



KZD.430.006.2019
Nr ewid. 169/2019/P/19/058/KZD

Informacja o wynikach kontroli

REALIZACJA ZADAŃ
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA
W 2018 ROKU

DEPARTAMENT ZDROWIA

MISJA

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

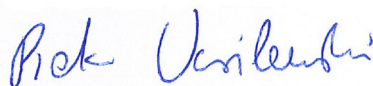
WIZJA

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 2018 roku

Dyrektor Departamentu Zdrowia



Piotr Wasilewski

Akceptuję:

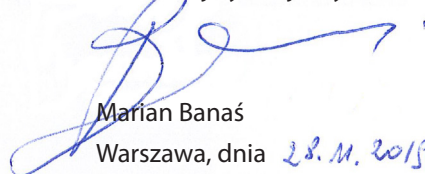
Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli



Małgorzata Motylow

Zatwierdzam:

Prezes Najwyższej Izby Kontroli



Marian Banaś

Warszawa, dnia 28.11.2019

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.....	6
2. OCENA OGÓLNA	8
3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI.....	10
4. WNIOSKI.....	15
5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI	16
5.1. Dostępność świadczeń opieki zdrowotnej.....	16
5.1.1. Zakup świadczeń	16
5.1.2. Czas oczekiwania na świadczenie	22
5.1.3. Świadczenia w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	42
5.1.4. Świadczenia stomatologiczne w dentobusach	49
5.1.5. Świadczenia opieki kompleksowej dla osób po zawale mięśnia sercowego (KOS-Zawał).....	55
5.1.6. Zmiany w finansowaniu świadczeń	59
5.2. Wykonanie planu finansowego.....	61
5.2.1. Planowanie przychodów i kosztów Funduszu.....	61
5.2.2. Przychody Funduszu	63
5.2.3. Należności z tytułu kar umownych i zakwestionowanych świadczeń	65
5.2.4. Koszty Funduszu	65
5.2.5. Zobowiązania	74
5.2.6. Wynik finansowy i fundusz zapasowy	74
5.2.7. Łączne sprawozdanie z wykonania planu finansowego i łączne sprawozdanie finansowe	75
5.3. Realizacja kosztów administracyjnych.....	75
5.3.1. Wykonanie kosztów administracyjnych.....	76
5.3.2. Zamówienia publiczne	78
5.3.3. Księgi rachunkowe	79
6. ZAŁĄCZNIKI.....	80
6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe.....	80
6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych.....	84
6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności	90
6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli.....	93
6.5. Stanowisko Ministra do informacji o wynikach kontroli	94
6.6. Opinia Prezesa NIK do stanowiska Ministra	101

Wykaz stosowanych skrótów, skrótowców i pojęć

AOS	ambulatoryjna opieka specjalistyczna;
AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;
Cena jednostkowa	to kwota określająca wartość jednostki rozliczeniowej;
Dentobus	pojazd przystosowany do udzielania świadczeń leczenia stomatologicznego poza siedzibą podmiotu leczniczego
Dostępność świadczeń	osiągalność świadczenia opieki zdrowotnej i dogodność (łatwość) korzystania z niego. Osiągalność zależy przede wszystkim od tego, czy dana usługa jest świadczona (a produkt wytwarzany) w ramach systemu opieki zdrowotnej i jakie przyjęto zasady korzystania z niej. Dogodność natomiast jest wyznaczona przez wiele czynników, takich jak: czas oczekiwania na wizytę u lekarza, wysiłek pacjenta związany z dotarciem do miejsca udzielania świadczeń i sposobem umówienia wizyty oraz szeroko rozumiane koszty jakie ponosi on w celu uzyskania świadczenia medycznego ¹ ;
Jednostka rozliczeniowa	to miara przyjęta do określenia wartości świadczenia opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub rodzaju; jednostką rozliczeniową jest w szczególności: punkt, porada, osobodzień. Każdemu świadczeniu kontraktowanemu przez NFZ przypisana jest określona liczba jednostek rozliczeniowych. Iloczyn liczby jednostek rozliczeniowych oraz ich ceny, stanowi wartość świadczenia;
KOS-Zawał	zespół świadczeń składających się na opiekę kompleksową dla osób po przebytych zawałach mięśnia sercowego;
Koszty świadczeń	koszty świadczeń opieki zdrowotnej poniesione przez NFZ zgodnie z planem finansowym;
Mediana	wartość środkowa; wartość, która dzieli liczbę obserwacji na pół w ten sposób, że powyżej i poniżej niej znajduje się jednakowa liczba obserwacji;
MZ	Ministerstwo Zdrowia;
NFZ lub Fundusz	Narodowy Fundusz Zdrowia;
Obszar kontraktacyjny	wyodrębniony region na terenie działania oddziału wojewódzkiego NFZ będący najczęściej powiatem, ale także gminą, ich grupą, grupą powiatów, województwem, w obrębie którego oddział prowadzi postępowania mające na celu zawarcie umów ze świadczeniodawcami i zabezpieczenie dostępu do świadczeń zdrowotnych określonych w planie ich zakupu;
OW lub OW NFZ	oddział wojewódzki NFZ;
Potrzeby zdrowotne	liczba i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej, które powinny być zapewnione w celu zachowania, przywrócenia lub poprawy zdrowia danej grupy świadczeniobiorców (art. 5 pkt 29 ustawy o świadczeniach);
POZ	podstawowa opieka zdrowotna – miejsce pierwszego kontaktu świadczeniobiorcy z systemem ochrony zdrowia, w ramach którego jest zapewniony dostęp do profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczych, pielęgnacyjnych oraz rehabilitacyjnych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z wyłączeniem świadczeń udzielanych w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego lub udzielanych w AOS bez skierowania (art. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej) ² ;

¹ Informacja Ministra Zdrowia o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w 2004 r., Ministerstwo Zdrowia, 2004 r., str. 59–60.

² Dz. U. z 2019 r. poz. 357, ze zm.

PSY	opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień;
PSZ	system podstawowego szpitalnego zabezpieczania świadczeń opieki zdrowotnej; „sieć szpitali” – zapewnia świadczeniobiorcom dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie: leczenia szpitalnego, świadczeń wysokospecjalistycznych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanej w poradniach przyszpitalnych, rehabilitacji leczniczej, programów lekowych, leków stosowanych w chemioterapii oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, przy jednoczesnym zagwarantowaniu ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń oraz stabilności ich finansowania (art. 95l ustawy o świadczeniach);
REH	rehabilitacja lecznicza;
Rodzaj świadczeń	grupa świadczeń gwarantowanych udzielanych ubezpieczonym, wyszczególnionych w art. 15 ustawy o świadczeniach;
SOK	świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie;
STM	świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne;
SZP	leczenie szpitalne;
Świadczenie gwarantowane	świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonym w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej (art. 5 pkt 35 ustawy o świadczeniach);
Świadczeniobiorca	osoba wymieniona w art. 2 ust. 1 ustawy o świadczeniach;
Świadczeniodawca	podmiot leczniczy, który zawarł z NFZ umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
Ubezpieczony	osoba objęta obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym (art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach);
Uprawniony	osoba uprawniona do uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej bez względu na tytuł ubezpieczenia;
Ustawa o świadczeniach	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ³ ;
Ustawa o refundacji	ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych ⁴ ;
Zakres świadczeń	świadczenie lub grupa świadczeń wyodrębnionych w danym rodzaju świadczeń (węższa kategoria niż rodzaj świadczeń), wyszczególniona dla każdego rodzaju w rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych.

³ Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, ze zm.

⁴ Dz. U. z 2019 r. poz. 784, ze zm.

1. WPROWADZENIE

Pytanie definiujące cel główny kontroli

Czy działania NFZ doprowadziły do poprawy dostępności świadczeń zdrowotnych oraz zapewniły gospodarne wykorzystanie środków na funkcjonowanie NFZ?

Pytania definiujące cele szczegółowe kontroli

1. Czy zapewniono dostęp do świadczeń na poziomie nie pogorszonym w porównaniu do roku poprzedniego, w szczególności w rodzaju opieki psychiatrycznej?
2. Czy rzetelnie zrealizowano plan finansowy?
3. Czy gospodarnie wykorzystano środki finansowe przeznaczone na pokrycie kosztów administracyjnych oraz rzetelnie prowadzono ewidencję finansowo-księgową?

Jednostki kontrolowane

Centrala i trzy oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia (Opolski, Pomorski, Śląski).

Okres objęty kontrolą

2018 r. oraz okres opracowywania planu w 2017 r. i działań w 2019 r. związanych ze sporządzaniem sprawozdań za 2018 r.

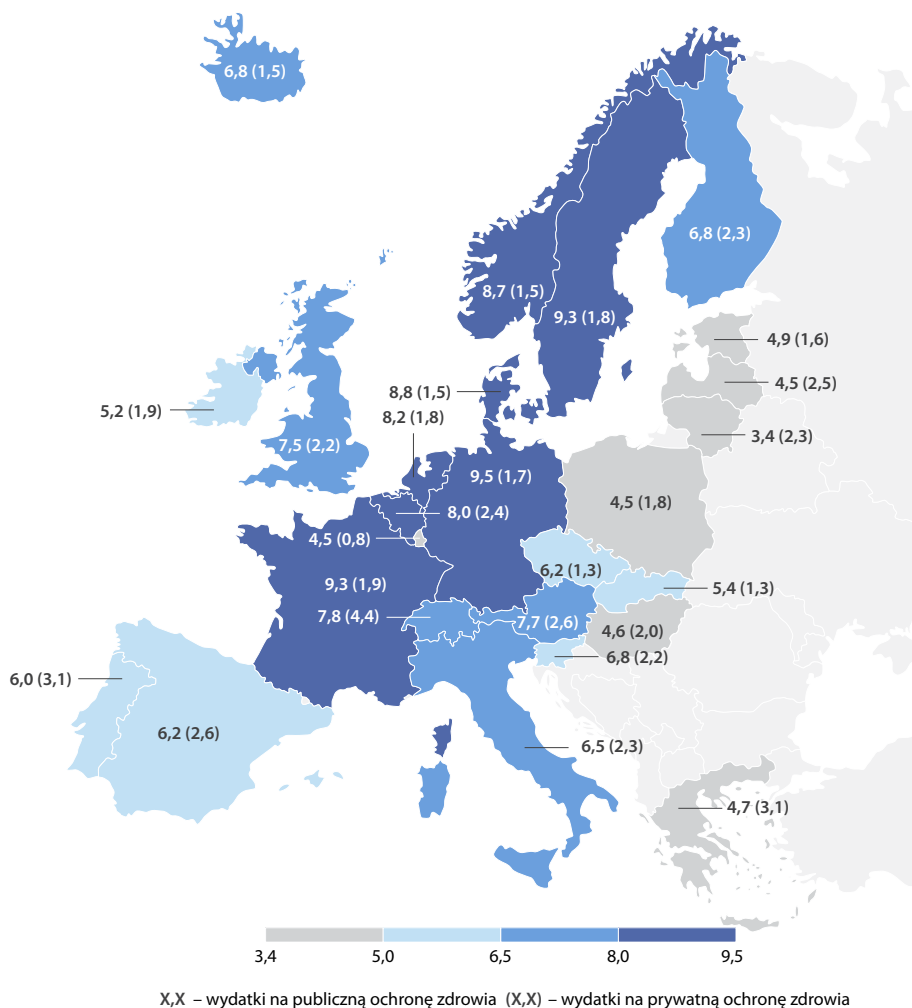
Prawo do ochrony zdrowia jest prawem każdego obywatela, wynikającym z art. 68 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Z treści art. 68 ust. 2 wynika, że dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dla obywateli ma być równy i niezależny od ich sytuacji materialnej. Realizacji tego celu służy publiczny system opieki zdrowotnej, zbudowany na zasadzie solidaryzmu.

W 2018 r. bieżące wydatki publiczne na opiekę zdrowotną w Polsce, według danych OECD, wyniosły 4,5% PKB⁵ i były niższe niż w większości państw europejskich należących do tej organizacji.

Niskie nakłady publiczne na opiekę zdrowotną kompensowane są zwiększonym udziałem wydatków ponoszonych przez pacjentów, czy to w postaci udziału w dodatkowych systemach ubezpieczeń czy wydatków bezpośrednich.

Infografika nr 1

Udział wydatków na ochronę zdrowia w 2018 r. w PKB (w procentach)



x,x – wydatki publiczne, w tym publicznych systemów ubezpieczeń
(x,x) – wydatki prywatne, w tym dobrowolne na dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne

Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych <https://stats.oecd.org/>.

⁵ Dane za <https://stats.oecd.org/>, dostęp na dzień 26 sierpnia 2019 r.

Zasady korzystania z publicznego systemu opieki zdrowotnej w Polsce reguluje szereg przepisów. Wśród nich fundamentalne znaczenie ma ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wskazuje ona osoby uprawnione do korzystania z usług publicznych, zakres świadczeń, zasady finansowania i instytucje odpowiedzialne za funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia.

Wśród instytucji podstawowe znaczenie ma Narodowy Fundusz Zdrowia, państwowa jednostka organizacyjna posiadająca osobowość prawną⁶, pełniąc nie tylko funkcję płatnika, ale odpowiedzialna również za określanie jakości i dostępności świadczeń, a także zawieranie i wykonywanie umów o ich udzielanie.

Zmiany dostępności świadczeń opieki zdrowotnej są w dużym stopniu wynikiem realizacji zadań Funduszu. Sposób podziału środków finansowych na poszczególne rodzaje świadczeń, planowanie ich zakupu, a także organizacja udzielania, czy skuteczność systemu kontroli mogą istotnie wpływać na funkcjonowanie całego systemu.

Jednocześnie działalność Funduszu determinowana jest przez zmiany legislacyjne, wysokość dostępnych środków, czy zasoby w ochronie zdrowia. Wydatki Funduszu stanowią najważniejsze źródło finansowania publicznego systemu ochrony zdrowia. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w 2017 r. stanowiły 85% wydatków publicznych⁷.

⁶ Art. 96 ust. 1 ustawy o świadczeniach.

⁷ Pozostałe wydatki to wydatki budżetu państwa – 11%, i jednostek samorządu terytorialnego – 4%, za: Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 r., Główny Urząd Statystyczny, str. 121.

2. OCENA OGÓLNA

Działalność Funduszu
w 2018 r.
nie spowodowała
istotnej zmiany
dostępności świadczeń

W porównaniu do roku 2017 o 1,7 punktu procentowego zmniejszyła się liczba świadczeń, dla których czas oczekiwania wydłużył się. W 2018 r. świadczenia takie stanowiły 28,8% świadczeń, dla których prowadzono listy oczekujących, podczas gdy na koniec roku 2017 r. było to 30,5%. Dla 71,2% świadczeń czas oczekiwania skrócił się lub pozostawał na niezmiennym poziomie (w 2017 r. było to 69,5%).⁸ Nastąpiła m.in. nieznaczna poprawa dostępności świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

Liczba osób oczekujących na udzielenie świadczeń⁹, na koniec 2018 r., uległa zmniejszeniu o 50 962, tj. o blisko 1% w porównaniu do stanu na koniec 2017 r.

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia działania podejmowane przez Fundusz w celu poprawy dostępności świadczeń diagnostyki obrazowej, zabiegów w zakresie soczewki oka (leczenie zaćmy), endoprotezoplastyki stawu biodrowego i endoprotezoplastyki stawu kolanowego, które skutkowały zmniejszeniem liczby oczekujących na wszystkie wskazane świadczenia. Szczególnie skuteczne okazały się działania, podjęte wraz z Ministrem Zdrowia, poprawiające dostęp do leczenia zaćmy, które skutkowały zmniejszeniem liczby oczekujących o 24,7%.

Nadal jednak występowały przypadki niezabezpieczenia dostępu do części świadczeń w poszczególnych województwach, na co miały wpływ również czynniki niezależne od Funduszu, w szczególności nierównomierne rozmieszczenie kadry medycznej i placówek medycznych na terenie kraju. Uwagę zwraca również rosnąca liczba osób oczekujących na świadczenia rehabilitacyjne oraz wydłużenie czasu oczekiwania do działów fizjoterapii i oddziałów rehabilitacyjnych. W przypadku udzielania tego rodzaju świadczeń po długotrwałych okresach oczekiwania istnieje wysokie prawdopodobieństwo ich niewystarczającej skuteczności terapeutycznej.

W 2018 r. rozpoczęto udzielanie świadczeń stomatologicznych w dentobusach. Z uwagi na problemy organizacyjne pojazdy te były wykorzystywane jedynie przez okres od trzech do dziewięciu miesięcy. Praktyka ustalania miejsc udzielania świadczeń, jakkolwiek zgodna z ustanowioną procedurą¹⁰, nie uwzględniała rzeczywistych potrzeb i w ograniczony sposób zapewniała możliwość kontynuacji leczenia. Mimo to dla ponad połowy pacjentów¹¹ korzystających ze świadczeń w dentobusach, opieka medyczna zapewniana przez nie, była jedynym świadczeniem stomatologicznym udzielonym w 2017 i 2018 r.

Wprowadzenie świadczeń kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego KOS Zawał poprawiło dostępność rehabilitacji kardiologicznej dla pacjentów, jednak była ona zróżnicowana w poszczególnych województwach. Na koniec 2018 r. w czterech z nich pacjenci nie mieli dostępu do takich świadczeń.

⁸ Wartość mediany wzrosła dla 126 komórek/świadczeń, zmalała dla 116, a dla 195 pozostała bez zmian.

⁹ Dotyczy zarówno pacjentów przyjmowanych w trybie planowym, jak również pilnym. Liczba pacjentów, oczekujących na świadczenia w trybie planowym była mniejsza o 113,5 tys., tj. o 11,3%, na koniec 2018 r. w porównaniu do roku poprzedniego, zaś w trybie pilnym większa o 68 258, tj. o ok 14%

¹⁰ Zgodnie z treścią rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. o świadczeniach gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. z 2019 r. poz. 1199) świadczeniodawca ustala i zgłasza plan i harmonogram realizacji świadczeń w ujęciu miesięcznym do NFZ przy uwzględnieniu potrzeb zdrowotnych świadczeniobiorców w danym województwie.

¹¹ 52,2% pacjentów.

OCENA OGÓLNA

W wyniku kontroli stwierdzono, że wprowadzanie przez Fundusz zmian w finansowaniu świadczeń nie było poprzedzone definiowaniem celów planowanych działań oraz określaniem ich rzeczywistych kosztów. W jednym przypadku Prezes Funduszu zdecydował o zastosowaniu w rozliczeniach ze świadczeniodawcami innej taryfy świadczeń, niż ustalona przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, co było niezgodne z art. 31n pkt 1a lit. a) ustawy o świadczeniach.

Przygotowanie planu finansowego Funduszu oraz dokonywanie w nim zmian było realizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami. Kontrola wykazała jednak przekroczenia limitu kosztów w dwóch pozycjach planu finansowego oraz niejednolite zaprezentowanie, w sprawozdaniu z wykonania planu finansowego, kosztów wydania i utrzymania kart ubezpieczenia oraz recept.

Środki finansowe przeznaczone na pokrycie kosztów administracyjnych wykorzystane zostały gospodarnie i zgodnie z przeznaczeniem. Kontrola wykazała jednak nieprawidłowości związane z udzieleniem dwóch zamówień publicznych w Śląskim OW NFZ.

Księgi rachunkowe były prowadzone rzetelnie, zgodnie z obowiązującymi przepisami i przyjętymi przez Fundusz zasadami rachunkowości, a dokumentacja opisująca przyjęte zasady rachunkowości, poza jedną nieprawidłowością usuniętą w trakcie kontroli, spełniała wymagania prawne.

3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

Wzrost nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej

Wzrost kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w 2018 r. wyniósł 4,7 mld zł, dzięki czemu na świadczenia opieki zdrowotnej Fundusz przeznaczył po raz pierwszy ponad 80 mld zł. [str. 61]

Dysproporcje w dostępie do świadczeń

Realizacja zakupu świadczeń nie zapewniła równego dostępu do świadczeń dla świadczeniobiorców w różnych województwach. Podobnie jak w poprzednich latach 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. Główną przyczyną tych różnic było nierównomierne rozmieszczenie zasobów opieki zdrowotnej, co skutkowało również utrzymującym się brakiem dostępu do części świadczeń w niektórych województwach. [str. 19]

Zmniejszenie liczby oczekujących

Ogólna liczba oczekujących na świadczenia na koniec 2018 r. była niższa niż na koniec 2017 r. o 0,89%. Spadek liczby oczekujących uzyskano przede wszystkim dzięki podjętym działaniom poprawiającym dostępność w zakresie diagnostyki obrazowej, endoprotezoplastyki stawu biodrowego oraz endoprotezoplastyki stawu kolanowego.

Szczególnie skuteczne okazały się zmiany organizacji i finansowania świadczeń w leczeniu zaćmy, które pozwoliły na zmniejszenie liczby oczekujących o 121 961 (24,7%), a mediana średniego czasu oczekiwania na świadczenie spadła o 139 dni. [str. 39]

Spadek liczby oczekujących nie dotyczył jednak wszystkich rodzajów świadczeń. Ogólna liczba oczekujących na świadczenie wzrosła w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (o 0,35%), leczeniu szpitalnym (1,19%) i rehabilitacji leczniczej (o 4,01%). Wzrost dotyczył również przypadków kierowania pacjentów w trybie pilnym (o 68 285 osób, tj. 14,1%), przy czym największy udział w tym wzroście miały świadczenia rehabilitacyjne (44,6% wzrostu). [str. 22]

Ograniczenia w dostępie do psychiatrii

Dostępność świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień uległa nieznacznej poprawie w 2018 r., jednocześnie jednak była zróżnicowana w poszczególnych województwach, a w przypadku niektórych zakresów świadczeń w ogóle nie zapewniono ich dostępności.

Liczba oczekujących na świadczenia w psychiatrii i leczeniu uzależnień na koniec 2018 r. była niższa niż rok wcześniej o ponad 4%. Zmniejszenie liczby oczekujących odnotowano dla ponad 41,5% świadczeń, a skrócenie czasu oczekiwania dla ponad 26% świadczeń. [str. 35]

Tylko 11 z 53 zakresów świadczeń zostało zakontraktowanych we wszystkich OW NFZ, przy czym w żadnym OW NFZ nie zakontraktowano wszystkich zakresów świadczeń. Porównanie świadczeń, które nie zostały zakontraktowane w 2018 r. do 2017 r. wykazało, iż jedynie świadczenia udzielane w poradni terapii uzależnień od alkoholu dla dzieci i młodzieży zostały zakontraktowane dodatkowo w dwóch z siedmiu OW NFZ, w których poprzednio nie były zakontraktowane.

SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

Nadal utrzymywały się różnice w dostępie do świadczeń pomiędzy województwami, ale zmniejszyły się dysproporcje pomiędzy województwami o najniższej i najwyższej liczbie zakontraktowanych i zrealizowanych punktów rozliczeniowych na 10 tys. ubezpieczonych. [str. 46]

Na świadczenia opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień Fundusz wydatkował o 6,8% procent więcej niż w 2017 r.; wzrost tych kosztów był wyższy od wzrostu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej o 0,64 p.p. [str. 42]

Liczba lekarzy w psychiatrii¹² na 10 tys. ubezpieczonych była zróżnicowana w poszczególnych województwach i wyniosła od 1,08 w podkarpackim do 1,85 w łódzkim, przy średniej dla Polski 1,51. Wskaźnik ten nieznacznie wzrósł, w porównaniu do 2017 r., o 0,06. Również liczba lekarzy w psychiatrii dziecięcej¹³ wzrosła – z 0,67 do 0,71 na 10 tys. uprawionych.

Wzrost liczby lekarzy udzielających świadczeń w psychiatrii

Prezes NFZ, zarządzeniem 59/2017/DSOZ, dokonał zmiany wyceny wagi punktowej świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, mimo że wycena taka została określona przez Prezesa AOTMiT. Najwyższa Izba Kontroli uznała to za działanie niezgodne z prawem. Stosownie do treści art. 31n pkt 1a lit. a) ustawy o świadczeniach określenie taryfy świadczeń należy do kompetencji AOTMiT. [str. 48]

Niezgodna z prawem zmiana wyceny świadczeń

Już na etapie wprowadzania świadczeń stomatologicznych w dentobusach pojawiły się problemy, które wpłynęły na ich dostępność. Pomimo, że Minister Zdrowia zakupił pojazdy jeszcze w 2017 r., w żadnym województwie nie zawarto umowy o udzielanie świadczeń z początkiem roku 2018. Najwcześniej rozpoczęcie udzielania świadczeń nastąpiło od 1 kwietnia. W pięciu województwach rozpoczęło się ono dopiero w drugiej połowie roku, a ostatnie dwie umowy zostały zawarte z terminem rozpoczęcia udzielania świadczeń począwszy od 1 października 2018 r.

