KZD.430.005.2016
Nr ewid. 171/2016/P/16/053/KZD

Informacja o wynikach kontroli

REALIZACJA ZADAŃ NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA W 2015 ROKU

DEPARTAMENT ZDROWIA

MISJĄ

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

WIZJĄ

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

Dyrektor Departamentu Zdrowia:
Piotr Wasilewski

Akceptuję:
Mieczysław Łuczak

Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli

Zatwierdzam:
Krzysztof Kwiatkowski

Prezes Najwyższej Izby Kontroli
Warszawa, dnia 14. X. 2016 r.

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

www.nik.gov.pl

Spis treści

1. ZAŁOŻENIA KONTROLI 5

2. PODSUMOWANIE WYNIKÓW KONTROLI 6
   2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności 6
   2.2. Synteza wyników kontroli 7
   2.3. Uwagi końcowe i wnioski 9

3. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI 10
   3.1. Charakterystyka stanu prawnego oraz uwarunkowań ekonomicznych i organizacyjnych 10
   3.2. Istotne ustalenia kontroli 12
      3.2.1. Planowanie oraz realizacja zakupu świadczeń 12
      3.2.2. Dostęp pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej 16
      3.2.3. Weryfikacja sprawozdawanych świadczeń i Systemu Informatycznego Wspomagania Działalności NFZ 34
      3.2.4. Kontrole świadczeniodawców, kontrola wewnętrzna i audyt wewnętrzny 38
      3.2.5. Plan finansowy Funduszu w 2015 r. 40
         3.2.5.1. Opracowanie i zmiany planu finansowego NFZ 40
         3.2.5.2. Realizacja przychodów 40
         3.2.5.3. Realizacja wybranych kosztów 43
         3.2.5.4. Wynik finansowy 48

4. REALIZACJA WNIOSKÓW POKONTROLNYCH NIK 50

5. INFORMACJE DODATKOWE 51
   5.1. Przygotowanie kontroli 51
   5.2. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli 51
   5.3. Finansowe rezultaty kontroli 52

6. ZAŁĄCZNIKI 53

Zdjęcie na okładce:
©mattz90 – Fotolia.com

Wykaz stosowanych skrótów, skrótowców i pojęć

AOS	Ambulatoryjna opieka specjalistyczna
CWU	Centralny Wykaz Ubezpieczonych
LSP	Lecznictwo szpitalne
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
KRUS	Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NIK	Najwyższa Izba Kontroli
OW NFZ	Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia
RUM II	Rejestr Usług Medycznych II
SWIDz	System Informatycznego Wspomagania Działalności NFZ
Ustawa o świadczeniach	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, ze zm.), zwana dalej ustawą o świadczeniach
ZUS	Zakład Ubezpieczeń Społecznych

1 ZAŁOŻENIA KONTROLI

Uzasadnienie podjęcia kontroli

Kontrola „Realizacji zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 roku" została podjęta z inicjatywy własnej Najwyższej Izby Kontroli i ujęta w planie pracy NIK na 2016 r. Kontrolą objęto 2015 r. oraz 2014 r. w zakresie opracowywania planu finansowego NFZ, a także działania Funduszu w 2016 r. związane ze sporządzaniem sprawozdań z jego realizacji.

Zgodnie z art. 65 ustawy o świadczeniach ubezpieczenie zdrowotne oparte jest w szczególności na zasadach równego traktowania oraz solidarności społecznej, a także zapewnienia ubezpieczonemu równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Kluczową rolę w realizacji tego uprawnienia mają działania Narodowego Funduszu Zdrowia. Kontrolą objęto zatem realizację przez Fundusz zadań wskazanych w art. 97 ust. 3 ustawy o świadczeniach, które związane są m.in. z: określaniem dostępności świadczeń oraz przeprowadzaniem konkursów ofert, rokowań i zawieraniem umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także ich rozliczaniem. Kontrolowano także działania związane z monitorowaniem ordynacji lekarskich.

Cel kontroli

Celem kontroli była ocena, czy wydatkowanie środków przez NFZ było efektywne[1] i prowadziło do poprawy dostępu do świadczeń zdrowotnych.

Cele szczegółowe kontroli

Cele szczegółowe kontroli obejmowały:

1. ocenę procesu planowania zakupu świadczeń i sporządzania planu finansowego;
2. ocenę procesu kontraktowania i zabezpieczenia dostępu do świadczeń zdrowotnych dla świadczeniobiorców[2];
3. ocenę wykonania planu zakupu świadczeń, w tym w zakresie poprawy ich dostępności, w ramach środków przewidzianych w planie finansowym na 2015 r., a w szczególności, czy czas oczekiwania na udzielenie świadczeń skrócił się w porównaniu do poprzedniego roku oraz czy w pełni wykorzystano środki przewidziane w planie na pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych;
4. ocenę systemu kontroli świadczeniodawców, w tym automatycznej weryfikacji sprawozdań przekazywanych do NFZ oraz systemu kontroli wewnętrznej;
5. ocenę realizacji wniosków pokontrolnych NIK (w Centrali NFZ).

Zakres kontroli

Kontrolę Nr P/16/053 przeprowadzono w Centrali NFZ oraz trzech oddziałach wojewódzkich Funduszu[3].

Zgodnie z art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o NIK[4], kontrola została przeprowadzona pod względem legalności, gospodarności, celowości i rzetelności.

---

1 Pod pojęciem poprawy efektywności należy w tym przypadku rozumieć m.in. zmniejszenie liczby osób oczekujących na udzielenie świadczeń, skrócenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń, ograniczenie obszarów na których były trudności w dostępie do świadczeń zdrowotnych.

2 Świadczeniobiorcami są zarówno osoby ubezpieczone wskazane w art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach (tj., osoby objęte powszechnym obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym oraz m.in. osoby posiadające obywatelstwo państwa członkowskiego UE lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), zamieszkujące na terytorium państwa członkowskiego UE lub państwa członkowskiego FTA), jak również osoby nieubezpieczone spełniające warunki określone w art. 2 ust. 1 pkt 2–4 tej ustawy (nie posiadają tytułu ubezpieczeniowego, ale posiadają prawo do uzyskania świadczeń finansowanych ze środków publicznych (budżetu państwa).

3 W oddziałach wojewódzkich: Łódzkim, Lubuskim i Podlaskim, które nie były kontrolowane w poprzedniej kontroli dotyczącej realizacji zadań NFZ w 2014 r.

4 Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2015 r. poz. 1096 oraz z 2016 r. poz. 677).

2 PODSUMOWANIE WYNIKÓW KONTROLI

2.1 Ogólna ocena kontrolowanej działalności

W 2015 r. dostęp pacjentów do świadczeń zdrowotnych, w większości rodzajów oddziałów szpitalnych i poradni specjalistycznych, nie uległ poprawie. Stało się tak pomimo zwiększenia wartości umów zawartych przez NFZ ze świadczeniodawcami oraz wprowadzenia nowych regulacji prawnych, mających na celu doprecyzowanie od 1 stycznia 2015 r.[5] zasad prowadzenia list osób oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych oraz skrócenie czasu oczekiwania pacjentów na usługi medyczne.

Średni rzeczywisty czas oczekiwania pacjentów wydłużył się w przypadku siedmiu rodzajów oddziałów szpitalnych (spośród dziewięciu analizowanych) oraz pięciu rodzajów poradni w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (spośród dziewięciu poddanych analizie).

W 2015 r., podobnie jak w latach poprzednich, NFZ nie zabezpieczył pacjentom dostępu do szeregu świadczeń zdrowotnych w poszczególnych województwach. Pomiędzy oddziałami wojewódzkimi NFZ nadal występowały znaczące różnice w dostępie doświadczeń, na co NIK zwracała już uwagę po kontrolach wykonania zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2011–2014[6]. Było to spowodowane m.in. nierównomiernym rozmieszczeniem kadry i placówek medycznych na terenie kraju.

Nie w pełni efektywnie wykorzystano również środki przeznaczone na pokrycie kosztów zakupu świadczeń. Świadczą o tym m.in. stwierdzone przez NIK przypadki refundacji leków na kwotę 6 321,76 tys. zł, na podstawie 85,34 tysięcy recept, wystawionych przez zmarłych lekarzy oraz na rzecz zmarłych pacjentów. Już w 2014 r. Narodowy Fundusz Zdrowia szacował wartość nieprawidłowości w sprawozdaniach we wszystkich rodzajach świadczeń (tzw. „fraudów") na kwotę min. 650 000 tys. zł. Skuteczna weryfikacja danych sprawozdawczych, dzięki systemowi RUM II tworzonemu bez powodzenia od 2006 r., pozwoliłaby – w ocenie NIK – na pozyskanie dodatkowych środków i zakontraktowanie większej liczby świadczeń zdrowotnych, co z kolei przyczyniłoby się do skrócenia kolejek osób oczekujących.

Trudności z rozbudową systemów informatycznych NFZ, w tym budową systemu RUM II, wynikały m.in. z braku spójnej koncepcji ich rozwoju oraz wielokrotnych zmian planowanych rozwiązań wprowadzanych w wyniku działań Ministra Zdrowia, nadzorującego Fundusz.

O niewystarczającej efektywności gospodarowania środkami świadczy również niewykorzystanie kwoty 729 796,33 tys. zł przeznaczonej w planie finansowym na pokrycie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, choć w porównaniu do 2014 r. nastąpiła poprawa w tym zakresie (w 2014 r. było to 1 178 773,60 tys. zł).

Najwyższa Izba Kontroli zauważa, że problemy z dostępem pacjentów do świadczeń wystąpiły w sytuacji niepełnego wykorzystania potencjału większości ankietowanych świadczeniodawców, którzy mogliby udzielać większej liczby świadczeń zdrowotnych bez rozbudowy swojej bazy sprzętowej i zatrudniania dodatkowego personelu medycznego[7].

---

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

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

7 Szerzej w pkt 2 „Synteza wyników kontroli", ppkt 4.

2.2 Synteza wyników kontroli

1. W 2015 r. Fundusz nie zapewnił równego dostępu do świadczeń zdrowotnych dla wszystkich ubezpieczonych. Podobnie jak w latach 2011–2014, utrzymywały się dysproporcje w dostępie do świadczeń, pomiędzy poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi NFZ, mierzone zarówno ich liczbą przypadającą na 10 tys. osób ubezpieczonych w poszczególnych oddziałach wojewódzkich, jak i czasem oczekiwania na ich udzielenie. Spowodowane to było w szczególności nierównomiernym rozmieszczeniem kadry i placówek medycznych na terenie kraju. Koncentracja zasobów kadrowych i sprzętowych systemu ochrony zdrowia jedynie na wybranych obszarach (przede wszystkim w dużych ośrodkach miejskich) skutkowała trudnościami w kontraktowaniu świadczeń w pozostałych regionach kraju[8].

Ponadto dostęp do świadczeń nie uległ poprawie w porównaniu do poprzedniego roku, gdyż średni rzeczywisty czas oczekiwania wydłużył się w przypadku siedmiu rodzajów oddziałów szpitalnych, spośród dziewięciu analizowanych, oraz pięciu rodzajów poradni, spośród dziewięciu poddanych analizie w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. [str. 14–31]

Nierówny dostęp do świadczeń, naruszał podstawową zasadę określoną w art. 65 pkt 2 ustawy o świadczeniach, tj. zapewnienia ubezpieczonemu równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej[9].

2. Pomimo przeprowadzenia w 2015 r. przez NFZ postępowań uzupełniających, które miały na celu poprawę dostępu do świadczeń zdrowotnych, cel ten nie został w pełni osiągnięty. Spośród 11 analizowanych zakresów świadczeń w lecznictwie szpitalnym, tylko w dwóch oddziałach wojewódzkich Funduszu zapewniono pacjentom pełny dostęp do świadczeń. Natomiast w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, spośród dziewięciu analizowanych zakresów, dostęp do wszystkich świadczeń odnotowano jedynie w czterech oddziałach wojewódzkich NFZ.

Nie udało się także zabezpieczyć pacjentom dostępu do świadczeń w programie profilaktyki chorób odtytoniowych: na etapie podstawowym w dwóch OW NFZ oraz na etapie specjalistycznym w ośmiu oddziałach.

W przypadku świadczeń rehabilitacyjnych nie zakontraktowano rehabilitacji kardiologicznej w ośrodku/oddziale dziennym w dwóch OW NFZ, a rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych w czterech oddziałach. [str. 14–16]

3. System kontroli świadczeniodawców nie był w pełni skuteczny, o czym świadczy m.in. refundacja przez Fundusz w 11 302 przypadkach recept na kwotę 708,35 tys. zł wystawionych na osoby zmarłe, a w 74 039 przypadkach na kwotę 5 613,4 tys. zł recept wystawionych przez zmarłych lekarzy.

---

8 Patrz Informacja o wynikach kontroli „Zatrudnienie w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej", lipiec 2015 r. kontrola Nr P/14/065. Z ustaleń tej kontroli wynika m.in., że szpitale miały trudności z zatrudnieniem lekarzy specjalistów, a niektóre zmuszone były zaprzestać realizacji niektórych świadczeń zdrowotnych, z powodu braku wykwalifikowanej kadry. Z kolei, jak wynika z kontroli pn. „Kształcenie i przygotowanie zawodowe kadr medycznych" (Nr P/15/060) system kształcenia i szkolenia zawodowego kadr medycznych nie zapewniał przygotowania wystarczającej liczby odpowiednio wykształconych specjalistów, stosownie do zmieniających się potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Również kontrole „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia, w ramach planu finansowego w 2013 r. (P/14/060) oraz Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2014 r. (P/15/059) wykazały brak możliwości zakontraktowania przez NFZ niektórych świadczeń z uwagi na brak odpowiedniej kadry lekarskiej.

9 Zgodnie z art. 65 pkt 2 ustawy, ubezpieczenie zdrowotne jest oparte w szczególności na zasadach: zapewnienia ubezpieczonemu równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i wyboru świadczeniodawców spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z Funduszem, z zastrzeżeniem art. 56b i art. 69b ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej, art. 153 ust. 7a ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej i art. 115 § 1a Kodeksu karnego wykonawczego.

Dopiero w trakcie kontroli NIK zostały wszczęte czynności wyjaśniające m.in. w oddziałach wojewódzkich NFZ. Fundusz nie prowadził również weryfikacji, czy recepta o danym numerze[10] nie została już zrealizowana na terenie innego oddziału. [str. 37–38]

W ocenie NIK, jedną z przyczyn nieskutecznej weryfikacji jest brak w NFZ spójnego systemu informatycznego, który pozwoliłby na jej przeprowadzenie, a powstanie takiego systemu utrudniają częste zmiany koncepcji informatyzacji systemu ochrony zdrowia, skutkujące m.in. trudnościami w budowie systemu weryfikacji sprawozdań, a także niewprowadzeniem mechanizmów autoryzacji wykonania świadczenia w czasie rzeczywistym przez lekarza i pacjenta. Najwyższa Izba Kontroli zwracała uwagę na te zagadnienia już w kontroli realizacji zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2014 r. [str. 34–38]

Do końca I półrocza 2016 r. Fundusz nie wdrożył przewidzianego w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia[11] Rejestru Usług Medycznych, zapewniającego autoryzację wykonania świadczenia. Utrudnia to wyeliminowanie nieprawidłowości w rozliczaniu świadczeń, których szacunkowa wartość, według Funduszu, wynosi w skali roku ok 650 000 tys. zł. [str. 34]

4. NIK nie wnosi uwag do procesu sporządzania planu finansowego NFZ. Wysokość zrealizowanych w 2015 r. przychodów ogółem wyniosła 70 366 452,43 tys. zł, co stanowiło 100,62% planu po zmianach i przesunięciach. W porównaniu do 2014 r. były one wyższe o 3 181 316,17 tys. zł. Największy udział w przychodach ogółem stanowiły przychody z tytułu składek na ubezpieczenia zdrowotne z ZUS i KRUS (bez składek z lat ubiegłych), które wyniosły łącznie 67 090 550,12 tys. zł[12] i były wyższe od planowanych o 284 211,12 tys. zł. [str. 40–43]

Zrealizowane przez NFZ w 2015 r. koszty ogółem wyniosły 70 560 197,42 tys. zł i stanowiły 98,71% planu. Były one o 6,71% wyższe niż w 2014 r. (66 124 110,09 tys. zł). [str. 43–48]

Poniesione przez NFZ w 2015 r. koszty świadczeń zdrowotnych wyniosły 67 751 200,67 tys. zł (w 2014 r. 63 338 421,40 tys. zł). Największy udział w tych kosztach miały koszty leczenia szpitalnego – 49,01%, podstawowej opieki zdrowotnej – 12,99% oraz koszty refundacji aptecznej – 11,79% i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – 8,31%. Kwota niewydatkowanych środków na świadczenia opieki zdrowotnej wyniosła w 2015 r. 729 796,33 tys. zł[13] i stanowiła 1,07% planowanych kosztów świadczeń zdrowotnych. [str. 44–47]

Z uzyskanych przez NIK danych od szpitali posiadających kontrakt z NFZ wynika, że aż 87,5% szpitali mogłaby realizować większą liczbę świadczeń medycznych bez zwiększania zatrudnienia personelu medycznego i zakupu dodatkowego sprzętu, a zawarte kontrakty mogłyby być wyższe o 18,42%, tj. 3 160 182 tys. zł[14]. [str. 45]

Wynik finansowy NFZ wyniósł (-)193 744,99 tys. zł, przy pierwotnie planowanym (-)1 547 613 tys. zł, i był konsekwencją m.in. niższych niż planowano kosztów świadczeń opieki zdrowotnej o 729 796,33 tys. zł, wyższych niż planowano przychodów ze składki należnej brutto w roku

10 Każda recepta posiada unikalny numer.

11 Dz. U. z 2015 r. poz. 636, ze zm.

12 W 2014 r. było 64 388 825,74 tys. zł.

13 M.in. całkowity budżet na refundację – 270 271,44 tys. zł, leczenie szpitalne – 170 825,04 tys. zł, rezerwa na koszty realizacji zadań wynikających z przepisów o koordynacji 158 885,95 tys. zł.

14 Do ankiety przystąpiły 463 szpitale realizujące kontrakty o wartości 16 737 408,15 tys. zł (wykonanie kontraktów 102,51% – 17 157 185,41 tys. zł) z 961 posiadających kontrakt z NFZ.

planowania równej przypisowi składki o 284 211,12 tys. zł, niższych niż planowano kosztów administracyjnych o 90 844,64 tys. zł, wyższych niż planowano przychodów ze składek z lat ubiegłych o 87 524,54 tys. zł i niższych niż planowano pozostałych kosztów o 66 347,38 tys. zł. [str. 48–49]

5. NIK zwraca uwagę na opóźnienia przy wydawaniu przez dyrektorów OW NFZ decyzji administracyjnych, dotyczących potwierdzenia tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego. W latach 2013–2015 wszczęto 802 767 takich spraw na kwotę 315 786,03 tys. zł, z czego 572 468 spraw na kwotę 16 988,55 tys. zł nie zostało przekazanych do dalszych czynności wyjaśniających z uwagi na ich niską wartość jednostkową. Liczba spraw wyjaśnionych wyniosła, na koniec 2015 r., 66 840 i obejmowała kwotę 176 632,42 tys. zł, zaś decyzje administracyjne wydano w stosunku do 12 907 spraw na kwotę 22 345,48 tys. zł. [str. 42–43]

6. W związku z kontrolą realizacji zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2014 r. NIK skierowała do Prezesa Funduszu pięć wniosków pokontrolnych. Mimo podjęcia przez Prezesa NFZ działań zmierzających do ich realizacji, do dnia zakończenia nie zostały one w pełni zrealizowane. [str. 50]

2.3 Uwagi końcowe i wnioski

Ustalenia kontroli wskazują na szereg problemów o charakterze systemowym, które ograniczają skuteczność działań NFZ, a w szczególności na:

- koncentrację zasobów kadrowych i sprzętowych systemu ochrony zdrowia jedynie na wybranych obszarach (w szczególności w dużych ośrodkach miejskich), co skutkuje trudnościami w kontraktowaniu świadczeń w pozostałych regionach kraju,
- brak skutecznych narzędzi informatycznych pozwalających na eliminowanie nieprawidłowości w sprawozdawczości i dokumentach rozliczeniowych przekazywanych przez świadczeniodawców,
- niewystarczającą skuteczność monitorowania realizacji planu finansowego oraz działań dotyczących zmian warunków umów zawartych ze świadczeniodawcami w przypadkach, gdy nie są oni w stanie zrealizować zaplanowanych świadczeń, w szczególności z powodu niedostatecznej liczby personelu medycznego o pożądanych kwalifikacjach[15].

W ocenie NIK, zmiany w powyższych obszarach, pozwoliłyby na poprawę efektywności wykorzystania środków publicznych przeznaczonych na leczenie pacjentów, w tym skrócenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń.

W ocenie NIK niezbędne jest również podjęcie przez Prezesa NFZ działań zmierzających do:

1. wyjaśnienia spraw dotyczących finansowania świadczeń udzielonych przez osoby zmarłe lub na rzecz osób zmarłych;
2. opracowania wieloletniej strategii IT w porozumieniu z Ministrem Zdrowia;
3. poprawy wykorzystania środków przewidzianych w planie finansowym na leczenie pacjentów;
4. kontynuowania działań w celu doskonalenia mechanizmów weryfikacji rozliczanych świadczeń;
5. kontroli działań zmierzających do skrócenia czasu oczekiwania pacjentów na udzielanie świadczeń zdrowotnych, zwłaszcza w odniesieniu do tych zakresów, w których świadczeniobiorcy wymagają pilnego skorzystania z pomocy medycznej.

[15] Jak wynika m.in. z kontroli „Kształcenie i przygotowanie zawodowe kadr medycznych" (Nr P/15/060) system kształcenia i szkolenia zawodowego kadr medycznych nie zapewniał przygotowania wystarczającej liczby odpowiednio wykształconych specjalistów, stosownie do zmieniających się potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. NIK zwracała uwagę, że brak lekarzy niektórych specjalności staje się jedną z najistotniejszych systemowych przyczyn wydłużania się średniego czasu oczekiwania na świadczenia medyczne.

3 WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

3.1 Charakterystyka stanu prawnego oraz uwarunkowań ekonomicznych i organizacyjnych

Zgodnie z art. 68 Konstytucji RP, każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Polski system opieki zdrowotnej został oparty o zasadę solidaryzmu i współodpowiedzialności wszystkich za finansowanie wydatków na zdrowie, a jego działanie reguluje szereg ustaw.

Wśród nich podstawowe znaczenie ma ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która określa warunki i zakres udzielania świadczeń. Z ustawy tej wynika, że obowiązek zapewnienia określonego standardu dostępności świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych, należy do władz publicznych[16], a głównym źródłem finansowania systemu są składki na ubezpieczenie zdrowotne gromadzone w NFZ[17]. Fundusz został utworzony, jako państwowa jednostka organizacyjna posiadająca osobowość prawną[18], której podstawowym zadaniem jest określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej[19].

W skład NFZ wchodzą Centrala oraz 16 oddziałów wojewódzkich. Organami Funduszu są: Rada Funduszu, Prezes Funduszu, rady oddziałów wojewódzkich Funduszu, dyrektorzy oddziałów wojewódzkich[20].

Fundusz wypełnia funkcje płatnika, ponieważ ze środków pochodzących z obowiązkowych składek ubezpieczenia zdrowotnego, dotacji z budżetu państwa oraz innych źródeł wskazanych ustawą[21], finansuje świadczenia zdrowotne udzielane uprawnionym[22] i refunduje ceny leków. Obywatele obciążeni są obowiązkową składką ubezpieczeniową stanowiącą 9% dochodów osobistych, która odprowadzana jest za pośrednictwem ZUS i KRUS do NFZ. Koszty leczenia w systemie publicznym pokrywa NFZ. Dokonuje tego poprzez wybór, w cyklicznie organizowanych konkursach, ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych, tych świadczeniodawców, którzy oferują najkorzystniejsze warunki. Fundusz, w ramach systemu opieki zdrowotnej finansowanego ze środków publicznych, mającego na celu zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego uprawnionych, faktycznie realizuje zadania władzy publicznej, w zakresie zapewnienia dostępu do usług medycznych.

Funkcjonowanie w ramach sektora finansów publicznych wiąże się z określonym reżimem prawnym odpowiedzialności, uregulowanej w ustawie z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych[23].

Dyrektor oddziału wojewódzkiego decyduje o prowadzonej polityce finansowej oddziału, a także ma udział w prowadzeniu polityki zdrowotnej na terenie województwa[24].

Prezes Funduszu kieruje działalnością Funduszu, a większość jego zadań wiąże się z prowadzeniem gospodarki finansowej. Inną grupą istotnych zadań są uprawnienia kontrolne względem świadczeniodawców i aptek oraz zadania kierownicze wobec oddziałów wojewódzkich Funduszu.

