



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Opolu

LOP.411.001.01.2016

R/16/001

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

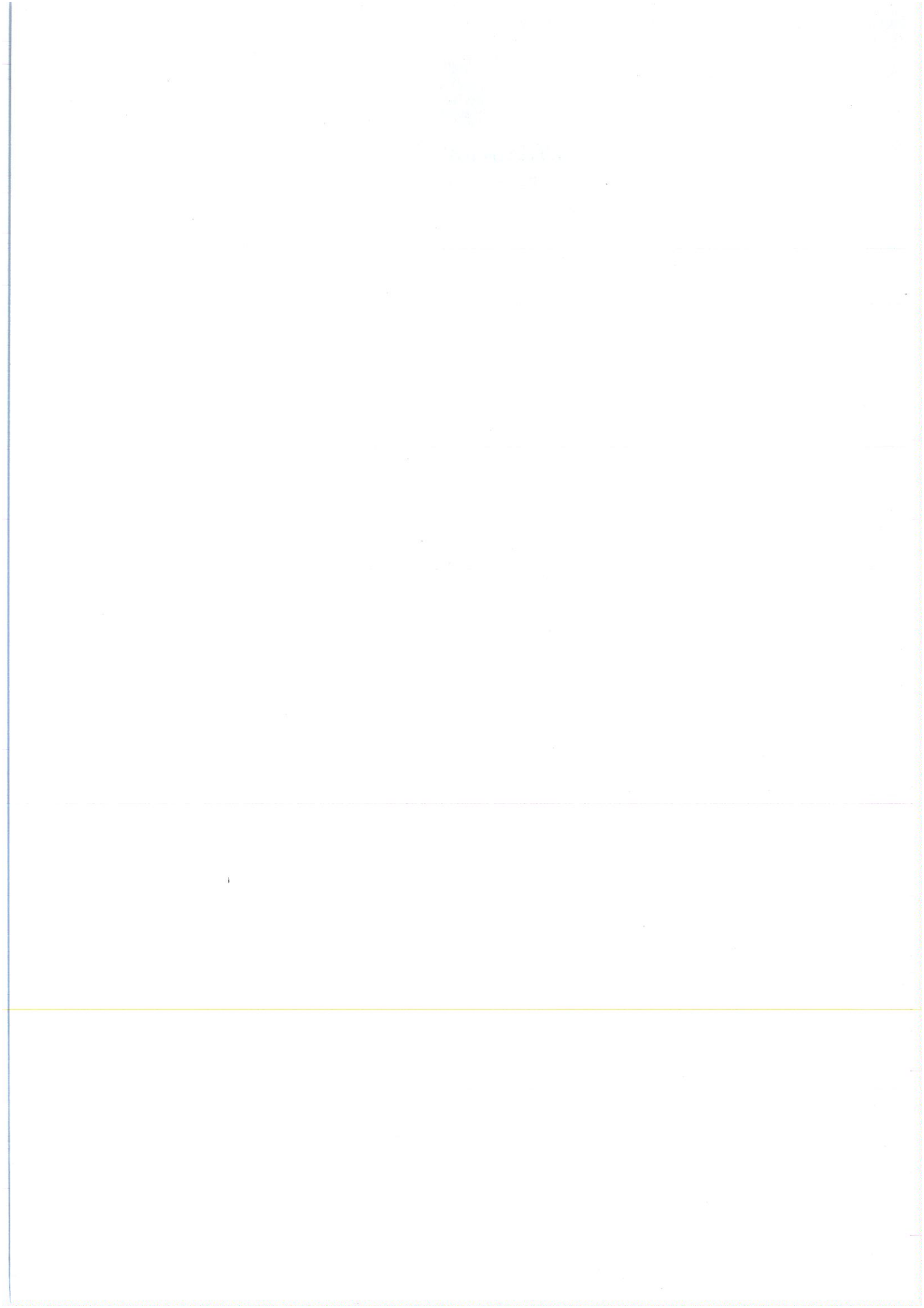
NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Opolu

ul. Krakowska 28, 45-075 Opole

T +48 77 449 70 00, F +48 77 449 70 44

lop@nik.gov.pl



I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	R/16/001 – Respektowanie praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Opolu
Kontroler	Rafał Marynowicz, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOP/38/2016 z dnia 1 lipca 2016 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia ¹ , ul. Chałubińskiego 8, 00-613 Warszawa
Kierownik jednostki kontrolowanej	Filip Nowak, Dyrektor MOW NFZ (dowód: akta kontroli str. 3-4)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Uzasadnienie oceny ogólnej

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie² działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

Ocenę pozytywną uzasadniają w szczególności działania podejmowane w kontrolowanej jednostce w związku z prowadzonymi postępowaniami administracyjnymi wszczętymi na podstawie złożonych wniosków o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych za granicą oraz wniosków o wydanie uprzedniej zgody na uzyskanie świadczenia opieki zdrowotnej w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej, w tym także prawidłowe i terminowe dokonywanie zwrotu kosztów ww. świadczeń potwierdzające m.in. poszanowanie przez Oddział praw pacjentów wynikających z przepisów krajowych wprowadzonych w wyniku implementacji do polskiego porządku prawnego postanowień dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej³.

