



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Departament Zdrowia

KZD.410.4.1.2024

Pan
Filip Nowak
Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
Narodowy Fundusz Zdrowia
ul. Rakowiecka 26/30
02-528 Warszawa

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

zmienione uchwałą KPK-KPO.441.246.2024

Zespołu Orzekającego Komisji Rozstrzygającej w Najwyższej Izbie Kontroli z 10 lutego 2025 r.

P/24/046 Realizacja zadań przez Narodowy Fundusz Zdrowia w latach 2021-2024

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
ul. Filtrowa 57, 02-056 Warszawa
T +48 22 444 55 17, F +48 22 444 55 61
kzd@nik.gov.pl
Adres korespondencyjny: Skr. poczt. P-14, 00-950 Warszawa 1

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Narodowy Fundusz Zdrowia ¹ ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa
Kierownik jednostki kontrolowanej	Filip Nowak, Prezes NFZ - od 9 listopada 2021 r. i wcześniej: p.o. Prezesa NFZ – w okresie od 26 sierpnia 2020 r. do 8 listopada 2021 r. (akta kontroli str. Tom I: 8-9)
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Realizacja wybranych zadań dotyczących zapewnienia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej dla uprawnionych; 2. Opracowanie i wykonanie planu finansowego NFZ; 3. Opracowanie i wykonanie planu pracy Funduszu.
Okres objęty kontrolą	Lata 2021-2024, do czasu zakończenia czynności kontrolnych, z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeśli miały wpływ na kontrolowaną działalność.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ²
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia
Kontroler	1. Małgorzata Szczęsna, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr KZD/31/2024 z 24 czerwca 2024 r.; 2. Andrzej Dominikowski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr KZD/32/2024 z 24 czerwca 2024 r.; 3. Krzysztof Barej, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli Nr KZD/37/2024 z 20 sierpnia 2024 r. oraz upoważnienie do kontroli nr KZD/45/2024 z 15 października 2024 r.; 4. Bartosz Mięsak, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr KZD/42/2024 z 11 września 2024 r.; 5. Tomasz Stawicki, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr KZD/43/2024 z 17 września 2024 r. (akta kontroli str. Tom I: 1-7)

¹ Dalej także jako „NFZ” lub „Fundusz”.

² Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej także jako „ustawa o NIK”.

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

I. NIK negatywnie oceniła realizację w latach 2021-2024 podstawowego zadania NFZ, jakim było zapewnienie równego dostępu w różnych częściach kraju do świadczeń zdrowotnych dla osób uprawnionych. W okresie objętym kontrolą doszło do jego pogorszenia.

Na wielu obszarach kraju nie zabezpieczono dostępu do świadczeń zdrowotnych, zgodnie z przyjętymi w OW NFZ planami ich zakupu (tzw. „białe plamy”). W niektórych oddziałach wojewódzkich obszary bez zabezpieczenia, do tych samych świadczeń, występowały w kolejnych latach⁴. Prezes NFZ nie dysponował zbiorczymi informacjami o takich sytuacjach. W ocenie NIK, brak mechanizmów bieżącego monitorowania zabezpieczenia dostępu do świadczeń narusza art. 102 ust. 5 pkt 21 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁵, zobowiązujący Prezesa NFZ do sprawowania nadzoru nad realizacją zadań dyrektorów OW NFZ.

Na pogorszenie dostępu do świadczeń zdrowotnych wskazuje również wzrost średniego czasu oczekiwania na ich udzielenie. W latach 2021-2023 w tzw. „przypadkach stabilnych”, czas oczekiwania wydłużył się do 63,7% komórek organizacyjnych świadczeniodawców, nie zmienił się w przypadku 25,5%⁶, zaś skrócił do 10,8%. W tzw. „przypadkach pilnych” czas oczekiwania wydłużył się do 40,2% komórek organizacyjnych, nie zmienił się do 52,9% z nich oraz skrócił do 6,9%. W latach 2022-2023 okres, który byłby potrzebny do udzielenia świadczeń wszystkim oczekującym (bez zgłaszania się nowych pacjentów) wydłużył się z 2,8 miesiąca do 3,6 miesiąca.

Izba negatywnie oceniła zróżnicowany dostęp pacjentów do świadczeń w poszczególnych województwach. Liczba i wartość świadczeń przypadających na określoną grupę uprawnionych wykazywały znaczne dysproporcje, które w latach 2021-2023 uległy pogłębieniu w przypadku większości⁷ lub znacznej części⁸ analizowanych rodzajów świadczeń. Również czas oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych wykazywał istotne różnice pomiędzy województwami. Podobne dysproporcje pomiędzy OW NFZ dotyczyły dostępu do kompleksowej opieki nad wybranymi grupami pacjentów⁹.

Zjawiska te należy ocenić tym bardziej negatywnie, że jednym z celów wskazanych w „Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023” miało być wyrównywanie tych dysproporcji¹⁰.

Pozytywnie należy natomiast ocenić działania NFZ zmierzające do zwiększenia liczby pacjentów leczonych w trybie ambulatoryjnym, w szczególności na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Niemniej jednak mimo upływu dwóch lat od wprowadzenia opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej jedynie ok 35% świadczeniodawców realizowało tę formę opieki nad pacjentem.

Stwierdzone w toku kontroli nieprawidłowości polegały m.in. na:

- corocznym przekraczaniu w latach 2021-2023 planu wybranych pozycji kosztów w części OW i Centrali NFZ, co naruszało art. 44 ust. 1 pkt 3) ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych¹¹, stanowiącym, że wydatki publiczne mogą być ponoszone na cele i w wysokościach ustalonych w planie finansowym jednostki sektora finansów publicznych;

³ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁴ Np. w Dolnośląskim OW NFZ.

⁵ Dz. U. z 2024 r. poz. 146 ze zm.; dalej ustawa o świadczeniach.

⁶ W tym komórki organizacyjne do których w latach 2021-2023 pacjenci byli przyjmowani na bieżąco. Badanie na podstawie próby 102 list oczekujących – pkt 1.4.2. wystąpienia.

⁷ W odniesieniu do wartości świadczeń przypadających na określoną grupę uprawnionych.

⁸ W odniesieniu do liczby świadczeń przypadających na określoną grupę uprawnionych.

⁹ Tj. KON- zawał, KOS- Pierś.

¹⁰ Przyjęta 28 marca 2019 roku uchwałą Rady NFZ nr 7/2019/III; dalej: Strategia NFZ na lata 2019-2023.

¹¹ Dz. U. z 2023 r. poz. 1270, ze zm.

- rozwiązywaniu rezerwy migracyjnej przed rozpoczęciem danego roku, choć art. 124 ust. 1 ustawy o świadczeniach stanowił, że zmiany planu finansowego Funduszu można dokonać w przypadku zaistnienia sytuacji, których nie można było przewidzieć w chwili zatwierdzenia albo ustalenia planu;
- braku w planach zakupów świadczeń przekazanych przez dyrektorów OW NFZ wszystkich wymaganych elementów;
- niepodejmowaniu działań przez Prezesa NFZ mających na celu przeprowadzanie konkursów i zawarcie umów przez dyrektorów OW NFZ stosownie do art. 139 ust. 1 ustawy o świadczeniach, mimo że zgodnie z art. 102 ust. 5 pkt 21 ustawy o świadczeniach, był zobowiązany do sprawowania nadzoru nad realizacją zadań przez dyrektorów OW NFZ;
- niedokonywaniu oceny ryzyka w sposób zgodny z przyjętymi, wewnętrznymi przepisami, co było niezgodne ze Standardami kontroli zarządczej dla jednostek sektora finansów publicznych (standard B.9 Reakcja na ryzyko);
- nieopracowaniu rocznych raportów z zarządzania ryzykiem i w konsekwencji ich nieprzedstawianie Prezesowi Funduszu wraz z rekomendacjami.

II. Najwyższa Izba Kontroli negatywnie oceniła również sytuację finansową Narodowego Funduszu Zdrowia, na co miały wpływ czynniki zewnętrzne, niezależne od działań Funduszu.

W latach 2021-2023 przychody Funduszu rosły wolniej niż koszty. Przychody ogółem zwiększyły się o 8,3%, zaś koszty ogółem o 30,2%¹².

Potwierdzeniem negatywnych tendencji jest fakt, że w latach 2021-2024 (I pół.) zrealizowane przychody NFZ z tytułu składki należnej brutto w roku planowania równej przypisowi składki, zawsze były niższe niż koszty świadczeń zdrowotnych¹³. **Oznacza to, że podstawowe źródło finansowania świadczeń dla uprawnionych jakim są składki ubezpieczeniowe nie zapewniało dostępu do usług medycznych zgodnie z przyjmowanymi przez NFZ planami ich zakupu.**

Przyczyny tego stanu nie leżą jednak po stronie Funduszu, lecz są zależne od czynników zewnętrznych. W szczególności należy wskazać na obciążenie Funduszu lub ograniczenie jego przychodów w latach 2021-2024 **na łączną kwotę ok. 113,1 mld zł**, na co złożyły się:

- zmiany legislacyjne jakie miały miejsce w latach 2023-2024. Od 2023 r. „przeniesiono” finansowanie wybranych świadczeń zdrowotnych z budżetu państwa do NFZ lub uszczuplono przychody Funduszu. Koszt realizacji ww. zmian legislacyjnych przez NFZ wyniósł blisko **9,9 mld zł** w 2023 r., zaś w 2024 r. ok. **9,7 mld zł**;
- finansowanie corocznego wzrostu wynagrodzeń wybranych grup zawodowych personelu medycznego. W latach 2021-2022 Fundusz przekazywał świadczeniodawcom środki finansowe na wzrost wynagrodzeń wybranego personelu medycznego. Ich wartość wyniosła ponad **12,5 mld zł**. Od II półroczu 2022 r. środki na ten cel były uwzględniane w rekomendacjach Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji¹⁴ dotyczących zmiany wyceny jednostek rozliczeniowych¹⁵. Koszty realizacji rekomendacji wyniosły ponad **78,1 mld zł**. Najwyższa Izba Kontroli zauważa, że w okresie od 1 stycznia

¹² Również porównanie pozostałych kategorii przychodów i kosztów wskazuje na szybszy wzrost tych kosztów, niż przychodów. Szerzej w dalszej części wystąpienia pokontrolnego. **Dla porównania wzrost wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych wyniósł 114,4 w 2022 r. oraz 111,4 w 2023 r.** Źródło: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ceny-handel/wskazniki-cen/wskazniki-cen-towarow-i-uslug-konsumpcyjnych-pot-inflacja-/roczne-wskazniki-cen-towarow-i-uslug-konsumpcyjnych/>

¹³ W 2021 r. było to 91,5%, w 2022 r. 96,3%, w 2023 r. 90,3%, zaś w I połowie 2024 r. 92,5%.

¹⁴ Dalej: AOTMiT.

¹⁵ Rekomendacje Prezesa AOTMiT w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej nr 65/2022 z dnia 13 lipca 2022 r., 54/2023 z dnia 31 maja 2023 r. i 48/2024 z dnia 24 maja 2024 r.

2021 r. do 1 lipca 2024 r. minimalne wynagrodzenie lekarza, lekarza dentystry wzrosło o 94,5%¹⁶;

- obciążanie Funduszu kosztami, które nie były bezpośrednio związane z zakupem świadczeń dla uprawnionych, a ponoszonymi na rzecz podmiotów trzecich¹⁷. W latach 2021-2024 wyniosły one ponad **2,9 mld zł**.

Najwyższa Izba Kontroli zauważa, że w latach 2021-2024 przychody ogółem NFZ wyniosły **604,5 mld zł**¹⁸. Kwota **113,1 mld zł**, stanowiła ok 18,7% łącznych przychodów ogółem.

Mając na uwadze fakt, że koszty wynagrodzeń stanowią zasadniczy składnik kosztów podmiotów leczniczych, utrzymanie tak wysokiej dynamiki ich wzrostu wraz z uwzględnianiem jej w wycenach tzw. jednostek rozliczeniowych **będzie negatywnie oddziaływało na finanse Funduszu w przyszłych okresach oraz ograniczało możliwość zabezpieczenia dostępu do świadczeń dla pacjentów**.

W szczególności w sytuacji zmniejszenia dynamiki przychodów z tytułu składki¹⁹. Liczba osób obowiązkowo opłacających składkę na ubezpieczenie zdrowotne pozostawała w tym okresie na zbliżonym poziomie²⁰, zaś opłacających ją dobrowolnie zmalała²¹. Bez dynamicznego wzrostu wynagrodzeń, podniesienia składki lub rozszerzenia bazy osób opłacających składkę, zaspokojenie rosnących potrzeb zdrowotnych wynikających z prognozowanego wzrostu udziału osób starszych w społeczeństwie i koniecznością intensyfikacji opieki medycznej, może okazać się utrudnione.

Niepokój NIK budzi również bieżące zarządzanie finansami NFZ. W 2024 r. założono²² bowiem również niezbilansowanie przychodów i kosztów (stratę) w wysokości 9,4 mld zł, przy stanie funduszu zapasowego w wysokości 9,6 mld zł. **W sytuacji powstania straty większej niż zakładana, nie będzie szansy jej pokrycia z tego funduszu**. Na prawdopodobieństwo realizacji takiego scenariusza wskazuje niższy niż przewidywany spływ składki ubezpieczenia zdrowotnego w I pół. 2024 r.

¹⁶ W przypadku takich zawodów jak np.: farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny, pielęgniarka, położna, technik elektro-radiolog, psycholog było to jeszcze więcej bo o 138%, zaś w przypadku pracowników działalności podstawowej, innej niż pracownik wykonujący zawód medyczny z wymaganym wykształceniem wyższym, wzrost minimalnego wynagrodzenia wyniósł 166,2%.

¹⁷ Tj. AOTMiT, Agencja Badań Medycznych (dalej: ABM), Prokuratoria Generalna, Fundusz Kompensacyjny, Fundusz Rozwoju Kultury Fizycznej, Zakład Ubezpieczeń Społecznych (dalej: ZUS), Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (dalej: KRUS).

¹⁸ Dla 2024 r. do wyliczenia przyjęto kwotę wskazaną w planie finansowym, według stanu na 10 września 2024 r.

¹⁹ Protokół z posiedzenia rady Funduszu z 11 lipca 2024 r. dotyczący prognozy przychodów i kosztów NFZ na kolejne trzy lata 2025-2027: „W kolejnych latach przewiduje się wzrost przychodów związany ze wzrostem przychodów ze składki. Dynamika ta jednak słabnie w kolejnych latach”.

²⁰ Tj. ok. 26,3-26,5 mln osób. Przy łącznej liczbie ubezpieczonych obowiązkowo ok. 34,3-34,5 mln osób. Jedynie w 2022 r. odnotowano dynamiczny wzrost wartości składek z ubezpieczenia zdrowotnego, co związane było ze zmianami w podatku dochodowym od osób fizycznych.

²¹ Z ok. 27 tys. do ok. 17 tys. osób.

²² Zgodnie ze zmianą planu z 27 sierpnia 2024 r.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej²³ kontrolowanej działalności

OBSZAR 1. Zapewnienie dostępu do świadczeń zdrowotnych dla pacjentów

Opis stanu faktycznego

1.1 Przygotowanie planów zakupu świadczeń.

W latach 2021-2024 (I pół.) w NFZ obowiązywały, określone przez Prezesa NFZ, jednolite zasady opracowywania planu zakupów świadczeń zdrowotnych²⁴. Prezes NFZ corocznie zwracał się do dyrektorów OW NFZ²⁵, o przekazanie planów zakupu świadczeń zdrowotnych, a jednocześnie przekazywał wytyczne, które dyrektorzy OW zobowiązani byli uwzględnić w procesie planowania. W pismach kierowanych do OW NFZ przez Prezesa Funduszu dotyczących zasad sporządzania tych planów wskazywano w szczególności, że:

- zabezpieczenie świadczeń powinno obejmować cały rok, a kwoty zobowiązań powinny zachować poziom dostępności do świadczeń nie niższy niż w roku poprzednim (lub wskazanej jego części);
- opracowywane plany zakupu powinny uwzględniać ogólnopolskie priorytety zdrowotne.

Ponadto wskazywano na konieczność uwzględnienia nowych czynników takich jak np. zmiany przepisów prawa, zmiany wyceny świadczeń.

Ponadto Centrala NFZ przekazywała do OW NFZ dane wykorzystywane w procesie planowania zakupu świadczeń (np. dotyczące: migracji pacjentów, liczby osób ubezpieczonych według Centralnego Rejestru Ubezpieczonych, średnich cen jednostek rozliczeniowych w poszczególnych zakresach świadczeń).

Dyrektor Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej²⁶ wyjaśniła, że przy tworzeniu planów zakupu oddziały NFZ w różnym stopniu posiłkują się danymi zewnętrznymi. Jednym z najistotniejszych parametrów dla płatnika są wartości wynikające z aktualnego na dany czas planu finansowego OW NFZ, które są wiążące dla dyrektorów oddziałów wojewódzkich, pozostałe informacje wynikające z planów transformacji, czy map potrzeb są danymi, które są brane pod uwagę przy planowaniu, oświadczenie o braniu pod uwagę tych dokumentów nie jest wymagane w części opisowej. Dane przekazywane przez Centralę NFZ mają również na celu ułatwić przygotowanie rocznych planów zakupu, dodatkowo jednak stanowią platformę do przygotowania zestawień opartych o informacje spójne dla wszystkich oddziałów. Zakres i stopień wykorzystania materiałów zewnętrznych zależy w głównej mierze od zdiagnozowanych potrzeb i możliwości finansowych danego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

(akta kontroli str. Tom IX: 802, 806-817, 2715-2745)

Nie wszystkie przekazane przez dyrektorów OW NFZ plany zakupów świadczeń zawierały wymagane elementy²⁷, a sposób ich prezentacji był zróżnicowany. Szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

²³ Oceny częściowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena częściowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

²⁴ Przykładowo: na 2021 r. była to „Procedura definiowania priorytetów i planowania zakupu świadczeń (wersja 4.1)”, na 2022 r. i lata następne zasady sporządzania planu zakupu świadczeń określono w dokumencie pn. „Opracowanie, aktualizacja, monitorowanie planu zakupu świadczeń v.2.0.” (obowiązującym od 24 listopada 2021 r.).

²⁵ 1 grudnia 2020 r. w odniesieniu do planu na 2021 r., 22 października 2021 r. w odniesieniu do planu na 2022 r.

²⁶ Dalej: DSOZ.

²⁷ W planach na 2022 r. wymagano zamieszczenia: 1) charakterystyka sytuacji epidemiologicznej i demograficznej, 2) założenia planu zakupu, w tym priorytety ogólnopolskie określone przez Prezesa NFZ oraz priorytety zdrowotne określone przez Ministra Zdrowia, 3) plan weryfikacji realizacji priorytetów określonych w pkt 2 w latach następnych, 4) opis implementacji zmian prowadzonych w zasadach zawierania umów i realizacji świadczeń, istotnych z punktu widzenia planu zakupu świadczeń, 5) opis sposobu implementacji przyjętych założeń i priorytetów określonych w pkt 2, 6) uzasadnienie dla planowanej liczby i wartości świadczeń oraz zaplanowanych obszarów kontraktowania/ zawierania umów. Plan zakupu świadczeń zawiera trzy części tabelaryczne: 1) część tabelaryczna B1 – szczegółowy plan zakupu świadczeń.

1.2. Weryfikacja przez Fundusz posiadania przez świadczeniodawcę pozytywnej opinii o celowości inwestycji.

Prezes NFZ wydał zarządzenie Nr 51/2024/DSOZ z dnia 21 maja 2024 r. zmieniające zarządzenie²⁸ w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej²⁹. Zmiany polegały m.in. na dodaniu w § 14 ust. 1 pkt. 15 i 16, przepisów wskazujących, iż oferta w formie pisemnej powinna zawierać m.in.: kopię pozytywnej opinii o celowości inwestycji, o której mowa w art. 95d ust. 1 ustawy o świadczeniach.

Dyrektor DSOZ wyjaśniła, że obowiązujący stan prawny umożliwiał dokonywanie ww. weryfikacji zanim zostało wprowadzone ww. zarządzenie. Wprowadzenie tego zarządzenia miało charakter porządkowy oraz usprawniający kwestię weryfikacji posiadania przez świadczeniodawcę pozytywnej opinii o celowości inwestycji.

(akta kontroli str. Tom I: 290 -306; Tom IX: 803, 815-817)

1.3. Monitorowanie i realizacja planu zakupu świadczeń przez Prezesa NFZ.

Prezes Funduszu monitorował realizację umów zawartych ze świadczeniodawcami.

Na podstawie danych przekazywanych z OW NFZ, sporządzano kwartalne sprawozdania (przekazywane do Ministerstwa Zdrowia) dotyczące m.in. liczby prowadzonych postępowań konkursowych i rokowań, liczby zawartych umów w poszczególnych rodzajach świadczeń w podziale na poszczególne oddziały wojewódzkie. Prezes NFZ dysponował informacjami o stopniu realizacji planu kosztów, w tym kosztów świadczeń zdrowotnych.

W latach 2021-2023 nie wykonano świadczeń o wartości odpowiednio: w 2021 r. 7 576 787,3 tys. zł, w 2022 r. 4 509 479,3 tys. zł, w 2023 r. 2 664 355,0 tys. zł³⁰. Jednocześnie w OW NFZ miało miejsce wykonanie świadczeń ponad limity określone w zawartych umowach. W 2021 r. było to 141 978,8 tys. zł, w 2022 r. 760 946,9 tys. zł, w 2023 r. 2 284 166,7 tys. zł, zaś w I pół. 2024 r. 6 925 388,0 tys. zł.

Dyrektor Departamentu Ekonomiczno-Finansowego NFZ³¹ wyjaśnił m.in. że wartość świadczeń ponad limit określony w umowach podlega znacznym wahaniom w ciągu roku. Na koniec czerwca 2024 r. ich wartość wyniosła 5 399 459,7 tys. zł.

(akta kontroli str. Tom I: 10-99, 314-317, Tom II: 345-394, Tom IX: 2715-2745)

Prezes Funduszu nie dysponował zbiorczymi informacjami o występowaniu obszarów, na których nie zabezpieczono dostępu do świadczeń w poszczególnych OW NFZ (lub był on niewystarczający), zgodnie z przyjętymi planami ich zakupu. Szerzej opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. Tom IX: 801-803, 806-817, 2715-2745)

Plan w tej części zawiera: a) obszary planowania (gmina, powiat, województwo etc.), b) liczbę jednostek rozliczeniowych, w tym realizowanych w ramach migracji (świadczeniobiorcy z zewnątrz), c) oczekiwaną cenę jednostek rozliczeniowych, d) wartość świadczeń, w tym realizowanych w ramach migracji (świadczeniobiorcy z zewnątrz), e) maksymalną liczbę umów, które zostaną zawarte w wyniku postępowań, 2) część tabelaryczna B2 –plan zakupu świadczeń (część publikowana). Plan w tej części zawiera: a) liczbę jednostek rozliczeniowych do zakontraktowania ogółem (poziom szczegółowości: zakres i województwo PSZ / poza PSZ), b) informacje o planowanym zakupie wyrażone w jednostkach naturalnych, 3) część tabelaryczna B3 – zagregowany plan zakupu świadczeń (na potrzeby planu zbiorczego) – plan przygotowywany wg szczegółowego wzoru uwzględniającego szacunkowe wartości środków przeznaczonych na migracje.

²⁸ Zarządzenie Nr 18/2017/DSOZ Prezesa NFZ.

²⁹ <https://www.nfz.gov.pl/zaradzeniaprezesa/zaradzenia-prezesa-nfz/zaradzenie-nr-512024dsoz,7772.html>.

³⁰ Sprawozdania z wykonania planu finansowego NFZ na 2021 r., 2022 r. i 2003 r. (pozycja B2).

³¹ Dalej: DEF.

1.4. Dostęp do świadczeń zdrowotnych.

1.4.1. Analizy prowadzone przez Fundusz.

Prezes Funduszu dysponował analizami dotyczącymi dostępu do świadczeń zdrowotnych, w szczególności dotyczących czasu oczekiwania i liczby osób oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych.

(akta kontroli str. Tom IX: 1740, 1751-1752, 1755-1796, 1853- 1854, 2715-2745)

W dokumencie „Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej”³², w celu porównania tendencji wskaźników dotyczących liczby pacjentów oczekujących oraz liczby skreśleń z listy z powodu wykonania świadczenia, wyznaczył wskaźnik teoretycznego czasu likwidacji kolejki, który przedstawiał liczbę miesięcy potrzebną do „wyzerowania” kolejki, przy braku napływu nowych pacjentów³³. Wskazano, że teoretyczny czas likwidacji kolejki przed epidemią COVID-19 wynosił ok 4,5 miesiąca, w 2022 r. osiągnął minimum poniżej 3 miesięcy, i od tamtej pory rośnie, ponownie zbliżając się do 4 miesięcy (3,6)³⁴. Autorzy opracowania zwrócili uwagę na fakt wzrostu liczby pacjentów w kolejce, oraz równoczesny wzrost liczby skreśleń z powodu udzielenia świadczenia. Konkludują, że wzrost liczby oczekujących nie jest efektem spadku wydolności systemu (liczba skreśleń rośnie), a wynika ze zwiększonego popytu na świadczenia, po okresie epidemii COVID-19. W dokumencie tym dokonano również porównania udziału wizyt pierwszorazowych w wybranych zakresach AOS za lata 2019-2022³⁵. Choć odnotowano tendencję wzrostową udziału wizyt pierwszorazowych, to ich udział nie przekraczał 33%. Analiza najczęstszych rozpoznań w poszczególnych poradniach specjalistycznych wskazała na tendencję utrzymywania w AOS pacjentów z rozpoznaniem pozostającymi w kompetencji lekarza POZ. W szczególności dotyczy to bardzo wysokiego udziału pacjentów z nadciśnieniem tętniczym samoistnym oraz przewlekłą niedokrwinną chorobą serca (prawie 40%), w grupie pacjentów kontynuujących leczenie w poradni kardiologicznej. Podobne zjawisko dotyczy pacjentów z cukrzycą insulinozależną w poradni diabetologicznej, czy niedoczynności tarczycy w poradni endokrynologicznej.

W opracowaniu wykazano na brak wpływu wprowadzenia współczynnika 3,2 na ograniczenie liczby skierowań do AOS³⁶. W związku z powyższym „wprowadzono dodatkowe interwencje w postaci opieki koordynowanej z budżetem powierzonym na finansowanie szerszego panelu badań zleczanych przez lekarza POZ w diagnostyce powszechnych chorób kardiologicznych, diabetologicznych, endokrynologicznych i pulmonologicznych oraz konsultacji specjalistów”. Dodatkowo wprowadzono odrębne finansowanie porad kompleksowych z ustaleniem Indywidualnego Planu Opieki Medycznej oraz porad edukacyjnych i dietetycznych. Zmieniono także zasady finansowania pacjentów z wielochorobowością – zrezygnowano ze współczynnika 3,2 na rzecz dodatku kwotowego, którego wartość zależy od liczby chorób u pacjenta.

Podkreślono, że interwencje polegające tylko na zwiększeniu refundacji (współczynniki), czy zniesienie limitów nie przyniosły istotnego, spodziewanego efektu³⁷.

³² Opracowanie sporządzone przez Zespół do oceny dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, powołany zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2023 r. w sprawie powołania Zespołu do oceny dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 80), przekazane do Ministra Zdrowia 16 października 2023 r. Analizowano tendencje na podstawie danych z lat 2016-2023.

³³ Jest to iloraz liczby pacjentów oczekujących oraz liczby skreśleń z listy z powodu wykonania świadczenia.

³⁴ Wskazano, że istnieją świadczenia takie jak usunięcie ciała, endoprotezoplastyki, tomografia komputerowa czy rezonans magnetyczny w których obserwowana jest poprawa dostępności do świadczeń poprawa dostępności w tych obszarach, wpływa na statystyki globalne (istotne ilościowo kolejki).

³⁵ M.in. alergologii, diabetologii, dermatologii, endokrynologii, gastroenterologii, kardiologii, hematologii, neurologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, reumatologii.

³⁶ Był on stosowany do czerwca 2023 r.

³⁷ Jako wyjątek wskazano endokrynologię, lecz zmiany wycen były połączone z innymi działaniami, w tym m.in. pakietami świadczeń w chorobach tarczycy. Z-ca Przewodniczącego Rady Funduszu na jej posiedzeniu 11 lipca 2024 r. dotyczącego wzrostu wynagrodzeń w systemie ochrony zdrowia poinformował, że w związku ze zmianami wynagrodzeń i wartości punktów doszliśmy do takiej sytuacji, że istotnie zmniejsza się dostępność do świadczeń (o tym też mówią świadczeniodawcy) i czy nie powinno być takich mechanizmów, które powodowałyby modyfikację wartości umowy bo jeżeli nie zmienia się umowa a wzrasta wartość usługi, to tych usług będziemy mogli mniej zaoferować pacjentom. Wskazał, że w tej sytuacji w ocenie Pani Przewodniczącej beneficjentem systemu przestaje być pacjent.

Wskazano na istotny problem, jakim jest niestawianie się pacjentów na wizytę. Dotyczy to ok 10% wszystkich porad.

(akta kontroli str. Tom II, 474-538, Tom IX: 1755-1790, 2648-2654, 2671-2698, 2715-2745)

Największy udział w kosztach świadczeń ogółem miały w latach 2021-2024: lecznictwo szpitalne (od 51,6% do 53,8%), podstawowa opieka zdrowotna (od 10,8% do 15,6%), ambulatoryjna opieka specjalistyczna (od 6,8% do 9,9%).