16 Vide: art. 1 pkt 3, art. 6 i nast. (7–11) ustawy o świadczeniach.
17 Art. 2 i 3, art. 97 ust. 1, art. 116 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach.
18 Art. 96 ust. 1 ustawy o świadczeniach.
19 Art. 97 ust. 3 pkt 1 ustawy o świadczeniach.
20 Patrz art. 98 ust. 1 ustawy o świadczeniach.
21 Art. 116 ustawy o świadczeniach.
22 Patrz art. 132 i nast. ustawy o świadczeniach.
23 Dz. U. z 2013 r. poz. 168, ze zm.
24 Szczegółowe zadania dyrektora oddziału wojewódzkiego zostały określone w art. 107 ustawy o świadczeniach.

W ramach uprawnień kierowniczych, Prezes Funduszu sprawuje nadzór nad realizacją zadań oddziałów wojewódzkich oraz ustala jednolite sposoby realizacji ustawowych zadań przez oddziały, w tym w sprawach zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz warunków wymaganych od świadczeniodawców[25].

Kluczowym dokumentem jest roczny plan finansowy Funduszu, który powinien umożliwić zakontraktowanie optymalnej liczby świadczeń opieki zdrowotnej, dla osób uprawnionych zamieszkujących na terenie danego województwa, jak również dla osób przybywających w celu odbycia leczenia z innych województw Polski, oraz osób uprawnionych do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji. Podział środków finansowych pomiędzy Centralę NFZ i oddziały wojewódzkie NFZ następuje według kryteriów określonych w art. 118 ustawy o świadczeniach[26]. Podstawowym kryterium podziału środków jest liczba ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziale wojewódzkim Funduszu.

Koszty Funduszu dzieli się na dwie podstawowe kategorie, tj. koszty świadczeń opieki zdrowotnej i pozostałe koszty[27].

Istotnym dokumentem, poza rocznym planem finansowym Funduszu, jest prognoza przychodów na kolejne 3 lata, sporządzana przez Prezesa Funduszu w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych oraz ministrem właściwym do spraw zdrowia[28]. Stanowi ona podstawę do przygotowania przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich informacji dotyczących prognozowanych kosztów oddziałów. Na tej podstawie Prezes Funduszu, w porozumieniu z właściwymi ministrami, przygotowuje prognozę kosztów na kolejne 3 lata. Udział dyrektorów oddziałów wojewódzkich w tworzeniu prognozy kosztów, umożliwia im przekazanie szeregu istotnych informacji w zakresie wskaźników dotyczących województwa oraz zagrożeń związanych z czynnikami regionalnymi, mającymi wpływ na koszty oddziału.

Na koniec 2015 r., w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych (CWU) zarejestrowanych było 33 594 006 osób a w 2014 r. 33 672 846 osób, które określa się mianem ubezpieczonych[29].

25 Szczegółowe zadania Prezesa NFZ zostały określone w art. 102 ust. 1 i 5 ustawy o świadczeniach.

26 Szczegółowe zasady podziału środków pomiędzy oddziały wojewódzkie NFZ określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2009 r. w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków finansowych pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych (Dz. U. Nr 193, poz. 1495).

27 Poszczególne rodzaje kosztów zostały określone w art. 117 ustawy o świadczeniach.

28 Zasady sporządzania prognozy przychodów na kolejne 3 lata reguluje art. 120 ustawy o świadczeniach.

29 Status: 1 (ubezpieczony), 8 (rezydent UE), 21 (zgłoszony z ZUS, brak składek), 22 (zgłoszony z KRUS, brak składek).

Tabela nr 1
Ubezpieczeni obowiązkowo i dobrowolnie – wg stanu na 31 grudnia 2015 r.

Ubezpieczeni w Narodowym Funduszu Zdrowia							
Oddział	ubezpieczeni obowiązkowo			ubezpieczeni dobrowolnie			ogółem liczba ubezpieczonych
	ogółem	członkowie opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia	ogółem	członkowie opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia	
Dolnośląski	2 469 356	1 923 090	546 266	1 645	1 240	405	2 471 001
Kujawsko-Pomorski	1 807 929	1 388 523	419 406	752	509	243	1 808 681
Lubelski	1 900 823	1 442 263	458 560	398	289	109	1 901 221
Lubuski	865 873	658 437	207 436	436	247	189	866 309
Łódzki	2 243 000	1 765 761	477 239	669	510	159	2 243 669
Małopolski	2 951 711	2 204 106	747 605	2 605	2 035	570	2 954 316
Mazowiecki	4 831 112	3 708 994	1 122 118	5 234	3 839	1 395	4 836 346
Opolski	808 428	623 115	185 313	350	269	81	808 778
Podkarpacki	1 836 848	1 359 233	477 615	885	839	46	1 837 733
Podlaski	1 021 733	771 717	250 016	389	274	115	1 022 122
Pomorski	1 961 851	1 454 418	507 433	3 749	1 824	1 925	1 965 600
Śląski	4 022 340	3 049 809	972 531	1 562	1 094	468	4 023 902
Świętokrzyski	1 102 912	848 654	254 258	143	99	44	1 103 055
Warmińsko-Mazurski	1 212 848	920 242	292 606	327	209	118	1 213 175
Wielkopolski	3 110 033	2 370 624	739 409	1 769	1 320	449	3 111 802
Zachodniopomorski	1 424 228	1 088 786	335 442	2 058	1 084	974	1 426 286
Nieokreślony	10	4	6	0	0	0	10
SUMA	**33 571 03**	**25 577 776**	**7 993 259**	**22 971**	**15 681**	**7 290**	**33 594 006**

Źródło: Sprawozdanie z działalności NFZ za 2015 rok.

3.2 Istotne ustalenia kontroli

3.2.1. Planowanie oraz realizacja zakupu świadczeń

Fundusz przygotował projekt priorytetów ogólnopolskich na 2015 r., dotyczących przede wszystkim tzw. pakietu onkologicznego[30]. Obejmowały one m.in.:

- skrócenie czasu oczekiwania na ambulatoryjną, pełnoprofilową diagnostykę onkologiczną dla pacjentów z podejrzeniem nowotworu złośliwego – jako element programu onkologicznego w trybie tzw. „szybkiej ścieżki" (AOS);
- umożliwienie wydawania przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) kart diagnostyki i leczenia onkologicznego uprawniających do uzyskania świadczenia w trybie szybkiej ścieżki onkologicznej;
- skrócenie czasu oczekiwania na leczenie onkologiczne zgodnie z nowelizacją ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (SZP).

Jedynie w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (SOK) określony został priorytet niezwiązany z leczeniem onkologicznym, tj. zmniejszenie częstości powikłań oraz poprawa jakości życia chorych wymagających leczenia metodą dializoterapii otrzewnowej.

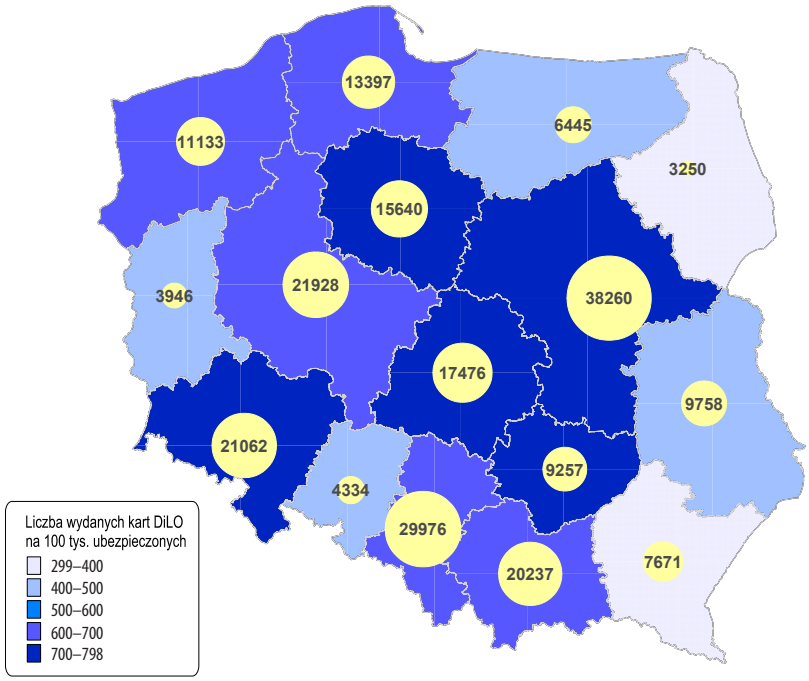
[30] Ustawą z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw wprowadzono przepisy art. 32a ustawy o świadczeniach określające tryb i zasady udzielania świadczeń dla osób chorych na wybrane choroby nowotworowe.

Podobnie jak w roku poprzednim, priorytety ogólnopolskie na 2015 r. zostały ustalone na okres jednego roku[31]. Takie podejście nie oznaczało braku kontynuacji określonych działań, gdyż część z nich była realizowana również w kolejnych latach. Nie były to jednak działania uwzględniane w ramach priorytetów. Przygotowując się do opracowania priorytetów na 2017 r., Fundusz uwzględnił zalecenia NIK wynikające z poprzednich kontroli, dotyczące potrzeby ustalania priorytetów w horyzoncie czasowym dłuższym niż rok kalendarzowy, wprowadzając odpowiednie zmiany do procedur definiowania priorytetów zdrowotnych i planowania zakupu świadczeń. Równocześnie Oddziały Wojewódzkie NFZ określiły priorytety regionalne.

Obowiązujący od 1 stycznia 2015 roku pakiet onkologiczny miał za zadanie wprowadzić szybką terapię onkologiczną, zapewniającą pacjentom z nowotworami złośliwymi m.in. kompleksową opiekę na każdym etapie choroby oraz poprawę dostępności diagnostyki i leczenia nowotworów złośliwych. Wprowadzono karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (DILO), które zawierają informacje takie jak: wykaz badań diagnostycznych, które zostały wykonane pacjentowi a w przypadku rozpoznania nowotworowego również informację o stopniu zaawansowania choroby oraz plan leczenia.

W 2015 r. wydanych zostało 233,8 tys. kart DILO przez 6 144 świadczeniodawców, w tym: 75,2 tys. kart przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, 59,2 tys. kart przez lekarzy ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, 54,0 tys. kart wydanych w szpitalu oraz 45,3 tys. kart wydanych pacjentom kontynuującym leczenie w szpitalu. Wartość udzielonych świadczeń w zakresach związanych z pakietem onkologicznym wyniosła: 39 mln zł w rodzaju ambulatoryjna opieka zdrowotna oraz 1 334 mln zł w rodzaju leczenie szpitalne.

Rysunek nr 1
Liczba kart DILO wydanych od 1 stycznia 2015 r. do 4 stycznia 2016 r.



Źródło: Sprawozdanie z działalności NFZ za 2015 rok.

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

Wartość zakontraktowanych świadczeń na dzień 1 kwietnia 2015 r. w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych była zróżnicowana w poszczególnych oddziałach NFZ, a ich łączna wartość była niższa niż przewidywał to plan zakupu. Przykładowo:

- *W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej od 1 441,63 tys. zł w Łódzkim OW do 1 833,94 tys. zł w Podlaskim OW. W siedmiu OW plan zakupu świadczeń na 2015 r. (wg stanu na 30 września) był wyższy od wartości rozliczonych świadczeń w 2014 r. W pozostałych OW plan był niższy i wynosił od 91,88% (Opolski OW) do 99,62% (Warmińsko-Mazurski OW) wartości rozliczonych świadczeń w 2014 r. Średnia wartość tego wskaźnika wynosiła 99,40% wartości świadczeń rozliczonych w 2014 r.*
- *W leczeniu szpitalnym od 8 044,49 tys. zł w Lubuskim OW do 10 602,82 tys. zł w Mazowieckim OW. W czternastu OW plan zakupu świadczeń na 2015 r. (wg stanu na 30 września) był wyższy od wartości rozliczonych świadczeń w 2014 r. W pozostałych dwóch OW plan był niższy i wynosił: 99,23% (Świętokrzyski OW) i 99,72% (Lubuski OW) wartości rozliczonych świadczeń w 2014 r. Średnia wartość tego wskaźnika wynosiła 103,10% wartości świadczeń rozliczonych w 2014 r.*
- *W leczeniu stomatologicznym od 388,34 tys. zł w Mazowieckim OW do 649,66 tys. zł w Warmińsko-Mazurskim OW. W czternastu OW plan zakupu świadczeń na 2015 r. (wg stanu na 30 września) był wyższy od wartości rozliczonych świadczeń w 2014 r. W pozostałych dwóch OW plan był niższy i wynosił: 96,66% (Lubuski OW) i 99,52% (Opolski OW) wartości rozliczonych świadczeń w 2014 r. Średnia wartość tego wskaźnika wynosiła 102,12% wartości świadczeń rozliczonych w 2014 r.*
- *W rehabilitacji leczniczej od 474,48 tys. zł w Zachodniopomorskim OW do 812,15 tys. zł w Mazowieckim OW. W siedmiu OW plan zakupu świadczeń na 2015 r. (wg stanu na 30 września) był wyższy od wartości rozliczonych świadczeń w 2014 r. W pozostałych OW plan był niższy i wynosił od 93,83% (Zachodniopomorski OW) do 99,61% (Mazowiecki OW) wartości rozliczonych świadczeń w 2014 r. Średnia wartość tego wskaźnika wynosiła 99,71% wartości świadczeń rozliczonych w 2014 r.*
- *W profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków Funduszu od 35,28 tys. zł w Podlaskim OW do 70,73 tys. zł w Śląskim OW. Plan zakupu świadczeń na 2015 r. (wg stanu na 30 września) był wyższy od wartości rozliczonych świadczeń w 2014 r. Średnia wartość tego wskaźnika wynosiła 346,34% wartości świadczeń rozliczonych w 2014 r.*
- *W świadczeniach odrębnie kontraktowanych od 358,73 tys. zł w Podlaskim OW do 594,33 tys. zł w Mazowieckim OW. W pięciu OW plan zakupu świadczeń na 2015 r. (wg stanu na 30 września) był wyższy od wartości rozliczonych świadczeń w 2014 r. W pozostałych OW plan był niższy i wynosił od 91,02% (Świętokrzyski OW) do 99,74% (Opolski OW) wartości świadczeń rozliczonych w 2014 r. Średnia wartość tego wskaźnika wynosiła 99,11% wartości świadczeń rozliczonych w 2014 r.*

W trakcie 2015 r. zwiększono plan kosztów świadczeń opieki zdrowotnej łącznie o 5,26% (od 0,18% w rodzaju koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego do 17,34% w rodzaju leczenie szpitalne). Plan świadczeń został zmniejszony o 11,07% w zakresie pomocy doraźnej i transportu sanitarnego oraz o 1,33% w zakresie kosztów profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu. Wykonanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej było wyższe od wykonania roku 2014 r. łącznie o 6,97%: od 0,35% w zakresie realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego do 78,22% w pozycji koszty świadczeń opieki zdrowotnej z lat ubiegłych. Koszty w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny w 2015 r. były niższe od wykonania w 2014 r. o 0,36%.

Liczba lekarzy poszczególnych specjalności wykazanych przez świadczeniodawców w załącznikach do umów, przypadająca na 100 tys. ubezpieczonych różniła się w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu i przykładowo wynosiła:

– alergologów – od 0,47 w Opolskim OW do 4,03 w Mazowieckim OW;
– angiologów – od 0,00 w Lubuskim, Mazowieckim, Opolskim, Podkarpackim, Warmińsko-Mazurskim OW do 1,43 w Śląskim OW;
– chirurgów dziecięcych – od 0,39 w Opolskim OW do 6,13 w Mazowieckim OW;

- chirurgów naczyniowych – od 0,43 w Lubuskim OW do 3,53 w Śląskim OW;
- diabetologów – od 0,54 w Lubuskim OW do 5,43 w Śląskim OW;
- endokrynologów – od 0,74 w Opolskim OW, do 4,58 w Śląskim OW;
- ginekologów onkologicznych – od 0,19 w Warmińsko-Mazurskim OW do 0,81 w Małopolskim OW;
- onkologów i hematologów dziecięcych – brak lekarzy tej specjalności w Opolskim OW, najwięcej (0,85) w Małopolskim OW.

Na terenie działania części OW nie było lekarzy także innych specjalności, jak np.:

- chorób płuc dzieci w Dolnośląskim, Kujawsko-Pomorskim, Lubuskim, Łódzkim, Opolskim, Podkarpackim, Pomorskim, Świętokrzyskim, Warmińsko-Mazurskim, Wielkopolskim, Zachodniopomorskim OW;
- immunologii klinicznej w Lubuskim, Opolskim, Podkarpackim, Zachodniopomorskim OW;
- endokrynologii i diabetologii dziecięcej w Kujawsko-Pomorskim, Lubuskim, Opolskim, Świętokrzyskim i Warmińsko-Mazurskim OW;
- otolaryngologii dziecięcej w Opolskim, Świętokrzyskim, Zachodniopomorskim OW;
- chirurgii szczękowo-twarzowej w Lubuskim OW;
- chirurgii plastycznej w Opolskim OW.

Do realizacji umów świadczeniodawcy zgłosili jednego lekarza specjalistę endokrynologii ginekologicznej i rozrodczej.

Wg stanu na wrzesień 2015 r. nie zapewniono dostępu do świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne m.in. w zakresie:

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

Podobna sytuacja dotyczyła m.in. następujących usług medycznych w ambulatoryjnych świadczeniach specjalistycznych:

- alergologii dla dzieci w Lubuskim i Zachodniopomorskim OW;
- badań echokardiograficznych płodu na terenie Lubelskiego, Opolskiego i Świętokrzyskiego OW;
- diabetologii dla dzieci w Opolskim OW; hepatologii w Kujawsko-Pomorskim i Opolskim OW;
- immunologii w Lubuskim, Opolskim, Podkarpackim, Warmińsko-Mazurskim, Wielkopolskim i Zachodniopomorskim OW;
- kompleksowej ambulatoryjnej opieki nad pacjentem z cukrzycą w Lubuskim, Łódzkim, Podkarpackim, Wielkopolskim i Zachodniopomorskim OW;
- kardiochirurgii w Świętokrzyskim OW;
- leczenia osteoporozy w Pomorskim i Zachodniopomorskim OW;
- nefrologii dziecięcej w Lubelskim, Opolskim, Podlaskim i Zachodniopomorskim OW;
- okulistyki dla dzieci w Zachodniopomorskim OW.

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

Wprawdzie NFZ nie zakontraktował na 2015 r. świadczeń zdrowotnych w sposób zapewniający ubezpieczonym równy dostęp, do czego zobowiązywał art. 65 pkt 2 ustawy o świadczeniach, to na występowanie różnic wpływ miały czynniki niezależne od działań Funduszu, m.in. nierównomierne rozmieszczenie bazy leczniczej oraz deficyt lekarzy specjalistów.

W 2014 r. Dyrektor Mazowieckiego OW unieważnił postępowania konkursowe w rodzaju rehabilitacja lecznicza (umowy miały obowiązywać od 1 lipca 2014 r.), na podstawie art. 150 ust. 1 pkt 5 ustawy o świadczeniach[32], gdyż w prowadzonych postępowaniach zostały stwierdzone nieprawidłowości, które dotyczyły m.in.: wybrania w sześciu zakresach świadczeń zdrowotnych podmiotów, które uzyskały mniejszą liczbę punktów w rankingu od pozostałych, niezrozumiałych zasad zapraszania oferentów do negocjacji, kolejności wysyłania do nich zaproszeń, przekroczenia w jednym postępowaniu kwoty podanej w ogłoszeniu.

3.2.2. Dostęp pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej

W 2015 r, w ramach tzw. „pakietu kolejkowego"[33], zostały wprowadzone zmiany w zasadach prowadzenia i sprawozdawczości dotyczącej list oczekujących. Wprowadzono m.in.: obowiązek prowadzenia przez świadczeniodawców list w postaci elektronicznej; dołączania przez

[32] Zgodnie z art. 150 ust. 1 pkt 5 ustawy o świadczeniach Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu unieważnia postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, gdy nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie ubezpieczonych, czego nie można było wcześniej przewidzieć.

[33] Art. 20–23a ustawy o świadczeniach ze zmianami wprowadzonymi ustawą z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.

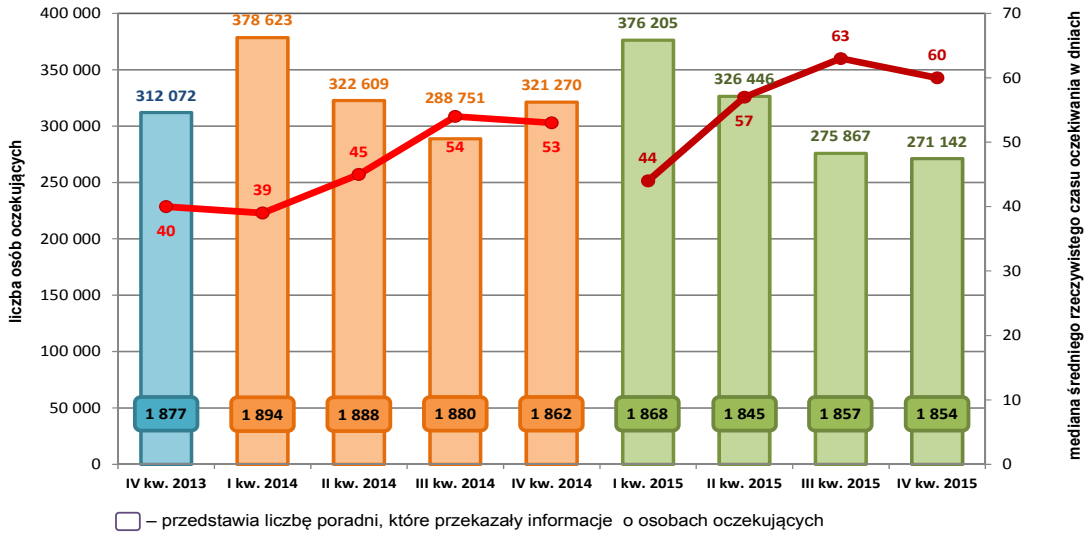
świadczeniodawcę do prowadzonej listy oczekujących oryginału skierowania przedstawionego przez pacjenta, w przypadku świadczeń udzielanych na podstawie skierowania; rozszerzenie zakresu sprawozdawanych przez świadczeniodawców danych o przekazywane co najmniej raz w tygodniu informacje o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia oraz od kwietnia 2015 r. o informacje o imieniu, nazwisku i identyfikatorze każdej osoby oczekującej na świadczenie; zmianę wzoru na obliczanie średniego czasu oczekiwania (od stycznia 2015 r. średni czas oczekiwania obliczany na podstawie informacji o osobach skreślonych w ciągu ostatnich trzech a nie sześciu miesięcy z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia); obowiązek prowadzenia w czasie rzeczywistym list oczekujących na wybrane świadczenia w aplikacji udostępnianej przez NFZ.

Pomimo wprowadzenia regulacji prawnych, mających na celu rozwiązanie problemów związanych z prowadzeniem i zapisami na listy oczekujących, nie uzyskano poprawy dostępu do świadczeń zdrowotnych w większości badanych zakresów.

W grudniu 2015 r., w porównaniu do roku poprzedniego, dostęp do świadczeń, w wybranych zakresach, mierzony czasem oczekiwania na udzielenie świadczenia, przedstawiał się następująco:

a) W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (przypadki stabilne) m.in.:
   – w poradniach okulistycznych łączna liczba osób oczekujących zmniejszyła się z 321 270 do 271 142 osób (o 15,6%), a mediana[34] średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 53 do 60 dni (o 13,2%);

Rysunek nr 2
Liczba osób oczekujących i mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do poradni okulistycznych w latach 2013–2015, „przypadki stabilne"



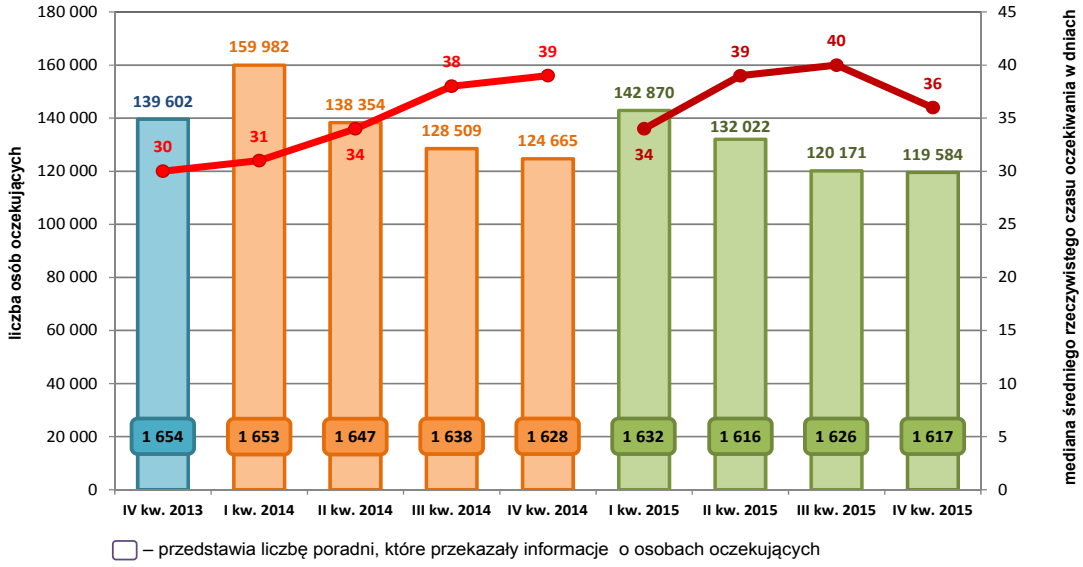
Źródło: Sprawozdanie NFZ z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2015 r.[35].

