Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2017 roku

Najwyższa Izba Kontroli

Warszawa, październik 2018 r.

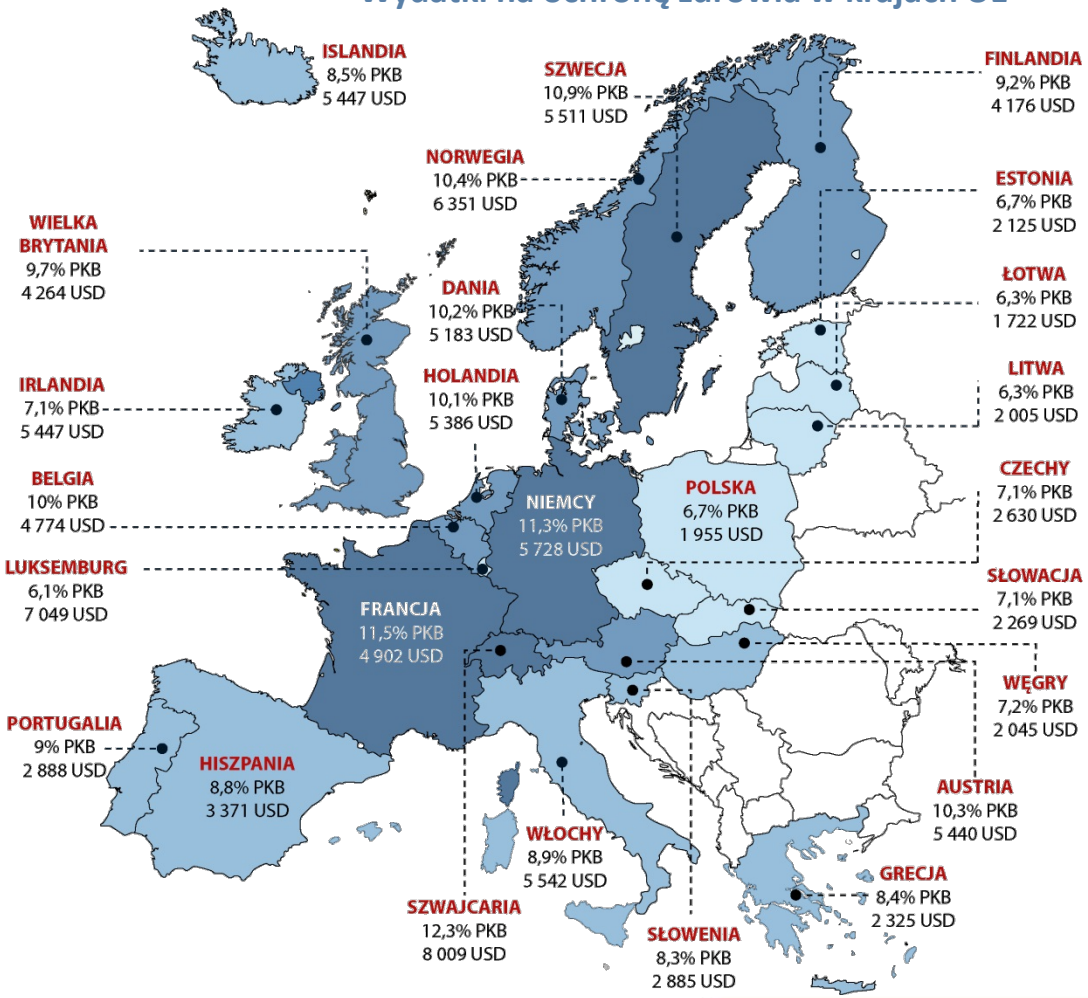
01 Dlaczego podjęliśmy kontrolę?

Kontrola została podjęta z inicjatywy własnej Najwyższej Izby Kontroli i ujęta w planie pracy na 2018 r.

Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w Polsce w 2017 r. stanowiły 6,7% PKB, a publiczne tylko 4,6%, co znacząco odbiegało od wartości notowanych w innych krajach europejskich.

Podobnie sytuacja przedstawiała się przy porównaniu kwot wydatkowanych na jednego mieszkańca w tych krajach.

Wydatki na ochronę zdrowia w krajach UE



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych OECD-dostęp z dnia 21 sierpnia 2018 r.

02 Co i kogo kontrolowaliśmy?

Celem kontroli była ocena, czy działania NFZ prowadziły do poprawy dostępności świadczeń zdrowotnych, a w szczególności:

- 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?
- 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?
- Czy dysproporcje w liczbie i wartości świadczeń przypadających na 10 tys. uprawnionych pomiędzy poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi uległy zmianie?
- Czy dochodziło do zmiany finansowania wybranych rodzajów świadczeń?
- Czy w pełni wykorzystano środki przewidziane w planie na pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych?

Kontrola została przeprowadzona w Centrali NFZ oraz w Kujawsko-Pomorskim, Mazowieckim i Śląskim Oddziale Wojewódzkim NFZ.

03 Stwierdzony stan – realizacja przychodów i kosztów

przychody NFZ
79 599,57 mln zł
wyższe o 7,79% niż w 2016 r.

koszty NFZ
79 655,72 mln zł
wyższe o 7,69% niż w 2016 r.

Wartość zawartych ze świadczeniodawcami umów wzrosła o 5,4 mld zł, jednak ponad (20%) z tych środków – 1,1 mld zł przeznaczono na wzrost wynagrodzeń personelu medycznego.

Łącznie w 2017 r. na podwyżki personelu medycznego wydano 2,6 mld zł.

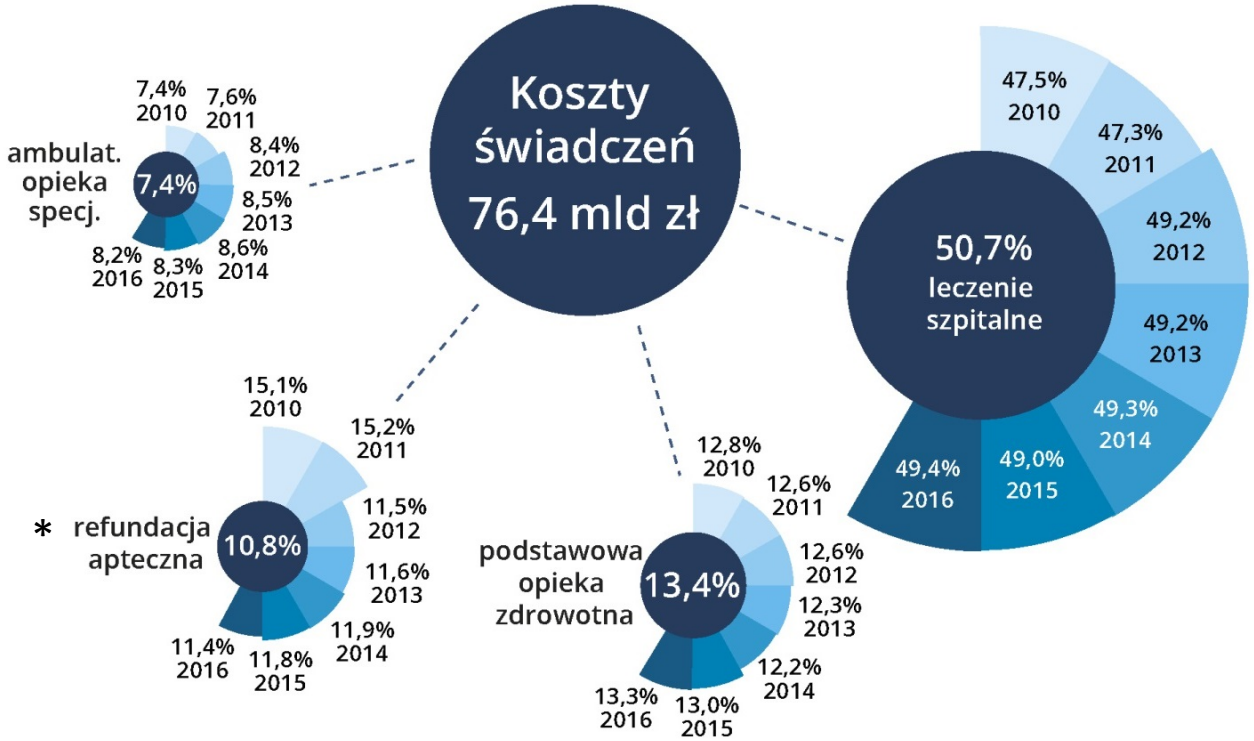
koszty świadczeń zdrowotnych
76 347,70 mln zł
wyższe o 7,59% niż w 2016 r.
(w 2016 r. 70 962,83 mln zł wyższe o 4,74% niż w 2015 r.)

niezrealizowane koszty świadczeń zdrowotnych
1 311,76 mln zł (1,69% planu)
wyższe o 42,7% niż w 2016 r.
(w 2016 r. 751,31 mln zł – 1,05% planu)

Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych z NFZ.

04 Stwierdzony stan – zmiana struktury świadczeń

Struktura świadczeń opieki zdrowotnej w 2017 r. oraz w latach 2010–2017



17,8% koszty pozostałych rodzajów świadczeń

3,5%	opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień
3,1%	rehabilitacja lecznicza
2,8%	świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie
2,3%	leczenie stomatologiczne
1,9%	świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze
1,3%	zaopatrzenie w wyroby medyczne
0,9%	opieka paliatywna i hospicyjna
0,8%	lecznictwo uzdrowiskowe
0,2%	profilaktyczne programy zdrowotne
0,1%	pomoc doraźna i transport sanitarny

* W kosztach refundacji aptecznej nie są ujęte koszty finansowania bezpłatnych leków w ramach 75+ tj. koszty finansowania leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego w części finansowanej z budżetu państwa zgodnie z art. 43a ust. 3 ustawy o świadczeniach). W 2017 r. koszty te wyniosły 506, 3 mln zł.

Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

05 Stwierdzony stan – zmiana struktury świadczeń

struktura świadczeń jest niekorzystna dla płatnika publicznego z uwagi na duży udział kosztów leczenia szpitalnego

→ co może świadczyć o niedostatecznej roli podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz nadmiernym diagnozowaniu i leczeniu pacjentów w trybie hospitalizacji

→ zasadne jest kontynuowanie w NFZ działań w celu ograniczenia kosztów systemu ochrony zdrowia poprzez zwiększenie roli i znaczenia lecznictwa otwartego w procesie leczniczym

06 Stwierdzony stan – różnice w dostępie do świadczeń

- W 2017 r. nadal utrzymywały się dysproporcje w dostępie do świadczeń, pomiędzy poszczególnymi OW NFZ, mierzone zarówno ich liczbą i wartością przypadającą na 10 tys. uprawnionych, czasem oczekiwania na ich udzielenie, jak i znacznymi różnicami cen za te same świadczenia.
- W porównaniu do 2016 r., wartość świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych wzrosła we wszystkich rodzajach świadczeń za wyjątkiem ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.
- Liczba świadczeń, w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych, pozostała na tym samym poziomie jak w 2016 r. w rodzaju:
  - leczenie szpitalne
  - opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień
  - profilaktyczne programy zdrowotne
  - rehabilitacja lecznicza w warunkach ambulatoryjnych
  - świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej
  - leczenie uzdrowiskowe

  w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej zmniejszyła się, a w przypadku pozostałych rodzajów świadczeń zwiększyła.