Świadczenia w dentobusach

W ograniczonym zakresie został zrealizowany cel zakupu dentobusów, którym było dotarcie ze świadczeniami do pacjentów, którzy mieli utrudniony do nich dostęp. Kontrola wykazała, że 52,2% pacjentów, którzy uzyskali co najmniej jedno świadczenie w dentobusie, nie skorzystało, w 2017 i 2018 r., ze świadczeń u innego świadczeniodawcy, który miał zawartą umowę z NFZ. Jednocześnie 44,5% pacjentów co najmniej raz było w tym okresie u innego świadczeniodawcy przed wizytą w dentobusie.

Działania podejmowane przez dyrektorów OW NFZ nie zawsze zapewniały realizację celu wprowadzenia świadczeń w dentobusach, tj. dotarcie do pacjentów, którzy mieli utrudniony dostęp do świadczeń. Dyrektorzy OW NFZ nie uczestniczyli aktywnie w ustalaniu miejsc udzielania świadczeń. W żadnej z kontrolowanych jednostek nie stwierdzono, aby dyrektor oddziału wskazywał miejsca, w których dostęp do świadczeń był utrudniony. Wyboru miejsc dokonywali świadczeniodawcy. Skutkiem tego świadczenia były udzielane również w miejscowościach, gdzie zapewniony był dostęp do świadczeń w gabinetach. [str. 49]

¹² Lekarze specjaliści, lekarze ze specjalizacją I° i II°, lekarze w trakcie specjalizacji.

¹³ Lekarze specjaliści, lekarze ze specjalizacją I° i II°, lekarze w trakcie specjalizacji.

SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

Realizacja świadczeń niezgodnie z umową	<p>W Śląskim OW NFZ kontrola NIK wykazała, że świadczeniodawca nie realizował świadczeń w dentobusie w części lokalizacji, które wskazywał w przekazywanych OW NFZ harmonogramach, co było niezgodne z §10 ust. 3–5 zarządzenia Nr 47/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 czerwca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne. [str. 54]</p>
Świadczenia kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego	<p>Wprowadzenie świadczenia KOS-Zawał poprawiło dostępność rehabilitacji kardiologicznej dla pacjentów, którzy mieli dostęp do tych świadczeń. Jednak tylko 12,5% pacjentów, którzy w 2018 r. byli hospitalizowani z rozpoznaniem kwalifikującym do kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego było leczonych w ramach tej formy opieki.</p> <p>Pacjenci ci mieli większą szansę objęcia rehabilitacją kardiologiczną, niż pacjenci leczeni poza tą formułą, gdyż 68,2% z nich uzyskało świadczenia rehabilitacji kardiologicznej, a 50,5% rozpoczęło ją jeszcze w trakcie leczenia szpitalnego lub w ciągu 14 dni po wypisie ze szpitala.</p> <p>Mimo, że w porównaniu do roku 2017, o trzy wzrosła liczba województw, w których świadczenia KOS-Zawał były udzielane, to w czterech województwach pacjenci nadal nie mogli skorzystać z takich świadczeń. [str. 57]</p>
Brak raportu ewaluacyjnego dla KOS-Zawał	<p>Wprowadzając świadczenia KOS-Zawał Fundusz założył przeprowadzenie po roku raportu ewaluacyjnego, który pozwoliłby ocenić efektywność wprowadzonej, alternatywnej metody finansowania świadczenia w oparciu o z góry zdefiniowane wskaźniki. Centrala NFZ nie sporządziła jednak takiego raportu. [str. 59]</p>
Brak analiz kosztów wprowadzanych zmian	<p>Dokonując zmian w finansowaniu świadczeń Fundusz nie definiował ich celów oraz nie określał kwoty środków niezbędnych do ich osiągnięcia. W przypadku trzech objętych badaniem zarządzeń Prezesa Funduszu, przed wprowadzeniem zmian, nie ustalono jaki ma być ich efekt, jak również nie przeprowadzono rzetelnej analizy określającej wysokość środków niezbędnych dla zrealizowania celu. W przypadku zarządzeń dotyczących opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień zmiany uzasadniono ogólnie rosnącymi kosztami udzielania świadczeń, bez próby oszacowania poziomu tego wzrostu. [str. 59]</p>
Przychody Funduszu	<p>Przychody ogółem Funduszu, w 2018 r., wykazywały tendencję rosnącą, przekraczając 85 mld zł. Wzrost przychodów, w stosunku do roku 2017, wyniósł 7,1%. W ciągu ostatnich czterech lat przychody NFZ wzrosły o 26,9%. Wzrostowi temu towarzyszył wzrost udziału składek na ubezpieczenie zdrowotne w przychodach ogółem o 1,1 punktu procentowego [str. 63]</p>
Koszty Funduszu	<p>Koszty Funduszu wyniosły 84 804,5 mln zł i stanowiły 98,8% planu. Były one wyższe niż w 2017 r. o 5148,7 mln zł, tj. o 6,5%. Największą część stanowiły koszty świadczeń opieki zdrowotnej, których wykonanie wyniosło 81 061 083,50 tys. zł, tj. 99% planu, a jednocześnie 95,6% kosztów ogółem.</p> <p>Wzrost ten przełożył się na zwiększenie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, z wyjątkiem ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, której koszty uległy zmniejszeniu o 17,9%. [str. 67]</p>

Zmiana modelu finansowania opieki zdrowotnej u świadczeniodawców zakwalifikowanych do PSZ i wprowadzenie ryczałtu, nie spowodowała zatrzymania tendencji wzrostu udziału leczenia szpitalnego w kosztach świadczeń opieki zdrowotnej. Podobnie jak w 2017 r. na leczenie szpitalne Fundusz wydatkował ponad połowę środków przeznaczonych na pokrycie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, a w porównaniu do 2017 r. udział leczenia szpitalnego wzrósł o kolejne 1,72 punktu procentowego. [str. 68]

Wzrost udziału leczenia szpitalnego w kosztach świadczeń

NIK wskazywała już w latach poprzednich, że tak wysoki udział kosztów leczenia szpitalnego, w kosztach świadczeń ogółem, świadczy 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 przez Fundusz działań w celu zwiększenia roli lecznictwa otwartego w procesie leczniczym.

Wzrost kosztów świadczeń opieki zdrowotnej nie przełożył się wprost na zwiększenie zakupu świadczeń. Przy kwocie wzrostu 4713,4 mln zł, na podwyższenie wynagrodzeń personelu medycznego przeznaczone zostało 1920,0 mln zł (40,7%).

Koszty podwyżek dla personelu medycznego

W 2015 r. została wprowadzona pierwsza szczególna regulacja, która zobowiązywała NFZ do przekazywania świadczeniodawcom środków na wynagrodzenia jednej z grup personelu medycznego – pielęgniarek i położnych¹⁴. W 2018 r. NFZ przekazywał takie środki już dla czterech grup zawodowych, a środki te stanowiły 5,49% zsumowanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej i kosztów realizacji zadań ratownictwa medycznego. [str. 70]

Zmniejszeniu, w stosunku do roku 2017, uległy koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych poza granicami kraju. Na ten cel Fundusz wydatkował kwotę o 2556,4 tys. zł niższą niż w 2017 r., co stanowiło zmniejszenie o 7,1%. [str. 71]

Koszty świadczeń udzielonych za granicą

Koszty Funduszu w pozycjach „B2.1. Podstawowa opieka zdrowotna” oraz „B5. Koszty finansowania leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego w części finansowanej z budżetu państwa zgodnie z art. 43a ust. 3 ustawy” zostały wykonane w kwotach wyższych niż określone w planie finansowym limity tych kosztów.

Przekroczenia planu finansowego

Przekroczenie kosztów podstawowej opieki zdrowotnej było następstwem niedoszacowania przez dwa oddziały wojewódzkie skutków wprowadzonych w trakcie roku zmian zasad finansowania świadczeń.

Przekroczenie kosztów finansowania w pozycji dotyczącej leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego w części finansowanej z budżetu państwa, zgodnie z art. 43a ust. 3 ustawy o świadczeniach, nastąpiło mimo ustalenia limitu finansowania na poziomie wyższym niż wnioskowany przez Prezesa NFZ w trakcie wykonania planu. [str. 72]

¹⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1400).

SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

Wynik finansowy	Wynik finansowy Funduszu w 2018 r. wyniósł ponad 467 mln zł. Było to możliwe dzięki pokryciu zwiększonych kosztów świadczeń wzrostem przychodów ze składki zdrowotnej oraz środkami z funduszu zapasowego. [str. 74]
Sprawozdanie finansowe i sprawozdanie z wykonania planu finansowego	Łączne sprawozdanie z wykonania planu finansowego Funduszu za 2018 r. oraz łączne sprawozdanie finansowe Funduszu zostały sporządzone terminowo i zgodnie z obowiązującymi regulacjami. Najwyższa Izba Kontroli wskazała jedynie na niejednolitą prezentację danych w kategorii kosztów wydania i utrzymania kart ubezpieczenia (w tym części stałych i zamiennych książeczek usług medycznych) oraz recept. [str. 75]
Koszty administracyjne	<p>Koszty administracyjne Funduszu nadal stanowiły niewielką część kosztów ogółem (0,81% w 2018 r., 0,83 w 2017 r.) i wyniosły 684,5 mln zł.</p> <p>Największą pozycję kosztów administracyjnych (52%) stanowiły wynagrodzenia. Przeciętne miesięczne wynagrodzenie przypadające na etat w Funduszu wzrosło, w stosunku do roku 2017, o 152,03 zł. [str. 76]</p>
Zatrudnienie	Przeciętne miesięczne zatrudnienie w Funduszu wzrosło o 52,1 etatów (0,98%), przy czym wzrost dotyczył przede wszystkim Centrali Funduszu, gdzie zatrudnienie wzrosło o 19,1 etatów. W sześciu OW NFZ przeciętne miesięczne zatrudnienie zmniejszyło się. [str. 77]
Zamówienia publiczne	Nieprawidłowości w zakresie udzielania zamówień publicznych stwierdzono w Śląskim OW NFZ w dwóch postępowaniach. W pierwszym przypadku polegały na nierzetelnym opisie przedmiotu zamówienia, kryteriów wyboru ofert, sposobu realizacji robót, niedopuszczeniu do składania ofert częściowych. W drugim postępowaniu stwierdzono nieprawidłowość dotyczącą publikacji w Biuletynie Informacji Publicznej wymaganych informacji o zamówieniu. [str. 78]
Księgi rachunkowe	Księgi rachunkowe Centrali oraz oddziałów wojewódzkich objętych kontrolą były prowadzone co do zasady rzetelnie, zgodnie z obowiązującymi przepisami, jak również przyjętymi w Funduszu zasadami rachunkowości. Stwierdzona w Opolskim OW nieprawidłowość polegała na niewskazaniu w dokumentacji opisującej przyjęte zasady rachunkowości aktualnie stosowanej wersji oprogramowania wykorzystywanego do prowadzenia ksiąg rachunkowych oraz daty rozpoczęcia jego eksploatacji, i została usunięta w trakcie kontroli. [str. 79]

4. WNIOSKI

Realizację zadań NFZ w 2018 r. utrudniały problemy systemowe w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia, które Najwyższa Izba Kontroli wskazywała już w poprzednich kontrolach. W szczególności dostępne zasoby systemu i ich rozmieszczenie nie odpowiadały potrzebom zdrowotnym ludności. W konsekwencji, od wielu lat, występują ograniczenia w dostępie do części świadczeń zdrowotnych, w niektórych regionach kraju.

Rozwiązywanie tych problemów, jest procesem długotrwałym i zależnym od działań w wielu obszarach, które wymagają współdziałania ustawodawcy, Ministra Zdrowia i Funduszu.

Mając na uwadze wyżej wskazane zjawiska, w ocenie Najwyższej Izby Kontroli, zasadne jest podjęcie przez Prezesa NFZ następujących działań:

- zwiększenie roli i znaczenia leczenia otwartego w procesie leczniczym;
- podjęcie, we współpracy z dyrektorami oddziałów wojewódzkich NFZ, działań zapewniających wykorzystanie dentobusów zgodnie z założonym celem ich wprowadzenia;
- stworzenie skutecznych mechanizmów planowania kosztów świadczeń zapobiegających przekroczeniom limitów ustalonych w planie finansowym.

Prezes NFZ

Zasadnym jest również dokonanie przez NFZ analizy rzetelności danych przekazywanych przez świadczeniodawców dotyczących list pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych w trybie pilnym, z uwagi na znaczny wzrost ich liczby, w sytuacji jednoczesnego zmniejszenia się łącznej liczby oczekujących.

5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

5.1. Dostępność świadczeń opieki zdrowotnej

Istotne zmiany nastąpiły w tych obszarach, w których Fundusz podejmował dodatkowe działania w celu poprawy dostępności świadczeń. Ich skuteczność widoczna była w szczególności w przypadku leczenia zaćmy i diagnostyki obrazowej. Również wprowadzenie nowych rozwiązań w udzielaniu świadczeń, tj. dentobusów oraz opieki kompleksowej osób po zawale mięśnia sercowego przyczyniło się do poprawy dostępności świadczeń dla pacjentów objętych tymi formami leczenia.

5.1.1. Zakup świadczeń

Podstawowym narzędziem Funduszu służącym określeniu zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej jest plan zakupu świadczeń. Jest on sporządzany na rok następny w oparciu o *Procedurę definiowania priorytetów zdrowotnych i planowania zakupu świadczeń*¹⁵. Plan zakupu zawiera m.in. dane o planowanej do zakupu liczbie jednostek rozliczeniowych i zakładanych cenach, co pozwala określić zakładane koszty świadczeń w poszczególnych zakresach. Rzetelne sporządzenie planu powinno pozwolić na zabezpieczenie środków finansowych wystarczających na zakup świadczeń opieki zdrowotnej.

Przygotowanie planu zakupu świadczeń

Sporządzając plan zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na 2018 r. uwzględniono:

- zachowanie dotychczasowej struktury podziału planowanych kosztów na poszczególne rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej;
- skutki wdrożenia systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej;
- utrzymanie, co do zasady, dotychczasowych zasad kontraktowania pozostałych rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej;
- zwiększenie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez pielęgniarki i położne, wynikające z rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- planowaną zmianę warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych rodzajach świadczeń, wynikającą z procedowanych projektów zarządzeń;
- konieczność zabezpieczenia środków w pozycji B2.17 planu finansowego „rezerwa na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych” na poziomie prognozowanym przez OW NFZ na lata 2018–2020;
- nieprzekroczenie planowanych kosztów refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych ustalonych z uwzględnieniem przepisów ustawy o refundacji w zakresie całkowitego budżetu na refundację;
- zmianę w strukturze kosztów związane z wdrożeniem systemu PSZ, gdzie głównym czynnikiem wpływającym na wydatki Funduszu był sposób wyliczania ryczałtów systemu PSZ oraz zakresy świadczeń wymagające wyodrębnienia do finansowania poza ryczałt;

¹⁵ Dalej zwana „Procedurą”.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- zapewnienie środków na pokrycie zwiększonych kosztów pracy wynikających z realizacji przepisów ustawy z dnia 22 lipca 2016 r. o zmianie ustawy o minimalnym wynagrodzeniu za pracę oraz niektórych innych ustaw¹⁶ oraz rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 9 września 2016 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę w 2017 r.¹⁷;
- obowiązek dokonania zmian w finansowaniu świadczeń będących efektem wydanego obwieszczenia Prezesa AOTMiT określającego taryfę świadczeń, związanego z ówczesnie projektowanymi zmianami w zakresie ratunkowego dostępu do technologii lekowych;
- konieczność zabezpieczenia środków na 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 o świadczeniach¹⁸.

W procesie planowania zakupu świadczeń Fundusz uwzględnił priorytety ogólnopolskie na rok 2018 i lata następne¹⁹, dotyczące poszczególnych rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej. Obejmowały one:

Priorytety
ogólnopolskie

- wyrównywanie dostępności do stomatologii dziecięcej w skali województw oraz kraju (okres realizacji: lata 2017–2018). Z analizy raportów przesłanych przez OW NFZ wynika, że w całości zadanie zrealizowało 10 oddziałów, pozostałe sześć zrealizowało je częściowo;
- deinstytucjonalizację opieki długoterminowej poprzez zwiększenie dostępności świadczeń realizowanych w pielęgniarstwie długoterminowym (działanie długofalowe). Priorytet realizowany jest przez wszystkie oddziały wojewódzkie. Ze względu na jego długofalowy charakter przyjęto założenie, że priorytet zostanie oceniony na koniec terminu jego realizacji;
- zwiększenie dostępności świadczeń rehabilitacyjnych w zakresie leczenia urazów wymagających szybkiej i intensywnej rehabilitacji poprzez umożliwienie wydzielania środków finansowych na rehabilitację pourazową (od lipca 2019 r.). W związku z tym, że planowany termin jego rozpoczęcia wyznaczono na lipiec 2019 r., realizacja zadania została wykazana tylko przez część oddziałów;
- zwiększenie dostępności świadczeń dla osób zagrożonych niepełnosprawnością w wyniku przebytego udaru niedokrwiennego mózgu oraz zwiększenie nakładów na wczesną rehabilitację neurologiczną (priorytet wieloletni). We wszystkich oddziałach zadanie jest realizowane. Z uwagi na fakt, że jest to priorytet wieloletni, założono jego ocenę po co najmniej dwóch latach funkcjonowania;

¹⁶ Dz. U. poz. 1265, ze zm.

¹⁷ Dz. U. poz. 1456.

¹⁸ Zgodnie z obowiązującym w okresie sporządzania pierwotnych planów zakupu świadczeń brzmieniem art. 117 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach. Przepis został zmieniony na mocy art. 1 pkt 16 ustawy 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).

¹⁹ Określone przez Prezesa NFZ zgodnie z „Procedurą definiowania priorytetów i planowania zakupu świadczeń.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- zwiększenie dostępności świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego oraz kolanowego w przebiegu chorób zwyrodnieniowych, zapalenia stawów biodrowych oraz kolanowych wymagających endoprotezoplastyki (okres realizacji: lata 2017–2018). W całości zadanie zrealizowało 10 oddziałów, pozostałe sześć zrealizowało je częściowo. We wszystkich oddziałach nastąpił wzrost nakładów finansowych na świadczenia, co przełożyło się na zwiększoną liczbę wykonanych świadczeń w zakresie endoprotezoplastyki stawu kolanowego oraz biodrowego;
- wyrównanie dostępności świadczeń psychiatrycznych (okres realizacji: lata 2018–2019). Wszystkie oddziały wykazały rozpoczęcie realizacji zadania;
- sukcesywne skracanie czasu oczekiwania na potwierdzenie skierowania na leczenie uzdrowiskowe, docelowo do okresu krótszego niż 18 miesięcy od daty złożenia skierowania do OW NFZ (okres realizacji: lata 2018–2019). Wszystkie oddziały rozpoczęły realizację zadania i w większości przypadków sprawozdały, że liczba osób oczekujących na udzielenie świadczenia zmniejszyła się przy rosnącej liczbie zabiegów;
- zwiększenie dostępności świadczeń usunięcia zaćmy (okres realizacji: lata 2018–2019). Wszystkie oddziały są w trakcie realizacji zadania, a większość wskazała na spadek liczby osób oczekujących na udzielenie świadczenia oraz skrócenie terminu realizacji w stosunku do 2017 r.

Plany zakupu świadczeń, w poszczególnych OW NFZ, zostały przygotowane zgodnie z art. 131b ustawy o świadczeniach, z uwzględnieniem założeń do planu zakupu, priorytetów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r.²⁰ w sprawie priorytetów zdrowotnych, priorytetów ogólnopolskich, określonych przez Prezesa NFZ i regionalnych, określonych przez Dyrektorów OW NFZ, a także charakterystyki sytuacji demograficznej i epidemiologicznej populacji. W planach zostały uwzględnione priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej określone przez odpowiednich wojewodów, na podstawie art. 95c ustawy o świadczeniach.

Niezrealizowany priorytet

W Pomorskim OW, w 2018 r., nie został zrealizowany trzeci priorytet regionalny: „Leczenie szpitalne – zabiegowe leczenie chorób naczyń”, którego celem oraz sposobem realizacji było, cyt.: „zwiększenie dostępności do świadczeń dla pacjentów wymagających zabiegowego leczenia naczyń poprzez zawarcie nowej umowy w dotychczas niekontraktowanym zakresie (angiologia)”. Ze względu na ograniczone środki finansowe i konieczność zapewnienia kontynuacji finansowania już zawartych umów oraz zabezpieczenia środków na świadczenia wynikające z wprowadzanych nowych regulacji prawnych (m.in. wzrost wynagrodzeń poszczególnych grup zawodowych) odstąpiono od ujęcia w planie zakupów planowanego pierwotnie postępowania konkursowego.

Zbiorczy plan zakupu świadczeń

Przygotowana przez Centralę NFZ wersja zbiorcza planu zakupu świadczeń NFZ, na podstawie przesłanych przez OW planów zakupu, była niekompletna i nie uwzględniała wszystkich rodzajów świadczeń.

²⁰ Dz. U. z 2009 r. Nr 137, poz. 1126. Z dniem 3 marca 2018 r. weszło w życie nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. poz. 469).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Przyczyną było wprowadzenie systemu PSZ („sieci szpitali”), co utrudniło przeprowadzenie procesu planowania zakupu świadczeń na rok 2018 oraz monitorowanie jego realizacji w dotychczasowym kształcie. W ramach ryczałtu PSZ realizowane są wszystkie świadczenia profili zakwalifikowanych do systemu PSZ obejmujące leczenie szpitalne, część świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, podstawowej opieki zdrowotnej i świadczeń kontraktowanych odrębnie, co ogranicza możliwość planowania zakupu konkretnej liczby świadczeń dla danego zakresu przez NFZ. Przyjęto nową wersję Procedury (wersja 4.0) zawierającą zmiany zmierzające do sprawnego i spójnego przeprowadzenia procesu planowania na rok 2018 ze szczególnym uwzględnieniem ryczałtu PSZ. W Centrali NFZ podjęto próbę przygotowania ostatecznej, pełnej, wersji planu, jednakże brak możliwości jednoznacznego określenia wartości świadczeń w przypadku leczenia szpitalnego stanowiącego większość wydatków NFZ, spowodował, że praca ta nie została dokończona.

W planie zakupu na 2018 r., w poszczególnych zakresach świadczeń, występowały duże dysproporcje między województwami w wycenie świadczeń (cena za punkt rozliczeniowy), przykładowo:

Zróżnicowanie cen pomiędzy województwami

- w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w zakresie kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nad pacjentem zakażonym HIV, leczonym lekami antyretrowirusowymi (ARV), cena minimalna wynosiła 275,43 zł, maksymalna 416 zł, zaś cena średnia 336,88 zł;
- w świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych w zakresie świadczeń w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie/opiekuńczo-leczniczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie cena minimalna wynosiła 19,63 zł, maksymalna 30,08 zł, zaś cena średnia 27,79 zł;
- w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień w zakresie świadczeń dla osób z zaburzeniami psychicznymi w hostelu cena minimalna wynosiła 8,00 zł, maksymalna 18,03 zł, zaś cena średnia 14,14 zł;
- w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień w zakresie świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży cena minimalna wynosiła 7,19 zł, maksymalna 15 zł, zaś cena średnia 12,73 zł;
- w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień w zakresie świadczeń psychiatrycznych dla chorych somatycznie cena minimalna wynosiła 10 zł, maksymalna 14,19 zł, zaś cena średnia 11,40 zł;
- w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień w zakresie świadczeń w psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia cena minimalna wynosiła 12 zł, maksymalna 18,7 zł, zaś cena średnia 16,70 zł;
- w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień w zakresie świadczeń w psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia dla nieletnich cena minimalna wynosiła 12,5 zł, maksymalna 17,5 zł, zaś cena średnia 15,23 zł.

Dysproporcje w liczbie i wartości udzielanych świadczeń pomiędzy OW NFZ

W 2018 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 zadań i planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w poprzednich latach²¹.

