KZD.430.004.2018
Nr ewid. 156/2018/P/18/055/KZD

Informacja o wynikach kontroli

REALIZACJA ZADAŃ NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA W 2017 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

Informacja o wynikach kontroli
Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2017 roku

Dyrektor Departamentu Zdrowia

Piotr Wasilewski

Akceptuję:
Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli

Mieczysław Łuczak

Zatwierdzam:
Prezes Najwyższej Izby Kontroli

Krzysztof Kwiatkowski
Warszawa, dnia 25. X. 2018 r.

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

www.nik.gov.pl

SPIS TREŚCI

WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ 4

1. WPROWADZENIE 5

2. OCENA OGÓLNA 7

3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI 9

4. WNIOSKI 16

5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI 18

5.1. Planowanie oraz realizacja planu zakupu świadczeń 18
5.2. Czas oczekiwania na udzielenie świadczeń 40
5.3. Dysproporcje w liczbie i wartości udzielanych świadczeń pomiędzy OW NFZ 61
5.4. Finansowanie wybranych rodzajów świadczeń 74
5.5. Wykonanie planu finansowego 92

6. ZAŁĄCZNIKI 106

6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe 106
6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych 108
6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności 119
6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli 122
6.5. Stanowisko Ministra do informacji o wynikach kontroli 123
6.6. Płyta CD – analizy dostępności świadczeń opieki zdrowotnej dla 16 województw

Zdjęcie na okładce:
©whitelook - stock.adobe.com

Wykaz stosowanych skrótów, skrótowców i pojęć

AOS	ambulatoryjna opieka specjalistyczna;
AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;
CSIOZ	Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia;
JGP	jednorodne grupy pacjentów. Grupa JGP jest jedną z kategorii hospitalizacji, posiadającą kod, nazwę oraz charakterystykę opisaną określonymi parametrami[1];
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia;
MZ	Ministerstwo Zdrowia;
OPD	opieka długoterminowa;
OPH	opieka paliatywna i hospicyjna;
Osoby uprawnione do świadczeń	osoby objęte powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym (ubezpieczeni); osoby (posiadające obywatelstwo polskie i mieszkające w Polsce): inne niż ubezpieczeni, spełniające określone kryterium dochodowe, nieubezpieczone, które nie ukończyły 18. roku życia lub są w okresie ciąży, porodu i połogu; inne osoby nieubezpieczone uprawnione do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z budżetu państwa; osoby, które uzyskały RP status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy; osoby uprawnione do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji w krajach UE/EOG (art. 2 oraz 66 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej);
OW NFZ	Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia;
POZ	podstawowa opieka zdrowotna;
PRO	profilaktyczne programy zdrowotne;
PSY	opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień;
REH	rehabilitacja lecznicza;
RTM	ratownictwo medyczne;
Sieć szpitali/PSZ	podstawowy system szpitalnego zabezpieczania świadczeń zdrowotnych;
SOK	świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie;
STM	leczenie stomatologiczne;
SZP	leczenie szpitalne;
Ustawa o świadczeniach	ustawa z dnia z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, ze zm.);
ZUS	Zakład Ubezpieczeń Społecznych;
ZAO	zaopatrzenie w wyroby medyczne wydawane na zlecenie.

[1] Zbiór parametrów służących do wyznaczenia grupy, zawiera w szczególności: rozpoznania według klasyfikacji ICD-10 (Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych używana do kwalifikowaniu schorzeń i chorób), procedury medyczne według klasyfikacji ICD-9 (Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych wykorzystywana przy rozliczaniu procedur zabiegowych, diagnostycznych i leczniczych z NFZ), wiek pacjenta, czas pobytu (§ 2 pkt 19 zarządzenia Nr 66/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 czerwca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne).

1. WPROWADZENIE

Pytanie definiujące cel główny kontroli

Czy działania NFZ prowadziły do poprawy dostępności świadczeń zdrowotnych?

Pytania definiujące cele szczegółowe kontroli

1. Czy zabezpieczono dostęp do świadczeń, w tym w sytuacji, gdy działający na danym terenie podmiot leczniczy nie został zakwalifikowany do sieci szpitali lub zakwalifikowany do niższego stopnia zabezpieczenia?
2. Czy czas oczekiwania na udzielenie świadczeń skrócił się w porównaniu do poprzedniego roku z uwzględnieniem wpływu wprowadzenia nowych zasad finasowania i zakupu wybranych świadczeń, w szczególności AOS?
3. Czy dysproporcje w liczbie i wartości świadczeń przypadających na 10 tys. uprawnionych pomiędzy poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi uległy zmianie?
4. Czy dochodziło do zmiany finansowania wybranych rodzajów świadczeń?
5. Czy w pełni wykorzystano środki przewidziane w planie na pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych?

Jednostki kontrolowane

Centrala i trzy Oddziały Wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia (Kujawsko-Pomorski, Mazowiecki i Śląski)

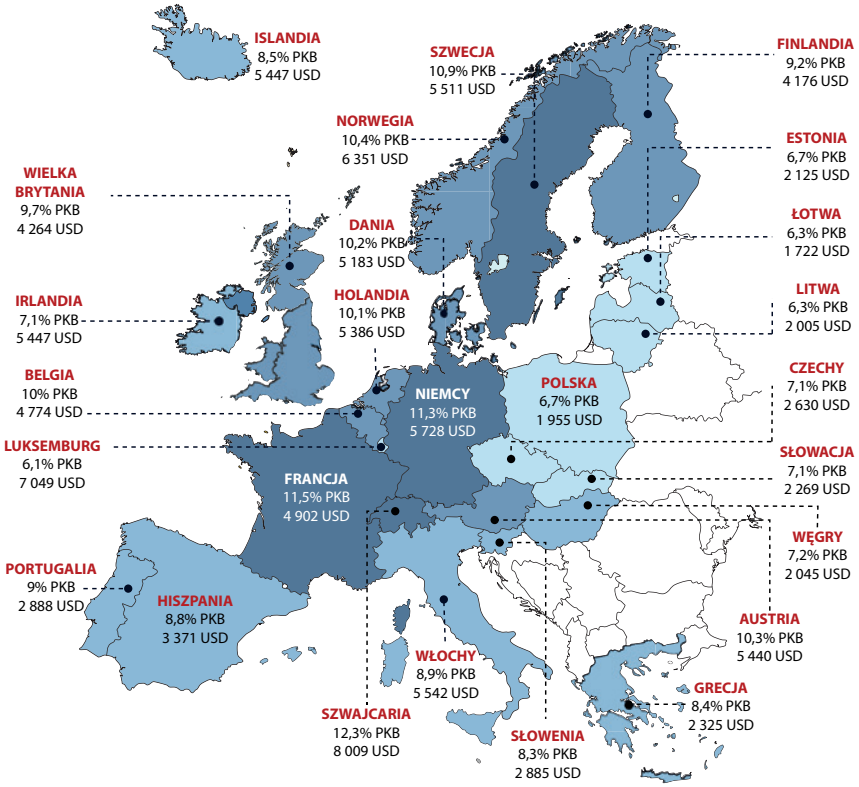
Okres objęty kontrolą

2017 r. oraz okres opracowywania planu w 2016 r. i działań w 2018 r. związanych ze sporządzaniem sprawozdań za 2017 r.

Wydatki bieżące ogółem na ochronę zdrowia w Polsce w 2017 r. stanowiły 6,7% PKB, z tego bieżące wydatki publiczne (w tym wydatki NFZ) 4,6% PKB[2]. Ich poziom odbiegał od wartości notowanych w innych krajach europejskich. Podobnie sytuacja przedstawiała się przy porównaniu kwot wydatkowanych na jednego mieszkańca w tych krajach.

Infografika nr 1

Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w Polsce na tle innych państw OECD w 2017 r. jako procent PKB i w przeliczeniu na mieszkańca w USD



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych OECD. http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA dostęp z dnia 21 sierpnia 2018 r.

Tak niskie nakłady publiczne na zdrowie w Polsce skutkują wysokim, w porównaniu do innych państw europejskich, udziałem wydatków ponoszonych bezpośrednio przez pacjentów. Tym samym, uzależniają dostęp do usług medycznych od sytuacji ekonomicznej pacjenta.

Udział wydatków bezpośrednich ponoszonych przez pacjentów[3] w wydatkach na ochronę zdrowia ogółem wynosił w 2016 r. 23%, podczas gdy we Francji – 10%, Niemczech, w Czechach i Szwecji – 15%, a w Słowacji – 18%[4].

[2] Bieżące wydatki publiczne (w tym wydatki NFZ) stanowiły 4,6% PKB. Dane OECD, http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA – dostęp z dnia 21 sierpnia 2018 r.

[3] Ang. „out-of-pocket expenditures". Wydatki, które osoba ubezpieczona musi ponieść bezpośrednio u świadczeniodawcy, bez pośrednictwa ubezpieczyciela lub rządu.

[4] Dane OECD, http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm – dostęp z dnia 21 sierpnia 2018 r.

Taki stan narusza zasadę równego dostępu do świadczeń. Zgodnie z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP, obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.

Działanie systemu ochrony zdrowia reguluje szereg ustaw. Wśród nich, szczególne znaczenie ma ustawa o świadczeniach, która określa warunki i zakres udzielania świadczeń. Z ustawy tej wynika, że obowiązek zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych, obciąża władze publiczne[5], a głównym źródłem finansowania systemu jest ubezpieczenie zdrowotne w Narodowym Funduszu Zdrowia[6]. Fundusz został utworzony na podstawie ww. ustawy jako państwowa jednostka organizacyjna posiadająca osobowość prawną[7], której podstawowym zadaniem jest pełnienie funkcji płatnika oraz m.in. określanie jakości i dostępności świadczeń, analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej[8].

Sposób realizacji ustawowych zadań Funduszu ma wpływ na dostępność świadczeń zdrowotnych. Determinowana jest ona m.in. takimi czynnikami, jak:

- wysokość środków finansowych pozostających w dyspozycji Funduszu oraz zasady ich podziału między oddziały wojewódzkie NFZ,
- zmiany legislacyjne w ochronie zdrowia,
- sposób kontraktowania i finansowania zakupu świadczeń zdrowotnych,
- relacje cen poszczególnych świadczeń medycznych w stosunku do rzeczywistych kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców,
- rozmieszczenie i liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń,
- skuteczność systemu kontroli.

Uzasadnienie podjęcie kontroli

Kontrola została podjęta z inicjatywy własnej Najwyższej Izby Kontroli i ujęta w planie pracy na 2018 r. W ramach przygotowania przedkontrolnego zostały przeanalizowane wyniki wcześniejszych kontroli NIK prowadzonych w NFZ, a także dostępne na stronach internetowych: sprawozdania z działalności NFZ, informacje prasowe dotyczące funkcjonowania Funduszu, kolejek osób oczekujących na udzielenie świadczeń, a także przeprowadzono analizę stanu prawnego regulującego przedmiotowe zagadnienia.

[5] Art. 1 pkt. 3, art. 6 i nast. (7–11) ustawy o świadczeniach.

[6] Art. 2, art. 3, art. 97 ust. 1, art. 116 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach.

[7] Art. 96 ust. 1 ustawy o świadczeniach.

[8] Art. 97 ust. 3 pkt 1 ustawy o świadczeniach.

2. OCENA OGÓLNA

Dostęp do świadczeń zdrowotnych, mierzony czasem oczekiwana[9] na ich udzielenie, nie uległ pogorszeniu w większości analizowanych zakresów świadczeń.

Na koniec 2017 r., w porównaniu do 2016 r., w przypadku 30,5% zakresów świadczeń, czas oczekiwania wydłużył się, zaś w 69,5% skrócił lub pozostawał na niezmienionym poziomie.

Nadal jednak, pomimo zwiększenia nakładów o 5,4 mld zł, nie zapewniono dostępu do części świadczeń, na co miały wpływ czynniki niezależne od Funduszu, w szczególności nierównomierne rozmieszczenie kadry medycznej i placówek medycznych na terenie kraju.

Utrzymywały się również dysproporcje w dostępie do świadczeń pomiędzy poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi NFZ, mierzone zarówno liczbą i wartością udzielonych świadczeń, jak i czasem oczekiwania.

Ustalenia kontroli wskazują na znaczne, sięgające kilkuset punktów procentowych, różnice cen tych samych świadczeń kupowanych przez NFZ od podmiotów leczniczych. W ocenie NIK, różnice regionalne, czy poziomy referencyjne tych podmiotów, nie uzasadniają tak znacznej ich rozpiętości.

Wprowadzenie w IV kwartale 2017 r. tzw. „sieci szpitali" nie miało wpływu na dostęp do świadczeń w tym okresie. W sytuacji gdy szpital nie został zakwalifikowany do sieci, dostęp do świadczeń zapewniono poprzez przedłużenie dotychczasowych umów i przeprowadzenie postępowań konkursowych[10].

Narodowy Fundusz Zdrowia podejmował działania w celu zapewnienia kompleksowej opieki zdrowotnej, w tym kobietom w ciąży (KOC), pacjentom po zawale mięśnia sercowego (KOS – zawał), pacjentom z cukrzycą (KAOS – cukrzyca) oraz pacjentom z ranami przewlekłymi (KLRP-1). W ocenie NIK wprowadzanie tego rodzaju opieki nie było skuteczne, gdyż świadczenia oferowane były tylko na terenie niektórych OW NFZ przez ograniczoną liczbę podmiotów.

W znikomym stopniu pacjenci uzyskiwali dostęp do leczenia w ramach wprowadzonego w połowie roku nowego rozwiązania ustawowego – ratunkowego dostępu do technologii lekowej. W 2017 r. jedynie 12 pacjentom sfinansowano takie leczenie, choć złożono 209 wniosków o wydanie zgody na pokrycie kosztów leku w ramach tej procedury.

Łączne koszty Funduszu wyniosły 79,7 mld zł, tj. 97,9% kwoty planowanej. Nie wykorzystano m.in. 1,3 mld zł na zakup świadczeń zdrowotnych (1,7% planu), tj. kwoty o 42,7% wyższej niż w roku ubiegłym. W 2016 r. niezrealizowane koszty świadczeń wyniosły 0,8 mld zł (1,1% planu).

W okresie objętym kontrolą nie usprawniono funkcjonowania systemów informatycznych Funduszu, ani nie przyjęto wieloletniej strategii w zakresie ich rozwoju. Najwyższa Izba Kontroli już w latach poprzednich zwracała uwagę, iż opóźnienia w tworzeniu potrzebnych Funduszowi rozwiązań informatycznych i brak systemowych działań w tym zakresie negatywnie wpływają na efektywność działań Funduszu.

Niepewność, związana z zapowiadaną likwidacją NFZ, wpłynęła na zwiększoną rotację pracowników Funduszu, co utrudniało realizację zadań OW NFZ.

Kontrola NIK wykazała liczne nieprawidłowości w procesie kontraktowania świadczeń w jednym oddziale wojewódzkim Funduszu, zaś w dwóch prze-

[9] Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania; przypadki stabilne.

[10] Pełna ocena dostępu do świadczeń z uwzględnieniem wprowadzonej „sieci szpitali" będzie możliwa w 2019 r., po upływie pełnego okresu sprawozdawczego (2018 r.).

kroczenie limitu środków przeznaczonych na świadczenia zdrowotne. Nastąpił również wzrost kwoty zapłaconych kar, grzywien i odszkodowań. Ponadto stwierdzono, że w sprawozdaniu z wykonania planu finansowego w 2017 r. niewłaściwie zaprezentowano kwoty świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowach w 2016 roku i latach wcześniejszych, sfinansowanych dotacją z budżetu państwa w wysokości 0,7 mld zł.

3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

Tylko część środków przeznaczono na zakup świadczeń dla pacjentów

W 2017 r. zwiększono wartości umów zawartych ze świadczeniodawcami, w stosunku do 2016 r., o 5,4 mld zł (o 7,6%), ale ponad 20% tej kwoty, tj. 1,1 mld zł, przeznaczono na wzrost kosztów wynagrodzeń personelu medycznego. Łącznie na podwyżki wynagrodzeń personelu medycznego w 2017 r., Fundusz wydatkował 2,6 mld zł[11]. Wprowadzone przez Ministra Zdrowia regulacje prawne nie wiązały tych wypłat z realizacją świadczeń i zwiększeniem ich dostępności. [str. 82]

Podobnie jak w latach 2011–2016, utrzymywały się dysproporcje w dostępie do świadczeń, pomiędzy poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi NFZ, mierzone zarówno ich liczbą i wartością przypadającą na 10 tys. osób uprawnionych, jak i czasem oczekiwania na ich udzielenie. Spowodowane to było w szczególności deficytem lekarzy specjalistów oraz nierównomiernym rozmieszczeniem kadry i placówek medycznych na terenie kraju. [str. 61]

Dostęp do świadczeń –czas oczekiwania

Na koniec 2017 r., w porównaniu do 2016 r., w przypadku 113 (30,5%) zakresów świadczeń, wartość mediany[12] średniego czasu oczekiwania dla przypadków stabilnych wydłużyła się, zaś w 258 (69,5%) skróciła lub pozostawała na niezmienionym poziomie. W poprzednim roku wydłużyła się w 122 (33,5%) przypadkach, a w 242 (66,5%) skróciła lub pozostawała na niezmienionym poziomie[13]. [str. 40]

W przypadku 15 rodzajów komórek organizacyjnych z 20 analizowanych z największą liczbą oczekujących i długim czasem oczekiwania (przypadek stabilny)[14], nastąpił wzrost liczby osób oczekujących na świadczenie (wg stanu na grudzień 2017 r. i 2016 r.), w pięciu nastąpił spadek, natomiast wartość mediany średniego czasu oczekiwania wydłużyła się w przypadku siedmiu komórek, w dwóch pozostała bez zmian, a skróciła się w 11 komórkach organizacyjnych. [str. 40]

Najdłuższe kolejki

Najwyższe wartości mediany średniego czasu oczekiwania w grudniu 2017 r. (przypadek stabilny) odnotowano, w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w poradniach endokrynologicznych osteoporozy 363 dni[15], do świadczeń diagnostyki obrazowej: rezonansu magnetycznego – 171 dni i tomografii komputerowej – 59 dni, w leczeniu szpitalnym w oddziałach leczenia oparzeń – 275[16], w programach lekowych w leczeniu przewlekłego

[11] W 2016 r. wydatkowano 1,5 mld zł.

[12] Mediana – wartość dzieląca wszystkie dane na pół. Poniżej i powyżej mediany znajduje się dokładnie po 50% danych.

[13] Podobnie sytuacja przedstawiała się przy porównaniu wartości mediany średniego czasu oczekiwania dla przypadków pilnych. W grudniu 2017 r., w porównaniu do grudnia 2016 r. wydłużyła się w 51 (13,7%) przypadkach, a w 320 (86,3%) skróciła lub pozostawała na niezmienionym poziomie, natomiast w grudniu 2016 r. w porównaniu do grudnia 2015 r. wydłużyła się w 45 (12,4%) przypadkach, a w 319 (87,6%) przypadkach skróciła lub pozostawała na niezmienionym poziomie.

[14] Po pięć komórek organizacyjnych z rodzajów: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie szpitalne, opieka psychiatryczna i leczenia uzależnień, rehabilitacja lecznicza.

[15] W poradniach: genetycznych dla dzieci – 321 dni, nowotworów krwi – 238 dni, endokrynologicznych – 227 dni, immunologicznych dla dzieci – 157 dni

[16] W oddziałach: chirurgii urazowo-ortopedycznej – 166 dni, chirurgii szczękowo-twarzowej dla dzieci – 163 dni, audiologiczno-foniatrycznych – 161 dni, otorynolaryngologicznych dla dzieci – 160 dni.

wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową – 125 dni, w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień w zespołach leczenia środowiskowego (domowego) dla osób z autyzmem – 809 dni[17], w rehabilitacji leczniczej odnotowano w oddziałach: paraplegii i tetraplegii – 1209 dni[18]. [str. 42–54]

Odrębne listy oczekujących na świadczenia

Wysokie wartości średniego rzeczywistego czasu oczekiwania[19] na koniec 2017 r. (przypadek stabilny) odnotowano m.in. na: zabiegi w zakresie soczewki (zaćma) – 512 dni, endoprotezoplastykę stawu kolanowego – 656 dni i biodrowego – 544 dni, z zakresu endokrynologii – 218 dni, a z zakresu kardiologii – 119 dni. Należy przy tym podkreślić, że zgodnie z danymi OECD za 2016 r., w przypadku endoprotezoplastyki stawu kolanowego, świadczenia te należały do grupy o najdłuższym czasie oczekiwania na ich uzyskanie spośród wszystkich analizowanych państw, a w przypadku zaćmy i endoprotezoplastyki stawu biodrowego czasy oczekiwania w Polsce były najdłuższe[20]. [str. 54–59]

Nierównomierne zapewnienie dostępu do świadczeń w województwach

Pomimo przeprowadzenia przez NFZ postępowań uzupełniających, które miały poprawić dostęp do świadczeń zdrowotnych, cel ten nie został w pełni osiągnięty. Spośród 13 analizowanych zakresów świadczeń w lecznictwie szpitalnym, tylko na terenie trzech OW NFZ (Łódzkiego, Małopolskiego i Wielkopolskiego) zapewniono pacjentom pełny dostęp do świadczeń. W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, spośród 10 analizowanych zakresów, dostęp do wszystkich świadczeń zapewniono jedynie w dwóch OW NFZ (Małopolskim i Śląskim). W odniesieniu do trzech analizowanych zakresów świadczeń rehabilitacyjnych dostęp do wszystkich świadczeń zapewniono w połowie oddziałów wojewódzkich[21]. [str. 73–74]

Podobnie jak w ubiegłych latach nie zabezpieczono pacjentom dostępu do świadczeń w programie profilaktyki chorób odtytoniowych na etapie podstawowym w dwóch OW NFZ (Podlaskim i Pomorskim) oraz na etapie specjalistycznym w dziewięciu oddziałach[22]. [str. 74]

Kompleksowa opieka nad pacjentem

Nie we wszystkich województwach Fundusz wdrożył rozwiązania mające zapewnić kompleksową opiekę nad pacjentem, nie zabezpieczono kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-zawał) w siedmiu województwach[23]; kompleksowej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

[17] W oddziałach odwykowych o wzmocnionym zabezpieczeniu dla dzieci – 68 dni, zakładach/Oddziałach pielęgnacyjno-opiekuńcze psychiatrycznych – 50 dni, poradniach psychogeriatrycznych – 48, a w poradniach dla osób z autyzmem dziecięcym – 34 dni.

[18] W oddziałach rehabilitacyjnych – 464 dni, rehabilitacji narządu ruchu – 392 dni, rehabilitacji neurologicznej – 203 dni oraz rehabilitacji pulmonologicznej – 191 dni.

[19] Średni rzeczywisty czas oczekiwania na świadczenia obliczony na podstawie informacji o wszystkich osobach skreślonych w ostatnich trzech miesiącach z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia, uwzględnia wyłącznie osoby, które na świadczenie oczekiwały, sprawozdanych za pośrednictwem aplikacji AP-KOLCE.

[20] Źródło danych OECD, https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT# dostęp z dnia 21 sierpnia 2018 r.

[21] Lubelskim, Łódzkim, Małopolskim, Mazowieckim, Podkarpackim, Śląskim, Warmińsko-Mazurskim i Wielkopolskim OW NFZ.

[22] Dolnośląskim, Kujawsko-Pomorskim, Lubuskim, Łódzkim, Opolskim, Podkarpackim, Podlaskim, Warmińsko-Mazurskim i Zachodniopomorskim OW NFZ.

[23] Lubuskim, małopolskim, podkarpackim, podlaskim, pomorskim, warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim.

– cukrzyca (KAOS – cukrzyca) w pięciu województwach[24]; kompleksowego leczenia ran przewlekłych (KLRP-1) w 12 województwach[25].

W przypadku koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży (KOC) nie zakontraktowano świadczeń, w ramach pilotażu w dziewięciu województwach[26], udzielanych przez podmioty lecznicze na pierwszym poziome opieki prenatalnej (KOC I) w 10 województwach[27], a w przypadku drugiego lub trzeciego poziomu opieki prenatalnej (KOC II/III) w siedmiu województwach[28]. Łącznie do świadczeniodawców w celu objęcia koordynowaną opieką zgłosiło się 41 032 kobiet w ciąży (z tego 32 284 w 2017 r.), w okresie do 21. tygodnia było ich 1580, a jedynie dziewięć uzyskało świadczenie w pełnym schemacie opieki. [str. 74–78]

Ratunkowy dostęp do technologii lekowej

Wprowadzenie, w połowie 2017 r., nowego rozwiązania ustawowego, tj. „ratunkowego dostępu do technologii lekowej" (RDTL), nie doprowadziło do poprawy dostępu pacjentów do nowoczesnych terapii. Do końca 2017 r. sfinansowano leczenie jedynie 12 pacjentom, a do 10 maja 2018 r. łącznie 38 pacjentom.

W ocenie NIK[29] skuteczność podejmowanych działań terapeutycznych, zależy od szeregu czynników, w tym od dostępu do nowoczesnych technologii. Pacjenci w Polsce nie mogą korzystać z porównywalnego do mieszkańców Europy zachodniej zakresu dostępnych opcji terapeutycznych. W porównaniu do wielu innych krajów UE, występują opóźnienia we wprowadzaniu nowoczesnych technologii w leczeniu chorób, w tym przede wszystkim chorób nowotworowych (czas oczekiwania na ich wdrożenie liczony jest w latach)[30].

Przyczyną niskiej liczby złożonych wniosków przez świadczeniodawców oraz znikomej liczby pacjentów objętych RDTL, był m.in. fakt, że finansowanie ratunkowego dostępu do technologii lekowej odbywa się w ramach rozliczenia realizacji umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych. W przypadku szpitala znajdującego się w PSZ, rozliczenie następuje w ramach ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń i w efekcie zakup przez szpitale leków w ramach omawianej technologii, często bardzo drogich, odbywa się kosztem pozostałych świadczeń. [str. 78]

---

[24] Lubelskim, łódzkim, podkarpackim, wielkopolskim i zachodniopomorskim.

[25] Lubelskim, lubuskim, łódzkim, małopolskim, opolskim, podkarpackim, podlaskim, pomorskim, śląskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim.

[26] Dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, małopolskim, mazowieckim, opolskim, podlaskim, świętokrzyskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim.

[27] Dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, lubelskim, mazowieckim, opolskim, podkarpackim, podlaskim, świętokrzyskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim.

[28] Dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, lubuskim, mazowieckim, podkarpackim, świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim.

[29] Informacja o wynikach kontroli „Dostępność i efekty leczenia nowotworów" KZD.462.001.2017, Nr ewid. 175/2017/megainfo/KZD.

[30] Istotnym problemem, na który zwróciła uwagę NIK, jest również nieprzygotowanie na czas przepisów w zakresie finansowania ze środków publicznych nowoczesnych technologii, rekomendowanych przez Prezesa AOTMiT jako świadczenia gwarantowanego. Opóźnienie we wpisaniu na listę świadczeń gwarantowanych w przypadku świadczeń protonoterapii (lokalizacje inne niż oczy) wyniosło osiem miesięcy, a świadczeń wykorzystujących urządzenia typu „cyberknife" blisko dwa lata, natomiast okres jaki upłynął od wystąpienia Ministra Zdrowia o wydanie opinii do Prezesa AOTM do czasu wejścia w życie przepisów wprowadzających przedmiotowe świadczenia wyniósł odpowiednio rok i ponad cztery lata.

Nieprawidłowo określony priorytet zdrowotny – rehabilitacja pourazowa

Jeden z pięciu przyjętych przez NFZ priorytetów ogólnopolskich na 2017 r. był niemożliwy do realizacji w obowiązującym stanie prawnym[31]. W opinii NIK, przygotowując priorytety ogólnopolskie, Fundusz powinien dochować należytej staranności, gdyż wyznaczają one kierunki działań realizowanych przez NFZ na obszarze całego kraju, istotne z punktu widzenia poprawy sytuacji w ochronie zdrowia. Przyjmowane priorytety powinny być możliwe do realizacji przy istniejących normach prawnych, a także umożliwiać ocenę ich realizacji w oparciu o odpowiednio dobrane mierniki. [str. 18]

Wycena świadczeń

W 2017 r., w poszczególnych województwach i zakresach świadczeń, występowały sięgające kilkuset punktów procentowych różnice w cenach tych samych świadczeń kupowanych przez NFZ od podmiotów leczniczych. Tak znaczne rozpiętości cen były uzasadniane m.in. możliwościami finansowymi poszczególnych oddziałów wojewódzkich Funduszu, oferowaniem przez podmioty lecznicze ceny niższej niż oczekiwana w ogłaszanych przez OW NFZ postępowaniach konkursowych lub wynikami negocjacji. W ocenie NIK, w przypadku znacznego obniżenia ceny w porównaniu do tzw. „ceny oczekiwanej" przez NFZ, zasadne jest sprawdzenie, czy nie dochodzi do obniżenia jakości świadczeń udzielanych pacjentom. [str. 20–31]

Analiza postępowań konkursowych i rokowań

W szczegółowej analizie postępowań w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych przeprowadzonej w trzech kontrolowanych OW NFZ, w przypadku Kujawsko-Pomorskiego OW NFZ stwierdzono nieprawidłowości polegające na: nieodrzuceniu łącznie 16 ofert w pięciu badanych postępowaniach pomimo tego, że zachodziły ustawowe przesłanki takiego działania; nierzetelnej kontroli trzech oferentów w jednym z badanych postępowań, co skutkowało przyjęciem ofert zawierających nieprawdziwe informacje; niewłaściwej kwalifikacji oferentów do negocjacji w jednym z badanych postępowań; a także nieprawidłowym powołaniu komisji konkursowych w pięciu badanych postępowaniach. [str. 33]

Podstawowy system szpitalnego zabezpieczania świadczeń zdrowotnych

Do PSZ zostały zakwalifikowane 592 podmioty lecznicze. W sytuacji, gdy działający na danym terenie podmiot leczniczy nie został zakwalifikowany do PSZ, dostęp do świadczeń w IV kwartale 2017 r. zabezpieczono przedłużając dotychczasowe umowy[32] i przeprowadzając postępowania konkursowe[33].

Łączna wartość świadczeń (liczba punktów) sprawozdanych w IV kwartale 2017 r. przez szpitale włączone do sieci wzrosła, w stosunku do IV kwartału 2016 r., o 11% i wyniosła 9439 mln zł, w tym 5581 mln zł w ramach ryczałtów. W strukturze zrealizowanych w IV kwartale 2017 r. jednostek rozliczeniowych, udzielonych w ramach PSZ, w porównaniu do struktury

[31] Zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych poprzez umożliwienie wydzielania środków finansowych na rehabilitację pourazową.

[32] W IV kwartale 2017 r., dyrektorzy OW NFZ w trybie aneksowania przedłużyli 1076 umów zawartych ze świadczeniodawcami, którzy nie weszli do PSZ lub których poszczególne komórki organizacyjne nie weszły do PSZ.

[33] W 2017 r. OW NFZ przeprowadziły m.in. 160 rokowań na podstawie art. 144 pkt 2 i pkt 3 ustawy o świadczeniach. Najwięcej tego typu postępowań przeprowadzono w Małopolskim, Opolskim, Podkarpackim i Podlaskim OW. Konieczność ogłoszenia postępowań w trybie rokowań umotywowano wdrażaniem zmiany organizacji udzielania świadczeń związanej z wprowadzeniem PSZ .

wartości analogicznych świadczeń opieki zdrowotnej w IV kwartale 2016 r. nastąpił wzrost udziału leczenia szpitalnego o 0,36 punktu procentowego oraz spadek udziału pozostałych rodzajów świadczeń[34]. [str. 33]

Wzrost przychodów i kosztów oblisko 8%

W 2017 r. zrealizowano przychody ogółem w wysokości 79 599,57 mln zł, tj. o 7,79% wyższe niż w 2016 r., a koszty ogółem w wysokości 79 655,72 mln zł, tj. o 7,69% wyższe niż roku poprzednim. [str. 93–95]

Niepełne wykonanie kosztów świadczeń

Poniesione przez NFZ w 2017 r. koszty świadczeń zdrowotnych wyniosły 76 347,70 mln zł i były wyższe o 7,59%, niż w 2016 r. (70 962,83 mln zł). Kwota niezrealizowanych kosztów w wysokości 1311,76 mln zł (1,69 % planu) była wyższa o 42,7% niż w roku ubiegłym[35]. [str. 95–96]

Przekroczenia planu finansowego

W 2017 r. przekroczono limit kosztów ustalony w planie finansowym w pozycji refundacja w planach: w Kujawsko-Pomorskim OW NFZ o kwotę 0,28 mln zł (0,06%) oraz w Warmińsko-Mazurskim OW NFZ o kwotę 0,46 mln zł (0,16%). [str. 96–97]

Dotacja z MZ na nadwykonania

W grudniu 2017 r. Fundusz otrzymał dotację w kwocie 1000 mln zł na finansowanie świadczeń gwarantowanych, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych, udzielonych ponad kwoty zobowiązań wynikających z zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Łącznie wykorzystano środki w wysokości 995,78 mln zł. [str. 99–100]

Nieprawidłowe wykazanie wykorzystania dotacji

W sprawozdaniu z wykonania planu finansowego za 2017 r. kwota dotacji wykorzystanej na sfinansowanie świadczeń wykonanych w latach 2006–2016 nie została wykazana jako wydatkowana na świadczenia wykonane w latach ubiegłych. Taki sposób prezentacji danych może sugerować, że na świadczenia wykonane w roku 2017 została wydatkowana kwota wyższa o 660,79 mln zł niż w rzeczywistości[36]. [str. 100–101]

Zapłata za nadwykonania ze środków NFZ

Wartość zawartych ugód pozasądowych, dotyczących zapłaty za świadczenia ponadumowne w ramach planu finansowego na 2017 r., ze środków własnych NFZ, wyniosła 1232,71 mln zł, w tym zawartych po okresie obowiązywania umowy (wygasłych) 648,52 mln zł. Wartość świadczeń ratujących zdrowie lub życie udzielonych w trybie nagłym, objęta ugodami pozasądowymi zawartymi ze świadczeniodawcami w ramach planu finansowego na 2017 r., wyniosła 159,91 mln zł. [str. 98]

Do chwili obecnej nie został systemowo uregulowany problem rozliczania świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowach ze świadczeniodawcami, innych niż ratujące życie, pomimo, że NFZ w 2009 r. realizując wniosek pokontrolny NIK[37], zwrócił się do Ministra Zdrowia o podjęcie działań na rzecz nowelizacji ustawy o świadczeniach, w celu wprowadzenia regulacji szczególnej. [str. 98–99]

[34] Spadek o 0,14 punktu procentowego udziału ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, o 0,19 punktu procentowego udziału rehabilitacji leczniczej i o 0,03 punktu procentowego udziału świadczenia odrębnie kontraktowane.

[35] W 2016 r. niezrealizowane koszty świadczeń stanowiły 1,05% planu i wyniosły 751,31 mln zł.

[36] Zarówno w opisie poszczególnych pozycji, w których zostały ujęte środki z dotacji (m.in. leczenie szpitalne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna) jak i w dołączonym do sprawozdania dodatkowym opisie o wykorzystaniu środków z dotacji z budżetu państwa, również nie wskazano informacji ujęciu w poszczególnych pozycjach planu środków z lat ubiegłych.

[37] Informacja o wynikach kontroli „Wykonanie planu finansowego NFZ w 2008 r.".

Nieprawidłowości w informacji dodatkowej do rachunku zysków i strat

W 2017 r. w informacji dodatkowej do rachunku zysków i strat w pozycji: „koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielone w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej" nie wykazano faktycznie poniesionych kosztów z tego tytułu w wysokości 36,2 mln zł. Zostały one ujęte w pozycji „inne koszty związane ze świadczeniami zdrowotnymi". [str. 81]

Wzrost zapłaconych kar, grzywien i odszkodowań

Kwota kosztów z tytułu zapłaconych kar, grzywien i odszkodowań w 2017 r. wyniosła 2,98 mln zł[38]. Główną pozycję stanowiły koszty odszkodowania na rzecz jednego świadczeniodawcy wypłacone przez Śląski OW NFZ w kwocie 2,9 mln zł. W poprzednich latach NIK wnosiła o podjęcie skutecznych działań w celu ograniczenia kosztów z tego tytułu. Działania Prezesa NFZ w tym zakresie okazały się nieskuteczne.

W ocenie NIK zapłata odszkodowania na rzecz świadczeniodawcy w tak wysokiej kwocie, w związku popełnionymi przez NFZ błędami przy postępowaniach konkursowych, może zachęcić innych świadczeniodawców do występowania z roszczeniami w analogicznych przypadkach i rodzić skutki finansowe dla Funduszu, w szczególności w związku ze zwiększeniem liczby prowadzonych postępowań konkursowych o zawarcie umowy na udzielanie świadczeń w porównaniu do ostatnich lat, gdzie umowy były w dużej mierze aneksowane. [str. 102–103]

Niekorzystna struktura kosztów świadczeń

W 2017 r., podobnie jak w latach 2010–2016, utrzymywała się niekorzystna struktura kosztów świadczeń zdrowotnych, finansowanych ze środków NFZ, z ponad 50% udziałem kosztów leczenia szpitalnego. NIK ocenia, że tak wysoki udział kosztów leczenia szpitalnego, w kosztach świadczeń ogółem, może świadczyć o niedostatecznej roli podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz nadmiernym diagnozowaniu i leczeniu pacjentów w trybie hospitalizacji.

W celu ograniczenia kosztów systemu ochrony zdrowia, zasadne jest kontynuowanie w Funduszu działań w celu zwiększenia roli i znaczenia lecznictwa otwartego w procesie leczniczym. [str. 37–39]

Nieprawidłowości w systemie refundacji wyrobów medycznych

W 2017 r. NIK, w związku z nieprawidłowościami w systemie refundacji wyrobów medycznych, wnioskowała do Ministra Zdrowia o zmianę zasad refundacji wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie osoby uprawnionej, przez nowelizację ustawy o refundacyjnej, a do czasu wprowadzenia regulacji ustawowych poprzez zmianę aktów prawnych, do których Minister Zdrowia posiada upoważnienie ustawowe, w celu eliminacji lub ograniczenia występowania negatywnych zjawisk w tym obszarze[39].

W badanym okresie NFZ nadal nie dysponował narzędziami do negocjacji wysokości cen wyrobów medycznych, w które zaopatrywany jest pacjent, a umowy zawierane były ze wszystkimi świadczeniodawcami spełniającymi warunki do ich zawarcia. Powyższe skutkowało refundacją kosztów zakupu wyrobów medycznych (tego samego producenta, o tych samych parametrach i właściwościach) po zróżnicowanych cenach. [str. 80–81]

[38] W 2016 r. wyniosły 0,12 mln zł, 2015 r. – 0,04 mln zł, 2014 r. – 0,05 mln zł, 2013 r. – 0,24 mln zł.

[39] Kontrola „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2016 r. (P/17/056)".

SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

Nadal brakuje spójnej koncepcji informatyzacji

Podobnie jak w latach poprzednich, w okresie objętym kontrolą, nie dokonano systemowych zmian obejmujących usprawnienie funkcjonowania systemów informatycznych oraz nie przyjęto wieloletniej strategii w zakresie ich rozwoju, czego główną przyczyną były działania Ministra Zdrowia związane z zapowiadaną likwidacją NFZ i planowaną reformą systemu ochrony zdrowia. Pod koniec 2017 r. Minister Zdrowia podjął decyzje o budowie przez NFZ nowego systemu informacyjnego płatnika SINP z wykorzystaniem środków Funduszu.

W ocenie NIK zmiana finansowania budowy ww. systemu ze środków unijnych (jak pierwotnie planowano) na środki własne Funduszu, może wpłynąć na znaczący wzrost kosztów jego funkcjonowania w przyszłości.

[str. 85–92]

4. WNIOSKI

Ustalenia kontroli wskazują na systemowe nieprawidłowości w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia. W szczególności wielkość zasobów systemu i ich rozmieszczenie nie odpowiada potrzebom zdrowotnym ludności. W konsekwencji, od wielu lat, występują ograniczenia w dostępie do części świadczeń zdrowotnych, w niektórych regionach kraju, co skutkuje migracją pacjentów.

Utrudnieniem dostępu do świadczeń jest również przeznaczanie coraz większych kwot ze środków NFZ nie na zakup świadczeń dla pacjentów, lecz na wynagrodzenia personelu medycznego. W połączeniu ze zwiększonym zapotrzebowaniem na usługi medyczne, wynikającym ze zmian demograficznych oraz presją na poprawę jakości, w tym wprowadzanie kosztownych nowych technologii, skutkować to może dalszym pogarszaniem dostępu do świadczeń.

Minister Zdrowia

Mając na uwadze wyżej wskazane zjawiska, w ocenie Najwyższej Izby Kontroli, zasadne jest podjęcie przez Ministra Zdrowia działań zmierzających do zmian struktury udzielanych świadczeń, w szczególności ograniczenia kosztów lecznictwa zamkniętego na rzecz profilaktyki i lecznictwa otwartego. Dodatkowo zasadnym jest wdrożenie spójnego systemu informacyjnego pozwalającego na ocenę efektywności wydatkowanych środków. Powstanie spójnego systemu informacyjnego w ochronie zdrowia utrudniają częste zmiany przez Ministra Zdrowia koncepcji informatyzacji w tym obszarze. Fundusz, będący głównym podmiotem kontraktującym świadczenia w obszarze ochrony zdrowia, powinien działać na podstawie wieloletniej strategii w zakresie kierunków rozwoju IT, wykorzystując nowoczesne rozwiązania informatyczne, usprawniające rozliczanie świadczeń, a przede wszystkim ułatwiające pacjentom korzystanie ze świadczeń zdrowotnych w systemie publicznym.

Najwyższa Izba Kontroli wnosi o systemowe uregulowanie problemu rozliczania świadczeń, innych niż ratujące życie, wykonanych ponad limit określony w umowach zawieranych przez NFZ ze świadczeniodawcami. Fundusz już w 2009 r., realizując wniosek pokontrolny NIK[40], zwracał się do Ministra Zdrowia o podjęcie działań na rzecz nowelizacji ustawy o świadczeniach, w celu wprowadzenia regulacji szczególnej. Do chwili obecnej problem ten nie doczekał się rozwiązania i każdorazowa wypłata środków oraz zasady ich podziału zależą od decyzji kierownictwa Funduszu.

Ponadto Najwyższa Izba Kontroli wnosi o dokonanie zmian, o które wnoszono po kontroli „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2016 r. (P/17/056)", tj. o zmianę zasad finansowania wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie osoby uprawnionej, przez nowelizację ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, a do czasu wprowadzenia regulacji ustawowych poprzez zmianę aktów prawnych, do których Minister Zdrowia posiada upoważnienie ustawowe, w celu eliminacji lub ograniczenia występowania negatywnych zjawisk w tym obszarze.

[40] Sformułowany po przeprowadzonej kontroli pn. „Wykonanie planu finansowego NFZ w 2008 r.".

WNIOSKI

Najwyższa Izba Kontroli zwraca się do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o:

1. opracowanie i wdrożenie efektywnych mechanizmów pozwalających na:
   - pełne wykorzystanie środków przewidzianych w planie finansowym na pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych dla pacjentów,
   - ograniczenie kosztów ponoszonych przez NFZ z tytułu kar, grzywien i odszkodowań;
2. kontynuowanie działań w celu zwiększenia roli i znaczenia lecznictwa otwartego w procesie leczniczym, zmniejszenia dysproporcji między województwami w liczbie, wartości udzielonych świadczeń oraz w cenach świadczeń;
3. określanie możliwych do realizacji priorytetów ogólnopolskich wraz z ustalonymi policzalnymi miernikami, wyznaczających kierunki działań realizowanych przez NFZ na obszarze całego kraju, istotnych z punktu widzenia poprawy sytuacji w ochronie zdrowia;
4. rzetelne sporządzanie sprawozdań, odzwierciedlające faktyczne realizowane zadania.

5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

5.1. Planowanie oraz realizacja planu zakupu świadczeń

5.1.1. Zasady planowania zakupu świadczeń

Plan zakupu świadczeń

Plan kosztów świadczeń opieki zdrowotnej sporządzono uwzględniając m.in. zachowanie dotychczasowej struktury rodzajowej świadczeń; skutki projektowanych zmian wprowadzających opiekę koordynowaną, a także skutki opublikowanych przez Prezesa AOTMiT obwieszczeń w sprawie taryfy świadczeń gwarantowanych w niektórych rodzajach świadczeń.

Ogólnopolskie priorytety zdrowotne

Na rok 2017 i lata kolejne zaplanowano realizację pięciu nowych priorytetów ogólnopolskich, określonych przez Prezesa NFZ. Obejmowały one m.in.:

- wyrównywanie dostępności do stomatologii dziecięcej w skali województwa oraz kraju (okres realizacji: lata 2017–2018). Z analizy raportów przesłanych przez OW NFZ wynika, że siedem z nich priorytet zrealizowało, a pozostałe dziewięć nadal go realizuje;
- zwiększenie liczby porad w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej udzielanych na rzecz pacjentów pierwszorazowych (okres realizacji: 2017 r.). Priorytet został zrealizowany przez sześć OW NFZ, osiem nadal go realizuje, a dwa Oddziały wskazały niezrealizowanie priorytetu;
- deinstytucjonalizację opieki długoterminowej poprzez zwiększenie dostępności do świadczeń realizowanych w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej (działanie długofalowe). Cel ten został zrealizowany przez pięć Oddziałów, dziesięć nadal go realizuje, a jeden wskazał go jako niezrealizowany;
- zwiększenie dostępności do świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego oraz kolanowego (okres realizacji: lata 2017–2018). Większość OW NFZ zadeklarowała rozpoczęcie oraz dalszą realizację priorytetu, a cztery uznały, że priorytet wykonały. We wszystkich OW nastąpił wzrost nakładów finansowych na świadczenia, jednak, pomimo tych działań w wielu Oddziałach nie zanotowano skrócenia czasu oczekiwania na świadczenia i zmniejszenia liczby osób oczekujących;
- zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych poprzez umożliwienie wydzielania środków finansowych na rehabilitację pourazową (od lipca 2017 r.).

Nieprawidłowo określony priorytet zdrowotny – rehabilitacja pourazowa

Z uwagi na brak dedykowanego zakresu świadczeń dla rehabilitacji pourazowej w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej[41] i związany z tym brak możliwości wydzielenia środków finansowych na te świadczenia, priorytet nie był możliwy do zrealizowania[42].

[41] Dz. U. z 2018 r. poz. 465.

[42] Część OW sprawozdała, iż rozpoczęła jego realizację poprzez zwiększenie liczby świadczeń udzielanych w trybie ambulatoryjnym, dziennym i stacjonarnym w rodzaju rehabilitacja lecznicza. Zarządzeniem Prezesa NFZ nr 130/2016/DSOZ z dnia 30 grudnia 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką (Dz. Urz. NFZ poz. 130), utworzona została grupa/ produkt rozliczeniowy „Rehabilitacja ogólnoustrojowa pourazowa ciężka w szpitalu", pozwalająca na rozliczanie dedykowanym produktem świadczeń

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W ocenie NIK nie powinno się przyjmować priorytetów niewykonalnych w obowiązującym stanie prawnym. Priorytety ogólnopolskie powinny wyznaczać kierunki działań realizowanych przez NFZ na obszarze całego kraju, istotne z punktu widzenia poprawy sytuacji w ochronie zdrowia, możliwe do realizacji z uwagi na istniejący normy prawne, a także dające możliwość oceny ich realizacji w oparciu o odpowiednio dobrane mierniki.

Zmiana wyceny świadczeń

W badanym okresie, zgodnie z obwieszczeniami Prezesa AOTMiT w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych zmieniono wycenę m.in.: świadczeń tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego, świadczeń z hemodializoterapii – z zapewnieniem 24-godzinnego dyżuru oraz dializoterapii otrzewnowej, niektórych świadczeń z zakresu kardiologii, hematologii, onkologii i hematologii dziecięcej oraz w zakresie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, a także w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej

Ponadto w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, leczeniu szpitalnym, świadczeniach wysokospecjalistycznych, opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień, świadczeniach zdrowotnych odrębnie kontraktowanych, leczeniu szpitalnym – świadczeniach kompleksowych, skorygowano wycenę punktową świadczeń (zwiększono cenę jednostek rozliczeniowych od 1 lipca 2017 r. o 2%, a następnie od 1 października 2017 r. o 4%).

Współczynniki korygujące

Wprowadzono również współczynniki korygujące dla grupy podmiotów leczniczych udostępniających uczelni medycznej jednostki organizacyjne do prowadzenia kształcenia przeddyplomowego w zawodach medycznych, grupy świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresie ortopedia i traumatologia narządu ruchu, wybranych świadczeń, w sytuacji wykonania jednoczasowo zabiegów operacyjnych na narządach parzystych, dla grupy świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresie chirurgii naczyniowej – drugi poziom referencyjny, dla świadczeń związanych z pomostowaniem naczyń wieńcowych wykonywanych przez świadczeniodawców posiadających w strukturze organizacyjnej oddział kardiochirurgiczny, przy rozliczaniu świadczeń z zakresu operacji wad serca i aorty piersiowej, w leczeniu stomatologicznym dla wybranych świadczeń udzielanych dzieciom do 18. r.ż., a także kobietom w ciąży oraz w okresie połogu, świadczeń profilaktycznych, wybranych świadczeń udzielanych przez lekarza specjalistę w dziedzinie periodontologii lub lekarza dentystę będącego w trakcie specjalizacji z zakresu periodontologii.

W celu wprowadzenia porównywalności wartości jednostek rozliczeniowych (punktów) stosowanych w umowach o udzielanie świadczeń w różnych rodzajach, która jest niezbędna w przypadku objęcia ich finansowaniem ryczałtowym PSZ, przeszacowano wartość punktu i skorygowano wszystkie wyceny punktowe oraz ceny jednostek rozliczeniowych w obo-

udzielonych pacjentów po najcięższych urazach, z wyższą wyceną niż pozostała rehabilitacja ogólnoustrojowa (od dnia 23 czerwca 2018 r. obowiązuje zarządzenie Prezesa NFZ nr 42/2018/DSOZ z dnia 23 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką).

wiązujących umowach. Wyceny świadczeń w ramach PSZ były w 2017 r. modyfikowane[43].

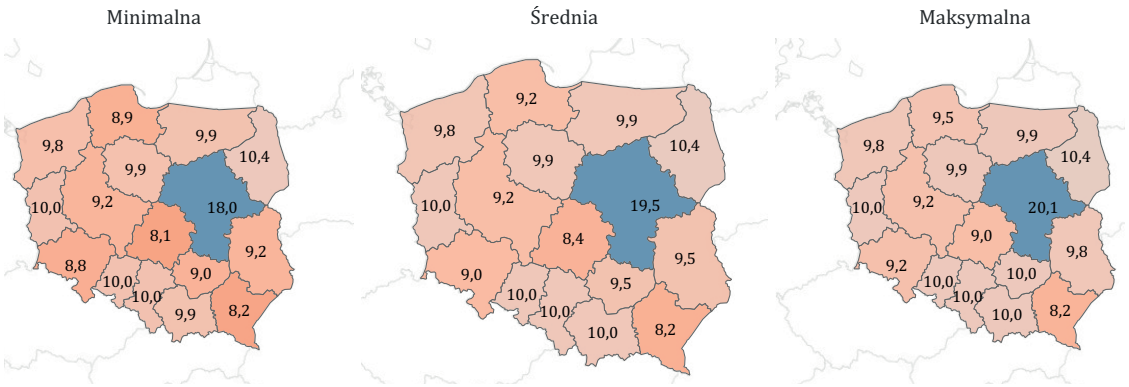
Dysproporcje w cenach świadczeń między województwami

W 2017 r. w poszczególnych zakresach świadczeń występowała duża rozpiętość cen (cenie za punkt rozliczeniowy) za te same świadczenia pomiędzy województwami. Przykładowo:

- w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej
  - świadczenia w zakresie genetyki oraz genetyki – świadczenia pierwszorazowe, cena minimalna w województwie łódzkim wyniosła 8,1 zł, a maksymalna w województwie mazowieckim w zakresie genetyki wyniosła 20,14 zł oraz genetyki – świadczenia pierwszorazowe 20,31 zł;
  - świadczenia w zakresie chorób zakaźnych, cena minimalna w województwie świętokrzyskim wyniosła 6,52 zł, a maksymalna w województwie mazowieckim wyniosła 18 zł;
  - świadczenia w zakresie otolaryngologii, cena minimalna w województwie świętokrzyskim wyniosła 4,56 zł, a maksymalna w województwie mazowieckim wyniosła 10 zł;
  - świadczenia w zakresie okulistyki, cena minimalna w województwie świętokrzyskim wyniosła 6,08 zł, a maksymalna w województwie mazowieckim wyniosła 10,5 zł;
  - świadczenia w zakresie endokrynologii, cena minimalna w województwie małopolskim wyniosła 6,89 zł, a maksymalna w województwie mazowieckim wyniosła 11,01 zł;
  - w zakresie kompleksowej ambulatoryjnej opiece specjalistycznej nad pacjentem zakażonym HIV, leczonym lekami antyretrowirusowymi (ARV), cena minimalna w województwie dolnośląskim wyniosła 266,58 zł, a maksymalna w województwie śląskim 401,89 zł.

Infografika nr 2
Ceny minimalne, średnie i maksymalne w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w 2017 r.

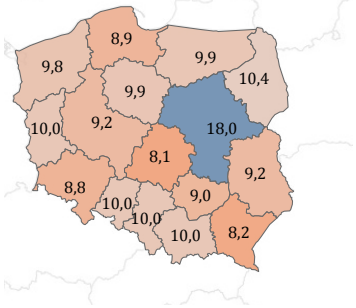
Świadczenia w zakresie genetyki



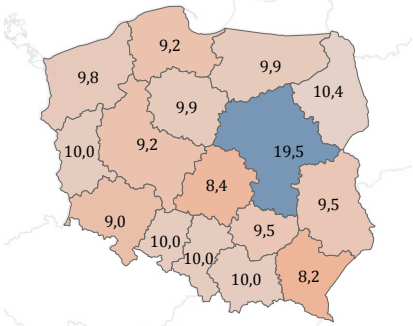
[43] M.in. w zakresie: wprowadzenia współczynnika korygującego dla świadczeniodawców zakwalifikowanych do poziomu ogólnopolskiego albo onkologicznego lub pulmonologicznego (hospitalizacje do chemioterapii i radioterapii); wprowadzenia możliwości stosowania ww. współczynnika korygującego przez świadczeniodawców zakwalifikowanych do III poziomu zabezpieczenia, spełniających określone warunki w zakresie liczby i struktury udzielanych świadczeń. (Zarządzenia Prezesa NFZ: Nr 78/2017/DSOZ z dnia 30 sierpnia 2017 r., Nr 81/2017/DSOZ z dnia 8 września 2017 r., Nr 117/2017/DSOZ z dnia 30 listopada 2017 r., Nr 97/2017/DSOZ z dnia 28 września 2017 r., Nr 109/2017/DSOZ z dnia 27 października 2017 r., Nr 117/2017/DSOZ z dnia 30 listopada 2017 r.)

