



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Gdańsku

LGD.410.009.01.2018
P/18/056

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/18/056 – Dostępność refundowanych wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie i bezpieczeństwo ich stosowania
Okres objęty kontrolą	Lata 2016-2018 (I półrocze), z uwzględnieniem zdarzeń wcześniejszych, jeśli miały wpływ na działalność w okresie objętym kontrolą. W przypadku konieczności porównania niektórych danych za lata 2014-2015, okres kontroli obejmuje również te lata
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Gdańsku
Kontrolerzy	1. Katarzyna Michalska, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LGD/125/2018 z dnia 17.07.2018 r. 2. Dariusz Jurczuk, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli: nr LGD/134/2018 z dnia 08.08.2018 r. 3. Hanna Rybczyńska, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LGD/136/2018 z dnia 10.08.2018 r. (dowód: akta kontroli str. 1-3)
Jednostka kontrolowana	Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Gdańsku, ul. Marynarki Polskiej 148, 80-865 Gdańsk (dalej: „POW NFZ” lub „Oddział”)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Elżbieta Rucińska-Kulesz – Dyrektor Oddziału ¹ (dowód: akta kontroli str. 5-9)
Zakres przedmiotowy kontroli	Dostępność świadczeń dotyczących zaopatrzenia w wyroby medyczne wydawane na zlecenie

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działania POW NFZ mające na celu zapewnienie pacjentom na obszarze województwa pomorskiego poprawy dostępu do świadczeń dotyczących zaopatrzenia w wyroby medyczne wydawane na zlecenie.

Uzasadnienie oceny ogólnej

W latach 2014-2017, wraz z corocznym wzrostem nakładów na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne², wzrastała zarówno liczba świadczeniodawców realizujących umowy³ jak i liczba zrefundowanych wyrobów medycznych⁴. Stwierdzone w kilku powiatach nieliczne przypadki niedostępności do świadczeń w niektórych zakresach zaopatrzenia⁵ wynikały z braku zainteresowania podmiotów mogących realizować świadczenia, a POW NFZ podejmował właściwe działania w celu podpisania umów. Zaznaczyć należy, iż

¹ Od dnia 4 lipca 2016 r. Poprzednio, w okresie od 22 października 2014 r. do 29 kwietnia 2016 r. Dyrektorem Oddziału była Pani Małgorzata Paszkowicz, a od 29 kwietnia 2016 r. do 3 lipca 2016 r. p.o. Dyrektora Oddziału był Pan Wiesław Kusio.

² Od 44.288,3 tys. zł w 2014 r. do 56.079,4 tys. zł w 2017 r. tj. o 26,6%

³ Od 143 w 2014 r. do 176 w 2017 r., tj. o 23,1%.

⁴ Od 13.235.296 w 2014 r. do 15.690.857 w 2017 r., tj. o 18,6%.

⁵ Określone w § 4 ust. 1 zarządzenia nr 90/2013/DSOZ z dnia 24 grudnia 2013 r. i w § 5 ust. 1 zarządzenia nr 59/2016/DSOZ z dnia 29 czerwca 2016 r. Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne – na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 159 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, ze zm.).

w zakresie zaopatrzenia na środki pomocnicze⁶, w którym zrealizowano najwięcej świadczeń, dostępność występowała we wszystkich powiatach.

W badanym okresie nie wpłynęły żadne informacje i skargi od świadczeniobiorców dotyczące braku dostępności do przedmiotowych świadczeń.

W POW NFZ prowadzono analizy danych w zakresie dostępności do świadczeń w poszczególnych zakresach zaopatrzenia na terenie powiatów województwa pomorskiego. Na ich podstawie Oddział posiadał szczegółową wiedzę na temat dostępności świadczeń w poszczególnych powiatach.

Ponadto pozyskiwano i weryfikowano dane zawarte w systemie informatycznym, a następnie podejmowano stosowne działania mające na celu ograniczanie ryzyka refundacji nieprawidłowych świadczeń w przypadku zgonu pacjenta.

W wyniku przeprowadzanych u świadczeniodawców kontroli ustalano szereg uchybień i nieprawidłowości, co skutkowało przedstawianiem licznych zaleceń pokontrolnych oraz nakładaniem kar umownych.

W okresie objętym kontrolą POW NFZ zawarł ze świadczeniobiorcami 226 umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne. POW NFZ, prowadząc postępowania w sprawie zawarcia ww. umów, przestrzegał zasad określonych w obowiązujących procedurach⁷ zarówno w zakresie przygotowania postępowań, rejestracji i weryfikacji wniosków oraz zawierania umów. POW NFZ przed zawarciem umowy przeprowadzał wizytacje (czynności sprawdzające) miejsc udzielania świadczeń u wnioskodawców, którzy wystąpili z wnioskiem o zawarcie umowy po raz pierwszy oraz u dotychczasowych wnioskodawców, których informacje zawarte we wnioskach budziły zastrzeżenia.

W okresie 2016-2018 (I kwartał) POW NFZ potwierdził łącznie 35 361 zleceń na wybrane wyroby medyczne produkowane seryjnie z grupy „J” i „P”⁸. Objęte szczegółowym badaniem zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne (50) w 86% POW NFZ potwierdził do siedmiu dni od daty wpływu do Oddziału, a ich weryfikacja wykazała, że zostały wystawione przez osoby uprawnione.

Analiza 50 kolejnych zleceń⁹ wykazała, że nazwy wyrobów medycznych umieszczonych w zleceniach były zgodne z nazwami zawartymi w raportach statystycznych świadczeniodawców oraz z danymi zawartymi w umowach o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne w zakresie: kodu produktu, nazwy handlowej, producenta i modelu, a świadczeniobiorcy, którzy otrzymali wyroby medyczne na podstawie ww. zleceń, spełniali kryteria ich przyznawania.

⁶ Z wyłączeniem środków pomocniczych z zakresu protetyki słuchu i optyki okularowej.

⁷ Ustalono na podstawie badania 30 postępowań, po 10 z każdego roku objętego kontrolą.

⁸ Dla grupy J - ortezy kończyn dolnych produkowane seryjnie z wyłączeniem opasek elastycznych: J.038, J.039 i dla grupy P - wyroby medyczne wykonywane seryjnie: P.084, P.085, P.117, P.125, P.127 i P.129.

⁹ Po dziesięć z każdej z grup: J.038, J.039, P.125, P.127 i P.129.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

Dostępność świadczeń dotyczących zaopatrzenia w wyroby medyczne wydawane na zlecenie

Opis stanu
faktycznego

1.1. Proces zawierania umów z podmiotami realizującymi czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne

1.1.1. Zgodnie z postanowieniami zawartymi w regulaminach organizacyjnych Oddziału, które stanowiły załączniki do zarządzeń Dyrektora Oddziału¹⁰, problematyką zabezpieczenia dostępu do świadczeń w zakresie wyrobów medycznych oraz obsługą świadczeniodawców, zajmowała się Delegatura Oddziału w Słupsku, która podlegała Zastępcy Dyrektora ds. Służb Mundurowych Oddziału i kierowana była przez Kierownika Delegatury POW NFZ w Słupsku. W tej jednostce organizacyjnej, zadania w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju wyroby medyczne wykonywane były w szczególności, w Działach: Finansowym, Spraw Świadczeniodawców i Świadczeń Opieki Zdrowotnej oraz na Samodzielnym Stanowisku ds. Monitorowania Świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 10-30, 269-303)

Na stronie internetowej Oddziału, w zakładce „Dla Pacjenta”, zamieszczono „Zasady korzystania ze świadczeń medycznych”, w tym zasady „Zaopatrzenia w refundowane wyroby medyczne wydawane na zlecenie”, w których poza informacjami „Jak uzyskać refundowany wyrób medyczny”¹¹, znajdował się link do wyszukiwarki miejsc udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w tym rodzaju¹².

(dowód: akta kontroli str. 304-311)

1.1.2. Liczba świadczeniodawców realizujących umowy w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne na terenie województwa pomorskiego systematycznie wzrastała i wynosiła: w 2014 r. – 143, w 2015 r. – 154, w 2016 r. – 165 i w 2017 r. – 176. Wzrastała również liczba refundowanych wyrobów medycznych i wynosiła: w 2014 r. – 13.235.296, w 2015 r. – 13.981.462, w 2016 r. – 14.834.809 i w 2017 r. – 15.690.857.