(akta kontroli str. Tom III: 302-350, Tom IX: 2715-2745)

1.4.2. Czas oczekiwania³⁸ oraz liczba osób oczekujących na udzielenie świadczeń.

Porównanie czasu i liczby osób oczekujących na udzielenie świadczenia w latach 2021-2023 wykazało, że w 72 analizowanych komórkach organizacyjnych³⁹:

- w „przypadkach stabilnych”, czas oczekiwania wydłużył się w 48 komórkach, tj. 66,7%, nie zmienił się w przypadku 17, tj. 23,6%, zaś skrócił do 7, tj. 9,7%. Liczba oczekujących wzrosła do 59 komórek organizacyjnych (81,9%), zaś zmniejszyła do 13 (18,1%). Według stanu na koniec grudnia 2023 r. pacjenci byli przyjmowani na bieżąco do 12 (16,7%) komórek organizacyjnych, w przypadku 33 komórek (45,8%), czas oczekiwania wynosił 30 i więcej dni.
- w „przypadkach pilnych” czas oczekiwania wydłużył się w odniesieniu do 27 komórek, tj. 37,5%, nie zmienił się w przypadku 41, tj. 56,9%⁴⁰, zaś skrócił do 4, tj. 5,6%. Liczba oczekujących wzrosła do 56 komórek organizacyjnych (77,8%), zmniejszyła do 11 (15,3%), pozostała bez zmian do 5 (6,9%). W przypadku 12 (16,7%) komórek organizacyjnych pacjenci byli przyjmowani na bieżąco. Według stanu na koniec grudnia 2023 r. pacjenci byli przyjmowani na bieżąco do 42 (58,3%) komórek organizacyjnych, w przypadku 8 komórek (11,1%), czas oczekiwania wynosił 30 i więcej dni.

Z kolei analiza czasu i liczby oczekujących dla 30 świadczeń, na które są prowadzone odrębne listy oczekujących wykazała, że:

- w „przypadkach stabilnych”, czas oczekiwania wydłużył się do 17 świadczeń, tj. 56,7%, nie zmienił się w przypadku 9, tj. 30,0%, zaś skrócił do 4, tj. 13,3%. Liczba oczekujących wzrosła w przypadku 20 świadczeń (66,7%), zaś zmniejszyła do 10 (33,3%). Według stanu na koniec grudnia 2023 r. pacjenci byli przyjmowani na bieżąco w przypadku 5 świadczeń (16,7%), w przypadku 14 (46,7%), czas oczekiwania wynosił 30 i więcej dni.
- w „przypadkach pilnych”, czas oczekiwania wydłużył się do 14 świadczeń, tj. 46,7%, nie zmienił się w przypadku 13, tj. 43,3%, zaś skrócił do 3, tj. 10,0%. Liczba oczekujących wzrosła do 24 świadczeń (80,0%), zaś zmniejszyła do 6 (20,0%). Według stanu na koniec grudnia 2023 r. pacjenci byli przyjmowani na bieżąco w przypadku 13 świadczeń (43,3%), w przypadku 8 (26,7%), czas oczekiwania wynosił 30 i więcej dni.

(akta kontroli str. Tom I: 377-383, Tom IX: 2715-2745)

W latach 2021-2024 (I pół.) Departament Kontroli przeprowadził 56 kontroli w obszarze prowadzenia list osób oczekujących. Skontrolowano 56 świadczeniodawców, u 37 stwierdzono nieprawidłowości w prowadzeniu list osób oczekujących na udzielenie świadczenia.

(akta kontroli str. Tom IX: 1740, 1744, 2715-2745)

Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych pomiędzy poszczególnymi OW NFZ była zróżnicowana (wg. stanu na koniec I pół. 2024 r.):

- 1) w Ambulatoryjnej opiece specjalistycznej:

³⁸ Tj. mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania.

³⁹ Analizy dokonano dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” oraz „przypadek pilny” obejmujących komórki organizacyjne z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących w poszczególnych rodzajach świadczeń (Ambulatoryjna opieka specjalistyczna, Leczenie szpitalne, Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, Rehabilitacja lecznicza, Opieka paliatywna i hospicyjna, Leczenie stomatologiczne) oraz 30 świadczeń opieki zdrowotnej z największą wartością mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” i „przypadek pilny”, na które są prowadzone odrębne listy oczekujących według stanu na koniec grudnia 2021 r., 2022 r. i 2023 r.

⁴⁰ W tym komórki organizacyjne do których w latach 2021-2023 pacjenci byli przyjmowani na bieżąco.

- w poradni okulistycznej od 40 dni w Lubelskim OW do 155 dni w Małopolskim OW w przypadkach stabilnych oraz od 3 dni w Lubelskim OW do 42 dni w Podlaskim OW w przypadkach pilnych;
- w poradni neurologicznej od 35 dni w Lubelskim OW do 101 dni w Mazowieckim OW w przypadkach stabilnych oraz od 4 dni w Lubelskim OW do 71 dni w Mazowieckim OW w przypadkach pilnych;
- w poradni kardiologicznej od 46 dni w Lubelskim OW do 228 dni w Opolskim OW w przypadkach stabilnych oraz od 9 dni w Lubelskim OW do 92 dni w Opolskim OW w przypadkach pilnych;
- w poradni chirurgii urazowo-ortopedycznej od 33 dni w Łódzkim i Świętokrzyskim OW do 77 dni w Mazowieckim OW w przypadkach stabilnych oraz od 7 dni w Lubelskim OW do 55 dni w Mazowieckim OW w przypadkach pilnych;
- w poradni endokrynologicznej od 65 dni w Lubelskim OW do 318 dni w Opolskim OW w przypadkach stabilnych oraz 11 dni w Lubelskim OW do 154 dni w Zachodniopomorskim OW w przypadkach pilnych;
- w poradni alergologicznej od 35 dni w Lubelskim OW do 164 dni w Opolskim OW w przypadkach stabilnych oraz od 0 dni w Lubelskim i Warmińsko-Mazurskim OW do 58 dni w Mazowieckim OW w przypadkach pilnych;
- w poradni gastroenterologicznej od 52 dni w Świętokrzyskim OW do 288 dni w Śląskim OW w przypadkach stabilnych oraz od 0 dni w Świętokrzyskim OW do 174 dni w Podlaskim OW w przypadkach pilnych;
- w poradni dermatologicznej od 17 dni w Lubuskim i Łódzkim OW do 105 dni w Małopolskim OW w przypadkach stabilnych oraz od 0 dni w Lubelskim, Świętokrzyskim, Warmińsko-Mazurskim OW do 41 dni w Małopolskim OW w przypadkach pilnych;
- w poradni chorób płuc i gruźlicy od 32 dni w Lubelskim i Podlaskim OW do 107 dni w Opolskim OW w przypadkach stabilnych oraz od 0 dni w Lubelskim, Warmińsko-Mazurskim OW do 56 dni w Kujawsko-Pomorskim OW w przypadkach pilnych;
- w poradni reumatologicznej od 36 dni w Lubelskim OW do 148 dni w Zachodniopomorskim OW w przypadkach stabilnych oraz od 0 dni w Lubelskim, Świętokrzyskim, Warmińsko-Mazurskim OW do 89 dni w Podlaskim OW w przypadkach pilnych;
- w poradni ginekologiczno-położniczej 0 dni w Świętokrzyskim OW do 17 dni w Podkarpackim OW w przypadkach stabilnych oraz na bieżąco wszystkie OW w przypadkach pilnych;
- w poradni chirurgii ogólnej od 5 dni w Podlaskim OW do 21 dni w Małopolskim OW w przypadkach stabilnych oraz 0 dni w Warmińsko-Mazurskim OW do 12 dni w Małopolskim OW w przypadkach pilnych;
- w poradni otorynolaryngologicznej 24 dni w Warmińsko-Mazurskim OW do 45 dni w Małopolskim, Podlaskim i Pomorskim OW w przypadkach stabilnych oraz od 0 dni w Warmińsko-Mazurskim OW do 26 dni w Mazowieckim OW w przypadkach pilnych;
- w poradni urologicznej od 34 dni w Lubelskim OW do 107 dni w Opolskim OW w przypadkach stabilnych oraz od 8 dni w Lubelskim OW do 51 dni w Podlaskim OW w przypadkach pilnych.

2) W lecznictwie szpitalnym:

- w oddziale chirurgii urazowo ortopedycznej od 4 dni w Świętokrzyskim OW do 180 dni w Kujawsko-Pomorskim OW w przypadkach stabilnych oraz od 0 dni Świętokrzyskim OW do 50 dni w Kujawsko-Pomorskim w przypadkach pilnych;
- w oddziale otorynolaryngologicznym od 17 dni w Łódzkim OW do 231 dni w Małopolskim OW w przypadkach stabilnych oraz od 0 dni w Podkarpackim i Świętokrzyskim OW do 79 dni w Podlaskim OW w przypadkach pilnych;

- w oddziale chirurgicznym ogólnym od 5 dni w Podlaskim OW do 79 dni w Pomorskim OW w przypadkach stabilnych oraz od 0 dni w Kujawsko-Pomorskim, Lubelskim, Opolskim, Podkarpackim, Podlaskim, Świętokrzyskim, Zachodniopomorskim OW do 14 dni w Śląskim OW w przypadkach pilnych;
- w oddziale neurochirurgicznym od 18 dni w Mazowieckim, Świętokrzyskim OW do 239 dni w Pomorskim OW w przypadkach stabilnych oraz od 0 dni w Świętokrzyskim OW do 69 dni w Lubuskim OW w przypadkach pilnych;
- w oddziale urologicznym od 0 dni w Świętokrzyskim OW do 70 dni w Lubuskim OW w przypadkach stabilnych oraz od 0 dni w Łódzkim, Opolskim, Podkarpackim, Podlaskim, Świętokrzyskim, Zachodniopomorskim OW do 19 dni w Dolnośląskim i Lubuskim OW w przypadkach pilnych;
- w oddziale chorób wewnętrznych od 0 dni w Kujawsko-Pomorskim, Lubelskim, Łódzkim, Mazowieckim, Podlaskim, Świętokrzyskim, Warmińsko-Mazurskim, Zachodniopomorskim OW do 26 dni w Opolskim OW w przypadkach stabilnych oraz na bieżąco poza Śląskim OW (5 dni) w przypadkach pilnych;
- w oddziale gastroenterologicznym od 12 dni w Lubuskim OW do 130 dni w Warmińsko-Mazurskim OW w przypadkach stabilnych oraz od 0 dni w Lubuskim, Świętokrzyskim i Zachodniopomorskim OW do 72 dni w Mazowieckim OW w przypadkach pilnych;
- w oddziale kardiologicznym od 10 dni w Łódzkim OW do 46 dni w Dolnośląskim OW w przypadkach stabilnych oraz od 0 dni w Kujawsko-Pomorskim, Lubelskim, Łódzkim, Podkarpackim, Świętokrzyskim, Zachodniopomorskim OW do 27 dni w Śląskim OW w przypadkach pilnych;
- w oddziale chirurgii naczyniowej od 6 dni w Zachodniopomorskim OW do 79 dni w Kujawsko-Pomorskim OW w przypadkach stabilnych oraz od 0 dni w Lubelskim, Łódzkim, Świętokrzyskim OW do 78 dni w Kujawsko-Pomorskim OW w przypadkach pilnych.

(akta kontroli str. Tom I: 59-246, Tom III: 364-374, Tom IX: 2715-2745)

1.4.3. Liczba i wartość świadczeń przypadających na określoną grupę uprawnionych.

Średni koszt leczenia pacjentów w poszczególnych rodzajach świadczeń w latach 2021-2023, w poszczególnych OW NFZ, był zróżnicowany⁴¹:

- w podstawowej opiece zdrowotnej, w 2021 r. od 17,46 zł do 28,76 zł (rozpiętość 11,29 zł), w 2022 r. od 24,45 zł do 39,98 zł (rozpiętość 15,53 zł), w 2023 r. od 47,12 zł do 67,69 zł (rozpiętość 20,57 zł),
- w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, w 2021 r. od 184,44 zł do 249,05 zł (rozpiętość 64,61 zł), w 2022 r. od 275,93 zł do 394,77 zł (rozpiętość 118,84 zł), w 2023 r. od 369,40 zł do 533,37 zł (rozpiętość 163,97 zł);
- w leczeniu szpitalnym, w 2021 r. od 1010,73 zł do 1374,87 zł (rozpiętość 364,14 zł), w 2022 r. od 1354,72 zł do 1844,65 zł (rozpiętość 489,93 zł), w 2023 r. od 1816,74 zł do 2485,80 zł (rozpiętość 629,06 zł);
- w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień, w 2021 r. od 60,97 zł do 131,08 zł (rozpiętość 70,11 zł), w 2022 r. od 85,79 zł do 203,71 zł (rozpiętość 117,93 zł), w 2023 r. od 94,97 zł do 257,39 zł (rozpiętość 162,42 zł);
- w rehabilitacji leczniczej, w 2021 r. od 69,84 zł do 138,58 zł (rozpiętość 70,11 zł), w 2022 r. od 109,88 zł do 206,39 zł (rozpiętość 96,51 zł), w 2023 r. od 152,55 zł do 281,98 zł (rozpiętość 129,43 zł);
- w świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych, w 2021 r. od 29,22 zł do 78,83 zł (rozpiętość 49,61 zł), w 2022 r. od 40,50 zł do 115,55 zł (rozpiętość 75,05 zł), w 2023 r. od 56,64 zł do 158,39 zł (rozpiętość 101,75 zł);

⁴¹ Obliczony jako iloraz wykonania kosztów świadczeń i liczby ubezpieczonych i świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni objętych opieką danego oddziału.

- w opiece paliatywnej i hospicyjnej, w 2021 r. od 14,19 zł do 30,53 zł (rozpiętość 16,35 zł), w 2022 r. od 20,98 zł do 43,08 zł (rozpiętość 22,10 zł), w 2023 r. od 31,19 zł do 67,35 zł (rozpiętość 36,16 zł);
- w leczeniu stomatologicznym, w 2021 r. od 34,57 zł do 69,71 zł (rozpiętość 35,14 zł), w 2022 r. od 38,41 zł do 91,40 zł (rozpiętość 52,99 zł), w 2023 r. od 52,25 zł do 131,05 zł (rozpiętość 78,80 zł);
- w lecznictwie uzdrowiskowym, w 2021 r. od 11,67 zł do 17,55 zł (rozpiętość 5,88 zł), w 2022 r. od 22,52 zł do 35,06 zł (rozpiętość 12,54 zł), w 2023 r. od 26,57 zł do 54,87 zł (rozpiętość 28,30 zł);
- w pomocy doraźnej i transporcie sanitarnym, w 2021 r. od 4,83 zł do 18,23 zł (rozpiętość 13,40 zł), w 2022 r. od 3,53 zł do 15,14 zł (rozpiętość 11,61 zł), w 2023 r. od 3,09 zł do 14,89 zł (rozpiętość 11,80 zł);
- w profilaktycznych programach zdrowotnych, w 2021 r. od 3,52 zł do 7,62 zł (rozpiętość 4,10 zł), w 2022 r. od 4,63 zł do 8,38 zł (rozpiętość 3,75 zł), w 2023 r. od 7,61 zł do 15,39 zł (rozpiętość 7,78 zł);
- w świadczeniach zdrowotnych kontraktowanych odrębnie, w 2021 r. od 50,43 zł do 100,95 zł (rozpiętość 50,52 zł), w 2022 r. od 63,10 zł do 127,97 zł (rozpiętość 64,87 zł), w 2023 r. od 80,32 zł do 167,35 zł (rozpiętość 87,03 zł);
- w zaopatrzeniu w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne, w 2021 r. od 33,15 zł do 51,55 zł (rozpiętość 18,40 zł), w 2022 r. od 38,10 zł do 60,17 zł (rozpiętość 22,07 zł), w 2023 r. od 48,09 zł do 113,10 zł (rozpiętość 65,01 zł);
- w refundacji cen leków, w 2021 r. od 237,18 zł do 310,62 zł (rozpiętość 73,44 zł), w 2022 r. od 251,21 zł do 337,81 zł (rozpiętość 86,60 zł), w 2023 r. od 276,90 zł do 398,96 zł (rozpiętość 122,06 zł);
- w ratownictwie medycznym, w 2021 r. od 55,53 zł do 88,39 zł (rozpiętość 32,86 zł), w 2022 r. od 71,56 zł do 115,85 zł (rozpiętość 44,29 zł), w 2023 r. od 86,34 zł do 137,73 zł (rozpiętość 41,37 zł).

(akta kontroli str. Tom I: 171 – 176, Tom IX: 2715-2745)

Liczba wykonanych świadczeń na 10 tys. uprawnionych, w poszczególnych OW NFZ, w 2021 r. i 2023 r. wyniosła:

- w podstawowej opiece zdrowotnej w 2021 r. od 38 613 do 50 749 (rozpiętość 12 136); w 2023 r. od 40 818 do 56 133 (rozpiętość 15 315);
- w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej od 18 007 do 25 119 w 2021 r. (rozpiętość 7112); w 2023 r. od 19 210 do 28 703 (rozpiętość 9493);
- w leczeniu szpitalnym od 3047 do 4569 w 2021 r. (rozpiętość 1522); w 2023 r. od 3964 do 6086 (rozpiętość 2122);
- w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień od 2382 do 4128 w 2021 r. (rozpiętość 1746); w 2023 r. od 2215 do 4925 (rozpiętość 2710);
- w rehabilitacji leczniczej od 7222 do 26 955 w 2021 r. (rozpiętość 19 733); w 2023 r. od 9310 do 33 417 (rozpiętość 24 107);
- w świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych od 114 do 1475 w 2021 r. (rozpiętość 1361); w 2023 r. od 160 do 1946 (rozpiętość 1786);
- w opiece paliatywnej i hospicyjnej od 159 do 822 w 2021 r. (rozpiętość 663); w 2023 r. od 171 do 901 (rozpiętość 730);
- w leczeniu stomatologicznym od 2761 do 15 320 w 2021 r. (rozpiętość 12 559); w 2023 r. od 2718 do 15 075 (rozpiętość 12 357);
- w lecznictwie uzdrowiskowym w 2023 r. od 74 do 161 (rozpiętość 87)⁴²;
- w świadczeniach zdrowotnych kontraktowanych odrębnie od 756 do 1294 w 2021 r. (rozpiętość 538); w 2023 r. od 939 do 1382 (rozpiętość 443).

⁴² W 2021 r. udzielanie świadczeń lecznictwa uzdrowiskowego było zawieszane do 10 marca 2021 r. z powodu epidemii COVID-19.

Dyrektor DSOZ wyjaśniła, że przyczyny znacznych różnic pomiędzy liczbą wykonanych świadczeń przypadających na 10 tys. uprawnionych w poszczególnych OW NFZ mogą wynikać m.in. z innej dostępności infrastruktury medycznej (przychodni, szpitali, placówek rehabilitacyjnych), liczby specjalistów, prawa świadczeniobiorcy do wyboru świadczeniodawcy w innym województwie, migracja ubezpieczonych do większych ośrodków bez zmiany województwa. W stomatologii i rehabilitacji pacjent korzysta ze świadczeń w miejscu czasowego zamieszkania i zatrudnienia, a nie w swoim „macierzystym”; w regionach o większej liczbie osób starszych lub przewlekle chorych, zapotrzebowanie na usługi rehabilitacyjne czy opiekuńcze jest większe w ww. rodzajach świadczeń.

(akta kontroli str. Tom I: 171 – 176; Tom IV: 272-284, 401-409, Tom IX: 2715-2745)

1.4.4. Liczba i wartość umów o udzielenie świadczeń

Na koniec I pół. 2024 r. w poszczególnych rodzajach świadczeń były zawarte umowy o udzielenie świadczeń⁴³:

- podstawowa opieka zdrowotna 9 381 umów o wartości 16 934 619,3 tys. zł,
- ambulatoryjna opieka specjalistyczna 6 508 umów o wartości 13 149 850,3 tys. zł, w tym umowy obowiązujące na okres ponad 3 lat stanowiły 93,6% (6090 umów), ponad 5 lat – 81,6% (5308) a na ponad 10 lat – 71,0% (4618), co stanowiło spadek/wzrost w okresie kontrolnym, tj. w porównaniu do 2021 II kw. odpowiednio o -1,5% (spadek o 45 umów), 0,1% (wzrost o 53 umowy) i 13,0% (wzrost o 882 umów)
- leczenie szpitalne 1 246 umów o wartości 74 162 085,1 tys. zł⁴⁴,
- opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień 1 635 umów o wartości 5 337 878,7 tys. zł, w tym umowy obowiązujące na okres ponad 3 lat stanowiły 89,5% (1463 umów), ponad 5 lat – 77,6% (1269 umów), a na ponad 10 lat – 6,5% (106 umów), co stanowiło spadek/wzrost w okresie kontrolnym, tj. w porównaniu do 2021 II kw. odpowiednio o -3,4% (spadek o 27 umów), 68,6% (wzrost o 1125 umów) i -0,6% (spadek o 7 umów);
- rehabilitacja lecznicza 3 069 umów o wartości 5 818 878,2 tys. zł, w tym umowy obowiązujące na okres ponad 3 lat stanowiły 89,5% (2930 umów), ponad 5 lat – 65,3% (2005 umów), a na ponad 10 lat – 1 umowa, co stanowiło wzrost w okresie kontrolnym, tj. w porównaniu do 2021 II kw. odpowiednio o 5,6% (wzrost 18 umów), 65,1% (wzrost 1 996);
- świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej 1 612 umów o wartości 3 502 294,1 tys. zł, w tym umowy obowiązujące na okres ponad 3 lat stanowiły 94,7% (1527 umów), ponad 5 lat – 74,7% (1204 umów), a na ponad 10 lat – 5,1% (82 umowy), co stanowiło spadek/wzrost w okresie kontrolnym, tj. w porównaniu do 2021 II kw. odpowiednio o -3,6% (spadek o 72 umowy), 68,7% (wzrost o 1116 umów) i 5,1% (wzrost o 82 umowy);
- opieka paliatywna i hospicyjna 639 umów o wartości 1 659 119,8 tys. zł, w tym umowy obowiązujące na okres ponad 3 lat stanowiły 94,5% (604 umów), ponad 5 lat – 54,6% (349 umów), co stanowiło spadek/wzrost w okresie kontrolnym, tj. w porównaniu do 2021 II kw. odpowiednio o -2,3% (spadek o 85 umowy), 54,6% (wzrost o 349 umów);
- leczenie stomatologiczne 5 385 umów o wartości 3 166 646,2 tys. zł, w tym umowy obowiązujące na okres ponad 3 lat stanowiły 96,4% (5 190 umów) i ponad 5 lat – 84,8% (4564 umów), co stanowiło spadek/wzrost w okresie kontrolnym,

⁴³ Centrala NFZ nie gromadzi i nie może wygenerować z systemów informatycznych danych dotyczących pierwotnej daty umów obowiązujących w latach 2021-2024. Dane z okresowych Sprawozdania z działalności za II kw. 2024 i II kw. 2021 - umowy są pogrupowane według okresu obowiązywania. Nie jest istotne, ile obejmują okresów rozliczeniowych. Przez okres obowiązywania należy rozumieć faktyczny okres obowiązywania umowy (jeżeli umowa została przedłużona, to należy sumować okresy obowiązywania).

⁴⁴ Leczenie szpitalne – chemioterapia 110 umów o wartości 1 715 650,9 tys. zł, leczenie szpitalne - programy lekowe 888 umów o wartości 9 078 788,2 tys. zł, leczenie szpitalne - świadczenia wyskosp specjalistyczne 21 umów o wartości 457 449,8 tys. zł.

tj. w porównaniu do 2021 II kw. odpowiednio -1,8% (spadek o 1000 umów) i 84,7% (wzrost o 4563 umów)⁴⁵.

W okresie objętym kontrolą, w analizowanych rodzajach świadczeń umowy były wielokrotnie aneksowane oraz zwiększył się odsetek umów obowiązujących pow. 5 lat. W art. 139 ust. 1 ustawy o świadczeniach wskazano, że podstawą zawierania przez Fundusz umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest przeprowadzenie postępowania w trybie konkursu ofert lub rokowań. Prezes NFZ nie podejmował działań w celu przeprowadzania konkursów i zawierania umów przez Dyrektorów OW NFZ, mimo że na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 ustawy o świadczeniach, był zobowiązany do sprawowania nadzoru nad realizacją zadań dyrektorów OW NFZ, szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. Tom I: 659-702, Tom IX: 2715-2745)

1.4.5. Obszary bez dostępu do świadczeń zdrowotnych lub z niewystarczającym dostępem.

1. W latach 2021-2024 (I pół.) występowały obszary, w których nie zabezpieczono dostępu do świadczeń lub był on niewystarczający, zgodnie z przyjętymi przez OW NFZ planami zakupów (tzw. „białe plamy”).

Przykładowo liczba zakresów, w przypadku których stwierdzono występowanie tzw. „białych plam”, gdy obszarem kontraktacyjnym było województwo, w latach 2021-2024 r.⁴⁶:

- w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, w 2021 r.: w Dolnośląskim OW – 4 zakresy, w Lubelskim OW – 5 zakresów; w Mazowieckim OW – 10 zakresów, w Podkarpackim OW – 4 zakresy; w Świętokrzyskim OW – 1 zakres, w Warmińsko-Mazurskim – 1 zakres; w 2022 r.: w Lubuskim OW – 4 zakresy; w Podkarpackim OW – 4 zakresy; w Świętokrzyskim OW – 3 zakresy; w Warmińsko-Mazurskim OW – 1 zakres; w 2023 r.: w Dolnośląskim OW – 1 zakres; w Kujawsko-Pomorskim OW – 1 zakres; w Lubelskim OW – 4 zakresy; w Mazowieckim OW – 3 zakresy; w Podkarpackim OW – 5 zakresów; Śląskim OW – 2 zakresy; w 2024 r.: w Lubelskim OW – 3 zakresy; w Mazowieckim OW – 8 zakresów; w Podkarpackim OW – 5 zakresów;
- w lecznictwie szpitalnym, w 2021 r.: w Kujawsko-Pomorskim OW – 1 zakres, w Lubuskim OW – 5 zakresów; w Mazowieckim OW – 17 zakresów; w Świętokrzyskim OW – 31 zakresów; w Wielkopolskim OW – 1 zakres; w 2022 r.: w Kujawsko-Pomorskim OW – 2 zakresy; w Lubuskim OW – 1 zakres; w Łódzkim – 6 zakresów; w Opolskim OW – 1 zakres; w 2023 r.: w Kujawsko-Pomorskim OW – 2 zakresy; w Lubuskim OW – 3 zakresy; w 2024 r.: w Kujawsko-Pomorskim OW – 1 zakres; w Łódzkim OW – 4 zakresy; w Podkarpackim OW – 10 zakresów⁴⁷; w Pomorskim OW – 11 zakresów; w Zachodniopomorskim – 2 zakresy;
- w opiece paliatywnej i hospicyjnej, w 2021 r.: w Kujawsko-Pomorskim OW – 1 zakres, w Świętokrzyskim – 1 zakres; w 2022 r.: w Kujawsko-Pomorskim OW – 1 zakres; w Świętokrzyskim OW – 1 zakres; w Zachodniopomorskim – 1 zakres; w 2023 r.: w Kujawsko-Pomorskim OW – 1 zakres; w Mazowieckim OW – 1 zakres; w Świętokrzyskim OW – 1 zakres, w Zachodniopomorskim OW – 1 zakres; w 2024 r.: w Kujawsko-Pomorskim OW – 1 zakres; w Świętokrzyskim OW – 1 zakres; w Zachodniopomorskim OW – 1 zakres;
- w programach profilaktycznych finansowanych ze środków NFZ, w 2021 r.: w Opolskim OW – 1 zakres, w Podkarpackim – 1 zakres; w Warmińsko-Mazurskim – 1 zakres;

⁴⁵ Pozostałe umowy: nocna i świąteczna podstawowa opieka zdrowotna 236 umów o wartości 1 063 399,4 tys. zł, lecznictwo uzdrowiskowe 138 umów o wartości 1 302 302,3 tys. zł, ratownictwo medyczne 23 umów o wartości 4 067 081,2 tys. zł, pomoc doraźna i transport sanitarny 91 umów o wartości 269 939,6 tys. zł, koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu 956 umów o wartości 403 834,3 tys. zł, świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie 501 umów o wartości 3 864 207,3 tys. zł, zaopatrzenie w wyroby medyczne wydawane na zlecenie 3 905 umów o wartości 2 373 304,0 tys. zł, Programy pilotażowe 3 523 umów o wartości 3 372 950,8 tys. zł.

⁴⁶ Na podstawie informacji przekazanych przez OW NFZ.