Pozytywnie należy również ocenić działania podejmowane przez MOW NFZ w celu monitorowania list oczekujących i sprawozdawczości w tym zakresie dokonywanej przez świadczeniodawców. Działania te korzystnie wpłynęły na kompletność posiadanych przez jednostkę kontrolowaną danych. Prowadzone kontrole wykazały nieprawidłowości w prowadzeniu list oczekujących, co również przyczyniło się do poprawy rzetelności informacji o liczbie osób oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej oraz faktycznego czasu oczekiwania, w tym informacji dostępnych dla świadczeniobiorców.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca jednak uwagę na zwiększającą się w latach 2014-2016 liczbę osób oczekujących na usunięcie zaćmy, a także wydłużający się czas oczekiwania na udzielenie tego świadczenia.

¹ Dalej: MOW NFZ lub Oddział.

² Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

³ Dz. Urz. UE L 88 z 4.04. 2011 r., str. 45, ze zm., dalej: *dyrektywa transgraniczna*.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Zmiany w dostępności wybranych świadczeń zdrowotnych

Opis stanu faktycznego

1.1. MOW NFZ posiadał na bieżąco dostęp do danych o liczbie osób oczekujących na świadczenia polegające na wykonaniu zabiegu w zakresie soczewki (zaćma) oznaczane w aplikacji Kolejki Centralne⁴ kodem 30002. Według zapisów w tej aplikacji, na usunięcie zaćmy w październiku 2014 r. u wszystkich świadczeniodawców, z którymi MOW NFZ zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oczekiwało 50 351 osób zakwalifikowanych jako przypadki stabilne oraz 2 337 osób zakwalifikowanych jako przypadki pilne. W październiku 2015 r. oczekiwało na udzielenie ww. świadczenia 60 039 osób zakwalifikowanych jako przypadki stabilne i 3 624 osób zakwalifikowanych jako przypadki pilne. W lipcu 2016 r. osób takich było odpowiednio 64 041 i 3 528. Tym samym łączna liczba osób oczekujących na usunięcie zaćmy wzrosła między październikiem 2014 r., a lipcem 2016 r. o ponad 15 tys., tj. o ok. 30%.

(dowód: akta kontroli str. 171, 208-258)

W latach 2014-2016 zmianie uległ też średni czas oczekiwania na przeprowadzenie zabiegu usunięcia zaćmy osób zapisanych u wszystkich świadczeniodawców, z którymi MOW NFZ zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – nastąpiło wydłużenie średniego czasu oczekiwania z 404 dni do 602 dni dla przypadków stabilnych oraz z 137 dni do 248 dni dla przypadków pilnych. Najkrótszy czas oczekiwania przypadków stabilnych w październiku 2014 r. wyniósł 56 dni (w Centrum Leczniczo-Rehabilitacyjnym i Medycyny Pracy Attis Spółce z o. o.), a najdłuższy – 746 dni (w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Płocku). Również ten parametr pogorszył się i w lipcu 2016 r. wynosił od 149 dni (w Centrum Leczniczo-Rehabilitacyjnym i Medycyny Pracy Attis Spółce z o. o.) do 971 dni (w Centralnym Szpitalu Klinicznym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie).

(dowód: akta kontroli str. 171, 208-258)

Powyższe dane wskazują, że pomimo pojawienia się możliwości skorzystania przez świadczeniobiorców z transgranicznej opieki zdrowotnej, w tym w zakresie dotyczącym usunięcia zaćmy, nastąpił istotny wzrost średniego czasu oczekiwania oraz liczby osób oczekujących na udzielenie tych świadczeń.

1.2. Najdłuższy średni czas oczekiwania w czerwcu 2014 r. w komórkach organizacyjnych świadczeniodawców, z którymi MOW NFZ zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, dla przypadków stabilnych, wynosił: a/ 298 dni w oddziałach rehabilitacji narządu ruchu, b/ 317 dni w poradniach endokrynologicznych i osteoporozy, c/ 351 dni na oddziałach rehabilitacyjnych⁵. W czerwcu 2015 r. oraz w czerwcu 2016 r. średni czas oczekiwania był najdłuższy w tych samych komórkach i wynosił odpowiednio 428, 637 i 425 dni w 2015 r.⁶ oraz 592, 643 i 461 dni w 2016 r.⁷

(dowód: akta kontroli str. 574-575)

1.3. Oddział dla świadczeń udzielanych w 10 komórkach organizacyjnych podmiotów leczniczych o najdłuższym czasie oczekiwania⁸ zakontraktował na lata 2014-2016 odpowiednio: 105 213 776 pkt o wartości 290 057 tys. zł, 104 756 867 pkt o wartości 290 342 tys. zł i 105 256 901 pkt o wartości 289 930 tys. zł. Z tego zrealizowano w 2014 r. 109 446 040 pkt o wartości 294 480 tys. zł, w 2015 r. – 109 477 352 pkt o wartości 294 696 tys. zł, a w 2016 r. (do lipca) 68 481 590 pkt o wartości 184 841 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 574-575)

⁴ Dalej: AP-KOLCE.

