 111 do 107), przy czym spadek nastąpił w 10 OW NFZ, a wzrost w sześciu.

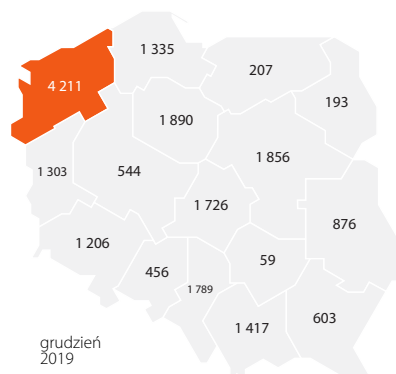
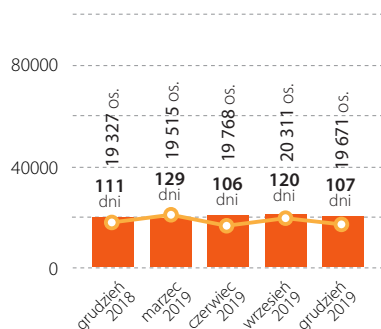
Infografika nr 2

Liczba oczekujących oraz mediana średniego czasu oczekiwania – endoprotezoplastyka stawu kolanowego

świadczenie **endoprotezoplastyka stawu kolanowego**
przypadek **stabilny**



świadczenie **endoprotezoplastyka stawu kolanowego**
przypadek **pilny**



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W przypadku endoprotezoplastyki stawu biodrowego spadek liczby osób oczekujących, dla przypadków stabilnych, odnotowano w 15 OW NFZ, a wzrost w jednym. Dla przypadków pilnych spadek liczby oczekujących odnotowano w dziewięciu OW NFZ, a wzrost w siedmiu OW NFZ.

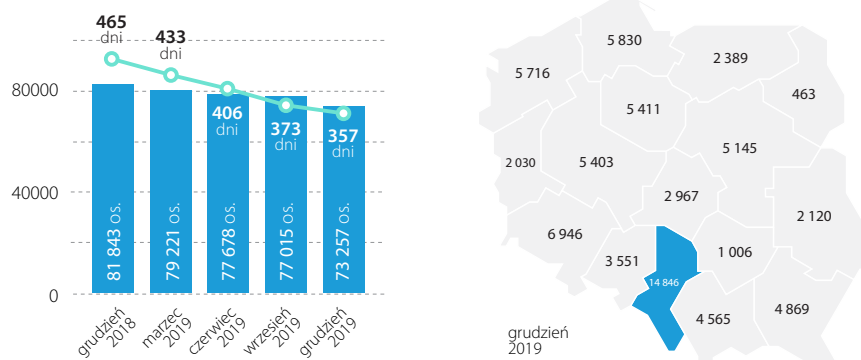
Mediana średniego czasu oczekiwania na endoprotezoplastykę stawu biodrowego dla przypadków stabilnych, na koniec 2019 r., wyniosła 357 dni i była o 108 dni niższa niż na koniec 2018 r. (465 dni). Spadek odnotowano w 13 OW NFZ, a wzrost w trzech. Dla przypadków pilnych wartość mediany spadła o 19 dni (ze 113 do 94), przy czym spadek nastąpił również w 13 OW NFZ, a wzrost w trzech.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

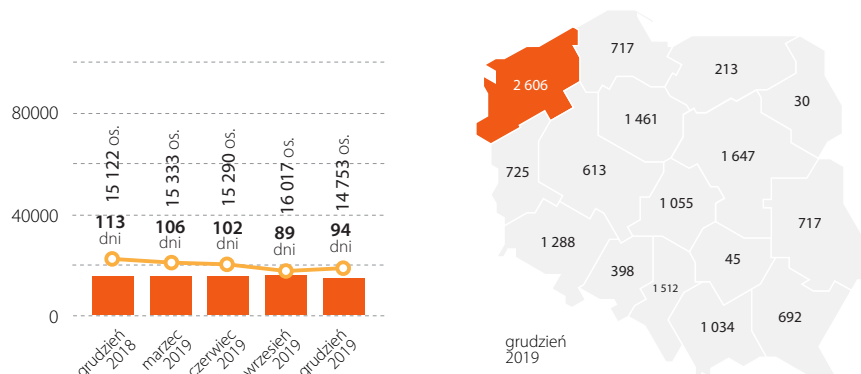
Infografika nr 3

Liczba oczekujących oraz mediana średniego czasu oczekiwania – endoprotezoplastyka stawu biodrowego

świadczenie **endoprotezoplastyka stawu biodrowego**
przypadek stabilny



świadczenie **endoprotezoplastyka stawu biodrowego**
przypadek pilny



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Najwyższa liczba oczekujących na świadczenia w leczeniu szpitalnym, poza świadczeniami wskazanymi wyżej, oczekiwała do oddziałów otorynolaryngologicznych oraz oddziałów chirurgii urazowo-ortopedycznej.

Do oddziałów otorynolaryngologicznych, na koniec 2019 r., oczekiwało 74 066 osób (przypadki stabilne), o 29 251 mniej niż na koniec 2018 r. (28,3%). Należy jednak zaznaczyć, że od 2019 r. świadczeniodawcy odrębnie prowadzą harmonogramy przyjęć na zabiegi na przegrodzie nosowej, co wpłynęło na sprawozdawaną liczbę oczekujących do ww. oddziałów²¹. Na koniec 2019 r. na zabiegi na przegrodzie nosowej oczekiwało 23 605 przypadków stabilnych, co wskazuje, że rzeczywista liczba oczekujących do oddziałów otorynolaryngologicznych nie uległa znaczącemu obniżeniu.

Oddziały
otorynolaryngologiczne

²¹ Listy oczekujących na zabiegi na przegrodzie nosowej są prowadzone od dnia 1 kwietnia 2019 r. Zmiana wprowadzona została rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 5 lutego 2019 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 publicznych (Dz. U. poz. 333).

Oddziały urazowo-ortopedyczne

Podobna sytuacja dotyczy oddziałów chirurgii urazowo-ortopedycznej. Odnotowany w 2019 r. spadek liczby osób oczekujących dla przypadków stabilnych o 58 127 (ze 132 024 do 73 897, tj. o 44,0%), koresponduje z wprowadzeniem w 2019 r. najpierw odrębnych list oczekujących, a następnie harmonogramów przyjęć, do świadczeń: artroskopia lecznicza stawu kolanowego, artroskopowa rekonstrukcja więzadeł krzyżowych oraz leczenie operacyjne zespołu cieśni nadgarstka. Liczba osób oczekujących na te trzy świadczenia, na koniec 2019 r., wyniosła łącznie 39 694 dla przypadków stabilnych.

Pomimo zaprezentowanych wyżej spadków liczby oczekujących, nadal najwięcej przypadków stabilnych oczekiwało na wszystkie pięć przywołanych wyżej świadczeń, a oczekujący na te świadczenia stanowili łącznie blisko połowę wszystkich oczekujących, dla przypadków stabilnych, na świadczenia w leczeniu szpitalnym (49,9%).

Najwyższy wzrost liczby oczekujących, dla przypadków stabilnych, stwierdzono natomiast w przypadku oddziałów urologicznych. Na koniec 2019 r. oczekiwało 19 376 osób, o 3651 więcej niż rok wcześniej (wzrost o 23,2%).

Podsumowując, w leczeniu szpitalnym liczba oczekujących, dla przypadków stabilnych, wzrosła w przypadku²² 103 świadczeń, spadła dla 62, a dla 35 pozostała bez zmian, natomiast dla przypadków pilnych wzrosła dla 92 świadczeń, spadła dla 54 i pozostała bez zmian dla 54. Dla 36 świadczeń nie wykazano żadnych oczekujących, przy czym dla przypadków stabilnych było 38 takich świadczeń, a dla przypadków pilnych 92 świadczenia.

Z kolei czas oczekiwania mierzony medianą średniego czasu oczekiwania na świadczenie w leczeniu szpitalnym, na koniec 2019 r. w porównaniu do końca 2018 r., dla przypadków stabilnych, wzrósł w przypadku 47 świadczeń, spadł dla 36, a pozostał bez zmian dla 117. Dla przypadków pilnych wartości te wyniosły odpowiednio 17, 19 i 164.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Liczba oczekujących w AOS

W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej liczba osób oczekujących dla przypadków stabilnych, na koniec 2019 r., była wyższa niż na koniec 2018 r. o 326 086 osób (16,1%), a w przypadkach pilnych o 11 109 (5,9%).

Wzrost liczby osób oczekujących dla przypadków stabilnych odnotowano w przypadku aż 100 świadczeń, spadek dla 16, a dla pięciu liczba ta pozostała bez zmian²³. Dla przypadków pilnych wartości te wyniosły odpowiednio 82, 15 i 24. Tylko dla czterech świadczeń nie raportowano osób oczekujących w przypadkach stabilnych (poradnia chirurgii plastycznej dla dzieci, poradnia chorób tropikalnych, poradnia leczenia oparzeń, poradnia transplantologiczna dla dzieci).

Czas oczekiwania mierzony medianą średniego czasu oczekiwania dla przypadków stabilnych, na koniec 2019 r. w stosunku do końca 2018 r., wzrósł dla 68 świadczeń, spadł dla 34, a dla 19 pozostał bez zmian. Dla przypadków pilnych wzrósł dla 44 świadczeń, spadł dla 12, a bez zmian pozostał dla 65.

²² Uwzględniono tylko te świadczenia, które były sprawozdawane zarówno na koniec 2018 jak i 2019 r.

²³ Uwzględniono tylko te komórki/świadczenia, które były sprawozdawane zarówno na koniec 2018 jak i 2019 r.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Najwyższe liczby osób oczekujących dla przypadków stabilnych, na koniec 2019 r., stwierdzono do poradni okulistycznej, poradni neurologicznej oraz na świadczenia z zakresu kardiologii realizowane w poradni kardiologicznej.

Poradnia okulistyczna

Do poradni okulistycznej, na koniec 2019 r., oczekiwało 293 574 osób, dla przypadków stabilnych, o 32 328 więcej niż na koniec 2018 r. (wzrost o 12,4%), natomiast w przypadkach pilnych oczekiwało 8954 osób (więcej o 2676, tj. o 42,63%). Wzrost liczby osób oczekujących w odniesieniu do przypadków stabilnych odnotowano w 14 OW NFZ, a spadek w dwóch OW NFZ. Dla przypadków pilnych wzrost liczby oczekujących odnotowano w 15 OW NFZ, a spadek w jednym OW NFZ.

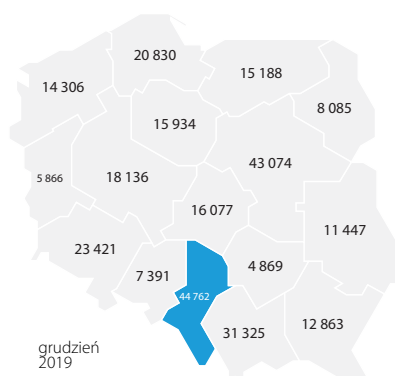
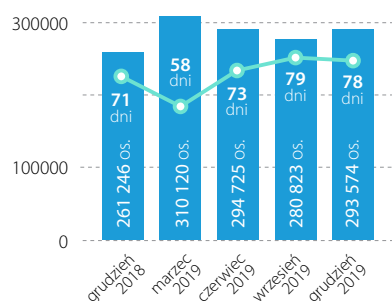
Poradnia okulistyczna

Wzrost liczby oczekujących wpłynął również na czas oczekiwania mierzony medianą średniego czasu oczekiwania, która w skali kraju na koniec 2019 r., w porównaniu do końca 2018 r., wzrosła o 7 dni dla przypadków stabilnych (z 71 do 78), natomiast nie zmieniał się dla przypadków pilnych (wyniosła 0 dni). Co istotne wzrost mediany dla przypadków stabilnych odnotowano w 14 OW NFZ, spadek w jednym OW NFZ, a w jednym pozostała bez zmian.

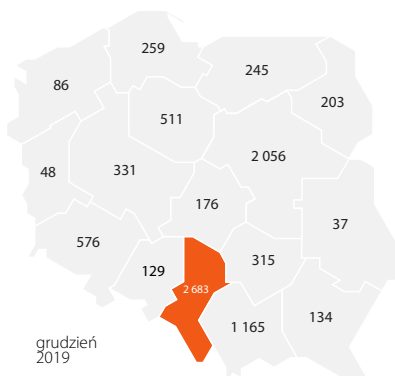
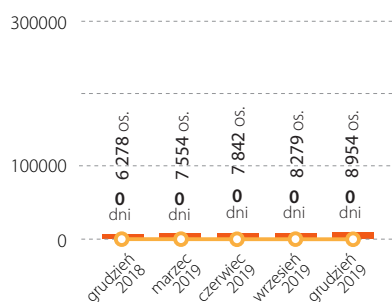
Infografika nr 4

Liczba oczekujących oraz mediana średniego czasu oczekiwania – poradnia okulistyczna

poradnia **okulistyczna**
przypadek **stabilny**



poradnia **okulistyczna**
przypadek **pilny**



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Poradnia neurologiczna

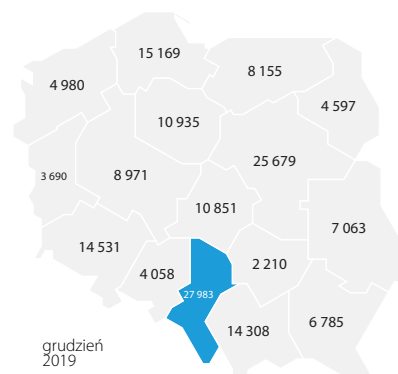
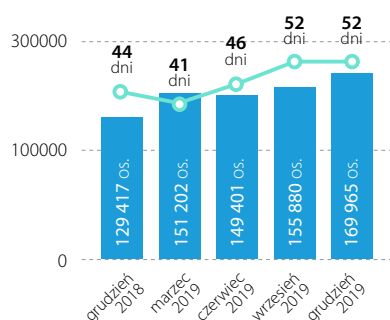
Do poradni neurologicznej, na koniec 2019 r., oczekiwało 169 965 osób, dla przypadków stabilnych, o 40 548 więcej niż na koniec 2018 r. (wzrost o 31,3%) i 14 825 w przypadkach pilnych (więcej o 5760, tj. o 63,5%). We wszystkich OW NFZ odnotowano wzrost liczby oczekujących, zarówno w odniesieniu do przypadków stabilnych, jak i przypadków pilnych.

Efektem powyższych wzrostów było wydłużenie czasu oczekiwania. Mediana średniego czasu oczekiwania na świadczenie dla poradni neurologicznej dla przypadków stabilnych, na koniec 2019 r., wyniosła 52 dni i była o 8 dni wyższa niż na koniec 2018 r. Dla przypadków pilnych mediana wyniosła 6 dni i była o 5 dni wyższa niż rok wcześniej. Wzrost mediany dla przypadków stabilnych odnotowano w 15 OW NFZ, a spadek w jednym, natomiast dla przypadków pilnych wzrost odnotowano w 12 OW NFZ, a w czterech wartość mediany pozostała bez zmian (dla wszystkich czterech wyniosła 0).

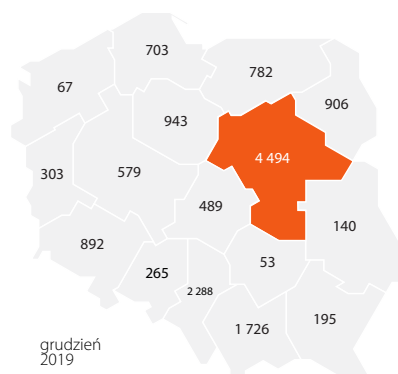
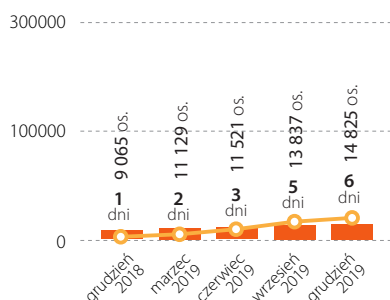
Infografika nr 5

Liczba oczekujących oraz mediana średniego czasu oczekiwania – poradnia neurologiczna

poradnia neurologiczna przypadek stabilny



poradnia neurologiczna przypadek pilny



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

NIK zwraca uwagę, na duży przyrost liczby oczekujących na świadczenia z zakresu onkologii. Na koniec 2019 r. na świadczenie oczekiwało 22 847 osób, dla przypadków stabilnych, co stanowiło aż 276,6% liczby oczekujących na koniec 2018 r. Na ten wzrost duży wpływ miał wzrost liczby oczekujących na świadczenia realizowane w poradni onkologicznej (na koniec 2019 r. oczekiwało 13 977 osób, wzrost w stosunku do końca 2018 r. o 8577 osób). Zjawisko to wystąpiło w III i IV kwartale 2019 r. Biorąc pod uwagę, że świadczenia onkologiczne udzielane w ramach pakietu onkologicznego nie są limitowane, w ocenie NIK, NFZ powinien podjąć działania mające na celu zdiagnozowanie przyczyn tego zjawiska.

Wzrost liczby oczekujących na świadczenia z zakresu onkologii

Podobnie jak w leczeniu szpitalnym, największe spadki liczby oczekujących odnotowano dla tych świadczeń, które zostały objęte finansowaniem nielimitowanym. W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej były to świadczenia rezonansu magnetycznego oraz świadczenia tomografii komputerowej. Limity finansowania tych świadczeń zostały zniesione od 1 kwietnia 2019 r.²⁴ Wynikiem tego był m.in. spadek liczby oczekujących.

Diagnostyka obrazowa

Dla świadczeń rezonansu magnetycznego liczba osób oczekujących na koniec 2019 r. była niższa niż rok wcześniej o 56 529 dla przypadków stabilnych oraz o 25 398 dla przypadków pilnych. Spadek liczby oczekujących odnotowano przy tym we wszystkich OW NFZ zarówno dla kategorii przypadków stabilnych, jak i pilnych. W ujęciu procentowym najwyższy spadek dla przypadków stabilnych odnotowano w Opolskim OW NFZ – o 49,1%, a dla przypadków pilnych w Podlaskim OW NFZ – o 76,7%.

Rezonans magnetyczny

Mediana średniego czasu oczekiwania na świadczenia rezonansu magnetycznego dla przypadków stabilnych spadła na koniec 2019 r., w stosunku do 2018 r., o 70 dni (ze 137 do 77 dni), a dla przypadków pilnych spadła o 26 dni (z 56 do 30 dni).

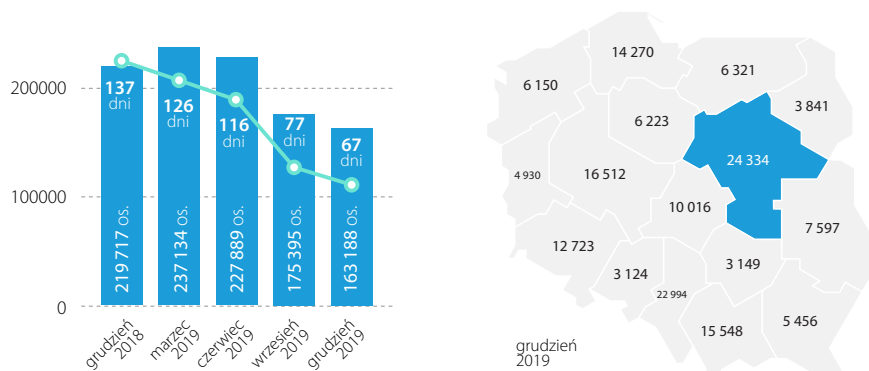
²⁴ Na podstawie zarządzenia Nr 37/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, dalej „zarządzenie Nr 37/2019/DSOZ”.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

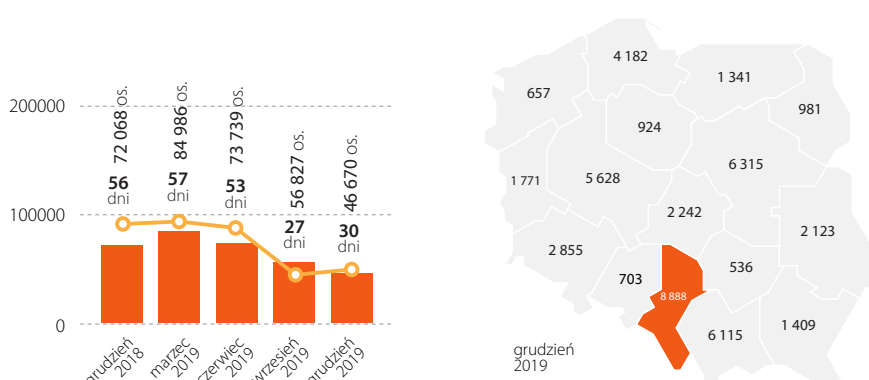
Infografika nr 6

Liczba oczekujących oraz mediana średniego czasu oczekiwania – rezonans magnetyczny

świadczenia **rezonansu magnetycznego**
przypadek stabilny



świadczenia **rezonansu magnetycznego**
przypadek pilny



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Tomografia komputerowa

Liczba osób oczekujących na świadczenia tomografii komputerowej, na koniec 2019 r., była niższa niż rok wcześniej o 26 680 dla przypadków stabilnych oraz o 8910 dla przypadków pilnych. Spadek liczby oczekujących, dla przypadków stabilnych, odnotowano w 14 OW NFZ (wzrost stwierdzono jedynie w Łódzkim oraz Podkarpackim OW NFZ), a dla przypadków pilnych w 13 OW NFZ (wzrost nastąpił w Lubelskim, Podkarpackim i Zachodniopomorskim OW NFZ). W ujęciu procentowym najwyższy spadek dla przypadków stabilnych odnotowano w Opolskim OW NFZ – o 75,9%, a dla przypadków pilnych w Pomorskim OW NFZ – o 60,9%.