W 2018 r. liczba i wartość zrealizowanych świadczeń jednostkowych opieki zdrowotnej przypadająca na 10 tys. uprawnionych do świadczeń, w wybranych rodzajach świadczeń była zróżnicowana i wynosiła:

- w podstawowej opiece zdrowotnej²² – liczba świadczeń wynosiła średnio 46 530 (od 40 734 w Mazowieckim OW do 53 039 w Zachodniopomorskim OW), a ich wartość średnio 35,44 tys. zł (od 24,37 tys. zł w Łódzkim OW do 58,87 tys. zł w Pomorskim OW);
- w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej – liczba świadczeń wynosiła średnio 24 425 (od 21 972 w Wielkopolskim OW do 28 673 w Podlaskim OW), a ich wartość średnio 1720,07 tys. zł (od 1579,59 tys. zł w Opolskim OW do 2036,60 tys. zł w Podlaskim OW);
- w leczeniu szpitalnym²³ – liczba świadczeń wynosiła średnio 4046 (od 3440 w Lubuskim OW do 4494 w Mazowieckim OW), a ich wartość średnio 8602,08 tys. zł (od 7495,78 tys. zł w Podkarpackim OW do 9844,18 tys. zł w Mazowieckim OW);
- w rehabilitacji leczniczej – liczba świadczeń wynosiła średnio 39 762 (od 25 104 w Zachodniopomorskim OW do 59 731 w Podkarpackim OW), a ich wartość średnio 683,94 tys. zł (od 554,03 tys. zł w Łódzkim OW do 863,14 tys. zł w Mazowieckim OW);
- w leczeniu stomatologicznym – liczba świadczeń wynosiła średnio 18 887 (od 11 158 w Lubuskim OW do 28 271 w Lubelskim OW), a ich wartość średnio 501,20 tys. zł (od 394,35 tys. zł w Lubuskim OW do 628,86 tys. zł w Małopolskim OW);
- w profilaktycznych programach zdrowotnych – liczba świadczeń wynosiła średnio 572 (od 455 w Małopolskim OW do 719 w Śląskim OW), a ich wartość średnio 48,31 tys. zł (od 38,02 tys. zł w Podkarpackim OW do 67,88 tys. zł w Śląskim OW);
- w świadczeniach zdrowotnych kontraktowanych odrębnie – liczba świadczeń wynosiła średnio 2685 (od 2142 w Zachodniopomorskim OW do 3569 w Świętokrzyskim OW), a ich wartość średnio 659,86 tys. zł (od 485,00 tys. zł w Podkarpackim OW do 1 050,72 tys. zł w Zachodniopomorskim OW);
- w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień – liczba świadczeń wynosiła średnio 6544 (od 5397 w Małopolskim OW do 10 331 w Lubuskim OW), a ich wartość średnio 730,48 tys. zł (od 598,28 tys. zł w Podkarpackim OW do 1222,19 tys. zł w Lubuskim OW);

²¹ 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), Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2017 r. (P/18/055).

²² Świadczenia finansowane poza stawką kapitaacyjną.

²³ Z wyłączeniem m.in. świadczeń na izbach przyjęć i w szpitalnych oddziałach ratunkowych.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- w świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych – liczba świadczeń wynosiła średnio 10 056 (od 3787 w Pomorskim OW do 19 433 w Opolskim OW), a ich wartość średnio 383,19 tys. zł (od 251,66 tys. zł w Pomorskim OW do 590,78 tys. zł w Opolskim OW);
- w opiece paliatywnej i hospicyjnej – liczba świadczeń wynosiła średnio 2027 (od 1453 w Zachodniopomorskim OW do 3334 w Opolskim OW), a ich wartość średnio 187,20 tys. zł (od 107,99 tys. zł w Zachodniopomorskim OW do 245,94 tys. zł w Świętokrzyskim OW);
- w zaopatrzeniu w wyroby medyczne – liczba świadczeń wynosiła średnio 85 324 (od 65 859 w Mazowieckim OW do 99 675 w Zachodniopomorskim OW), a ich wartość średnio 314,80 tys. zł, (od 274,87 tys. zł w Mazowieckim OW do 366,81 tys. zł w Śląskim OW).

Do głównych przyczyn zróżnicowania w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej pomiędzy poszczególnymi OW NFZ należały m.in.: różnice rozwoju i rozmieszczenia zasobów lecznictwa na obszarze kraju i województw, a także sytuacja epidemiologiczna.

W 2018 r., podobnie jak w roku 2017, w niektórych województwach nie zapewniono dostępu do części świadczeń.

Ograniczona
dostępność świadczeń

W rodzaju rehabilitacja lecznicza m.in. w zakresie:

- rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności w siedmiu OW NFZ (Dolnośląskim, Kujawsko-Pomorskim, Lubelskim, Podlaskim, Pomorskim, Świętokrzyskim, Zachodniopomorskim);
- rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych w trzech OW NFZ (Podlaskim, Świętokrzyskim, Zachodniopomorskim);
- fizjoterapii domowej w dwóch OW NFZ (Pomorskim, Zachodniopomorskim);
- rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku w pięciu OW NFZ (Lubuskim, Opolskim, Podlaskim, Pomorskim, Zachodniopomorskim);
- rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku dla osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności w dziewięciu OW NFZ (Kujawsko-Pomorski, Lubelskim, Lubuskim, Opolskim, Podlaskim, Pomorskim, Świętokrzyskim, Warmińsko-Mazurskim, Zachodniopomorskim).

Podobna sytuacja dotyczyła następujących świadczeń w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne w:

- programie profilaktyki chorób odtytoniowych na etapie podstawowym (w tym POCHP) w trzech OW NFZ (Dolnośląskim, Lubuskim, Opolskim);
- programie profilaktyki chorób odtytoniowych na etapie specjalistycznym (w tym POCHP) w 10 OW NFZ (Dolnośląskim, Kujawsko-Pomorskim, Lubuskim, Łódzkim, Małopolskim, Opolskim, Podkarpackim, Podlaskim, Warmińsko-Mazurskim, Zachodniopomorskim).

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że również w poprzednich kontrolach wskazywała na niezapewnienie dostępu do określonych świadczeń²⁴, w sytuacji, gdy rolą Funduszu winno być kontraktowanie świadczeń w oparciu o potrzeby zdrowotne danej społeczności, a nie zastanie zasoby systemu ochrony zdrowia. Fundusz powinien podejmować aktywne działania dla ograniczenia występujących tzw. „białych plam” w dostępności świadczeń.

5.1.2. Czas oczekiwania na świadczenie

System gromadzenia danych o listach oczekujących

Dane statystyczne z zakresu list oczekujących NFZ pozyskiwał poprzez przekazywane przez świadczeniodawców co miesiąc, do właściwych ze względu na miejsce udzielania świadczeń oddziałów wojewódzkich NFZ, szczegółowe komunikaty sprawozdawcze XML²⁵. Komunikaty świadczeniodawców obejmowały dane sporządzane dla komórek organizacyjnych (oddziałów, poradni, pracowni, itp.) w podziale na kategorie medyczne „przypadek pilny” i „przypadek stabilny”. Ponadto świadczeniodawcy przekazywali dane również w odniesieniu do wybranych świadczeń, tj.: wymienionych w załączniku nr 11 do ówczesnie obowiązującego rozporządzenia 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 publicznych²⁶.

W ramach sprawozdawczości z zakresu list oczekujących świadczeniodawcy udzielający świadczeń wymienionych w załączniku nr 12 do ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia byli zobowiązani do przekazywania w 2018 r. za pośrednictwem udostępnionej przez Fundusz aplikacji Kolejki Centralne (AP-KOLCE) list oczekujących na te świadczenia. Listy te świadczeniodawcy mieli obowiązek prowadzić w aplikacji w czasie rzeczywistym, tj. każdy nowy wpis na listę oczekujących, skreślenie z listy, czy zmiana planowanego terminu udzielenia świadczenia powinny być od razu wprowadzone do aplikacji i dzięki temu, że aplikacja działa w trybie on-line, w tej samej chwili widoczne również po stronie Narodowego Funduszu Zdrowia.

Kontrole w zakresie prowadzenia list oczekujących

W ramach przeprowadzonych kontroli świadczeniodawców oraz weryfikacji danych z zakresu list oczekujących w 2018 r. oddziały wojewódzkie Funduszu nałożyły kary umowne na ponad 300 świadczeniodawców za niewywiązywanie się z obowiązków sprawozdawczych z zakresu list oczekujących, nieprowadzenie list oczekujących lub prowadzenie ich w sposób naruszający przepisy prawa.

Najczęściej wskazywane uchybienia dotyczyły przekazywania do NFZ danych niezgodnych z rzeczywistością lub przekazania danych niekompletnych, nieprzekazania danych, nieprowadzenia list oczekujących, niewpisywania planowanych terminów udzielenia świadczenia, braku wskazania przyczyn skreślenia z listy oczekujących.

²⁴ „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2017 roku”, Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2016 roku”.

²⁵ Komunikaty zostały określone zarządzeniami Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Dane za okresy sprawozdawcze styczeń–grudzień 2018 r. były przekazywane komunikatem XML określonym w zarządzeniu Nr 13/2015/DI Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 marca 2015 r.

²⁶ Dz. U. z 2016 r. poz. 192, ze zm., obowiązywało do 30 czerwca 2019 r.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia zmniejszenie się, w stosunku do 2017 r., liczby oczekujących na udzielenie świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Należy zwrócić uwagę, że miało to miejsce w sytuacji wzrostu liczby osób starszych (tj. które osiągnęły 65 i więcej lat), co stanowi czynnik zwiększający popyt na świadczenia medyczne²⁷.

Zmniejszenie liczby oczekujących na świadczenie

Zgodnie z danymi przekazanymi przez świadczeniodawców łączna liczba oczekujących na świadczenie, przypadków pilnych i stabilnych, w grudniu 2018 r. wyniosła 5 646 315 osób, i była niższa niż w grudniu 2017 r. o 50 962, tj. o 0,89%.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca również uwagę na skuteczność działań zmierzających do zmniejszenia liczby i czasu oczekiwania na świadczenia diagnostyki obrazowej (MR i TK), leczenia zaćmy oraz endoprotezoplastyki stawu kolanowego lub biodrowego. Dedykowane tym celom działania, obejmujące m.in. zwiększenie finansowania²⁸, skutkowały zmniejszeniem liczby oczekujących do wszystkich wymienionych świadczeń.

Niepożądaną tendencją jest natomiast wzrost ogólnej liczby oczekujących przypadków pilnych o 68 285 osób (tj. o 14,1%), co powinno stać się przedmiotem pogłębionej analizy ze strony Funduszu.

W ambulatoryjnej opiece zdrowotnej liczba oczekujących na świadczenie na koniec 2018 r., liczona łącznie dla przypadków stabilnych i pilnych, była wyższa niż na koniec 2017 r. o 6381 osób, przy czym dla przypadków stabilnych spadła o 16 495 osób, a dla przypadków pilnych wzrosła o 22 876 osób.

Liczba oczekujących w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej

Liczba oczekujących na świadczenie pomiędzy grudniem 2017 r. a grudniem 2018 r., dla przypadków stabilnych, wzrosła dla 52 komórek/świadczeń, zmniejszyła się dla 44 komórek/świadczeń, a dla siedmiu nie zmieniła się.

Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na świadczenie pomiędzy grudniem 2017 r. a grudniem 2018 r., dla przypadków stabilnych, wzrosła dla 44 komórek/świadczeń, zmniejszyła się dla 38 komórek/świadczeń, a dla 19 nie zmieniła się.

Największy wzrost mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na świadczenie stwierdzono do:

- poradni foniatrycznej dla dzieci o 66 dni (z 54 do 120),
- poradni genetycznej dla dzieci o 65 dni (z 321 do 386),
- poradni nowotworów krwi o 76 dni (z 238 do 314).

Największy spadek mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na świadczenie stwierdzono do:

- poradni chirurgii szczękowo-twarzowej dla dzieci o 81 dni (z 112 do 31),
- poradni osteoporozy o 39 dni (z 137 do 98),
- świadczenia rezonansu magnetycznego o 34 dni (z 171 do 137).

²⁷ Liczba osób w wieku powyżej 65 lat w roku 2018 wynosiła 6,7 mln osób, podczas gdy w 2010 r. było to 5,2 mln osób. Jednocześnie ich udział w społeczeństwie wzrósł z 13,5% w 2010 r. do 17,5% w 2018 r.; za: Sytuacja demograficzna Polski do 2018 r. Tworzenie i rozpad rodzin; Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2019 r.; str. 30.

²⁸ Działania w tym zakresie były uzasadnieniem do zmian i przesunięć w planie finansowym z 16 kwietnia 2018 r. w związku z uruchomieniem rezerwy ogólnej (leczenie zaćmy) oraz z 14 czerwca 2018 r. w związku ze zwiększeniem planowanych przychodów.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Na koniec 2018 r. najwięcej pacjentów oczekiwało do poradni okulistycznej i poradni neurologicznej.

Poradnia okulistyczna

Do poradni okulistycznej, na koniec 2018 r., oczekiwało 267 524 osób, z czego 261 246 przypadków stabilnych (o 3759 mniej niż na koniec 2017 r.) i 6278 przypadków pilnych (o 1340 więcej niż na koniec 2017 r.). Liczba oczekujących dla przypadków stabilnych wzrosła w ośmiu OW NFZ i zmalała w ośmiu OW NFZ.

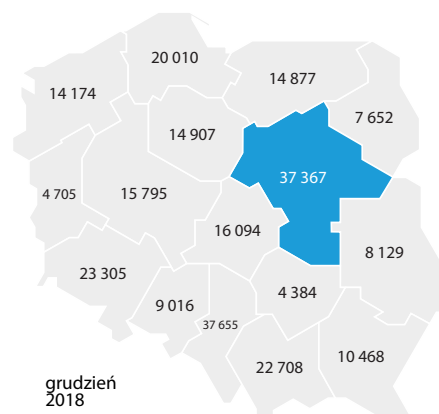
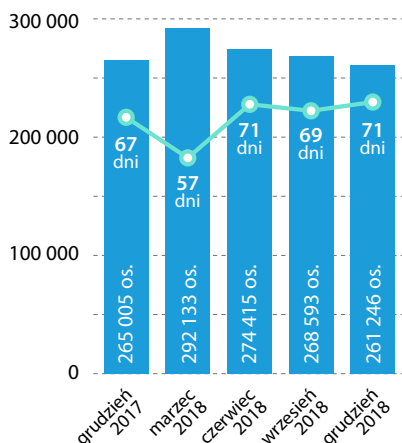
Mediana średniego czasu oczekiwania dla przypadków stabilnych wzrosła o cztery dni. Na koniec 2018 r. najdłużej na świadczenie oczekiwali pacjenci w Małopolskim OW NFZ (128 dni), a najkrócej w Lubelskim OW NFZ (20 dni).

Infografika nr 2

Liczba oczekujących oraz mediana średniego czasu oczekiwania – poradnia okulistyczna

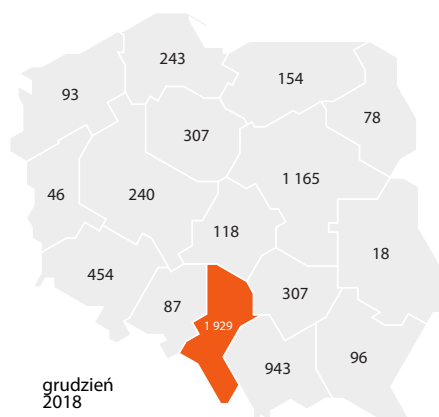
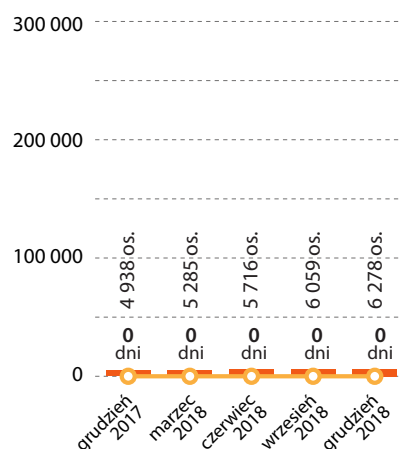
poradnia okulistyczna

przypadek stabilny



poradnia okulistyczna

przypadek pilny



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Do poradni neurologicznej na koniec 2018 r. oczekiwało 138 482 osób, z czego 129 417 przypadków stabilnych (o 2200 mniej niż na koniec 2017 r.) i 9065 przypadków pilnych (o 2284 więcej niż na koniec 2017 r.). Liczba oczekujących dla przypadków stabilnych spadła w 11 OW NFZ.

Poradnia
neurologiczna

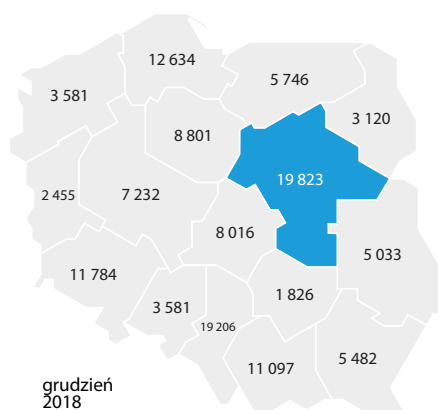
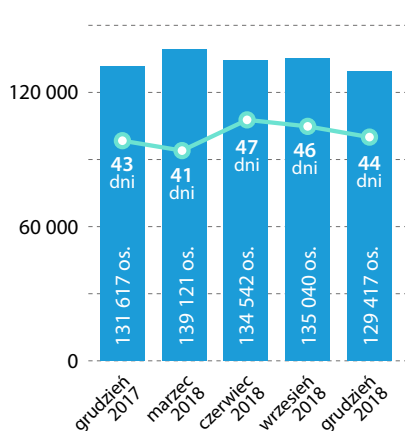
Mediana średniego czasu oczekiwania na koniec 2018 r. wyniosła 44 dni, przy czym najniższa wartość wyniosła 12 dni, w Świętokrzyskim OW NFZ.

Infografika nr 3

Liczba oczekujących oraz mediana średniego czasu oczekiwania – poradnia neurologiczna

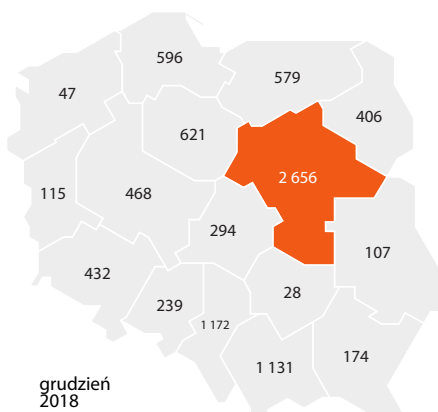
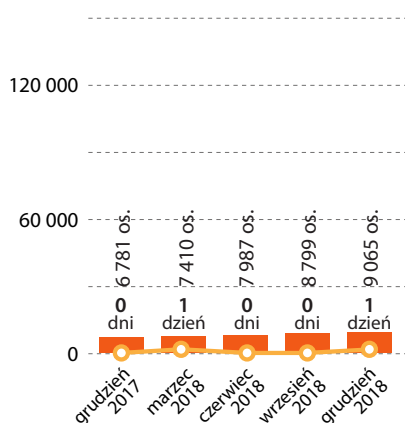
poradnia neurologiczna

przypadek stabilny



poradnia neurologiczna

przypadek pilny



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Rezonans magnetyczny

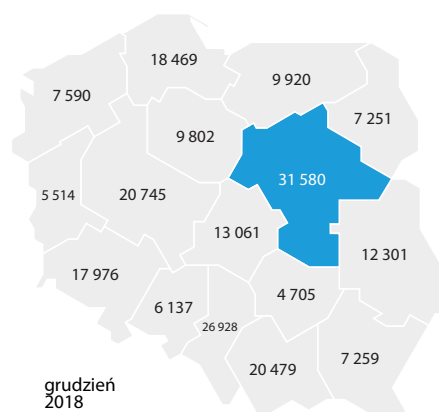
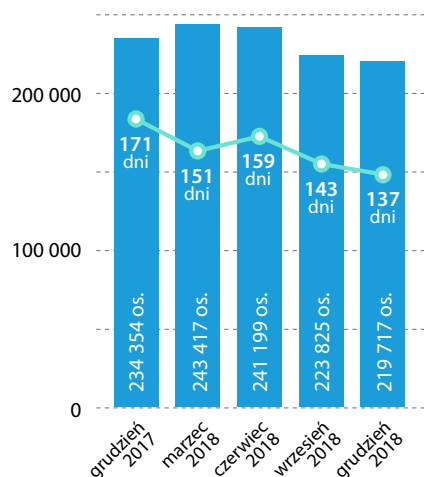
Na świadczenia rezonansu magnetycznego na koniec 2018 r. oczekiwało 291 785 osób, w tym 219 717 przypadków stabilnych (o 14 637 mniej niż rok wcześniej) i 72 068 przypadków pilnych (o 8660 więcej). Liczba oczekujących przypadków stabilnych spadła w 10 OW NFZ.

Mediana średniego czasu oczekiwania dla przypadków stabilnych spadła o 34 dni. Najwyższy spadek nastąpił w Świętokrzyskim OW NFZ – o 88 dni, dzięki czemu w oddziale tym mierzony w ten sposób czas oczekiwania był najkrótszy i na koniec 2018 r. wyniósł 71 dni. W tym samym okresie najwyższa mediana średniego czasu oczekiwania wystąpiła w Mazowieckim OW NFZ wynosząc 173 dni (spadek o 14 dni).

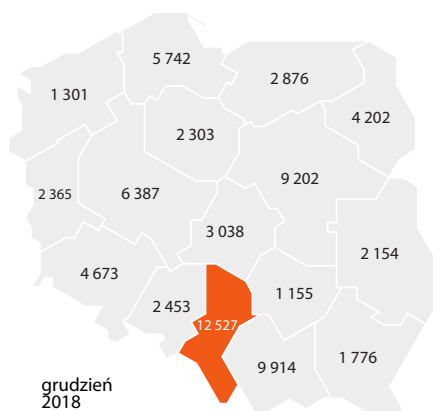
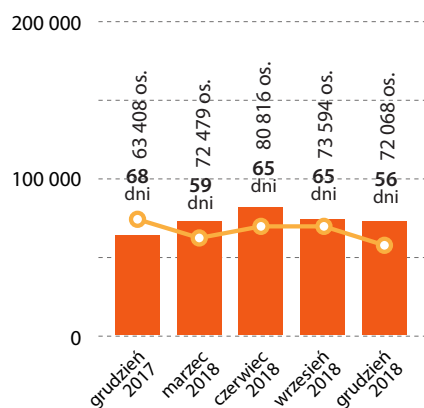
Infografika nr 4

Liczba oczekujących oraz mediana średniego czasu oczekiwania – świadczenia rezonansu magnetycznego

świadczenia rezonansu magnetycznego przypadek stabilny



świadczenia rezonansu magnetycznego przypadek pilny



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Na świadczenia tomografii komputerowej na koniec 2018 r. oczekiwało 134 940 osób, w tym 112 404 przypadków stabilnych (o 7551 mniej niż rok wcześniej) i 22 536 przypadków pilnych (o 1001 więcej). Dla przypadków stabilnych liczba oczekujących spadła w dziewięciu OW NFZ.

Tomograf komputerowy

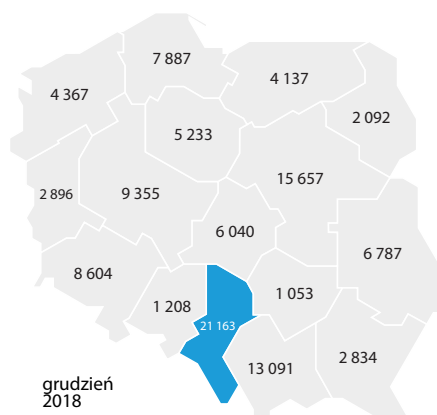
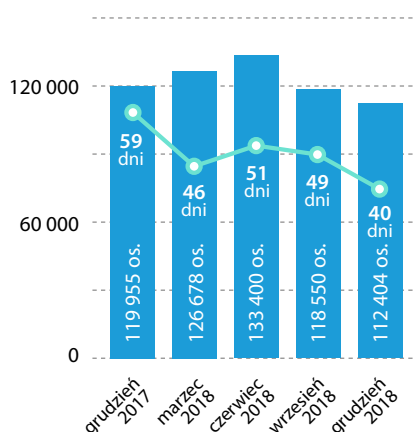
Najwyższy spadek mediany średniego czasu oczekiwania odnotowano w Wielkopolskim OW NFZ – o 45 dni. Najniższa wartość na koniec 2018 r. wystąpiła w Świętokrzyskim OW NFZ – 8 dni.

Należy odnotować, że wartość mediany średniego czasu oczekiwania na koniec 2018 r. była niższa niż rok wcześniej we wszystkich OW NFZ.

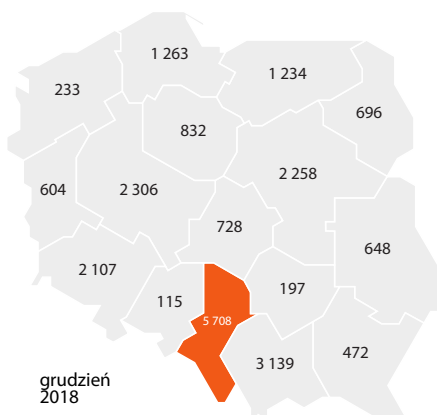
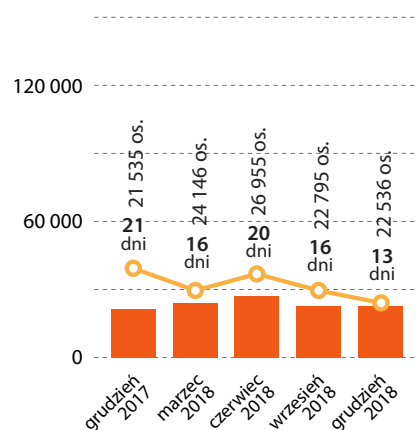
Infografika nr 5

Liczba oczekujących oraz mediana średniego czasu oczekiwania – świadczenia tomografii komputerowej

świadczenia tomografii komputerowej przypadek stabilny



świadczenia tomografii komputerowej przypadek pilny



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Pracownia endoskopii

Na świadczenia pracowni endoskopowej na koniec 2018 r. oczekiwało 114 578 osób, w tym 108 033 przypadków stabilnych (o 14 819 więcej niż na koniec 2017 r.) i 6725 przypadków pilnych (o 1503 więcej). Tylko w trzech OW NFZ (Łódzki, Opolski, Świętokrzyski) liczba oczekujących przypadków stabilnych spadła.