⁵ W tych komórkach oczekiwało w czerwcu 2014 r. odpowiednio 860, 23 446 i 2 434 osoby.

⁶ W wymienionych komórkach oczekiwało odpowiednio 399, 1 035 i 12 886 osób.

⁷ W wymienionych komórkach oczekiwało odpowiednio 415, 727 i 7 180 osób.

⁸ Komórkami tymi, oprócz oddziałów i poradni wymienionych w punkcie 1.2. wystąpienia, były 1/ oddziały: audiologiczno-foniatryczne, otorynolaryngologiczne i rehabilitacji neurologicznej, 2/ poradnie: leczenia nerwic dla dzieci, ortodontyczne dla dzieci i protetyki stomatologicznej, 3/ zespoły leczenia środowiskowego dla osób z autyzmem.

1.4. W kontrolowanym okresie MOW NFZ nie rozwiązał żadnej umowy w rodzaju *leczenie szpitalne*⁹ w zakresie okulistyki. W rodzaju *ambulatoryjna opieka zdrowotna*¹⁰ w zakresie okulistyki rozwiązane zostały dwie umowy, z czego jedna w dniu 31 marca 2014 r., a druga w dniu 4 marca 2015 r. W stosunku do pacjentów oczekujących u świadczeniodawcy, którego umowa została rozwiązana w marcu 2014 r. Oddział nie podejmował działań wynikających z art. 20 ust. 10d ustawy o *świadczeniach*, gdyż na dzień rozwiązania umowy obowiązki informacyjne przewidziane w tym przepisie jeszcze nie obowiązywały¹¹, natomiast w drugim przypadku, nie było pacjentów wpisanych na listy oczekujących. Po rozwiązaniu umów MOW NFZ przeprowadził konkursy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju AOS w zakresie okulistyki.

Dyrektor MOW NFZ, zarządzeniem Nr 87/2016 z dnia 13 czerwca 2016 r., wprowadził *Procedurę informowania pacjentów świadczeniobiorców wpisanych na listy oczekujących u świadczeniodawcy, który zakończył wykonywanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o możliwości udzielenie świadczeń przez innych świadczeniodawców.*

(dowód: akta kontroli str. 417-418, 420, 423, 429-436)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

2. Monitorowanie i kontrola list osób oczekujących

Opis stanu faktycznego

2.1. W latach 2014-2016 (do czerwca 2016 r.) od 91% (tj. 1 252 z 1 367) w styczniu 2014 r. do 100% w sierpniu 2015 r. (tj. 1 198) i w czerwcu 2016 r. (tj. 1 200 z 1 205) zobowiązanych świadczeniodawców przekazało MOW NFZ komunikaty XML zawierające informacje dotyczące list oczekujących. O terminowości otrzymywanych komunikatów MOW NFZ przekazywał informacje do Centrali NFZ.

Dyrektor MOW NFZ wskazał, że w przypadku stwierdzenia *nieprawidłowości lub wątpliwości* odnośnie przekazanych danych, Oddział podejmował działania wyjaśniające i/lub dyscyplinujące, w tym m.in. polegające na zamieszczeniu komunikatów na portalu SZOI oraz wysyłaniu wiadomości e-maili przypominających o obowiązku przesyłania raportów list oczekujących w terminie, (...) wysyłaniu pism do świadczeniodawców informujących o niewywiązaniu się z obowiązku przesłania raportów list oczekujących, nakładaniu kar umownych na świadczeniodawców za brak realizacji obowiązku przekazywania w terminie sprawozdawczości w zakresie list oczekujących, prowadzeniu bazy zawierającej informacje o skargach pacjentów i nieprawidłowościach w prowadzeniu list oczekujących (...).

(dowód: akta kontroli str. 418-420, 424-428, 578-580, 728-733)

2.2. MOW NFZ przeprowadził w latach 2014-2016 kontrole realizacji 723 umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym 148 kontroli AOS i 261 kontroli w zakresie SZP. Spośród ww. kontroli 41 przeprowadzonych zostało w zakresach dotyczących okulistyki, a 42 w zakresach dotyczących ortopedii i traumatologii narządów ruchu. Zakresem przedmiotowych odpowiednio 159 (22%), 112 (76%), 22 (8%), 28 (68%) i 8 (19%) ww. kontroli objęto prawidłowość prowadzenia list oczekujących oraz sprawozdawczość w tym obszarze.

W wyniku przeprowadzonych kontroli obejmujących prowadzenie list oczekujących oraz sprawozdawczość w tym zakresie, pracownicy MOW NFZ stwierdzili przy realizacji 106¹² (67%) umów nieprawidłowości polegające m.in. na niedokonywaniu skreśleń, braku na liście oczekujących wpisu dot. zmiany terminu udzielenia świadczenia oraz przyczyny wprowadzenia zmiany, czy też umieszczeniu na liście oczekujących świadczeniobiorców kontynuujących leczenie, skreśleniu z listy z powodu wykonania świadczenia, pomimo

⁹ Dalej: SZP.

¹⁰ Dalej: AOS.

¹¹ Przepis art. 20 ust. 10d został dodany z dniem 1 stycznia 2015 r. przez art. 1 pkt 11 lit. f ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138 ze zm.).