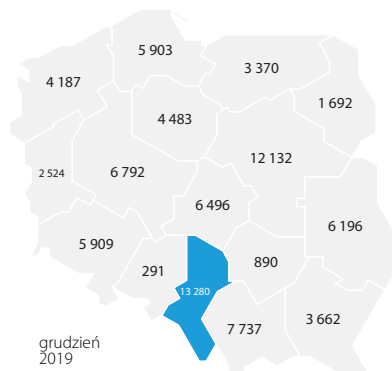
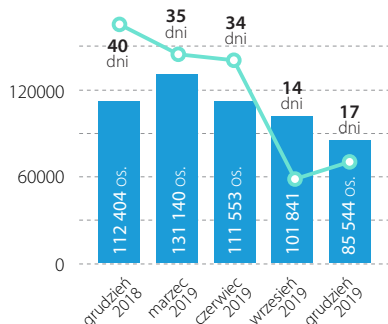
Z kolei mediana średniego czasu oczekiwania spadła o 23 dni dla przypadków stabilnych (z 40 do 17) oraz o 5 dni dla przypadków pilnych (z 13 do 8). Spadek mediany dla przypadków stabilnych stwierdzono w 15 OW NFZ, a w jednym wartość mediany pozostała bez zmian. Również dla przypadków pilnych spadek mediany odnotowano w 15 OW NFZ. W jednym OW NFZ wartość ta wzrosła (w Świętokrzyskim OW NFZ z 2 do 4 dni).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

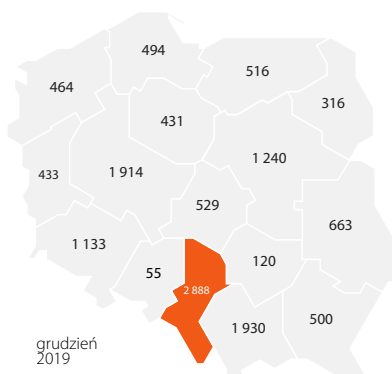
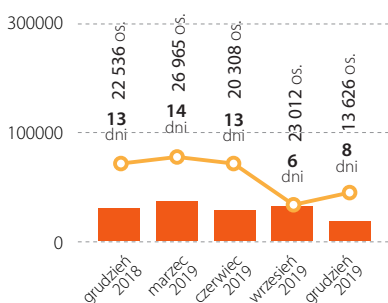
Infografika nr 7

Liczba oczekujących oraz mediana średniego czasu oczekiwania – świadczenia tomografii komputerowej

świadczenia **tomografii komputerowej**
przypadek stabilny



świadczenia **tomografii komputerowej**
przypadek pilny



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Rehabilitacja lecznicza

Dla świadczeń rehabilitacji leczniczej łączna liczba osób oczekujących dla przypadków stabilnych wyniosła na koniec 2019 r. 1 177 626 i była niższa niż rok wcześniej o 276 573 (19,0%). Dla przypadków pilnych spadek wyniósł 20 373 osób (10,7%).

Najwięcej osób, na koniec 2019 r., oczekiwało na świadczenia w działach fizjoterapii: 763 344 dla przypadków stabilnych (spadek o 227 170 osób, 22,9%) oraz 102 816 w przypadkach pilnych (spadek o 15 062 osób, 12,8%).

Spadek liczby osób oczekujących w rehabilitacji leczniczej wynikał ze zmian organizacyjnych w udzielaniu tych świadczeń dotyczących przede wszystkim wizyty fizjoterapeutycznej służącej zaplanowaniu cyklu leczenia. Rozpoczęcie udzielenia świadczenia następuje w momencie przeprowadzenia wizyty fizjoterapeutycznej, co nie oznacza rozpoczęcia cyklu leczenia. Realizacja wizyty powoduje skreślenie z listy oczekujących, ponieważ zabiegi są kontynuacją leczenia. Z kolei zarządzenie Nr 13/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 lutego 2019 r. w sprawie okre-

Liczba oczekujących
w rehabilitacji leczniczej

ślenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką wprowadziło możliwość realizacji tylko jednego cyklu (do 10 dni zabiegowych) na jedno skierowanie. W okresie wcześniejszym lekarz kierujący mógł wypisać skierowanie od razu na więcej niż jeden cykl leczenia (albo kilka skierowań, które świadczeniobiorca składał u różnych świadczeniodawców). W obecnym stanie prawnym fizjoterapeuta ma również możliwość na wizycie fizjoterapeutycznej, po ocenie stanu zdrowia pacjenta, nie dokonać kwalifikacji na zabiegi rehabilitacji, zmniejszyć liczbę realizowanych dni zabiegowych (do mniej niż 10) czy rozplanować cykl w czasie (np. dwa razy w tygodniu). Tym samym pacjenci nie widnieją już na listach oczekujących, ale nie oznacza to, że zrealizowano pełne leczenie.

Ponadto zmiana sposobu sprawozdawania danych o części świadczeń rehabilitacyjnych, jaka nastąpiła od 1 września 2019 r.²⁵, skutkowałą przeniesieniem sprawozdawania części danych do aplikacji AP-KOLCE, co spowodowało m.in. weryfikację list oczekujących przez świadczeniodawców. Tym samym nie jest możliwe proste porównanie danych na koniec 2019 r. do danych na koniec 2018 r., gdyż uzyskane wyniki mogłyby przedstawiać nieprawdziwy obraz zachodzących zmian.

Należy jednak zwrócić uwagę, że kolejny rok wzrosła liczba oczekujących do poradni rehabilitacyjnej. Na koniec 2019 r. oczekiwało do tej poradni 113 234 osób, dla przypadków stabilnych, a było to o 14 053 więcej niż rok wcześniej (tj. o 14,17%). Jednocześnie wzrost ten został odnotowany w 13 OW NFZ, co wskazuje że dostępność świadczeń rehabilitacji leczniczej nie uległa poprawie.

Liczba oczekujących
w opiece psychiatrycznej
i leczeniu uzależnień

Liczba oczekujących na świadczenia opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, dla przypadków stabilnych, na koniec 2019 r. wyniosła 78 624 i była o 19 384 (32,7%) wyższa niż rok wcześniej. Z kolei liczba osób oczekujących, dla przypadków pilnych, wyniosła 1720 i była wyższa o 211 (14,0%) niż rok wcześniej.

Wzrost liczby oczekujących, dla przypadków stabilnych, stwierdzono dla 39 na 64 świadczeń²⁶. Dla 19 świadczeń liczba oczekujących spadła, a dla sześciu pozostała bez zmian. Dla przypadków pilnych wartości te wyniosły odpowiednio: 17, 13 i 34.

Mediana średniego czasu oczekiwania dla przypadków stabilnych wzrosła w przypadku 20 świadczeń, spadła dla 15, a pozostała bez zmian dla 31 świadczeń, przy czym dla 30 świadczeń wyniosła 0. W odniesieniu

²⁵ W miejsce dotychczas sprawozdanych danych dla komórek oddział rehabilitacji kardiologicznej; oddział rehabilitacji narządu ruchu; oddział rehabilitacji narządu ruchu dla dzieci; oddział rehabilitacji neurologicznej; oddział rehabilitacji neurologicznej dla dzieci; oddział rehabilitacji pulmonologicznej; oddział rehabilitacji pulmonologicznej dla dzieci; oddział rehabilitacyjny; oddział rehabilitacyjny dla dzieci raportowane są dane o oczekujących na świadczenia rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych (71004); rehabilitacja neurologiczna w warunkach stacjonarnych (71002); rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych (71001); rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych (71003); kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w warunkach stacjonarnych (71005).

²⁶ Uwzględniono tylko komórki/świadczenia sprawozdawane zarówno na koniec 2018 jak i 2019 r.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

do przypadków pilnych mediana średniego czasu oczekiwania wzrosła dla jednego świadczenia, spadła dla dwóch, a dla 63 pozostała bez zmian, przy czym dla 64 świadczeń na koniec 2019 r. wyniosła 0.

Najwięcej osób (przypadki stabilne) na koniec 2019 r. oczekiwało na świadczenia w poradni zdrowia psychicznego (38 857) oraz poradni zdrowia psychicznego dla dzieci (10 987). Także wzrost liczby oczekujących w liczbach bezwzględnych najwyższy był dla tych dwóch komórek: dla poradni zdrowia psychicznego wzrost wyniósł 12 081 (tj. o 45,1%), a dla poradni zdrowia psychicznego dla dzieci – 2935, (tj. o 36,5%).

Mediana średniego czasu oczekiwania, dla przypadków stabilnych, do przychodni zdrowia psychicznego wyniosła na koniec 2019 r. 19 dni i była o 3 dni wyższa niż na koniec 2018 r. Dla przychodni zdrowia psychicznego dla dzieci mediana, dla przypadków stabilnych, na koniec 2019 r. wyniosła 38 dni i była wyższa niż rok wcześniej o 6 dni. Do obu przychodni mediana średniego czasu oczekiwania dla przypadków pilnych wyniosła, podobnie jak na koniec 2018 r., 0 dni.

W przypadku świadczeń kontraktowanych odrębnie liczba oczekujących, dla przypadków stabilnych, wyniosła na koniec 2019 r. 12 997 i była niższa niż rok wcześniej o 452 (3,4%). Liczba oczekujących, dla przypadków pilnych, wyniosła 1138, spadek o 21 (1,8%).

Liczba oczekujących
do świadczeń
kontraktowanych
odrębnie

Najwyższy wzrost liczby osób oczekujących dotyczył badań genetycznych – wzrost o 1121 dla przypadków stabilnych i 237 dla przypadków pilnych (odpowiednio wzrost o 45,3% i 140,2%). Największy spadek liczby oczekujących odnotowano z kolei do badań medycyny nuklearnej – o 1299 dla przypadków stabilnych i 285 dla przypadków pilnych (odpowiednio spadek o 15,4% i 31,7%).

Liczba osób, które wpisane na listę oczekujących na świadczenie nie zgłaszały się w ustalonym terminie wykazywała tendencję rosnącą. Analizie poddano dane dotyczące AOS, obejmujące lata 2017–2019, dla świadczeń z zakresu onkologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, kardiologii oraz endokrynologii, łącznie dla przypadków pilnych i stabilnych.

Pacjenci, którzy
nie zgłosili się
w ustalonym terminie

Liczba osób, które nie zgłosiły się w 2017 r. do czterech ww. świadczeń wyniosła 194 234, w 2018 r. 201 082, a w 2019 r. 208 155. Największy udział w tej liczbie stanowili pacjenci oczekujący na świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, a co roku była to w przybliżeniu połowa tych pacjentów.

Odsetek osób, które nie zgłosiły się w ustalonym terminie w odniesieniu do liczby oczekujących na koniec 2019 r. najwyższy był w przypadku świadczeń z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu – 59,7%, dla świadczeń z zakresu onkologii wyniósł 50,8%, dla świadczeń z zakresu kardiologii 32,8%, a dla świadczeń z zakresu endokrynologii 21,5%.

Liczba zgonów osób, które były wpisane na listę oczekujących, poza jednym przypadkiem²⁷, nie przekroczyła 1%.

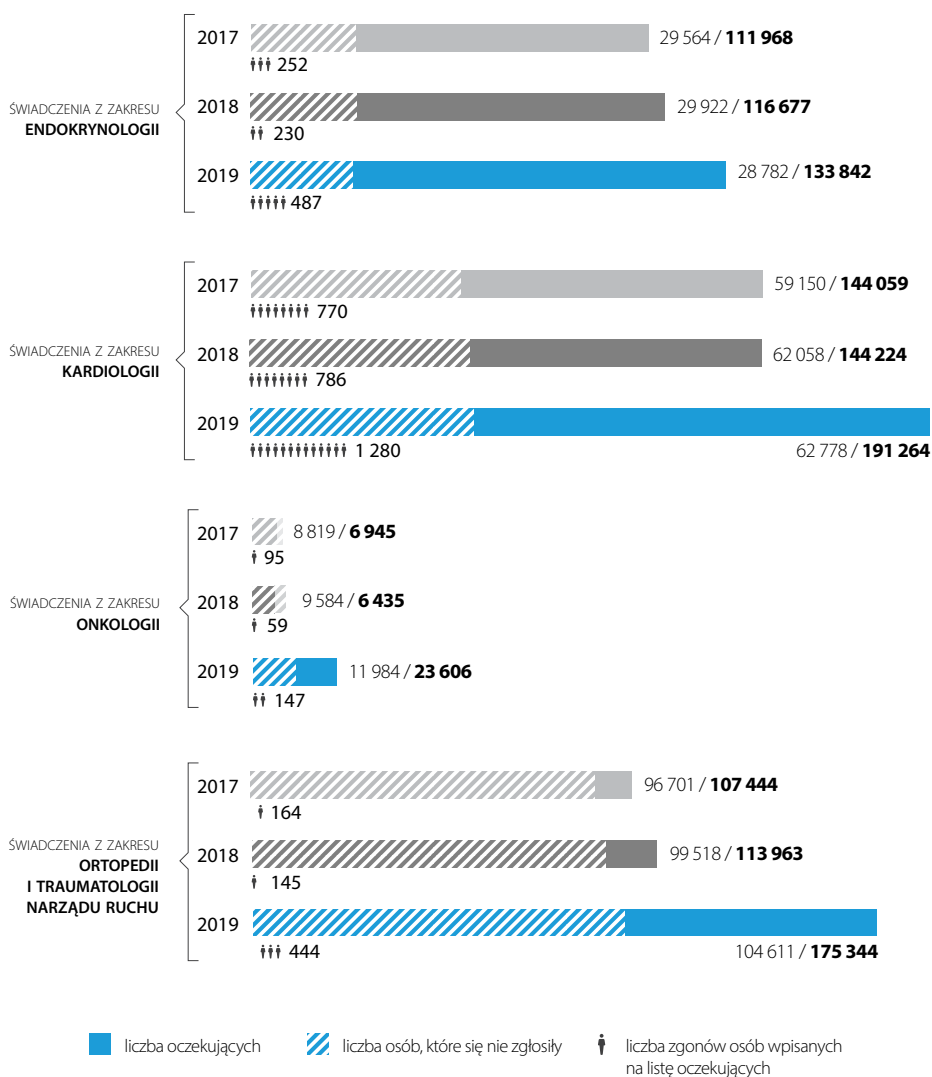
²⁷ Liczba zgonów osób wpisanych na listę oczekujących do świadczeń z zakresu onkologii w 2017 r. stanowiła 1,4% liczby oczekujących na świadczenie na koniec roku.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Przedstawione wyżej wartości wskazują na nadal utrzymujący się stan ograniczonej dostępności do świadczeń AOS w przedmiotowych zakresach, w wyniku której pacjenci poszukują pomocy medycznej w innych formach opieki, w tym w sektorze niepublicznym.

Infografika nr 8

Liczba pacjentów, którzy nie zgłosili się w umówionym terminie w odniesieniu do liczby oczekujących na świadczenie



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Spóźnione wdrożenie przypomnień o wizycie

Z dniem 1 lipca 2019 r. wszedł w życie art. 23b ustawy o świadczeniach, który nałożył na Fundusz obowiązek kontaktu ze świadczeniobiorcami w celu przypominania o wyznaczonym terminie udzielenia świadczeń, dla których są prowadzone harmonogramy przyjęć w aplikacji udostępnionej przez Prezesa Funduszu, zgodnie z art. 190 ust. 1a ustawy o świadczeniach. W skali kraju usługa przypomnienia, za pomocą SMS, została uruchomiona z dniem 25 listopada 2019 r., a więc 143 dni po terminie wskazanym w ustawie.

Centrala NFZ podejmowała działania w celu identyfikacji przyczyn powstawania i utrzymywania się dużej liczby oczekujących na świadczenia oraz długiego czasu oczekiwania oraz zapewnienie wiarygodnych danych o listach oczekujących.

Identyfikacja przyczyn powstawania kolejek

Jednym ze źródeł wiedzy były informacje o rozpoznaniu tych zjawisk przez OW NFZ. Zgromadzone w drodze realizacji „Wytycznych dla oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie monitorowania i weryfikacji czasów oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej, raportowania do Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia oraz informowania świadczeniobiorców wpisanych na listy” (dalej: „Wytyczne...”) informacje były wykorzystywane w opracowywanych przez Fundusz sprawozdaniach czy przy tworzeniu propozycji rozwiązań systemowych. Celem „Wytycznych...” było m.in. uzyskanie wiedzy o przyczynach wzrostów liczby oczekujących na świadczenie, wydłużania czasu oczekiwania czy propozycji zapobiegania zjawisku powstawania kolejek. OW NFZ zgłaszały również różne propozycje rozwiązań dotyczących list oczekujących, jednak najczęściej wymieniane były zwiększenie nakładów finansowych oraz zniesienie limitów świadczeń.

Wspomniane wyżej „Wytyczne...” służyć miały również zapewnieniu gromadzenia wiarygodnych danych, będących podstawą do innych działań. „Wytyczne...” zwracały uwagę dyrektorów OW NFZ na zapewnienie zarówno właściwej terminowości pozyskiwania danych (sprawozdawania przez świadczeniodawców), ale również ich kompletności czy spójności, poprzez prowadzenie ciągłego ich monitorowania. Jednym z narzędzi wskazanych w „Wytycznych...” były ankiety telefoniczne, podczas których weryfikowane były budzące wątpliwości informacje o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, czy skuteczność organizowanych przez OW NFZ szkoleń dotyczących prowadzenia list oczekujących. Łącznie w 2019 r. OW NFZ przeprowadziły 3109 takich ankiet u 1322 świadczeniodawców.

Przeprowadzonych zostało również 770 kontroli lub czynności sprawdzających dotyczących prowadzenia list oczekujących, w wyniku których na 634 świadczeniodawców nałożono kary umowne na łączną kwotę 610,07 tys. zł.

Fundusz podejmował również inne inicjatywy mające służyć zapewnieniu wiarygodnych danych. W 2018 r. Prezes Funduszu powołał „Zespół do spraw przygotowania propozycji zmian w zakresie prowadzenia list oczekujących na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej”. Wypracowane przez Zespół propozycje dotyczyły m.in. rozszerzenia wykazu świadczeń, na które listy oczekujących są prowadzone w aplikacji AP-KOLCE, rozszerzenia wykazu świadczeń, na które są prowadzone odrębne listy oczekujących objęte sprawozdawczością komunikatami XML, wprowadzenia harmonogramów przyjęć, wprowadzenia obowiązku prowadzenia list oczekujących na świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Opracowywanie nowych rozwiązań

Propozycje te zostały wprowadzone w życie na podstawie ustawy z dnia 6 grudnia 2018 r. o zmianie niektórych ustaw w związku ze skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej²⁸ oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych²⁹.

5.1.3. Zmiany w dostępności świadczeń w „sieci szpitali”

Zmniejszenie liczby profili zabezpieczenia

Na koniec 2019 r. w szpitalach zakwalifikowanych do „sieci szpitali” funkcjonowało o 51 mniej profili zabezpieczenia niż na koniec 2018 r. Największy spadek nastąpił w przypadku profilu „neonatologia”. Liczba świadczeniodawców posiadających ten profil zabezpieczenia zmniejszyła się o sześć (ubyło dwa w Śląskim OW NFZ, po jednym w Dolnośląskim, Lubelskim, Łódzkim, Podkarpackim i Zachodniopomorskim OW NFZ; przybył jeden w Świętokrzyskim OW NFZ). O cztery zmniejszyła się liczba świadczeniodawców prowadzących profil „choroby wewnętrzne” (ubyło po dwa w Łódzkim i Śląskim OW NFZ, po jednym w Lubelskim, Opolskim i Warmińsko-Mazurskim OW NFZ, przybyły dwa w Świętokrzyskim i jeden w Zachodniopomorskim OW NFZ) oraz choroby płuc (ubyło dwa w Śląskim OW NFZ, po jednym w Łódzkim i Mazowieckim OW NFZ).

Liczba profili zabezpieczenia uległa zmniejszeniu w dziesięciu OW NFZ, wzrosła w dwóch, a w czterech pozostała bez zmian. W podziale na OW NFZ najwięcej profili zabezpieczenia ubyło w Śląskim OW NFZ – 23³⁰ (z 633 funkcjonujących na koniec 2018 r., tj. 3,6%; zwiększyła się jedynie liczba profili dermatologia i wenerologia dziecięca z jednego do dwóch) oraz w Łódzkim OW NFZ – 11³¹ (z 390 funkcjonujących na koniec 2018 r., tj. 2,8%). Wzrost liczby profili zabezpieczenia stwierdzono w Świętokrzyskim (przy czym przybyło profili w dziewięciu dziedzinach, a ubyło w dwóch³²) i Zachodniopomorskim OW NFZ (przy czym przybyło profili w trzech dziedzinach, a ubyło w dwóch³³).

²⁸ Dz. U. poz. 2429, ze zm. Przepisy dotyczące list oczekujących weszły w życie z dniem 1 lipca 2019 r.

²⁹ Dz. U. poz. 1207, ze zm.

³⁰ Ubyło po dwa profile: chemioterapia hospitalizacja, chirurgia ogólna, choroby płuc, choroby wewnętrzne, neonatologia, neurologia; po jednym profilu anestezjologia i intensywna terapia, brachyterapia, chemioterapia, chemioterapia w trybie jednodniowym, dermatologia i wenerologia, gastroenterologia, ginekologia onkologiczna, onkologia kliniczna, otorynolaryngologia, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, pediatria, położnictwo i ginekologia. Przybył jeden profil dermatologia i wenerologia dziecięca.

³¹ Po dwa profile chirurgia ogólna, choroby wewnętrzne i położnictwo i ginekologia, po jednym chirurgia dziecięca, choroby płuc, endokrynologia, neonatologia, pediatria.

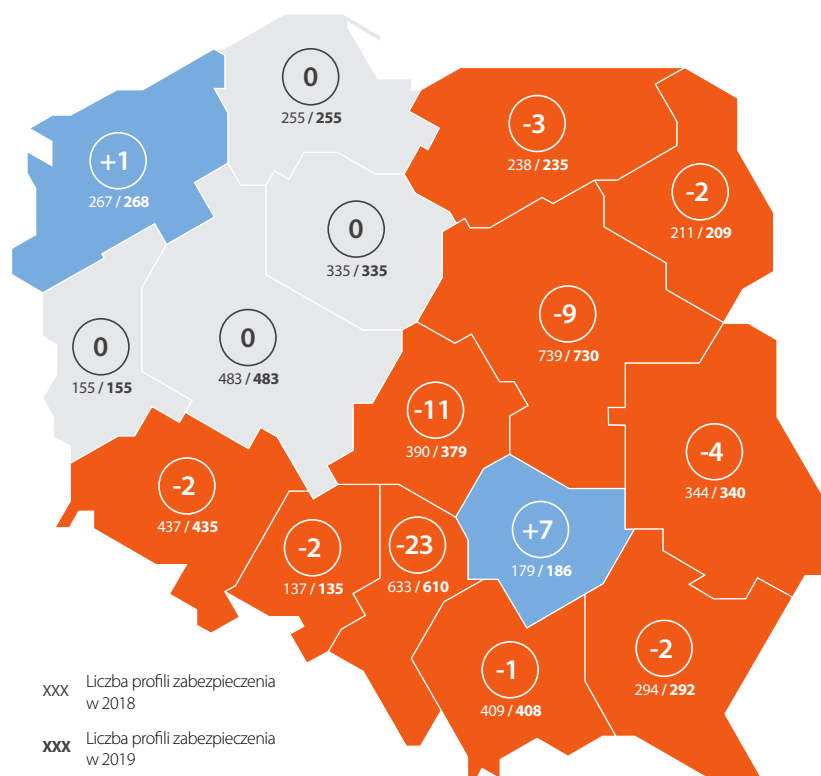
³² Przybyło po dwa chirurgia ogólna, choroby wewnętrzne i pediatria, po jednym anestezjologia i intensywna terapia, neonatologia, położnictwo i ginekologia; ubyło po jednym reumatologia i urologia dziecięca.