Liczba świadczeniodawców realizujących umowy¹³ i liczba refundowanych wyrobów medycznych, w podziale na zakresy zaopatrzenia w poszczególnych latach kształtowała się następująco:

- przedmioty ortopedyczne, obejmujące zaopatrzenie w wyroby medyczne wykonywane na zamówienie oraz wyroby medyczne produkowane seryjnie w: 2014 r. – 72 i 19.974, 2015 r. – 79 i 22.411, 2016 r. – 83 i 25.134 oraz 2017 r. – 86 i 26.575;
- środki pomocnicze z wyłączeniem środków pomocniczych z zakresu protetyki słuchu i optyki okularowej, obejmujące zaopatrzenie w wyroby medyczne wykonywane na zamówienie oraz wyroby medyczne produkowane seryjnie,

¹⁰ Zarządzenia w sprawie nadania Pomorskiemu Oddziałowi Wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia regulaminu organizacyjnego: nr 23/15 z dnia 13 marca 2015 r., nr 22/16 z dnia 8 marca 2016 r., nr 91/16 z dnia 12 grudnia 2016 r., nr 258/17 z dnia 21 grudnia 2017 r. (zmienione zarządzeniem nr 93/18 z dnia 8 czerwca 2018 r.).

¹¹ <http://www.nfz-gdansk.pl/dla-pacjenta/zasady-korzystania-ze-swadczen-medycznych/zaopatrzenie-w-refundowane-wyroby-medyczne-wydawane-na-zlecenie>, 79.

¹² <https://zip.nfz.gov.pl/GSL/GSL/ZPO>.

¹³ Część świadczeniodawców realizowała umowy w kilku zakresach zaopatrzenia, zatem łączna liczba świadczeniodawców, liczona jako suma we wszystkich zakresach jest większa od liczby świadczeniodawców, którzy podpisali umowy z Oddziałem.

w tym zaopatrzenie w wyroby medyczne przysługujące comiesięcznie¹⁴ w: 2014 r. – 92 i 13.190.137, 2015 r. – 99 i 13.926.533, 2016 r. – 105 i 14.775.358 oraz 2017 r. – 111 i 15.629.430;

- protetyka słuchu, obejmująca zaopatrzenie w wyroby medyczne produkowane seryjnie, w: 2014 r. – 29 i 13.416, 2015 r. – 31 i 15.718, 2016 r. – 34 i 16.281 oraz 2017 r. – 35 i 16.915;
- optyka okularowa, obejmujące zaopatrzenie w wyroby medyczne produkowane seryjnie, w: 2014 r. – 20 i 11.769, 2015 r. – 22 i 16.800, 2016 r. – 24 i 18.036 oraz 2017 r. – 28 i 17.937.

(dowód: akta kontroli str. 488)

1.1.3. W latach 2014-2017 POW NFZ sporządzał wewnętrzne analizy dostępności do świadczeń z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne wydawane na zlecenie m.in. w formie zestawień ilustrujących liczbę miejsc udzielania świadczeń z podziałem na poszczególne powiaty województwa pomorskiego oraz zakresy udzielanych świadczeń.

Z zestawienia dotyczącego liczby świadczeniodawców i liczby zrealizowanych zleceń w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju wyroby medyczne, z podziałem na poszczególne zakresy zaopatrzenia w ww. latach wynika, że w przypadku zaopatrzenia w:

- środki pomocnicze z wyłączeniem środków pomocniczych z zakresu protetyki słuchu i optyki okularowej, zapewniono dostępność we wszystkich powiatach;
- przedmioty ortopedyczne, nie zapewniono dostępności w powiecie nowodworskim, a także powiecie słupskim w latach 2014-2015;
- w zakresie optyki okularowej, nie zapewniono dostępności w powiatach: puckim, słupskim, starogardzkim i nowodworskim, a także w powiatach: kartuskim w 2014 r. oraz lęborskim w latach 2014-2016;
- w zakresie protetyki słuchu, nie zapewniono dostępności w powiecie słupskim.

(dowód: akta kontroli str. 324-331)

W zakresie przyczyn niezapewnienia pełnej dostępności wskazanych wyżej świadczeń, Kierownik Delegatury POW NFZ w Słupsku wyjaśniła m.in., że umowy w tym rodzaju świadczeń nie są zawierane w oparciu o podział terytorialny województwa. Postępowanie o zawarcie umów prowadzone jest w systemie ciągłym na przestrzeni całego roku kalendarzowego i odnosi się do całego obszaru województwa. Zaproszenia do składania wniosków o zawarcie umów wraz z pełnymi informacjami w sprawie zawierania umów zamieszczone są przez cały rok na stronie internetowej POW NFZ, a zatem są one ogólnie dostępne. Każdy podmiot, który wyrazi chęć współpracy i który spełnia warunki określone przepisami prawa, w tym przez Prezesa NFZ, może złożyć wniosek o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń i taką umowę zawrzeć. POW NFZ w żadnym przypadku nie ogranicza zarówno liczby współpracujących świadczeniodawców, jak i liczby miejsc udzielania świadczeń. Jest ona zależna jedynie od podmiotów chętnych do podjęcia współpracy. Ponadto, należy podkreślić, że Oddział nie dysponuje żadnymi narzędziami rozwiązań prawnych, jak i ekonomicznych, które wpływałyby na kształt wolnego rynku, czy też pozwalałyby na podejmowanie decyzji biznesowych poprzez inicjowanie procesu podejmowania i wykonywania działalności gospodarczej, w poszczególnych branżach, szczególnie na wsiach, bowiem działalność ta, jak każda działalność gospodarcza zgodnie z obowiązującym

¹⁴ W przypadku wyrobów przysługujących comiesięcznie, dla potrzeb prezentacji niniejszych danych, zsumowano liczbę sztuk konkretnego wyrobu medycznego.

prawem korzysta z zasady swobody działalności gospodarczej oraz rządzi się logiką wynikającą z mechanizmów ekonomicznych, w tym dążenia do efektywności ekonomicznej czy też równowagi rynkowej, tj. zrównania popytu z podażą.

Odnosząc się natomiast do braku miejsc udzielania świadczeń w zakresie zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne na terenie powiatu nowodworskiego, Kierownik Delegatury POW NFZ w Słupsku stwierdziła, że wg stanu na dzień 20 sierpnia 2018 r. żaden przedsiębiorca z powyższego obszaru nie wystąpił z wnioskiem o zawarcie umowy na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne. Może to wynikać np. z braku rentowności założenia lub prowadzenia działalności gospodarczej w niewielkim powiecie, graniczącym m.in. z powiatem gdańskim, powiatem malborskim, czy też dominującym w realizacji zleceń miastem Gdańsk, w którym znajduje się kilkadziesiąt miejsc udzielania świadczeń w tym zakresie. Natomiast o ile w latach 2014-2015 w powiecie słupskim nie było podmiotu zainteresowanego zawarciem umowy w powyższym zakresie, to odpowiednio w latach 2016-2017, zapewniono dostępność do miejsc udzielania świadczeń w zakresie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne we wskazanym powiecie.

W zakresie optyki okularowej w latach 2016-2017 nie było miejsc udzielania świadczeń w powiecie puckim, słupskim, starogardzkim, nowodworskim, lęborskim w 2016 r. z uwagi na brak podmiotów zainteresowanych zawarciem umowy o udzielanie świadczeń. W powiecie kościerskim zapewniona była dostępność do miejsca udzielania świadczeń w latach 2014-2017, jednocześnie w 2014 r. oraz 2017 r. świadczeniodawca nie zrealizował zleceń potwierdzonych przez POW NFZ, natomiast w powiecie chojnickim zapewniono w latach 2014-2017 dostęp do miejsca udzielania świadczeń, jednakże świadczeniodawca nie zrealizował zleceń potwierdzonych przez POW NFZ w latach 2014-2016.

Zdaniem Kierownik Delegatury POW NFZ w Słupsku poczynawszy, od dnia 1 stycznia 2014 r., w którym weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2013 r. zwiększające m.in wysokość refundacji szkielek okularowych (przed zmianą przepisów refundacja ze środków publicznych przy najczęściej spotykanej wadzie refrakcji do 4 dptr na parę soczewek okularowych wynosiła 8,40 zł), w stosunku do roku poprzedzającego zmianę przepisów, odnotowano znaczny wzrost (81,82%) zainteresowania podmiotów spełniających warunki określone przepisami prawa, zawarciem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie optyki okularowej i do dnia dzisiejszego obserwuje się tendencję wzrostową w tym zakresie (wysokość refundacji soczewek okularowych utrzymana została w zapisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r.). Natomiast w zakresie protetyki słuchu w latach 2016-2017 nie zapewniono miejsca udzielania świadczeń jedynie w powiecie słupskim, z uwagi na brak podmiotu na wskazanym obszarze, który byłby zainteresowany prowadzeniem działalności gospodarczej w powyższym zakresie, a następnie zawarciem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o ile spełniałby wymogi prawne. Powyższe może wynikać np. z braku rentowności założenia lub prowadzenia działalności gospodarczej w gminach wiejskich, w szczególności mając na względzie, że w mieście Słupsk, które jednocześnie jest siedzibą powiatu słupskiego, zapewniona jest dostępność do kilku miejsc udzielania świadczeń w tym zakresie. Natomiast w powiecie puckim zapewniono dostępność do jednego miejsca udzielania świadczeń, jednak w latach 2016-2017 podmiot (który rozwiązał umowę w 2017, a kolejną zawarł w innej formie prawnej, po przekształceniu w inną spółkę prawa handlowego) nie zrealizował potwierdzonych przez POW NFZ zleceń. Poczynawszy od dnia 1 kwietnia 2018 r. w powiecie puckim dostępne jest drugie miejsce udzielania świadczeń w zakresie protetyki słuchu (Władysławowo, ul. Hallera 19). Ponadto w powiecie bytowskim w roku 2014 także

zapewniono dostępność do miejsc udzielania świadczeń w zakresie protetyki słuchu, jednakże świadczeniodawcy nie zrealizowali w tych miejscach w 2014 r. potwierdzonych przez Oddział zleceń.