⁴⁷ Ogłoszone postępowania konkursowe planowano rozstrzygnąć do dnia 7 października 2024 r.

w 2022 r.: w Lubuskim OW – 1 zakres; w Opolskim OW – 1 zakres; w Podkarpackim OW – 1 zakres; w Podlaskim OW – 1 zakres; w Warmińsko-Mazurskim OW – 1 zakres; w 2023 r.: w Opolskim OW – 3 zakresy; w Podkarpackim OW – 1 zakres; w Warmińsko-Mazurskim OW – 1 zakres; w 2024 r.: w Dolnośląskim OW – 2 zakresy; w Lubelskim OW – 3 zakresy; w Lubuskim OW – 2 zakresy; w Mazowieckim OW – 6 zakresów; w Podkarpackim OW – 1 zakres; w Świętokrzyskim OW – 2 zakresy; w Warmińsko-Mazurskim – 2 zakresy; w 2024 r.: w Mazowieckim OW – 3 zakresy; w Podkarpackim OW – 3 zakresy⁴⁸; w Podlaskim OW – 1 zakres; w Warmińsko-Mazurskim OW – 1 zakres; w Zachodniopomorskim OW – 1 zakres;

- w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień, w 2021 r.: w Mazowieckim OW – 9 zakresów; w Podkarpackim – 1 zakres, w Podlaskim OW – 3 zakresy; w Pomorskim – 3 zakresy; w Wielkopolskim – 5 zakresów; w 2022 r.: w Lubuskim OW – 3 zakresy; w Mazowieckim OW – 4 zakresy; w Podkarpackim OW – 1 zakres; w Pomorskim OW – 3 zakresy; w Wielkopolskim OW – 2 zakresy; w 2023 r.: w Dolnośląskim OW – 2 zakresy; w Lubelskim OW – 3 zakresy; w Lubuskim OW – 2 zakresy; w Mazowieckim OW – 6 zakresów; w Podkarpackim OW – 1 zakres; w Świętokrzyskim OW – 2 zakresy; w Warmińsko-Mazurskim OW – 2 zakresy; w 2024 r.: w Dolnośląskim OW – 1 zakres; w Lubuskim OW – 2 zakresy; w Mazowieckim OW – 6 zakresów; w Podkarpackim – 1 zakres; w Pomorskim OW – 3 zakresy; w Świętokrzyskim OW – 1 zakres; w Warmińsko-Mazurskim – 1 zakres;
- w rehabilitacji leczniczej, w 2021 r.: w Zachodniopomorskim – 4 zakresy; w 2022 r.: w Dolnośląskim OW – 1 zakres; w Łódzkim OW – 1 zakres; w Podlaskim OW – 1 zakres; w Świętokrzyskim OW – 5 zakresów; w Zachodniopomorskim OW – 4 zakresy; w 2023 r.: w Dolnośląskim OW – 1 zakres; w Łódzkim OW – 1 zakres; w Mazowieckim OW – 1 zakres; w Opolskim OW – 2 zakresy; w Świętokrzyskim OW – 2 zakresy; w Zachodniopomorskim OW – 4 zakresy; w 2024 r.: w Dolnośląskim OW – 1 zakres; w Opolskim OW – 2 zakresy; w Podlaskim OW – 1 zakres; w Zachodniopomorskim OW – 4 zakresy;
- w świadczeniach kontraktowanych odrębnie, w 2021 r.: w Kujawsko-Pomorskim OW – 3 zakresy; w Lubuskim OW – 2 zakresy; w Mazowieckim OW – 1 zakres; w Opolskim OW – 1 zakres; w Podkarpackim OW – 5 zakresów; w Podlaskim OW – 2 zakresy, w Pomorskim OW – 2 zakresy; w 2022 r.: w Kujawsko-Pomorskim OW – 3 zakresy; w Lubuskim OW – 1 zakres; w Łódzkim OW – 1 zakres; w Opolskim OW – 1 zakres; w Podkarpackim OW – 4 zakresy; w Podlaskim OW – 6 zakresów; w Świętokrzyskim OW – 2 zakresy; w Warmińsko-Mazurskim OW – 1 zakres; w Zachodniopomorskim OW – 1 zakres; w 2023 r.: w Kujawsko-Pomorskim OW – 3 zakresy; w Lubuskim OW – 2 zakresy; w Mazowieckim OW – 3 zakresy; w Opolskim OW – 1 zakres; w Podkarpackim OW – 5 zakresów, w Podlaskim OW – 1 zakres; w Warmińsko-Mazurskim OW – 1 zakres; w Wielkopolskim OW – 1 zakres; w Zachodniopomorskim OW – 1 zakres; w 2024 r. w Lubelskim OW – 1 zakres; w Lubuskim OW – 2 zakresy; w Opolskim OW – 2 zakresy; w Podlaskim OW – 9 zakresów; w Pomorskim OW – 2 zakresy; w Warmińsko-Mazurskim OW – 1 zakres; w Zachodniopomorskim OW – 1 zakres;
- w leczeniu stomatologicznym, w 2021 r.: w Kujawsko-Pomorskim OW – 3 zakresy; w Lubuskim OW – 2 zakresy; w 2022 r.: w Kujawsko-Pomorskim OW – 1 zakres; w Lubelskim OW – 1 zakres; w Lubuskim OW – 2 zakresy; w Pomorskim OW – 3 zakresy; w Świętokrzyskim OW – 2 zakresy; w 2023 r.: w Kujawsko-Pomorskim OW – 1 zakres; w Lubuskim OW – 4 zakresy; w Wielkopolskim OW – 3 zakresy; w 2024 r.: w Lubuskim OW – 5 zakresów; w Opolskim OW – 2 zakresy; w Pomorskim OW – 3 zakresy; w Świętokrzyskim OW – 1 zakres;
- w świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych, w 2023 r.: w Lubelskim OW – 1 zakres; w 2024 r.: w Lubelskim OW – 1 zakres; w Lubuskim OW – 1 zakres.

⁴⁸ Świadczenia dostępne w produktach kompleksowych.

W latach 2021-2024 stwierdzono występowanie tzw. „białych plam”, gdy obszarem kontraktacyjnym był powiat albo gmina⁴⁹: w 2021 r. miało to miejsce w 281 powiatach i gminach, w 2022 r. w 218 powiatach lub gminach, w 2023 r. w 464 powiatach lub gminach, zaś w 2024 r. w 405 powiatach lub gminach.

(akta kontroli str. Tom IX: 1797-1847, 1857, 1862-2071, 2073-2081, Tom IX: 2715-2745)

Dyrektor DSOZ wyjaśniła, że DSOZ nie jest w stanie jednoznacznie stwierdzić występowania lub braku występowania obszarów jakichkolwiek tzw. białych plam - konkretnych miejsc (obszarów kontraktacyjnych), w których nie zabezpieczono dostępu do świadczeń lub miejsc, w których oddział ocenia ten dostęp za niedostateczny i planował m.in. przeprowadzenie konkursów, zgodnie z przyjętym planem zakupu świadczeń. Opisy oddziałowych planów zakupu są bardzo złożonymi dokumentami i zawierają wiele elementów składających się na ostateczną wersję. Nie ma obowiązku wskazywać literalnych odniesień do konkretnych tematów. Brak sformułowania „biała plama” nie oznacza, że dany oddział nie reaguje na deficyty świadczeń występujące na swoim terenie. Używanie sformułowań: „ogłoszenie postępowań w niezabezpieczonych obszarach”, „planuje się zwiększenie dostępności terytorialnej”, „ze względu na brak zabezpieczenia na obszarze... zaplanowane zostało ogłoszenie postępowania konkursowego” lub „lub zabezpieczenia obszaru w którym OW NFZ nie posiada obecnie zawartych umów” odnoszą się do tego samego co potoczne sformułowanie „białe plamy”.

Oddziały Wojewódzkie NFZ poinformowały, jakie podejmowały działania zmierzające do zapewnienia dostępu do świadczeń na terenach tzw. „białych plam”, lecz nie zawsze były one skuteczne, z uwagi na brak zainteresowania świadczeniodawców zawarciem umowy z Funduszem.

(akta kontroli str. Tom IX: 2079-2081, Tom IX: 2715-2745)

2. W latach 2021-2024 (I pół.) miały miejsce przypadki wykreślenia profili z Systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej⁵⁰.

Jako przyczynę ich wykreślenia podawano m.in.: braki dostępności kadry medycznej, realizacji świadczeń w innym profilu, wypowiedzenie umowy z NFZ, reorganizacja podmiotu leczniczego, dotychczasowy zakład został zakwalifikowany do II poziomu PSZ został połączony z zakładem zakwalifikowanym do III poziomu PSZ tego samego podmiotu leczniczego. W przypadku całkowitej likwidacji profilu, dostęp do świadczeń najczęściej zabezpieczały najbliższe położone podmioty lecznicze.

W latach 2021-2024 łączna liczba profili u wszystkich świadczeniodawców zwiększyła się⁵¹: z 5903 w 2021 r., do 5899 w 2022 r., 6385 w 2023 r. oraz 6358 w 2024 r.

(akta kontroli str. Tom III: 302-350, Tom IX: 2715-2745)

3. Fundusz nie zapewnił w latach 2021-2024 (I pół.) dostępu do wybranych świadczeń udzielanych w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne, zakresie Programu profilaktyki chorób odtytoniowych⁵².

(akta kontroli str. Tom I: 171 – 176, Tom IX: 2715-2745)

Dyrektor DSOZ wyjaśniła, że Centrala NFZ prowadzi nadzór nad realizacją świadczeń opieki zdrowotnej, polegający w szczególności na: – analizie problemów zgłaszanych przez OW i świadczeniodawców oraz podejmowaniu odpowiednich działań w celu ich rozwiązania, – ocenie prawidłowości stosowania przyjętych zasad zawierania umów o udzielanie świadczeń i wykonywania świadczeń oraz przygotowywanie wyjaśnień i interpretacji dotyczących tych zasad. Oznacza to, że Centrala NFZ wspiera merytorycznie OW NFZ

⁴⁹ Lub grupa powiatów lub grupa gmin.

⁵⁰ Dalej: PSZ.

⁵¹ Według stanu na dzień 4 października 2024 r.

⁵² Tj. Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POCHP) – Etap specjalistyczny w Łódzkim OW NFZ; w Opolskim OW NFZ w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne, zakres: Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POCHP) – Etap podstawowy; w Podkarpackim OW NFZ w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne, zakres: Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POCHP) – Etap specjalistyczny; w Podlaskim OW NFZ w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne, zakres: Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POCHP) – Etap specjalistyczny.

w rozwiązywaniu zagadnień związanych z rozliczeniem świadczeń opieki zdrowotnej oraz ocenia prawidłowość realizacji tych zadań zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Dyrektor DSOZ podkreśliła, że to dyrektorzy OW NFZ analizują sytuację dostępności do świadczeń i podejmują decyzję w sprawie zakupu świadczeń zgodnie z potrzebami w poszczególnych OW NFZ⁵³. Niektóre zakresy świadczeń w tym Program profilaktyki chorób odtytoniowych, pomimo ogłaszanych postępowań konkursowych, nie cieszą się zainteresowaniem ze strony świadczeniodawców. Niejednokrotnie ogłaszane postępowania podlegają unieważnieniu z uwagi na brak ofert. Powyższe wynika m.in. z faktu, że z tych świadczeń korzysta stosunkowo niewielka liczba świadczeniobiorców. Dodatkowo wskazała, że brak zakontraktowania świadczeń w wyodrębnionym zakresie nie świadczy o braku zabezpieczenia świadczeń z tego obszaru medycyny. Zgodnie z rozporządzeniem MZ, profilaktyka chorób powinna być realizowana przez lekarzy i pielęgniarki POZ (m.in. poprzez identyfikację czynników ryzyka i edukację zdrowotną w danym zakresie). Z tej perspektywy dostępność do profilaktyki m.in. chorób odtytoniowych jest zapewniona w całym kraju.

(akta kontroli str. Tom III: 302-350, Tom IX: 2715-2745)

1.4.6. Realizacja wybranych priorytetów ogólnopolskich określonych przez Fundusz, w tym dotyczących świadczeń związanych z tzw. kompleksową opieką nad pacjentem.

1. W latach 2021-2023 w NFZ obowiązywały m.in. ogólnopolskie priorytety zdrowotne. Każdego roku w Centrali NFZ odbywał się proces ich aktualizacji.

Do dnia zakończenia czynności kontrolnych⁵⁴ nie sporządzono sprawozdania z realizacji ogólnopolskich priorytetów zdrowotnych zawierających ocenę ich realizacji. Dyrektor Biura Partnerstwa Publicznego i Innowacji⁵⁵ wyjaśnił, że przyczyną braku sporządzenia powyższego sprawozdania było bardzo duże obciążenie pracą pracowników BPPiI w ostatnich miesiącach. Sprawozdanie zostanie przygotowane w najbliższym możliwym terminie.

W związku z wejściem w życie, 30 lipca 2021 r., zmian w przepisach prawa⁵⁶, dotyczących m.in. rezygnacji z formułowania priorytetów zdrowotnych przez Ministra Zdrowia⁵⁷ oraz obowiązku brania pod uwagę przy sporządzaniu planu zakupu świadczeń na danym obszarze Krajowego i Wojewódzkich Planów Transformacji oraz map potrzeb zdrowotnych, Prezes NFZ wyraził zgodę, aby od 2024 r. Fundusz zaprzestał określania priorytetów ogólnopolskich na kolejne lata.

(akta kontroli str. Tom IX: 803, 861-862, 865-922, 2715-2745)

Dyrektor BPPiI wyjaśnił, że w wyniku powyższych zmian oraz z uwagi na fakt, że celem planów transformacji jest wzmocnienie zasobów i procesów ochrony zdrowia oraz poprawa efektywności wydatkowania środków publicznych na świadczenia i na inwestycje w sektorze ochrony zdrowia, na poziomie krajowym i regionalnym, uwzględniając potrzeby zdrowotne mieszkańców zasadnym było odstępianie od definiowania przez Prezesa NFZ ogólnopolskich priorytetów zdrowotnych i tym samym nie powielanie tych zadań.

(akta kontroli str. Tom IX: 803, 861-862, 878-879, 2715-2745)

2. Departament Analiz i Innowacji NFZ⁵⁸ przekazywał dyrektorom OW NFZ ogólnopolskie priorytety zdrowotne na lata 2021-2023⁵⁹. Analizą objęto realizację w latach 2021-2023 pięciu priorytetów ogólnopolskich⁶⁰:

⁵³ Zgodnie z art. 107 ustawy o świadczeniach dyrektor danego OW NFZ w zakresie udzielonego pełnomocnictwa wykonuje zadania związane z zawieraniem i rozliczaniem umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz monitoruje realizację tych umów.

⁵⁴ 8 listopada 2024 r.

⁵⁵ Dalej: BPPiI.

⁵⁶ Ustawa z dnia 20 maja 2021 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1292).

⁵⁷ Uchylenie art. 31a ust. 2 ustawy o świadczeniach, który przewidywał konieczność definiowania w drodze rozporządzenia przez Ministra Zdrowia priorytetów zdrowotnych.

⁵⁸ Dalej: DAil.

⁵⁹ Na 2021 r. wskazano 13 priorytetów ogólnopolskich, zaś w 2022 r. i 2023 r. po 12.

⁶⁰ Na podstawie Aktualizacji wskaźników ogólnopolskich priorytetów zdrowotnych obowiązujących do 2023 r. Pismo z 16 czerwca 2023 r., znak: NFZ-DAil.622.2.2023.

- a) priorytet dotyczący AOS - zwiększenie o 5% liczby wykonanych świadczeń pierwszorazowych na 10 tys. mieszkańców dla świadczeń określonych ośmioma kodami⁶¹. Wskazano wartości bazowe z roku 2019 oraz docelowe dla 2023 r. Cele zostały, co do zasady, osiągnięte⁶².

Udział porad pierwszorazowych w AOS w wybranych dziedzinach w kolejnych latach okresu 2021-2024 (I półrocze) kształtował się następująco: Alergologia 16%, 17%, 17%, 17%; Alergologia dla dzieci 16%, 17%, 17%, 16%; Endokrynologia 14%, 16%, 16%, 16%; Endokrynologia dla dzieci 17%, 18%, 19%, 20%; Kardiologia 15%, 15%, 15%, 15%; Kardiologia dziecięca 33%, 34%, 35%, 34%; Neurologia 25%, 26%, 26%, 25%; Neurologia dziecięca 29%, 29%, 30%, 30%;

- b) priorytet dotyczący leczenia uzdrowiskowego – skrócenie czasu oczekiwania na potwierdzenie skierowania na uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne, tak aby odbywało się ono w okresie krótszym niż 18 miesięcy od daty skierowania do OW NFZ. Wskazano wartości bazowe z roku 2019 (25 miesięcy) oraz docelowe dla 2023 r. (18 miesięcy). Cele zostały osiągnięte (12 miesięcy);
- c) priorytet dotyczący leczenia szpitalnego – zwiększenie dostępności do kompleksowej opieki onkologicznej dla pacjentów z nowotworem piersi (tzw. KON-Pierś) na terenie wszystkich OW NFZ. Jako sposób obliczania miernika służącego do oceny realizacji celu wskazano udział pacjentów objętych opieką w ramach KON-Pierś, wśród wszystkich pacjentów z tym rakiem⁶³. Dodatkowo, „do 2023 r. różnica w przypadku każdego OW NFZ, powinna zmaleć o 50,0% w stosunku do OW o największej liczbie wybranych świadczeń”. Wskazano wartości bazowe z roku 2019 oraz docelowe dla 2023 r. Udział pacjentów leczonych w ramach KON -Pierś w 2023 r. w skali kraju wyniósł 59,0%. W poszczególnych OW kształtował się on jednak od 0,0% (Lubuski, Opolski OW NFZ⁶⁴) do 81,0% (Świętokrzyski OW NFZ).

Odnosząc się do zróżnicowanego dostępu do ww. świadczeń w poszczególnych OW dyrektor DSOZ wyjaśniła, że umowy w zakresie KON-Pierś zawierane są w systemie PSZ. Warunki realizacji onkologicznych świadczeń kompleksowych w tym KON-Pierś określone zostały przez Ministra Zdrowia⁶⁵. Możliwość realizacji KON-Pierś uwarunkowana jest zatem jedynie potwierdzeniem przez OW NFZ spełniania wymaganych warunków określonych przez Ministra Zdrowia. Jeżeli świadczeniodawca nie spełnia wymaganych warunków, OW NFZ nie może ich potwierdzić, co oznacza, że świadczenia diagnostyki i leczenia nowotworu złośliwego piersi będą mogły być realizowane w ramach umowy PSZ na dotychczasowych zasadach. Zatem zwiększanie dostępu do onkologicznych świadczeń kompleksowych poza realizowanym corocznie procesem weryfikacji wymagań przez OW NFZ jest realizowane również przez NFZ pośrednio poprzez

⁶¹ Świadczenia te dotyczył takich dziedzin jak: alergologia, kardiologia, endokrynologia, neurologia z zakresami skojarzonymi; były oznaczone kodami: 02.1010.401.02; 02.1011.401.02; 02.1030.401.02; 02.1031.401.02; 02.1100.401.02; 02.1101.401.02; 02.1220.401.02; 02.1221.401.02.

⁶² Z zastrzeżeniem, że dla świadczenia o kodzie: 02.1221.401.02 „Świadczenia w zakresie neurologii dziecięcej – świadczenia pierwszorazowe” osiągnięto wartość nieznacznie niższą, tj. wartość docelowa 29, zaś w 2023 r. osiągnięto 27.

⁶³ Na podstawie danych uwzględniających informacje o świadczeniach sprawozdanych z rozpoznaniem głównym C50 wg ICD-10 oraz sprawozdanym rozpoznaniem głównym Z51 i rozpoznaniem współistniejącym C50 wg ICD-10 (kody bez sprawozdanego rozszerzenia oraz z dowolnym rozszerzeniem); W przypadku programów lekowych uwzględniono wyłącznie program lekowy B.9 - leczenie chorych na raka piersi oraz program lekowy B.134 - zapobieganie powikłaniom kostnym u dorosłych pacjentów z zaawansowanym procesem nowotworowym obejmującym kości z zastosowaniem denosumabu – stan na 27 września 2024 r.

⁶⁴ W I poł. 2024 r. dla Opolskiego OW NFZ wartość tego miernika wyniosła 78,0%; w dalszym ciągu dla Lubuskiego OW NFZ wynosiła 0,0%.

⁶⁵ Świadczeniodawca, który zamierza realizować świadczenia w zakresie KON-Pierś zobowiązany jest przedstawić każdego roku do dnia 10 listopada do właściwego OW NFZ dokumenty potwierdzające spełnienie warunków określonych dla Centrum Kompetencji Raka Piersi (dalej: CKRP). Przystąpienie do realizacji onkologicznych świadczeń kompleksowych KON-Pierś, następuje po potwierdzeniu przez właściwy OW NFZ w terminie do dnia 10 grudnia każdego roku spełnienia przez dany podmiot warunków wymaganych dla CKRP. Natomiast brak spełnienia warunków wymaganych określonych przez Ministra Zdrowia uniemożliwia funkcjonowanie podmiotów jako CKRP.

kwalifikację świadczeniodawców do PSZ⁶⁶ oraz zagwarantowanie ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w trybie art. 95m ust. 10-11 i art. 132b ust. 3 ustawy o świadczeniach. Dyrektor DSOZ dodatkowo podkreśliła, że na terenie województwa opolskiego od 2024 roku jest realizowana umowa w zakresie KON-Pierś przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Opolskie Centrum Onkologii im. Prof. T. Koszarowskiego w Opolu. Jak wskazano w przekazanych wcześniej analizach % udział chorych z rakiem piersi leczonych w tym województwie w umowie KON-Pierś w I pół. 2024 r. wyniósł 78,0%. Odnosząc się do powyższego należy również zauważyć, że w związku z wejściem w życie dnia 20 kwietnia 2023 r. ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej⁶⁷, która wprowadza kompleksowy model opieki onkologicznej oparty na współpracy Specjalistycznych Ośrodków Leczenia Onkologicznego (SOLO I-III poziomu) o różnych poziomach NFZ rozważa modyfikację priorytetu w zakresie KON-Pierś – wskazanego w piśmie. W 2024 r. NFZ przeprowadził pierwszą kwalifikację świadczeniodawców na dany poziom zabezpieczenia opieki onkologicznej KSO. Przepisy ustawy o KSO determinują model opieki kompleksowej i koordynację leczenia na terenie całego kraju, również w najmniejszych województwach, które mogą nie posiadać szpitali spełniających kryteria dla Centrów Kompetencji danego typu nowotworu (obecnie województwo lubuskie);

- d) priorytet dotyczący opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień – zwiększenie dostępności do świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży realizowanych w trybie ambulatoryjnym w celu zmniejszenia liczby hospitalizacji. Jako sposób obliczenia miernika wskazano udział świadczeń ambulatoryjnych do wszystkich świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. Jako wartość docelową podano 97,0% w 2022 r. Udział świadczeń ambulatoryjnych i dziennych w stosunku do wszystkich świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna (bez ryczałtów i leczenia uzależnień) dla dzieci i młodzieży w rodzaju świadczeń opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień wyniósł 86,8% w tym roku⁶⁸.

Dla 2023 r. nie podano wartości miernika. Jednocześnie wskazano wzrost liczby osób korzystających z poradni i oddziałów dziennych o 20,0%, przy jednoczesnym spadku hospitalizacji o 10,0%. Dyrektor DSOZ wyjaśniła, że powyższa sytuacja spowodowana jest m.in. brakiem dostępności do oferty świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym, dziennym, i środowiskowym, których koszt realizacji jest niewspółmiernie niższy. Jedynie ok. 35,0% hospitalizacji zostało w przeciągu roku poprzedzonych świadczeniami ambulatoryjnymi. 60,0% nakładów finansowych na leczenie stacjonarne pozwala leczyć 6,5% pacjentów, przy czym 35,0% nakładów finansowych pozwala leczyć aż 90,0% pacjentów.

Dyrektor DSOZ wyjaśniła, że w przypadku priorytetu ogólnopolskiego dotyczącego opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień celem priorytetu było zwiększenie dostępności do świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży realizowanych w trybie ambulatoryjnym i dziennym w celu zmniejszenia liczby hospitalizacji. Pożądanym wynikiem był wzrost liczby osób korzystających z poradni i oddziałów dziennych o 20,0%, przy jednoczesnym spadku hospitalizacji o 10%. Jednocześnie sposób wyliczenia wskaźnika określono poprzez udział świadczeń ambulatoryjnych i dziennych w stosunku do wszystkich świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna. Przy tak określonym mierniku wartość docelowa byłaby matematycznie trudna do

⁶⁶ Zgodnie z art. 95m ust. 1 ustawy o świadczeniach cykliczna kwalifikacja na okres 4 lat.

⁶⁷ Dz.U. z 2024 r. poz. 1208, ze zm., dalej: KSO.

⁶⁸ Dyrektor DSOZ wyjaśniła, że przekazane dane obrazują udział świadczeń psychiatrycznych, dedykowanych dzieciom realizowanych w warunkach ambulatoryjnych oraz świadczeń psychiatrycznych, dedykowanych dzieciom, realizowanych w warunkach dziennych w stosunku do wszystkich świadczeń psychiatrycznych, dedykowanych dzieciom. Z uwagi na fakt, że w latach 2021 – I, II 2022 świadczenia w zakresie - OŚRODEK ŚRODOWISKOWEJ OPIEKI PSYCHOLOGICZNEJ I PSYCHOTERAPEUTYCZNEJ DLA DZIECI I MŁODZIEŻY - I POZIOM REFERENCYJNY w całości finansowane były za pomocą jednostki rozliczeniowej – ryczałt miesięczny, który był zależny od liczby zrealizowanych świadczeń, w zestawieniu uwzględniono również dane za okres finansowany ryczałtem. Dopiero od marca 2022 roku, został wyodrębniony ryczałt miesięczny przeznaczony głównie na infrastrukturę. Dane za okres III – XII 2022 – 2024 (I pół.) uwzględniają już wyłącznie jednostki rozliczeniowe w pkt i osobodniach.

zdefiniowania, natomiast głównym celem było uzyskanie tendencji wzrostowej dla świadczeń ambulatoryjnych. Od 2020 roku rozpoczęło się wdrażanie reformy opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży, która zakładała m.in. uruchomienie nowej formy opieki, tj. ośrodków środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży - I poziom referencyjny. Zalecana liczba ośrodków to 1 na 12,5 tys. populacji nieletnich, co daje w skali kraju 537 ośrodków I poziomu referencyjnego. Do końca 2023 r. NFZ zakontraktował łącznie 448 miejsc udzielania świadczeń. Tak znaczne zwiększenie dostępności do ww. świadczeń ambulatoryjnych spowodowało nagły wzrost liczby dzieci korzystających ze świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. W stosunku do roku 2019 (sprzed reformy) liczba dzieci korzystających z podstawowej opieki psychiatrycznej (bez świadczeń leczenia uzależnień, sądowych oraz ZOL) wzrosła o ponad 116,2%. Liczba pacjentów hospitalizowanych w stosunku do wszystkich korzystających ze świadczeń opieki psychiatrycznej w roku 2023 r. wyniosła 5,8%, kiedy w roku 2019 była na poziomie 7,4%. Również widoczny jest spadek liczby hospitalizacji na pacjenta z 1,25 do 1,007, co oznacza iż w roku 2019 25,0% dzieci było hospitalizowanych więcej niż 1 raz, a w roku 2023 już tylko ok 0,7%. W przypadku samej liczby hospitalizacji widoczny jest wzrost z roku na rok, natomiast jest on 3 krotnie mniejszy niż wzrost liczby dzieci korzystających ze świadczeń psychiatrycznych. Do przewidzenia był fakt, że liczba hospitalizacji wzrosła w związku z „przyjęciem” przez system opieki psychiatrycznej ponad 116,0% dzieci więcej. Sam wzrost liczby hospitalizacji nie jest niepokojący rozpatrując to w aspekcie spadku odsetka dzieci hospitalizowanych z 7,4% w roku 2019 do 5,8% w roku 2023 (spadek odsetkowy o 22,4%) oraz liczby rehospitalizacji;

- e) Priorytet dotyczący leczenia szpitalnego – zwiększenie dostępności do kompleksowej opieki po incydencie zawału mięśnia sercowego (tzw. KOS- Zawał) na terenie wszystkich OW NFZ. Jako sposób obliczania miernika wskazano iloraz liczby pacjentów objętych KOS- Zawał do „liczby zawałów”⁶⁹. Jako wartość docelową dla 2023 r. wskazano: 0,37; osiągnięto 0,35, zaś w I półroczu 2024 r. 0,39. Wartość tego miernika była zróżnicowana w poszczególnych OW NFZ i wyniosła (w 2023 r.) od 0,02 w Świętokrzyskim OW, 0,03 w Podlaskim OW, 0,07 w Kujawsko-Pomorskim OW NFZ do 0,66 w Śląskim OW NFZ⁷⁰.

(akta kontroli str. Tom IX: 801-817; Tom III: 302-350, Tom IX: 2715-2745)

3. W latach 2021-2024 (I pół.) Fundusz podpisał od 11 (lata 2021- 2022) do 12 (rok 2023) lub 8 (I pół. 2024 r.) umów o realizację Koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży na I i II poziomie referencyjnym (KOC I). Z kolei w KOC II na II i III poziomie referencyjnym było to (w latach 2021-2024 I pół.) od 30 do 35 umów.

W latach 2022-2024 (I półroczu) nie zabezpieczono dostępu do świadczeń KOC I (na I poziomie referencyjnym) w Lubuskim OW.

Dyrektor DSOZ wyjaśniła, że założeniem koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży jest objęcie ciężarnej opieką od początku ciąży, przez cały okres jej trwania, aż do porodu. Wymaga to odpowiednio rozbudowanej sieci poradni specjalistycznych (własnych lub włączonych w realizację KOC na zasadzie formalnej współpracy), które zapewnią każdej ciężarnej poradnictwo ambulatoryjne zgodnie ze standardem wynikającym z przepisów. Część szpitali, w których odbywa się duża liczba porodów, nie zawsze ma możliwość zorganizowania opieki ambulatoryjnej w wystarczającym zakresie, aby przystąpić do realizacji świadczeń w zakresie opieki koordynowanej. Podkreśliła, że KOC, jest to tylko jedna z form finansowania świadczeń dla kobiet w ciąży i brak lub nieznaczna liczba umów w tym zakresie nie świadczy o braku zapewnienia opieki ciężarnym. Świadczeniodawca ma możliwość

⁶⁹ Przy analizie uwzględniono: W zestawieniu uwzględniono informacje o świadczeniach sprawozdanych w ramach rodzaju świadczeń leczenie szpitalne jednorodnymi grupami pacjentów dedykowanymi leczeniu ostrej fazy zawału: E10, E11, E12G, E15, E16, E17G, E23G, E24G, E26, E29, E04, E05G, E06G, E05, E06, E07. Wyłączono hospitalizacje zakończone zgonem pacjenta (hospitalizacje z trybem wypisu 9). Dane na 27 września 2024 r.

⁷⁰ Dla I półrocza 2024 r. najniższą wartość tego miernika odnotowano dla Świętokrzyskiego OW NFZ – 0,01, zaś w Kujawsko-Pomorskim było to 0,07 oraz Podlaskim OW NFZ – 0,1.

wyboru zorganizowania optymalnej opieki dla ciężarnych zgodnie ze swoją strukturą. Wszystkie świadczenia gwarantowane kobietom w ciąży mogą być realizowane w ramach umów odpowiednio podstawowej opieki zdrowotnej (prowadzenie ciąży fizjologicznej i edukacja przedporodowa), w zakresie położnictwa i ginekologii w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w zakresie programu badań prenatalnych, w ramach leczenia szpitalnego czy psychiatrii (opieka psychologiczna w przypadku ciąży powikłanej).