³³ Przybyło po jednym profilu chirurgia ogólna, choroby wewnętrzne i pediatria; ubyło po jednym profilu diabetologia i neonatologia.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 9

Liczba profili zabezpieczenia w ramach „sieci szpitali” na koniec 2018 r. i 2019 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

5.1.4. Opieka kompleksowa nad pacjentem po zawale mięśnia sercowego (KOS-Zawał)

Drugi pełny rok (2019 r.) funkcjonowania kompleksowej opieki nad pacjentem po zawale mięśnia sercowego (KOS-Zawał) przyniósł nieznaczną poprawę dostępności tej formy opieki. Odsetek pacjentów, którzy skorzystali z takiej opieki w 2019 r. wzrósł o 4,07 punktu procentowego w stosunku do 2018 r. i wyniósł 15,49%. Wskaźnik ten wzrósł w 10 z 12 OW NFZ, w których udzielano świadczeń w 2018 r., a ponadto w dwóch OW NFZ (Podkarpacki i Pomorski) rozpoczęto udzielanie świadczeń w 2019 r. Na koniec 2019 r. dostępu do KOS-Zawał nie posiadali pacjenci na obszarze Świętokrzyskiego oraz Warmińsko-Mazurskiego OW NFZ.

Liczba świadczeniodawców realizujących KOS-Zawał, na koniec 2019 r., wyniosła 62 i była o 14 wyższa niż na koniec 2018 r.³⁴. Najwięcej świadczeniodawców zawarło umowy w Śląskim OW NFZ – dziesięciu. Po jednym świadczeniodawcy miały Opolski, Podkarpacki, Pomorski i Zachodniopomorski OW NFZ. 91,2% świadczeniodawców funkcjonowało w ramach sieci szpitali, a pięciu poza siecią. Wartość świadczeń w ramach KOS-Zawał sfinansowanych przez NFZ w 2019 r. wyniosła 215 715,8 tys. zł i była o 77 620,6 tys. zł wyższa niż w 2018 r. (wzrost o 56,2%).

³⁴ Jeden świadczeniodawca zawarł umowę o KOS-Zawał w 2018 r., ale nie sprawozdał w 2018 r. żadnych świadczeń w ramach tej opieki.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Nieznacznie wzrósł odsetek pacjentów, którzy uzyskali rehabilitację kardiologiczną w ramach KOS-Zawał – z 69,84% w 2018 r. do 69,88% w 2019 r. Z tej grupy, w 2019 r. 64,32% pacjentów rozpoczęło rehabilitację kardiologiczną przed upływem 14 dni od zakończenia hospitalizacji³⁵ (w 2018 r. było to 64,22%).

W grupie pacjentów, którzy nie byli objęci KOS-Zawał procent tych, którzy uzyskali rehabilitację kardiologiczną również nieznacznie wzrósł – z 24,72% do 24,89%.

Dane o zgonach pacjentów po zawale mięśnia sercowego wskazują na skuteczność tej formy opieki. W grupie pacjentów hospitalizowanych w 2018 r. w ciągu roku od zakończenia hospitalizacji zmarło 10,4%, przy czym dla pacjentów objętych opieką KOS-Zawał było to 4,7%, a dla nieobjętych opieką kompleksową – 11,1%. W grupie pacjentów hospitalizowanych w 2019 r. w ciągu roku od zakończenia hospitalizacji zmarło 9,3% pacjentów, przy czym dla grupy objętej KOS-Zawał zmarło 3,9%, a dla pozostałych 10,3%³⁶.

Dane o umieralności pacjentów w ciągu roku od zakończenia hospitalizacji wskazują ponadto na konieczność zwiększenia udziału pacjentów, którzy korzystają z rehabilitacji kardiologicznej. W grupie pacjentów objętych KOS-Zawał, którzy odbyli rehabilitację kardiologiczną umieralność w ciągu roku od zakończenia hospitalizacji w 2018 r. wyniosła 3,11%, podczas gdy w grupie, która rehabilitacji nie odbyła 11,05% (w 2019 r. wartości te wyniosły odpowiednio 2,65% i 10,12%). Spośród pacjentów którzy byli objęci KOS-Zawał i uzyskali świadczenie rehabilitacji kardiologicznej umieralność była niższa w grupie pacjentów, którzy rozpoczęli rehabilitację w ciągu 14 dni od zakończenia hospitalizacji³⁷ i wyniosła 2,90%, a w grupie pacjentów, którzy rehabilitację rozpoczęli po upływie 14 dni – 3,41%.

³⁵ Lub rozpoczęli jeszcze w trakcie hospitalizacji.

³⁶ Należy mieć na uwadze, że na dzień pozyskania danych do badania (czerwiec 2020 r.) nie dla wszystkich pacjentów hospitalizowanych w 2019 r. upłynął rok od zakończenia hospitalizacji.

³⁷ Lub jeszcze przed jej zakończeniem.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 10

Umieralność pacjentów z rozpoznaniem kwalifikującym do objęcia opieką KOS-Zawał

Procent zgonów pacjentów, w ciągu 12 miesięcy od zakończenia hospitalizacji w ogólnej liczbie pacjentów hospitalizowanych z rozpoznaniem kwalifikującym do objęcia KOS-Zawał



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Powyższe dane wskazują, że o uzyskaniu lepszych efektów w opiece nad pacjentami po zawałe mięśnia sercowego decyduje przede wszystkim dostępność rehabilitacji kardiologicznej.

5.1.5. Dostępność świadczeń dla pacjentów z rozpoznaniem gruźlicy

Z uwagi na długotrwałość procesu diagnostycznego (brak możliwości postawienia pewnej diagnozy na podstawie symptomów klinicznych), jak i leczenia (średnio 6–9 miesięcy), oceniając dostęp do leczenia gruźlicy,

należy brać pod uwagę, zarówno czas jaki upływa od pierwszego rozpoznania do jego potwierdzenia i/lub podjęcia leczenia oraz czy potwierdzone rozpoznanie skutkowało wdrożeniem procesu terapeutycznego.

Świadczeniodawcy sprawozdali 8787 pacjentów³⁸, którzy po raz pierwszy pojawili się w systemie opieki zdrowotnej z rozpoznaniem gruźlica w 2018 r., przy czym ponad połowa rozpoznań nastąpiła po raz pierwszy w leczeniu szpitalnym (50,42%, przy 27,36% w AOS i 22,23% w POZ).

Spośród 1953 pacjentów, dla których wstępne rozpoznanie wskazujące na gruźlicę nastąpiło w 2018 r. w POZ 111 uzyskało kolejne świadczenie z takim samym rozpoznaniem w AOS, 144 ponownie w POZ, a 282 trafiło do szpitali. Spośród grupy pacjentów, którzy pierwsze rozpoznanie uzyskali w AOS (2404) 33,15% (tj. 797) następne świadczenie uzyskało również w AOS, a 484 (20,13%) po pierwszym rozpoznaniu trafiło do leczenia szpitalnego. Jak wskazano wyżej najwięcej pierwszych rozpoznań gruźlica zostało sprawozdanych z leczenia szpitalnego (4430 pacjentów). Z tej grupy 39,12% pacjentów (1733) następne świadczenie uzyskało w AOS, 11,42% w POZ (506), a 23,43% w szpitalu (1038).

Co istotne z całej populacji pacjentów objętej badaniem, dla których sprawozdano pierwsze rozpoznanie jako gruźlica, aż 41,39% pacjentów nie pojawiło się więcej w latach 2018 i 2019 w systemie opieki z takim rozpoznaniem, co wskazuje na niską trafność wstępnych rozpoznań niezależnie od rodzaju świadczeń (najmniej było to w LSZ – 26,03% (1153 pacjentów), w AOS 44,43% (1068), a w POZ aż 72,50% (1416). Powyższe również koresponduje ze wskazanym na wstępie problemem z diagnozowaniem gruźlicy, szczególnie w sytuacji gdy pierwsze rozpoznanie oparte jest jedynie o objawy kliniczne i wywiad z pacjentem.

W grupie pacjentów, którzy pierwsze rozpoznanie uzyskali w POZ na dalszym etapie leczenia w AOS leczyło się ostatecznie 362 pacjentów (18,54%), natomiast do leczenia szpitalnego trafiło 353 pacjentów (18,07%). Z kolei w grupie pacjentów, którzy pierwsze rozpoznanie uzyskali w AOS w szpitalu leczyło się ostatecznie 587 pacjentów (24,42%). Łącznie w szpitalach z rozpoznaniem gruźlica odnotowano 5370 pacjentów (61,11%).

Dla całej badanej populacji pacjentów sprawozdano ogółem 4969 wizyt w POZ, 23 040 wizyt w AOS i 7434 hospitalizacji³⁹. W przypadku hospitalizacji zdecydowana większość pacjentów była leczona na oddziałach gruźlicy i chorób płuc (5055 hospitalizacji, tj. 68%) i oddziałach chorób płuc (846 hospitalizacji, tj. 11,38%).

Po zakończeniu hospitalizacji 54,61% pacjentów (tj. 2933) kontynuowało leczenie w AOS. Najczęściej pacjenci korzystali z poradni gruźlicy i chorób płuc (81,48%) oraz poradni chorób płuc (10,25%).

³⁸ Badanie przeprowadzono na grupie pacjentów o sprawozdanym unikatowym nr PESEL, dla których w 2018 r. sprawozdano pierwsze świadczenie w POZ, AOS lub LSZ z rozpoznaniem A15-A19 wg klasyfikacji ICD – 10. Dla ustalenia przebiegu leczenia wzięto pod uwagę wszystkie udzielone im świadczeni, z wymienionymi rozpoznaniem, za lata 2017–2019.

³⁹ W tym uwzględniono wizyty w szpitalnych oddziałach ratunkowych i izbach przyjęć, których było 717.

Dane o udzielonych świadczeniach, dla pacjentów z pierwszym sprawozdanym rozpoznaniem w 2018 r., wskazują, że mediana liczby dni do rozpoczęcia hospitalizacji od poprzedzającej wizyty w AOS wyniosła 6 dni, a w przypadku poprzedzającej hospitalizację wizyty w POZ 4 dni. W przypadku kontynuacji leczenia w AOS mediana czasu oczekiwania pomiędzy wizytami w AOS wyniosła 29 dni, a w przypadku rozpoczęcia leczenia w AOS po wizycie w POZ 16 dni.

Dane te są zbieżne z danymi wynikającymi ze sprawozdań o listach oczekujących. Dla porównania mediana średniego czasu oczekiwania do poradni gruźlicy i chorób płuc dla Polski wyniosła na koniec 2019 r. 30 dni i była o 7 dni wyższa niż na koniec 2018 r. Najkrócej oczekiwali pacjenci w Podlaskim OW (mediana 2 dni), a najdłużej w Kujawsko-Pomorskim (90 dni). Do poradni chorób płuc mediana średniego czasu oczekiwania na koniec 2018 r. wyniosła 34 dni, i była o 4 dni wyższa niż rok wcześniej. Najkrócej oczekiwali pacjenci w Świętokrzyskim OW NFZ (2 dni), a najdłużej w Podlaskim OW NFZ (96 dni). W lecznictwie szpitalnym mediana średniego czasu oczekiwania na koniec 2019 r. dla oddziałów gruźlicy i chorób płuc wyniosła 3 dni (wzrost o 3 dni), a dla oddziałów chorób płuc – 15 dni (wzrost o 1 dzień).

5.1.6. Określanie współczynników korygujących

Zgodnie z treścią rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁴⁰ Prezes Funduszu posiada kompetencję do określania współczynników korygujących. Główną przesłanką określania współczynników korygujących jest polepszenie jakości i zwiększenie dostępności udzielanych świadczeń (§ 16 ust. 2 załącznika do rozporządzenia OWU). Ponadto Prezes Funduszu może określić współczynniki korygujące dotyczące świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne oraz ratowników medycznych z przeznaczeniem środków wynikających z ustalenia tych współczynników na średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia tych osób (§ 16 ust. 3–5 załącznika do rozporządzenia OWU).

Określanie
współczynników
korygujących

Do zakresu działań Prezesa NFZ należy m.in. prowadzenie gospodarki finansowej oraz efektywne i bezpieczne zarządzanie funduszami i mieniem Funduszu⁴¹. Gromadzone przez NFZ środki finansowe, miały charakter środków publicznych, dlatego zarządzanie nimi powinno się odbywać z uwzględnieniem przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych⁴². Prezes NFZ powinien w szczególności uwzględnić dyspozycję zawartą w art. 44 ust. 3 ustawy o finansach publicznych, zgodnie z którą wydatki publiczne powinny być dokonywane w sposób celowy i oszczędny, z zachowaniem zasad: uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów, optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów. Ponadto, zgodnie z art. 97 ust. 3 pkt 1 ustawy o świadczeniach, do zakresu działania Funduszu należy m.in. określanie

⁴⁰ Dz. U. z 2020 r. poz. 320, ze zm., dalej: „rozporządzenie OWU”.

⁴¹ Art. 102 ust. 5 pkt 1 i 2 ustawy o świadczeniach.

⁴² Dz. U. z 2019 r. poz. 869, ze zm.

jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Badaniem, pod kątem spełniania przesłanek określenia współczynników korygujących, objęto pięć zarządzeń Prezesa NFZ wprowadzających współczynniki dla:

- świadczeniodawców zakwalifikowanych do I lub II poziomu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku sprawozdawania określonych zabiegów z zakresu chirurgii ogólnej⁴³;
- świadczeń udzielanych dzieciom do ukończenia 18. r.ż. w ramach zakresów: świadczenia ogólnostomatologiczne, świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. r.ż. oraz świadczenia udzielane w dentobusie⁴⁴;
- świadczeń w zakresie: świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży, leczenie zaburzeń nerwicowych dla dzieci i młodzieży, świadczenia w psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia dla nieletnich, świadczenia opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne dla dzieci i młodzieży, świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze psychiatryczne dla dzieci i młodzieży, świadczenia odwykowe w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia dla nieletnich, świadczenia dla osób z zaburzeniami psychicznymi w hostelu rozliczane produktem rozliczeniowym dla młodzieży⁴⁵;
- świadczeń w zakresie badania rezonansu magnetycznego⁴⁶;
- świadczeń rozliczanych w ryczałcie przez świadczeniodawców zakwalifikowanych do I i II poziomu PSZ oraz dla określonych produktów sprawozdawanych przez świadczeniodawców zakwalifikowanych do wyższych poziomów PSZ⁴⁷.

⁴³ Zarządzenia nr 39/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (dalej: zarządzenie nr 39/2019/DSOZ). Produkty sprawozdawcze objęte współczynnikiem korygującym to: operacje przepuklin jamy brzusznej z wszczepem, operacje przepuklin brzusznych, wycięcie wyrostka robaczkowego, średnie zabiegi odbytu, wycięcie pęcherzyka żółciowego > 65 r.ż., wycięcie pęcherzyka żółciowego < 66 r.ż., średnie zabiegi na tkankach miękkich, leczenie chirurgiczne zmian troficznych stopy, zakrzepowe zapalenie żył – leczenie operacyjne, operacje żyłaków z safenektomią, operacje żyłaków bez safenektomii.

⁴⁴ Zarządzenie nr 76/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne (dalej: zarządzenie nr 76/2019/DSOZ).

⁴⁵ Zarządzenie nr 82/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2019 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (dalej: zarządzenie nr 82/2019/DSOZ).

⁴⁶ Zarządzenie nr 91/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 lipca 2019 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (dalej: zarządzenie nr 91/2019/DSOZ).

⁴⁷ Zarządzenie nr 126/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 września 2019 r. zmieniające zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (dalej: zarządzenia nr 126/2019/DSOZ).

Wymienione wyżej zmiany w finansowaniu świadczeń zdrowotnych nie zostały poparte rzetelną analizą kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Fundusz dokonywał jedynie symulacji wpływu wprowadzanych zmian na budżet płatnika.

Brak analizy
kosztów świadczeń

Ponadto cele określenia czterech⁴⁸ z pięciu współczynników korygujących zostały określone w sposób ogólny lub nieadekwatny do założonych efektów.

Nieprawidłowe
definiowanie celów

W uzasadnieniu do trzech zarządzeń⁴⁹ wskazano, że wprowadzenie współczynników korygujących wynika ze wzrostu kosztów udzielania świadczeń zdrowotnych, ponoszonych przez świadczeniodawców. Ta przesłanka nie została jednak doprecyzowana poprzez wskazanie kategorii kosztów świadczeniodawców. Zgodnie z przywołaną wyżej podstawą wprowadzania współczynników korygujących powinny być, co do zasady, koszty związane z wynagrodzeniami pielęgniarek i położnych lub ratowników medycznych. Koszty te, dzięki posiadanej przez Fundusz wiedzy o liczbie pielęgniarek, położnych i ratowników medycznych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, były do ustalenia. Fundusz nie sporządził jednak stosownej analizy⁵⁰.

W uzasadnieniu do zarządzenia nr 39/2019/DSOZ wskazano, że celem wprowadzanych zmian było m.in. promowanie wykonywania podstawowych zabiegów chirurgicznych w szpitalach najbardziej dostępnych dla świadczeniobiorców, tj. w szpitalach zakwalifikowanych do I lub II poziomu PSZ. W obowiązującym stanie prawnym⁵¹ pacjent miał prawo wyboru szpitala spośród szpitali, które zawarły umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zatem w celu wykonania prostych zabiegów chirurgicznych, pacjent nie miał obowiązku zgłaszać się do szpitala znajdującego się najbliżej jego miejsca zamieszkania, w szczególności zakwalifikowanego do I lub II poziomu PSZ.

Z kolei w uzasadnieniu do zarządzenia nr 76/2019/DSOZ wskazano, że podwyższenie wartości współczynnika korygującego dla wybranych zakresów świadczeń stomatologicznych udzielanych dzieciom miało na celu poprawę dostępności do rzeczonych świadczeń. Fundusz nie sprecyzował jednak sposobu poprawy dostępności wspomnianych świadczeń zdrowotnych. W szczególności nie zostały określone wymagania stawiane świadczeniodawcom w zakresie skrócenia czasu oczekiwania lub zwiększenia liczby udzielanych świadczeń.

Mierniki, określone w OSR sporządzonej dla projektu zarządzenia nr 76/2019/DSOZ były nieadekwatne do oczekiwanych efektów wprowadzenia ww. zarządzenia i uniemożliwiały jednoznaczną ocenę realizacji celu.

⁴⁸ Dot. współczynników korygujących, o których mowa w § 7 ust. 5 zarządzenia Nr 39/2019, w zarządzeniu Nr 76/2019, w zarządzeniu Nr 82/2019 oraz w zarządzeniu nr 126/2019.

⁴⁹ Zarządzenie nr 39/2019/DSOZ, zarządzenie nr 82/2019/DSOZ oraz zarządzenie nr 126/2019/DSOZ.

⁵⁰ Zgodnie z art. 97 ust. 3 pkt 1 ustawy o świadczeniach do zakresu działania Funduszu należały m.in. określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

⁵¹ Art. 30 ustawy o świadczeniach

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Zgodnie z treścią OSR podwyższenie współczynnika korygującego dla wybranych zakresów świadczeń stomatologicznych udzielanych dzieciom i młodzieży z 1,3 do 1,5 miało na celu poprawę dostępności do rzeczonych świadczeń. Jako mierniki realizacji celu wskazano: „odsetek dzieci i młodzieży korzystających z badań stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych, odsetek dzieci i młodzieży korzystających z leczenia stomatologicznego, odsetek dzieci i młodzieży korzystających z profilaktyki stomatologicznej”. Nie określono wartości bazowej i docelowej mierników.

Z porównania danych zawartych w Sprawozdaniach z działalności NFZ za II i IV kwartał 2019 r. wynika, że liczba osób, którym w II półroczu 2019 r., tj. po wprowadzeniu podwyższonej wartości współczynnika korygującego udzielono świadczeń zdrowotnych, była niższa niż w I półroczu⁵².

Tymczasem, wbrew treści OSR, Dyrektor DSOZ wyjaśnił, że podwyższenie współczynnika miało umożliwić zastosowanie u dzieci droższych materiałów stomatologicznych w leczeniu zębów i pokryć różnicę kosztów materiałów zastępujących amalgamat rtęci, jednak o rodzaju użytego materiału stomatologicznego decydował lekarz w oparciu o wskazania medyczne. Z uwagi na powyższe, przeprowadzenie analizy wykonania świadczeń stomatologicznych w podziale na użyty materiał stomatologiczny było niemożliwe.

Niewiarygodne dane
w sprawozdaniu
okresowym

Sprawozdanie okresowe Funduszu za IV kwartał 2019 r. zostało sporządzone w sposób nierzetelny.

Obowiązek sporządzania przez Fundusz sprawozdań okresowych co kwartał wynika z § 3 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2016 r. w sprawie rocznych i okresowych sprawozdań z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia oraz informacji przekazywanych wojewodom i marszałkom województw⁵³. Rozporządzenie określa również treść sprawozdania, w tym zakres danych zawartych w załącznikach. W trakcie kontroli ustalono, że tabele „IV.3.1_szpitalne_jednostki_statystyczne”, „IV.2.1_aos_jednostki_statystyczne”, „IV.5.1_rehabilitacja_jednostki_statystyczne.xlsx” oraz „IV.8.1_stomatologia_swiadczenia_gwarantowane.xlsx” nie były wewnętrznie spójne, zawierały błędy związane z przyporządkowaniem komórek organizacyjnych do zakresów świadczeń i kodów świadczeń, lub były niekompletne.