[34] Mediana – wartość środkowa dzieląca szereg danych, uporządkowany ze względu na wartość, na dwie równoliczne części poniżej i powyżej mediany znajduje się dokładnie po 50% danych. W powyższym przypadku mediana jest wartością średniego rzeczywistego czasu oczekiwania, który został przekroczony w połowie analizowanych poradni.

[35] Analiza danych z zakresu list oczekujących przygotowana w oparciu o informacje przekazywane przez świadczeniodawców szczegółowym komunikatem sprawozdawczym XML dotyczącym list oczekujących (baza KDROLO) oraz za pośrednictwem udostępnionej aplikacji Kolejki Centralne (AP-KOLCE) za grudzień 2015 roku.

– w poradniach neurologicznych łączna liczba osób oczekujących zmniejszyła się z 124 665 do 119 584 osób (o 4,1%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania zmniejszyła się z 39 do 36 dni (o 7,7%);

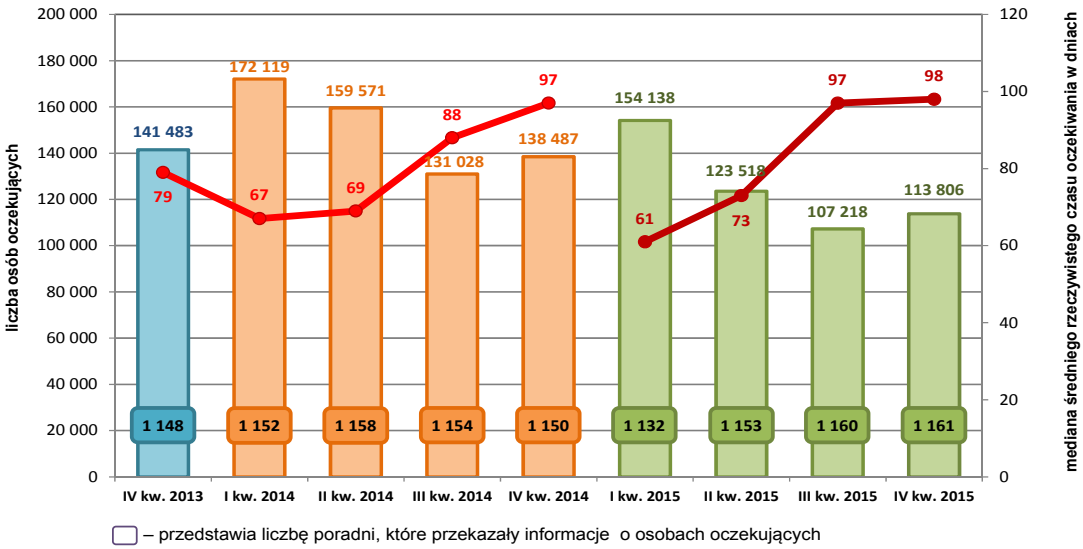
Rysunek nr 3
Liczba osób oczekujących i mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do poradni neurologicznych w latach 2013–2015, „przypadki stabilne"



Źródło: Sprawozdanie NFZ z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2015 r.

– w poradniach kardiologicznych łączna liczba osób oczekujących zmniejszyła się z 138 487 do 113 806 osób (o 17,8%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 97 do 98 dni (o 1%);

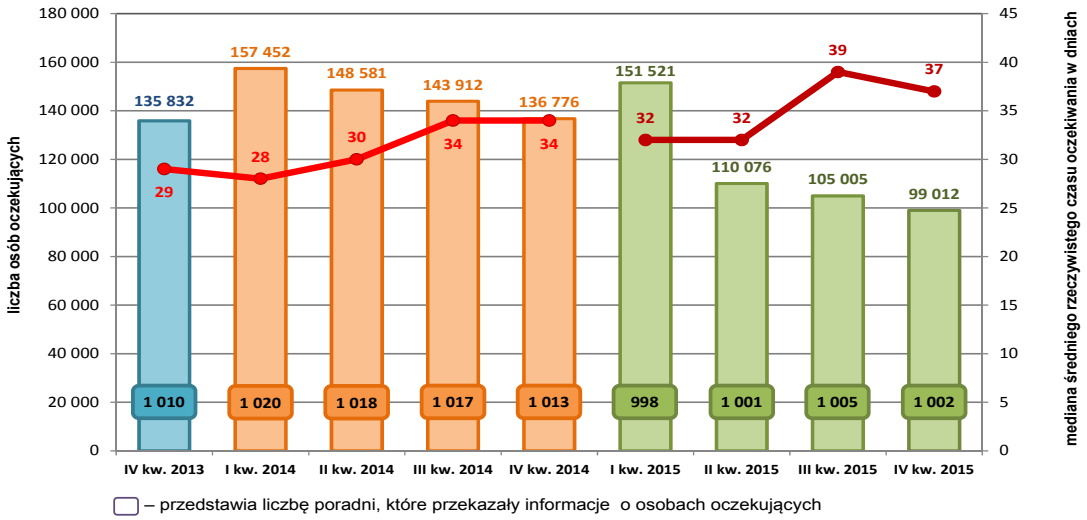
Rysunek nr 4
Liczba osób oczekujących i mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do poradni kardiologicznych w latach 2013–2015, „przypadki stabilne"



Źródło: Sprawozdanie NFZ z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2015 r.

– w poradniach chirurgii urazowo-ortopedycznej łączna liczba osób oczekujących zmniejszyła się z 136 776 do 99 012 osób (o 27,6%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 34 do 37 dni (o 8,8%);

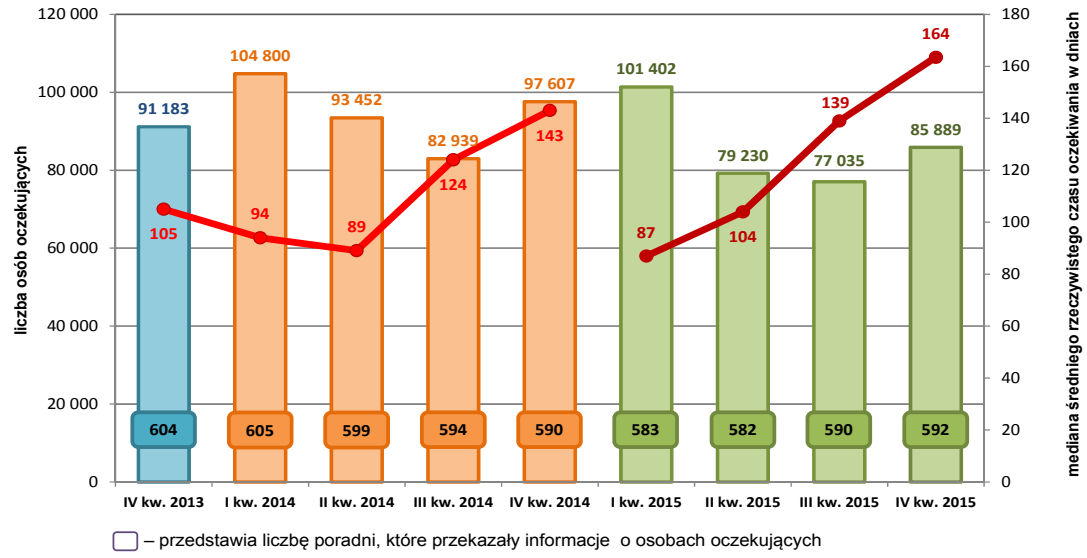
Rysunek nr 5
Liczba osób oczekujących i mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do poradni chirurgii urazowo-ortopedycznej w latach 2013–2015, „przypadki stabilne"



Źródło: Sprawozdanie NFZ z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2015 r.

– w poradniach endokrynologicznych łączna liczba osób oczekujących zmniejszyła się z 97 607 do 85 889 osób (o 12%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 143 do 164 dni (o 14,7%);

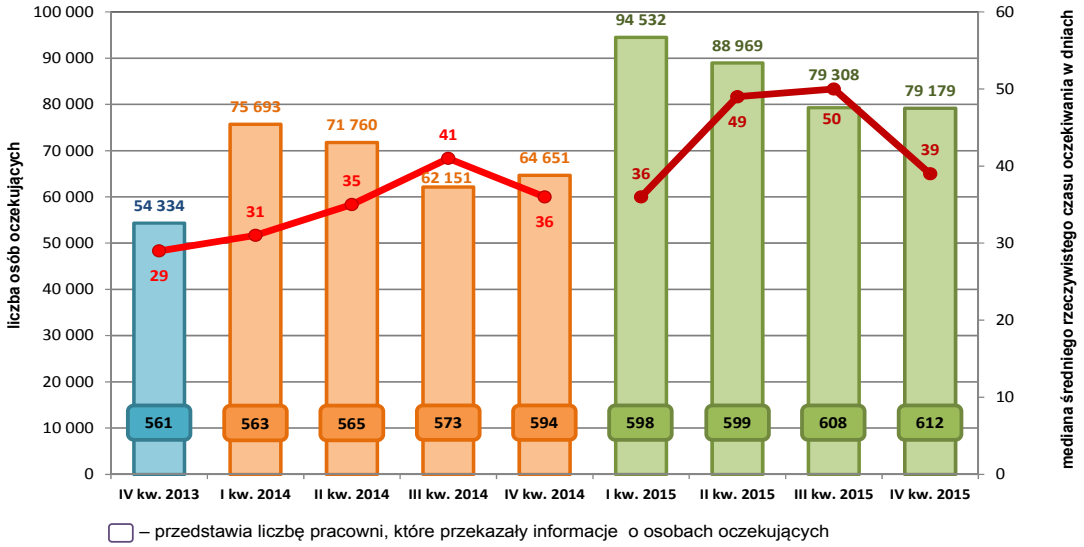
Rysunek nr 6
Liczba osób oczekujących i mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do poradni endokrynologicznych w latach 2013–2015, „przypadki stabilne"



Źródło: Sprawozdanie NFZ z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2015 r.

– w poradniach endoskopii łączna liczba osób oczekujących wzrosła z 64 651 do 79 179 osób (o 22,5%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 36 do 39 dni (o 8,3%);

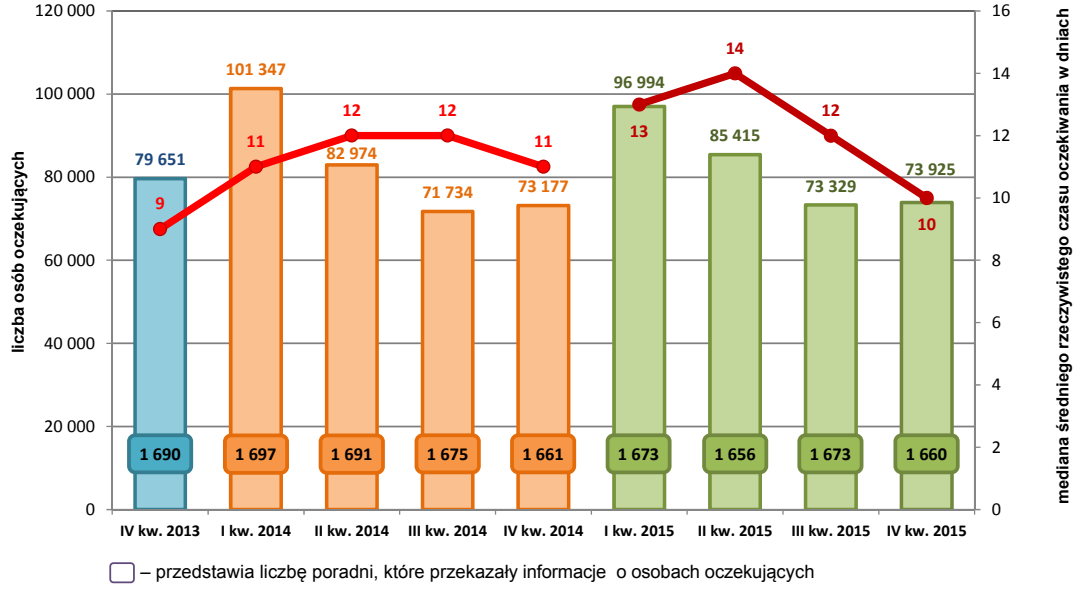
Rysunek nr 7
Liczba osób oczekujących i mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do poradni endoskopii w latach 2013–2015, „przypadki stabilne"



Źródło: Sprawozdanie NFZ z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2015 r.

– w poradniach otorynolaryngologicznych łączna liczba osób oczekujących wzrosła z 73 177 do 73 925 osób (o 1%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania zmniejszyła się z 11 do 10 dni (o 9,1%);

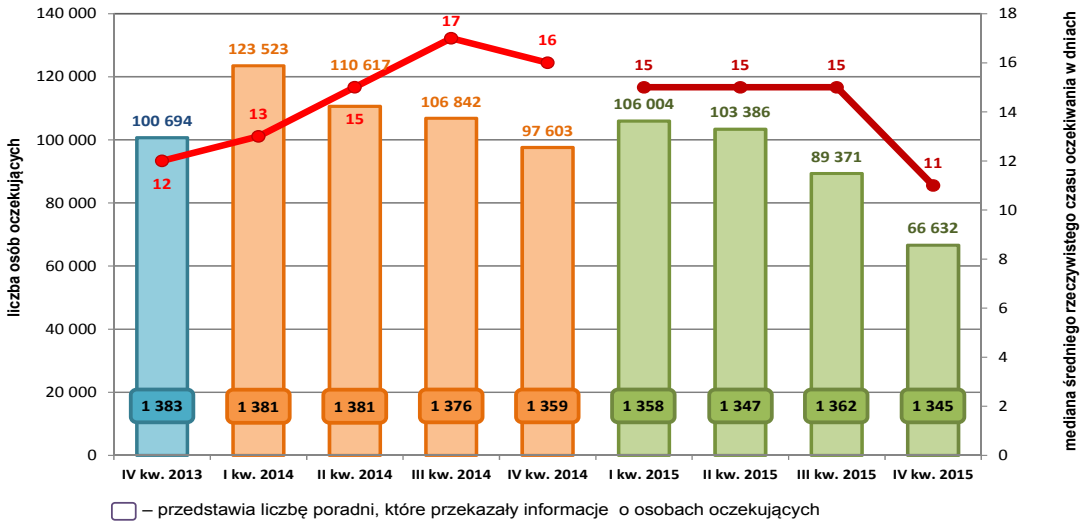
Rysunek nr 8
Liczba osób oczekujących i mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do poradni otorynolaryngologicznych w latach 2013–2015, „przypadki stabilne"



Źródło: Sprawozdanie NFZ z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2015 r.

– w poradniach dermatologicznych łączna liczba osób oczekujących zmniejszyła się z 97 603 do 66 632 osób (o 32,1%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania zmniejszyła się z 16 do 11 dni (o 31,7%);

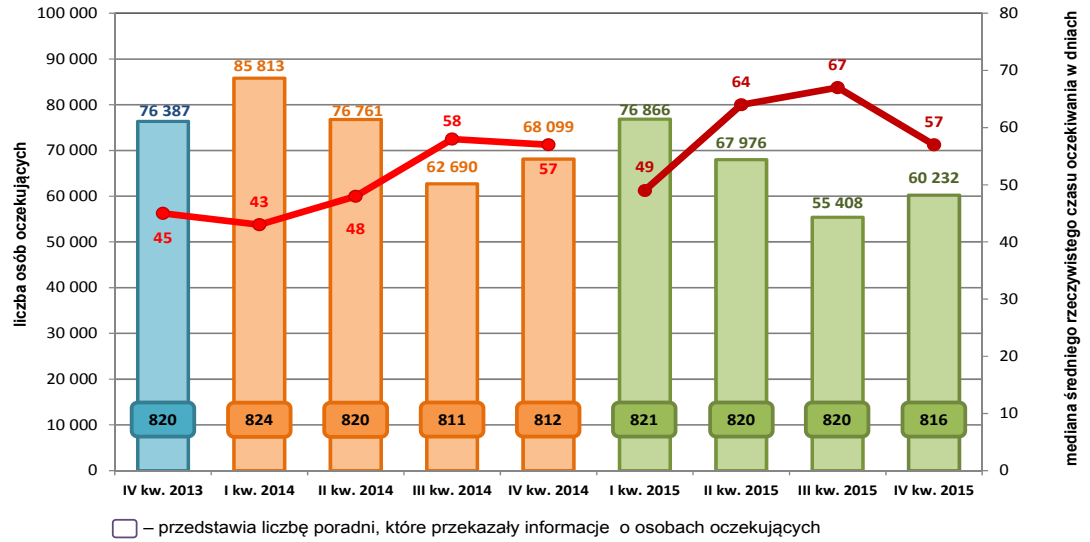
Rysunek nr 9
Liczba osób oczekujących i mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do poradni dermatologicznych w latach 2013–2015, „przypadki stabilne"



Źródło: Sprawozdanie NFZ z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2015 r.

– w poradniach urologicznych łączna liczba osób oczekujących zmniejszyła się z 68 099 do 60 232 osób (o 11,6%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania utrzymała się na poziomie 57 dni.

Rysunek nr 10
Liczba osób oczekujących i mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do poradni urologicznych w latach 2013–2015, „przypadki stabilne"

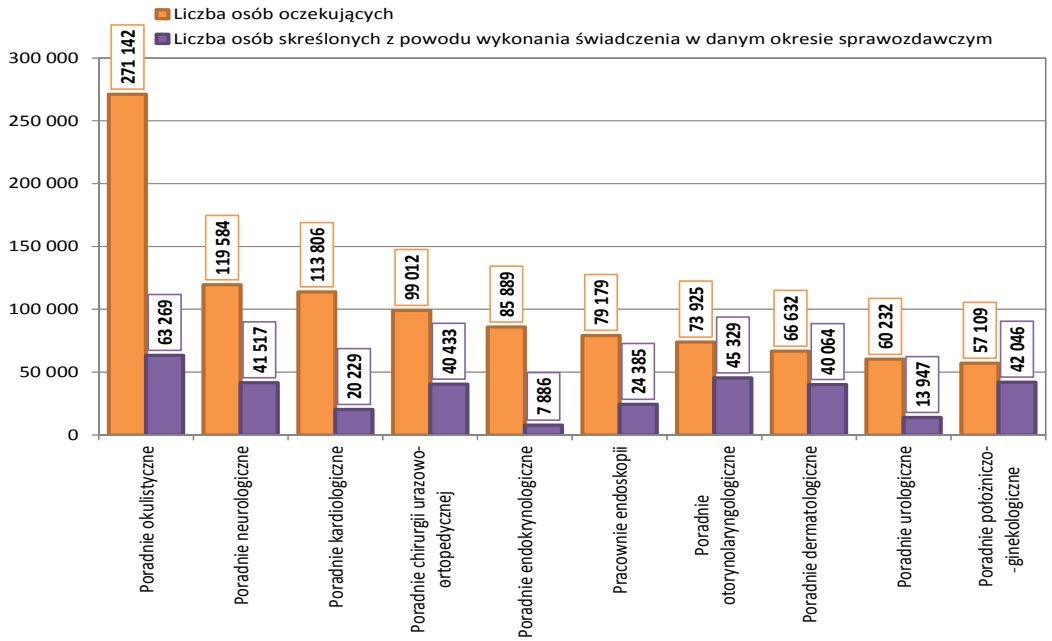


Źródło: Sprawozdanie NFZ z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2015 r.

Najwyższą wartość mediany czasu oczekiwania (przypadki stabilne) odnotowano w przypadku poradni: endokrynologicznych osteoporozy – 296 dni, genetycznych dla dzieci – 189 dni, endokrynologicznych dla dzieci – 180 dni, endokrynologicznych – 164 dni, immunologicznych dla dzieci – 148 dni oraz chorób tarczycy – 148 dni.

Rysunek nr 11

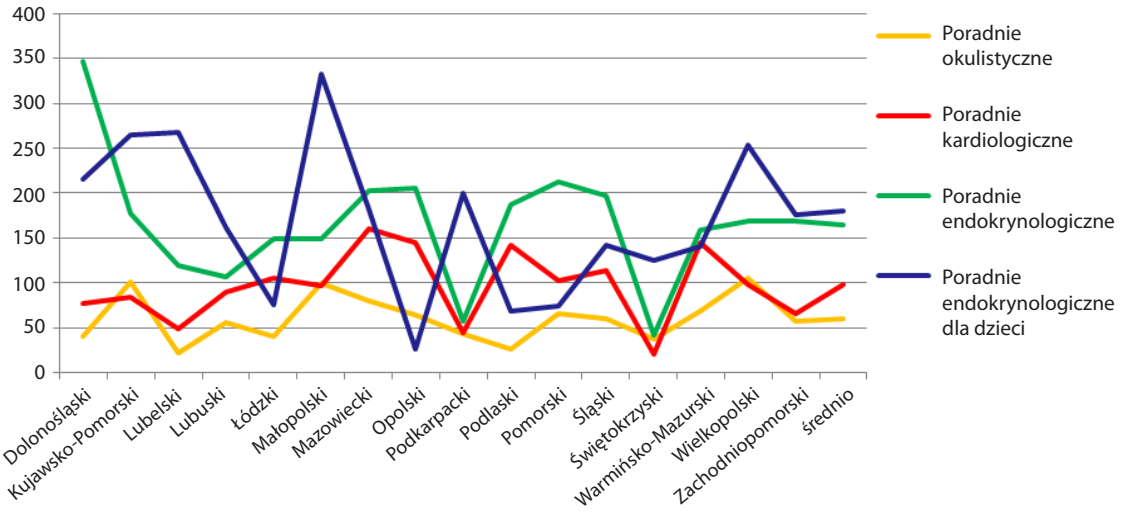
Liczba osób oczekujących oraz liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia z list oczekujących do komórek organizacyjnych realizujących świadczenia w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna z największą liczbą osób oczekujących sprawozdaną za grudzień 2015 roku – „przypadki stabilne"



Źródło: Sprawozdanie NFZ z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2015 r.