¹² W tym 69 (62%) umów w rodzaju AOS (w tym 14 okulistyka i 1 ortopedia) i 18 (82%) umów w rodzaju SZP (w tym po 2 okulistyka i ortopedia).

że zbiorcza dokumentacja medyczna nie potwierdzała udzielenia świadczenia, braku informacji dotyczących zasadności i przyczyn zmian terminów udzielania świadczeń. Skutkiem nieprawidłowego prowadzenia przez świadczeniodawców list oczekujących był m.in. brak rzetelnych informacji o liczbie osób oczekujących na świadczenia i pierwszym wolnym terminie.

W związku ze stwierdzonymi w trakcie kontroli nieprawidłowościami dotyczącymi list oczekujących i sprawozdawczości w przypadku zastrzeżeń co do realizacji 69 (65%) umów zostały nałożone kary umowne, w tym w rodzaju AOS dotyczyło to 38 (55%) umów a w rodzaju SZP 9 (50%) umów¹³.

(dowód: akta kontroli str. 201, 735)

Uwagi dotyczące badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na niski (wynoszący w latach 2014-2016¹⁴ 8%) udział kontroli w rodzaju SZP obejmujących swoim zakresem prawidłowość prowadzenia list oczekujących w ogólnej liczbie przeprowadzonych przez MOW NFZ kontroli. W 2014 r. taki zakres przedmiotowy obejmował jedynie 13 z 173 kontroli umów w rodzaju SZP, w 2015 r. w 5 z 69 kontroli, a w pierwszy półroczu 2016 r. w 4 z 19 kontroli. Podkreślenia w tym zakresie wymaga również wysoki odsetek (82%) kontroli, w trakcie których stwierdzono nieprawidłowości dotyczących prowadzenia list oczekujących.

(dowód: akta kontroli str. 201, 735)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność w badanym obszarze. Działania podejmowane przez MOW NFZ przy monitorowaniu list oczekujących i sprawozdawczości w tym zakresie pozytywnie wpłynęły na kompletność posiadanych przez jednostkę kontrolowaną danych. Prowadzone kontrole wykazały nieprawidłowości w prowadzeniu list oczekujących, co również przyczyniło się do poprawy rzetelności informacji o liczbie osób oczekujących oraz długości czasu oczekiwania, w tym informacji dostępnych świadczeniobiorcom.

3. Planowanie zakupu świadczeń

Opis stanu faktycznego

3.1. Środki przeznaczone na dokonywanie zwrotu kosztów świadczeń transgranicznej opieki zdrowotnej nie zostały ujęte w planach finansowych Oddziału na lata 2014-2016. Zwroty na rzecz pacjentów dokonywane były z bieżących środków Oddziału, a następnie na podstawie noty zewnętrznej obciążano nimi Centralę NFZ, która dokonywała refundacji na rzecz MOW NFZ w wysokości dokonanych zwrotów. Środki otrzymywane z Centrali NFZ pochodziły z rezerwy na koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielone w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej (pozycja B2.19).

(dowód: akta kontroli str. 8, 27-67)

3.2. Planowane przez MOW NFZ koszty udzielanych świadczeń zdrowotnych na rok 2013 wyniosły 9 149 013 tys. zł, w tym w rodzaju AOS 747 870 tys. zł, a SZP 4 661 697 tys. zł. Wydatkowano w tym okresie odpowiednio 8 914 488 tys. zł, 745 117 tys. zł i 4 540 228 tys. zł. Plany finansowe na kolejne lata (2014-2016) zakładały wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych o 37 925 tys. zł, 653 563 tys. zł i 113 927 tys. zł w stosunku do wartości zakładanych na 2013 r. Planowany wzrost wydatków na AOS miał wynieść w latach 2014-2016 odpowiednio 13 916 tys. zł, 32 219 tys. zł i 18 127 tys. zł. Wydatki na SZP w latach 2014 i 2015 miały wzrastać o 3 744 tys. zł i 322 203 tys. zł, a następnie zmniejszyć się o 119 639 tys. zł w 2016 r. W stosunku do roku 2013 wydatki na koszty udzielanych świadczeń zdrowotnych wzrosły o 164 778 tys. zł w 2014 r., w tym w rodzaju AOS o 14 883 tys. zł, a w rodzaju SZP o 67 913 tys. zł. W kolejnym roku nastąpił dalszy wzrost wydatków na koszty udzielanych świadczeń zdrowotnych o 675 583 tys. zł, w tym w rodzaju AOS o 32 129 tys. zł, a w SZP o 328 040 tys. zł. Planowane koszty udzielanych świadczeń zdrowotnych w okresie od stycznia do kwietnia 2016 r. wyniosły 3 318 143 tys. zł, a z kwoty tej wydatkowano 3 174 202 tys. zł.

W uzasadnieniach do planów finansowych MOW NFZ, opiniach Rady MOW NFZ, jak też przekazywanych Prezesowi NFZ informacjach o prognozowanych kosztach MOW NFZ nie

¹³ W AOS 13 umów dotyczyło okulistyki, a 3 ortopedii. W SZP po 2 umowy dotyczyły okulistyki i ortopedii.