07 Stwierdzony stan – dostęp do świadczeń

Z analizy wybranych zakresów finansowanych w ramach ryczałtu PSZ wynika, że nie we wszystkich województwach był zapewniony pełny dostęp do świadczeń.

leczenie szpitalne

spośród 13 analizowanych zakresów świadczeń

Pełny dostęp w województwach: łódzkim, małopolskim i wielkopolskim

ambulatoryjna opieka specjalistyczna

spośród 10 analizowanych zakresów świadczeń

Pełny dostęp w województwach: małopolskim i śląskim

rehabilitacja lecznicza

spośród 3 analizowanych zakresów świadczeń

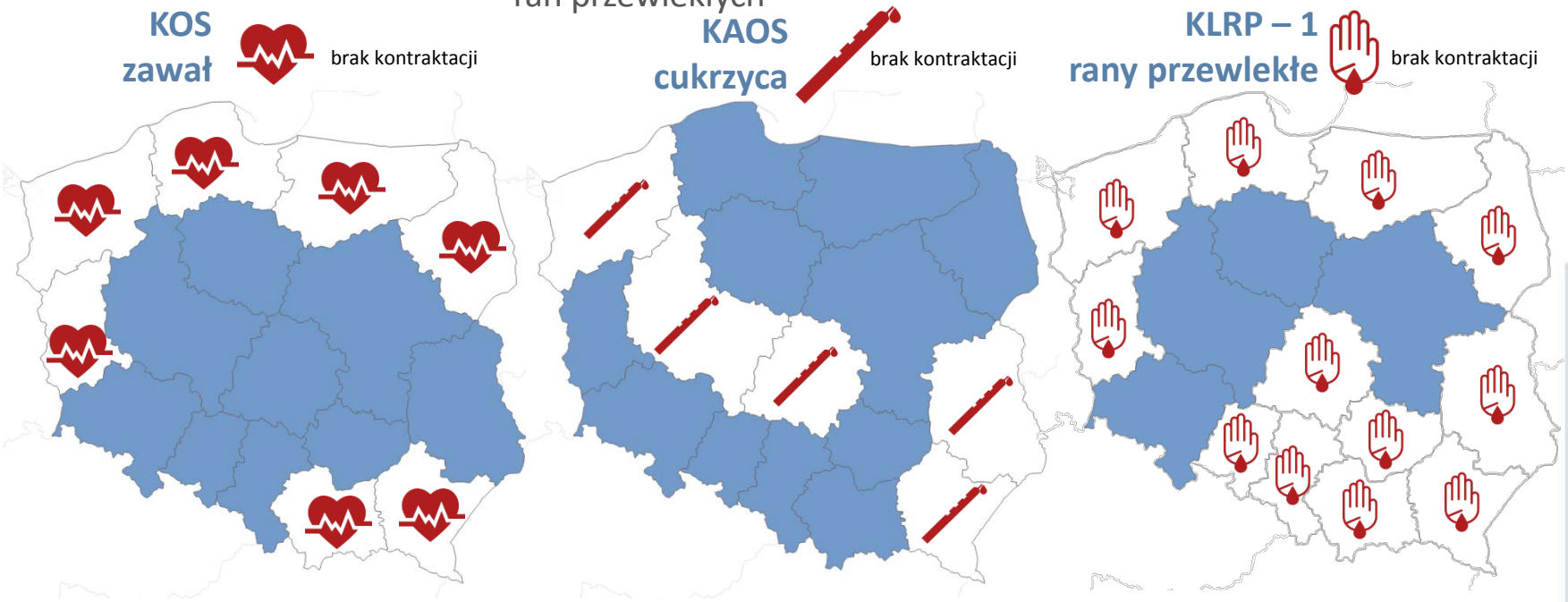
Pełny dostęp w województwach: lubelskim, łódzkim, małopolskim, mazowieckim, podkarpackim, śląskim, warmińsko-mazurskim i wielkopolskim

Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ – wg umów na czerwiec 2017 r.

Stwierdzony stan – dostęp do kompleksowej opieki

W części województw Fundusz nie wdrożył rozwiązań mających zapewnić kompleksową opiekę nad pacjentem. NFZ nie zakontraktował:

kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego	**KOS – zawał** w **7** województwach
kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej - cukrzyca	**KAOS – cukrzyca** w **5** województwach
kompleksowego leczenia ran przewlekłych	**KLRP – 1** w **12** województwach



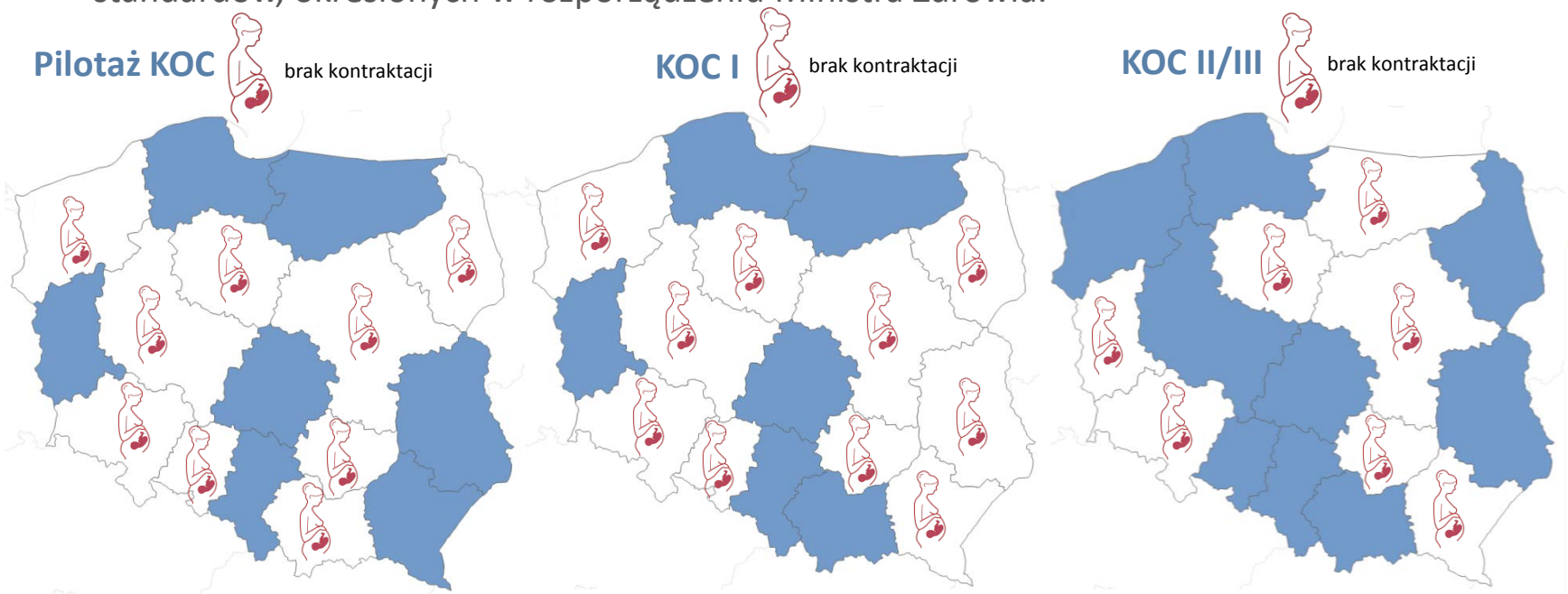
Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ – wg umów na czerwiec 2017 r.

Stwierdzony stan – dostęp do świadczeń KOC

W przypadku koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży (KOC) także nie udało się zakontraktować świadczeń we wszystkich województwach.

w ramach pilotażu	**pilotaż KOC** w **9** województwach
na 1. poziomie opieki prenatalnej	**KOC I** w **10** województwach
na 2. lub 3. poziomie opieki prenatalnej	**KOC II/III** w **7** województwach

Łącznie w celu objęcia koordynowaną opieką zgłosiło się do świadczeniodawców 41 032 kobiet w ciąży, a jedynie 9 z nich zrealizowało pełny schemat opieki, wynikający ze standardów, określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia.



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Stwierdzony stan – dostęp do świadczeń POCHP

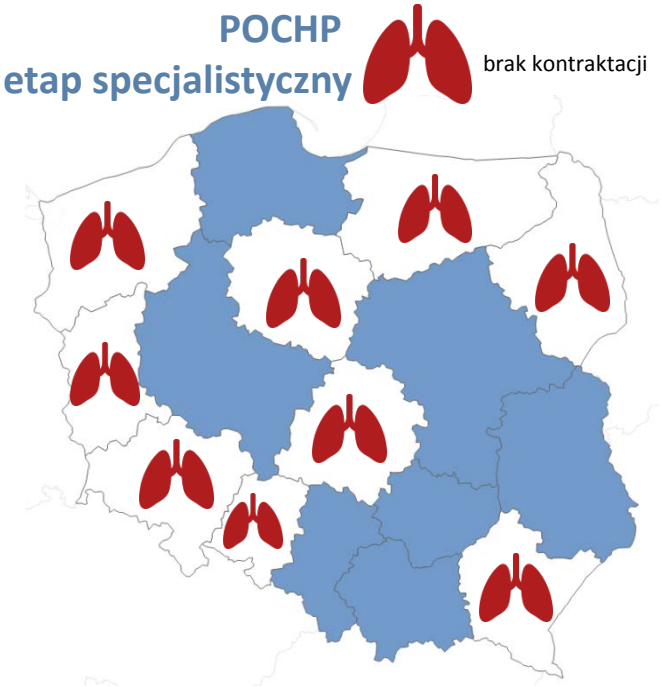
Podobnie jak w ubiegłych latach nie we wszystkich województwach zabezpieczono pacjentom dostęp do świadczeń w programie profilaktyki chorób odtytoniowych. Fundusz nie zakontraktował świadczeń w:

programie profilaktyki chorób odtytoniowych na etapie podstawowym — **POCHP etap podstawowy** w **2** województwach

programie profilaktyki chorób odtytoniowych na etapie specjalistycznym — **POCHP etap specjalistyczny** w **9** województwach

POCHP etap podstawowy

POCHP etap specjalistyczny



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ – wg umów na czerwiec 2017 r.

Stwierdzony stan – ratunkowy dostęp do leków

W ramach wprowadzonego w połowie 2017 r. nowego rozwiązania ustawowego – RATUNKOWY DOSTĘP DO TECHNOLOGII LEKOWEJ – jedynie 12 pacjentom sfinansowano w 2017 r. takie leczenie, choć złożono 209 wniosków (a do 10 maja 2018 r. sfinansowano łącznie 38 pacjentom).

2017 r.

209 złożonych wniosków do MZ

- **51** MZ wydał zgodę → **12** pacjentom NFZ sfinansował leczenie
- **102** MZ odmówił wydania zgody
- **54** nierozpatrzone (nieuzupełnione braki formalne)
- **2** umorzone

Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych z MZ i NFZ.

Stwierdzony stan – liczba osób i czas oczekiwania

Zmiany średniego czasu oczekiwania (mediana) do komórek organizacyjnych na koniec 2017 r., w porównaniu do 2016 r. w Polsce

przypadek stabilny

↑ wydłużenie – **113 (30,5%)**
w poprzednim roku – **122 (33,5%)**

— niezmieniony poziom –**176 (47,4%)**
w poprzednim roku – **172 (47,3%)**

↓ skrócenie – **82 (22,1%)**
w poprzednim roku – **70 (19,2%)**

przypadek pilny

↑ wydłużenie – **51 (13,7%)**
w poprzednim roku – **45 (12,4%)**

— niezmieniony poziom – **297 (80,1%)**
w poprzednim roku – **294 (80,8%)**

↓ skrócenie – **23 (6,2%)**
w poprzednim roku – **25 (6,9%)**

Z analizowanych 20 rodzajów komórek organizacyjnych z największą liczbą oczekujących i długim czasem oczekiwania (przypadek stabilny):

- liczba oczekujących na świadczenie wzrosła w 15 komórkach, a w 5 nastąpił spadek,
- średni czas oczekiwania (mediana) wydłużył się w 7 komórkach, w 2 pozostał bez zmian, a skrócił w 11.

Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Stwierdzony stan – liczba osób i czas oczekiwania AOS

W 5 analizowanych poradniach w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (okulistycznych, neurologicznych, kardiologicznych, chirurgii urazowo-ortopedycznej i endokrynologicznych) w przypadku stabilnym:

liczba oczekujących wzrosła w 1 poradni, a w 4 nastąpił spadek

średni czas oczekiwania (mediana) wydłużył się w 4, a skrócił w 1.

Najwyższy średni czas oczekiwania (mediana) przypadek stabilny odnotowano w poradniach →

endokrynologicznych osteoporozy – **363 dni**
genetycznych dla dzieci – **321 dni**
nowotworów krwi – **238 dni**
endokrynologicznych – **227 dni**
immunologicznych dla dzieci – **157 dni**

Największe wzrosty czasów oczekiwania (mediana) przypadek stabilny odnotowano w poradniach →

osteoporozy (do 137 dni) **o 28 dni**
hepatologicznej (do 154 dni) **o 19 dni**
neurochirurgicznej (do 156 dni) **o 16 dni**
chorób zakaźnych (do 107 dni) **o 16 dni**
chorób zakaźnych dla dzieci (do 53 dni) **o 13 dni**

Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Stwierdzony stan – liczba osób i czas oczekiwania SZP

W 5 analizowanych oddziałach w leczeniu szpitalnym (chirurgii urazowo-ortopedycznej, otorynolaryngologicznych, chirurgicznych ogólnych, neurochirurgicznych i reumatologicznych) w przypadku stabilnym:

liczba oczekujących wzrosła we wszystkich 5 oddziałach

średni czas oczekiwania (mediana) wydłużył się w 2, nie zmienił w 1, a skrócił w 2.

Najwyższy średni czas oczekiwania (mediana) przypadek stabilny odnotowano w oddziałach →

- leczenia oparzeń – **275 dni**
- chirurgii urazowo-ortopedycznej – **166 dni**
- chirurgii szczękowo-twarzowej dla dzieci – **163 dni**
- audiologiczno-foniatryczne – **161 dni**
- otorynolaryngologiczne dla dzieci – **160 dni**

Największe wzrosty czasów oczekiwania (mediana) przypadek stabilny odnotowano w oddziałach →

- transplantologicznym (do 21 dni) **o 21 dni**
- neurologicznym dla dzieci (do 61 dni) **o 19 dni**
- chirurgii naczyniowej (do 61 dni) **o 16 dni**
- chirurgii urazowo-ortopedycznej (do 166 dni) **o 15 dni**
- endokrynologicznym dla dzieci (do 68 dni) **o 15 dni**

Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Stwierdzony stan – liczba osób i czas oczekiwania PSY

W 5 analizowanych komórkach w opiece psychiatrycznej i leczenia uzależnień (poradnie: zdrowia psychicznego, zdrowia psychicznego dla dzieci, dla osób z autyzmem dziecięcym, terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia oraz oddziałach leczenia zaburzeń nerwicowych) w przypadku stabilnym:

liczba oczekujących wzrosła w 4 komórkach, a w 1 nastąpił spadek

średni czas oczekiwania (mediana) wydłużył się w 1, a skrócił w 4.