Przykłady

W tabeli „IV.3.1_szpitalne_jednostki_statystyczne.xlsx” stwierdzono m.in., że:

- dane w arkuszu „Zbiorczy” w układzie zakres świadczenia, kod komórki organizacyjnej i kod świadczenia nie miały odpowiedników w zestawieniach poszczególnych oddziałów wojewódzkich (np. świadczenia w zakresie 03.0000.104.02 realizowane w komórkach o kodzie 4581, kod świadczenia 0,1; świadczenia w zakresie 03.0000.111.02 realizowane w komórkach o kodzie 7950, kod świadczenia 0.1);

⁵² W przypadku świadczeń ogólnostomatologicznych było to o 1 414 843 osób mniej (tj. o 43,1%) niż w I półroczu 2019 r. Z kolei liczba osób, którym udzielono świadczeń w zakresie świadczenia ogólnostomatologiczne udzielane dzieciom i młodzieży do ukończenia 18. r.ż. była mniejsza o 341 196 osób (tj. o 54,3%) niż w I półroczu 2019 r.

⁵³ Dz. U. poz. 923.

- w arkuszach poszczególnych OW NFZ występowały dane w układzie zakres świadczenia, kod komórki organizacyjnej i kod świadczenia, które nie miały odpowiedników w zestawieniu „Zbiorczy”, np. (w zakresie 03.0000.115.02 realizowanym w komórkach o kodzie 4460 świadczenia o kodzie 4.8);
- dane o liczbie świadczeń i liczbie osób w układzie zakres świadczenia, kod komórki organizacyjnej i kod świadczenia w arkuszu „Zbiorczy” nie były równe sumie tych danych z zestawień OW NFZ (np. dla świadczenia „7.8 Pozostała opieka ambulatoryjna – cykl leczenia” w zakresie 03.0000.103.02 realizowanym w „4244 oddział radioterapii” liczba świadczeń w arkuszu „Zbiorczy” wyniosła 4175, podczas gdy suma dla OW NFZ wynosiła 6 602. Natomiast liczba osób wynosiła 3655, podczas gdy suma dla OW NFZ wynosiła 5821);
- oznaczenia kodowe i nazwy świadczeń nie były jednolite w całym dokumencie, a w zestawieniach oddziałów były również błędnie przyporządkowywane, np. w zestawieniu Opolskiego OW NFZ do kodu świadczenia „7.8 Pozostała opieka ambulatoryjna (cykl leczenia)” została przypisana również nazwa „Pozostała opieka ambulatoryjna (porada)” (wiersze 95, 172, 223); z kolei kod „1.2 Leczenie stacjonarne – leczenie jednego dnia” został przypisany do nazwy świadczenia „Leczenie stacjonarne (pobyt w oddz. szpitalnym)” (wiersz 132);
- w zestawieniu Kujawsko-Pomorskiego OW NFZ świadczenia o kodzie 0,1 realizowane w ramach zakresu 03.4654.033.02 w komórkach 4500 wykazano w pięciu odrębnych wierszach. Z danych tych wynika, że liczba wykonanych świadczeń w zakresie „03.4654.033.02 przeszczepienie wątroby” wyniosła 388 551, dla 308 280 osób.

W tabeli „IV.2.1_aos_jednostki_statystyczne.xlsx” stwierdzono m.in., że:

- w arkuszu „Zbiorczy” zawarto dane w układzie zakres świadczenia, kod komórki organizacyjnej i kod świadczenia, które nie miały odpowiedników w zestawieniach poszczególnych oddziałów wojewódzkich (np. świadczenia o kodzie „20.09 Diagnostyka obrazowa i nieobrazowa na rzecz pacjenta ambulatoryjnego” w zakresie 02.0000.073.027 realizowanym w komórkach „9502 pracownia lub zakład medycyny nuklearnej”);
- dane o liczbie świadczeń i liczbie osób w układzie zakres świadczenia, kod komórki organizacyjnej i kod świadczenia w arkuszu „Zbiorczy” nie były równe sumie tych danych z zestawień OW NFZ (np. dla świadczenia o kodzie „4.4 porada” realizowane w komórce „1020 Poradnia diabetologiczna” w zakresie 02.1020.002.01 liczba wykonanych świadczeń w arkuszu „Zbiorczy” to 83 519, a liczba pacjentów 17 274, podczas gdy suma z arkuszy OW NFZ to 79 834 świadczeń i 16 608 pacjentów).

W tabeli „IV.8.1_stomatologia_swiadczenia_gwarantowane.xlsx” zakres „świadczenia udzielane w dentobusie” został wykazany tylko przez 12 OW NFZ, natomiast nie wykazano świadczeń z Dolnośląskiego, Lubelskiego, Małopolskiego i Świętokrzyskiego OW NFZ.

W tabeli „IV.5.1_rehabilitacja_jednostki_statystyczne.xlsx” stwierdzono m.in., że dane o liczbie świadczeń i liczbie osób w arkuszu „Zbiorczy” nie były równe sumie tych danych z zestawień OW NFZ (np. w zestawieniu „Zbiorczy” liczba osób, którym udzielono świadczeń w działach (pracowniach) fizjoterapii to 3 057 371, a suma z arkuszy OW NFZ to 3 093 578).

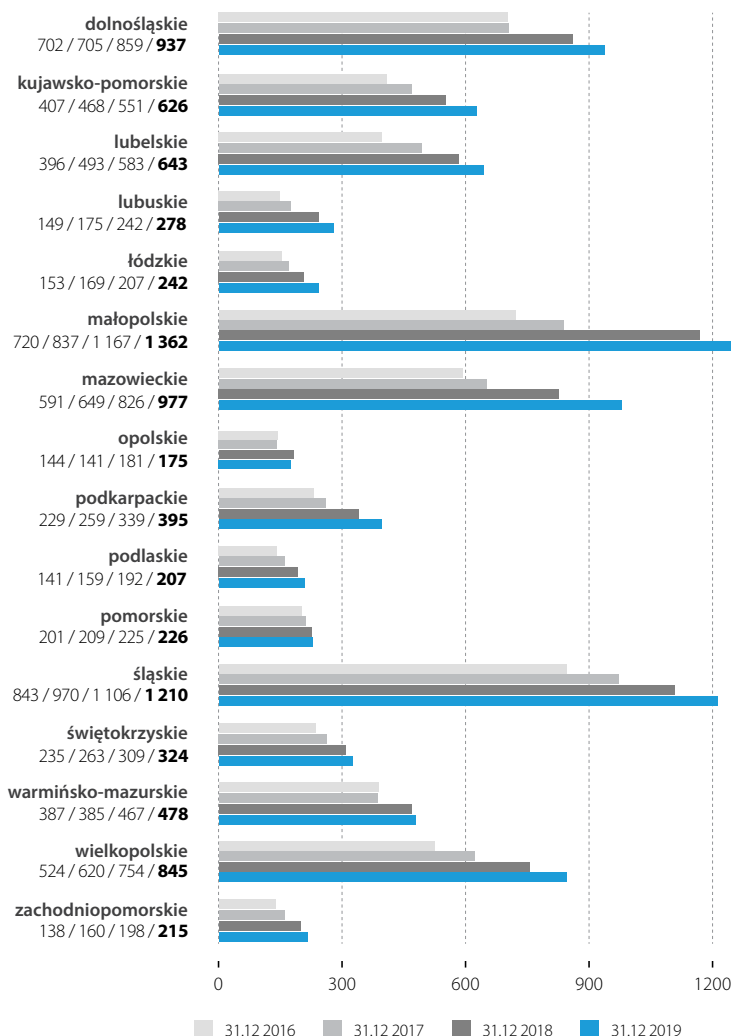
Finansowanie świadczeń dla pacjentów wentylowanych mechanicznie

5.1.7. Finansowanie świadczeń ponadumownych dla pacjentów wentylowanych mechanicznie

W latach 2016–2019 liczba pacjentów wentylowanych mechanicznie⁵⁴ wzrosła z 5960 do 9140 osób, tj. o 53,4%. Największy wzrost wystąpił w Małopolskim, Lubuskim i Podkarpackim OW NFZ⁵⁵.

Infografika nr 11

Zmiany w liczbie pacjentów wentylowanych mechanicznie w latach 2016–2019



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

⁵⁴ Dotyczy zakresów: 14.5170.029.04 – świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie/opiekuńczo-lecznym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie; 14.5171.029.04 – świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla dzieci wentylowanych mechanicznie/opiekuńczo-lecznym dla dzieci wentylowanych mechanicznie; 14.2140.029.04 – świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej – dla pacjentów wentylowanych mechanicznie; 14.2141.029.04 – świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej – dla dzieci wentylowanych mechanicznie. Za okres przed 2018 r. uwzględniono ówczesnie sprawozdawane zakresy: 14.5170.028.04 – świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie/opiekuńczo-lecznym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie; 14.5171.027.04 – świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla dzieci wentylowanych mechanicznie/opiekuńczo-lecznym dla dzieci wentylowanych mechanicznie; 14.2140.026.04 – świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie; 14.2141.026.04 – świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie.

⁵⁵ Na przestrzeni lat 2016–2019 liczba pacjentów wentylowanych mechanicznie wzrosła: w Małopolskim OW NFZ z 720 do 1362 osób, tj. o 89,2%; w Lubuskim OW NFZ z 149 do 278 osób, tj. o 86,6%; w Podkarpackim OW NFZ z 229 do 395 osób, tj. o 72,5%.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Wartość wykonanych w 2019 r. świadczeń w zakresach: świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie/opiekuńczo-lecznicznym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie⁵⁶, świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla dzieci wentylowanych mechanicznie/opiekuńczo-lecznicznym dla dzieci wentylowanych mechanicznie⁵⁷, świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej – dla pacjentów wentylowanych mechanicznie⁵⁸, świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej – dla dzieci wentylowanych mechanicznie⁵⁹ wyniosła łącznie 307 706,21 tys. zł, w czym największy udział miały świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej – dla pacjentów wentylowanych mechanicznie (68,6%). W latach 2016–2019 dynamicznie rosła wartość ww. czterech zakresów świadczeń wykonanych ponad limity określone w umowach ze świadczeniodawcami. O ile na 31 grudnia 2016 r. było to 27 884,03 tys. zł to na dzień 31 grudnia 2019 r. było to już 92 027, 52 tys. zł, co oznacza wzrost o 230,0%.

Dostępne środki pozwalały Funduszowi na sfinansowanie większości tych świadczeń za lata 2016 i 2017. Wartość świadczeń wykonanych ponad limit i nieuwjętych w księgach rachunkowych na dzień ich zamknięcia za rok 2016 stanowiła 0,6% kwoty na ostatni dzień roku, a za rok 2017 odpowiednio 0,3%⁶⁰. Tymczasem za lata 2018 i 2019 r. wartość tych świadczeń przekroczyła 50% (odpowiednio 50,3% i 53,2%).

Finansowanie świadczeń
ponadumownych

⁵⁶ Kod: 14.5170.029.04.

⁵⁷ Kod: 14.5171.029.04.

⁵⁸ Kod: 14.2140.029.04.

⁵⁹ Kod: 14.2141.029.04.

⁶⁰ W obu przypadkach dotyczyło to wyłącznie Śląskiego OW NFZ.

Tabela nr 1

Wartość świadczeń wykonanych przez świadczeniodawców ponad limity określone w umowach i nieujętych w księgach rachunkowych

Kod zakresu	Nazwa zakresu	wg stanu na dzień				wg stanu na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych za rok			
		31.12.2016 r.	31.12.2017 r.	31.12.2018 r.	31.12.2019 r.	2016	2017	2018	2019
14.5170.029.04	świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie/opiekuńczo – leczniczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie	533 608,44	1 979 886,17	4 369 215,28	7 595 699,98	0,00	0,00	328 096,36	634 340,83
14.5171.029.04	świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla dzieci wentylowanych mechanicznie/opiekuńczo – leczniczym dla dzieci wentylowanych mechanicznie	136 536,00	416 010,91	475 900,54	2 147 765,45	0,00	0,00	0,00	0,00
14.2140.029.04	świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej – dla pacjentów wentylowanych mechanicznie	25 579 143,24	37 145 197,53	74 563 201,03	79 274 156,28	170 715,60	149 272,20	40 553 899,81	47 749 554,25
14.2141.029.04	świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej – dla dzieci wentylowanych mechanicznie	1 634 740,29	3 574 343,86	3 403 714,57	3 009 895,49	0,00	0,00	786 446,40	609 052,12
RAZEM OW NFZ		27 884 027,97	43 115 438,48	82 812 031,41	92 027 517,20	170 715,60	149 272,20	41 668 442,57	48 992 947,20

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Stało się tak, mimo że zgodnie z wytycznymi Prezesa NFZ, w procesie rozliczania świadczeń ponadlimitowych za okres styczeń–grudzień 2019 r., OW NFZ miały uwzględnić wskaźnik maksymalnego poziomu finansowania, który dla świadczeń zdrowotnych udzielanych pacjentom wentylowanym mechanicznie został ustalony na poziomie 100%. Nadto, Dyrektor DSOZ, pismem z dnia 1 października 2018 r., zwrócił uwagę dyrektorom OW NFZ na konieczność priorytetowego potraktowania problemu finansowania świadczeń wentylacji mechanicznej w warunkach domowych, poprzez zabezpieczenie środków na sfinansowanie przedmiotowych świadczeń w celu zapewnienia ciągłości opieki na rzecz chorych pierwszorazowych w danym roku oraz w latach następnych.

W toku kontroli ustalono, że nie wszystkie OW NFZ były w stanie sfinansować całość świadczeń udzielonych ponad limity. Lubuski, Małopolski, Opolski, Podkarpacki, Podlaski, Pomorski, Wielkopolski i Zachodniopomorski OW NFZ pokryły wszystkie koszty świadczeń zdrowotnych wykonanych ponad limit określony w umowie, w ramach ww. zakresów za 2019 r. Pozostałe OW NFZ nie dokonały płatności za wszystkie, wykonane ponad limity, ww. świadczenia zdrowotne. Łączna wartość niezapłaconych świadczeń, udzielonych pacjentom wentylowanym mechanicznie, wykonanych ponad limit (stan na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych za 2019 r.), wyniosła 48 992,95 tys. zł, przy czym największy udział w tej kwocie miały Dolnośląski i Śląski OW NFZ (odpowiednio 16 547,20 tys. zł, tj. 33,8% i 12 651,77 tys. zł, tj. 25,8%).

W związku z istotnym wzrostem wartości świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowie, w celu poprawy dostępności do świadczeń domowej wentylacji mechanicznej, Prezes NFZ, zarządzeniem Nr 94/2019/DSOZ z dnia 18 lipca 2019 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, wprowadził nowe produkty rozliczeniowe, rozróżniające świadczenia względem czasu wentylacji pacjenta (do 8 godzin, od 8 do 16 godzin, powyżej 16 godzin). Rzeczone zarządzenie wprowadziło wagę punktową produktu rozliczeniowego, różnicując wycenę świadczeń w zależności od wymogu zatrudnienia personelu medycznego, czasu wentylacji pacjenta oraz liczby minimalnych wizyt personelu medycznego, określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej⁶¹. Wprowadzone rozwiązania ograniczyły jednostkowy koszt świadczenia zespołu domowej wentylacji mechanicznej dla osób dorosłych o ponad 10%, co przy zachowaniu dotychczasowej jakości, winno skutkować zwiększeniem dostępności do tych świadczeń.

Zmiany w finansowaniu świadczeń dla wentylowanych mechanicznie

5.2. Wykonanie planu finansowego NFZ

Plan finansowy Funduszu został przygotowany i wykonany prawidłowo, mimo przekroczenia limitu kosztów w pozycji „refundacja” przez jeden z oddziałów wojewódzkich. Dużo wyższe niż początkowo planowane koszty zostały sfinansowane ze zwiększonych wpływów składki zdrowotnej oraz funduszu zapasowego. Fundusz zakończył rok 2019 stratą w wysokości blisko jednego miliarda złotych.

⁶¹ Dz. U. z 2015 r. poz. 1658, ze zm.

Niezatwierdzone sprawozdanie z wykonania planu finansowego

Do dnia zakończenia kontroli nie zostało zatwierdzone sprawozdanie z wykonania planu finansowego Funduszu za 2019 r. Zgodnie z treścią art. 130 ustawy o świadczeniach Prezes Funduszu, na podstawie sprawozdań OW NFZ, sporządza roczne sprawozdanie z wykonania planu finansowego Funduszu, nie później niż w ciągu 6 miesięcy od zakończenia roku, którego dotyczy sprawozdanie. Wstępne sprawozdanie z wykonania planu finansowego Funduszu za 2019 r. zostało przekazane w dniu 29 czerwca 2020 r. do Biura Rady Funduszu.

Sprawozdanie powinno zostać przyjęte przez Radę Funduszu w terminie 15 dni od jego otrzymania. W dniu 23 marca 2020 r. wygasła kadencja Rady Funduszu, a do dnia zakończenia kontroli nie ukonstytuowała się nowa Rada. Została ona powołana przez Ministra Zdrowia dopiero 27 lipca 2020 r.

Wobec niepowołania Rady nowej kadencji, Biuro Rady Funduszu, w dniu 16 lipca 2020 r., (tj. po upływie terminu w jakim Rada powinna przyjąć sprawozdanie), przekazało Wstępne sprawozdanie z wykonania planu finansowego Funduszu za 2019 r. Ministrowi Finansów oraz do wiadomości Ministra Zdrowia.

Łączne sprawozdanie finansowe Funduszu

Łączne sprawozdanie finansowe zostało podpisane przez Głównego Księgowego Funduszu w dniu 26 marca 2020 r., a przez Prezesa Funduszu w dniu 27 marca 2019 r. Sprawozdanie, zgodnie z art. 128 ust. 4 ustawy o świadczeniach, zostało poddane badaniu przez biegłego rewidenta, który przedstawił sprawozdanie z badania w dniu 12 maja 2020 r. Biegły rewident nie sformułował uwag do sprawozdania. Minister Finansów zatwierdził łączne sprawozdanie finansowe Funduszu w dniu 17 czerwca 2020 r.

Zatwierdzenie planu finansowego

Projekt planu finansowego NFZ na 2019 r. został przedłożony przez Prezesa Funduszu Radzie Funduszu oraz Komisji Zdrowia i Komisji Finansów Publicznych Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 28 czerwca 2018 r., a po uzyskaniu ich pozytywnej opinii^{62,63}, w dniu 13 lipca 2018 r., plan finansowy NFZ został przekazany Ministrowi Zdrowia, tj. w terminie określonym w art. 121 ustawy o świadczeniach.

Plan finansowy, zgodnie z art. 118 ust. 1 ustawy o świadczeniach, został zrównoważony w zakresie przychodów i kosztów i zawierał elementy wskazane w art. 118 ust. 2, w tym utworzone zostały przewidziane w ustawie rezerwy. Planowane koszty finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez poszczególne OW NFZ, zgodnie z art. 118 ust. 4 ustawy o świadczeniach, były wyższe niż wysokość kosztów finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dla tych OW NFZ w roku 2018 r.

⁶² Opinia nr 171 Komisji Finansów Publicznych do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie projektu planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2019 uchwalona na posiedzeniu w dniu 3 lipca 2018 r. oraz Opinia nr 21 Komisji Zdrowia do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie projektu planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2019 rok uchwalona na posiedzeniu w dniu 4 lipca 2018 r.

⁶³ Rady Dolnośląskiego, Mazowieckiego i Pomorskiego OW negatywnie opiniowały projekty planu finansowego na rok 2019 wskazując m.in. na znaczny niedobór środków w perspektywie niezbędnych wydatków wynikających z zadań nałożonych na Dyrektorów w zakresie kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej oraz nie uwzględniają potrzeb regionu w zakresie zabezpieczenia zdrowotnego w świetle projektowanych zmian w systemie ochrony zdrowia.

W dniu 10 września 2018 r. Prezes Funduszu przekazał Ministrowi Zdrowia autokorektę Planu finansowego na 2019 r., uwzględniającą zmiany prawne⁶⁴. Plan został zatwierdzony przez Ministra Zdrowia, w porozumieniu z Ministrem Finansów, w dniu 12 września 2018 r.

Plan odpowiadał wzorowi planu finansowego NFZ określonego w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia⁶⁵.

Kwota przychodów ogółem Funduszu na 2019 r. została zaplanowana pierwotnie w wysokości 88 665 706,00 tys. zł. W trakcie roku dokonano zmian w planie finansowym w zakresie przychodów, w wyniku których kwota planowanych przychodów została ustalona na 93 155 204,00 tys. zł. (105,1% planu pierwotnego). Największą część zaplanowanych przychodów stanowiły składki na ubezpieczenie zdrowotne 84 255 511,00 tys. zł, tj. 95,03% przychodów ogółem.

Plan przychodów
i kosztów

Kwota kosztów ogółem na 2019 r. została pierwotnie zaplanowana w wysokości 88 665 706,00 tys. zł. W ciągu roku dokonano zmian planu finansowego w zakresie kosztów, w wyniku czego planowana kwota kosztów w planie po zmianach wyniosła 95 391 036,00 tys. zł. (107,6%).

Zmiany oraz przesunięcia w planie finansowym były dokonywane zgodnie z procedurą określoną w art. 124 ustawy o świadczeniach.