Świadczenia w zakresie genetyki – świadczenia pierwszorazowe

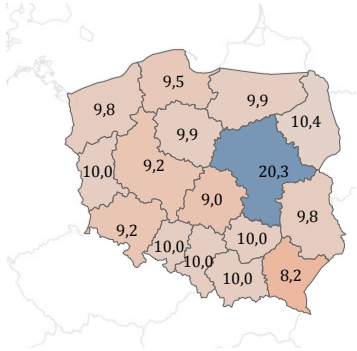
Minimalna



Średnia

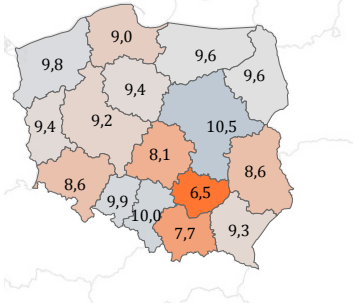


Maksymalna

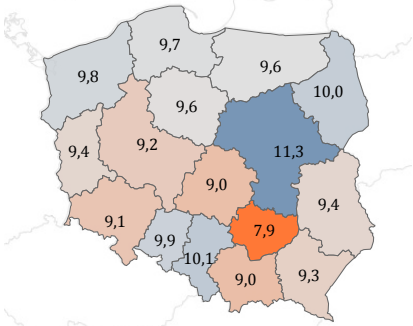


Świadczenia w zakresie chorób zakaźnych

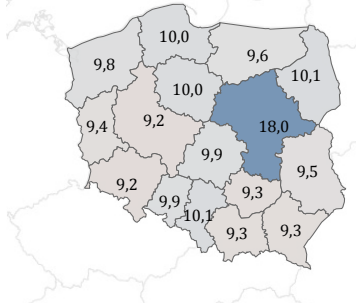
Minimalna



Średnia

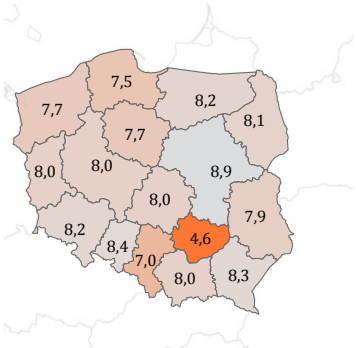


Maksymalna

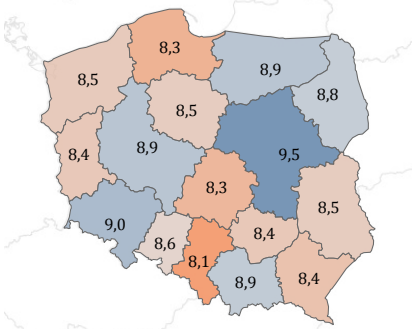


Świadczenia w zakresie otolaryngologii

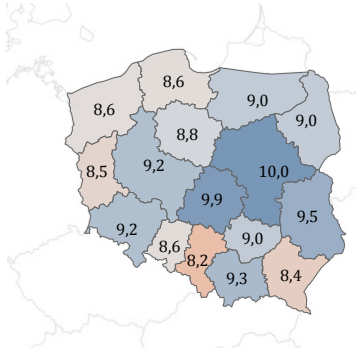
Minimalna



Średnia

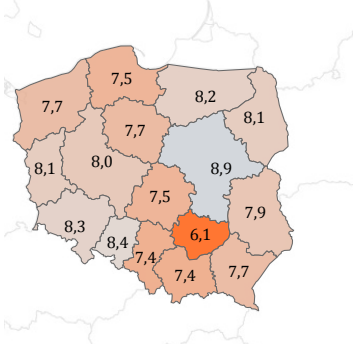


Maksymalna

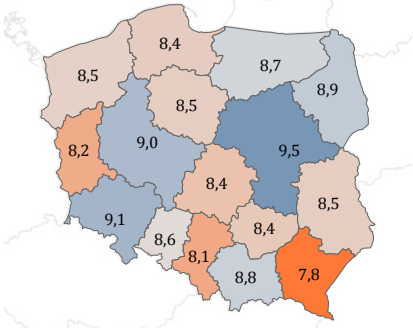


Świadczenia w zakresie okulistyki

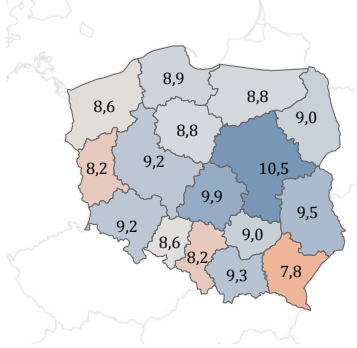
Minimalna



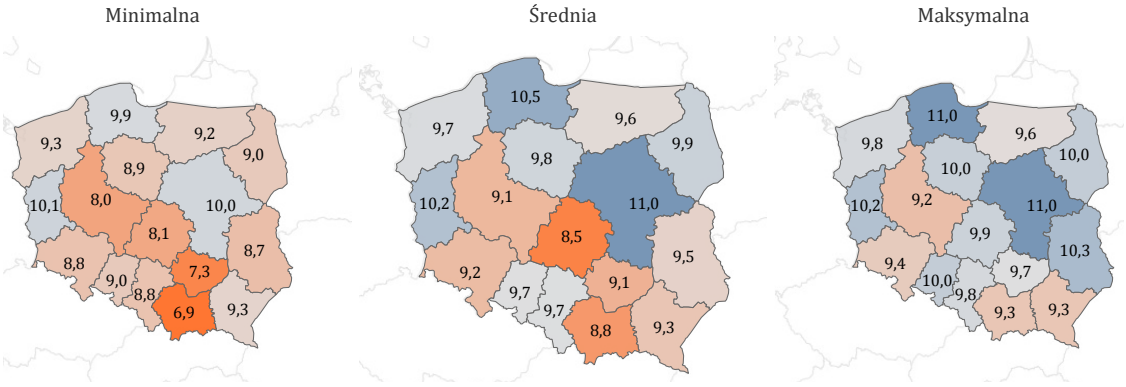
Średnia



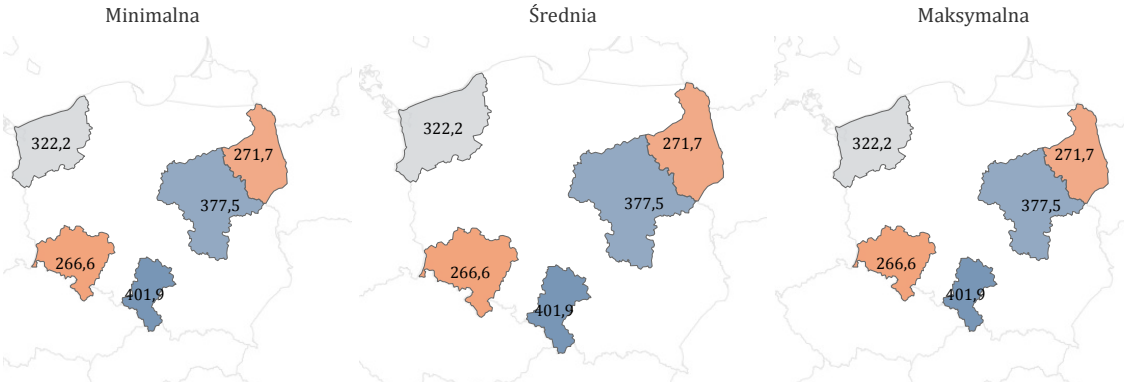
Maksymalna



Świadczenia w zakresie endokrynologii



Kompleksowa ambulatoryjna opieka specjalistyczna nad pacjentem zakażonym HIV, leczonym lekami antyretrowirusowymi (ARV)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

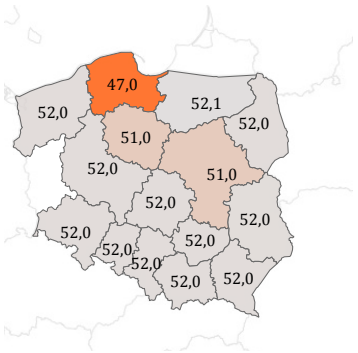
- w leczeniu szpitalnym
  - w zakresie programu lekowego – leczenie stwardnienia rozsianego po niepowodzeniu terapii lekami pierwszego rzutu lub szybko rozwijającej się ciężkiej postaci stwardnienia rozsianego, cena minimalna w województwie pomorskim wyniosła 47 zł, a maksymalna w województwie mazowieckim wyniosła 67,98 zł;
  - w zakresie neonatologii (hospitalizacja), cena minimalna w województwie małopolskim wyniosła 47 zł, a maksymalna w województwie mazowieckim wyniosła 59 zł;
  - świadczenia w zakresie okulistyka – hospitalizacja, cena minimalna w województwie małopolskim wyniosła 36,97 zł, a maksymalna w województwie zachodniopomorskim wyniosła 52,06 zł;
  - świadczenia w zakresie okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19, cena minimalna w województwie świętokrzyskim wyniosła 42,12 zł, a maksymalna w województwie kujawsko-pomorskim wyniosła 52,02 zł;
  - świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu – hospitalizacja cena minimalna w województwie świętokrzyskim wyniosła 41,94 zł, a maksymalna w województwie mazowieckim i zachodniopomorskim wyniosła 52,04 zł;
  - świadczenia w zakresie kardiologia – hospitalizacja cena minimalna w województwie świętokrzyskim wyniosła 43,11 zł, a maksymalna w województwie warmińsko-mazurskim wyniosła 52,03 zł.

Infografika nr 3

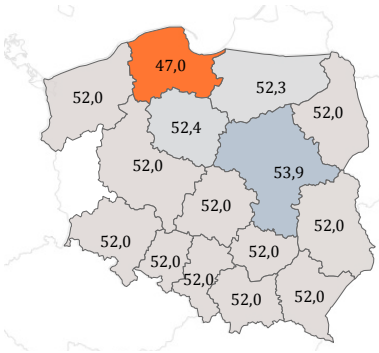
Ceny minimalne, średnie i maksymalne w leczeniu szpitalnym w 2017 r.

Program lekowy – leczenie stwardnienia rozsianego po niepowodzeniu terapii lekami pierwszego rzutu lub szybko rozwijającej się ciężkiej postaci stwardnienia rozsianego

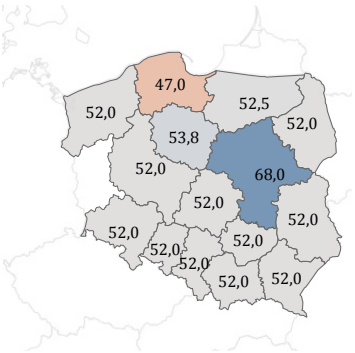
Minimalna



Średnia

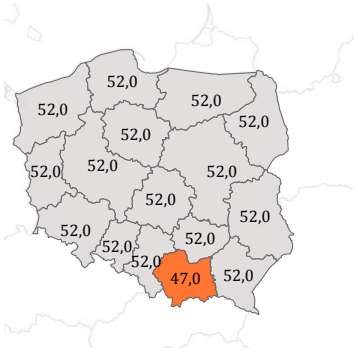


Maksymalna

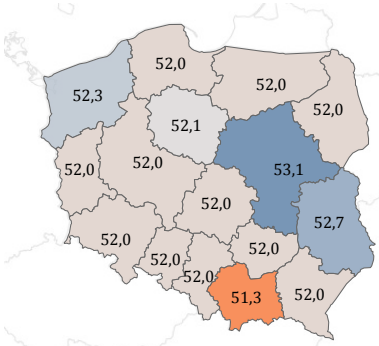


Neonatologii (hospitalizacja)

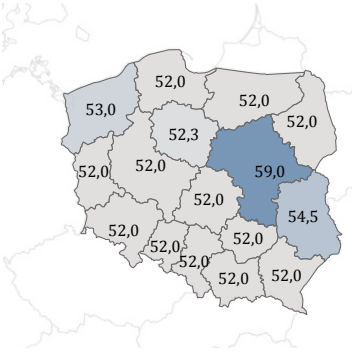
Minimalna



Średnia

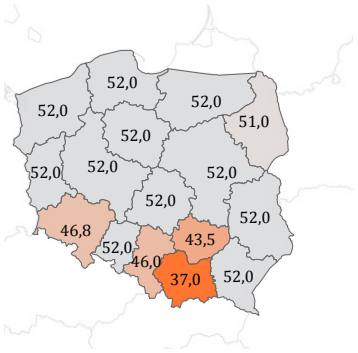


Maksymalna

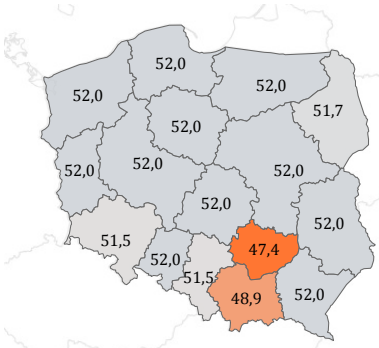


Okulistyka – hospitalizacja

Minimalna



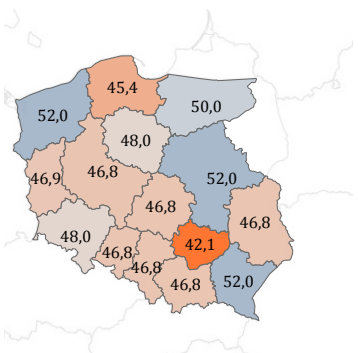
Średnia



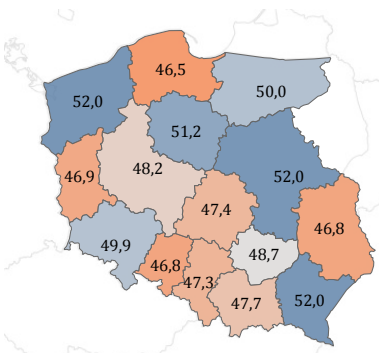
Maksymalna

Okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B18, B19

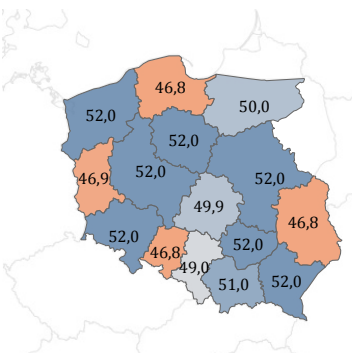
Minimalna



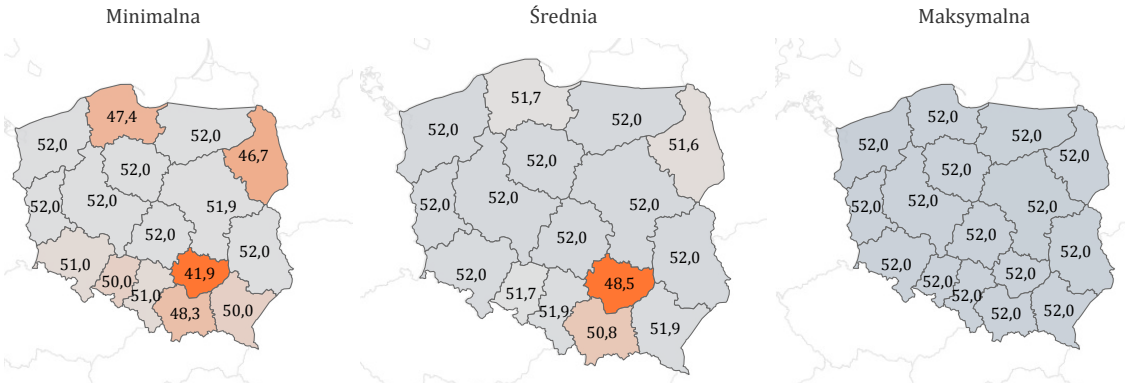
Średnia



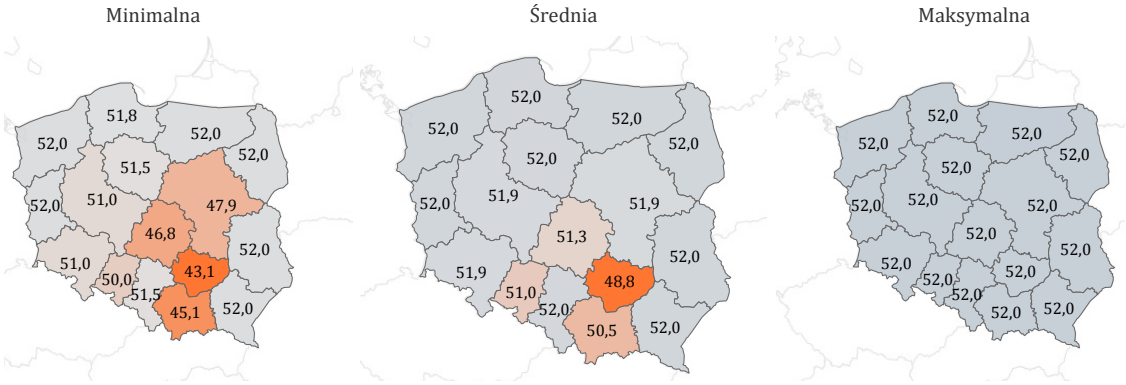
Maksymalna



Ortopedia i traumatologii narządu ruchu – hospitalizacja



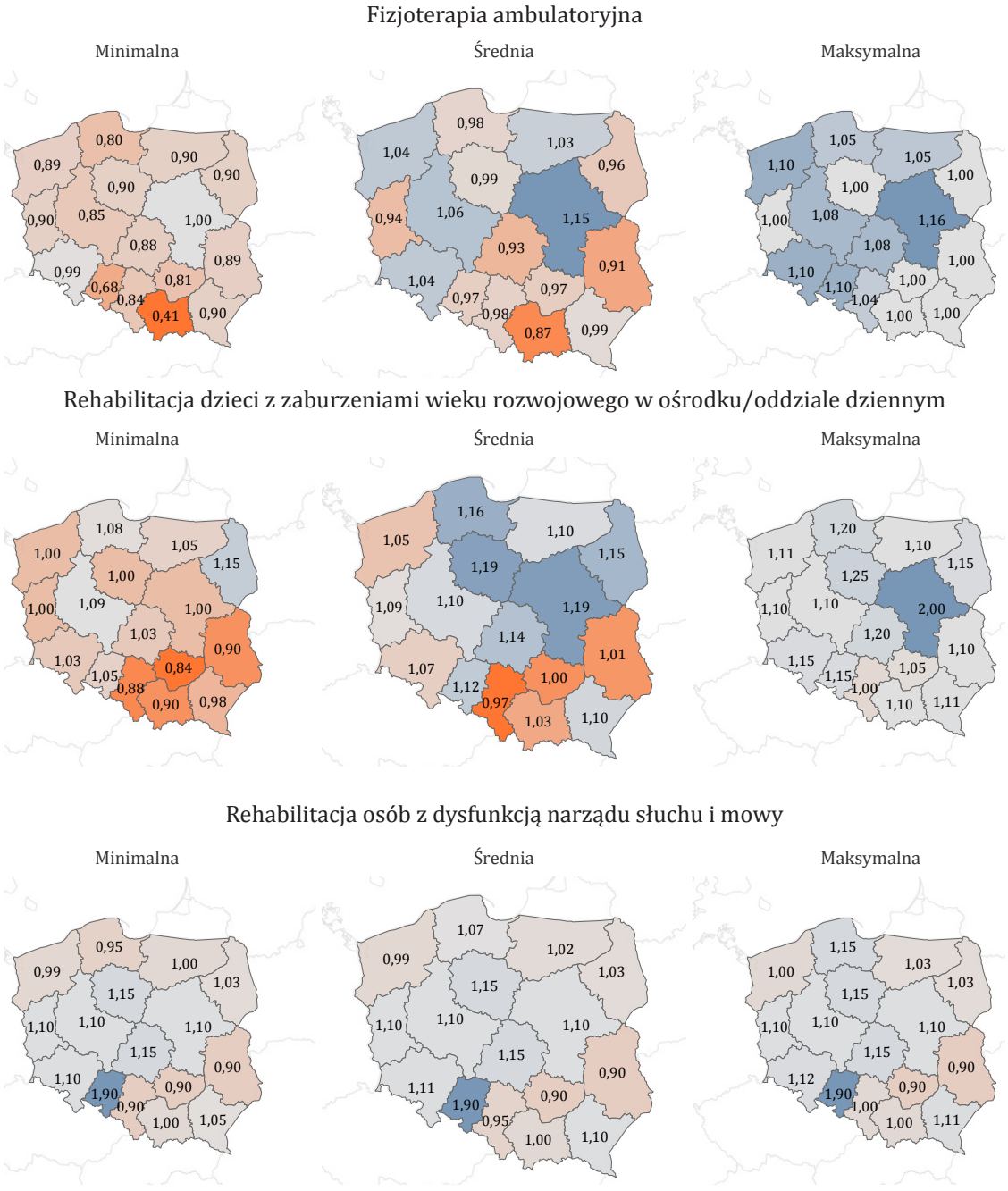
Kardiologia – hospitalizacja



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

- rehabilitacji leczniczej
  - w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, cena minimalna w województwie małopolskim wyniosła 0,41 zł, a maksymalna w województwie mazowieckim wyniosła 1,16 zł;
  - w zakresie rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym, cena minimalna w województwie świętokrzyskim wyniosła 0,84 zł, a maksymalna w województwie mazowieckim wyniosła 2 zł;
  - w zakresie rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy, cena minimalna w województwie lubelskim, śląskim i świętokrzyskim wyniosła 0,9 zł, a maksymalna w województwie opolskim wyniosła 1,9 zł.

Infografika nr 4
Ceny minimalne, średnie i maksymalne w rehabilitacji leczniczej w 2017 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

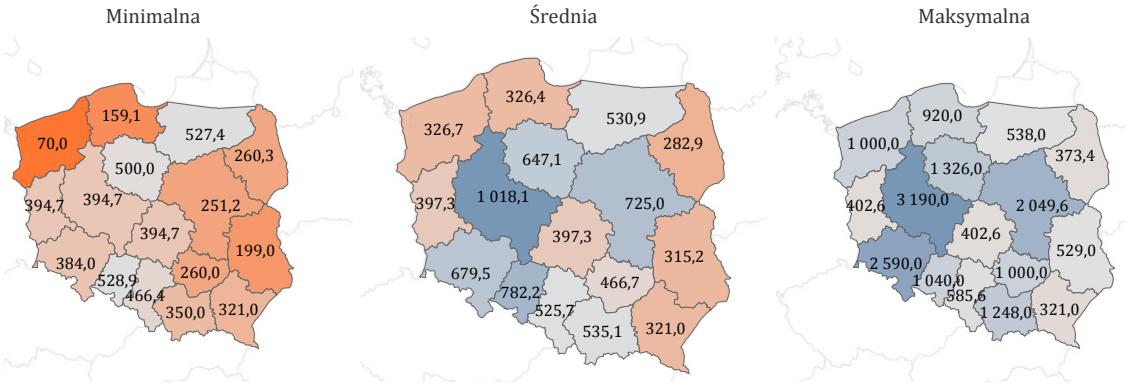
- opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień
  - świadczenia w izbie przyjęć szpitala (ryczałt dobowy), cena minimalna w województwie zachodniopomorskim wyniosła 70 zł, a maksymalna w województwie wielkopolskim wyniosła 3190 zł;
  - świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży, cena minimalna w województwie pomorskim wyniosła 7,56 zł, a maksymalna w województwie lubuskim wyniosła 12,5 zł;

- świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych, cena minimalna w województwie lubuskim wyniosła 6,75 zł, a maksymalna w województwie mazowieckim wyniosła 11,5 zł;
- świadczenia dzienne leczenia zaburzeń nerwicowych cena minimalna w województwie podlaskim wyniosła 6,96 zł, a maksymalna w województwie mazowieckim wyniosła 11,49 zł;
- świadczenia dla osób z zaburzeniami psychicznymi w hostelu, cena minimalna w województwie dolnośląskim i lubelskim wyniosła 8 zł, a maksymalna w województwie mazowieckim wyniosła 18,7 zł.

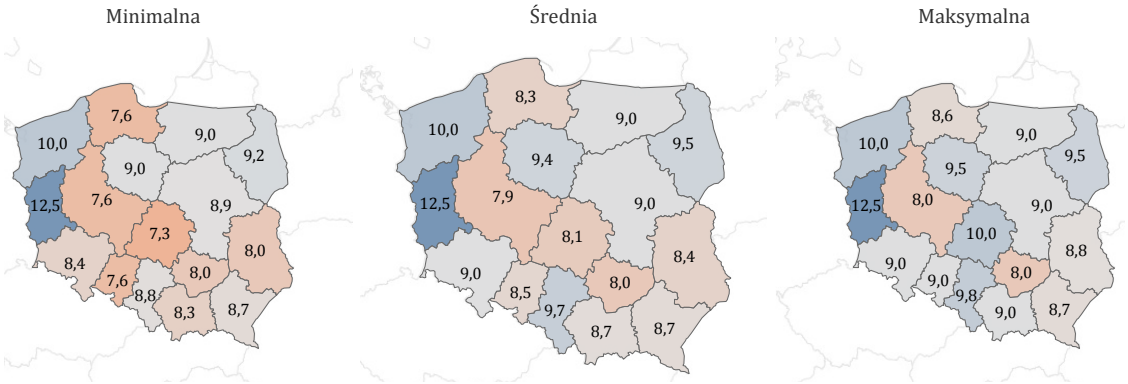
Infografika nr 5

Ceny minimalne, średnie i maksymalne w opiece psychiatrycznej i leczenia uzależnień w 2017 r.

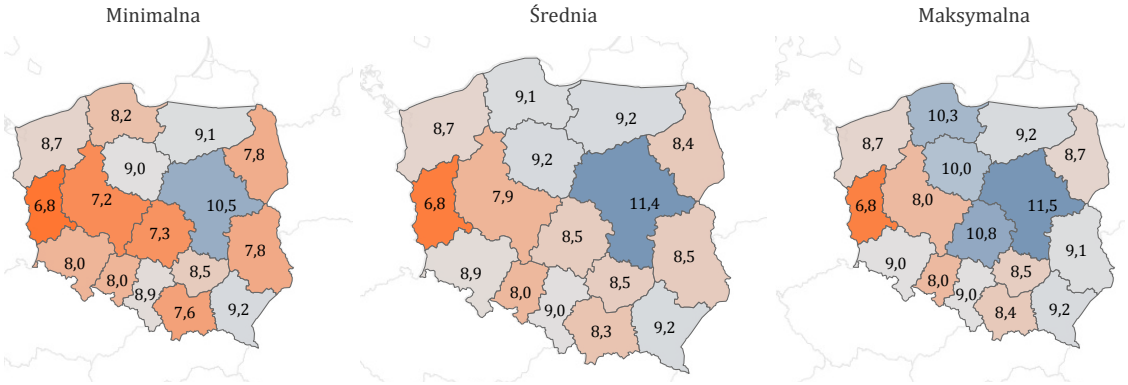
Świadczenia w izbie przyjęć szpitala (ryczałt dobowy)



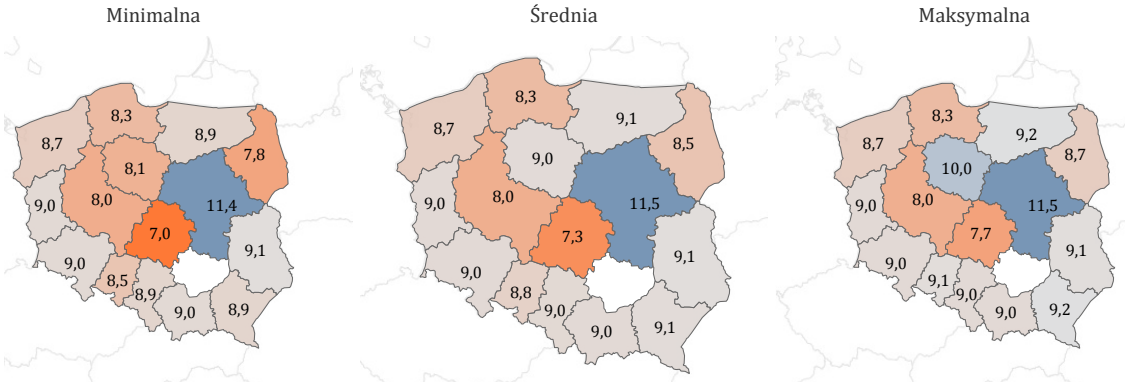
Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży



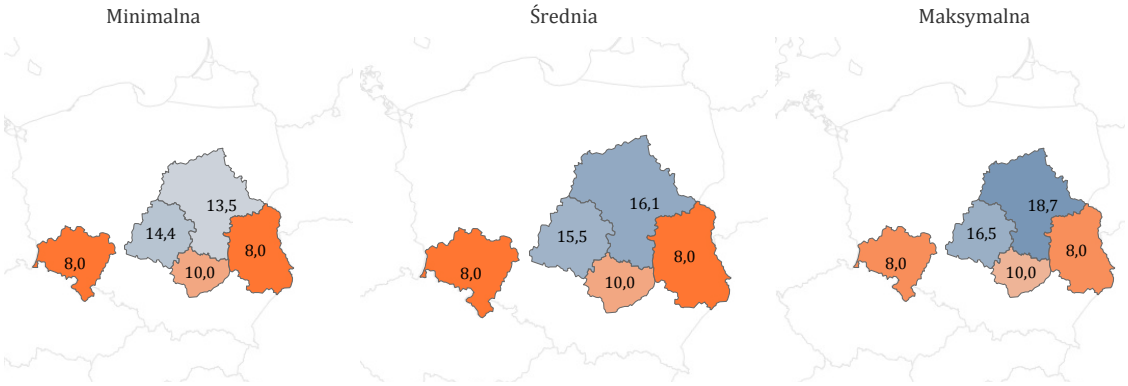
Świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych



Świadczenia dzienne leczenia zaburzeń nerwicowych



Świadczenia dla osób z zaburzeniami psychicznymi w hostelu



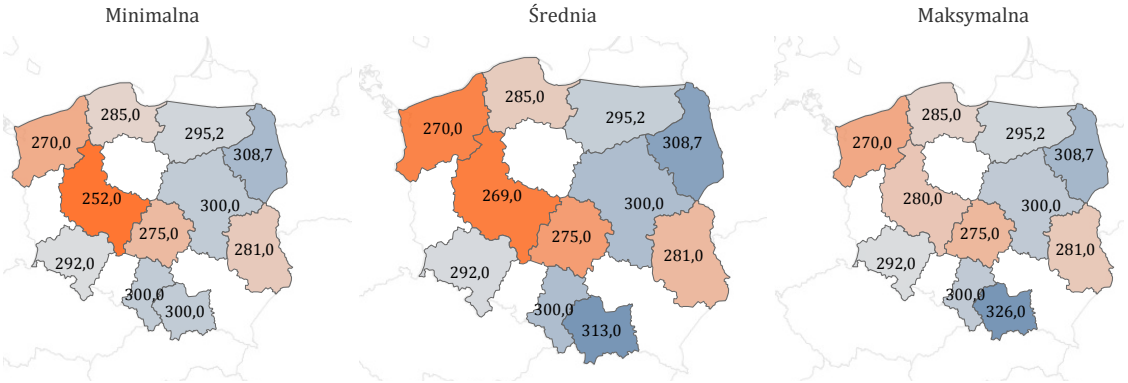
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

- w leczeniu stomatologicznym
  - w zakresie programu ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki, cena minimalna w województwie wielkopolskim wyniosła 252 zł, maksymalna w województwie małopolskim wyniosła 326 zł;
  - świadczenia stomatologicznej pomocy doraźnej, cena minimalna w województwie mazowieckim wyniosła 360 zł, a maksymalna w województwie łódzkim i pomorskim wyniosła 800 zł;
  - świadczenia dla świadczeniobiorców z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych, w tym chorych na AIDS, cena minimalna w województwie podlaskim wyniosła 1,5 zł, a maksymalna w małopolskim wyniosła 4 zł;
  - świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. r.ż., cena minimalna w województwie świętokrzyskim wyniosła 0,8 zł, a maksymalna w województwie warmińsko-mazurskim wyniosła 1,4 zł.

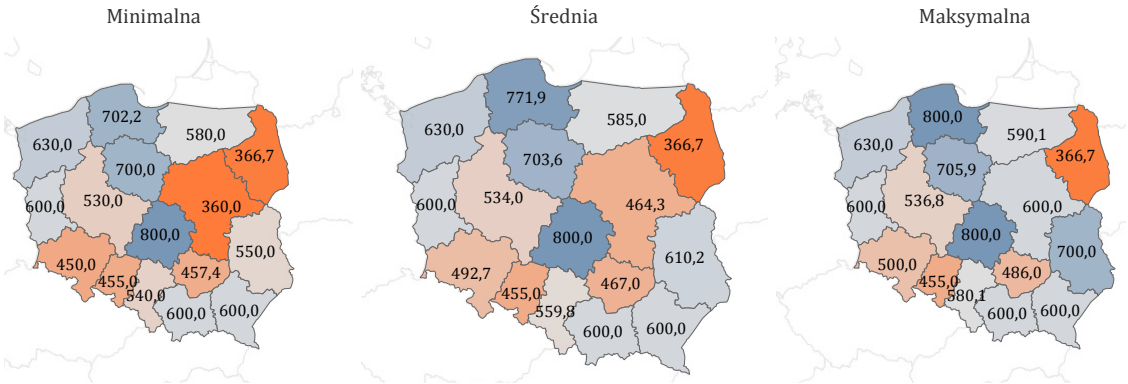
Infografika nr 6

Ceny minimalne, średnie i maksymalne w leczeniu stomatologicznym w 2017 r.

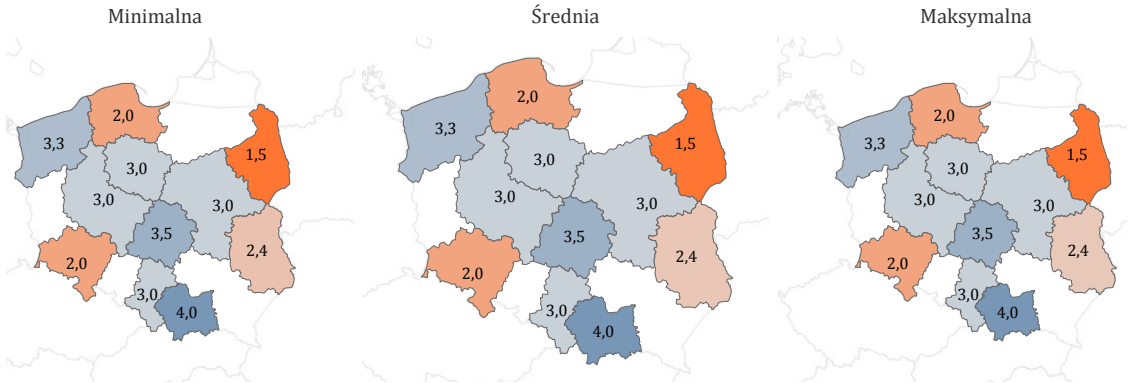
Program ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki



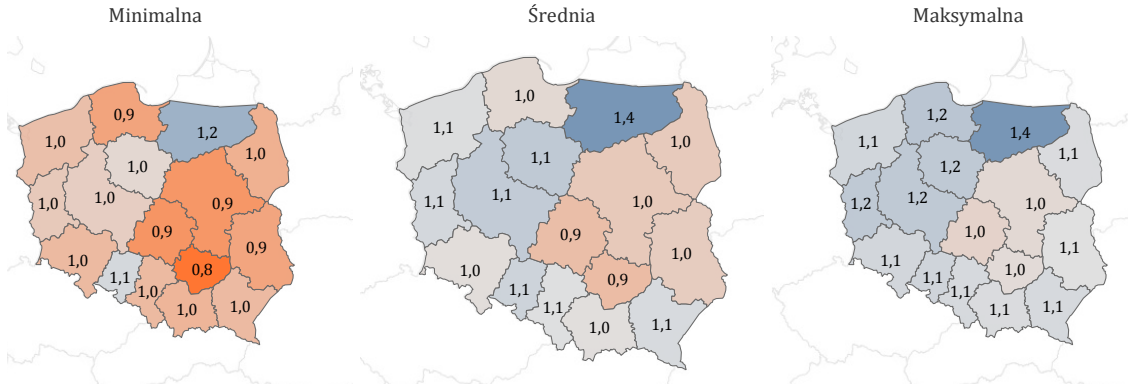
Świadczenia stomatologicznej pomocy doraźnej



Świadczenia stomatologiczne dla świadczeniobiorców z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych, w tym chorych na AIDS



Świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. r.ż.



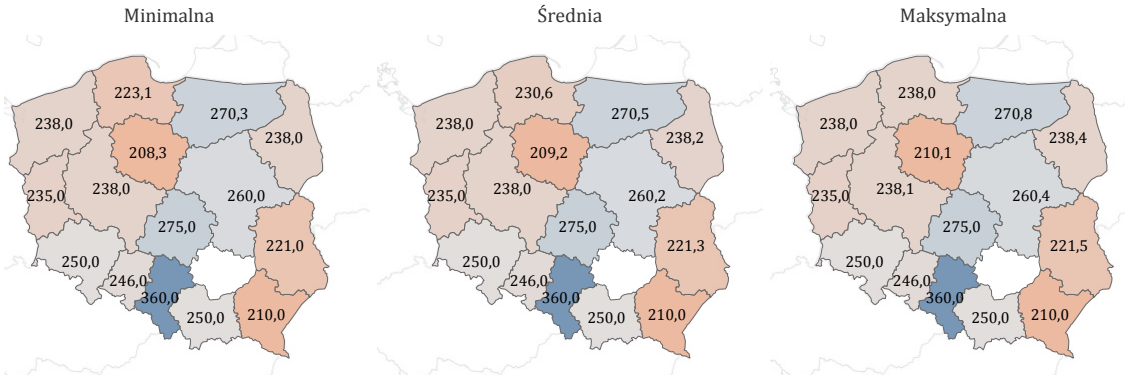
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

- w świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych
  - w zakresie świadczeń w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie/opiekuńczo-leczniczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, cena minimalna w kujawsko-pomorskim wyniosła 208,32 zł, a maksymalna w województwie śląskim wyniosła 360 zł;
  - świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla dzieci wentylowanych mechanicznie /opiekuńczo-leczniczym dla dzieci wentylowanych mechanicznie, cena minimalna w województwie łódzkim wyniosła 275 zł, a maksymalna w województwie kujawsko-pomorskim, małopolskim i śląskim wyniosła 400 zł;
  - świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla dzieci i młodzieży/opiekuńczo-leczniczym dla dzieci i młodzieży, cena minimalna w województwie małopolskim, mazowieckim i wielkopolskim wyniosła 92 zł, a maksymalna w województwie śląskim wyniosła 108 zł;
  - świadczenia pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej, cena minimalna w województwie mazowieckim wyniosła 20,77 zł, a maksymalna w województwie kujawsko-pomorskim i warmińsko-mazurskim wyniosła 30,09 zł.

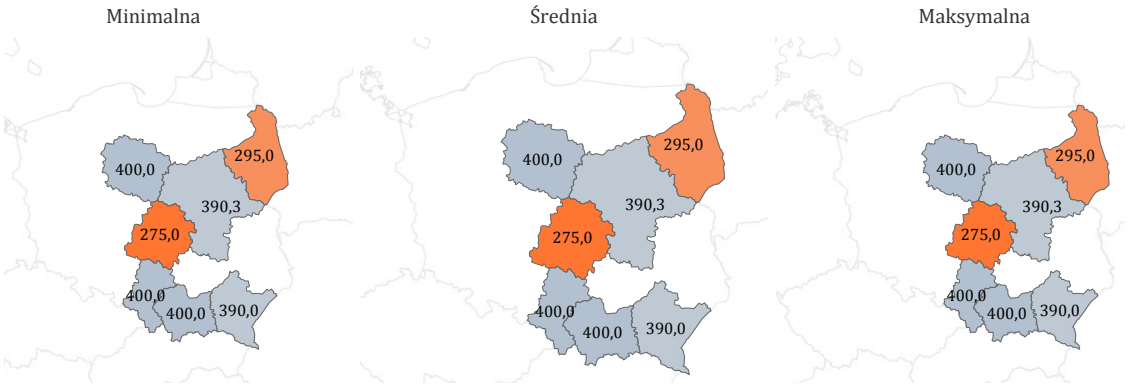
Infografika nr 7

Ceny minimalne, średnie i maksymalne w świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych w 2017 r.

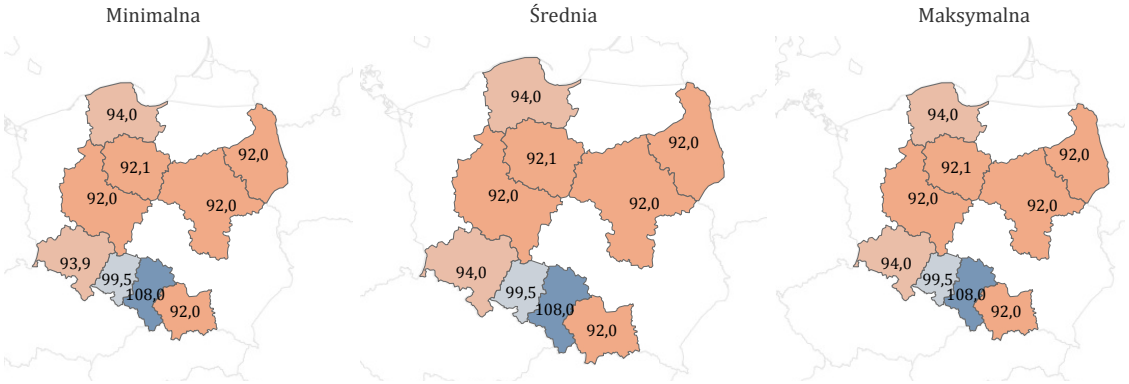
Świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie/opiekuńczo-leczniczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie



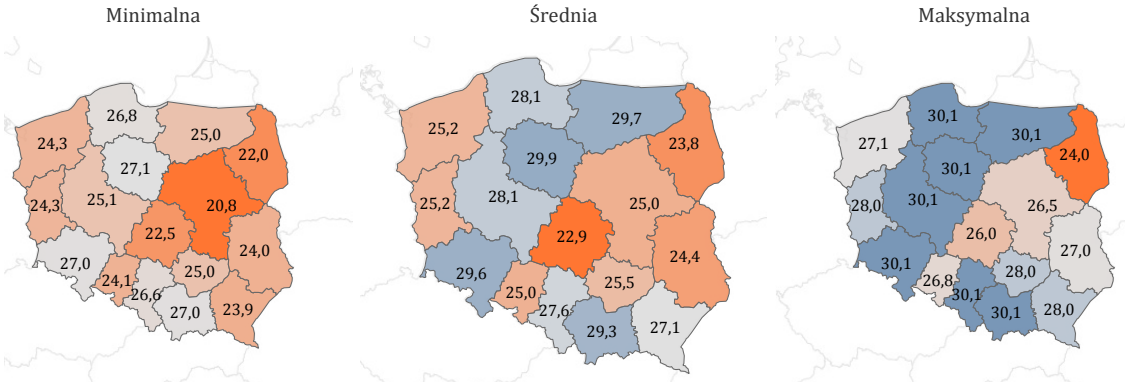
Świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla dzieci wentylowanych mechanicznie/opiekuńczo-leczniczym dla dzieci wentylowanych mechanicznie



Świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla dzieci i młodzieży/opiekuńczo-leczniczym dla dzieci i młodzieży



Świadczenia pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej



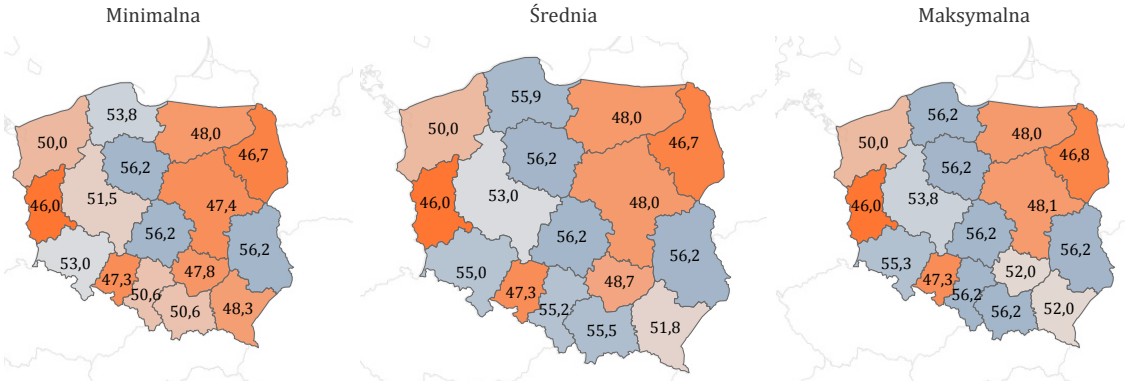
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

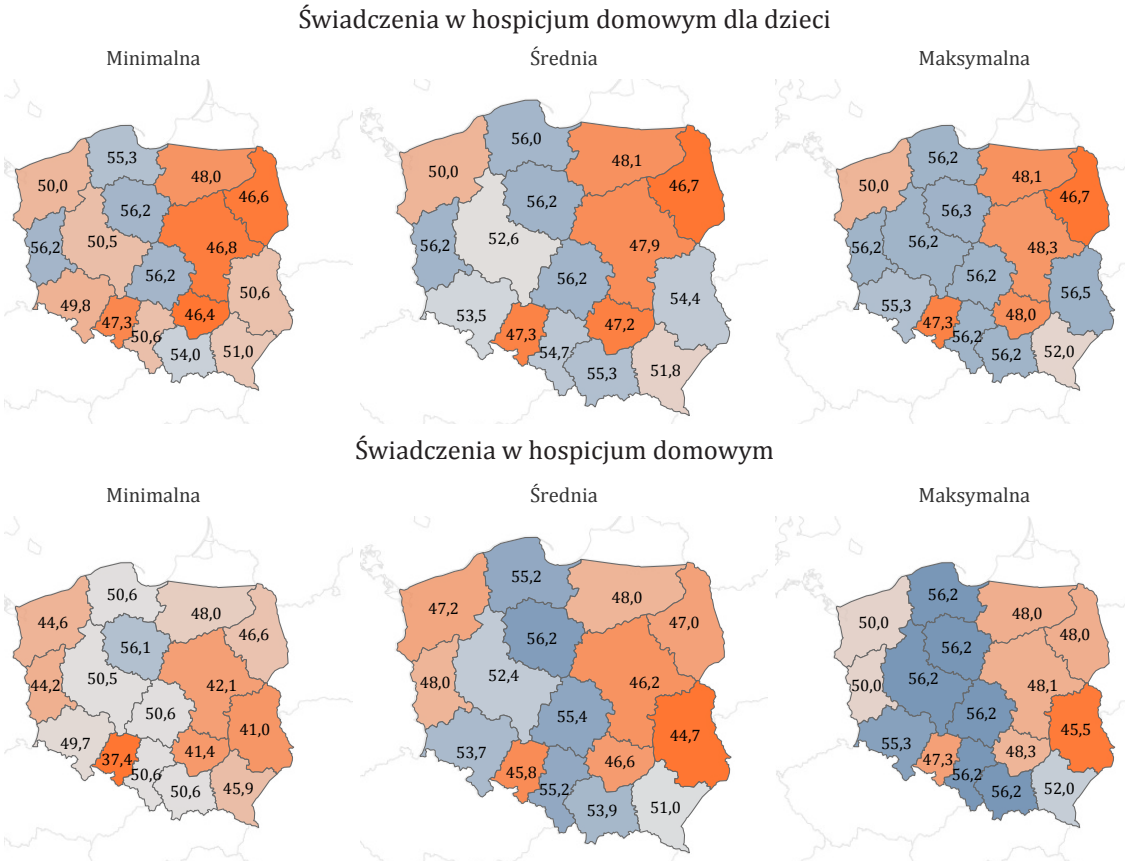
- opieka paliatywna i hospicyjna
  - świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym, cena minimalna w województwie lubuskim wyniosła 46 zł, a maksymalna w województwie lubelskim wyniosła 56,2 zł;
  - świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci, cena minimalna w województwie świętokrzyskim wyniosła 46,37 zł, a maksymalna w województwie lubelskim wyniosła 56,48 zł;
  - świadczenia w hospicjum domowym, cena minimalna w województwie opolskim wyniosła 37,40 zł, a maksymalna w województwie kujawsko-pomorskim wyniosła 56,22 zł.

Infografika nr 8

Ceny minimalne, średnie i maksymalne w opiece paliatywnej i hospicyjnej w 2017 r.

Świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym





Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Przyczyny dysproporcji między oddziałami

W ocenie Funduszu ceny w danym zakresie mogą być zróżnicowane na terenie danego województwa, jak również kraju w związku z możliwościami finansowymi danego OW NFZ, jak również faktem, że oferenci często określają niższą cenę niż oczekiwana w ogłaszanych postępowaniach konkursowych lub rokowaniach oraz to, że cena podlega negocjacji.

Zmniejszanie dysproporcji między oddziałami

Odnośnie różnic w cenach pomiędzy poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi w rodzaju leczenie psychiatryczne i uzależnień Prezes NFZ w 2018 r. podjął działania w celu wyrównywania różnic, m.in. zalecił oddziałom wojewódzkim, gdzie cena za punkt jest poniżej średniej dla kraju, podjęcie działań w kierunku zbliżenia się do ceny średniej.

Kontraktowanie świadczeń

W związku z aneksowaniem umów w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w 2017 r.[44] oraz przepisami art. 158 ust. 1 w związku z art. 148 ust. 1 pkt 5 ustawy o świadczeniach, NFZ nie podejmował żadnych działań w kierunku ujednolicenia cen za punkt w poszczególnych województwach, a ponadto 42% wszystkich świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej jest udzielanych w systemie podstawowego zabezpieczenia szpitalnego, w którym jest ustalone jednolite finansowaniem.

W 2017 r. przeprowadzono łącznie 8190 postępowań poprzedzających zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie kon-

[44] Na podstawie art. 6 ustawy wprowadzającej sieć szpitali (ustawa z dnia 23 marca 2017 r. zmieniająca ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – Dz. U. poz. 844).

kursu ofert i rokowań. Rozstrzygnięto 5780 postępowań, unieważniono bądź odwołano 2410. W ciągu 2017 r. obowiązywało 39 141 umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Nieprawidłowości w „Sprawozdaniu z działalności NFZ za 2017 r."

W „Sprawozdaniu z działalności NFZ za 2017 r."[45] wskazano niewłaściwą liczbę umów o udzielanie świadczeń, co wynikało z błędów w sumowaniu oraz omyłek redakcyjnych w tabelach źródłowych, a także zdublowaniu umów dotyczących świadczeń nocnej i świątecznej opieka zdrowotnej.

Rokowania

W 2017 r. OW NFZ przeprowadziły 89 rokowań na podstawie art. 144 pkt 2 ustawy o świadczeniach. Najwięcej tego typu postępowań przeprowadzono w Małopolskim OW (30, w tym 23 w rodzaju leczenie szpitalne) oraz w Opolskim OW (29, w tym 19 w rodzaju leczenie szpitalne). OW NFZ, konieczność ogłoszenia postępowań w trybie rokowań umotywowano wdrażaniem zmiany organizacji udzielania świadczeń związanej z wprowadzeniem PSZ.

Na podstawie art. 144 pkt 3 ustawy o świadczeniach w OW NFZ, przeprowadzono 71 rokowań, w tym 15 w Podkarpackim OW (13 w leczeniu szpitalnym) oraz 11 w Podlaskim OW (wszystkie w rodzaju leczenie szpitalne)[46].

Umowy zawarte w wyniku ww. postępowań w Małopolskim, Opolskim i Podkarpackim były zawierane na okres do 30 czerwca 2021 roku, zaś w Podlaskim do 31 grudnia 2017 r.

W ocenie NIK tryb rokowań jest postępowaniem wyjątkowym, a art. 144 ustawy o świadczeniach stawia szereg ograniczeń dla możliwości skorzystania z tego uproszczonego trybu. NFZ jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji (art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach). Podstawowym trybem postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych jest konkurs ofert, a tryb rokowań nie powinien być nadużywany.

Aneksowanie umów po wprowadzeniu PSZ

W IV kwartale 2017 r., po wprowadzeniu podstawowego systemu zabezpieczenia szpitalnego, dyrektorzy OW NFZ w trybie aneksowania przedłużyli 1076 umów zawartych ze świadczeniodawcami, którzy nie weszli do PSZ lub których poszczególne komórki organizacyjne nie weszły do PSZ[47].

---

[45] W tabeli nr II.12 „Liczba i wartość 2017 w podziale na oddziały wojewódzkie" oraz w „Sprawozdaniu z działalności NFZ za IV kwartał 2017 r.", w tabeli III.3 „Umowy obowiązujące w roku sprawozdawczym".

[46] W Podkarpackim OW NFZ postępowania w trybie rokowań przeprowadzono w zakresach świadczeń, które nie zostały włączone do umów w ramach PSZ, w Podlaskim OW NFZ, postępowania w trybie rokowań zostały ogłoszone, gdyż tryb konkursu ofert nie dawał możliwości szybkiego rozstrzygnięcia postępowania i zachowania ciągłości udzielania świadczeń z uwagi na wprowadzenie PSZ.

[47] Podstawą do aneksowania umów był art. 6 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach zgodnie z którym okres obowiązywania umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień oraz ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie dotyczącym świadczeń, które nie zostaną objęte umowami w ramach PSZ może zostać przedłużone na okres nie dłuższy niż do dnia 30 czerwca 2018 r. Uprzednio umowy mogły być przedłużone na podstawie art. 2 ustawy z dnia 16 grudnia 2015 r. zmieniającej ustawę o zmianie ustawy o świadczeniach (Dz. U. poz. 2198, wygaśnięcie z dniem 30 czerwca 2017 r.), w którym przewidziano możliwość przedłużenia umów na okres nie dłuższy niż do dnia 30 czerwca 2017 r.

Ponadto, zgodnie z art. 156 ust. 1a ustawy o świadczeniach, w przypadku, gdy zachodzi ryzyko braku zabezpieczenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, okres obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może zostać przedłużony, jednak nie dłużej niż o sześć miesięcy. Prezes NFZ udzielił 88 zgód na przedłużenie obowiązywania umowy. Zgody te dotyczyły 134 zakresów świadczeń w 16 województwach.

Badanie postępowań konkursowych

W toku kontroli NIK szczegółowym badaniem objęto łącznie 35 postępowań w sprawie zawarcia umowy o udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej, po 10 w Kujawsko-Pomorskim i Śląskim OW NFZ oraz 15 w Mazowieckim OW NFZ.

W przypadku Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ stwierdzono nieprawidłowości polegające m.in. na:

- niezgodnej z wymogami prawa ocenie ofert w pięciu badanych postępowaniach, co skutkowało nieodrzuceniem łącznie 16 ofert, mimo zaistnienia ku temu przesłanek;
- nierzetelnej kontroli trzech oferentów w jednym z badanych postępowań, co skutkowało niestwierdzeniem podania w ofertach nieprawdziwych informacji;
- niewłaściwej kwalifikacji oferentów do negocjacji w jednym z badanych postępowań;
- nieprawidłowym powołaniu komisji konkursowych w pięciu badanych postępowaniach.

5.1.2. Podstawowy system zabezpieczenia szpitalnego (PSZ)

Kwalifikacja do PSZ

Do podstawowego szpitalnego systemu zabezpieczenia szpitalnego zostały zakwalifikowane 592 podmioty lecznicze.