Najwyższy średni czas oczekiwania (mediana) przypadek stabilny odnotowano w komórkach →

zesp. lecz. środow. (dom.) dla os. z autyzmem – **809 dni**
odz. odwyk. o wzmocnionym zabezp. dla dzieci – **68 dni**
zakł./odz. pielęg.-opiek. psychiatrycznych – **50 dni**
por. psychogeriatrycznych – **48 dni**
por. dla os. z autyzmem dziecięcym – **34 dni**

Największe wzrosty czasów oczekiwania (mediana) przypadek stabilny odnotowano w komórkach →

odz. dz. psychogeriatrycznym (do 10 dni) **o 5 dni**
odz. rehabilitacji psychiatrycznej (do 5 dni) **o 5 dni**
odz. psych.(ogólnym) dla dzieci (do 4 dni) **o 4 dni**
por. seksuologicznej i pat. współ. (do 10 dni) **o 3 dni**
w por. leczenia nerwic (do 21 dni) **o 2 dni**

Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Stwierdzony stan – liczba osób i czas oczekiwania REH

W 5 analizowanych komórkach w rehabilitacji leczniczej
(działy/pracownie fizjoterapii, oddziały rehabilitacyjne i rehabilitacji narządu ruchu, poradnie rehabilitacyjne oraz zakłady/ośrodki rehabilitacji leczniczej dzienne) w przypadku stabilnym:

liczba oczekujących wzrosła w 4 komórkach, a w 1 nastąpił spadek

średni czas oczekiwania (mediana) wydłużył się w 1, a skrócił w 4.

Najwyższy średni czas oczekiwania (mediana)
przypadek stabilny odnotowano w oddziałach

→

paraplegii i tetraplegii – **1209 dni**
rehabilitacyjnych – **464 dni**
rehabilitacji narządu ruchu – **392 dni**
rehabilitacji neurologicznej – **203 dni**
rehabilitacji pulmonologicznej – **191dni**

Największe wzrosty czasów oczekiwania (mediana)
przypadek stabilny odnotowano w oddziałach

→

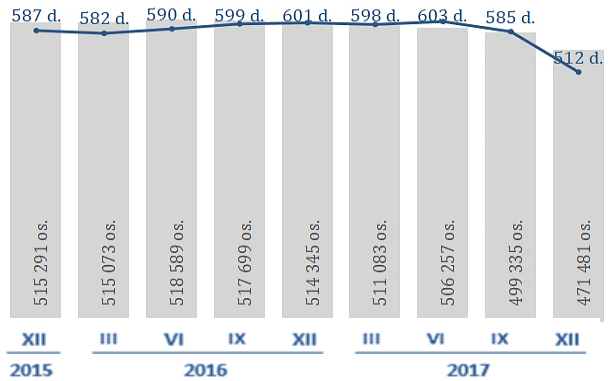
rehabilitacji neurologicznej (do 203 dni) **o 72 dni**
rehabilitacji pulmonologicznej (do 191 dni) **o 69 dni**
rehabilitacyjnym (do 464 dni) **o 60 dni**
rehabilitacyjnym dla dzieci (do 74 dni) **o 34 dni**
rehabilitacji neurologicznej dla dzieci (do 72 dni) **o 21 dni**

Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

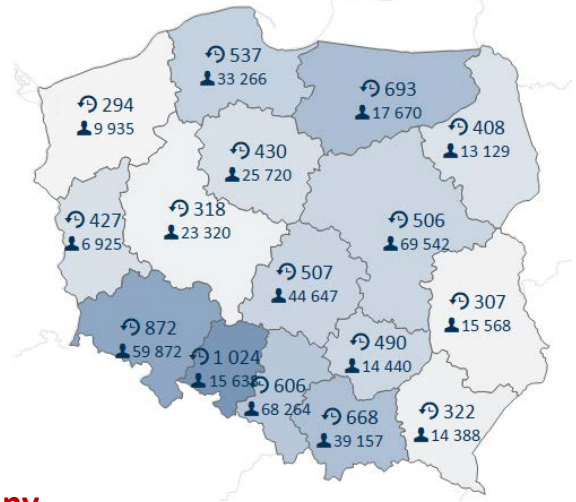
Stwierdzony stan – zabiegi w zakresie soczewki (zaćma)

przypadek stabilny

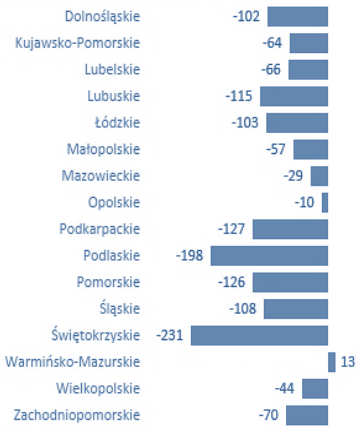
Osoby oczekujące i średni czas oczekiwania od XII 2015 r. do XII 2017



Polska 512 dni 471 481 os.

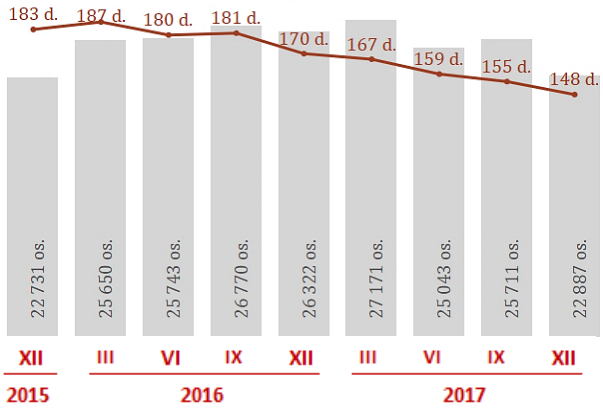


Zmiany czasu oczekiwania w dniach w porównaniu do 2016 r. (-) skrócenie | wydłużenie

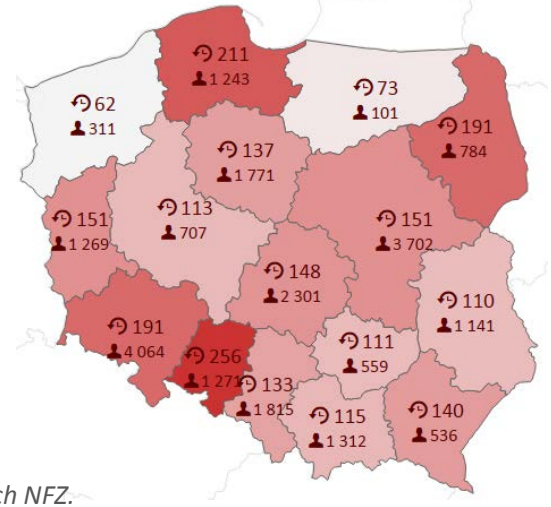


przypadek pilny

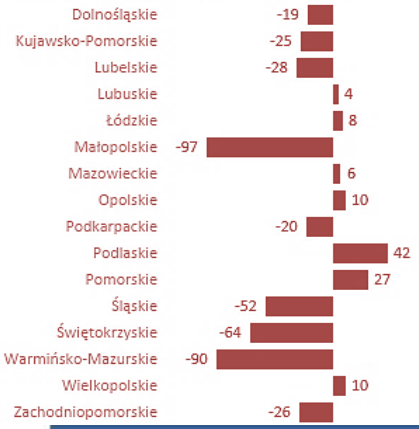
Osoby oczekujące i średni czas oczekiwania od XII 2015 r. do XII 2017



Polska 148 dni 22 887 os.



Zmiany czasu oczekiwania w dniach w porównaniu do 2016 r. (-) skrócenie | wydłużenie

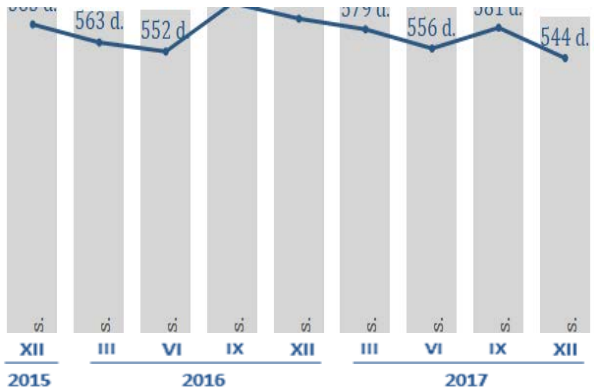


Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

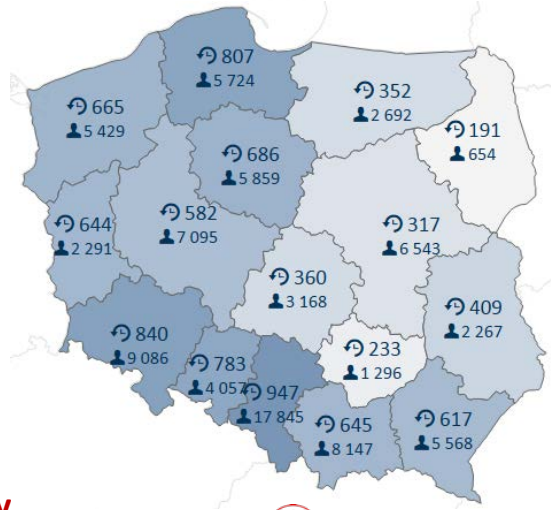
Stwierdzony stan – endoprotezoplastyka (biodro)

przypadek stabilny

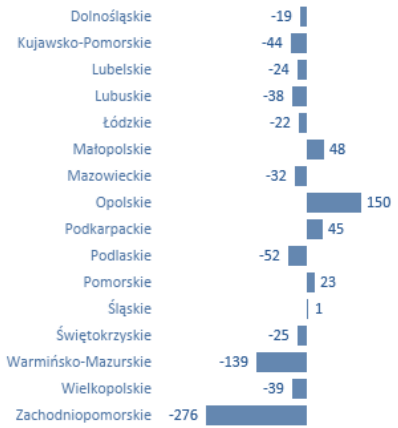
Osoby oczekujące i średni czas oczekiwania od XII 2015 r. do XII 2017



Polska 544 dni 87 721 os.

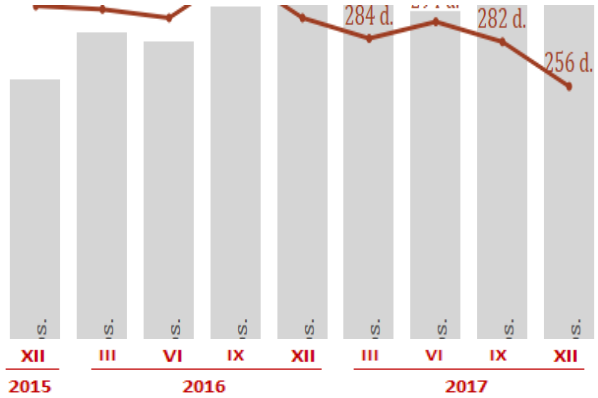


Zmiany czasu oczekiwania w dniach w porównaniu do 2016 r. (-) skrócenie | wydłużenie

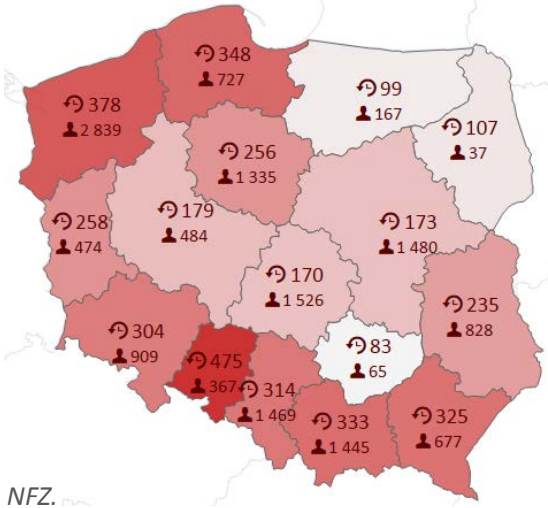


przypadek pilny

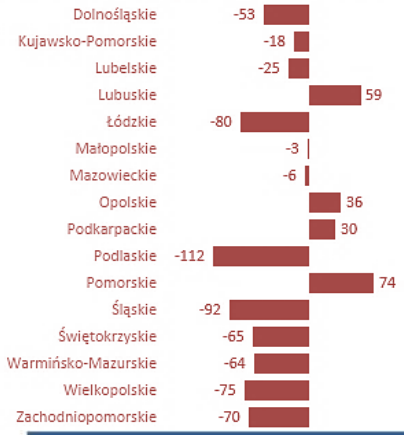
Osoby oczekujące i średni czas oczekiwania od XII 2015 r. do XII 2017



Polska 256 dni 14 829 os.