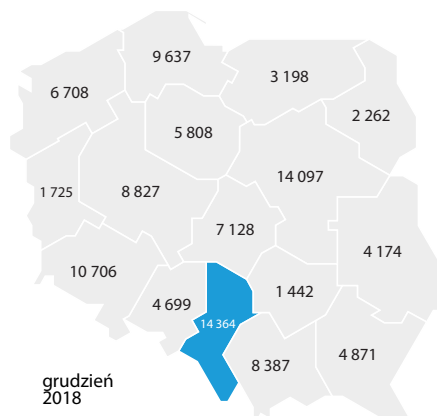
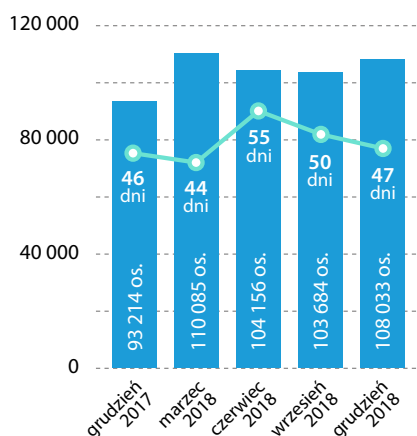
Mediana średniego czasu oczekiwania dla przypadków stabilnych wzrosła dla całego kraju, ale w siedmiu OW NFZ była niższa niż na koniec 2017 r. Największy spadek nastąpił w Małopolskim OW NFZ o 25 dni.

Infografika nr 6

Liczba oczekujących oraz mediana średniego czasu oczekiwania – pracownia endoskopowa

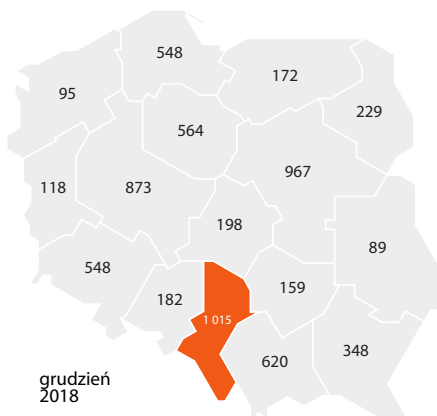
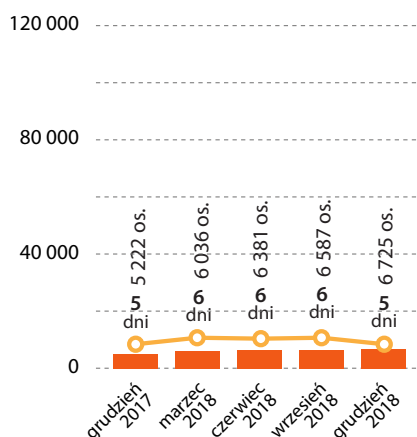
pracownia endoskopii

przypadek stabilny



pracownia endoskopii

przypadek pilny



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Liczba oczekujących i czas oczekiwania w leczeniu szpitalnym

W rodzaju świadczeń leczenie szpitalne na koniec roku 2018 na świadczenie oczekiwało 651 511 osób²⁹, o 7682 więcej niż na koniec 2017 r., co oznacza wzrost o 1,19%. Liczba oczekujących na świadczenie pomiędzy

²⁹ Przypadki stabilne i pilne.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

grudniem 2017 r. a grudniem 2018 r., dla przypadków stabilnych, wzrosła dla 79 komórek/świadczeń, zmniejszyła się dla 82 komórek/świadczeń, a dla 31 nie zmieniła się.

Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na świadczenie pomiędzy grudniem 2017 r. a grudniem 2018 r., dla przypadków stabilnych, wzrosła dla 35 komórek/świadczeń, zmniejszyła się dla 37 komórek/świadczeń, a dla 120 nie zmieniła się.

Największy wzrost mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na świadczenie stwierdzono do:

- teleradioterpii hadronowej wiązką protonów o 43 dni (z 19 do 62),
- oddziałów okulistycznych dla dzieci o 32 dni (z 65 do 97),
- oddziałów audiologiczno-foniatrycznych dla dzieci o 33 dni (z 33 do 66).

Największy spadek mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na świadczenie stwierdzono do:

- leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu c terapią bezinterferonową o 103 dni (z 125 do 22),
- oddziałów chirurgii szczękowo-twarzowej dla dzieci o 88 dni (z 163 do 75).

Na koniec 2018 r. najwięcej osób oczekiwało na świadczenia na oddziale chirurgii urazowo-ortopedycznej oraz oddziale otorynolaryngologicznym.

Na leczenie na oddziale chirurgii urazowo-ortopedycznej na koniec 2018 r. oczekiwało 160 402 osób, w tym 132 024 przypadków stabilnych (o 1817 mniej niż rok wcześniej) oraz 28 378 przypadków pilnych (o 2742 więcej). Liczba oczekujących przypadków stabilnych zmniejszyła się w ośmiu OW NFZ.

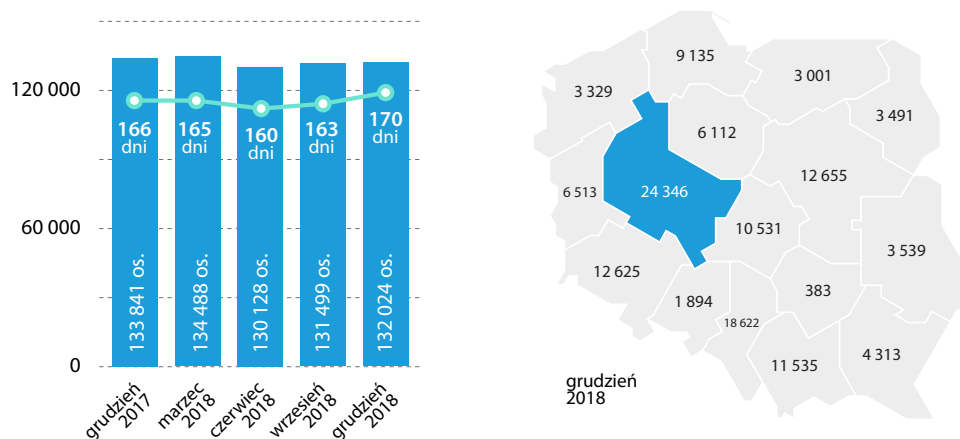
Wzrosła o cztery dni mediana średniego czasu oczekiwania, przy czym w trzech OW NFZ uległa ona obniżeniu (największy spadek w Małopolskim OW NFZ – o 69 dni).

Oddział chirurgii
urazowo-ortopedycznej

Infografika nr 7

Liczba oczekujących oraz mediana średniego czasu oczekiwania – oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej

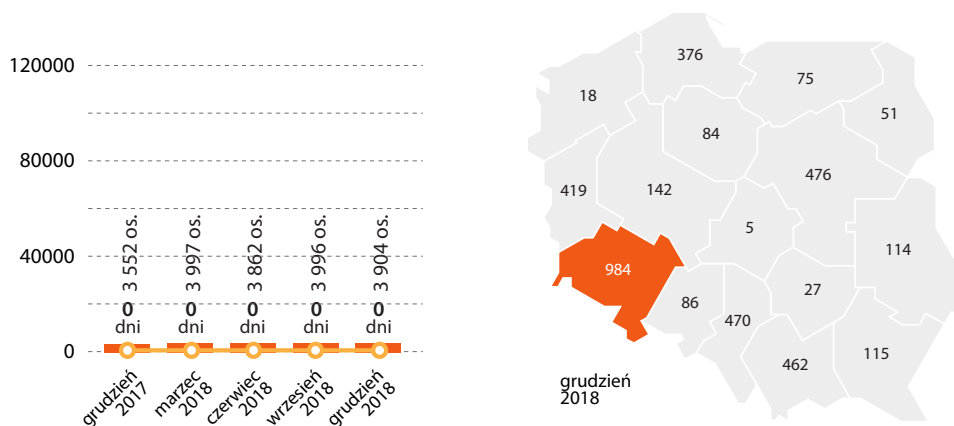
oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej
przypadek stabilny



WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

oddział otorynolaryngologiczny

przypadek pilny



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W rodzaju świadczeń rehabilitacja lecznicza na koniec 2018 r. na świadczenia oczekiwało 1 645 299 osób, o 63 385 więcej niż na koniec 2017 r., co stanowiło wzrost o 4,01%.

Liczba oczekujących i czas oczekiwania w rehabilitacji leczniczej

Liczba oczekujących na świadczenie pomiędzy grudniem 2017 r. a grudniem 2018 r., dla przypadków stabilnych, wzrosła dla 11 komórek/świadczeń, zmniejszyła się dla 11 komórek/świadczeń, a dla trzech nie zmieniła się.

Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na świadczenie pomiędzy grudniem 2017 r. a grudniem 2018 r., dla przypadków stabilnych, wzrosła dla 10 komórek/świadczeń, zmniejszyła się dla 10 komórek/świadczeń, a dla pięciu nie zmieniła się.

Największy wzrost mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na świadczenie stwierdzono do:

- zakładu/ośrodka rehabilitacji leczniczej o 469 dni (z 0 do 469)³⁰;
- działu (pracowni) fizykoterapii³¹ o 150 dni (z 18 do 168, wzrost o 833,3%);
- oddziału rehabilitacji narządu ruchu o 83 dni (z 392 do 475, wzrost o 21,2%.

Największy spadek mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na świadczenie stwierdzono do:

- oddziału rehabilitacji neurologicznej o 30 dni (z 203 do 173);
- oddziału rehabilitacyjny dla dzieci o 35 dni (z 74 do 39);
- zakładu rehabilitacji leczniczej (z 139 do 99).

³⁰ Sprawozdawane wyłącznie w Śląskim OW NFZ.

³¹ Leczenie polegające na działaniu na organizm człowieka lub jego części różnymi postaciami energii, np. mechanicznej, cieplnej, elektrycznej, świetlnej, wytwarzanych za pomocą różnych aparatów; część fizjoterapii.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Pracownia fizjoterapii

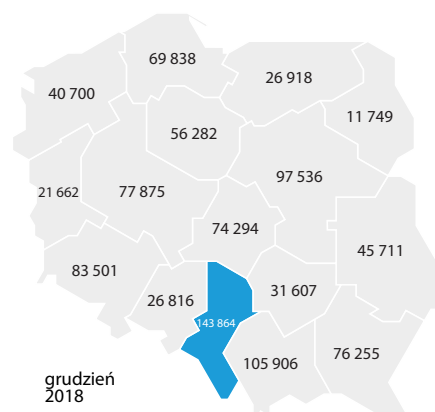
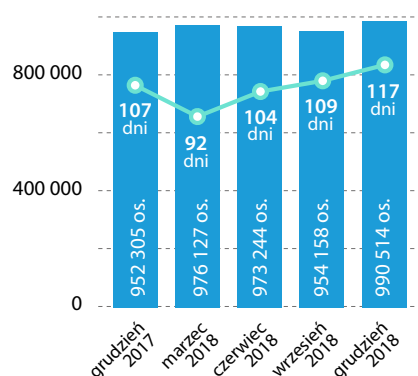
Na świadczenie w pracowni fizjoterapii, na koniec 2018 r., oczekiwało 1 108 392 osób, w tym 990 514 przypadków stabilnych (o 38 209 więcej niż rok wcześniej) oraz 117 787 przypadków pilnych (o 23 601 więcej). Liczba oczekujących przypadków stabilnych spadła w trzech OW NFZ, największy spadek nastąpił w Kujawsko-Pomorskim OW NFZ, o 6714 osób, co stanowiło 10,7%.

Mediana średniego czasu oczekiwania dla przypadków stabilnych wzrosła o 10 dni, przy czym w pięciu OW NFZ wartość mediany spadła. Najniższa wartość mediany, na koniec 2018 r., wystąpiła w Warmińsko-Mazurskim OW NFZ – 72 dni, a najwyższa w Śląskim OW NFZ – 196 dni.

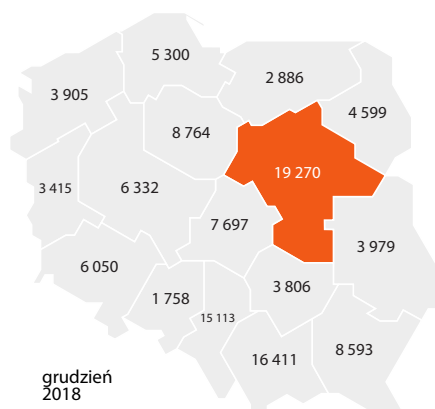
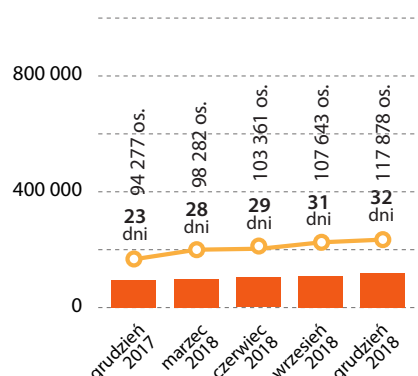
Infografika nr 9

Liczba oczekujących oraz mediana średniego czasu oczekiwania – pracownia fizjoterapii

oddział (pracownia) fizjoterapii przypadek stabilny



oddział (pracownia) fizjoterapii przypadek pilny



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Na świadczenie w oddziale rehabilitacyjnym na koniec 2018 r. oczekiwało 234 309 osób, w tym 198 440 przypadków stabilnych (o 2526 więcej niż rok wcześniej) oraz 35 869 przypadków pilnych (o 1120 więcej). Liczba oczekujących przypadków stabilnych spadła w ośmiu OW NFZ.

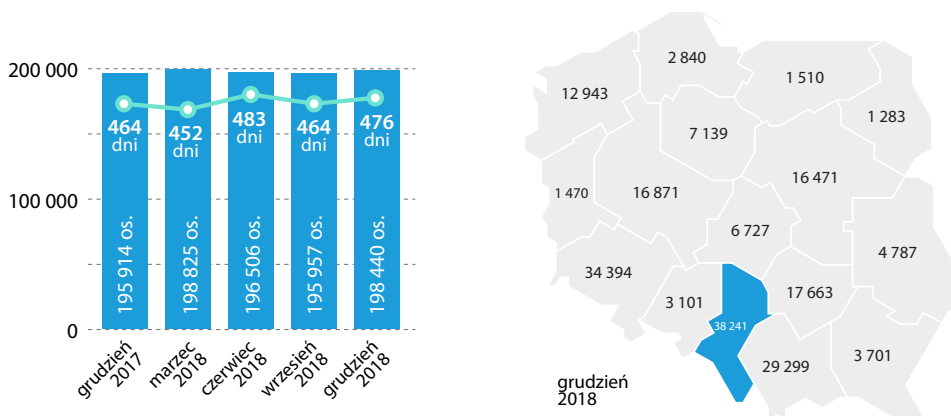
Oddział
rehabilitacyjny

Mediana średniego czasu oczekiwania dla przypadków stabilnych wzrosła o 12 dni, jednocześnie w sześciu OW NFZ nastąpił spadek wartości mediany. Radykalny spadek wartości mediany nastąpił w Opolskim OW NFZ – aż o 631 dni, tj. o 89,9% (z 702 do 71, była to najniższa wartość wśród wszystkich OW NFZ na koniec 2018 r.).

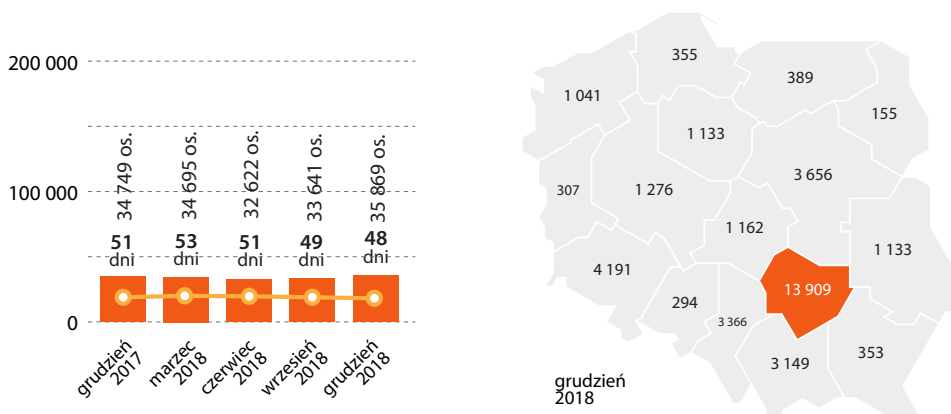
Infografika nr 10

Liczba oczekujących oraz mediana średniego czasu oczekiwania – oddział rehabilitacyjny

oddział rehabilitacyjny przypadek stabilny



oddział rehabilitacyjny przypadek pilny



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Poradnia rehabilitacyjna

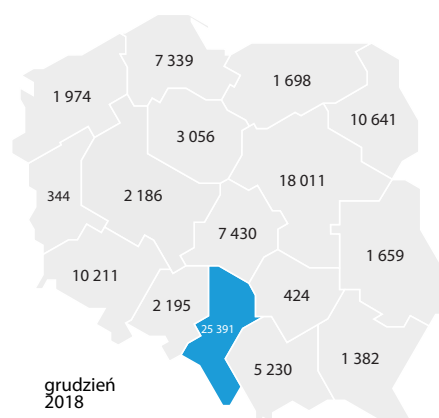
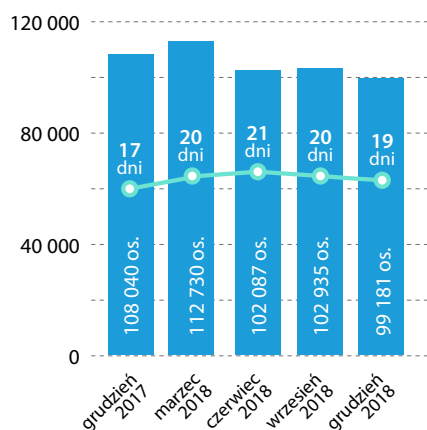
Na świadczenie w poradni rehabilitacyjnej na koniec 2018 r. oczekiwało 108 127 osób, w tym 99 181 przypadków stabilnych (o 8859 mniej niż rok wcześniej) oraz 8946 przypadków pilnych (o 301 więcej). Liczba oczekujących przypadków stabilnych spadła w 12 OW NFZ.

Mediana średniego czasu oczekiwania dla przypadków stabilnych wzrosła o dwa dni (z 17 na 19), przy czym w ośmiu OW NFZ odnotowano spadek tej wartości. Najwyższa wartość mediany na koniec 2018 r. wystąpiła w Podlaskim OW – 83 dni, a najniższa w Lubelskim OW NFZ – cztery dni.

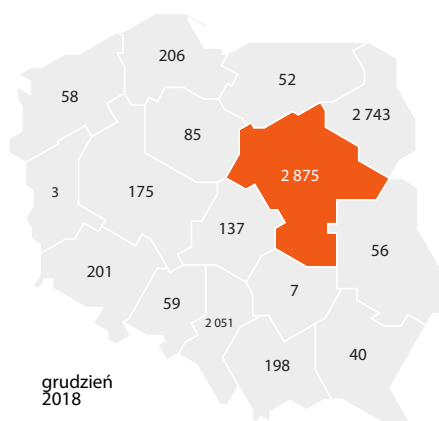
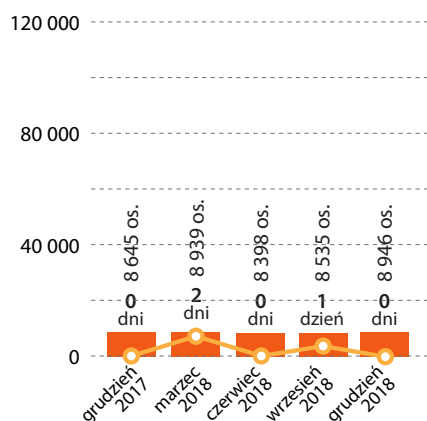
Infografika nr 11

Liczba oczekujących oraz mediana średniego czasu oczekiwania – poradnia rehabilitacyjna

poradnia rehabilitacyjna przypadek stabilny



poradnia rehabilitacyjna przypadek pilny



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W świadczeniach kontraktowanych odrębnie na koniec 2018 r. na świadczenia oczekiwało 14 608 osób, o 1228 więcej niż na koniec 2017 r., co stanowiło wzrost o 9,81%. Najwięcej osób oczekiwało na badania medycyny nuklearnej – 64,04% oczekujących.

Liczba oczekujących na świadczenie pomiędzy grudniem 2017 r. a grudniem 2018 r., dla przypadków stabilnych, wzrosła dla czterech komórek/świadczeń, zmniejszyła się dla dwóch komórek/świadczeń, a dla pięciu nie zmieniła się.

Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła do jednego świadczenia (badań medycyny nuklearnej o siedem dni, z 26 do 33), zmniejszyła się do dwóch świadczeń (terapii hiperbarycznej o 12 dni, z 15 do trzech, oraz dla terapii izotopowej o pięć dni (z pięciu do 0), a do ośmiu pozostała bez zmian.

W rodzaju świadczeń opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień na koniec 2018 r. na świadczenia oczekiwało 66 389 osób, o 2788 mniej niż na koniec 2017 r., co stanowiło spadek o 4,03%. Liczba oczekujących na świadczenie pomiędzy grudniem 2017 r. a grudniem 2018 r., dla przypadków stabilnych, wzrosła dla 30 komórek/świadczeń, zmniejszyła się dla 27 komórek/świadczeń, a dla ośmiu nie zmieniła się.

Liczba oczekujących
w opiece psychiatrycznej
i leczeniu uzależnień

Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na świadczenie pomiędzy grudniem 2017 r. a grudniem 2018 r., dla przypadków stabilnych, wzrosła dla 18 komórek/świadczeń, zmniejszyła się dla 17 komórek/świadczeń, a dla 30 nie zmieniła się.

Najwyższy wzrost mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na świadczenie stwierdzono do:

- zakładu/oddziału pielęgnacyjno-opiekuńczego psychiatrycznego o 159 dni (z 50 do 209),
- zakładu/oddziału pielęgnacyjno-opiekuńczego psychiatrycznego dla dzieci o 42 dni (z 6 do 48),
- oddziału leczenia zaburzeń nerwicowych dla dzieci o 18 dni (z 11 do 29).

Największy spadek mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na świadczenie stwierdzono do:

- oddziału odwykowego o wzmocnionym zabezpieczeniu dla dzieci o 27 dni (z 68 do 41),
- poradni psychosomatycznej o 13 dni (z 13 do 0),
- zespołu leczenia środowiskowego (domowego) dla osób z autyzmem o 29 dni (z 809 do 780).

Na świadczenie w poradni zdrowia psychicznego, na koniec 2018 r., oczekiwało 26 929 osób, w tym 26 776 przypadków stabilnych (o 3039 mniej niż na koniec 2017 r.) oraz 153 przypadków pilnych (mniej o 71). W 14 OW NFZ liczba oczekujących przypadków stabilnych spadła, a największy spadek nastąpił w Opolskim OW NFZ – o 785 osób, 60,1%.

Poradnia zdrowia
psychicznego

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

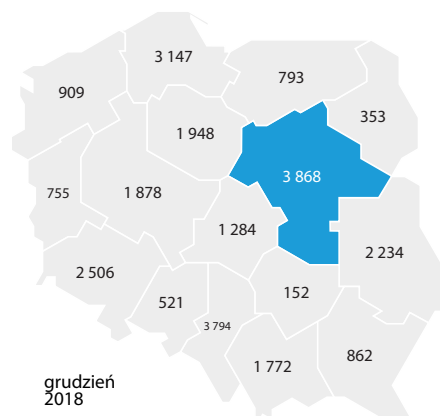
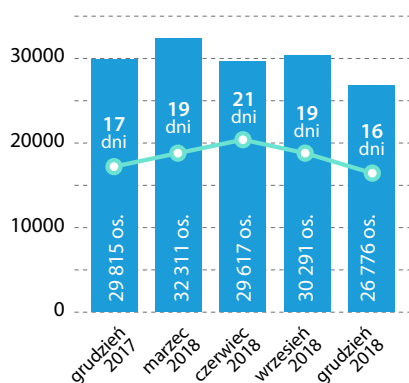
Liczba oczekujących i czas oczekiwania w świadczeniach kontraktowanych odrębnie

Wartość mediany średniego czasu oczekiwania dla przypadków stabilnych na koniec 2018 r. była niższa o jeden dzień, niż na koniec 2017 r. Wartość mediany spadła w dziewięciu OW NFZ.