Kierownik Delegatury POW NFZ w Słupsku dodała, że do dnia 20 sierpnia 2018 r. nie wpłynęły żadne informacje dotyczące braku dostępności do świadczeń w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne od świadczeniobiorców w powyższych powiatach. W związku z tym nie były sporządzane dodatkowe wnioski, czy rekomendacje służące poprawie dostępności świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 312-323, 332)

1.1.4. W okresie objętym kontrolą postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne prowadzone były w ciągu całego roku kalendarzowego. Każdy podmiot spełniający warunki określone w obowiązujących aktach prawnych mógł wystąpić z wnioskiem o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń w tym rodzaju (dalej: „wniosek”).

Do 30 czerwca 2016 r. ocena wniosków i zawieranie umów odbywało się na podstawie Zarządzenia Nr 90/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczeń zaopatrzenie w wyroby medyczne¹⁵ oraz „Procedury postępowania w sprawie zawarcia umów w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych” z 13 października 2015 r.¹⁶, a po tym dniu – na podstawie Zarządzenia Nr 59/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczeń zaopatrzenie w wyroby medyczne¹⁷ oraz „Procedury postępowania w sprawie zawarcia umów w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych” z 6 lipca 2016 r.¹⁸

W postępowaniu na rok 2016 do POW NFZ wpłynęło 60 wniosków, na rok 2017 – 241, a na rok 2018 (do końca I kwartału) – 27. Z łącznej liczby 328 złożonych wniosków odrzucono dwa (jeden w 2016 r. i jeden 2017 r.) dotyczące zawarcia umowy w zakresie zaopatrzenia w optykę okularową, w obu przypadkach – z powodu niespełniania wymagań określonych w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinien odpowiadać lokal podmiotu wykonującego czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne dostępne na zlecenie¹⁹ (brak odpowiedniego sprzętu oraz swobodnego dostępu dla osób niepełnosprawnych z dysfunkcją ruchu).

(dowód: akta kontroli str. 472-475, 534-595)

Badanie 30 postępowań w sprawie zawarcia umów w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne (po 10 z każdego roku objętego kontrolą) wykazało, że przestrzegano zasad określonych w ww. procedurach zarówno w zakresie:

- przygotowania postępowań (m.in. zamieszczano na stronie internetowej POW NFZ i tablicy informacyjnej komunikaty dla wnioskodawców wraz z zaproszeniem do składania wniosków, powołano zespół do oceny wniosków),

¹⁵ Dz. Urz. NFZ poz. 90, ze zm.

¹⁶ Wprowadzona na podstawie pisma Prezesa NFZ o sygn.: DSOZ.401.2283.2015 W.29445.ANG.

¹⁷ Dz. Urz. NFZ poz. 59.

¹⁸ Wprowadzona na podstawie pisma Prezesa NFZ o sygn.: DSOZ.401.1418.2016 W.17864.ANG.

¹⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinien odpowiadać lokal podmiotu wykonującego czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne dostępne na zlecenie (Dz. U. r. poz. 1570).

- rejestracji i weryfikacji wniosków (m.in. zespół weryfikował wnioski pod względem spełnienia warunków do zawarcia umowy na ww. zakres świadczeń, wzywał wnioskodawców do usunięcia braków²⁰ i dokonywał oceny wniosku po ich uzupełnieniu, przeprowadzał czynności sprawdzające miejsca udzielania świadczeń²¹) oraz
- zawierania umów (m.in. zespół występował do Dyrektora POW NFZ z wnioskami o zatwierdzenie postępowań i zawarcie umów, a informacje o pozytywnie ocenionych wnioskach i podpisanych umowach, najpóźniej na jeden dzień roboczy przed dniem rozpoczęcia obowiązywania umów, udostępniane były na stronie internetowej i tablicy informacyjnej POW NFZ).

(dowód: akta kontroli str. 437-458)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1.2. Realizacja i kontrola realizacji umów, ze szczególnym uwzględnieniem spełnienia warunków określonych w zarządzeniach Prezesa NFZ

Opis stanu
faktycznego

1.2.1. Plan zakupu świadczeń w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne (po zmianach) wynosił w 2014 r.: 47.200,0 tys. zł, w 2015 r. - 49.216,0 tys. zł, w 2016 r. – 52.600,0 tys. zł i w 2017 r. - 56.500 tys. zł. Zrealizowany został w kwotach odpowiednio: 44.288,3 tys. zł, 48.829,2 tys. zł, 52.559,6 tys. zł i 56.079,4 tys. zł, tj. w 93,8%, 99,2%, 99,9% i 99,3%. Koszty zaopatrzenia w wyroby medyczne stanowiły w każdym badanym roku 1,5% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej POW NFZ.

W analizowanym okresie dynamika wzrostu kosztów zakupu świadczeń w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne:

- wynosiła: 10,3% (2015/2014), 7,6% (2016/2015), 6,7% (2017/2016),
- w porównaniu do dynamiki wzrostu kosztów zakupu świadczeń ogółem²² w 2015 r. i 2016 r. była wyższa o odpowiednio 3,3 i 2,5 punktu procentowego, a w 2017 r. niższa o 0,9 punktu procentowego.

(dowód: akta kontroli str. 31-83, 212-269, 469-471)

Dyrektor POW NFZ poinformowała, że w systemie finansowania kontrolowanych przez NIK świadczeń nie można precyzyjnie wyliczyć ani prognozować kosztów. Finansowanie tego rodzaju świadczeń ma charakter nieprzewidywalny i dynamiczny, uzależniony od liczby wystawionych przez osoby uprawnione i zrealizowanych zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne. Prognoza kosztów omawianych świadczeń dokonywana jest w oparciu o analizę dynamiki wzrostu kosztów tych świadczeń w latach poprzednich, aktualnej realizacji zaopatrzenia w wyroby medyczne, z uwzględnieniem założeń wynikających ze zmian przepisów (takich jak np. rozszerzenie grupy refundowanych wyrobów medycznych, rozszerzenie grupy uprawnionych, czy przyznanie uprawnień dodatkowych).

(dowód: akta kontroli str. 469-471)

²⁰ Stwierdzono 13 takich przypadków.

²¹ U 20 wnioskodawców, zaś w pozostałych 10 przypadkach nie było takiej konieczności, gdyż wnioski składali dotychczasowi wnioskodawcy, których informacje zawarte we wnioskach nie budziły wątpliwości.

²² odpowiednio 7,0%, 5,1% i 7,6%

1.2.2. W okresie 2016-2018 (I kwartał) POW NFZ zawarł ze świadczeniobiorcami 226 umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – zaopatrzenie w wyroby medyczne, odpowiednio²³: 34, 164 i 19.

(dowód: akta kontroli str. 475)

1.2.3. W latach 2016-2018 (I kwartał) do Oddziału wpłynęło łącznie 319 skarg²⁴, które zostały złożone przez 305 podmiotów prywatnych²⁵ i 14 instytucji²⁶.

Spośród powyższych skarg, jedna dotyczyła zaopatrzenia w wyroby medyczne wydawane na zlecenie. Została ona złożona przez świadczeniobiorcę w dniu 8 grudnia 2016 r. w związku z odmową potwierdzenia zlecenia na poduszkę przeciwoleżynową przed terminem okresu użytkowania. W dniu 19 grudnia 2016 r. Oddział udzielił skarżącemu odpowiedzi, w której m.in. wskazano na obowiązujące przepisy określające, iż okres użytkowania ww. wyrobu medycznego został ustanowiony przez ustawodawcę „raz na dwa lata”, wskazano zasadę obliczania upływu okresu użytkowania oraz najwcześniejszy możliwy termin potwierdzenia nowego zlecenia. Nadmieniono także, że system informatyczny Oddziału nie dopuszcza możliwości potwierdzania zleceń przed upływem okresu użytkowania. W związku z powyższym, skarga została uznana za niezasadną.

(dowód: akta kontroli str. 489)

1.2.4. Na 2016 r. i 2018 r. nie zaplanowano żadnej kontroli realizacji i rozliczania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne. Natomiast na 2017 r. zaplanowano pięć kontroli w tym obszarze.