Zmiany czasu oczekiwania w dniach w porównaniu do 2016 r. (-) skrócenie | wydłużenie

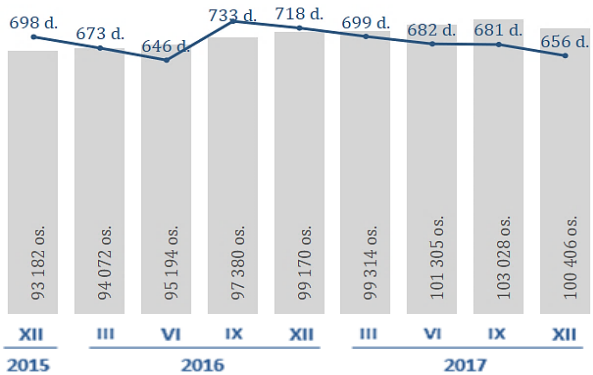


Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Stwierdzony stan – endoprotezoplastyka (kolano)

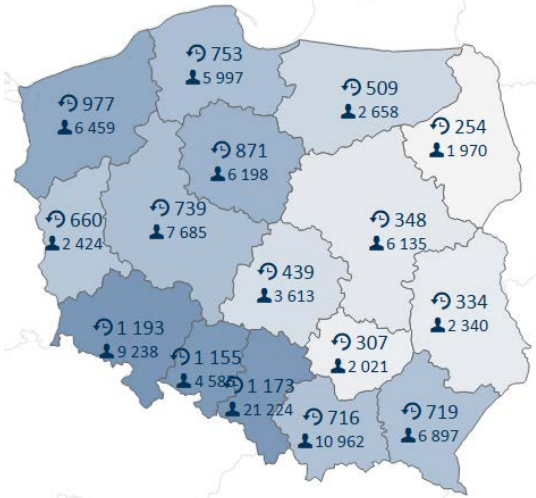
przypadek stabilny

Osoby oczekujące i średni czas oczekiwania od XII 2015 r. do XII 2017

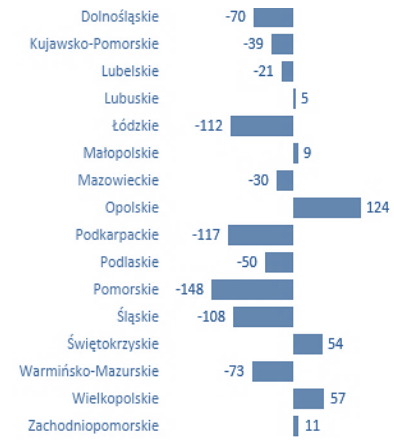


Polska

656 dni
100 406 os.

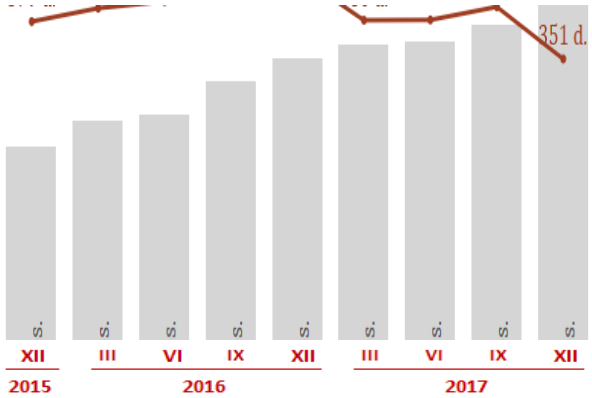


Zmiany czasu oczekiwania w dniach w porównaniu do 2016 r. (-) skrócenie | wydłużenie



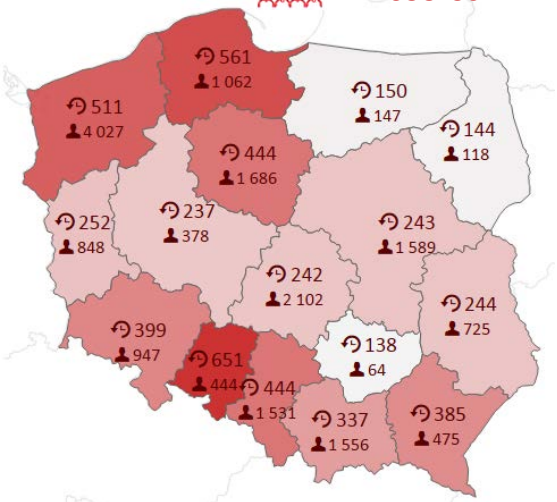
przypadek pilny

Osoby oczekujące i średni czas oczekiwania od XII 2015 r. do XII 2017

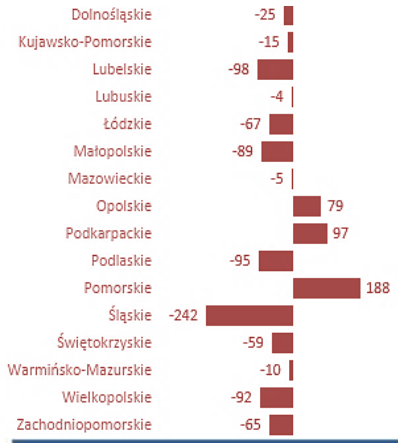


Polska

351 dni
17 699 os.



Zmiany czasu oczekiwania w dniach w porównaniu do 2016 r. (-) skrócenie | wydłużenie

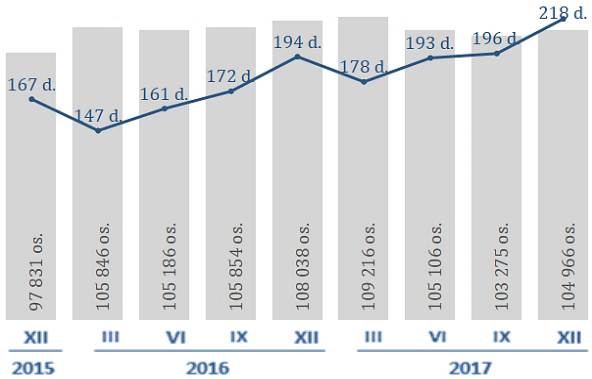


Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Stwierdzony stan – świadczenia endokrynologiczne

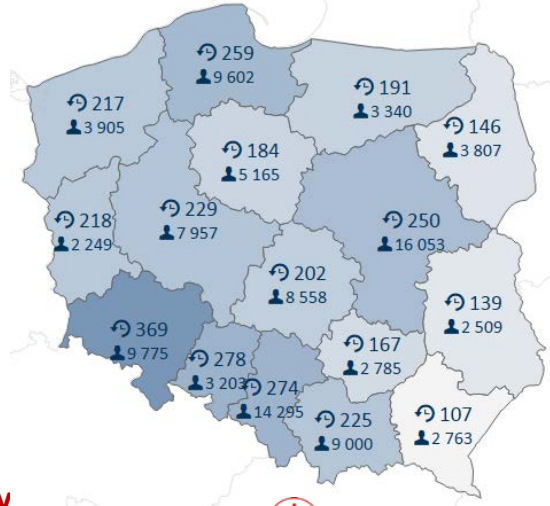
przypadek stabilny

Osoby oczekujące i średni czas oczekiwania od XII 2015 r. do XII 2017

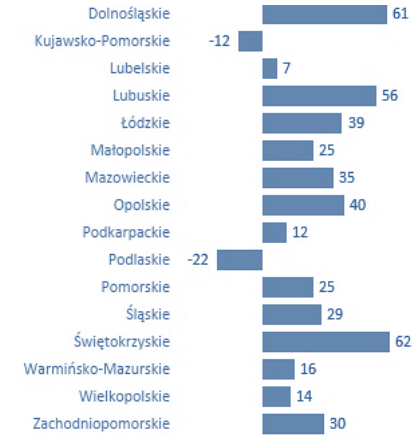


Polska

218 dni
104 966 os.

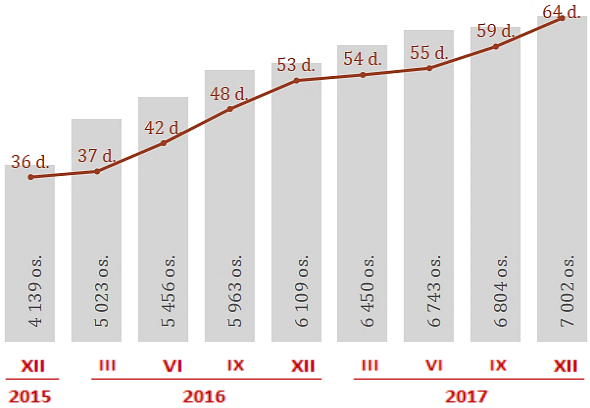


Zmiany czasu oczekiwania w dniach w porównaniu do 2016 r. (-) skrócenie | wydłużenie



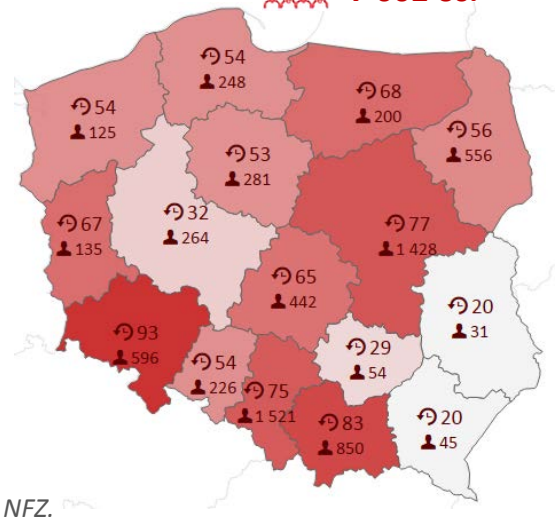
przypadek pilny

Osoby oczekujące i średni czas oczekiwania od XII 2015 r. do XII 2017

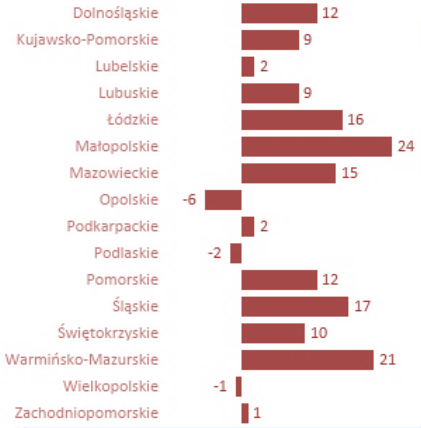


Polska

64 dni
7 002 os.



Zmiany czasu oczekiwania w dniach w porównaniu do 2016 r. (-) skrócenie | wydłużenie

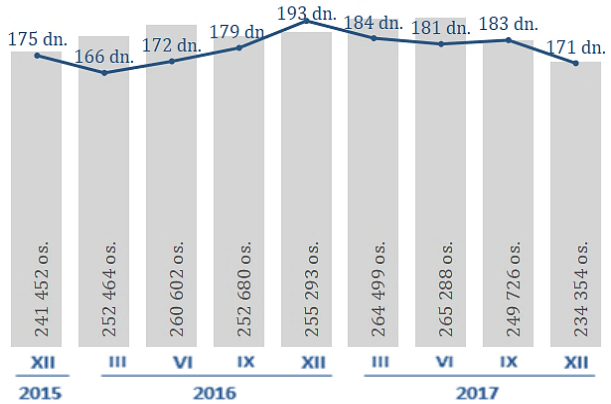


Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Stwierdzony stan – rezonans magnetyczny

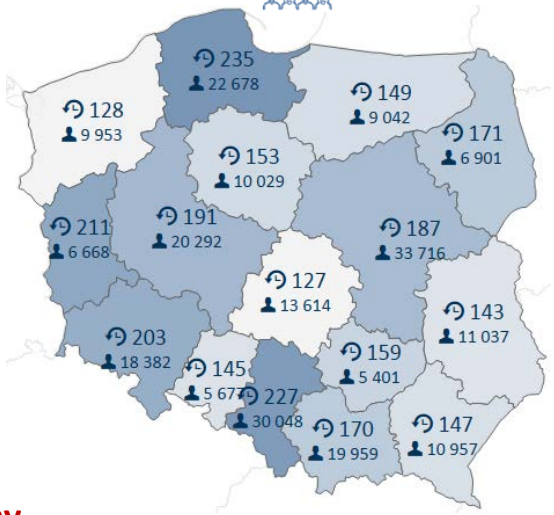
przypadek stabilny

Osoby oczekujące i mediana średniego czasu oczekiwania od XII 2015 r. do XII 2017

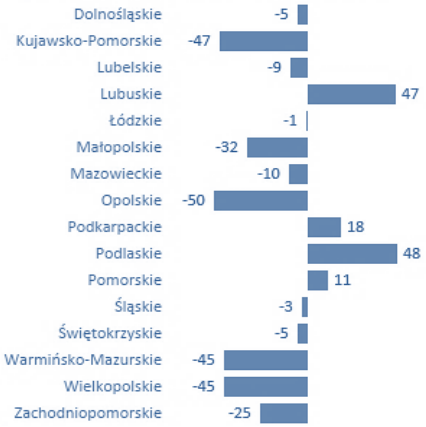


Polska

171 dni
234 354 os.