(akta kontroli str. Tom I: 59-176; Tom III: 307-318, Tom IX: 2715-2745)

1.4.7. Działania Funduszu na rzecz poprawy dostępu do świadczeń zdrowotnych.

1. W Strategii NFZ na lata 2019-2023 wskazano pięć celów. Jeden z nich dotyczył: poprawy jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych, w tym poprzez: skrócenia czasu oczekiwania na świadczenie (cel 2.1); zwiększenie oferty opieki koordynowanej i kompleksowej nad pacjentem, w tym poprzez rozwój usług teleinformatycznych (cel 2.2); poprawa jakości świadczonych usług (cel 2.3), zwiększenie zakresu działań profilaktycznych (cel 2.4).

2. Fundusz podejmował działania mające na celu m.in. zmniejszenie czasu i liczby osób oczekujących na udzielenie świadczeń, w tym w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej:

- wprowadzono od 1 października 2022 r. tzw. opiekę koordynowaną w POZ⁷¹. Liczba świadczeniodawców realizujących ten zakres świadczeń zwiększyła się ze 122 na koniec 2022 r. do 1 683 na koniec 2023 r. oraz 1 984 na koniec I półrocza 2024 r. Iloraz liczby podpisanych umów na realizację tzw. budżetu powierzonego w ramach opieki koordynowanej do liczby umów ogółem (lekarz POZ) wynosił w poszczególnych województwach od 16% w woj. opolskim do 62% w woj. lubelskim (średnio 34% w kraju)⁷².

(akta kontroli str. Tom III: 307-318, Tom IX: 1740, 1797-1829, 1848-1849, 1853-1854)

W Centrali NFZ nie były prowadzone analizy w zakresie wpływu zmian zakresu liczby badań diagnostycznych realizowanych w ramach POZ na kolejki oczekujących na świadczenia w AOS.

- dokonano zamiany współczynnika 3,2 na specjalny dodatek kwotowy do stawki kapitałowej za tzw. wielochorobowość dla świadczeniodawców realizujących umowy w zakresie lekarza POZ⁷³. Dodatek jest zależny od liczby chorób przewlekłych zdiagnozowanych u pacjenta;
- wysyłano SMS-y z powiadomieniami o wizycie do pacjentów na listach oczekujących.

(akta kontroli str. Tom IX: 1740, 1797-1829, 2715-2745)

Dyrektorzy komórek organizacyjnych Centrali NFZ przekazali szczegółowe wyjaśnienia dotyczące działań zmierzających do poprawy dostępu do świadczeń w latach 2021-2024⁷⁴.

(akta kontroli str. Tom IX: 1740, 1751-1796, 1797-1829, 1848-1849, 1853-1854, 2715-2745)

W Centrali NFZ podejmowała działania informacyjno-edukacyjne, na rzecz ograniczenia zjawiska nieodwołanych wizyt w placówkach medycznych.

(akta kontroli str. Tom IX: 1751-1796, 1853-1854, 2715-2745)

⁷¹ Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1965) oraz zarządzenie Nr 124/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 września 2022 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna wprowadzono nowy zakres świadczeń w poz.: świadczenia w budżecie powierzonym opieki koordynowanej. Koordynacja opieki nad pacjentem dotyczy schorzeń, z zakresu kardiologii, diabetologii, chorób płuc, alergologii i endokrynologii (nefrologii od 1 listopada 2023 r.). Opieka koordynowana w POZ, wiązała się z poszerzeniem listy badań diagnostycznych, które może zlecić lekarz rodzinny, wdrożeniem Indywidualnego Planu Opieki Medycznej, a także konsultację między lekarzem POZ a lekarzem specjalistą. Rozwiązanie to w założeniu miało pozwolić na szybsze i skuteczniejsze diagnozowanie i leczenie chorób przewlekłych zmniejszenie liczby osób oczekujących do specjalistów.

⁷² Według stanu na 18 czerwca 2024 r.

⁷³ Zarządzenie Nr 163/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 14 grudnia 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.

⁷⁴ Tj. Dyrektorzy Departamentu Analiz, Monitorowania Jakości i Optymalizacji Świadczeń (dalej: DAMJOS), DSOZ, Biura Komunikacji Społecznej i Promocji.

Odnosnie działań podejmowanych w latach 2021- 2024 przez Prezesa Funduszu wobec OW NFZ oraz ich dyrektorów, w ramach sprawowanego nadzoru, o którym mowa w art. 102 ust. 5 pkt 21 ustawy o świadczeniach⁷⁵, w związku z ograniczonym dostępem do świadczeń zdrowotnych, Dyrektor DSOZ wyjaśniła, iż podejmowanie działań związanych z likwidowaniem tzw. „białych plam” jest obowiązkiem dyrektorów OW NFZ. Prezes Funduszu podejmuje bieżące działania nadzorcze organizując regularne robocze spotkania z dyrektorami OW. Wspomniane działania zapewniają również spójny poziom realizacji zadań w całym kraju, a nadzór nad OW prowadzony jest w wielu aspektach, obejmujących między innymi kontrolę, analizę danych, wydawanie odpowiednich zarządzeń oraz stałą współpracę. Wskazała również, że Centrala NFZ prowadzi nadzór nad realizacją świadczeń opieki zdrowotnej, polegający w szczególności na: - analizie problemów zgłaszanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu i świadczeniodawców oraz podejmowaniu odpowiednich działań w celu ich rozwiązania, - ocenie prawidłowości stosowania przyjętych zasad zawierania umów o udzielanie świadczeń i wykonywania świadczeń oraz przygotowywanie wyjaśnień i interpretacji dotyczących tych zasad.

Dyrektor DSOZ odnosząc się do zagadnienia ograniczenia dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie analiz kolejek oczekujących to zarządzeniem Ministra Zdrowia z 15 września 2023 r. został powołany Zespół do oceny dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, gdzie członkami zespołu byli obecni pracownicy DAMJiOŚ NFZ. Dodatkowo w DAMJiOŚ NFZ został przygotowany interaktywny raport dotyczący poprawności sprawozdawczej wewnątrz systemów list oczekujących. Link do raportu został przekazany do OW NFZ 12 lipca 2024 roku.

W dalszej części wyjaśnień Dyrektor DSOZ przedstawiła działania podejmowane przez Centralę NFZ w ramach monitorowania procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, a odnosząc się do zagadnienia dysproporcji średnich kosztów świadczeń udzielanych w poszczególnych rodzajach świadczeń na terenie poszczególnych oddziałów wojewódzkich, trudno jest dokonać oceny tych dysproporcji. Analiza tabel wykazuje, że nie ma oddziałów, w których średnie koszty świadczeń są regularnie większe lub mniejsze w wielu rodzajach na tle reszty kraju. Praktycznie w każdym z oddziałów wojewódzkim NFZ, w jednym z rodzajów średni koszt świadczeń należy do najwyższych lub najniższych w Polsce. Porównanie średnich cen w poszczególnych rodzajach w analizowanym okresie czasu pokazuje, że różnice średnich wartości świadczeń są zbliżone w kolejnych latach. Największe zmiany zaobserwować można w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, co wynika najprawdopodobniej z sytuacji epidemiologicznej w poszczególnych latach. W leczeniu szpitalnym najwyższy koszt leczenia w Mazowieckim OW NFZ wynika najprawdopodobniej z dużej liczby świadczeniodawców na II i III poziomie referencyjności, realizujących złożone i kosztowne świadczenia, jak również z dużej liczby świadczeń udzielonych pacjentom migrującym z innych województw, w których są zarejestrowani jako ubezpieczeni.

(akta kontroli str. Tom III: 273-301, Tom IX: 2715-2745)

1.5. Przygotowanie NFZ na działania w sytuacjach kryzysowych.

W Krajowym Planie Zarządzania Kryzysowego⁷⁶ nie ujęto zadań dla NFZ. Również Minister Zdrowia nie wyznaczył zadań dla NFZ w oparciu o KPZK.

W sytuacji zagrożenia bezpieczeństwa państwa, w tym w związku z wybuchem konfliktu zbrojnego, NFZ posiadał opracowane procedury wewnętrzne⁷⁷.

⁷⁵ Art. 102 ust. 5 pkt 21 ustawy o świadczeniach stanowi że obowiązkiem Prezesa NFZ jest również sprawowanie nadzoru nad realizacją zadań przez dyrektorów OW NFZ.

⁷⁶ Dalej: KPZK.

⁷⁷ Obowiązywały: Zarządzenie Nr 34/2014/DSM Prezesa NFZ z dnia 18 czerwca 2014 r. zmieniające zarządzenie w sprawie organizacji, uruchomienia i funkcjonowania Stałego Dyżuru Narodowego Funduszu Zdrowia na potrzeby podwyższania gotowości obronnej państwa oraz uruchamiania realizacji zadań obronnych wynikających z wyższych stanów gotowości obronnych państwa; Zarządzenie Nr 76/2011/DSM Prezesa NFZ z dnia 25 października 2011 r. w sprawie opracowania planu operacyjnego funkcjonowania NFZ w warunkach zewnętrzne go zagrożenia bezpieczeństwa państwa i w czasie wojny; Procedura Nr Z.07.02 Realizacja zadań z zakresu obronności.

NFZ posiadał opracowany Plan Operacyjny Funkcjonowania NFZ w warunkach zewnętrznego zagrożenia bezpieczeństwa państwa i w czasie wojny, wraz z Tabelą Realizacji Zadań Operacyjnych⁷⁸ opracowaną na podstawie wypisu TRZO Ministerstwa Zdrowia oraz opracowane Karty Realizacji Zadań Operacyjnych. Dokumentacja operacyjna posiada nałożoną klauzulę niejawności i podlega ochronie informacji niejawnej.

(akta kontroli str. Tom IX: 373-376, 378-459, 2231-2249, 2715-2745)

W Centrali NFZ obowiązywały przepisy wewnętrzne w sytuacji wystąpienia: stanu klęski żywiołowej⁷⁹; stanu zagrożenia terrorystycznego lub sabotażu⁸⁰; katastrofy budowlanej, awaria instalacji, brak zasilania itp.⁸¹ i zagrożeń teleinformatycznych⁸².

Jak wyjaśniła Dyrektor Departamentu Służb Mundurowych⁸³ dla obiektów NFZ, które znajdują się na wykazie obiektów zaliczanych do infrastruktury krytycznej (siedziby OW za wyjątkiem Mazowieckiego i Opolskiego) sporządzane są Plany Obowiązkowej Ochrony (uzgadniane z Policją) oraz załączniki antyterrorystyczne (uzgadniane z ABW), które stanowią regulacje w zakresie bezpieczeństwa fizycznego i środowiskowego (w tym zagrożenia o charakterze terrorystycznym). Dokumentacja w wersji papierowej znajduje się w OW NFZ.

(akta kontroli str. Tom IX: 2231-2249, 2715-2745)

W związku z zaistniałą sytuacją powodziową Prezes NFZ, powołał zespół do spraw organizacji działań wspierających świadczeniodawców, świadczeniobiorców i aptek w sytuacji kryzysowej związanej z powodzią⁸⁴. Do jego zadań należało m.in. bieżące monitorowanie sytuacji zagrożenia powodziowego w kontekście wpływu na system ochrony zdrowia i funkcjonowanie świadczeniodawców, świadczeniobiorców oraz aptek, koordynacja działań z zakresu wsparcia regionów zagrożonych powodzią wpływających na funkcjonowanie świadczeniodawców, świadczeniobiorców i aptek.

Powołane zostały Zespoły Reagowania Kryzysowego w woj. dolnośląskim, lubuskim, opolskim, małopolskim, śląskim. Wsparcie dla pacjentów z terenów objętych powodzią stanowi bezpłatna, całodobowa infolinia NFZ; konsultanci udzielają informacji o miejscach udzielania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, świadczeń szpitalnych, czynnych aptekach, w których można zrealizować receptę. Konsultanci dysponują aktualizowanym codziennie wykazem placówek POZ, szpitali i aptek. Skrypty/baza wiedzy jest na bieżąco aktualizowana i uzupełniana. Dyrektor DSM wyjaśniła, że ma miejsce na bieżąco m.in.: weryfikacja list pracujących poradni POZ oraz aptek (w porozumieniu z Izbami Aptekarskimi) z obszarów powodziowych; monitorowanie sytuacji w zabezpieczeniu pacjentów wymagających dializoterapii, pacjentów przebywających w domowych hospicjach, wentylowanych mechanicznie, żywionych pozajelitowo, współpraca z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego w zakresie relokacji zespołów oraz gromadzenie informacji o utrudnieniach w komunikacji, zorganizowano dodatkowe punkty w Polanicy i Głucholazach w których lekarze mogli wystawić recepty dla pacjentów w sytuacji braku dostępu do lekarza POZ, współpraca z SANEPID dot. szczepień na tężec, dur i WZW-A w związku z zaistniałą sytuacją. W przypadku ośmiu podmiotów częściowo lub całkowicie ograniczona została możliwość realizacji świadczeń. Żadna z jednostek organizacyjnych NFZ nie odniosła bezpośredniej szkody w wyniku klęski żywiołowej.

W celu zapewnienia dostępu do świadczeń na terenach o których mowa w rozporządzeniu. Prezes Funduszu wydał 16 września 2024 r Zarządzenie Nr 90/2024/DSOZ zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna. Zgodnie z postanowieniami wskazanego powyżej zarządzenia, w sytuacji braku możliwości udzielania przez

⁷⁸ Dalej: TRZO.

⁷⁹ Zarządzenie Nr 108/2022/BBliCD Prezesa NFZ z dnia 26 sierpnia 2022 r. w sprawie wprowadzenia planu ewakuacji Centrali NFZ – w szczególności Załącznik nr 8.

⁸⁰ Procedura Nr Z.07.01 Realizacja zadań z zakresu zarządzania kryzysowego.

⁸¹ Zarządzenie Nr 108/2022/BBliCD Prezesa NFZ z dnia 26 sierpnia 2022 r. w sprawie wprowadzenia planu ewakuacji Centrali NFZ – w szczególności Załączniki nr 1-7 oraz 14-15; - Moduł zadaniowy nr 7 – brak zasilania z przemysłowych sieci energetycznych.

⁸² Moduł zadaniowy Nr 8 utrudnienia i zakłócenia w pracy systemu teleinformatycznego.

⁸³ Dalej: DSM.

⁸⁴ Zarządzeniem Nr 89/2024/GPF Prezesa NFZ z dnia 16 września 2024 r., zmienionym zarządzeniem nr 93/2024/GPF z dnia 23 września 2024 r.

świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, którego nie można było wcześniej przewidzieć, na obszarach i w okresie, o których mowa w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 16 września 2024 r. w sprawie wprowadzenia stanu klęski żywiołowej na obszarze części województwa dolnośląskiego, opolskiego oraz śląskiego⁸⁵, świadczenia te mogą zostać udzielone przez innego świadczeniodawcę realizującego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Do udzielania, sprawozdawania i rozliczania świadczeń, o których mowa powyżej, nie stosuje się ograniczeń związanych z miejscem zamieszkania świadczeniobiorcy.

(akta kontroli str. Tom IX: 2231-2273, 2715-2745)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Prezes NFZ, mimo określenia i wdrożenia jednolitych procedur związanych z opracowywaniem planów zakupu świadczeń opieki zdrowotnej przez oddziały wojewódzkie, nie zapewnił ich pełnej spójności i porównywalności zamieszczonych w nich informacji. W szczególności:

- w części oddziałów wojewódzkich⁸⁶ wskazano na występowanie tzw. „białych plam”, tj. konkretnych obszarów⁸⁷ w których zgodnie z przyjętym planem zakupu świadczeń nie zabezpieczono dostępu do nich dla pacjentów lub był on niewystarczający, zaś w innych OW ograniczano się np. jedynie do analizy wartości świadczeń przypadających na 10 tys. mieszkańców w poszczególnych rodzajach świadczeń i porównaniu tych wyników do innych OW NFZ⁸⁸;
- szczegółowość prezentowanych danych oraz przeprowadzonych analiz znacząco się różniła pomiędzy poszczególnymi OW NFZ⁸⁹.

Ponadto Prezes NFZ zaakceptował plany zakupu świadczeń opieki zdrowotnej części OW NFZ na 2022 r., choć nie zawierały one wymaganego elementu, tj. „planu weryfikacji realizacji priorytetów określonych w latach następnych”⁹⁰. W przypadku OW NFZ, które zamieściły taki plan, Prezes NFZ nie weryfikował po zakończonym roku, stopnia realizacji przyjętych w nim celów. Było to niezgodne z procedurą „Weryfikacji założeń planu zakupu z ogólnopolskimi priorytetami”⁹¹.

Dyrektor DSOZ wyjaśniła, że Prezes NFZ określił minimalny zakres danych niezbędnych do zamieszczenia w planach zakupu świadczeń zdrowotnych, zaś dyrektorzy OW NFZ mogą rozszerzyć ten zakres według własnego uznania, jeśli uznają to za konieczne. Prezes NFZ zaakceptował plany zakupu świadczeń na rok 2022 siedmiu OW NFZ, które nie zawierały wymaganego elementu, ponieważ były przygotowywane w dynamicznie zmieniających się warunkach, wynikających z wpływu siły wyższej tj. pandemii COVID-19 na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia. W związku z tym priorytetem było zapewnienie ciągłości świadczeń zdrowotnych oraz zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych pacjentów, co wymagało

⁸⁵ Dz. U. poz. 1365.

⁸⁶ Przykładowo w Dolnośląskim, Śląskim, Warmińsko-Mazurskim, Wielkopolskim OW w 2021 r. lub 2022 r.

⁸⁷ Tj. np. gmin, powiatów, grup powiatów.

⁸⁸ Przykładowo Lubelski OW NFZ – plan zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na 2022 r., Kujawsko-Pomorski na 2023 r.

⁸⁹ Przykładowo plan zakupu Mazowieckiego OW NFZ to blisko 180 stron, Wielkopolskiego OW 309 stron, Zachodniopomorskiego OW – 432 stron, zaś Lubuskiego OW 73 strony. Tym samym wielkość OW NFZ nie miała związku z zakresem danych prezentowanych w planach zakupu świadczeń opieki zdrowotnej.

⁹⁰ Przykładowo: Kujawsko-Pomorskiego, Lubuskiego, Małopolskiego, Opolskiego, Podkarpackiego, Pomorskiego, Warmińsko-Mazurskim OW NFZ na 2022 r.

⁹¹ Procedura miała zastosowanie w postępowaniu związanym z weryfikacją planu zakupu świadczeń z zastosowaniem priorytetów ogólnopolskich określonych przez Prezesa NFZ. Była powiązana z procedurą „Planowanie rzeczowe - opracowanie planu zakupu świadczeń”, zgodnie z którą OW NFZ powinien przekazać informację o zgodności założeń planu zakupu świadczeń z ogólnopolskimi priorytetami zdrowotnymi do Centrali NFZ w terminie do 14 dni kalendarzowych od dnia przyjęcia ostatecznej wersji planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej. Na podstawie otrzymanych z OW NFZ pism pracownik DAiI sporządzał sprawozdanie w terminie do 31 grudnia roku, w którym ustalono ostateczny plan zakupu na rok następny. Sprawozdanie powinno być przekazane do Prezesa NFZ celem zapoznania się z dokumentem. Następnie w terminie do 7 dni roboczych od dnia zapoznania się z treścią zestawienia przez Prezesa NFZ informacja o wynikach weryfikacji powinna być przekazana do OW NFZ.

elastyczności w podejściu do planowania, również w odniesieniu do planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej. Odnośnie weryfikacji osiągnięcia priorytetów wskazanych w planie weryfikacji realizacji priorytetów określonych w latach następnych, Dyrektor DSOZ wyjaśniła, że zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz wewnętrznymi regulacjami, nie istnieje bezpośredni obowiązek Prezesa NFZ w zakresie weryfikacji realizacji wszystkich celów po zakończeniu roku, które zostały przyjęte w pierwotnych planach zakupu świadczeń, które mają charakter wspomagający decyzje dyrektorów oddziałów wojewódzkich. Należy podkreślić, że cele określone w planach były realizowane w miarę możliwości, z uwzględnieniem dynamiki zmian limitów planu finansowego i bieżących potrzeb wynikających z wdrażanych przez Ministra Zdrowia zmian (często pilnych i nieuwzględnionych w planie finansowym).

NIK nie podziela ww. argumentów, bowiem obowiązki ustawowe Prezesa nie ograniczają się jedynie do wypełnienia formalnych wymogów wskazanych w NFZ w art. 102 ust. 5, pkt 25 ustawy o świadczeniach⁹². Ustawodawca wyraźnie wskazał art. 102 ust. 5 pkt 21 tej ustawy, że obowiązkiem Prezesa jest również sprawowanie nadzoru nad realizacją zadań przez dyrektorów OW NFZ, a ten nie był skutecznie realizowany, skoro nie posiadał on kluczowych informacji o skali problemów związanych z zabezpieczeniem dostępu do świadczeń oraz stopniu realizacji przyjmowanych priorytetów.

Zaniechanie to ogranicza możliwość zarządzania ryzykiem przez Prezesa NFZ (jakim jest niezapewnienie dostępu do świadczeń dla pacjentów oraz nieskuteczność realizacji wyznaczonych priorytetów) do czego zobowiązywał art. 68 ust. 2 pkt 7 ustawy o finansach publicznych.

(akta kontroli str. Tom VIII: 309-338, Tom IX: 806-860, 2073-2081, 2715-2745, 2715-2745)

2. Prezes NFZ w sposób nierzetelny monitorował realizację planu zakupu świadczeń, bowiem nie dysponował zbiorczymi informacjami dotyczącymi obszarów, na których w poszczególnych OW NFZ nie zapewniono uprawnionym dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z przyjętymi planami ich zakupu.

Z- ca Dyrektora DSOZ wyjaśnił, że analiza taka jest możliwa jedynie na poziomie OW NFZ. Odnośnie do działań nadzorczych Prezesa NFZ związanych z wykazywaniem przez część OW NFZ tzw. „białych plam”, Dyrektor DSOZ wyjaśniła, że podejmowanie działań związanych z likwidowaniem tzw. „białych plam” jest obowiązkiem dyrektorów OW NFZ, którzy muszą zapewnić równomierny dostęp do świadczeń zdrowotnych w swoim regionie, w ramach możliwości prawnych oraz finansowych. Zadaniem dyrektorów OW NFZ jest monitorowanie lokalnych potrzeb zdrowotnych oraz podejmowanie działań mających na celu zaspokojenie tych potrzeb. Prezes Funduszu podejmuje bieżące działania nadzorcze organizując regularne robocze spotkania z dyrektorami oddziałów wojewódzkich, które uwzględniają zagadnienia związane z kontraktowaniem i działaniami służącymi optymalnemu zabezpieczeniu dostępności świadczeń w danym regionie, uwzględniając możliwości prawne i finansowe Funduszu. Dyrektor DSOZ, w odniesieniu do tzw. „białych plam” wykazanych przez Dolnośląski OW NFZ w planie zakupu na 2022 r. wskazała, że Oddział ten przeprowadził dodatkowe postępowania konkursowe, dzięki którym wyłoniono świadczeniodawców, którzy zabezpieczyli dostęp do części świadczeń.

NIK nie podziela ww. argumentów. W ocenie NIK brak mechanizmów bieżącego monitorowania zabezpieczenia dostępu do świadczeń narusza art. 102 ust. 5 pkt 21 ustawy o świadczeniach, zobowiązujący Prezesa NFZ do sprawowania nadzoru nad realizacją zadań oddziałów wojewódzkich Funduszu, a także wskazuje na niewypełnianie obowiązków związanych z kontrolą zarządczą. Nie można bowiem zarządzać ryzykiem, nie znając jego skali, obowiązek został nałożony na kierownika jednostki sektora finansów publicznych, na mocy art. 68 ust. 2, pkt 7 w zw. z art. 69 ust. 1 pkt 3 ustawy o finansach publicznych. W związku z powyższym nie można uznać, że zabezpieczenie dostępu do świadczeń jest jedynie zadaniem dyrektorów OW NFZ. W szczególności w sytuacji, gdy to Prezes NFZ zawiera umowy, a dyrektorzy działają jedynie w ramach udzielonego im przez Prezesa pełnomocnictwa.

⁹² Zgodnie z którą Prezes NFZ ustala jednolite sposoby realizacji ustawowych zadań przez oddziały.

Wdrożenie tych mechanizmów jest tym bardziej zasadne, że niektóre obszary, w których nie zapewniono dostępu do świadczeń w 2021 r. występowały w kolejnych latach. Wskazuje to na długotrwałe ograniczenia w dostępie do świadczeń zdrowotnych dla mieszkańców części obszarów kraju.

(akta kontroli str. Tom I: 253-257; Tom IX: 806-860, 2715-2745)

3. Prezes NFZ, nie podejmował działań w celu przeprowadzania konkursów i zawierania umów, stosownie do art. 139 ust. 1 ustawy o świadczeniach, który stanowi, że podstawą zawierania przez Fundusz umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest przeprowadzenie postępowania w trybie konkursu ofert lub rokowań.

W okresie objętym kontrolą w sześciu analizowanych rodzajach świadczeń⁹³ umowy były wielokrotnie aneksowane oraz zwiększył się odsetek umów obowiązujących pow. 5 lat, a w przypadku rodzajów ambulatoryjna opieka specjalistyczna i świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej zwiększył się również odsetek umów obowiązujących pow. 10 lat (w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej blisko 75% umów było zawarte przed 2014 r.)

Dyrektor DSOZ przedłużanie umów uzasadniała przede wszystkim sytuacją epidemiczną w latach 2021-2023 (utrudnienie przeprowadzenie postępowań konkursowych), koniecznością zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń oraz kontynuowania realizacji umów przez tych samych świadczeniodawców, którzy otrzymali zaliczki w wysokości 1/12 wartości umowy, celem umożliwienia ich odrobienia w terminie późniejszym, a dodatkowo: – w opiece psychiatrycznej i leczenia uzależnień wprowadzonym programem pilotażowym, który był 6 krotnie przedłużany (aktualnie do 30 czerwca 2025 r.) podjęto decyzję o aneksowaniu umów (rekomendowano Dyrektorom OW NFZ przedłużenie obowiązywania umów do 31 grudnia 2024 r.⁹⁴); – w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej stan epidemii wpłynął również na przesunięcie procesu przeprowadzania kolejnej (drugiej) kwalifikacji i ogłoszenia wykazów świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów PSZ, co w następstwie skutkowało potrzebą przesunięcia ogłaszania dużych postępowań konkursowych w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, które de facto są postępowaniami na poradnie specjalistyczne niezakwalifikowane do systemu PSZ; – rehabilitacja lecznicza w 2023 r. toczyły się prace w MZ nad zmianami aktów prawnych w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, które mają wpływ na wymagane warunki realizacji świadczeń w ww. zakresie (uwzględniane w prowadzonych postępowaniach konkursowych); – w leczeniu stomatologicznym wskazano, że konkursy ofert dotyczące świadczeń stomatologicznych planowane są przez OW NFZ od 2025 r.

Najwyższa Izba Kontroli nie podziela argumentów przedstawionych w złożonych wyjaśnieniach. Należy zwrócić bowiem uwagę, że wprowadzenie przepisów nakazujących przeprowadzanie konkursów nie rzadziej niż raz na 5 lat miało na celu wykorzystanie elementów konkurencyjnych w systemie, by poprawić jego efektywność. Stan epidemii obowiązywał do 16 maja 2022 r. i nic nie stało na przeszkodzie aby w II poł. 2022 r. oraz w kolejnych latach sukcesywnie ogłaszać konkursy w poszczególnych rodzajach świadczeń. Również w rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej, w których prowadzone są prace (w Ministerstwie Zdrowia) dotyczące zmian warunków wymaganych od świadczeniodawców to wskazane było przeprowadzenie konkursu, wyłonienie świadczeniodawców na okres potrzebny do ich opracowania, a następnie ogłosić kolejny konkurs na zmienionych warunkach (dałoby to również czas świadczeniodawcom na dostosowanie do nowych warunków realizacji świadczeń).

Odnosnie umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna należy podkreślić, że już przed wystąpieniem epidemii była praktyka wielokrotnego ich przedłużenia. W I kw. 2020 r.

⁹³ Tj. ambulatoryjna opieka specjalistyczna, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, rehabilitacja lecznicza, opieka paliatywna i hospicyjna oraz leczenie stomatologiczne.

⁹⁴ W oparciu o art. 18 ust 2 ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19; Dz.U. poz. 567.

umowy obowiązując pow. 5 lat stanowiły 82,2%, a pow. 10 lat, tj. zawarte przed 2010 r. 40,4% (2637 umów z ogólnej liczby 6527)⁹⁵.

(akta kontroli str. Tom I: 659-702, Tom IX: 2715-2745)

OCENA CZĄSTKOWA

Działania Funduszu podejmowane w latach 2021-2024 (I pół.) zmierzające do poprawy dostępu do ogółu świadczeń zdrowotnych były nieskuteczne⁹⁶, co z kolei świadczy o niezrealizowaniu jednego z zasadniczych celów NFZ wskazanego w Strategii NFZ na lata 2019-2023. Przejawem negatywnych zjawisk było: – występowanie obszarów, w których nie zabezpieczono dostępu do świadczeń lub był on niewystarczający, zgodnie z przyjętymi przez OW NFZ planami zakupu świadczeń; – wydłużanie czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych, przy jednoczesnym narastaniu dysproporcji w tym zakresie pomiędzy OW NFZ; – pogłębianie się dysproporcji w liczbie i wartości zrealizowanych świadczeń na rzecz uprawnionych w poszczególnych OW NFZ; – znaczne dysproporcje pomiędzy OW NFZ w dostępie do opieki kompleksowej opieki nad wybranymi grupami pacjentów⁹⁷.

Negatywnie należy ocenić brak mechanizmów pozwalających na bieżącą analizę przez Prezesa NFZ występowania obszarów, w których nie zabezpieczono dostępu do świadczeń lub była ona mniejsza niż wynikało to z planu zakupu świadczeń zdrowotnych. Ich brak utrudniał sprawowanie przez Prezesa NFZ nadzoru nad realizacją zadań przez dyrektorów OW NFZ. Nie sprzyjała temu również niespójność i nieporównywalność danych zamieszczanych w planach zakupu świadczeń przez OW NFZ.