W latach 2016-2018 (I kwartał) przeprowadzono łącznie pięć kontroli planowych i 12 kontroli doraźnych, z tego: w 2016 r. – trzy kontrole doraźne, w 2017 r. – pięć planowych i siedem doraźnych oraz w 2018 (I kwartał) – dwie kontrole doraźne.

W efekcie powyższych kontroli na świadczeniodawców nałożono kary umowne w łącznej kwocie 16 tys. zł, z tego: 12,7 tys. zł w wyniku ośmiu kontroli doraźnych i 3,3 tys. zł w wyniku czterech kontroli planowych. Ponadto POW NFZ skierował do świadczeniodawców szereg zaleceń pokontrolnych, zobowiązując ich m.in. do:

- rzetelnego wykazywania w raportach statystycznych realizowanych świadczeń, tj. wykazywania prawidłowych kwot dopłaty jak również przechowywania wszystkich dokumentów sprzedaży dotyczących wyrobów medycznych wykazanych w raportach statystycznych;
- wydawania wyrobów medycznych wyłącznie na podstawie potwierdzonych przez NFZ zleceń;
- wydawania wyrobów medycznych na podstawie upoważnienia wystawionego przez świadczeniobiorcę lub zaświadczenia lekarza;
- stosowania wyłącznie nazw handlowych wyrobów medycznych, pod którymi zostały one zarejestrowane;
- rzetelnego prowadzenia dokumentacji dotyczącej zakupu wyrobów medycznych, bieżącego aktualizowania wszelkich zmian w załączniku nr 1 do umowy „Harmonogramie - Zasoby” dotyczących asortymentu;
- należytej staranności przy wydawaniu wyrobów medycznych oraz prawidłowej realizacji zleceń w zakresie zgodności dat z dokumentem sprzedaży oraz wydawania wyrobów medycznych, zgodnie z danymi zawartymi w jego V części;

²³ Umowy zawarte w postępowaniach na dany rok.

²⁴ Z tego w: 2016 r. – 144, 2017 r. – 147 i 2018 (I kw.) – 28.

²⁵ Z tego w: 2016 r. – 136, 2017 r. – 142 i 2018 (I kw.) – 27.

²⁶ Z tego w: 2016 r. – 8 (Ministerstwo Zdrowia – 5, Rzecznik Praw Pacjenta – 1, Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Malborku – 1, Starostwo Powiatowe w Malborku – 1), 2017 r. – 5 (Ministerstwo Zdrowia – 4, Rzecznik Praw Pacjenta – 1) i 2018 (I kw.) – 1 (Ministerstwo Zdrowia).

- prawidłowej realizacji zleceń w zakresie zgodności dat z dokumentem sprzedaży;
- zapewnienia w miejscu udzielania świadczeń warunków do przechowywania wyrobów medycznych zgodnie z zaleceniami wytwórcy;
- realizacji umowy zgodnie z przepisami prawa w tym sprawozdawanie kwot refundacji i dopłat zgodnie ze stanem faktycznym;
- zachowania ciągłości ubezpieczenia OC przez cały okres obowiązywania umowy.

(dowód: akta kontroli str. 484-487, 602-630)

W wyniku analizy zbadanych ośmiu wystąpień pokontrolnych²⁷ stwierdzono, że w siedmiu przypadkach ujawniano nieprawidłowości bądź uchybienia. Dotyczyły one przede wszystkim:

- przerw w ubezpieczeniu OC;
- rozbieżności w nazwach handlowych pomiędzy zleceniem a deklaracją zgodności;
- przedstawienia przez świadczeniodawców faktur zakupu od producenta na przedmioty inne niż wykazane w zleceniu bądź braku dokumentów zakupu wyrobu medycznego od producenta;
- braku pisemnych upoważnień dotyczących odbioru wyrobów medycznych w imieniu świadczeniobiorcy;
- przedstawienia nieprawidłowych dokumentów bądź braku dokumentów sprzedaży wyrobów medycznych;
- różnic pomiędzy kwotami brutto na paragonie a kwotami brutto wykazanymi w załączniku do umowy z POW NFZ;
- wydania wyrobów medycznych niezgłoszonych do umowy bądź po zgonie świadczeniobiorców;
- warunków przechowywania wyrobów medycznych przed zanieczyszczeniami mechanicznymi, utratą masy, zawilgoceniem oraz zapachami.

Kontrolowane podmioty przesyłały do POW NFZ informacje o sposobie wykonania zaleceń pokontrolnych, podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

(dowód: akta kontroli str. 631-697)

1.2.5. W latach 2016-2018 (I kwartał), POW NFZ przed zawarciem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne przeprowadził wizytacje (czynności sprawdzające) miejsc udzielania świadczeń u 78 wnioskodawców, którzy wystąpili z wnioskiem o zawarcie umowy po raz pierwszy oraz u dotychczasowych wnioskodawców, których informacje zawarte we wnioskach budziły zastrzeżenia. Sprawdzano, czy wnioskodawca spełnia wymagania określone w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinien odpowiadać lokal podmiotu wykonującego czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne dostępne na zlecenie oraz weryfikowano kwalifikacje personelu zgłoszonego do umowy i prawo do lokalu.

(dowód: akta kontroli str. 477)

1.2.6. System informatyczny wspomagania działalności NFZ wyposażony został w reguły weryfikacyjne dotyczące świadczeń w rodzaju wyroby medyczne wydawane na zlecenie, które były wykorzystywane w sposób jednolity przez wszystkie oddziały wojewódzkie.

²⁷ Sześć z kontroli doraźnych (jedno z 2016 r., cztery z 2017 r. i jedno z 2018 r.) i dwa z kontroli planowych.

W okresie objętym kontrolą, w oparciu o reguły walidacyjne „równoczesne hospitalizacje” w module ortopedia (dalej: „ORTN”), zarówno w toku rozliczania świadczeń, jaki i podczas ich wstecznej weryfikacji w ramach monitorowania oraz analiz dokonywanych do celów kontrolnych, nie stwierdzono przypadku udzielania świadczeń na wózki inwalidzkie podczas pobytu pacjenta w szpitalu.

(dowód: akta kontroli str. 462-468, 477, 698-700)

1.2.7. W POW NFZ świadczenia rozliczane są w ramach Portalu Świadczeniodawcy (dalej: „Portal”). W badanym okresie nie wystąpiły przypadki odmowy wypłaty środków za zlecony i wydany wyrób medyczny, z powodu śmierci pacjenta.

Funkcjonujące w systemie walidacje uniemożliwiają próbę sprawozdania do rozliczenia przez świadczeniodawcę anulowanego lub odrzuconego zlecenia, w tym z powodu zgonu pacjenta.

Przykładowo:

W przypadku gdy zlecenie w module ORTN posiada status anulowany lub odrzucony świadczeniodawca otrzymuje komunikat o błędzie nr E1001 i tym samym nie może takiego zlecenia rozliczyć („E1001 Brak zlecenia wśród wniosków potwierdzonych. B – błąd Wniosek o podanym kodzie nie istnieje w bazie wniosków potwierdzonych”).

W przypadku, gdy zlecenie nie zostało jeszcze anulowane w systemie, po zgonie świadczeniodawca otrzyma komunikat:

„E1127 – Data odbioru przedmiotu ortopedycznego / środka pomocniczego / naprawy jest późniejsza od daty zgonu pacjenta. B - błąd Data odbioru przedmiotu ortopedycznego / środka pomocniczego / naprawy jest późniejsza od daty zgonu pacjenta”.

Występujące komunikaty w przypadku skrócenia okresu ważności kart zaopatrzenia, m.in. z powodu zgonów:

„E1202 Wniosek był zrealizowany po okresie ważności karty zaopatrzenia. B – błąd Wniosek był zrealizowany po okresie ważności karty zaopatrzenia”.

Występujące komunikaty w przypadku anulowania kart zaopatrzenia, m.in. z powodu zgonów:

„E1213 Karta zaopatrzenia jest anulowana i wniosek zrealizowano po dacie anulowania karty B – błąd Karta zaopatrzenia jest anulowana i wniosek zrealizowano po dacie anulowania karty”.