¹⁴ Do czerwca 2016 r.

odwoływano się do kwestii obniżenia czasu oczekiwania oraz skali świadczeń udzielanych w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej.

(dowód: akta kontroli str. 206-207, 259-286, 287-402)

3.3. MOW NFZ zawierając umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresach okulistyka – hospitalizacja B18, B19 (kod 403460013002), okulistyka – hospitalizacja planowa B18, B19 (kod 403460013102) i okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19 (kod 403460013202) przewidział w tych zakresach łącznie w 2014 r. 1 388 637,57 pkt i 71 888 tys. zł, w 2015 r. 1 366 834,84 pkt i 70 848 tys. zł, a na 2016 r. 1 360 752 pkt i 70 736 tys. zł. W planach zakupu świadczeń MOW NFZ liczba punktów rozliczeniowych w zakresach dotyczących okulistyki wzrosła w latach 2014-2016 z 10 208 368 pkt w 2014 r. do 10 494 772 pkt w 2016 r.

(dowód: akta kontroli str. 205, 403-405, 734)

Uwagi dotyczące badanej działalności

NIK zwraca uwagę na zmniejszenie w latach 2015-2016 liczby zakontraktowanych świadczeń w zakresach okulistyka – hospitalizacja B18, B19 (kod 403460013002), okulistyka – hospitalizacja planowa B18, B19 (kod 403460013102) i okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19 (kod 403460013202), co w połączeniu z wzrastającą liczbą osób oczekujących na udzielenie świadczeń (wskazaną w punkcie 1.1. niniejszego wystąpienia) tworzy ryzyko znacznego ograniczenia dostępności do świadczenia opieki zdrowotnej polegającego na usunięciu zaćmy.

Dyrektor MOW NFZ wyjaśnił, że w procesie planowania zakupu świadczeń w pierwszej kolejności określa się poziom finansowania dla zakresów priorytetowych – nielimitowanych. Następnie określa się kwoty niezbędne do zabezpieczenia świadczeń w zakresach wynikających z tzw. priorytetów centralnych i regionalnych (np. świadczenia w zakresach onkologicznych, świadczenia ratujące życie, dedykowane dzieciom). Finansowanie pozostałych zakresów planuje się przy uwzględnieniu poziomu wskaźnika zabezpieczenia świadczeń (liczba zakontraktowanych punktów w przeliczeniu na 10 tysięcy mieszkańców) oraz czasu oczekiwania i liczby osób oczekujących na udzielenie świadczenia, w ramach posiadanych środków finansowych.

(dowód: akta kontroli str. 206-207)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność w badanym obszarze.

4. Realizacja umów o udzielanie świadczeń

Opis stanu faktycznego

4.1. W latach 2014-2016 (pierwsze półrocze) MOW NFZ sfinansował, w ramach realizacji umów o świadczenie opieki zdrowotnej w zakresach wymienionych w punkcie 3.3. wystąpienia, udzielenie łącznie 73 530 świadczeń o kodach jednolitych grup pacjentów (JGP) 551010002018 (usunięcie zaćmy powikłanej z jednoczesnym wszczepieniem soczewki) i 551010002019 (usunięcie zaćmy niepowikłanej z jednoczesnym wszczepieniem soczewki) o łącznej wartości 181 390 tys. zł.¹⁵ Przeciętnie miesięcznie udzielano w tym okresie 2 451 świadczeń o łącznej wartości 6 046 tys. zł. Przeciętna miesięczna liczba ww. świadczeń w 2014 r. wynosiła 2 470, w 2015 r. 2 398, a w 2016 r. 2 518.

(dowód: akta kontroli str. 205-206)

4.2. W latach 2014-2016 (pierwsze półrocze) MOW NFZ, w ramach realizacji umów o świadczenie opieki zdrowotnej w rodzaju AOS w zakresach okulistyka (kod 402160000102), okulistyka zabiegowa (kod 402160010102) i okulistyka dla dzieci (kod 402160100102) sfinansował łącznie 441 264 świadczeń udzielonych w związku z rozpoznaniem H25 – zaćma starcza i H26 – inne postacie zaćmy o łącznej wartości 27 663 tys. zł. W 2014 r. świadczeń takich udzielono łącznie 180 682, w 2015 r. 172 822, a w pierwszym półroczu 2016 r. 87 760. Przeciętnie koszt jednego świadczenia w 2014 r. wyniósł 60,11 zł, w 2015 r. 63,88 zł, a w 2016 r. 65,67 zł.

(dowód: akta kontroli str. 206)

¹⁵ Świadczeń o kodzie 551010002018 udzielono w 2014 r. 11 363, w 2015 r. 11 349, a w pierwszym półroczu 2016 r. 6 096. Świadczeń o kodzie 551010002019 udzielono w 2014 r. 18 278, w 2015 r. 17 431, a w pierwszym półroczu 2016 r. 9 013.