Pozytywnie należy natomiast ocenić działania NFZ zmierzające do zwiększenia liczby pacjentów leczonych w trybie ambulatoryjnym, w szczególności na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Niemniej jednak mimo upływu dwóch lat od wprowadzenia opieki koordynowanej w POZ jedynie ok. 35% świadczeniodawców realizowało tę formę opieki nad pacjentem.

W dalszym ciągu jednak ponad połowa kosztów świadczeń opieki zdrowotnej dotyczyła leczenia szpitalnego. Na podkreślenie zasługuje wniosek z analiz prowadzonych przez Funduszu, wskazujący, że „proste” zwiększanie środków nie wpływa na poprawę dostępu do świadczeń. Zmiana zasad rozliczania świadczeń (z opłaty za usługę na rzecz tzw. pakietów) może natomiast pozytywnie oddziaływać na dostęp do świadczeń zdrowotnych.

OBSZAR

2. Opracowanie i wykonanie planu finansowego NFZ

Opis stanu faktycznego

2.1 Proces opracowywania, i dokonywania zmian planów finansowych NFZ

Plany finansowe NFZ na lata 2021-2024 zostały sporządzone zgodnie z art. 120 i 121 ustawy o świadczeniach⁹⁸. Podstawą ich sporządzenia były: prognozy przychodów i kosztów Funduszu na kolejne trzy lata, projekty planów finansowych Centrali oraz OW Funduszu przekazane przez dyrektorów OW. Plany finansowe były opracowywane w szczególności w oparciu o wskaźniki makroekonomiczne na dany rok przekazane przez Ministerstwo Finansów. Plany były zgodne ze wzorem planu finansowego Funduszu określonym w załączniku do rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu⁹⁹.

⁹⁵ Okresowe sprawozdania z działalności NFZ za I kwartał 2020 r. przyjęte uchwałą Nr 6/2020/IV Rady NFZ z dnia 9 września 2020 r.

⁹⁶ Nie dotyczy wybranych świadczeń np. w endokrynologii – leczenie chorób tarczycy.

⁹⁷ Tj. KON- zawał, KOS- Pierś.

⁹⁸ Tj. w oparciu o: 3-letnie prognozy przychodów i kosztów Funduszu; projekty planów finansowych OW NFZ przekazane przez dyrektorów OW oraz projekty planów finansowych Centrali NFZ; w oparciu o wskaźniki makroekonomiczne przekazywane przez Ministerstwo Finansów, dostępne na etapie opracowywania prognoz; zgodnie ze wzorem planu finansowego Funduszu określonym przez Ministra Finansów w załączniku do rozporządzenia w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia, a następnie terminowo zatwierdzone przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów, po uzyskaniu opinii Rady Funduszu oraz komisji właściwej do spraw finansów publicznych i komisji właściwej do spraw zdrowia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej.

⁹⁹ Dz.U. z 2023 r. poz. 541, ze zm.

Tzw. „pierwotne plany finansowe”¹⁰⁰ sporządzane na poszczególne lata były równoważone w zakresie przychodów i kosztów. W planach utworzono, zgodnie z art. 118 ust. 5 ustawy o świadczeniach, rezerwę ogólną w wysokości 1% planowanych należnych przychodów z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne. W opracowywanych na poszczególne lata okresu 2021-2024, planach finansowych, podziału środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń pomiędzy Centralę i poszczególne OW dokonano zgodnie z postanowieniami art. 118 ustawy o świadczeniach, z uwzględnieniem: liczby ubezpieczonych zarejestrowanych w OW; wydzielonych, według wieku i płci, grup ubezpieczonych oraz wydzielonych grupy świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych; ryzyk zdrowotnych odpowiadających danej grupie ubezpieczonych.

Podział rodzajowy planowanych w latach 2021-2024 nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej uwzględniał m.in.: zachowanie dotychczasowej struktury rodzajowej planowanych kosztów świadczeń; utrzymanie, co do zasady, dotychczasowych zasad kontraktowania świadczeń. Podziału środków na koszty świadczeń opieki zdrowotnej pomiędzy poszczególne rodzaje świadczeń dokonali dyrektorzy OW NFZ.

W przypadku zmian planu finansowego Prezes podejmując decyzję o uruchomieniu rezerw wskazanych w art. 124 ust. 7 ustawy o świadczeniach, poinformował uprzednio o tym fakcie, Ministrów Zdrowia i Finansów.

Przy opracowywaniu planów finansowych na lata 2021-2024 NFZ na potrzeby opracowania prognozy przychodów ze składek na ubezpieczenie zdrowotne wykorzystywał otrzymywane na bieżąco od ZUS i KRUS informacje o liczbie osób opłacających składkę na ubezpieczenie zdrowotne i wartości przypisu składki w poszczególnych miesiącach. Dane te były podstawą do prognozowania wysokości przypisu ze składek na ubezpieczenie zdrowotne na lata kolejne.

(akta kontroli str. Tom III: 267-321, Tom IX: 2715-2745)

Pierwotne plany finansowe NFZ (OW NFZ i Centrali) na lata 2021-2024 ulegały w trakcie roku zmianom, w tym skutkującym zmianami nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej.

Zmiany planu poprzedzone były analizami uzasadniającymi ich dokonanie. W 2021 r. dokonano w Centrali i OW NFZ 100 zmian planu finansowego. W latach 2022-2024 (I pół.) było to odpowiednio: 105, 114 oraz 45. W zakresie licznych zmian dokonywanych w trakcie roku w planach finansowych NFZ, Z-ca Dyrektora DEF wyjaśnił, że zmiany mogą być i były konsekwencją różnych okoliczności wynikających z np.: przeznaczenia dodatkowych środków na realizację przez NFZ zadań finansowanych ze środków zewnętrznych (np. Fundusz Medyczny, Fundusz Pomocy, środki na zadania zlecone), zwiększenia prognozowanych przychodów ze składki na ubezpieczenie zdrowotne, zwiększenia środków z dotacji podmiotowej, uwzględnienia przesunięć zarówno w kosztach świadczeń zdrowotnych, jak i kosztach administracyjnych, których nie można było przewidzieć w momencie tworzenia pierwotnego planu.

Część zmian polegała na zwiększeniu lub zmniejszeniu określonej pozycji planu finansowego, a następnie (w okresie niekiedy kilku dni) dokonania odwrotnej zmian (całkowicie lub częściowo)¹⁰¹. Z-ca Dyrektora DEF wyjaśnił, że wymienione zmiany¹⁰² zostały wprowadzone w odpowiedzi na aktualne potrzeby, w tym m.in. na podstawie wniosków przekazanych przez Dyrektorów OW lub rozdysponowania dodatkowych środków otrzymanych przez NFZ.

¹⁰⁰ Tj. plany finansowe przedkładane przez Prezesa NFZ do zatwierdzenia przez ministra właściwego do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych.

¹⁰¹ Przykładowo: - zmiana z listopada 2021 r. w odniesieniu do pozycji B planu, dokonana na podstawie pisma DEF-WPiAE.311.128.2021 (FM, 75+, Leki dla ciężarnych) o wartości 104 950,0 tys. zł; - zmiana z maja 2022 r. w pozycji B, na podstawie pisma DEF-WPiAE.311.37.2022 (Polecenia MZ), kwota 64 576,0 tys. zł; - zmiana z czerwca 2022 r. w pozycji B, na podstawie pisma DEF-WPiAE.311.52.2022 (Polecenia MZ), kwota 316 187,0 tys. zł; - zmiana z listopada 2022 r. w pozycji B, na podstawie pisma DEF-WPiAE.311.113.2022 (Polecenia MZ; FP), kwota 424 850,0 tys. zł; - zmiana z grudnia 2023 r. w pozycji B, na podstawie pisma NFZ-DEF-WPiAE.311.118.2023 (COVID-19, FP), kwota 44 071,0 tys. zł; - zmiana z lutego 2024 r. w pozycji B, na podstawie pisma NFZ-DEF-WPiAE.311.10.2024 (Niepłodność, FM), kwota 24 750,0 tys. zł.

¹⁰² Podstawa prawna: art. 124 ust. 4 i 9 ustawy o świadczeniach.

Rezerwę migracyjną przewidzianą w planach finansowych na poszczególne lata, rozwiązywano przed rozpoczęciem danego roku (szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

W latach 2021-2024 (I pół.) liczba ubezpieczonych obowiązkowo kształtowała się na zbliżonym poziomie (w 2021 r. 34 180 107, w 2022 r. 34 106 175, w 2023 r. 34 151 956, w 2024 r. (na 30 czerwca) 34 214 440; zmniejszyła się w tym okresie liczba opłacających składkę dobrowolnie z 22 788 w 2021 r. do 17 107 w 2024 r. (30 czerwca).

W latach 2021-2024 (I pół.) dynamika wzrostu przychodów NFZ ze składek zdrowotnych odprowadzanych była zróżnicowana. Wysokość średniomiesięcznej składki w 2022 r. w porównaniu do 2021 r. wzrosła o 18,4% (z 294,29 zł w 2021 r. do 348,47 zł w 2022 r.). W 2023 r. wzrost wyniósł 19,8%, zaś w I pół. 2024 r. 7,0%.

Dla poszczególnych tytułów ubezpieczenia wzrost średniomiesięcznej wartości składki był w latach 2021-2024 (I pół.) zróżnicowany. W przypadku „pracownika podlegającego ubezpieczeniom społecznym i ubezpieczeniu zdrowotnemu” wzrosła z 388,56 zł w 2021 r. do 556,57 zł w I pół. 2024 r. Średniomiesięczna liczba tzw. tytułów kształtowała się na zbliżonym poziomie i wyniosła od 11 762,9 tys. do 11 856,1 tys. W 2022 r. nastąpił znaczny wzrost przychodów NFZ z tytułu składki od osób prowadzących działalność gospodarczą¹⁰³. Średniomiesięczna ich wartość wzrosła z 398,84 zł w 2021 r. do 784,71 zł w 2022 r., 908,55 zł w 2023 r. oraz 971,96 zł w I połowie 2024 r.

(akta kontroli str. Tom I: 59-246, Tom II: 51-146, 345-394, Tom IX: 2715-2745)

Odnosnie podjętych działań NFZ związanych z ustaleniem różnicy w liczbie ubezpieczonych obowiązkowo a liczbą rezydentów podawaną przez GUS, Z-ca Dyrektora Biura Bezpieczeństwa Informacji i Ciągłości Działania¹⁰⁴ wyjaśniła, m.in. że wskazana wartość 2,1 mln osób nie znajduje odzwierciedlenia w danych, którymi dysponuje NFZ, co może wynikać z innego definiowania danych. Z kolei ZUS poinformował, że odpowiedzialnym za ustalenie statusu ubezpieczeniowego jest NFZ.

(akta kontroli str. Tom IX: 2288-2291, 2580-2585, 2588- 2598)

NFZ dokonał weryfikacji osób nieubezpieczonych, które po wyrejestrowaniu z ubezpieczenia zdrowotnego przez ostatnie 10 lat nie były zgłoszone do ubezpieczenia i podały miejsce zamieszkania poza RP (na dzień 20 grudnia 2023 r.). Weryfikacja dotyczyła 1 319 003 osób.

Z-ca Dyrektora BBliCD wyjaśniła, że największą liczbę stanowią obywatele Polski, którzy mogli wyemigrować, stąd brak ich dalszej historii ubezpieczenia zdrowotnego, a dane w systemach, w tym w CWU, nie są usuwane. Brak jest przepisów prawa oraz narzędzi, które pozwalałyby na stworzenie dla tej grupy innego znacznika w systemie, dlatego osoby te widnieją jako osoby nieubezpieczone. Ponadto ustalono, że grupę osób nieubezpieczonych, które podały adres zagraniczny było 732 846 osób (z grupy wszystkich nieubezpieczonych).

(akta kontroli str. Tom IX: 2588- 2598)

2.2. Realizacja planu finansowego NFZ w latach 2021-2024

Przychody i koszty.

1. W 2021 r. dokonano zwiększenia planowanych przychodów i kosztów ogółem NFZ o 30 205 355 tys. zł (z 104 918 382 tys. zł do 135 123 737 tys. zł), w tym kosztów świadczeń opieki zdrowotnej o 21 474 741 tys. zł oraz tzw. „pozostałych kosztów” o 9 440 585 tys. zł¹⁰⁵. Źródłem finansowania tych zmian było głównie zwiększenie planowanych: przychodów z tytułu składki¹⁰⁶ o 5 064 771 tys. zł oraz tzw. pozostałych przychodów o 25 009 215 tys. zł.

¹⁰³ Tj. od osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą na podstawie przepisów o działalności gospodarczej lub innych przepisów szczególnych niemających ustalonego prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, dla których podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 60% kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, osoba prowadząca niepubliczną bądź publiczną szkołę, placówkę lub ich zespół, na podstawie przepisów o systemie oświaty (kod tytułu 0510).

¹⁰⁴ Dalej: BBliCD.

¹⁰⁵ Ustalona w pierwotnym planie finansowym NFZ na 2021 r., wartość planowanych pozostałych kosztów wynosiła 640 761 tys. zł; plan pierwotny - plan finansowy NFZ na 2021 r. zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów 30 września 2020 r.

¹⁰⁶ Tj. składki należnej brutto w roku planowania równej przypisowi składki.

Wartość zrealizowanych przez NFZ w roku 2021 przychodów ogółem wyniosła 136 779 262,6 tys. zł (w tym przychodów netto z działalności 109 047 424,9 tys. zł¹⁰⁷), co stanowiło 101,2% wartości planowanej i była wyższa od przychodów uzyskanych w roku 2020 r. o 34 371 098,4 tys. zł (tj. o 33,6%). Największy udział w przychodach ogółem stanowiły: przychody ze składki¹⁰⁸ 75,3% (103 007 154,3 tys. zł) oraz pozostałe przychody¹⁰⁹ 20,1% (27 473 218,8 tys. zł, w tym środki na finansowanie zadań związanych z zapobieganiem przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 w łącznej wysokości 23 911 138,7 tys. zł).

Wartość zrealizowanych przez NFZ w 2021 r. kosztów ogółem wyniosła 126 351 582,5 tys. zł (w tym kosztów realizacji zadań 115 849 613,9 tys. zł¹¹⁰) i była wyższa od poniesionych w 2020 r. o 21 547 506,4 tys. zł, tj. o 20,6%. Największy udział w kosztach ogółem stanowiły: koszty świadczeń opieki zdrowotnej 89,1% oraz pozostałe koszty 7,3%. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej wyniosły 112 574 184,7 tys. zł¹¹¹, tj. 93,7% planu. Nie zrealizowano świadczeń o wartości 7 576 787,3 tys. zł.

Poniesione w roku 2021 pozostałe koszty¹¹² w wysokości 9 232 146,6 tys. zł stanowiły 91,6% wartości planowanej i były wyższe od kosztów poniesionych w 2020 r. o 6 818 608,9 tys. zł. Największy udział w pozycji pozostałe koszty stanowiły tzw. inne koszty.

Wartość poniesionych w 2021 r. przez NFZ innych kosztów wyniosła 9 221 429,8 tys. zł¹¹³ z tego m.in.: odpisy aktualizujące należności: 595 766,6 tys. zł; koszty sądowe: 1 226,3 tys. zł; koszty zapewnienia bezpieczeństwa i opieki pacjentom oraz bezpieczeństwa personelowi zakładów opiekuńczo-leczniczych, domów pomocy społecznej, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i hospicjów w czasie pandemii COVID-19: 121 846,0 tys. zł; koszty finansowania ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 (dodatkowych świadczeń pieniężnych dla personelu medycznego i jednorazowych dodatkowych świadczeń pieniężnych dla personelu niemedycznego: 7 528 270,8 tys. zł; miejsc odpoczynku dla personelu szpitali jednoimiennych i szpitali z oddziałami zakaźnymi: 9 560,0 tys. zł; zobowiązania wynikające z kwot wypłaconych zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach: 530 423,3 tys. zł); pozostałe: 412 625,8 tys. zł, w tym m.in. odpis dla ABM w wysokości 286 174,5 tys. zł, środki finansowe przekazane dla Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej i Sportu w wysokości 117 000 tys. zł, opłata roczna abonamentowa dla Urzędu Prokuraturii Generalnej RP w wysokości 246 tys. zł.

¹⁰⁷ Przychody netto z działalności to: składka należna brutto w roku planowania równa przypisowi składki - planowany odpis aktualizujący składkę należną + przychody ze składek z lat ubiegłych - koszt poboru i ewidencjonowania składek - odpis dla AOTMiT, o którym mowa w art. 31t ust. 5-9 ustawy + przychody wynikające z przepisów o koordynacji + przychody z tytułu realizacji zadań zleconych + dotacje z budżetu państwa na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2b, 2c i 2e ustawy + dotacja z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego + dotacja podmiotowa z budżetu państwa, o której mowa w art. 97 ust. 8a ustawy.

¹⁰⁸ Tj. składki należnej brutto w roku planowania równej przypisowi składki.

¹⁰⁹ Przychody z pozostałej działalności Funduszu obejmują w szczególności: darowizny i zapisy otrzymane, w tym kwotę umorzenia majątku otrzymanego nieodpłatnie wynikającą z rozliczeń międzyokresowych przypadającą na rok planowania, przychody z innych opłat ustawowych, w tym m.in. opłatę od środków spożywczych i opłatę ze sprzedaży alkoholu w opakowaniach do 300 ml, opłatę z tytułu obronności, opłatę dodatkową za ubezpieczenie dobrowolne, opłatę za zmianę lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, przychody ze sprzedaży towarów i materiałów, zmianę stanu produktów, przychody ze zbycia niefinansowych aktywów trwałych, odpisane zobowiązania, otrzymane odszkodowania, kary i grzywny, rozwiązane rezerwy, przychody korygujące przychody lat ubiegłych i inne (w tym środki z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, Funduszu Medycznego oraz Funduszu Solidarnościowego).

¹¹⁰ Koszty realizacji zadań to: obowiązkowy odpis na rezerwę ogólną + koszty świadczeń opieki zdrowotnej + koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie + koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego + koszty finansowania leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego zgodnie z art. 43a ust. 3 ustawy + koszty zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 4c ustawy + koszty finansowania leku, zgodnie z art. 43b ust. 7 ustawy.

¹¹¹ Wartość odnotowanych w ewidencji pozabilansowej świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowach wyniosła w 2021 r. 141 979 tys. zł.

¹¹² Pozostałe koszty Funduszu obejmują: koszty wydania i utrzymania kart ubezpieczenia, rezerwy na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych, inne rezerwy, inne koszty.

¹¹³ Inne koszty Funduszu obejmują: koszty sądowe, zapłacone kary, grzywny, odszkodowania, wartość sprzedanych towarów i materiałów, odpis aktualizujący należności, wartość zbytych niefinansowych aktywów trwałych, pozostałe odpisy aktualizujące, opłatę abonamentową na rzecz Prokuraturii Generalnej, odpis dla ABM, odpis na Fundusz Rozwoju Kultury Fizycznej oraz pozostałe.

Wynik na działalności¹¹⁴ zamknął się stratą w wysokości (-)6 802 189,0 tys. zł. Fundusz zamknął rok dodatnim wynikiem finansowym netto, który wyniósł 10 427 680,1 tys. zł. W ocenie NFZ kluczowymi czynnikami wpływającymi na wynik finansowy netto było niepełne wykonanie planu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej oraz wyższa niż planowano wartość zrealizowanych przychodów ze składki należnej brutto w roku planowania równej przypisowi¹¹⁵.

2. W 2022 r. dokonano zwiększenia planowanych przychodów i kosztów ogółem NFZ o 24 532 131 tys. zł (z 114 125 014 tys. zł do 138 657 145 tys. zł), w tym kosztów świadczeń opieki zdrowotnej o 23 790 603 tys. zł. Źródłem finansowania tych zmian było m.in. zwiększenie planowanych: przychodów z tytułu składki o 14 350 993 tys. zł, tzw. pozostałych przychodów o 5 252 740 tys. zł, przychodów finansowych o 1 158 731 tys. zł.

Wartość zrealizowanych przez NFZ w roku 2022 przychodów ogółem wyniosła 140 767 827,1 tys. zł (w tym przychodów netto z działalności 129 422 685,1 tys. zł¹¹⁶), co stanowiło 101,5% wartości planowanej i była wyższa od przychodów uzyskanych w roku 2021 r. o 3 988 564,6 tys. zł (tj. o 2,9%). Największy udział w przychodach ogółem stanowiły: przychody ze składki 86,7% (121 990 729,5 tys. zł) oraz pozostałe przychody¹¹⁷ 7% (9 857 316,1 tys. zł, w tym środki z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 w wysokości 8 372 313,7 tys. zł).

Wartość zrealizowanych przez NFZ w 2022 r. kosztów ogółem wyniosła 133 531 795,4 tys. zł (w tym kosztów realizacji zadań 130 839 486,1 tys. zł¹¹⁸) i była wyższa od poniesionych w 2021 r. o 7 180 212,9 tys. zł, tj. o 5,7%. Największy udział w kosztach ogółem stanowiły: koszty świadczeń opieki zdrowotnej 94,9%, koszt realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego 2,4% oraz pozostałe koszty 1,0%. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej wyniosły 126 724 740,7 tys. zł¹¹⁹, tj. 96,6% planu. Nie zrealizowano świadczeń o wartości 4 509 479,3 tys. zł.

Poniesione w roku 2022 koszty z tytułu realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego wyniosły 3 151 477,5 tys. zł i były niższe od wielkości planowanej o 6 155,5 tys. zł i wyższe od kosztów poniesionych w roku 2021 o 702 098,6 tys. zł, tj. o 28,7%.

Poniesione w roku 2022 pozostałe koszty w wysokości 1 392 214,3 tys. zł stanowiły 81,8% wartości planowanej i były niższe od kosztów poniesionych w 2021 r. o 7 839 932,3 tys. zł. Największy udział w pozycji pozostałe koszty stanowiły tzw. inne koszty. Wartość poniesionych w 2022 r. przez NFZ innych kosztów wyniosła 1 377 238,3 tys. zł: z tego m.in.:

– odpisy aktualizujące należności w wysokości: 38 814,8 tys. zł;

¹¹⁴ Tj. przychody netto z działalności – koszty realizacji zadań.

¹¹⁵ O 2 550 900,3 tys. zł.

¹¹⁶ Przychody netto z działalności to: składka należna brutto w roku planowania równa przypisowi składki - planowany odpis aktualizujący składkę należną + przychody ze składek z lat ubiegłych - koszt poboru i ewidencjonowania składek - odpis dla ABM, o którym mowa w art. 97 ust. 3e Ustawy + przychody wynikające z przepisów o koordynacji + przychody z tytułu realizacji zadań zleconych + dotacje z budżetu państwa na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2b, 2c, 2e i 4c ustawy + dotacja z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego + dotacja podmiotowa z budżetu państwa, o której mowa w art. 97 ust. 8a ustawy + środki uzyskane z tytułu opłat, o których mowa w art. 12a ust. 1 i art. 12i ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2021 r. poz. 1956 i 2469) oraz w art. 92 ust. 11 i 21 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2021 r. poz. 1119 i 2469) + środki z funduszy celowych.

¹¹⁷ Przychody z pozostałej działalności Funduszu obejmują w szczególności: darowizny i zapisy otrzymane, w tym kwotę umorzenia majątku otrzymanego nieodpłatnie wynikającą z rozliczeń międzyokresowych przypadających na rok planowania, opłatę z tytułu obronności, opłatę dodatkową za ubezpieczenie dobrowolne, opłatę za zmianę lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, przychody ze sprzedaży towarów i materiałów, zmianę stanu produktów, przychody ze zbycia niefinansowych aktywów trwałych, odpisane zobowiązania, otrzymane odszkodowania, kary i grzywny, rozwiązane rezerwy, przychody korygujące przychody lat ubiegłych, środki z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 i z Funduszu Pomocy.

¹¹⁸ Koszty realizacji zadań to: obowiązkowy odpis na rezerwę ogólną + koszty świadczeń opieki zdrowotnej + koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie + koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego + koszty finansowania leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego zgodnie z art. 43a ust. 3 ustawy + koszty finansowania leku, zgodnie z art. 43b ust. 7 ustawy + koszty zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 4c i pkt 16 i 17 ustawy.

¹¹⁹ Wartość odnotowanych w ewidencji pozabilansowej świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowach wyniosła w 2022 r. 760 946,9 tys. zł.

- koszty sądowe w wysokości: 879,6 tys. zł;
- zapłacone kary, grzywny i odszkodowania w wysokości: 19,2 tys. zł;
- koszty w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 w łącznej wysokości: 1 317 867,0 tys. zł, z tego m.in.: koszty finansowania ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 dodatkowych świadczeń pieniężnych dla personelu medycznego i jednorazowych dodatkowych świadczeń pieniężnych dla personelu niemedycznego w wysokości: 1 110 504,9 tys. zł;
- koszty dotyczące zwiększenia poziomu bezpieczeństwa teleinformatycznego u świadczeniodawców w wysokości: 205 212,2 tys. zł;
- pozostałe koszty w łącznej wysokości: 19 620,3 tys. zł, w tym m.in. pozostałe odpisy aktualizujące w wysokości 24,6 tys. zł, opłata roczna abonamentowa dla Urzędu Prokuratury Generalnej RP, w wysokości 209,4 tys. zł.

Wynik na działalności zamknął się stratą w wysokości (-)1 416 801,0 tys. zł. Miało to miejsce w sytuacji niewykonania kosztów świadczeń zdrowotnych na kwotę 4 509 479,3 tys. zł, tj. 96,6% planu finansowego. Fundusz zamknął rok dodatnim wynikiem finansowym netto w kwocie 7 236 031,7 tys. zł. W ocenie NFZ kluczowymi czynnikami wpływającymi na wynik finansowy netto było niepełne wykonanie planu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej oraz wyższa niż planowano „wyniku na pozostałej działalności o 2 350 188,8 tys. zł”.

3. W 2023 r. dokonano zwiększenia planowanych przychodów ogółem NFZ o 1 713 581 tys. zł (z 144 157 194 tys. zł do 145 870 775 tys. zł), zaś planowanych kosztów ogółem o 23 399 435 tys. zł (z 144 157 194 tys. zł do 167 556 629 tys. zł, tj. o 16,2%), w tym kosztów świadczeń opieki zdrowotnej o 22 450 746 tys. zł (z 136 471 779 tys. zł do 158 922 525 tys. zł tj. o 16,5%). Źródłem finansowania tych zmian były głównie środki pochodzące z funduszu zapasowego NFZ w wysokości 20 419 879 tys. zł¹²⁰, rezerwa ogólna w wysokości 1 338 175 tys. zł¹²¹.

Wartość zrealizowanych przez NFZ w roku 2023 przychodów ogółem wyniosła 148 199 018,5 tys. zł (w tym przychodów netto z działalności 144 302 007,2 tys. zł¹²²), co stanowiło 101,6% wartości planowanej i była wyższa od przychodów uzyskanych w roku 2022 o 7 431 191,4 tys. zł (tj. o 5,3%). Największy udział w przychodach ogółem stanowiły: przychody ze składki 95,2% (141 019 126,9 tys. zł) oraz pozostałe przychody¹²³ 1,6% (2 296 210,9 tys. zł), a także środki z funduszy celowych 1,4% (2 074 689,3 tys. zł).

Wartość zrealizowanych kosztów ogółem wyniosła 164 561 401,1 tys. zł (w tym kosztów realizacji zadań 162 790 276,0 tys. zł¹²⁴) i była wyższa od poniesionych w roku 2022 o 31 029 605,7 tys. zł, tj. o 23,2%. Największy udział w kosztach ogółem stanowiły: koszty świadczeń opieki zdrowotnej 94,9%, koszt realizacji zadań zespołów ratownictwa

¹²⁰ Przeznaczone na dodatkowe koszty świadczeń opieki zdrowotnej.

¹²¹ Jw.

¹²² Przychody netto z działalności to: składka należna brutto w roku planowania równa przypisowi składki - planowany odpis aktualizujący składkę należną + przychody ze składek z lat ubiegłych - koszt poboru i ewidencjonowania składek - odpis dla AOTMiT, o którym mowa w art. 31t ust. 5-9 ustawy – odpis dla ABM, o którym mowa w art. 97 ust. 3e Ustawy - odpis dla Funduszu Kompensacyjnego, o którym mowa w art. 97 ust. 3i i 3j ustawy + przychody wynikające z przepisów o koordynacji + przychody z tytułu realizacji zadań zleconych + dotacja z budżetu państwa na finansowanie zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 4c ustawy + dotacja podmiotowa z budżetu państwa, o której mowa w art. 97 ust. 8a ustawy + środki uzyskane z tytułu opłat, o których mowa w art. 12a ust. 1 i art. 12i ust. 1 ustawy o zdrowiu publicznym oraz w art. 92 ust. 11 i 21 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi + środki z funduszy celowych.

¹²³ Przychody z pozostałej działalności Funduszu obejmują w szczególności: darowizny i zapisy otrzymane, w tym kwotę umorzenia majątku otrzymanego nieodpłatnie wynikającą z rozliczeń międzyokresowych przypadającą na rok planowania, opłatę z tytułu obronności, opłatę dodatkową za ubezpieczenie dobrowolne, opłatę za zmianę lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, przychody ze sprzedaży towarów i materiałów, zmianę stanu produktów, przychody ze zbycia niefinansowych aktywów trwałych, odpisane zobowiązania, otrzymane odszkodowania, kary i grzywny, rozwiązane rezerwy, przychody korygujące przychody lat ubiegłych, środki z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 i z Funduszu Pomocy.

¹²⁴ Koszty realizacji zadań to: obowiązkowy odpis na rezerwę ogólną + koszty świadczeń opieki zdrowotnej + koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie + koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego + koszty finansowania leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego zgodnie z art. 43a ust. 3 ustawy + koszty finansowania leku, zgodnie z art. 43b ust. 7 ustawy + koszty zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 3d, 3e, 3f, 4c i 4d, 16 i 17 ustawy.

medycznego 2,3%. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej wyniosły 156 258 170,0 tys. zł¹²⁵, tj. 98,3% planu. Nie zrealizowano świadczeń o wartości 2 664 355,0 tys. zł.