Dyrektor POW NFZ wyjaśniła, że niezależnie od funkcjonujących w systemie walidacji uniemożliwiających sprawozdanie i rozliczenie świadczeń po zgonie, pracownicy Delegatury POW NFZ w Słupsku, dla potrzeb działalności kontrolnej Oddziału wykonują raz na kwartał pogłębione analizy m.in. rozliczonych świadczeń, w oparciu o oszacowaną ocenę ryzyka, zakładając że w dniu sprawozdawania w systemie przez świadczeniodawcę zlecenia do rozliczenia mogą wystąpić przypadki braku w bazie „Centralny Wykaz Ubezpieczonych” (dalej: „CWU”) informacji o okoliczności zgonu pacjenta, tj. wprowadzonej daty zgonu (wówczas w systemie nie zadziała walidacja, bowiem brak informacji o zgonie i istnieje prawdopodobieństwo rozliczenia takiego zlecenia). Narzędzie w module ORTN w części „Raport definiowalny z realizacji” „Realizacje po zgonie” umożliwia (po kolejnych uzupełnieniach w CWU dat zgonu) wsteczną weryfikację rozliczonych

świadczeń i wygenerowanie zleceń, co do których data wskazana na zleceniu jako data odbioru wyrobu medycznego może wskazywać na realizację po dacie zgonu.

Delegatura raz na kwartał przygotowuje dla potrzeb komórki kontrolującej zestawienie takich zleceń, w celu przeprowadzenia kontroli świadczeniodawców, a także prowadzi postępowania wyjaśniające wspomagające działalność kontrolną mające na celu ustalenie stanu faktycznego tj. korespondencję z realizatorami, osobami odbierającymi wyrób medyczny, podmiotem wystawiającym.

(dowód: akta kontroli str. 462-468, 477, 701-715)

1.2.8. Z wyjaśnień Dyrektora POW NFZ wynika, że z uwagi na brak regulacji prawnych w tym zakresie Oddział nie przetwarza informacji o pacjentach, którzy pozyskali środki finansowe na udział własny ze środków PFRON.

W zakresie refundacji wyrobów medycznych Oddział realizuje zadania w oparciu o ustawę o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych z dnia 12 maja 2011 r., rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2013 r. w sprawie wzoru zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz wzoru zlecenia naprawy, rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie ze zm., Zarządzenie nr 59/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu oraz ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. Należy zauważyć, że ustawa o świadczeniach określa zakres oraz cel przetwarzanych danych osobowych przez NFZ, w tym danych wrażliwych o stanie zdrowia pacjenta szczególnie chronionych (zlecenia zawierają także dane dot. stanu zdrowia). Dane te mogą być udostępniane przez Fundusz tylko w oparciu o podstawę prawną. Ponadto żaden przepis ustawy nie upoważnia Oddziału do przetwarzania danych dot. pozyskiwania przez pacjenta źródeł finansowania udziału własnego w limicie finansowania ze środków publicznych lub kwoty ponad limit w przypadku podjęcia decyzji przez świadczeniobiorcę zakupującego o wyborze produktu w cenie wyższej niż limit finansowania ze środków publicznych, wysokość udziału własnego świadczeniobiorcy jest liczona od tej ceny.

(dowód: akta kontroli str. 462-468, 478)

1.2.9. Wystawione zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne (dalej: „zlecenie”) sprawdzane jest, jak wynika z wyjaśnień Dyrektora POW NFZ, pod kątem zgodności z obowiązującymi w tym zakresie przepisami, tj. rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2013 r. w sprawie wzoru zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz wzoru zlecenia naprawy (m.in. czy zlecenie zostało wystawione na obowiązującym druku i czy zawiera wszystkie wymagane elementy zgodnie z obowiązującym wzorem) oraz rozporządzeniem w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (w każdym przypadku upoważniony pracownik sprawdza szczegółowo uprawnienie wystawcy do zlecenia danego wyrobu medycznego w oparciu o ww. rozporządzenie). Dodatkowo system informatyczny (moduł ortopedia) po zarejestrowaniu zlecenia wspomaga pracownika merytorycznego w tym zakresie poprzez weryfikację kompetencji osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia na dany wyrób medyczny (weryfikacja przez system dokonywana jest w oparciu o numer prawa wykonywania zawodu osoby wystawiającej zlecenie).

(dowód: akta kontroli str. 478-479)

W okresie 2016-2018 (I kwartał), dla niżej wymienionych grup wyrobów medycznych produkowanych seryjnie, POW NFZ potwierdził łącznie 35 361 zleceń²⁸, z tego:

- 17 966 dla grupy P.084 (aparat słuchowy na przewodnictwo powietrzne),
- 5 860 dla grupy P.117 (materac przeciwoleżynowy z wyłączeniem materacy piankowych),
- 3 774 dla grupy J.039 (orteza stawu kolanowego obejmująca całą gołęń i udo, z regulacją zakresu ruchomości),
- 2 966 dla grupy P.127 (wózek inwalidzki ręczny),
- 2 781 dla grupy J.038 (orteza stawu kolanowego z ruchomym stawem kolanowym z regulacją kąta zgięcia),
- 1 814 dla grupy P.129 (wózek inwalidzki wykonany ze stopów lekkich z systemem szybkiego demontażu kół, składany dla osób samodzielnie poruszających się na wózku),
- 176 dla grupy P.125 (pionizator),
- 24 dla grupy P.085 (aparat słuchowy na przewodnictwo kostne).

(dowód: akta kontroli str. 479, 490)

W latach 2016-2018 (I kwartał) średni czas potwierdzania zlecenia przez POW NFZ, w poszczególnych grupach wyrobów medycznych: „P” i „J”, produkowanych seryjnie, wynosił odpowiednio dla grupy:

- J.038: 2,51 dnia w 2016 r., 3,2 w 2017 r. i 1,8 w 2018 r. (w I kwartale)²⁹;
- J.039: 2,98 dnia w 2016 r., 3,5 w 2017 r. i 2,09 w 2018 r. (w I kwartale)³⁰;
- P.084: 5,83 dnia w 2016 r., 7,62 w 2017 r. i 7,06 w 2018 r. (w I kwartale)³¹;
- P.085: 1,78 dnia w 2016 r., 3,22 w 2017 r. i 8 w 2018 r. (w I kwartale)³²;
- P.117: 0,41 dnia w 2016 r., 0,57 w 2017 r. i 0,54 w 2018 r. (w I kwartale)³³;
- P.125: 1,78 dnia w 2016 r., 3,65 w 2017 r. i 1,52 w 2018 r. (w I kwartale)³⁴;
- P.127: 3,3 dnia w 2016 r., 5,26 w 2017 r. i 4,09 w 2018 r. (w I kwartale)³⁵;
- P.129: 3,18 dnia w 2016 r., 5,76 w 2017 r. i 3,98 w 2018 r. (w I kwartale)³⁶.

Minimalny czas potwierdzania zlecenia w ww. grupach wyrobów medycznych wyniósł: 0 dni (POW NFZ potwierdzał zlecenie w dniu wpływu), zaś maksymalny wyniósł: 24 dni w 2016 r. (dla wyrobu medycznego J.039), 20 dni w 2017 r. (dla J.038 i P.084) i 18 dni w I kwartale 2018 r. (dla P.084).

Dyrektor POW NFZ wyjaśniła, że zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne rozpatrywane są niezwłocznie, a czas rozpatrywania niektórych zleceń we wskazanym wyżej asortymencie wynikał m.in. z konieczności podejmowania dodatkowych czynności wyjaśniających związanych z ustaleniem prawa do świadczeń (w tym wyjaśnienia ustawodawstwa właściwego), do dodatkowych uprawnień, do zgłoszenia do ubezpieczenia, a także z konieczności uzupełnienia wniosku, czy też weryfikowania przez lekarza zatrudnionego w POW NFZ kryteriów w przypadku wątpliwości co do prawidłowości wystawionego zlecenia. Ponadto do POW NFZ wpływa drogą pocztową kilkaset zleceń dziennie, więc czas potwierdzania zleceń może ulegać wydłużeniu również na skutek absencji pracowników (np. urlopy).

²⁸ Z tego: 15 000 w 2016 r., 15 775 w 2017 r. i 4 586 w I kwartale 2018 r.

²⁹ Maksymalny czas potwierdzania zlecenia w ww. okresie wynosił odpowiednio: 19, 20 i 14 dni.

³⁰ Maksymalny czas potwierdzania zlecenia w ww. okresie wynosił odpowiednio: 24, 18 i 15 dni.

³¹ Maksymalny czas potwierdzania zlecenia w ww. okresie wynosił odpowiednio: 22, 20 i 18 dni.

³² Maksymalny czas potwierdzania zlecenia w ww. okresie wynosił odpowiednio: 7, 10 i 15 dni.

³³ Maksymalny czas potwierdzania zlecenia w ww. okresie wynosił odpowiednio: 12, 16 i 10 dni.

³⁴ Maksymalny czas potwierdzania zlecenia w ww. okresie wynosił odpowiednio: 8, 16 i 8 dni.

³⁵ Maksymalny czas potwierdzania zlecenia w ww. okresie wynosił odpowiednio: 21, 19 i 14 dni.

³⁶ Maksymalny czas potwierdzania zlecenia w ww. okresie wynosił odpowiednio: 19, 19 i 14 dni.

Ponadto wyjaśniła, że nie tworzą kolejek pacjentów oczekujących na potwierdzenie zlecenia.