Infografika nr 9
Liczba podmiotów zakwalifikowanych do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia w podziale na poziomy oraz oddziały wojewódzkie

OW NFZ	I Stopnia	II Stopnia	III Stopnia	Ogólnopolski	Onkologiczny	Pediatryczny	Pulmonologiczny	Razem
Dolnośląski	21	7	6	4	2		4	44
Kujawsko-Pomorski	16	3	4	4	1	1	1	30
Lubelski	18	4	5	7	1		2	37
Lubuski	11	2	3	3			1	20
Łódzki	15	8	5	7	1		1	37
Małopolski	11	12	3	7		1	2	36
Mazowiecki	37	7	9	20	4	3	2	82
Opolski	12	4		4	1		2	23
Podkarpacki	12	9	5	1	2		2	31
Podlaski	15	2	1	4	1			23
Pomorski	10	4	4	5		1	1	25
Śląski	33	13	7	9	2	2	8	74
Świętokrzyski	9	6	2	1	1		1	20
Warmińsko-Mazurski	20	4	2	3		2	1	32
Wielkopolski	26	9	4	6	1	1	2	49
Zachodniopomorski	15	2	2	6	2	1	1	29
Suma	**281**	**96**	**62**	**91**	**19**	**12**	**31**	**592**

Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Przedmiotowa zmiana objęła wszystkich świadczeniodawców realizujących umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych zakresach udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

Największą liczbę szpitali włączono do systemu PSZ w województwach: mazowieckim i śląskim (łącznie 156, co stanowi 26,35% całej sieci szpitali). Na podstawie art. 95n ust. 3 ustawy o świadczeniach, tj. na podstawie decyzji dyrektora OW NFZ, po uzyskaniu pozytywnej opinii Ministra Zdrowia, zakwalifikowano do sieci 28 podmiotów, a ponadto kolejne 30 podmiotów zostało zakwalifikowanych na podstawie art. 95m ust. 7-9 ustawy o świadczeniach (kwalifikacja z niższą liczbą profili dla zapewnienia dostępu do świadczeń).

Do dyrektorów OW wpłynęło łącznie 108 protestów, w tym:

- 24 protesty (22,22%) dotyczyły kwalifikacji do niewłaściwego poziomu zabezpieczenia,
- 54 protesty (50,00%) dotyczyły niewłaściwego wskazania profili systemu zabezpieczenia, zakresów lub rodzajów,
- 30 protestów (27,78%) dotyczyło niezakwalifikowania do PSZ.

Siedem protestów (6,48%) zostało uwzględnionych[48], w 85 przypadkach (78,70%) odmówiono uwzględnienia protestu, a w 16 przypadkach (14,81%) pozostawiono protest bez rozpatrzenia.

Do Prezesa NFZ wpłynęły łącznie 52 odwołania od decyzji dyrektorów OW w zakresie kwalifikacji do PSZ. W jednym przypadku uchylono zaskarżoną decyzję w części oraz w jednym uchylono decyzję dyrektora OW w całości.

Opóźnienia w zawieraniu umów PSZ

W przypadku czterech OW NFZ (Dolnośląskiego, Łódzkiego, Podlaskiego i Śląskiego) umowy o udzielanie świadczeń w ramach systemu zabezpieczenia ze 124 podmiotami były zawarte po dniu 30 września 2017 r., tj. z przekroczeniem terminu, określonego w art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach. Jako główne przyczyny zawarcia umów z opóźnieniem podano m.in. problemy techniczne związane z działaniem systemów informatycznych[49] oraz opóźnienia w zgłaszaniu harmonogramu personelu przez świadczeniodawców.

Porównanie wartości świadczeń w PSZ do 2016 r.

Łączna wartość świadczeń[50] (liczba punktów) sprawozdanych w IV kwartale 2017 r. przez szpitale włączone do sieci wzrosła, w stosunku do IV kwartału 2016 r., o 11% i wyniosła 9439 mln zł, w tym 5581 mln zł w ramach ryczałtów PSZ. Odpowiednio w poszczególnych rodzajach świadczeń odnotowano zwiększenie wartości (liczby jednostek rozliczeniowych) świadczeń w: AOS o 8,8%, SZP o 11,6%, REH o 0,5% i SOK o 8,5%.

---

[48] Wszystkie uwzględnione protesty dotyczyły niewłaściwego wskazania profili systemu zabezpieczenia, zakresów lub rodzajów.

[49] Wprowadzenie PSZ spowodowało m.in. konieczność przebudowy dotychczasowej struktury umowy elektronicznej i modelu sprawozdawczo – rozliczeniowego w SIWDzNFZ. NFZ wielokrotnie zwracał uwagę, opiniując projekty aktów prawnych, mających wpływ na systemy informatyczne NFZ, na konieczność zachowania odpowiednio długiego vacatio legis

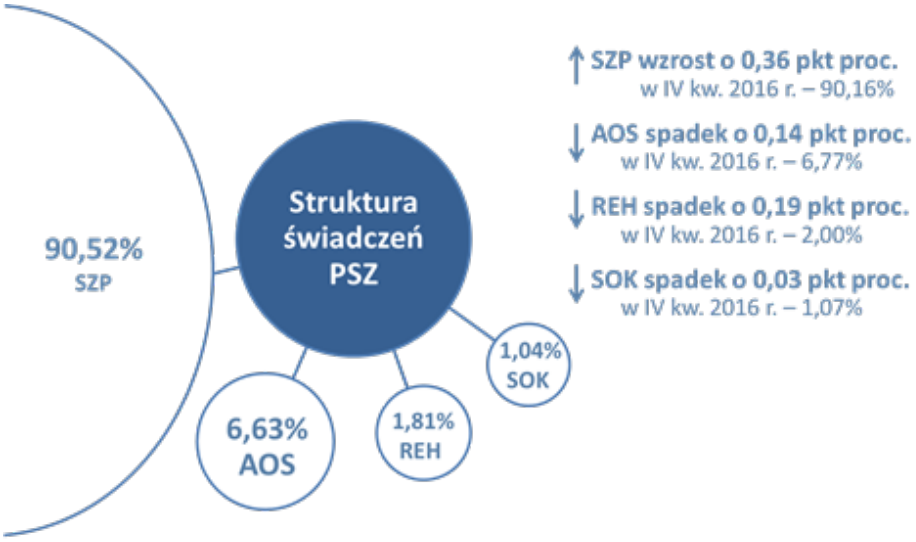
[50] Z uwagi na wprowadzoną zmianę sposobu finansowania świadczeń objętych systemem podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, w celu porównania poziomu liczby zrealizowanych świadczeń w IV kwartale 2017 i IV kwartale 2016 r., przyjęto, że dane dotyczące IV kwartału 2017 r. prezentowane będą jako liczba jednostek rozliczeniowych natomiast dane dotyczące IV kwartału 2016 r. jako wartość świadczeń.

Struktura świadczeń w PSZ

W strukturze zrealizowanych w IV 2017 r. jednostek rozliczeniowych świadczeń opieki zdrowotnej, udzielonych w ramach systemu podstawowego zabezpieczenia świadczeń, w porównaniu do struktury wartości analogicznych świadczeń opieki zdrowotnej w IV kwartale 2016 r. nastąpił:

- wzrost o 0,36 punktu procentowego udziału leczenia szpitalne (w IV kwartale 2017 r. 90,52%, zaś w IV kwartale 2016 r. – 90,16%);
- spadek o 0,14 punktu procentowego udziału ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (w IV kwartale 2017 r. 6,63%, zaś w IV kwartale 2016 r. – 6,77%);
- spadek o 0,19 punktu procentowego udziału rehabilitacji leczniczej (w IV kwartale 2017 r. 1,81%, zaś w IV kwartale 2016 r. – 2,00%);
- spadek o 0,03 punktu procentowego udziału świadczenia odrębnie kontraktowane (w IV kwartale 2017 r. stanowiły 1,04%, zaś w IV kwartale 2016 r. – 1,07%).

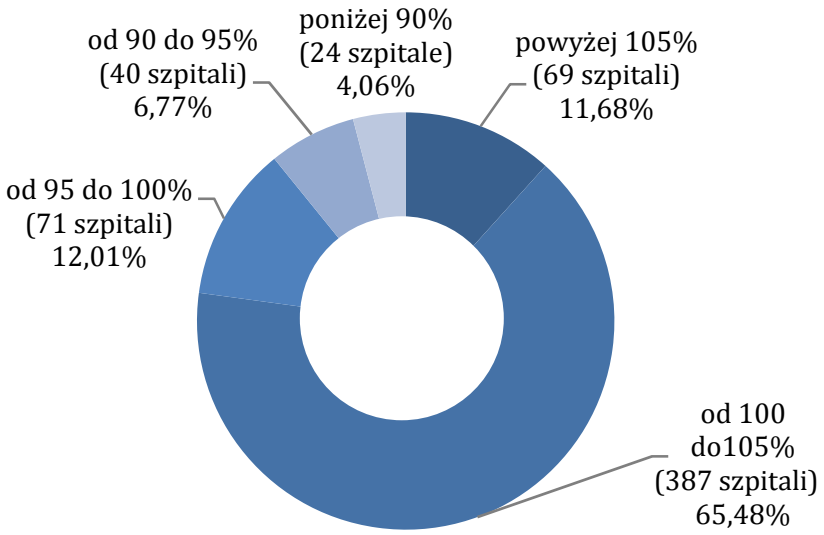
Infografika nr 10
Struktura zrealizowanych w IV kw. 2017 r. jednostek rozliczeniowych świadczeń, udzielonych w ramach PSZ oraz w porównaniu do IV kw. 2016 r.



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ (Sprawozdanie z działalności NFZ w 2017 r.).

Kwota ryczałtu na I półrocze 2018 r., wyliczonego według wzoru (na podstawie sprawozdanych świadczeń) w stosunku do ryczałtu na pierwszy kwartał dla większości szpitali stanowiła 100% jego wartości lub więcej.

Wykres nr 1
Struktura świadczeniodawców wg kwoty ryczałtu na I półrocze 2018 r., wyliczonego w stosunku do ryczałtu za IV kwartał 2017 r.



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Szpitale zakwalifikowane do PSZ realizowały w IV kwartale 2017 r. umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie szpitalne, rehabilitacja lecznicza, świadczenia wysokospecjalistyczne, programy lekowe oraz leki stosowane w chemioterapii (określone w przepisach ustawy o refundacji) o wartości 10 205 mln zł, co stanowiło 92,32% ogólnej wartości umów ogółem w tych rodzajach świadczeń. Fundusz nie wydawał jednolitych zaleceń co do zasad ustalania poziomu finansowania świadczeń poza systemem PSZ.

W trzech kontrolowanych OW NFZ wykazy świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów PSZ zostały sporządzone i ogłoszone w Biuletynie Informacji Publicznej Oddziału, zgodnie z art. 2 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach. W Kujawsko-Pomorskim OW NFZ w wykazie szpitali PSZ nie zostało umieszczonych 26 podmiotów, które realizowały świadczenia w rodzaju leczenie szpitalne w dniu jego ogłoszenia, w Śląskim OW NFZ 14 podmiotów leczniczych, a w Mazowieckim OW NFZ 39 podmiotów[51].

Dostęp do świadczeń zdrowotnych w skontrolowanych obszarach kontraktowania w trzech OW NFZ był zabezpieczony w ramach środków przewidzianych w planie finansowym, w tym również w sytuacji, gdy działający na danym terenie podmiot leczniczy nie został zakwalifikowany do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), niemniej nie zaspokajał wszystkich potrzeb. W sytuacji gdy działający na danym terenie podmiot leczniczy nie został zakwalifikowany do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej dostęp do świadczeń był umożliwiony dzięki aneksom przedłużających dotychczasowe umowy i przeprowadzonym postępowaniom konkursowym.

[51] Wg stanu na dzień 1 października 2017 r.

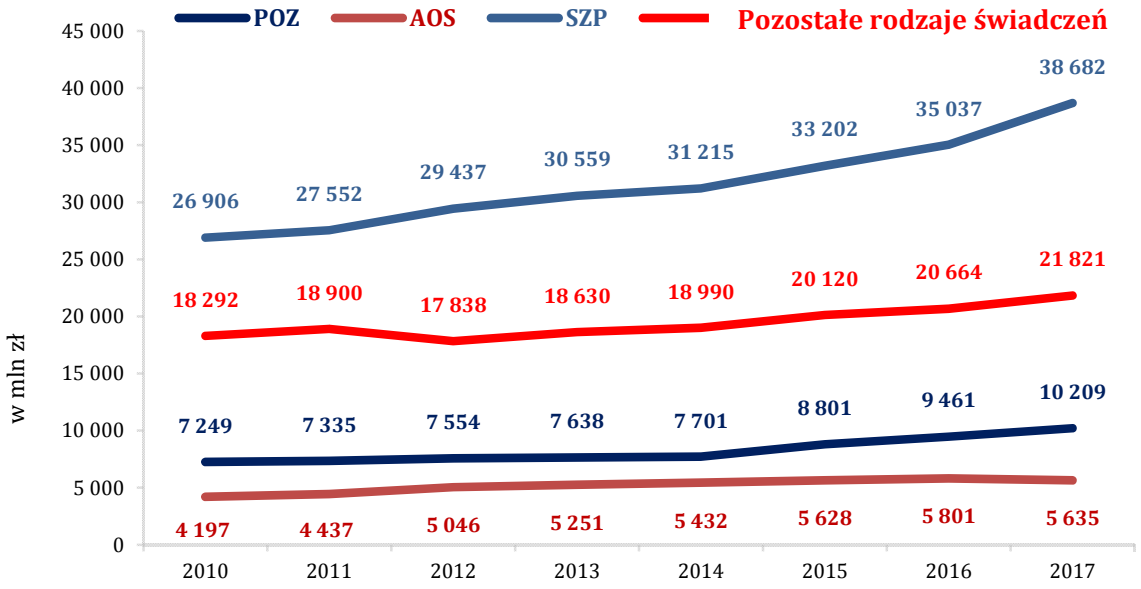
5.1.3. Realizacja planu zakupu świadczeń

Struktura świadczeń

Największy udział w kosztach świadczeń (76 347 700,68 tys. zł) miały koszty w rodzaju:

- leczenie szpitalne w wysokości 38 682 366,69 tys. zł – 50,67% (wzrost z 49,38% w 2016 r.[52] oraz z 47,5% w 2010 r.);
- podstawowa opieka zdrowotna w wysokości 10 209 242,12 tys. zł – 13,37% (wzrost z 13,34% w 2016 r. oraz 12,8% w 2010 r.);
- ambulatoryjna opieka specjalistyczna wysokości 5 634 998,13 tys. zł – 7,38% (spadek z 8,17% w 2016 r. oraz wzrost z 7,41% w 2010 r.)[53].

Wykres nr 2
Wybrane koszty świadczeń opieki zdrowotnej od 2010 do 2017 r.



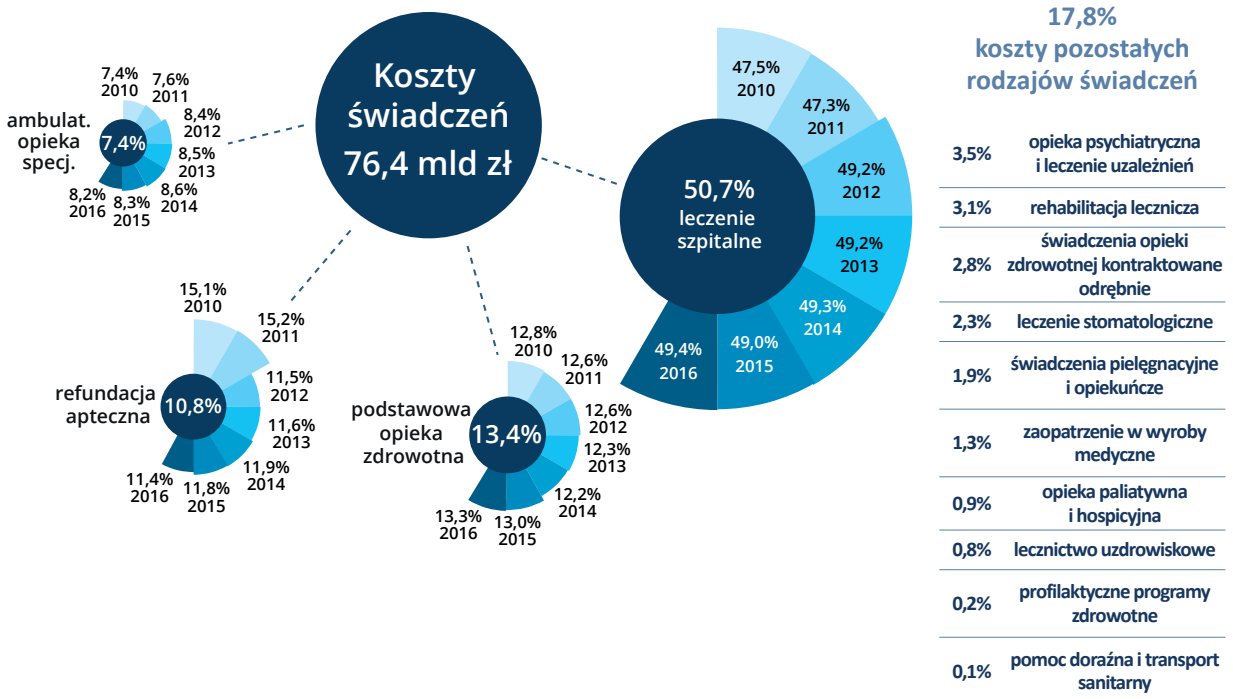
Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Podobnie jak w latach poprzednich, utrzymywała się niekorzystna struktura kosztów świadczeń zdrowotnych, finansowanych ze środków NFZ, z ponad 50% udziałem kosztów leczenia szpitalnego. W latach 2010-2017 nastąpił wzrost udziału leczenia szpitalnego w kosztach świadczeń o 3,17 punktu procentowego.

[52] Wzrost udziału rodzaju leczenia szpitalnego w kosztach świadczeń o ponad 1 procent w 2017 r. w porównaniu do 2016 r. był spowodowany m.in. finansowaniem w ramach ryczałtu podstawowego systemu zabezpieczenia szpitalnego świadczeń realizowanych dotychczas winnych zakresach świadczeń (m.in. w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej).

[53] Koszty w rodzaju refundacja apteczna wyniosły 8 267 149,68 tys. zł – 10,83% (spadek z 11,40% w 2016 r. oraz 15,09% w 2010 r.).

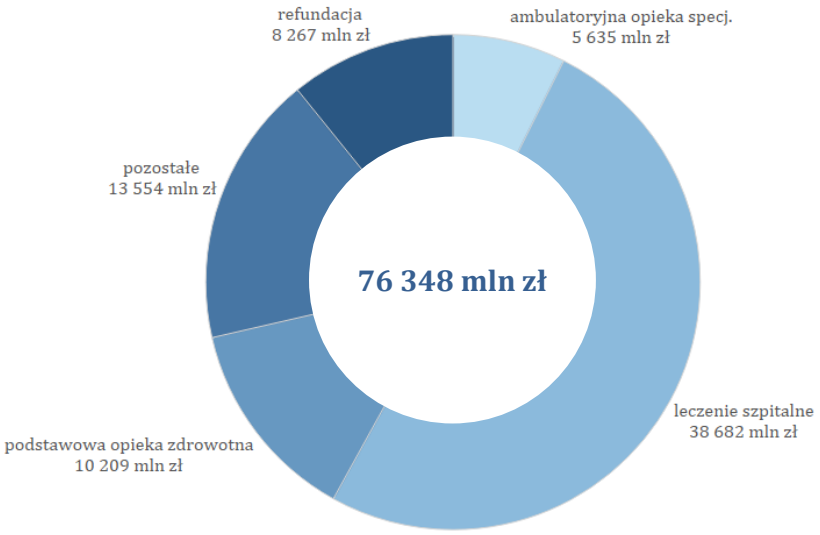
Wykres nr 3
Wybrane koszty świadczeń opieki zdrowotnej od 2010 do 2017 r.



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

NIK ocenia, że tak wysoki udział kosztów leczenia szpitalnego w kosztach świadczeń ogółem może świadczyć o niedostatecznej roli ambulatoryjnej opieki zdrowotnej oraz nadmiernym diagnozowaniu i leczeniu pacjentów w trybie hospitalizacji. W celu ograniczenia kosztów systemu ochrony zdrowia zasadne jest kontynuowanie w Funduszu działań w celu zwiększenia roli i znaczenia lecznictwa otwartego w procesie leczniczym.

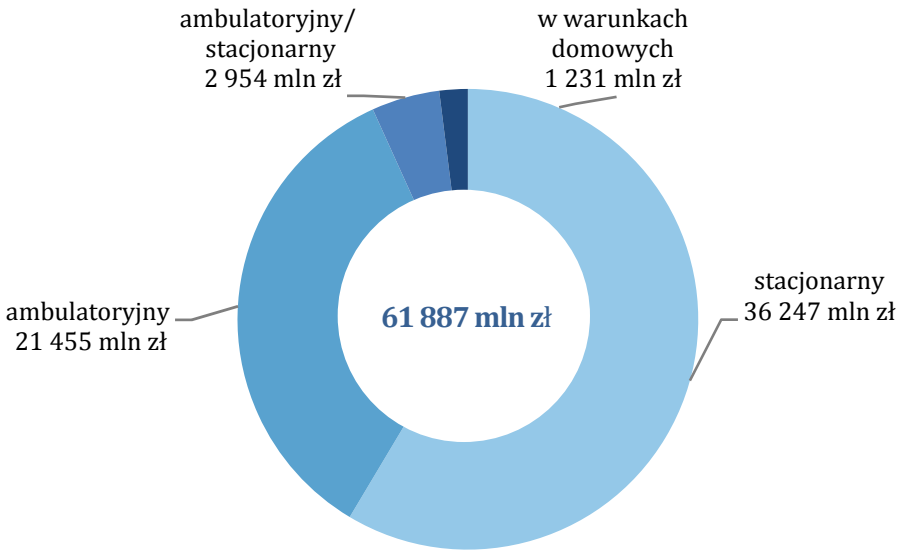
Wykres nr 4
Struktura kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w 2017 r., w podziale na rodzaje świadczeń



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Najwięcej wydatkowano[54] na leczenie w warunkach stacjonarnych, tj. 58,57% kosztów świadczeń (w tym 1,08% kosztów ogółem stanowiły świadczenia udzielone w warunkach stacjonarnych, ale w trybie jednodniowym i jednego dnia), a kolejno: w warunkach ambulatoryjnych 34,67%, w warunkach domowych 1,99%, w warunkach ambulatoryjnych i/lub stacjonarnych[55] 4,77%.

Wykres nr 5
Struktura kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w 2017 r., w podziale na tryb udzielenia



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Migracja ubezpieczonych

W pierwotnych planach poszczególnych OW NFZ na 2017 r. utworzono rezerwy na koszty świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w ramach migracji ubezpieczonych w łącznej wysokości 4 273 895 tys. zł. W wyniku dokonywanych w trakcie 2017 r. rozliczeń kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu migracji ubezpieczonych łączna wartość rozrachunków wewnętrznych z tego tytułu wyniosła 5 291 098,04 tys. zł i była wyższa od ich wartości odnotowanej w roku 2016 o 220 523,30 tys. zł, tj. o 4,35%.

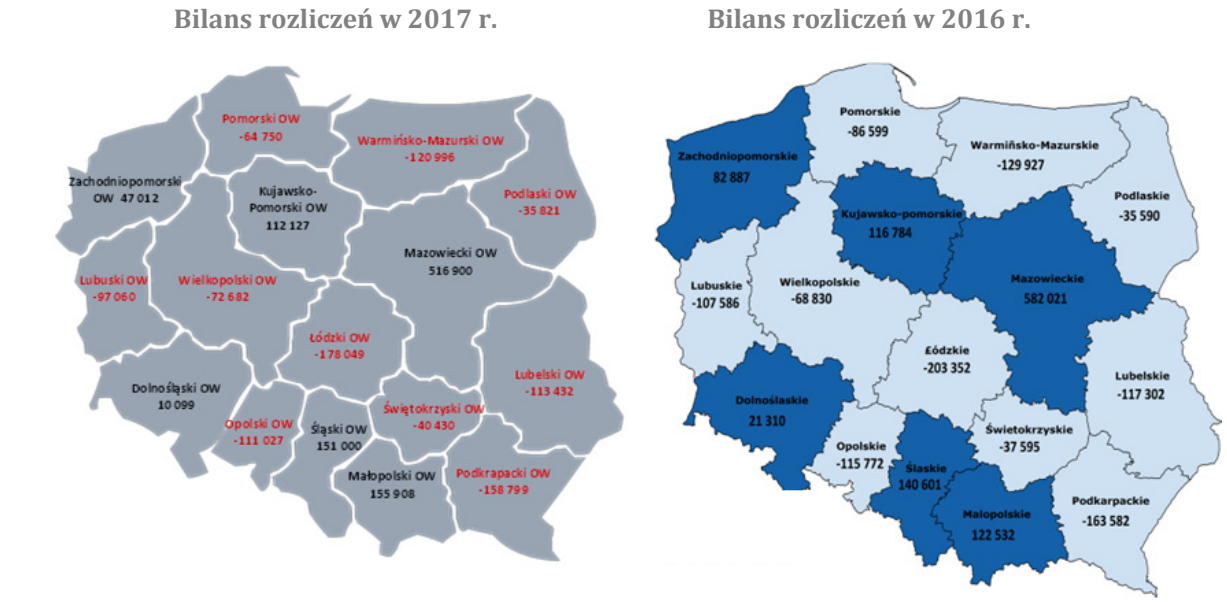
W Dolnośląskim, Kujawsko-Pomorskim, Małopolskim, Mazowieckim, Śląskim i Zachodniopomorskim OW NFZ odnotowano, podobnie jak w 2016 r., dodatni bilans rozliczeń z tytułu migracji, co oznacza, że wartość świadczeń udzielonych pacjentom przyjeżdżającym do tych oddziałów wojewódzkich z pozostałych regionów Polski w celu realizacji świadczeń zdrowotnych była wyższa od wartości świadczeń zdrowotnych udzielonych pacjentom z tych oddziałów na terenie pozostałych oddziałów wojewódzkich Funduszu.

[54] Bez kosztów: refundacji aptecznej, zaopatrzenia w wyroby medyczne oraz ich naprawy, pomocy doraźnej i transportu sanitarnego, ratownictwa medycznego, kosztów realizacji zadań wynikających z przepisów o koordynacji, świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej, dofinansowania programów polityki zdrowotnej na podstawie art. 48d ustawy.

[55] W tym m.in. świadczenia w izbie przyjęć, szpitalnym oddziale ratunkowym, brachyterapia, teleradioterapia, terapia izotopowa, terapia protonowa, kompleksowe leczenie ran przewlekłych, koordynowana opieka nad osobami z całościowymi zaburzeniami rozwoju, kompleksowe leczenie wrodzonej sztywności wielostawowej, program badań prenatalnych, leczenie dorosłych chorych ze śpiączką.

Pozostałe 10 oddziałów wojewódzkich NFZ odnotowało ujemny bilans rozliczeń z tytułu migracji osób ubezpieczonych, oznaczający, że koszty leczenia pacjentów tych oddziałów w innych rejonach Polski były wyższe niż koszty leczenia pacjentów spoza województwa.

Infografika nr 11
Bilans rozliczeń z tytułu migracji pacjentów w poszczególnych OW NFZ w 2017r. i porównawczo w 2016 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

5.2. Czas oczekiwania na udzielenie świadczeń

Dostęp do świadczeń – czas oczekiwania

Dostęp do świadczeń zdrowotnych, mierzony czasem oczekiwana na ich udzielenie w poszczególnych zakresach świadczeń, pozostawał na poziomie zbliżonym do poprzedniego roku.

W grudniu 2017 r., w porównaniu do grudnia 2016 r., wartość mediany średniego czasu oczekiwania dla przypadków stabilnych wydłużyła się do 113 (30,5%) komórek organizacyjnych oraz świadczeń, na które sprawozdawane są listy oczekujących za pomocą komunikatu XML, w 176 (47,4%) przypadkach pozostała na niezmienionym poziomie, a w 82 (22,1%) skróciła się. W poprzednim roku wydłużyła się w 122 (33,5%) przypadkach, w 172 (47,3%) pozostała na niezmienionym poziomie, a w 70 (19,2%) skróciła się[56].

Podobnie sytuacja przedstawiała się przy porównaniu wartości mediany średniego czasu oczekiwania dla przypadków pilnych. W grudniu 2017 r., w porównaniu do grudnia 2016 r. wydłużyła się w 51 (13,7%) przypadkach, w 297 (80,1%) pozostała na niezmienionym poziomie, a w 23 (6,2%) skróciła się, natomiast w grudniu 2016 r. w porównaniu do grudnia 2015 r.

[56] Dane o listach oczekujących pochodzą ze sprawozdań: „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, 2016 i 2017 r.

wydłużyła się w 45 (12,4%) przypadkach, w 294 (80,5%) przypadkach pozostała na niezmienionym poziomie, a w 25 (6,9%) skróciła.

Czas oczekiwania – analizowane komórki

W przypadku 15 rodzajów komórek organizacyjnych z 20 analizowanych z największą liczbą oczekujących i długim czasem oczekiwania (przypadek stabilny)[57], nastąpił wzrost liczby osób oczekujących na świadczenie (wg stanu na grudzień 2017 r. i 2016 r.), w pięciu nastąpił spadek, natomiast wartość mediany średniego czasu oczekiwania wydłużyła się w przypadku siedmiu komórek, w dwóch pozostała bez zmian, a skróciła się w 11 komórkach organizacyjnych.

Nadal występowały także dysproporcje w dostępie do świadczeń pomiędzy poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi NFZ, mierzone czasem oczekiwania jak i liczbą osób oczekujących[58].

Przyczyny długiego czasu oczekiwania

Do najistotniejszych przyczyn występowania długich kolejek oczkujących na udzielenie świadczenia, w szczególności w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego, rehabilitacji leczniczej, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, leczenia stomatologicznego oraz leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową należą m.in.: starzenie się społeczeństwa; niewielka liczba ośrodków udzielających świadczeń, preferowanie przez pacjentów określonych ośrodków (prowadzące do dysproporcji w czasie oczekiwania u różnych świadczeniodawców); pozostawanie pacjentów pod opieką lekarza specjalisty dłużej niż jest to konieczne (przez co osoby będące w tzw. „planie leczenia" blokują miejsca dla pacjentów pierwszorazowych); zbyt pochopne lub niezasadne kierowanie pacjentów przez lekarzy POZ do poradni specjalistycznych; powielanie porad specjalistycznych; niedostateczne nakłady płatnika na świadczenia zdrowotne; niewystarczająca liczba lekarzy określonej specjalności w skali kraju lub regionu; niedostateczny dostęp do informacji o miejscach udzielania świadczeń, zwłaszcza w przypadku osób starszych (wykluczenie cyfrowe), brak uszczegółowienia standardów postępowania w przypadku świadczeń z ograniczoną dostępnością (np. w przypadku usuwania zaćmy pacjenci są wpisywani zbyt wcześnie na listę oczekujących, mają przesuwane terminy udzielenia świadczenia, blokując miejsca innym pacjentom); znaczący wzrost liczby pacjentów kwalifikowanych jako przypadek pilny; rosnąca liczba osób uzyskujących skierowania na to samo świadczenie od różnych lekarzy; nieinformowanie świadczeniodawców przez pacjentów o rezygnacji z uzyskania świadczenia; duży udział w liczbie osób oczekujących osób spoza obszaru województwa; błędy w sprawozdawczości z zakresu list oczekujących.

Działania NFZ w celu skrócenia czasów oczekiwania i zmniejszenia liczby osób oczekujących

NFZ monitorował zapotrzebowanie na poszczególne świadczenia i podejmował działania celem zwiększenia dostępności do świadczeń z zakresu diagnostyki obrazowej, leczenia wirusowego zapalenia wątroby typu C

[57] Patrz przypis 14.

[58] Patrz informacje o wynikach kontroli: 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), Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2014 r. (P/15/059), Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 r. (P/16/053), Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2016 r. (P/17/056).

terapią bezinterferonową, endoprotezoplastyki stawu kolanowego i biodrowego oraz usunięcia zaćmy.

Prezes NFZ trzykrotnie zmieniając plan finansowy w 2017 r.[59] zwiększył planowane nakłady na świadczenia opieki zdrowotnej w oddziałach wojewódzkich Funduszu łącznie o 1 001 279 tys. zł w celu zmniejszenia liczby osób oczekujących na usunięcie zaćmy oraz endoprotezoplastykę stawu kolanowego i biodrowego; zwiększenia dostępności do świadczeń diagnostyki obrazowej (tomografia komputerowa i rezonans magnetyczny), leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C; zwiększenia finansowania świadczeń udzielanych w specjalistycznych oddziałach dziecięcych, w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii oraz „nielimitowanych" świadczeń diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego udzielanych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.

Jedynie w przypadku jednej z ww. zmian planu[60] podziału środków finansowych pomiędzy oddziały wojewódzkie NFZ dokonano, po przeprowadzeniu analizy, uwzględniającej liczbę osób oczekujących (przypadek pilny) na świadczenie , a w przypadku dwóch pozostałych oparto się na algorytmie ustalonym na potrzeby planu finansowego na 2017 r.[61]

W ocenie NIK podział dodatkowych środków z uwzględnieniem faktycznych dysproporcji między województwami w liczbie oczekujących i w czasie oczekiwania na poszczególne świadczenia mogłoby się przyczynić do zmniejszania występujących znacznych różnic w tym zakresie.

W wyniku zwiększenia finansowania wybranych świadczeń na koniec 2017 r., w porównaniu do roku poprzedniego, średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia w Polsce (przypadek stabilny) skrócił się w przypadku świadczeń diagnostyki obrazowej z zakresu tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego, endoprotezoplastyka stawu kolanowego, zabiegi w zakresie soczewki – zaćma. Natomiast mimo przeznaczenia dodatkowych środków wydłużył się w leczeniu przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową.

5.2.1. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Według stanu na koniec grudnia 2017 r. w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, spośród komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących, najdłuższe czasy oczekiwania dla kategorii przypadek stabilny, odnotowano do następujących poradni specjalistycznych: okulistyczne, neurologiczne, kardiologiczne, chirurgii urazowo-ortopedycznej, endokrynologiczne. Wśród nich najwyższą wartość mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania odnotowano w poradniach endokryno-

[59] W trybie art. 129 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, zarządzeniami: nr 10/2017/DEF z dnia 16 lutego 2017 r. (zwiększenie o 57 094 tys. zł), nr 70/2017/DEF z dnia 11 sierpnia 2017 r. (zwiększenie o 180 000 tys. zł) oraz nr 86/DEF/2017 z dnia 15 września 2017 r. (zwiększenie o 764 185 tys. zł).

[60] Zarządzenie nr 10/2017/DEF z dnia 16 lutego 2017 r.

[61] Tj. 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 (Dz. U. Nr 193, poz. 1495, ze zm.).

logicznych, tj. 227 dni. W 2017 r. wartość mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła w przypadku czterech poradni, a w jednej nastąpił spadek[62]. Natomiast liczba osób oczekujących zwiększyła się w jednej poradni, a w pozostałych nastąpił spadek[63].

Najdłuższe czasy oczekiwania

Najwyższe wartości mediany średniego czasu oczekiwania w grudniu 2017 r. (przypadek stabilny) odnotowano, w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w poradniach endokrynologicznych osteoporozy 363 dni, genetycznych dla dzieci – 321 dni, nowotworów krwi – 238 dni, endokrynologicznych – 227 dni, immunologicznych dla dzieci – 157 dni oraz do świadczeń diagnostyki obrazowej: rezonansu magnetycznego – 171 dni i tomografii komputerowej – 59 dni.

Największe wzrosty czasów oczekiwania

W grudniu 2017 r., w porównaniu do 2016 r., największy wzrost wartości mediany czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia dla przypadków stabilnych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej odnotowano w zakresach świadczeń[64]:

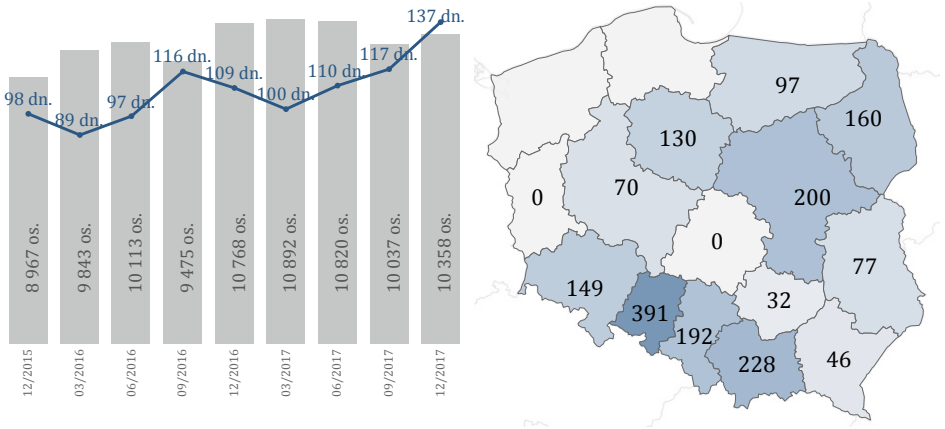
- **o 28 dni** – poradni osteoporozy (ze 109 na 137 dni),
- **o 19 dni** – poradni hepatologicznej (ze 135 do 154 dni),
- **o 16 dni** – poradni neurochirurgicznej (ze 140 do 156 dni),
- **o 16 dni** – poradni chorób zakaźnych (z 91 na 107 dni),
- **o 13 dni** – poradni chorób zakaźnych dla dzieci (z 40 na 53 dni).

W ocenie NIK w przypadku szybkiego rozwoju choroby zakaźnej tak długi czas oczekiwania do specjalisty może stanowić zagrożenie epidemiologiczne dla ludności.

Infografika nr 12

Liczba oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w grudniu 2017 r., z uwzględnieniem zmian od grudnia 2015 r.

Poradnia osteoporozy

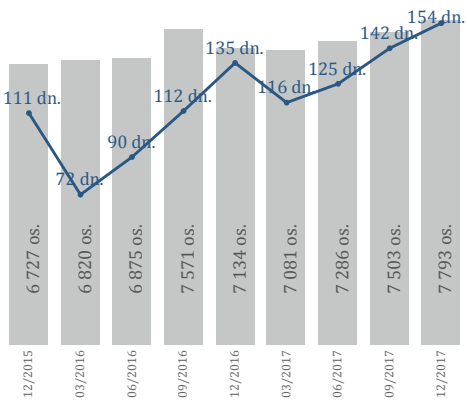


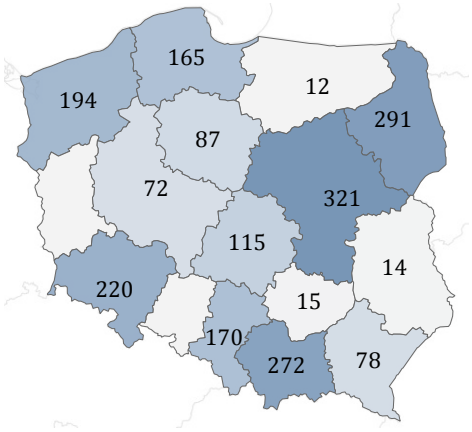
[62] Czas oczekiwania wzrósł w przypadku poradni okulistycznych, neurologicznych, kardiologicznych i endokrynologicznych, a obniżył się w poradniach chirurgii urazowo-ortopedycznej.

[63] Wzrost liczby osób oczekujących nastąpił w przypadku poradni neurologicznych, a spadek w poradniach chirurgii urazowo-ortopedycznej, endokrynologicznych, okulistycznych i kardiologicznych.

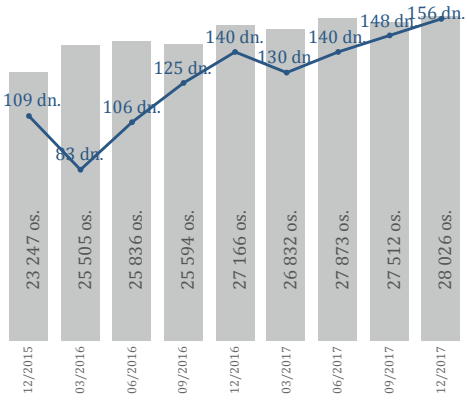
[64] Badaniem objęto zakresy świadczeń, dla których informacje o czasie oczekiwania zostały sprawozdane odnośnie co najmniej 10 miejsc udzielania świadczeń.

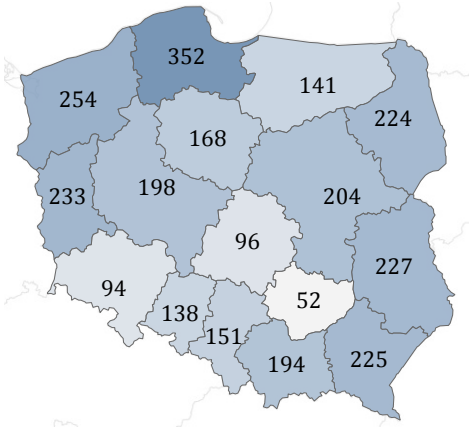
Poradnia hepatologiczna



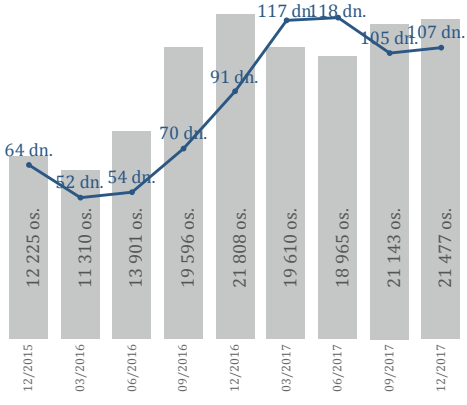


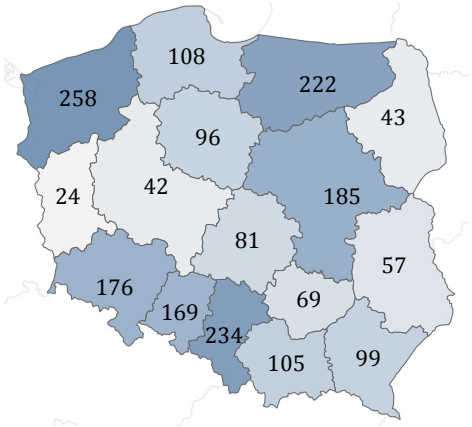
Poradnia neurochirurgiczna



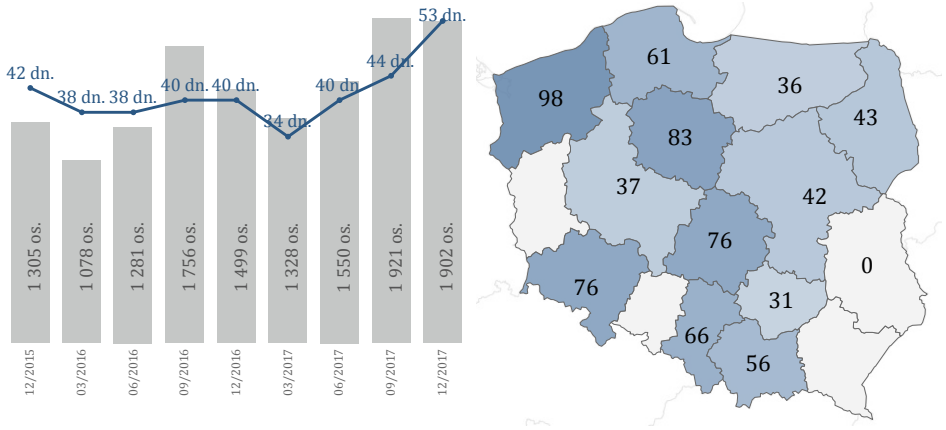


Poradnia chorób zakaźnych





Poradni chorób zakaźnych dla dzieci



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Diagnostyka obrazowa

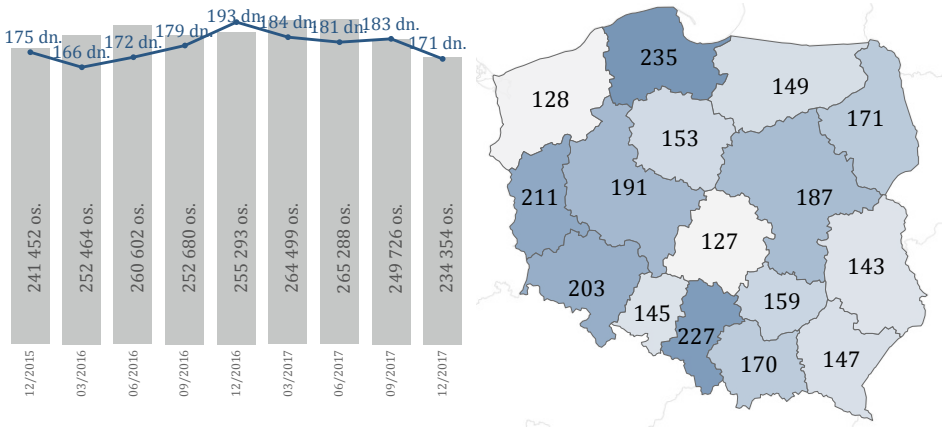
W przypadku świadczeń diagnostyki obrazowej wartość mediany czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia dla przypadków stabilnych skróciła się:

- **o 22 dni** na świadczenia z zakresu rezonansu magnetycznego (ze 193 na 171 dni), zaś liczba osób oczekujących zmalała o 20 939 (z 255 293 do 234 354 osób). Najkrótszą wartość mediany średniego czasu oczekiwania odnotowano w województwie łódzkim (127 dni), a najdłuższą w województwie pomorskim (235 dni). Pacjenci skierowani jako przypadek pilny średnio oczekiwali 68 dni. Najkrócej w województwie zachodniopomorskim (30 dni), a najdłużej tj. ponad trzy miesiące w województwie mazowieckim (106 dni);

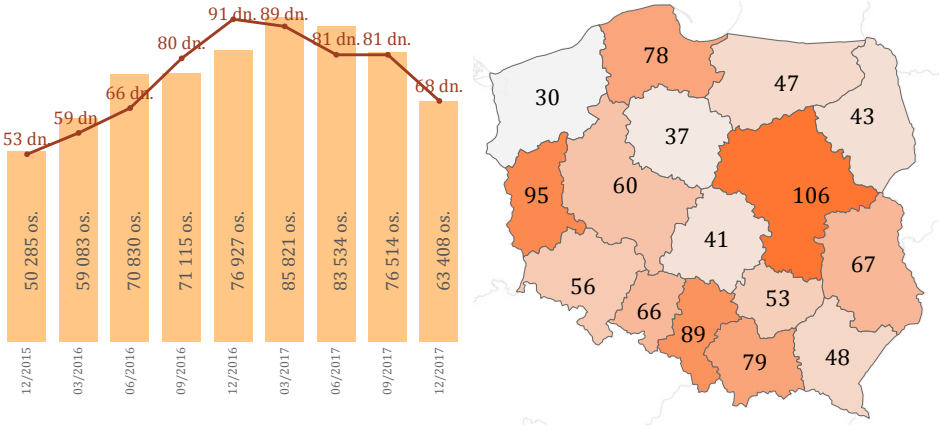
Infografika nr 13

Liczba oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia z zakresu rezonansu magnetycznego w grudniu 2017 r., z uwzględnieniem zmian od grudnia 2015 r. przypadek stabilny i pilny

Przypadek stabilny



Przypadek pilny



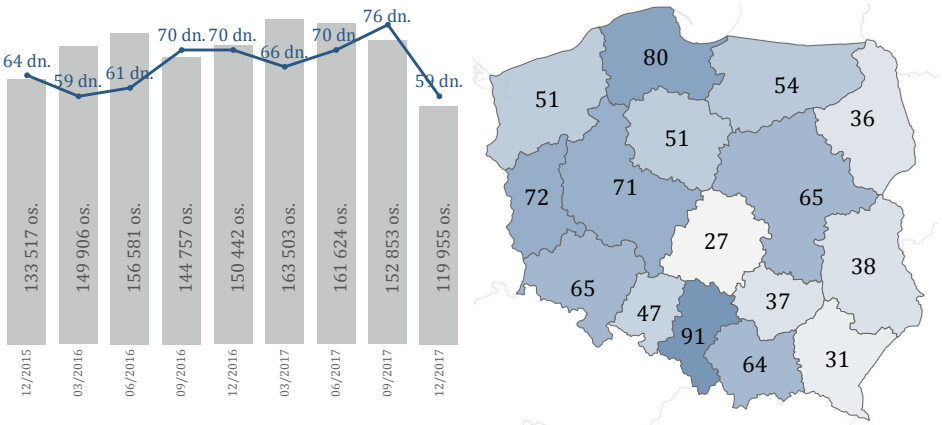
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

o 11 dni na świadczenia z zakresu tomografii komputerowej (z 70 do 59 dni), zaś liczba osób oczekujących zmalała o 30 487 (z 150 442 do 119 955 osób). Najkrótszą wartość mediany średniego czasu oczekiwania odnotowano w województwie łódzkim (27 dni), a najdłuższą, ponad trzykrotnie w województwie śląskim (91 dni). Pacjenci skierowani jako przypadek pilny średnio oczekiwali 21 dni. Najkrócej w województwie świętokrzyskim (cztery dni), a najdłużej w województwie pomorskim (36 dni), tj. w terminie dłuższym niż pacjenci oczekujący jako przypadek stabilny w województwie podlaskim;

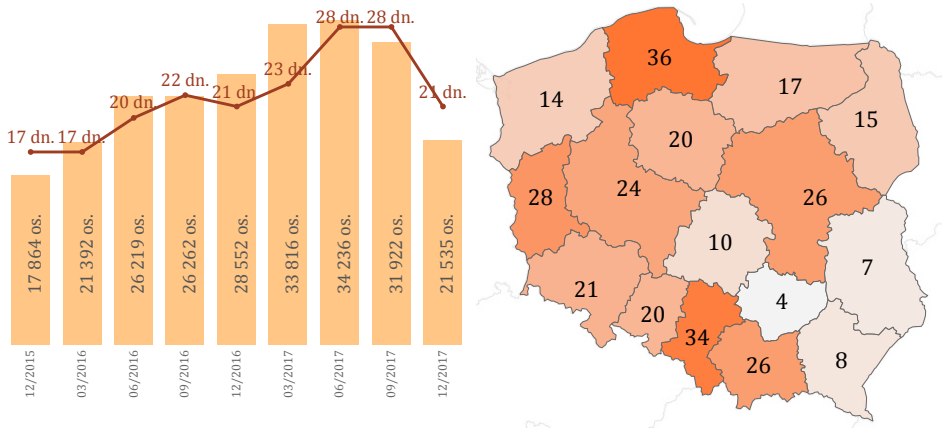
Infografika nr 14

Liczba oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia zakresu tomografii komputerowej w grudniu 2017 r., z uwzględnieniem zmian od grudnia 2015 r. przypadek stabilny i pilny

Przypadek stabilny



Przypadek pilny



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

5.2.2. Leczenie szpitalne

Według stanu na koniec grudnia 2017 r. w leczeniu szpitalnym w komórkach organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących odnotowano najdłuższe czasy oczekiwania dla kategorii przypadek stabilny, do następujących oddziałów: chirurgii urazowo-ortopedycznej, otorynolaryngologiczne, chirurgiczne ogólne, neurochirurgiczne i reumatologiczne. Wśród nich najwyższą wartość mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania odnotowano w oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej, tj. 166 dni. W 2017 r. wartość mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła w przypadku dwóch oddziałów, pozostała na tym samym poziomie w jednym oddziale, a w dwóch nastąpił spadek[65]. Natomiast liczba osób oczekujących zwiększyła się w przypadku wszystkich oddziałów.

Najdłuższe czasy oczekiwania

Najwyższe wartości mediany średniego czasu oczekiwania w grudniu 2017 r. (przypadek stabilny) odnotowano w leczeniu szpitalnym w oddziałach: leczenia oparzeń – 275, chirurgii urazowo-ortopedycznej – 166 dni, chirurgii szczękowo-twarzowej dla dzieci – 163 dni, audiologiczno-foniatryczne – 161 dni, otorynolaryngologiczne dla dzieci – 160 dni, w programach lekowych w leczeniu przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową – 125 dni.

Największe wzrosty czasów oczekiwania

W grudniu 2017 r., w porównaniu do 2016 r., największy wzrost wartości mediany czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia dla przypadków stabilnych w leczeniu szpitalnym odnotowano w zakresach świadczeń[66]:

- **o 82 dni** – leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową (z 43 do 125 dni, a jednocześnie liczba zmniejszyła się o 2526 osób (z 8622 do 6096). Jednocześnie w tym samym okresie wartość mediany średniego czasu oczekiwania na leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C pozostała na poziome 0 dni, a liczba osób oczekujących zmalała o 389 osób (z 469 do 80 osób);

[65] Czas oczekiwania wzrósł w przypadku oddziałów chirurgii urazowo-ortopedycznej i otorynolaryngologicznych, na tym samym poziomie pozostał w oddziałach chirurgicznych ogólnych, a obniżył się w oddziałach reumatologicznych i neurochirurgicznych.

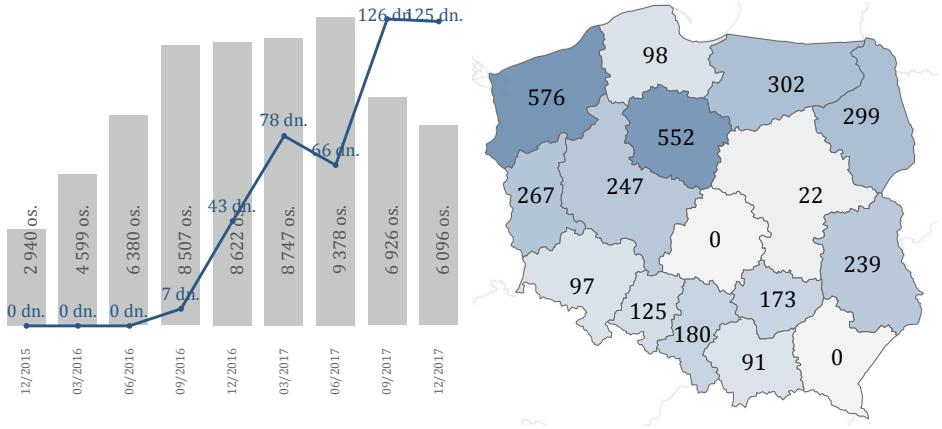
[66] Patrz przypis 64.

- **o 21 dni –** oddziale transplantologicznym (z 0 do 21 dni);
- **o 19 dni** – oddziale neurologicznym dla dzieci (z 42 do 61 dni);
- **o 16 dni** – oddziale chirurgii naczyniowej (z 45 do 61 dni);
- **o 15 dni** – oddziale chirurgii urazowo-ortopedycznej (ze 151 do 166 dni);
- **o 15 dni** – oddziale endokrynologicznym dla dzieci (z 53 do 68 dni).