Poniesione w roku 2023 koszty z tytułu realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego wyniosły 3 767 606,2 tys. zł i były niższe od wielkości planowanej o 23 261,8 tys. zł i wyższe od kosztów poniesionych w 2022 r. o 616 128,7 tys. zł, tj. o 19,6%.

Poniesione w roku 2023 pozostałe koszty w wysokości 345 779,1 tys. zł stanowiły 91,0% wartości planowanej i były niższe od poniesionych w 2022 r. o 1 046 435,2 tys. zł. Największy udział w pozycji pozostałe koszty stanowiły tzw. inne koszty. Wartość poniesionych w 2023 r. przez NFZ innych kosztów wyniosła 334 985,5 tys. zł: z tego m.in.:

- odpisy aktualizujące należności w wysokości 38 155,3 tys. zł;
- koszty sądowe w wysokości 1 930,1 tys. zł;
- koszty w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 w wysokości: 219 442,2 tys. zł,
- koszty dotyczące zwiększenia poziomu bezpieczeństwa teleinformatycznego u świadczeniodawców w wysokości: 228 841,0 tys. zł;
- pozostałe koszty w łącznej wysokości: 75 374,1 tys. zł¹²⁶.

Wynik na działalności zamknął się stratą w wysokości (-)18 488 268,8 tys. zł. Miało to miejsce w sytuacji niewykonania kosztów świadczeń zdrowotnych na kwotę 2 664 355,0 tys. zł, tj. 1,7% planu finansowego. Fundusz zamknął rok stratą netto w kwocie (-)16 362 382,6 tys. zł. Odnotowany na koniec 2023 r. wynik finansowy NFZ był konsekwencją – jak wynika z dokumentów Funduszu - dokonanej zmiany planu finansowego skutkującej zwiększeniem planów oddziałów wojewódzkich i Centrali Funduszu jedynie po stronie kosztów, o dodatkowe środki finansowe pochodzące z funduszu zapasowego NFZ.

W celu pokrycia straty za rok 2023 Prezes NFZ wystąpił do Rady Funduszu z wnioskiem o pokrycie straty za 2023 r. ze środków funduszu zapasowego. Rada Funduszu uchwałą Nr 14/2024/IV Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z 18 czerwca 2024 r., postanowiła pokryć z stratą netto funduszu zapasowego NFZ w pełnej kwocie.

(akta kontroli str. Tom I: 59-246; Tom II: 248-266, 345-394, Tom IX: 2715-2745)

4. W „pierwotnym”¹²⁷ planie finansowym NFZ na 2024 r. przychody i koszty ogółem NFZ określono na 168 415 572,0 tys. zł. W trakcie I półrocza plan był zmieniany. Na 30 czerwca 2024 r. przychody ogółem zostały zwiększone do 175 453 202,0 tys. zł, zaś koszty ogółem do 178 545 199,0 tys. zł.

W I półroczu 2024 r. dokonano zwiększenia planowanych przychodów ogółem NFZ o 7 037 630,0 tys. zł (tj. o 4,2%), zaś planowanych kosztów ogółem o 10 129 627 tys. zł (tj. o 6,0%), w tym kosztów świadczeń opieki zdrowotnej o 8 985 984 tys. zł (z 157 558 513,0 tys. zł do 166 544 497 tys. zł, tj. o 5,7%). Źródłem finansowania tych zmian było w szczególności zwiększenie planowanych przychodów z tytułu składki o 5 416 714 tys. zł, zwiększenie dotacji podmiotowej z budżetu państwa, o której mowa w art. 97 ust. 8a ustawy o 1 246 000 tys. zł.

W I półroczu 2024 r. Prezes NFZ podjął również dwie decyzje o uruchomieniu funduszu zapasowego¹²⁸ na łączną kwotę 3 091 997 tys. zł z przeznaczeniem na pokrycie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, w tym kosztów świadczeń z lata ubiegłych.

(akta kontroli str. Tom III: 1-102, Tom IX: 2715-2745)

W I półroczu 2024 r. przychody ogółem NFZ wyniosły 87 953 566,2 tys. zł, z tego przychody z tytułu składki 76 706 830,8 tys. zł i były niższe od wielkości planowanej o 2 674 944,8 tys. zł.

Koszty ogółem wyniosły 88 285 712,6 tys. zł, w tym koszty świadczeń opieki zdrowotnej Funduszu zrealizowane zostały w wysokości 82 914 202,2 tys. zł, tj. na poziomie 99,6% planu

¹²⁵ Wartość odnotowanych w ewidencji pozabilansowej świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowach wyniosła w 2023 r. 2 284 166,7 tys. zł.

¹²⁶ Kwotę 75 374,1 tys. zł stanowiły w szczególności utworzone w księgach rachunkowych Funduszu za 2023 r. bierne rozliczenia kosztów na rzecz pracowników NFZ, związane z kosztami odpraw emerytalnych, rentowych, nagród jubileuszowych, w kwocie 71 245,1 tys. zł.

¹²⁷ Tj. zatwierdzonym przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 29 września 2023 r.

¹²⁸ Tj. decyzja Nr NFZ-DEF-WPiAE.311.15.2024 z 4 marca 2024 r. oraz Nr NFZ-DEF.311.3.2024 z 21 maja 2024 r.

okresu¹²⁹. W badanym okresie 2024 r. Narodowy Fundusz Zdrowia odnotował stratę netto w wysokości: (-)332 146,3 tys. zł.

Strata ta miała miejsce w sytuacji, gdy w zakresie pozostałej działalności Fundusz odnotował na koniec czerwca 2024 r. nadwyżkę przychodów nad kosztami w wysokości 4 061 800,8 tys. zł.

W II półroczu 2024 r. plan finansowy NFZ podlegał dalszym zmianom. Zgodnie z planem finansowym NFZ z 10 września 2024 r. przychody ogółem określono na 178 756 585 tys. zł, z tego przychody z tytułu składki należnej brutto w roku planowania równej przypisowi składki ustalono na 158 763 551 tys. zł. Koszty ogółem ustalono na 188 172 093 tys. zł, w tym koszty świadczeń opieki zdrowotnej na 177 103 718 tys. zł.

Według stanu na 5 czerwca 2024 r. NFZ posiadał obligacje skarbowe, dla których wydano listy emisyjne o łącznej wartości 3 375 000,0 tys. zł¹³⁰, w tym o wartości nominalnej 375 000,0 tys. zł otrzymanych w dniu 30 grudnia 2022 r.¹³¹ oraz 3 000 000,0 tys. zł otrzymanych w dniu 5 czerwca 2024 r.¹³² Według wyceny tych obligacji na dzień 5 czerwca 2024 r. dokonanej przez Bank Gospodarstwa Krajowego, na wniosek NFZ wartość na giełdzie notowana była na kwotę 3 mld 246 mln zł - różnica ok 130 mln zł.

Prezes Funduszu 6 czerwca 2024 r. wystąpił z wnioskiem do Ministra Finansów o wyrażenie zgody na zbycie obligacji otrzymanych w 2022 r. i 2024 r. Minister Finansów poinformował, że odnośnie sprzedaży obligacji skarbowych na rynku wtórnym przez podmioty, które nieodpłatnie otrzymały te papiery wartościowe ustalono, m.in. następującą zasadę: dziennie jednostka może zaoferować do sprzedaży obligacje skarbowe o łącznej wartości nominalnej nie wyższej niż 50 000 000 (pięćdziesiąt milionów) złotych, a kwartalnie nie wyższej niż 500 000 000 (pięćset milionów) złotych.

Powyższa zasada pozwalała NFZ na sprzedaż obligacji z 5 czerwca 2024 r. na poziomie jedynie 1,5 mld zł w 2024 r. (III kw. 2024 r. od czasu otrzymania obligacji). Minister Finansów na wniosek NFZ z 1 lipca 2024 r. uznał za dopuszczalne odstępstwo od ww. zasady dotyczącej kwartalnego limitu sprzedaży pod warunkiem, że NFZ dziennie będzie sprzedawał obligacje o łącznej wartości nominalnej nie większej niż 50 000 tys. zł. Jednocześnie zaznaczył, że w przypadku jednej z emisji obligacji z 2022 r. (o wartości 187,5 mln zł) jest duża różnica w cenie w przypadku sprzedaży¹³³.

Uchwałą Nr 23/2024/IV z dnia 11 lipca 2024 r. Rada NFZ wyraziła zgodę na sprzedaż przedmiotowych obligacji. Według stanu na 30 września 2024 r. Fundusz zbył obligacje Skarbu Państwa o wartości nominalnej 1 500 000 tys. zł. Kwota uzyskana z tytułu zbycia obligacji wyniosła 1 451 669 tys. zł¹³⁴. Do końca września 2024 r. sfinansowano ze środków uzyskanych z tytułu skarbowych papierów wartościowych koszty świadczeń opieki zdrowotnej w kwocie 1 298 374,8 tys. zł.

(akta kontroli str. Tom I: 615-643, Tom II: 474-538, str. Tom III: 1-102, Tom IV: str. 285-294, Tom IX: 2715-2745).

Odnosnie do sytuacji w roku 2024 r. Dyrektor DEF wyjaśnił, że odnotowane przez NFZ w okresie I-VII 2024 r. przychody ogółem niższe od poniesionych kosztów ogółem są odzwierciedleniem dokonanych zmian planu finansowego NFZ na 2024 r. skutkujące zwiększeniem planów OW i Centrali Funduszu jedynie po stronie kosztów, o dodatkowe środki finansowe pochodzące z funduszu zapasowego NFZ, w łącznej wysokości

¹²⁹ Wartość świadczeń wykonanych przez świadczeniodawców ponad limit określony w umowach w I półroczu 2024 r., wyniosła 6 925 388,0 tys. zł.

¹³⁰ Podstawą prawną otrzymania przez NFZ obligacji Skarbu Państwa są przepisy art. 14 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 16 stycznia 2024 r. o szczególnych rozwiązaniach służących realizacji ustawy budżetowej na rok 2024 (Dz. U. poz. 123) oraz art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 2021 r. o szczególnych rozwiązaniach służących realizacji ustawy budżetowej na rok 2022 (Dz. U. poz. 2445, ze zm.).

¹³¹ Planowany termin wykupu 25 listopada 2031 r. oraz 25 kwietnia 2032 r.

¹³² Planowany termin wykupu 25 kwietnia 2026 r., 25 lipca 2029 r., 25 listopada 2029 r., 25 października 2033 r.

¹³³ Na posiedzeniu Rady Funduszu dnia 11 lipca 2024 r. Dyrektor DEF NFZ poinformował, że w związku z dużą stratą w momencie sprzedaży tych obligacji, ze strony Ministra Finansów była sugestia, żeby ze sprzedażą tych obligacji jeszcze poczekać, w przyszłości może będzie można uzyskać lepsze środki.

¹³⁴ W 2023 r. z tytułu posiadania obligacji Skarbu Państwa NFZ uzyskał odsetki w kwocie 16 884,4 tys. zł, zaś w 2024 r. 58 584,4 tys. zł.

9 415 508,0 tys. zł. W następstwie powyższego powstała możliwość niezbilansowania poniesionych kosztów z uzyskanymi przychodami w kwocie nie większej niż środki zgromadzone na funduszu zapasowym. Dodatkowo wyjaśnił, że na bieżąco monitoruje realizację przychodów i kosztów oraz poziom wyniku finansowego ujętych w planie finansowym. Zgodnie ze sprawozdaniem z wykonania planu finansowego NFZ za okres styczeń-sierpień 2024 r. stopień realizacji przychodów ogółem powyższy okres wyniósł 100,0%, przy poziomie realizacji kosztów ogółem 97,6% oraz wyniku finansowym o 3 048 383,7 tys. zł wyższym niż planowany na ten okres.

(akta kontroli str. Tom II: 248-266, Tom III: 1-102, Tom IX: 2715-2745)

Stan Funduszu zapasowego NFZ na koniec 2023 r. wyniósł 25 966 318,2 tys. zł.

W celu pokrycia straty za 2023 r. Prezes NFZ postąpił zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, tj. wystąpił do Rady Funduszu z wnioskiem o pokrycie straty za 2023 r. ze środków funduszu zapasowego. Rada Funduszu uchwałą Nr 14/2024/IV Rady NFZ z 18 czerwca 2024 r., postanowiła pokryć z funduszu zapasowego stratę netto NFZ w kwocie 16 362 382,6 tys. zł, wykazaną w łącznym sprawozdaniu finansowym NFZ za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2023 r., zatwierdzonym przez Ministra Finansów w trybie określonym w art. 128 ust. 4 ustawy o świadczeniach.

(akta kontroli str. Tom II: 248-266, Tom IV: 1-151, Tom IX: 2715-2745)

4.1. Wartości niesfinansowanych i niezreczonych przez świadczeniodawców świadczeniach nielimitowanych zrealizowanych ponad limit określony w umowie w latach 2021-I kw. 2024 r. wyniosła: za 2021 r. 4 208,7 tys. zł, za 2022 r. 2 324,0 tys. zł, za 2023 r. 12 732,3 tys. zł, zaś za I kw. 2024 r. 91 440,1 tys. zł¹³⁵.

Z kolei wartość niesfinansowanych ponadlimitowych świadczeń zrealizowanych w I pół. 2024 r. w zakresach nielimitowanych i pozytywnie zweryfikowanych wzrosła do 1 652 643,3 tys. zł¹³⁶.

Dyrektor DEF wyjaśnił, że wartość niesfinansowanych i niezreczonych świadczeń ponadlimitowych zrealizowanych w I półroczu br. w zakresach nielimitowanych jest następstwem:

- braku złożenia przez świadczeniodawcę wniosku po zakończeniu II kwartału o zapłatę za nadwykonane świadczenia nielimitowane,
- trwającej weryfikacji świadczeń i wniosku przekazanych przez świadczeniodawcę do oddziału wojewódzkiego Funduszu o zapłatę za nadwykonane świadczenia nielimitowane,
- uzupełniania przez świadczeniodawców sprawozdawczości lub sprawozdawania przez świadczeniodawcę kolejnych świadczeń ponadlimitowych po terminie sporządzenia przez oddział wojewódzki aneksów rozliczających I półrocze br.,
- braku złożenia przez świadczeniodawcę wniosku o zapłatę za świadczenia ponadlimitowe dla umów zakończonych w I półroczu br. (tj. wypłaty wynagrodzenia za świadczenia udzielone ponad kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy w trybie art. 132c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych),
- braku akceptacji przez część świadczeniodawców propozycji aneksu finansującego nadwykonane w I półroczu br. świadczenia z uwagi na niekompletną sprawozdawczość,
- braku „wolnych” środków finansowych, niezaangażowanych w umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, pozostających w planach oddziałów wojewódzkich, które mogłyby być wykorzystane przez oddziały na zmiany warunków finansowych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

(akta kontroli str. Tom II: 248-266, 345-394, Tom IV: 246-261, 295-303, Tom IX: 2715-2745)

Według stanu na 11 października 2024 r. wartość niesfinansowanych i niezreczonych ponadlimitowych świadczeń zrealizowanych w I pół. 2024 r. w zakresach nielimitowanych

¹³⁵ Pismo NFZ z dnia 17 września 2024 r., znak: NFZ-BNW.0912.4.2024; 2024.310131.MMA.

¹³⁶ Stan na 23 września 2024 r. pismo NFZ z dnia 23 września 2024 r., znak: NFZ-BNW.0912.4.2024 2024.310501.MMA.

zmniejszyła się do 316 883,7 tys. zł. Dyrektor DEF wyjaśnił, że „aktualnie w OW NFZ trwa proces finansowania powyższych świadczeń”.

(akta kontroli str. Tom II: 351-363, Tom IX: 2715-2745)

5. W latach 2021-2023 przychody ogółem NFZ wzrosły ze 136 779 262,6 tys. zł do 148 199 018,5 tys. zł, tj. o 8,4%, przychody netto z działalności z 109 047 424,9 tys. zł do 144 302 007,2 tys. zł (tj. o 32,3%), zaś przychody ze składki należnej brutto w roku planowania równe przypisowi składki ze 103 007 154,3 tys. zł do 141 019 126,9 tys. zł (tj. o 36,9%)¹³⁷.

W latach 2021-2023 koszty ogółem Funduszu wzrosły ze 126 351 582,5 tys. zł do 164 561 401,0 tys. zł (tj. o 30,2%), koszty realizacji zadań ze 115 849 613,9 tys. zł do 162 790 276,0 tys. zł (tj. o 40,5%). Koszty realizacji świadczeń wzrosły ze 112 574 184,7 tys. zł do 156 258 170,0 tys. zł (tj. o 38,8%).

Z-ca Dyrektora DEF wyjaśnił, że wysokość przychodów NFZ z tytułu składki należnej brutto w roku planowania równej przypisowi składki jest niezależna od Funduszu i zdeterminowana jest poziomem środków przekazywanych przez ZUS i KRUS. Odnotowana w roku 2023 realizacja kosztów świadczeń opieki zdrowotnej na poziomie wyższym niż poniesione w roku 2022 koszty łącznie o 29 533 429,3 tys. zł była następstwem:

- przeznaczenia w planie finansowym NFZ na 2023 r. środków finansowych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej na poziomie wyższym niż w roku 2022 r. łącznie o 27 688 305,0 tys. zł, i wyższym niż dokonane zwiększenia planowanych nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej w latach poprzednich;
- realizacji przez świadczeniodawców zakontraktowanych na 2023 r. świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z zasadami kontraktowania i finansowania świadczeń opieki zdrowotnej określonych przepisami ustawy o świadczeniach;
- realizacji świadczeń opieki zdrowotnej po zakończeniu pandemii, w którym świadczeniodawcy wrócili do "normalnego" trybu realizacji świadczeń opieki zdrowotnej i „odrabiania” deficytów;
- odnotowanego wzrostu liczby pacjentów, którym udzielono świadczeń opieki zdrowotnej i wzrostu liczby udzielonych im świadczeń, w roku 2023 w stosunku do roku poprzedniego;
- uwzględnienia zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej wynikającej m.in. z obwieszczenia Prezesa AOTMiT z 5 czerwca 2023 r. w sprawie rekomendacji nr 54/2023 z dnia 31 maja 2023 r. Prezesa AOTMiT w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, do zastosowanych mechanizmów zwiększających ceny jednostek rozliczeniowych. Wprowadzonego dodatkowego wzmocnienia wycen wybranych obszarów o szczególnej istotności dla działalności szpitali I i II stopnia podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej;
- wprowadzenia zmian w finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej uwzględniających opracowania Prezesa AOTMiT.

(akta kontroli str. Tom II: 248-266, Tom IX: 2715-2745)

6. W latach 2021-2023 średnia wartość dopłaty do leków przypadająca na jednego pacjenta (w ramach refundacji aptecznej) malała ze 152,64 zł w 2021 r. do 137,42 zł w 2023 r. Z kolei średnia wartość refundacji leków na jednego pacjenta rosła w latach 2021-2023 z 439,24 zł do 488,52 zł w 2023 r. Łączna wartość refundacji leków w tym okresie wzrosła z 9 595 575,1 tys. zł do 11 348 156,4 tys. zł.

(akta kontroli str. Tom II: 277-281, Tom IX: 2715-2745)

7. W latach 2021-2023 Fundusz przekazywał świadczeniodawcom środki finansowe na wzrost wynagrodzeń lekarzy i lekarzy dentystów posiadających specjalizację, na realizację świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez pielęgniarki, położne i ratowników medycznych oraz na wzrost najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych

¹³⁷ Tj. po uwzględnieniu inflacji; dane za <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ceny-handel/wskazniki-cen/wskazniki-cen-towarow-i-uslug-konsumpcyjnych-pot-inflacja-/roczne-wskazniki-cen-towarow-i-uslug-konsumpcyjnych/> oraz przyjmując rok 2020 za 100.

pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Ich wartość wyniosła: w 2021 r. – 8 069 785,3 tys. zł, w 2022 r. – 4 435 874,0 tys. zł, w 2023 r. – 18 539,4 tys. zł.

Łącznie w latach 2021-2023 poniesiono koszty z tego tytułu 12 524 198,7 tys. zł.

Od II półrocza 2022 r. wprowadzane były, w drodze zatwierdzanych przez Ministra Zdrowia, rekomendacji przygotowanych przez Prezesa AOTMiT¹³⁸, które uwzględniały we wzroście cen jednostek rozliczeniowych skutki realizacji ustawy z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw¹³⁹.

Skutki finansowe wprowadzenia ww. rekomendacji wyniosły:

- w 2022 r. II poł. – ok 9 270 000,0 tys. zł (nr 65/2022 z 13 lipca 2022 r.),
- w 2023 r. I poł. – ok 9 270 000,0 tys. zł (nr 65/2022 z 13 lipca 2022 r.),
- w 2023 r. II poł. – ok 7 963 817,7 tys. zł i 9 270 000,0 tys. zł (nr 54/2023 z 31 maja 2023 r. i 65/2022 z 13 lipca 2022 r.),
- w 2024 r. I poł. – ok 7 963 817,7 tys. zł i 9 270 000,0 tys. zł (nr 54/2023 z 31 maja 2023 r. i 65/2022 z 13 lipca 2022 r.),
- w 2024 r. II poł. – ok 7 856 970,0 tys. zł, 7 963 817,7 tys. zł i 9 270 000,0 tys. zł (nr 48/2024 z 24 maja 2024 r., 54/2023 z 31 maja 2023 r. i 65/2022 z 13 lipca 2022 r.).

Łącznie skutki finansowe związane z ww. ustawą wyniosły w latach 2022-2024 78 098 423,1 tys. zł¹⁴⁰.

(akta kontroli str. Tom I: 384-553; Tom IX: 775-778, 1733-1737, 2142-2217, 2293-2298, 2301-2416, 2715-2745)

8. W związku z wejściem w życie ustawy z dnia 16 listopada 2022 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw¹⁴¹, Fundusz poniósł w 2023 r. koszty jej realizacji w wysokości 9 860 221,5 tys. zł, zaś szacowane jej koszty w 2024 r. na dzień 30 czerwca 2024 r. zaplanowano na 8 933 127,0 tys. zł¹⁴², a na dzień 30 września 2024 r. zaplanowane koszty wzrosły do 9 663 766,0 tys. zł¹⁴³.

W latach 2021-2024 (I pół.) NFZ ponosił łączne koszty w wysokości 2 925 009,7 tys. zł na rzecz instytucji trzecich, tj.:

- w 2021 r. odpis na rzecz ABM¹⁴⁴ w wysokości 286 174,5 tys. zł; środki finansowe przekazane dla Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej i Sportu w wysokości 117 000 tys. zł¹⁴⁵, opłatę roczną abonamentową dla Urzędu Prokuraturii Generalnej RP w wysokości 246 tys. zł¹⁴⁶, koszty poboru i ewidencjonowania składek na rzecz ZUS i KRUS 203 098,0 tys. zł;
- w 2022 r. odpis na rzecz ABM w wysokości 322 778,0 tys. zł, opłatę roczną abonamentową dla Urzędu Prokuraturii Generalnej RP w wysokości 209,4 tys. zł, środki finansowe przekazane dla Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej i Sportu w wysokości 117 000 tys. zł, koszty poboru i ewidencjonowania składek na rzecz ZUS i KRUS 241 624,5 tys. zł;

¹³⁸ Rekomendacje w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej nr 65/2022 z dnia 13 lipca 2022 r., 54/2023 z dnia 31 maja 2023 r. i 48/2024 z dnia 24 maja 2024 r.

¹³⁹ Dz. U. z 2022 r., poz. 2139.

¹⁴⁰ 46 350 000 tys. zł - rekomendacja nr 65/2022 z dnia 13 lipca 2022 r., 23 891 453 tys. zł - rekomendacja nr 54/2023 z 31 maja 2023 r. i 7 856 970,0 tys. zł - rekomendacja Nr 48/2024 z 24 maja 2024 r.

¹⁴¹ Dz. U. poz. 2770.

¹⁴² Plan finansowy NFZ, wg stanu na 30 czerwca 2024 r. (sprawozdanie miesięczne z wykonania planu finansowego NFZ na 2024 r. za czerwiec 2024 r.).

¹⁴³ Według sprawozdania miesięcznego z wykonania planu finansowego NFZ na 2024 r. za wrzesień 2024 r.

¹⁴⁴ Na podstawie art. 97 ust. 3 pkt 14 ustawy o świadczeniach.

¹⁴⁵ W związku z realizacją zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 16 ustawy o świadczeniach.

¹⁴⁶ W związku z § 5 ust. 1 pkt 8 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 11.05.2017 r. w sprawie osób prawnych zastępowanych przez Prokuraturę Generalną Rzeczypospolitej Polskiej oraz opłat ponoszonych za usługi prawne świadczone przez Prokuraturę Generalną Rzeczypospolitej Polskiej, a także opłat za przeprowadzenie postępowania przed Sądem Polubownym przy Prokuraturii Generalnej Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. 2017 poz. 938).

- w 2023 r. odpis dla AOTMiT w wysokości 80 696 tys. zł¹⁴⁷, odpis dla ABM w wysokości 403 478 tys. zł, środki finansowe przekazane dla Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej i Sportu w wysokości 117 000 tys. zł, koszty poboru i ewidencjonowania składek na rzecz ZUS i KRUS 280 048,2 tys. zł, odpis dla Funduszu Kompensacyjnego - 6 750,0 tys. zł¹⁴⁸, opłatę abonamentową na rzecz Prokuraturii Generalnej 284 tys. zł;
 - w 2024 r. (I pół.) koszty poboru i ewidencjonowania składek od ZUS i KRUS w kwocie 157 466,5 tys. zł, środki na rzecz Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej, w wysokości 58 500,0 tys. zł, odpis dla AOTMiT w wysokości 41 155,0 tys. zł, odpis dla ABM w wysokości 460 041,0 tys. zł, odpis dla Funduszu Kompensacyjnego w wysokości 31 260,0 tys. zł, opłata abonamentowa na rzecz Prokuraturii Generalnej 200,7 tys. zł.
- (akta kontroli str. Tom I: 384-553; Tom II: 345-394, Tom IX: 1011-1025, 1147-1159, 1281-1294, 1433-1446, 2623-2642, 2715-2745)

9. Koszty wynikające z realizacji zadania z tytułu pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa w latach 2022-2024 (I-VII) wyniosły: 604 470,1 tys. zł w 2022 r., 832 908,8 tys. zł w 2023 r. oraz 407 975,7 tys. zł w 2024 r. Liczba ubezpieczonych obowiązkowo zwiększyła się w latach 2021-2024 z 643,4 tys. do 808,6 tys. Kwota przypisu ze składek wyniosła w 2021 r. 1 569 767,1 tys. zł, w 2022 r. 2 241 891,5 tys. zł, w 2023 r. 2 891 974,5 tys. zł, zaś w I pół. 2024 r. 1 681 634,3 tys. zł.

(akta kontroli str. Tom II: 248-266, Tom IX: 2274, 2277-2278, 2715-2745)

10. W poszczególnych miesiącach okresu 2021-2024 (I-VII) wykonanie przychodów z tytułu składki należnej brutto w roku planowania równej przypisowi odbiegały od planowanych wartości. W 2021 r. w 11 miesiącach były wyższe (na łączną kwotę 5 190 338,9 tys. zł), a w jednym niższe (na kwotę 107 053,1 tys. zł). W 2022 r. w ośmiu miesiącach były wyższe (na łączną kwotę 6 323 724,8 tys. zł), zaś w czterech miesiącach niższe (na łączną kwotę 2 141 581,5 tys. zł). W 2023 r. w dziewięciu miesiącach wyższe (na łączną kwotę 7 624 094,7 tys. zł), zaś w trzech miesiącach niższe (na łączną kwotę 2 488 764,6 tys. zł). W 2024 r. (I-VII) w dwóch miesiącach wyższe (na łączną kwotę 718 738,4 tys. zł), zaś w pięciu niższe (na łączną kwotę 2 345 107,1 tys. zł).

(akta kontroli str. Tom II: 152-158, Tom IX: 2715-2745)

Jednak wielkość składek faktycznie wpływających do NFZ w latach 2021-2024 r. (I pół.) odbiegała od kwot wykonania składki należnej brutto (od ZUS i KRUS; bez składek z lat ubiegłych) wskazywanej w sprawozdaniach z realizacji planów finansowych NFZ i była niższa: w 2021 r. o 375 968,7 tys. zł, w 2022 r. o 2 088 708,3 tys. zł, w 2023 r. o 2 173 518,7 tys. zł, zaś w I pół. 2024 r. o 651 284,3 tys. zł.

(akta kontroli str. Tom I: 59-246, Tom IX: 2715-2745)

Odnośnie zwiększenia ryzyka pojawienia się w NFZ trudności z regulowaniem zobowiązań (podstawę do zaciągania zobowiązań względem świadczeniodawców stanowiła planowana wartość składki należnej brutto równa przypisowi, a jednocześnie w latach 2021-2024 (I pół.) wpływ składki był niższy od składki należnej brutto równej przypisowi) oraz zasadności planowania kosztów, w tym kosztów świadczeń opieki zdrowotnej z uwzględnieniem zasady ostrożności, tj. korygowanie kwoty zaciąganych zobowiązań do wysokości skorygowanej składki należnej brutto o wskaźnik jej faktycznego spływu, Dyrektor DEF przytoczył obowiązujące przepisy prawa dotyczące gospodarki finansowej Funduszu oraz wskazał m.in., że wysokość łącznych zobowiązań Funduszu wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu.

(akta kontroli str. Tom I: 59-246; Tom II: 345-394, Tom IX: 2715-2745)

Z kolei odnośnie przyczyn niedokonywania odpisów aktualizujących składkę należną brutto, Dyrektor DEF wyjaśnił, że w odniesieniu do przychodów ze składek przekazywanych za pośrednictwem: ZUS była realizacja przychodów ze składek na ubezpieczenie zdrowotne w latach poprzedzających rok planowania, na poziomie zbliżonym do planowanego¹⁴⁹ oraz

¹⁴⁷ W związku z art. 31t ust. 5-9 ustawy o świadczeniach.