Rysunek nr 12

Porównanie mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania w dniach osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny" odnotowanej w poszczególnych województwach w wybranych komórkach organizacyjnych świadczeniodawców w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej

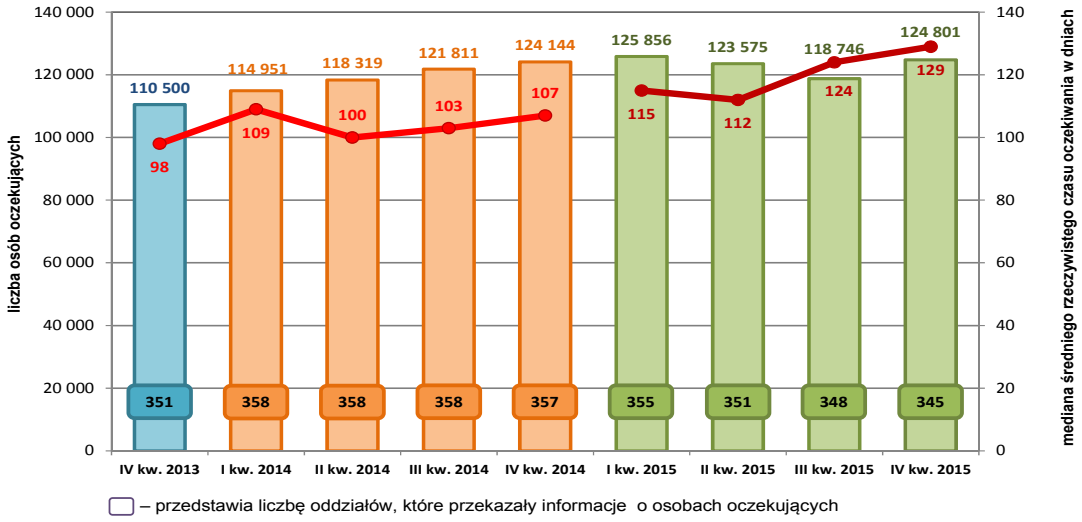


Źródło: Sprawozdanie NFZ z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2015 r.

b) w leczeniu szpitalnym (przypadki stabilne):

– w oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej łączna liczba osób oczekujących wzrosła z 124 144 do 124 801 osób (o 0,5%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 107 do 129 dni (o 20,6%);

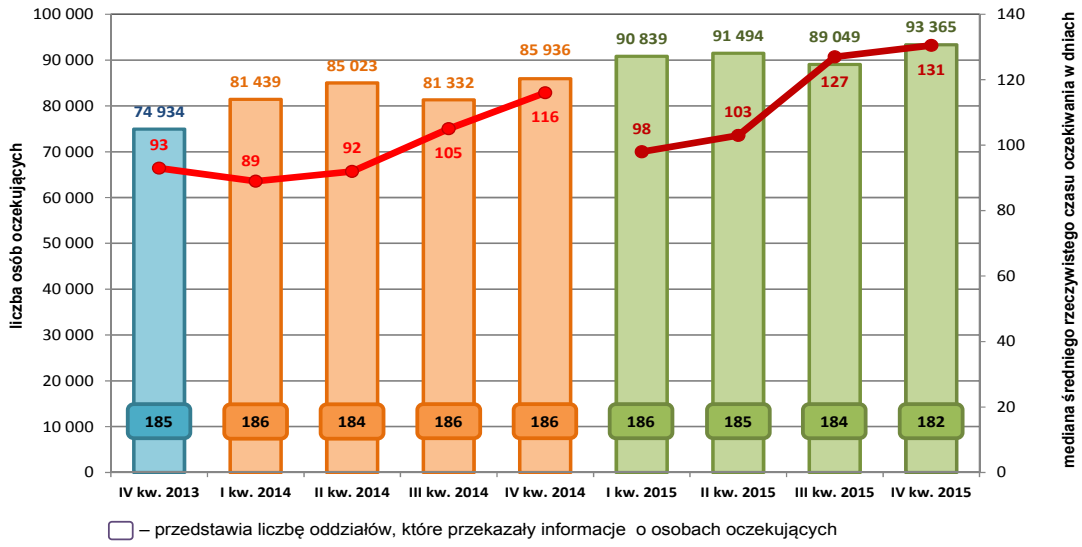
Rysunek nr 13
Liczba osób oczekujących i mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do oddziałów chirurgii urazowo-ortopedycznej w latach 2013–2015, „przypadki stabilne"



Źródło: Sprawozdanie NFZ z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2015 r.

– w oddziałach otorynolaryngologicznych łączna liczba osób oczekujących wzrosła z 85 936 do 93 365 osób (o 8,6%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 116 do 131 dni (o 12,9%);

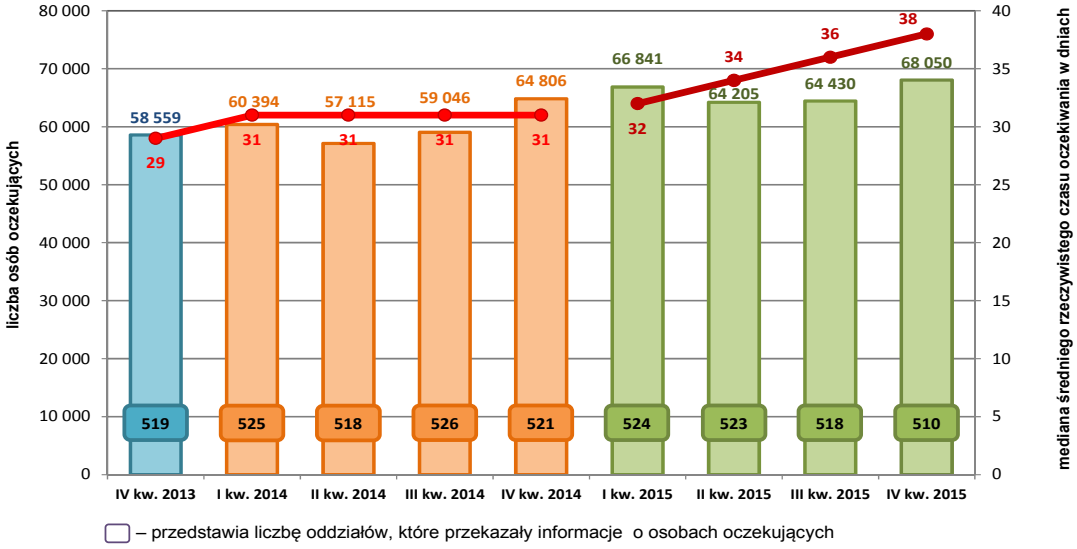
Rysunek nr 14
Liczba osób oczekujących i mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do oddziałów otorynolaryngologicznych w latach 2013–2015, „przypadki stabilne"



Źródło: Sprawozdanie NFZ z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2015 r.

– w oddziałach chirurgii ogólnej łączna liczba osób oczekujących wzrosła z 64 806 do 68 050 osób (o 5%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 31 do 38 dni (o 22,6%);

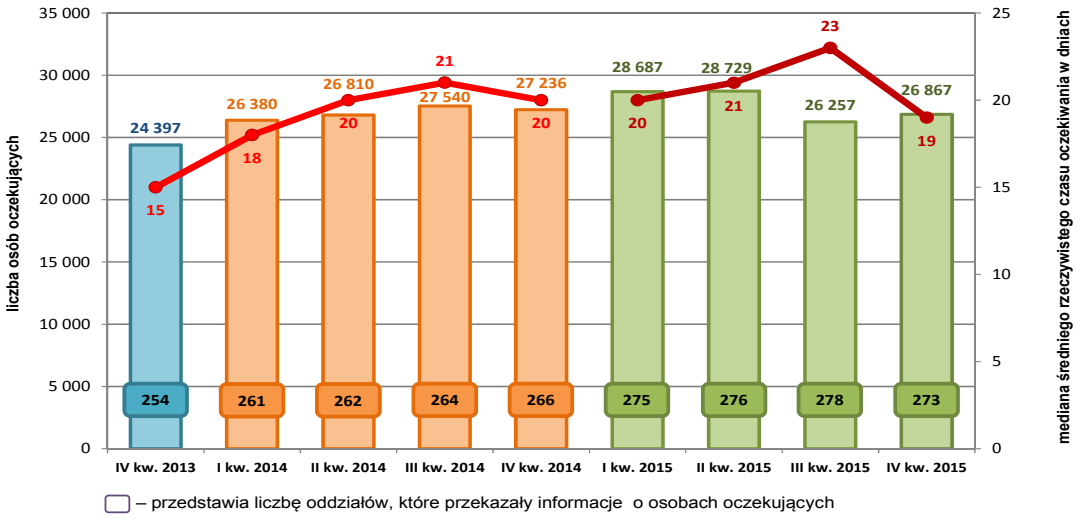
Rysunek nr 15
Liczba osób oczekujących i mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do oddziałów chirurgii ogólnej w latach 2013–2015, „przypadki stabilne"



Źródło: Sprawozdanie NFZ z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2015 r.

– w oddziałach leczenia jednego dnia łączna liczba osób oczekujących zmniejszyła się z 27 236 do 26 867 osób (o 1,4%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania zmniejszyła się z 20 do 19 dni (o 5%);

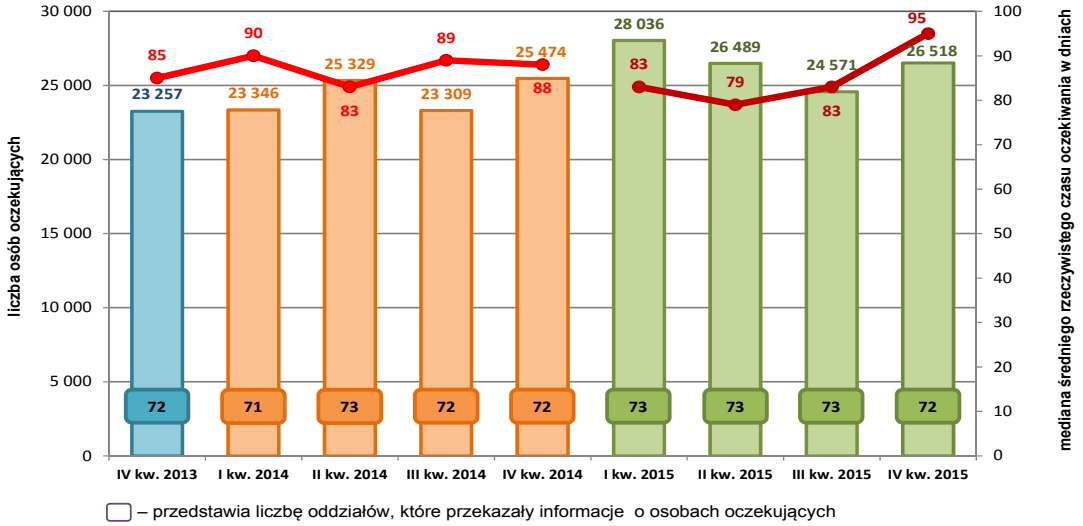
Rysunek nr 16
Liczba osób oczekujących i mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do oddziałów leczenia jednego dnia w latach 2012–2014, „przypadki stabilne"



Źródło: Sprawozdanie NFZ z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2015 r.

– w oddziałach neurochirurgicznych łączna liczba osób oczekujących wzrosła z 25 474 do 26 518 osób (o 4,1%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 88 do 95 dni (o 8%);

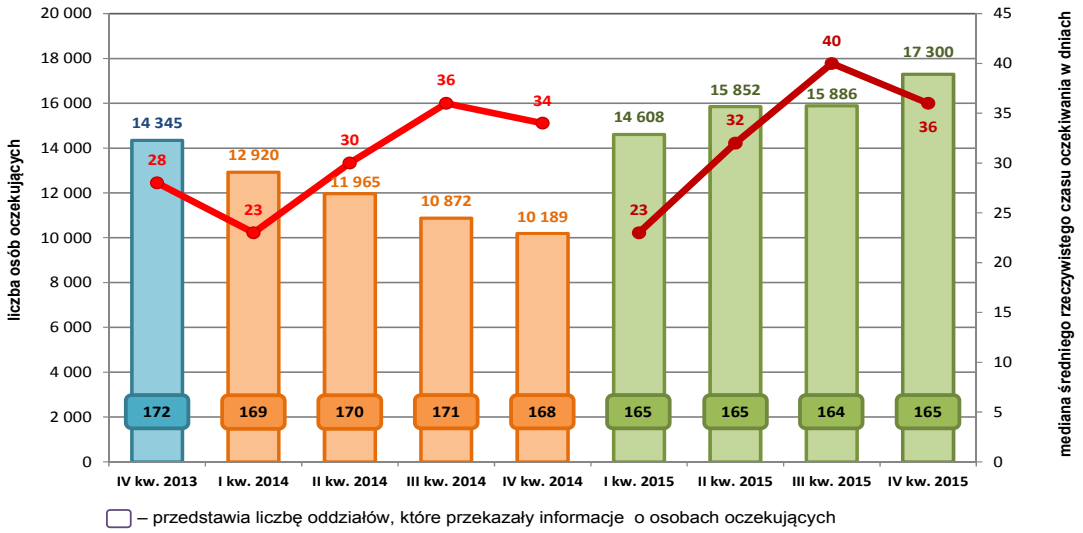
Rysunek nr 17
Liczba osób oczekujących i mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do oddziałów neurochirurgicznych w latach 2013–2015, „przypadki stabilne"



Źródło: Sprawozdanie NFZ z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2015 r.

– w oddziałach okulistycznych łączna liczba osób oczekujących wzrosła z 10 189 do 17 300 osób (o 69,8%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 34 do 36 dni (o 5,9%);

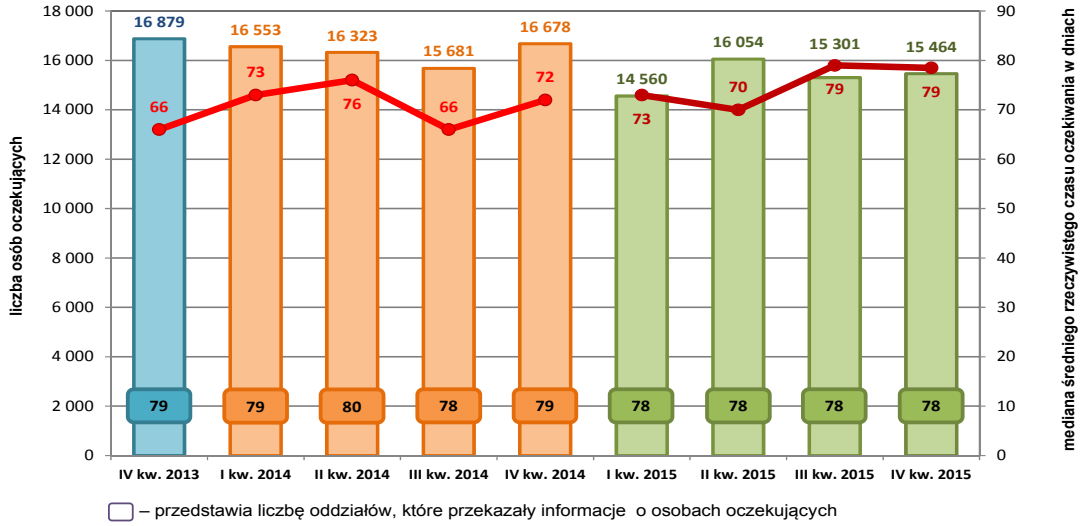
Rysunek nr 18
Liczba osób oczekujących i mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do oddziałów okulistycznych w latach 2013–2015, „przypadki stabilne"



Źródło: Sprawozdanie NFZ z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2015 r.

– w oddziałach reumatologicznych łączna liczba osób oczekujących zmniejszyła się z 16 678 do 15 464 osób (o 7,3%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 72 do 79 dni (o 9,7%);

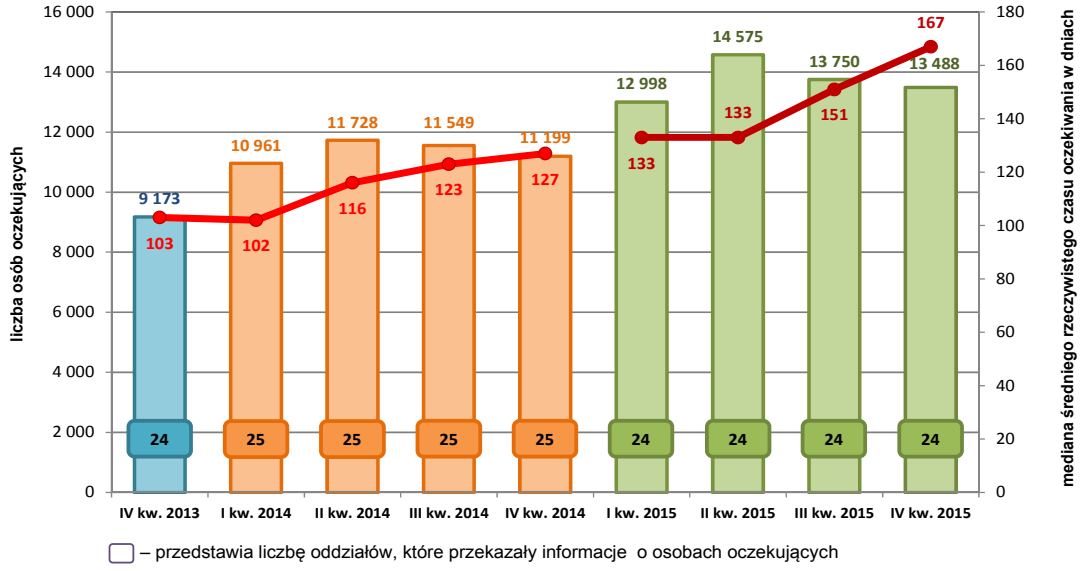
Rysunek nr 19
Liczba osób oczekujących i mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do oddziałów reumatologicznych w latach 2013–2015, „przypadki stabilne"



Źródło: Sprawozdanie NFZ z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2015 r.

– w oddziałach otorynolaryngologicznych dla dzieci łączna liczba osób oczekujących wzrosła z 11 199 do 13 488 osób (o 20,4%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 127 do 167 dni (o 31,1%);

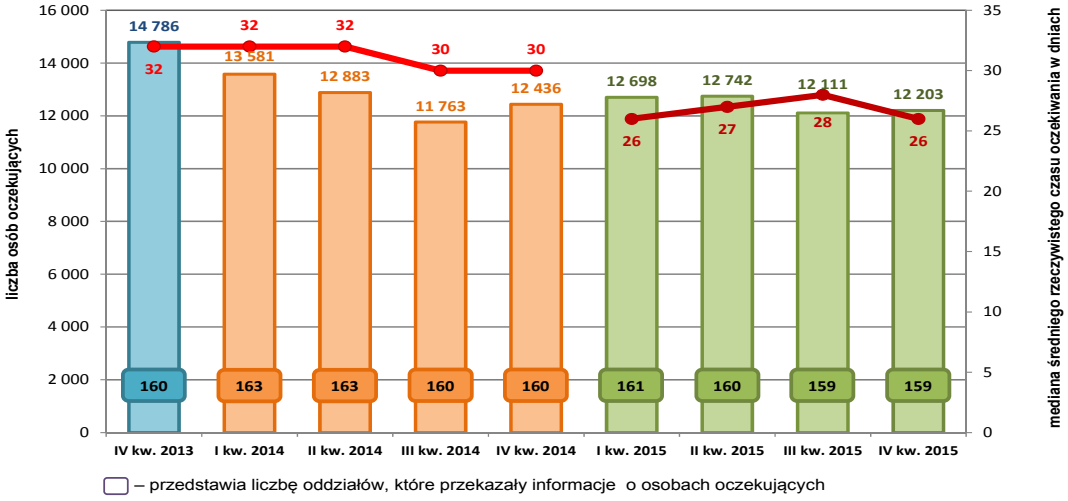
Rysunek nr 20
Liczba osób oczekujących i mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do oddziałów otorynolaryngologicznych dla dzieci w latach 2013–2015, „przypadki stabilne"



Źródło: Sprawozdanie NFZ z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2015 r.

– w oddziałach urologicznych łączna liczba osób oczekujących zmniejszyła się z 12 436 do 12 203 osób (o 1,9%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania zmniejszyła się z 30 do 26 dni (o 13,4%);

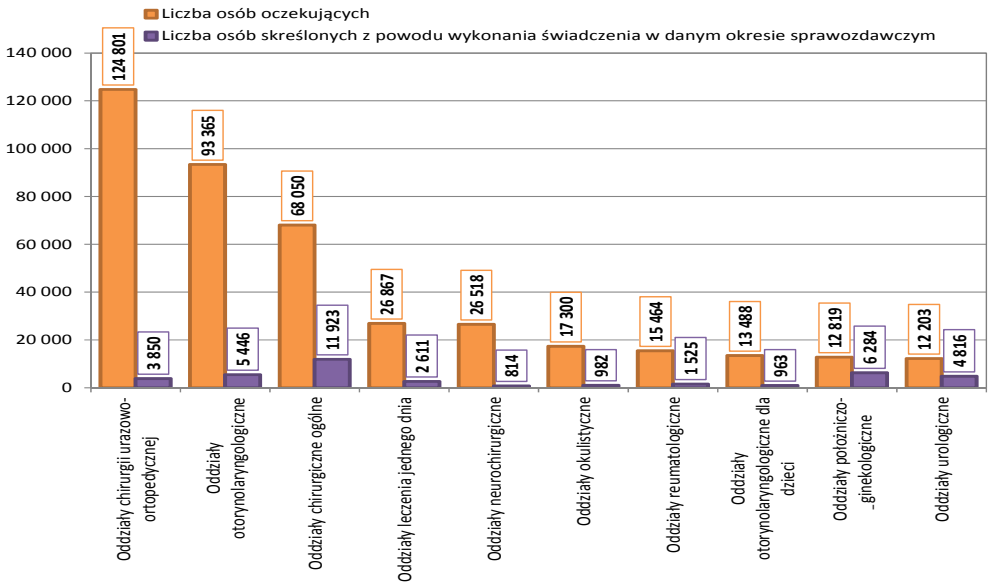
Rysunek nr 21
Liczba osób oczekujących i mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do oddziałów urologicznych w latach 2013–2015, „przypadki stabilne"



Źródło: Sprawozdanie NFZ z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2015 r.

Najwyższą wartość mediany czasu oczekiwania (przypadki stabilne) odnotowano w przypadków oddziałów: otorynolaryngologicznych dla dzieci – 167 dni, audiologiczno-foniatrycznych – 165 dni, leczenia oparzeń – 162 dni, urologicznych dla dzieci – 152 dni, otorynolaryngologicznych – 131 dni i chirurgii urazowo-ortopedycznej – 129 dni.

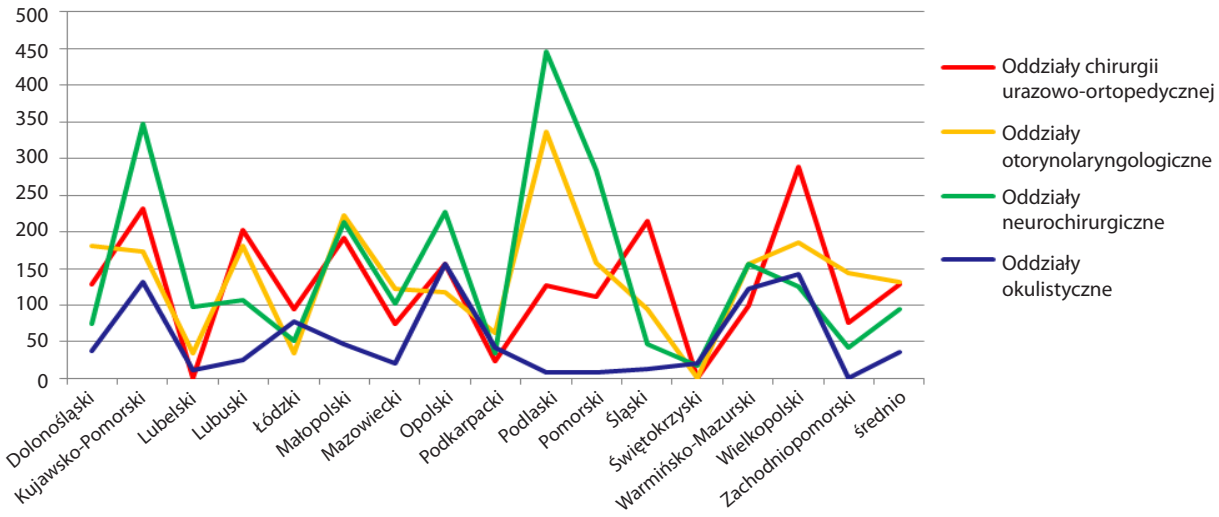
Rysunek nr 22
Liczba osób oczekujących oraz liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia z list oczekujących do komórek organizacyjnych realizujących świadczenia w rodzaju leczenie szpitalne z największą liczbą osób oczekujących sprawozdaną za grudzień 2015 roku – „przypadki stabilne"



Źródło: Sprawozdanie NFZ z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2015 r.