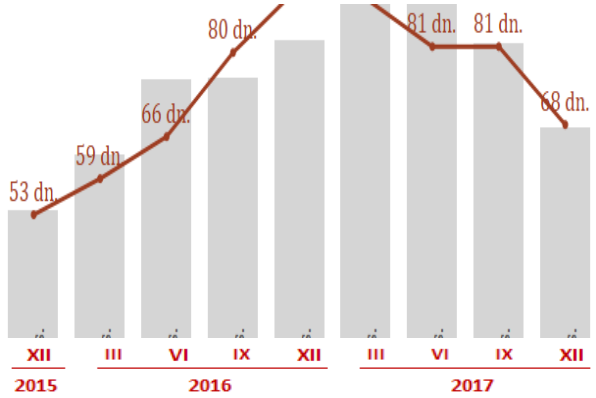


Zmiany czasu oczekiwania w dniach w porównaniu do 2016 r. (-) skrócenie | wydłużenie



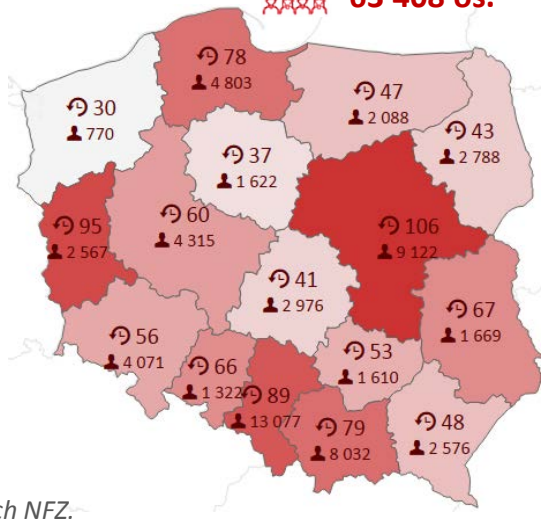
przypadek pilny

Osoby oczekujące i mediana średniego czasu oczekiwania od XII 2015 r. do XII 2017

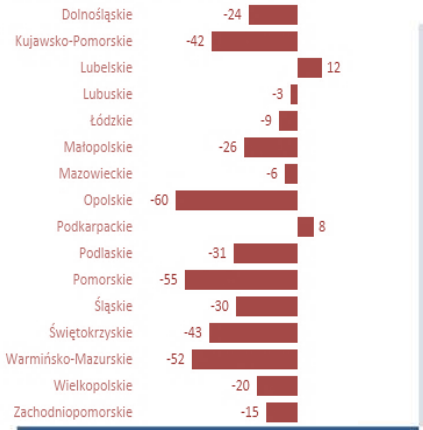


Polska

68 dni
63 408 os.



Zmiany czasu oczekiwania w dniach w porównaniu do 2016 r. (-) skrócenie | wydłużenie

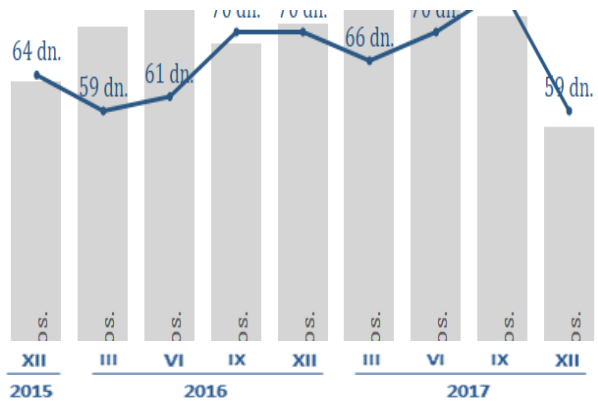


Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Stwierdzony stan – tomografia komputerowa

przypadek stabilny

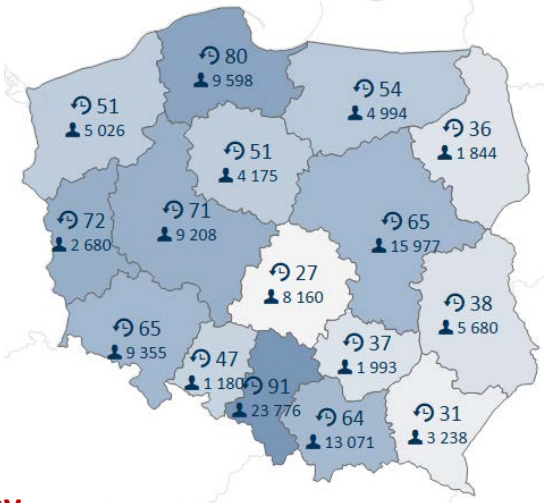
Osoby oczekujące i mediana średniego czasu oczekiwania od XII 2015 r. do XII 2017



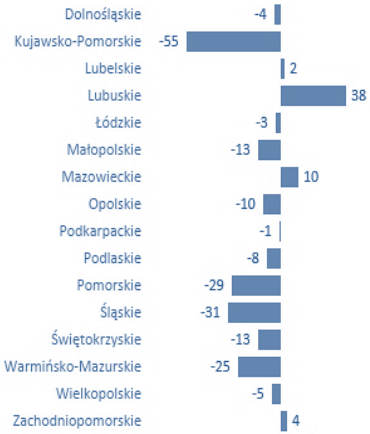
Polska

59 dni

119 955 os.

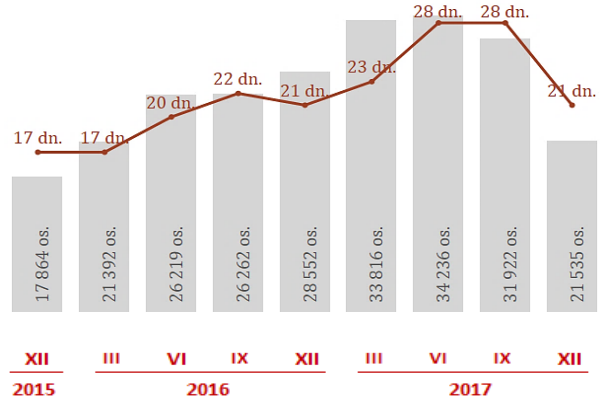


Zmiany czasu oczekiwania w dniach w porównaniu do 2016 r. (-) skrócenie | wydłużenie



przypadek pilny

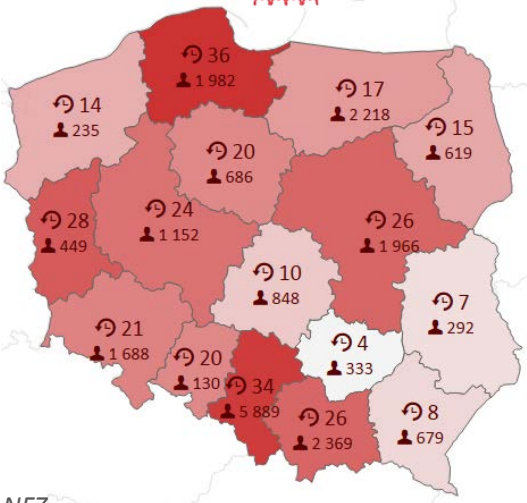
Osoby oczekujące i mediana średniego czasu oczekiwania od XII 2015 r. do XII 2017



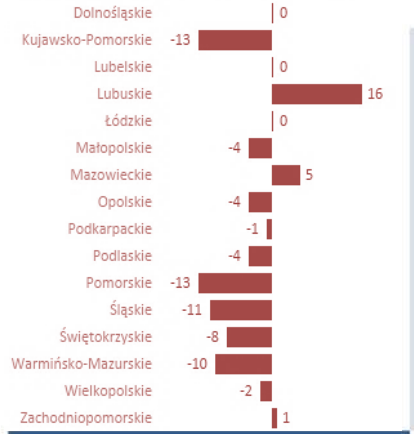
Polska

21 dni

21 535 os.



Zmiany czasu oczekiwania w dniach w porównaniu do 2016 r. (-) skrócenie | wydłużenie



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Stwierdzony stan – różnice w cenie świadczeń

W poszczególnych województwach i zakresach świadczeń, występowały sięgające kilkuset punktów procentowych różnice w cenach 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.

ambulatoryjna opieka specjalistyczna — **rozpiętości w cenie za punkt**

świadczenia w zakresie	cena minimalna	cena maksymalna
genetyki	8,10 zł łódzkie	20,14 zł mazowieckie
genetyki - świadczenia pierwszorazowe	8,10 zł łódzkie	20,31 zł mazowieckie
chorób zakaźnych	6,52 zł świętokrzyskie	18 zł mazowieckie
otolaryngologii	4,56 zł świętokrzyskie	10 zł mazowieckie
okulistyki	6,08 zł świętokrzyskie	10,50 zł mazowieckie
endokrynologii	6,89 zł małopolskie	11,01 zł mazowieckie
kaos nad pacjentem zakażonym HIV leczonym lekami antyretrowirusowymi (ARV)	266,58 zł dolnośląskie	401,89 zł śląskie

Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Stwierdzony stan – różnice w cenie świadczeń

leczenie szpitalne — rozpiętości w cenie za punkt

świadczenia w zakresie	cena minimalna		cena maksymalna	
neonatologia hospitalizacja	47 zł	małopolskie	59 zł	mazowieckie
okulistyka hospitalizacja	36,97 zł	małopolskie	52,06 zł	zachodniopomorskie
okulistyka zespół chirurgii jednego dnia B18, B19	42,12 zł	świętokrzyskie	52,02 zł	kujawsko-pomorskie
ortopedia i traumatologia narządu ruchu hospitalizacja	41,94 zł	świętokrzyskie	52,04 zł	mazowieckie zachodniopomorskie
kardiologia hospitalizacja	43,11 zł	świętokrzyskie	52,03 zł	warmińsko-mazurskie
programu lekowego - leczenie stwardnienia rozsianego po niepowodzeniu terapii lekami pierwszego rzutu lub szybko rozwijającej się ciężkiej postaci stwardnienia	47 zł	pomorskie	67,98 zł	mazowieckie

rehabilitacja lecznicza — rozpiętości w cenie za punkt

świadczenia w zakresie	cena minimalna		cena maksymalna	
fizjoterapia ambulatoryjna	0,41 zł	małopolskie	1,16 zł	mazowieckie
rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym	0,84 zł	świętokrzyskie	2 zł	mazowieckie
rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy	0,9 zł	świętokrzyskie	1,9 zł	opolskie

Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Stwierdzony stan – różnice w cenie świadczeń

opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

rozpiętości w cenie za punkt

świadczenia w zakresie	cena minimalna		cena maksymalna	
psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży	7,56 zł	pomorskie	12,5 zł	lubuskie
dzienne psychiatryczne dla dorosłych	6,75 zł	lubuskie	11,5 zł	mazowieckie
dla osób z zaburzeniami psychicznymi w hostelu	8 zł	dolnośląskie lubelskie	18,7 zł	mazowieckie
dzienne leczenia zaburzeń nerwicowych	6,96 zł	podlaskie	11,49 zł	mazowieckie
w izbie przyjęć szpitala (ryczałt dobowy)	70 zł	zachodniopomorskie	3 190 zł	wielkopolskie

leczenie stomatologiczne

rozpiętości w cenie za punkt

świadczenia w zakresie	cena minimalna		cena maksymalna	
programu ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki	252 zł	wielkopolskie	326 zł	małopolskie
stomatologicznej pomocy doraźnej	360 zł	mazowieckie	800 zł	łódzkie i pomorskie
ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 r. ż.	0,85 zł	świętokrzyskie	1,4 zł	warmińsko-mazurskie

Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Stwierdzony stan – różnice w cenie świadczeń

opieka długoterminowa

rozpiętości w cenie za punkt

świadczenia	cena minimalna		cena maksymalna	
w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla dzieci i młodzieży/opiekuńczo-leczniczym dla dzieci i młodzieży	92 zł	małopolskie mazowieckie wielkopolskie	108 zł	śląskie
w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla dzieci wentylowanych mechanicznie /opiekuńczo-leczniczym dla dzieci wentylowanych mechanicznie	275 zł	łódzkim	400 zł	kujawsko-pomorskie małopolskie i śląskie
w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie/opiekuńczo-leczniczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie	208,32 zł	kujawsko -pomorskie	360 zł	śląskim
pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej	20,77 zł	mazowieckie	30,09 zł	kujawsko-pomorskie warmińsko-mazurskie

opieka paliatywna i hospicyjna

rozpiętości w cenie za punkt

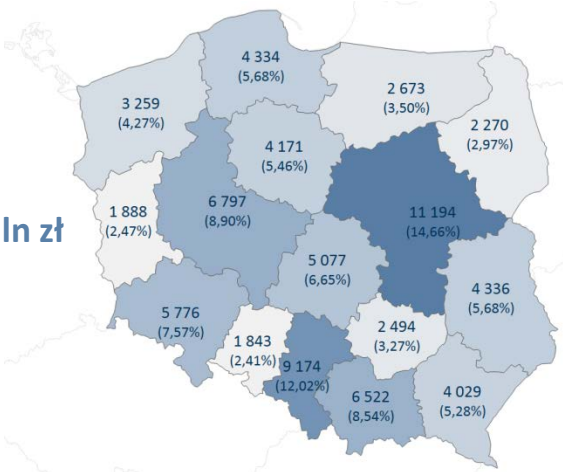
świadczenia	cena minimalna		cena maksymalna	
w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym	46 zł	lubuskim	56,21 zł	lubelskim
w hospicjum domowym dla dzieci	46,37 zł	świętokrzyskie	56,48 zł	lubelskie
w hospicjum domowym	37,4 zł	opolskie	56,22 zł	kujawsko-pomorskie