Infografika nr 12

Liczba oczekujących oraz mediana średniego czasu oczekiwania – poradnia zdrowia psychicznego

poradnia **zdrowia psychicznego**
przypadek stabilny



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci

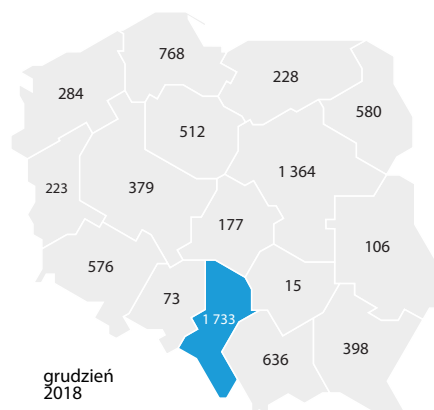
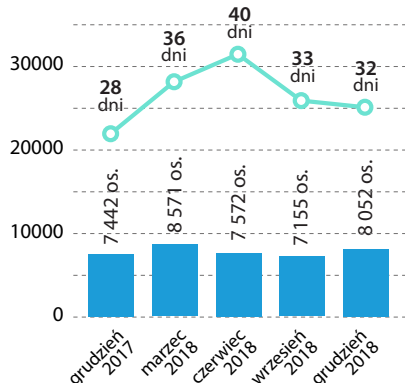
Do poradni zdrowia psychicznego dla dzieci, na koniec 2018 r., oczekiwało 8 263 osób, w tym 8052 przypadków stabilnych (o 610 więcej niż rok wcześniej) oraz 211 przypadków pilnych (o 91 więcej). W pięciu OW NFZ liczba oczekujących przypadków stabilnych spadła.

Mediana średniego czasu oczekiwania dla przypadków stabilnych wzrosła o cztery dni, jednocześnie w sześciu OW NFZ była niższa na koniec 2018 r. niż rok wcześniej. Najwyższa wartość mediany na koniec 2018 r. wystąpiła w Podlaskim OW NFZ i wyniosła 100 dni (o 14 więcej niż na koniec 2017 r., 16,3%).

Infografika nr 13

Liczba oczekujących oraz mediana średniego czasu oczekiwania – poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci

poradnia **zdrowia psychicznego dzieci**
przypadek stabilny



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W świadczeniach, dla których listy oczekujących są sprawozdawane przez świadczeniodawców za pośrednictwem aplikacji Kolejki Centralne (AP-KOLCE) liczba oczekujących na świadczenie pomiędzy grudniem 2017 r. a grudniem 2018 r., dla przypadków stabilnych, wzrosła dla 13 świadczeń, zmniejszyła się dla 17 świadczeń, a dla jednego nie zmieniła się.

Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na świadczenie pomiędzy grudniem 2017 r. a grudniem 2018 r., dla przypadków stabilnych, wzrosła dla 14 świadczeń, zmniejszyła się dla dziewięciu świadczeń, a dla ośmiu pozostała bez zmian.

Najwyższy wzrost mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na świadczenie stwierdzono dla:

- endoprotezoplastyki stawu kolanowego o 35 dni (z 532 do 567),
- świadczeń z zakresu endokrynologii (60005) realizowanych w poradni schorzeń tarczycy (1038) o 109 dni (z 178 do 287),
- przezskórnego lub z innego dostępu wszczepiania zastawek serca o 28 dni (z 6 do 34).

Największy spadek mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na świadczenie stwierdzono dla:

- zabiegów w zakresie soczewki (zaćma) o 139 dni (z 484 do 345),
- świadczeń z zakresu endokrynologii (60005) realizowanych w poradni endokrynologiczno-ginekologicznej (1032) o 28 dni (z 72 do 44),
- świadczenia z zakresu kardiologii (60004) realizowane w poradni kardiologicznej dla dzieci (1101) o 15 dni (z 103 do 88).

Na endoprotezoplastykę stawu biodrowego na koniec 2018 r. oczekowało 96 965 osób, o 5585 mniej niż na koniec 2017 r., tj. 5,45%. Spadek liczby oczekujących przypadków stabilnych stwierdzono w 14 OW NFZ. Wzrost nastąpił w Łódzkim i Zachodniopomorskim OW NFZ.

Mediana średniego czasu oczekiwania, dla przypadków stabilnych, spadła o 14 dni, jednocześnie spadek mediany nastąpił w dziewięciu OW NFZ. Największy spadek nastąpił w Śląskim OW NFZ – o 175 dni. W Dolnośląskim OW NFZ wartość mediany wzrosła o 363 dni.

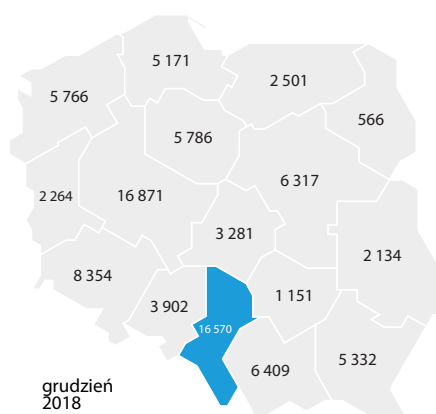
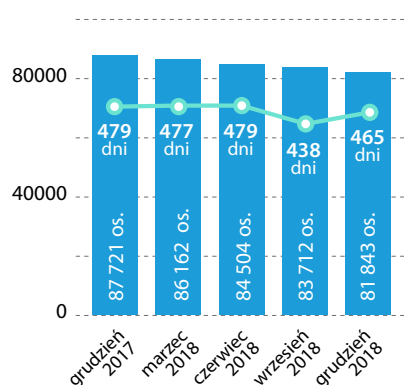
Liczba oczekujących według AP-KOLCE

Endoprotezoplastyka stawu biodrowego

Infografika nr 14

Liczba oczekujących oraz mediana średniego czasu oczekiwania – endoprotezoplastyka stawu biodrowego

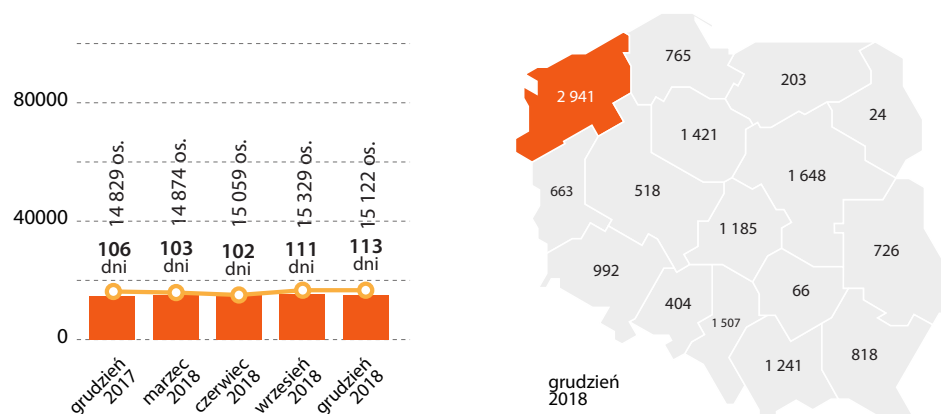
świadczenie **endoprotezoplastyka stawu biodrowego**
przypadek stabilny



WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

świadczenie endoprotezoplastyka stawu biodrowego

przypadek pilny



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Endoprotezoplastyka stawu kolanowego

Na endoprotezoplastykę stawu kolanowego na koniec 2018 r. oczekowało 116 113 osób, o 1992 mniej niż rok wcześniej, tj. o 1,69%. Liczba oczekujących przypadków stabilnych spadła w ośmiu OW NFZ. Najwyższy procentowo spadek nastąpił w Podlaskim OW – 17,1%, co oznaczało spadek liczby oczekujących o 337 osób.

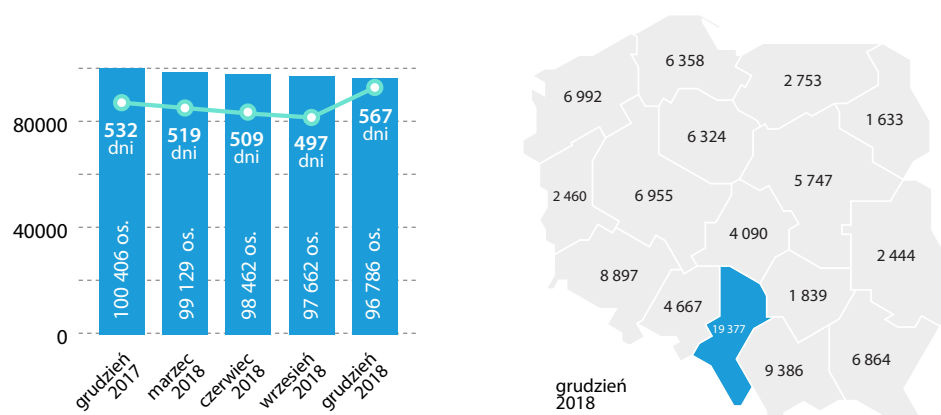
Mediana średniego czasu oczekiwania, dla przypadków stabilnych, wzrosła o 35 dni, przy czym w 10 OW NFZ wartość mediany spadła. Najwyższy spadek nastąpił w Wielkopolskim OW NFZ – o 169 dni. Jednocześnie w Dolnośląskim OW NFZ wartość mediany wzrosła o 461 dni i na koniec 2018 r. była najwyższa w kraju wynosząc 1 544 dni.

Infografika nr 15

Liczba oczekujących oraz mediana średniego czasu oczekiwania – endoprotezoplastyka stawu kolanowego

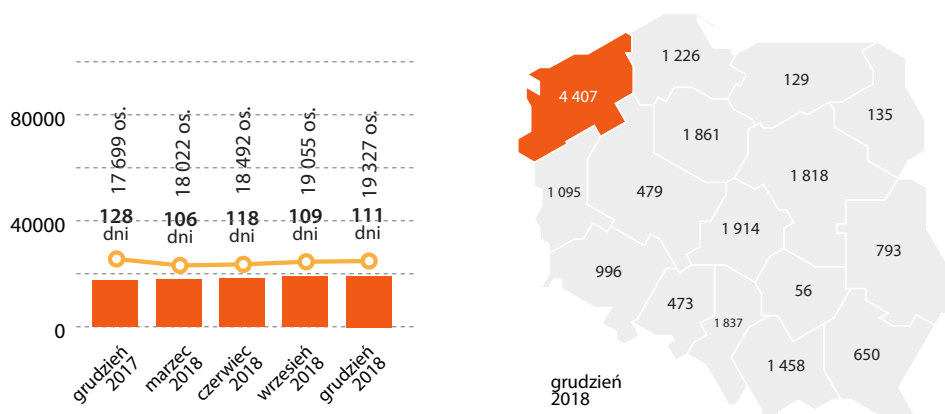
świadczenie endoprotezoplastyka stawu kolanowego

przypadek stabilny



WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

świadczenie endoprotezoplastyka stawu kolanowego przypadek pilny



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Na zabiegi w zakresie soczewki (zaćma) na koniec 2018 r. oczekiwali 372 407 osób, tj. o 121 961 mniej niż na koniec 2017 r., tj. o 24,67%. Powyższe wynikało ze spadku liczby oczekujących przypadków stabilnych we wszystkich OW NFZ, a dla przypadków pilnych w 10 OW NFZ.

Zabiegi w zakresie soczewki (zaćma)

Mediana średniego czasu oczekiwania, dla przypadków stabilnych, spadła o 139 dni i na koniec 2018 r. wynosiła 345 dni. Wartość mediany spadła w 15 OW NFZ, wzrosła tylko w Podlaskim OW NFZ – o 112 dni.

Zmniejszenie liczby oczekujących na zabiegi w zakresie soczewki osiągnięto m.in. dzięki zmianom w organizacji świadczeń wprowadzonym zarządzeniem 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. Zmiany te obejmowały przede wszystkim:

- modyfikację sekcji B (Choroby narządu wzroku) poprzez: zmiany w produktach związanych z leczeniem zaćmy: zmiana grupy B18 na B18G Usunięcie zaćmy – kategoria I, oraz zmiana grupy B19 na B19G Usunięcie zaćmy – kategoria II, zgodnie z opisem (załącznik nr 10)³²;
- dodanie do katalogu produktów odrębnych (załącznik nr lb) produktu: Kontrolna porada specjalistyczna po zabiegu związanym z leczeniem zaćmy (dedykowany grupie B18G i B19G);
- dodanie do katalogu produktów odrębnych (załącznik nr lb) produktu: Wizyta kwalifikacyjna do zabiegu usunięcia zaćmy – w trybie ambulatoryjnym (zgodnie z opublikowanym przez Polskie Towarzystwo Okulistyczne „Standardem kwalifikacji do zabiegu usunięcia zaćmy – nie dotyczy dzieci”;
- dodanie obowiązku sprawozdawania w raporcie statystycznym ostrości wzroku według skali Snellena oraz powikłań po zabiegu.

³² B18, B18G i podobne oznaczenia – grupa pacjentów w systemie rozliczania świadczeń zdrowotnych przez Fundusz.

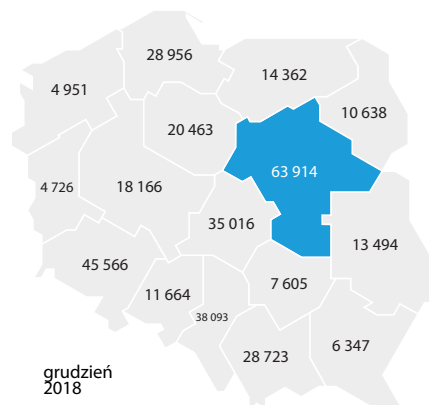
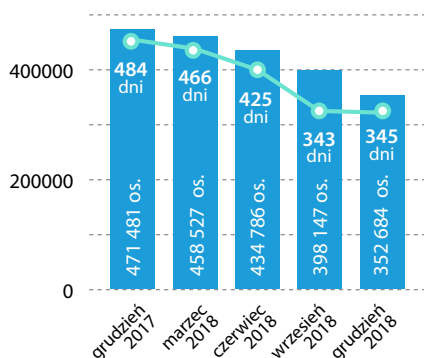
WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 16

Liczba oczekujących oraz mediana średniego czasu oczekiwania – zabiegi w zakresie soczewki (zaćma)

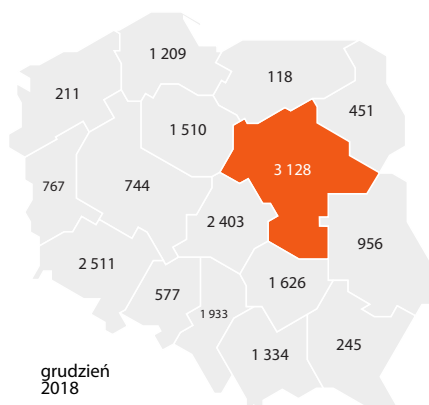
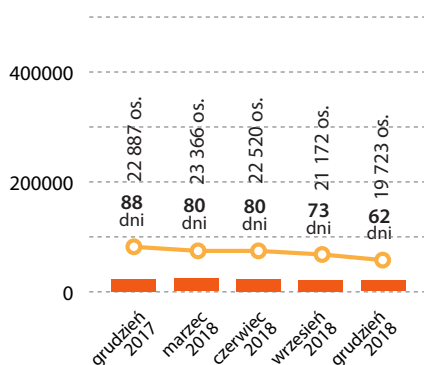
zabiegi w zakresie soczewki (zaćma)

przypadek stabilny



zabiegi w zakresie soczewki (zaćma)

przypadek pilny



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Liczba oczekujących w leczeniu stomatologicznym

Liczba oczekujących na leczenie stomatologiczne na koniec 2018 r. wyniosła 470 033 osób, o 8460 mniej niż na koniec 2017 r., tj. o 1,77%. W grupie oczekujących 41,63% stanowiły osoby oczekujące na leczenie protetyczne (195 683 osób, spadek o 6081, 3,01%).

Przyczyny ograniczonej dostępności świadczeń

Dokonując oceny dostępności do świadczeń w 2018 r. Fundusz wskazał, że przyczynami ograniczeń dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej były:

1. Procesy demograficzne, tj. starzejące się społeczeństwo oraz wydłużająca się przeciętna długość życia, czemu towarzyszy podwyższona zgłaszalność podyktowana wzrostem zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne.
2. Niewielka liczba świadczeniodawców udzielających określonych świadczeń np. wyspecjalizowanych ośrodków neurochirurgicznych.
3. Niewystarczające nakłady finansowe płatnika świadczeń opieki zdrowotnej, niepozwalające na zrównoważenie popytu na świadczenia.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

4. Preferowanie przez pacjentów placówek z określoną renomą lub też największych (najlepiej znanych) w rejonie/województwie, prowadzące do znacznych różnic między najdłuższymi a najkrótszymi kolejkami w danym zakresie świadczeń, obserwowane np. w przypadku endoprotezoplastyk stawowych, zabiegów w zakresie soczewki (zaćma).
5. Niewystarczająca liczba lekarzy określonej specjalności (np. neurochirurgii, ortodoncji, psychiatrii dziecięcej, gastroenterologii, endokrynologii, okulistyki zabiegowej) w skali kraju lub danego regionu powoduje, że wydłuża się czas oczekiwania na świadczenia z danego zakresu. Występują też sytuacje, że lekarze nie są zainteresowani zawieraniem umów z Narodowym Funduszem Zdrowia z uwagi na fakt, że na rynku prywatnym są znacznie lepiej wynagradzani.
6. Duża liczba pozostających pod opieką poradni specjalistycznych dłużej niż wskazywałby na to postęp choroby lub dynamika procesu chorobowego, przez co osoby kontynuujące leczenie „blokują” miejsca dla kolejnych pacjentów. Długoletnie przebywanie pod opieką specjalisty zdiagnozowanych pacjentów widoczne jest m.in. na przykładzie świadczeń z zakresu endokrynologii, kardiologii. Pacjenci niechętnie oddają się pod opiekę lekarza Poz. Wielu pacjentów chorych przewlekłe wybiera stałe wizyty u specjalisty, pomimo iż stan zdrowia nie wskazuje na taką konieczność. Kontrola stanu zdrowia mogłaby być realizowana przez lekarza Poz. Przy rosnącej liczbie pacjentów chorych przewlekłe, pozostawanie ich pod stałą opieką specjalisty powoduje, że czasy oczekiwania ulegają wydłużeniu. Zwraca się uwagę na brak standardów kontynuowania leczenia przez lekarzy Poz. Występuje niewystarczająca współpraca pomiędzy POZ, a AOS.
7. Zbyt pochopne lub niezasadne kierowanie pacjentów przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej do poradni specjalistycznych w sytuacjach, gdy dane schorzenie może być leczone w POZ.
8. Brak możliwości zakontraktowania świadczeń, które mogłyby być realizowane w mniejszych miejscowościach, co utrudnia dostęp do lekarzy.
9. Upowszechnienie badań tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego, które stają się jednym z podstawowych badań diagnostycznych, co powoduje ciągły wzrost zapotrzebowania na świadczenia i zwiększenie liczby oczekujących oraz czasu oczekiwania.
10. Zwiększona liczba wskazań do wykonania badań diagnostycznych, kierowanie pacjenta na badania kosztochłonne bez wcześniejszego wykorzystania innych metod diagnostycznych.
11. Zwiększenie wyceny procedur JGP dla pacjentów objętych kontynuacją leczenia po leczeniu operacyjnym, co powoduje szybszą realizację kontraktu i wydłużenie czasu oczekiwania dla pacjentów z chorobami przewlekłymi.
12. Brak uszczegółowienia standardów postępowania w przypadku świadczeń z ograniczoną dostępnością np. postępowania w przypadku leczenia zaćmy. Pacjenci są wpisywani w niektórych przypadkach zbyt wcześnie na listę oczekujących z powodu długiego czasu oczekiwania, mają wielokrotnie potem przesuwane terminy udzielenia świadczenia, blokując miejsca innym pacjentom.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

13. Znaczący i nagły wzrost liczby pacjentów kwalifikowanych przez lekarzy kierujących do kategorii medycznej „przypadek pilny”. Część skierowania z adnotacją „pilny” nie znajduje medycznego potwierdzenia.
14. Brak informowania świadczeniodawców przez pacjentów o rezygnacji z udzielenia świadczenia lub braku możliwości stawienia się w ustalonym terminie. Powstają przerwy w udzielaniu świadczeń, brak takiej informacji dezorganizuje pracę świadczeniodawców.
15. Wyznaczanie odległych terminów udzielenia świadczenia na życzenie pacjenta w oderwaniu od kolejności zgłoszeń, co przekłada się na wydłużenie sprawozdawanych średnich rzeczywistych czasów oczekiwania.
16. Brak skutecznego dostępu pacjentów do informacji o miejscach udzielania świadczeń. Często pacjenci kierują się do znanych sobie placówek medycznych, nie wiedząc, że mogą uzyskać dane świadczenie w krótszym terminie u innego świadczeniodawcy.
17. Błędy w sprawozdawczości z zakresu list oczekujących, związane przede wszystkim z wykazywaniem osób wpisanych na wyodrębnioną kolejkę także jako oczekujących do komórki organizacyjnej świadczeniodawcy³³.

5.1.3. Świadczenia w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Kontraktowanie świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia i uzależnień

Plan zakupu świadczeń w 2018 r., w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, zakładał zakup świadczeń w 55 zakresach na łączną kwotę 2 633 702,98 tys. zł³⁴. Świadczenia, które były podstawą sporządzenia planu, zostały zakontraktowane w 53 zakresach³⁵ na łączną kwotę 2 631 850,72 tys. zł, tj. o 1852,26 tys. zł więcej niż przewidywał plan zakupu. W przypadku 25 zakresów świadczeń wartość zakontraktowanych świadczeń była niższa niż założona w planie, a w przypadku 28 zakresów wyższa.

Liczba zakontraktowanych zakresów świadczeń była różna w poszczególnych OW, przy czym w żadnym OW nie zakontraktowano wszystkich 53 zakresów. Najwięcej zakresów zakontraktowały Śląski OW i Mazowiecki OW – po 42 zakresy, a najmniej w Świętokrzyskim OW i Warmińsko-Mazurskim OW – po 26 zakresów.

³³ Np. pacjent oczekujący na endoprotezoplastykę stawu biodrowego lub kolanowego może być wpisany również do kolejki do oddziału chirurgii urazowo-ortopedycznej.

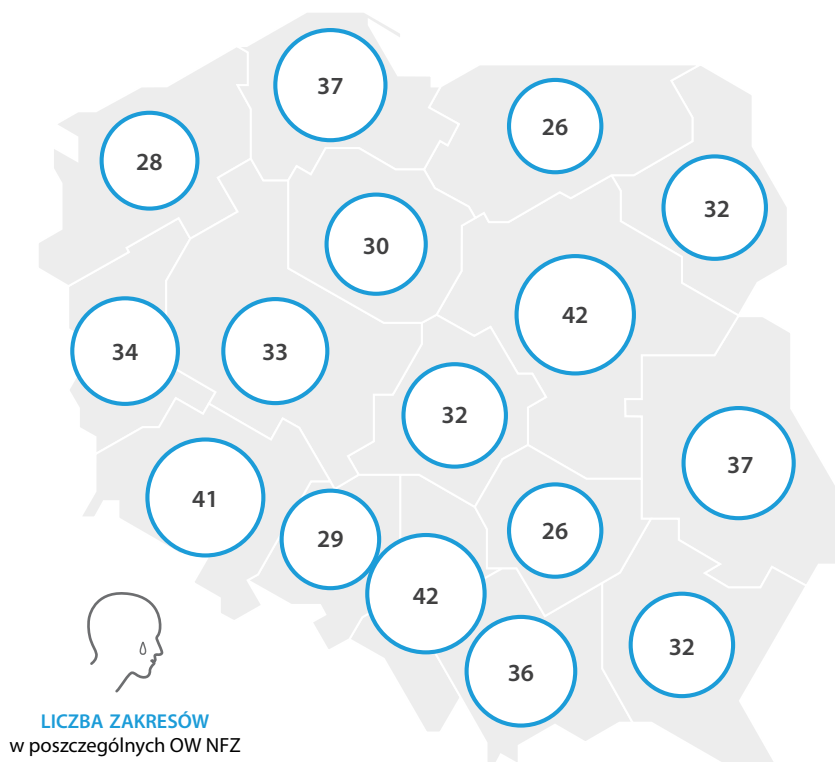
³⁴ Kwota nie uwzględnia środków na wynagrodzenia pracowników medycznych.

³⁵ Nie zawarto umów dla zakresów 04.0001.001.14 Świadczenia w izbie przyjęć szpitala – UE oraz 04.4700.002.02 Leczenie elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi (ew) ze wskazań życiowych. Leczenie elektrowstrząsami, w związku ze zmianą rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 marca 2017 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 498), na podstawie zarządzenia nr 59/2017/DSOZ przestało być odrębnym zakresem świadczeń, w związku z czym nie było ono kontraktowane w 2018 r.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 17

Liczba zakresów świadczeń zakontraktowanych PSY w poszczególnych oddziałach wojewódzkich



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

We wszystkich OW zakontraktowanych zostało 11 zakresów świadczeń³⁶, natomiast cztery zakresy świadczeń zostały zakontraktowane tylko w jednym OW³⁷. Przeciętnie w każdym OW zakontraktowanych było 33,5 zakresów.

W rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w 2018 r., podobnie jak w roku 2017, nie zapewniono dostępu do świadczeń m.in. w zakresie:

- świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży w Podlaskim OW NFZ;
- świadczeń w oddziale dziennym psychiatrycznym rehabilitacyjnym dla dzieci i młodzieży (hospitalizacji) w pięciu OW NFZ (Lubuskim, Opolskim, Świętokrzyskim, Warmińsko-Mazurskim, Zachodniopomorskim);
- świadczeń w oddziale dziennym psychiatrycznym rehabilitacyjnym (hospitalizacji) w trzech OW NFZ (Lubuskim, Pomorskim, Świętokrzyskim);

Świadczenia, do których dostępu nie zapewniono

³⁶ Leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacja); leczenie środowiskowe (domowe); leczenie uzależnień; świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych; świadczenia dzienne terapii uzależnienia od alkoholu; świadczenia opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne dla dorosłych; świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych; świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży; świadczenia psychiatryczne dla dorosłych; świadczenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol; świadczenia w izbie przyjęć szpitala (ryczałt dobowy).

³⁷ Świadczenia odwykowe w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia dla nieletnich; świadczenia opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne dla dzieci i młodzieży; świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze psychiatryczne dla dzieci i młodzieży; świadczenia w opiece domowej/rodzinnej.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- świadczeń w oddziale dziennym terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych (hospitalizacji) w siedmiu OW NFZ (Lubelskim, Łódzkim, Opolskim, Podkarpackim, Świętokrzyskim, Warmińsko-Mazurskim, Zachodniopomorskim);
- świadczeń w oddziale leczenia zaburzeń nerwicowych (hospitalizacji) w trzech OW NFZ (Łódzkim, Podkarpackim, Wielkopolskim);
- świadczeń w oddziale leczenia zaburzeń nerwicowych dla dzieci i młodzieży (hospitalizacji) w czternastu OW NFZ (Dolnośląskim, Kujawsko-Pomorskim, Lubelskim, Lubuskim, Łódzkim, Małopolskim, Opolskim, Podkarpackim, Podlaskim, Pomorskim, Świętokrzyskim, Warmińsko-Mazurskim, Wielkopolskim, Zachodniopomorskim);
- świadczeń w oddziale rehabilitacji psychiatrycznej (hospitalizacji) w pięciu OW NFZ (Kujawsko-Pomorskim, Podlaskim, Świętokrzyskim, Warmińsko-Mazurskim, Wielkopolskim);
- świadczeń w poradni leczenia nerwic w pięciu OW NFZ (Kujawsko-Pomorskim, Łódzkim, Opolskim, Wielkopolskim, Zachodniopomorskim),
- świadczeń w poradni psychologicznej w Wielkopolskim OW NFZ;
- świadczeń w poradni terapii uzależnień od alkoholu dla dzieci i młodzieży w pięciu OW NFZ (Kujawsko-Pomorskim, Pomorskim, Śląskim, Warmińsko-Mazurskim, Zachodniopomorskim);
- świadczeń w zakładzie/oddziale pielęgnacyjno-opiekuńczym psychiatrycznym (hospitalizacji) w trzynastu OW NFZ (Dolnośląskim, Kujawsko-Pomorskim, Lubelskim, Lubuskim, Łódzkim, Małopolskim, Mazowieckim, Opolskim, Podkarpackim, Pomorskim, Śląskim, Świętokrzyskim, Warmińsko-Mazurskim);
- świadczeń w zakładzie/oddziale pielęgnacyjno-opiekuńczym psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży (hospitalizacji) w piętnastu OW NFZ (Dolnośląskim, Kujawsko-Pomorskim, Lubelskim, Lubuskim, Łódzkim, Małopolskim, Mazowieckim, Opolskim, Podkarpackim, Podlaskim, Pomorskim, Świętokrzyskim, Warmińsko-Mazurskim, Wielkopolskim, Zachodniopomorskim).

W stosunku do 2017 r. zapewniono dostęp do świadczeń udzielanych w poradni terapii uzależnień od alkoholu dla dzieci i młodzieży w Opolskim i Świętokrzyskim OW NFZ.

Najczęściej wskazywanymi przyczynami braku zapewnienia dostępności świadczeń były:

- brak podmiotów leczniczych, które mogłyby udzielać danych świadczeń;
- brak zainteresowania świadczeniodawców, w tym brak ofert w ogłoszonych postępowaniach (np. w Podkarpackim OW NFZ przeprowadzono osiem postępowań, które unieważniono z powodu braku ofert);
- niewystarczające zasoby kadrowe świadczeniodawców;
- brak wystarczających środków finansowych w dyspozycji OW NFZ.

Wartość zakontraktowanych świadczeń

Wartość zakontraktowanych świadczeń była wyższa od założeń planu zakupu w pięciu OW NFZ, a niższa w 11 OW NFZ. Świadczenia o najwyższej wartości zakontraktowano w Mazowieckim OW NFZ – na kwotę 394 789,46 tys. zł, a o najniższej w Świętokrzyskim OW NFZ – na kwotę 75 976,84 tys. zł.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Najwyższą wartość świadczeń zakontraktowano w zakresach: świadczenia opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne dla dorosłych (183 586,560 zł), świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych (288 717,34 zł) oraz świadczenia psychiatryczne dla dorosłych (769 601,48 zł), których wartość stanowiła łącznie 47,19% wartości zakontraktowanych świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

Wartość zakontraktowanych świadczeń przeznaczonych dla dzieci i młodzieży lub nieletnich wyniosła 213 462,45 tys. zł, co stanowiło 8,11% wartości zakontraktowanych świadczeń w rodzaju PSY, a zakontraktowano je w ramach 10 zakresów. W żadnym OW nie zakontraktowano wszystkich zakresów przeznaczonych dla dzieci i młodzieży lub nieletnich, a liczba zakontraktowanych zakresów wahała się od trzech w Opolskim, Warmińsko-Mazurskim i Zachodniopomorskim OW NFZ do siedmiu w Dolnośląskim i Mazowieckim OW NFZ.

Najwyższą wartość świadczeń zakontraktowano w zakresach: świadczenia dla osób z autyzmem dziecięcym lub innymi całościowymi zaburzeniami rozwoju (25 356,14 tys. zł); świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży (48 073,73 tys. zł); świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży (84 068,04 tys. zł), co stanowiło łącznie 73,78% wartości zakontraktowanych świadczeń dla dzieci i młodzieży³⁸.

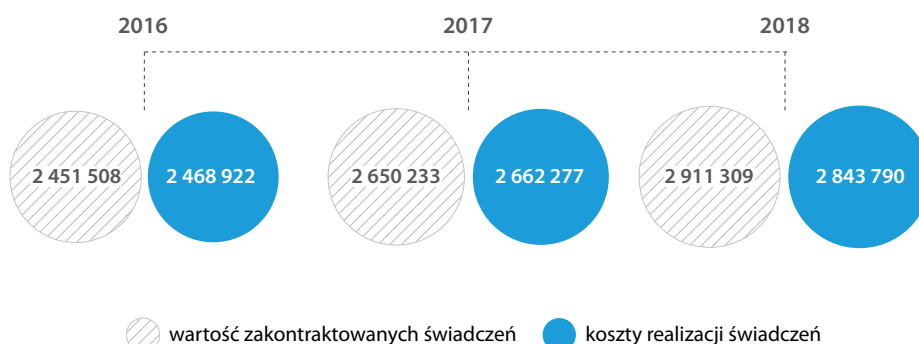
Zrealizowane w 2018 roku koszty świadczeń zdrowotnych, w tym rodzaju świadczeń, w łącznej wysokości 2 843 789,57 tys. zł, stanowiły 99,18% wartości planowanej i były wyższe od kosztów poniesionych w roku 2017 o 181 513,02 tys. zł (tj. o 6,82%).

Wykonanie świadczeń

Największą wartość świadczeń wykonano w województwie mazowieckim (407 200,85 tys. zł), a najniższą w województwie opolskim (73 128,81 tys. zł).

Infografika nr 18

Wartość wykonanych świadczeń PSY w poszczególnych OW w latach 2016–2018



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

³⁸ Na podstawie danych przekazanych w trakcie kontroli przy piśmie DSOZ.401.1180.2019 z 24 maja 2019 r.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Liczba świadczeniodawców

Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w 2018 r. wyniosła 1461, co stanowiło o 36 świadczeniodawców więcej niż w 2017 r. Najwięcej świadczeniodawców udzielało świadczeń w zakresie „04.1700.001.02 świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych” – 982 (o dziewięć więcej niż w 2017 r.). Liczba świadczeniodawców zmniejszyła się w sześciu zakresach³⁹, nie zmieniła się w 17 zakresach, a wzrosła w 31. Najwięcej świadczeniodawców przybyło w zakresie „04.1790.007.02 świadczenia psychologiczne” – 26 (ze 168 w 2017 r. do 194 w 2018 r.).

Liczba lekarzy

Wzrostowi wartości zrealizowanych świadczeń oraz liczby świadczeniodawców towarzyszył wzrost liczby lekarzy udzielających świadczeń. W 2018 r. świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych udzielało 5131 lekarzy specjalistów, specjalistów I^o, specjalistów II^o oraz lekarzy w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii lub psychiatrii dzieci i młodzieży⁴⁰, i było to o 205 lekarzy więcej niż w 2017 r.

Tylko w dwóch OW (Świętokrzyskim i Warmińsko-Mazurskim) stwierdzono zmniejszenie liczby lekarzy – odpowiednio po jednej osobie.

Na 10 000 ubezpieczonych⁴¹ przypadało w Polsce w 2018 r. 1,51 lekarzy (0,06 więcej niż w 2017 r.), przy czym wartość ta był zróżnicowana w poszczególnych OW NFZ: najwyższą wartość odnotowano w Łódzkim OW – 1,85 lekarzy na 10 000 ubezpieczonych, a najmniej w Podkarpackim OW 1,08. Ogólnie w siedmiu OW liczba lekarzy na 10 000 ubezpieczonych była wyższa od średniej krajowej, a w dziewięciu niższa. W stosunku do 2017 r. różnica pomiędzy średnią liczbą lekarzy na 10 000 ubezpieczonych dla kraju a średnią dla poszczególnych OW zmniejszyła się dla dwa OW (Mazowiecki i Świętokrzyski OW).

W przypadku psychiatrii dzieci i młodzieży liczba lekarzy z odpowiednią specjalizacją lub w trakcie specjalizacji wzrosła w 2018 r., w stosunku do 2017 r. o 31, a w przeliczeniu na 10 000 uprawnionych⁴² z 0,67 do 0,71. Jednocześnie liczba lekarzy z odpowiednią specjalizacją lub w trakcie specjalizacji wzrosła w 12 OW, a zmalała w czterech OW. Najniższą wartość odnotowano zarówno w 2017, jak i w 2018 r. w Podkarpackim OW – 0,25 lekarza na 10 000 uprawnionych. Zarówno w 2017 r., jak i w 2018 r. w 10 OW liczba lekarzy z odpowiednią specjalizacją na 10 000 uprawnionych była niższa od średniej dla kraju, przy czym w 2018 r. w sześciu z nich różnica pomiędzy liczbą lekarzy na 10 000 a średnią dla kraju zwiększyła się, co oznacza, że dostępność do lekarzy pogorszyła się w tych OW w stosunku do danych dla całego kraju⁴³.

Różnice pomiędzy OW

Różnice pomiędzy OW NFZ pod względem liczby zakontraktowanych punktów rozliczeniowych w przeliczeniu na 10 000 ubezpieczonych uległy zmniejszeniu. Zarówno w 2017 r., jak i w 2018 r. liczba zakontraktowanych

³⁹ W tej liczbie nie uwzględniono zakresu 04.4700.002.02 Leczenie elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi (ew) ze wskazań życiowych, z powodów wskazanych w przypisie wyżej.

⁴⁰ W tym dawnej specjalizacji w dziedzinie psychiatrii dziecięcej.

⁴¹ Według stanu na dzień 31.12.2018 r., uwzględnia osoby opłacające składkę oraz członków rodzin korzystających z ubezpieczenia

⁴² Jako liczbę uprawnionych wzięto pod uwagę liczbę osób poniżej 18. roku życia wg GUS na dzień 30 czerwca odpowiednio 2017 i 2018 r.

⁴³ Opolski; Podkarpackie; Podlaskie; Pomorski; Świętokrzyski; Warmińsko-mazurski OW.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

punktów rozliczeniowych na 10 000 ubezpieczonych w 10 OW była niższa od średniej dla kraju, ale tylko dla trzech z nich różnica do średniej wzrosła (w Świętokrzyskim, Warmińsko-Mazurskim i Podkarpackim OW). Ponadto Łódzki OW, który w 2017 r. plasował się powyżej średniej zakontraktował świadczenia w liczbie punktów rozliczeniowych równej 98,45% średniej dla kraju w 2018 r. W 2017 r. różnica pomiędzy najniższą a najwyższą zakontraktowaną liczbą punktów rozliczeniowych w OW na 10 000 ubezpieczonych wynosiła 43372,17 punktów, a w 2018 r. 42374,58 punktów.

Także różnice pomiędzy OW pod względem zrealizowanych punktów rozliczeniowych przez świadczeniodawców uległy zmniejszeniu. W 2017 r. w sześciu OW liczba zrealizowanych punktów rozliczeniowych na 10 000 ubezpieczonych była wyższa od średniej dla kraju, podczas gdy w 2018 r. w siedmiu OW, a tylko dwóch OW, w których wartość ta była niższa od średniej krajowej w 2017 r., spadła w 2018 r.⁴⁴. W 2017 r. różnica pomiędzy najniższą a najwyższą zrealizowaną liczbą punktów rozliczeniowych w OW na 10 000 ubezpieczonych wyniosła 43013,57 punktów, a w 2018 r. 40333,70 punktów.

Wprowadzone przez NFZ w 2018 r. zmiany w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień dotyczyły w szczególności⁴⁵:

- wyodrębniono produkt rozliczeniowy dla turnusu rehabilitacyjnego dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz turnusu rehabilitacyjnego dla osób uzależnionych (w celu umożliwienia prowadzenia klarownej sprawozdawczości). Wykazano także produkty rozliczeniowe z zastosowaniem różnego rodzaju wskaźników korygujących jak: przepustki, pobyt ponad standard czasu, porady w przypadku kobiety w ciąży z wadą letalną płodu w celu jawności i przejrzystości sprawozdawczości oraz rozliczeń;
- w ramach zakresu świadczeń: świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży w ramach leczenia pacjentów z grupy rozpoznań ICD 10: F43 – reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne został wydłużony czas pobytu z 42 dni do 70 dni, co stanowi realny czas na przeprowadzenie terapii PTSD;
- wydłużono obowiązek utrzymywania przez okres leczenia szpitalnego rezerwacji łóżka w psychiatrycznym zakładzie opiekuńczo-lecznym lub pielęgnacyjno-opiekuńczym do 30 dni, co stanowiło uwzględnienie wniosków świadczeniodawców;
- wprowadzono współczynniki korygujące: o wartości 1,04 dla świadczeń realizowanych w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych i 1,06 dla świadczeń realizowanych w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży w celu pokrycia wzrostu kosztów świadczeń psychiatrycznych ponoszonych przez świadczeniodawców.

W 2018 r. rozpoczęto również realizację programu pilotażowego w centrach zdrowia publicznego. Program został uruchomiony w oparciu o przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego⁴⁶ oraz zarzą-

Zmiany
w organizacji
świadczeń

Program pilotażowy
w centrach zdrowia
publicznego

⁴⁴ Podkarpacki, Warmińsko-Mazurski OW.

⁴⁵ Wymienione zmiany zostały wprowadzone na podstawie zarządzenia 41/2018/DSOZ.

⁴⁶ Dz. U. poz. 852, 1786.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

dzenia Nr 55/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 czerwca 2018 r. w sprawie umów o realizację programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego⁴⁷. W 2018 r. funkcjonowanie rozpoczęło 27 centrów zdrowia psychicznego.

Świadczenia w centrach zdrowia publicznego są przeznaczone dla świadczeniobiorców w wieku powyżej 18. roku życia, zamieszkujących określony terytorialnie obszar, wskazany w rozporządzeniu Ministra Zdrowia. W centrach udziela się świadczenia psychiatryczne dla dorosłych wraz z pomocą doraźną, świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych, świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych, leczenie śródowiskowe (domowe). Podstawą finansowania świadczeń jest ryczałt stanowiący iloczyn liczby osób powyżej 18. r.ż. zamieszkujących obszar działania centrum i stawki rocznej na osobę.

W 2018 r. centra zdrowia publicznego zrealizowały świadczenia o wartości 65 942,95 tys. zł.

Zmiana wyceny świadczeń

Prezes NFZ zarządzeniem 59/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 lipca 2017 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień⁴⁸ dokonał zmiany wyceny wagi punktowej świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, mimo że wycena taka została określona przez Prezesa AOTMiT, na podstawie art. 311b ust. 1 ustawy o świadczeniach, obwieszczeniem z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

Zgodnie z art. 31n pkt 1a lit. a) ustawy o świadczeniach określenie taryfy świadczeń należy do kompetencji AOTMiT. Prezes Funduszu nie jest uprawniony do określania taryfy w sytuacji, gdy ta została określona zgodnie z obowiązującą procedurą przez Prezesa AOTMiT. W tej sytuacji określenie przez Prezesa Funduszu innej taryfy było działaniem nielegalnym.

Zmiana wyceny świadczeń została przeprowadzona w dwóch etapach – od 1 lipca 2017 r. do 30 września 2017 r. podwyższono o 2%, a od dnia 1 października 2017 r. o kolejne 2%.

Uzasadnieniem do zwiększenia wyceny punktowej świadczeń było ponoszenie przez świadczeniodawców dodatkowych kosztów ich udzielania w związku z podniesieniem minimalnego wynagrodzenia za pracę.

Zadania w planie pracy dotyczące psychiatrii

W raporcie rocznym z realizacji planu pracy Centrali Funduszu na 2018 rok w odniesieniu do dwóch zadań w ramach celu numer 4 „Poprawa efektywności wydatkowania środków publicznych” oceny realizacji zadania dokonano w sposób nieuwzględniający zdefiniowanych mierników i założonych celów:

- w zadaniu 4.5 „Zmniejszenie różnic międzyoddziałowych w cenach jednostkowych świadczeń w rodzaju opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień” zdefiniowano miernik: wysokość ceny oczekiwanej, planowana do osiągnięcia wartość miernika „≥50%”;

⁴⁷ Zmienione zarządzeniami: Nr 59/2018/DSOZ z dnia 26 czerwca 2018 r., Nr 81/2018/DSOZ z dnia 14 sierpnia 2018 r., Nr 112/2018/DSOZ z dnia 26 października 2018 r. oraz 78/2019/DSOZ z 27 czerwca 2019 r.

⁴⁸ Dalej zwane również: „zarządzeniem 59/2017/DSOZ”.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- w zadaniu 4.6 „Zmniejszenie różnic międzyoddziałowych w dostępie do świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień” zdefiniowano miernik: liczba zakontraktowanych jednostek rozliczeniowych na 10 tys. uprawnionych, planowana do osiągnięcia wartość miernika „≥50%”.

W raporcie rocznym z realizacji planu pracy oceniono stopień realizacji zadań na 100%, przy czym oceny nie dokonano poprzez odniesienie do planowanych do osiągnięcia wartości mierników, a w odniesieniu do procenta wykonanych zadań szczegółowych określonych w „Harmonogramie zadań szczegółowych”. Dla zadania 4.5 zaplanowano wykonanie trzech zadań szczegółowych polegających na wydaniu zarządzenia i sformułowaniu wytycznych dla OW NFZ, uruchomieniu środków z rezerwy ogólnej oraz wykonywaniu „pracy ciągłej”. Dla zadania 4.6 zaplanowano wykonanie dwóch zadań szczegółowych: ustalenie odpowiednich priorytetów ogólnopolskich i przygotowanie wstępnego planu zakupu na 2019 r. – opieka psychiatryczna i uzależnienia.

W raporcie rocznym z realizacji obu zadań nie wskazano uzyskanych w wyniku realizacji zadań wartości mierników określonych w Planie pracy Centrali Funduszu.

5.1.4. Świadczenia stomatologiczne w dentobusach

Świadczenia stomatologiczne w dentobusie zostały wprowadzone na mocy ustawy z dnia 15 września 2017 r. o szczególnych rozwiązaniach zapewniających poprawę jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej⁴⁹. W uzasadnieniu do tej ustawy wskazano, że „dentobusy” umożliwią zapewnienie opieki stomatologicznej dzieciom w mniejszych miejscowościach, gdzie nie ma gabinetu stomatologicznego w szkole ani w najbliższej okolicy. Takie same założenia znalazły się w uzasadnieniu zarządzenia Nr 6/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 stycznia 2018 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne, które wprowadziło świadczenia w dentobusie do katalogu produktów.

Wprowadzenie świadczeń stomatologicznych w dentobusach zwiększyło dostępność świadczeń profilaktycznych i ogólnostomatologicznych, o czym świadczy fakt, że ponad połowa, tj. 55,5% pacjentów, którym udzielono świadczenia w dentobusach, nie uzyskało takiego świadczenia w latach 2017 i 2018 przed wizytą w dentobusie, u świadczeniodawcy udzielającego świadczeń w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej.

Dentobusy zostały zamówione przez Ministra Zdrowia w 2017 r., a termin dostarczenia dentobusów został określony na 20 grudnia 2017 r. Nie oznaczało to jednak, że świadczenia były udzielane przez cały rok 2018.

Faktyczny termin rozpoczęcia udzielania świadczeń był różny w poszczególnych OW. Zgodnie z zawartymi umowami najwcześniej udzielanie świadczeń w dentobusie rozpoczęło się w dniu 1 kwietnia 2018 r.⁵⁰, a najpóźniej 1 października 2018 r.⁵¹

Świadczenia
w dentobusach

Zawarcie umów
o udzielanie świadczeń

⁴⁹ Dz. U. poz. 1774.

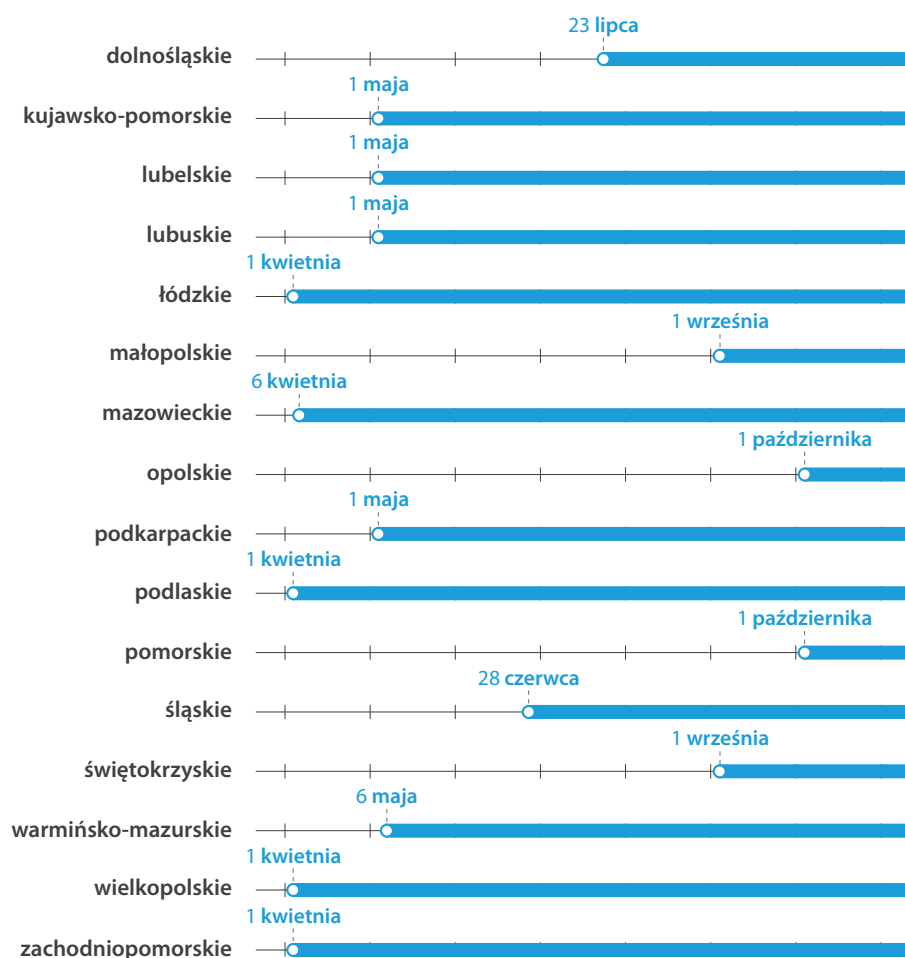
⁵⁰ Łódzki, Podlaski, Wielkopolski i Zachodniopomorski OW.