¹⁴⁸ W związku z art. 97 ust. 3i i 3j ustawy o świadczeniach.

¹⁴⁹ Wg ostatecznego sprawozdania z wykonania planu finansowego: za rok 2019 - 99,8%, za rok 2020 - 99,8%, za rok 2021 - 102,7%, za rok 2022 - 100,1%, w latach 2020-2022 - z uwzględnieniem przychodów tytułem

uwzględnienie w prognozach przychodów ze składek na ubezpieczenie zdrowotne wskaźników makroekonomicznych będących podstawą prac nad projektami ustaw budżetowych na kolejne lata; KRUS leży przede wszystkim gwarantowanie przez budżet państwa realizacji przychodów z tego tytułu¹⁵⁰.

(akta kontroli str. Tom IV: 227-233, Tom IX: 2715-2745)

W miesiącach 2024 r.: styczeń, luty, marzec i czerwiec wpływ składki był niższy niż stan zobowiązań na koniec tych miesięcy odpowiednio o: 2 045 699,5 tys. zł, 488 275,1 tys. zł, 37 719,6 tys. zł oraz 444 746,4 tys. zł, zaś w kwietniu i maju wyższy odpowiednio o: 259 126,6 tys. zł i 1 437 022,3 tys. zł. W I pół. 2024 r. zmalał stan środków Funduszu na rachunkach z 14 059 606,6 tys. zł do 7 681 119,7 tys. zł na koniec czerwca 2024 r. (najniższą wartość osiągnął na koniec marca 5 589 808,7 tys. zł).

Jak wyjaśnił Z-ca Dyrektora DEF, w latach 2021-2024 (I pół.) OW NFZ nie zgłaszały trudności z bieżącym regulowaniem zobowiązań. Pomimo niższej od planowanej realizacji przychodów w poszczególnych miesiącach 2024 r. środki zgromadzone na funduszu zapasowym NFZ oraz niższa od planowanej realizacja kosztów w tym okresie umożliwiły NFZ terminowe regulowanie zobowiązań.

(akta kontroli: str. Tom IX: 1733, 1736, Tom IX: 2715-2745)

11. Wartość poniesionych przez NFZ w 2021 r. kosztów finansowych wyniosła 19 357,8 tys. zł i objęła m.in. odsetki za zwłokę w zapłacie zobowiązań za świadczenia zdrowotne i leki w kwocie 1,04 tys. zł; w 2022 r. koszty finansowe wyniosły 52 253,3 tys. zł i objęły m.in.:

- odsetki za zwłokę w zapłacie zobowiązań podatkowych i zrównanych z nimi: 0,02 tys. zł;
- odsetki za zwłokę w zapłacie zobowiązań za świadczenia zdrowotne i leki: 1,2 tys. zł.

Z kolei koszty finansowe w 2023 r. wyniosły 24 606,5 tys. zł i objęły m.in.: odsetki za zwłokę w zapłacie zobowiązań podatkowych i zrównanych z nimi 0,7 tys. zł.

Wartość poniesionych przez NFZ w 2024 r. (I pół.) kosztów finansowych wyniosła 5 361,6 tys. zł, w tym m.in. (w okresie I-VII): odsetki za zwłokę w zapłacie zobowiązań pozostałych w wysokości 0,03 tys. zł.

(akta kontroli str. Tom I: 10-354, Tom II: 51-146, Tom IX: 2715-2745)

Dyrektor Biura Księgowości¹⁵¹ wyjaśnił, że Prezes Funduszu w związku z koniecznością realizacji obowiązku wynikającego z art. 93 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych, w okresach 6 miesięcznych (za każde półrocze kalendarzowe) dokonuje oceny sytuacji na podstawie analizy faktycznej dokonanej przez Biuro Księgowości Centrali NFZ i podejmuje decyzje o ewentualnym sporządzeniu lub zaniechaniu sporządzenia zawiadomienia o naruszeniu dyscypliny finansów publicznych. W analizowanych okresach od 2021 r. do końca I półrocza 2024 r. nie stwierdzono przypadków, które wymagały złożenia zawiadomienia do Rzecznika Dyscypliny Finansów Publicznych. Wskazane odsetki za zwłokę zostały zapłacone w kwocie niższej od kwoty minimalnej określonej w art. 26 ust. 1 ustawy o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych, co nie stanowi naruszenia.

(akta kontroli str. Tom III: 1-102, Tom IX: 2715-2745)

12. Koszty zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2g ustawy o świadczeniach (tzw. „opieka transgraniczna”)¹⁵²

rekompensaty składek na ubezpieczenie zdrowotne zwolnionych z obowiązku ich opłacania, na podstawie art. 31zo ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U. z 2024 r. poz. 340).

¹⁵⁰ Z wyjątkiem składek osób prowadzących wyłącznie działy specjalne produkcji rolnej oraz składek za pomocników rolników.

¹⁵¹ Dalej: BK.

¹⁵² Zgodnie z treścią art. 97 ust. 3 pkt 2g ustawy o świadczeniach finansowaniem objęte są świadczenia udzielane poza granicami kraju, przysługujące świadczeniobiorcom w oparciu o art. 42d, art. 42i i art. 42j ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Finansowanie tych świadczeń odbywa się ze środków Funduszu Medycznego (Subfundusz terapeutyczno-innowacyjny).

W latach 2021-2023 koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom poza granicami kraju, na podstawie art. 97 ust. 3 pkt 2g ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, wyniosły: w 2021 r. – 19 713,4 tys. zł; w 2022 r. 138 873,7 tys. zł; w 2023 r. 128 241,4 tys. zł.

(akta kontroli str. Tom II: 51-146, 395-408, Tom IX: 2715-2745)

13. Koszty świadczeń zdrowotnych udzielonych w ramach przepisów o koordynacji obywatelom UE i EOG na terenie Polski.

W roku 2021 OW Funduszu sfinansowały koszty rzeczowych świadczeń zdrowotnych, niezbędnych ze wskazań medycznych, udzielanych przez świadczeniodawców, którzy zawarli umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, obywatelom UE i EOG na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, rozliczanych na podstawie formularzy E-125, w łącznej wysokości 229 668,7 tys. zł, tj. o kwotę 15 803,0 tys. zł niższą niż w roku 2020. W 2022 r. koszty te wyniosły 343 101,4 tys. zł, tj. o kwotę 113 432,7 tys. zł wyższą niż w roku 2021, zaś w 2023 r. 533 516,0 tys. zł, tj. o kwotę 190 414,6 tys. zł wyższą niż w 2022 r. W I pół. 2024 r. koszty te wyniosły 256 479,8 tys. zł.

(akta kontroli str. Tom I: 10-354, Tom IX: 2715-2745)

14. Koszty realizacji przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w latach 2021-2023.

Wartość płatności dokonanych przez NFZ z tytułu realizacji przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w latach 2021-2023 wyniosła 2 283 659,1 tys. zł, zaś wartość nieuregulowanych płatności za lata 2004-2023 r., na koniec 2023 r. wyniosła 830 428,0 tys. zł.

(akta kontroli str. Tom I: 10-246, Tom III: 265-272, Tom IX: 2715-2745)

15. Koszty administracyjne

Zrealizowane w latach 2021-2023 koszty administracyjne NFZ wzrosły z 1 047 366,2 tys. zł w 2021 r. do 1 120 691,2 tys. zł w 2023 r., tj. o 7,0%. Koszty administracyjne w tym okresie nie przekraczały 1,0% kosztów ogółem¹⁵³.

Największy udział w kosztach administracyjnych miały koszty wynagrodzeń oraz usług obcych¹⁵⁴. W latach 2021-2023 nie realizowano planowanych kosztów wynagrodzeń. Niższa niż planowana realizacja kosztów wynagrodzeń wynikała m.in. z: niepełnego zatrudnienia w stosunku do przyjętego na te lata planu etatyzacji (zgodnie z planem zatrudnienia w latach 2021-2023 liczba planowanych w NFZ etatów wynosiła odpowiednio: 5 912,17, 5 912,21 oraz 5 939,29); stan zatrudnienia na koniec lat 2021-2023 wyniósł odpowiednio: 5 574,93 etatów, 5 576,16 etatów oraz 5 657,92 etatów. Przyczyną był m.in. brak zainteresowania potencjalnych kandydatów pracą w NFZ.

Zgodnie z planem finansowym na 2024 r. (obowiązującym w czerwcu 2024 r.), planowane koszty administracyjne ustalono na 1 505 613,0 tys. zł. Na koniec czerwca 2024 r. ich wykonanie wyniosło 610 804,7 tys. zł. Największy udział w kosztach administracyjnych miały koszty wynagrodzeń – 335 541,2 tys. zł.

Przeciętne zatrudnienie w 2021 r. wyniosło 5543,42 etatu. Prezes i jego zastępcy oraz dyrektorzy OW NFZ i ich zastępcy zatrudnieni byli na 60,59 etatach. Pozostała kadra kierownicza w Funduszu była zatrudniona średniorocznie na 906,18 etatach. W 2022 r. przeciętne roczne zatrudnienie w przeliczeniu na etaty wzrosło i wyniosło 5565,60 etatu, w tym na stanowiskach Prezesa, jego zastępców, dyrektorów OW i ich zastępców – 61,74 etatu, zaś pozostała kadra kierownicza NFZ była zatrudniona na 907,66 etatach. W 2023 r. nastąpił dalszy wzrost przeciętnej liczby zatrudnionych w przeliczeniu na etaty i wyniósł 5612,60 etatu, z tego w odniesieniu do Prezesa NFZ, jego zastępców, dyrektorów OW i ich zastępców było to 58,71 etatu, pozostałej kadry kierowniczej 912,67 etatów.

¹⁵³ W 2021 r. było to 0,83% kosztów ogółem, w 2022 r. – 0,75%, zaś w 2023 r. - 0,68%.

¹⁵⁴ W 2021 r. odpowiednio 45,7% oraz 35,2%; w 2022 r. było to 52,4% oraz 26,1%; zaś w 2023 r. było to 52,4% oraz 25,9%.

Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w przeliczeniu na etat wyniosło: 7183,83 zł w 2021 r. (Prezes i jego zastępcy 39 044,36 zł, dyrektorzy OW i ich zastępcy 20 990,41 zł, pozostała kadra kierownicza 11 027,67 zł), w 2022 r. odpowiednio 7872,01 zł (34 277,10 zł, 22 370,40 zł, i 11 813,50 zł), w 2023 r. 8700,57 zł (35 360,96 zł, 24 393,02 zł i 12 910,21 zł), w 2024 r. 9553,15 zł (31 838,90 zł, 24 601,71 zł i 13 974,48 zł).

Koszty realizacji zadań inwestycyjnych w latach 2021-2023 wyniosły łącznie 422 295,5 tys. zł; zrealizowano plany na kwotę 237 182,6 tys. zł, tj. w 56,2%. W 2024 r. zaplanowano realizację zadań inwestycyjnych na kwotę 143 772,1 tys. zł, zaś na koniec I półrocza wykonano zadania o wartości 22 007,8 tys. zł (15,3%). Największy udział w planowanych kosztach realizacji zadań inwestycyjnych miały w latach 2021-2024 (I pół.) zakupy zestawów komputerowych.

(akta kontroli str. Tom I: 384-553; Tom IV: 385-406, Tom IX: 2715-2745, Tom X: 1-48, 84-119, 254-263, 298-370, 373-374, 315-400)

Koszt wynajmu powierzchni biurowej, pomocniczej, miejsc postojowych i pozostałych kosztów wyniósł¹⁵⁵: w 2021 r. 8928,0 tys. zł, w 2022 r. 10 028,2 tys. zł, w 2023 r. 11 054,4 tys. zł, w 2024 r. 8 799,3 tys. zł (do 30 września). Koszt sprzątnięcia i wywozu nieczystości wyniósł: w 2021 r. 969,2 tys. zł, w 2022 r. 1044,9 tys. zł, w 2023 r. 1222,5 tys. zł oraz w 2024 r. 982,3 tys. zł (do 30 września).

(akta kontroli str. Tom II: 375-551, Tom IV: 295-314, Tom IX: 2715-2745)

16. Przekroczenia planu finansowego

Planowane koszty świadczeń zdrowotnych różniły się w planach pierwotnych i ostatecznych. W 2021 r. w pierwotnym planie finansowym określono je w wysokości 98 676 231,0 tys. zł; ostatecznym planie było to 120 150 972,0 tys. zł (121,8%). W 2022 r. odpowiednio 107 443 617,0 tys. zł oraz 131 234 220,0 tys. zł (122,1%). W 2023 r. 136 471 779,0 tys. zł oraz 158 922 525,0 tys. zł (116,5%). W okresie objętym kontrolą miały miejsce przekroczenia planowanych kosztów w OW NFZ i Centrali NFZ (szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

W 2021 r. przekroczone w:

- Dolnośląskim OW NFZ w poz. B2.14.3. refundacja środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 18 ustawy, na kwotę 2,0 tys. zł;
- Kujawsko-Pomorskim OW NFZ w poz. B2.9. lecznictwo uzdrowiskowe, na kwotę 19,6 tys. zł oraz w poz. B2.21 koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programów pilotażowych, o których mowa w art. 48e ustawy, na kwotę 6,3 tys. zł;
- Małopolskim OW NFZ w poz. B2.3. leczenie szpitalne, na kwotę 69 170,1 tys. zł, w poz. B2.9. leczenie uzdrowiskowe, na kwotę 165,5 tys. zł, w poz. B2.10 pomoc doraźna, na kwotę 51,0 tys. zł, w poz. B2.14. refundacja, na kwotę 2 933,6 tys. zł, w poz. B2.14.1. refundacja leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę, na kwotę 3 490,3 tys. zł, w poz. B2.21. koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programów pilotażowych, o których mowa w art. 48e ustawy, na kwotę 47,9 tys. zł;
- Opolskim OW NFZ w poz. F pozostałe koszty, na kwotę 3 866,1 tys. zł, poz. F4 pozostałe koszty na kwotę 5 695,1 tys. zł;
- Podkarpackim OW NFZ w poz. B2.14.3. refundacja środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 18 ustawy, na kwotę 51,9 tys. zł, poz. B2.21 koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programów pilotażowych, o których mowa w art. 48e ustawy, na kwotę 3,7 tys. zł;
- Centrali NFZ w poz. F pozostałe koszty, na kwotę 412 267,7 tys. zł, poz. F4 pozostałe koszty na kwotę 413 061,6 tys. zł.

W 2022 r. przekroczone w:

- Małopolskim OW NFZ w poz. H koszty finansowe, na kwotę 517,7 tys. zł;
- Mazowieckim OW NFZ w poz. H koszty finansowe, na kwotę 2 813,1 tys. zł;
- Podkarpackim OW NFZ w poz. B2.13. zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawa, o których mowa w ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków

¹⁵⁵ Podatek od nieruchomości, energia elektryczna, energia cieplna, woda i ścieki.

spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, na kwotę 99,8 tys. zł, w poz. B2.14. refundacja na kwotę 3 096,0 tys. zł, w poz. B2.14.1. refundacja leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę, na kwotę 3 986,4 tys. zł, poz. B2.21. koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programów pilotażowych, o których mowa w art. 48e ustawy, na kwotę 15,1 tys. zł, poz. B7. koszty finansowania leku, zgodnie z art. 43b ust. 7 ustawy, na kwotę 6,6 tys. zł;

- Podlaskim OW w poz. H koszty finansowe, na kwotę 287,1 tys. zł;
- Świętokrzyskim OW NFZ w poz. B2.14. refundacja na kwotę 2 181,2 tys. zł, w poz. B2.14.1. refundacja leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę, na kwotę 2 334,9 tys. zł;
- Wielkopolskim OW NFZ w poz. B2.19. koszty zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2g ustawy, na kwotę 890,6 tys. zł;
- Zachodniopomorskim OW NFZ w poz. B2.21. koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programów pilotażowych, o których mowa w art. 48e ustawy, na kwotę 411,8 tys. zł, w poz. B2.21.1. koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programów pilotażowych w centrach zdrowia psychicznego, na kwotę 426,8 tys. zł;
- Centrali NFZ w poz. F pozostałe koszty, na kwotę 7 489,1 tys. zł, poz. F4 pozostałe koszty, na kwotę 7 499,1 tys. zł.

W 2023 r. przekroczone w:

- Dolnośląskim OW NFZ w poz. B13. Koszty zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 4d ustawy, na kwotę 97,2 tys. zł;
- Podkarpackiego OW NFZ w poz. B13. Koszty zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 4d ustawy, na kwotę 5,2 tys. zł;
- Śląskim OW NFZ w poz. B2.3.4. świadczenia wysokospecjalistyczne, na kwotę 67,7 tys. zł, poz. B2.21. koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programów pilotażowych, o których mowa w art. 48e ustawy, na kwotę 12,2 tys. zł;
- Centrali NFZ w poz. F pozostałe koszty, na kwotę 53 235,3 tys. zł, poz. F4 pozostałe koszty, na kwotę 53 299,6 tys. zł.

W 2024 r. (I pół.), wyższe niż planowane wykonanie planu finansowego NFZ dotyczyło:

- poz. B2.1. podstawowa opieka zdrowotna o 727 528,3 tys. zł;
- poz. B2.13. zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawa, o których mowa w ustawie o refundacji o 197 394,2 tys. zł;
- poz. B2.18. koszty świadczeń opieki zdrowotnej z lat ubiegłych o 678 879,4 tys. zł;
- poz. B5. koszty finansowania leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego zgodnie z art. 43a ust. 3 ustawy o 416 199,4 tys. zł;
- poz. B9. koszty zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 17 ustawy o 11 000,0 tys. zł;
- poz. D3.11. podatki stanowiące dochody własne jednostek samorządu terytorialnego o 34,4 tys. zł;
- poz. D3.6 inne o 128,6 tys. zł.

NFZ w latach 2021-2024 (I pół.) nie zapłacił kar umownych z tytułu niezrealizowanych zobowiązań.

(akta kontroli str. Tom II: 248-266, Tom IX: 2715-2745, Tom X: 380-495)

17. W okresie objętym kontrolą NFZ realizował siedem zadań finansowanych na podstawie umów dotacji celowych ze środków Funduszu Medycznego. Na ich realizację w latach 2021-2024 (30 września) rozliczono środki w łącznej kwocie 5 235 605,3 tys. zł (w 2021 r. 687 688,8 tys. zł, w 2022 r. 1 143 082,2 tys. zł, w 2023 r. 2 084 531,8 i w 2024 r. 1 320 302,5 tys. zł).

W z związku z realizacją zadań ze środków Funduszu Medycznego, wskazano możliwość finansowania kosztów obsługi tych zadań - maksymalnie 1% całkowitych kosztów zadania,

którego dotyczą¹⁵⁶. Łącznie NFZ mógłby otrzymać z tytułu kosztów obsługi zadań środki w kwocie 52 356,0 tys. zł. W trakcie uzgodnień zapisów umów dotacji NFZ wnosił o ujęcie środków na pokrycie kosztów obsługi zadań. Minister Zdrowia poinformował NFZ, że art. 6 ust. 6a ustawy o Funduszu Medycznym ma charakter fakultatywny. W związku z dyspozycją art. 44 ust. 3 pkt 1 ustawy o finansach publicznych, stanowiącego, że wydatki publiczne powinny być dokonywane w sposób celowy i oszczędny, wnioski NFZ nie zostały uwzględnione.

Dyrektorzy BK i DEF wyjaśnili, że zgodnie z postanowieniami art. 6 ust. 2-3 ustawy o Funduszu Medycznym do wyłącznych kompetencji dysponenta – Ministra Zdrowia należy podział środków Funduszu Medycznego oraz oznaczenie treści i przedmiotu umowy.

W ramach zadań realizowanych ze środków Funduszu Medycznego Minister Zdrowia zawierał z NFZ w latach 2022-2024 umowy udzielenia dotacji celowej na wsparcie działania NFZ, wskazanego w art. 28 ust. 1 pkt 1 ustawy o Funduszu Medycznym¹⁵⁷. W ramach umów NFZ finansował dwa rodzaje współczynników korygujących¹⁵⁸: „CHUK” oraz w związku z realizacją programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”¹⁵⁹.

NFZ wykorzystał z dotacji środki w kwocie w 2022 r., 1412,1 tys. zł, w 2023 r. 23 039,7 tys. zł oraz w 2024 r. (do 30 września) 29 376,2 tys. zł, w tym w związku z finansowaniem współczynników „Profilaktyka 40 PLUS” odpowiednio 1265,0 tys. zł, 19 905,6 tys. zł i 25 315,4 tys. zł.

W okresie objętym kontrolą na podstawie art. 136 ust. 2 pkt 1c ustawy o świadczeniach w przypadku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w każdym zakresie świadczeń, w części dotyczącej świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom do ukończenia 18. roku życia, kwota zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy, jest zmieniana przez dostosowanie jej do potrzeb zdrowotnych oraz wykonania tej umowy. Do wysokości limitu określonego w art. 31 ust. 4 ustawy o Funduszu Medycznym¹⁶⁰. Świadczenia opieki zdrowotnej udzielanych osobom do ukończenia 18. r.ż.¹⁶¹ były finansowane z Funduszu Medycznego.

Koszty z ww. tytułu wyniosły:

w 2021 r. – 527 171,7 tys. zł, pokryte w całości ze środków Funduszu Medycznego,
w 2022 r. – 1 619 013,9 tys. zł, w tym 630 000,0 tys. zł ze środków Funduszu Medycznego
989 013,9 tys. zł dodatkowo ze środków NFZ,
w 2023 r. – 2 344 096,4 tys. zł, w tym 840 000,0 tys. zł ze środków Funduszu Medycznego
1 504 096,4 tys. zł dodatkowo ze środków NFZ,
w 2024 r. (do 30 września) 2 330 689,9 tys. zł, w tym 840 000,0 tys. zł z dotacji z FM,
1 490 689,9 tys. zł dodatkowo ze środków NFZ.– 840 000,0 tys. zł ze środków Funduszu Medycznego.

Łączne koszty z tego tytułu w 2023 r. były wyższe o 725 082,5 tys. zł, tj. o 44,8% niż poniesione w 2022 r. i o 1 816 924,7 tys. zł, tj. o 344,7% niż poniesione w 2021 r. W 2024 r. I kw. koszty (713 235,4 tys. zł) były ponad dwukrotnie wyższe niż w analogicznym okresie poprzedniego roku (270 299,9 tys. zł). Poniesione koszty do 30 września 2024 r. były minimalnie niższe niż poniesione w całym 2023 r.

¹⁵⁶ Art. 6 ust. 6a ustawy o Funduszu Medycznym w brzmieniu obowiązującym od 20 grudnia 2022 r., a poprzednio art. 5 i 6 ustawy o Funduszu Medycznym.

¹⁵⁷ Tj. finansowania współczynników korygujących, o których mowa w art. 28 ust. 2 ustawy o Funduszu Medycznym, w związku z § 16 ust. 2 załącznika do rozporządzenia OWU, oraz określenia trybu oraz zasad udzielania i rozliczania tej dotacji.

¹⁵⁸ § 19, 53 i 54 zarządzenia Prezesa NFZ nr 79/2022/DSOZ z dnia 29 czerwca 2022 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, ze zm.

¹⁵⁹ Program pilotażowy „Profilaktyka 40 PLUS” został ustanowiony rozporządzeniem Ministra Zdrowia na dnia 14 czerwca 2021 r. w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” (Dz. U. z 2024 r. poz. 549, ze zm.) podstawie art. 48e ustawy o świadczeniach.

¹⁶⁰ W latach 2021-2022 – 630 000,0 tys. zł, 2023-2024 – 840 000,0 tys. zł.

¹⁶¹ Na podstawie art. 31 ustawy o Funduszu Medycznym.

Prezes NFZ występował do Ministra Zdrowia z prośbą o rozważenie podjęcia działań w celu zwiększenia wartości środków określonych w art. 31 ust. 4 ustawy o Funduszu Medycznym.
(akta kontroli str. Tom I: 576-730, Tom IX: 2715-2745)

2.3. Należności i zobowiązania (wybrane zagadnienia).

1. Na koniec 2021 r. NFZ posiadał należności długoterminowe w kwocie 203,0 tys. zł oraz krótkoterminowe w wysokości 13 171 358,0 tys. zł¹⁶². Fundusz odpisał należności na kwotę 1 820,4 tys. zł. W 2022 r. odpowiednio 218,4 tys. zł i 12 951 910,9 tys. zł¹⁶³ oraz 1 640,3 tys. zł. W 2023 r. 21 611,2 tys. zł i 13 971 541,8 tys. zł¹⁶⁴ oraz 920,5 tys. zł (na wzrost wysokości należności długoterminowych w 2023 r. wpłynęło podpisanie przez Małopolski OW NFZ ugód sądowych z dwoma kontrahentami).

Na koniec czerwca 2024 r. zobowiązania ogółem Funduszu wyniosły 12 455 456,2 tys. zł, w tym: 443,0 tys. zł zobowiązań długoterminowych.

(akta kontroli str. Tom II: 248-266, 345-388, Tom III: 262-271, Tom IX: 2715-2745)

Z-ca Dyrektora BK wyjaśniła, że na wysokość należności ogółem w marcu 2024 r. największy wpływ miała należność z tytułu dotacji podmiotowej dla NFZ na 2024 r., o której mowa w art. 97 ust. 8a i 131d. ust. 1 ustawy z o świadczeniach w wysokości 8 798 091,0 tys. zł. W miesiącu kwietniu 2024 r. z ww. tytułu, NFZ otrzymał środki pieniężne w wysokości 2 932 697,0 tys. zł, co spowodowało, że stan należności uległ zmniejszeniu i na koniec kwietnia 2024 r. wynosił 5 865 394,0 tys. zł. Środki pieniężne NFZ przeznaczone są bezpośrednio na pokrycie bieżących zobowiązań zgodnie z zapotrzebowaniem. Jednocześnie nadmieniła, że zmieniający się stan środków pieniężnych jest między innymi konsekwencją poniesionych przez Fundusz kosztów, w wartości wyższej niż odnotowanych w tym samym okresie przychodów, w wyniku zaangażowania do planu finansowego NFZ środków z funduszu zapasowego.

(akta kontroli str. Tom I: 345-388, Tom IX: 2715-2745)

2. W latach 2021-2024 (I pół.) Fundusz skontrolował realizację umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz ordynację leków. Wartość należności Funduszu z tytułu nienależycie wypłaconych środków za udzielone świadczenia zdrowotne, w tym ordynacji leków po wyczerpaniu środków odwoławczych wyniosła 111 021,6 tys. zł, zaś wartość należności z tytułu nałożonych kar związanych z realizacją umów o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub ordynacją leków po wyczerpaniu środków odwoławczych wyniosła 172 164,7 tys. zł¹⁶⁵. Wartość wyegzekwowanych z ww. tytułów należności w tym okresie wyniosła 259 787,3 tys. zł.

Wartość należności NFZ z tytułu kar i nienależnie wypłaconych środków za udzielone świadczenia zdrowotne, w tym ordynacji leków (ostatecznie ustalona po wyczerpaniu środków odwoławczych), w odniesieniu do świadczeniodawców, z którymi umowa o udzieleniu świadczeń wygasła w latach 2021-2024 (I pół.) wyniosła 2 050,6 tys. zł, zaś wyegzekwowana kwota 691,3 tys. zł¹⁶⁶. W jedenastu OW NFZ ewidencja księgowa nie pozwoliła na ustalenie, czy kwota należności dotyczy świadczeniodawcy, z którym umowa na udzielenie świadczeń zdrowotnych wygasła.

(akta kontroli str. Tom IX: 784-785, 788-789, 792-794, 797-800, 2715-2745)

3. Na koniec 2021 r. Fundusz posiadał zobowiązania długoterminowe w wysokości 716,8 tys. zł oraz krótkoterminowe – 13 483 006,0 tys. zł¹⁶⁷. W 2022 r. odpowiednio 318,8 tys. zł i 14 195 255,7 tys. zł¹⁶⁸, w 2023 r. 439,8 tys. zł i 15 977 767,7 tys. zł¹⁶⁹.

¹⁶² W 2021 r. dokonano zwiększenia odpisów aktualizujących należności o 600 974,2 tys. zł oraz ich zmniejszenia o 84 862,5 tys. zł (stan na koniec roku to 845 673,7 tys. zł).

¹⁶³ W 2022 r. odpowiednio o 54 339,0 tys. zł oraz o 98 696,8 tys. zł (801 315,9 tys. zł).

¹⁶⁴ W 2023 r. o 60 307,1 tys. zł oraz o 68 543,2 tys. zł (793 079,8 tys. zł).

¹⁶⁵ Dane zebrane przez Centralę NFZ z OW NFZ, bez Świętokrzyskiego OW NFZ.

¹⁶⁶ Dane przekazane tylko przez: Lubelski, Mazowiecki, Podlaski, Pomorski i Warmińsko-Mazurski OW NFZ. W pozostałych przypadkach ewidencja księgowa nie jest prowadzona w podziale na umowy czynne i wygasłe.

¹⁶⁷ NFZ wykazał na koniec tego roku rezerwy na zobowiązania w kwocie 3 286 431,6 tys. zł.

¹⁶⁸ Utworzono rezerwy na zobowiązania w kwocie 2 913 124,5 tys. zł.

¹⁶⁹ Rezerwy na zobowiązania wyniosły na koniec roku 2 676 221,7 tys. zł.

(akta kontroli str. Tom I: 1-151, 262-271; Tom IX: 1011-1025, 1147-1159, 1281-1294, 1433-1446, 2623-2642 2715-2745)

Na koniec czerwca 2024 r. zobowiązania ogółem Funduszu wyniosły 12 455 456,2 tys. zł, w tym: 443,0 tys. zł zobowiązań długoterminowych.