Rysunek nr 23

Porównanie mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania w dniach osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny" odnotowanej w poszczególnych województwach w wybranych komórkach organizacyjnych świadczeniodawców w lecznictwie szpitalnym



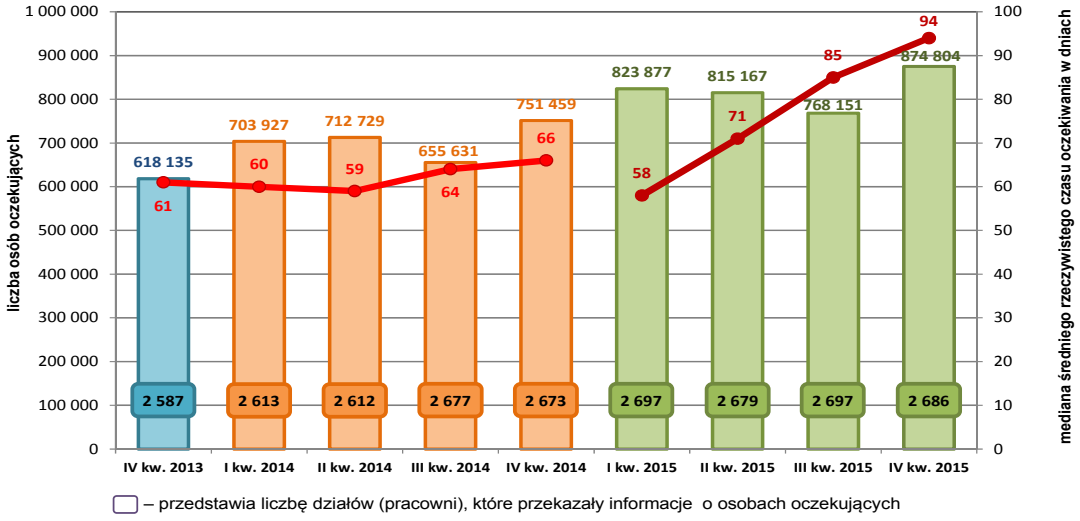
Źródło: Sprawozdanie NFZ z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2015 r.

c) w rehabilitacji leczniczej m.in.:

– w działach (pracowniach) fizjoterapii liczba osób oczekujących wzrosła z 751 459 do 874 804 osób (o 16,4%), a mediana średniego czasu oczekiwania wzrosła z 66 do 94 dni (o 42,4%);

Rysunek nr 24

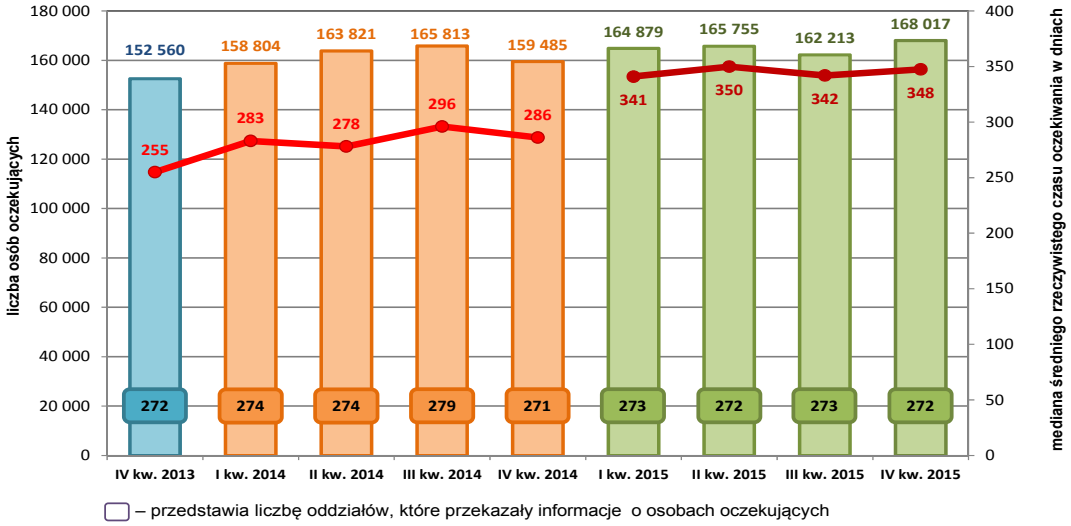
Liczba osób oczekujących i mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do działów (pracowni) fizjoterapii w latach 2013–2015, „przypadki stabilne"



Źródło: Sprawozdanie NFZ z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2015 r.

– w oddziałach rehabilitacyjnych liczba osób oczekujących wzrosła z 159 485 do 168 017 osób (o 5,3%), a mediana średniego czasu oczekiwania wzrosła z 286 do 348 dni (o 21,7%);

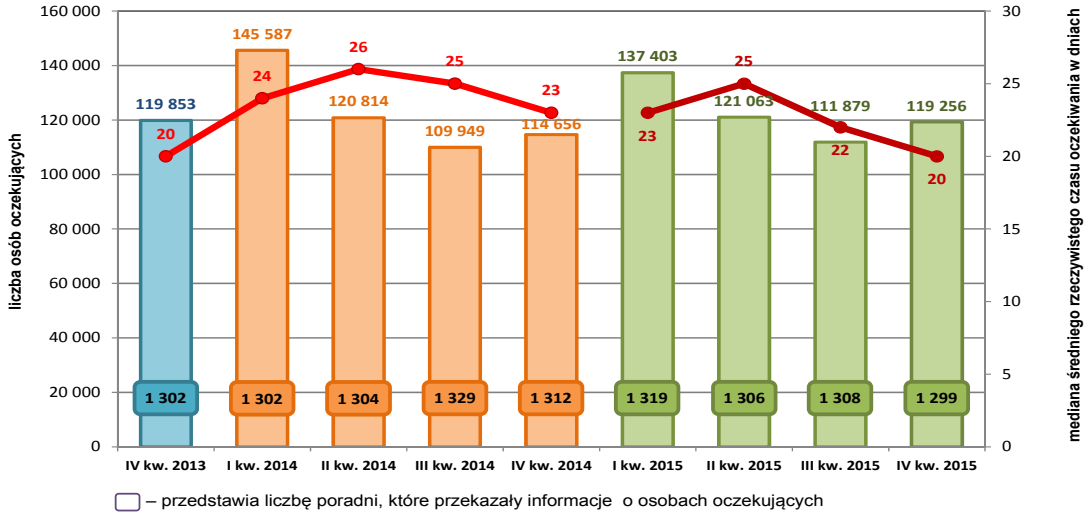
Rysunek nr 25
Liczba osób oczekujących i mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do oddziałów rehabilitacyjnych w latach 2013–2015, „przypadki stabilne".



Źródło: Sprawozdanie NFZ z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2015 r.

– w poradniach rehabilitacyjnych liczba osób oczekujących wzrosła z 114 656 do 119 256 osób (o 4%), a mediana średniego czasu oczekiwania zmniejszyła się z 23 do 20 dni (o 12,9%);

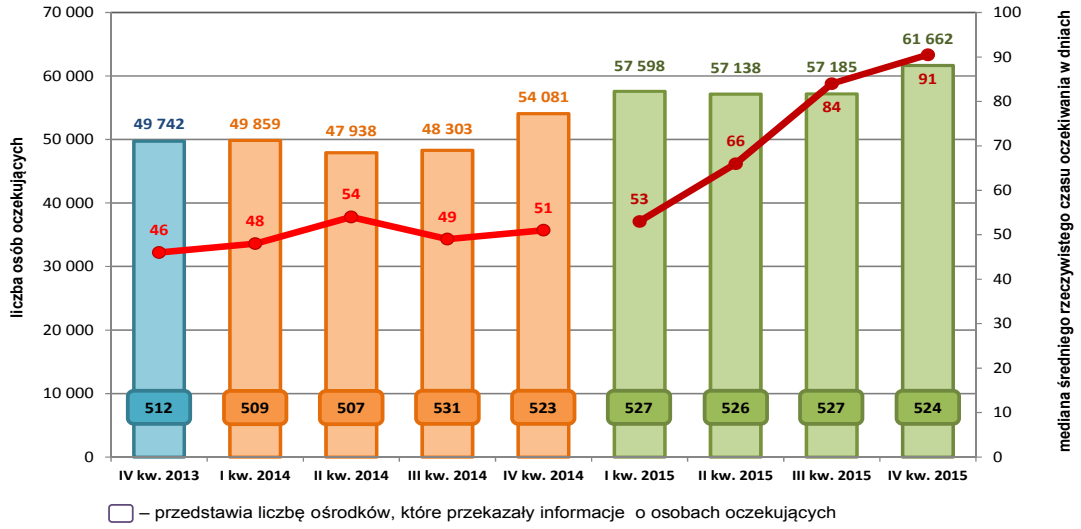
Rysunek nr 26
Liczba osób oczekujących i mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do poradni rehabilitacyjnych w latach 2013–2015, „przypadki stabilne"



Źródło: Sprawozdanie NFZ z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2015 r.

– w ośrodkach rehabilitacji dziennej liczba osób oczekujących wzrosła z 54 081 do 61 662 osób (o 14%), a mediana średniego czasu oczekiwania wzrosła z 51 do 91 dni (o 78,4%);

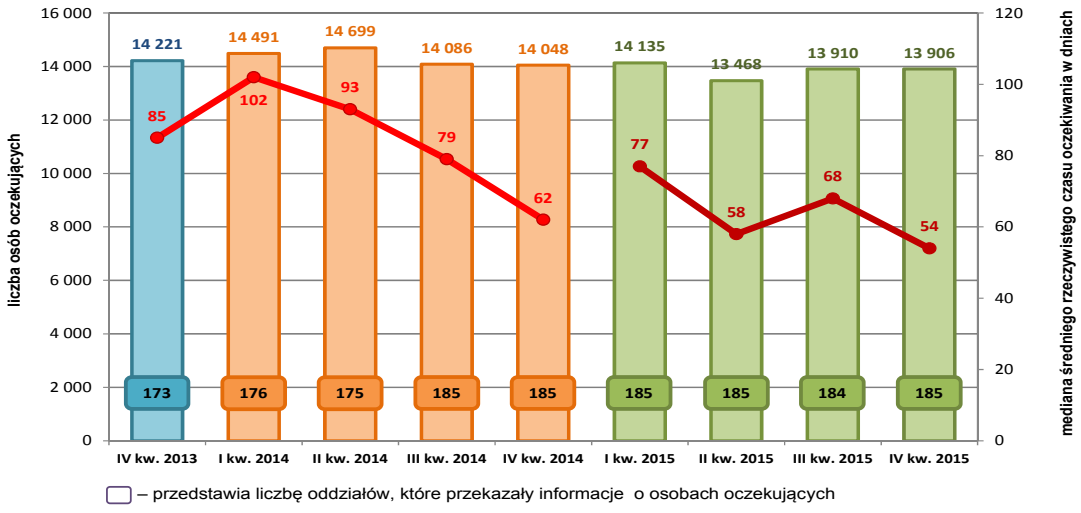
Rysunek nr 27
Liczba osób oczekujących i mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do ośrodków rehabilitacji dziennej w latach 2013–2015, „przypadki stabilne"



Źródło: Sprawozdanie NFZ z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2015 r.

– w oddziałach rehabilitacji neurologicznej liczba osób oczekujących zmniejszyła się z 14 048 do 13 906 osób (o 1%), a mediana średniego czasu oczekiwania zmniejszyła się z 62 do 54 dni (o 13%).

Rysunek nr 28
Liczba osób oczekujących i mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do oddziałów rehabilitacji neurologicznej w latach 2013–2015, „przypadki stabilne"

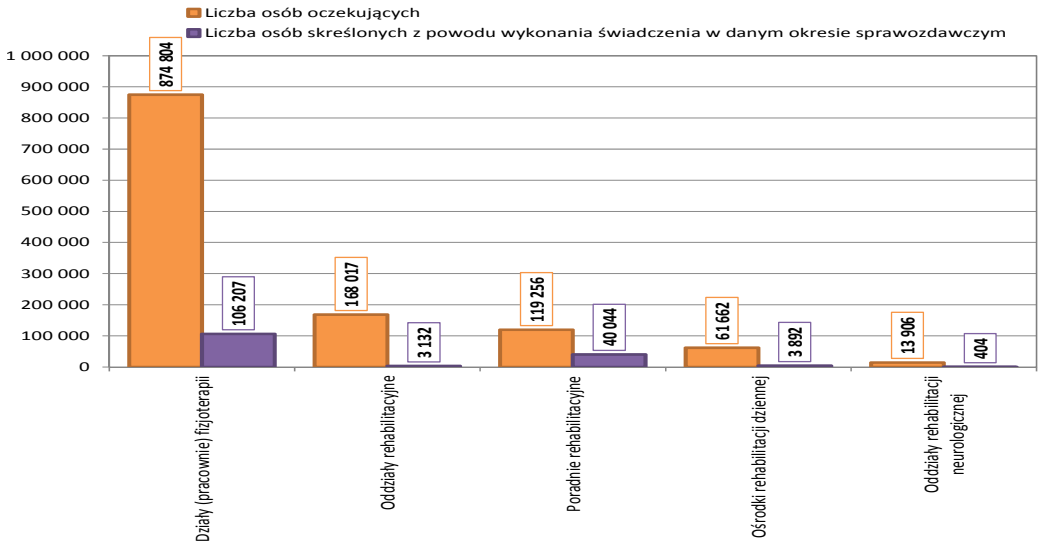


Źródło: Sprawozdanie NFZ z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2015 r.

Najwyższą wartość mediany czasu oczekiwania (przypadki stabilne) odnotowano w oddziałach paraplegii – 1 234 dni, oddziałach rehabilitacyjnych – 348 dni, oddziałach rehabilitacji narządu ruchu – 282 dni, ośrodkach rehabilitacji pulmonologicznych – 232 dni i zakładach rehabilitacji leczniczej – 226 dni.

Rysunek nr 29

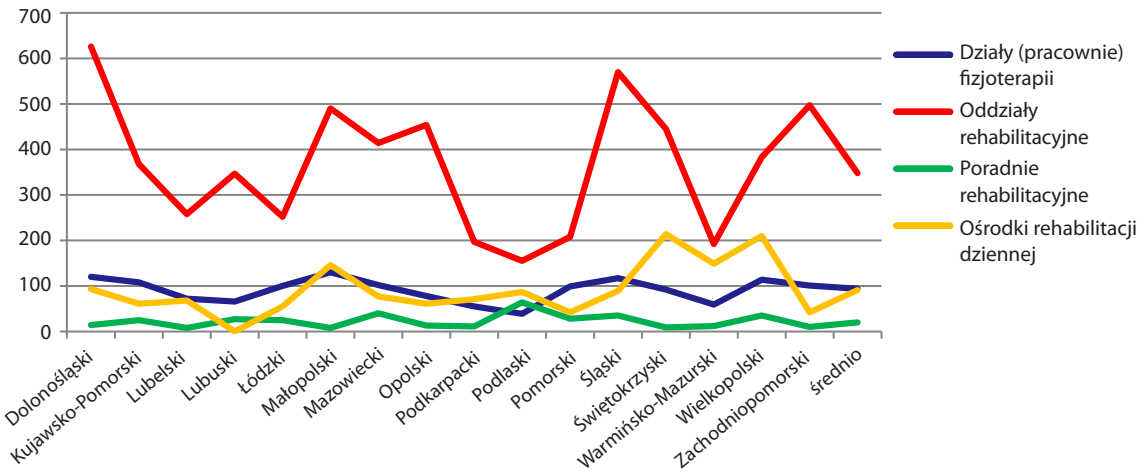
Liczba osób oczekujących oraz liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia z list oczekujących do komórek organizacyjnych realizujących świadczenia w rodzaju rehabilitacja lecznicza z największą liczbą osób oczekujących sprawozdaną za grudzień 2015 roku – „przypadki stabilne"



Źródło: Sprawozdanie NFZ z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2015 r.

Rysunek nr 30

Porównanie mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania w dniach osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny" odnotowanej w poszczególnych województwach w wybranych komórkach organizacyjnych świadczeniodawców w rehabilitacji leczniczej

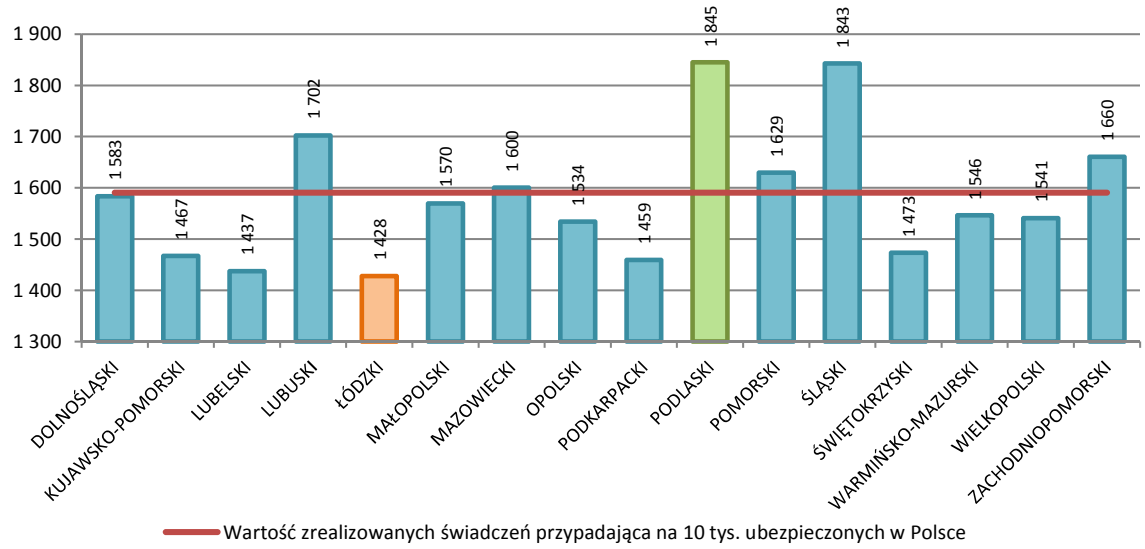


Źródło: Sprawozdanie NFZ z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2015 r.

Wartość zrealizowanych świadczeń przypadająca na 10 tys. ubezpieczonych w 2015 r. w wybranych rodzajach świadczeń była zróżnicowana i wynosiła:

– w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej – średnio 1 583,33 tys. zł (od 1 428,03 tys. zł w Łódzkim OW do 1 844,80 tys. zł w Podlaskim OW),

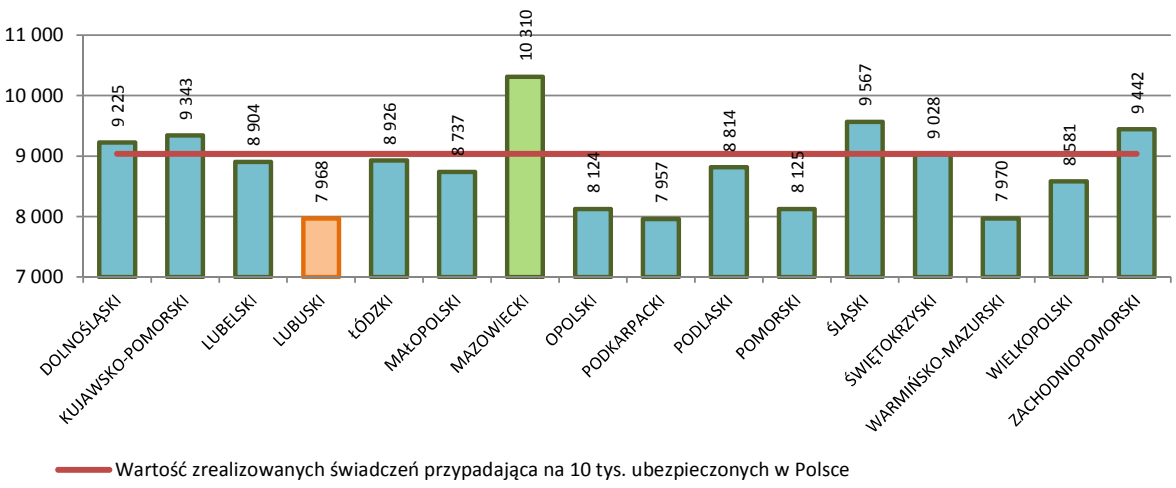
Rysunek nr 31
Wartość zrealizowanych świadczeń w tys. zł w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej przypadająca na 10 tys. ubezpieczonych w poszczególnych województwach w 2015 r.



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

– w lecznictwie szpitalnym – średnio 9 038,83 tys. zł (od 7 957,12 tys. zł w Podkarpackim OW do 10 310,20 tys. zł w Mazowieckim OW),

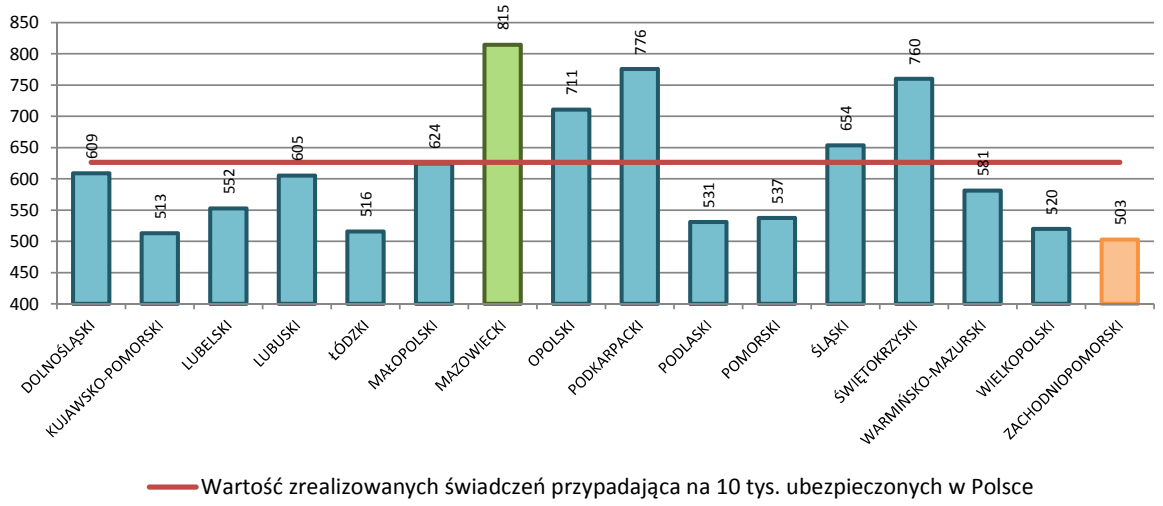
Rysunek nr 32
Wartość zrealizowanych świadczeń w tys. zł w lecznictwie szpitalnym przypadająca na 10 tys. ubezpieczonych w poszczególnych województwach w 2015 r.



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

– w rehabilitacji leczniczej – średnio 626,52 tys. zł, (od 814,58 tys. zł w Mazowieckim OW do 502,63 tys. zł w Zachodniopomorskim OW),

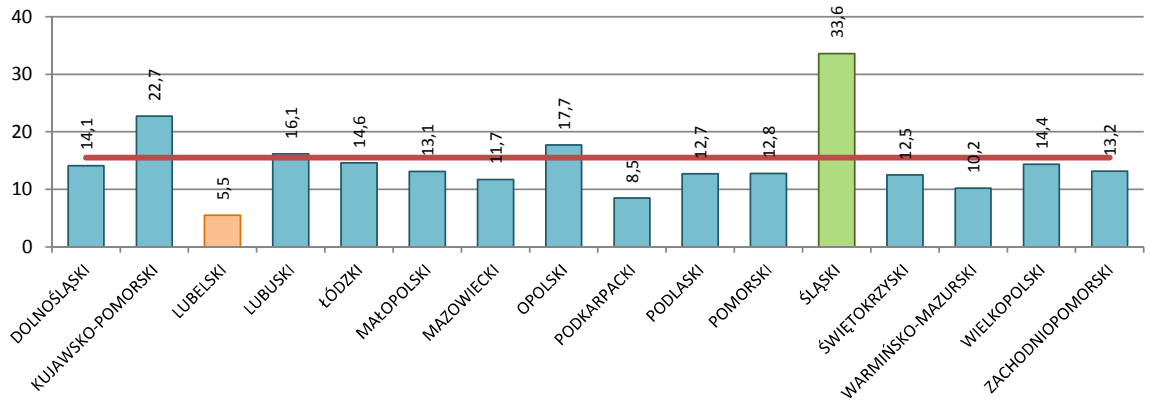
Rysunek nr 33
Wartość zrealizowanych świadczeń w tys. zł w rehabilitacji leczniczej przypadająca na 10 tys. ubezpieczonych w poszczególnych województwach w 2015 r.



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

– w profilaktycznych programach zdrowotnych – średnio 15,51 tys. zł (od 5,49 tys. zł w Lubelskim OW do 33,58 tys. zł w Śląskim OW),

Rysunek nr 34
Wartość zrealizowanych świadczeń w tys. zł w profilaktycznych programach zdrowotnych przypadająca na 10 tys. ubezpieczonych w poszczególnych województwach w 2015 r.



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

– w leczeniu stomatologicznym – średnio 494,59 tys. zł (od 383,81 tys. zł w Mazowieckim OW do 643,92 tys. zł w Warmińsko-Mazurskim OW),
– w podstawowej opiece zdrowotnej – średnio 20,40 tys. zł (od 11,68 tys. zł w Świętokrzyskim OW do 39,45 tys. zł w Wielkopolskim OW),

– w świadczeniach zdrowotnych kontraktowanych odrębnie – średnio 519,86 tys. zł (od 357,79 tys. zł w Podlaskim OW do 615,22 tys. zł w Śląskim OW),
– w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień – średnio 676,14 tys. zł (od 551,07 tys. zł w Małopolskim OW do 1 131,28 tys. zł w Lubuskim OW).

3.2.3. Weryfikacja sprawozdawanych świadczeń i Systemu Informatycznego Wspomagania Działalności NFZ

Od 2006 r. NFZ prowadził prace nad systemem RUM II, który miał stanowić rozwinięcie systemu RUM pozwalające na zbieranie oraz analizowanie danych związanych z udzielanymi świadczeniami medycznymi finansowanymi ze środków NFZ, m.in. wprowadzenie mechanizmów identyfikacji i uwierzytelniania, a jednym z jego kluczowych komponentów miało być wprowadzenie Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (KUZ). W 2009 r. Rada Ministrów podjęła decyzję, że KUZ zostanie połączona z dowodem osobistym. Po zawieszeniu projektu pl.ID, NFZ, realizując polecenie Ministra Zdrowia, powrócił do koncepcji samodzielnego wydania KUZ[36]. Do lipca 2015 r. udało się zakończyć koncepcję projektu RUM II, przypadki użycia kart wydanych w ramach projektu, założenia do zmian w systemach transakcyjnych NFZ, architekturę systemów informatycznych, wstępne wymagania dla kart, systemu do zarządzania kartami wraz z infolinią, zakresy przetwarzanych danych, a także przygotować dokumenty pozwalające na uruchomienie postępowania na wybór dostawcy spersonalizowanych kart, systemu zarządzania kartami oraz infolinii.