⁵¹ Pomorski i Opolski OW.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 19

Termin rozpoczęcia udzielania świadczeń w dentobusach



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Przesunięcia w rozpoczęciu udzielania świadczeń wynikały przede wszystkim z problemów związanych z wyborem świadczeniodawców.

Przykładowe problemy z zawarciem umów o udzielanie świadczeń w dentobusach

Opolski OW NFZ ogłosił sześć postępowań konkursowych w celu zawarcia umowy ze świadczeniodawcą na udzielanie świadczeń w „dentobusie”. Pierwsze postępowanie w ww. zakresie Oddział ogłosił 20 lutego 2018 r. – zostało ono unieważnione, gdyż nie wpłynęła żadna oferta. Następnie 12 marca 2018 r. oraz 5 kwietnia 2018 r. ponownie zostały ogłoszone postępowania w ww. przedmiocie, na które wpłynęły kolejno: jedna oferta i dwie oferty. W obu przypadkach oferty zostały odrzucone z powodu niespełniania wymaganych warunków. Z kolei z powodu braku ofert unieważnione zostały postępowania ogłaszane kolejno 27 kwietnia 2018 r. i 6 czerwca 2018 r. Na ogłoszone po raz szósty 6 sierpnia 2018 r. postępowanie konkursowe zgłosił się jeden oferent, z którym Oddział zawarł umowę 1 października 2019 r.

Pomorski OW NFZ przeprowadził trzy postępowania. Pierwsze postępowanie rozstrzygnięto 20 marca 2018 r. W dniu 8 maja 2018 r. do Oddziału wpłynęła rezygnacja wybranego oferenta z zawarcia umowy. W drugim postępowaniu

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

niu prowadzono negocjacje z jednym z oferentów, jednak strony nie doszły do porozumienia, co do ceny i liczby jednostek rozliczeniowych. Trzecie postępowanie, w wyniku którego zawarto umowę, rozstrzygnięto 4 września 2018 r.

W Śląskim OW NFZ w ramach ogłoszonego 20 lutego 2018 r. konkursu ofert wpłynęła jedna oferta. Oddział zawarł umowę z wybranym świadczeniodawcą na okres od 1 kwietnia 2018 r. do 30 czerwca 2022 r., a udzielanie świadczeń w dentobusie faktycznie rozpoczęto 28 czerwca 2018 r., co było wynikiem podpisania umowy użyczenia dentobusu pomiędzy Wojewodą Śląskim a świadczeniodawcą dopiero w dniu 14 czerwca 2018 r.

Skutkiem różnych terminów rozpoczęcia udzielania świadczeń była zróżnicowana liczba pacjentów, którzy skorzystali ze świadczeń w dentobusach w poszczególnych województwach.

Ze świadczeń w dentobusach skorzystało 33 923⁵² pacjentów, w trakcie 36 531 wizyt. Największą grupę wiekową stanowili pacjenci, którzy ukończyli 7. rok życia, a nie ukończyli 16. roku życia – 61,7% ogólnej liczby, młodsi – 36,4%, a pacjenci, którzy ukończyli 16. rok życia 1,9%.

Udzielone świadczenia

Spośród pacjentów, którym udzielono co najmniej jednego świadczenia w dentobusie, 52,2% (17 712) w latach 2017 i 2018, nie uzyskało innego świadczenia stomatologicznego w innym podmiocie, który miał podpisaną umowę z Funduszem, co oznacza, że 47,8% (16 211) pacjentów uzyskało w tym okresie co najmniej jedno świadczenie w innym podmiocie, przy czym 93,2% z nich (15 111) przed pierwszą wizytą w dentobusie, natomiast 6,8% (1100) po wizycie w dentobusie.

Stwierdzono duże rozbieżności w liczbie pacjentów, którym udzielono świadczeń. Najwięcej pacjentów skorzystało ze świadczeń w dentobusie na obszarze Łódzkiego OW NFZ – 4810 pacjentów w trakcie 4832 wizyt, a najmniej na obszarze wielkopolskiego OW NFZ – 580 pacjentów w trakcie 872 wizyt, mimo że w obu tych OW NFZ rozpoczęcie udzielania świadczeń nastąpiło 1 kwietnia 2018 r. Liczba pacjentów, którym udzielano świadczeń w dentobusie w przeliczeniu na dzień roboczy wyniosła średnio dla kraju 14,69, przy czym najwyższa średnia wystąpiła w województwie świętokrzyskim – 25,06, a najniższa województwie wielkopolskim – 2,96.

Rozbieżności w funkcjonowaniu dentobusów

Organizacja udzielania świadczeń w dentobusach w ograniczonym zakresie zapewniała kontynuację leczenia, gdyż jednokrotnie ze świadczeń w dentobusie skorzystało 31 909 (94,06%) pacjentów⁵³, zaś jedynie 2014 więcej niż raz. Najwięcej zanotowano osiem wizyt jednego pacjenta w dentobusie. Najwyższa liczba pacjentów, którym udzielono więcej niż jednego świadczenia w dentobusie wystąpiła w Lubuskim OW – 1034, co stanowiło 39,8% wszystkich pacjentów w dentobusie w tym OW NFZ oraz 51,34% wszystkich pacjentów, którzy odbyli w dentobusie więcej niż jedną wizytę w skali kraju. W województwach pomorskim i małopolskim wszyscy pacjenci tylko raz skorzystali ze świadczenia w dentobusie.

Możliwość kontynuacji leczenia

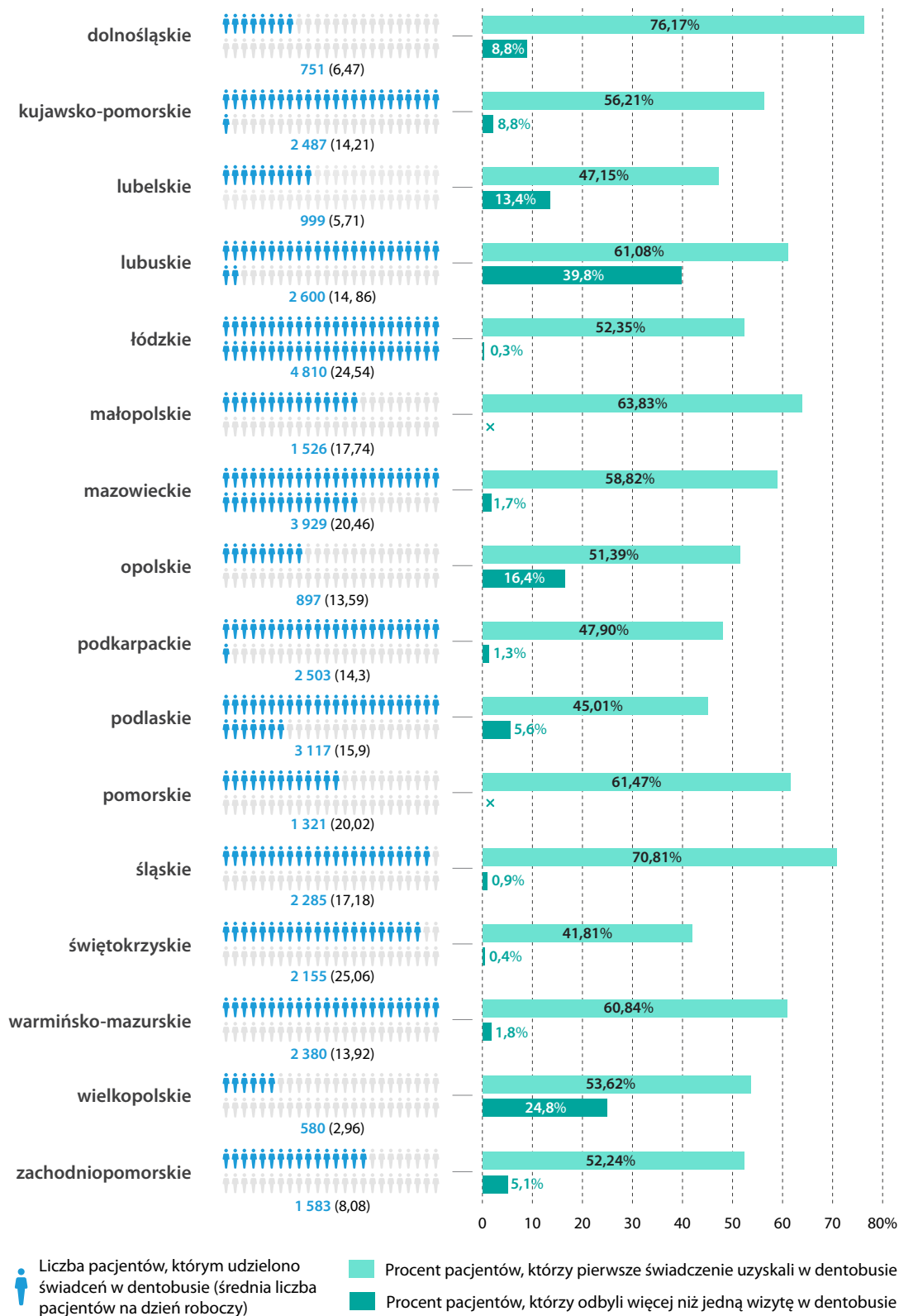
⁵² W tej liczbie trzech pacjentów zostało wykazanych przez więcej niż jeden OW. Dla obliczeń zostali przypisani do tego OW NFZ, w którym wcześniej udzielono im świadczenia.

⁵³ W województwach pomorskim i małopolskim wszyscy pacjenci tylko raz skorzystali ze świadczenia w dentobusie.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 20

Realizacja świadczeń w dentobusach



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

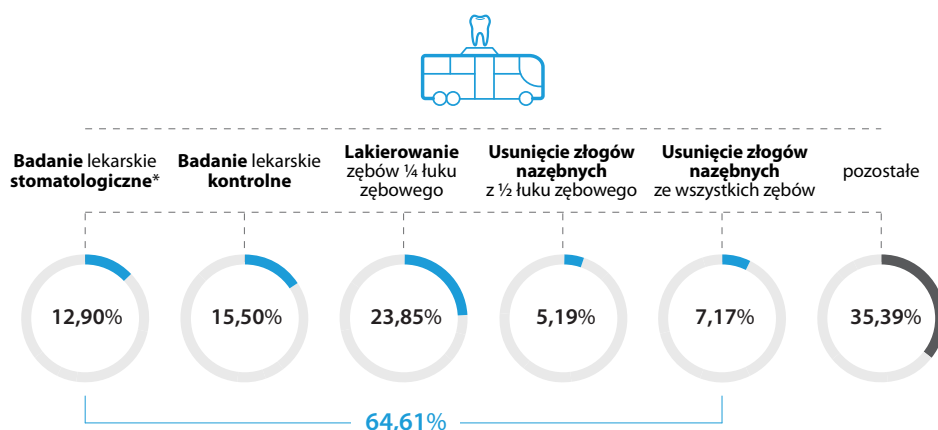
Pięć najczęściej udzielanych świadczeń stanowiło łącznie 64,61% wszystkich świadczeń. Były to:

- badanie lekarskie stomatologiczne, które obejmuje również instruktaż higieny jamy ustnej (kod ICD-9-CM 23.08) – 12,90%;
- badanie lekarskie kontrolne – 15,50%;
- lakierowanie zębów 1/4 łuku zębowego – 23,85%;
- usunięcie złogów nazębnych z 1/2 łuku zębowego – 5,19%;
- usunięcie złogów nazębnych ze wszystkich zębów – 7,17%.

Najczęściej
sprawozdawane
świadczenia

Infografika nr 21

Najczęściej wykonywane świadczenia w dentobusach



*które obejmuje również instruktaż higieny jamy ustnej (kod ICD-9-CM 23.08)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W toku kontroli w OW NFZ stwierdzono, że działania podejmowane przez ich dyrektorów nie zawsze zapewniały realizację celu wprowadzenia świadczeń w dentobusach, tj. dotarcie do pacjentów, którzy mieli utrudniony dostęp do świadczeń.

Wybór miejsca
udzielania świadczeń

W Śląskim OW akceptowano lokalizacje postojów dentobusu (wskazywane w harmonogramach ich postojów, przedkładanych przez świadczeniodawcę do akceptacji Dyrektora Oddziału⁵⁴), które nie odpowiadały celowi zapewnienia opieki stomatologicznej dzieciom w mniejszych miejscowościach, gdzie nie ma w najbliższej okolicy gabinetu stomatologicznego. Przykładowo, w harmonogramie ujęto:

- Częstochowę⁵⁵ (w mieście funkcjonowały trzy miejsca udzielania świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży oraz 40 miejsc udzielania świadczeń ogólnostomatologicznych),
- Sosnowiec⁵⁶ (odpowiednio dwa i 26),
- Dąbrowę Górniczą⁵⁷ (odpowiednio dwa i siedem).

⁵⁴ Zgodnie z poz. 4.2 tabeli nr 2 (Warunki realizacji świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia udzielanych w dentobusie), załącznika nr 2a do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego świadczeniodawca ustala i zgłasza plan i harmonogram realizacji świadczeń w ujęciu miesięcznym do Narodowego Funduszu Zdrowia przy uwzględnieniu potrzeb zdrowotnych świadczeniobiorców w danym województwie.

⁵⁵ Gmina i powiat Częstochowa.

⁵⁶ Gmina i powiat Sosnowiec.

⁵⁷ Gmina i powiat.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Natomiast nie udzielano świadczeń w dentobusie w powiatach usytuowanych na terenach południowych województwa śląskiego (powiaty: raciborski, wodzisławski, bielski, cieszyński, żywiecki).

W Pomorskim OW miejsca udzielania świadczeń w dentobusie typowano jedynie w pobliżu aglomeracji trójmiejskiej, w tym typowano do postojów dentobusu gminy, w których były zakontraktowane świadczenia stomatologii ogólnej dla dzieci i młodzieży. Świadczeń stomatologicznych w dentobusie udzielano prawie wyłącznie na obszarze powiatu gdańskiego (w powiecie tczewskim postój odbywał się jedynie przez trzy dni), podczas gdy w powiecie człuchowskim, kwidzyńskim, malborskim, słupskim i sztumskim nie było żadnego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń stomatologii dla dzieci i młodzieży.

Przykład nieprawidłowej realizacji umowy

Kontrola wykazała, że spośród 30 wybranych do szczegółowego badania lokalizacji (przy placówkach oświatowych) zatwierdzonych przez Śląski Oddział OW NFZ w harmonogramie świadczeń, do 18 miejsc (60%) dentobus nie przyjechał i placówki nie zostały poinformowane o zaplanowanej wizycie. W trzech przypadkach (10%) świadczenia wykonano w innym niż wskazane w harmonogramie terminie – m.in. świadczenia, które miały być realizowane w sierpniu zostały wykonane w listopadzie 2018 r., a wskazane w harmonogramie do wykonania w październiku, zrealizowane zostały w lipcu. Ponadto świadczeniodawca, jako miejsce udzielania świadczeń wskazał w harmonogramie m.in. w sierpniu 2018 r. przedszkole, które w tym miesiącu nie sprawowało opieki nad dziećmi w związku z przerwą wakacyjną oraz przedszkole, które od 2017 r. nie funkcjonowało pod wskazanym adresem.

Brak nadzoru ze strony Oddziału spowodował, że mimo iż świadczenia nie były udzielane zgodnie z harmonogramem postojów, a świadczeniodawca nie informował Oddziału o zmianach miejsc i dat postoju, co było niezgodne z § 10 ust. 3–5 zarządzenia Nr 47/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 czerwca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne, Oddział sfinansował bez uwag świadczenia zgłoszone do rozliczenia.

Pełniący obowiązki Dyrektora Śląskiego OW wyjaśnił, że „Oddział w 2018 r. nie prowadził postępowania kontrolnego u świadczeniodawcy realizującego świadczenia stomatologiczne w dentobusie pod kątem rzeczywistego udzielania świadczenia w konkretnych miejscach jego stacjonowania i jakości udzielanych świadczeń. W dentobusie nie został zainstalowany GPS, ani inne urządzenie naprowadzające pozwalające śledzić ruchy dentobusu. Dentobus jest własnością Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego i ani Świadczeniodawca ani Oddział nie jest uprawniony do wprowadzania zmian i montażu dodatkowych urządzeń w pojeździe. Oddział nie posiada również innych możliwości do codziennego prowadzenia nadzoru nad świadczeniodawcami. [...] Z obowiązujących aktów prawnych nie wynika, że Oddział zobowiązany jest do codziennej kontroli rzeczywistego miejsca postoju dentobusu”.

W Śląskim i Pomorskim OW NFZ świadczeniodawcy zwrócili uwagę na kwestię zgody opiekunów prawnych niepełnoletnich pacjentów na udzielanie im świadczeń opieki zdrowotnej. Pomimo informowania placówek oświatowych, przy których planowany jest postój dentobusów, i składania wstępnych deklaracji liczby potencjalnych pacjentów, oka-

zało się, że część rodziców nie wyrażała ostatecznie zgody na udzielane świadczeń, co miało negatywny wpływ na pełne wykorzystanie potencjału dentobusów.

5.1.5. Świadczenia opieki kompleksowej dla osób po zawale mięśnia sercowego (KOS-Zawał)

Świadczenia kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego KOS Zawał⁵⁸ zostały wprowadzone ze względu na „konieczność zapewnienia pacjentom po zawale mięśnia sercowego kompleksowego dostępu do specjalistycznych świadczeń opieki zdrowotnej, które są niezbędne z punktu widzenia potrzeb klinicznych, tj. zabiegów kardiologii interwencyjnej, kompleksowej rehabilitacji, elektroterapii i specjalistycznej opieki kardiologicznej, wraz z zapewnieniem jej ciągłości w okresie 12 miesięcy od wystąpienia zawału serca”⁵⁹. Stosownie do tego założenia, zgodnie z treścią § 5 ust. 1 zarządzenia 38/2017/DSOZ, katalog świadczeń i produktów jednostkowych dedykowanych do rozliczania świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe, obejmuje:

- 1) diagnostykę, leczenie zachowawcze lub inwazyjne, lub zabiegowe realizowane w ramach hospitalizacji;
- 2) rehabilitację realizowaną w warunkach: stacjonarnych, oddziału/ośrodka dziennego, domowych;
- 3) porady w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej⁶⁰.

Wynagrodzenie świadczeniodawcy udzielającego świadczeń w ramach KOS-Zawał mogło być podwyższone o współczynniki korygujące, w zależności od spełnienia warunku – w przypadku rozpoczęcia przez pacjenta rehabilitacji kardiologicznej w ciągu 14 dni od wypisu ze szpitala, rozliczenie zrealizowanej rehabilitacji korygowane jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,1. Winno to zachęcać świadczeniodawców do zapewnienia świadczenia rehabilitacyjnego pacjentom⁶¹.

W 2018 r. z rozpoznaniem, które było podstawą do objęcia opieką w ramach KOS-Zawał hospitalizowano 74 481 pacjentów⁶², spośród których opieką w ramach KOS-Zawał zostało objętych 9287 pacjentów, tj. 12,47%. Najwięcej pacjentów skorzystało z KOS Zawał w trzech OW NFZ: Śląskim

Cel wprowadzenia świadczeń KOS-Zawał

Dostępność KOS-Zawał

⁵⁸ Dalej „KOS-Zawał”.

⁵⁹ Uzasadnienie do Zarządzenia Nr 38/2017/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe, dalej „zarządzenie 38/2017/DSOZ”.

⁶⁰ Załącznik nr 1k do zarządzenia 38/2017/DSOZ.

⁶¹ W 2019 r. zarządzeniem Nr 10/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 stycznia 2019 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe wprowadzono ograniczenia możliwości uzyskania współczynników korygujących w przypadku przedterminowego zakończenia opieki KOS-Zawał. Przesłankami do niestosowania współczynników są: niezrealizowanie kolejnego elementu opieki w terminie określonym w rozporządzeniu szpitalnym, rozporządzeniu ambulatoryjnym oraz rozporządzeniu rehabilitacyjnym; konieczność wykonania trzeciej lub kolejnej rewaskularyzacji; ponowny zawał; kontynuacja leczenia u innego świadczeniodawcy posiadającego umowę KOS-Zawał, zgon pacjenta. Jeżeli świadczenie rehabilitacyjne nie zostanie zrealizowane w terminie nie uwzględnia się w rozliczeniach współczynników jakościowych dla tego świadczenia.

⁶² W liczbie tej uwzględniono również pacjentów, których hospitalizacja zaczęła się przed 01.01.2018 r. i trwała nadal w 2018 r. (było to 1551 pacjentów).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

(3309, 34,38% hospitalizowanych pacjentów), Lubelskim (1454, 38,36% hospitalizowanych pacjentów) i Dolnośląskim (1440, 23,93% hospitalizowanych pacjentów). Ponad 10% hospitalizowanych pacjentów zostało objętych KOS-Zawał również w Opolskim OW (27,63%) oraz Łódzkim (13,07%).

Dostępność rehabilitacji kardiologicznej

We wszystkich OW NFZ odsetek pacjentów, którzy uzyskali świadczenie rehabilitacyjne oraz uzyskali świadczenie rehabilitacyjne nie później niż w terminie 14 dni od wypisu był wyższy dla pacjentów objętych KOS-Zawał, niż pacjentów poza programem.

Z grupy 65 194 pacjentów, którzy nie zostali objęci KOS-Zawał świadczenie rehabilitacji kardiologicznej po hospitalizacji uzyskało 15 954 pacjentów⁶³, co stanowiło 24,47%. Natomiast w grupie pacjentów, których świadczenia zostały sprawozdane w ramach KOS-Zawał świadczenie rehabilitacyjne uzyskało 6 337 pacjentów, co stanowiło 68,24%.

W terminie nie później niż 14 dni od daty wypisu ze szpitala świadczenie rehabilitacyjne uzyskało 3570 pacjentów ogółem, tj. 5,48%, a w grupie pacjentów objętych KOS-Zawał 4 689 pacjentów, tj. 50,49%.

Ponadto 552 pacjentów objętych KOS-Zawał uzyskało świadczenie rehabilitacyjne poza tym programem.

⁶³ Uwzględniono wyłącznie pacjentów, dla których data rozpoczęcia udzielenia świadczenia rehabilitacyjnego była taka sama lub późniejsza niż data przyjęcia do szpitala.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Tabela nr 1
Realizacja świadczeń rehabilitacji kardiologicznej dla pacjentów hospitalizowanych w 2018 r.

OW NFZ	Liczba pacjentów z rozpoznaniem kwalifikującym do KOS-Zawał	Pacjenci objęci opieką KOS-Zawał		Pacjenci objęci KOS-Zawał, którzy rozpoczęli rehabilitację kardiologiczną		Pacjenci objęci KOS-Zawał, którzy rozpoczęli rehabilitację kardiologiczną		Pacjenci nie objęci KOS-Zawał, którzy rozpoczęli rehabilitację kardiologiczną	
		ogółem	%	ogółem	nie później niż 14 dni od wypisu	później niż 14 dni od wypisu	ogółem	nie później niż 14 dni od wypisu	później niż 14 dni od wypisu
01 DOLNOŚLĄSKI	6 017	1 440	23,93%	70,69%	40,42%	30,28%	26,35%	7,73%	18,61%
02 KUJAWSKO-POMORSKI	4 685	28	0,60%	71,43%	64,29%	7,14%	20,46%	6,10%	14,37%
03 LUBELSKI	3 790	1 454	38,36%	57,63%	53,37%	4,26%	26,03%	10,70%	15,33%
04 LUBUSKI	3 007	140	4,66%	45,71%	44,29%	1,43%	29,19%	10,71%	18,49%
05 ŁÓDZKI	5 624	735	13,07%	58,23%	42,04%	16,19%	23,38%	2,21%	21,17%
06 MAŁOPOLSKI	5 636	243	4,31%	68,72%	55,14%	13,58%	32,17%	10,70%	21,47%
07 MAZOWIECKI	9 548	457	4,79%	76,15%	50,77%	25,38%	15,81%	2,95%	12,86%
08 OPOLSKI	1 795	496	27,63%	51,41%	15,12%	36,29%	40,72%	18,63%	22,09%
09 PODKARPACKI	3 493	0 ¹	0 ¹	0 ¹	0 ¹	0 ¹	28,32%	2,29%	26,03%
10 PODLASKI	1 823	39	2,14%	87,18%	76,92%	10,26%	28,98%	3,36%	25,62%
11 POMORSKI	4 373	0 ¹	0 ¹	0 ¹	0 ¹	0 ¹	32,71%	8,39%	24,31%
12 ŚLĄSKI	9 594	3 309	34,49%	82,93%	64,19%	18,74%	22,61%	2,42%	20,19%
13 ŚWIĘTOKRZYSKI	2 851	0 ¹	0 ¹	0 ¹	0 ¹	0 ¹	26,00%	6,04%	19,96%
14 WARMIŃSKO-MAZURSKI	2 663	0 ¹	0 ¹	0 ¹	0 ¹	0 ¹	22,99%	3,31%	19,68%
15 WIELKOPOLSKI	6 686	469	7,01%	40,09%	27,93%	12,15%	20,94%	3,14%	17,81%
16 ZACHODNIOPOMORSKI	2 896	477	16,47%	48,85%	45,28%	3,56%	20,42%	2,73%	17,69%
POLSKA	74 481	9 287	12,47%	68,24%	50,49%	17,75%	24,47%	5,48%	19,00%

¹ Nie wykazano pacjentów leczonych w ramach opieki KOS-Zawał

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Najwyższy procent pacjentów, którzy nie byli objęci KOS-Zawał, a uzyskali świadczenie rehabilitacyjne odnotowano w Opolskim OW NFZ – 40,72%, w tym w ciągu 14 dni od wypisu 18,63%, zaś najniższe w Mazowieckim OW NFZ (15,81% pacjentów uzyskało świadczenie rehabilitacyjne, w tym 2,95% nie później niż 14 dni od wypisu) i Łódzkim OW NFZ (odpowiednio 23,38% i 2,21%). Ogółem w ośmiu OW NFZ odsetek pacjentów, którzy uzyskali świadczenie rehabilitacyjne w terminie 14 dni od wypisu był wyższy od średniej dla kraju.