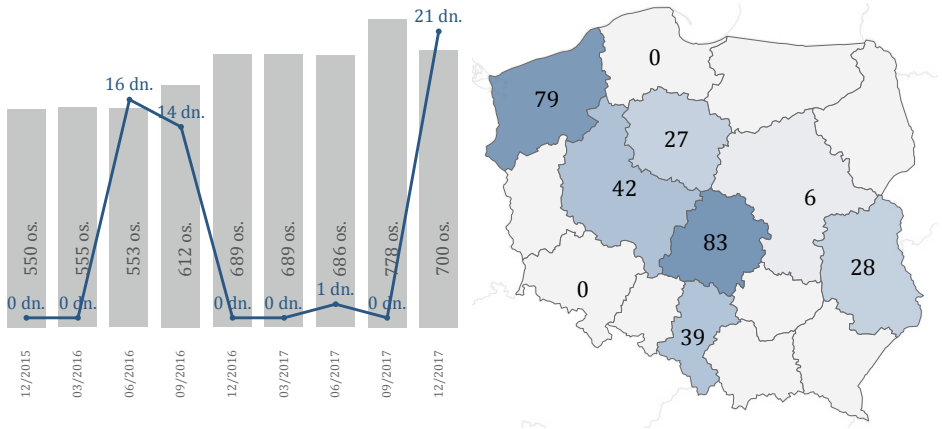
Infografika nr 15

Liczba oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia w leczeniu szpitalnym w grudniu 2017 r., z uwzględnieniem zmian od grudnia 2015 r.

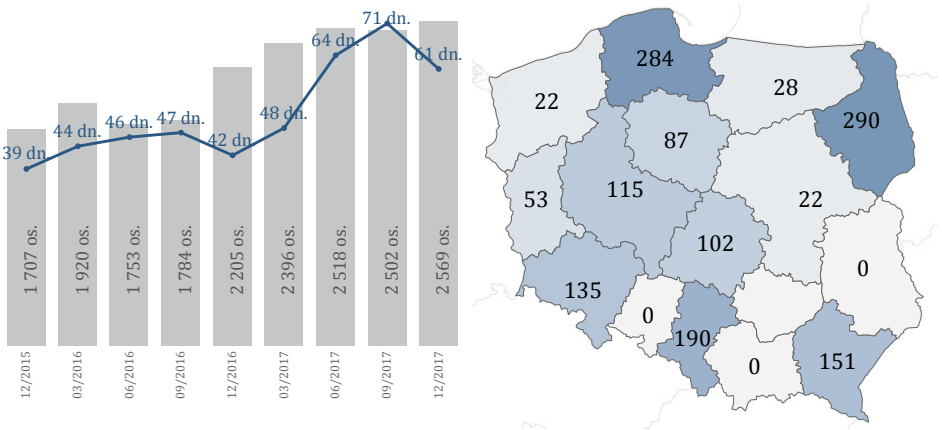
Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową



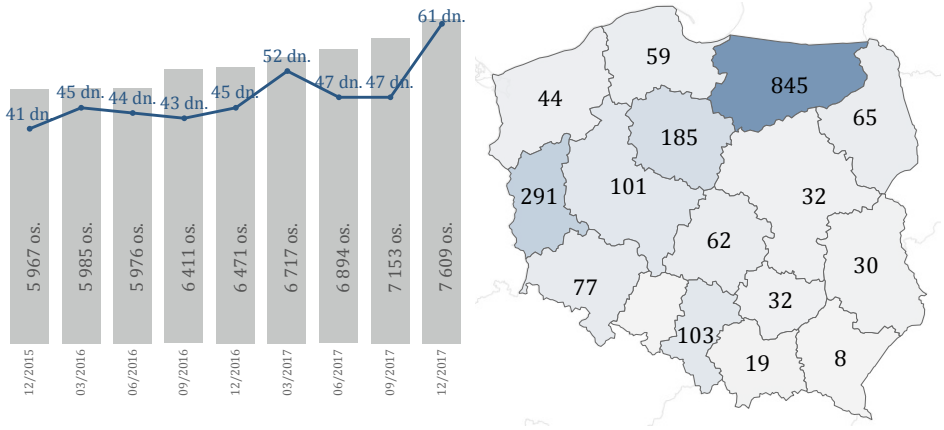
Oddział transplantologiczny



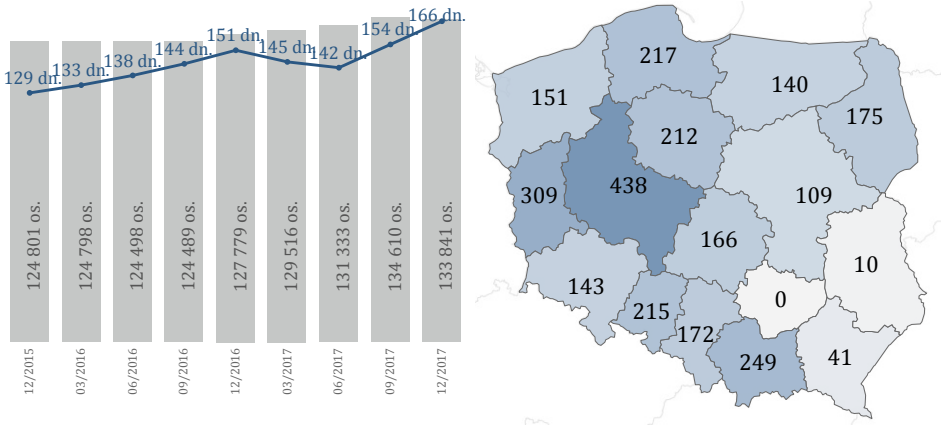
Oddział neurologiczny dla dzieci



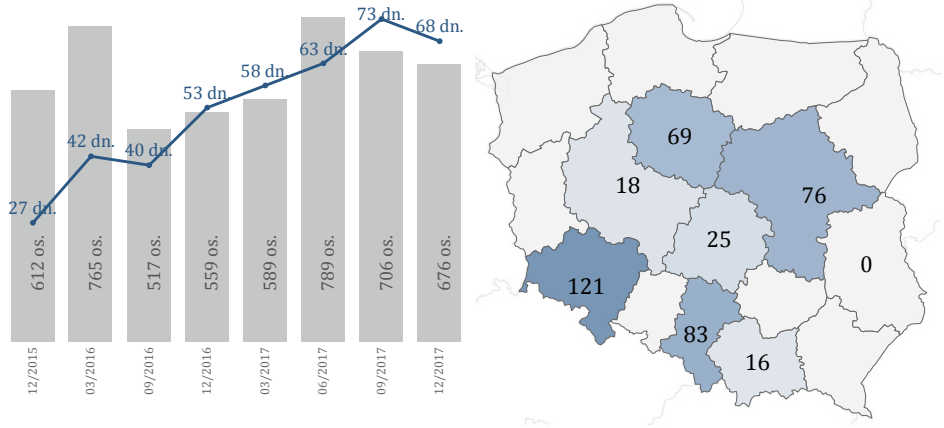
Oddział chirurgii naczyniowej



Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej



Oddział endokrynologiczny dla dzieci



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

5.2.3. Rehabilitacja lecznicza

Według stanu na koniec grudnia 2017 r. w komórkach organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących odnotowano najdłuższe czasy oczekiwania dla kategorii przypadek stabilny, do następujących komórek organizacyjnych: działy/pracownie fizjoterapii, oddziały rehabilitacyjne i rehabilitacji narządu ruchu, poradnie rehabilitacyjne oraz zakłady/ośrodki rehabilitacji leczniczej dziennej. Wśród nich najwyższą

wartość mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania odnotowano w oddziałach rehabilitacyjnych tj. 464 dni. W 2017 r. wartość mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła w przypadku jednej komórki organizacyjnej, a w czterech nastąpił spadek[67]. Natomiast liczba osób oczekujących zwiększyła się w przypadku czterech komórek organizacyjnych, a w jednej nastąpił spadek[68].

Najdłuższe czasy oczekiwania

Najwyższe wartości mediany średniego czasu oczekiwania w grudniu 2017 r. (przypadek stabilny) odnotowano, w rehabilitacji leczniczej w oddziałach: paraplegii i tetraplegii – 1209 dni, rehabilitacyjnych – 464 dni, rehabilitacji narządu ruchu – 392 dni, rehabilitacji neurologicznej – 203 dni oraz rehabilitacji pulmonologicznej – 191dni.

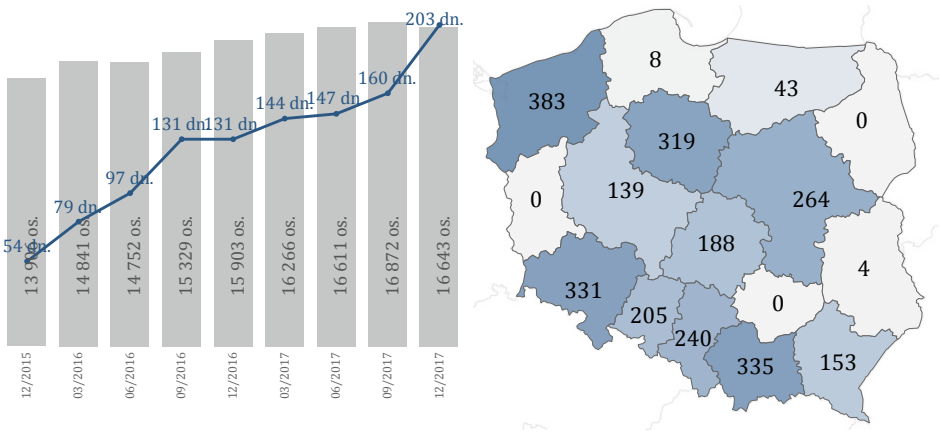
Największe wzrosty czasów oczekiwania

W grudniu 2017 r., w porównaniu do 2016 r., największy wzrost wartości mediany czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia dla przypadków stabilnych w rehabilitacji leczniczej odnotowano[69]:

- **o 72 dni** –w oddziale rehabilitacji neurologicznej (ze 131 do 203 dni),
- **o 69 dni** – w oddziale rehabilitacji pulmonologicznej (ze 122 do 191 dni),
- **o 60 dni** – w oddziale rehabilitacyjnym (z 404 do 464 dni),
- **o 34 dni** –w oddziale rehabilitacyjnym dla dzieci (z 40 do 74 dni),
- **o 21 dni** – w oddziale rehabilitacji neurologicznej dla dzieci (z 51 do 72 dni).

Infografika nr 16

Liczba oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia w rehabilitacji leczniczej w grudniu 2017 r., z uwzględnieniem zmian od grudnia 2015 r.

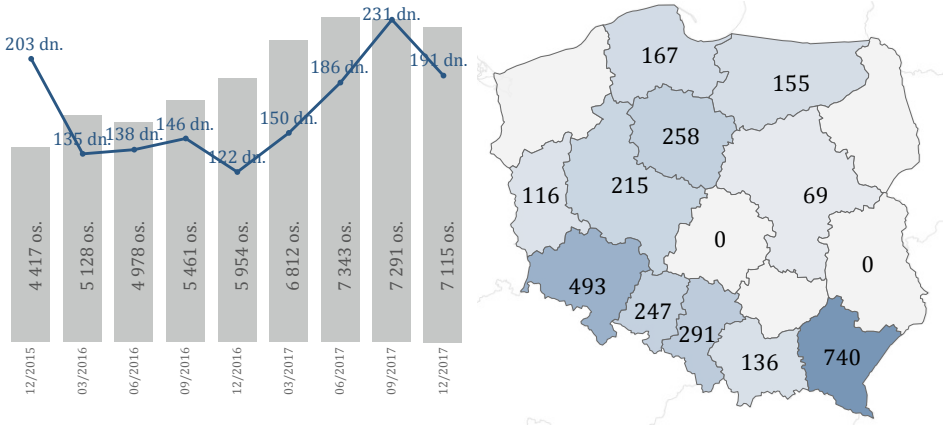


[67] Czas oczekiwania wzrósł w przypadku oddziałów rehabilitacyjnych a obniżył się w działach/pracowniach fizjoterapii, oddziałach rehabilitacji narządu ruchu, poradniach rehabilitacyjnych oraz zakłady/ośrodki rehabilitacji leczniczej dziennej.

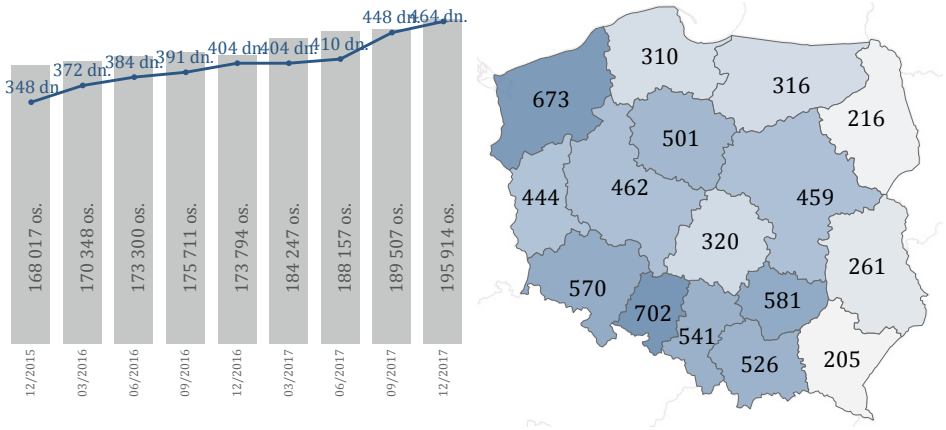
[68] Wzrost liczby osób oczekujących nastąpił w przypadku działów/pracowni fizjoterapii, oddziałów rehabilitacyjnych i rehabilitacji narządu ruchu, oraz zakładach/ośrodkach rehabilitacji leczniczej dziennej, a obniżył się w poradniach rehabilitacyjnych.

[69] Patrz przypis 64.

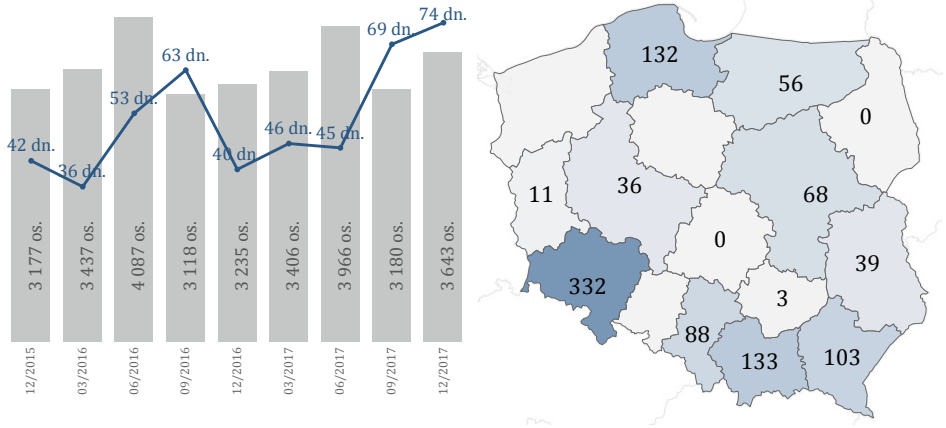
Oddział rehabilitacji pulmonologicznej



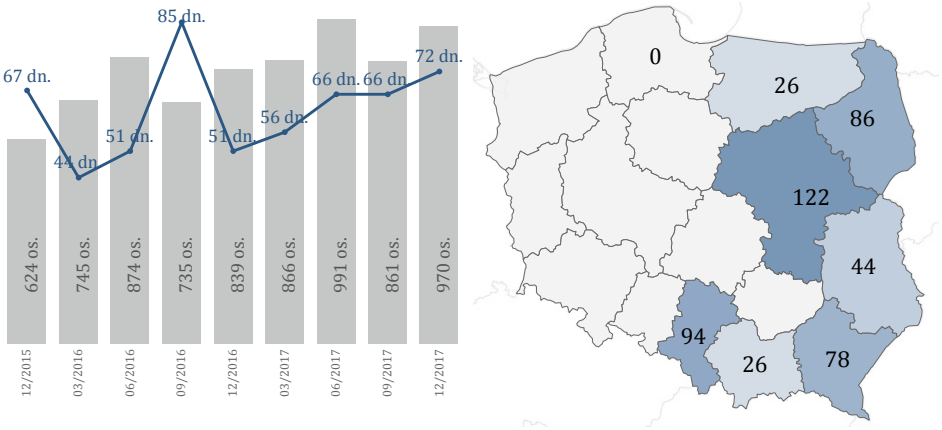
Oddział rehabilitacyjny



Oddział rehabilitacyjny dla dzieci



Oddział rehabilitacji neurologicznej dla dzieci



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

5.2.4. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Według stanu na koniec grudnia 2017 r. odnotowano najdłuższe czasy oczekiwania dla kategorii przypadek stabilny do następujących komórek organizacyjnych: poradnie zdrowia psychicznego, zdrowia psychicznego dla dzieci, terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia, dla osób z autyzmem dziecięcym oraz w oddziałach leczenia zaburzeń nerwicowych. Wśród nich najwyższą wartość mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania odnotowano w poradniach dla osób z autyzmem dziecięcym, tj. 34 dni. W 2017 r. wartość mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania w przypadku jednej komórki organizacyjnej pozostała na tym samym poziomie co w 2016 r, a w czterech nastąpił spadek[70]. Natomiast liczba osób oczekujących zwiększyła się w przypadku czterech komórek organizacyjnych, a w jednej nastąpił spadek[71].

Najdłuższe czasy oczekiwania

Najwyższe wartości mediany średniego czasu oczekiwania w grudniu 2017 r. (przypadek stabilny) w opiece psychiatrycznej i leczenia uzależnień odnotowano w: zespołach leczenia środowiskowego (domowego) dla osób z autyzmem – 809 dni, oddziałach odwykowych o wzmocnionym zabezpieczeniu dla dzieci – 68 dni, zakładach/oddziałach pielęgnacyjno-opiekuńcze psychiatrycznych – 50 dni, poradniach psychogeriatrycznych – 48, a w poradniach dla osób z autyzmem dziecięcym – 34 dni.

Największe wzrosty czasów oczekiwania

W grudniu 2017 r., w porównaniu do 2016 r., największy wzrost wartości mediany czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia dla przypadków stabilnych w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień odnotowano[72]:

[70] Czas oczekiwania pozostał na tym samym poziomie w przypadku poradni terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia, a obniżył się w poradniach zdrowia psychicznego, zdrowia psychicznego dla dzieci, dla osób z autyzmem dziecięcym oraz w oddziałach leczenia zaburzeń nerwicowych.

[71] Wzrost liczby osób oczekujących nastąpił w przypadku poradni: zdrowia psychicznego dla dzieci, terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia, dla osób z autyzmem dziecięcym oraz w oddziałach leczenia zaburzeń nerwicowych, a obniżył się w poradniach zdrowia psychicznego.

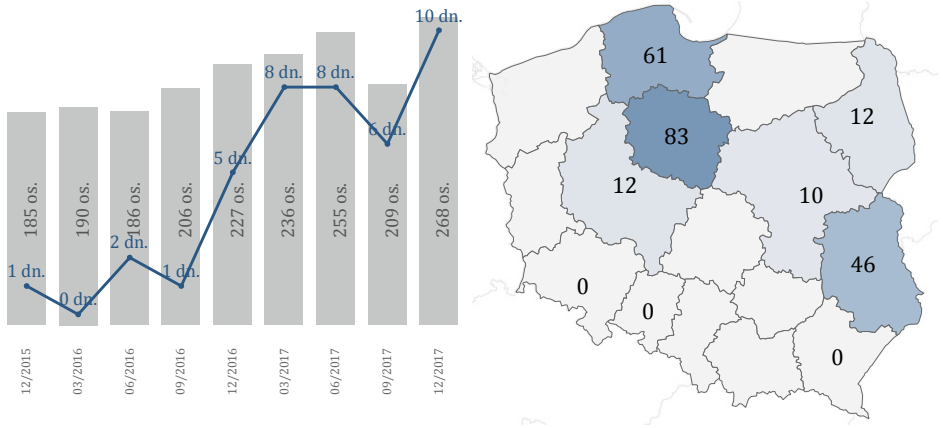
[72] Patrz przypis 64.

- **o 5 dni** – w oddziale dziennym psychogeriatrycznym (z 5 do 10 dni),
- **o 5 dni** – w oddziale rehabilitacji psychiatrycznej (z 0 do 5 dni),
- **o 4 dni** – w oddziale psychiatrycznym (ogólnym) dla dzieci (z 0 do 4 dni),
- **o 3 dni** – w poradni seksuologicznej i patologii współżycia (z 7 do 10 dni),
- **o 2 dni** – w poradni leczenia nerwic (z 19 do 21 dni).

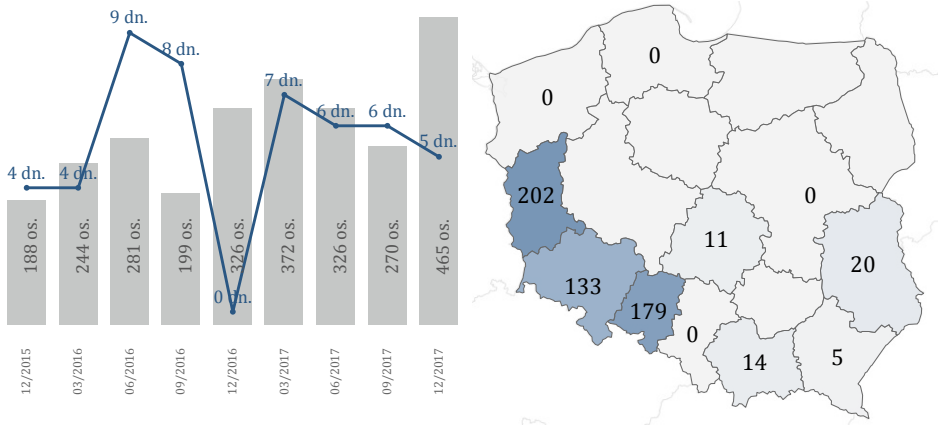
Infografika nr 17

Liczba oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień w grudniu 2017 r., z uwzględnieniem zmian od grudnia 2015 r.

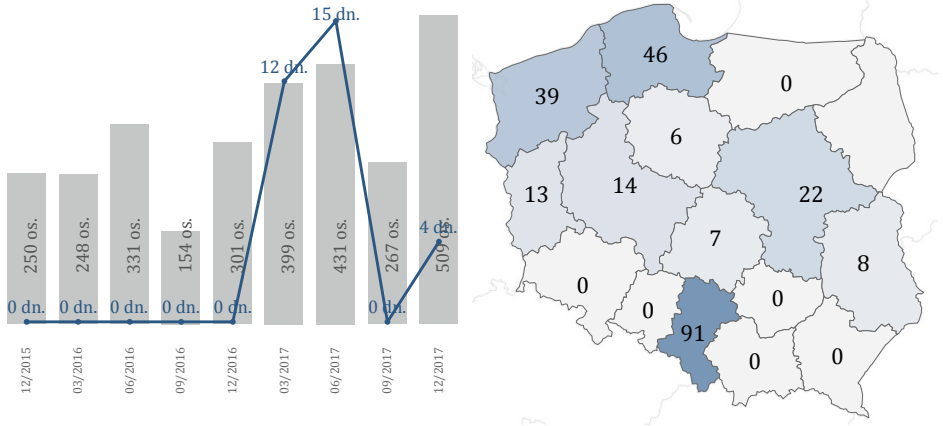
Oddział dzienny psychogeriatryczny



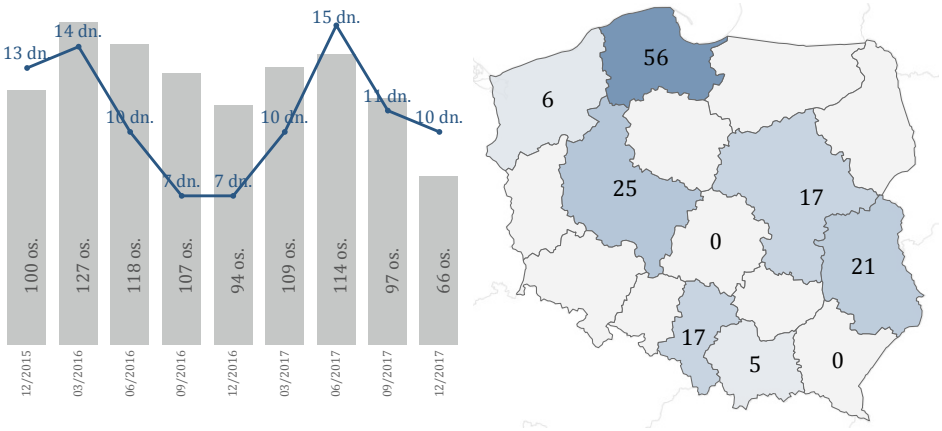
Oddział rehabilitacji psychiatrycznej



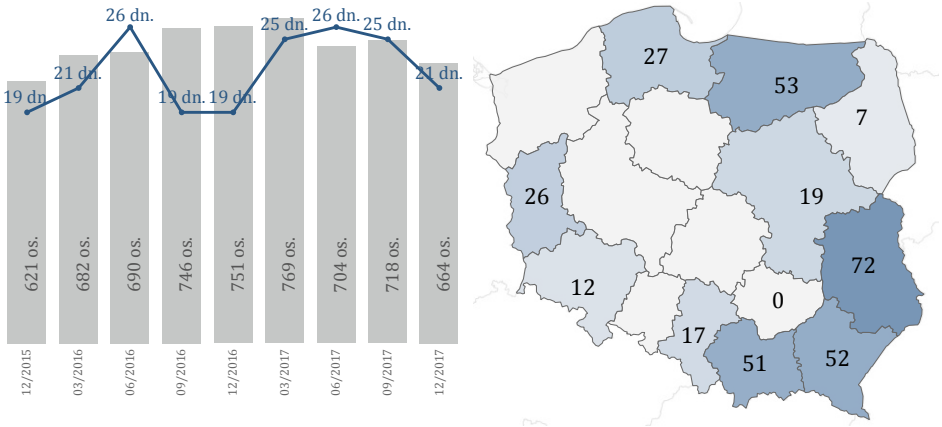
Oddział psychiatryczny (ogólny) dla dzieci



Poradni seksuologiczna i patologii współżycia



Poradnia leczenia nerwic



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

5.2.5. Świadczenia z odrębnych listy oczekujących

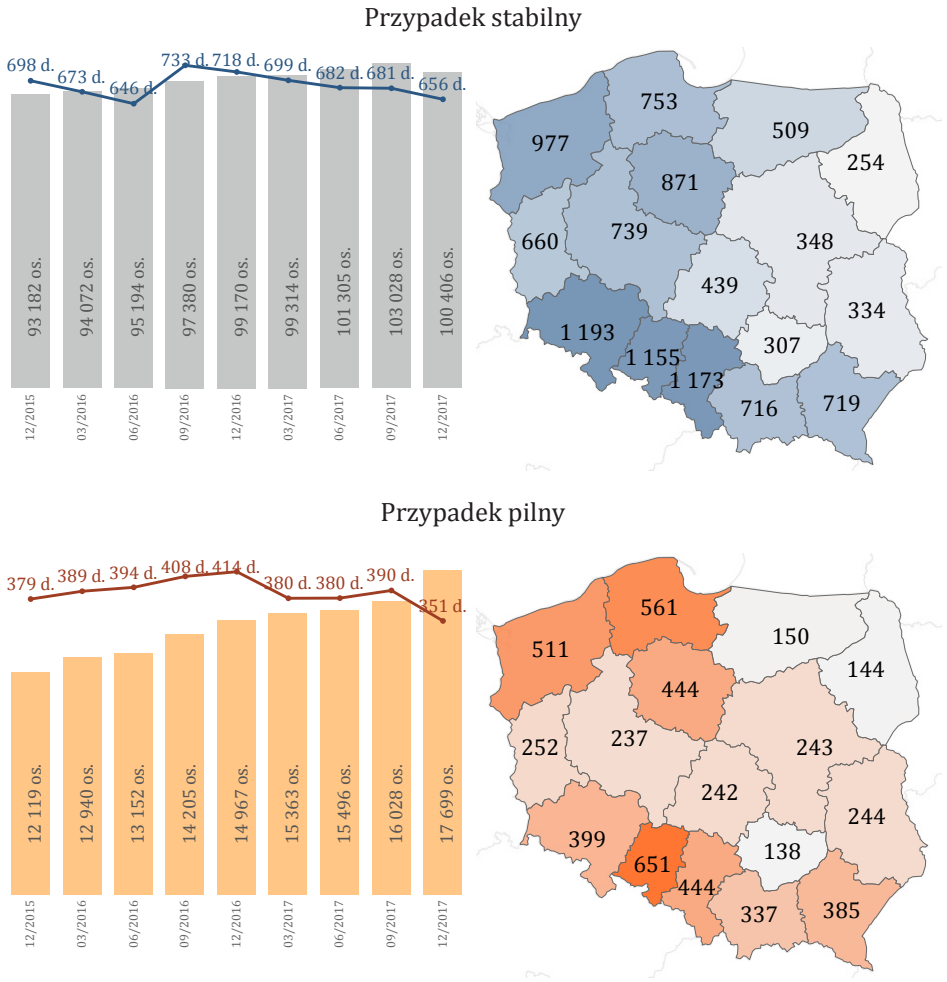
Wybrane świadczenia opieki zdrowotnej, na które są prowadzone odrębne listy oczekujących

Wśród procedur medycznych, na które są prowadzone odrębne listy oczekujących, długie średnie rzeczywiste czas oczekiwania na koniec 2017 r. (przypadek stabilny) zostały odnotowane m.in. na świadczenia:

- **656 dni** – endoprotezoplastyka stawu kolanowego. Średni rzeczywisty czas oczekiwania skrócił się o 62 dni (z 718 do 656 dni), ale jednocześnie liczba oczekujących wzrosła o 1236 osoby (z 99 170 do 100 406 osób). Najkrótszy średni czas oczekiwania odnotowano w województwie podlaskim (254 dni), zaś najdłuższy, ponad czterokrotnie wyższy, w województwie dolnośląskim (1193 dni). Pacjenci skierowani jako przypadek pilny średnio oczekiwali 351 dni. Najkrócej w województwie świętokrzyskim (138 dni), a najdłużej w województwie opolskim (651 dni), tj. ponad rok dłużej niż pacjenci oczekujący jako przypadek stabilny w województwie podlaskim.

Infografika nr 18

Liczba oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia endoprotezoplastyki stawu kolanowego w grudniu 2017 r., z uwzględnieniem zmian od grudnia 2015 r. przypadek stabilny i pilny

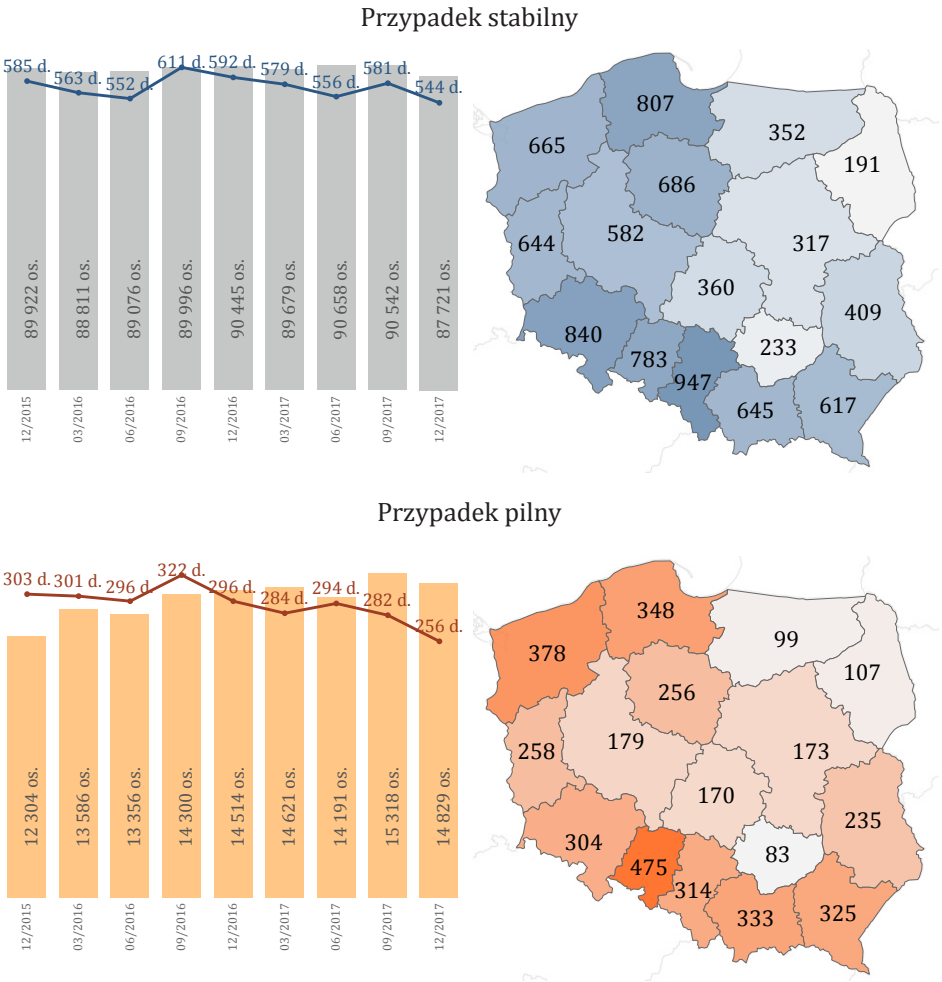


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

- **544 dni** – endoprotezoplastyka stawu biodrowego średni czas oczekiwania o 48 dni (z 592 do 544 dni), zaś liczba pacjentów oczekujących spadła o 2724 (z 90 445 do 87 721 osób). Najkrótszy średni czas oczekiwania odnotowano w województwie podlaskim (191 dni), zaś najdłuższy, blisko pięciokrotnie, tj. ponad dwa lata wyższy, w województwie śląskim (947 dni). Pacjenci skierowani jako przypadek pilny średnio oczekiwali 256 dni. Najkrócej w województwie świętokrzyskim (83 dni), a najdłużej w województwie opolskim (475 dni), tj. dwu i półkrotnie dłużej niż pacjenci oczekujący jako przypadek stabilny w województwie podlaskim.

Infografika nr 19

Liczba oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego w grudniu 2017 r., z uwzględnieniem zmian od grudnia 2015 r. przypadek stabilny i pilny

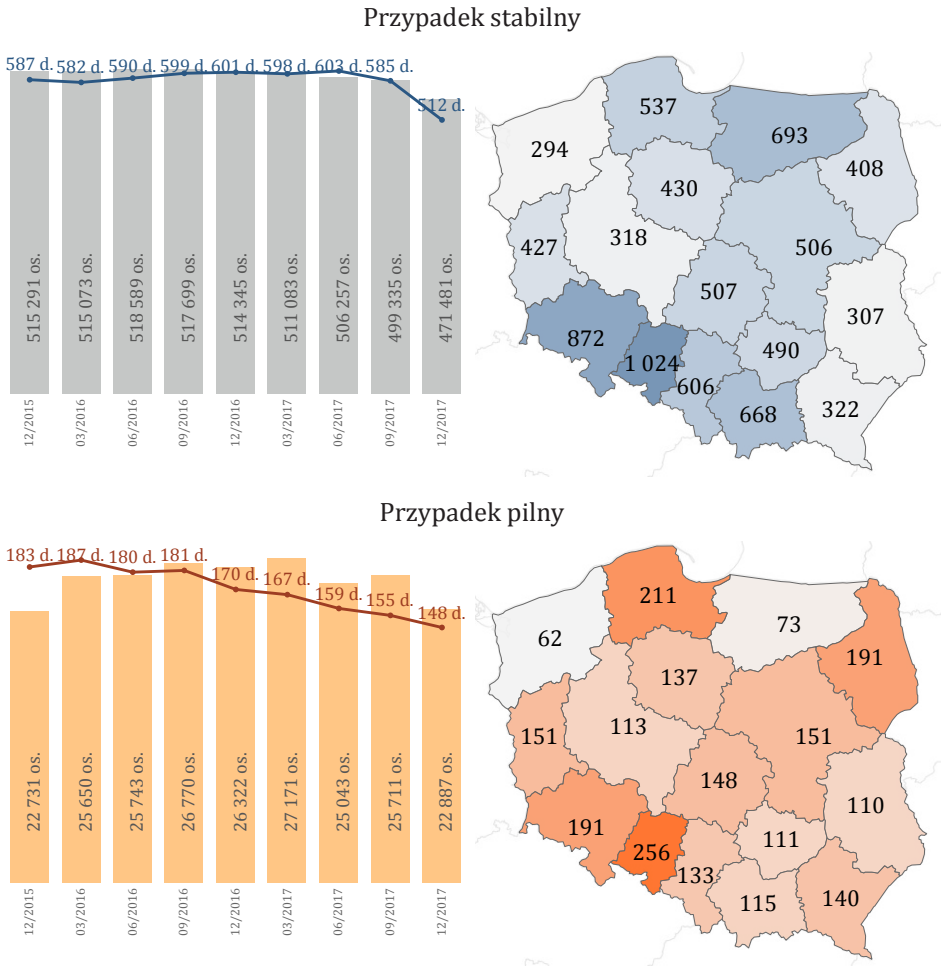


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

- **512 dni** – zabiegi w zakresie soczewki – zaćma. Średni rzeczywisty czas oczekiwania skrócił się o 89 dni (z 601 do 512 dni), a liczba osób oczekujących zmniejszyła się o 42 864 osoby (z 514 345 do 471 481 osób). Najkrótszy średni czas oczekiwania odnotowano w województwie zachodniopomorskim (294 dni), zaś najdłuższy, ponad trzykrotnie, tj. o dwa lata wyższy w województwie opolskim (1 024 dni). Pacjenci skierowani jako przypadek pilny średnio oczekiwali 148 dni. Najkrócej w województwie zachodniopomorskim (62 dni), a najdłużej w województwie opolskim (256 dni), tj. w terminie podobnym co pacjenci w województwie, zachodniopomorskim skierowani jako przypadki stabilne.

Infografika nr 20

Liczba oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia w zakresie soczewki – zaćma w grudniu 2017 r., z uwzględnieniem zmian od grudnia 2015 r. przypadek stabilny i pilny



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Dane OECD zaćma, endoprotezoplastyka stawu biodrowego i kolanowego

Zgodnie z danymi OECD za 2016 r. [73], w przypadku endoprotezoplastyki stawu kolanowego, świadczenia te należały do grupy o najdłuższym czasie oczekiwania na ich uzyskanie spośród wszystkich analizowanych państw i wynosił 566 dni (Chile 912 dni, Estonia 488 dni), a w przypadku zaćmy i endoprotezoplastyki stawu biodrowego czasy oczekiwania w Polsce były najdłuższe. Czas oczekiwania na świadczenia zabiegi w zakresie soczewki – zaćma wynosił średnio 484 dni (Estonia 283 dni, Portugalia 120 dni), a na operacje stawu biodrowego wynosił średnio 444 dni (Chile – 399 dni i Estonii 326 dni).

- **218 dni** – z zakresu endokrynologii. Średni rzeczywisty czas oczekiwania wydłużył się o 24 dni (z 194 do 218 dni), a liczba osób oczekujących zmniejszyła się o 3072 osoby (z 108 038 do 104 966 osób). Najkrótszy średni czas oczekiwania odnotowano w województwie podkarpackim (107 dni), zaś najdłuższy, ponad trzykrotnie wyższy, w województwie dolnośląskim (369 dni). Pacjenci skierowani jako przypadek pilny śred-

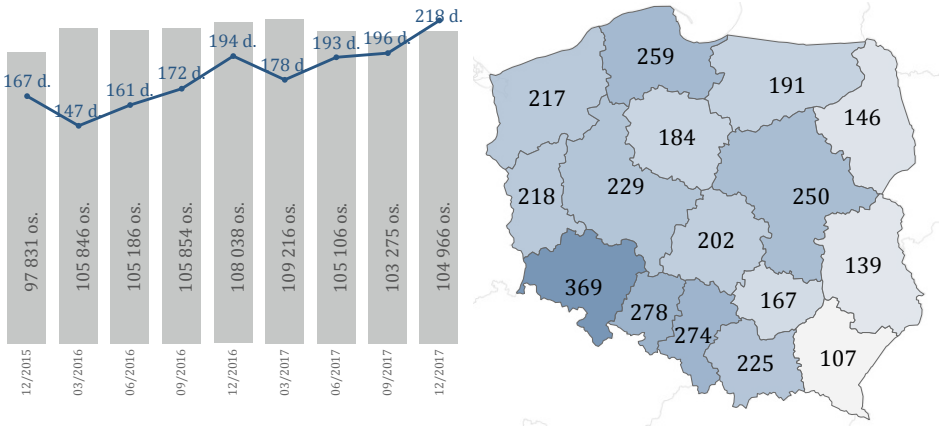
[73] Źródło danych OECD, https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT# dostęp z dnia 21 sierpnia 2018 r.

nio oczekiwali 64 dni. Najkrócej w województwie lubelskim i podkarpackim (20 dni), a najdłużej, ponad czterokrotnie dłużej, w województwie dolnośląskim (93 dni).

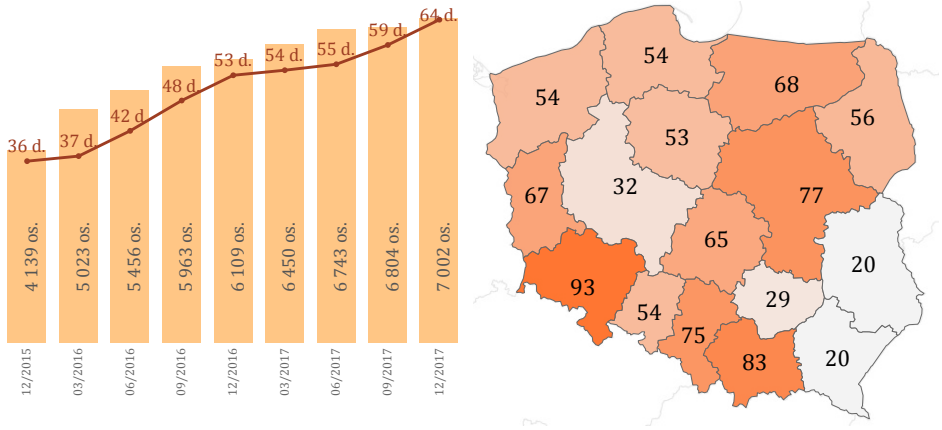
Infografika nr 21

Liczba oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia z zakresu endokrynologii w grudniu 2017 r., z uwzględnieniem zmian od grudnia 2015 r. przypadek stabilny i pilny

Przypadek stabilny



Przypadek pilny

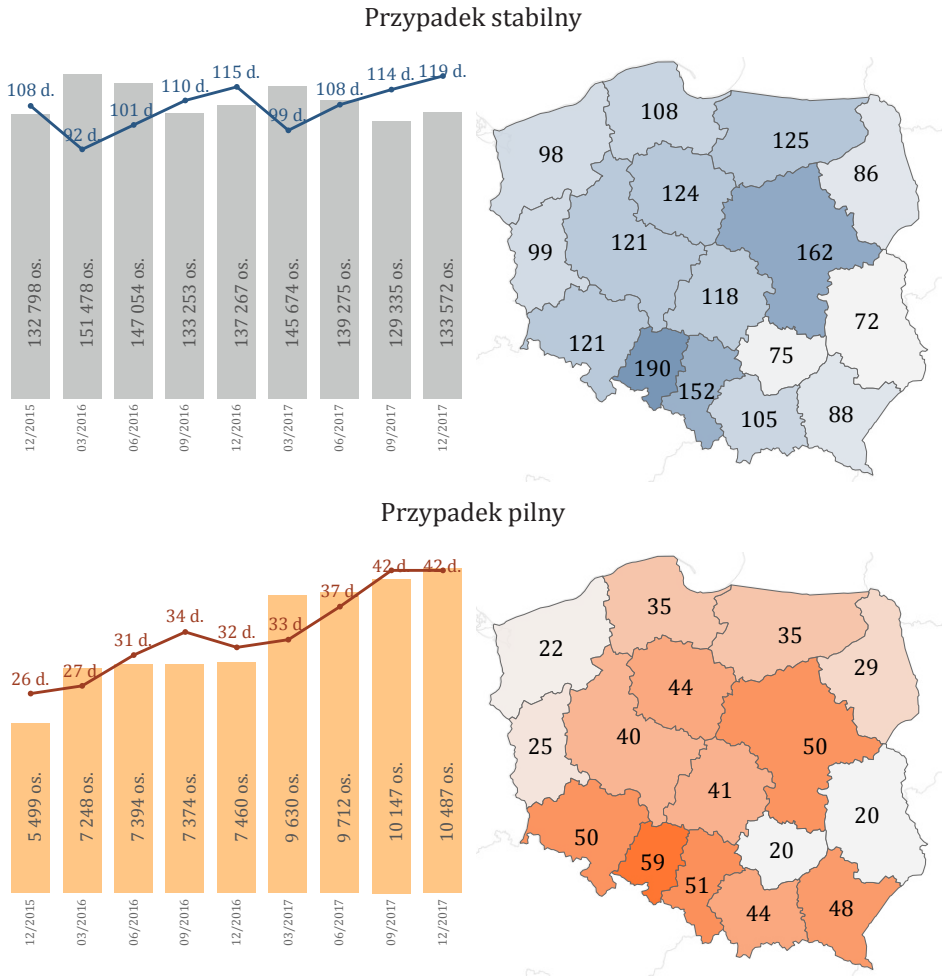


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

- **119 dni** – z zakresu kardiologii. Średni rzeczywisty czas oczekiwania wydłużył się o cztery dni (z 115 do 119 dni), a liczba osób oczekujących zmniejszyła się osób 3695 (z 137 267 do 133 572 osób). Najkrótszy średni czas oczekiwania odnotowano w województwie lubelskim (72 dni), zaś najdłuższy, ponad dwukrotnie wyższy, w województwie opolskim (190 dni). Pacjenci skierowani jako przypadek pilny średnio oczekiwali 42 dni. Najkrócej w województwie lubelskim i świętokrzyskim (20 dni), a najdłużej w opolskim (59 dni).

Infografika nr 22

Liczba oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia zakresu kardiologii w grudniu 2017 r., z uwzględnieniem zmian od grudnia 2015 r. przypadek stabilny i pilny



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Największe wzrosty czasów oczekiwania

W grudniu 2017 r., w porównaniu do 2016 r., największy wzrost średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia dla przypadków stabilnych, na które prowadzone są odrębne listy oczekujących w aplikacji AP-KOLCE średni czas oczekiwania zwiększył się w przypadku świadczeń z zakresu[74]:

- **o 71 dni** – endokrynologii realizowanych w poradni schorzeń tarczycy (ze 160 do 231 dni),
- **o 23 dni** – endokrynologii realizowanych w poradni endokrynologiczno-ginekologicznej (z 78 do 101 dni),
- **o 15 dni** – kardiologii realizowanych w poradni kardiologicznej dla dzieci (ze 114 do 129 dni),
- **o 5 dni** – w przypadku świadczeń z zakresu onkologii realizowanych w poradni profilaktyki chorób piersi (z 60 do 65 dni).

[74] Patrz przypis 64

5.2.6. Leczenie uzdrowiskowe

Osoby oczekujące na leczenie uzdrowiskowe

Na koniec IV kw. 2017 r. liczba osób oczekujących na potwierdzenie skierowania do szpitala uzdrowiskowego wynosiła 9904 osób i była niższa niż na koniec IV KW 2017 r. o 1819 osób. Na potwierdzenie skierowania do sanatorium uzdrowiskowego, na koniec IV kw. 2017 r., oczekiwało 765 168 osób[75]. W porównaniu do IV kw. 2016 r. liczba oczekujących na potwierdzenie skierowania ogółem wzrosła o 39 868 osób., w tym oczekujących do 12 miesięcy zmniejszyła się o 16 957 os., a oczekujących powyżej 12 miesięcy wzrosła o 56 824 osób (powyżej 18 do 24 miesięcy o 23 569 os., a powyżej 24 miesięcy o 25 908 osób).

NIK podobnie jak w kontroli „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2016 r. (P/17/056)" wskazuje, że leczenie uzdrowiskowe ma na celu zapobieganie rozwojowi choroby, jak również utrzymanie wyników dotychczasowego leczenia. Leczenie uzdrowiskowe w połączeniu z rehabilitacją, podjęte niezwłocznie po zakończeniu leczenia szpitalnego, utrwala jego pozytywne efekty, co w konsekwencji ogranicza przyszłe koszty systemu ochrony zdrowia spowodowane nawrotem choroby. Tymczasem liczba osób oczekujących na udzielenie świadczeń w rodzaju leczenie uzdrowiskowe w sanatorium uzdrowiskowym od 2010 r., nieprzerwanie wydłużała się, mimo wzrostu nakładów na leczenie uzdrowiskowe w latach 2010–2017 o 18,42% z kwoty 536 614,01 tys. zł w 2010 r. do 635 442,28 tys. zł w 2017 r., przy wzroście kosztów świadczeń zdrowotnych ogółem w tym okresie o 34,79%[76]. Poprawę odnotowano w przypadku oczekujących na szpital uzdrowiskowy, gdzie liczba osób oczekujących od 2010 r. zmniejszyła się o 42,36%.

Dysproporcje między województwami

Pomiędzy województwami występowały znaczne różnice w zakresie czasu oczekiwania i liczby osób oczekujących do sanatorium uzdrowiskowego np. powyżej 24 miesięcy w Śląskim oczekiwało 27 083 os., w Dolnośląskim 10 458 osób, w Małopolskim 9381 osób, Kujawsko-Pomorskim 4641 osób, w Mazowieckim 1773 osób, natomiast w Świętokrzyskim 56 osób, a w pozostałych województwach powyżej 24 m-cy oczekiwało po kilka osób lub w ogóle nie było osób oczekujących.

NFZ wystąpił do Ministra Zdrowia o zmianę rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 lipca 2011 roku w sprawie kierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową[77], m.in. w zakresie wprowadzenia dwunastomiesięcznego terminu od daty zakończenia leczenia uzdrowiskowego, po którym pacjent może złożyć kolejne skierowanie na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową dla osób dorosłych.

W ocenie NFZ wzrost liczby osób oczekujących na leczenie uzdrowiskowe spowodowany był m.in.: przeznaczeniem z planu finansowego na leczenie uzdrowiskowe środków na zwiększone koszty świadczeń realizowanych przez pielęgniarki i położne, wzrostem zainteresowania ubezpieczo-

[75] W tym liczba oczekujących, których czas oczekiwania w miesiącach wynosił do sześciu miesiącu – 198 821 os., powyżej 6 do 12 miesięcy – 227 179 os., powyżej 12 do 18 miesięcy – 181 248 os., powyżej 18 do 24 miesięcy – 104 506 os., a powyżej 24 miesięcy – 53 413 os.

[76] W 2017 r. 76 347 700,68 tys. zł , a w 2010 r. 56 643 910,37 tys. zł.

[77] Dz. U. Nr 142, poz. 835.

nych (starzenie się społeczeństwa, które poprzez leczenie uzdrowiskowe dąży do zapewnienia ciągłości rehabilitacji); brakiem ograniczeń (karencji) dot. możliwości złożenia skierowania na leczenie uzdrowiskowe bezpośrednio po powrocie z takiego leczenia; dużą liczbą osób, które nie dojechały oraz zwrotów skierowań, gdy nie ma już możliwości skierowania innych osób oczekujących, brakiem możliwości zabezpieczenia przez NFZ dodatkowej ilości świadczeń, szczególnie z powodu braku wolnego potencjału u świadczeniodawców (prowadzone remonty lub sprzedaż komercyjna).

5.3. Dysproporcje w liczbie i wartości udzielanych świadczeń pomiędzy OW NFZ

W 2017 r., podobnie jak w latach poprzednich, występowały różnice w dostępie do świadczeń pomiędzy poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi NFZ, na co NIK zwracała uwagę po kontrolach wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w poprzednich latach[78].

W 2017 r., w porównaniu do 2016 r., wartość świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych wzrosła we wszystkich rodzajach świadczeń za wyjątkiem ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w przypadku której nastąpił spadek liczby wykonanych świadczeń zarówno ogółem, jaki i w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych. Powyższe było spowodowane tym, że cześć zakresów finansowanych w 2016 r. w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w IV kwartale 2017 r., została finansowana w ramach ryczałtu PSZ.

W leczeniu szpitalnym, opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień, profilaktycznych programach zdrowotnych, rehabilitacji leczniczej w warunkach ambulatoryjnych, świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej oraz leczeniu uzdrowiskowym liczba świadczeń, w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych, pozostała na tym samym poziomie jak w 2016 r., a w przypadku pozostałych rodzajów świadczeń zwiększyła się.

Podobnie jak w latach 2011–2016, utrzymywały się dysproporcje w dostępie do świadczeń, pomiędzy poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi NFZ, mierzone zarówno ich liczbą i wartością przypadającą na 10 tys. osób uprawnionych, jak i czasem oczekiwania na ich udzielenie. Spowodowane to było w szczególności deficytem lekarzy specjalistów oraz nierównomiernym rozmieszczeniem kadry i placówek medycznych na terenie kraju.

Podstawowa opieka zdrowotna

W podstawowej opiece zdrowotnej w 2017 r. udzielonych zostało 151 570,29 tys. porad (w 2016 r. 148 242,94 tys.) obejmując 27 772,35 tys. pacjentów (w 2016 r. 27 374,544 tys.). Wartość świadczeń[79] przypadająca

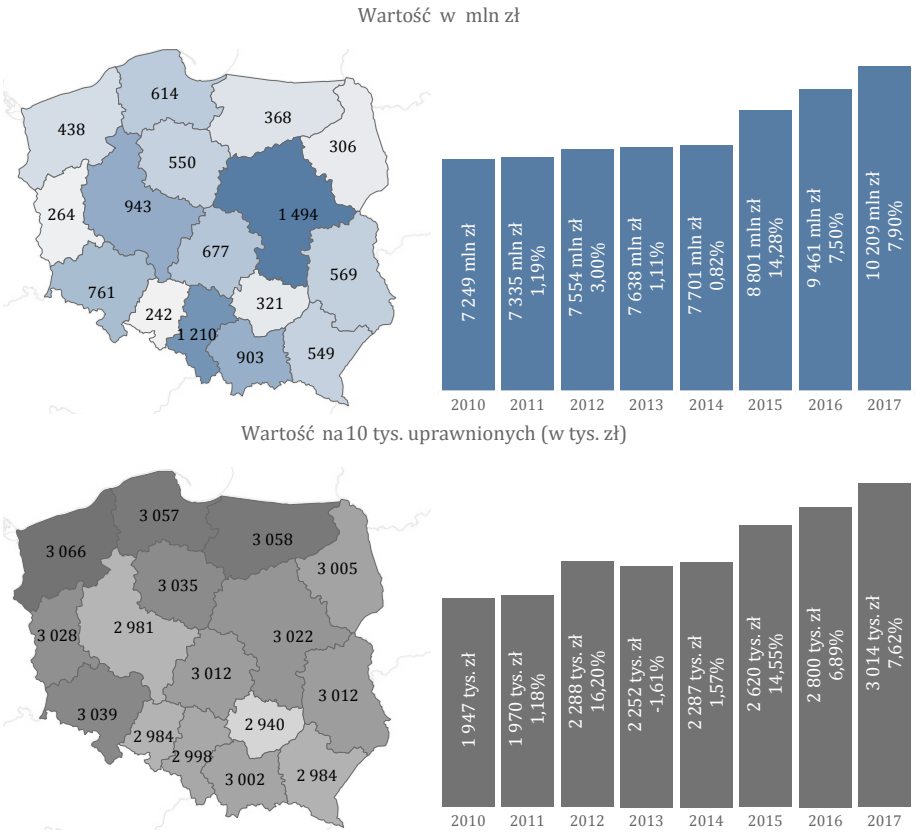
[78] Informacje o wynikach kontroli „Wykonanie planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2011 r (P/12/121)", „Wykonanie planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2012 r. (P/13/128)", „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia, w ramach planu finansowego w 2013 r. (P/14/060)", „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2014 r. (P/15/059)", „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 r. (P/16/053)", „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2016 r. (P/17/056)".