W marcu 2015 r. Minister Zdrowia podjął decyzję, że oprócz karty KUZ Fundusz będzie odpowiedzialny także za wydanie Karty Specjalisty Medycznego (KSM), co spowodowało konieczność uwzględnienia KSM w ramach projektu RUM II i aktualizację wszystkich opracowanych dokumentów projektowych. W dniu 15 lipca 2015 r. Minister Zdrowia podjął decyzję, iż funkcjonalność KUZ powinna zostać uwzględniona w projektowanym przez Ministra Spraw Wewnętrznych e-dowodzie[37], co spowodowało wstrzymanie prac nad systemem RUM II do czasu otrzymania od MSW, jako instytucji wiodącej, decyzji dotyczącej w jakim zakresie NFZ ma się włączyć w realizację projektu e-Dowodu lub do momentu uzyskania innej decyzji Ministra Zdrowia[38].

W ocenie NIK częste zmiany koncepcji, dokonywane przez Ministra Zdrowia, utrudniają budowę systemu RUM II, którego wprowadzenie, według Funduszu, ma przynieść oszczędności szacowane na min. 1% budżetu NFZ[39] w skali roku, czyli około 650 000 tys. zł. Zaoszczędzone środki przeznaczone miały zostać na finansowanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej.

NFZ używa Systemu Informatycznego Wspomagania Działalności NFZ (SIWDz), który jest dostarczany przez dwóch dostawców[40]. System SIWDz bazuje na rozwiązaniach architektonicznych stosowanych w 1999 r., a w niektórych przypadkach opiera się na niszowych systemach operacyjnych (tj. IBM i/OS) powodujących ciągły wzrost kosztów związanych z utrzymaniem, rozwojem oprogramowania i infrastrukturą. Równocześnie Fundusz nie posiada autorskich praw

36 Vide kontrola NIK pn. „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach planu finansowego w 2013 r.".

37 Autopoprawka Ministra Zdrowia do projektu ustawy o zmianie ustawy o sioz i niektórych innych ustaw z 15 lipca 2015 r. znak IEPR.50.2015(KZ/15) IK 286823 (uzasadnienie do autopoprawki przekazane do NFZ przy piśmie Ministra Zdrowia z 4 sierpnia 2015 r. IEPR.50.4.2015(2) IK 293390).

38 Do dnia zakończenia kontroli nie zapadły rozstrzygające decyzje w tym zakresie.

39 W kontroli NIK pn. „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach planu finansowego w 2013 r." ustalono, że według danych NFZ, kwota tzw. „fraudów" wśród innych płatników publicznych stanowi od 2% do 5% ich budżetów.

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

majątkowych, dostępu do kodów źródłowych ani licencji do modyfikacji systemu SIWDz, a umowy na konserwację i subskrypcję systemu zawierane są w trybie z wolnej ręki[41] z właścicielami praw majątkowych i kodów źródłowych, co ma wpływ na koszty jego utrzymania.

Od 1 stycznia 2015 r. do 19 maja 2015 r. usługi subskrypcji i konserwacji SIWDz, były wykonywane bezumownie, na podstawie pisemnych zobowiązań wykonawców do ich udzielania na zasadach określonych w 2014 r. Pisemne umowy, z datą obowiązywania od 1 stycznia 2015 r., zawarto dopiero 19 maja 2015 r. na łączną kwotę 54 259, 03 tys. zł (tj. o 4% większą niż w 2014 r.). Długi proces negocjacji związany był m.in. z nieakceptowaniem przez Prezesa Funduszu wynegocjowanych warunków. W związku z ryzykiem braku wparcia informatycznego, co w razie awarii systemu uniemożliwiałoby funkcjonowanie NFZ, umowy na świadczenie usług subskrypcyjnych i konserwacyjnych SIWDz w 2015 r. zostały zawarte na analogicznych warunkach jak w latach poprzednich.

Zgodnie z analizami sporządzonymi na zlecenie Prezesa NFZ przez dwóch doradców zewnętrznych umowy zawarte w 2015 r. na usługi subskrypcji i konserwacji SIWDz zostały ocenione jako bardzo niekorzystne dla NFZ. Wynikało to m.in. z braku zabezpieczenia interesów Funduszu w podstawowych obszarach, tj. realizacji usług, odpowiedzialności wykonawcy, samodzielności NFZ w korzystaniu z systemu. Wskazano, że przyjęty model współpracy pogłębia uzależnienia Funduszu od dostawców, co w efekcie powoduje wiele niekorzystnych dla NFZ konsekwencji praktycznych, prawnych i finansowych.

Sporządzone analizy zostały wykorzystane podczas negocjacji dotyczących zawarcia umów na świadczenie usługi subskrypcji i konserwacji SIWDz w latach 2016–2019.

NIK zwraca uwagę, że niezabezpieczenie funkcjonowania systemów informatycznych w okresie od 1 stycznia do 19 maja 2015 r. stanowiło zagrożenie dla podstaw funkcjonowania działalności Funduszu. NIK stoi na stanowisku, że działania opierające się na obietnicach wykonawców, bez zabezpieczenia prawnego w postaci umów, nie dają gwarancji należytej ochrony interesów Funduszu, a w konsekwencji całego systemu ochrony zdrowia.

Również zawarcie umów na świadczenie usług subskrypcyjnych i konserwacyjnych w 2015 r., na niekorzystnych warunkach, stanowiło ryzyko dla prawidłowej realizacji usług.

Ponadto NIK ustaliła, że Fundusz do dnia zakończenia kontroli nie dysponował zatwierdzoną wieloletnią strategią w zakresie rozwoju systemów informatycznych NFZ, pomimo że Prezes NFZ 30 września 2015 r. przedstawił do akceptacji Rady Funduszu sporządzone przez Departament Informatyki w porozumieniu z Departamentem Analiz i Strategii „Założenia do strategii IT", zmierzające do demonopolizacji i dywersyfikacji dostawców dla systemów informatycznych NFZ. Na posiedzeniu 8 października 2015 r. Rada Funduszu nie zajęła stanowiska (akceptacja, odrzucenie) w sprawie założeń i wskazała na konieczność współpracy z organami nadzorującymi NFZ. W związku z powyższym Prezes NFZ 15 października 2015 r. przesłał do Ministra Zdrowia „założenia do strategii IT" z prośbą o przedstawienie ewentualnych uwag i akceptację. Do dnia zakończenia kontroli Minister Zdrowia nie odniósł się do tej sprawy. W „Założeniach do strategii IT" zawarto m.in. analizę stanu obecnego modelu informatyki i organizacji NFZ, propozycję modelu docelowego oraz główne kierunki działań na okres 5 lat. W dokumencie wskazano m.in., że NFZ ponosi m.in. nieuzasadnione koszty związane z funkcjonowaniem systemów SIWDz, w tym zależne od pracy komórek merytorycznych Centrali Funduszu oraz OW NFZ.

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

W trakcie negocjacji umów na 2015 r. dostawcy oprogramowania SWIDz uznali za niemożliwe ujęcie w nich kwestii przeniesienia praw autorskich z racji przeciągających się negocjacji i ryzyka dla ciągłości funkcjonowania systemów NFZ, natomiast w trakcie negocjacji umów na lata 2016–2019 przedstawili w październiku 2015 r., wstępną wycenę całości systemu, w dwóch wariantach: wariant A, węższy został wyceniony na 239 850,00 tys. zł, a wariant B, szerszy, na 301 350,00 tys. zł[42].

W analizie odtworzeniowej aktualnie używanego SIWDz, z zagwarantowaniem dla NFZ majątkowych praw autorskich do systemu, koszt zbudowania i utrzymania nowego systemu wraz z niezbędną infrastrukturą w okresie 5 lat wyceniono na 88 936,25 tys. zł netto, a czas realizacji projektu określono na 2,5 roku z możliwością skrócenia go do 1,5 roku. W analizie jednak nie uwzględniono m.in. dodatkowych kosztów osobowych, związanych z przygotowaniem opisu przedmiotu zamówienia oraz kosztów związanych ze współpracą przy realizacji projektu – nadzór zamawiającego, uzgadniania wymagań, testowania, odbiorów, zarządzania procesem zmiany oraz ryzyk, w tym ryzyka opóźnień, które mają negatywny wpływ finansowy. Szacowany czas realizacji projektu zajmie nie mniej niż 4 lata (m.in. przez ryzyko wystąpienia opóźnień w realizacji procedur przetargowych niezbędnych do wyboru wykonawców, zmian w prawie w okresie realizacji projektu mogących prowadzić do znaczących zmian wymagań dotyczących systemu, braku zasobów personalnych po stronie NFZ do pełnienia nadzoru w fazie realizacji projektu i jego eksploatacji oraz opóźnienia w realizacji poszczególnych produktów). Ze względu na ciągły proces zmian prawa istnieje duże prawdopodobieństwo niepowodzenia takiego projektu.

Poza trzema możliwościami (tj. utrzymywania w dotychczasowym kształcie systemów SIWDz, zakupu kodów dostępu i praw autorskich do systemów SIWDz lub budowy pełnego systemu informatycznego – następcy SIWDz w nowoczesnym wykonaniu), Departament Informatyki jako najbardziej prawdopodobny scenariusz przedstawił koncepcję realizacji nowego systemu informatycznego w etapach, w miarę materializowania się zmian w organizacji ochrony zdrowia, w tym realizację projektu „Przygotowanie i budowa Otwartej Platformy Ubezpieczeń Zdrowotnych przez NFZ" tzw. OPUZ, który zakłada budowę pierwszego etapu systemu. Projekt ten byłby komplementarny z projektami RUM II oraz P1[43], przy czym jego realizacja nie zależałoby od wyników i produktów projektu P1.

W marcu 2016 r. Minister Zdrowia zaakceptował przygotowany przez NFZ wniosek o dofinansowanie, w ramach funduszy europejskich Programu Operacyjnego Polska Cyfrowa perspektywy finansowania 2014–2020 działanie 2.1 Wysoka dostępność i jakość e-usług publicznych projektu OPUZ, zakładający poniesienie kosztów w wysokości 118 836 tys. zł.

Projekt OPUZ stanowi wariant umożliwiający częściowe zastąpienie istniejącego systemu informatycznego Funduszu nowym produktem wytworzonym w ramach OPUZ (do którego NFZ będzie posiadał także prawa autorskie, co rozpocznie proces demonopolizacji w zakresie głównych systemów informatycznych NFZ) i w przypadku jego wdrożenia zostanie wkomponowany w strategię Funduszu. Prowadzenie projektu OPUZ w przypadku otrzymania dofinansowania

[42] Zgodnie z wyceną z 31 października 2015 r. Wariant A obejmował: zbycie Autorskich Praw Majątkowych do eksploatowania przez NFZ systemów, do dokumentacji SIWZDz, SINFZ i SOZAF, w standardzie stosowanych przez Oferentów oraz udzielenia niewyłącznej licencji do elementów oprogramowania standardowego i bibliotek narzędziowych, koniecznych do działania i rozwoju powyższych systemów, do których autorskie prawa majątkowe przysługujące wykonawcom, Wariant B obejmował Wariant A poszerzony o odtwarzanie i uzupełnienie istniejącej dokumentacji do systemów SIWZDz, SINFZ i SOZAF oraz przeniesienie na NFZ autorskich praw majątkowych do tej dokumentacji (w standardzie rekomendowanym przez Oferentów), świadczenie usług doradczych i szkoleń związanych z przejmowaniem przez NFZ wiedzy dotyczącej systemów (Transfer Wiedzy) o zakresie pracochłonności oszacowanych przez Oferentów.

[43] Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych.

ze środków Unii Europejskiej, będzie się odbywać w ścisłej współpracy z organami nadzorczymi NFZ, aby ewentualne zmiany organizacyjne w ochronie zdrowia były odwzorowane w produktach projektu. Projekt OPUZ jest projektem, który niezależnie od sytuacji w zakresie zmian w ochronie zdrowia, może być prowadzony, ponieważ w swoich złożeniach zakłada centralizację głównych rejestrów i procesów, które w opinii Ministra Zdrowia i tak powinny być obsługiwane w sposób scentralizowany, niezależnie od zmian w systemie ochrony zdrowia.

W latach 2014–2016 NFZ wystąpił m.in. do Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Prokuratury Apelacyjnej, Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów o przeprowadzenie kontroli oraz nadzorowanie spraw związanych z realizacją umów na świadczenie usług utrzymania SIWDz. Ponadto Minister Zdrowia w 2015 r. wystosował wniosek do Prezesa Rady Ministrów w sprawie objęcia przez ABW osłoną antykorupcyjną postępowań na zawarcie umów subskrypcji i konserwacji SIWDz w NFZ.

W 2016 r. przeprowadzono audyt zewnętrzny umów dotyczący świadczenia usług subskrypcji i konserwacji SIWDz zawartych 31 grudnia 2015 r. Wyniki audytu wskazują m.in. na prawidłowe przygotowanie dokumentacji, oraz szacowanie roboczogodzin. Jednocześnie zwrócono uwagę na stosowanie przez Fundusz przestarzałych technologii, które wymagałyby docelowo znacznych modyfikacji w istniejących systemach oraz na zagrożenia w obszarze bezpieczeństwa poszczególnych jego elementów (m.in. polityki zarządzania hasłami, przesyłania danych nieszyfrowanymi połączeniami HTTP, przestarzałych kompilatorów dla rozwiązań tworzonych w Java, C# i Delphi, zbiorczego testowania systemu dla różnych silników antywirusowych).

NIK negatywnie ocenia zaistniałe opóźnienia w tworzeniu potrzebnych Funduszowi rozwiązań informatycznych i brak systemowych działań w tym zakresie. W ocenie NIK istotnym elementem umożliwiającym Funduszowi prawidłowe działanie jest wprowadzanie nowoczesnych rozwiązań informatycznych dotyczących w szczególności weryfikacji prawidłowości rozliczanych świadczeń. Wprowadzanie tych rozwiązań powinno się opierać na zaakceptowanej przez Ministra Zdrowia Strategii Informatycznej NFZ, wskazującej cele strategiczne w obszarze informatyki i zapewnieniu odpowiednich zasobów dla ich realizacji.

Weryfikacja danych sprawozdawczych

W 2015 r. Fundusz uznał 1 721 zgłoszeń przekazanych za pomocą ZIP (Zintegrowany Informator Pacjenta) za faktyczne nieprawidłowości, z czego 1 471 zostało rozstrzygniętych a 250 pozostaje do rozstrzygnięcia. Niezakończone postępowania dotyczą głównie spraw, w których prowadzone są postępowania prokuratorskie lub kontrolne NFZ. W efekcie rozpatrywania zgłoszeń w ZIP Fundusz nałożył 52 kary finansowe na kwotę 934,58 tys. zł, rozwiązał dziewięć umów ze świadczeniodawcami, a w 41 przypadkach zawiadomił prokuraturę.

W 2015 r. Fundusz kontrolował dane sprawozdawcze przekazywane przez świadczeniodawców w związku z realizacją umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych (tzw. proces walidacji i weryfikacji danych sprawozdawczych).

Kontrola NIK wykazała, że: w 11 302 przypadkach Fundusz refundował recepty na kwotę 708,35 tys. zł wystawione na osoby zmarłe, a w 74 039 przypadkach na kwotę 5 613,41 tys. zł Fundusz refundował recepty wystawione przez zmarłych lekarzy. Dopiero w trakcie kontroli NIK zostały wszczęte czynności wyjaśniające m.in. w oddziałach wojewódzkich NFZ.

W ocenie NIK zasadne jest rozszerzenie zasad weryfikacji świadczeń rozliczanych w danym roku, tak aby wyjaśniać lub eliminować sytuacje, kiedy rozliczaniu podlegają świadczenia udzielane na rzecz i przez osoby zmarłe.

W toku kontroli stwierdzono również przypadki:

– realizacji przez jednego pacjenta do 881 recept w ciągu roku,

– wystawienia przez jednego lekarza 33 990 recept w ciągu 2015 r. (powyżej 90 dziennie).

Fundusz nie prowadzi weryfikacji, czy recepta o danym numerze nie została już zrealizowana na terenie innego oddziału, ale jak wyjaśniono, Fundusz planuje wdrożenie tego typu sprawdzenia.

Równocześnie utworzenie systemu baz numerów recept, który pozwalałby aptekom m.in. na weryfikację wykorzystania danego numeru recepty jest w tym momencie niemożliwe do czasu przygotowania zmian legislacyjnych dotyczących funkcjonowania e-recepty oraz rozwiązań technologicznych przewidzianych w Projekcie P1 realizowanym przez CSIOZ.

NIK zwraca uwagę, że Fundusz poniósł w 2015 r. koszty w wysokości 22 106,23 tys. zł w związku z refundacją leków sprowadzonych w ramach importu docelowego, z czego ponad połowa poniesionych kosztów przypadała na trzy apteki (11 620,86 tys. zł).

3.2.4. Kontrole świadczeniodawców, kontrola wewnętrzna i audyt wewnętrzny

Kontrole świadczeniodawców

W 2015 r. oddziały wojewódzkie przeprowadziły łącznie 1 990 postępowań kontrolnych[44], w ramach których skontrolowały 2 095 umów[45], w tym 1024 w ramach kontroli planowych oraz 1 071 w ramach kontroli pozaplanowych (doraźnych). Najwięcej umów skontrolowano w rodzaju lecznictwo szpitalne – 32,4%, AOS – 17,2% oraz POZ – 13,1%. Łączna wartość umów w kontrolowanych zakresach wyniosła 10 678 840,73 tys. zł i była niższa o 12,6% w porównaniu do wartości umów skontrolowanych w 2014 r. Łączne skutki finansowe kontroli wskazane w wystąpieniach pokontrolnych wyniosły 135 959,96 tys. zł, w tym 115 627,90 tys. zł z tytułu zakwestionowanych środków finansowych nienależnie wypłaconych oraz 20 332,03 tys. zł z tytułu nałożonych kar umownych.

Najczęściej stwierdzane nieprawidłowości dotyczyły: nieprawidłowej klasyfikacji hospitalizacji do grup JGP, rozliczania świadczeń w tzw. „ruchu międzyoddziałowym", wykazywania jako hospitalizacje świadczeń, które mogły być udzielane w warunkach ambulatoryjnych, braku w dokumentacji medycznej potwierdzenia udzielonych świadczeń, braku skierowania do objęcia opieką, braku medycznego uzasadnienia rozliczenia wykazanej procedury, niepotwierdzania wykonania określonych w typie porady badań diagnostycznych, braków w wymaganym sprzęcie i kwalifikacjach personelu medycznego.

Zmniejszenie liczby kontroli, wynikało z ograniczeń kadrowych dotyczących pracowników do zadań kontrolnych posiadających wykształcenie medyczne oraz rozszerzenia zakresu postępowań kontrolnych o badanie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych oraz dostępności świadczeń.

Kontrola wewnętrzna

Kontrola wewnętrzna w Centrali NFZ w 2015 r. realizowana była w ramach kontroli instytucjonalnej, przez Zespół Kontroli Wewnętrznej, a od 1 kwietnia 2015 r. Dział Kontroli Wewnętrznej i Zarządczej w Departamencie Kontroli, a kontrola funkcjonalna, w zakresie nadzoru merytorycznego, była sprawowana przez właściwe komórki organizacyjne Centrali.

44 Spadek do 2014 r. o 26,65% (z 2713).

45 Spadek do 2014 r. o 24,72% (z 2783).

W 2015 r. komórki organizacyjne Centrali przeprowadziły łącznie 61 kontroli, w tym 45 planowych oraz 16 doraźnych, które zakończyły się oceną pozytywną w 19 przypadkach, pozytywną z uchybieniami w dwóch przypadkach, pozytywną z nieprawidłowościami w sześciu przypadkach, negatywną w jednym przypadku[46].

Audyt wewnętrzny

W 2015 r. przeprowadzono 12 tematów zadań audytowych (osiem zadań zapewniających oraz cztery w zakresie czynności doradczych)[47], w tym dwa zadania w Centrali NFZ:

„Ocena procesu planowania, utrzymania i rozwoju zasobów aplikacyjnych (w tym systemów informatycznych) oraz sprzętowych w odniesieniu do zidentyfikowanych potrzeb" (Centrala NFZ). Ustalono następujące ryzyka/słabości: brak umowy na usługi utrzymania systemu informatycznego SIWDz od dnia 1 stycznia 2015 r., brak mechanizmu kontroli pozwalającego na bieżącą weryfikację zasadności dokonywanych w trakcie roku sprawozdawczego zakupów dotyczących utrzymania systemu informatycznego, brak aktualizacji wdrożonej „Strategii wykorzystania zasobów informatycznych przez NFZ oraz kierunków rozwoju systemu informatycznego na lata 2007–2010" – ryzyko niewłaściwego rozwoju systemów informatycznych. Przeprowadzone w I kwartale 2016 r. przez Wydział Audytorów Wewnętrznych czynności sprawdzające realizację zaleceń wykazały, że wciąż występowało ryzyko związane z brakiem zaakceptowanej strategii IT oraz właściwego zabezpieczenia obsady kadrowej Departamentu Informatyki.

„Realizacja procesu opracowania oraz wdrożenia na poziomie Centrali NFZ systemów: SZBI, SZRK oraz SZCD"[48] (Centrala NFZ), w trakcie którego ustalono m.in. następujące ryzyka/słabości: obowiązująca Polityka bezpieczeństwa była nieadekwatna do wymogów wynikających z przepisów prawnych, brak wymaganych procedur wewnętrznych dotyczących bezpieczeństwa informacji i ciągłości działania, nieujęcie w regulaminie organizacyjnym wszystkich wymaganych zapisów

[46] Kontrola doraźna przeprowadzona przez Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali NFZ od 20 marca do 13 kwietnia 2015 r. na temat: „Działania Wielkopolskiego OW NFZ, dot. zasadności zakwalifikowania do wyższego poziomu referencyjnego oddziałów położniczo-ginekologicznych oraz neonatologicznych, funkcjonujących u wybranych świadczeniodawców" Dyrektor Wielkopolskiego OW NFZ realizując zalecenia pokontrolne zastosował wobec osób odpowiedzialnych środki dyscyplinujące, wprowadził zmiany organizacyjne oraz kadrowe.

[47] Ocena procesu planowania, utrzymania i rozwoju zasobów aplikacyjnych (w tym systemów informatycznych) oraz sprzętowych w odniesieniu do zidentyfikowanych potrzeb (Centrala NFZ), realizacja procesu opracowania oraz wdrożenia na poziomie Centrali NFZ systemów: SZBI, SZRK oraz SZCD (Centrala NFZ), rozpatrywanie skarg i wniosków, w tym na działalność świadczeniodawców w ramach umów (Zachodniopomorski, Pomorski, Kujawsko-Pomorski, Podlaski, Warmińsko-Mazurski, Mazowiecki, Wielkopolski, Lubuski OW NFZ), finansowanie nielimitowanych produktów onkologicznych (Dolnośląski, Lubelski, Łódzki, Małopolski, Opolski, Podkarpacki, Śląski OW NFZ), gospodarowanie majątkiem rzeczowym z uwzględnieniem zakupów sprzętu IT (Zachodniopomorski, Lubuski, Pomorski, Kujawsko-Pomorski, Wielkopolski, Śląski OW NFZ), zapewnienie świadczeń opieki zdrowotnej przez NFZ w nocy i w okresie świątecznym (Warmińsko-Mazurski, Podlaski, Łódzki, Mazowiecki, Lubelski, Podkarpacki OW NFZ), ocena zasadności ogłaszania dodatkowych i uzupełniających postępowań konkursowych (Warmińsko-Mazurski, Zachodniopomorski, Lubuski, Pomorski, Śląski OW NFZ), proces rozpatrywania i realizacji wniosków na leczenie uzdrowiskowe (Podlaski, Mazowiecki, Łódzki, Wielkopolski, Podkarpacki, Małopolski OW NFZ), działanie w oddziale wojewódzkim w celu wydania jak największej liczbie ubezpieczonych kodów dostępu do Zintegrowanego Informatora Pacjenta (ZIP) (Kujawsko-Pomorski, Dolnośląski, Małopolski, Świętokrzyski i Zachodniopomorski OW NFZ), realizacja zadań w obszarze zmniejszenia czasu oczekiwania na świadczenia (Pomorski, Podlaski, Kujawsko-Pomorski, Podkarpacki i Lubelski OW NFZ), zarządzanie i administrowanie nieruchomościami własnymi i lokalami użytkowanymi przez OW NFZ, w zakresie remontów i inwestycji (zrealizowane w Małopolski, Świętokrzyski i Warmińsko-Mazurski OW NFZ), organizacja i terminowość udzielania porad, wyjaśnień, sporządzania opinii i prowadzenia spraw sądowych w zakresie obowiązujących przepisów prawa (Dolnośląski, Opolski i Wielkopolski OW NFZ) – dane zgodne ze sprawozdaniem z wykonania planu audytu za rok 2015 r.