- ⁶⁴ a) Zmniejszenie kosztów wynagrodzeń oraz kosztów składek na ubezpieczenie społeczne i Fundusz Pracy do poziomu uwzględniającego:
- prognozowany na rok 2019 średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych (102,3%);
 - zmiany wynikające z nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wprowadzające elektroniczne potwierdzanie prawa do świadczeń świadczeniobiorców (e-WUŚ);
 - zmiany wynikające z nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dotyczące wdrożenia przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej realizowanych w ramach tzw. dyrektywy transgranicznej;
 - skutki wynikające z ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1532), w zakresie monitorowania prawidłowości realizacji zadania dotyczącego zobowiązań lekarzy specjalistów z tytułu pobierania podwyższonego wynagrodzenia;
 - środki jakie NFZ przewiduje otrzymać w roku 2019 na realizację projektów z udziałem środków unijnych.
- b) Zwiększenie kosztów usług obcych o środki finansowe w kwocie odpowiadającej powyższemu zmniejszeniu kosztów wynagrodzeń oraz kosztów składek na ubezpieczenie społeczne i Fundusz Pracy pierwotnie przeznaczone na wzrost funduszu wynagrodzeń do poziomu wynikającego ze wskaźnika dynamiki prognozowanego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w gospodarce narodowej na rok 2019 (105,6%) oraz na zwiększenie funduszu wynagrodzeń z przeznaczeniem na zapewnienie obsługi realizacji dodatkowych zadań wynikających z wdrożonych już przepisów prawa, w tym w szczególności:
- ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 844), wprowadzającej tzw. „sieć szpitali”;
 - ustawy z dnia 13 kwietnia 2018 r. o zmianie ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 858), wprowadzających nową grupę ubezpieczonych – pomocników rolnika,
 - ustawy z dnia 9 maja 2018 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności (Dz. U. poz. 932),
 - ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. poz. 1000),
 - a także z przeznaczeniem na uregulowanie należności za pracę w godzinach nadliczbowych.

⁶⁵ Dz. U. z 2019 r. poz. 835.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W wyniku dokonanych zmian planu finansowego na 2019 r. łączne przychody Funduszu wobec poprzedniego roku zostały zwiększone o 4 489 498 tys. zł (tj. o 5,1%) zaś łączne koszty o 6 725 330 tys. zł (tj. o 7,6%), w tym planowane nakłady NFZ na świadczenia opieki zdrowotnej zwiększono o 7 478 912 tys. zł (tj. o 8,9%), z tego w oddziałach wojewódzkich o 7 863 376 tys. zł (tj. o 9,5%).

Na pokrycie zwiększonych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej wykorzystane zostały również środki funduszu zapasowego w kwocie 2 235 832 tys. zł. Fundusz zapasowy na dzień 31 grudnia 2019 r. wyniósł 7 784 163,77 tys. zł.

Wykonane przychody Funduszu

Kwota wykonanych⁶⁶ przychodów Funduszu w 2019 r. wyniosła 93 105 090,70 tys. zł (99,9% planu po zmianach) i była o 7 833 531,73 tys. zł wyższa niż w 2018 r. (tj. o 9,2%).

Największą część przychodów stanowiły składki na ubezpieczenie zdrowotne. Kwota składki należnej wyniosła 88 255 448,49 tys. zł, w tym składki ZUS 84 797 262,66 tys. zł (96,1% kwoty składek), a składki KRUS 3 458 185,83 tys. zł (3,9% kwoty składek). Tytułem składek z lat ubiegłych Fundusz uzyskał przychody w kwocie 141 610,85 tys. zł.

⁶⁶ Kwoty odnoszące się do wykonania przychodów i kosztów zostały ustalone na podstawie Wstępnego sprawozdania z wykonania planu finansowego Funduszu na 2019 r.

Tabela nr 2
Plan i wykonanie przychodów Funduszu w 2019 r.

Poz.	Wyszczególnienie	Wykonanie za 2018 r.	„Pierwotny” plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia na 2019 rok	Plan po zmianach i przesunięciach na dzień 31.12.2019 r.	Wykonanie za 2019 r.	Dynamika (kol. 6/3) do 2018 r.	Dynamika (kol. 6/5) wykonanie
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Składka należna brutto w roku planowania równa przypisowi składki (1.1+1.2)	80 753 762,37	84 255 511,00	88 420 554,00	88 255 448,49	109,3%	99,8%
1.1	od ZUS	77 434 478,61	80 905 171,00	84 954 173,00	84 797 262,66	109,5%	99,8%
1.2	od KRUS	3 319 283,76	3 350 340,00	3 466 381,00	3 458 185,83	104,2%	99,8%
2	Planowany odpis aktualizujący składkę należną (2.1+2.2)	-	-	-	-	-	-
2.1	w stosunku do ZUS	-	-	-	-	-	-
2.2	w stosunku do KRUS	-	-	-	-	-	-
3	Przychody ze składek z lat ubiegłych (3.1+3.2)	124 012,81	115 000,00	115 000,00	141 610,85	114,2%	123,1%
3.1	od ZUS	126 230,45	115 000,00	115 000,00	141 610,85	112,2%	123,1%
3.2	od KRUS	- 2 217,64	-	-	-	-	-
4	Koszt poboru i ewidencjonowania składek (4.1+4.2)	155 134,55	165 017,00	152 080,00	153 853,84	99,2%	101,2%
4.1	koszty poboru i ewidencjonowania składek przez ZUS	152 231,67	162 040,00	148 871,00	150 661,20	99,0%	101,2%
4.2	koszty poboru i ewidencjonowania składek przez KRUS	2 902,88	2 977,00	3 209,00	3 192,64	110,0%	99,5%
5	Odpis dla Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, o którym mowa w art. 31t ust. 5-9 ustawy	26 148,00	50 553,00	36 785,00	36 785,00	140,7%	100,0%
A	Przychody netto z działalności (1 - 2 + 3 - 4 - 5)+A1+A2+A3+A4	84 549 504,56	88 031 581,00	92 364 853,00	92 192 199,17	109,0%	99,8%
A1	przychody wynikające z przepisów o koordynacji	268 569,76	267 150,00	267 150,00	279 026,86	103,9%	104,4%
A2	przychody z tytułu realizacji zadań zleconych	2 370,64	-	4 500,00	4 021,18	169,6%	89,4%
A3	dotacje z budżetu państwa na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a-2c, 3 i 3b ustawy	1 547 042,89	1 502 658,00	1 586 094,00	1 556 799,58	100,6%	98,2%
A4	dotacja z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego	2 035 028,64	2 106 832,00	2 160 420,00	2 145 931,05	105,4%	99,3%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Przychody ze składek na ubezpieczenie zdrowotne w 2019 r. były wyższe od zaplanowanych w planie po zmianach o 3 999 937,49 tys. zł, tj. o 4,9%, natomiast w stosunku do 2018 r. przychody ze składek wzrosły o 7 501 686,12 tys. zł, tj. o 9,3%.

Największy ciężar utrzymania systemu ochrony zdrowia ponosili pracownicy podlegający ubezpieczeniom społecznym i ubezpieczeniu zdrowotnemu. Ich składki stanowiły aż 53,1% sumy przychodów z tytułu składki zdrowotnej. Przy średniomiesięcznej liczbie tytułów ubezpieczenia 11 650 625 uśredniona kwota uiszczanej przez pracownika składki, w 2019 r., wyniosła 4027 zł. Drugą grupę pod względem udziału w przychodach ze składki zdrowotnej stanowili emeryci lub renciści, lub osoby pobierające rodzicielskie świadczenie uzupełniające, zamieszkali w Rzeczypospolitej Polskiej – ich składki stanowiły 24,2% wszystkich składek. Trzecią grupę stanowiły osoby prowadzące działalność gospodarczą, których składki stanowiły 7,7% przychodów ze składki zdrowotnej, a czwartą osoby wykonujące umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług z udziałem 3,1%. Udział pozostałych tytułów w przychodach ze składki zdrowotnej nie przekroczył 3%.

Wykonane koszty Funduszu

Koszty Funduszu ogółem w 2019 r. wyniosły 94 077 655,74 tys. zł, co stanowiło 98,6% planu po zmianach.

W stosunku do roku 2018 koszty Funduszu ogółem były wyższe o 9 273 151,83 tys. zł, tj. 10,9%, przy czym wzrost kosztów świadczeń opieki zdrowotnej wyniósł 9 066 678,19 tys. zł, tj. 11,2%.

W 2019 roku nie przekroczono limitów kosztów Funduszu, natomiast Lubelski OW NFZ przekroczył plan finansowy w pozycji: „refundacja” o 1889,71 tys. zł, tj. o 0,4% planu po zmianach.

Koszty świadczeń opieki zdrowotnej

Największą pozycję kosztów stanowiły koszty świadczeń opieki zdrowotnej, które wyniosły 90 127 761,69 tys. zł, tj. 95,8% kosztów ogółem. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej były o 11,2% wyższe niż w 2018 r. Wyższą dynamikę wzrostu odnotowano przede wszystkim w przypadku kosztów leczenia szpitalnego (w tym programów lekowych) – o 11,6%, rehabilitacji leczniczej – o 19,6% oraz świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej – 15,0%.

Wykonanie planu kosztów świadczeń opieki wyniosło 98,89% wartości planowanej. Niższa niż planowana realizacja kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, w łącznej wysokości 1 008 488,31 tys. zł, objęła niewykonanie kosztów świadczeń w oddziałach wojewódzkich w wysokości 857 866,86 tys. zł (głównie w leczeniu szpitalnym – 296 431,05 tys. zł, oraz w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej – 105 496,31 tys. zł) i Centrali Funduszu w wysokości 150 621,45 tys. zł (koszty realizacji zadań wynikających z przepisów o koordynacji – 137 637,65 tys. zł oraz koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielone w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej – 12 983,80 tys. zł).

Istotnie wzrosły koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programów pilotażowych, o których mowa w art. 48e ustawy o świadczeniach. W stosunku do 2018 r. wzrosły one o 406,9% i wyniosły w 2019 r. 384 494,73 tys. zł. Fundusz w 2019 r. finansował następujące programy pilotażowe:

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) Etap II Faza pilotażowa – model POZ PLUS;
- Program pilotażowy w centrach zdrowia psychicznego;
- Program pilotażowy dotyczący leczenia ostrej fazy udaru niedokrwienego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych;
- Program pilotażowy pn. Standard szpitalnego żywienia kobiet w ciąży i w okresie poporodowym – Dieta Mamy.
- Poniesione z tego tytułu koszty Funduszu dotyczyły w głównej mierze centrów zdrowia psychicznego, na które wydatkowano 318 178,26 tys. zł.

W 2019 r., w stosunku do roku poprzedniego, nie nastąpiły istotne zmiany w strukturze kosztów świadczeń. Największy udział w strukturze kosztów świadczeń zdrowotnych, podobnie jak w latach poprzednich, stanowiły koszty leczenia szpitalnego 52,6%⁶⁷, podstawowej opieki zdrowotnej (13,8%), koszty refundacji aptecznej (9,7%)⁶⁸ oraz koszty ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (5,7%). Wzrost udziału świadczeń udzielanych w rodzaju leczenie szpitalne w roku 2019, wynikał m.in. z wprowadzenia przez Ministra Zdrowia do finansowania ze środków publicznych nowych świadczeń gwarantowanych realizowanych w ramach leczenia szpitalnego⁶⁹, poszerzenia katalogu świadczeń gwarantowanych, zwiększenia finansowania zabiegów usunięcia zaćmy oraz endoprotezoplastyki stawu kolanowego i stawu biodrowego, wprowadzenia nowych taryf świadczeń gwarantowanych⁷⁰ czy wprowadzenia rozliczania produktu „koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności”, w przypadku sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej.

Struktura kosztów świadczeń opieki zdrowotnej

Istotną pozycję w strukturze kosztów świadczeń opieki zdrowotnej stanowią koszty świadczeń w ramach „sieci szpitali”. W 2019 r. wyniosły one 46 087 140,40 tys. zł, co stanowiło 51,1% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej. 94,5% w tej kwocie stanowiły koszty leczenia szpitalnego. Sama kwota kosztów objętych ryczałtem systemu zabezpieczenia wyniosła w 2019 r. 23 933 523,98 tys. zł, w stosunku do 22 407 459,61 tys. zł w 2018 r., tj. o 6,8% więcej. W tym samym okresie koszty świadczeń udzielonych w ramach „sieci szpitali” wzrosły o 9,7%. Dynamika wzrostu kosztów „sieci szpitali” była więc niższa niż wzrost kosztów świadczeń opieki zdrowotnej.

Koszty „sieci szpitali”

⁶⁷ W 2018 r. w strukturze kosztów świadczeń zdrowotnych koszty leczenia szpitalnego stanowiły 52,4%.

⁶⁸ 10,5% w 2018 r.

⁶⁹ Tj.: profilaktyczne usunięcie jajników i jajowodów redukujące ryzyko raka jajników i jajowodów u nosicieli patogennych mutacji w genach BRCA1/BRCA2; profilaktyczna mastektomia; neuromodulacja krzyżowa; protezowanie rogówki (keratoprotezowanie); wprowadzenie protezy metalowej do moczowodu; wprowadzenie protezy metalowej do cewki moczowej; angioplastyka wieńcowa z użyciem balonu uwalniającym lek; wszczepienie/wymiana całkowicie podskórnego kardiowertera-defibrylatora (S-ICD).

⁷⁰ Obwieszczenie Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 5 czerwca 2019 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego – przeszczepienie nerki lub nerki z trzustką identyfikowane produktami rozliczeniowymi: L94, PZL12, L97 oraz replantacja kończyny górnej H40 poprzez modyfikację wartości punktowej.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Koszty dodatkowych wynagrodzeń personelu medycznego

Na wzrost kosztów świadczeń opieki zdrowotnej istotny wpływ miały również, ujęte w nich, koszty stanowiące środki przekazane świadczeniodawcom na podwyższenie wynagrodzeń lekarzy, pielęgniarek i położnych oraz ratowników medycznych zatrudnionych w szpitalach oraz w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne⁷¹. Łączna kwota tych kosztów w 2019 r. wyniosła 6 633 791,9 tys. zł i była wyższa niż w 2018 r. o 2 074 634,4 tys. zł, tj. o 45,5%. Dynamika wzrostu kosztów związanych z podwyższaniem wynagrodzeń ww. grup zawodowych była w 2019 r. ponad czterokrotnie wyższa niż dynamika wzrostu kosztów świadczeń, która wyniosła, jak wskazano wyżej 11,2%. Jednocześnie udział tych kosztów w całych kosztach świadczeń opieki zdrowotnej wzrósł z 5,5% w 2018 r. do 7,4% w 2019 r.

⁷¹ Odpowiednio dla wskazanych grup zawodowych: 671 131,1 tys. zł, 5 649 384,1 tys. zł i 313 276,6 tys. zł.

Tabela nr 3
Koszty świadczeń opieki zdrowotnej w 2019 r.

Poz.	Wyszczególnienie	Wykonanie za 2018 r.	„Pierwotny” plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia na 2019 rok	Plan po zmianach i przesunięciach na dzień 31.12.2019 r.	Wykonanie za 2019 r.	Dynamika (kol. 6/3) do 2018 r.	Dynamika (kol. 6/5) wykonanie
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Składka należna brutto w roku planowania równa przypisowi składki (1.1+1.2)	80 753 762,37	84 255 511,00	88 420 554,00	88 255 448,49	109,3%	99,8%
1.1	od ZUS	77 434 478,61	80 905 171,00	84 954 173,00	84 797 262,66	109,5%	99,8%
1.2	od KRUS	3 319 283,76	3 350 340,00	3 466 381,00	3 458 185,83	104,2%	99,8%
2	Planowany odpis aktualizujący składkę należną (2.1+2.2)	-	-	-	-	-	-
2.1	w stosunku do ZUS	-	-	-	-	-	-
2.2	w stosunku do KRUS	-	-	-	-	-	-
3	Przychody ze składek z lat ubiegłych (3.1+3.2)	124 012,81	115 000,00	115 000,00	141 610,85	114,2%	123,1%
3.1	od ZUS	126 230,45	115 000,00	115 000,00	141 610,85	112,2%	123,1%
3.2	od KRUS	- 2 217,64	-	-	-	-	-
4	Koszt poboru i ewidencjonowania składek (4.1+4.2)	155 134,55	165 017,00	152 080,00	153 853,84	99,2%	101,2%
4.1	koszty poboru i ewidencjonowania składek przez ZUS	152 231,67	162 040,00	148 871,00	150 661,20	99,0%	101,2%
4.2	koszty poboru i ewidencjonowania składek przez KRUS	2 902,88	2 977,00	3 209,00	3 192,64	110,0%	99,5%
5	Odpis dla Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, o którym mowa w art. 31t ust. 5–9 ustawy	26 148,00	50 553,00	36 785,00	36 785,00	140,7%	100,0%
A	Przychody netto z działalności (1 - 2 + 3 - 4 - 5)+A1+A2+A3+A4	84 549 504,56	88 031 581,00	92 364 853,00	92 192 199,17	109,0%	99,8%
A1	przychody wynikające z przepisów o koordynacji	268 569,76	267 150,00	267 150,00	279 026,86	103,9%	104,4%
A2	przychody z tytułu realizacji zadań zleconych	2 370,64	-	4 500,00	4 021,18	169,6%	89,4%
A3	dotacje z budżetu państwa na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a–2c, 3 i 3b ustawy	1 547 042,89	1 502 658,00	1 586 094,00	1 556 799,58	100,6%	98,2%
A4	dotacja z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego	2 035 028,64	2 106 832,00	2 160 420,00	2 145 931,05	105,4%	99,3%
B	Koszty realizacji zadań (B1 + B2 + B3 + B4 + B5 + B6)	83 793 007,64	87 340 125,00	94 074 570,0 ⁰	93 004 436,65	111,0%	98,9%
B1	Obowiązkowy odpis na rezerwę ogólną	-	842 555,00	-	-	-	-
B2	Koszty świadczeń opieki zdrowotnej (B2.1+...+B2.21)	81 061 083,50	83 657 338,00	91 136 250,00	90 127 761,69	111,2%	98,9%
B2.1	podstawowa opieka zdrowotna	11 225 864,17	11 114 070,00	12 462 538,00	12 435 330,97	110,8%	99,8%
B2.2	ambulatoryjna opieka specjalistyczna	4 624 057,51	4 658 233,00	5 212 517,00	5 107 020,69	110,4%	98,0%
B2.3	leczenie szpitalne, w tym:	42 470 118,95	38 814 383,00	47 673 924,00	47 377 492,95	111,6%	99,4%
B2.3.1	programy lekowe, w tym:	3 803 959,29	3 505 046,00	4 438 781,00	4 387 978,94	115,4%	98,9%
B2.3.1.1	leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte programami lekowymi	3 439 201,82	3 159 290,00	3 981 987,00	3 938 200,94	114,5%	98,9%
B2.3.2	chemioterapia, w tym:	1 494 167,34	1 367 732,00	1 549 093,00	1 502 440,42	100,6%	97,0%
B2.3.2.1	leki stosowane w chemioterapii	698 593,95	632 261,00	712 574,00	681 512,91	97,6%	95,6%

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Poz.	Wyszczególnienie	Wykonanie za 2018 r.	„Pierwotny” plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia na 2019 rok	Plan po zmianach i przesunięciach na dzień 31.12.2019 r.	Wykonanie za 2019 r.	Dynamika (kol. 6/3) do 2018 r.	Dynamika (kol. 6/5) wykonanie
1	2	3	4	5	6	7	8
B2.4	opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	2 843 789,57	2 517 277,00	3 036 151,00	2 997 695,68	105,4%	98,7%
B2.5	rehabilitacja lecznicza	2 497 985,15	2 513 590,00	3 028 850,00	2 987 358,44	119,6%	98,6%
B2.6	świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	1 629 899,06	1 648 202,00	1 907 236,00	1 875 188,15	115,0%	98,3%
B2.7	opieka paliatywna i hospicyjna	733 289,76	732 722,00	825 661,00	813 352,29	110,9%	98,5%
B2.8	leczenie stomatologiczne	1 811 999,62	1 847 184,00	1 886 191,00	1 846 335,41	101,9%	97,9%
B2.9	lecnictwo uzdrowiskowe	656 590,16	716 045,00	719 384,00	707 678,16	107,8%	98,4%
B2.10	pomoc doraźna i transport sanitarny	48 684,38	53 297,00	52 957,00	50 964,66	104,7%	96,2%
B2.11	koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu	171 114,09	198 413,00	199 007,00	186 768,77	109,1%	93,9%
B2.12	świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie	2 126 796,86	1 998 289,00	2 387 208,00	2 368 787,64	111,4%	99,2%
B2.13	zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawa, o których mowa w ustawie o refundacji	1 093 814,00	1 214 320,00	1 246 931,00	1 241 722,96	113,5%	99,6%
B2.14	refundacja, z tego:	8 498 190,45	8 204 435,00	8 819 294,00	8 744 996,05	102,9%	99,2%
B2.14.1	refundacja leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę	8 473 579,67	8 170 107,00	8 779 622,00	8 716 358,60	102,9%	99,3%
B2.14.2	refundacja leków, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 17 ustawy	11 106,87	20 131,00	18 392,00	11 905,88	107,2%	64,7%
B2.14.3	refundacja środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 18 ustawy	13 503,91	14 197,00	21 280,00	16 731,57	123,9%	78,6%
B2.15	rezerwa na koszty realizacji zadań wynikających z przepisów o koordynacji	529 511,74	748 250,00	748 270,00	610 632,35	115,3%	81,6%
B2.16	rezerwa na pokrycie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej oraz refundacji leków, w tym:	-	823 150,00	-	-	-	-
B2.16.1	rezerwa, o której mowa w art. 118 ust. 2 pkt 2 lit. c ustawy	-	225 265,00	-	-	-	-
B2.17	rezerwa na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych	-	4 952 154,00	-	-	-	-
B2.18	koszty świadczeń opieki zdrowotnej z lat ubiegłych	- 32 314,10	114 218,00	437 923,00	358 511,71	-	81,9%
B2.19	rezerwa na koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielone w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej	33 641,26	414 719,00	45 000,00	32 016,20	95,2%	71,1%
B2.20	rezerwa na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej na podstawie art. 48d ustawy	3 555,77	21 279,00	3 152,00	1 413,88	39,8%	44,9%
B2.21	koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programów pilotażowych, o których mowa w art. 48e ustawy	94 495,10	353 108,00	444 056,00	384 494,73	406,9%	86,6%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Ze względu na wyższe niż pierwotnie planowano koszty świadczeń opieki zdrowotnej plan po zmianach zakładał stratę w wysokości (-)2 235 832,00 tys. zł. Zwiększone koszty świadczeń opieki zdrowotnej zostały sfinansowane m.in. ze środków funduszu zapasowego. Dzięki wyższym niż planowano przychodom oraz niższym niż zakładano kosztom wynik finansowy ogółem netto Funduszu w 2019 r. wyniósł (-)972 565,04 tys. zł.