[79] Pozycja B2.1 Sprawozdania z wykonania planu finansowego w 2017 r.

na 10 tys. uprawnionych do świadczeń wynosiła średnio 3013,66 tys. zł (o 213,26 tys. zł więcej niż w 2016 r.) od 2940 tys. zł w Świętokrzyskim do 3066 tys. zł w Zachodniopomorskim.

Infografika nr 23

Wartość świadczeń ogółem i w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w latach 2010–2017 r. – podstawowa opieka zdrowotna



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ[80].

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

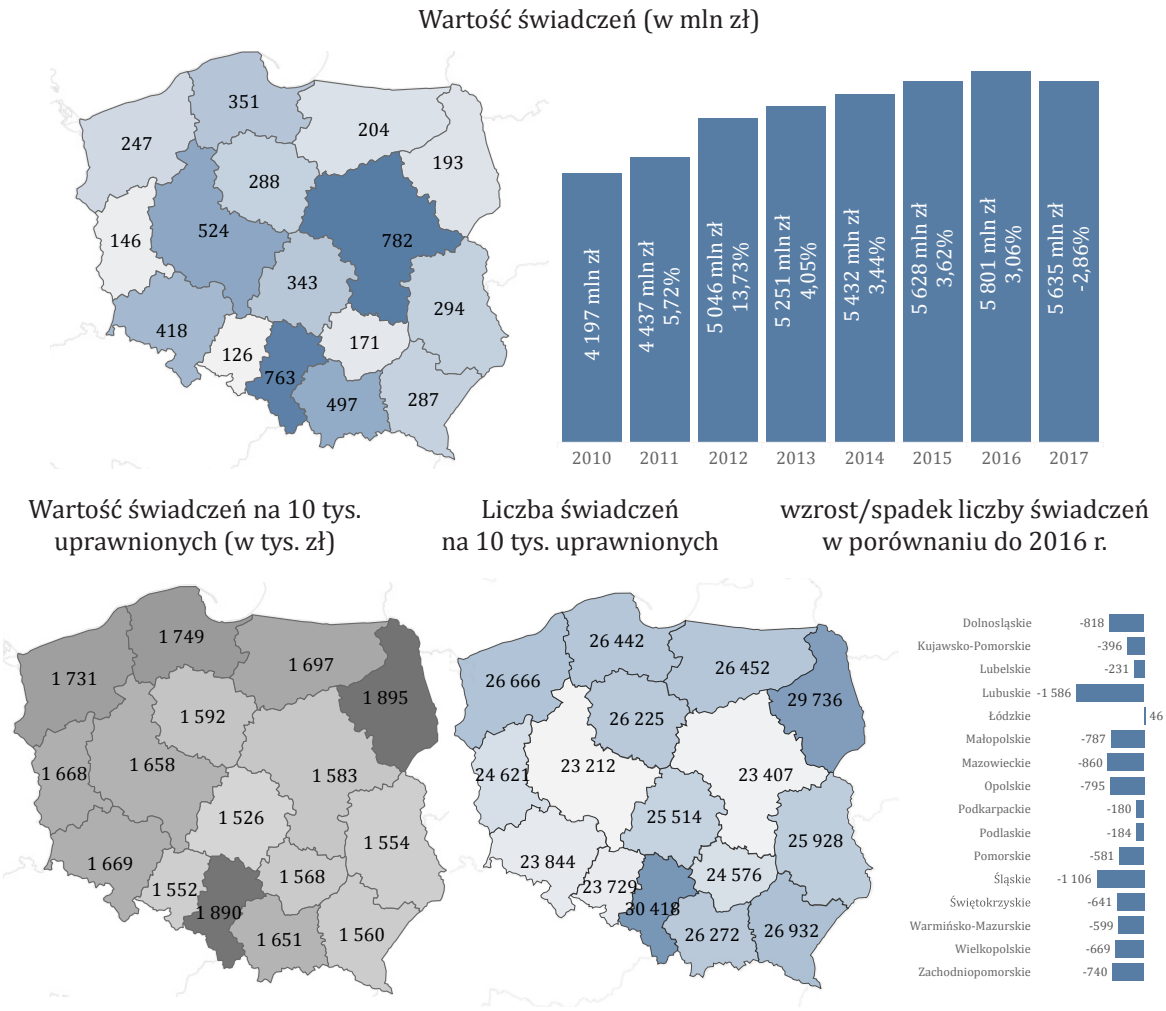
W ambulatoryjnej opiece zdrowotnej udzielono łącznie 87 488,45 tys. świadczeń (w 2016 r. 89 512,34 tys.) obejmując 17 948,77 tys. pacjentów (w 2016 r. 18 135,92 tys.). Wartość świadczeń[81] przypadająca na 10 tys. uprawnionych do świadczeń wynosiła średnio 1663 tys. zł (o 54 tys. zł mniej niż w 2016 r.) od 1526 tys. zł w Łódzkim do 1895 tys. zł w Podlaskim, a liczba świadczeń przypadająca na 10 tys. uprawnionych do świadczeń wynosiła średnio 25 826 (o 669 świadczeń mniej niż w 2016 r.), od 22 212 w Wielkopolskim OW do 30 418 w Śląskim OW.

[80] Sprawozdanie z działalności NFZ w 2017 r. oraz Sprawozdanie z wykonania planu finansowego NFZ w 2017 r.

[81] Pozycja B2.2 Sprawozdania z wykonania planu finansowego w 2017 r.

Infografika nr 24

Wartość świadczeń ogółem latach 2010–2017 r. oraz wartość i liczba świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w 2017 r. – ambulatoryjna opieka specjalistyczna



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ[82].

Spadek wartości i liczby wykonanych świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w 2017 r. w porównaniu do 2016 r. spowodowany był tym, że cześć zakresów finansowanych w 2016 r. w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w IV kwartale 2017 r. była finansowana w ramach ryczałtu PSZ.

Leczenie szpitalne

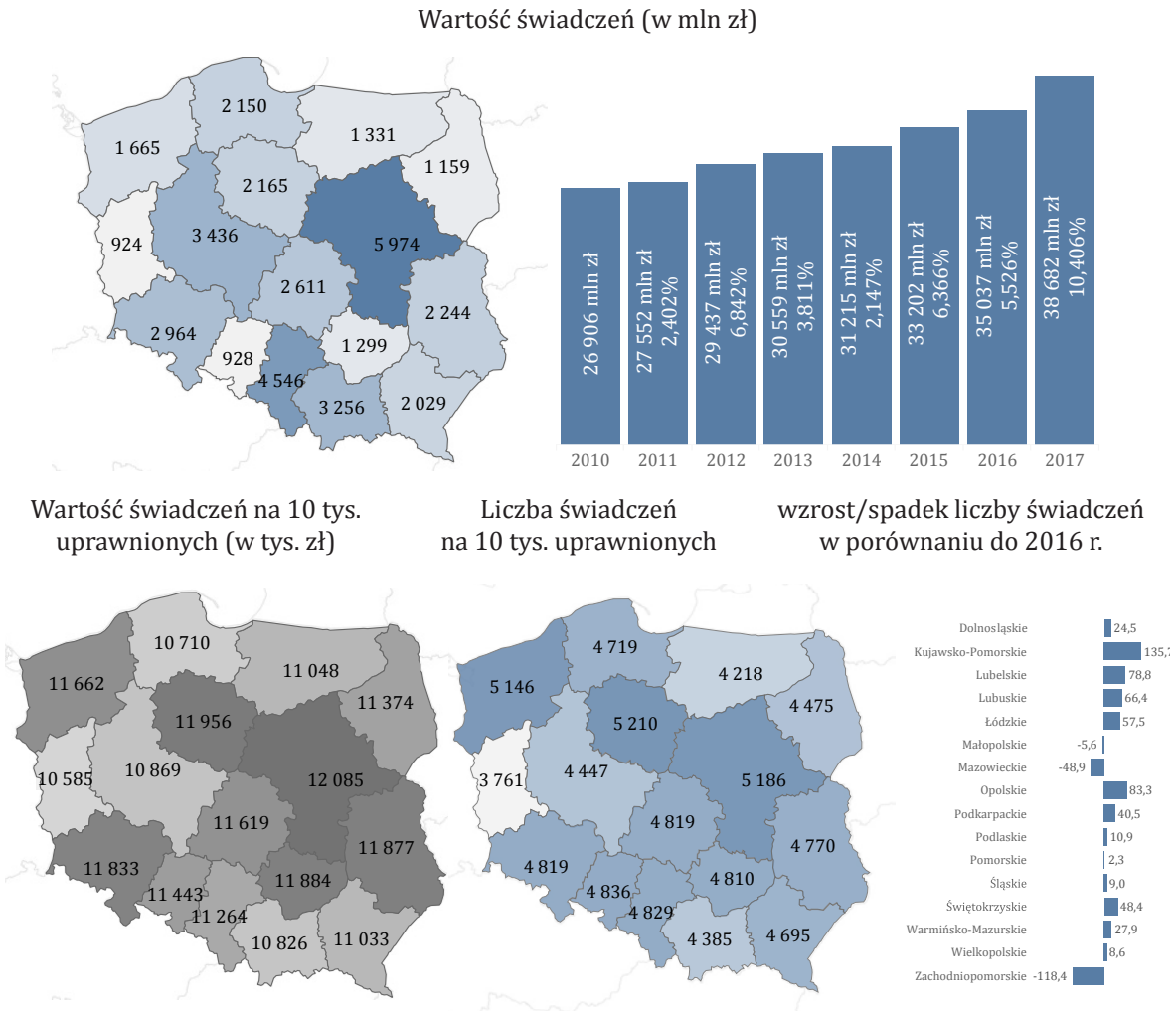
W leczeniu szpitalnym udzielono łącznie 16 127,85 tys. świadczeń (w 2016 r. 16 031,48 tys.) obejmując 9222,84 tys. pacjentów (w 2016 r. 9231,3 tys.). Wartość świadczeń[83] przypadająca na 10 tys. uprawnionych do świadczeń wynosiła średnio 11 418,62 tys. zł (o 1048,55 tys. zł więcej niż w 2016 r.) od 10 585 tys. zł w Lubuskim do 12 085 tys. zł w Mazowieckim, a liczba świadczeń przypadająca na 10 tys. uprawnionych do świadczeń wynosiła średnio 4761 (o 16 świadczeń więcej niż w 2016 r.), od 3761 w Lubuskim OW do 5210 w Kujawsko-Pomorskim OW.

82 Sprawozdanie z działalności NFZ w 2017 r. oraz Sprawozdanie z wykonania planu finansowego NFZ w 2017 r.

83 Pozycja B2.3 Sprawozdania z wykonania planu finansowego w 2017 r.

Infografika nr 25

Wartość świadczeń ogółem latach 2010–2017 r. oraz wartość i liczba świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w 2017 r. – leczenie szpitalne



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ[84].

Liczba udzielonych świadczeń na 10 tys. uprawnionych w leczeniu szpitalnym spadła w województwie małopolskim, mazowieckim i zachodniopomorskim, a w pozostałych województwach wzrosła.

Rehabilitacja lecznicza

W rehabilitacji leczniczej w warunkach ambulatoryjnych udzielono łącznie 133 287,4 tys. świadczeń (w 2016 r. 133 979,72 tys.), a w warunkach stacjonarnych 575,88 tys. (w 2016r. 3895,65 tys.[85]). Łącznie udzielono świadczeń obejmujących 3364,47 tys. pacjentów (w 2016 r. 3386,23 tys.).

Wartość świadczeń[86] przypadająca na 10 tys. uprawnionych do świadczeń wynosiła średnio 703,78 tys. zł (o 42,06 tys. zł więcej niż w 2016 r.) od 536 tys. zł w Zachodniopomorskim do 900 tys. zł w Mazowieckim,

[84] Sprawozdanie z działalności NFZ w 2017 r. oraz Sprawozdanie z wykonania planu finansowego NFZ w 2017 r.

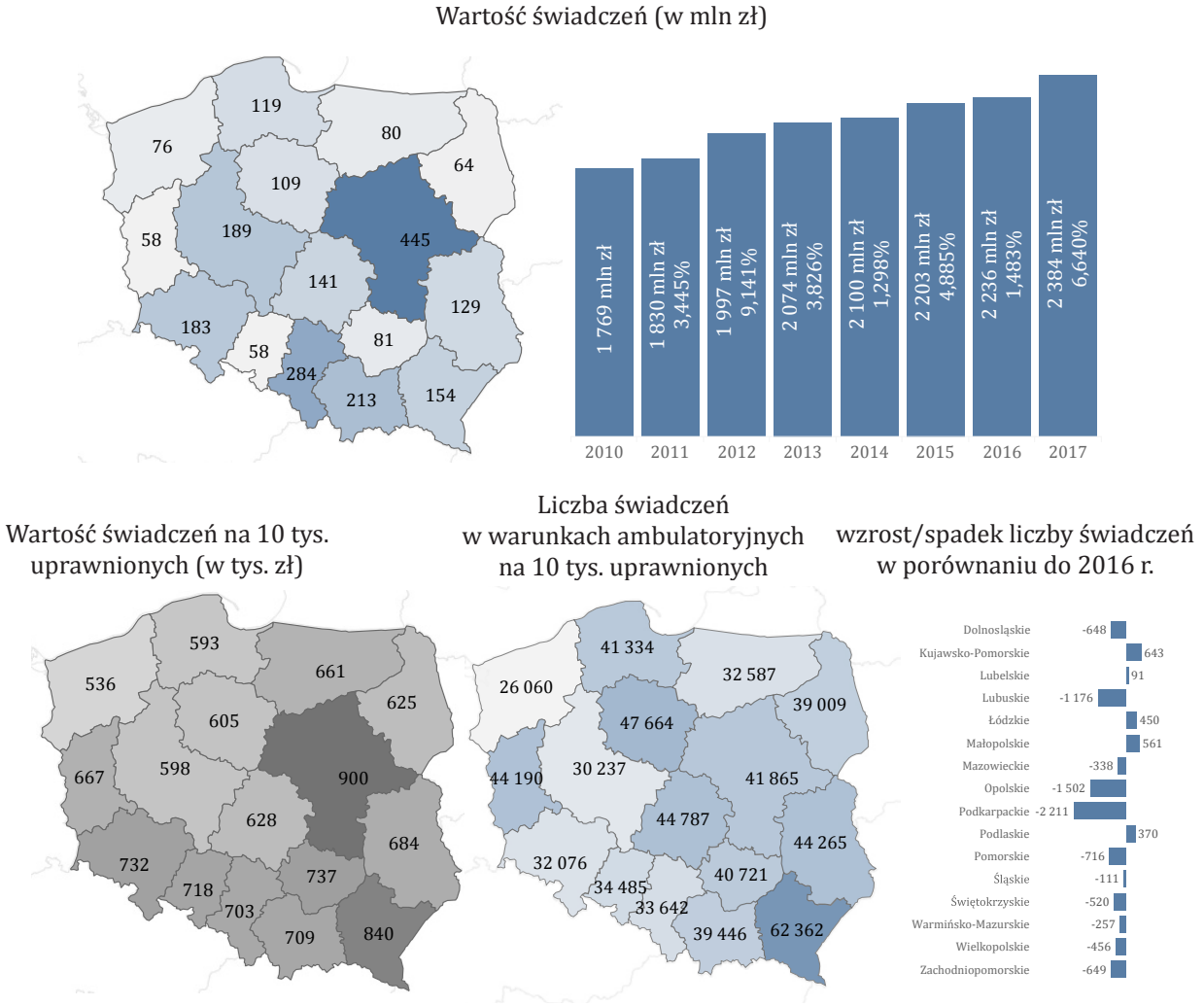
[85] Znaczna różnica między liczba świadczeń wykonanych w 2016 i 2017 r. wynika ze zmiany sposobu rozliczania świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza. W 2017 r. nastąpiła zmiana produktów rozliczeniowych z osobodni na Jednorodne Grupy Pacjentów.

[86] Pozycja B2.5 Sprawozdania z wykonania planu finansowego w 2017 r.

a liczba świadczeń w warunkach ambulatoryjnych przypadająca na 10 tys. uprawnionych do świadczeń wynosiła średnio 39 345 (o 310 świadczeń mniej niż w 2016 r.), od 26 060 w Zachodniopomorskim do 62 362 w Podkarpackim.

Infografika nr 26

Wartość świadczeń ogółem latach 2010–2017 r. oraz wartość i liczba świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w 2017 r. – rehabilitacja lecznicza



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ[87].

Najwyższa Izba Kontroli stwierdziła, że w przypadku świadczeń w warunkach ambulatoryjnych na 10 tys. uprawnionych w większości województw spadła liczba wykonanych świadczeń. Wzrost nastąpił jedynie w pięciu województwach: kujawsko-pomorskim, lubelskim, łódzkim, małopolskim i podlaskim.

Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

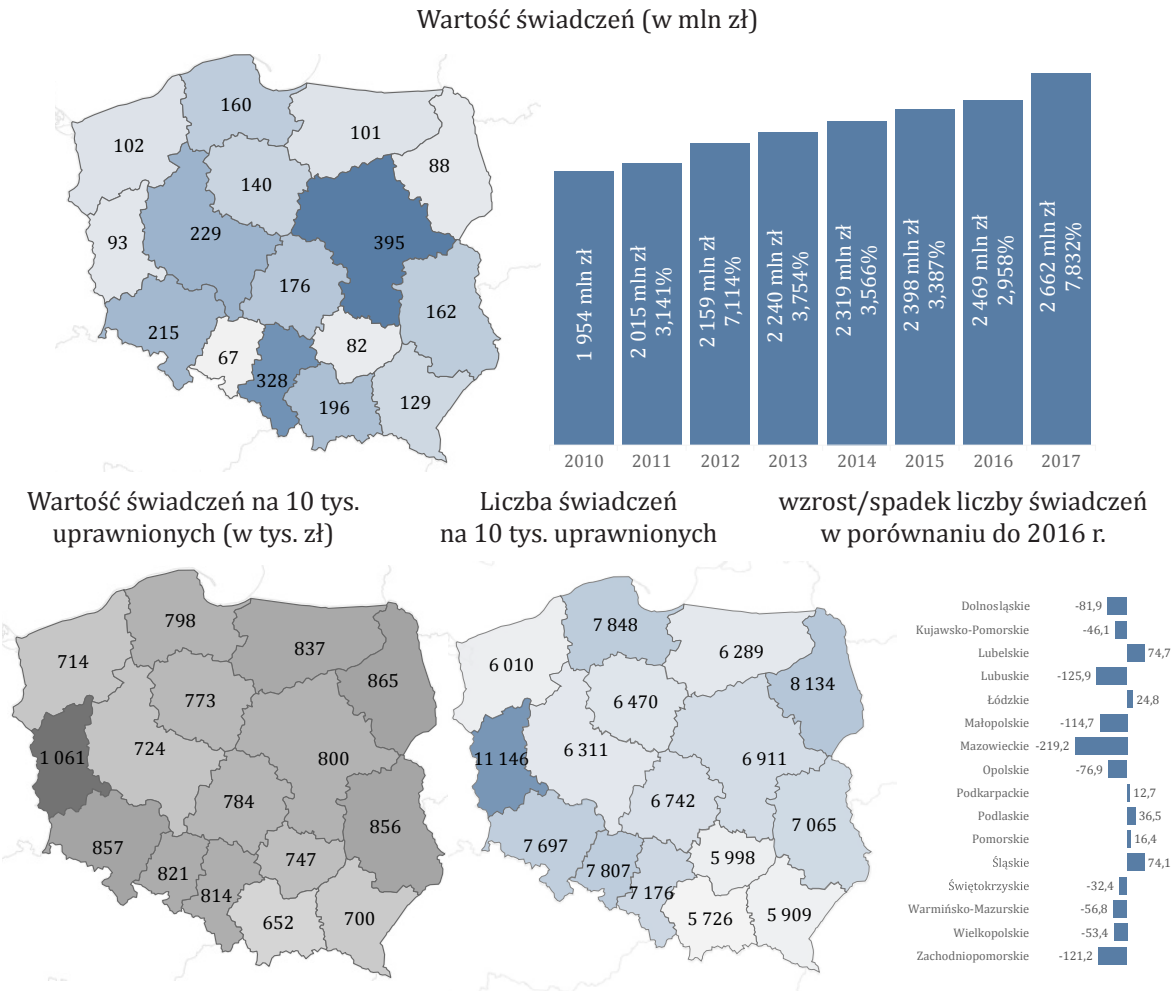
W opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień udzielono łącznie 23 348,48 tys. świadczeń (w 2016 r. 23 458,61 tys.) obejmując 1680,32 tys.

87 Sprawozdanie z działalności NFZ w 2017 r. oraz Sprawozdanie z wykonania planu finansowego NFZ w 2017 r.

pacjentów (w 2016 r. 1688,44 tys.). Wartość świadczeń[88] przypadająca na 10 tys. uprawnionych do świadczeń wynosiła średnio 785,88 tys. zł (o 55,13 tys. zł więcej niż w 2016 r.) od 652 tys. zł w Małopolskim do 1061 tys. zł w Lubuskim, a liczba świadczeń przypadająca na 10 tys. uprawnionych do świadczeń wynosiła średnio 6892 (o 51 świadczeń mniej niż w 2016 r.), od 5726 w Małopolskim do 11 146 w Lubuskim.

Infografika nr 27

Wartość świadczeń ogółem latach 2010–2017 r. oraz wartość i liczba świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w 2017 r. – opieka psychiatryczna i leczenia uzależnień



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ[89].

Liczba udzielonych świadczeń na 10 tys. uprawnionych w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień spadła w 10 województwach. Wzrost liczby świadczeń między 12,7 a 74,7 nastąpił w województwach lubelskim, łódzkim, podkarpackim, podlaskim, pomorskim i śląskim. W pozostałych województwach nastąpił spadek.

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej

W rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej udzielono łącznie 24 921,15 tys. świadczeń (w 2016 r.

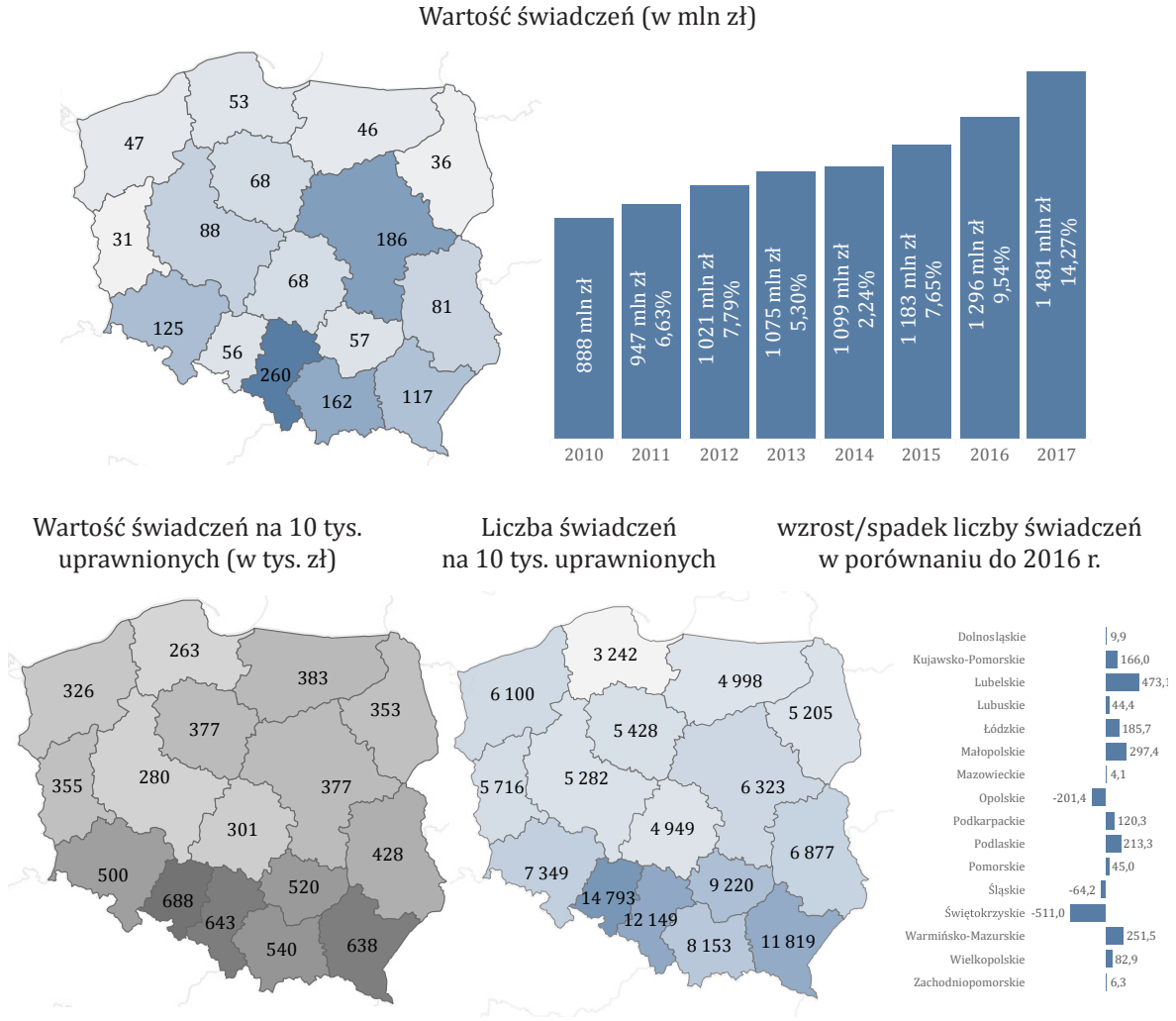
[88] Pozycja B2.4 Sprawozdania z wykonania planu finansowego w 2017 r.

[89] Sprawozdanie z działalności NFZ w 2017 r. oraz Sprawozdanie z wykonania planu finansowego NFZ w 2017 r.

24 597,51 tys.), obejmując 105,31 tys. pacjentów (w 2016 r. 111,06 tys.). Wartość świadczeń[90] przypadająca na 10 tys. uprawnionych do świadczeń wynosiła średnio 437,15 tys. zł (o 53,57 tys. zł więcej niż w 2016 r.) od 263 tys. zł w Pomorskim do 688 tys. zł w Opolskim, a liczba świadczeń przypadająca na 10 tys. uprawnionych do świadczeń wynosiła średnio 7356 (o 76 świadczeń więcej niż w 2016 r.), od 3242 w Pomorskim do 14 793 w Opolskim.

Infografika nr 28

Wartość świadczeń ogółem latach 2010–2017 r. oraz wartość i liczba świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w 2017 r. – opieka długoterminowa



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ[91].

Liczba udzielonych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, w ramach opieki długoterminowej, na 10 tys. uprawnionych spadła w trzech województwach opolskim, śląskim i świętokrzyskim, a w pozostałych wzrosła.

[90] Pozycja B2.6 Sprawozdania z wykonania planu finansowego w 2017 r.

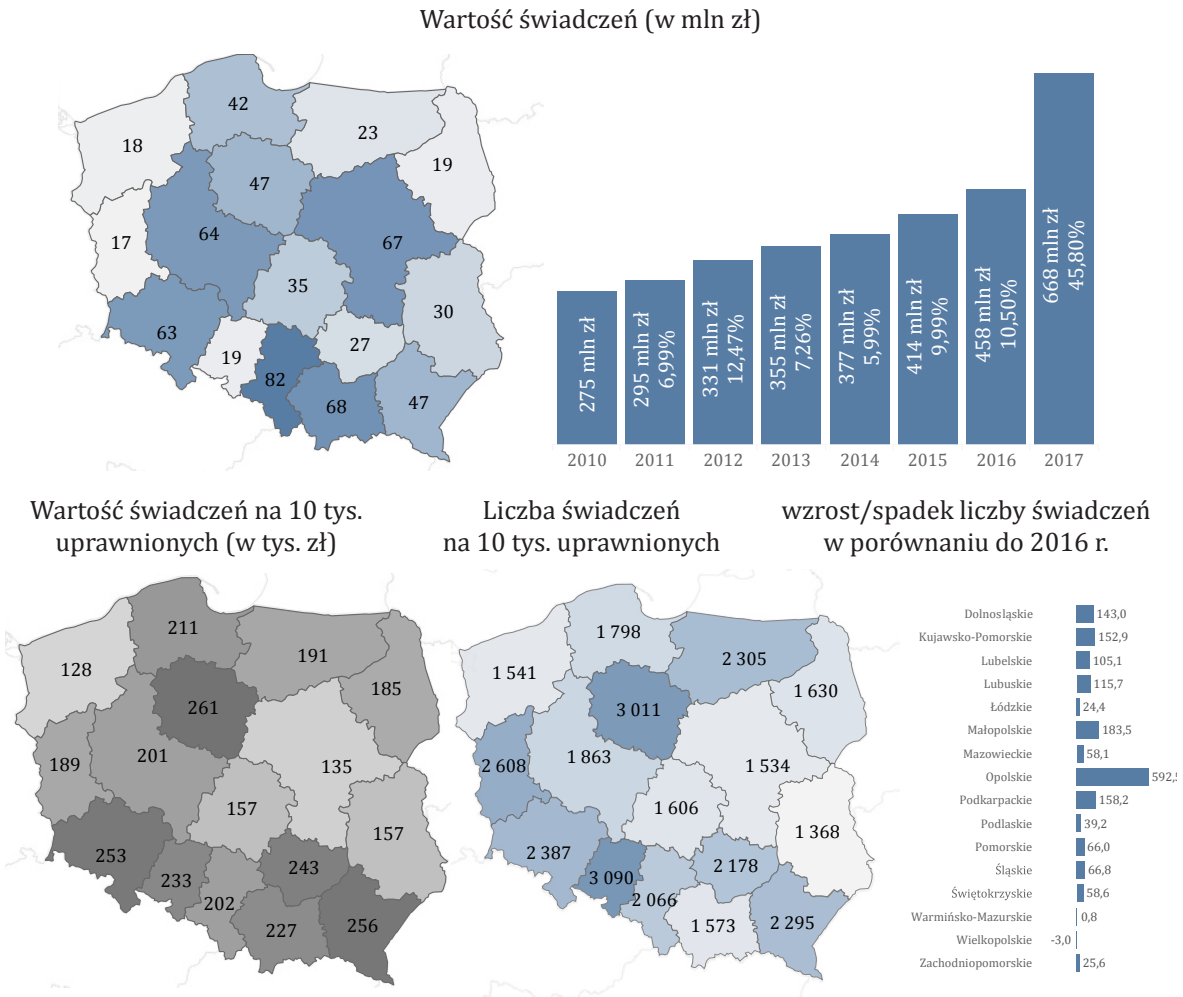
[91] Sprawozdanie z działalności NFZ w 2017 r. oraz Sprawozdanie z wykonania planu finansowego NFZ w 2017 r.

Opieka paliatywna i hospicyjna

W rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna udzielono łącznie 6579,90 tys. świadczeń (w 2016 r. 6252,29 tys.), obejmując 92,27 tys. pacjentów (w 2016 r. 88,96 tys.). Wartość świadczeń[92] przypadająca na 10 tys. uprawnionych do świadczeń wynosiła średnio 197,07 tys. zł (o 61,54 tys. zł więcej niż w 2016 r.) od 128 tys. zł w Zachodniopomorskim do 261 tys. zł w Kujawsko-Pomorskim, a liczba świadczeń przypadająca na 10 tys. uprawnionych do świadczeń wynosiła średnio 1942 (o 92 świadczenia więcej niż w 2016 r.), od 1368 w Lubelskim do 3090 w Opolskim.

Infografika nr 29

Wartość świadczeń ogółem latach 2010–2017 r. oraz wartość i liczba świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w 2017 r. – opieka paliatywna i hospicyjna



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ[93].

Liczba udzielonych świadczeń przypadająca na 10 tys. uprawnionych spadła jedynie w województwie wielkopolskim, a w pozostałych województwach wzrosła.

[92] Pozycja B2.7 Sprawozdania z wykonania planu finansowego w 2017 r.

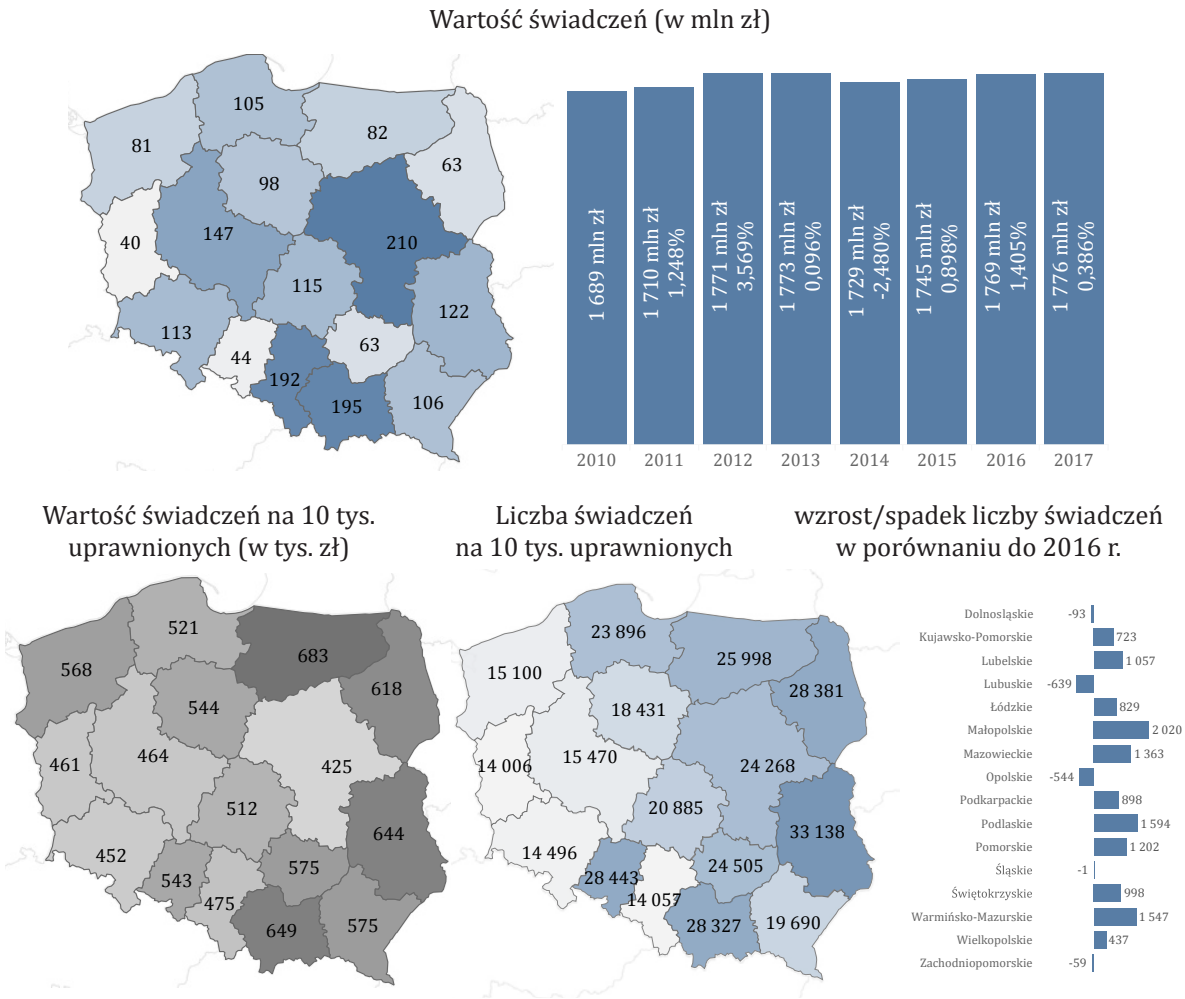
[93] Sprawozdanie z działalności NFZ w 2017 r. oraz Sprawozdanie z wykonania planu finansowego NFZ w 2017 r.

Leczenie stomatologiczne

W leczeniu stomatologicznym udzielono łącznie 71 810,48 tys. świadczeń (w 2016 r. 68 964,55 tys.), obejmując 6800,93 tys. pacjentów (w 2016 r. 7022,64 tys.). Wartość świadczeń[94] przypadająca na 10 tys. uprawnionych do świadczeń wynosiła średnio 523,63 tys. zł (o 0,62 tys. zł więcej niż w 2016 r.) od 425 tys. zł w Mazowieckim do 683 tys. zł w Warmińsko-Mazurskim, a liczba świadczeń przypadająca na 10 tys. uprawnionych do świadczeń wynosiła średnio 21 198 (o 786 świadczeń więcej niż w 2016 r.), od 14 006 w Lubuskim do 33 138 w Lubelskim.

Infografika nr 30

Wartość świadczeń ogółem latach 2010–2017 r. oraz wartość i liczba świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w 2017 r. – leczenie stomatologiczne



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ[95].

Liczba udzielonych świadczeń na 10 tys. uprawnionych spadła w pięciu województwach dolnośląskim, lubuskim, opolskim, śląskim i zachodniopomorskim, a w pozostałych województwach wzrosła.

94 Pozycja B2.8 Sprawozdania z wykonania planu finansowego w 2017 r.

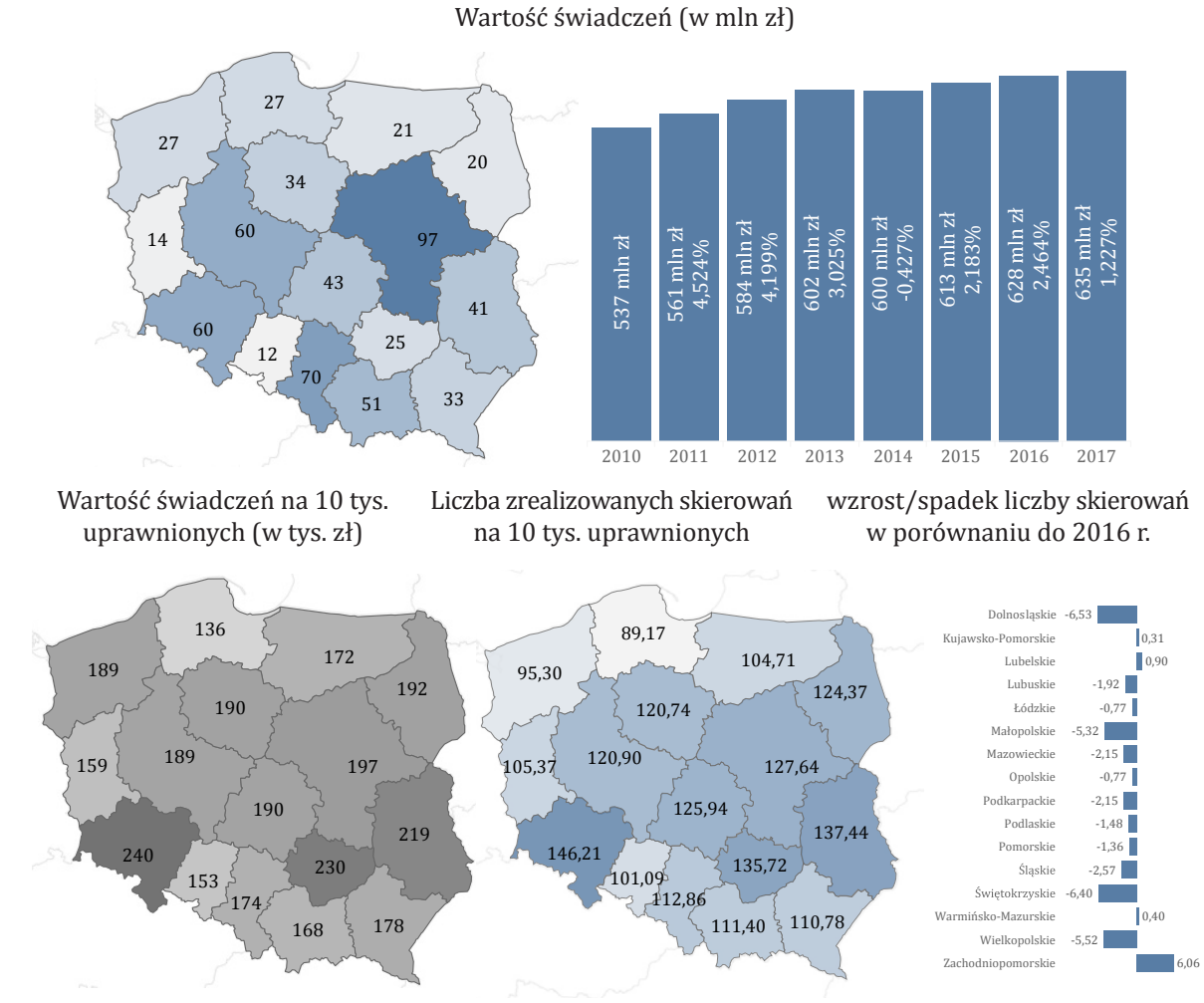
95 Sprawozdanie z działalności NFZ w 2017 r. oraz Sprawozdanie z wykonania planu finansowego NFZ w 2017 r.

Leczenie uzdrowiskowe

W leczeniu uzdrowiskowym zrealizowano łącznie 402,54 tys. skierowania na leczenie uzdrowiskowe i rehabilitację uzdrowiskową (w 2016 r. 409,3 tys.), obejmując 407,90 tys. pacjentów (w 2016 r. 401,72 tys.). Wartość świadczeń[96] przypadająca na 10 tys. uprawnionych do świadczeń wynosiła średnio 187,58 tys. zł (o 1,78 tys. zł więcej niż w 2016 r.) od 136 tys. zł w Pomorskim do 240 tys. zł w Dolnośląskim, a liczba zrealizowanych skierowań przypadająca na 10 tys. uprawnionych do świadczeń wynosiła średnio 119 (o dwa skierowania mniej niż w 2016 r.), od 89,17 w Pomorskim do 146,21 w Dolnośląskim.

Infografika nr 31

Wartość świadczeń ogółem latach 2010–2017 r. oraz wartość i liczba zrealizowanych skierowań w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w 2017 r. – leczenie uzdrowiskowe



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ[97].

Liczba zrealizowanych skierowań na 10 tys. uprawnionych wzrosła jedynie w czterech województwach: kujawsko-pomorskim, lubelskim, warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim , a w pozostałych województwach spadła.

[96] Pozycja B2.9 Sprawozdania z wykonania planu finansowego w 2017 r.

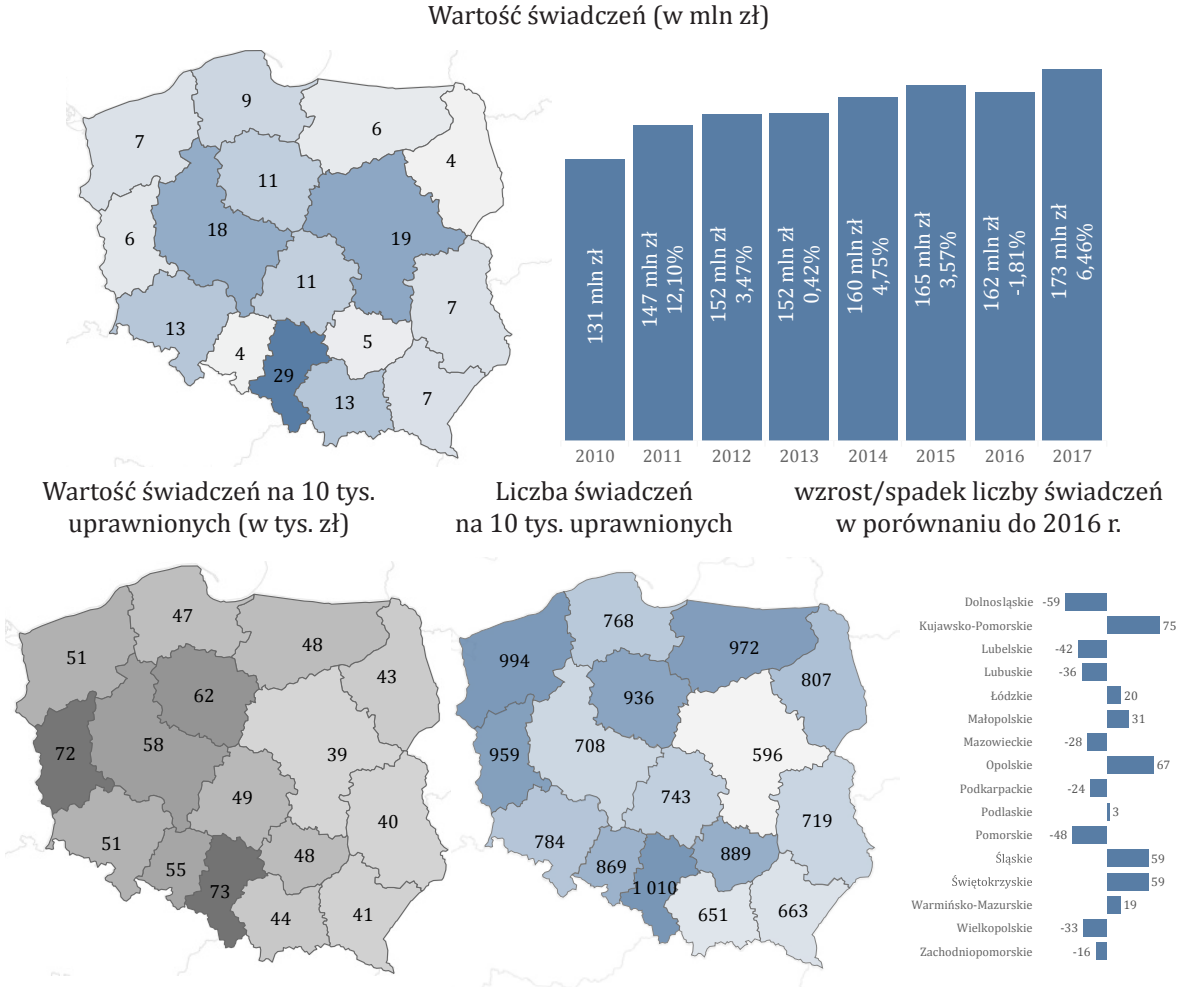
[97] Sprawozdanie z działalności NFZ w 2017 r. oraz Sprawozdanie z wykonania planu finansowego NFZ w 2017 r.

Koszty profilaktycznych programów zdrowotnych

W rodzaju koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych NFZ udzielono łącznie 2659,40 tys. świadczeń (w 2016 r. 2654,01 tys.) obejmując 1741,79 tys. pacjentów (w 2016 r. 1766,99 tys.)[98]. Wartość świadczeń[99] przypadająca na 10 tys. uprawnionych do świadczeń wynosiła średnio 51,05 tys. zł (o 2,97 tys. zł więcej niż w 2016 r.) od 39 tys. zł w Mazowieckim do 73 tys. zł w Śląskim, a liczba świadczeń przypadająca na 10 tys. uprawnionych do świadczeń wynosiła średnio 785 (o 1 świadczenie mniej niż w 2016 r.), od 595,8 w Mazowieckim do 1009,8 w Śląskim.

Infografika nr 32

Wartość świadczeń ogółem latach 2010–2017 r. oraz wartość i liczba świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w 2017 r. – profilaktyczne programy zdrowotne



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ[100].

[98] W ramach świadczeń rozliczanych w Systemie Informatyczny Monitorowania Profilaktyki SIMP (program profilaktyki raka piersi: etap podstawowy – w pracowni mobilnej i stacjonarnej oraz etap pogłębionej diagnostyki, program profilaktyki raka szyjki macicy: etap diagnostyczny oraz pogłębionej diagnostyki, pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego świadczenia lekarza w POZ w ramach realizacji profilaktyki CHUK, świadczenia położnej POZ w programie profilaktyki raka szyjki macicy) udzielono łącznie 2280,14 tys. świadczeń (o 18,11 tys. mniej niż w 2016 r.) obejmując 1656,81 tys. pacjentów (w 2016 r. 1638,70 tys.). W pozostałych programach profilaktycznych realizowanych przez NFZ(program profilaktyki chorób odtytoniowych w tym POCHP: etap podstawowy i etap specjalistyczny, program badań prenatalnych) udzielono 379,26 tys. świadczeń (23,5 tys. więcej niż w 2016 r.), obejmując 110,17 tys. pacjentów (103,09 tys.).

[99] Pozycja B2.4 Sprawozdania z wykonania planu finansowego w 2017 r.

[100] Sprawozdanie z działalności NFZ w 2017 r. oraz Sprawozdanie z wykonania planu finansowego NFZ w 2017 r.

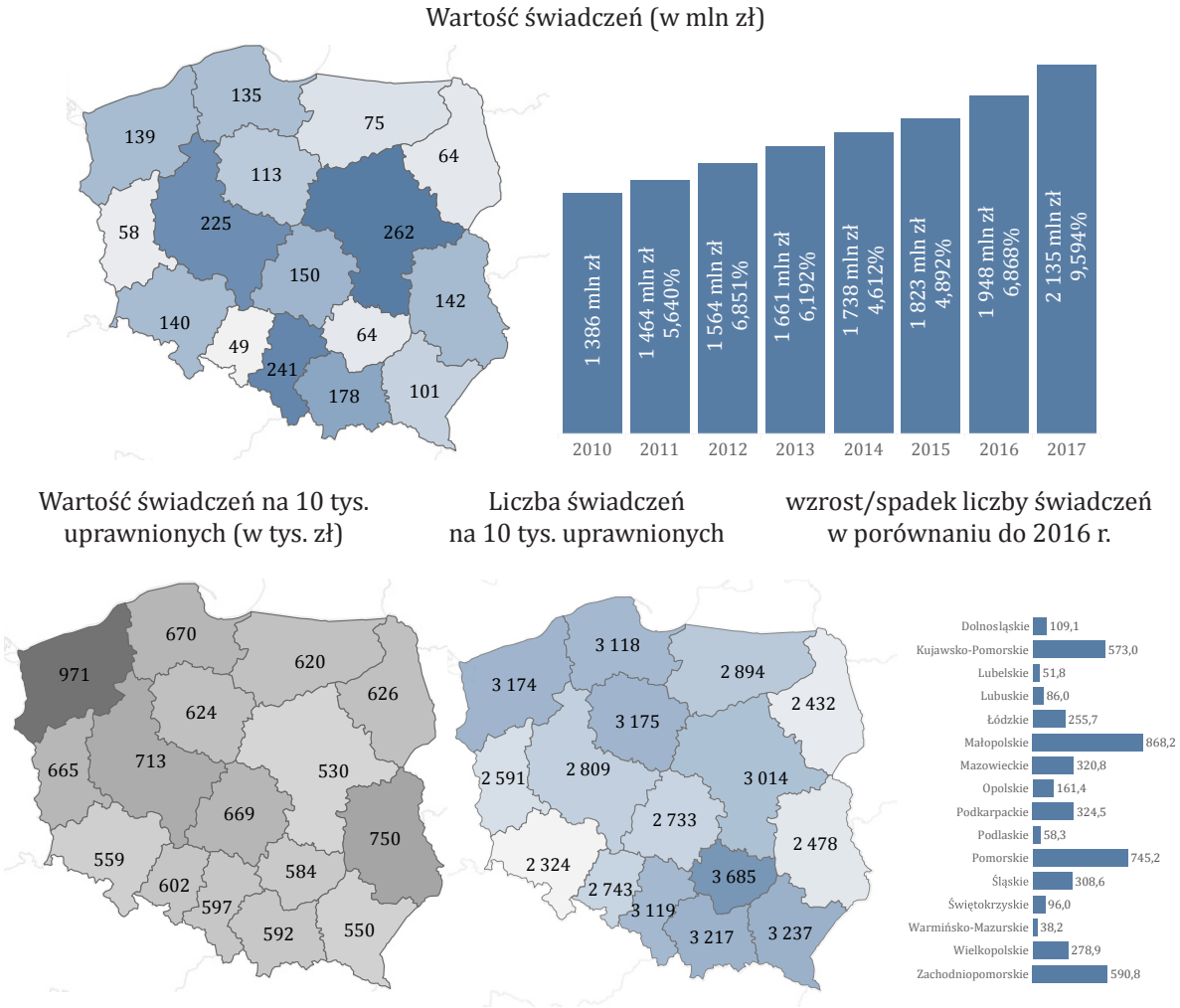
Świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie

Liczba udzielonych świadczeń na 10 tys. uprawnionych wzrosła w połowie województw: kujawsko-pomorskim, łódzkim, małopolskim, opolskim, podlaskim, śląskim, świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim, a w pozostałych spadła.

W rodzaju świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie udzielono łącznie 9966,49 tys. świadczeń (w 2016 r. 8778,98 tys.), obejmując 203,37 tys. pacjentów (w 2016 r. 194,28 tys.). Wartość świadczeń[101] przypadająca na 10 tys. uprawnionych do świadczeń wynosiła średnio 630,17 tys. zł (o 53,63 tys. zł więcej niż w 2016 r.) od 530 tys. zł w Mazowieckim do 971 tys. zł w Zachodniopomorskim, a liczba świadczeń przypadająca na 10 tys. uprawnionych do świadczeń wynosiła średnio 2942 (o 344 świadczenia więcej niż w 2016 r.), od 2324 w Dolnośląskim do 3685 w Świętokrzyskim.

Infografika nr 37

Wartość świadczeń ogółem latach 2010–2017 r. oraz wartość i liczba świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w 2017 r. – Świadczenia kontraktowane odrębnie



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ[102].

[101] Pozycja B2.12 Sprawozdania z wykonania planu finansowego w 2017 r.

[102] Sprawozdanie z działalności NFZ w 2017 r. oraz Sprawozdanie z wykonania planu finansowego NFZ w 2017 r.

Liczba udzielonych świadczeń na 10 tys. uprawnionych w rodzaju świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie wzrosła we wszystkich województwach.

Nierównomierne zapewnienie dostępu do świadczeń w województwach

W 2017 r., podobnie jak w roku ubiegłym, pomimo przeprowadzenia przez NFZ postępowań uzupełniających, które miały na celu poprawę dostępu do świadczeń zdrowotnych, cel ten nie został w pełni osiągnięty[103].

Spośród 13 analizowanych zakresów świadczeń w lecznictwie szpitalnym, tylko na terenie trzech oddziałów wojewódzkich Funduszu zapewniono pacjentom pełny dostęp do świadczeń. Dostęp nie został zapewniony do świadczeń zdrowotnych udzielanych w oddziałach szpitalnych: kardiochirurgii dziecięcej i neurochirurgii dziecięcej w dziewięciu województwach[104], chorób zakaźnych dziecięcych w ośmiu województwach[105], okulistyki dziecięcej i toksykologii klinicznej w siedmiu województwach[106], otorynolaryngologii dziecięcej w sześciu województwach[107], nefrologii dziecięcej, transplantologii klinicznej i chirurgii plastycznej w pięciu województwach[108], chorób płuc dziecięcych, kardiologii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci w czterech województwach[109], a chirurgii klatki piersiowej w jednym województwie (opolskim).