[48] Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji (SZBI), Systemu Zarzadzania Ryzykiem Korporacyjnym (SZRK) Systemu Zarzadzania Ciągłością Działania (SZCD).

związanych z wdrażaniem SZBI, SZRK i SZCD. Zalecono wynikające z powyższych ustaleń zmiany w zarządzeniach Prezesa NFZ, dokumentowanie potwierdzania przez komitet sterujący odbioru poszczególnych etapów/faz projektu oraz wyrażania zgody na rozpoczęcie nowych etapów/faz. Czynności sprawdzające z tego zadania przewidziane są do przeprowadzenia w III i IV kwartale 2016 r.[49].

Statut NFZ, nadany rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2014 r.[50] jak również Regulamin organizacyjny Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, nadany zarządzeniem Prezesa Funduszu 15/2015/GPF z dnia 24 marca 2015 r. nie zapewniały warunków niezbędnych do niezależnego prowadzenia audytu przez komórkę audytu wewnętrznego, co było niezgodne z art. 282 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych[51], bowiem Wydział Audytorów Wewnętrznych wchodził w skład Departamentu Kontroli. Równocześnie NIK zwraca uwagę, że premie przyznawane pracownikom Wydziału opiniowane były przez Dyrektora Departamentu Kontroli. W ocenie NIK takie rozwiązanie nie gwarantuje niezależności audytu wewnętrznego.

3.2.5. Plan finansowy Funduszu w 2015 r.

3.2.5.1. Opracowanie i zmiany planu finansowego NFZ

Plan finansowy NFZ został zatwierdzony przez Ministra Zdrowia, w porozumieniu z Ministrem Finansów 31 lipca 2014 r. Wartość planowanych przychodów i kosztów ustalono na 69 352 241 tys. zł[52].

Podziału planowanych na 2015 r. środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej pomiędzy Centralę i poszczególne OW Funduszu dokonano zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2009 r. w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy Centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych.

Zmiany planu zostały wprowadzone zgodnie ustawą o świadczeniach zdrowotnych. Przewidywały m.in. zwiększenie przychodów o 579 370 tys. zł (tj. o 0,84%), a kosztów o 2 126 983 tys. zł (tj. o 3,07%), w tym kosztów świadczeń zdrowotnych o 3 419 208 tys. zł (tj. o 5,26%). Plan finansowy po zmianach przewidywał ujemny wynik finansowy Funduszu w wysokości (-)1 547 613,00 tys. zł.

3.2.5.2. Realizacja przychodów

Wysokość zrealizowanych w 2015 r. przychodów ogółem wyniosła 70 366 452,43 tys. zł, co stanowiło 100,62% planu po zmianach i przesunięciach. W porównaniu do 2014 r. były one wyższe o 3 181 316,17 tys. zł. Największy udział w przychodach ogółem stanowiły przychody z tytułu składek na ubezpieczenia zdrowotne z ZUS i KRUS (bez składek z lat ubiegłych), które wyniosły łącznie 67 090 550,12 tys. zł i były wyższe od planowanych o 284 211,12 tys. zł.

---

49 Zgodnie z Metodyką/Księgą procedur audytu wewnętrznego w NFZ, czynności sprawdzające realizacje zaleceń wykonywane są po roku od przeprowadzenia zadania.

50 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2014 r. w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia – Dz. U. poz. 1840.

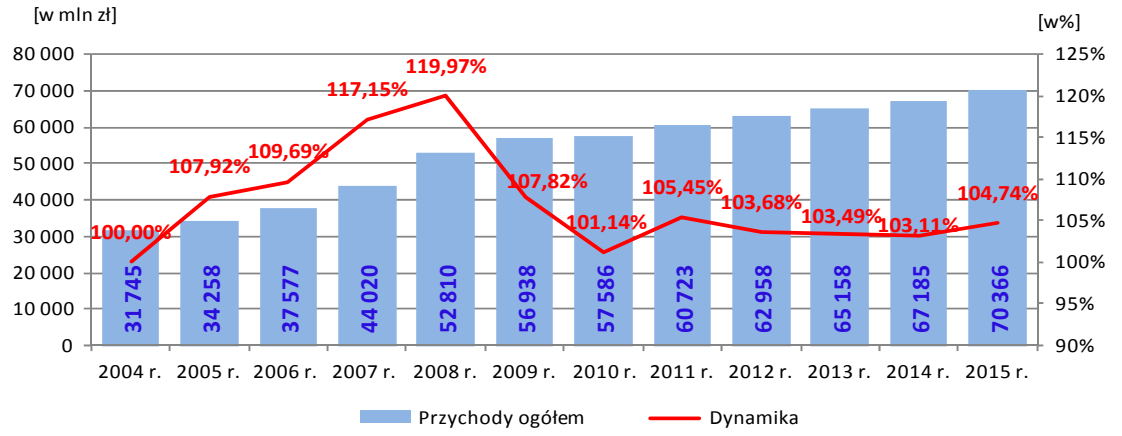
51 Dz. U. z 2013 r. poz. 885, ze zm. Zgodnie z art. 282 ust. 1 ustawy Kierownik jednostki, a w urzędzie administracji rządowej, w którym tworzy się stanowisko dyrektora generalnego urzędu – dyrektor generalny, zapewnia warunki niezbędne do niezależnego, obiektywnego i efektywnego prowadzenia audytu wewnętrznego, w tym zapewnia organizacyjną odrębność komórki audytu wewnętrznego oraz ciągłość prowadzenia audytu wewnętrznego w jednostce.

52 Co odpowiadało 103,8% planowanej wartości przychodów oraz 103,4% planowanej wartości kosztów, określonej w planie finansowym NFZ na 2014 r.

Struktura zrealizowanych w 2015 roku przychodów ogółem NFZ ukształtowała się w sposób następujący:

- 95,34% stanowiły przychody ze składki należnej brutto w roku planowania równej przypisowi składki,
- 2,62% stanowiły przychody z dotacji z budżetu państwa na realizację ratownictwa medycznego,
- 1,03% stanowiły przychody z dotacji z budżetu państwa na finansowanie mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 2b, 3 i 3b ustawy o świadczeniach,
- 0,44% stanowiły pozostałe przychody,
- 0,25% stanowiły przychody ze składek z lat ubiegłych,
- 0,25% stanowiły przychody wynikające z przepisów o koordynacji,
- 0,13% stanowiły przychody finansowe,
- (-) 0,06% stanowił odpis na taryfikację świadczeń opieki zdrowotnej

Rysunek nr 35
Przychody NFZ ogółem w latach 2004–2015 i ich dynamika



Źródło: Roczne sprawozdanie z wykonania planu finansowego NFZ na 2015 r.

W 2015 r. Fundusz obciążył instytucje łącznikowe w innych państwach UE/EFTA za świadczenia zdrowotne zrealizowane na rzecz osób uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego na kwotę 178 089,80 tys. zł, co stanowiło 124,30% wielkości planowanej.

Wartość przychodów z tytułu dotacji na sfinansowanie świadczeń dla osób uprawnionych, ale nieubezpieczonych, leczenie Polaków za granicą i świadczenia wysokospecjalistyczne wyniosła 726 742,15 tys. zł.

W 2015 r. na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego zaplanowano kwotę 1 845 354,00 tys. zł, a wykonanie przychodów w tej pozycji wyniosło 1 844 346,72 tys. zł, co stanowiło 99,95% planu po zmianach.

Przychody z pozostałej działalności NFZ zostały zaplanowane w wysokości 290 125,00 tys. zł, a wykonanie wyniosło 307 004,76 tys. zł. Natomiast przychody finansowe NFZ w 2015 r. wyniosły łącznie 92 990,62 tys. zł i były wyższe od wartości planowanej o 10 934,62 tys. zł, tj. o 13,33%.

Stan środków finansowych NFZ na koniec 2015 r. wyniósł 5 247 531,25 tys. zł, przy 4 799 685,88 tys. zł, na koniec 2014 r.

Należności

Należności na koniec 2015 r. wyniosły 6 607 846,66 tys. zł (w 2014 r. 5 823 952,51 tys. zł), w tym 23 434,91 tys. zł stanowiły należności przeterminowane (w 2014 r. było to 19 274,39 tys. zł). Ponadto Fundusz wykazał 72 162,64 tys. zł należności warunkowych[53].

Na należności przeterminowane złożyły się należności od świadczeniodawców i aptek w kwocie 12 347,02 tys. zł oraz należności pozostałe w kwocie 11 087,89 tys. zł, które dotyczyły w szczególności nieuregulowanych i nie objętych odpisem aktualizującym należności od instytucji łącznikowych państw członkowskich UE i EFTA za świadczenia zdrowotne udzielone w ramach przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego dotyczące poprzednich okresów. Fundusz podejmował działania zmierzające do dochodzenia należności przeterminowanych.

W 2015 r. zarejestrowano 810,4 mln zapytań w systemie e-WUŚ o potwierdzenie tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego, z tego 34,8 mln zostało zweryfikowanych negatywnie (4,29%).

W latach 2013–2015 wszczęto 802 767 spraw mających na celu wydanie przez dyrektorów OW NFZ decyzji administracyjnych, dotyczących potwierdzenia tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego, na kwotę 315 786,03 tys. zł, z czego 572 468 spraw na kwotę 16 988,55 tys. zł nie zostało przekazanych do dalszych czynności wyjaśniających z uwagi na niską wartość jednostkową. Liczba spraw wyjaśnionych wyniosła na koniec 2015 r. 66 840 i obejmowała kwotę 176 632,42 tys. zł, zaś decyzje administracyjne wydano w stosunku do 12 907 spraw na kwotę 22 345,48 tys. zł. W związku z nieuregulowaniem w terminie przez część dłużników należnych kwot, w 2015 r. wystawiono i przekazano do organów egzekucyjnych 2 381 tytułów wykonawczych na kwotę 4 671,12 tys. zł, z czego odzyskano 1 628,73 tys. zł.

Pomimo, że wskaźnik zakończonych postępowań prowadzonych przez Dyrektorów OW NFZ dotyczących potwierdzenia tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego zwiększył się z 42,23% na koniec 2014 r. do 59,11% na koniec 2015 r. to nadal liczba spraw niewyjaśnionych pozostaje w ocenie NIK na zbyt wysokim poziomie[54]. Na koniec 2015 r. takich spraw było 163 459 (88 536 w 2014 r.) na kwotę 122 165,06 tys. zł (95 055,32 tys. zł w 2014 r.).

Prezes NFZ zobowiązał dyrektorów OW NFZ, do podjęcia działań, aby nie dopuścić do nieustalenia, niepobrania, niedochodzenia, niezgodnego z przepisami umorzenia, odroczenia spłaty lub rozłożenia na raty albo przedawnienia należności OW NFZ.

Minister Zdrowia kwestionował prowadzenie postępowań wobec osób nieubezpieczonych, których koszty leczenia poniósł NFZ, a które mogły być zgłoszone do ubezpieczenia, jako członkowie rodzin oraz wskazał na dużą czasochłonność postępowań wyjaśniających.

Po wielokrotnych wystąpieniach Prezesa NFZ o zmianę przepisów prawnych dotyczących windykacji świadczeń, Minister Zdrowia, w kwietniu 2016 r., skierował do uzgodnień zewnętrznych projekt ustawy w tym zakresie.

NIK zwraca uwagę na rosnący odsetek odwołań od decyzji dyrektorów OW w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym i ustalenia prawa do świadczeń (w tym wydanych na podstawie art. 50 ust. 18 ustawy

[53] Dotyczyły w szczególności: należności z tytułu nieprawomocnych wystąpień pokontrolnych, m.in. do których złożono odwołania do Prezesa NFZ w wysokości 59 385,39 tys. zł, należne środki na realizację projektów współfinansowanych ze środków pochodzących z budżetu państwa oraz UE/EFTA w wysokości 5 321,82 tys. zł, nieprawomocne kary i odszkodowania należne od OW NFZ w wysokości 3 339,52 tys. zł, decyzje administracyjne, o których mowa w art. 50 ust. 18 ustawy o świadczeniach, w stosunku do której wniesiono odwołanie do Prezesa NFZ w wysokości 2 135,71 tys. zł.

[54] W poprzednim roku NIK zwracał uwagę na dużą liczbę niewyjaśnionych spraw na koniec 2014 r. oraz wnioskowała o wyjaśnienie spraw i ściągnięcie należności w związku z udzieleniem świadczeń osobom nie mającym uprawnień do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

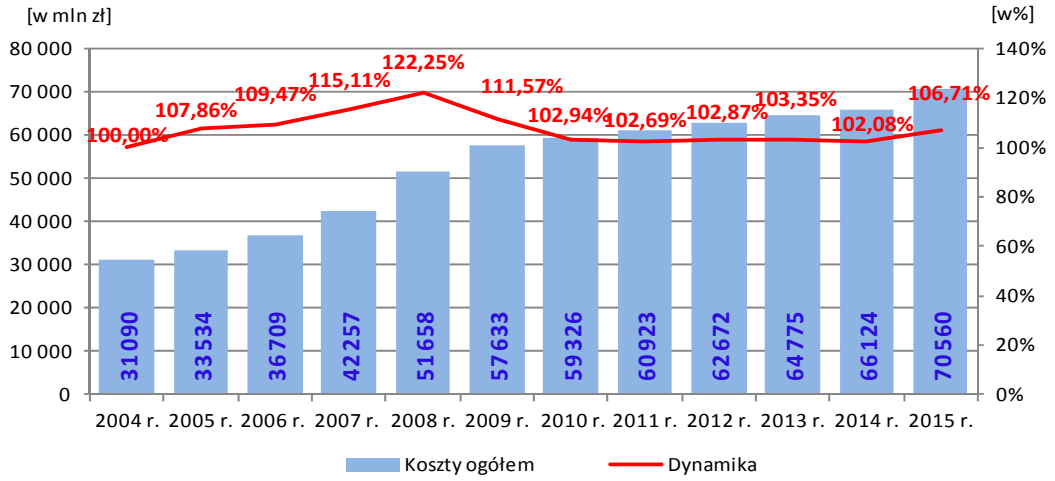
o świadczeniach[55]), który w 2010 r. wynosił 11%, a w 2015 r. wzrósł do 33,51%, jak również na liczbę samych odwołań, która w 2010 r. wynosiła 719, a w 2015 r. zwiększyła się do 3 447.
W 2015 r. z powyższych 3 447 odwołań rozstrzygnięto jedynie 1 403, czyli od końca 2014 r. liczba nierozpatrzonych spraw zwiększyła się o 2 044, a biorąc pod uwagę, nierozstrzygnięte odwołania z lat poprzednich, w tym 2 089 spraw z 2014 r.[56], w Centrali NFZ na koniec 2015 r., znajdowało się ok. 5 500 odwołań od decyzji Dyrektorów OW NFZ oczekujących na decyzję Prezesa NFZ.
W 2016 r. trwały prace nad wydzieleniem komórki ds. windykacji w Wydziale Uprawnień Świadczeniobiorców, co pozwoliłoby na powierzenie części spraw nowemu kierownikowi. Od momentu nałożenia na Prezesa Funduszu obowiązku rozpatrywania odwołań od decyzji Dyrektorów wydanych na podstawie art. 50 ust. 18 ustawy o świadczeniach, nie zmienił się skład osobowy Wydziału, pomimo wpływu dużej liczby odwołań. Departament Spraw Świadczeniobiorców zajmuje się równocześnie innymi odwołaniami, które często zaskarżane są do Wojewódzkich Sądów Administracyjnych.

3.2.5.3. Realizacja wybranych kosztów

Zrealizowane przez NFZ w 2015 r. koszty ogółem wyniosły 70 560 197,42t tys. zł i stanowiły 98,71% planu.Były one o 6,71% wyższe niż w 2014 r. (66 124 110,09 tys. zł). Wykonanie niektórych kosztów NFZ. Struktura zrealizowanych w 2015 roku kosztów ogółem NFZ ukształtowała się w sposób następujący:

- 96,02% stanowiły koszty świadczeń opieki zdrowotnej,
- 2,61% stanowiły koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego,
- 0,90% stanowiły koszty administracyjne,
- 0,23% stanowiły pozostałe koszty,
- 0,18% stanowiły koszty poboru i ewidencjonowania składek,
- 0,06% stanowiły koszty finansowe.

Rysunek nr 36
Koszty NFZ ogółem w latach 2004–2015 i ich dynamika



Źródło: Roczne sprawozdanie z wykonania planu finansowego NFZ na 2015 r.

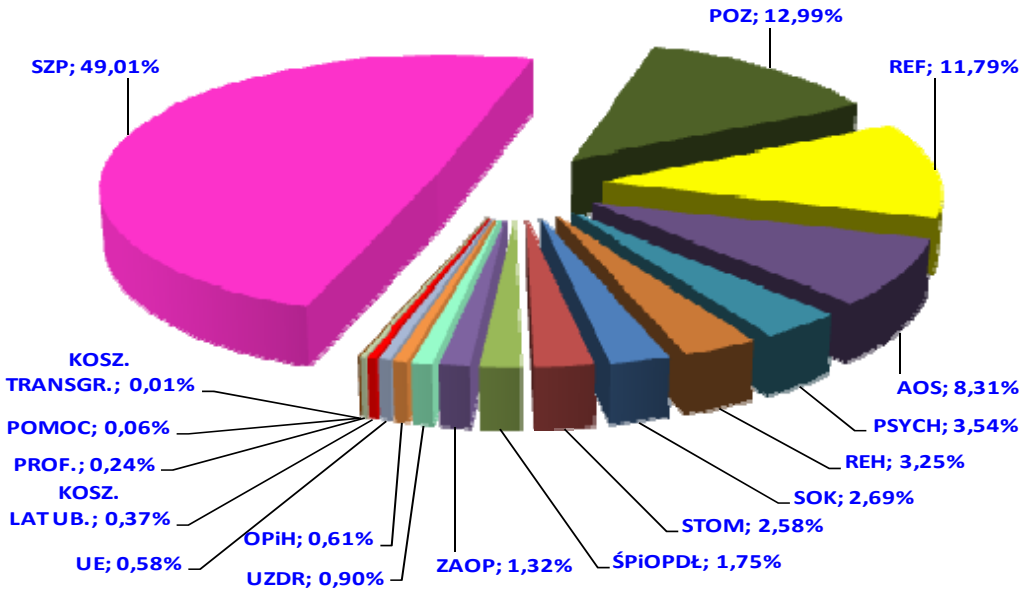
[55] Zgodnie z art. 50 ust. 18 ustawy o świadczeniach koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w przypadkach określonych w ust. 16, które Fundusz poniósł zgodnie z ust. 15, podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje decyzję administracyjną ustalającą obowiązek poniesienia kosztów i ich wysokość oraz termin płatności. Do postępowania w sprawach o ustalenie poniesienia kosztów stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego.

[56] W 2014 r. wpłynęło 3 313 odwołań, a rozpatrzonych zostało 1 224.

Koszty świadczeń opieki zdrowotnej, świadczenia wykonane ponad limit określony w umowach ze świadczeniodawcami

W planie finansowym NFZ na 2015 r. z dnia 31 lipca 2014 r. na świadczenia opieki zdrowotnej przewidziano kwotę 65 061 789 tys. zł. W trakcie 2015 r. zwiększono plan kosztów świadczeń opieki zdrowotnej łącznie o 5,26% (od 0,18% w rodzaju koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego do 17,34% w rodzaju leczenie szpitalne). W 2015 r. zwiększono koszty świadczeń o 3 419 208 tys. zł z tego, z funduszu zapasowego NFZ pochodziło 1 547 613 tys. zł. Wykonanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej było wyższe od wykonania roku 2014 r. o 6,97%, w tym: od 0,35% w zakresie realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego do 78,22% w pozycji koszty świadczeń opieki zdrowotnej z lat ubiegłych. Koszty w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny w 2015 r. były niższe od wykonania w 2014 r. o 0,36%.

Rysunek nr 37
Struktura kosztów świadczeń opieki zdrowotnej NFZ w roku 2015[57]



Źródło: Roczne sprawozdanie z wykonania planu finansowego NFZ na 2015 r.

Poniesione przez NFZ w 2015 r. koszty świadczeń zdrowotnych wyniosły 67 751 200,67 tys. zł (w 2014 r. 63 338 421,40 tys. zł) i były niższe od planowanych o 729 796,33 tys. zł, tj. o 1,07% (w 2014 r. 1 178 773,60 tys. zł, tj. o 1,83%[58]), z tego niewykonanie całkowitego budżetu na refundację wynosiło 270 271,44 tys. zł. Było to konsekwencją przepisów ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów

[57] SZP – leczenie szpitalne, POZ – podstawowa opieka zdrowotna, REF – refundacja, AOS – ambulatoryjna opieka specjalistyczna, PSYCH – opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, REH – rehabilitacja lecznicza, SOK – świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, STOM – leczenie stomatologiczne, ŚPiODŁ – świadczenia pielęgnacyjne i opieka długoterminowa, ZAOP – zaopatrzenie w wyroby medyczne, UZDR – leczenie uzdrowiskowe, OPiH – opieka paliatywna i hospicyjna, UE – świadczenia udzielane w ramach przepisów o koordynacji rzeczowych świadczeń pomiędzy państwami UE, PROF. – profilaktyczne programy zdrowotne finansowane ze środków własnych Funduszu, Kosz. Lat Ub. – koszty świadczeń z lat ubiegłych, POMOC – pomoc doraźna i transport sanitarny.

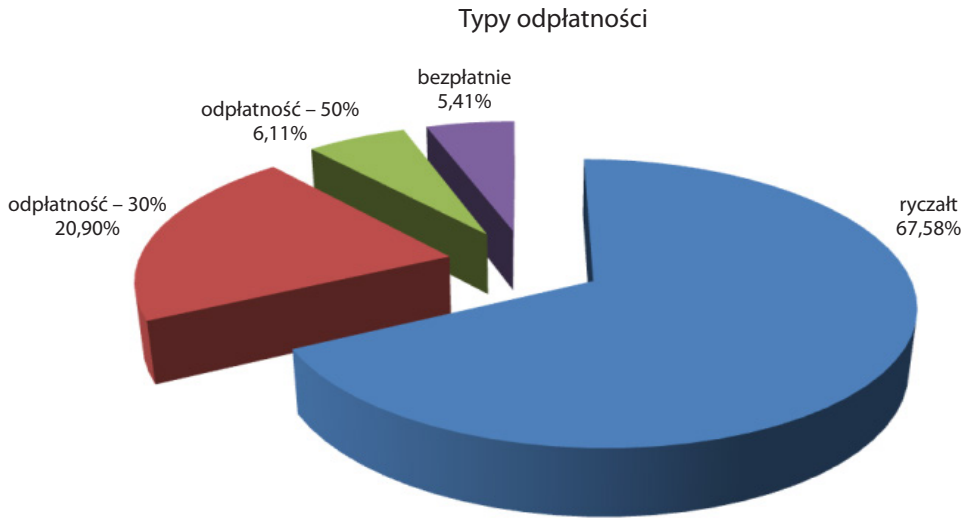
[58] Wskaźnik realizacji planu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w poprzednich latach wynosił: 94,25% w 2008 r., 99,13% w 2009 r., 99,10% w 2010 r., 99,86% w 2011 r., 96,33% w 2012 r., 97,19% w 2013 r.

medycznych[59], które nie przewidują możliwości zmniejszenia kwoty budżetu na refundację i uniemożliwiają przesunięcie niewykorzystanej części na pokrycie kosztów deficytowych świadczeń zdrowotnych.

Największy udział w kosztach świadczeń miały koszty leczenia szpitalnego – 49,01%, podstawowej opieki zdrowotnej – 12,99% oraz koszty refundacji aptecznej – 11,79% i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – 8,31%.

Analiza struktury wydatków na refundację leków w 2015 r. w podziale na rodzaje odpłatności (bezpłatne, 30%, 50%, ryczałt) wykazała, że 2/3 (67,58 %) ogólnej kwoty refundacji wydatkowano dla pacjentów wnoszących opłatę ryczałtową. Przeznaczono na ten cel 5 398 682,46 tys. zł.

Rysunek nr 38
Struktura wydatków na refundację w 2015 r. podziale na odpłatność



Źródło: Sprawozdanie z działalności NFZ za 2015 r.