4.3. MOW NFZ monitorował poziom realizacji zakontraktowanych świadczeń. W przypadku stwierdzenia niewykonania lub nadwykonania prowadzone były negocjacje umów polegające na przedkładaniu świadczeniodawcom propozycji przesunięć środków finansowych z zakresów świadczeń, w których odnotowywano niewykonania do zakresów, w których przekroczony został limit świadczeń określony w umowie. Zmiany takie dokonywane były po wyrażeniu zgody przez świadczeniodawcę. W latach 2014-2016 (do września) przeprowadzono 35 procesów negocjacyjnych, w ramach których np. w 2015 r. wysłano propozycje zmian do 2 412 umów, z których świadczeniodawcy zaakceptowali otrzymane propozycje w stosunku do 2 314 umów. W wyniku prowadzonych procesów negocjacyjnych sfinansowano w latach 2014-2015 nadwykonania w zakresie okulistyka – hospitalizacja B18, B19 w łącznej kwocie 1 830 tys. zł. Ponadto, według wyjaśnień Dyrektora MOW NFZ, w przypadku posiadania wolnych środków finansowych, MOW NFZ finansował nadwykonane świadczenia uznane za priorytetowe. W latach 2014-2016 (do lipca) zmieniono 629 umów dotyczących: a/ świadczeń w zakresie okulistyki (AOS); b/ świadczeń zabiegowych w okulistyce – zakres skojarzony z 02.1600.001.02 (AOS); c/ okulistyki – hospitalizacji B18, B19 (SZP); d/ okulistyki – hospitalizacji planowej B18, B19 (SZP); e/ okulistyki – zespołu chirurgii jednego dnia B18, B19 (SZP). W poszczególnych latach tego okresu dokonano 557 zwiększeń (odpowiednio 187, 186 i 184) w łącznej kwocie 725 mln zł (odpowiednio 227 mln zł, 232 mln zł i 266 mln zł). Ponadto dokonano 72 zmniejszeń wartości umów (po 24 w każdym roku) w łącznej kwocie 181 mln zł (odpowiednio 76 mln zł, 70 mln zł i 35 mln zł). W zakresie świadczeń w zakresie okulistyki (AOS) w latach 2014-2016 (do lipca 2016 r.) wprowadzono 509 zmian i łącznie zwiększono środki o kwotę 33 mln zł. W zakresie świadczeń zabiegowych w okulistyce – zakres skojarzony z 02.1600.001.02 (AOS) zmieniono w tym okresie 559 umów, zwiększając środki przeznaczone na ich realizację o kwotę 150 mln zł. W zakresie okulistyki – hospitalizacji B18, B19 (SZP) zmieniono 604 umowy, zwiększając środki o kwotę 71 mln zł. W zakresie okulistyki – hospitalizacji planowej B18, B19 (SZP) zmieniono 574 umowy, zwiększając środki o kwotę 136 mln zł. Natomiast w zakresie okulistyki – zespołu chirurgii jednego dnia B18, B19 (SZP) zmieniono 569 umów, zwiększając w sumie dostępne środki o kwotę 154 mln zł.

(dowód: akta kontroli str. 413-414, 422, 583-724, 734)

4.4. MOW NFZ oszacował środki finansowe niezbędne do zaspokojenia potrzeb świadczeniobiorców oczekujących na wykonanie zabiegu usunięcia zaćmy, tj. osób zapisanych na listach oczekujących prowadzonych przez świadczeniodawców według stanu na czerwiec 2014 r., 2015 r. i 2016 r.¹⁶ W rodzaju leczenie szpitalne koszty dodatkowych środków wynosiłyby dla próby zaspokojenia potrzeb dokonywanej w 2014 r. ok. 106,5 mln zł, w 2015 r. ok. 131,7 mln zł, a w 2016 r. ok. 153 mln zł. W rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna koszt dodatkowych środków wynosiłyby w 2014 r. ok. 374 tys. zł, w 2015 r. ok. 480 tys. zł, a w 2016 r. 482 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 416-417)

4.5. MOW NFZ zawarł ze świadczeniodawcami umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresach wymienionych w punkcie 3.3. wystąpienia, w których cena pojedynczego punktu wynosiła w 2014 r. od 46,8 zł do 52 zł, w latach 2015-2016 od 50,5 zł do 52 zł. Efektem takich postanowień umownych były zróżnicowane ceny świadczeń związanych z usunięciem zaćmy. W 2014 r. cena świadczenia usunięcia zaćmy powikłanej z jednoczesnym wszczepieniem soczewki (B18) wynosiła od 2 293,2 zł do 2 860 zł, w 2015 r. cena jednostkowego świadczenia wynosiła od 2 474,50 zł do 2 860 zł, a w 2016 r. od 2 373,50 zł do 2 756 zł.

¹⁶ Do oszacowania kwoty środków jaka byłaby niezbędna, aby udzielić świadczeń osobom oczekującym w kolejkach na świadczenia związane z zaćmą w rodzaju leczenie szpitalne, w obliczeniach MOW NFZ przyjęto liczbę osób oczekujących przedstawioną przez świadczeniodawców według stanu na czerwiec 2014 r., 2015 r. i 2016 r. oraz przeciętną cenę tych świadczeń stosowaną w rozliczeniach MOW NFZ ze świadczeniodawcami. W rodzaju AOS, z uwagi na sprawozdawczość prowadzoną ze szczegółowością tylko do komórek organizacyjnych (bez wyszczególnienia rozpoznania), szacowano z uwzględnieniem odsetka osób, którym udzielono porad w związku z rozpoznaniem związanym z zaćmą w stosunku do liczby wszystkich porad.