W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, spośród 10 analizowanych zakresów, dostęp do wszystkich świadczeń zapewniono jedynie w dwóch oddziałach wojewódzkich NFZ. Nie zapewniono dostępu do świadczeń zdrowotnych udzielanych w poradniach: toksykologii klinicznej w trzynastu województwach[110], neurochirurgii dla dzieci w ośmiu województwach[111], transplantologii klinicznej w pięciu województwach[112], chorób zakaźnych dla dzieci, urologii dziecięcej, chirurgii plastycznej w czterech

[103] Badaniem objęto komórki organizacyjne (zakresy świadczeń) tożsame z wprowadzonymi od 1 października 2017 r. profilami systemu zabezpieczenia, określonymi dla poziomów I, II oraz III podstawowego systemu zabezpieczenia.

[104] Kardiochirurgii dziecięcej (hospitalizacji) w kujawsko-pomorskim, lubelskim, lubuskim, opolskim, podkarpackim, podlaskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim , a do neurochirurgii dziecięcej (hospitalizacji) w dolnośląskim, lubelskim, lubuskim, opolskim, podkarpackim, podlaskim, pomorskim, świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim.

[105] W kujawsko-pomorskim, lubuskim, mazowieckim, opolskim, podkarpackim, śląskim, świętokrzyskim i zachodniopomorskim.

[106] Okulistyce dziecięcej (hospitalizacji) w dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, lubuskim, opolskim, podkarpackim, świętokrzyskim, zachodniopomorskim, a do toksykologii klinicznej (hospitalizacji) w kujawsko-pomorskim, lubuskim, opolskim, podlaskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim, zachodniopomorskim.

[107] Lubuskim, opolskim, podkarpackim, pomorskim, świętokrzyskim, i zachodniopomorskim.

[108] Nefrologii dziecięcej w lubuskim, opolskim, podkarpackim i warmińsko-mazurskim, transplantologii klinicznej w lubuskim, opolskim, podkarpackim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim, chirurgii plastycznej w opolskim, podkarpackim, podlaskim, świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim.

[109] Chorób płuc dziecięcych w lubuskim, podkarpackim, świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim, kardiologii dziecięcej w lubuskim, opolskim, podkarpackim i świętokrzyskim, ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci w kujawsko-pomorskim, lubuskim, opolskim, pomorskim.

[110] Dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, lubuskim, łódzkim, mazowieckim, opolskim, podkarpackim, podlaskim, pomorskim, świętokrzyskim, wielkopolskim, warmińsko-mazurskim, zachodniopomorskim.

[111] Dolnośląskim, lubelskim, lubuskim, opolskim, podkarpackim, pomorskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim.

[112] Lubuskim, opolskim, podkarpackim, pomorskim, świętokrzyskim.

województwach[113], a w jednym województwie do chirurgii klatki piersiowej (opolskim), ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci (dolnośląskim), kardiochirurgii (świętokrzyskim) oraz okulistyki dla dzieci (zachodniopomorskim).

W odniesieniu do trzech analizowanych zakresów świadczeń rehabilitacyjnych dostęp do wszystkich świadczeń zapewniono w połowie oddziałów wojewódzkich. Nie zakontraktowano świadczeń rehabilitacji dla osób z dysfunkcją narządu wzroku w siedmiu oddziałach wojewódzkich[114], fizjoterapii domowej w czterech oddziałach wojewódzkich[115], a rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych w trzech oddziałach wojewódzkich[116].

W 2017 r. nie udało się również zabezpieczyć pacjentom dostępu do świadczeń w programie profilaktyki chorób odtytoniowych na etapie podstawowym w dwóch OW NFZ[117] oraz na etapie specjalistycznym w dziewięciu oddziałach[118].

Przyczyny rozbieżności w dostępności świadczeń

Do głównych przyczyn zróżnicowania w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej pomiędzy poszczególnymi OW NFZ należą: różnice rozwoju i rozmieszczenia potencjału lecznictwa na obszarze kraju i województw, szczególnie w zakresie personelu medycznego, zaszłości historyczne, realizacja zbliżonych świadczeń w różnych zakresach, zachowania świadczeniodawców oraz migracje pacjentów, różnice priorytetów i polityk lokalnych, wynikające z potrzeb zdrowotnych lub oczekiwań społeczności, różnice poziomu kosztów realizacji świadczeń w poszczególnych województwach (w tym wynagrodzenia personelu).

5.4. Finansowanie wybranych rodzajów świadczeń

W 2017 r. wprowadzono nowe, kompleksowe świadczenia dla osób po zawale serca oraz dla kobiet w ciąży. W obydwu przypadkach świadczenia uzyskały nieduże grupy pacjentów. Nie udało się zakontraktować tych świadczeń we wszystkich województwach. Podobne problemy wystąpiły w przypadku świadczeń kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – cukrzyca (KAOS – cukrzyca) oraz kompleksowego leczenia ran przewlekłych (KLRP-1).

W przypadku wprowadzonego w połowie 2017 r. nowego rozwiązania ustawowego umożliwiającego sfinansowanie kosztów leku w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej nie uzyskano poprawy trudnej sytuacji polskich pacjentów w dostępie do nowoczesnych terapii. Do końca 2017 r. takie leczenie sfinansowano jedynie 12 pacjentom, a do 10 maja 2018 r. łącznie 38 pacjentom.

[113] Chorób zakaźnych dla dzieci kujawsko-pomorskim, lubuskim, opolskim, podkarpackim, urologii dziecięcej w lubelskim, opolskim, podlaskim, zachodniopomorskim, chirurgii plastycznej w opolskim, podkarpackim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim.

[114] Dolnośląskim, Kujawsko-Pomorskim, Lubuskim, Opolskim, Podlaskim, Pomorskim, Zachodniopomorskim OW NFZ.

[115] Kujawsko-pomorskim, opolskim, pomorskim, zachodniopomorskim.

[116] Podlaskim, świętokrzyskim, zachodniopomorskim.

[117] Podlaskim i Pomorskim (umowy na 2017 r. – stan na czerwiec 2017 r.).

[118] Dolnośląskim, Kujawsko-Pomorskim, Lubuskim, Łódzkim, Opolskim, Podkarpackim, Podlaskim, Warmińsko-Mazurskim, Zachodniopomorskim (umowy na 2017 r. – stan na czerwiec 2017 r.).

Częste zmiany koncepcji funkcjonowania projektowanych systemów informacyjnych utrudniają wprowadzenie istotnych rozwiązań informatycznych, w tym dotyczących weryfikacji danych sprawozdawczych przekazywanych przez świadczeniodawców. W ocenie NIK, Fundusz, będący głównym podmiotem kontraktującym świadczenia w obszarze ochrony zdrowia, powinien działać na podstawie wieloletniej strategii w zakresie kierunków rozwoju IT, wykorzystując nowoczesne rozwiązania informatyczne, ułatwiające rozliczanie świadczeń, a przede wszystkim ułatwiające pacjentom korzystanie ze świadczeń zdrowotnych w systemie publicznym. Częste zmiany koncepcji informatyzacji systemu ochrony zdrowia przez Ministra Zdrowia utrudniają powstanie spójnego systemu informacyjnego. Brak systemowych działań w tym zakresie, zdaniem NIK, negatywnie wpływa na działalność Funduszu.

5.4.1. Realizacja i finansowanie wybranych rodzajów świadczeń

Kardiologia interwencyjna oraz kompleksowa opieka po zawale serca

Finansowanie przez NFZ świadczeń kardiologii interwencyjnej w ostrych zespołach wieńcowych (OZW) odbywa się na zasadzie tzw. świadczeń nielimitowanych, tj. niezależnie od wysokości posiadanego przez świadczeniodawcę kontraktu.

Z dniem 1 października 2017 r. „Dusznica niestabilna" i „Dusznica bolesna z udokumentowanym skurczem mięśni wieńcowych" zostały wykreślenie z katalogu świadczeń nielimitowanych[119]. Zabiegi w tym wskazaniu zaczęły być rozliczane w ramach angioplastyk naczyń wieńcowych. W IV kwartale 2017 r. wystąpiła zmiana w liczbie sprawozdanych świadczeń z zakresu kardiologii interwencyjnej przy rozpoznaniu dusznicy, w tym m.in. podwoiła się liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń z zakresu angioplastyk i koronarografii, przy około 80% zmniejszeniu sprawozdanych procedur z grup JGP dotyczących diagnostyki i leczenia inwazyjnego pacjentów z OZW.

W latach 2009–2016, nastąpił wzrost liczby świadczeń z rozpoznaniem dusznicy bolesnej w porównaniu ze stabilną liczbą zawałów mięśnia sercowego. W ocenie NFZ mogło to świadczyć o „nadkwalifikacji" dusznicy przez świadczeniodawców, celem rozliczenia większej liczby świadczeń w ramach zakresu nie objętego limitem wynikającym z zawartych umów. Wskazywał na to również rozkład liczby świadczeń z rozpoznaniem dusznicy w poszczególnych dniach tygodnia i wyraźne zmniejszanie się tej liczby w soboty i niedziele, w które to dni rzeczywiście wykonywano przede wszystkim świadczenia w trybie nagłym.

[119] Zarządzeniem 73/2017/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 22 sierpnia 2017 r. zmieniającym zarządzenie Nr 71/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, z grup JGP: E10, E11, E12G, E15 z listy rozpoznań zostały wykreślone rozpoznania wg ICD-10: I20.0 Dusznica niestabilna i I.20.1 Dusznica bolesna z udokumentowanym skurczem mięśni wieńcowych.

W 2017 r. w porównaniu do 2016 r. sfinansowano łącznie świadczeń angioplastyki o wartości 47,87% mniejszej, koronarografie o 39,55% większej, a procedury diagnostyki i leczenia inwazyjnego OZW o 22,90% mniejszej[120].

Od 1 października 2017 r. wprowadzono nowy zakres świadczeń: kompleksowa opieka po zawale mięśnia sercowego (KOS-zawał)[121]. Świadczeniodawcy realizujący opiekę kompleksową po zawale mięśnia sercowego, byli zobowiązani zagwarantować pacjentowi skoordynowaną, kompleksową realizację świadczeń – obejmującą zarówno postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne, jak również specjalistyczną opiekę ambulatoryjną oraz w zależności od wskazań medycznych różne formy rehabilitacji.

Świadczenia w tym zakresie nie zostały zakontraktowane w siedmiu województwach (lubuskim, małopolskim, podkarpackim, podlaskim, pomorskim, warmińsko-mazurskim, zachodniopomorskim)[122].

W 2017 r. liczba pacjentów objętych opieką KOS – zawał wyniosła 1652, a liczba świadczeniodawców udzielających tych świadczeń wyniosła 31. Świadczeniodawcy sprawozdali wykonanie 6850 świadczeń jednostkowych.

Objecie umową świadczeń KOS – zawał następowało przed rozpoczęciem kolejnego okresu rozliczeniowego i nie wszyscy świadczeniodawcy zdążyli złożyć wnioski o włączenie ww. świadczeń do umowy PSZ w 2017 r. Ponadto nie wszyscy świadczeniodawcy byli zainteresowani udzielaniem świadczeń opieki kompleksowej. Świadczenia, które wchodzą w skład KOS – zawał mogą być udzielane niezależnie w ramach umów na leczenie szpitalne (diagnostyka i leczenie ostrego zawału, elektroterapia), rehabilitację czy ambulatoryjną opiekę specjalistyczną (opieka kardiologa). Wobec powyższego brak umów KOS – zawał na danym terenie nie może być rozumiany jako brak zabezpieczenia udzielania świadczeń dla tej grupy pacjentów.

Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC)

Świadczenia w ramach koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży (KOC) były realizowane:

- w ramach pilotażu KOC realizowanego w okresie od 1 lipca 2016 r. do 30 września 2017 r.[123],

[120] W 2017 r. sfinansowano angioplastyki o łącznej wartości 239 730,89 tys. zł, koronarografie o łącznej wartości 161 589,93 tys. zł, a procedury diagnostyki i leczenia inwazyjnego OZW o wartości 874 241,75 tys. zł.

[121] Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 2163), z dnia 16 grudnia 2016 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. poz. 2164) oraz z dnia 16 grudnia 2016 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. poz. 2162). wprowadziły do wykazu świadczeń gwarantowanych nowe świadczenie gwarantowane – opieka kompleksowa po zawale mięśnia sercowego. Zarządzeniem Nr 38/2017/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne określono warunki realizacji KOS-zawał.

[122] Zgodnie z przekazanymi danymi dot. realizacji planu zakupu, w 2017 r. udzielono świadczeń w tym zakresie w dziewięciu województwach o łącznej wartości 16 923 809 zł (od 70 216 zł w Kujawsko-Pomorskim OW do 6 680 389 zł w Śląskim OW).

[123] Zarządzenie Nr 22/2016/DSOZ Prezesa NFZ z 13 kwietnia 2016 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (tj. zarządzenie Nr 88/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 18 grudnia 2013 r.).

- od 1 października 2017 r. przez podmioty lecznicze na pierwszym poziome opieki prenatalnej (KOC I)[124],
- od 1 stycznia 2017 r. przez podmioty lecznicze na drugim lub trzecim poziome opieki prenatalnej (KOC II/III)[125].

Pilotaż KOC w 2016 r. rozpoczęło 13 świadczeniodawców w siedmiu województwach[126]. W ramach pilotażu KOC objęto opieką łącznie 15 063 kobiety w ciąży (w tym 6324 w I–III kwartale 2017 r.), zaś koszty udzielonych świadczeń wyniosły łącznie 63 756,8 tys. zł (w tym 32 663,3 tys. zł w I–III kwartale 2017 r.).

Świadczenia z zakresu KOC I w IV kwartale 2017 r. realizowało sześć podmiotów leczniczych na terenie sześciu województw[127]. Opieką objęto 2292 kobiet w ciąży, zaś koszty wykonanych świadczeń wyniosły 11 554,3 tys. zł.

Świadczenia z zakresu KOC II/III były udzielane przez 18 świadczeniodawców w dziewięciu województwach[128]. Łącznie w 2017 r. objęto opieką 23 668 kobiet w ciąży, zaś koszty świadczeń w tym zakresie wyniosły 189 316,2 tys. zł.

W ocenie NIK nie udało się zrealizować założeń koordynowanej opieki nad kobietami w ciąży. W okresie do 21 tygodnia ciąży zgłosiło się 1580 kobiet, a jedynie dziewięć zrealizowało pełny schemat opieki[129].

Przyczyny niskiej realizacji KOC były związane m.in. z tym, że duży odsetek kobiet prowadzi ciążę w ramach świadczeń, które nie są finansowane przez NFZ, a do świadczeniodawcy posiadającego umowę w ramach NFZ pacjentki zgłaszają się w późnym etapie ciąży albo w celu jej rozwiązania. Ponadto świadczenia w zakresie KOC, niezależnie od trybu koordynacji, realizowało jedynie około 60 poradni położniczo-ginekologicznych z ponad dwóch tysięcy posiadających umowę z NFZ w zakresie położnictwa i ginekologii.

[124] Zarządzenie Nr 73/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, ze zm. Obecnie zarządzenie Nr 127/2017/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 19 grudnia 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie. W stosunku do pilotażu KOC, w KOC I m.in. w miejsce dotychczasowego jednego ryczałtu wprowadzono kilka ryczałtów zróżnicowanych w zależności od zaawansowania ciąży oraz wydzielony w przypadku prowadzenia ciąży przez położną. Wycena poszczególnych ryczałtów objęła opiekę nad kobietą w ciąży, poród oraz opiekę nad noworodkiem w okresie do sześciu tygodni od urodzenia.

[125] Zarządzenie Nr 125/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 22 grudnia 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem oraz zmiany niektórych zarządzeń Prezesa NFZ w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem", ze zm.

[126] Lubelskim, lubuskim, łódzkim, podkarpackim, pomorskim, śląskim, warmińsko-mazurskim.

[127] Lubuskim, łódzkim, małopolskim, pomorskim, śląskim, warmińsko-mazurskim. Czterech świadczeniodawców wykonywało wcześniej świadczenia w ramach pilotażu

[128] Lubelskim, łódzkim, małopolskim, opolskim, podlaskim, pomorskim, śląskim, wielkopolskim, zachodniopomorskim. Ośmiu świadczeniodawców realizowało wcześniej umowy w ramach pilotażu.

[129] Łącznie do świadczeniodawców w celu objęcia opieką KOC zgłosiło się 41 032 kobiet w ciąży, z tego 32 284 w 2017 r. W 2017 r. odebrano 26 241 porodów, w tym 44,5% stanowiły porody z cieciem cesarskim oraz 15,7% porody ze znieczuleniem ciągłym.

Znikoma liczba kobiet ze zrealizowanym pełnym schematem opieki[130], w ocenie NFZ może wynikać z faktu, że pierwsza porada położnicza powinna odbyć się do 10 tygodnia ciąży, a zatem w części przypadków zanim kobieta zorientuje się, że jest w ciąży, a następnie umówi się na wizytę do ginekologa/położnej to upłynie czas wskazany do realizacji pierwszej wizyty.

Opieka nad pacjentem z cukrzycą

Od 2008 r. w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowana jest „Kompleksowa ambulatoryjna opieka specjalistyczna nad pacjentem z cukrzycą (KAOS-cukrzyca)"[131]. Celem jej wdrożenia była poprawa skuteczności leczenia pacjentów chorych na cukrzycę, prowadzonego w oparciu o aktualnie obowiązujące standardy opieki diabetologicznej, a w następstwie zmniejszenie liczby hospitalizacji z powodu cukrzycy i jej powikłań. Świadczenia w ramach „KAOS – cukrzyca" zakontraktowano na terenie 11 OW NFZ. Świadczeń nie realizowano w województwie: lubelskim., łódzkim, podkarpackim, wielkopolskim i zachodniopomorskim.

W 2014 r. NFZ wprowadził produkt kontraktowy. „Kompleksowe leczenie ran przewlekłych (KLRP-1)"[132]. Celem świadczenia było objęcie pacjentów z ranami przewlekłymi (trudno gojącymi się) kompleksową opieką zapewniającą leczenie samej rany – ambulatoryjne lub szpitalne (operacyjne), w zależności od stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz koordynację leczenia choroby wyjściowej, będącej pierwotną przyczyną rany. W 2017 r., podobnie jak w poprzednich latach Fundusz nie podjął jednak skutecznych działań polegających na objęciu pacjentów z ranami przewlekłymi – z zespołem stopy cukrzycowej – opieką (KLRP-1), o czym świadczy niezawarcie umów w tym zakresie ze świadczeniodawcami w 12 OW NFZ. Świadczenia z zakresu kompleksowego leczenia ran przewlekłych były udzielane jedynie na terenie województw: dolnośląskiego, kujawsko-pomorskiego, mazowieckiego, wielkopolskiego. W I półroczu 2017 r. udzielono 75 pacjentom świadczenia o wartości 66,9 tys. zł[133].

Ratunkowy dostęp do technologii lekowej (RDTL)

Wprowadzenie RDTL

Ustawą z dnia 25 maja 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw[134], wprowadzono z dniem 23 lipca 2017 r. przepisy umożliwiające na pokrycie kosztów leków pacjentów w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowych. Procedura ratunkowego dostępu do technologii

[130] Wynikającym z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2016 r. poz. 1132).

[131] Zarządzeniem Prezesa NFZ nr 65/2007/DSOZ z dnia 20 września 2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne.

[132] Zarządzenie Prezesa NFZ nr 51/2014/DSOZ z dnia 31 lipca 2014 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie.

[133] Jeden pacjent może występować w różnych przychodniach i/lub oddziałach. W 2016 r. łącznie udzielono świadczeń 117 pacjentom w wartości 171,5 tys. zł, a w 2015 r. 106 pacjentom o wartości 177,9 tys. zł.

[134] (Dz. U. poz. 1200).

lekowych miała umożliwić ciężko chorym pacjentom uzyskanie indywidualnej zgody na pokrycie kosztów leku, który w danym wskazaniu nie jest świadczeniem gwarantowanym, jeżeli jest to niezbędne dla ratowania życia lub zdrowia świadczeniobiorcy i jest to uzasadnione oraz poparte wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej.

Pacjenci objęci RDTL

W 2017 r. NFZ w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej, o którym mowa w art. 47d ustawy o świadczeniach sfinansował jedynie 21 świadczeń o łącznej wartości 146,65 tys. zł, obejmując 12 pacjentów.

W 2017 r. Minister Zdrowia otrzymał ogółem 209 wniosków o wydanie zgody na pokrycie kosztów leku w ramach tej procedury, z tego 51 postępowań zakończyło się wydaniem zgody[135], natomiast w przypadku 102 postępowań Minister Zdrowia odmówił wydania zgody na pokrycie kosztów leku w ramach RDTL, 54 wnioski zostały nierozpatrzone ze względu na nieuzupełnienie braków formalnych, a dwa postępowania zostały umorzone. Do 10 maja 2018 r. liczba złożonych wniosków na sfinansowanie leku w ramach RDTL wzrosła do 443, liczba pozytywnych zgód wyniosła 126, a NFZ rozliczył leczenie 38 pacjentom[136].

Przyczyny znikomego korzystania z RDTL

Minister Zdrowia odnosząc się do niewielkiej liczby pacjentów, którzy uzyskali realny dostęp do leczenia w ramach procedury RDTL wyjaśnił, że decyzje w sprawie wydania zgody na pokrycie kosztów leku mają nadany rygor natychmiastowej wykonalności. Realizacja wydanych przez Ministra Zdrowia zgód na pokrycie kosztów leku w ramach procedury RDTL leży wyłącznie w gestii świadczeniodawców i nie podlega kontroli Ministra Zdrowia.

Przyczyną niskiej liczby złożonych wniosków przez świadczeniodawców oraz znikomej liczby pacjentów objętych RDTL, był m.in. również fakt, ze finansowanie ratunkowego dostępu do technologii lekowej odbywa się w ramach rozliczenia realizacji umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych. W przypadku szpitala znajdującego się PSZ, rozliczenie następuje w ramach ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotne i w efekcie, zakup przez szpitale leków w ramach omawianej technologii, często bardzo drogich, odbywa się kosztem pozostałych świadczeń.

Opóźnienia we wprowadzaniu nowoczesnych technologii

Najwyższa Izba Kontroli w lutym 2018 r. w Informacji o wynikach kontroli „Dostępność i efekty leczenia nowotworów”[137] wskazywała, że skuteczność podejmowanych działań terapeutycznych, zależy od szeregu czynników, w tym od dostępu do nowoczesnych technologii, a polski pacjent nie może korzystać z porównywalnego do mieszkańców innych krajów zachodniej Europy zakresu dostępnych opcji terapeutycznych. W porównaniu do wielu innych krajów UE[138], występują opóźnienia we wprowadzaniu nowoczesnych technologii w leczeniu chorób, w tym przede wszystkim chorób nowotworowych (czas oczekiwania na ich wdrożenie liczony jest w latach).

[135] W tym w 2017 r. zostało wydanych 39.

[136] https://www.alivia.org.pl/ratunkowy-dostep-technologii-lekowych-nie-dziala/

[137] KZD.462.001.2017, Nr ewid. 175/2017/megainfo/KZD.

[138] Raport „Dostęp pacjentów onkologicznych do terapii lekowych w Polsce na tle aktualnej wiedzy medycznej” zlecony przez Alivia Fundacja Onkologiczna Osób Młodych, przegotowany przez firmę PEX PharmaSequence – marzec 2017 r., https://www.alivia.org.pl/raport2017/.

Istotnym problemem, jest również nieprzygotowanie na czas przepisów w zakresie finansowania ze środków publicznych nowoczesnych technologii, rekomendowanych przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji jako świadczenia gwarantowanego. Opóźnienie we wpisaniu na listę świadczeń gwarantowanych w przypadku świadczeń protonoterapii (lokalizacje inne niż oczy) wyniosło osiem miesięcy, a świadczeń wykorzystujących urządzenia typu „cyberknife" blisko dwa lata, natomiast okres jaki upłynął od wystąpienia Ministra Zdrowia o wydanie opinii do Prezesa AOTM do czasu wejścia w życie przepisów wprowadzających przedmiotowe świadczenia wyniósł odpowiednio rok i ponad cztery lata[139].

W ocenie NIK wprowadzone nowe rozwiązanie ustawowe umożliwiające sfinansowanie kosztów leku w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej nie poprawiło trudnej sytuacji polskich pacjentów.

Wyroby medyczne

Koszty zaopatrzenia w wyroby medyczne oraz ich naprawa

Koszty poniesione przez NFZ w 2017 w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawa wyniosły 1 021 427,75 tys. zł i były wyższe o 75 085,13 tys. zł (7,93%) od kosztów poniesionych w 2016 r. Nakłady w powyższej pozycji w latach 2010–2017 wzrosły o 73,2%, z kwoty 589 883,98 tys. zł w 2010 r., przy wzroście kosztów świadczeń zdrowotnych ogółem w tym okresie o 34,8%[140].

Dopłaty pacjentów do poszczególnych wyrobów w 2017 r. wyniosły 758 164,86 tys. zł, tj. o 75 149,39 tys. zł (11,00%) więcej niż w roku poprzednim. W 2017 r. dokonano refundacji zakupu wyrobu medycznego 1 739 271 pacjentom, tj. o 84 873 (5,13%) pacjentom więcej niż w 2016 r.

Liczba świadczeniodawców

Liczba świadczeniodawców realizujących świadczenia w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne na przestrzeni ostatnich lat zwiększała się. Liczba zawartych umów w ww. rodzaju, na dzień 31 grudnia 2017 r., wynosiła 6372, tj. o dwa tysiące więcej niż na dzień 31 grudnia 2016 r. (4432 umów) i ponad trzykrotnie więcej niż na dzień 31 grudnia 2012 r. (1878 umów).

Nieprawidłowości w systemie refundacji wyrobów medycznych

W 2017 r. NIK oceniła[141], że NFZ nie dysponuje narzędziami do negocjacji wysokości cen wyrobów medycznych, w które zaopatrywany jest pacjent, bowiem zgodnie z art. 159 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, przepisów dotyczących konkursu ofert i rokowań nie stosuje się do zawierania umów ze świadczeniodawcami wykonującymi czynności w zakresie zaopatrzenia w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej, a umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – zaopatrzenie w wyroby medyczne – zawierane są ze wszystkimi świadczeniodawcami spełniającymi warunki do zawarcia umowy. Oddziały wojewódzkie NFZ refundowały koszty zakupu wyrobów medycznych po zróżnicowanych cenach.

[139] M.in. w kontrolach: „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach planu finansowego na 2013 roku" oraz „Przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego".

[140] Patrz przypis 76.

[141] Patrz przypis 39.

Minister Zdrowia nie zmienił przepisów w obszarze finansowania wyrobów medycznych, pomimo że NFZ kilkukrotnie informował Ministra Zdrowia o występujących nieprawidłowościach w obszarze refundacji wyrobów medycznych oraz wskazywał na możliwe rozwiązania eliminujące lub ograniczające występowanie niepożądanych zdarzeń.

Transgraniczna opieka zdrowotna

Realizacja transgranicznej opieki zdrowotnej

W planie finansowym NFZ na 2017 r. po zmianach koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielone w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej ustalono w wysokości 50 000 tys. zł[142]. Poniesione koszty z ww. tytułu w 2017 r. wyniosły łącznie 36 197,69 tys. zł (72,40% planu). Największy udział stanowiły zabiegi usunięcia zaćmy, za które zwrot został dokonany w odniesieniu do 15 729 świadczeń w łącznej kwocie w wysokości 33 675,56 tys. zł tj. 93,03% kwoty kosztów w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej.

Zwroty kosztów dotyczyły świadczeń udzielonych na terenie 14 państw Unii Europejskiej, przy czym 88,95% łącznej liczby wniosków, w stosunku do których Fundusz dokonał wypłaty oraz 89,92% wartości wypłaconych kwot ogółem, wiązało się z leczeniem na terenie Republiki Czeskiej.

Nieprawidłowości w informacji dodatkowej do rachunku zysków i strat

W 2017 r. w informacji dodatkowej do rachunku zysków i strat (nota 10.2 Łącznego Sprawozdania finansowego NFZ za okres 2017 r.) w pozycji: „koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielone w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej" nie wykazano faktycznie poniesionych kosztów z tego tytułu. Z treści ww. informacji wynika, że kwota wydatkowana na „koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielone w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej" wyniosła 0 zł, a faktycznie wykorzystano na ten cel środki w wysokości 36 197,69 tys. zł. Zostały one jednak ujęte w pozycji „inne koszty związane ze świadczeniami zdrowotnymi"[143]. W ocenie NIK następstwem wyodrębnienia pozycji w informacji dodatkowej do rachunku zysków i strat winno być wypełnienie jej treścią wynikającą z faktycznie poniesionych kosztów.

Programy polityki zdrowotnej finansowane ze środków NFZ

Planowanie kosztów promocji zdrowia

Na koszty promocji zdrowia i profilaktyki chorób, w tym dofinansowanie programów polityki zdrowotnej na podstawie art. 48d ustawy o świadczeniach zaplanowano łącznie środki w wysokości 1 116 927,87 tys. zł, tj. w wysokości nie mniejszej niż 1,5% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej[144].

---

[142] W pierwotnym planie finansowym NFZ na 2017 r. na koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielone w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej zabezpieczono środki finansowe w wysokości 395 507 tys. zł, tj. w wysokości wynikającej z art. 11 ww. ustawy 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).

[143] Świadczenia w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej są udzielane od 2014 r. i od tego roku koszty z tego tytułu są ujmowane w wyodrębnionej pozycji B.2.19 sprawozdania rocznego z wykonania planu finansowego NFZ". W rachunku zysków i strat za lata 2014–2016 koszty z ww. tytułu zostały zaprezentowane w pozycji „inne koszty związane ze świadczeniami zdrowotnymi" z uwagi na małą istotność tej pozycji w ogólnej kwocie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej.

[144] Zgodnie z art. 117 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach znowelizowanym ustawą o zdrowiu publicznym, obowiązującym na dzień 1 stycznia 2017 r. koszty promocji zdrowia i profilaktyki chorób w planowanych kosztach świadczeń łącznie stanowiły 1,55% (w dwóch OW NFZ były

Realizacja programów polityki zdrowotnej

W pozycji „rezerwa na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej na podstawie art. 48d ustawy" w planie finansowym po zmianach na 2017 r. zaplanowano środki w wysokości 4187 tys. zł, a wykorzystano w wysokości 2831,85 tys. zł, tj. 67,63%.

NFZ objął dofinansowaniem 116 programów polityki zdrowotnej z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki, w tym m.in.: Program profilaktyki i zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego; Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy; Program profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób naczyniowych; Program profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy typu II; Program przeciwdziałania wadom postawy u dzieci; Program profilaktyczny wczesnego wykrywania wad wzroku i zeza dla uczniów klas II szkół podstawowych na terenie miasta; Program profilaktyki w zakresie szczepień ochronnych przeciw grypie dla osób powyżej 65. roku życia; Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych w zakresie szczepień ochronnych przeciwko pneumokokom dla dzieci w wieku trzech lat; Program profilaktyki w zakresie szczepień ochronnych przeciw grypie dla osób powyżej 65. roku życia.

Przyczynami niższej niż planowano realizacji kosztów były w szczególności: brak akceptacji OW NFZ na realizację wniosków składanych przez jednostki samorządu terytorialnego, które dotyczyły w 100% świadczeń objętych koszykiem świadczeń gwarantowanych oraz wniosków, które nie miały załączonej pozytywnej opinii AOTMiT lub nie posiadły pozytywnej opinii wojewody; opóźnienia w dostawach m.in. szczepionek i negatywne nastawienie rodziców do szczepień, ograniczona zgłaszalność mimo prowadzonej kampanii informacyjnej; niższe niż przewidywano zainteresowania świadczeniobiorców realizacją świadczeń w niektórych programach.

Koszty świadczeń realizowanych przez pielęgniarki i położne

Dodatkowe wynagrodzenia personelu medycznego

Fundusz, w 2017 r., wydatkował środki w wysokości 2603 mln zł[145], na pokrycie zwiększonych kosztów świadczeń realizowanych przez pielęgniarki i położne, które świadczeniodawcy zobowiązani byli przeznaczyć na wynagrodzenia pielęgniarek i położnych, w związku z realizacją rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej[146]. W 2016 r. wydatkowano 1467,7 mln zł. Dodatkowy wzrost kosztów wynagrodzeń pielęgniarek i położnych nie wiązał się ze zwiększeniem dostępności świadczeń.

one niższe niż 1,5%, tj. Lubelskim – 1,49% i Lubuskim – 1,45%). Z dniem 16 listopada 2017 r. obowiązek planowania kosztów promocji zdrowia i profilaktyki chorób, w wysokości nie mniejszej niż 1,5% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej został zniesiony – zmieniono brzmienie art. 117 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach (ustawą z dnia 29 września 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. poz. 2110).

[145] W tym z dotacji z budżetu państwa na realizację zadań zespołu ratownictwa medycznego Fundusz otrzymał dodatkowe środki w wysokości 16 530,77 tys. zł, co stanowiło 1,13% środków wydatkowanych z tytułu zwiększonych kosztów świadczeń realizowanych przez pielęgniarki i położne.

[146] Dz. U. poz. 1628, ze zm. oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146, ze zm.).

Zgodnie z oceną skutków regulacji (OSR) do ww. rozporządzenia, szacowane dla NFZ koszty (bez kosztów ratownictwa medycznego) z tytułu zwiększonych kosztów świadczeń realizowanych przez pielęgniarki i położne w 2017 r. miały wynieść: 2476 mln zł, a w kolejnych latach 3537 mln zł w 2018 r. i 4244 mln zł od 2019 r. do 2025 r.

W 2016 r. wykonanie ww. kosztów było wyższe od oszacowanych przez Ministra Zdrowia w OSR ww. rozporządzenia o 36,2 mln zł, a w 2017 r. różnica ta wynosi już 130 mln zł.

Minister Zdrowia w 2017 r. wyjaśnił, że nie prowadzono analiz, jak zwiększone koszty wynagrodzeń pielęgniarek wpłyną na dostępność świadczeń opieki zdrowotnej, a głównym celem projektowanego rozporządzenia była poprawa poziomu finansowania pracy pielęgniarek i położnych. Wzrost wynagrodzenia pielęgniarek i położnych nie wiąże się, ze wzrostem liczby świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne, a powyższe środki finansowe nie mogą być przeznaczone na inny cel niż wynagrodzenie za pracę pielęgniarek i położnych. W toku prac nad rozporządzeniem nie rozważano pozyskania środków na wynagrodzenia pielęgniarek i położnych z dotacji budżetu państwa[147].

W 2017 r., w stosunku do 2016 r., nastąpił wzrost kosztów świadczeń opieki zdrowotnej o 5,4 mld zł, a ponad 20% z tych dodatkowych środków w wysokości 1135,3 mln zł, przeznaczono na wzrost kosztów wynagrodzeń personelu medycznego. Łącznie na podwyżki wynagrodzeń personelu medycznego w 2017 r., Fundusz wydatkował środki w wysokości 2603 mln zł.

Dodatkowo należy zaznaczyć, iż w poprzednich latach wzrost kosztów świadczeń opieki zdrowotnej był znacznie niższy[148] niż w 2015 r. i 2016 r., co w sytuacji przewidywanych znacznie wyższych kosztów świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne w kolejnych latach (w 2018 r. 3,5 mld zł i od 2019 r. 4,2 mld zł) stwarza ryzyko ograniczania dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.

W ocenie NIK środki na zwiększone koszty świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne były przekazywane na podstawie informacji o liczbie zatrudnionych pielęgniarek i położnych, bez powiązania z realizacją świadczeń opieki zdrowotnej (poza podstawową opieką zdrowotną i umowami w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne). Przekazywanie środków odrębnym strumieniem skutkowało zaniżeniem kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, udzielonych na terenie Polski osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, ponieważ w wycenie świadczeń nie uwzględniano podwyższonych kosztów świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne.

[147] Tak jak w przypadku innych dodatkowych zadań zlecanych do finansowania Funduszowi, np. w 2016 r. projektu „leki 75+", gdzie Minister Zdrowia przekazuje do NFZ dodatkowe środki z dotacji z budżetu państwa, z przeznaczeniem na pokrycie kosztów bezpłatnego zaopatrzenia w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne określone w wykazie przysługujących świadczeniobiorcom po ukończeniu 75. roku życia.

[148] W 2016 r., w stosunku do 2015 r. o 3,2 mld zł, i kolejno w 2015 r. o 4,4 mld zł, w 2014 r. o 1,26 mld zł, w 2013 r. o 2,2 mld zł, w 2012 r. o 1,65 mld zł, a w 2011 r. o 1,58 mld zł

5.4.2. System kontroli i audytu

Kontrola umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

W 2017 r. OW NFZ przeprowadziły 1929 postępowań kontrolnych w obszarze świadczeń opieki zdrowotnej, tj. o 4,7% więcej, niż w 2016 r. (1843 kontroli). oraz o 3,1% mniej niż w 2015 r. (1990 kontroli). Skontrolowano 2049 umów, tj. o 5,8% więcej niż w 2016 r.(1936 umów)oraz o 2,2% mniej niż w 2015 r. (2095 umów). Najwięcej skontrolowano umów w rodzaju lecznictwo szpitalne (39,9%), ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (17,5%) oraz leczenie stomatologiczne (13,1%).

Główne nieprawidłowości stwierdzone w wyniku kontroli dotyczyły: zawyżania wartości rozliczanych świadczeń, w szczególności zrealizowanych w toku hospitalizacji; realizacji świadczeń w warunkach leczenia szpitalnego, które powinny zostać zrealizowane w trybie ambulatoryjnym; braku w dokumentacji medycznej potwierdzenia udzielonych świadczeń; udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach lub umowie; braku lub ograniczenia dostępności do świadczeń; braku wymaganego wyposażenia w sprzęt lub braku wymaganych dokumentów potwierdzających dopuszczenie aparatury do użytku; prowadzenia list oczekujących w sposób naruszający przepisy prawa.

Skutki finansowe przeprowadzonych kontroli wyniosły 53 785,7 tys. zł[149], tj. o 6,4% więcej niż w 2016 r. (50 540,5 tys. zł)oraz o 60,4% mniej niż w 2015 r. (135 959,93 tys. zł).

Zintegrowany Informator Pacjenta

W 2017 r. w Zintegrowanym Informatorze Pacjenta wpłynęło 1676 zgłoszeń pacjentów o nieprawidłowościach. OW NFZ przeprowadziły i zakończyły 1311 postępowań wyjaśniających. Za zasadne uznano 652 zgłoszenia pacjentów. Największa liczba zgłoszonych nieprawidłowości dotyczyła leczenia stomatologicznego (42,54%), ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (17,30%), rehabilitacji leczniczej (10,50%) oraz opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (9,13%). Zgłoszenia dotyczyły głównie świadczeń, które nie miały miejsca (80,6%) oraz świadczeń, za które pacjent zapłacił, a które zostały wykazane do finansowania przez NFZ (9,1%).

Skutki finansowe zgłoszeń wyniosły 91,4 tys. zł, w tym łączna wartość odzyskanych kwot wyniosła 72,4 tys. zł oraz wartość nałożonych kar umownych wyniosła 19,0 tys. zł. Koszty dotyczące prac w ramach rozbudowy oraz eksploatacji ZIP w 2017 r. wyniosły 98,2 tys. zł[150].

[149] W tym z tytułu nienależnie przekazanych środków finansowych 40 213,9 tys. zł oraz z tytułu nałożonych kar umownych w kwocie 13 571,8 tys. zł

[150] W 2018 r. nastąpi dalsza rozbudowa systemu ZIP, w związku z pracami nad poprawą funkcjonowania systemu oraz umożliwiającymi przekazywanie danych z ZIP do systemu Internetowe Konto Pacjenta realizowanego przez CSIOZ w ramach projektu Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniana zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (P1) oraz zmianami wynikającymi z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2017 r. w sprawie sposobu, trybu i terminów występowania do Narodowego Funduszu Zdrowia oraz udostępniania przez Narodowy Fundusz Zdrowia świadczeniobiorcy informacji o prawie do świadczeń opieki zdrowotnej oraz o udzielonych mu świadczeniach (Dz. U. z 2017 r. poz. 2297).

Audyt wewnętrzny

Łącznie, w 2017 r., zrealizowano 42 zadania zapewniające, 26 czynności doradczych oraz 50 czynności sprawdzających. Tematy zapewniających zadań audytowych dotyczyły rozliczeń z tytułu migracji, realizacji wniosków o indywidualne rozliczenie świadczeń, zapewnienia dostępności do świadczeń kontraktowanych odrębnie, rozliczania podróży służbowych oraz planowania i przeprowadzania kontroli. Tematy w przypadku czynności doradczych dotyczyły m.in. analizy zasobów kadrowych w aspekcie realizowanych zadań przez Departament Spraw Świadczeniobiorców i Departament Współpracy Międzynarodowej, procesu samooceny kontroli zarządczej, Zintegrowanego System Zarządzania i elektronicznego systemu obiegu dokumentów

Kontrola wewnętrzna NFZ

Łącznie w 2017 r. przeprowadzono 67 kontroli. Zagadnienia przeprowadzonych kontroli dotyczyły m.in. prawidłowości zawierania, realizacji i kontroli umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, prawidłowości realizowanych zadań oraz wykonania planu finansowego. Uchybienia i nieprawidłowości stwierdzono w zakresie rozpatrywania skarg, monitorowania informacji z zakresu list oczekujących, spraw kadrowych, postępowań kontrolnych dotyczących realizacji umów, ordynacji i aptek oraz reagowania w przypadku uzasadnionego podejrzenia rozliczenia świadczeń, które nie miały miejsca. Wydane w związku z 35 kontrolami zalecenia pokontrolne zostały wykonane.

5.4.3. Systemy informacyjne

Rola systemów informacyjnych w ochronie zdrowia

Czynnikiem wpływającym na efektywność funkcjonowania systemu ochrony zdrowia są nowoczesne systemy informacyjne. W założeniu, powinny służyć ulepszeniu dostępu do usług opieki zdrowotnej i poprawie ich jakości oraz zwiększeniu efektywności wydatkowanych środków. Władzom publicznym lub płatnikowi mają umożliwić przede wszystkim kontrolę przestrzegania prawa, przeprowadzanie analiz efektywności wykorzystania środków oraz podejmowanie strategicznych decyzji wpływających na stan zdrowia całej populacji.

Schemat nr 1
Negatywne konsekwencje braku systemu informacyjnego dla poszczególnych podmiotów systemu ochrony zdrowia

Źródło: W. Karliński: „Modelowe rozwiązania systemu informacyjnego w ochronie zdrowia", CSIOZ, Warszawa 2001 r. str. 18.

Kluczowe projekty w trakcie realizacji: CSIOZ –Projekt P1 NFZ – RUM

Jednymi z najważniejszych projektów informacyjnych w obszarze zdrowia, podejmowanych w ostatnich latach, do chwili obecnej nie ukończonych, a których realizacja jest niezbędna do poprawy organizacji systemu ochrony zdrowia są: „Projekt Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych" (dalej Projekt P1) realizowany przez CSIOZ oraz Rejestru Usług Medycznych (RUM) realizowany przez NFZ.

Prace nad RUM II

Fundusz nie wdrożył przewidzianego w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia[151] RUM, zapewniającego autoryzację wykonania świadczenia. 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 miała być Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego (KUZ). Ministerstwo Cyfryzacji 20 października 2016 r. oraz 10 lutego 2017 r. przedstawiło „Koncepcję wdrożenia polskiego dowodu osobistego z warstwą elektroniczną"[152], zgodnie z którą w okresie 10 lat (wariant naturalnej wymiany) odbędzie się wydawanie nowych dowodów, które będą służyły m.in do uwierzytelnienia w e-usługach administracji publicznej, elektronicznego podpisywania dokumentów i potwierdzania obecności w placówkach służby zdrowia (KUZ).

[151] Dz. U. z 2017 r. poz. 1845, ze zm.

[152] Dokument był efektem prac ekspertów Ministerstwa Cyfryzacji, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Ministerstwa Zdrowia, realizowanych na podstawie Porozumienia w sprawie wdrożenia dowodu osobistego z warstwą elektroniczną 27 czerwca 2016 r., https://mc.gov.pl/konsultacje/koncepcja-wdrozenia-polskiego-dowodu-osobistego-z-warstwa-elektroniczna-zapraszamy-do, https://mc.gov.pl/aktualnosci /nowa-koncepcja-wdrozenia-polskiego-dowodu-osobistego-z-warstwa-elektroniczna.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W listopadzie 2017 r. i lutym 2018 r Prezes NFZ wskazał Ministrowi Zdrowia, że zasadnym jest wpisanie karty KUZ jako dokumentu kategorii pierwszej do projektu ustawy o dokumentach publicznych, co umożliwiłby Funduszowi podjęcie współpracy z PWPW w celu wydania karty KUZ tzw. szybką ścieżką, bez narażania się na ryzyko przeciągających się w czasie postępowań o zamówienie publiczne[153]. Minister Zdrowia w maju 2018 r. przekazał do Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji wniosek o wpisanie KUZ do pierwszej grupy dokumentów w ramach ww. ustawy.

Przeciągające się prace nad koncepcją informatyzacji systemu ochrony zdrowia, utrudniają budowę nowych systemów dla Narodowego Funduszu Zdrowia. NIK zauważa, że od sprawności ich działania zależy m.in. skuteczność weryfikacji rozliczeń, co stanowi jedno z kluczowych zadań płatnika publicznego[154].

Systemy informacyjne SIWDz

NFZ używa Systemu Informatycznego Wspomagania Działalności NFZ (SIWDz), który jest dostarczany przez dwóch dostawców[155] i 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 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[156] z właścicielami praw majątkowych i kodów źródłowych.

Na okres od 1 kwietnia 2016 r. do 30 marca 2019 r. o zostały zawarte umowy o łącznej wartości 166 846,52 tys. zł. Z tytułu realizacji umów wsparcia SIWDz w 2017 r. NFZ poniósł koszt w łącznej wysokości 55 615,51 tys. zł[157].

System Informacyjny OPUZ

W 2013 r. Fundusz rozpoczął prace związane z projektem „Przygotowanie i budowa Otwartej Platformy Ubezpieczeń Zdrowotnych przez NFZ", tzw. OPUZ. Projekt zakładał uzyskanie, w postępowaniu otwartym, pełni

---

153 Fundusz wskazał, że wykorzystanie kart płatniczych oraz e-dowodu nie zapewni w krótkim czasie wyposażenia 100% dorosłej populacji w narzędzie do potwierdzenia obecności, niezbędne więc będzie wydanie przez NFZ osobnego narzędzia – karty KUZ, przeznaczonego dla osób, które nie posiadają jeszcze e-dowodu i nie posiadają lub nie chcą używać karty płatniczej.

154 Z szacunków przeprowadzonych przez europejskie instytucje ubezpieczeniowe działające w systemie publicznej ochrony zdrowia wynika, że poziom nieprawidłowości wynosi od 2% do 5% rocznego budżetu tych instytucji. Fundusz w latach 2014–2015 przyjął średni budżet roczny z 2013 r. w wysokości 65 mld zł, a poziom nieprawidłowości, których zatrzymanie będzie możliwe przy użyciu kart generujących podpis elektroniczny określono na 1% tego przychodu, co oznacza, że wartość tak oszacowanego strumienia nieprawidłowości rocznie może wynosić 650 mln zł. Ze względu na brak podstaw do określenia wzajemnego stosunku wartości nieprawidłowości możliwych do wyeliminowania z użyciem kart KUZ i KSM przyjęto stosunek 50% na 50%.

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

156 Na podstawie ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1579, ze zm.).

157 Z tytułu realizacji umów wsparcia SIWDz w 2016 r. NFZ poniósł koszt w łącznej wysokości 55 276,39 tys. zł, w tym z tytułu umów przejściowych w okresie styczeń-marzec 2016 r. w wysokości 13 564,76 tys. zł oraz z tytułu umów trzyletnich w okresie od kwietnia do grudnia 2016 r. w wysokości 41 711,63 tys. zł.

praw do nowo wytworzonych, dedykowanych funkcjonalności, tak aby umożliwić późniejsze utrzymanie i rozwój oprogramowania w otwartych konkurencyjnych postępowaniach przetargowych. Projekt OPUZ byłby komplementarny z projektami RUM II oraz P1, przy czym jego realizacja nie byłaby zależna od wyników i produktów projektu P1.

W marcu 2016 r. Minister Zdrowia zaakceptował przygotowany przez NFZ wniosek o dofinansowanie, w ramach funduszy europejskich projektu OPUZ zakładającego poniesienie kosztów w wysokości 118 836 tys. zł. Fundusz 20 września 2016 r. został poinformowany, że projekt nie został zatwierdzony do realizacji, 4 października 2016 r. złożył protest, a 16 grudnia 2016 r. otrzymał informację o nieuwzględnieniu protestu. NFZ nie odwoływał się w kolejnej instancji, rozpatrując możliwość wzięcia udziału w nowym naborze (nabór 4 dla działania 2.1 POPC), w styczniu 2017 r. Jednakże, w związku z wyznaczeniem przez Ministra Zdrowia terminu na składanie kompletu dokumentów w powyższym naborze do 4 stycznia 2017 r. Fundusz musiał odstąpił od złożenia wniosku o dofinansowanie projektu OPUZ, wskazując na niemożność wykonania niezbędnych prac w wyznaczonym terminie .

Przejęcie systemów przez CSIOZ

Ponadto 21 grudnia 2016 r. Minister Zdrowia przekazał do wiadomości Prezesa NFZ, pismo skierowane do Dyrektora CSIOZ, informujące, że Minister Zdrowia podjął decyzję w zakresie przejęcia systemów teleinformatycznych NFZ przez CSIOZ (w tym przejęcia zadań, pracowników oraz majątku informatycznego NFZ) oraz rozpoczęcia przez CSIOZ, prac nad budową nowego systemu teleinformatycznego służącego do kontraktowania i rozliczeń świadczeń opieki zdrowotnej w ramach Narodowej Służby Zdrowia.

Minister Zdrowia 19 kwietnia 2017 powołał Zespół do spraw przygotowania integracji zadań z zakresu administrowania systemami teleinformatycznymi CSIOZ i oraz NFZ[158]. Przedstawiciele NFZ uczestniczył w spotkaniach ww. Zespołu.

Minister Zdrowia poinformował w lipcu 2017 r. NIK, iż budowa nowego systemu informatycznego, który ma zastąpić systemy informatyczne użytkowane przez NFZ i obejmie część funkcjonalności obecnych systemów informatycznych płatnika została przekazania do CSIOZ. Zespół od grudnia 2017 roku nie odbył żadnego spotkania.

System Informacyjny SINP

Dnia 31 października 2017 r. Minister Zdrowia powołał Zespół do spraw opracowania dokumentacji aplikacyjnej projektu dotyczącego budowy nowego systemu informatycznego narodowego płatnika[159]. Budowa nowego systemu informatycznego (SINP) została zlecona NFZ.

[158] Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 kwietnia 2017 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw przygotowania integracji zadań z zakresu administrowania systemami teleinformatycznymi CSIOZ oraz NFZ (Dz. Urz. MZ poz. 49). http://dziennikmz.mz.gov.pl/compatible/Details/2017/49.

[159] Zarządzenie z dnia 27 października 2017 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw opracowania dokumentacji aplikacyjnej projektu dotyczącego budowy nowego systemu informatycznego narodowego płatnika (Dz. Urz. MZ poz. 109) http://dziennikmz.mz.gov.pl/api/DUM_MZ/2017/109/journal/4175. Zespół ten został rozwiązany Zarządzeniem Ministra Zdrowia z 17 kwietnia 2018 r. w sprawie rozwiązania Zespołu do spraw opracowania dokumentacji aplikacyjnej projektu dotyczącego budowy nowego systemu informatycznego narodowego płatnika (Dz. Urz. MZ poz. 25) http://dziennikmz.mz.gov.pl/api/DUM_MZ/2018/25/

Minister Zdrowia 9 listopada 2017 r. zwrócił się do Ministra Rozwoju i Finansów o rozważenie możliwości zmiany finansowania projektu SINP ze środków UE – Działanie 2.1. PO Polska Cyfrowa na środki NFZ[160], powołując się m.in. na takie stanowisko CBA w tej sprawie. Ponadto poinformował o ustaleniach ze spotkania z dnia 6 listopada 2017 r. dotyczącym sposobu realizacji i źródła finansowania budowy systemu informatycznego SINP[161]. Wskazał, że wszyscy uczestnicy spotkania (wśród nich, przedstawiciel NFZ), za wyjątkiem przedstawiciela Ministerstwa Finansów, opowiedzieli się za realizacją projektu SINP ze środków krajowych i poprosił o ponowną analizę stanowiska Ministerstwa Finansów w powyższej sprawie z uwzględnieniem argumentacji przytaczanej w czasie ww. spotkania m.in.: że system informatyczny NFZ jest jednym z kluczowych systemów teleinformatycznych Państwa i ma wpływ na bezpieczeństwo ekonomiczne Polski, a tego rodzaju systemy powinny być finansowane w ramach publicznych środków krajowych, a NFZ jest gotowy sfinansować projekt SINP z własnych środków, a więc jego realizacja nie będzie stanowiła obciążenia dla budżetu państwa.

Dodatkowo Minister podniósł, że realizacja tak ważnego (infrastruktura krytyczna Państwa) i złożonego (wielość interesariuszy, konieczność migracji danych z działającego systemu, złożoność i wielość procesów biznesowych niezbędnych do objęcia nowym systemem, dynamiczne otoczenie) projektu, przy obostrzeniach wynikających z reżimu projektu UE (3-letni okres realizacji, ukierunkowanie na udostępnianie e-usług, brak elastyczności we wprowadzaniu zmian, prawdopodobne naciski ze strony firm IT na odbieranie produktów niskiej jakości) generuje istotne ryzyko fiaska projektu SINP w przypadku decyzji o finansowaniu go w ramach PO Polska Cyfrowa. W efekcie, projekt i tak musiałby być zrealizowany ze środków krajowych, a dodatkowo utracony zostałby cenny czas, co mogłoby mieć również istotne konsekwencje finansowe poprzez chociażby konieczność wydłużenia okresu utrzymania obecnego systemu IT NFZ. Podkreślił również, że NFZ nie oczekuje dodatkowych środków z budżetu państwa na budowę SINP, a jedynie niezbędna jest kierunkowa zgoda ministerstwa Finansów na zmianę struktury wydatków w planie finansowym NFZ w latach realizacji projektu SINP, tj. zabezpieczającą finansowanie projektu, w tym wyższe wydatki osobowe wynikające z konieczności zbudowania zespołu projektowego.

journal/4551, Minister Zdrowia 11 kwietnia 2018 r zapowiedział stworzenie dedykowanego Zespołu, który opracuje założenia związane z architekturą informacyjno-informatyczną ochrony zdrowia. W dniu 1 czerwca 2018 r. na pierwszym posiedzeniu Rady Informatyzacji powołanej przez Ministra Zdrowia odbyła się m.in. dyskusja i ustalenia na temat utworzenia ,,Grupy roboczej do spraw koncepcji architektury informacyjnej sektora ochrony zdrowia", a 18 czerwca 2018 r. odbyło się pierwsze posiedzenie Grupy z udziałem oddelegowanych do jej prac przez Prezesa NFZ trzech pracowników Funduszu.