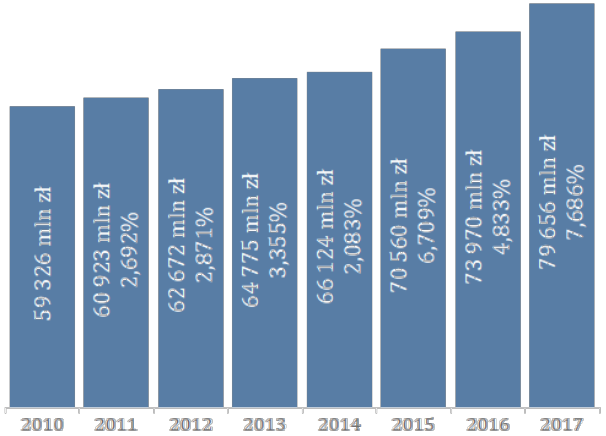
Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Stwierdzony stan – różnice w dostępie do świadczeń

Wartość świadczeń opieki zdrowotnych ogółem w 2017 r. i w latach 2010–2017 r. (w mln zł)

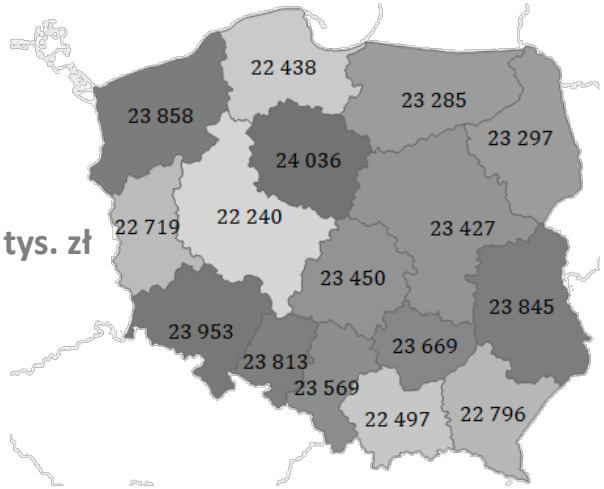
Polska – 76 347 mln zł

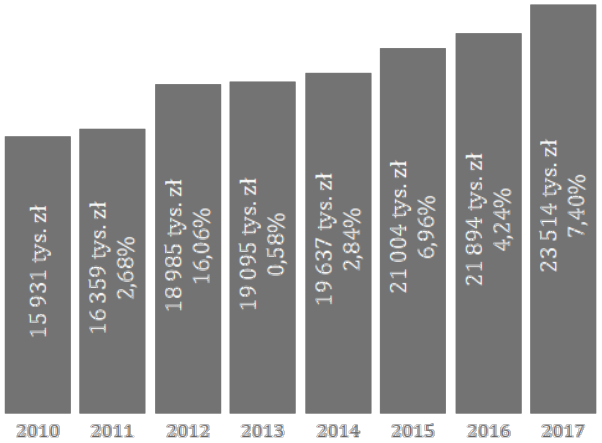




Wartość świadczeń opieki zdrowotnej przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w 2017 r. i w latach 2010–2017 r. (w tys. zł)

Polska – 23 514 tys. zł



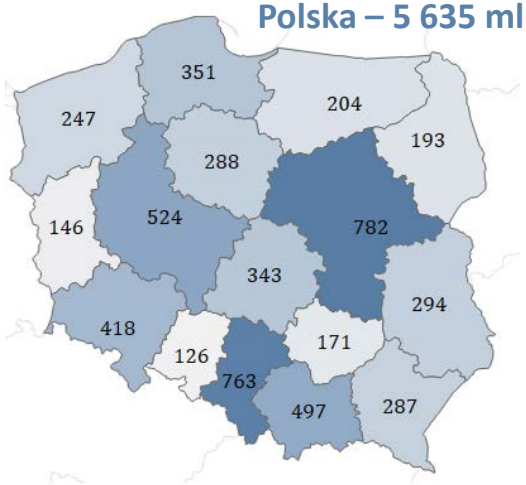


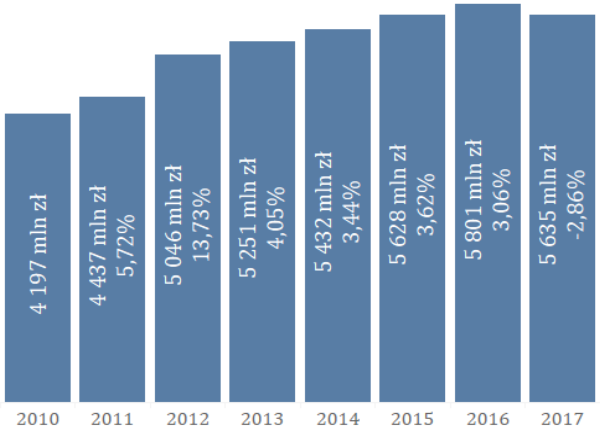
Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Stwierdzony stan – różnice w dostępie AOS

Wartość świadczeń ogółem w 2017 r. oraz w latach 2010–2017 (w mln zł)

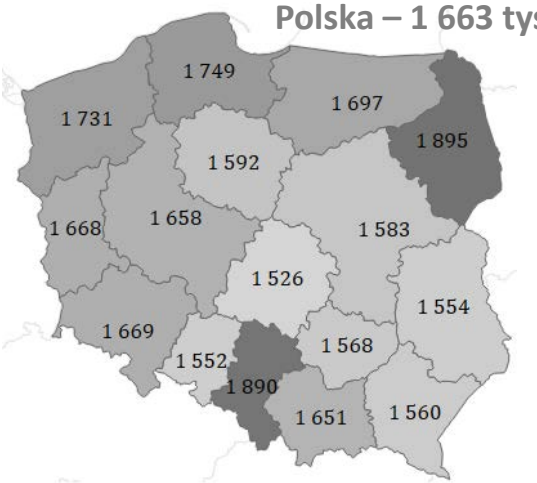
Polska – 5 635 mln zł

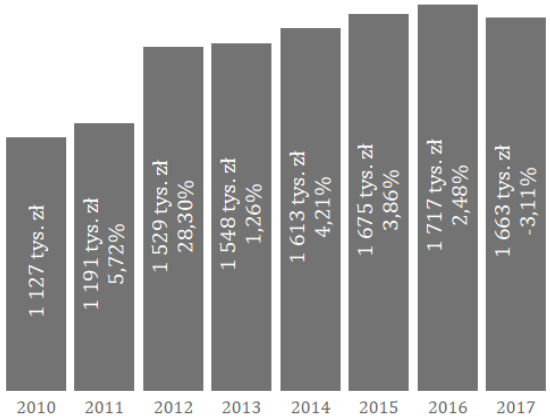




Wartość świadczeń na 10 tys. uprawnionych w 2017 r. oraz w latach 2010–2017 r. (w tys. zł)

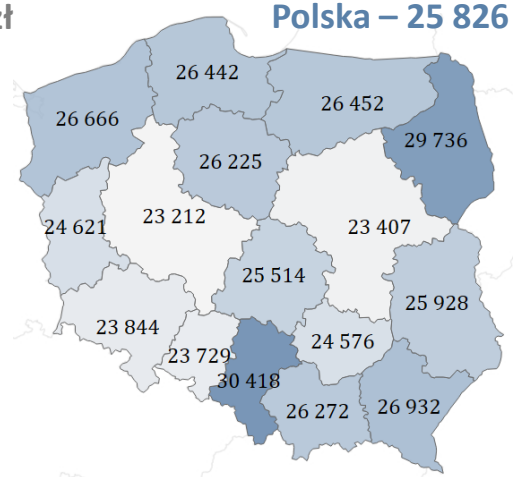
Polska – 1 663 tys. zł



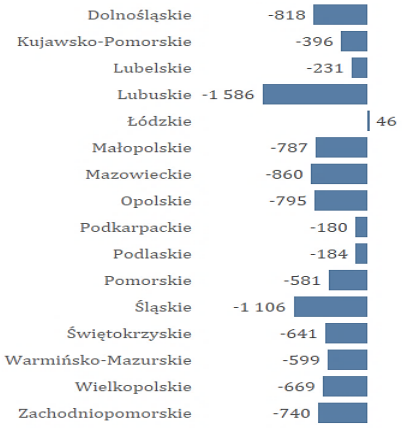


Liczba świadczeń na 10 tys. uprawnionych w 2017 r. oraz w porównaniu do 2016 r.

Polska – 25 826



(-) niższa liczba | wyższa liczba

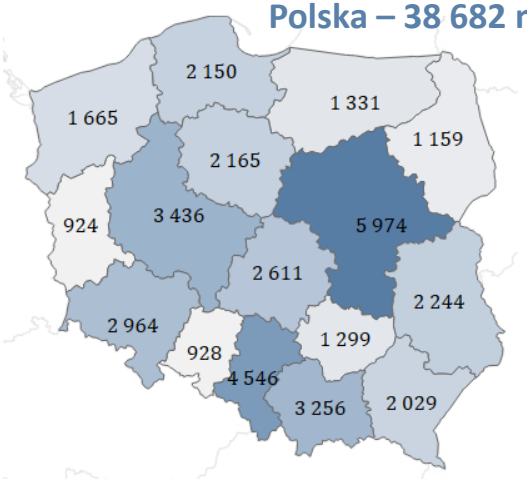


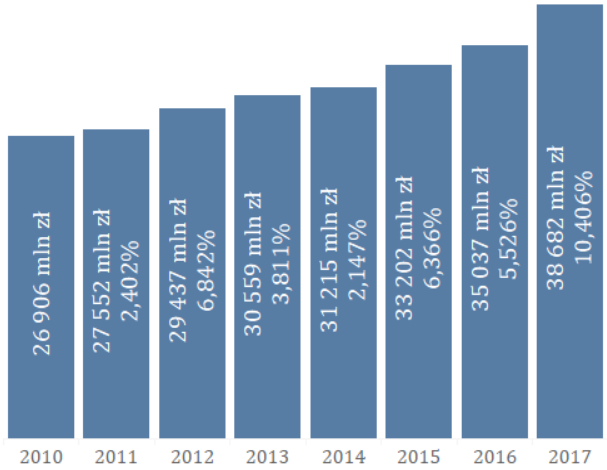
Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Stwierdzony stan – różnice w dostępie SZP

Wartość świadczeń ogółem w 2017 r. oraz w latach 2010–2017 (w mln zł)

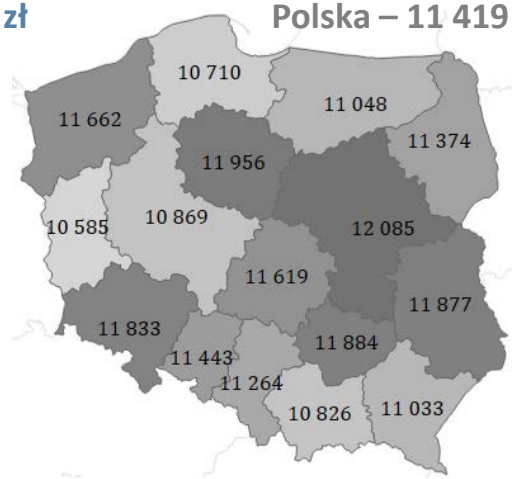
Polska – 38 682 mln zł

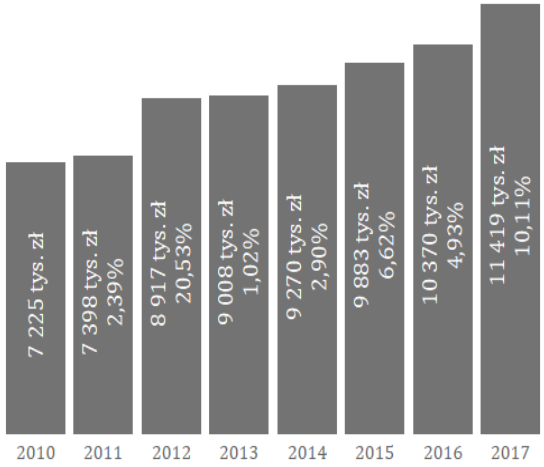




Wartość świadczeń na 10 tys. uprawnionych w 2017 r. oraz w latach 2010–2017 r. (w tys. zł)

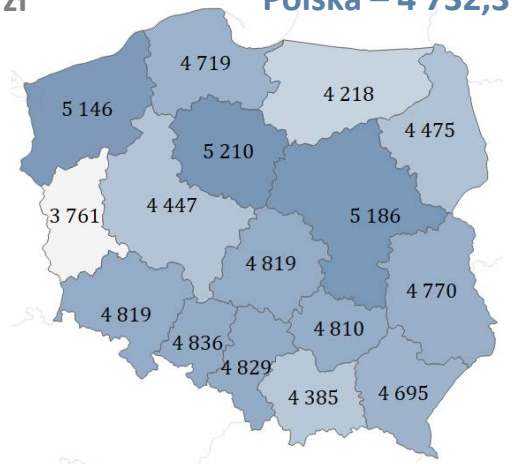
Polska – 11 419 tys. zł



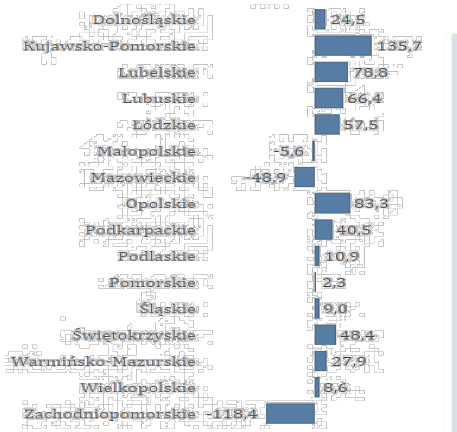


Liczba świadczeń na 10 tys. uprawnionych w 2017 r. oraz w porównaniu do 2016 r.