Wynik finansowy

Nie wszystkie świadczenia wykonane przez świadczeniodawców zostały rozliczone w 2019 r. Pomimo wzrostu poniesionych przez Fundusz kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w 2019 r., wartość świadczeń wykonanych ponad limity określone w umowach przez świadczeniodawców w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2019 r., nieuwjętych w księgach rachunkowych na dzień ich zamknięcia, wyniosła 433 340,00 tys. zł, i była niższa od wartości takich świadczeń na koniec 2018 r. o 207 975,53 tys. zł, tj. o 32,4%. Na kwotę tę złożyły się przede wszystkim świadczenia w rodzajach leczenia szpitalne (252 648,74 tys. zł, 58,3% kwoty ogółem), świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej (60 159,25 tys. zł, 13,9%), programy terapeutyczne⁷² (46 085,73 tys. zł, 10,6%), rehabilitacja lecznicza (34 392,85 tys. zł, 7,8%), świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (19 897,24 tys. zł, 4,6%).

Świadczenia wykonane ponad limity

Należy podkreślić, że wartość świadczeń wykonanych ponad limity i nieuwjętych w księgach rachunkowych na dzień ich zamknięcia w ostatnich latach utrzymuje się na poziomie istotnie niższym niż przed rokiem 2015. Podkreślenia wymaga również fakt, że zmniejsza się stosunek wartości przedmiotowych świadczeń do planowanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, co wskazuje z jednej strony na większe dostępne środki płatnika, a z drugiej na dostosowanie oferty świadczeń do potrzeb. Należy jednak mieć na uwadze, że wraz z wprowadzeniem w 2017 r. „sieci szpitali” w ramach świadczeń objętych finansowaniem ryczałtowym nie występują świadczenia wykonane ponad limity. Ponadto w 2017 r. Fundusz, na podstawie art. 15a ustawy z dnia 2 grudnia 2016 r. o szczególnych rozwiązaniach służących realizacji ustawy budżetowej na rok 2017⁷³, otrzymał dotację na finansowanie świadczeń gwarantowanych, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych, udzielonych ponad kwoty zobowiązań wynikających z zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Dzięki temu wartość świadczeń wykonanych ponad limity, które nie zostały sfinansowane na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych była wyjątkowo niska.

⁷² W tym leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte programami lekowymi (27 376,13 tys. zł) oraz chemioterapia, w tym: 7426,74 tys. zł.

⁷³ Dz. U. poz. 1984, ze zm.

Tabela nr 4

Wartość świadczeń ponadumownych w latach 2011–2019 oraz wskaźnik udziału tych kosztów w planowanej na dany rok wartości kosztów świadczeń opieki zdrowotnej [tys. zł]

Lp.	Wyszczególnienie:	2011 r.	2012 r.	2013 r.	2014 r.	2015 r.	2016 r.	2017 r.	2018 r.	2019 r.
1.	Wartość świadczeń ponadumownych (ponadlimitowych) wykonanych przez świadczeniodawców w okresie od 01.01 do końca okresu sprawozdawczego	1 814 455,53	1 463 790,49	953 623,16	842 653,31	332 744,06	417 063,95	104 345,44	641 315,56	433 340,03
2.	% udział świadczeń ponadumownych w planowanej wartości kosztów świadczeń opieki zdrowotnej	3,11%	2,36%	1,49%	1,31%	0,49%	0,58%	0,13%	0,78%	0,48%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Wartość świadczeń „nielimitowanych” wykonanych i prawidłowo sprawozdanych przez świadczeniodawców na koniec 2019 r. wyniosła 8 504 833,01 tys. zł, i była wyższa w porównaniu z rokiem 2018 o 2 457 121,27 tys. zł, tj. o 40,6%. Na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych za 2019 r. sfinansowane zostały świadczenia na kwotę 8 360 580,25 tys. zł, tj. 98,4% wykonania, podczas gdy w 2018 r. było to 5 898 153,78 tys. zł, tj. 97,5% wykonania. Wartość świadczeń, jakie pozostały do sfinansowania na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych za 2019 r., wyniosła 144 252,75 tys. zł. i była niższa o 5305,21 tys. zł w porównaniu z rokiem poprzednim. Na dzień 16 lipca 2020 r. Fundusz nie sfinansował świadczeniodawcom świadczeń „nielimitowanych” na kwotę 5822,84 tys. zł.

Finansowanie świadczeń
nielimitowanych

Drugi rok z rzędu zmniejszeniu uległy koszty świadczeń poniesionych na podstawie decyzji o zwrocie kosztów świadczenia opieki zdrowotnej udzielonego na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej, wydawanych przez dyrektorów OW NFZ w trybie art. 42b ustawy o świadczeniach. Na tej podstawie w 2019 r. Fundusz sfinansował uprawnionym świadczenia na kwotę 32 016,2 tys. zł, co stanowiło kwotę o 1625,1 tys. zł niższą niż w 2018 r. (zmniejszenie o 4,8%). Największy udział w kwocie kosztów miały świadczenia w rodzaju leczenie szpitalne (28 434,4 tys. zł – tj. 88,8%), leczenie stomatologiczne (3003,2 tys. zł – tj. 9,4%) oraz ambulatoryjna opieka specjalistyczna (397,8 tys. zł – tj. 1,2%). Wzrosła natomiast łączna liczba sfinansowanych świadczeń z 34 719 do 82 702 (wzrost o 138,2%). Na tę wartość złożyły się przede wszystkim świadczenia w rodzajach leczenie stomatologiczne (50 521, tj. 61,1%) i leczenie szpitalne (31 340 – tj. 37,9%)⁷⁴.

Koszty opieki
transgranicznej

W roku 2019 Fundusz sfinansował koszty świadczeń zdrowotnych, udzielonych obywatelom UE/EFTA na obszarze Polski na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, rozliczanych na podstawie formularzy E-125, w łącznej wysokości 262 532,50 tys. zł, tj. o kwotę 8537,07 tys. zł wyższą niż w roku 2018.

Wartość kosztów administracyjnych NFZ w 2019 r. wyniosła 764 459,23 tys. zł, co stanowiło 0,81% łącznych kosztów Funduszu. Były one wyższe niż w 2018 r. o 11,7% (684 525,37 tys. zł). W Centrali wartość tych kosztów wyniosła 240 165,57 tys. zł i stanowiła 31,4% kosztów administracyjnych Funduszu, a w stosunku do 2018 r. była wyższa o 36,6%.

Koszty
administracyjne

Koszty wynagrodzeń osobowych Funduszu wyniosły 402 015,24 tys. zł, co stanowiło 52,7% kosztów administracyjnych. W Centrali wyniosły one 80 539,50 tys. zł, co stanowiło 20,1% kosztów wynagrodzeń w całym Funduszu. Koszty wynagrodzeń osobowych były wyższe niż w 2018 r. o 13,3%. (355 952,92 tys. zł).

Wynagrodzenia
i zatrudnienie

Przeciętne zatrudnienie w Funduszu w 2019 r. wyniosło 5444,2 etatu i było wyższe o 94,6 etatu w stosunku do 2018 r., tj. o 1,8%. Natomiast w Centrali NFZ przeciętne zatrudnienie wyniosło 771,9 etatu i było wyższe niż w 2018 r. o 334,8 etatu, tj. o 76,6%. Istotny przyrost liczby pracowników

⁷⁴ W 2018 r. liczba sfinansowanych świadczeń wynosiła: w rodzaju leczenie stomatologiczne 16 365 i leczenie szpitalne 17 425.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

w Centrali, a co za tym idzie wzrost kosztów administracyjnych, wynikały przede wszystkim z przejścia pracowników zatrudnionych w oddziałach wojewódzkich w wydziały właściwych do spraw kontroli, w związku z utworzeniem korpusu kontrolerskiego.

Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w Funduszu wynosiło 6153,57 zł i było wyższe niż w 2018 r. o 626,61 zł. Natomiast przeciętne miesięczne wynagrodzenie w Centrali wynosiło 8695,05 zł i było wyższe niż 2018 r. o 349,43 zł.

Koszty usług obcych

Koszt usług obcych wyniósł 191 320,29 tys. zł, co stanowiło 25% łącznych kosztów administracyjnych i był wyższy od wartości kosztów poniesionych w roku 2018 o 22 657,99 tys. zł, tj. o 13,4%. W Centrali wartość tych kosztów wyniosła 124 007,85 tys. zł i stanowiła 68,8% kosztów administracyjnych całego Funduszu.

Na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych Fundusz nie posiadał zobowiązań wymagalnych.

5.3. Wykonanie planu pracy Centrali NFZ

Zrealizowanie w zakładanym terminie tylko 45,5% projektów zawartych w Planie pracy Centrali NFZ na 2019 r. nie pozwoliło na osiągnięcie wszystkich zamierzonych celów. Istotną przeszkodą był również brak ich jasnego i zwymiarowanego zdefiniowania oraz określenia sposobu pomiaru ich osiągnięcia. W znaczący sposób ograniczyło to możliwość oceny efektów wykonania Planu pracy.

Plan pracy jako narzędzie kontroli zarządczej

Plan pracy Funduszu był jednym z elementów systemu kontroli zarządczej ustanowionego zarządzeniem Nr 132/2018/DAIS Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 grudnia 2018 r. w sprawie funkcjonowania kontroli zarządczej w Narodowym Funduszu Zdrowia⁷⁵. Plan pracy Funduszu składał się z planu pracy Centrali i planów pracy oddziałów wojewódzkich. Zgodnie z treścią § 11 ust. 3 przywołanego zarządzenia zadania zamieszczone w planie pracy Funduszu są podstawą do sporządzenia planu działalności Funduszu.

Zgodnie z treścią art. 102 ust. 5 pkt 7 i 8 ustawy o świadczeniach sporządzanie projektu planu pracy Funduszu oraz jego realizacja należą do zadań Prezesa. Plan pracy na dany rok jest uchwalany przez Radę Funduszu (art. 100 ust. 1 pkt 2 lit a) ustawy o świadczeniach). Ustawa nie reguluje szczegółowo treści i zawartości Planu pracy poza wskazaniem, że jest uchwalany na dany rok.

Za sporządzenie projektu Planu pracy Funduszu na 2019 rok odpowiadał Departament Analiz i Strategii (dalej DAIS⁷⁶). Prezes Funduszu, w związku z planowanym wdrożeniem Strategii Narodowego Funduszu

⁷⁵ Dalej: zarządzenie 132/2018/DAIS.

⁷⁶ Na podstawie § 1 pkt 1 lit. d) zarządzenia Nr 170/2019/GPF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2019 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie regulaminu organizacyjnego Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia została zmieniona nazwa Departamentu na Departament Analiz i Innowacji.

Zdrowia na lata 2019–2023⁷⁷, wskazał cele i inicjatywy strategiczne⁷⁸ do realizacji w 2019 roku przez Fundusz.

Prace nad projektem Planu pracy Centrali Funduszu na 2019 rok rozpoczęły się 18 grudnia 2018 roku. Prezes Funduszu tego dnia ustalił termin, zgłaszania propozycji zadań do Planu pracy na 2019 r. przez dyrektorów komórek organizacyjnych Centrali NFZ, do 31 grudnia 2018 roku, było to 1,5 miesiąca po terminie określonym w § 23 pkt 2 zarządzenia Prezesa Funduszu w sprawie regulaminu organizacyjnego Centrali NFZ⁷⁹. Prezes Funduszu przedstawił Przewodniczącemu Rady NFZ projekt Planu pracy Funduszu na 2019 rok, z prośbą o jego uchwalenie dopiero w dniu 8 marca 2019 roku. Ostatecznie Plan pracy został przyjęty uchwałą Nr 4/2019/III Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 marca 2019 r. w sprawie przyjęcia Planu Pracy Narodowego Funduszu Zdrowia na 2019 r., tj. 74 dni po rozpoczęciu roku, na który został uchwalony, w efekcie czego obejmował okres krótszy niż rok.

Opóźnione uchwalenie
Planu pracy

W dniu 28 września 2018 roku została wprowadzona przez Prezesa Funduszu pilotażowa „Procedura zarządzania projektami w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia” (Wersja pilotażowa 1.0)⁸⁰, która od 16 stycznia 2019 roku została zastąpiona zaktualizowaną Wersją 1.1. Przyjęta procedura regulowała zasady postępowania przy realizacji projektów i zadań służących osiągnięciu celów strategicznych NFZ, w tym również projektów wynikających z Planu pracy Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2019 i lata późniejsze. Zgodnie z Procedurą zarządzania projektami przed rozpoczęciem realizacji projektu zgłoszonego do Planu pracy Centrali NFZ na 2019 r. Kierownik projektu⁸¹ powinien sporządzić kartę projektu zawierającą podstawowe informacje o projekcie oraz jego uzasadnienie biznesowe. W 2019 r., na etapie wykonania Planu pracy Centrali NFZ na 2019 rok, wprowadzony został podział projektów z Planu pracy na: „projekty” – z ujęciem kart projektowych oraz „zadania” – realizowane na podstawie utworzonej karty zadań. Przyjęta procedura zarządzania projektami nie przewidywała takiego rozróżnienia. Dla projektów sporządzano plan projektu⁸², natomiast dla zadań, szczegółowy harmonogram realizacji zada-

Procedura przygotowania
i monitorowania
Planu pracy

⁷⁷ <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/narodowy-fundusz-zdrowia-ze-strategia-rozwoju,7327.html>

⁷⁸ Wpisano 25 inicjatyw realizowanych w ramach ośmiu celów strategicznych, tj.: 1. Wzrost pozytywnych doświadczeń pacjentów w kontaktach z publicznym systemem opieki zdrowotnej; 2. Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej; 3. Upowszechnienie wiedzy o zdrowiu i publicznym systemie opieki zdrowotnej; 4. Wspieranie świadczeniodawców w budowie mikroekonomicznej efektywności; 5. Poprawa efektywności wydatkowania środków publicznych na świadczenia opieki zdrowotnej; 6. Optymalizacja procesów wewnętrznych; 7. Usprawnienie organizacji zapewniające skuteczną realizację zadań; 8. Poprawa efektywności funkcjonowania NFZ.

⁷⁹ Załącznik do zarządzenia nr 15/2015/GPF z dnia 24 marca 2015 r. w sprawie regulaminu organizacyjnego Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, dalej: zarządzenie Prezesa Funduszu w sprawie regulaminu organizacyjnego Centrali NFZ.

⁸⁰ Dalej: Procedura zarządzania projektami.

⁸¹ Osoba, której powierzono zarządzanie projektem w celu dostarczenia ściśle określonych produktów projektu w ustalonym czasie i w ramach zaplanowanego budżetu. Kierownikiem Projektu jest pracownik NFZ wskazany przez Komitet Sterujący.

⁸² Dokument, który zawierał harmonogram realizacji poszczególnych etapów i zadań w projekcie, określa realizatorów, produkty, jakie powinny być dostarczone na poszczególnych etapach realizacji projektu. Uwzględnia „kamienie milowe”. Plan projektu służy do kontroli i pomiaru postępów.

nia. Zatwierdzenie przez Prezesa NFZ planu projektu wraz z kartą projektu oznaczało zgodę na jego realizację. Również karty zadań wraz ze szczegółowym harmonogramem realizacji zadania wymagały akceptacji Prezesa NFZ. Dla projektów wtórnie uznanych za zadania nie określano mierników służących pomiarowi ich wykonania.

Postępy w realizacji projektów sprawozdawano za pomocą raportów miesięcznych sporządzanych przez Kierowników projektów i zatwierdzanych przez Komitet Sterujący. Dla projektów zakończonych sporządzano raport końcowy podsumowujący realizację projektu. Wykonanie zadań sprawozdawano za pomocą raportów okresowych z realizacji zadania. Natomiast zgodnie z § 24 pkt 1 regulaminu Centrali Funduszu, w brzmieniu ustalonym zarządzeniem Nr 147/2019/GPF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 października 2019 roku zmieniającego zarządzenie w sprawie regulaminu organizacyjnego Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, do 15 lutego każdego roku, kierujący komórkami organizacyjnymi zobowiązani byli przedkładać dyrektorowi Gabinetu Prezesa Funduszu, informacje o wykonaniu zadań określonych w Planie pracy.

Sprawozdanie z realizacji Planu pracy

Sprawozdanie z realizacji planu pracy NFZ w 2019 roku Prezes NFZ zatwierdził w lutym 2020 roku. W Planie pracy Funduszu na 2019 rok ujęto 59 projektów, z czego dla 44 określono termin realizacji niewykraczający poza 2019 r. Zgodnie ze Sprawozdaniem z realizacji planu pracy NFZ w 2019 roku, w roku tym zakończono realizację 20 projektów, tj. 45,5% (z czego dla 19 stopień realizacji projektu określono na 100%, a jednego na 80%). Odstąpiono od realizacji ośmiu projektów, cztery zostały zamknięte bez zrealizowania, a jeden wstrzymany. Zgodnie z treścią Sprawozdania, na koniec 2019 r. 27 projektów miało status w trakcie realizacji, z tego 16, dla których termin realizacji wskazany w Planie pracy nie wykaczał poza 2019 r. Wspomniana Procedura zarządzania projektami zakładała z góry tolerancję w zakresie terminu realizacji projektu. Za stan prawidłowy uznano sytuację, jeżeli realizacja projektu została zakończona nie później niż dwa miesiące po pierwotnie zakładanym terminie. Dla pozostałych projektów uzyskano zgodę Prezesa na przedłużenie okresu realizacji.

Brak zadań wszystkich komórek organizacyjnych Centrali Funduszu

Plan pracy nie obejmował zadań wszystkich komórek organizacyjnych Centrali NFZ lub pomijał ich podstawowe zadania przy ocenie wykonania planu pracy. W Planie pracy NFZ na 2019 rok nie uwzględniono zadań realizowanych m.in. przez: Departament Gospodarki Lekami, Departament Współpracy Międzynarodowej, Departament do Spraw Służb Mundurowych. Zgodnie ze standardem 16 Bieżąca informacja i 17 Komunikacja wewnętrzna Komunikatu Nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych⁸³, osobom zarządzającym i pracownikom należy zapewnić, w odpowiedniej formie i czasie, właściwe oraz rzetelne informacje potrzebne do realizacji zadań. Ponadto należy zapewnić efektywne mechanizmy przekazywania ważnych informacji w obrębie struktury organizacyjnej jednostki. Zgodnie z treścią § 23 ust. 3 regulaminu Centrali Funduszu,

⁸³ Dz. Urz. MF z 2009 r. Nr 15, poz. 84, dalej: komunikat w sprawie standardów kontroli zarządczej.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

w brzmieniu ustalonym zarządzeniem nr 80/2018/GPF, projekt rocznego planu pracy winien być opracowany zgodnie ze standardami kontroli zarządczej. Zatem, jednym z podstawowych narzędzi, służącym określeniu celów i zadań jakie będzie realizowała w najbliższej perspektywie komórka organizacyjna Funduszu, powinien być Plan pracy, w tym przypadku Plan pracy NFZ na 2019 rok.

W ocenie NIK, brak ujęcia w Planie pracy Centrali NFZ na 2019 r. wszystkich komórek organizacyjnych oraz dobór i uwzględnienie w Planie pracy Funduszu projektów, które będą realizowane w 2019 roku do wyznaczonych przez Prezesa Funduszu celów strategicznych i inicjatyw było postępowaniem nierzetelnym. W efekcie podjętych działań Plan pracy NFZ na 2019 rok stał się jednym z instrumentów wdrażania Strategii NFZ na lata 2019–2023, służącym osiągnięciu celów strategicznych w niej zdefiniowanych, a nie narzędziem kontroli zarządczej, jak wynikałoby to z treści zarządzenia nr 132/2018/DAIS. Ponadto nie dawał on osobom zarządzającym oraz pracownikom pełnego dostępu do informacji odnośnie prac jakie będą realizowane w najbliższej perspektywie czasowej przez ich komórki organizacyjne, i tym samym, które będą należeć do ich obowiązków.

Przyczyną powyższego było, jak wynika z wyjaśnień dyrektora Gabinetu Prezesa Funduszu, dążenie Centrali Funduszu do zaprezentowania Radzie Funduszu oraz opinii publicznej innych działań i inicjatyw, które są podejmowane przez Fundusz, poza zadaniami ustawowymi. Te bowiem wykonywane są stale w sposób powtarzalny.

Sam projekt Planu pracy, a następnie Plan pracy Centrali Funduszu na 2019 rok został utworzony w oparciu o niekompletną dokumentację projektową, tj. dla części projektów nie utworzono lub nie wypełniono wszystkich elementów fiszek projektowych, będących podstawą włączenia projektu do Planu pracy. Ponadto na etapie jego realizacji podjęto decyzję o zróżnicowaniu procesu realizacji przyjętych do Planu pracy projektów z zastosowaniem podziału na: projekty (realizowane w oparciu o kartę projektu) i zadania (realizowane w oparciu o kartę zadania), co miało odzwierciedlenie w opracowywanej dokumentacji. W projekcie a następnie w Planie pracy post factum zawarto zadanie „Przegląd floty samochodowej i analiza opłacalności przejścia na wynajem długoterminowy”, które zostało zrealizowane w styczniu 2019 roku, tj. przed uchwaleniem Planu w dniu 15 marca 2019 roku. Na etapie tworzenia Planu nie zidentyfikowano również ryzyk dla realizacji projektów, co powinno być jednym z elementów fiszek projektowych. Nierzetelne przygotowanie Planu pracy Centrali Funduszu na 2019 rok skutkowało również omyłkami i rozbieżnościami pomiędzy Planem pracy NFZ na 2019 roku a Sprawozdaniem z jego realizacji.

Przygotowanie
Planu pracy

Przykłady

Dla projektów „Procedury zabiegowe wspólne dla koszyka AOS i SZP – harmonizacja wycen przeniesienie do realizacji w AOS” oraz „Stworzenie pakietów szybkiej diagnostyki w trybie ambulatoryjnym (endokrynologia, kardiologia, urologia)” nie oszacowano budżetu projektu.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Dla projektów „Wzmocnienie finansowania zabiegów usunięcia zaćmy” oraz „Wzmocnienie finansowania zabiegów endoprotezoplastyki stawu biodrowego” nie opracowano fiszek projektowych.

W Sprawozdaniu z wykonania Planu pracy nie uwzględniono projektu „Opracowanie koncepcji akredytacji efektywności”, który był zawarty w Planie pracy.

Projektowi „Opracowanie modelu kompleksowego systemu obsługi relacji z klientami (CRM)” w Sprawozdaniu przypisano dodatkowe cele strategiczne, które nie były wskazane w Planie pracy i karcie projektu.