Cena świadczenia usunięcia zaćmy niepowikłanej z jednoczesnym wszczepieniem soczewki (B19) wynosiła w 2014 r. od 2 106 zł do 2 340 zł, w 2015 r. od 2 272,50 zł do 2 340 zł, a w 2016 r. od 2 171,50 zł do 2 236 zł.

(dowód: akta kontroli str. 416, 576-577)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność w badanym obszarze.

5. Postępowania poprzedzające zwrot kosztów leczenia w innych krajach UE

Opis stanu faktycznego

5.1. W związku implementacją *dyrektywy transgranicznej* w grudniu 2014 r. zwiększono plan finansowy MOW NFZ o kwotę 26 tys. zł z przeznaczeniem na wynagrodzenia w ramach planowanych kosztów administracyjnych. Z dniem 1 kwietnia 2015 r. zwiększono zatrudnienie w Oddziale o pięć etatów, w tym trzy etaty w Dziale Współpracy Międzynarodowej/Wydziale Współpracy Międzynarodowej. Na rok 2015 zaplanowano kwotę 324 tys. zł, a na rok 2016 kwotę 332 tys. zł. W 2016 r. (w okresie od stycznia do lipca) zaangażowanych było dziewięć osób (3,55 etatu). Osoby te m.in. udzielały informacji, prowadziły postępowania administracyjne i dokonywały zwrotu kosztów.

(dowód: akta kontroli str. 8-9, 101-161, 420-421)

5.2. W latach 2014-2016 (do dnia 31 sierpnia 2016 r.) wpłynęło do MOW NFZ osiem wniosków o wyrażenie przez Dyrektora Oddziału uprzedniej zgody, których nie weryfikowano w związku z zakończeniem postępowania na etapie wstępnym (nie rozpatrzono żadnego wniosku pod względem merytorycznym). W trzech przypadkach pozostawiono sprawy bez rozpoznania na podstawie art. 64 § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. *Kodeks postępowania administracyjnego*¹⁷ w związku z nieuzupełnieniem przez wnioskodawcę braków formalnych w wyznaczonym terminie, dwa wnioski zostały wycofane przez wnioskodawców przed wszczęciem postępowania administracyjnego (świadczeniobiorcy skorzystali z innej procedury administracyjnej), w przypadku jednego wniosku odesłano go wnioskodawcy z uwagi na zamiar uzyskania świadczenia poza krajami UE, w jednym przypadku wydano postanowienie o odmowie wszczęcia postępowania w sprawie wniosku o następcze wydanie uprzedniej zgody, a jednym przypadku zwrócono się do wnioskodawcy o doprecyzowanie żądania i złożenie w tym zakresie odpowiedniego wniosku.

Wnioski te dotyczyły operacji naprawczej zastawki mitralnej, cystoskopii płodu, rekonstrukcji kciuka, endoskopowej operacji zatok, artroskopii stawu barkowego, przeszczepu od dawcy spokrewnionego, chemioterapii i radioterapii. W jednym przypadku we wniosku nie określono świadczenia będącego jego przedmiotem.

W przypadku wezwań do uzupełnienia wniosków zastosowano w dwóch przypadkach termin 14-dniowy, a w jednym 30-dniowy. Zachowano dyspozycję § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada 2014 r. *w sprawie wydawania zgody na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu*¹⁸, stosownie z którą niezwłocznie dokonuje się weryfikacji wniosku o uzyskanie w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej świadczenia opieki zdrowotnej zawartego w wykazie, o którym mowa w art. 42e ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*¹⁹, a w przypadku stwierdzenia braków formalnych wzywa osobę, która złożyła wniosek, do usunięcia braków formalnych, wyznaczając termin nie krótszy niż 14 dni od dnia otrzymania wezwania, pod rygorem pozostawienia wniosku bez rozpatrzenia.

(dowód: akta kontroli str. 5, 7-8, 10-26, 68-88, 162-183, 185-196, 200)

¹⁷ Dz. U. z 2016 r. poz. 23 ze zm.

¹⁸ Dz. U. poz. 1551.

¹⁹ Dz. U. z 2016 r. poz. 1793 ze zm., dalej: *ustawa o świadczeniach*.

5.3. W latach 2014-2016 (do dnia 12 sierpnia 2016 r.) wpłynęły do MOW NFZ 323 wnioski o zwrot kosztów opieki zdrowotnej zakupionych i uzyskanych od zagranicznego podmiotu, z których rozpatrzono 291. Wnioski te dotyczyły w 76% przypadków udzielenia świadczenia w rodzaju SZP polegającego na usunięciu zaćmy. Pozostałe wnioski dotyczyły świadczeń udzielonych w rodzaju AOS związanych z usunięciem zaćmy, zaopatrzenia w wyroby medyczne na zlecenie osoby uprawnionej, świadczenia wysokospecjalistycznego i świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowanego odrębnie. Ponadto 14 wniosków dotyczyło świadczeń niegwarantowanych. Liczba złożonych wniosków systematycznie zwiększyła się od kilkunastu pierwszym kwartale 2014 r. do około 70 w drugim kwartale 2016 r. Większość (81%) złożonych wniosków dotyczyło świadczeń udzielonych w Czechach. Pozostałe wnioski dotyczyły świadczeń zakupionych m.in. w Niemczech, Francji i Hiszpanii.
(dowód: akta kontroli str. 5, 7-8, 10-26, 68-88, 162-183, 185-199)