Koszty leczenia szpitalnego wyniosły w 2015 r. 33 201 966,96 tys. zł i stanowiły 99,49% wielkości planowanej. Były wyższe od kosztów poniesionych w 2014 r. o 1 987 045,55 tys. zł.

Z przeprowadzonej przez NIK ankiety[60], wśród szpitali posiadających kontrakt z NFZ wynika, że 87,5%[61] szpitali mogłaby realizować większą liczby świadczeń medycznych bez zwiększania zatrudnienia personelu medycznego i zakupu dodatkowego sprzętu, a zawarte kontrakty mogłyby być wyższe o 18,42%, tj. 3 160 181,60 tys. zł.

Wartość świadczeń ponadumownych (ponadlimitowych) nierozliczonych na podstawie ugód i aneksów do umów wykonanych przez świadczeniodawców, których nie ujęto w księgach rachunkowych na dzień 31 grudnia 2015 r. wyniosła 332 744,06 tys. zł, w tym m.in. 232 691,7 tys. zł w rodzaju leczenie szpitalne, 49 217,4 tys. zł w rodzaju rehabilitacja lecznicza, 27 323,0 tys. zł

[59] Dz. U. z 2015 r. poz. 345, ze zm.

[60] Zapytania ankietowe zostały wysłane drogą mailową do 961 szpitali posiadających kontrakt z NFZ na adresy podane w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. Do ankiety przystąpiły 463 szpitale realizujące kontrakty o wartości 16 737 408,15 tys. zł (wykonanie kontraktów 102,51% – 17 157 185,41 tys. zł). W ankiecie zawarto pytania, czy w ocenie kierownictwa jednostki istniała możliwość w 2015 r. realizacji większej liczby świadczeń medycznych bez zwiększania zatrudnienia personelu medycznego i zakupu dodatkowego sprzętu. Jeśli tak, to o ile wyższy (w %) kontrakt mógłby zostać wykonany.

[61] Według danych na 28 czerwca 2016 r.

w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Świadczenia ponadumowne (po aneksach i ugodach) stanowiły 0,49% planowanych na 2015 r. kosztów świadczeń zdrowotnych NFZ oraz były o 60,5% niższe niż w roku ubiegłym (842 653,3 tys. zł).

Wartość zawartych ugód pozasądowych dotyczących zapłaty za świadczenia wykonane w 2015 r. wyniosła 571 195,07 tys. zł, w tym 398 288,06 tys. zł w rodzaju leczenie szpitalne, 89 645,86 tys. zł w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Wartość świadczeń, za wykonanie których świadczeniodawcy zrzekli się zapłaty, w wyniku podpisania aneksów rozliczających umowy wyniosła 169 878,20 tys. zł (w tym 101 408,09 tys. zł w rodzaju leczenie szpitalne, 29 892,97 tys. zł w rodzaju rehabilitacja lecznicza, 19 313,44 tys. zł w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna), a w wyniku ugód pozasądowych – 193 596,65 tys. zł (w tym 121.888,31 tys. zł w rodzaju leczenie szpitalne, 17 737,93 tys. zł w rodzaju rehabilitacja lecznicza, 37 705,47 tys. zł w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna).

Średni koszt leczenia (obliczony, jako iloraz wykonania „kosztów świadczeń" i liczby ubezpieczonych oraz uprawnionych) w 2015 r. wyniósł 1 920,86 zł i był o 6,8% wyższy niż w 2014 r. (1 799,19 zł). Koszt ten w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu wynosił m.in.:

- w podstawowej opiece zdrowotnej – średnio 251,95 zł, tj. od 244,38 zł w Świętokrzyskim OW do 254,41 zł w Małopolskim OW,
- w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej – średnio 161,11 zł, tj. od 147,63 zł w Łódzkim OW do 186,39 zł w Podlaskim OW,
- w leczeniu szpitalnym – średnio 950,45 zł, tj. od 901,67 zł w Wielkopolskim OW do 1 011,70 zł w Zachodniopomorskim OW.

W 2015 r. Fundusz poniósł dodatkowe koszty w wysokości 306 623,38 tys. zł na świadczenia realizowane przez pielęgniarki i położne, które świadczeniodawcy zobowiązani byli przeznaczyć na ich wynagrodzenia, w związku z wejściem w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej[62]. Koszty finansowane były ze środków własnych Funduszu, za wyjątkiem zwiększonych kosztów ratownictwa medycznego, które finansowane były z dotacji z budżetu państwa. Fundusz otrzymał dodatkowe środki na ten cel w wysokości 4 261,52 tys. zł. Planowane koszty ogółem z tytułu zwiększonych kosztów świadczeń realizowanych przez pielęgniarki i położne w związku z rozporządzeniem wyniosą 1 415 mln zł w 2016 r, 2 476 mln zł w 2017 r., 3 537 mln zł w 2018 r. i 4 244 mln zł od 2019 r.

Koszty świadczeń zdrowotnych z tytułu przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego

Wysokość dokonanych przez Fundusz wydatków z tytułu udzielonych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji w 2015 r. wyniosła 392 604,05 tys. zł (w 2014 r. 330 511,94 tys. zł).

Koszty świadczeń zdrowotnych udzielonych obywatelom UE/EFTA na terenie Polski w 2015 r. wyniosły 169 224,23 tys. zł i były wyższe o 38,08% w stosunku do 2014 r.

OW NFZ prowadziły weryfikację roszczeń z tytułu udzielenia na terenie państw członkowskich UE/EFTA polskim ubezpieczonym świadczeń zdrowotnych i rejestrowały jej wyniki w Systemie Obsługi Formularzy Unijnych (SOFU). W 2015 r. zakwestionowano 256 roszczeń na łączną kwotę 3 848,3 tys. zł.

[62] Dz. U. z 2016 r. poz. 1146.

Koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielone w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej

Fundusz w 2015 r. zakończył postępowanie w przypadku 4 082 spośród 4 869 wniosków złożonych przez pacjentów o refundację kosztów leczenia poza granicami Polski[63], w tym pozytywnie 3 741 na łączną kwotę 8 442,02 tys. zł[64]. W I kwartale 2016 r. wartość kosztów z tytułu zwrotu kosztów leczenia poza granicami Polski wyniosła 3 229,82 tys. zł. Realizacja planu finansowego w tej pozycji wyniosła 16,88%.

Koszty świadczeń z lat ubiegłych

Koszty świadczeń z lat ubiegłych obejmowały m.in.: koszty związane z realizacją prawomocnych wyroków sądowych oraz wartość ugód pozasądowych i sądowych za świadczenia udzielone w latach poprzednich. Koszt tych świadczeń wyniósł w 2015 r. 249 186,12 tys. zł i stanowił 80,58% planu oraz był wyższy od kosztów z roku 2014 r. o 109 370,58 tys. zł.

Wybrane koszty administracyjne i zatrudnienie

W planie finansowym NFZ na 2015 r. (po zmianach) koszty administracyjne wyniosły 725 092,00 tys. zł, a ich wykonanie wyniosło 634 247,36 tys. zł, co stanowiło mniej niż 1% łącznych kosztów Funduszu.

Koszty wynagrodzeń wyniosły 315 939,12 tys. zł, tj. 99,58% planu po zmianach (w 2014 r. było to 311 758,75 tys. zł), co stanowiło 49,81% kosztów administracyjnych.

Przeciętne zatrudnienie w Centrali NFZ i OW w 2015 r. wyniosło 5 183,50 etatu i było niższe o 102,15 od planu na IV kwartał 2015 r. oraz wyższe o 60,13 etatu w stosunku do 2014 r. Przeciętne miesięczne wynagrodzenie przypadające na etat wynosiło 5 063,14 zł i było na tym samym poziomie co w 2014 r.

Znaczna liczba wakatów była spowodowana m.in. otrzymaniem w grudniu 2014 r. informacji o przyznanych środkach finansowych i etatach (70) na realizację zadań wynikających z tzw. dyrektywy transgranicznej oraz zmian organizacyjnych związanych ze zmianą Statutu NFZ.

Wydatki NFZ na usługi obce wyniosły 153 314,82 tys. zł (w 2014 r. było to 149 967,77 tys. zł) i stanowiły 85,17% planu.

Pozostałe koszty obejmujące m.in. wydanie i obsługę kart ubezpieczenia oraz recept, rezerwy na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych wyniosły 159 203,62 tys. zł i były wyższe niż w 2014 r. (152 960,48 tys. zł). Ich wykonanie było niższe od planu po zmianach o 66 347,38 tys. zł (zrealizowano 70,58% planu).

W planie finansowym (po zmianach) koszty rezerw zostały zaplanowane na kwotę 191 952 tys. zł. Realizacja tej pozycji planu wyniosła 137 572,93 tys. zł, co stanowiło 71,67% planu po zmianach i przesunięciach. Niższa niż planowano realizacja tej grupy kosztów wynikała z braku rozstrzygnięć, do czasu zamknięcia ksiąg rachunkowych, w sprawach toczących się przeciwko NFZ o zapłatę za świadczenia wykonane w latach poprzednich ponad limit określony w umowach.

Ponadto NFZ poniósł tzw. „inne koszty" obejmujące m.in. koszty sądowe, zapłacone kary i grzywny, odszkodowania. W planie finansowym określono je w wysokości 32 921,00 tys. zł. Wartość poniesionych kosztów z tego tytułu wyniosła 21 071,93 tys. zł, tj. o 16 152,99 tys. zł mniej niż w 2014 r.,

---

63 Zgodnie z ustawą z dnia 10 października 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1491) implementującą Dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz. Urz. UE.L. 88 z 4 kwietnia 2011 r.).

64 Decyzje te dotyczyły wniosków złożonych zarówno w 2014 r. jak i w 2015 r.

w tym z tytułu zapłaconych kar, grzywien i odszkodowań 42,12 tys. zł. tj. o 5,31 tys. zł mniej niż 2014 r. W wystąpieniu pokontrolnym z realizacji zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2014 (P/15/059) NIK wnioskowała o wyeliminowanie sytuacji, w których Fundusz ponosi koszty z tytułu zapłaconych kar, grzywien i odszkodowań. Prezes NFZ zobowiązał Dyrektorów OW NFZ do wzmocnienia nadzoru nad prowadzonymi przez podległych pracowników sprawami w celu ograniczenia ryzyka związanego z ponoszeniem przez NFZ kosztów z tytułu kar, grzywien czy odszkodowań związanych z działalnością płatnika publicznego.

Fundusz poniósł w 2015 r. koszty finansowe w wysokości 41 867,64 tys. zł (co stanowiło 56,88% planu).

Zobowiązania

Zobowiązania zewnętrzne na koniec 2015 r. wyniosły 7 096 985,15 tys. zł (w 2014 r. było to 6 396 257,03 tys. zł), z czego zobowiązania wobec świadczeniodawców i aptek wynosiły 7 017 453,32 tys. zł (w 2014 r. było to 6 313 265,18 tys. zł). Na koniec 2015 r. NFZ nie posiadał zobowiązań wymagalnych.

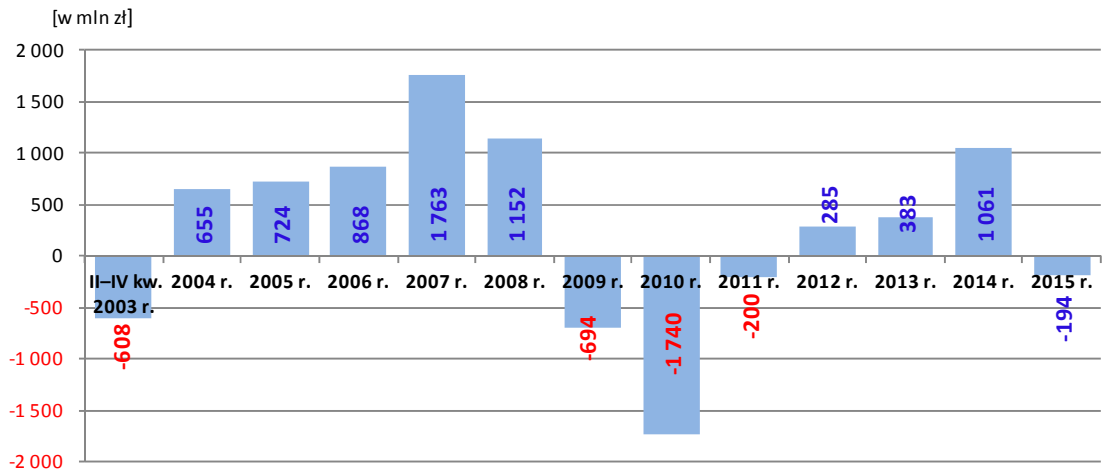
Kwota nieuregulowanych przez Centralę NFZ zobowiązań oraz biernych rozliczeń międzyokresowych kosztów w wysokości prawdopodobnych zobowiązań Funduszu z tytułu rozliczeń kosztów świadczeń udzielonych osobom ubezpieczonym na terenie innego państwa członkowskiego wyniosła na koniec 2015 r. 309 416,91 tys. zł (w 2014 r. 239 689,02 tys. zł).

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

3.2.5.4. Wynik finansowy

Wynik finansowy NFZ na 2015 r. został zaplanowany na (-)1 547 613,00 tys. zł wyniósł (-)193 744,99 tys. zł.

Rysunek nr 39
Wynik finansowy NFZ w latach 2004–2015



Źródło: Roczne sprawozdanie z wykonania planu finansowego NFZ na 2015 r.

Na wielkość wyniku finansowego wpływ miało m.in.:

- niższe niż planowano koszty świadczeń opieki zdrowotnej o 729 796,33 tys. zł,
- wyższe niż planowano przychody ze składki należnej brutto w roku planowania równej przypisowi składki o 284 211,12 tys. zł,
- niższe niż planowano koszty administracyjnych o 90 844,64 tys. zł,
- wyższe niż planowano przychody ze składek z lat ubiegłych o 87 524,54 tys. zł,
- niższe niż planowano pozostałe koszty o 66 347,38 tys. zł.

Tabela nr 2
Czynniki kształtujące wynik finansowy NFZ za 2015 rok

[w tys. zł]

Wyszczególnienie	Plan 2015 r.	Wykonanie 2015 r.	Wpływ na wynik (+, -)
Składka należna brutto w roku planowania równa przypisowi składki	66 806 339,00	67 090 550,12	284 211,12
Planowany odpis aktualizujący składkę należną	0,00	0,00	0,00
Przychody ze składek z lat ubiegłych	86 000,00	173 524,54	87 524,54
Koszty poboru i ewidencjonowania składek	128 619,00	129 327,79	-708,79
Odpis na taryfikację świadczeń, o których mowa w art.. 31 t ust. 5-8 ustawy	46 797,00	46 796,28	0,72
Przychody wynikające z przepisów o koordynacji	143 270,00	178 089,80	34 819,80
Przychody z tytułu realizacji zadań zleconych	0,00	0,00	0,00
Dotacje z budżetu państwa na finansowanie zadań, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt. 2a, 2b, 3 i 3b ustawy	725 264,00	726 742,15	1 478,15
Dotacja z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego	1 845 354,00	1 844 346,72	-1 007,28
Obowiązkowy odpis na rezerwę ogólną	0,00	0,00	0,00
Koszty świadczeń opieki zdrowotnej	68 480 997,00	67 751 200,67	729 796,33
Koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie	0,00	0,00	0,00
Koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego	1 845 354,00	1 844 350,34	1 003,66
Koszty administracyjne	725 092,00	634 247,36	90 844,64
Pozostałe przychody	290 125,00	307 004,76	16 879,76
Pozostałe koszty	225 551,00	159 203,62	66 347,38
Przychody finansowe	82 056,00	92 990,62	10 934,62
Koszty finansowe	73 611,00	41 867,64	31 743,36
Zyski i straty nadzwyczajne	0,00	0,00	0,00
Inne obowiązkowe obciążenia wyniku finansowego	0,00	0,00	0,00
Wynik finansowy	**-1 547 613,00**	**-193 744,99**	

Źródło: Roczne sprawozdanie z wykonania planu finansowego NFZ na 2015 r.

4 REALIZACJA WNIOSKÓW POKONTROLNYCH NIK

W związku z kontrolą realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2014 r. NIK w wystąpieniu pokontrolnym z dnia 20 lipca 2015 r. skierowanym do Prezesa NFZ przedstawiła pięć wniosków pokontrolnych dotyczących:

1) poprawy dostępu do świadczeń zdrowotnych dla pacjentów w głównej mierze poprzez pełne wykorzystanie środków przewidzianych w planie finansowym na realizację kosztów świadczeń zdrowotnych;
2) opracowania wieloletnich, ogólnopolskich priorytetów zdrowotnych uwzględnianych w procesie kontraktowania świadczeń zdrowotnych;
3) rozszerzenia zasad weryfikacji danych sprawozdawczych przekazywanych przez placówki ochrony zdrowia, w szczególności o ich porównanie z danymi przekazanymi przez świadczeniodawców w latach poprzednich.
4) wyeliminowania sytuacji, w których Fundusz ponosi koszty z tytułu zapłaconych kar, grzywien i odszkodowań;
5) wyjaśnienia spraw i ściągnięcie należności w związku z udzieleniem świadczeń osobom nie mającym uprawnień do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Ponadto NIK uznała za celowe rozważenie zasadności rozwijania za publiczne środki systemów informatycznych, do których Fundusz nie posiada kodów źródłowych ani nie nabył autorskich praw majątkowych.

NFZ podejmował działania zmierzające do realizacji wniosków pokontrolnych NIK. W szczególności w odniesieniu do opracowania wieloletnich, ogólnopolskich priorytetów zdrowotnych Fundusz wprowadził zmiany do procedur definiowania priorytetów zdrowotnych i planowania zakupu świadczeń mające na celu ich opracowanie w perspektywie dłuższej niż rok. Zmniejszyła się również kwota niewykorzystanych środków przeznaczonych na zakup świadczeń, a także kwota kar z tytułu grzywien i odszkodowań.

Zmiany zasad weryfikacji danych sprawozdawczych przekazywanych przez placówki ochrony zdrowia nie doprowadziły jednak do wyeliminowania nieprawidłowości, na które zwracał uwagę NIK w poprzednich kontrolach. Świadczą o tym przypadki refundacji recept wystawionych na zmarłych pacjentów lub przez zmarłych lekarzy.

Pomimo, że Fundusz podejmował działania zmierzające do wyjaśnienia spraw związanych z udzieleniem świadczeń osobom nie mającym uprawnień do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, na koniec 2015 r., liczba spraw pozostałych do wyjaśnienia wyniosła 163 459 (88 536 w 2014 r.) na kwotę 122 165,06 tys. zł (95 055,32 tys. zł w 2014 r.).

5 INFORMACJE DODATKOWE

5.1 Przygotowanie kontroli

Przeprowadzona kontrola poprzedzona była kontrolą realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2014 r., przeprowadzoną w Centrali NFZ i w czterech oddziałach wojewódzkich NFZ.

Centrala została wybrana do kontroli z uwagi na gromadzenie przez nią danych statystycznych obejmujących cały Fundusz oraz z uwagi na fakt, iż prowadzone tam są prace mające na celu wypracowanie jednolitych procedur i wytycznych realizowanych przez pozostałe jednostki Funduszu.

Z uwagi na odmienne zadania realizowane przez Centralę i oddziały Funduszu, zastosowano zróżnicowane podejście do badanych zagadnień. O ile w Centrali NFZ badaniu zostały poddane następujące procesy:

- analityczny, związany z opracowywaniem planu finansowego,
- zasilania oddziałów wojewódzkich Funduszu w środki finansowe,
- sprawowania nadzoru nad kontraktowaniem świadczeń i analizą wybranych sprawozdań,

to w trzech oddziałach wojewódzkich Funduszu kontrola koncentrowała się na działaniach podejmowanych w celu zapewnienia dostępu do świadczeń.

W celu oceny nadzoru sprawowanego przez Fundusz nad rozliczeniami dokonano testów reguł weryfikacyjnych stosowanych do kontroli sprawozdań statystycznych przekazywanych przez świadczeniodawców i refundowanych przez Fundusz recept. Testy te obejmowały całą badaną populację. W ich trakcie wykorzystywano specjalistyczne oprogramowanie informatyczne.

5.2 Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli

Kontrolę przeprowadzono w okresie od 21 marca do 27 lipca 2016 r. W wystąpieniach pokontrolnych oceniono realizację zadań Funduszu w ramach planu finansowego oraz wskazano ujawnione nieprawidłowości, formułując wnioski zmierzające do ich usunięcia.

Wnioski pokontrolne adresowane do Prezesa NFZ dotyczyły m.in.:

1) wyjaśnienia spraw dotyczących finansowania świadczeń udzielonych przez osoby zmarłe lub na ich rzecz,
2) podjęcia działań w celu zapewnienia komórce Audytu Wewnętrznego bezpośredniej podległości Prezesowi NFZ i warunków niezbędnych do niezależnego prowadzenia audytu wewnętrznego,
3) podjęcia działań w celu szybszego rozpatrywania odwołań od decyzji administracyjnych dyrektorów oddziałów wojewódzkich.

Wnioski pokontrolne adresowane do dyrektorów oddziałów wojewódzkich dotyczyły m.in.:

1) podjęcia działań mających na celu przestrzeganie przez komisje konkursowe zasad prowadzenia postępowań konkursowych oraz rzetelne dokumentowanie podejmowanych przez nie czynności;
2) uwzględnienia w priorytetach regionalnych Oddziału zmniejszenia czasu oczekiwania pacjentów na udzielenie świadczeń zdrowotnych, zwłaszcza w odniesieniu do tych zakresów, w których świadczeniobiorcy wymagają pilnego skorzystania z pomocy medycznej a są zapisywani są w kolejce oczekujących;.
3) zwiększenia dostępności pacjentów do tych zakresów świadczeń na obszarze województwa podlaskiego, które w 2015 roku nie były dostępne lub dostęp do nich był ograniczony.

Zastrzeżenia do wystąpienia pokontrolnego złożyła jedna jednostka organizacyjna NFZ spośród czterech kontrolowanych. Zastrzeżenia zostały rozpatrzone i częściowo uwzględnione.

5.3 Finansowe rezultaty kontroli

Stwierdzone w toku kontroli nieprawidłowości wyniosły łącznie 656 363,88 tys. zł. Kwota ta obejmowała:

- 650 000 tys. zł potencjalnych finansowych i sprawozdawczych skutków nieprawidłowości, związanych z nierzetelnym sprawozdawaniem świadczeń lub sprawozdawaniem nieudzielonych świadczeń przez świadczeniodawców, których można by uniknąć wdrażając projekt RUM II; [str. 34]
- 708,35 tys. zł wydatkowanych z naruszeniem zasad należytego zarządzania finansami publicznymi, w związku z refundacją recept wystawionych na osoby zmarłe; [str. 37]
- 5 613,41 tys. zł wydatkowanych z naruszeniem zasad należytego zarządzania finansami publicznymi, w związku z refundacją recept wystawionych przez zmarłych lekarzy; [str. 37]
- 42,12 tys. zł wydatkowanych w związku z naruszeniem prawa skutkującym koniecznością zapłacenia kar i grzywien. [str. 47–48]

5 ZAŁĄCZNIK NR 1

Wykaz ważniejszych aktów prawnych dotyczących badanej tematyki

1. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, ze zm.).
2. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 885, ze zm.).
3. Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2015 r. poz. 1096, ze zm.).
4. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, ze zm.; od 29 kwietnia 2015 r. Dz. U. z 2015 r. poz. 581, ze zm.).
5. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r. poz. 757, ze zm.).
6. Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2016 r. poz. 1047).
7. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 930).
8. Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2164, ze zm.).
9. Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 29 września 2004 r. w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia (Dz. U. Nr 213, poz. 2161, ze zm. uchylone przez art. 1 pkt 36 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.) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2014 r. w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia, które weszło w życie z dniem 1 stycznia 2015 r. (Dz. U. z 2014 r. poz. 1840).
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2009 r. w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych (Dz. U. Nr 193, poz. 1495).
11. Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz. U. z 2015 r. poz. 1943).
12. Rozporządzenie Rady (EWG) Nr 1408/71 w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz. Urz. WE L149 z 5.07.1971, str. 2 i n., ze zm.).
13. Rozporządzenie Rady (EWG) Nr 574/72 w sprawie wykonywania rozporządzenia (EWG) Nr 1408/71 w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz. Urz. WE L 74 z 27.03.1972, str. 1 i n., ze zm.).
14. Rozporządzenie Rady (WE) nr 859/2003 z dnia 14 maja 2003 r. w sprawie wykonywania rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 i rozporządzenia (EWG) nr 574/72 w stosunku do obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi przepisami wyłącznie ze względu na ich obywatelstwo oraz decyzje wydane na podstawie przepisów powyższych rozporządzeń.
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484), które zostało uchylone z dniem 1 stycznia 2016 r. przez art. 1 pkt 50, art. 25 ust. 1 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.).

Wykaz organów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

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