Polska – 4 732,3



(-) niższa liczba | wyższa liczba

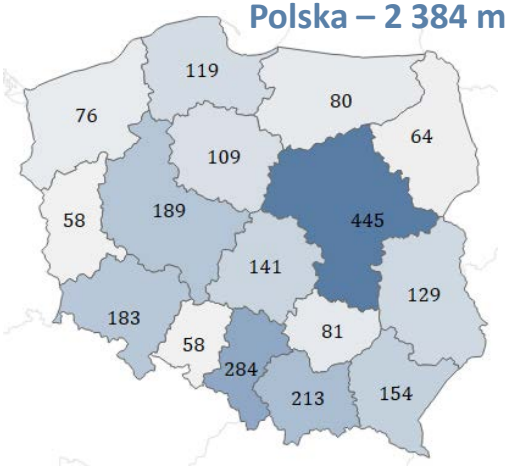


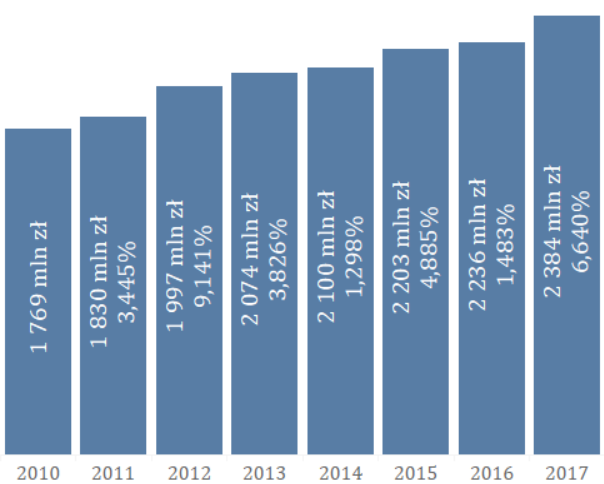
Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Stwierdzony stan – różnice w dostępie REH

Wartość świadczeń ogółem w 2017 r. oraz w latach 2010–2017 (w mln zł)

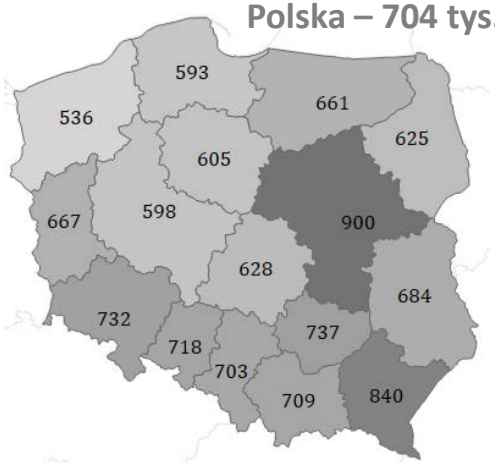
Polska – 2 384 mln zł

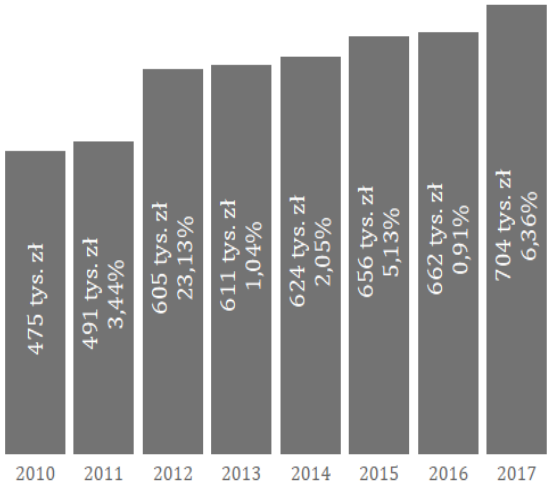




Wartość świadczeń na 10 tys. uprawnionych w 2017 r. oraz w latach 2010 –2017 r. (w tys. zł)

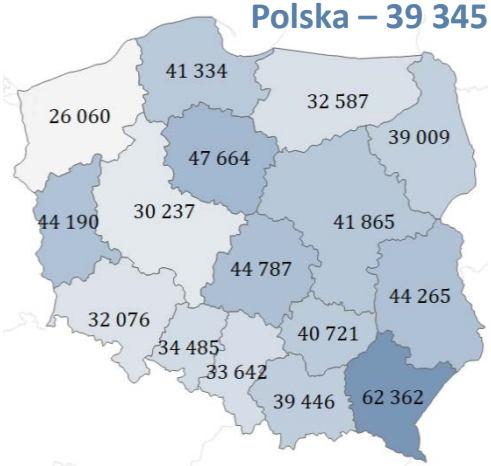
Polska – 704 tys. zł



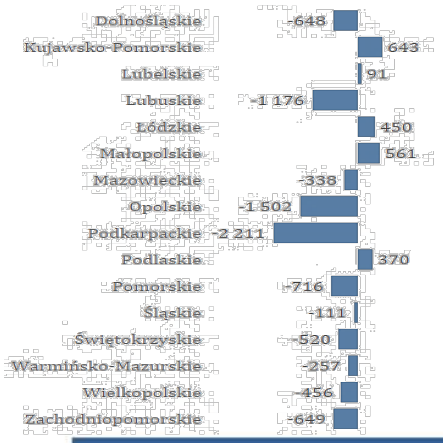


Liczba świadczeń w warunkach amb. na 10 tys. uprawnionych w 2017 r. oraz w porównaniu do 2016 r.

Polska – 39 345



(-) niższa liczba | wyższa liczba

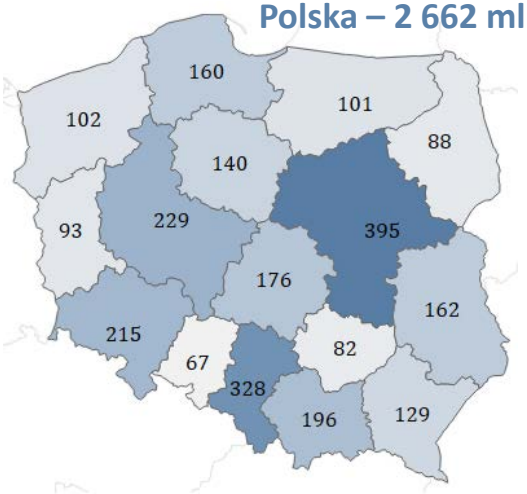


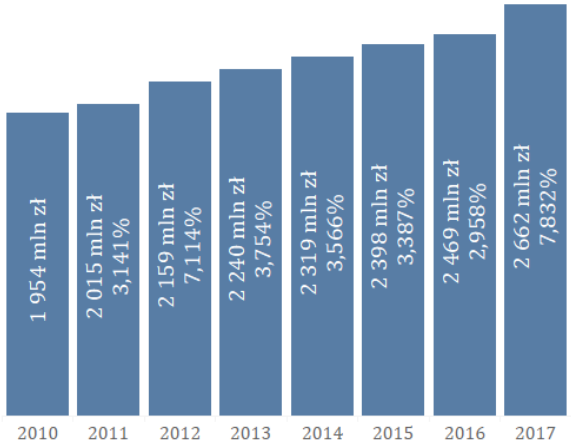
Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Stwierdzony stan – różnice w dostępie PSY

Wartość świadczeń ogółem w 2017 r. oraz w latach 2010–2017 (w mln zł)

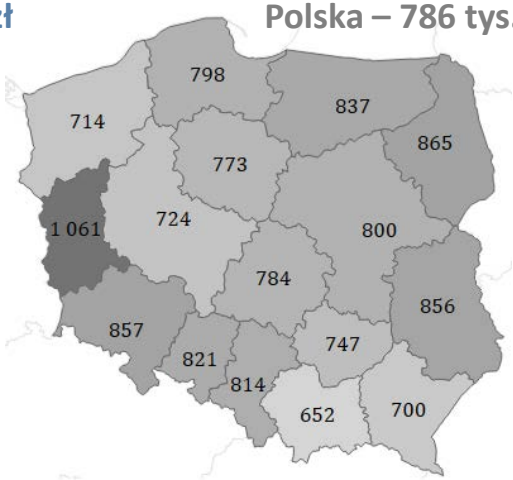
Polska – 2 662 mln zł

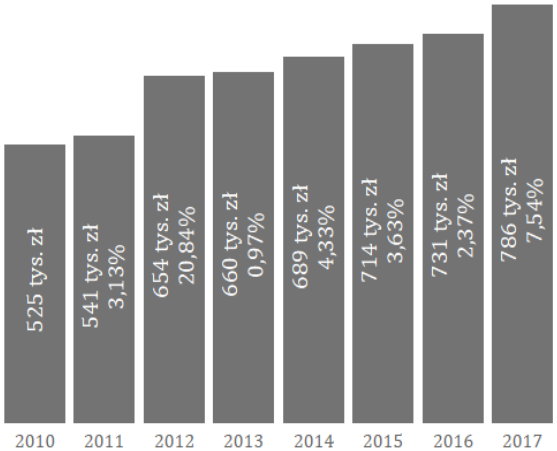




Wartość świadczeń na 10 tys. uprawnionych w 2017 r. oraz w latach 2010 –2017 r. (w tys. zł)

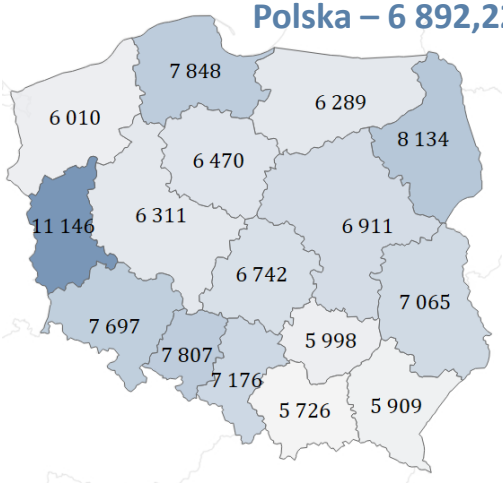
Polska – 786 tys. zł



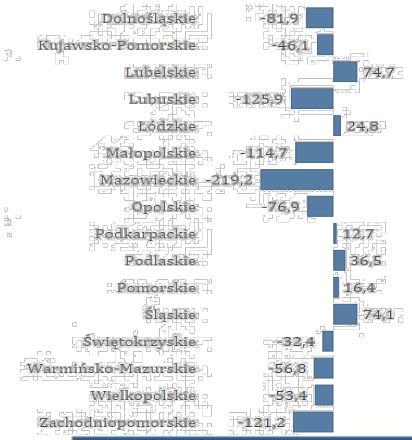


Liczba świadczeń na 10 tys. uprawnionych w 2017 r. oraz w porównaniu do 2016 r.

Polska – 6 892,22



(-) niższa liczba | wyższa liczba



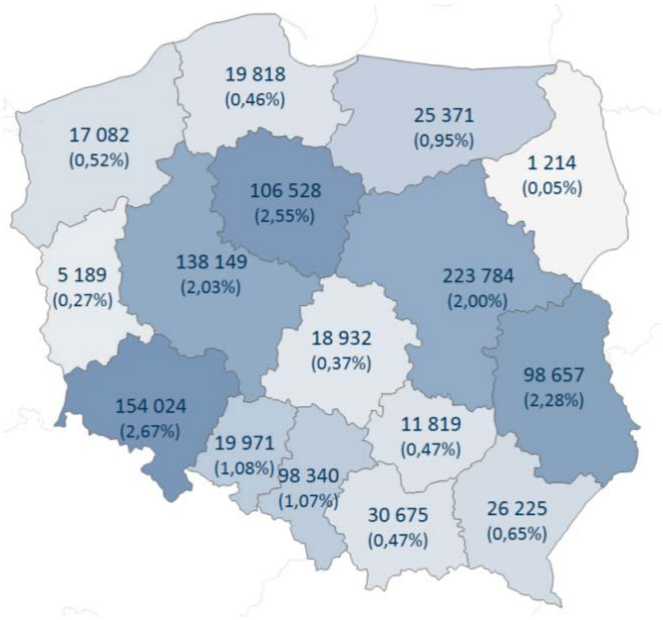
Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Stwierdzony stan – zapłata nadwykonań

W 2017 r. NFZ zapłacił świadczeniodawcom za świadczenia wykonane ponad limit w umowie w ramach ugód pozasądowych oraz ze środków z dotacji z budżetu Ministra Zdrowia kwotę 2 228,48 mln zł, tj. 2,9% wykonanych kosztów świadczeń NFZ.