[160] Powyższe związane jest z wydaniem kierunkowej zgody MF na odpowiednią strukturę wydatków w pianie finansowym NFZ w latach realizacji projektu SINP, tj. zabezpieczającą finansowanie projektu, w tym wyższe wydatki osobowe wynikające z konieczności zbudowania zespołu projektowego.

[161] W spotkaniu, które odbyło w Ministerstwie Zdrowia uczestniczyli przedstawicieli Ministerstwa Cyfryzacji, Ministerstwa Finansów, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, NFZ, CSIOZ oraz Ministerstwa Zdrowia.

Minister Zdrowia 5 lutego 2018 r. poinformował NFZ o zmianie źródła finansowania SINP ze środków europejskich na krajowe.

Zespół wypracował w pierwszym etapie prac listę obszarów funkcjonalnych projektu informatycznego SINp. Fundusz pismami z 9 lutego oraz 4 kwietnia 2018 r. poinformował Ministra Zdrowia, że w celu określenia strategicznego zakresu ww. projektu, niezbędne jest rozstrzygnięcie kluczowych kwestii wpływających istotnie na zakres projektu SINp. Należy m.in. określić ramową architekturę systemu oraz określić podział kompetencji pomiędzy poszczególnymi podmiotami w ochronie zdrowia, w tym wskazać ich odpowiedzialność za utworzenie i utrzymanie poszczególnych elementów tej architektury, a w szczególności odnośnie: portalu pacjenta, rejestrów medycznych, korelacji zdarzenia medycznego przewidzianego w ramach projektu P1, szeroko rozumianej obsługi procesów związanych z tzw. opieką koordynowaną[162].

Dyrektor Departamentu Informatyki NFZ wyjaśnił, że Fundusz wnioskował o zmianę sposobu finansowania, ponieważ w tak strategicznym i krytycznym projekcie sposób finansowania ma ogromne znaczenie dla powodzenia projektu. Prace koncepcyjne odnośnie zakresu, terminu i budżetu przyszłego projektu SINP potrwają przynajmniej do października 2018 r., a po określeniu zakresu i budżetu projektu SINP zostanie wykonana analiza posiadanych środków w ramach planu wydatków inwestycyjnych w ramach środków Centralnego Funduszu Inwestycyjnego i zostaną podjęte decyzje co do ewentualnego zwiększenia planu inwestycyjnego ponad planowane koszty odpisów amortyzacyjnych danego roku.

Prace nad automatyzacją procesu obsługi zleceń na wyroby medyczne

W maju 2016 r. Fundusz podjął prace związane z uruchomieniem rozwiązania informatycznego służącego do elektronicznego potwierdzania uprawnień pacjenta do zaopatrzenia w wyroby medyczne, a 28 października 2016 r. wystąpił do MZ z prośbą o zgodę na uruchomienie projektu informatycznego, wdrażającego system informatyczny służący do elektronicznego potwierdzania uprawnień pacjenta do zaopatrzenia w wyroby medyczne.

Dnia 2 stycznia 2017 r Prezes NFZ powołał zespół zadaniowy do spraw automatyzacji procesu obsługi zleceń na wyroby medyczne, którego celem było wypracowanie szczegółowej koncepcji rozwiązania informatycznego mającego na celu zautomatyzowanie procesu obsługi zleceń na wyroby medyczne. W spotkaniach zespołu uczestniczyli przedstawiciele NFZ, Ministerstwa Zdrowia, CSIOZ oraz dostawców oprogramowania dla NFZ. Zespół zakończył prace 6 lutego 2017 r., a w dniu 24 lutego 2017 r. NFZ prze-

[162] A w szczególności odnośnie Portalu pacjenta – czy NFZ ma budować portal do komunikacji z pacjentem, czy będzie istniał jeden referencyjny w ochronie zdrowia, kto i w jakim zakresie będzie za niego ponosił odpowiedzialność i czy funkcjonalności niezbędne dla NFZ będą w nim uwzględnione. Rejestrów medycznych – czy system NFZ ma przewidywać taką funkcjonalność, a jeżeli tak, to w jakim zakresie, czy przewiduje się powiązanie rejestrów z systemem rozliczeniowym płatnika i w jakim zakresie?; Korelacji zdarzenia medycznego przewidzianego w ramach projektu P1 i powiązanych informacji o elektronicznej dokumentacji medycznej z trybem, częstotliwością i zakresem sprawozdawczości o udzielonych świadczeniach przekazywanej do płatnika publicznego; Szeroko rozumianej obsługi procesów związanych z tzw. opieką koordynowaną – kto i w jakim zakresie będzie je wspierał i jaka będzie rola Funduszu w tym procesie?

słał do Ministra Zdrowia koncepcję rozwiązania informatycznego wspierającego proces obsługi zleceń na wyroby medyczne, opracowaną przez ww. Zespół, z prośbą o potwierdzenie ostatecznej formy realizacji projektu.

Minister Zdrowia 4 lipca 2017 r. poinformował NIK, iż w związku z podjęciem decyzji o przejęciu przez CSIOZ systemów informatycznych NFZ, wstrzymano prace nad rozbudową o nowe funkcjonalności dotychczasowych systemów teleinformatycznych użytkowanych przez NFZ. Nie ma bowiem uzasadnienia do rozbudowywania obecnie funkcjonujących w NFZ systemów teleinformatycznych (do których NFZ nie ma praw autorskich), w sytuacji, gdy planowana jest budowa od nowa systemu teleinformatycznego służącego do kontraktowania i rozliczeń ze świadczeniodawcami dedykowanego dla przewidywanej struktury Narodowej Służby Zdrowia.

Dnia 28 listopada 2017 r. Minister Zdrowia wyraził zgodę na realizację ww. rozwiązania informatycznego, a 15 grudnia 2017 r. NFZ przygotował zgłoszenie subskrypcji oprogramowania dla dostawcy oprogramowania. Projekt kontynuowany jest w 2018 r.

Brak strategii w zakresie rozwoju systemów IT

Fundusz, do dnia zakończenia kontroli, nie dysponował zatwierdzoną wieloletnią strategią w zakresie rozwoju systemów informatycznych NFZ[163]. Prezes NFZ przekazał Założenia do strategii IT do Ministra Zdrowia 15 października 2015 r. i 2 czerwca 2016 r. Fundusz nie otrzymał odpowiedzi na ww. pisma, a 21 grudnia 2016 r. Minister Zdrowia przekazał do wiadomości Prezesa NFZ, pismo skierowane do Dyrektora CSIOZ, informujące, że Minister Zdrowia podjął decyzję w zakresie przejęcia systemów teleinformatycznych NFZ przez CSIOZ (w tym przejęcia zadań, pracowników oraz majątku informatycznego NFZ) oraz rozpoczęcia przez CSIOZ, prac nad budową nowego systemu teleinformatycznego służącego do kontraktowania i rozliczeń świadczeń opieki zdrowotnej w ramach Narodowej Służby Zdrowia.

W ocenie NFZ ciągłe zmiany organizacyjne, w tym planowana likwidacja Funduszu oraz brak akceptacji strategicznych kierunków uniemożliwiały dotychczas opracowanie i wprowadzenie nowej strategii IT, której istotnym elementem powinna być zlecona NFZ budowa nowego systemu informatycznego SINP, obejmująca strategiczny zakres tego projektu, co jest związane z rozstrzygnięciem na szczeblu zarządzających ochroną zdrowia ww. kluczowych kwestii wpływających istotnie na zakres projektu.

Program Informatyzacji Ochrony Zdrowia

W 2013 r. NIK negatywnie oceniła realizację „Program Informatyzacji Ochrony Zdrowia" bez uwzględnienia stanu informatyzacji świadczeniodawców oraz oszacowania kosztów ich dostosowania do wymogów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia[164]. Minister Zdrowia oraz CSIOZ, nie posiadali pełnej wiedzy na ten temat, pozwalającej na skuteczną koordynację procesu informatyzacji ochrony zdrowia, co było konsekwencją braku systemu pozwalającego na pozyskiwanie aktualnych i komplekso-

[163] Sporządzenie wieloletniej strategii IT wynika z zarządzenia Prezesa NFZ Nr 17/2015/GPF z dnia 2 kwietnia 2015 r. w sprawie opracowania i przyjęcia Strategii efektywnego i bezpiecznego zarządzania procesem wsparcia informatycznego kluczowych funkcji i zadań NFZ zmienione zarządzeniem nr 43/2015/GPF.

[164] Informacja o wynikach kontroli „Informatyzacji szpitali" (P/12/125).

wych danych o realizowanych projektach informatycznych. Tworzenie spójnego systemu informacji w ochronie zdrowia komplikowały również trudności w realizacji Projektu P1 przez CSIOZ, a także w określeniu tak kluczowych zagadnień jak na przykład zasad interoperacyjności systemów budowanych przez CSIOZ z systemami świadczeniodawców.

Regionalne systemy informacyjne e-Zdrowie

W celu upowszechniania poprawy jakości i dostępności do publicznej służby zdrowia tworzono również regionalne projekty obejmujące informatyzację podmiotów leczniczych.

Podlaski system informacyjny e-Zdrowie

Po przeprowadzonej w 2017 r. kontroli w zakresie funkcjonowania projektu Podlaski System Informacyjny e-Zdrowie[165], NIK oceniła, że chociaż wdrażanie projektu przebiega z przeszkodami (zdalna rejestracja jest utrudniona, elektroniczna dokumentacja niekompletna i jedynie promil wizyt odbywa się po elektronicznej rejestracji) to należy podkreślić nowoczesność i użyteczność Systemu. W przyszłości Podlaski System Informacyjny e-Zdrowie może stać się częścią składową ogólnopolskiego systemu Projektu P1.

Z powodu ograniczeń finansowych projekt zaplanowano i zrealizowano tylko w 26 wybranych podmiotach leczniczych, w których w 2016 r. udzielono świadczeń jedynie co trzeciemu pacjentowi korzystającemu z publicznej opieki zdrowotnej w województwie podlaskim. W konsekwencji, wyłącznie pacjenci korzystający ze świadczeń w tych podmiotach i personel w nich zatrudniony mógł korzystać z wdrożonych rozwiązań[166]. Pomimo upływu 16 miesięcy od rzeczowego zakończenia realizacji Projektu i wyposażenia partnerów w pełni funkcjonalne narzędzia informatyczne (poza systemem raportowo-analitycznym), nie osiągnięto wszystkich zakładanych korzyści tego przedsięwzięcia. Z powodu niewykorzystywania funkcjonalności systemów informatycznych, nie zapewniono szybkiego i bezpiecznego dostępu do dokumentów medycznych dla pacjentów, lekarzy oraz innym podmiotom leczniczym.

5.5. Wykonanie planu finansowego

5.5.1. Planowanie przychodów i kosztów Funduszu

Zatwierdzenie planu finansowego

Minister Zdrowia, w porozumieniu z Ministrem Finansów, w dniu 28 lipca 2016 r. zatwierdził, przedłożony przez Prezesa Funduszu, plan finansowy NFZ na 2017 r. Wartość planowanych przychodów i kosztów ustalono na 77 528 530 tys. zł[167].

[165] Informacja o wynikach kontroli „Podlaski system informacyjny E-Zdrowie" /(P/16/059/LBI). Celem głównym (bezpośrednim) Projektu było stworzenie pakietu usług elektronicznych dla pacjentów, podmiotów leczniczych oraz ich organów założycielskich. Projekt realizowany w województwie podlaskim był jednym z pierwszych tego typu w kraju. Założenia Projektu konsultowane były głównie z CSIOZ, który w czasie tworzenia programu funkcjonalnoużytkowego i studium wykonalności PSIeZ pracował nad platformą P1. Wykonawca platformy regionalnej zobowiązany był do zapewnienia współpracy z platformą krajową. W rezultacie uzyskano taką integralność, a dokumenty medyczne wytwarzane w wyniku realizacji Projektu spełniają wymogi określone w „Regułach biznesowych i walidacjach określających strukturę dokumentów medycznych przetwarzanych na Platformie P1".

[166] W roku 2016 w województwie podlaskim funkcjonowały 773 podmioty (publiczne i niepubliczne). Z tego samego powodu nie zinformatyzowano wszystkich oddziałów szpitalnych w jednostkach uczestniczących w Projekcie (np. bloku operacyjnego, rehabilitacji).

[167] Co odpowiadało 107,1% planowanej wartości przychodów określonej w planie finansowym NFZ

Zmiany planu finansowego

Zmiany planu zostały wprowadzone zgodnie z ustawą o świadczeniach zdrowotnych. Przewidywały m.in. zwiększenie łącznych przychodów o 2 255 807 tys. zł (tj. o 2,91%), łącznych kosztów o 3 828 907 tys. zł (tj. o 4,94%), a kosztów świadczeń zdrowotnych o 3 952 477 tys. zł (tj. o 5,36%). Plan finansowy, po zmianach, przewidywał ujemny wynik finansowy Funduszu w wysokości (-)1 573 100 tys. zł

5.5.2. Przychody Funduszu

Zrealizowane przychody

Wysokość zrealizowanych w 2017 r. przychodów ogółem wyniosła 79 599 568,49 tys. zł, co stanowiło 99,77% planu po zmianach. W porównaniu do 2016 r. były one wyższe o 5 750 226,89 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 74 472 638,25 tys. zł i były niższe od planowanych o 273 390,75 tys. zł[168].

W 2017 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 252 760,54 tys. zł, co stanowiło 126,66% wielkości planowanej[169].

W pierwotnym planie finansowym NFZ na 2017 r. nie zaplanowano przychodów z tytułu realizacji zadań zleconych. W planie po zmianach przewidziano środki w wysokości 2804 tys. zł na realizację Programu Polityki Zdrowotnej, zleconego przez Ministra Zdrowia na podstawie umowy z dnia 22 listopada 2017 r.[170] Wartość przekazanych środków z tego tytułu w roku 2017 r. wyniosła 46,66 tys. zł i stanowiła 1,66% realizacji planu.

Przychody z tytułu dotacji

Przychody z tytułu dotacji na sfinansowanie świadczeń, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a–2c, 3 i 3b po zmianach planu zostały ustalone na w wysokości 1 387 504 tys. zł, z tego: 502 972 tys. zł z przeznaczeniem na koszty świadczeń wysokospecjalistycznych, 320 232 tys. zł na pozostałe koszty świadczeń (dla osób nieubezpieczonych oraz wykonywane poza granicami kraju na podstawie zgody Prezesa NFZ) i 564 300 tys. zł z przeznaczeniem na pokrycie kosztów bezpłatnego zaopatrzenia w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne określone w wykazie przysługujących świadczeniobiorcom po ukończeniu 75. roku życia.

na 2016 r. (72 365 683 tys. zł) oraz 105,8% planowanej wartości kosztów, określonej w planie finansowym NFZ na 2016 r. (73 291 899 tys. zł).

168 NFZ nie ma wpływu na wysokość przychodów uzyskiwanych z tytułu składek na ubezpieczenia zdrowotne przekazywanych z ZUS i KRUS.

169 Wyższa niż planowana realizacja w 2017 r. przychodów z ww. tytułu wynikała z wyższej niż planowano wartości zrealizowanych na terenie Polski świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów z innych państw UE/EFTA.

170 Umowy z dnia 22 listopada 2017 r. pomiędzy Skarbem Państwa – Ministrem Zdrowia, a Narodowym Funduszem Zdrowia o realizację od 22 listopada 2017 r. do 31 grudnia 2020 r. Programu Polityki Zdrowotnej pn. Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2016–2020 w zakresie interwencji: kompleksowa diagnostyka niepłodności, polegająca na wykonywaniu zadań związanych z zawieraniem i rozliczaniem umów z referencyjnymi ośrodkami leczenia niepłodności na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej obejmujących kompleksową diagnostykę niepłodności.

Wykonanie przychodów w tej pozycji wyniosło 1 304 625,25 tys. zł i było niższe od planowanych o 82 878,75 tys. zł tj. o 5,97% oraz wyższe od odnotowanych przychodów z tego tytułu w roku 2016 o 142 931,38 tys. zł.

Przychody ratownictwo medyczne

W 2017 r. na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego zaplanowano kwotę 1 928 047 tys. zł, a wykonanie wyniosło 1 918 440,83 tys. zł, co stanowiło 99,50% planu po zmianach.

Pozostałe przychody

Przychody z pozostałej działalności NFZ wyniosły łącznie 1 466 994,22 tys. zł (108,65% planu po zm.) i objęły środki z dotacji z budżetu państwa na finansowanie świadczeń gwarantowanych udzielonych ponad kwoty zobowiązań wynikających z zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej innych niż wysokospecjalistyczne w kwocie 945 411,74 tys. zł.

Należności NFZ

Należności, na koniec 2017 r., wyniosły 7 199 148,62 tys. zł, w tym 29 090,74 tys. zł stanowiły należności przeterminowane, na które złożyły się należności od świadczeniodawców i aptek w kwocie 6487,79 tys. zł oraz należności pozostałe w kwocie 22 602,95 tys. zł[171].

Decyzje indywidualne

Dyrektorzy OW NFZ w oparciu o art. 109 ustawy o świadczeniach, wydali w 2017 r. łącznie 6545 decyzji w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, w tym 6022 decyzje dot. objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym oraz 523 decyzje dot. ustalenia prawa do świadczeń.

Odwołania od decyzji indywidualnych

NIK w ubiegłych latach zwracała uwagę, na opóźnienia w rozpatrywaniu odwołań w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, m.in. iż pomimo spadku o blisko połowę liczby wniesionych odwołań do Prezesa NFZ i przeprowadzeniu zmian organizacyjnych w 2016 r., wpłynęło więcej odwołań niż było rozpatrzonych (na koniec 2016 r. pozostawało więcej spraw do rozpatrzenia niż 2015 r.). Z dniem 30 sierpnia 2017 r. dokonano zmian organizacyjnych w Departamencie Spraw Świadczeniobiorców[172].

W 2017 r. złożono 1756 odwołań od decyzji w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, tj. o 6,2% mniej niż 2016 r. (1873), a rozpatrzono 2185 odwołań, tj. o 52,2% więcej niż 2016 r. (1436 odwołań).

Nieprecyzyjne zapisy w Sprawozdaniach z działalności NFZ

W „Sprawozdaniu z działalności NFZ za 2017 r." nieprecyzyjnie wskazano, że w 2017 r. do rozpatrzenia przez Prezesa NFZ pozostało łącznie około 6500 odwołań oraz, że po raz pierwszy zmniejszyła się ich liczba, nato-

[171] Należności pozostałe 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

[172] Również audyt wewnętrzny przeprowadzony w 2017 r. w Departamencie Spraw Świadczeniobiorców wykazał, że przed wprowadzeniem ww. zmian organizacyjnych w ograniczonym stopniu funkcjonowała adekwatna, skuteczna i efektywna kontrola zarządcza. Wskazano m.in. że ustanowiona struktura organizacyjna i zasoby były nieodpowiednie do realizowanych celów i zadań oraz brak było adekwatnych mierników, a także nadmierne skupianie się na brakach kadrowych zamiast na działaniach usprawniających w oparciu o obecne zasoby. Pozytywnie oceniono przeprowadzone zmiany organizacyjne z 30 sierpnia 2017 r. oraz wypracowanie rozwiązań w zakresie usprawnienia pracy Departamentu. Zgodnie z zaleceniami audytu określony został harmonogram „wyjścia" z zaległości z tytułu rozpatrywania odwołań w ciągu trzech lat.

miast w „Sprawozdaniu z działalności NFZ za 2016 r." wskazano, że do rozpatrzenia zostało wg stanu na koniec 2016 roku ponad 6000 spraw. Faktyczna liczba spraw była wyższa i pozostawała na zbliżonym poziomie jak w 2016 r., tj. według stanu na 22 grudnia 2017 r. pozostawały 6823 odwołania, zaś według stanu na 29 grudnia 2016 r. pozostawały do rozpatrzenia 6833 odwołania.

5.5.3. Koszty Funduszu

Koszty ogółem NFZ

Zrealizowane przez NFZ w 2017 r. koszty ogółem wyniosły 79 655 722,37 tys. zł i stanowiły 97,91% planu. Były one wyższe niż w 2016 r. o 5 685 592,33 tys. zł, tj. o 7,69%.

Tabela nr 1
Wykonanie wybranych kosztów NFZ

Wyszczególnienie	Wykonanie 2016 r.	Plan na 2017 r. po zmianach i przesunięciach	Wykonanie 2017 r.	% realizacji planu	Dynamika 2017/2016r.
1	2	3	4	5=4/3	6=4/2
Koszty poboru i ewidencjonowania składek	135 917,22	145 768,00	144 940,21	99,43%	106,64%
Koszty realizacji zadań	72 941 121,80	80 154 615,00	78 772 587,52	98,28%	107,99%
Koszty świadczeń zdrowotnych	70 962 832,98	77 659 464,00	76 347 700,68	98,31%	107,59%
Koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie	-	2 804,00	46,66	1,66%	-
Koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego	1 868 118,13	1 928 047,00	1 918 470,03	99,50%	102,70%
Koszty finansowania leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego w części finansowanej z budżetu państwa zgodnie z art. 43a ust. 3 ustawy	110 170,69	564 300,00	506 370,15	89,73%	459,62%
Koszty administracyjne	631 813,15	753 164,00	658 126,65	87,38%	104,16%
Łączne koszty NFZ	**73 970 130,04**	**81 357 437,00**	**79 655 722,37**	**97,91%**	**107,69%**

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ[173].

Koszty realizacji zadań

Zmiany kosztów realizacji zadań

W planie finansowym NFZ na 2017 r., z dnia 28 lipca 2016 r., na koszty realizacji zadań przewidziano kwotę 76 314 448 tys. zł. W trakcie 2017 r. zwiększono plan łącznie o 5,03%, w tym m.in. o 3,12% w rodzaju koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego, a w rodzaju koszty świadczeń

[173] Sprawozdanie z wykonania planu finansowego NFZ w 2017 r.

opieki zdrowotnej o 5,36%[174], tj. o 3 952 477 tys. zł, z tego z funduszu zapasowego NFZ pochodziło 1 573 100 tys. zł, rezerwy ogólnej 737 802 tys. zł, dotacji z budżetu państwa 1 000 000 tys. zł.

Wykonanie kosztów świadczeń zdrowotnych

Poniesione przez NFZ w 2017 roku koszty świadczeń zdrowotnych wyniosły 76 347 700,68 tys. zł[175] i były niższe od planowanych o 1 311 763,32 tys. zł, tj. o 1,69 % (w 2016 r. 1,05%)[176], z tego:

- w Centrali Funduszu w wysokości 82 462,32 tys. zł,
- w OW NFZ w wysokości 1 229 301,00 tys. zł, będące następstwem niższej realizacji m.in. w pozycjach: leczenie szpitalne o 656 778,31 tys. zł, ambulatoryjna opieka specjalistycznej o 134 301,87 tys. zł, kosztów refundacji w wysokości 60 773,32 tys. zł oraz pozostałych rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej o 377 447,50 tys. zł.

Koszty świadczeń zdrowotnych w porównaniu do 2016 r.

Wykonanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej wyniosło 76 347 700,68 tys. zł i było wyższe od wykonania w 2016 r. o 5 384 867,70 tys. zł, tj. o 7,59%, w tym koszty te były wyższe m.in. o:

- 45,80% (tj. o 209 704,24 tys. zł) w opiece paliatywnej i hospicyjnej – wyniosły 667 616,10 tys. zł:
- 14,27% (tj. o 184 924,64 tys. zł) w świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej – 1 480 903,43 tys. zł:
- 10,41%(tj. o 3 645 779,00 tys. zł) w leczeniu szpitalnym – 38 682 366,69 tys. zł,:
- 9,59% (tj. o 186 882,89 tys. zł) w świadczeniach zdrowotnych kontraktowane odrębnie – 2 134 784,05 tys. zł:
- od 6% do 8%, w pozycjach: zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawa, o których mowa w ustawie o refundacji, podstawowa opieka zdrowotna, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, rehabilitacja lecznicza, koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu.

Niższe wykonanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w 2017 r., w porównaniu do wykonania w 2016 r., nastąpiło m.in.: w pozycji ambulatoryjna opieka specjalistyczna o 2,86% (tj. o 165 625,15 tys. zł) oraz w pozycji koszty świadczeń opieki zdrowotnej z lat ubiegłych o 47,23% (tj. o 51 220,31 tys. zł), rezerwa na koszty realizacji zadań wynikających z przepisów o koordynacji o 3,46% (tj. o 17 053,34 tys. zł).

Przekroczenia planu finansowego

W 2017 r. przekroczono limit kosztów ustalony w planie finansowym w pozycji B2.14 refundacja w planach OW NFZ:

- w Kujawsko-Pomorskim o kwotę 279,67 tys. zł, tj. o 0,06%:

[174] W rodzaju koszty świadczeń opieki zdrowotnej zwiększenie planu w pozycjach od 0,72% podstawowa opieka zdrowotna do 17,78% leczenie szpitalne, natomiast zmniejszenie w pozycjach od 0,22% leczenie stomatologiczne do 10,11% koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu. Planowane koszty świadczeń z lat ubiegłych zmniejszono o 64,85% tj. do kwoty 136 398 tys. zł.

[175] Były wyższe niż w 2016 r. o 3 211 632,31 tys. zł tj. o 4,74% (70 962 832,98tys. zł).

[176] Wskaźnik realizacji planu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w poprzednich latach wynosił: 98,17% w 2015 r. 98,93%, w 2014 r., 97,19% w 2013 r., 96,33% w 2012 r., 99,86% w 2011 r., 99,10% w 2010 r., 99,13% w 2009 r., 94,25% w 2008 r.

- w Warmińsko-Mazurskim o kwotę 457,72 tys. zł, tj. o 0,16%.

W związku z odnotowanymi przekroczeniami planu finansowego na 2017 r. w Funduszu jest prowadzone postępowanie wyjaśniające, mające na celu stwierdzenie, czy występują przesłanki skierowania zawiadomienia o naruszeniu dyscypliny finansów publicznych, o którym mowa w art. 11 ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych[177].

Świadczenia wykonane ponad limit określony w umowie

Wartość niesfinansowanych, niezrzeczonych i nieprzedawnionych świadczeń gwarantowanych, udzielonych ponad kwoty zobowiązań wynikających z zawartych umów na 2017 r. oraz w latach poprzednich wg stanu na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych za 2017 r. wyniosły 423 487,95 tys. zł[178]. Fundusz nie prowadzi ewidencji księgowej świadczeń niesfinansowanych, niezrzeczonych i nieprzedawnionych, udzielonych ponad kwoty zobowiązań wynikających z zawartych umów w latach poprzednich i nie tworzy rezerw tego tytułu. Informacje o wysokości ww. świadczeń zostały pozyskane w toku kontroli na wniosek kontrolerów z systemu służącego do sprawozdawania i rozliczania udzielonych przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej.

Niesfinansowane i niezrzeczone świadczenia udzielone ponad kwoty zobowiązań wynikających z zawartych umów w 2017 r. w kwocie 104 345,44 tys. zł (wg stanu na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych za 2017 r.) wyniosły o 74,98% mniej niż w roku ubiegłym[179], w tym m.in w rodzajach: leczenie szpitalne 70 962,89 tys. zł, ambulatoryjna opieka specjalistyczna 12 591,86 tys. zł, rehabilitacja lecznicza 10 047,20 tys. zł, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej 5212,56 tys. zł.

Zapłata nadwykonań

Wartość niesfinansowanych i niezrzeczonych świadczeń „nielimitowanych", zrealizowanych w 2017 r. wyniosła na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych 500,07 tys. zł, a wg stanu na dzień na 10 czerwca 2018 r. – 261,83 tys. zł[180].

Prezes NFZ od 2013 r. kieruje jednolite wytyczne do OW NFZ w sprawie finansowania świadczeń (ze środków własnych OW NFZ) wykonanych

[177] Dz. U. z 2018 r. poz. 1458. W 2016 r. również wystąpiły przekroczenia limitu kosztów planu finansowego i Prezes NFZ złożył zawiadomienia o naruszeniu dyscypliny finansów publicznych przez dyrektorów OW NFZ, zgodnie z wnioskiem pokontrolnym NIK skierowanym trakcie kontroli nr P/17/056 pn.: „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2016 r." W ww. sprawach zostały wydane postanowienia o odmowie wszczęcia postepowań wyjaśniających o naruszenie dyscypliny finansów publicznych.

[178] Wartość świadczeń w poszczególnych latach wynosiła w 1999 r. – 3910,44 tys. zł, 2002 r. – 3250,47 tys. zł, 2003 r. – 2122,02 tys. zł, 2004 r. – 1525,30 tys. zł, 2006 r. – 1262,45 tys. zł, 2007 r. – 102,18 tys. zł, 2008 r. – 744,06 tys. zł, 2009 r. – 9932,94 tys. zł, 2010 r. – 4684,67 tys. zł, 2011 r. – 14 066,49 tys. zł, 2012 r. – 20 810,71 tys. zł, 2013 r. – 31 671,97 tys. zł, 2014 r. – 62 698,01 tys. zł, 2015 r. – 61 715,06 tys. zł, 2016 r. – 100 645,74 tys. zł, w 2017 r. –104 345,44 tys. zł.

[179] Wg stanu na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych na 2016 r. wyniosły 417 063,95 tys. zł.

[180] Powstały w związku z niezłożeniem przez świadczeniodawcę wniosku o sfinansowanie nadwykonań oraz odmową świadczeniodawcy przyjęcia propozycji sfinansowania w 100% świadczeń ponadlimitowych, który domagał się dodatkowo wyodrębnienia ryczałtu PSZ i jego zwiększenia ze skutkiem wstecznym, tj. od 1 października 2017 r. (OW NFZ nie wyraził zgody).

ponad limit w umowie wraz z zalecanym maksymalnym poziomem finansowania w poszczególnych zakresach rodzajów świadczeń[181].

Wartość zawartych ugód pozasądowych, dotyczących zapłaty za świadczenia ponad umowne w ramach planu finansowego na 2017 r., ze środków własnych NFZ, wyniosła 1 232 705,52 tys. zł[182], w tym zawartych po okresie obowiązywania umowy (wygasłych) wyniosła 648 524,85 tys. zł.

Wartość ugód pozasądowych dotyczących zapłaty za świadczenia wykonane w 2017 r. w wyniosła 1 159 029,88 tys. zł, a za wykonane w latach wcześniejszych – 73 654,82 tys. zł). Łącznie w ramach ugód pozasądowych ze środków własnych NFZ objęto świadczenia o łącznej wartości 1 535 225,65 tys. zł (wartość zrzeczonych świadczeń ponadlimitowych wyniosła 302 517,13 tys. zł).

Świadczenia ratujące życie w ugodach pozasądowych

Wartość świadczeń ratujących zdrowie lub życie udzielonych w trybie nagłym, objęta ugodami pozasądowymi zawartymi ze świadczeniodawcami w ramach planu finansowego na 2017 r. wyniosła 159 910,54 tys. zł.

Do chwili obecnej nie został systemowo uregulowany problem rozliczania wykonanych świadczeń, innych niż ratujące życie, wykonanych ponad limit określony w umowach zawieranych przez NFZ ze świadczeniodawcami[183], pomimo, że NFZ w 2009 r. realizując wniosek pokontrolny NIK[184], zwrócił się do Ministra Zdrowia o podjęcie działań na rzecz nowelizacji ustawy o świadczeniach, w celu wprowadzenia regulacji szczególnej.

---

181 Wytyczne dla OW NFZ w sprawie finansowania świadczeń wykonanych ponad limit wynikający z umowy określone zostały m.in. w pismach z 21.01.2013 r., 18.12.2013 r., 27.10.2017 r. i 30.11.2017 r. W powyższych wytycznych odnośnie finansowania świadczeń w ramach zawartych ugód pozasądowych na podstawie art. 917 k.c. Prezesa NFZ nie ogranicza katalogu świadczeń objętych do finansowania jedynie do świadczeń ratujących zdrowie lub życie udzielonych w trybie nagłym (określonych w art. 15 ustawy o działalności leczniczej oraz art. 19 ust. 1 ustawy o świadczeniach).

182 M.in. w rodzaju: leczenie szpitalne 763 642,20 tys. zł, ambulatoryjna opieka specjalistyczna 181 364,28 tys. zł, rehabilitacja lecznicza 90 463,08 tys. zł, świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie 72 621,19 tys. zł oraz świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej 47 567,15 tys. zł.

183 Finansowanie świadczeń ratujących zdrowie lub życie udzielonych w trybie nagłym, wykonanych ponad limit następuje na podstawie art. 15 ustawy o działalności leczniczej oraz art. 19 ust. 1 ustawy o świadczeniach Zgodnie z art. 15 ustawy o działalności leczniczej *Podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia*, a z art. 19 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych *W stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie*.
Ustawodawca wyraźnie odróżnia świadczenia medyczne udzielane w normalnych warunkach, gdy udzielenie pomocy nie wymaga natychmiastowego działania i może być odłożone w czasie, od sytuacji, gdy pomoc ta musi być udzielona natychmiast, bowiem jej odroczenie w czasie może skutkować utratą zdrowia lub życia (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 października 2006 r., sygn. akt III CSK 123/06, opubl. LEX nr 258671 oraz wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 stycznia 2007 r., sygn. akt V CSK 396/06, opubl. Biul. SN 2007/4/15 oraz LEX nr 244455).
Przepisy art. 118 oraz art. 132 i nast. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych regulują jedynie w sposób ogólny kwestie ustalania corocznych planów finansowych NFZ oraz zawierania umów ze świadczeniodawcami, nie dają natomiast NFZ swobody w dysponowaniu „wolnymi" środkami finansowymi i możliwości przyznawania tych środków świadczeniodawcom poza granicami zawartych z nimi kontraktów (wyjątek stanowi jedynie sytuacja świadczeń nagłych ratujących zdrowie lub życie).
NIK wielokrotni badała zagadnienia dotyczące finansowania świadczeń ponadlimitowych oraz zwracała uwagę Ministrowi Zdrowia na konieczność systemowego uregulowania problemu nadwykonań m.in. Informacje o wynikach kontroli: „Wykonanie planu finansowego NFZ w 2008 r." oraz „Dostępność i finansowanie rehabilitacji leczniczej".

184 Sformułowany po przeprowadzonej kontroli pn. „Wykonanie planu finansowego NFZ w 2008 r.".

Do chwili obecnej problem ten nie doczekał się rozwiązania i każdorazowa wypłata środków, zasady ich podziału zależą od decyzji kierownictwa Funduszu.

Minister Zdrowia nie podjął działań w tym zakresie uznając, że na podstawie art. 917 k.c., stosowanego również do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (art. 155 ust. 1 ustawy), możliwe jest rozliczenie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, udzielonych ponad kwotę zobowiązania określonego w umowie i za niezasadne i niecelowe uznać należy ewentualną nowelizację ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w tym zakresie[185].

Dotacja na sfinansowanie nadwykonań

Na podstawie art. 15a ustawy z dnia 2 grudnia 2016 r. o szczególnych rozwiązaniach służących realizacji ustawy budżetowej na rok 2017[186] Fundusz otrzymał dotację w kwocie 1 000 000 tys. zł na finansowanie świadczeń gwarantowanych, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych, udzielonych ponad kwoty zobowiązań wynikających z zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej[187]. W uzasadnieniu do projektu ww. ustawy[188] m.in. wskazano, że istnieje potrzeba zwiększenia poziomu sfinansowania nadwykonań przede wszystkim w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej, wykonanych ponad limity przez podstawowe oddziały w szpitalach powiatowych i dotyczących hospitalizacji w zakresie chorób wewnętrznych oraz ortopedii i traumatologii, które powstały z powodu przyjęć pacjentów z Izby Przyjęć w trybie nagłym lub z ratownictwa medycznego. Jako istotne wskazano również podwyższenie wskaźników płacenia za nadwykonania w przypadku świadczeń udzielonych w dziedzinie onkologii, mającej duże znaczenie dla systemu opieki zdrowotnej, zdrowia i życia pacjentów oraz, że podwyższenie kwoty dotacji miało być niezbędne w celu umożliwienia sfinansowania przez NFZ nadwykonań w ramach świadczeń wysokospecjalistycznych, finansowanych z budżetu państwa, które dotyczą głównie procedur przeszczepowych oraz kardiologicznych i kardiochirurgicznych udzielanych w trybie ratującym życie.

Odnośnie nadwykonań za okres styczeń–wrzesień 2017 r. Prezes NFZ w wytycznych skierowanych do OW NFZ w dniu 30 listopada 2017 r., tak jak zapisano w ww. uzasadnieniu do projektu ustawy, wskazał do sfinansowania świadczenia w rodzaju: leczenie szpitalne w grupach zakresów: OAiIT, udary, specjalistyka dziecięca, onkologia, nielimitowane, toksykologia, transplantologia, hospitalizacje do świadczeń wysokospecjalistycz-

[185] Pismo Ministra Zdrowia z dnia 27 października 2009 r. oraz z dnia 27 stycznia 2014 r. (zastrzeżenia zgłoszone do wystąpienia pokontrolnego NIK z dnia 3 stycznia 2014 r. Nr KZD-41010-04-01/20 w związku z przeprowadzaną w Ministerstwie Zdrowia kontrolą dostępności i finansowania rehabilitacji leczniczej).

[186] Dz. U. z 2016 r. poz. 1984, ze zm.

[187] Minister Zdrowia m.in. 30 października 2017 r. i 9 listopada 2017 r. skierował do NFZ pismo w wprawie rozpatrzenia możliwości sfinansowania nadwykonań w wysokości 1 mld zł z funduszu zapasowego. Fundusz w odpowiedzi zaproponował sfinansowanie świadczeń z dotacji budżetu państwa oraz wskazał prognozowaną przez OW NFZ kwotę 1 334 166 tys. zł z tytułu nadwykonań przed 2017 r. oraz różnicę między wartością świadczeń ponadumownych, a wartością tzw. niewykonań za okres 9 m-cy w wysokości 1 282 089 tys. zł (14 listopada 2017 r.).

[188] Druk nr 2045 z 22 listopada 2017 r. uzasadnienie do rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach służących realizacji ustawy budżetowej na rok 2017. – http://www.sejm.gov.pl/sejm8.nsf/druk.xsp?nr=2045.

nych. Następnie w wytycznych z dnia 15 grudnia 2017 r. wskazał dodatkowo finansowanie świadczeń w rodzaju: świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie w grupach zakresów związanych z zastosowaniem pompy insulinowej albo pompy baklofenowej.

W przypadku świadczeń ponadlimitowych udzielonych przed 2017 r. Prezes NFZ wskazał w wytycznych do OW NFZ z 30 listopada 2017 r. sfinansowanie ze środków dotacji, świadczeń w rodzajach: leczenie szpitalne, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – stacjonarna (oddziały szpitalne), rehabilitacja lecznicza – stacjonarna (oddziały szpitalne), świadczenia zdrowotne odrębnie kontraktowane, oraz w pozostałych rodzajach świadczeń – będące przedmiotem postępowań sądowych wszczętych przed 21 listopada 2017 r.[189]

Łącznie wykorzystano środki w wysokości 995 776,49 tys. zł, w tym na sfinansowanie świadczeń gwarantowanych innych niż wysokospecjalistyczne udzielonych ponad kwoty zobowiązań wynikających z zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki w wysokości 945 411,74 tys. zł oraz na sfinansowanie świadczeń wysokospecjalistycznych w wysokości 50 364,75 tys. zł[190].

Wartość wykorzystanych środków z dotacji na sfinansowanie nadwykonań innych niż wysokospecjalistyczne w kwocie 945 411,74 tys. zł objęła świadczenia o łącznej wartości 1 306 699,35 tys. zł (72,35%)[191]. Wartość zrzeczonych świadczeń ponadlimitowych, innych niż wysokospecjalistyczne, wyniosła 361 287,61 tys. zł.

Nieprawidłowe wykazanie wykorzystania dotacji

W ocenie NIK w sprawozdaniu z wykonania planu finansowego za 2017 r. kwota dotacji wykorzystanej na sfinansowanie świadczeń wykonanych w latach 2006–2016 nie została wykazana jako wydatkowana na świadczenia wykonane w latach ubiegłych (pozycja planu finansowego B2.18). Tym samym sposób prezentacji danych może sugerować, że na świadczenia wykonane w roku 2017 została wydatkowana wyższa kwota niż w rzeczy-

[189] Prezes NFZ wyjaśnił, że mając na uwadze potrzebę pełnego wykorzystania środków z dotacji z budżetu państwa wskazany został ww. katalog świadczeń, który następnie uzupełniony o świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie w grupie zakresów związanych z zastosowaniem pompy insulinowej albo pompy baklofenowej.

[190] Podziału pomiędzy OW NFZ środków z dotacji z budżetu państwa na finansowanie nadwykonań, innych niż świadczenia wysokospecjalistyczne, dokonano w oparciu o informacje przekazane przez dyrektorów OW NFZ o wartości nadwykonań wynikających z zawartych umów w latach 2006–2016 oraz w okresie styczeń-wrzesień 2017 r., a w przypadku świadczeń wysokospecjalistycznych dokonano w oparciu o informacje o prognozowanej wartości realizacji świadczeń wysokospecjalistycznych w 2017 r. Niewykorzystane środki zostały zwrócone Ministrowi Zdrowia.

[191] Zawarto 768 ugód pozasądowych oraz 11 ugód sądowych. Dotyczyło świadczeń zrealizowanych w latach 2006–2017, w tym m.in. w leczeniu szpitalnym wartość świadczeń, innych niż wysokospecjalistyczne objęta ugodami wyniosła 1 198 424,45 tys. zł, a wartość wypłaconych środków 877 491,85 tys. zł (73,22%), odpowiednio rehabilitacja lecznicza 36 056,5 tys. zł, 17 029,8 tys. zł (47,23%), świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie 36 063,23 tys. zł, 26 826,98 tys. zł (74,39%), ambulatoryjna opieka specjalistyczna 26 273,86 tys. zł, 17 129,13 tys. zł (65,19%). Natomiast ponadlimitowe świadczenia wysokospecjalistyczne sfinansowano na podstawie 32 aneksów do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz 31 ugód pozasądowych i objęto świadczenia z 2015 r. w kwocie 321,41 tys. zł, z 2016 r. 204,55 tys. zł oraz z 2017 r. w kwocie 49 838,79 tys. zł.

wistości (o 660 787,74 tys. zł[192]). Zarówno w opisie poszczególnych pozycji, w których zostały ujęte środki z dotacji (m.in. leczenie szpitalne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna) jak i w dołączonym do sprawozdania dodatkowym opisie o wykorzystaniu środków z dotacji z budżetu państwa, również nie wskazano, informacji ujęciu w poszczególnych pozycjach planu środków z lat ubiegłych[193].

Koszty świadczeń z lat ubiegłych

Wartość poniesionych w 2017 r. kosztów świadczeń z lat ubiegłych wyniosła 57 224,58 tys. zł i była niższa od wartości kosztów poniesionych w 2016 r. o 51 220,31 tys. zł (tj. o 47,23%). Niepełna realizacja planu w tej pozycji kosztów wynikała z ujęcia w ramach tej pozycji kosztowej, korekt kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w latach wcześniejszych, w tym skutków weryfikacji świadczeń z lat ubiegłych oraz wyników postępowań kontrolnych.

Wybrane koszty administracyjne i pozostałe koszty

Realizacja kosztów administracyjnych

W planie finansowym NFZ na 2017 r. (po zmianach) koszty administracyjne ustalono na 753 164,00 tys. zł, a ich wykonanie wyniosło 658 126,65 tys. zł (87,38% planu), co stanowiło 0,83% łącznych kosztów Funduszu i było wyższe o kosztów wykonanych w 2016 r. o 4,16% (tj. 26 313,50 tys. zł).

Koszty wynagrodzeń

Najwyższą pozycję w planie finansowym stanowiły koszty wynagrodzeń, ustalone w pierwotnym planie finansowym w wysokości 340 260 tys. zł, a w trakcie 2017 r. zwiększono je łącznie o kwotę 3090 tys. zł.

Koszty wynagrodzeń wyniosły 342 649,48 tys. zł, tj. 99,80% planu po zmianach, co stanowiło 52,07% kosztów administracyjnych. Koszty były wyższe od poniesionych w 2016 r. o 7455,25 tys. zł, tj. o 2,22%.

Zwiększenie kosztów wynagrodzeń

Zgodnie ze zmianą planu finansowego z 15 grudnia 2017 r. (przesunięcie kosztów w ramach kosztów administracyjnych) zwiększono środki na wynagrodzenia o 2 244 tys. zł, w tym z tytułu wynagrodzenia za pracę w godzinach nadliczbowych w kwocie 1596 tys. zł (jednorazowe zwiększenie w 2017 r. bez skutków na lata następne) oraz z tytułu planowanego zwiększenia zatrudnienia o 648 tys. zł.

Środki zostały wykorzystane w kwocie 2178,74 tys. zł, w tym: z tytułu zwiększenia zatrudnienia i zmiany wynagrodzeń pracowników wskazanych w uzasadnieniu do przesunięcia planu w kwocie 37,51 tys. zł przy planowanych 648 tys. zł, a z tytułu wynagrodzenia za pracę w godzinach nadlicz-

[192] Z tytułu nadwykonań innych niż wysokospecjalistyczne w wysokości 660 261,78 tys. zł i świadczeń wysokospecjalistycznych 525,96 tys. zł.

[193] Przykładowo w Sprawozdaniu z wykonania planu finansowego NFZ w 2017 r. w rodzaju leczenie szpitalne wskazano, że „poniesione przez NFZ w roku 2017 koszty leczenia szpitalnego w łącznej wysokości 38 682 366,69 tys. zł, stanowiły 98,33% wielkości planowanej i były wyższe od kosztów poniesionych w roku 2016 o 3 645 779,00 tys. zł (tj. o 10,41%)" i nie wskazano, jaką kwotę w ramach świadczeń sfinansowanych w 2017 r. w rodzaju leczenie szpitalne stanowiły świadczenia z lat ubiegłych sfinansowane ze środków z dotacji, co zawyża wykonanie w 2017 r. Z danych odnośnie realizacji dotacji przedstawionych w innym miejscu ww. sprawozdania wynika jedynie, że z dotacji sfinansowano świadczenia w rodzaju leczenie szpitalne w latach 2006–2017 w łącznej kwocie 877 491,85 tys. zł (obejmując roszczenia w kwocie 1 198 424,45 tys. zł), natomiast w drugim zestawieniu podano, że w latach 2006–2016 sfinansowano świadczenia w ramach wszystkich rodzajów świadczeń w kwocie 660 261,78 tys. zł (obejmując roszczenia w kwocie 1 021 384,27 tys. zł).

bowych w kwocie 603,02 tys. zł przy planowanych 1596 tys. zł. Pozostałą kwotę, w wysokości 1538,21 tys. zł, wykorzystano na premie uznaniowe i nagrody, mimo że nie przewidywano takiego wykorzystania środków w uzasadnieniu zmiany planu.

Przeciętne zatrudnienie w Centrali i OW NFZ w 2017 r. wyniosło 5297,50 etatu i było niższe o 232,18 od planu na IV kwartał 2017 r. oraz wyższe o 92,92 etatu w stosunku do 2016 r. Plan zatrudnienia na 2017 r., wg stanu na 1 stycznia, wyniósł 5411,25 etatu, a na koniec roku 5529,68 etatu.

Przeciętne miesięczne wynagrodzenie przypadające na etat wynosiło 5374,93 tys. zł i było o 24,96 zł wyższe niż w 2016 r. [194] W NFZ wypłacono w 2017 r. nagrody 1437 osobom w wysokości 2442,53 tys. (w 2016 r. 1195 osobom w wysokości 2434,79 tys. zł)[195].

Rotacja pracowników

W 2017 r. w Funduszu zatrudniono 456 osób, oraz rozwiązano stosunek pracy z 381 osobami (w 2016 r. odpowiednio 416 osób 390 osobami).

W ocenie NIK w związku z zapowiadanymi zmianami w służbie zdrowia, w tym likwidacją Funduszu, a także brakiem przedstawiania konkretnych rozwiązań przez Ministra Zdrowia w tym zakresie w pierwszej połowie 2017 roku, zaobserwowano zwiększoną rotację pracowników, utrudniającą prawidłową realizację zadań przez płatnika.

Wypłata ekwiwalentów

Dodatkowo NIK zwraca także uwagę, podobnie jak w roku ubiegłym, na wysoką kwotę wypłaconych ekwiwalentów za niewykorzystany urlop wypoczynkowy. W 2017 r. NFZ wypłacił 159 osobom ekwiwalent za niewykorzystany urlop w kwocie 447,11 tys. zł (w 2016 r. 161 osobom w kwocie 421,58 tys. zł).

Kary, grzywny, odszkodowania

W ramach pozycji inne koszty (F4) obejmującej m.in. koszty sądowe, zapłacone kary i grzywny, odszkodowania, poniesiono koszty w wysokości 56 214,02 tys. zł, tj. 79,52% wielkości planowanej (w 2016 r. 102 640,33 tys. zł), w tym z tytułu zapłaconych kar, grzywien i odszkodowań 2983,94 tys. zł, tj. ponad 20-krotnie więcej niż w latach ubiegłych (w 2016 r. 121,35 tys. zł, w 2015 r. 42,12 tys. zł, w 2014 r. 47,43 tys. zł, w 2013 r. 236,83 tys. zł).

W poniesionej kwocie 2983,94 tys. zł z tytułu zapłaconych kar, grzywien i odszkodowań, główną pozycję stanowiły koszty odszkodowania na rzecz jednego świadczeniodawcy wypłacone przez Śląski OW NFZ w kwocie 2900 tys. zł[196].

---

[194] W 2017 r. w NFZ podwyższono wynagrodzenie 1203 osobom w wysokości 547,3 tys. zł (średnia wysokość podwyżki wyniosła 455 zł), a w 2016 r. 1533 osobom w wysokości 584,61 tys. zł (średnia wysokość podwyżki wyniosła 379 zł).

[195] W tym: Zarząd NFZ w 2017 r. i 2016 r. nie otrzymał nagród, Dyrektorzy i Zastępcy Dyrektorów OW NFZ otrzymali w 2017 r. nagrody w łącznej wysokości 1076,92 tys. zł, tj. o 184,26 tys. zł więcej niż w 2016 r. (892,66 tys. zł), Dyrektorzy i Zastępcy Dyrektorów Departamentów/Biur w Centrali NFZ otrzymali w 2017 r. nagrody w łącznej wysokości 135,25 tys. zł, tj. o 48,65 tys. zł więcej niż w 2016 r. (86,60 tys. zł), pozostali pracownicy otrzymali w 2017 r. nagrody w łącznej wysokości 1230,37 tys. zł, tj. o 225,17 tys. zł mniej niż w 2016 r. (1455,54 tys. zł).

[196] Pozostałą kwotę stanowiły odszkodowania na rzecz byłych pracowników w wysokości 83,9 tys. zł oraz oplata za czynności kontrolne i badania przeprowadzone przez Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczna w Zielonej Górze w wysokości 0,04 tys. zł.

Błędy w postępowaniach konkursowych

W związku z błędami popełnionymi przez pracowników Śląskiego OW NFZ w latach 2013–2014 przy postępowaniach konkursowych na udzielanie świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej podmiot, którego oferta nie została wybrana, wniósł pozew o zapłatę odszkodowania obejmującego utracone korzyści oraz poniesione, w związku niezawarciem z nim kontraktu, koszty w okresie od 1 marca 2013 r. do 30 listopada 2014 r. (wartość przedmiotu sporu 2294,43 tys. zł).

Sąd Okręgowy w Katowicach w pierwszej instancji oddalił pozew. Po wniesieniu apelacji przez powoda Sąd Apelacyjny, rozpoznając sprawę, zlecił sporządzenie biegłemu sądowemu z zakresu finansów opinii dot. ustalenia wysokości odszkodowania, w związku z nieprzedłużeniem przez NFZ umowy z powodem, który pozostawał w gotowości do realizacji świadczeń w okresie od 1 marca 2013 r. do 30 listopada 2014 r. Sporządzona opinia z 12 września 2017 r. wskazywała utracony dochód w wysokości 1546,7 tys. zł.

Zespół Radców Prawnych Śląskiego OW NFZ zwrócił się do Dyrektora Śląskiego OW NFZ z prośbą o wyrażenie zgody na zawarcie ugód wkwocie 2900 tys. zł, wskazując, ze warunki ich zawarcia są korzystne dla NFZ, zwłaszcza w sytuacji gdy dopuszczenie dowodu z opinii biegłego na okoliczność ustalenia wysokości odszkodowania (i to na etapie postępowaniu apelacyjnego) jednoznacznie wskazuje na negatywne dla Funduszu rozstrzygnięcie sporu przez Sąd Apelacyjny.

Ugody w sprawie zapłaty odszkodowania

Śląski OW NFZ zapłacił 27 grudnia 2017 r. na rzecz świadczeniodawcy kwotę 2900 tys. zł, w tym :

- 1500 tys. zł w związku z zawartą w dniu 18 grudnia 2017 r. ugodą sądową przed Sądem Apelacyjnym (tytułem naprawienia szkody za okres od 1 marca 2013 r. do 30 listopada 2014 r.) oraz
- 1400 tys. zł w związku z zawartą w dniu 20 grudnia 2017 r. ugodą sądową przed Sądem Rejonowym w Żywcu (tytułem odszkodowania w związku z utratą kontraktu na udzielanie świadczeń za okres od 1 grudnia 2014 r. do września 2017 r. – o zawezwanie do próby ugodowej świadczeniodawca zawnioskował do Sądu Rejonowego 29 listopada 2017 r. – wartość przedmiotu sporu 2504,2 tys. zł).

Dnia 9 listopada 2017 r. Śląski OW NFZ wystąpił do Prezesa NFZ o wyrażenie zgody na zawarcie ugód na kwotę 2900 tys. zł. Zastępca Prezesa NFZ w dniu 20 listopada 2017 r. wskazał, że rozstrzygnięcie przedmiotowej sprawy pozostaje w kompetencjach dyrektora OW NFZ (art. 107 ustawy o świadczeniach) oraz poprosił o poinformowanie o sposobie zakończenia sprawy. Dnia 29 stycznia 2018 r. Śląski OW NFZ poinformował Prezesa NFZ o zawarciu ugód sądowych w łącznej kwocie 2900 tys. zł.

Prezes NFZ wyjaśnił, że sytuacje dotyczące występowania danego podmiotu o odszkodowanie z tytułu utraconego kontraktu są niezwykle rzadkie i aktualnie nie toczy się żadne postępowanie odszkodowawcze z tego tytułu.

W poprzednich latach NIK wniosła o podjęcie skutecznych działań w celu ograniczenia kosztów z tytułu wypłaconych kar, grzywien i odszkodowań (m.in. w kontroli nr P/17/056 pn.: „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2016 r."). Prezes NFZ podjął działania zmierzające do ich realizacji[197], lecz nie osiągnięto oczekiwanej skuteczności, ponieważ jak wskazano wyżej, koszty z tego tytułu wzrosły ponad 20-krotnie.

Zapłata odszkodowania na rzecz świadczeniodawcy w tak wysokiej kwocie (tj. 2900 tys. zł przez Śląski OW NFZ), w związku popełnionymi przez NFZ błędami przy postępowaniach konkursowych, może zachęcić innych świadczeniodawców do występowania z roszczeniami w analogicznych przypadkach i rodzić skutki finansowe dla Funduszu, w szczególności w związku ze zwiększeniem liczby prowadzonych postępowań konkursowych o zawarcie umowy na udzielanie świadczeń w porównaniu do ostatnich lat, gdzie umowy były w dużej mierze aneksowane.