(dowód: akta kontroli str. 479, 596-597)

Badanie 50 wybranych zrealizowanych zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne z grupy J³⁷ i P³⁸ wykazało, że zlecenia wystawiane były przez osoby uprawnione, wykazane w załączniku do rozporządzenia w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie³⁹. Zlecenia najczęściej potwierdzano w tym samym dniu, w którym zlecenie wpłynęło do POW NFZ, bądź w dniu następnym (28 przypadków) do maksymalnie 15 dni (jeden przypadek).

(dowód: akta kontroli str. 458-459)

W okresie 2016-2018 (I kwartał), dla niżej wymienionych grup wyrobów medycznych produkowanych seryjnie, POW NFZ nie potwierdził łącznie 3 048 zleceń⁴⁰, z tego: 1 313 dla grupy P.084, 461 dla grupy P.117, 382 dla grupy P.129, 362 dla grupy P.127, 271 dla grupy J.039, 186 dla grupy J.038, 58 dla grupy P.125 i 15 dla grupy P.085.

Z wyjaśnień Dyrektora wynika, że głównymi przyczynami niepotwierdzania zleceń przez POW NFZ były błędy w nich zawarte, m.in.: brak pieczęci, bądź podpisu osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia, brak nazwy wyrobu medycznego lub nazwa wyrobu nie występująca w rozporządzeniu w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, brak danych osobowych lub błędne dane, brak uzasadnienia, brak wskazania kryterium z ww. rozporządzenia lub wskazanie kryterium, które nie uprawniało do zaopatrzenia w refundowany wyrób, brak prawa do świadczeń finansowanych ze środków publicznych (osoba nieubezpieczona), zgon.

(dowód: akta kontroli str. 479-480)

1.2.10. POW NFZ, jak wyjaśniła Dyrektor, weryfikował zgodność pomiędzy wyrobem nabywanym przez pacjenta, a przedstawianym przez świadczeniodawcę do rozliczenia, zarówno w sposób automatyczny – poprzez reguły walidacji w systemie ORTN, jak i fizyczny – poprzez kontrolę merytoryczną dokumentów rozliczeniowych.

W POW NFZ na Portalu oraz w module ORTN automatycznie weryfikowane są sprawozdania refundacyjne świadczeniodawcy w zakresie określonym w słowniku błędów weryfikacji wniosków zrealizowanych. W przypadku weryfikowania zgodności pomiędzy wyrobem nabywanym przez pacjenta, a przedstawianym przez świadczeniodawcę do rozliczenia, automatycznie sprawdzane jest przede wszystkim: czy kod wyrobu jest zgodny z kodem w potwierdzonym przez POW NFZ zleceniu lub karcie zaopatrzenia miesięcznego, czy wyrób medyczny jest wykazany w umowie świadczeniodawcy z POW NFZ oraz czy cena jednostkowa wyrobu medycznego nie jest wyższa niż cena wynikająca z umowy świadczeniodawcy z POW NFZ.

Podczas merytorycznej kontroli dokumentacji rozliczeniowej pracownicy POW NFZ dokonują weryfikacji zgodności danych dotyczących wyrobów zawartych na zleceniach z danymi w raportach statystycznych przekazywanych do POW NFZ przez świadczeniodawcę. Najczęściej występujące błędy formalne to m.in.:

³⁷ Nr: J.038 i J.039.

³⁸ Nr: P.084, P.085, P.117, P.125, P.127 i P.129.

³⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz. U. poz. 1061, ze zm.), a wcześniej, tj. do 31 maja 2017 r. - rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz. U. poz. 1565).

⁴⁰ Z tego: 1 349 w 2016 r., 1 370 w 2017 r. i 329 w I kwartale 2018 r.

niezgodność kodu wyrobu pomiędzy zleceniem a wersją elektroniczną, miejsca realizacji, czy też danych dotyczących wydanego wyrobu medycznego (model, nazwa handlowa, wytwórca), a także rozbieżności w datach realizacji i odbioru oraz w kwocie refundacji i dopłaty. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości między zleceniem a wersją elektroniczną, POW NFZ odsyła zlecenia do świadczeniodawcy celem dokonania korekty rozliczenia. Po usunięciu błędów świadczeniodawca ma możliwość ponownego przedstawienia zlecenia do rozliczenia.

Automatyczne reguły walidacji pozwalają świadczeniodawcy sprawozdać jedynie zakontraktowane wyroby medyczne, natomiast w wyniku kontroli merytorycznej dokumentacji rozliczeniowej POW NFZ rozlicza zlecenia zgodnie z danymi w raportach statystycznych wyłącznie prawidłowo zweryfikowane do wysokości kwoty refundacji określonej w obowiązujących przepisach.

(dowód: akta kontroli str. 480-481, 598-600)

1.2.11. W okresie objętym kontrolą POW NFZ zwrócił się do 113 świadczeniobiorców, w trybie art. 38 ust. 10 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych⁴¹, o informację dotyczącą udzielonych im świadczeń (łącznie 383) przez świadczeniodawców, z którymi POW NFZ zawarł umowy, w celu potwierdzenia zrealizowania zaopatrzenia w zakresie wyrobów medycznych. Próbe wybrano na podstawie oceny ryzyka wystąpienia nieprawidłowości (kilka zleceń na refundowane wyroby medyczne zrealizowane przez pacjenta u jednego świadczeniodawcy). Na korespondencję odpowiedziało 82 świadczeniobiorców (72,6%), którzy potwierdzili prawidłowość realizacji łącznie 274 zleceń (tj. 71,5%).

Ponadto, w trakcie kontroli przeprowadzonych u świadczeniodawców w ww. okresie, nie stwierdzono wydania pacjentom innego wyrobu medycznego niż wynikało to ze zlecenia.

(dowód: akta kontroli str. 457, 476, 481, 484-487)

1.2.12. Z wyjaśnień Dyrektora POW NFZ wynika, że systemy informatyczne POW NFZ nie pozwalają na automatyczną weryfikację danych zgodności kwalifikacji wyrobów medycznych wykazywanych w rozliczeniu przez świadczeniodawców, z określonymi w załączniku do rozporządzenia w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie. Zgodnie ze stanowiskiem Ministerstwa Zdrowia wyrażonym w piśmie z 28 lutego 2014 r. oraz z 2 czerwca 2015 r.⁴², obowiązek doboru zaopatrzenia, jak również prawidłowego przyporządkowania we wniosku o zawarcie umowy danego wyrobu medycznego do grupy i liczby porządkowej z ww. rozporządzenia ciąży na świadczeniodawcy, który musi posiadać kwalifikacje określone przez Prezesa NFZ. POW NFZ sprawdza zgodność kwalifikacji wyrobów medycznych wykazywanych przez świadczeniodawców w rozliczeniu z określonymi w załączniku do ww. rozporządzenia i kryteriami przyznawania, a także przypisywania wyrobów medycznych do poszczególnych pozycji określonych daną grupą w ramach kontroli planowanych i doraźnych u świadczeniodawców.

Świadczeniodawca, na podstawie zawartej z POW NFZ umowy o dostęp do Portalu, uzyskuje uprawnienia do przysyłania rozliczeń za jego pośrednictwem. Przesłanie

⁴¹ Dz. U. z 2017 r. poz. 1844, ze zm.

⁴² Odpowiednio pisma o znaku.: MZ-PLW-463-20520-1ES/14 i PLW.463.107.2015.EŚ.

raportu statystycznego przez Portal uruchamia automatyczne weryfikacje, m.in. sprawdzane jest: czy świadczeniodawca ma zawartą umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – zaopatrzenie w wyroby medyczne, czy prawidłowy jest numer umowy oraz kod OW NFZ, z którym została zawarta, czy wersja umowy na podstawie, której świadczeniodawca sporządził raport statystyczny jest zgodna z aktualną umową występującą w rejestrze umów, czy sprawozdanie zostało sporządzone zgodnie z aktualnym komunikatem XML (m.in. w zakresie prawidłowości naliczenia kwoty refundacji wyrobów medycznych). Nie jest możliwe zaimportowanie sprawozdania zawierającego błędy – w przypadku błędów sprawozdanie otrzymuje status „odrzucony”, a świadczeniodawca otrzymuje komunikat zwrotny o błędach.

Sprawozdania refundacyjne nie zawierające ww. nieprawidłowości są automatycznie weryfikowane w systemie informatycznym poprzez reguły walidacyjne, w zakresie określonym w centralnym słowniku błędów weryfikacji wniosków zrealizowanych. Sprawozdanie, gdy nie zawiera błędów określonych w słowniku, otrzymuje status „przyjęty do akceptacji”. Na podstawie sprawozdania świadczeniodawca generuje na szablon rachunku, w którym ujmowane są w sposób automatyczny wyłącznie pozycje nie zawierające błędów określonych w słowniku i na tej podstawie tworzy dokument księgowy z rozliczeniem kwot refundacji (rachunek, nota księgowa), przesyła przez Portal i po otrzymaniu komunikatu zwrotnego o przyjęciu – przesyła oryginały zleceń do POW NFZ.