Zastosowano niespójne nazewnictwo realizowanego projektu, określonego w Planie pracy jako „Pilotażowe wdrożenie stanowisk ds. profilaktyki w Małopolskim i Lubuskim OW”, a sprawozdanego pod nazwą „Kiosk profilaktyczny (stacjonarny i mobilny)”. Ponadto projekt był ostatecznie realizowany w trzech OW NFZ.

Dyrektor Gabinetu Prezesa Funduszu wyjaśnił, że niektóre projekty i zadania z Planu pracy na 2019 rok, zostały przypisane do kilku celów strategicznych, ponieważ w trakcie prac nad działaniami uznano, że mają one wpływ na więcej niż jeden cel strategiczny. Dla części zadań nie stworzono fiszek, ponieważ zostały one dodane do Planu pracy na podstawie roboczych spotkań uzgodnieniowych. Ponadto Procedura zarządzania projektami w Centrali NFZ Wersja 1.1 nie przewidywała realizacji projektów w trybie uproszczonym, a niektóre działania nie posiadały znamion projektu zgodnych z jego definicją zawartą w procedurze, wobec tego zostały uznane za tzw. projekty uproszczone (zadania) i nie stanowiły podstawy do zastosowania Procedury zarządzania projektami. W związku z tym stworzono Plan pracy zawierający projekty i zadania, które były realizowane odrębnie. Natomiast na etapie tworzenia Planu nie przeprowadzano analizy ryzyk, ponieważ dotyczy ona działalności bieżącej i operacyjnej. Z kolei zadanie „Przegląd floty samochodowej i analiza opłacalności przejścia na wynajem długoterminowy” zostało umieszczone w Planie pracy na 2019 rok, ponieważ Plan pracy dotyczył całego roku kalendarzowego.

Brak narzędzi do oceny realizacji zadań

Dla części projektów zawartych w Planie pracy nie zdefiniowano celów i założonych efektów, w tym metody pomiaru osiągnięcia celów oraz obiektywnie weryfikowalnych mierników oceny skuteczności osiągnięcia wyznaczonych celów, z kolei dla części projektów, dla których mierniki określono nie posłużyły one do takiej oceny, co było działaniem nierzetelnym. W rezultacie tzw. stopień realizacji projektu był oceniany w bardzo zróżnicowany sposób.

Zgodnie ze standardem szóstym Określanie celów i zadań, monitorowanie i ocena ich realizacji Komunikatu w sprawie standardów kontroli zarządczej cele i zadania należy określać jasno i w co najmniej rocznej perspektywie. Ich wykonanie należy monitorować za pomocą wyznaczonych mierników. Tymczasem przy ocenie stopnia realizacji projektów w sporządzanych dokumentach sprawozdawczych, a następnie w Sprawozdaniu z realizacji Planu pracy Centrali NFZ za 2019 r., posługiwano się wartościami niemierzalnymi, opartymi o subiektywny osąd Kierowników projektów (w formularzu raportu przygotowanym w formacie „xls” w polu dla wskazania stopnia realizacji projektu został umieszczony komentarz o treści „Proszę ekspercko oszacować stopień zaawansowania realizacji projektu”).

Przykłady

Stopień realizacji projektu („Utworzenie scentralizowanego korpusu kontrolerów” oceniono poprzez liczbę zrealizowanych tzw. kamieni milowych, opisanych w karcie projektu. Dla projektu „Kampanie nt. szkodliwości cukru” posłużono się po prostu ramami czasowymi realizacji projektu.

Projekt („Program pilotażowy dotyczący nowego sposobu organizacji i finansowania fizjoterapii ambulatoryjnej”, w którym faktycznie wykonano przewidziane zadania, oceniono jako „zamknięty niezrealizowany” a stopień realizacji na 90%, podczas gdy po stronie NFZ wykonano wszystkie założone prace. Taki stopień realizacji uzasadniono tym, że w NFZ przygotowany został projekt programu pilotażowego, nie zostało jednak wydane przez Ministra Zdrowia rozporządzenie wprowadzające ten program.

W projektach „Wzmocnienie finansowania zabiegów endoprotezoplastyki”, „Wzmocnienie finansowania badań diagnostyki obrazowej (rezonans magnetyczny i tomografia komputerowa)” oraz „Wzmocnienie finansowania zabiegów usunięcia zaćmy” stopień realizacji oceniono na 100%, przy czym nie odnosiło się to do istoty tych projektów. W Planie pracy zostały one zawarte w „Celu 2.1 Skrócenie czasu oczekiwania na świadczenie”, ale ocena stopnia realizacji projektów nie została powiązana z tym celem, a harmonogram realizacji projektu odnosił się do wykonanych czynności, a nie uzyskanych efektów).

6. ZAŁĄCZNIKI

6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe

Cel główny kontroli	Czy NFZ poprawnie realizował postawione przed nim zadania?
Cele szczegółowe	Założono, że badania kontrolne umożliwią udzielenie odpowiedzi na następujące pytania szczegółowe: 1. Czy uzyskano poprawę dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej? 2. Czy plan finansowy NFZ został prawidłowo wykonany? 3. Czy zostały osiągnięte cele określone w planie pracy Centrali NFZ?
Zakres podmiotowy	Kontrola została przeprowadzona w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.
Kryteria kontroli	Podstawą prawną przeprowadzenia kontroli był art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ⁸⁴ , z uwzględnieniem kryteriów legalności, rzetelności, gospodarności i celowości.
Okres objęty kontrolą	Rok 2019 oraz okres opracowywania planów w 2018 r. i działań w 2020 r. związanych ze sporządzaniem sprawozdań za 2019 r. W przypadku konieczności porównania niektórych danych z danymi za lata 2016–2018, okres kontroli obejmuje również te lata.
Działania na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit f ustawy o NIK	Pozyskano dane od ZUS i KRUS o kosztach świadczeń społecznych dla osób leczonych z powodu gruźlicy.
Termin przeprowadzenia kontroli	Kontrolę przeprowadzono w dniach od 1 czerwca do 7 sierpnia 2020 r.
Pozostałe informacje	Kontrola została podjęta z inicjatywy własnej Najwyższej Izby Kontroli i ujęta w planie pracy na 2020 r. W ramach przygotowania przedkontrolnego zostały przeanalizowane wyniki wcześniejszych kontroli NIK prowadzonych w NFZ, a także dostępne na stronach internetowych: sprawozdania, informacje prasowe dotyczące funkcjonowania Funduszu, list osób oczekujących na udzielenie świadczeń, a także przeprowadzono analizę stanu prawnego regulującego przedmiotowe zagadnienia.
Stan realizacji wniosków pokontrolnych	Do dnia sporządzenia Informacji wnioski pokontrolne nie zostały zrealizowane. Centrala NFZ poinformowała o podjęciu prac w celu zrealizowania wniosków pokontrolnych. Wnioski dotyczą dokumentów sporządzanych cyklicznie i będą mogły być uwzględnione przy ich sporządzaniu.

Wykaz jednostek kontrolowanych

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
1.	Departament Zdrowia	Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia	1. Pan Andrzej Jacyna, Prezes od 15 czerwca 2018 r. do 18 lipca 2019 r. 2. Pan Adam Niedzielski, p.o. Prezesa od 19 lipca 2019 r., Prezes od 11 października 2019 r. ⁸⁵

⁸⁴ Dz. U. z 2020 r. poz. 1200.

⁸⁵ 26 sierpnia 2020 r. został powołany na urząd ministra zdrowia.

Wykaz ocen kontrolowanych jednostek⁸⁶

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności*)	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:	
			prawidłowe	nieprawidłowe
1.	Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia	w formie opisowej	Zwiększenie nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej; Zmniejszenie ogólnej liczby oczekujących Uzyskanie oczekiwanych efektów wprowadzenia KOS-Zawał; Należyta dostępność świadczeń dla pacjentów z rozpoznaniem gruźlicy; Wykonanie planu finansowego.	Wzrost liczby oczekujących w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej; brak zapewnienia narzędzi do oceny realizacji celów planu pracy; Określanie współczynników korygujących bez uprzedniego zwymiarowania celów i określenia metod pomiaru.

*) pozytywna/negatywna/w formie opisowej

⁸⁶ W brzmieniu pisma okólnego nr 1/2019 Prezesa Najwyższej Izby Kontroli z dnia 19 lutego 2019 r. zmieniającego pismo okólnie w sprawie wzoru informacji o wynikach kontroli.

6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych

Pozycja Funduszu w systemie ochrony zdrowia

Zgodnie z art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP⁸⁷, każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Z kolei władze publiczne są obowiązane zapewnić obywatelom równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Dla realizacji zadań państwa w zakresie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej został utworzony Narodowy Fundusz Zdrowia, który w polskim systemie ochrony zdrowia pełni rolę płatnika. Zasady funkcjonowania, organizacja i zadania NFZ zostały określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁸⁸. Zgodnie z ww. ustawą⁸⁹ NFZ jest państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną. Zakres działania Funduszu został określony w art. 97 ustawy o świadczeniach. Ustawodawca wskazał, że podstawowym zadaniem NFZ jest zarządzanie środkami finansowymi, które stanowią przychód Funduszu w rozumieniu art. 116 ustawy o świadczeniach. W zakresie środków pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne Fundusz działa w imieniu własnym na rzecz ubezpieczonych oraz osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji.

Organizacja NFZ

W skład NFZ wchodzi Centrala oraz 16 oddziałów wojewódzkich. Organami NFZ są: Rada Funduszu, Prezes Funduszu, rady oddziałów wojewódzkich Funduszu, dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu (art. 98 ust. 1 ustawy o świadczeniach).

Prezes NFZ kieruje działalnością Funduszu i reprezentuje go na zewnątrz. Większość zadań Prezesa Funduszu wiąże się z prowadzeniem gospodarki finansowej. Inną grupą istotnych zadań są uprawnienia kontrolne względem świadczeniodawców i aptek oraz zadania kierownicze wobec oddziałów wojewódzkich Funduszu. W ramach uprawnień kierowniczych, Prezes Funduszu sprawuje nadzór nad realizacją zadań oddziałów wojewódzkich oraz ustala jednolite sposoby realizacji ustawowych zadań realizowanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu z uwzględnieniem konieczności stosowania ułatwień w obiegu dokumentacji, w tym ich elektronicznej (art. 102 ustawy o świadczeniach⁹⁰). W celu realizacji swoich kompetencji Prezes wydaje zarządzenia.

Oddziałem wojewódzkim NFZ kieruje dyrektor oddziału wojewódzkiego, który reprezentuje Fundusz na zewnątrz w zakresie właściwości danego oddziału. Dyrektor oddziału wojewódzkiego decyduje o prowadzonej polityce finansowej i personalnej oddziału, a także ma udział w prowadzeniu polityki zdrowotnej na terenie województwa (art. 107 ustawy o świadczeniach).

⁸⁷ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78 poz. 483, ze zm.)

⁸⁸ Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, ze zm.

⁸⁹ Art. 96 ust. 1 ustawy o świadczeniach.

⁹⁰ Przytoczone brzmienie przypisu zostało określone w art. 5 pkt 24 lit. a ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia (Dz. U. poz. 1590.) i obowiązuje od dnia 7 września 2019 r. Poprzednie brzmienie art. 102 ust. 5 pkt 25 ustawy o świadczeniach to: „ustalenie jednolitych sposobów realizacji ustawowych zadań realizowanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu”.

Strukturę organizacyjną NFZ określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2014 r. w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszu Zdrowia⁹¹, szczegółową organizację komórek organizacyjnych Funduszu, w tym delegatur oddziałów, oraz zakres ich zadań określają regulaminy organizacyjne oddziałów wojewódzkich Funduszu nadane przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu, po uzyskaniu pozytywnej opinii Prezesa Funduszu.

Centrala NFZ nie realizuje zadań tożsamyh z oddziałami wojewódzkimi, ale stanowi instytucję zapewniającą obsługę Prezesa Funduszu przy realizacji jego zadań. W szczególności Centrala NFZ nie kontraktuje świadczeń opieki zdrowotnej. Zadania Centrali oraz departamentów i biur wchodzących w jej skład określa Regulamin organizacyjny Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia ustanowiony zarządzeniem Nr 67/2019/GPF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 czerwca 2019 r. w sprawie regulaminu organizacyjnego Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia⁹².

Fundusz jest zobowiązany do prowadzenia gospodarki finansowej na zasadach określonych w art. 113–131b ustawy o świadczeniach oraz w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia⁹³. Podstawę prowadzenia gospodarki finansowej Funduszu stanowi roczny plan finansowy, zrównoważony w zakresie przychodów i kosztów (art. 118 ustawy o świadczeniach w zw. z § 3 ww. rozporządzenia).

Gospodarka
finansowa Funduszu

Katalog źródeł przychodów Funduszu podlegał i podlega ustawicznym zmianom. Zgodnie z art. 116 ustawy o świadczeniach przychodami Funduszu są: należne składki na ubezpieczenie zdrowotne; odsetki od nieopłaconych w terminie składek na ubezpieczenie zdrowotne; darowizny i zapisy; środki przekazane na realizację zadań zleconych w zakresie określonym w ustawie o świadczeniach; dotacje, w tym dotacje celowe przeznaczone na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2b, 2c i 4c ustawy o świadczeniach⁹⁴; dotacja podmiotowa z budżetu państwa, o której mowa w art. 97 ust. 8a ustawy o świadczeniach; środki uzyskane z tytułu roszczeń regresowych; przychody z lokat; kwoty, o których mowa w art. 4 ust. 10 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych⁹⁵ (dalej: ustawa o refundacji); kwoty, o których mowa w art. 34

Przychody Funduszu

⁹¹ Dz. U. poz. 1840, ze zm.

⁹² Do dnia 14 czerwca 2019 r. obowiązywał Regulamin w brzmieniu nadanym zarządzeniem Nr 15/2015/GPF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 24 marca 2015 r. w sprawie regulaminu organizacyjnego Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, ze zmianami.

⁹³ Dz. U. z 2019 r. poz. 835.

⁹⁴ Przepis statuujący to źródło przychodów był kilkakrotnie zmieniany m.in. przez ustawę z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1532.), ustawę z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia (Dz. U. poz. 1590.) oraz ustawę z dnia 16 kwietnia 2020 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 945.). Przytoczone brzmienie przepisu obowiązywało od dnia 7 września 2019 r. do 1 lipca 2020 r. Obecnie to źródło przychodów zostało opisane jako „dotacje, w tym dotacje celowe przeznaczone na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2b, 2c, 2e i 4c”.

⁹⁵ Dz. U. z 2020 r. poz. 357, ze zm.

ust. 6 ustawy o refundacji; kwoty z tytułu nałożonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia kar pieniężnych, o których mowa w art. 50–52 ustawy o refundacji; kwoty zwrotu części uzyskanej refundacji, o której mowa w art. 11 ust. 5 pkt 4 ustawy o refundacji; kwoty, o których mowa w art. 6b ust. 3 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym⁹⁶ oraz inne przychody. Ponadto środki finansowe Funduszu mogą pochodzić z kredytów i pożyczek.

Koszty Funduszu

Kosztami Funduszu, w myśl art. 117 ustawy o świadczeniach, są: koszty świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych; koszty świadczeń opieki zdrowotnej dla osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji; koszty refundacji określone ustawą o refundacji; koszt zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy o świadczeniach; koszt zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 4c ustawy o świadczeniach; koszty zadań zleconych w zakresie określonym w ustawie o świadczeniach; koszty działalności Funduszu, w szczególności koszty amortyzacji, koszty związane z utrzymaniem nieruchomości, koszty wynagrodzeń wraz z pochodnymi, diet i zwroty kosztów podróży; koszty poboru i ewidencji składek na ubezpieczenie zdrowotne; koszt wypłaty odszkodowań; inne koszty wynikające z odrębnych przepisów. Ponadto środki finansowe Funduszu mogą być przeznaczone na spłatę kredytów i pożyczek.

Fundusz jest zobowiązany do stosowania przepisów dotyczących finansów publicznych, w tym:

- ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych⁹⁷,
- ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych⁹⁸,
- ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości⁹⁹.

Pracownicy Funduszu podlegają reżymowi ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych¹⁰⁰.

Podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem, z zastrzeżeniem art. 19 ust. 4 ustawy o świadczeniach. Wysokość łącznych zobowiązań Funduszu wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu (art. 132 ustawy o świadczeniach).

Współczynniki korygujące

Centrala Funduszu nie kontraktuje świadczeń opieki zdrowotnej, ale ze względu na kompetencje Prezesa, przyznane mu na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹⁰¹, ma istotny wpływ na kształtowanie warunków realizacji świadczeń oraz ich finanso-

⁹⁶ Dz. U. poz. 2192, ze zm. Przepis statuujący to źródło przychodów został dodany przez art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 20 grudnia 2019 r. o zmianie ustawy o Solidarnościowym Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych oraz niektórych innych ustawy i obowiązuje od 22 grudnia 2019 r.

⁹⁷ Dz. U. z 2019 r. poz. 869, ze zm.

⁹⁸ Dz. U. z 2019 r. poz. 1843, ze zm.

⁹⁹ Dz. U. z 2019 r. poz. 351, ze zm.

¹⁰⁰ Dz. U. z 2019 r. poz. 1440, ze zm.

¹⁰¹ Dz. U. z 2020 r. poz. 320, ze zm.

wania. Wśród nich istotną rolę odgrywa uprawnienie dla Prezesa Funduszu do określania współczynników korygujących, których zastosowanie wpływa na ostateczny koszt świadczenia.

Uprawnienie to zostało zawarte w § 16 ust. 2 załącznika do rozporządzenia OWU, przy czym prawodawca wskazał cele jakim powinno służyć określanie współczynników korygujących. Winny być to w szczególności polepszenie jakości i zwiększenie dostępności udzielanych świadczeń. Ponadto Prezes Funduszu może określić współczynniki korygujące dotyczące świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne oraz ratowników medycznych z przeznaczeniem środków wynikających z ustalenia tych współczynników na średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia tych osób.

Współczynniki korygujące są wyrażoną liczbowo wartością, przez którą mnoży się wartość zrealizowanych przez świadczeniodawcę świadczeń, do których zostały przypisane. Możliwość zastosowania współczynnika korygującego może być uzależniona od spełnienia określonych warunków.

W 2017 r. Fundusz rozpoczął realizację świadczeń w ramach opieki kompleksowej dla osób po zawale mięśnia sercowego – KOS-Zawał.

Opieka kompleksowa
KOS-Zawał

Świadczenia wchodzące w skład opieki kompleksowej zostały wprowadzone do katalogów świadczeń gwarantowanych na podstawie rozporządzeń Ministra Zdrowia:

- z dnia 16 grudnia 2016 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej¹⁰²,
- z dnia 16 grudnia 2016 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹⁰³,
- z dnia 16 grudnia 2016 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej¹⁰⁴.

Z kolei rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 marca 2017 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹⁰⁵ określone zostały kryteria wyboru ofert w postępowaniach o zawarcie umów na realizację świadczeń opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego.

Zasady zawierania umów dotyczących opieki kompleksowej KOS-Zawał zostały zawarte w zarządzeniu Nr 38/2017/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe¹⁰⁶. Zarządzenie określało również jakie warunki muszą być spełnione, aby świadczenia mogły zostać zaliczone do KOS-Zawał, a świadczeniodawca miał możliwość uzyskania premii za świadczenia udzielone zgodnie z tymi

¹⁰² Dz. U. poz. 2162.

¹⁰³ Dz. U. poz. 2163.

¹⁰⁴ Dz. U. poz. 2164.

¹⁰⁵ Dz. U. poz. 498.

¹⁰⁶ Zmienione zarządzeniem Nr 79/2017/DSOZ z dnia 30 sierpnia 2017 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe.

Zmiany w sprawozdawczości list oczekujących

warunkami. Z uwagi na liczne sugestie zgłaszane przez świadczeniodawców po pierwszym roku realizacji świadczeń w ramach KOS-Zawał, Prezes NFZ zdecydował się na nowo uregulować przedmiotowe kwestie i w tym celu wydał zarządzenie Nr 10/2019/DSOZ z dnia 31 stycznia 2019 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe¹⁰⁷. Rzeczone zarządzenie zostało uchylone zarządzeniem Nr 166/2019/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 listopada 2019 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne – świadczenia kompleksowe¹⁰⁸.

W 2019 r. doszło do istotnych zmian w sprawozdawczości list oczekujących. W pierwszej kolejności zostały poszerzone katalog świadczeń w przypadku udzielania których świadczeniodawcy mają obowiązek prowadzenia listy oczekujących na udzielenie świadczenia oraz katalog świadczeń, w przypadku udzielania których świadczeniodawcy prowadzą listy oczekujących na udzielenie świadczeń w czasie rzeczywistym w aplikacji udostępnionej przez Prezesa Funduszu (załączniki 11 i 12 do rozporządzenia 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 publicznych¹⁰⁹). Następnie z dniem 1 lipca weszła w życie część przepisów ustawy z dnia 6 grudnia 2018 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z e-skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej¹¹⁰. Ustawa wprowadziła m.in. obowiązek prowadzenia przez świadczeniodawców harmonogramów przyjęć, rozszerzyła obowiązek prowadzenia list oczekujących na stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne, czy wprowadziła dla Funduszu obowiązek przypominania o wyznaczonym terminie udzielenia świadczeń, dla których są prowadzone harmonogramy przyjęć w aplikacji udostępnionej przez Prezesa Funduszu. W ślad za tymi zmianami w dniu 26 czerwca 2019 r. Minister Zdrowia wydał rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych¹¹¹. W załącznikach 8 i 9 na nowo określono odpowiednio wykaz świadczeń, w przypadku udzielania których świadczeniodawcy prowadzą harmonogram przyjęć, w tym listy oczekujących, na udzielenie świadczenia oraz wykaz świad-

¹⁰⁷ Zmienione zarządzeniem Nr 80/2019/DSOZ z dnia 27 czerwca 2019 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe.

¹⁰⁸ Zmienione zarządzeniem Nr 186/2019/DSOZ z dnia 31 grudnia 2019 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe.

¹⁰⁹ Dz. U. z 2016 r. poz. 192, ze zm. Zmiany wprowadzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 5 lutego 2019 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 publicznych (Dz. U. poz. 333).