5.4. W latach 2014-2015 MOW NFZ dokonał zwrotu kosztów objętych 18 wnioskami złożonymi przez osoby uprawnione na podstawie art. 10 ustawy z dnia 10 października 2014 r. *o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw*²⁰, a dotyczącymi świadczeń, leków i wyrobów medycznych udzielonych lub zakupionych w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej po dniu 24 października 2013 r. i przed dniem 15 listopada 2014 r. Ponadto MOW NFZ odmówił dokonania zwrotu kosztów objętych trzema wnioskami. Przyczyną odmów było przekroczenie przez wnioskodawców sześciomiesięcznego terminu do ich złożenia, wynikającego z art. 10 ust. 4 ww. ustawy.

(dowód: akta kontroli str. 189, 197-199)

5.5. MOW NFZ prawidłowo postępował z wnioskami o zwrot kosztów. W badanej próbie 23 postępowań, w każdym przypadku sprawdzano, czy wniosek spełniał określone przepisami wymagania, w tym m.in., czy dotyczył świadczeń gwarantowanych, czy był kompletny, czy przed skorzystaniem ze świadczenia wystawione zostało odpowiednie skierowanie, czy świadczenie powinno zostać poprzedzone wydaniem uprzedniej zgody.

(dowód: akta kontroli str. 197-199)

5.6. MOW NFZ ustalał prawidłowo kwotę zwrotu kosztów świadczenia opieki medycznej poza terytorium kraju. W badanej próbie wniosków, w 15 przypadkach kwotę zwrotu ustalono zgodnie z cenami świadczeń opieki zdrowotnej obowiązującymi w rozliczeniach z polskimi świadczeniodawcami na podstawie Cenników przekazanych przez Centralę NFZ, a w jednym przypadku na podstawie art. 42c ust. 7 ustawy o świadczeniach. Zwrotów dokonano w terminie zgodnym z dyspozycją art. 42d ust. 17 ustawy o świadczeniach, tj. nie później niż 7 dni od dnia powzięcia przez Oddział wiadomości o tym, że decyzja o zwrocie stała się ostateczna.

(dowód: akta kontroli str. 27-67, 197-199)

5.7. W toku kontroli stwierdzono, że w przypadku niektórych wniosków, zwroty dokonywane były na rzecz pełnomocników pacjentów, którym udzielone było świadczenie. Do dnia 20 września 2016 r. na rzecz trzech podmiotów będących zawodowymi pełnomocnikami wnioskodawców dokonano 108 zwrotów w łącznej kwocie 231 892,28 zł.

(dowód: akta kontroli str. 27-67, 163-168, 725-726)

5.8. W ramach środków przeznaczonych przez MOW NFZ na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej osoby, które korzystały z transgranicznej opieki zdrowotnej, miały zagwarantowaną, na zasadach ogólnych, możliwość kontynuowania leczenia na terytorium kraju. Tym samym na takie osoby dotyczył m.in. obowiązek zapisu do kolejki oczekujących tzw. pierwszorazowych pacjentów, a także obowiązek posiadania odpowiedniego skierowania.

(dowód: akta kontroli str. 437, 439)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że w myśl art. 5 lit. c *dyrektywy transgranicznej*, państwo członkowskie zobowiązane jest do zapewnienia, aby w przypadku, gdy pacjent skorzystał z transgranicznej opieki zdrowotnej i gdy konieczna jest dalsza obserwacja medyczna, dostępna była taka sama obserwacja, jaka byłaby zapewniona w przypadku

²⁰ Dz. U. poz. 1491.

Ocena cząstkowa

skorzystania z opieki zdrowotnej na jego terytorium. Dostęp do takich świadczeń w kraju, może być jednak znacznie utrudniony, w przypadku tych specjalistycznych świadczeń opieki zdrowotnej, na których udzielenie oczekuje znaczna liczba osób, które już wcześniej ujęte zostały na listach prowadzonych w podmiotach leczniczych.

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w powyższym obszarze. Ocenę taką uzasadnia w szczególności prawidłowe prowadzenie postępowań administracyjnych wszczętych na podstawie złożonych przez pacjentów wniosków o zwrot kosztów oraz wniosków o uprzednią zgodę, w tym także prawidłowe i terminowe dokonywanie zwrotu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej.

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 Kontroli*²¹ 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 Opolu.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o *NIK* proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag.

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.

Opole, dnia 30 listopada 2016 r.

Kontroler
Rafał Marynowicz
Specjalista kontroli państwowej


.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Opolu

Dyrektor

DYREKTOR
Delegatury NIK w Opolu


.....
podpis

²¹ Dz. U. z 2015 r. poz. 1096 oraz z 2016 r. poz. 677, dalej: ustawa o *NIK*.