POW NFZ weryfikuje rozliczenia poprzez reguły walidacji, jak kontrolę merytoryczną wszystkich dokumentów rozliczeniowych.

(dowód: akta kontroli str. 481-482, 497-500, 598-600)

1.2.13. Z badania 50 zleceń, po dziesięć z każdej z grup: J.038, J.039, P.125, P.127 i P.129 wynikało, że nazwy wyrobów medycznych umieszczonych w zleceniach były zgodne z nazwami zawartymi w raportach statystycznych świadczeniodawców. Występowała też zgodność danych wyrobów medycznych wykazanych w raportach statystycznych z danymi w umowach o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne w zakresie: kodu produktu, nazwy handlowej, producenta i modelu. Świadczeniobiorcy, którzy otrzymali wyroby medyczne na podstawie ww. zleceń, spełniali kryteria ich przyznawania. Weryfikacja ww. 50 zleceń przez pracowników POW NFZ nie wymagała złożenia przez świadczeniodawców korekt.

(dowód: akta kontroli str. 460)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1.3. Różnice w cenach refundowanych wyrobów medycznych na przykładzie wybranych grup wyrobów medycznych

Opis stanu
faktycznego

1.3.1. POW NFZ opracował w trakcie kontroli NIK zestawienie dotyczące rozpiętości cen sprzedaży (m.in. minimalnej, maksymalnej) wyrobów medycznych o wybranych kodach. Z przedstawionej analizy wynikało, że różnice w cenach sprzedaży i ich rozpiętość w analizowanych grupach wyrobów medycznych (zróżnicowanych pod względem producenta, modelu, dodatkowego wyposażenia i/lub rodzaju) wynosiły w 2016 r., 2017 r. i 2018 r. (I kwartał) odpowiednio:

– J.038.00: 764 zł, 805 zł i 565 zł (minimalna 135 zł, maksymalna 940 zł);

- J.039.00: 3.510 zł, 2.410 zł i 1.400 zł (minimalna 190 zł, maksymalna 3.700 zł);
- P.117.00: 1.970 zł, 1.710 zł i 1.233 zł (minimalna 90 zł, maksymalna 2.125 zł);
- P.125.00: 4.600 zł, 11.500 zł i 6.100 zł (minimalna 1.500 zł, maksymalna 13.000 zł);
- P.129.00: 9.470 zł, 4.950 zł i 1.802 zł (minimalna 1.030 zł, maksymalna 10.500 zł);
- P.127.00: 2.400 zł, 1.400 zł i 1.100 zł (minimalna 600 zł, maksymalna 3.000 zł);
- P.084.00: 10.703 zł, 10.203 zł i 9.575 zł (minimalna 797 zł, maksymalna 11.500 zł);
- P.085.00: 1.401 zł, 1.001 zł i 3.700 zł (minimalna 3.200 zł, maksymalna 6.900 zł);
- P.87.00: 7.000 zł, 6.702 zł i 7.000 zł (minimalna 3.028 zł, maksymalna 12.500 zł);
- P.100.00⁴³: majtki chłonne: od 1,55 zł do 4,20 zł (2016 r.), od 1,40 zł do 4,00 zł (2017 r.) i od 1,55 zł do 4,00 zł (I kw. 2018 r.); dalej odpowiednio: pieluchomajtki: od 0,50 zł do 4,20 zł, od 1,00 zł do 4,30 zł i od 1,10 zł do 4,30 zł; pieluchy anatomiczne: od 0,87 zł do 3,15 zł, od 1,05 zł do 2,20 zł i 0,85 zł do 2,20 zł; podkłady: od 1,00 zł do 2,50 zł, 0,90 zł do 2,80 zł i od 1,00 zł do 2,80 zł; wkłady: od 0,66 zł do 2,35 zł, od 0,29 zł do 1,90 zł i od 0,29 zł do 1,90 zł.
- P.101.00⁴⁴: majtki chłonne: od 1,23 zł do 3,93 zł (2016 r.), od 1,19 zł do 4,50 zł (2017 r.) i od 1,24 zł do 4,00 zł (I kw. 2018 r.); dalej odpowiednio: pieluchomajtki: od 0,35 zł do 4,20 zł, od 1,05 zł do 6,00 zł i od 1,00 zł do 4,30 zł; pieluchy anatomiczne: od 0,94 zł do 2,50 zł, od 0,94 zł do 3,00 zł i 0,90 zł do 2,30 zł; podkłady: od 1,00 zł do 3,00 zł, 0,90 zł do 3,40 zł i od 1,00 zł do 3,40 zł; wkłady: od 0,34 zł do 2,15 zł, od 0,35 zł do 2,90 zł i od 0,29 zł do 1,95 zł.

We wszystkich analizowanych kodach wyrobów medycznych (za wyjątkiem P.87.00) stwierdzono przypadki relatywnie istotnych różnic w cenach tych samych wyrobów medycznych (ten sam producent, ta sama nazwa i ten sam model). Na przykład:

- J.038.00: w 2016 r. orteza OPPO 2137 była dostępna do sprzedaży za cenę od 162 zł do 700 zł,
- J.039.00: w 2016 r. orteza DJO Legend była dostępna za cenę od 623 zł 1.600 zł, a w 2017 r. od 700 zł do 1.600 zł;
- P.117.00: w 2017 r. materac Armedical s.c. AR910 był dostępny do sprzedaży za cenę od 166 zł do 650 zł;
- P.125.00: w 2017 r. pionizator MDH PSL można było nabyć za cenę od 2.000 zł do 4.000 zł, a inny (R 82 MUSTANG WD) za cenę od 4.650 zł do 6.800 zł;
- P.129.00: wózek VERMEIREN ECLIPS był dostępny za cenę od 1.700 zł do 4.500 zł,
- P.127.00: w 2016 r. wózek inwalidzki ręczny VERMEIREN JAZZS50WD można było kupić za cenę od 785 zł do 1.740 zł; a inny (MDH VCWK9AC) – odpowiednio od 850 zł i do 1.700 zł,
- P.084.00: w 2016 r. cena minimalna aparatu OPTICON wewnątrzusznego wynosiła 2.199 zł, a maksymalna 8.699 zł, a zausznego – odpowiednio 1.399 zł i 8.699 zł; w 2017 r. różnice były mniejsze: odpowiednio: 2.199 zł i 5.799 zł oraz 1.699 zł i 4.399 zł;
- P.085.00: w 2016 r. aparat BRUCKHOFF LA BELLE BC 211 był dostępny w sprzedaży za cenę od 3.400 zł do 4.900 zł;
- P.100.00: majtki chłonne TZMO SENI ACTIVE NORMAL LARGE były dostępne w cenie od 1,55 zł do 3,65 zł, a pieluchomajtki Paul Hartmann MOLICARE MOBILE S za cenę od 1,13 zł do 2,40 zł;

⁴³ Analizą objęto wyroby chłonne czterech producentów: Abena, Essity, TZMO i Paul Hartmann

⁴⁴ Jw.

- P.101.00: majtki chłonne Essity TENA PANTS NORMAL LARGE były dostępne w cenie od 1,30 zł do 3,40 zł, a majtki chłonne TZMO SENI ACTIVE NORMAL LARGE od 1,50 zł do 3,55 zł.

(dowód: akta kontroli str. 84-194, 333-436)

Z wyjaśnienia Dyrektora POW NFZ wynika, że świadczeniodawca składając wnioski o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - zaopatrzenie w wyroby medyczne, przekazuje do Oddziału Załącznik – Zasoby, zawierający asortyment przypisany do poszczególnych grup i liczby porządkowej wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie. W zestawie produktów handlowych sporządzonym zgodnie z centralnymi słownikami wyrobów medycznych udostępnianymi na Portalu, dla każdego wyrobu medycznego określonego grupą i liczbą porządkową świadczeniodawca jest zobowiązany wprowadzić zgodnie z kryteriami nazwę handlową wyrobu medycznego, model i nazwę wytwórcy. Ponadto nazwa handlowa wyrobu medycznego uzupełniona przez świadczeniodawcę, winna pozostawać w zgodności z nazwą handlową wyrobu zawartą w zgłoszeniu lub powiadomieniu, o których mowa w ustawie o wyrobach medycznych.

Z uwagi na okoliczność, że nie jest wymagane zgłaszanie rozmiarów w zakresie wyrobów chłonnych w poszczególnych pozycjach nie zawierających informacji o rozmiarze, cena minimalna dotyczy może wyrobów w najmniejszym rozmiarze (XS), zaś cena rynkowa maksymalna – wyrobów w największym rozmiarze (XL). Natomiast na wysokość średniej ważonej arytmetycznej wpływa przede wszystkim cena produktów najczęściej wybieranych przez pacjentów. Im więcej produktów w dużych rozmiarach jest zakupionych przez świadczeniobiorców, tym średnia ważona arytmetyczna jest bliższa cenie maksymalnej rynkowej.