¹¹⁰ Dz. U. poz. 2429, ze zm.

¹¹¹ Dz. U. poz. 1207, ze zm.

czeń, w przypadku udzielania których świadczeniodawcy prowadzą harmonogram przyjęć, w tym listy oczekujących na udzielenie świadczenia, w czasie rzeczywistym w aplikacji udostępnionej przez prezesa funduszu. Istotną zmianą było objęcie prowadzeniem list oczekujących w czasie rzeczywistym, świadczeń rehabilitacji leczniczej. W rezultacie na koniec 2019 r. istotnie zmienił się katalog świadczeń sprawozdawanych w czasie rzeczywistym, a ponadto z części list oczekujących zostały wyłączone do odrębnego sprawozdawania niektóre świadczenia, np. zamiast sprawozdawania listy oczekujących do pracowni endoskopii sprawozdawane są odrębnie listy oczekujących do świadczeń gastrokopii i kolonoskopii.

6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, ze zm.).
2. Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 844).
3. Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138, ze zm.).
4. Ustawa z dnia 15 września 2017 r. o szczególnych rozwiązaniach zapewniających poprawę jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1774).
5. Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia (Dz. U. poz. 1590.)
6. Ustawa z dnia 6 grudnia 2018 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z e-skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 2429, ze zm.).
7. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 195, ze zm.).
8. Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. 2020 r. poz. 172, ze zm.).
9. Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 357, ze zm.).
10. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 869, ze zm.).
11. Ustawa z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1440, ze zm.).
12. Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2019 r. poz. 351, ze zm.).
13. Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2020 r. poz. 1200).
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1163).
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczału systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1783, ze zm.).
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2017 r. w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania (Dz. U. poz. 1225, ze zm.).
17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2015 r. w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych (Dz. U. poz. 458).

18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 736, ze zm.).
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, ze zm.).
20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357, ze zm.).
21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465, ze zm.).
22. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320, ze zm.).
23. Rozporządzenie 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.) – obowiązywało do 30 czerwca 2019 r.
24. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. poz. 1207, ze zm.).
25. Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz. U. z 2019 r. poz. 835).
26. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2016 r. w sprawie rocznych i okresowych sprawozdań z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia oraz informacji przekazywanych wojewodom i marszałkom województw (Dz. U. poz. 923).
27. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1386, ze zm.) – obowiązywało do 25 lipca 2019 r.
28. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1285, ze zm.).
29. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) Nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. UE L 166 z 30.04.2004, str. 1, ze zm.).
30. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) Nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczące wykonywania rozporządzenia (WE) Nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. UE L 284 z 30.10.2009, str. 1, ze zm.).

31. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1231/2010 z dnia 24 listopada 2010 r. rozszerzające rozporządzenie (WE) Nr 883/2004 i rozporządzenie (WE) Nr 987/2009 na obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi rozporządzeniami jedynie ze względu na swoje obywatelstwo (Dz. Urz. UE L 344 z 29.12.2010, str. 1).
32. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. poz. 469).
33. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz. U. poz. 852, ze zm.).
34. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2014 r. w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia (Dz. U. poz. 1840, ze zm.).

6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Sejmowa Komisja Finansów Publicznych
6. Sejmowa Komisja do Spraw Kontroli Państwowej
7. Sejmowa Komisja Zdrowia
8. Senacka Komisja Zdrowia
9. Senacka Komisja Budżetu i Finansów Publicznych
10. Minister Finansów
11. Minister Zdrowia
12. Rzecznik Praw Obywatelskich
13. Rzecznik Praw Pacjenta
14. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
15. Prezes Trybunału Konstytucyjnego

6.5. Stanowisko Ministra do informacji o wynikach kontroli



Minister Zdrowia

Warszawa, 07 grudnia 2020

NKM.0911.8.2020.5.KCZ

Pan
Tadeusz Dziuba
Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli

Szanowny Panie Prezesie,

w nawiązaniu do przeprowadzonej kontroli P/20/052 **Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2019 r.** i Informacji o wynikach kontroli przekazanej pismem z dnia 17 listopada 2020 r. o znaku: KZD.430.006.2020, poniżej przedkładam stanowisko do ww. dokumentu dotyczące podjęcia działań w zakresie wniosków skierowanych do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej także „Fundusz” albo „NFZ”).

Strona 13, Wniosek nr 1 – Przeprowadzenie analizy wzrostu liczby oczekujących na świadczenia w zakresie onkologii w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej i podjęcie w oparciu o jej wyniki działań ograniczających ten wzrost.

Podkreślić należy, że większość przyczyn powodujących utrzymywanie się długiego czasu oczekiwania ma charakter ogólnokrajowy, choć występują również przyczyny regionalne związane przede wszystkim z niewystarczającą liczbą lekarzy o określonej specjalności oraz niewielką liczbą miejsc udzielania danego rodzaju świadczeń. Wśród obiektywnych i utrzymujących się przyczyn ograniczonej dostępności do ww. świadczeń można wyróżnić w szczególności:

- zwiększające się zapotrzebowanie na niektóre rodzaje świadczeń, co powoduje bardzo duże przyrosty liczby osób oczekujących np. na świadczenia rehabilitacyjne,

- procesy demograficzne, tj. starzejące się społeczeństwo oraz wydłużająca się przeciętna długość życia, czemu towarzyszy podwyższona zgłaszalność podyktowana wzrostem zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne,
- niewielką liczbę świadczeniodawców udzielających określonych świadczeń, np. wyspecjalizowanych ośrodków neurochirurgicznych,
- niewystarczające środki finansowe pozostające w dyspozycji płatnika świadczeń opieki zdrowotnej, niepozwalające na zrównoważenie popytu na świadczenia;
- preferowanie przez pacjentów placówek z określoną renomą lub też największych (najlepiej znanych) w rejonie/województwie, prowadzące do znacznych różnic między najdłuższymi a najkrótszymi listami oczekujących w danym zakresie świadczeń, obserwowane, np. w przypadku endoprotezoplastyk stawowych, zabiegów w zakresie soczewki (zaćma),
- niewystarczającą liczbę lekarzy określonej specjalności (np. neurochirurgii, ortodoncji, psychiatrii dziecięcej, gastroenterologii, endokrynologii, okulistyki zabiegowej) w skali kraju lub danego regionu, co powoduje, że wydłuża się czas oczekiwania na świadczenia z danego zakresu,
- występują również przypadki, że lekarze nie są zainteresowani zawieraniem umów z Narodowym Funduszem Zdrowia z uwagi na fakt, że na rynku prywatnym uzyskują wyższe wynagrodzenia wynikające z faktu ponoszenia opłat przez pacjentów (co jest zabronione w systemie publicznym),
- dużą liczbę pacjentów pozostających pod opieką poradni specjalistycznych dłużej niż wskazywałyby na to postęp choroby lub dynamika procesu chorobowego, przez co osoby kontynuujące leczenie „blokuja” miejsca dla kolejnych pacjentów,
- zbyt pochopne lub niezasadne kierowanie pacjentów przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (dalej także „POZ”) do poradni specjalistycznych w sytuacjach, gdy dane schorzenie może być leczone w POZ,
- brak możliwości zakontraktowania określonych zakresów świadczeń w mniejszych miejscowościach z powodu braku lekarzy określonej specjalności,
- upowszechnienie badań tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego, które stają się jednym z podstawowych badań diagnostycznych, co powoduje stały wzrost zapotrzebowania na świadczenia i zwiększenie liczby oczekujących oraz czasu oczekiwania.

W celu zapewnienia kompletności, terminowości oraz poprawności sprawozdawczości z zakresu list oczekujących w oddziałach wojewódzkich Funduszu w 2019 r. podejmowano, jak w latach poprzednich, szereg działań, takich jak:

- monitorowanie terminów spływu komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących list oczekujących, w tym informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia przekazywanych przez świadczeniodawców, wysyłanie do świadczeniodawców komunikatów o zbliżających się terminach sprawozdawczych,
- sprawdzanie kompletności i poprawności nadsyłanych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących list oczekujących, w tym informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia,
- monitorowanie poprawności prowadzenia przez świadczeniodawców list oczekujących w aplikacji udostępnionej przez Narodowy Fundusz Zdrowia Kolejki Centralne (AP-KOLCE), w tym określania informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, aktualizacji daty oceny list oczekujących, prowadzenia list oczekujących w czasie rzeczywistym,
- publikowanie m.in. na stronach internetowych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia komunikatów dla świadczeniodawców przypominających o obowiązkach sprawozdawczych i zasadach sporządzania sprawozdań dla Funduszu, informujących o brakach w sprawozdawczości z zakresu list oczekujących,
- telefoniczne monitowanie świadczeniodawców nieprzekazujących danych z zakresu list oczekujących, w tym informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, przekazujących je nieterminowo lub z błędami,
- prowadzenie korespondencji (papierowej i elektronicznej) ze świadczeniodawcami nieprzekazującymi danych w terminie lub przekazującymi błędne dane,
- rozpatrywanie zgłoszeń dotyczących nieprawidłowych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia przekazywanych przez pacjentów poprzez funkcjonalność „zgłoś nieprawidłowość” w Informatorze o Terminach Leczenia,
- weryfikacja poprawności działania rejestracji świadczeniodawców w zakresie dokonywania wpisów na listy oczekujących oraz udzielania informacji zgodnych z obowiązującymi przepisami poprzez przeprowadzanie ankiet,
- prowadzenie szkoleń dla świadczeniodawców dotyczących zasad prowadzenia list oczekujących oraz przygotowywania sprawozdań dla Narodowego Funduszu Zdrowia,

- wyjaśnianie i korygowanie ze świadczeniodawcami błędów w sprawozdawczości z zakresu list oczekujących powodujących, że w jednostkowych przypadkach wykazywane są dłuższe czasy oczekiwania i większe liczby osób oczekujących, np. wpisywanie na zabieg endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego, jak również w kolejce do oddziału chirurgii urazowo-ortopedycznego.

W ramach przeprowadzonych kontroli świadczeniodawców oraz weryfikacji danych z zakresu list oczekujących w 2019 r. oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia nałożyły kary umowne na 635 świadczeniodawców za niewywiązywanie się z obowiązków sprawozdawczych z zakresu list oczekujących, nieprowadzenie list oczekujących lub prowadzenie ich w sposób naruszający przepisy prawa. Ponadto oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia przeprowadziły w 2019 r. 3 069 ankiet sprawdzających działanie rejestracji świadczeniodawców w zakresie dokonywania wpisów na listy oczekujących oraz udzielania informacji zgodnych z obowiązującymi przepisami.

Należy podkreślić, że zarówno przekazywane w okresach kwartalnych oraz rocznych do Ministerstwa Zdrowia sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia wraz z tabelami zawierającymi dane z zakresu list oczekujących, które są przygotowywane w oparciu o informacje uzyskane od świadczeniodawców szczegółowym komunikatem sprawozdawczym XML dotyczącym list oczekujących (baza KDROLO) oraz za pośrednictwem udostępnionej aplikacji Kolejki Centralne (AP-KOLCE), wydają się stanowić właściwe narzędzie, które może pomagać w podejmowaniu działań, mających na celu skracanie czasów oczekiwania, zapobieganie ich wydłużaniu – podobnie jak działania monitorujące czasy oczekiwania i realizowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia działania kontrolne obowiązków sprawozdawczych w tym zakresie.

Strona 13, wniosek nr 2 – Zwiększenie dostępności opieki kompleksowej nad pacjentami po zawale mięśnia sercowego, w szczególności w województwach, w których dotąd nie była zapewniona.

Wprowadzenie skoordynowanej i kompleksowej opieki kardiologicznej po zawale mięśnia sercowego, opartej na wdrożeniu leczenia interwencyjnego, kardiochirurgicznego oraz wczesnej rehabilitacji kardiologicznej i monitorowaniu w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, ma na celu zapewnienie właściwego postępowania terapeutycznego nad pacjentami po zawale serca i właściwą kontrolę czynników ryzyka, co wpływa pozytywnie na obniżenie odsetka śmiertelności odległej. Świadczeniodawcy realizujący opiekę

kompleksową po zawale mięśnia sercowego, są zobowiązani zagwarantować pacjentowi skoordynowaną kompleksową realizację świadczeń – obejmującą zarówno postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne, jak również specjalistyczną opiekę ambulatoryjną oraz w zależności od wskazań medycznych odpowiednią formę rehabilitację. Powyższy zakres świadczeń świadczeniodawca może realizować na rzecz pacjenta 12 miesięcy od wystąpienia zawału serca.

Narodowy Fundusz Zdrowia, zdając sobie sprawę z wartości dla pacjenta, jaką niesie udział w programie kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-Zawał), wskazał w ogólnopolskich priorytetach zdrowotnych na 2020 r. oraz 2021 r. zadanie polegające na zwiększeniu dostępności do kompleksowej opieki po incydencie zawału mięśnia sercowego na terenie wszystkich oddziałów wojewódzkich, tak aby jak największa liczba pacjentów mogła być objęta takim standardem leczenia i sprawowanej opieki. W 2019 r. Centrala Funduszu zwróciła się również do oddziałów wojewódzkich NFZ z prośbą o podjęcie działań mających na celu zwiększenie dostępności do przedmiotowego świadczenia.

W celu zapewnienia jeszcze większej skuteczności działania programu KOS-Zawał, zarządzeniem Nr 134/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2020 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe, dokonano następujących zmian:

1. Wprowadzono premijujące współczynniki korygujące:

- a) dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresie KOS-Zawał, u których udział hospitalizowanych pacjentów z rozpoznanym ostrym zawałem serca leczonych w zakresie KOS-Zawał wynosi co najmniej 60% wszystkich hospitalizowanych pacjentów z tym rozpoznaniem, u tego świadczeniodawcy, wartość produktów do rozliczenia hospitalizacji (rozliczanych grupami E10, E11, E12G, E15) korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,02,
- b) dla świadczeniodawców, u których udział pacjentów, u których zrealizowano wszystkie świadczenia wynikające z indywidualnego planu leczenia zgodnie z założeniami KOS-Zawał wynosi co najmniej 70% (z wyłączeniem zgonów) wszystkich pacjentów objętych KOS-Zawał, wartość produktów do rozliczenia hospitalizacji (rozliczanych grupami E10, E11, E12G, E15) w zakresie KOS-Zawał, korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,03.

2. W celu zniwelowania różnic pomiędzy wartościami grup realizowanych w zakresie – kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego KOS-Zawał i ryczałtu dla zakresu KOS-Zawał zwiększono wartość grup: E23G, E24G, E26, E29, E04, E05, E06, E32, E33, E34, E36.
3. W celu promowania wszczęcia kardiowerterów w ramach grup E31, E33, E34, E34G, E36 w KOS-Zawał, grupy te dodano do § 13 pkt 14 zarządzenia.
4. O 10% zwiększono wartości produktów 5.52.01.0001507 Specjalistyczna opieka kardiologiczna oraz 5.52.01.0001508 Specjalistyczna opieka kardiologiczna – bilans opieki.
5. W warunkach rozliczania produktów rozliczeniowych zmodyfikowano listę dodatkową RKZd poprzez dodanie procedury ICD-9: 89.502 Monitorowanie czynności serca za pomocą urządzeń analogowych lub cyfrowych (typu Holter) – Holter EKG.
6. Dodatkowo z załącznika nr 4 do zarządzenia Nr 166/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2019 r. (zał. nr 2 do niniejszego zarządzenia) usunięto postanowienie stanowiące o konieczności współpracy z lekarzem rehabilitacji przy ustalaniu indywidualnego planu leczenia pacjenta.

Strona 13, wniosek nr 3 – Podjęcie działań zmierzających do tego, aby zwrot kosztów za wykonane świadczenia zdrowotne na rzecz obywateli krajów objętych przepisami o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego uwzględniał koszty dodatkowych wynagrodzeń personelu medycznego.

Intencje tego wniosku nie są w pełni zrozumiałe, więc trudno się jednoznacznie do niego odnieść.

Prawo unijne zakazuje różnicowania kosztów świadczeń dla osób ubezpieczonych i uprawnionych z Unii Europejskiej, więc do przedmiotowych rozliczeń wykorzystywane są produkty rozliczeniowe (świadczenia), które są zawarte w katalogach do rozliczeń świadczeń w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Koszty dodatkowych wynagrodzeń personelu medycznego, które są rozliczane w ramach wyodrębnionego strumienia finansowego są naliczane według liczby etatów zgłaszanych do realizacji danej umowy. W związku z tym, ten sam personel realizuje świadczenia na rzecz polskich ubezpieczonych, jak i pozostałych osób, w tym w ramach przepisów o koordynacji. Nie wydaje się zatem możliwe wyodrębnienie z kosztów dodatkowych wynagrodzeń personelu medycznego części, która odpowiada potencjalnie

zrealizowanemu świadczeniu na rzecz pacjenta z państw UE/EFTA i uwzględnienie go dodatkowo w wycenie świadczenia krajowego lub tworzenie odrębnego katalogu.

Strona 13, wniosek nr 4 – Zapewnienie wiarygodności i rzetelności danych zawartych w sprawozdaniach okresowych.

Okresowe sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia są przygotowywane na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2016 r. w sprawie rocznych i okresowych sprawozdań z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia oraz informacji przekazywanych wojewodom i marszałkom województw¹.

Prawidłowość sporządzania okresowych sprawozdań zostanie objęta dodatkowym nadzorem ze strony kierownictwa Funduszu, a komórki organizacyjne Centrali NFZ odpowiedzialne za przekazywanie i integrację danych sprawozdawczych zostaną zobowiązane do zwracania szczególnej uwagi na wiarygodność i kompletność danych przekazywanych przez oddziały wojewódzkie NFZ.

Obecnie w Narodowym Funduszu Zdrowia trwają m.in. wewnętrzne prace nad możliwościami pozyskiwania prawidłowych danych bezpośrednio z systemów informatycznych NFZ (pomijając udział oddziałów wojewódzkich Funduszu) oraz nad przekazaniem propozycji zmian do ww. rozporządzenia, co pozwoliłoby uniknąć w przyszłości rozbieżności interpretacyjnych.

Strona 13, wniosek nr 5 – Wprowadzenie systemu definiowania zwymiarowanych celów dla określania współczynników korygujących i oceny efektów ich implementacji i strona 13, wniosek nr 6 – Uwzględnienie standardów kontroli zarządczej dla jednostek sektora finansów publicznych przy tworzeniu i realizacji planu pracy.

Kształt Planu pracy na 2019 i 2020 r. był przejściowy. Docelowo (rozpoczynając od Planu pracy na 2021 r.) będzie on zawierał procesowe ujęcie działań poszczególnych jednostek organizacyjnych Funduszu. W Planie pracy każdy z departamentów i biur będzie wskazany jako właściciel biznesowy procesu, w odniesieniu do którego zostaną ustanowione odpowiednie mierniki (w ujęciu centralnym oraz oddziałowym). Opracowanie Planu pracy opartego o mierniki procesowe, wymagało wdrożenia w Funduszu zarządzania procesowego, co sukcesywnie następuje. Stopień zaawansowania prac wdrożeniowych na chwilę obecną był wystarczający do tego,

¹ Dz. U. poz. 923.

by Plan pracy na rok 2021 przygotować zgodnie z tymi zasadami. Plan pracy podlegał ciągłej ewaluacji, by docelowo osiągnąć kształt kompatybilny z zarządzaniem procesowym.

Docelowe ujęcie procesów w Planie pracy Funduszu pozwala na stosowanie obiektywnych, mierzalnych i adekwatnych mierników oceny stopnia realizacji celów i zadań (procesów), co przekłada się na sporządzanie sprawozdań okresowych zawierających obiektywne dane oparte na weryfikowalnych miernikach.

Obecnie w przygotowaniu są nowe procedury określające m.in. sposób przygotowania i zatwierdzania Planu pracy oraz jego monitorowanie.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Sławomir Gadomski
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/

6.6. Opinia Prezesa NIK do stanowiska Ministra



PREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
MARIAN BANAS

KZD.430.006.2020
P/20/52

Warszawa, 10 grudnia 2020 r.

**Opinia Prezesa Najwyższej Izby Kontroli do stanowiska Ministra Zdrowia
przedstawionego w trybie art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli
do Informacji o wynikach kontroli „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2019 r.”**

W przesłanym stanowisku Minister Zdrowia nie kwestionuje dokonanych w toku kontroli ustaleń, odnosząc się jedynie do sformułowanych pod adresem Prezesa NFZ wniosków.

W przypadku wniosku nr 3 o podjęcie działań zmierzających do ujęcia w kosztach świadczeń wykonywanych na rzecz obywateli krajów objętych przepisami o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego kosztów dodatkowych wynagrodzeń personelu medycznego, Najwyższa Izba Kontroli nie podziela wątpliwości podnoszonych przez Ministra Zdrowia dotyczących przesłanek sformułowania tego wniosku.

W 2019 r. koszty dodatkowych wynagrodzeń personelu medycznego wyniosły 7,4% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej. Wynagrodzenia te są jednak finansowane przez NFZ odrębnie od refundacji świadczeń rozliczanych przez świadczeniodawców. Podstawą ich wypłaty jest bowiem zatrudnianie osób zaliczonych do odpowiednich grup zawodowych, a nie zrealizowane świadczenia. Jak słusznie podniósł Minister Zdrowia podstawą rozliczeń z innymi krajami są produkty rozliczeniowe zawarte w katalogach do rozliczeń świadczeń w ramach umów o udzielenie świadczeń. W sytuacji, gdy nie uwzględniają one kosztów dodatkowych wynagrodzeń, kwota uzyskana od innego kraju tytułem kosztów świadczeń udzielonych jego obywatelom nie będzie zawierać odrębnie finansowanych kosztów dodatkowych wynagrodzeń. Będzie więc niższa niż w sytuacji, gdyby koszty te ujęte były w cenie świadczenia. Mając na uwadze, że dynamika wzrostu kosztów dodatkowych wynagrodzeń była w 2019 r. czterokrotnie wyższa niż wzrost nakładów na świadczenia, grozi to w przyszłości wystąpieniem istotnej nierównowagi pomiędzy uzyskanymi od innych krajów środkami z tytułu leczenia ich obywateli, a faktycznie poniesionymi kosztami udzielonych im świadczeń. Przywołany wyżej wniosek jest więc w pełni zasadny.

PREZES
Najwyższej Izby Kontroli
Marian Banas