Wynik finansowy i fundusz zapasowy

Strata na działalności

Wynik finansowy NFZ wyniósł (-)56 153,88 tys. zł i wynikał, m.in. z niższych niż planowano, kosztów świadczeń opieki zdrowotnej o 1 311 763,32 tys. zł, kosztów administracyjnych o 95 037,35 tys. zł i przychodów ze składki należnej brutto w roku planowania równej przypisowi składki o 273 390,75 tys. zł oraz wyższych niż planowano: przychodów wynikających z przepisów o koordynacji o 53 205,54 tys. zł, wyniku na pozostałej działalności o 283 764,42 tys. zł i wyniku na działalności finansowej o 95 224,00 tys. zł.

Fundusz zapasowy

Fundusz zapasowy, o którym mowa art. 115 ustawy o świadczeniach, na koniec 2017 r. wynosił 2 879 586,85 tys. zł[198]. Zgodnie z Uchwałą Rady NFZ[199] strata na koniec 2017 r. zostanie pokryta z funduszu zapasowego.

Wydatki majątkowe

Zgodnie z rzeczowym planem wydatków inwestycyjnych, na realizację zadań inwestycyjnych w 2017 r. przewidziano kwotę 108 355,56 tys. zł. Wartość zrealizowanych zadań inwestycyjnych wyniosła 57 392,18 tys. zł, tj. 53,0% planu, a zadań w trakcie realizacji 21 913,65 tys. zł, tj. 20,2% planu. Nierozpoczęte zadania inwestycyjne dotyczyły głównie zadań z zakresu IT, na łączną wartość 21 923,63 tys. zł, tj. 20,2% planu, w tym 18 226,51 tys. zł, tj. 83,1% stanowiły wartość zadań nierozpoczętych w Centrali NFZ.

W związku z niewszczęciem procedury zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego na usługi porządkowe z odpowiednim wyprzedzeniem, w celu zabezpieczenia ciągłości świadczenia tych usług, zawarto

[197] M.in. Prezes NFZ 14 września 2017 r. zobowiązał Dyrektorów OW NFZ do podjęcia skutecznych działań i dołożenia szczególnej staranności w celu ograniczania ryzyka związanego z ponoszeniem przez NFZ kosztów z tytułu wypłaconych kar, grzywien i odszkodowań.

[198] W 2016 r. – 3 000 375 tys. zł, 2015 r. – 3 194 120 tys. zł, 2014 r. – 2 133 094 tys. zł, 2013 r. – 1 750 269 tys. zł, 2012 r. – 1 464 887 tys. zł, 2011 r. – 1 451 175 tys. zł, 2010 r. – 3 190 871 tys. zł, 2009 r. – 3 885 363 tys. zł, 2008 r. – 2 733 246 tys. zł, 2007 r. – 970 330 tys. zł, 2006 r. – 261 385 tys. zł.

[199] Nr 19/2018/III z dnia 12 lipca 2018 r. w sprawie pokrycia straty netto NFZ za 2017 r.

umowę z dotychczasowym wykonawcą. Umowa ta została zawarta na okres od 1 sierpnia do 30 września 2017 r., tj. do przewidywanego terminu rozstrzygnięcia postępowania w trybie przetargu nieograniczonego[200].

W Centrali NFZ wniosek o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego na świadczenie usług porządkowych[201] został przygotowany dopiero w dniu 30 czerwca 2017 r, mimo, że okres obowiązywania dotychczasowej umowy upływał z dniem do 31 lipca 2017 r.. Postępowanie zostało wszczęte w dniu 7 sierpnia 2017 r., a umowa z nowo wyłonionym podmiotem została zawarta 25 września 2017 r.

Niemożność zakończenia postępowania w wymaganym terminie, a w konsekwencji konieczność udzielenia zamówienia w trybie art. 4 pkt 8 pzp w celu zapewnienia utrzymania świadczenia usług w powyższym zakresie, wynikała z trudności organizacyjnych w okresie wakacyjnym.

W ocenie NIK, utrudnienia organizacyjne związane z okresem wakacyjnym nie stanowiły okoliczności, którą zamawiający, działając z należytą starannością, nie mógł przewidzieć.

[200] Wniosek nr 431 o zamówienie udzielenia zamówienia publicznego o wartości nieprzekraczającej 30 tys. euro został złożony w dniu 10 lipca 2017 r., a umowę nr 86/17 z dnia 27 lipca 2017 r. zawarto wg stawek z dotychczasowej umowy. NFZ poniósł koszty tytułu ww. umowy w wysokości 17,7 tys. zł.

[201] Zgodnie z planem postępowań o udzielenie zamówienia publicznego, których przeprowadzenie przewidywano w Centrali NFZ w 2017 r., wszczęcie postępowania na ww. usługi przewidywano w miesiącu maju/czerwcu. Kontrolą w zakresie prawidłowości trybu udzielenia zamówienia publicznego/wyłączenia stosowania ustawy Prawo zamówień publicznych, objęto łącznie 10 postępowań o zamówienie publiczne realizowanych w Centrali NFZ, tj. trzy postępowania w trybie ww. ustawy oraz siedem postępowań o wartości szacunkowej nieprzekraczającej wyrażonej w złotych równowartości 30 tys. euro.

6. ZAŁĄCZNIKI

6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe

Cel główny kontroli

Celem kontroli była ocena, czy działania NFZ prowadziły do poprawy dostępności świadczeń zdrowotnych?

Cele szczegółowe

Założono, że badania kontrolne umożliwią udzielenie odpowiedzi na następujące pytania szczegółowe:

1. Czy zabezpieczono dostęp do świadczeń, w tym w sytuacji, gdy działający na danym terenie podmiot leczniczy nie został zakwalifikowany do sieci szpitali lub zakwalifikowany do niższego stopnia zabezpieczenia?
2. Czy czas oczekiwania na udzielenie świadczeń skrócił się w porównaniu do poprzedniego roku z uwzględnieniem wpływu wprowadzenia nowych zasad finasowania i zakupu wybranych świadczeń, w szczególności AOS?
3. Czy dysproporcje w liczbie i wartości świadczeń przypadających na 10 tys. uprawnionych pomiędzy poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi uległy zmianie?
4. Czy dochodziło do zmiany finansowania wybranych rodzajów świadczeń?
5. Czy w pełni wykorzystano środki przewidziane w planie na pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych?

Zakres podmiotowy

Kontrola została przeprowadzona w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia oraz trzech Oddziałach Wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia (Kujawsko-Pomorskim, Mazowieckim i Śląskim).

Kryteria kontroli

Podstawą prawną przeprowadzenia kontroli był art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli[202], z uwzględnieniem kryteriów legalności, rzetelności, gospodarności i celowości.

Okres objęty kontrolą

2017, a także okres opracowywania planu w 2016 r. i działań w 2018 r. związanych ze sporządzaniem sprawozdań za 2017 r. Czynności kontrolne zostały przeprowadzone w okresie od 20 marca do 31 lipca 2018 r.

Działania na podstawie art. 29 ustawy o NIK

W ramach postępowania kontrolnego, w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f oraz art. 40 ust. 7 ustawy o NIK, otrzymano informacje od Ministra Zdrowia w zakresie ratunkowego dostępu do technologii lekowej,

Stan realizacji wniosków

W wystąpieniu pokontrolnym, skierowanym do Prezesa NFZ skierowano następujące wnioski pokontrolne:

1. rzetelne planowanie kosztów;
2. wzmożenie nadzoru nad działalnością OW NFZ mającą na celu ograniczenie kosztów z tytułu wypłaconych kar, grzywien i odszkodowań;
3. określanie możliwych do realizacji priorytetów ogólnopolskich wraz z ustalonymi policzalnymi miernikami;
4. rzetelne sporządzanie sprawozdań:
   – z wykonania planu finansowego NFZ w sposób uwzględniający prawidłową prezentacje danych w pozycji B2.18 – koszty świadczeń z lat ubiegłych;

[202] Dz. U. z 2017 r. poz. 524, ze zm.

- informacji dodatkowej do rachunku zysków i strat zawartej w łącznym sprawozdaniu finansowym NFZ,
- sprawozdaniu z działalności NFZ.

Prezes NFZ złożył zastrzeżenia do wystąpienia pokontrolnego. Zastrzeżenia zostały rozpatrzone i częściowo uwzględnione.

W wystąpieniu pokontrolnym do Dyrektor Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ skierowano następujące wnioski pokontrolne o:

1. realizację wydatków do wysokości ustalonej w planie finansowym;
2. wprowadzenie mechanizmów kontrolnych zapewniających prawidłowe prowadzenie postępowań konkursowych na wybór świadczeniodawców, tak aby umożliwiły one rzetelną analizę składanych ofert, w tym prawidłowe wyliczanie punktacji oraz szczegółowe porównywanie poszczególnych części ofert, przy uwzględnieniu zasady równego traktowania oferentów;
3. sporządzanie pisemnych uzasadnień dla propozycji komisji konkursowych;
4. powoływanie komisji konkursowych zgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy;
5. terminowe przekazywanie informacji o postępowaniu konkursowym/rokowaniach do okręgowych izb lekarskich oraz okręgowych izb pielęgniarek.

Dyrektor Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ złożył zastrzeżenia do wystąpienia pokontrolnego. Zastrzeżenia zostały rozpatrzone i częściowo uwzględnione.

W wystąpieniu pokontrolnym do Dyrektorów Mazowieckiego i Śląskiego OW NFZ nie skierowano wniosków pokontrolnych.

Wykaz jednostek kontrolowanych

Kontrola została przeprowadzona przez Departament Zdrowia w Centrali NFZ oraz Mazowieckim Oddziale Wojewódzkim NFZ, przez Delegaturę NIK w Bydgoszczy w Kujawsko-Pomorskim Oddziale Wojewódzkim NFZ oraz przez Delegaturę NIK w Katowicach w Śląskim Oddziale Wojewódzkim NFZ.

6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych

Zagadnienia ogólne

Podstawowym aktem prawnym stanowiącym podstawę działania NFZ jest ustawa o świadczeniach, która statuuje NFZ jako państwową jednostkę organizacyjną posiadającą osobowość prawną oraz określa organizację, zadania i zasady sprawowania nadzoru nad NFZ (art. 96 ust. 1 ustawy o świadczeniach). Ponadto, ustawa określa m.in. warunki udzielania, zakres, zasady i tryb finansowania z środków publicznych świadczeń opieki zdrowotnej, a także reguluje zasady podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu (art. 1 pkt 1 i 2 ustawy o świadczeniach).

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

Dyrektor oddziału wojewódzkiego decyduje o prowadzonej polityce finansowej oddziału, a także ma udział w prowadzeniu polityki zdrowotnej na terenie województwa (art. 107 ustawy o świadczeniach). 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. 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 (art. 102 ust. 5 ustawy o świadczeniach).

Gospodarka finansowa

Gospodarkę finansową Funduszu reguluje art. 113–131b ustawy o świadczeniach oraz rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia[203]. Podstawę prowadzenia gospodarki finansowej stanowi roczny plan finansowy, zrównoważony w zakresie przychodów i kosztów (art. 118 ustawy o świadczeniach).

Poza rocznym planem finansowym Funduszu, istotnymi dokumentami są prognoza przychodów oraz prognoza kosztów na kolejne trzy lata, sporządzane przez Prezesa Funduszu w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych oraz ministrem właściwym do spraw zdrowia (art. 120 ustawy o świadczeniach).

Podział środków finansowych pomiędzy Centralę NFZ i oddziały wojewódzkie NFZ następuje według kryteriów określonych w art. 118 ust. 3 ustawy o świadczeniach, tj. z uwzględnieniem liczby ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziale wojewódzkim Funduszu, wydzielonych, według wieku i płci, grup ubezpieczonych oraz wydzielonej grupy świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych; ryzyka zdrowotnego odpowiadającego danej grupie ubezpieczonych, w zakresie danej grupy

[203] Dz. U. z 2017 r. poz. 1935, ze zm.

świadczeń opieki zdrowotnej, w porównaniu z grupą odniesienia. Zasady podziału środków zostały szczegółowo określone przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniu 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[204].

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

- ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych[205],
- ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych[206],
- ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości[207].

Ponadto Fundusz podlega zapisom ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych[208].

Fundusz działa w imieniu własnym na rzecz ubezpieczonych oraz osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji (art. 97 ust. 2 ustawy o świadczeniach). W systemie opieki zdrowotnej Fundusz wypełnia funkcję płatnika: ze środków pochodzących z obowiązkowych składek ubezpieczenia zdrowotnego, finansuje świadczenia zdrowotne udzielane ubezpieczonym i refunduje leki w zakresie środków pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne .

Źródła przychodów

Podstawowym źródłem przychodów Funduszu są należne składki na ubezpieczenie zdrowotne, a także: odsetki od nieopłaconych w terminie składek na ubezpieczenie zdrowotne, darowizny i zapisy, środki przekazane na realizację zadań zleconych w zakresie określonym w ustawie, dotacje, w tym dotacje celowe przeznaczone na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a–2c, 3 i 3b ustawy o świadczeniach, środki uzyskane z tytułu roszczeń regresowych, przychody z lokat, kwoty, o których mowa w art. 4 ust. 10 i 34 ust. 6 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych[209], kwoty z tytułu nałożonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia kar pieniężnych, o których mowa w art. 50–52 ustawy o refundacji, kwoty zwrotu części uzyskanej refundacji, o której mowa w art. 11 ust. 5 pkt 4 ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz inne przychody (art. 116 ust.1 ustawy o świadczeniach).

Finansowanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej

Kosztami Funduszu są: koszty świadczeń opieki zdrowotnej, uwzględniające koszty promocji zdrowia i profilaktyki chorób w wysokości nie mniejszej niż 1,5% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, w tym dofinansowanie programów polityki zdrowotnej na podstawie art. 48d ustawy

[204] Dz. U. Nr 193, poz. 1495.

[205] Dz. U. z 2017 r. poz. 2077, ze zm.

[206] Dz. U. z. 2017, poz.1579, ze zm.

[207] Dz. U. z 2018 poz. 395, ze zm.

[208] Dz. U. z 2018 r. poz. 1458, ze zm.

[209] Dz.U. z 2017 r. poz. 1844, ze zm.

o świadczeniach[210], koszty świadczeń opieki zdrowotnej dla osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji; koszty refundacji określone ustawą o refundacji, koszt zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy o świadczeniach, koszty zadań zleconych w zakresie określonym w ww. ustawie, koszty działalności Funduszu, w szczególności koszty amortyzacji, koszty związane z utrzymaniem nieruchomości, koszty wynagrodzeń wraz z pochodnymi, diet i zwroty kosztów podróży, koszty poboru i ewidencji składek na ubezpieczenie zdrowotne, koszt wypłaty odszkodowań, inne koszty wynikające z odrębnych przepisów (art. 117 ust. 1 ustawy o świadczeniach).

Podstawą udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem, z zastrzeżeniem art. 19 ust. 4 ustawy o świadczeniach. Wysokość łącznych zobowiązań Funduszu, wynikających z zawartych umów, nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu (art. 132 ust. 1–5 ustawy o świadczeniach). Do zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych, a ich zawieranie odbywa się po przeprowadzeniu postępowania w trybie konkursu ofert albo rokowań (art. 138–139 świadczeniach). Przepisów dotyczących konkursu ofert i rokowań nie stosuje się do zawierania umów ze świadczeniodawcami udzielającymi świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, z wyjątkiem nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, wykonującymi czynności w zakresie zaopatrzenia w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej oraz do umów, o których mowa w art. 41 ust. 1 ustawy o refundacji. (art. 159 ust. 1 ustawy o świadczeniach).

W okresie objętym kontrola dwukrotnie umożliwiono przedłużenie okresu obowiązywania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, bez konieczności przeprowadzania postępowań, o których mowa wyżej. Na podstawie w art. 2 ustawy z dnia 16 grudnia 2015 r. zmieniającej ustawę o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw[211] przewidziano możliwość przedłużenia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które wygasały z dniem 30 czerwca 2016 r. na okres nie dłuższy niż do dnia 30 czerwca 2017 r. Przedmiotowa zmiana objęła wszystkich świadczeniodawców realizujących umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych rodzajach udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

Natomiast zgodnie z art. 6 ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach wprowadzono możliwość przedłużenia obowiązywania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, realizowanych w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy w zakresie:

[210] Art. 117 ust. 1 pkt 1 w przytoczonym brzmieniu obowiązywał do dnia 15 listopada 2017 r. Ustawą z dnia 29 września 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2110) przepis ten został zmieniony i obecnie wskazuje, że kosztami Funduszu są koszty świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych.

[211] Dz. U. poz. 2198 (wygaśnięcie z dniem 30 czerwca 2017 r.).

- leczenia szpitalnego, świadczeń wysokospecjalistycznych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, rehabilitacji leczniczej, programów lekowych, leków stosowanych w chemioterapii oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej – na okres nie dłuższy niż do dnia 30 września 2017 r.;
- opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie dotyczącym świadczeń, które nie zostaną objęte umowami o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach profili systemu zabezpieczenia, zakresów lub rodzajów świadczeń w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej – na okres nie dłuższy niż do dnia 30 czerwca 2018 r.;
- ratownictwa medycznego – na okres nie dłuższy niż do dnia 30 czerwca 2018 r.

Od 1 lipca 2016 r. w zakresie kontraktowania świadczeń Prezes NFZ określa wyłącznie przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przy czym wydawane w oparciu o nowe przepisy szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń mają uwzględniać obszar terytorialny, dla którego prowadzone jest postępowanie oraz taryfy świadczeń w przypadku ich ustalenia przez Prezesa AOTMiT w danym zakresie[212]. Szczegółowe warunki umów określane przez Prezesa NFZ nie mogą dotyczyć warunków realizacji danego świadczenia gwarantowanego, określonych w rozporządzeniach wydanych przez ministra do spraw zdrowia na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach.

Zgodnie z § 16 ust. 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej[213], określając szczegółowe warunki rozliczania świadczeń, Prezes Funduszu może ustalać współczynniki korygujące[214], mające na celu w szczególności polepszenie jakości i zwiększenie dostępności udzielanych świadczeń.

Podstawowy system szpitalnego zabezpieczania świadczeń zdrowotnych

Ustawą z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach wprowadzono art. 95l, 95m i 95n ustawy o świadczeniach, zawierające uregulowania definiujące tworzenie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego „systemem zabezpieczenia", „siecią szpitali" lub „systemem PSZ". Zgodnie z art. 95l ust. 2 i 3, w ramach systemu zabezpieczenia wyodrębnia się sześć poziomów zabezpieczenia świadczeń, w tym: szpitale I stopnia, szpitale II stopnia, szpitale III stopnia,

[212] Zgodnie z art. 146 ust. 6 ustawy o świadczeniach do postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym roku, a w przypadku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej na okres dłuższy niż rok, do ustalenia kwoty zobowiązania i warunków finansowych w danym roku, stosuje się taryfę świadczeń opublikowaną w Biuletynie Informacji Publicznej AOTMiT do dnia 30 czerwca roku poprzedniego. Od dnia 23 lipca 2017 r. określoną przez Prezesa Agencji taryfę świadczeń wprowadza się do stosowania nie później niż przed upływem czterech miesięcy od dnia jej opublikowania (ustawa z dnia 25 maja 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach)

[213] Dz. U z 2016 r. poz. 1146, ze zm.

[214] Zgodnie z § 1 pkt 16 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów przez współczynniki korygujące należy rozumieć współczynniki ustalone przez Prezesa Funduszu, określające wysokość mnożników dla poszczególnych: grup świadczeniobiorców albo świadczeń, albo grup świadczeniodawców, albo grup osób wykonujących dany zawód medyczny, za pomocą których jest wyliczana wysokość zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy.

szpitale onkologiczne lub pulmonologiczne, szpitale pediatryczne, szpitale ogólnopolskie, które wyznaczane są przez rodzaje udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej i określane przez wskazanie profili lub rodzajów komórek organizacyjnych, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach, w których te świadczenia są udzielane w trybie hospitalizacji określonym w tych przepisach, zwanych dalej profilami systemu zabezpieczenia.

Świadczeniodawcę kwalifikuje się do systemu zabezpieczenia na okres czterech lat, w zakresie dotyczącym zakładu leczniczego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, prowadzonego na terenie danego województwa. Kwalifikacja, o której mowa powyżej, obejmuje włączenie danego świadczeniodawcy do jednego z poziomów systemu zabezpieczenia oraz wskazanie profili systemu zabezpieczenia, zakresów lub rodzajów świadczeń, w ramach których będą udzielane przez tego świadczeniodawcę świadczenia opieki zdrowotnej w systemie zabezpieczenia (art. 95m ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach). Szczegółowe kryteria kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia określone zostały w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej[215].

Zgodnie z postanowieniami art. 3 ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach, do dnia 30 września 2017 r. dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ został zobowiązany do zawarcia ze świadczeniodawcami wymienionymi w wykazie, o którym mowa w art. 2 ust. 4 tej ustawy, umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie art. 159a ustawy o świadczeniach, obejmującej udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie profili systemu zabezpieczenia, o których mowa w art. 95l ust. 3 ustawy o świadczeniach, zakresów lub rodzajów świadczeń wskazanych dla danego świadczeniodawcy w tym wykazie.

Porady specjalistyczne odpowiadające poszczególnym profilom systemu zabezpieczenia określa załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów PSZ.

[215] Dz. U. poz. 1163.

Schemat nr 2

Poziomy systemu zabezpieczenia, określone przez świadczenia opieki zdrowotnej realizowane w ramach profili systemu zabezpieczenia (art. 95l ust. 4 ustawy o świadczeniach)

1) poziom szpitali I stopnia:

- chirurgia ogólna,
- choroby wewnętrzne,
- położnictwo i ginekologia (jeden z poziomów referencyjnych),
- neonatologia (jeden z poziomów referencyjnych),
- pediatria.

2) poziom szpitali II stopnia:

- chirurgia dziecięca,
- chirurgia plastyczna, w przypadku określonym w art. 95m ust. 7 i 8,
- kardiologia,
- neurologia,
- okulistyka,
- ortopedia i traumatologia narządu ruchu,
- otorynolaryngologia,
- reumatologia, w przypadku określonym w art. 95m ust. 7 i 8,
- urologia.

3) poziom szpitali III stopnia:

- chirurgia klatki piersiowej,
- chirurgia klatki piersiowej dla dzieci,
- chirurgia naczyniowa (jeden z poziomów referencyjnych),
- choroby płuc,
- choroby płuc dla dzieci,
- choroby zakaźne,
- choroby zakaźne dla dzieci,
- kardiochirurgia,
- kardiochirurgia dla dzieci,
- kardiologia dla dzieci,
- nefrologia,
- nefrologia dla dzieci,
- neurochirurgia,
- neurochirurgia dla dzieci,
- neurologia dla dzieci,
- okulistyka dla dzieci,
- ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla dzieci,
- otorynolaryngologia dla dzieci,
- toksykologia kliniczna,
- toksykologia kliniczna dla dzieci,
- transplantologia kliniczna,
- transplantologia kliniczna dla dzieci,
- urologia dla dzieci.

4) poziom szpitali onkologicznych lub pulmonologicznych:

- dla szpitali onkologicznych: brachyterapia, ginekologia onkologiczna, chemioterapia hospitalizacja, chirurgia onkologiczna, chirurgia onkologiczna dla dzieci, hematologia, onkologia i hematologia dziecięca, onkologia kliniczna, radioterapia, terapia izotopowa, transplantologia kliniczna, transplantologia kliniczna dla dzieci,
- dla szpitali pulmonologicznych: chemioterapia hospitalizacja, chirurgia klatki piersiowej, chirurgia klatki piersiowej dla dzieci, choroby płuc, choroby płuc dla dzieci.

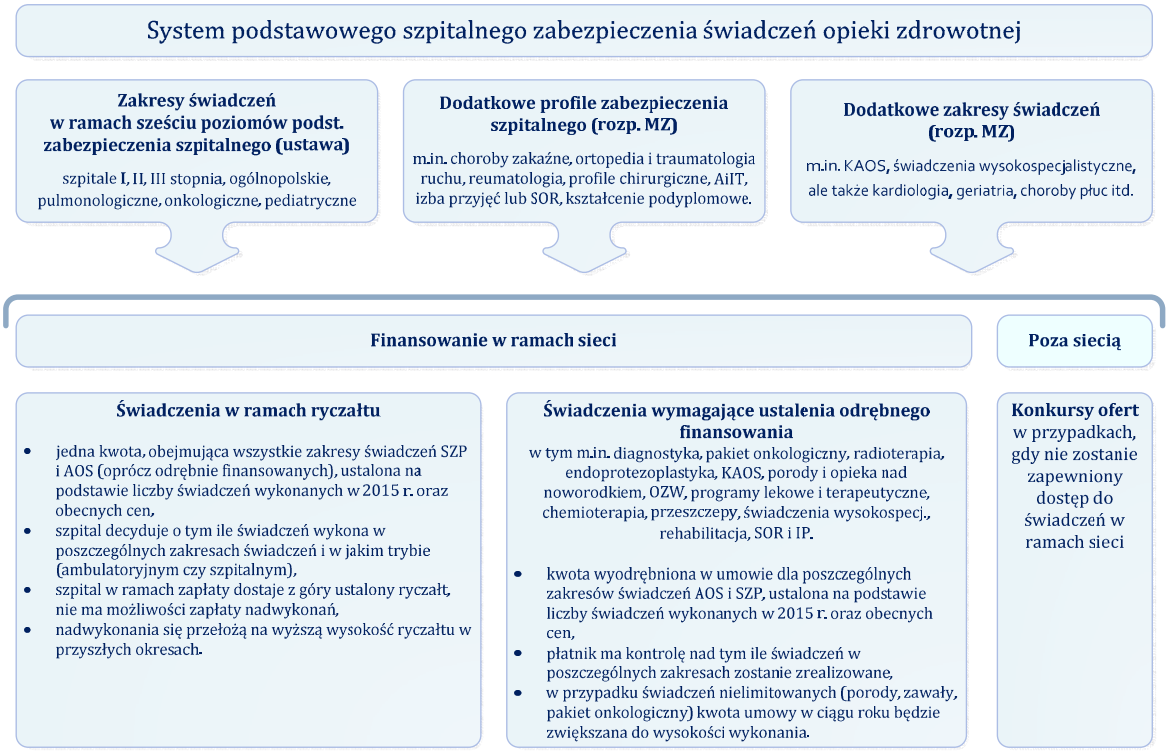
5) poziom szpitali pediatrycznych – wszystkie profile systemu zabezpieczenia dla dzieci

6) poziom szpitali ogólnopolskich – wszystkie profile systemu zabezpieczenia

Źródło: Opracowanie własne NIK.

Finansowanie kosztów świadczeń udzielanych na podstawie umów zawartych w ramach sieci szpitali, co do zasady, odbywa się w formie ryczałtowej. Na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na pierwszy okres rozliczeniowy OW Funduszu ustaliły wartość ryczałtu na pierwszy okres rozliczeniowy dla poszczególnych podmiotów, które zostały zakwalifikowane do systemu zabezpieczenia. Wysokość ryczałtu na kolejne okresy rozliczeniowe OW NFZ określają na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej[216].

Schemat nr 3
Funkcjonowanie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Zgodnie z art. 136c ust. 3 ustawy o świadczeniach, przy ustalaniu wysokości ryczałtu dla danego świadczeniodawcy uwzględnia się:

1) wysokość środków finansowych zaplanowanych na finansowanie świadczeń w formie ryczałtu systemu zabezpieczenia, określoną w planie zakupu świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 131b ust. 1 ustawy o świadczeniach;

2) dane dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych i sprawozdanych za poprzedni okres rozliczeniowy finansowanych w formie ryczałtu

[216] Dz. U. poz. 1783, ze zm.

systemu zabezpieczenia w zakresie: liczby i rodzaju udzielonych świadczeń, cen udzielonych świadczeń, parametrów jakościowych związanych z procesem udzielania tych świadczeń;

3) parametry dotyczące relacji liczby świadczeń opieki zdrowotnej wykonanych i sprawozdanych przez świadczeniodawcę w poprzednich okresach rozliczeniowych, odpowiadające wzrostowi lub spadkowi liczby tych świadczeń.

Dla świadczeniodawców, dla których współczynnik zmiany liczby jednostek sprawozdawczych wyniósł w przedziale od 0,98 do 1 nie koryguje się wysokości ryczałtu w oparciu o zmianę liczby wykonanych i sprawozdanych świadczeń opieki zdrowotnej[217].

Równolegle w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach systemu zabezpieczenia wyodrębniono środki na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, które ze względu na konieczność zapewnienia odpowiedniego dostępu do tych świadczeń wymagają ustalenia odrębnego sposobu finansowania. Wykaz świadczeń, wymagających odrębnego sposobu finansowania został określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2017 r. w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania.

W związku z wejściem w życie ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach, wprowadzającej „System PSZ" oraz wydaniem ww. rozporządzeń ministra właściwego do spraw zdrowia, w dniu 10 sierpnia 2017 r. Prezes Funduszu wydał zarządzenie Nr 69/2017/DSOZ w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej[218]. W szczególności, w ww. zarządzeniu określono warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawieranych w ramach systemu PSZ, uwzględniając zasady udzielania i sprawozdawania świadczeń finansowanych ryczałtem oraz świadczeń finansowanych odrębnie – wskazanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania.

W celu zachowania reguły równego traktowania świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie umów z Funduszem, zawartych w systemie PSZ, jak również zawieranych w trybie postępowań konkursowych, a także w związku z potrzebą zachowania ciągłości użytkowania systemów służących do komunikacji, w tym sprawozdawania płatnikowi wykonania świadczeń przez świadczeniodawców, w ww. zarządzeniu zachowano zasady udzielania świadczeń określone w dotychczasowych regulacjach w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji świadczeń w rodzajach: leczenie szpitalne, ambulatoryjna opieka specjali-

[217] Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (§ 3 pkt 9 i 10).

[218] Zarządzenie Nr 69/2017/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 10 sierpnia 2017 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej zostało uchylone z dniem 1 lipca 2018 r. zarządzeniem Nr 65/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 czerwca 2018 r. o tym samym tytule.

styczna, świadczenia odrębnie kontraktowane, rehabilitacja lecznicza, podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, pomoc doraźna i transport sanitarny.

Jednocześnie, w celu wprowadzenia porównywalności wartości jednostek rozliczeniowych (punktów) stosowanych w umowach o udzielanie świadczeń w różnych rodzajach, która jest niezbędna w przypadku objęcia ich finansowaniem ryczałtowym PSZ, dokonano proporcjonalnego przeszacowania wartości punktu i odpowiedniej korekty wszystkich wycen punktowych oraz cen jednostek rozliczeniowych w obowiązujących umowach[219]. W związku z przepisami określającymi terminy rozliczeń i płatności za świadczenia, określono 90-dniowy termin wyliczenia wartości ryczałtu na kolejny okres rozliczeniowy dla poszczególnych świadczeniodawców w systemie zabezpieczenia, od dnia zakończenia poprzedniego okresu rozliczeniowego.

Powyższe było kilkukrotnie modyfikowane m.in. w zakresie:
- wprowadzenia współczynnika korygującego o wartości 1,2 dla świadczeniodawców zakwalifikowanych do poziomu ogólnopolskiego albo onkologicznego lub pulmonologicznego (hospitalizacje do chemioterapii i radioterapii);
- wprowadzenia możliwości stosowania ww. współczynnika korygującego przez świadczeniodawców zakwalifikowanych do III poziomu zabezpieczenia, spełniających określone warunki w zakresie liczby i struktury udzielanych świadczeń.

Dodatkowo ujednolicono zapisy poszczególnych zarządzeń Prezesa NFZ, dotyczących ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego, świadczeń wysokospecjalistycznych, rehabilitacji leczniczej, świadczeń zdrowotnych odrębnie kontraktowanych, w zakresie stosowanych jednostek sprawozdawczych, tj. jednostek rozliczeniowych i ich wartości punktowych oraz ceny za punkt (tzw. „denominacja"). Zmiany w zakresie ceny jednostki rozliczeniowej określono z uwzględnieniem następującego wzoru: $Cn=\frac{Cu}{Cb}$, gdzie: Cn – cena nowej jednostki rozliczeniowej, Cu – aktualna cena jednostki rozliczeniowej w obowiązującej umowie, Cb – cena bazowa przyjęta dla danego typu umowy do wyliczenia nowej ceny jednostki rozliczeniowej. Rozwiązanie takie umożliwiło wyliczanie wartości ryczałtów podstawowego systemu zabezpieczenia, o których mowa w art. 136c ustawy o świadczeniach.

Ustawą z dnia 25 maja 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw[220], wprowadzono z dniem 23 lipca 2017 r. przepisy umożliwiające na pokrycie kosztów leków pacjentów w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowych.

Ratunkowy dostęp do terapii lekowych

Minister właściwy do spraw zdrowia może wydać, w drodze decyzji administracyjnej, zgodę na pokrycie kosztów leku w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej w przypadku uzasadnionej i wynikającej ze wskazań

[219] Od 1 października 2017 r. oczekiwana cena punktu w umowach: SZP, AOS, REH wynosiła 1 zł.

[220] Dz. U. poz. 1200.

aktualnej wiedzy medycznej potrzeby zastosowania u świadczeniobiorcy leku, który nie jest finansowany ze środków publicznych w danym wskazaniu, jeżeli jest to niezbędne dla ratowania życia lub zdrowia świadczeniobiorcy we wskazaniu występującym u jednostkowych pacjentów, a zostały już wyczerpane u danego świadczeniobiorcy wszystkie możliwe do zastosowania w tym wskazaniu dostępne technologie medyczne finansowane ze środków publicznych. Minister właściwy do spraw zdrowia może także wydać kolejną zgodę na pokrycie kosztów leku w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej na potrzeby tego samego świadczeniobiorcy jako kontynuację leczenia, pod warunkiem potwierdzenia przez lekarza specjalistę w dziedzinie medycyny odpowiedniej ze względu na chorobę lub problem zdrowotny świadczeniobiorcy skuteczności leczenia świadczeniobiorcy lekiem, którego dotyczyła pierwsza zgoda. Zgoda, jest wydawana na okres terapii nie dłuższy niż trzy miesiące albo trzy cykle leczenia. Kopię decyzji, minister właściwy do spraw zdrowia przesyła właściwemu oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu (art. 47d ustawy o świadczeniach).

Zgoda na pokrycie kosztów leku w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowych jest wydawana na wniosek świadczeniodawcy posiadającego w dniu złożenia wniosku, zawartą umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego. Minister Zdrowia rozpatruje wniosek w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia otrzymania kompletnego wniosku, z wyjątkiem przypadków kiedy termin na rozpatrzenie wniosku biegnie od dnia otrzymania przez Ministra Zdrowia, opinii sporządzonej przez AOTMiT na podstawie art. 47f ust. 1 lub 2 ustawy o świadczeniach (art. 47e ustawy o świadczeniach).

Minister Zdrowia zleca AOTMiT sporządzenie opinii w sprawie zasadności finansowania ze środków publicznych leku w danym wskazaniu w przypadku gdy koszt wnioskowanej terapii w ujęciu kwartalnym lub trzech cykli leczenia przekracza jedną czwartą średniej wartości produktu krajowego brutto na jednego mieszkańca[221] i jest to pierwszy wniosek dla danego leku w danym wskazaniu oraz w przypadku gdy koszt wnioskowanej terapii w ujęciu kwartalnym lub trzech cykli leczenia nie przekracza jednej czwartej średniej wartości produktu krajowego brutto na jednego mieszkańca[222] i uprzednio została wydana co najmniej jedna zgoda na finansowanie ze środków publicznych leku w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowych, w sprawie wniosku dotyczącego innego świadczeniobiorcy dla tego samego leku w tym samym wskazaniu AOTMiT sporządza opinię w terminie 30 dni od dnia otrzymania zlecenia Ministra Zdrowia[223]. Opi-

[221] Średnia wartość produktu krajowego brutto na jednego mieszkańca, o której mowa w art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 26 października 2000 r. o sposobie obliczania wartości rocznego produktu krajowego brutto (Dz. U. z 2000 r. Nr 114, poz. 1188, ze zm.).

[222] Patrz przypis 221.

[223] Zgodnie z art. 47f ust. 4 ustawy o świadczeniach w przypadku gdy z opinii AOTMiT wynika, że jest zasadne finansowanie ze środków publicznych leku, który nie jest finansowany ze środków publicznych w danym wskazaniu, jeżeli jest to niezbędne dla ratowania życia lub zdrowia świadczeniobiorców, Minister Zdrowia wzywa podmiot odpowiedzialny w rozumieniu art. 2 pkt 24 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2017 r. poz. 2211) lub przedstawiciela podmiotu odpowiedzialnego w rozumieniu art. 2 pkt 35a ww. ustawy do złożenia wniosku o objęcie refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego (zgodnie z art. 24

nia może zawierać określenie maksymalnego poziomu kosztu terapii lub ceny leku, po przekroczeniu którego nie jest zasadne finansowanie tego leku ze środków publicznych (art. 47f ustawy o świadczeniach).

Koszt leku jest pokrywany przez Fundusz w wysokości wynikającej z rachunku lub faktury dokumentującej zakup leku, ale nie wyższej niż kwota określona w decyzji administracyjnej w sprawie wydania zgody[224] (art. 47i ustawy o świadczeniach).

Programy polityki zdrowotnej finansowane ze środków NFZ

Na podstawie art. 48d ustawy o świadczeniach NFZ może przekazać środki na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych[225]. Dyrektor OW NFZ dokonuje oceny wniosku oraz załączonych dokumentów oraz podejmuje decyzję o dofinansowaniu programu, którego wniosek dotyczy, uwzględniając wpływ planowanych działań na poprawę stanu zdrowia populacji objętej programem oraz możliwości finansowe oddziału wojewódzkiego Funduszu. Przekazanie środków w ramach dofinansowania, odbywa się na podstawie umowy zawartej przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu z organem wykonawczym jednostki samorządu terytorialnego. Jednostka samorządu terytorialnego zwraca oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu środki niewykorzystane lub wykorzystane niezgodnie z przeznaczeniem.

Od 30 listopada 2017 r. wprowadzono możliwość opracowania programu polityki zdrowotnej w oparciu o rekomendację Prezesa AOTMiT wydaną dla danej choroby lub danego problemu zdrowotnego. Prezes AOTMiT będzie wydawać opinię tylko dla projektów programów polityki zdrowotnej, dla których nie zostały opublikowane odpowiednie rekomendacje[226]. Zgodnie z art. 48a ust. 16 ustawy o świadczeniach, Minister Zdrowia 22 grudnia 2017 r. podpisał rozporządzenie w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej[227].

ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych – Dz. U. z 2017 r. poz. 1844, ze zm.) o refundacji, dla leku w tym wskazaniu, w terminie 90 dni od dnia doręczenia wezwania.

[224] W przypadku gdy zgoda, na pokrycie kosztów leku w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowych dotyczy leku, w odniesieniu do którego została wydana decyzja o objęciu refundacją i ustaleniu urzędowej ceny zbytu, o której mowa w art. 11 ustawy o refundacji, kwota określona w decyzji administracyjnej w sprawie wydania tej zgody nie może być wyższa niż wynikająca z zastosowania do obliczeń ceny hurtowej brutto tego leku wraz z instrumentem dzielenia ryzyka, jeżeli został zawarty.

[225] Dodany przez art. 22 pkt 5 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2017 r. poz. 2237, ze zm.).

[226] Art. 48a i następne ustawy o świadczeniach w brzmieniu nadanym ustawą z dnia 29 września 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach.

[227] Dz. U. poz. 2476.

6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, ze zm.).
2. Ustawa z dnia 29 września 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2110).
3. Ustawa z dnia 25 maja 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1200).
4. Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych(Dz. U. poz. 844).
5. Ustawa 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).
6. Ustawa z dnia 16 grudnia 2015 r. zmieniająca ustawę o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2198).
7. Ustawa z dnia 2 grudnia 2016 r. o szczególnych rozwiązaniach służących realizacji ustawy budżetowej na rok 2017 (Dz. U. z 2016 r. poz. 1984, ze zm.).
8. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2017 poz. 1845, ze zm.).
9. Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1844, ze zm.).
10. Ustawa o zdrowiu publicznym z dnia 11 września 2015 r. (Dz. U. z 2018 r. poz. 1492).
11. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2017 r. poz. 2195, ze zm.).
12. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 2077, ze zm.).
13. Ustawa z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1458).
14. Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2018 r. poz. 395, ze zm.).
15. Ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2017, poz. 1579, ze zm.).
16. Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2017 r. poz. 524, ze zm.).
17. Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz. U. z 2017 r. poz. 1935, ze zm.).

18. 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).
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. poz. 1980, ze zm.).
20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146, ze zm.).
21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628, ze zm.).
22. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 192, ze zm.).
23. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1163).
24. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na pierwszy okres rozliczeniowy (Dz. U. poz. 1242).
25. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1783, ze zm.).
26. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2017 r. w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania (Dz. U. poz. 1225, ze zm.).
27. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, ze zm.).
28. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357, ze zm.).
29. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 465).

30. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 86, ze zm.).
31. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1372, ze zm.).

6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

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

6.5. Stanowisko Ministra do informacji o wynikach kontroli

Minister Zdrowia

Warszawa, 20 listopada 2018

DNM.093.13.2018.3.KCZ

Pan
Mieczysław Łuczak
Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli

Szanowny Panie Prezesie,

w związku z Informacją o wynikach kontroli P/18/055 ***„Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2017 r."***, przekazaną przy piśmie z dnia 5 listopada 2018 r. o znaku: KZD.430.004.2018, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższego stanowiska do ww. dokumentu.

1) Część 4. Wnioski, str. 15.

Uprzejmie informuję, iż w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (dalej „PSZ") wprowadzono ryczałtowy mechanizm finansowania większej części świadczeń udzielanych przez szpitale zakwalifikowane do tego systemu. Objęcie jedną wspólną kwotą finansowania, w postaci ryczałtu PSZ, świadczeń szpitalnych i świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej daje świadczeniodawcom możliwość elastycznego gospodarowania środkami przekazywanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia (dalej „NFZ" albo „Fundusz"), w szczególności możliwość przesuwania tych środków między leczeniem szpitalnym i ambulatoryjnym, przy czym w szczegółowych przepisach wykonawczych regulujących sposób ustalania ryczałtu PSZ przewidziano specjalny mechanizm promujący zwiększenie liczby świadczeń udzielanych w trybie ambulatoryjnym, opierający się o współczynniki korygujące (dodatnie i ujemne). Ponadto, rozporządzenie Ministra

Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa
Telefon: (22) 63 49 460
e-mail: kancelaria@mz.gov.pl
www.mz.gov.pl

niepodległa

Zdrowia z dnia 21 września 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej[1], wprowadziło m.in. zmiany w zakresie ww. współczynników korygujących. W wyniku wprowadzonych zmian świadczeniodawca, który wykaże wzrost liczby jednostek sprawozdawczych świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, odpowiednio o 5%/10%/20% skorzysta ze współczynników korygujących odpowiednio: 0,01/0,0125/0,015 – podczas gdy w pierwotnej wersji rozporządzenia obowiązywał w tym przypadku tylko współczynnik korygujący 0,01 – w przypadku zwiększenia liczby świadczeń ambulatoryjnych o 10%. Analogiczna zmiana została wprowadzona również w odniesieniu do ujemnych współczynników korygujących, w przypadku spadku liczby świadczeń ambulatoryjnych.

Minister Zdrowia podjął również działania zmierzające do zmiany struktury udzielanych świadczeń, w szczególności do ograniczenia kosztów lecznictwa zamkniętego na rzecz profilaktyki i lecznictwa otwartego. Działania te można podzielić na dwie kategorie:

1) Rozwiązania wprowadzone w ramach PSZ w celu promowania udzielania świadczeń w trybie ambulatoryjnym.

Poprawa koordynacji i ciągłości opieki nad pacjentem (kompleksowej opieki) wraz z promowaniem roli specjalistycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej było jedynym z głównych założeń reformy mającej na celu wdrożenie tzw. sieci szpitali. Wśród pozostałych celów należy wskazać m.in. lepsze dostosowania struktury organizacyjnej podmiotów leczniczych oraz struktury wykonywanych świadczeń zdrowotnych do aktualnych potrzeb pacjentów oraz bardziej racjonalne gospodarowanie zasobami na opiekę zdrowotną. Przyjęty w ramach PSZ sposób finansowania świadczeń, głównie przez ryczałt, promuje udzielanie świadczeń na poziomie ambulatoryjnym. Podwyższenie kwoty ryczałtu o 1% otrzymują szpitale, które wykazały wzrost świadczeń ambulatoryjnych o ponad 10% w danym okresie rozliczeniowym (półrocznym) w porównaniu z okresem wcześniejszym. Analogiczna zasada dotyczy obniżenia ryczałtu o 1% – w przypadku odnotowania ponad 5% spadku świadczeń ambulatoryjnych. Ponadto, zgodnie rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwiększenie ryczałtu zależeć będzie również od skrócenia przez świadczeniodawcę średniego czasu oczekiwania do poradni albo zwiększenia

[1] Dz. U. poz. 1812.

liczby osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia do danej poradni.

2) Wspieranie działań Prezesa NFZ mających na celu wprowadzanie bodźców finansowych zachęcających do zwiększenia realizacji świadczeń w warunkach ambulatoryjnych, a także realizacji procedur zabiegowych nie w warunkach stacjonarnych, ale ambulatoryjnych.

Prezes NFZ, doceniając rolę ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wprowadził w zarządzeniach regulujących sposób finansowania ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, zwiększoną wycenę punktową procedur lub świadczeń wykonywanych w trybie ambulatoryjnym. W szczególności, w zarządzeniu nr 64/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2018 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna:

a) zwiększono wycenę wybranych procedur zabiegowych, jeżeli zrealizowane zostaną w trybie ambulatoryjnym w ramach umowy AOS, zamiast w trybie stacjonarnym, zgodnie z poniższą tabelą:

			Dotychczasowa wycena		**Modyfikacja wyceny**	
L.p.	**Kod ICD-9**	**Nazwa ICD-9**	**AOS 2018 – kod grupy**	**AOS 2018 – wycena pkt**	**AOS 2018 – kod grupy**	**AOS 2018 – wycena pkt**
1.	08.201	Inne usunięcie gruczołu tarczkowego	Z44	145	Z44	250
2.	08.21	Wycięcie gradówki	Z44	145	Z44	250
3.	08.38	Korekcja przykurczu powiek	Z44	145	Z44	250
4.	08.41	Termokauteryzacja podwiniętej/wywiniętej powieki	Z44	145	Z44	250
5.	08.42	Podszycie podwiniętej/wywiniętej powieki	Z44	145	Z44	250
6.	08.511	Powiększenie szczeliny powiek	Z44	145	Z44	250
7.	08.521	Zszycie kąta szpary powiekowej	Z44	145	Z44	250

8.	08.522	Zszycie tarczki	Z44	145	Z44	250
9.	08.71	Rekonstrukcja brzegu powieki niepełnej grubości	Z44	145	Z44	250
10.	10.31	Wycięcie zmiany ze spojówki	Z44	145	Z44	250
11.	10.32	Zniszczenie zmiany na spojówce	Z44	145	Z44	250
12.	10.331	Usunięcie ziarniny jagliczej	Z44	145	Z44	250
13.	10.6	Operacja naprawcza skaleczenia spojówki	Z44	145	Z44	250
14.	10.91	Iniekcja podspojówkowa	Z44	145	Z44	250
15.	12.21	Diagnostyczna aspiracja treści z przedniej komory oka	Z44	145	Z44	250
16.	12.54	Przecięcie twardówki z zewnątrz	Z44	145	Z44	250
17.	12.75	Gonioplastyka laserowa	Z44	145	Z44	250
18.	12.76	Trabekuloplastyka laserowa	Z44	145	Z44	250
19.	12.91	Lecznicze opróżnienie komory przedniej oka	Z44	145	Z44	250
20.	12.921	Wstrzyknięcie powietrza do komory przedniej oka	Z44	145	Z44	250
21.	12.922	Wstrzyknięcie płynu do przedniej komory oka	Z44	145	Z44	250
22.	12.923	Wstrzyknięcie leku do przedniej komory oka	Z44	145	Z44	250
23.	08.81	Zszycie linijnej rany powieki/ brwi	Z103	140	Z44	250
24.	12.73	Cyklofotokoagulacja	Z105	187	Z44	250
25.	13.64	Przecięcie wtórnej błony (po zaćmie) (kapsulotomia laserowa)	Z110	210	Z58	280
26.	13.65	Wycięcie wtórnej błony po zaćmie	Z110	210	Z58	280

27.	13.66	Rozdrobnienie wtórnej błony po zaćmie	Z110	210	Z58	280

b) wprowadzono dwa współczynniki korygujące: 1,5 oraz 1,2 w przypadku udzielania świadczeń w poradniach specjalistycznych na rzecz dzieci do ukończenia 3 roku życia oraz od 4 do ukończenia 18 roku życia. Zmiana miała na celu premiowanie podmiotów leczniczych, które udzielają świadczeń dla najmłodszych pacjentów kompleksowo i na najwyższym poziomie. Pozwala to także na zmotywowanie lekarzy do realizacji diagnostyki i terapii, w jak najszerszym zakresie w trybie ambulatoryjnym, co znacznie zmniejsza stres u dziecka,

c) wprowadzono współczynnik korygujący w wysokości 1,4 przy rozliczaniu porad pierwszorazowych udzielanych świadczeniobiorcom powyżej 18 roku życia wykonywanych w poradniach specjalistycznych następujących specjalności: alergologia, endokrynologia, kardiologia i neurologia.

Ponadto, zarządzeniem Nr 94/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 września 2018 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w odniesieniu do świadczeń udzielanych poza PSZ wprowadzono współczynnik 1,2 w przypadku rozliczania świadczeń w zakresach: endokrynologii, endokrynologii dla dzieci, gastroenterologii, gastroenterologii dla dzieci, kardiologii, kardiologii dziecięcej, neurochirurgii, neurochirurgii dla dzieci, okulistyki, okulistyki dla dzieci[2]. Współczynnik jest zwiększany tylko w przypadku, gdy średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia w kategorii medycznej „przypadek stabilny" ulegnie skróceniu o nie mniej niż 20% w stosunku do średniego czasu oczekiwania z poprzedniego okresu sprawozdawczego lub zwiększy się liczba osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia, co zachęca do udzielania coraz większej liczby świadczeń.

Odnosząc się natomiast do kwestii dotyczącej nadwykonań, uprzejmie informuję, że zgodnie z przepisami art. 132 ust. 1 oraz art. 136 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych[3], zwanej

2 Wartość rozliczanego świadczenia korygowana jest współczynnikiem 1,2 pod warunkiem, że znajdują się one w następujących katalogach:
- ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych, stanowiącym załącznik nr 5a do zarządzenia, z wyłączeniem świadczenia oznaczonego kodem W02,
- specjalistycznych świadczeń odrębnych, stanowiącym załącznik nr 5b do zarządzenia.

3 Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.

dalej „ustawą o świadczeniach", podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej jest umowa, która określa m.in. rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, zasady rozliczeń pomiędzy NFZ a świadczeniodawcami oraz kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy. W związku z tym, co do zasady, świadczenia są finansowane przez NFZ do wysokości limitów określonych umową. Natomiast możliwość sfinansowania dodatkowych świadczeń, zrealizowanych ponad limit określony umową, może być rozważana w konkretnej sytuacji, wynikającej m.in. z dysponowania przez Fundusz dodatkowymi środkami finansowymi.

Powyższe wynika również z konstrukcji przepisów art. 118 ust. 1 ustawy o świadczeniach dotyczących gospodarki finansowej NFZ, zgodnie z którymi plan finansowy Funduszu jest zrównoważony w zakresie przychodów i kosztów. Jednocześnie, zgodnie z art. 132 ust. 5 ustawy o świadczeniach, łączna suma zobowiązań NFZ, wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów, nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu.

2) Część 5.4.1.5., strona 70, akapit 4 od góry.

Propozycje zgłaszane przez NFZ są zbieżne z rozwiązaniami zawartymi w procedowanym *projekcie ustawy o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw* (UD70). Celem projektowanej regulacji jest zapewnienie pacjentom optymalnej jakości wyrobów medycznych oraz gospodarne wydatkowanie środków publicznych, poprzez ustalenie m.in. minimalnych standardów jakości, urzędowej ceny zbytu czy też regulacje wysokości marży nadkładanej na wyroby medyczne.

W tym miejscu należy zaznaczyć, że projektowana ustawa znacząco zmienia zasady funkcjonowania rynku refundowanych wyrobów medycznych, dlatego też niezwykle istotne jest, by przepisy te były wypracowywane po zapoznaniu się z różnymi stanowiskami i wspólnie z podmiotami uczestniczącymi w rynku. Nowe rozwiązania winny służyć przede wszystkim pacjentom, być korzystne dla budżetu państwa, ale także powinny być realne do wprowadzenia i bezpieczne dla całego systemu ochrony zdrowia. W związku z powyższym, procedowanie tego typu przepisów wymaga czasu i możliwie jak najszerszych konsultacji z interesariuszami, tak by wprowadzone zmiany rzeczywiście przyniosły poprawę, a nie pogorszenie i tak trudnej sytuacji pacjentów wymagających zaopatrzenia w wyroby medyczne.

Ponadto należy zauważyć, że uchwalona została ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia[4], która wprowadza mechanizm usprawniający proces obsługi zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne i zleceń ich naprawy, w tym modyfikację systemów teleinformatycznych NFZ, w celu zapewnienia z jednej strony ułatwień dla świadczeniobiorców, którym przysługuje wyrób medyczny, a z drugiej strony prawidłowego przepływu środków publicznych. Warto podkreślić, że nowy mechanizm usprawniający proces obsługi zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne i zleceń naprawy, daje gwarancję kontroli nad wydatkowaniem środków publicznych poprzez m.in. wprowadzenie nowych zasad weryfikacji zlecenia przez Fundusz, jak też zgodnie z ustawą z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych[5] wprowadzenie obowiązku sprawdzania zlecenia uprzednio pozytywnie zweryfikowanego przez świadczeniodawcę, tj. realizatora zlecenia. W celu zapewnienia prawidłowości wydatkowania środków publicznych wprowadzono także m.in. przepis wskazujący, że świadczeniodawca, który zrealizował zlecenie, będzie obowiązany do zwrotu NFZ kwoty stanowiącej równowartość limitu finansowania wyrobu medycznego wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia dokonania finansowania, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 nowelizowanej ustawy, w przypadku ustalenia przez niego limitu finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego wskazanego w zleceniu, niezgodnego ze stanem prawnym i faktycznym na dzień wydania wyrobu medycznego i pobrania od świadczeniobiorcy należności zgodnie z tak ustalonym limitem. Co więcej, ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia wprowadza do ustawy o świadczeniach dodatkowe uprawnienia dla NFZ do organizacji wspólnych postępowań na zakup leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych przysługujących świadczeniobiorcom.

Z wyrazami szacunku

z upoważnienia Ministra Zdrowia

Marcin Czech

Podsekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/

[4] Dz. U. poz. 1515.
[5] Dz. U. z 2017 r. poz. 1844, z późn. zm.