POW NFZ niezależnie od wybranego przez pacjenta wyrobu medycznego, każdorazowo wydatkuje środki publiczne do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych, z zachowaniem udziału własnego świadczeniobiorcy, przy czym jeżeli łączna wartość wyrobów medycznych jest niższa niż limit finansowania ze środków publicznych, wysokość udziału własnego świadczeniobiorcy jest liczona od tej ceny.

Ponieważ wysokość refundacji wyrobów chłonnych jest ściśle określona w przepisach i niezależnie od tego w jakiej cenie rynkowej i u jakiego świadczeniodawcy świadczeniobiorca zakupi wyroby chłonne, Oddział refunduje wyroby wyłącznie do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych, z uwzględnieniem wysokości udziału własnego świadczeniobiorcy w limicie finansowania ze środków publicznych.

Ponadto należy zauważyć, iż ustalony limit finansowania wyrobów chłonnych (P.100 i P.101) jest określony kwotowo na miesiąc, nie zaś jako limit za sztukę. Świadczeniobiorca ma prawo nabyć (zgodnie z zaleceniem osoby uprawnionej) dowolną liczbę sztuk mieszczącą się w limicie ilościowym (do 90 szt.) i skorzystać z pełnego limitu finansowania przysługującego na zlecony okres zaopatrzenia, z uwzględnieniem wysokości udziału własnego świadczeniobiorcy w limicie finansowania ze środków publicznych, przy czym jeżeli łączna wartość wyrobów medycznych jest niższa niż limit finansowania ze środków publicznych, wysokość refundacji i udziału własnego świadczeniobiorcy jest liczona od tej wartości.

Powyższe wyliczenie obrazuje, że im wyższa jest cena rynkowa wyrobu, tym wyższa dopłata świadczeniobiorcy, zaś wysokość refundacji nie przekracza wysokości wynikającej z limitu finansowania. Świadczeniobiorcy mają zapewnioną

szeroką dostępność do wyrobów chłonnych różnych producentów (od kilkunastu do kilkuset miejsc udzielania świadczeń w każdym powiecie). Świadczeniobiorca dokonuje wyboru świadczeniodawcy, u którego zakupi odpowiadające mu wyroby chłonne wybranego przez siebie producenta. Tak więc łączna wartość refundacji podana przez oddział wojewódzki w odniesieniu do wyrobów medycznych, których cena była wyższa niż średnia ważona arytmetyczna odnosi się do wyrobów najczęściej wybieranych przez świadczeniobiorców.

Należy również zwrócić uwagę na to, iż refundacja wyrobów chłonnych jest wyliczana od łącznej wartości wyrobów wydanych na zlecony okres zaopatrzenia (od 1 do 3 m-cy) i nie można rozpatrywać kwoty refundacji w przeliczeniu na 1 sztukę wyrobu (danego produktu handlowego). Świadczeniodawca dokonując rozliczenia zlecenia, w ramach którego świadczeniobiorca nabył różne produkty handlowe w gr. P.101/100 np. pieluchy anatomiczne i wkłady (pacjent ma prawo wyboru zaopatrzenia wymienionego w P.100/101 podczas realizacji) sprawozdaje wszystkie wydane produkty handlowe przypisując do poszczególnych pozycji kwotę refundacji, dopłatę świadczeniobiorcy i łączną wartość (pola wymagane w komunikacie XML). Natomiast wysokość kwoty refundacji i dopłaty świadczeniobiorcy weryfikowana jest łącznie w zakresie zlecenia dla danego świadczeniobiorcy na dany wyrób medyczny w gr. P.101/100, w okresie zaopatrzenia i nie przekracza kwoty limitu finansowania ze środków publicznych. Przykładowo w ramach realizacji zlecenia z grupy i liczby porządkowej P.101 na okres 1 miesiąca (limit ilościowy wg. rozporządzenia do 90 szt., limit finansowania ze środków publicznych 90,00 zł, udział własny świadczeniobiorcy w limicie finansowania 30%) świadczeniobiorca zakupił dwa rodzaje produktów handlowych, np. pieluchomajtki A producenta X i pieluchomajtki B producenta Y.

Wartość refundacji dokonana przez Oddział w odniesieniu do wyrobów medycznych, których cena była wyższa, niż średnia ważona arytmetyczna dla wyrobów chłonnych odnosi się do refundacji przypisanej w sprawozdaniach przez świadczeniodawców do poszczególnych produktów handlowych przy użyciu komunikatu XML określonego w zarządzeniu Prezesa NFZ i jest nie adekwatna do refundacji wyliczanej łącznie w oparciu o realizację jednego zlecenia.

(dowód: akta kontroli str. 716-719)

1.3.2. Z przedstawionej przez POW NFZ kalkulacji wynika, że w badanym okresie świadczeniobiorca w cenie limitu mógł kupić:

- w 2016 r.: w ramach kodu P.100 od 20 (Paul Hartmann_MOLICARE MOBILE_SUPER XL) do 157 (Lille_LILLIGHT NORMAL) sztuk wyrobów chłonnych po cenie minimalnej i od 18 (np. Paul Hartmann_Molicare Mobile Super L) do 154 sztuk (Abena_ABRI LIGHT MINI) po cenie maksymalnej, a w ramach kodu P.101 od 23 sztuk (Paul Hartmann_MOLICARE MOBILE_SUPER XL) do 183 sztuk (Lille_LILLIGHT NORMAL) po cenie minimalnej i od 21 sztuk (np. Essity_TENA PANTS SUPER MEDIUM) do 180 sztuk (Abena_ABRI LIGHT MINI) po cenie maksymalnej;
- w 2017 r.: w ramach kodu P.100 od 20 (np. Paul Hartmann_Molicare Mobile Super XL) do 275 (Abena_ABRI LIGHT NORMAL) sztuk wyrobów chłonnych po cenie minimalnej i od 18 (Paul Hartmann_MOLICARE MOBILE_SUPER L) do 164 sztuk (TZMO_SENI LADY MINI) po cenie maksymalnej, a w ramach kodu P.101 od 23 sztuk (Paul Hartmann_Molicare Mobile Super XL) do 321 sztuk (Abena_ABRI LIGHT NORMAL) po cenie minimalnej i od 21 sztuk (Paul Hartmann_MOLICARE MOBILE_SUPER L) do 191 sztuk (TZMO_SENI LADY MINI) po cenie maksymalnej;

- w I kwartale 2018 r.: w ramach kodu P.100 od 21 (np. Paul Hartmann_MOLICARE MOBILE_SUPER L) do 266 (TZMO_SENI LADY MICRO) sztuk wyrobów chłonnych po cenie minimalnej i od 18 (Paul Hartmann_MOLICARE MOBILE_SUPER L) do 154 sztuk (Abena_ABRI LIGHT MINI) po cenie maksymalnej, a w ramach kodu P.101 od 24 sztuk (Paul Hartmann_MOLICARE MOBILE LIGHT_XL) do 310 sztuk (TZMO_SENI LADY MICRO) po cenie minimalnej i od 21 sztuk (Paul Hartmann_MOLICARE MOBILE_SUPER L) do 180 sztuk (Abena_ABRI LIGHT MINI) po cenie maksymalnej.

(dowód: akta kontroli str. 195-211)

1.3.3. Dyrektor POW NFZ wyjaśniła, że z uwagi na zainicjowanie przez Ministra Zdrowia wprowadzenia zmian poprzez nowelizację ustawy refundacyjnej w zakresie wprowadzenia cen urzędowych wyrobów medycznych (projekt ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw), w uzasadnieniu, którego szczegółowo opisano zjawisko rozpiętości cen, powodujących zróżnicowaną dopłatę jaką ponosi pacjent kupujący wyrób medyczny, POW NFZ nie prowadził w tym zakresie korespondencji z Prezesem NFZ. Dyrektor Oddziału poinformowała ponadto, że nie dysponuje narzędziami do negocjacji wysokości cen wyrobów medycznych, w które zaopatrywany jest pacjent, natomiast pacjenci mają zagwarantowany dostęp do wyrobów medycznych do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie.

(dowód: akta kontroli str. 482)

Ustalone
nieprawidłowości

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

IV. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Zgodnie z art. 54 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli⁴⁵, kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do Dyrektora Delegatury NIK w Gdańsku.

Gdańsk, dnia września 2018 r.

Kontroler:
Dariusz Jurczuk
Doradca ekonomiczny

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Gdańsku
Dyrektor:

⁴⁵ Dz. U. z 2017 r. poz. 524, ze zm. – dalej: „Ustawa o NIK”.