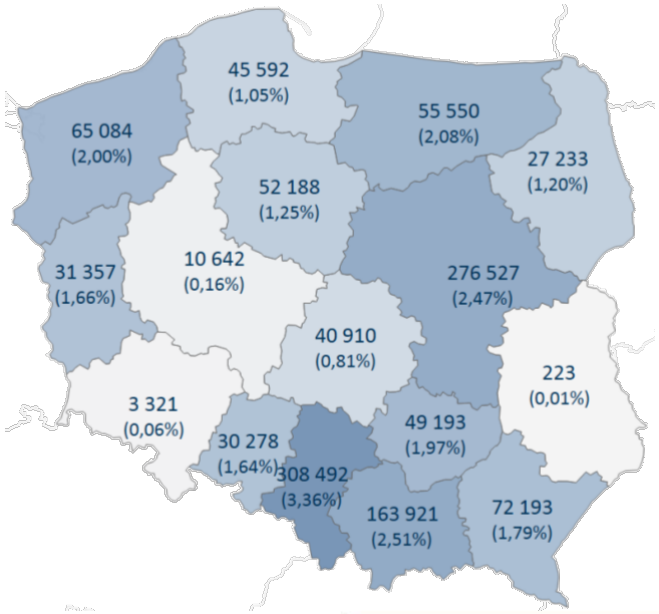
z dotacji z budżetu Ministra Zdrowia
995 776,49 tys. zł
1,3% kosztów świadczeń NFZ

od 0,05% kosztów OW w Podlaskim NFZ (1 214 tys. zł)
do 2,67% kosztów OW w Dolnośląskim NFZ (154,024 tys. zł)



ugody pozasądowe ze środków NFZ
1 232 705,52 tys. zł
1,6% kosztów świadczeń NFZ

od 0,01% kosztów OW w Lubelskim NFZ (223 tys. zł)
do 3,36 % kosztów OW w Śląskim NFZ (308 492 tys. zł)



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych z NFZ.

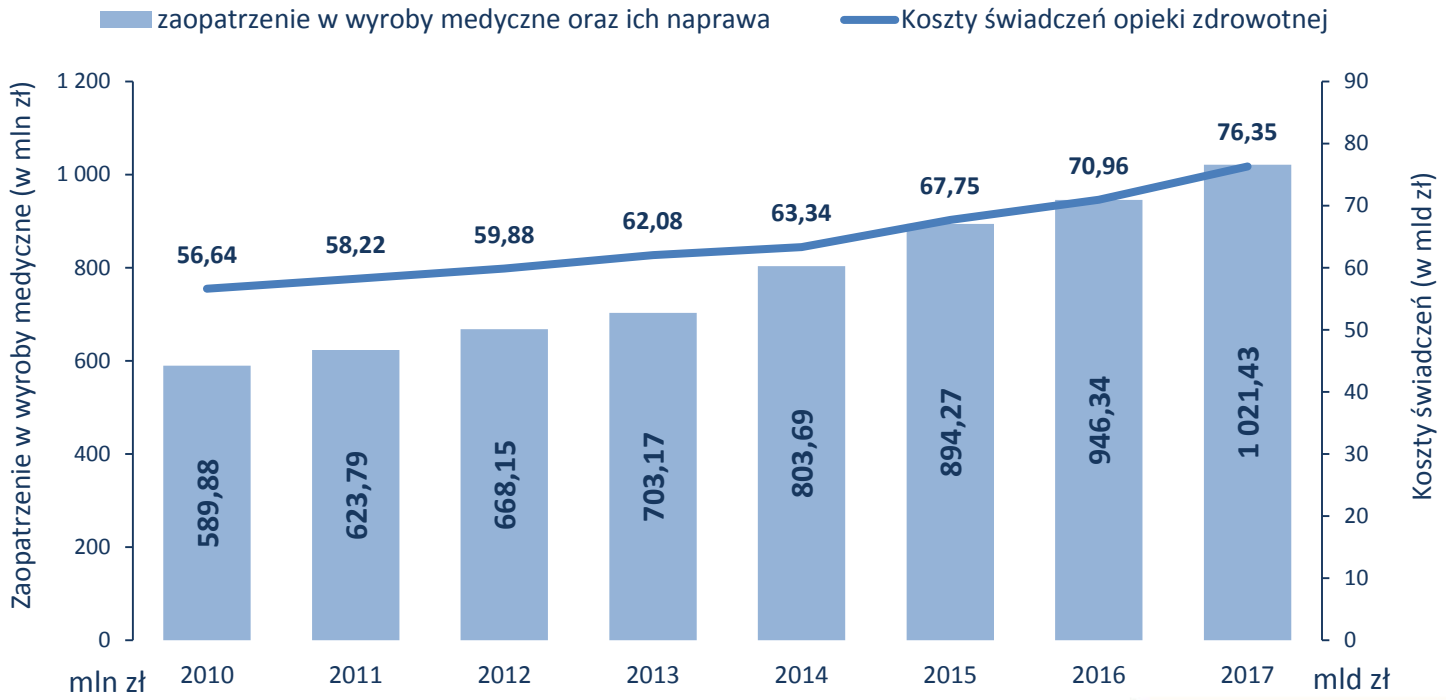
Stwierdzony stan – zaopatrzenie w wyroby medyczne

- Fundusz nadal nie dysponował narzędziami do negocjacji wysokości cen wyrobów medycznych, w które zaopatrywany jest pacjent. Umowy zawierane były ze wszystkimi świadczeniodawcami spełniającymi warunki do ich zawarcia.
- OW NFZ REFUNDOWAŁY KOSZTY ZAKUPU WYROBÓW MEDYCZNYCH PO ZRÓŻNICOWANYCH CENACH. Ich rozpiętość sięgała nawet kilkuset procent, ponadto występowały przypadki, gdy ceny tych wyrobów przewyższały ceny wyrobów dostępnych na wolnym rynku.
- Wspomniane nieprawidłowości wpływają również na wydatki ponoszone przez PFRON, ponieważ wysokość dofinansowania do wyrobów medycznych refundowanych przez NFZ, przysługująca osobom niepełnosprawnym, uzależniona jest od ceny zakupu wyrobu medycznego.
- NFZ od 2013 r. wielokrotnie informował Ministra Zdrowia o występujących nieprawidłowościach. Do chwili obecnej nie zostały zmienione stosowne regulacje prawne w tym zakresie.

Stwierdzony stan – zaopatrzenie w wyroby medyczne

Poniesione przez NFZ w 2017 r. koszty w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawa wyniosły 1 021,43 mln zł. Nakłady w powyższej pozycji w latach 2010–2017 wzrosły o 73,2%, przy wzroście kosztów świadczeń zdrowotnych ogółem w tym okresie o 34,8%.

Koszty świadczeń w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ogółem w latach 2010–2017



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych z NFZ.

Stwierdzony stan – koncepcja informatyzacji systemu

Dokonywane przez Ministra Zdrowia częste zmiany koncepcji informatyzacji systemu ochrony zdrowia, utrudniają powstanie spójnego systemu. Skutkuje to:

- trudnościami w budowie systemu rozliczania i weryfikacji świadczeń;
- niewprowadzeniem mechanizmów autoryzacji wykonania świadczenia w czasie rzeczywistym przez lekarza i pacjenta;
- brakiem rozwiązań ułatwiających pacjentom korzystanie ze świadczeń zdrowotnych w systemie publicznym;

NFZ nie wdrożył, przewidzianego w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia**, Rejestru Usług Medycznych, co pozwoliłoby na wyeliminowanie nieprawidłowości w rozliczaniu świadczeń.**

Szacunkowa wartość ww. nieprawidłowości, według Funduszu, wynosi **od 3 do 6,5 mld zł**.

Najwyższa Izba Kontroli zwracała uwagę na te zagadnienia już w kontroli realizacji zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2014–2016.

Stwierdzony stan – skutki zapowiadanej likwidacji NFZ

Zapowiadane zmiany w ochronie zdrowia i plany likwidacji Funduszu oraz nieprzedstawienie konkretnych rozwiązań przez Ministra Zdrowia w tym zakresie skutkowały:

- zwiększoną rotacją pracowników
- wypłatą ekwiwalentów za niewykorzystany urlop (w 2017 r. – 447,1 tys. zł w 2016 r. – 421,58 tys. zł)
- znaczną liczbą wakatów (w 2017 r. ok. 230)
- trudnościami w pozyskiwaniu nowych pracowników.

Powyższe stanowiło ryzyko dla prawidłowej realizacji zadań przez płatnika oraz utrudniało wykonywanie zadań oddziałów wojewódzkich NFZ.

Ocena ogólna

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

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 dysproporcje w dostępie do świadczeń pomiędzy poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi NFZ, mierzone zarówno liczbą i wartością udzielonych świadczeń, jak i czasem oczekiwania, a także znaczne, sięgające kilkuset punktów procentowych, różnice cen tych samych świadczeń kupowanych przez NFZ od podmiotów leczniczych.

Nie zapewniono kompleksowej opieki zdrowotnej nad kobietami w ciąży (KOC), pacjentami po zawale mięśnia sercowego (KOS - zawał), pacjentami z cukrzycą (KAOS – cukrzyca) oraz pacjentami z ranami przewlekłymi (KLRP-1), ponieważ świadczenia oferowane były tylko na terenie niektórych OW NFZ przez ograniczoną liczbę podmiotów.

Ocena ogólna

W znikomym stopniu pacjenci uzyskiwali dostęp do leczenia w ramach 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. Na zakup świadczeń zdrowotnych nie wykorzystano 1,3 mld zł (1,7% planu), tj. kwoty o 42,7% wyższej niż w roku ubiegłym (w 2016 r. – 0,8 mld zł).

Nie usprawniono funkcjonowania systemów informatycznych Funduszu, ani nie przyjęto wieloletniej strategii w zakresie ich rozwoju. Opóźnienia w tworzeniu 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, co utrudniało realizację zadań OW NFZ.

W jednym OW NFZ wystąpiły nieprawidłowości w procesie kontraktowania świadczeń, a w dwóch przekroczenie limitu środków przeznaczonych na świadczenia zdrowotne. Nastąpił wzrost kwoty zapłaconych kar, grzywien i odszkodowań oraz niewłaściwie zaprezentowano kwoty świadczeń z lat ubiegłych wykonanych ponad limit sfinansowanych z dotacji Ministra Zdrowia.

Wnioski do Prezesa NFZ

Po przeprowadzonej kontroli NIK zwraca się do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o:

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.**

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.

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.

Rzetelne sporządzanie sprawozdań, odzwierciedlające faktyczne realizowane zadania.

Wnioski do Ministra Zdrowia

W ocenie NIK, zasadne jest podjęcie przez Ministra Zdrowia działań zmierzających do:

zmiany struktury udzielanych świadczeń

ograniczenia kosztów lecznictwa zamkniętego na rzecz profilaktyki i lecznictwa otwartego.

zapewnienia nowoczesnych rozwiązań informatycznych

ułatwiającym pacjentom korzystanie ze świadczeń usprawniające rozliczanie świadczeń.

systemowego uregulowania rozliczania świadczeń, wykonanych ponad limit

określony w umowach NFZ ze świadczeniodawcami, innych niż ratujące życie.

zmiany zasad refundacji wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie osoby uprawnionej

w celu eliminacji lub ograniczenia występowania negatywnych zjawisk w systemie refundacji.

Zaniedbania Ministra Zdrowia w tych obszarach utrudniają realizację zadań ustawowych NFZ, związanych z zapewnieniem obywatelom równego dostępu do świadczeń zdrowotnych, zgodnie z art. 65 pkt 2 ustawy o świadczeniach oraz zwiększają koszty jego działalności.

Działania po kontroli

- W wystąpieniach pokontrolnych sformułowano 9 wniosków pokontrolnych.
- Prezes NFZ oraz Dyrektor Kujawsko-Pomorskiego OW NFZ wnieśli zastrzeżenia do wystąpień pokontrolnych, które zostały rozpatrzone i częściowo uwzględnione.
- Kierownicy jednostek kontrolowanych poinformowali NIK o sposobie wykorzystania uwag i wykonaniu wniosków.
  Na dzień 25 października 2018 r. wnioski były niezrealizowane.

© Picture-Factory - stock.adobe.com

Najwyższa Izba Kontroli

Departament Zdrowia