(akta kontroli str. Tom II: 248-266, Tom IX: 2715-2745)

2.4. Terminowość i rzetelność sprawozdań finansowych

Prezes Funduszu terminowo sporządził Roczne sprawozdania z wykonania planu finansowego NFZ na lata 2021-2023, Roczne sprawozdania z działalności NFZ w kolejnych latach okresu 2021-2023 oraz Łączne sprawozdania finansowe NFZ za lata 2021-2023. Roczne sprawozdania z wykonania planu finansowego Funduszu oraz sprawozdania z działalności NFZ w latach 2021-2023 były zgodne ze wzorami określonymi w rozporządzeniach¹⁷⁰. Dane zawarte w Łącznym sprawozdaniu z wykonania planu finansowego Funduszu wynikały ze sprawozdań jednostkowych Centrali i OW NFZ.

(akta kontroli str. Tom I: 10-99; Tom IX: 1000-1001, 1586-1632, 1637-1684, 1687-1732)

Ponadto w NFZ sporządzane były miesięczne (narastająco) sprawozdania finansowe oznaczone symbolem FM-01¹⁷¹. Sprawozdanie FM-01 Centrali oraz zbiorcze NFZ¹⁷² podpisuje dyrektor BK, oddziałów podpisuje ich dyrektor, zastępca dyrektora do spraw ekonomiczno - finansowych oraz główny księgowy oddziału. W przypadku sprawozdań za okres 2022-2024 (I pół.) zamieszczano w nich błędne dane (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. Tom IX: 997-1000-1001, 1013-1144, 1147-1278, 1281-1430, 1433-1582, 2623-2643, 2715-2745)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Rezerwę migracyjną przewidzianą w planach finansowych na poszczególne lata 2021-2024, rozwiązywano przed rozpoczęciem danego roku, pomimo tego, że art. 124 ust. 1 ustawy o świadczeniach stanowi, że zmiany planu finansowego Funduszu można dokonać w przypadku zaistnienia sytuacji, których nie można było przewidzieć w chwili zatwierdzenia albo ustalenia planu. Rezerwa migracyjna w 2021 r. 5 109 010,0 tys. zł, w 2022 r. 4 178 856,0 tys. zł, w 2023 r. 5 109 010,0 tys. zł i w 2024 r. 7 273 045,0 tys. zł. Kwota tej rezerwy w latach 2021-2023 r. była corocznie niższa niż faktyczne wykonanie kosztów świadczeń związanych z migracją pacjentów pomiędzy oddziałami wojewódzkimi NFZ.

Z-ca Dyrektora DEF wyjaśnił, że zadaniem rezerwy migracyjnej jest zabezpieczenie w pierwotnych planach finansowych poszczególnych OW NFZ środków na koszty świadczeń opieki zdrowotnej, jakie będą realizowane w ramach migracji ubezpieczonych w danym OW NFZ u świadczeniodawców z innych OW NFZ. Następnie środki zabezpieczone w rezerwie są na wniosek dyrektorów OW NFZ uruchamiane do właściwych pozycji planu finansowego, w ramach których będą ponoszone koszty świadczeń realizowane w ramach migracji ubezpieczonych w drodze stosownych upoważnień¹⁷³. Uruchomienie tej rezerwy jako pierwszej zmiany planu finansowego ma na celu zabezpieczenie środków finansowych na zawarcie umów ze świadczeniodawcami z uwzględnieniem środków na koszty świadczeń jakie będą realizowane w ramach migracji ubezpieczonych. Ponadto wyjaśnił, że wartość rezerwy migracyjnej ustalana na etapie opracowania planu finansowego uwzględnia wyłącznie pierwotny stan środków na koszty świadczeń opieki zdrowotnej i wynikającą z niego szacowaną wartość świadczeń w ramach migracji ubezpieczonych. W przypadku zwiększenia w trakcie roku środków na koszty świadczeń w konsekwencji zwiększeniu ulega

¹⁷⁰ Rozporządzenie w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia oraz rozporządzeniem 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, ze zm.).

¹⁷¹ Uchwała Nr 134/2003 Zarządu NFZ z dnia 26 czerwca 2003 r. w sprawie miesięcznego sprawozdania finansowego NFZ.

¹⁷² Na podstawie analogicznych jednostkowych sprawozdań Centrali NFZ i OW NFZ.

¹⁷³ Rezerwę tworzy się na koszty, które podlegają rozliczeniom międzyoddziałowym w drodze udzielenia upoważnień.

także wartość kosztów realizowanych w ramach migracji ubezpieczonych. Mając na uwadze powyższe możliwe są przypadki, w których faktyczna wartość kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych jest wyższa niż pierwotnie szacowana wartość rezerwy migracyjnej.

NIK nie podziela tej argumentacji. W sprawozdaniu z realizacji planu finansowego wskazano wprost, że rozwiązanie rezerwy migracyjnej przed rozpoczęciem roku: „umożliwiły zabezpieczenie dostępu do świadczeń zdrowotnych udzielanych na terenie działania swojego oddziału zarówno ubezpieczonym z tego oddziału wojewódzkiego, jak i z pozostałych regionów kraju”, w praktyce oznacza to wykorzystanie środków na inny cel niż wynikało to z przeznaczenia rezerwy. Co więcej, cykliczność i powtarzalność dokonywania tej zmiany wskazuje, że nie zachodziły przesłanki wskazane w ww. przepisie prawa.

(akta kontroli str. Tom II: 345-394, Tom IX: 2715-2745)

2. Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia dopuszczenie do przekroczenia przez OW i Centralę NFZ w latach 2021-2023 planu finansowego w części pozycji kosztów. Zgodnie z treścią art. 44 ust. 1 pkt 3) ustawy o finansach publicznych, wydatki publiczne mogą być ponoszone na cele i w wysokościach ustalonych w planie finansowym jednostki sektora finansów publicznych.

Dyrektor DEF na podstawie analizy złożonych przez dyrektorów OW NFZ wyjaśnień dotyczących przyczyn przekroczenia planu kosztów nie znalazł podstaw wskazujących, że doszło do naruszenia dyscypliny finansów publicznych.

Powyższe wyjaśnienia nie zmieniają jednak faktu, że nadzór Prezesa NFZ nad realizacją planu finansowego NFZ był nieskuteczny, skoro miały miejsca coroczne przekraczania planu finansowego Funduszu.

(akta kontroli str. Tom I: 384-553, Tom II: 395-408, Tom IX: 2715-2745)

3. Miesięczne sprawozdania FM-01 zbiorcze NFZ za okres 2022-2024 (I pół.) zawierały błędne dane liczbowe, z związku z omyłkami. Dotyczyło to pozycji „plan” oraz „odchylenia wykonania do planu” w zakresie prezentacji pozycji planistycznych:

- „Koszty zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 16 ustawy”¹⁷⁴, przykładowo w sprawozdaniach FM-01 zbiorczych NFZ za grudzień 2022 r.: podano plan „18 007 957,0 tys. zł” zamiast „117 000,0 tys. zł”; za grudzień 2023 r.: plan „21 487 337,0 tys. zł” zamiast „117 000,0 tys. zł”; za czerwiec 2024 r.: plan „24 253 480,0 tys. zł” zamiast „117 000,0 tys. zł”) oraz
- „Koszty zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 17 ustawy”¹⁷⁵ przykładowo w sprawozdaniach FM-01 za grudzień 2022 r.: plan „- 6 002 291,0 tys. zł” zamiast „3 384,0 tys. zł”; w FM-01 za grudzień 2023 r.: plan „- 23 394 520,0 tys. zł” zamiast „25 000,0 tys. zł”; FM-01 za czerwiec 2024 r.: plan „- 2 734 171,0 tys. zł” zamiast „22 000,0 tys. zł”).

Dyrektor BK wyjaśnił, że omyłka, do której doszło w związku z aktualizacją wzoru sprawozdania łącznego (niewłaściwe odwołanie formuły), nie miała wpływu na realizację obowiązków sprawodawczych wynikających z postanowień ustawowych. W związku z kontrolą NIK przeprowadzaną w Centrali NFZ dokonano [dotychczas] aktualizacji miesięcznych sprawozdań finansowych FM-01 za okresy: 1.01 - 31.12.2022 r., 1.01-31.12.2023 r., 1.01-31.01.2024 r., 1.01-29.02.2024 r., 1.01-31.03.2024 r., 1.01-30.04.2024 r., 1.01-31.05.2024 r., 1.01-30.06.2024 r. Ponadto wyjaśnił, że BK dokona analizy poprawności stosowanych formuł i algorytmów obliczeń stosowanych we wzorach sprawozdań finansowych FM-01 oraz ewentualnej aktualizacji pozostałych sprawozdań finansowych. Jednocześnie podjęte zostały działania w celu wdrożenia mechanizmów umożliwiających, ograniczenie w przyszłości występowanie ww. omyłek.

(akta kontroli str. Tom IX: 1054, 1289, 1441, 2623-2643, 2715-2745)

¹⁷⁴ Wspieranie zadań finansowanych w ramach Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej, o którym mowa w art. 86 ustawy z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych (Dz. U. z 2023 r. poz. 227).

¹⁷⁵ Wspieranie zadań z zakresu zdrowia publicznego dotyczących profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych realizowanych ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, o którym mowa w art. 88 ustawy z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych.

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia sytuację finansową Funduszu, na co wskazują następujące fakty: – wykazanie na koniec 2023 r. wysokiej straty netto w wysokości (-)16 362 382,6 tys. zł, co w konsekwencji spowodowało konieczność jej pokrycia z Funduszu zapasowego; – przyjęcie w planie finansowym NFZ na 2024 r. (wg stanu na 30 czerwca, a także 10 września) niezbilansowania (straty) przychodów i kosztów na kwotę (-)9 415 550,0 tys. zł, przy stanie Funduszu zapasowego w wysokości 9 603 935,7 tys. zł. Powyższe miało miejsce w sytuacji pojawienia się w latach 2021-2023 negatywnych tendencji polegających na wyższej dynamice kosztów niż przychodów w latach 2021-2023, zaś w I półroczu 2024 r. uzyskaniu niższych niż założono w planie finansowym Funduszu przychodów z tytułu składki zdrowotnej.

NIK zauważa, że w przypadku niezrealizowania przychodów lub powstania kosztów wyższych niż określone planem finansowym NFZ na 2024 r. powstanie ryzyko wykazania przez Fundusz w 2024 r. straty wyższej, niż wartość Funduszu zapasowego.

Na koszty i przychody Funduszu wpływ miały takie niezależne od jego działań okoliczności, jak: zmiany legislacyjne powodujące przeniesienie ciężaru finansowania wybranych świadczeń zdrowotnych z budżetu państwa na NFZ, finansowanie corocznego wzrostu wynagrodzeń wybranych grup personelu medycznego oraz obciążanie Funduszu kosztami na rzecz podmiotów trzecich, np. AOTMiT lub ABM.

OBSZAR

3. Opracowanie i wykonanie planu pracy Funduszu

Opis stanu
faktycznego

W latach 2021-2024 projekty rocznych Planów pracy – zgodnie z art. 102 ust. 5 pkt 7 ustawy o świadczeniach - były zatwierdzane przez Prezesa Funduszu, a także przedkładane Radzie Funduszu w terminach umożliwiających przyjęcie ich przed rozpoczęciem okresów, których dotyczyły¹⁷⁶. Plany pracy Funduszu były publikowane na stronie internetowej NFZ; nie były modyfikowane w trakcie roku.

(akta kontroli str. Tom IX: 72-260, 261-294, 295-327, 597-598, 2280-2285, 2699-2745)

1. W okresie 2021-2024 Plany pracy Funduszu składały się każdorazowo z: planu pracy Centrali NFZ¹⁷⁷ i planów pracy oddziałów wojewódzkich NFZ¹⁷⁸.

Z dniem 1 września 2020 r. wszedł w życie nowy zapis Statutu NFZ, zgodnie z którym Prezes Funduszu realizuje zadania należące do zakresu jego działania przy pomocy komórek organizacyjnych Centrali i OW NFZ¹⁷⁹. Dyrektor Gabinetu Prezesa Funduszu¹⁸⁰ wyjaśniła, że zmiana zapisu w Statucie związana była z tzw. „pionizacją” NFZ. Powyższe zmiany wprowadziły jednolitość strukturalną Centrali oraz OW NFZ w celu zapewnienia właściwego poziomu koordynacji i nadzoru merytorycznego nad realizacją zadań i procesów w NFZ. Wszystkie procedury do procesów przygotowywane są centralnie i obejmują również działania, jakie mają miejsce w oddziałach wojewódzkich. Dyrektorzy OW NFZ wykonują swoje zadania na podstawie ustawy oraz pełnomocnictw udzielonych przez Prezesa Funduszu.

(akta kontroli str. Tom IX: 673-774, 2699-2745)

2. W regulaminach organizacyjnych Centrali NFZ obowiązujących w okresie 2021-2024¹⁸¹ określono (w rozdziale V) ogólne zasady planowania i sprawozdawczości z wykonania zadań,

¹⁷⁶ Uchwały Nr: 13/2020/IV, 34/2021/IV, 23/2022/IV, 27/2023/IV. Zgodnie z art. 100 ust. 1 pkt 2 lit. a) ustawy o świadczeniach.

¹⁷⁷ Plan pracy Centrali (o którym mowa np. w § 15 ust. 1 pkt 6 Regulaminu organizacyjnego NFZ) jest to część Planu pracy Funduszu, w zakresie celów przewidzianych do realizacji wyłącznie przez Centralę NFZ lub przez Centralę i OW NFZ (informacja taka znajduje się w Planie pracy NFZ w kolumnie „Realizowany przez”).

¹⁷⁸ Rada Funduszu przyjmowała plan pracy NFZ, który obejmował cele łącznie dla Centrali NFZ i dla Oddziałów Wojewódzkich NFZ.

¹⁷⁹ Wprowadzono zmianę rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2014 r. w sprawie nadania statutu NFZ poprzez dodanie w załączniku do rozporządzenia („Statut Narodowego Funduszu Zdrowia”) nowego zapisu (ustępu 3) w § 2 w brzmieniu: „Prezes Funduszu realizuje zadania należące do zakresu jego działania przy pomocy: 1) komórek organizacyjnych Centrali Funduszu; 2) oddziałów wojewódzkich Funduszu.”

¹⁸⁰ Dalej: GPF.

¹⁸¹ Zarządzenie Nr 152/2020/GPF Prezesa NFZ z dnia 30 września 2020 r. w sprawie regulaminu organizacyjnego Centrali NFZ (wraz ze zmianami), zarządzenie Nr 147/2021/GPF Prezesa NFZ z dnia 25 sierpnia 2021 r. w sprawie regulaminu organizacyjnego Centrali NFZ (wraz ze zmianami), zarządzenie Nr

określonych w Planie pracy Funduszu. Wskazywano także procedury, które miały m.in. określać szczegółowy przebieg procesów związanych z przygotowaniem, zatwierdzeniem, aktualizacją, monitorowaniem realizacji planu pracy Funduszu i Centrali NFZ. Procedury te od 18 lutego 2021 r. zaczęły obowiązywać jako procedury, z których został wyłączony Plan pracy¹⁸².

W obowiązującym w 2023 r. regulaminie organizacyjnym Centrali NFZ¹⁸³ dla opisanie szczegółowego postępowania dotyczącego Planu pracy wskazano procedurę dla procesu „Zarządzanie zmianą w organizacji” (Z.08.05), która miała zawierać m.in. procedurę dla podprocesu „Przygotowanie i monitorowanie planu pracy” (Z.08.05.04). Do 22 września 2024 r. nie została ona zatwierdzona przez Prezesa NFZ¹⁸⁴.

Dyrektor GPF wyjaśniła, że mimo, iż procedura „Zarządzania zmianą w organizacji” (Z.08.05) do 23 września 2024 r. nie była ostatecznie zatwierdzona (była w trakcie przygotowywania i opiniowania), to cały proces odbywał się (testowo) w oparciu o jej zapisy. Dotychczasowe niezatwierdzenie procedury wynikało z konieczności skupienia uwagi pracowników na realizacji zadań bieżących oraz wątpliwości co do zakresu samej procedury. Niezatwierdzenie procedury pozostało przy tym bez wpływu na skuteczne i efektywne wykonywanie zadań objętych regulacją i samo w sobie nie generowało takiego ryzyka.

(akta kontroli str. Tom IX: 261-294, 553-584, 586-600, 673-773, 923-996, 2417-2571, 2699-2745)

3. W § 22 regulaminu organizacyjnego Centrali NFZ ustalono m.in., że jej zadania na dany rok (bez zadań, do których stosuje się przepisy o ochronie informacji niejawnych) są określane w rocznym Planie pracy, którego projekt będzie opracowany zgodnie ze standardami kontroli zarządczej.

W Komunikacie Nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych¹⁸⁵ wskazano, że nie rzadziej niż raz w roku należy dokonać identyfikacji ryzyka w odniesieniu do celów i zadań (standard B.7 Identyfikacja ryzyka), a w stosunku do każdego istotnego ryzyka powinno się określić rodzaj reakcji¹⁸⁶. Ponadto należy określić działania, które należy podjąć w celu zmniejszenia danego ryzyka do akceptowanego poziomu (standard B.9 Reakcja na ryzyko). W „Metodyce zarządzania ryzykiem organizacyjnym w Narodowym Funduszu Zdrowia”¹⁸⁷ wskazano, że dla zidentyfikowanych ryzyk nieakceptowanych przygotowany jest Plan Postępowania z Ryzykiem dla Centrali¹⁸⁸ (§ 23), a zadania wynikające z tego Planu zamieszczane są - dla poszczególnych komórek, zgodnie z kompetencjami - w Planie Pracy Centrali (§ 10 ust. 17).

W latach 2020-2024¹⁸⁹ organizacyjna ocena ryzyka corocznie, po każdorazowym wyrażeniu zgody przez Prezesa NFZ na odstąpienie od ww. Metodyki¹⁹⁰, odbywała się w sposób uproszczony, tj. w oparciu o katalog ryzyk. Z tym wiązało się nieudokumentowanie analizy ryzyka w odniesieniu do celów Planów pracy. Proces analizy ryzyka (w tym aktualizacja

45/2022/GPF Prezesa NFZ z dnia 8 kwietnia 2022 r. w sprawie regulaminu organizacyjnego Centrali NFZ (wraz ze zmianami), zarządzenie 134/2023/GPF Prezesa NFZ z dnia 14 września 2023 r. w sprawie regulaminu organizacyjnego Centrali NFZ (wraz ze zmianami).

¹⁸² Procedury: „Przygotowanie i zatwierdzanie Planu Pracy” (przyjęta jako „Przygotowanie i zatwierdzanie Planu Pracy v1” od 28.02.2020 r.), „Opracowanie i aktualizacja planu pracy” (przyjęta jako „Procedura Aktualizacja Planu Pracy i Portfela Projektów v1.0” od 04.03.2020 r.), „Monitorowanie (realizacji) planu pracy” (przyjęta jako „Monitorowanie Portfela Projektów i Planu Pracy v1.0” od 07.05.2020 r.). Procedury te od 18 lutego 2021 r. zaczęły obowiązywać jako procedury: „Opracowanie i aktualizacja Portfela Projektów v1.0” i „Monitorowanie Portfela Projektów v1.1, z których został wyłączony Plan pracy.

¹⁸³ W § 23 ust. 1 Regulaminu organizacyjnego Centrali NFZ. Począwszy od Regulaminu organizacyjnego Centrali NFZ po zmianach wprowadzonych zarządzeniem Nr 43/2023/GPF Prezesa NFZ z dnia 28 lutego 2023 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie regulaminu organizacyjnego Centrali NFZ - obowiązującym od 1 marca 2023 r.

¹⁸⁴ Prezes Funduszu zatwierdził ją w trakcie kontroli, tj. 23 września 2024 r.

¹⁸⁵ Komunikat Nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych (Dz. Urz. Min. Fin. Nr 15, poz. 84).

¹⁸⁶ Tolerowanie, przeniesienie, wycofanie się, działanie.

¹⁸⁷ Przyjętej w 2017 r.; dalej „Metodyka”.

¹⁸⁸ Plany są także przygotowywane indywidualnie dla każdego oddziału wojewódzkiego.

¹⁸⁹ Rok 2020 jako rok przedplanowy.

¹⁹⁰ A więc także od ww. § 23 Metodyki, tj. konieczności zamieszczania w planach pracy Centrali zadań wynikających z Planów Postępowania z Ryzykiem.

katalogu ryzyk) w 2024 r. nie został jeszcze rozpoczęty (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. Tom IX: 463-466, 471-494, 512-516, 624-634, 923-996, 2699-2745)

4. W zarządzeniach w sprawie systemu kontroli zarządczej w NFZ (z 2018 r. i 2023 r.)¹⁹¹ ustalono (w rozdziale 5 „Zasady zarządzania ryzykiem”), że: „W terminie do końca grudnia każdego roku Koordynator Kontroli Zarządczej w Centrali Funduszu¹⁹² opracowuje i przedstawia Zespołowi ds. Kontroli Zarządczej¹⁹³ „Raport roczny z zarządzania ryzykiem”. ZKZ, po analizie raportu, o którym mowa w zdaniu pierwszym, przedkłada go Prezesowi Funduszu wraz z rekomendacją ZKZ dotyczącą działań koniecznych do podjęcia w ramach reakcji na ryzyko.”

W latach 2021-2023 KKZ nie opracował rocznych raportów z zarządzania ryzykiem i w konsekwencji ZKZ nie przedstawiał ich wraz ze swoją rekomendacją Prezesowi Funduszu (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. Tom IX: 471-494, 923-996, 2417-2422, 2480-2503, 2715-2745)

W 2024 r. Biuro Audytu Wewnętrznego NFZ¹⁹⁴ przeprowadziło planowe zadanie zlecone w zakresie funkcjonowania wybranych elementów systemu kontroli zarządczej¹⁹⁵. Dyrektor GPF przyjął zalecenia do zrealizowania w 2024 r. i wyznaczyła terminy i osoby odpowiedzialne.

(akta kontroli str. Tom IX: 586-606, 2566-2570, 2715-2745)

5. W planach pracy każdorazowo do celów przypisano mierniki, które zapewniały możliwość określenia efektów podjętych działań.

(akta kontroli str. Tom IX: 261-291, 295-326, 2715-2745)

6. Narzędziem stosowanym do okresowego rozliczania realizacji zadań/celów zawartych w planie pracy były sprawozdania z realizacji Planu pracy. Zatwierdzenie przez Prezesa NFZ rocznych sprawozdań odbywało się w terminach nieprzekraczających terminów przedłożenia Prezesowi sprawozdania wynikających z regulaminu organizacyjnego Centrali NFZ. Co do zasady¹⁹⁶ założone cele w planach pracy były osiągane.

(akta kontroli str. Tom IX: 261-294, 296-327, 586-606, 2280-2285, 2715-2745)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W badanym okresie (w latach 2021-2024) Prezes Funduszu nie dokonywał oceny ryzyka w sposób zgodny z przyjętymi, wewnętrznymi przepisami (tj. w Metodyce). Oceny ryzyka dokonywano w sposób uproszczony, tj. w oparciu o tzw. katalog ryzyk. W konsekwencji nie było obowiązku zamieszczania w planach pracy komórek organizacyjnych Centrali zadań wynikających z Planów Postępowania z Ryzykiem, o których mowa w § 23 Metodyki, których mogły dotyczyć ryzyka nieakceptowalne. Ponadto nie udokumentowano faktu dokonywania nawet uproszczonej analizy ryzyka w odniesieniu do celów określonych w Planach pracy Funduszu. Powyższa praktyka była niezgodna ze Standardami kontroli zarządczej dla jednostek sektora finansów publicznych (standard B.9 Reakcja na ryzyko).

Dyrektor GPF wyjaśniła, że katalogi ryzyk są aktualizowane przed każdym rozpoczęciem procesu analizy ryzyka, przy udziale wszystkich komórek organizacyjnych Centrali oraz oddziałów wojewódzkich. NFZ nie ma udokumentowanej analizy ryzyka w odniesieniu do Planów pracy, ale cele są realizowane w ramach procesów, w odniesieniu do których analiza

¹⁹¹ Zarządzenie Nr 132/2018/DAIS Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 grudnia 2018 r. w sprawie zasad funkcjonowania kontroli zarządczej w Narodowym Funduszu Zdrowia; zarządzenie Nr 76/2023/GPF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 maja 2023 r. w sprawie kontroli zarządczej w Narodowym Funduszu Zdrowia.

¹⁹² Dalej: KKZ.

¹⁹³ Dalej: ZKZ.

¹⁹⁴ Dalej: BAW.

¹⁹⁵ Rozpoczęcie czynności audytowych : 02.04.2024 r., sprawozdanie z zadania z dnia 26.06.2024 r.

¹⁹⁶ Np. w 2023 roku niezrealizowane zostały 3 z 38 cele/zadania: 1) Terminowe przekazywanie przez właściwą komórkę organizacyjną Centrali do Biura Rady Funduszu materiałów do podpisu Prezesa Funduszu na posiedzenie Rady Funduszu celem sprawdzenia i oceny pod względem formalnym; 2) Skrócenie czasu reakcji na zgłoszenie; czas między odebraniem zgłoszenia a jego odczytaniem; 3) Zwiększenie jakości przeprowadzanych czynności sprawdzających.

ryzyka była dokumentowana. Fundusz będzie dokumentował przeprowadzanie analizy ryzyka pod kątem celów zawartych w Planie pracy – zalecenie BAW.

(akta kontroli str. Tom IX: 463-466, 471-516, 624-634, 923-996, 2699-2745)

2. W latach 2021-2023 Koordynator Kontroli Zarządczej w Centrali Funduszu nie opracował rocznych raportów z zarządzania ryzykiem i w konsekwencji ZKZ nie przedstawiał ich wraz ze swoją rekomendacją Prezesowi Funduszu.

Funkcja KKZ określona była w ww. zarządzeniach: Nr 132/2018/DAIS (wyznaczony przez Prezesa Funduszu pracownik Centrali Funduszu odpowiedzialny za koordynowanie działań związanych z organizacją i dokumentowaniem kontroli zarządczej w Funduszu) i Nr 76/2023/GPF (Dyrektor GPF), a wcześniej także w Metodyce z 2017 r.

W ww. Metodyce przewidziano także przygotowywanie Raportu rocznego z zarządzania ryzykiem.

Dyrektor GPF wyjaśniła, że w związku z odstępowaniem corocznie (za zgodą Prezesa Funduszu) od Metodyki z 2017 r. sformalizowane raporty nie były tworzone.

(akta kontroli str. Tom IX: 471-494, 923-996, 2417-2422, 2480-2503 2715-2745)

OCENA CZĄSTKOWA

Plany pracy NFZ na lata 2021-2024 były przyjmowane terminowo. Dokonywano oceny realizacji przyjętych celów. Zastrzeżenia NIK budzi opóźnienie w zatwierdzeniu procedury dla procesu „Zarządzanie zmianą w organizacji” (Z.08.05), w tym zawartej w niej, procedury dla podprocesu „Przygotowanie i monitorowanie planu pracy” (Z.08.05.04), a także coroczne odstępowanie Prezesa NFZ od dokonywania oceny ryzyka w sposób zgodny z przyjętymi, wewnętrznymi przepisami, tj. z Metodyką. Zaniechania te naruszały określone przez Ministra Finansów Standardy kontroli zarządczej dla jednostek sektora finansów publicznych (standard B.9 Reakcja na ryzyko). Ponadto, w konsekwencji, w latach 2021-2023 KKZ nie opracował rocznych raportów z zarządzania ryzykiem, które powinny być przedstawiane wraz z rekomendacjami Prezesowi Funduszu.

W ocenie NIK sposób wyłaniania zadań (celów) do zamieszczenia w planach pracy był wadliwy. Nie gwarantował bowiem identyfikowania i wzięcia pod uwagę w planach pracy zadań (celów), których mogły dotyczyć ryzyka nieakceptowalne, mogące mieć istotny wpływ na realizację założonych celów związanych z funkcjonowaniem oraz rozwojem organizacji (NFZ).

IV. Uwagi i wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, przedstawia następujące wnioski:

Wnioski

1. Opracowanie i wdrożenie mechanizmu pozwalającego na bieżące monitorowanie przez Prezesa NFZ obszarów, w których nie zabezpieczono lub zabezpieczono w sposób niewystarczający dostęp do świadczeń zdrowotnych dla uprawnionych, zgodnie z przyjętymi planami ich zakupów;
2. Ujednolicenie planów zakupów świadczeń zdrowotnych opracowywanych przez OW NFZ, w taki sposób aby było możliwe porównywanie danych zamieszczanych w tych planach;
3. Rozwiązywanie rezerwy migracyjnej w trakcie roku, którego dotyczy oraz zgodnie z faktycznie ponoszonymi przez OW NFZ kosztami świadczeń zdrowotnych na rzecz uprawnionych objętych opieką innych OW;
4. Podjęcie skutecznych działań zmierzających do nieprzekraczania planu kosztów przez Centralę i OW NFZ;
5. Dokonanie analizy poprawności stosowanych formuł i algorytmów obliczeń stosowanych we wzorach sprawozdań finansowych (zwłaszcza w FM-01), aktualizacji pozostałych sprawozdań finansowych (FM-01) oraz wdrożenia mechanizmów zapewniających ograniczenie występowania błędów;
6. Dokonywanie oceny ryzyka w sposób zgodny z przyjętymi, wewnętrznymi przepisami, tj. w sposób zgodny z „Metodyką zarządzania ryzykiem organizacyjnym w Narodowym

Funduszu Zdrowia” oraz zamieszczanie zadań wynikających z Planów Postępowania z Ryzykiem, o których mowa w § 23 Metodyki w planach pracy komórek organizacyjnych Centrali;

7. Coroczne opracowywanie raportów z zarządzania ryzykiem i ich przedkładanie wraz z rekomendacjami Prezesowi NFZ.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

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

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

Warszawa, 15 listopada 2024 r.

Kontrolerzy

Małgorzata Szczęsna
Doradca ekonomiczny
/-/
podpis

Andrzej Dominikowski
Główny specjalista k.p.
/-/
podpis

Krzysztof Barej
Główny specjalista k.p.
/-/
podpis

Bartosz Mięsak
Specjalista k.p.
/-/
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Departament Zdrowia

Dyrektor
/-/
podpis

Zmian w wystąpieniu pokontrolnym dokonał:

p.o. Dyrektor Departamentu Zdrowia

Marcin Stolarczyk
/podpisano elektronicznie/