W grupie pacjentów objętych leczeniem w ramach KOS-Zawał największą procentowo pacjentów uzyskało świadczenie rehabilitacyjne w Podlaskim OW NFZ – 87,18% (przy czym było to tylko 34 pacjentów) i Śląskim OW NFZ – 82,93% (2 744 pacjentów), a w terminie 14 dni od wypisu również w Podlaskim OW NFZ – 76,92% (30 pacjentów) i Kujawsko-Pomorskim OW – 64,29% (18 pacjentów). W trzech OW NFZ mniej niż połowa pacjentów uzyskała świadczenie rehabilitacji kardiologicznej (Lubuski, Wielkopolski i Zachodniopomorski).

Liczba i rozmieszczenie świadczeniodawców KOS-Zawał

Rozmieszczenie terytorialne świadczeniodawców nie było równomierne i skutkowało zróżnicowaniem dostępności KOS-Zawał pomiędzy województwami, jak i na obszarze niektórych województw. Zróżnicowanie to wynikało z jednej strony z rozmieszczenia zasobów ochrony zdrowia, a z drugiej z trybu zawierania umów, przy którym nie określano obszarów kontraktowania (umowy były zawierane na wniosek zainteresowanych świadczeniodawców spełniających warunki).

Na koniec 2017 r. świadczenia KOS-Zawał nie były udzielane w siedmiu OW NFZ, a na koniec 2018 r. w czterech OW NFZ⁶⁴. Świadczenie na koniec 2018 r. było udzielane przez 49 z 56 świadczeniodawców, którzy według Funduszu spełniali warunki określone w pkt „1.2.1 wymagania formalne” Załącznika nr 3 do Nr 38/2017/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe. W dziewięciu OW NFZ wszyscy świadczeniodawcy spełniający warunki formalne udzielali świadczeń w ramach KOS-Zawał⁶⁵.

Przykłady ograniczeń w dostępności świadczeń KOS-Zawał

W Pomorskim OW po ogłoszeniu możliwości zawarcia umowy na realizację świadczeń KOS-Zawał wnioski złożyło dwóch świadczeniodawców, jednak z powodu wystąpienia błędu systemu informatycznego zostało ono unieważnione. W toku dalszych czynności zmierzających do zawarcia umów obaj świadczeniodawcy wycofali wnioski. Jako przyczynę wycofania wskazali wynik szczegółowej analizy szacunkowego poziomu finansowania i kosztów oraz tymczasowe problemy kadrowe jednego ze świadczeniodawców.

W Śląskim OW umowy były realizowane przez 21 świadczeniodawców pełniących funkcję koordynatorów na terenie 13 powiatów⁶⁶, głównie w centralnej oraz południowej części województwa śląskiego. Na północy województwa świadczenia te udzielane były przez dwóch świadczeniodawców, funkcjonujących na obszarze miasta Częstochowa.

⁶⁴ Świętokrzyski, Pomorski, Podkarpacki, Warmińsko-Mazurski OW NFZ.

⁶⁵ Dolnośląski, Lubuski, Łódzki, Mazowiecki, Opolski, Podlaski, Śląski, Wielkopolski, Zachodniopomorski OW NFZ.

⁶⁶ Powiaty: cieszyński, raciborski, wodzisławski, Bielsko-Biała, Bytom, Chorzów, Częstochowa, Dąbrowa Górnicza, Jastrzębie-Zdrój, Katowice, Rybnik, Sosnowiec, Tychy.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W Opolskim OW od 1 października 2017 r. świadczenia KOS-Zawał udzielane były przez jednego świadczeniodawcę, z siedzibą w Opolu, przy czym świadczenia w zakresie rehabilitacji kardiologicznej dla jego pacjentów realizowane były przez świadczeniodawcę w Głuchołazach, na podstawie zawartej umowy podwykonawstwa, tj. ok. 75 km od siedziby zleceniodawcy, na południu województwa przy granicy z Republiką Czeską, i ok. 140 km od północno-wschodniego krańca województwa. W efekcie, przy jednym z wyższych wskaźników pacjentów objętych KOS-Zawał (27,6%), procent pacjentów, którzy uzyskali świadczenie rehabilitacyjne nie później niż 14 dni od wypisu był najniższy w całym kraju (15,1%).

W okresie objętym kontrolą w jednym przypadku odmówiono podpisania umowy ze świadczeniodawcą. W listopadzie 2017 r. oraz w grudniu 2018 r. do Opolskiego OW NFZ wpłynęły dwa pisma od jednego świadczeniodawcy z prośbą o ogłoszenie postępowania konkursowego w celu zakontraktowania świadczeń KOS-Zawał. Oba ww. pisma wpłynęły do Oddziału po zakończeniu kontraktowania świadczeń odpowiednio na 2018 r. i na 2019 r., o czym jednostka kontrolowana poinformowała świadczeniodawcę. Świadczeniodawca w okresie objętym kontrolą realizował świadczenia z zakresu kardiologii interwencyjnej w ramach dwóch umów zawartych z Oddziałem a dotyczących udzielania świadczeń w Nysie i w Kędzierzynie-Koźlu⁶⁷.

W 2018 r. do Śląskiego OW wpłynęła jedna skarga dotycząca braku możliwości leczenia w ramach KOS Zawał. W wyniku postępowania wyjaśniającego, ŚOW NFZ uznał skargę za zasadną w części dotyczącej braku właściwej informacji świadczeniodawcy odnośnie dalszego postępowania rehabilitacyjnego wobec pacjenta.

Nieprzeprowadzona
ewaluacja

Nieprawidłowość

Zgodnie z treścią Oceny Skutków Regulacji do zarządzenia nr 38/2018/DSOZ, realizacja świadczeń KOS-Zawał po roku od wprowadzenia miała zostać poddana ewaluacji, która pozwoliłaby ocenić efektywność wprowadzonej, alternatywnej metody finansowania świadczenia. Do dnia zakończenia kontroli, tj. mimo upływu 380 dni od terminu, po którym przewidziano przeprowadzenie oceny, przedmiotowy raport ewaluacyjny nie został sporządzony.

5.1.6. Zmiany w finansowaniu świadczeń

Fundusz dokonywał zmian w finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym związanych z ustalaniem wartości punktowej świadczeń. Badaniem objęto trzy zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczące określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień oraz w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne⁶⁸. We wszystkich trzech przypadkach ustalenie wartości współczynników korygujących lub zmiana wyceny wagi punktowej produktów rozliczeniowych nie zostało poprzedzone rzetelną analizą.

Brak szacowania kosztów
wprowadzanych zmian

⁶⁷ W zakresie 03.4100.130.02, tj. kardiologia – hospitalizacja E10, E11, E12G, E15 (kardiologia interwencyjna).

⁶⁸ Zarządzenie nr 41/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, dalej „zarządzenie 41/2018/DSOZ”; Zarządzenie nr 59/2017/DSOZ; Zarządzenie nr 134/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 grudnia 2018 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, dalej „zarządzenie 134/2018/DSOZ”.

Zgodnie z treścią art. 97 ust. 3 pkt 1 ustawy o świadczeniach jednym z zadań Funduszu jest analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Z kolei stosownie do treści art. 44 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych⁶⁹ wydatki publiczne powinny być dokonywane w sposób celowy i oszczędny, z zachowaniem zasad uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów oraz optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów.

Zarządzeniem nr 59/2017/DSOZ dokonana została dwukrotnie po 2%⁷⁰ zmiana wyceny wagi punktowej produktów rozliczeniowych. W uzasadnieniu do zarządzenia wskazano, że wycenę punktową świadczeń skorygowano „w związku z ponoszonymi przez świadczeniodawców rosnącymi kosztami, będącymi pochodną wzrostu ogólnych kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, których wyceny nie były kompleksowo podnoszone od 2011 r.” Określenie wartości korekty wyceny nie zostało poprzedzone przeprowadzeniem analizy rzeczywistego wzrostu kosztów świadczeń, a przywołany wyżej cel zmiany wyceny świadczeń nie został skonkretyzowany w postaci pożądanego efektów. Tym samym niemożliwe było również określenie jakie środki finansowe były faktycznie niezbędne dla realizacji celu. Dokonanie zmiany wyceny świadczeń zarządzeniem nr 59/2017/DSOZ zostało ponadto uznane przez NIK za niezgodne z prawem. [str. 48]

Zarządzeniem nr 41/2018/DSOZ wprowadzono współczynniki korygujące dla świadczeniodawców realizujących świadczenia stacjonarne dla dorosłych o 1,04 oraz realizujących świadczenia stacjonarne dla dzieci i młodzieży o 1,06⁷¹. Zgodnie z brzmieniem uzasadnienia do zarządzenia zmiany dokonano „w celu pokrycia wzrostu kosztów świadczeń psychiatrycznych ponoszonych przez świadczeniodawców”. Również w tym przypadku określenie wartości korekty wyceny nie zostało poprzedzone przeprowadzeniem analizy rzeczywistego wzrostu kosztów świadczeń, a przywołany cel nie został skonkretyzowany w postaci pożądanego efektów. Nie określono jakie środki finansowe są niezbędne dla realizacji założonego celu. Wartość współczynników została ustalona wyłącznie na podstawie możliwości finansowych NFZ.

Z kolei zarządzeniem 134/2018/DSOZ wprowadzono zmniejszenie o 5% wartości punktowej świadczeń z zakresu teleradioterapia⁷². Także w tym przypadku wprowadzenie zmiany wyceny wartości punktowej świadczeń nie zostało poprzedzone przeprowadzeniem analizy kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W ocenie NIK, wprowadzenie ww. zarządzeniami zmian bez wcześniejszego przeprowadzenia analiz kosztów świadczeń opieki zdrowotnej było działaniem niezgodnym z obowiązującymi przepisami oraz nierzetelnym.

⁶⁹ Dz. U. z 2019 r. poz. 869.

⁷⁰ Załącznik nr 1 do zarządzenia 59/2017/DSOZ obowiązujący od dnia 1 lipca 2017 r. do dnia 30 września 2017 r. oraz Załącznik nr 2 do zarządzenia 59/2017/DSOZ obowiązujący od dnia 1 października 2017 r.

⁷¹ § 15 ust. 1 pkt 28 i 29 zarządzenia nr 41/2018/DSOZ.

⁷² Załącznik nr 4 do zarządzenia nr 134/2018/DSOZ.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Przed wszystkim zaś w trakcie przygotowywania projektów zarządzeń 41/2018/DSOZ i 59/2017/DSOZ nie zbadano, czy założone cele mogą zostać osiągnięte przy zaangażowaniu niższych środków. O nierzetelności, świadczy również nieprzygotowanie metodologii ustalenia wartości współczynników korygujących oraz pozostałych wartości procentowych, w odniesieniu do kosztów świadczeń.

Ponadto NFZ nie przechowywał kompletnej dokumentacji dotyczącej przygotowania i opiniowania projektu Zarządzenia Nr 41/2018/DSOZ. Centrala Funduszu, w trakcie kontroli, nie przedstawiła dokumentacji w postaci 18 uwag od ośmiu podmiotów, zgłoszonych do projektu zarządzenia Nr 41/2018/DSOZ w procesie jego opiniowania. Jedynym dokumentem zawierającym zgłoszone opinie było zestawienie sporządzone przez pracownika Centrali. Wobec braku dokumentacji źródłowej nie istniała możliwość zweryfikowania kompletności zawartych w zestawieniu informacji.

Brak dokumentacji

5.2. Wykonanie planu finansowego

Formalna realizacja planu finansowego Funduszu na rok 2018 nie budzi zastrzeżeń NIK. Ustawa o finansach publicznych⁷³, w art. 44, nakłada jednak na podmioty publiczne obowiązek gospodarnego i efektywnego wykorzystywania środków publicznych. W tym zakresie zastrzeżenia Izby budzi fakt, iż:

- 1) Na zakup świadczeń nie przeznaczano wszystkich środków. Ponadto wzrasta udział kosztów finansowania kadr medycznych, który sięgnął w 2018 r. ponad 5% kosztów świadczeń, a ich łączna wartość odpowiadała blisko 90% wzrostu kosztów ogółem.
- 2) Nie udało się również zmienić niekorzystnej struktury kosztów świadczeń; największy, ponad 50% udział w nich, stanowią koszty leczenia szpitalnego. Niewielkie środki przeznaczano na zapobieganie chorobom.

5.2.1. Planowanie przychodów i kosztów Funduszu

Plan finansowy Funduszu został zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w dniu 10 stycznia 2018 r. W planie finansowym na 2018 r. wartość planowanych przychodów i kosztów ustalono na 83 183 397 tys. zł⁷⁴.

Zatwierdzenie planu finansowego

Projekt planu finansowego NFZ na 2018 r. został przedłożony przez Prezesa Funduszu Radzie Fundusz oraz Komisji Zdrowia i Komisji Finansów Publicznych Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 27 czerwca 2017 r., a po uzyskaniu ich pozytywnej opinii, w dniu 10 lipca 2017 r. Plan finansowy NFZ został przekazany Ministrowi Zdrowia, tj. w terminie określonym w art. 121 ustawy o świadczeniach. W dniu 25 lipca 2017 r. Prezes Funduszu przekazał Ministrowi Zdrowia autokorektę Planu finansowego na 2018 r., uwzględniającą zalecenia zgłoszone przez Ministra Finansów⁷⁵.

Projekt planu finansowego

Plan finansowy, zgodnie z art. 118 ust. 1 ustawy o świadczeniach, został zrównoważony w zakresie przychodów i kosztów oraz zawierał elementy wskazane w art. 118 ust. 2, w tym utworzone zostały przewidziane w usta-

⁷³ Dz. U. z 2019 r. poz. 869.

⁷⁴ Co odpowiadało 107,3% planowanej wartości przychodów określonej w planie finansowym NFZ na 2017 r. (77 528 530 tys. zł).

⁷⁵ Dalej zwany „planem pierwotnym”.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

wie rezerwy. Planowane koszty finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez poszczególne OW NFZ, zgodnie z art. 118 ust. 4 ustawy o świadczeniach, były wyższe niż wysokość kosztów finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dla tych OW NFZ w roku 2017 r.

Tabela nr 2

Koszty świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych OW NFZ w 2017 i 2018 r. (w tys. zł)

OW NFZ	2018	2017	Wzrost	dynamika wzrostu
Dolnośląski	5 826 647	5 445 329	381 318	7,0%
Kujawsko-Pomorski	4 143 375	3 898 363	245 012	6,3%
Lubelski	4 343 519	4 088 784	254 735	6,2%
Lubuski	1 978 861	1 858 303	120 558	6,5%
Łódzki	5 287 979	4 950 517	337 462	6,8%
Małopolski	6 744 465	6 282 013	462 452	7,4%
Mazowiecki	11 381 744	10 580 295	801 449	7,6%
Opolski	1 862 066	1 765 973	96 093	5,4%
Podkarpacki	4 113 563	3 852 850	260 713	6,8%
Podlaski	2 322 229	2 192 189	130 040	5,9%
Pomorski	4 505 427	4 213 822	291 605	6,9%
Śląski	9 414 330	8 859 847	554 483	6,3%
Świętokrzyski	2 574 942	2 425 774	149 168	6,1%
Warmińsko-Mazurski	2 692 333	2 536 946	155 387	6,1%
Wielkopolski	6 959 843	6 512 922	446 921	6,9%
Zachodniopomorski	3 357 942	3 158 650	199 292	6,3%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Zmiany planu finansowego

Plan odpowiadał wzorowi planu finansowego NFZ określonego w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia⁷⁶.

Kwota przychodów ogółem Funduszu na 2018 r. została zaplanowana pierwotnie w wysokości 83 174 768,00 tys. zł. W trakcie roku dokonano zmian w planie finansowym w zakresie przychodów, w wyniku których kwota planowanych przychodów została ustalona na 84 140 852,00 tys. zł. Największą część zaplanowanych przychodów stanowiły składki na ubezpieczenie zdrowotne 79 652 788,00 tys. zł, tj. 94,66% przychodów ogółem.

Kwota kosztów ogółem na 2018 r. została pierwotnie zaplanowana w wysokości 83 174 768,00 tys. zł. W ciągu roku dokonano zmian planu finansowego w zakresie kosztów, w wyniku czego ich planowana kwota w planie po zmianach wyniosła 85 840 852,00 tys. zł.

⁷⁶ Dz. U. z 2019 r. poz. 835.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Zmiany oraz przesunięcia w planie finansowym były dokonywane zgodnie z procedurą określoną w art. 124 ustawy o świadczeniach.

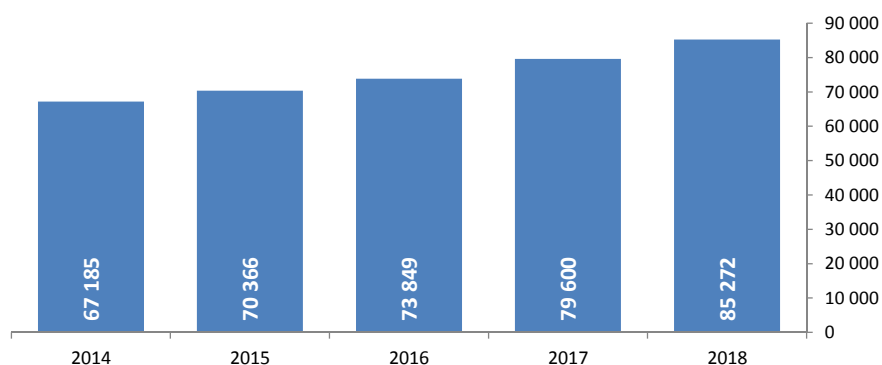
5.2.2. Przychody Funduszu

Kwota zrealizowanych przychodów Funduszu w 2018 r. wyniosła 85 271 558,97 tys. zł, co stanowiło 101,34% planu po zmianach. W porównaniu do 2017 r. były one wyższe o 5 671 990,48 tys. zł, tj. o 7,13%.

Zrealizowane
przychody

Wykres nr 2

Przychody NFZ ogółem (w mln zł)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Największą część przychodów stanowiły składki na ubezpieczenie zdrowotne⁷⁷, które wyniosły 80 877 775,18 tys. zł (94,8% kwoty przychodów), w tym składki ZUS 77 560 709,06 tys. zł (95,9% kwoty składek) a składki KRUS 3 317 066,12 tys. zł (4,1% kwoty składek). W tym tytule składek z lat ubiegłych Fundusz uzyskał przychody w kwocie 124 012,81 tys. zł. Odpis dla AOTMiT wyniósł 26 148,00 tys. zł.

Udział składek na ubezpieczenie zdrowotne w przychodach ogółem był wyższy o 1,1 punktu procentowego niż w 2017 r. (93,7%).

Przychody ze składek na ubezpieczenie zdrowotne w 2018 r. były wyższe od zaplanowanych w planie po zmianach o 1 074 987,18 tys. zł, tj. o 1,35%. W stosunku do 2017 r. przychody ze składek wzrosły o 6 294 644,76 tys. zł, tj. o 8,44%.

Tytułem przychodów wynikających z przepisów o koordynacji Fundusz dokonał obciążenia instytucji łącznikowych w innych państwach UE/EFTA za świadczenia zrealizowane na rzecz osób uprawnionych na kwotę 268 569,76 tys. zł, co stanowiło 111,04% wartości planowanej⁷⁸. Wyższa niż planowana realizacja w 2018 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.

⁷⁷ Składka należna brutto oraz składki lat ubiegłych.

⁷⁸ W 2017 r. przychody z tego tytułu wyniosły 252 760,54 tys. zł.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Przychody z budżetu państwa

W trakcie roku 2018 Fundusz uzyskiwał również środki z budżetu państwa:

- na realizację zadania zleconego w ramach programu polityki zdrowotnej pn. Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2016–2020 w kwocie 2370,64 tys. zł (36,67% planu po zmianach);
- na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a – 2c, 3 i 3b ustawy o świadczeniach⁷⁹ w kwocie 1 547 042,89 tys. zł (98,76% planu po zmianach);
- dotację na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego w kwocie 2 035 028,64 tys. zł. (99,42% planu po zmianach);
- dotację celową na dofinansowanie świadczeniodawcom posiadającym umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej zakupu urządzeń informatycznych, zakupu oprogramowania i kosztów niezbędnego szkolenia świadczeniodawców w kwocie 35 969,50 tys. zł;
- na dofinansowanie projektu „II Etap OOK POZ PLUS” w kwocie 2694,54 tys. zł;
- z tytułu realizacji projektów współfinansowanych ze środków UE w kwocie 6755,28 tys. zł.

W pierwotnym planie finansowym Funduszu na 2018 r. nie przewidziano środków na realizację zadań zleconych. W dniu 22 listopada 2017 r. została zawarta umowa pomiędzy Skarbem Państwa reprezentowanym przez Ministra Zdrowia a Funduszem, na podstawie której Minister zlecił Funduszowi realizację programu polityki zdrowotnej pn. Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2016–2020.

Do budżetu państwa zwrócono kwotę 1015,43 tys. zł tytułem zwrotu części dotacji na finansowanie świadczeń gwarantowanych udzielonych ponad kwoty zobowiązań wynikających z zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, którą Fundusz otrzymał na podstawie art. 15a ustawy z dnia 2 grudnia 2016 r. o szczególnych rozwiązaniach służących realizacji ustawy budżetowej na rok 2017⁸⁰.

Przychody finansowe i pozostałe

Przychody finansowe wyniosły 76 046,96 tys. zł. Pozostałe niewymienione wyżej przychody wyniosły 445 453,58 tys. zł.

⁷⁹ Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom innym niż ubezpieczeni, które nie ukończyły 18. roku życia; finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom innym niż ubezpieczeni posiadającym miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które są w okresie ciąży, porodu lub połogu; finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom nieubezpieczonym na podstawie odrębnych przepisów; finansowanie świadczeń wysokospecjalistycznych; finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom innym niż ubezpieczeni spełniającym kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1507, ze zm.); finansowanie gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych poza granicami kraju, których nie przeprowadza się w kraju, na podstawie decyzji Prezesa Funduszu; finansowanie leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych przysługujących świadczeniobiorcom, którzy ukończyli 75. rok życia.

⁸⁰ Dz. U. poz. 1984, ze zm.

5.2.3. Należności z tytułu kar umownych i zakwestionowanych świadczeń

Kwota należności Funduszu od świadczeniodawców i aptek z tytułu kar umownych na koniec 2018 r. wyniosła 27 216,30 tys. zł i była wyższa niż na koniec 2017 r. o 13 432,88 tys. zł, tj. o 97,46%. Kwota należności od świadczeniodawców z tytułu zakwestionowanych świadczeń na koniec 2018 r. wyniosła 49 254,31 tys. zł i była wyższa niż na koniec 2017 r. o 11 875,17 tys. zł, tj. o 31,77%. Wzrost tych wartości wynikał m.in. ze zwiększenia liczby kontroli oraz skali efektów finansowych niektórych z nich.

Kwota należności od świadczeniodawców, z którymi umowy zostały rozwiązane lub wygasły na koniec 2018 r. wyniosła 4998,65 tys. zł, a składały się na nią należności dotyczące dziesięciu OW NFZ. Tylko w odniesieniu do należności dwóch OW NFZ zostały wystawione tytuły egzekucyjne (Małopolski OW NFZ siedem tytułów, Łódzki OW NFZ jeden tytuł), na łączną kwotę 816,27 tys. zł. W pozostałych przypadkach należności zostały przez zobowiązanych zwrócone, potrącone przez Fundusz lub zostały wszczęte postępowania w celu uzyskania tytułów wykonawczych. W jednym przypadku OW NFZ zgłosił wierzytelność do postępowania upadłościowego.

Należności z tytułu kar umownych i zakwestionowanych świadczeń

5.2.4. Koszty Funduszu

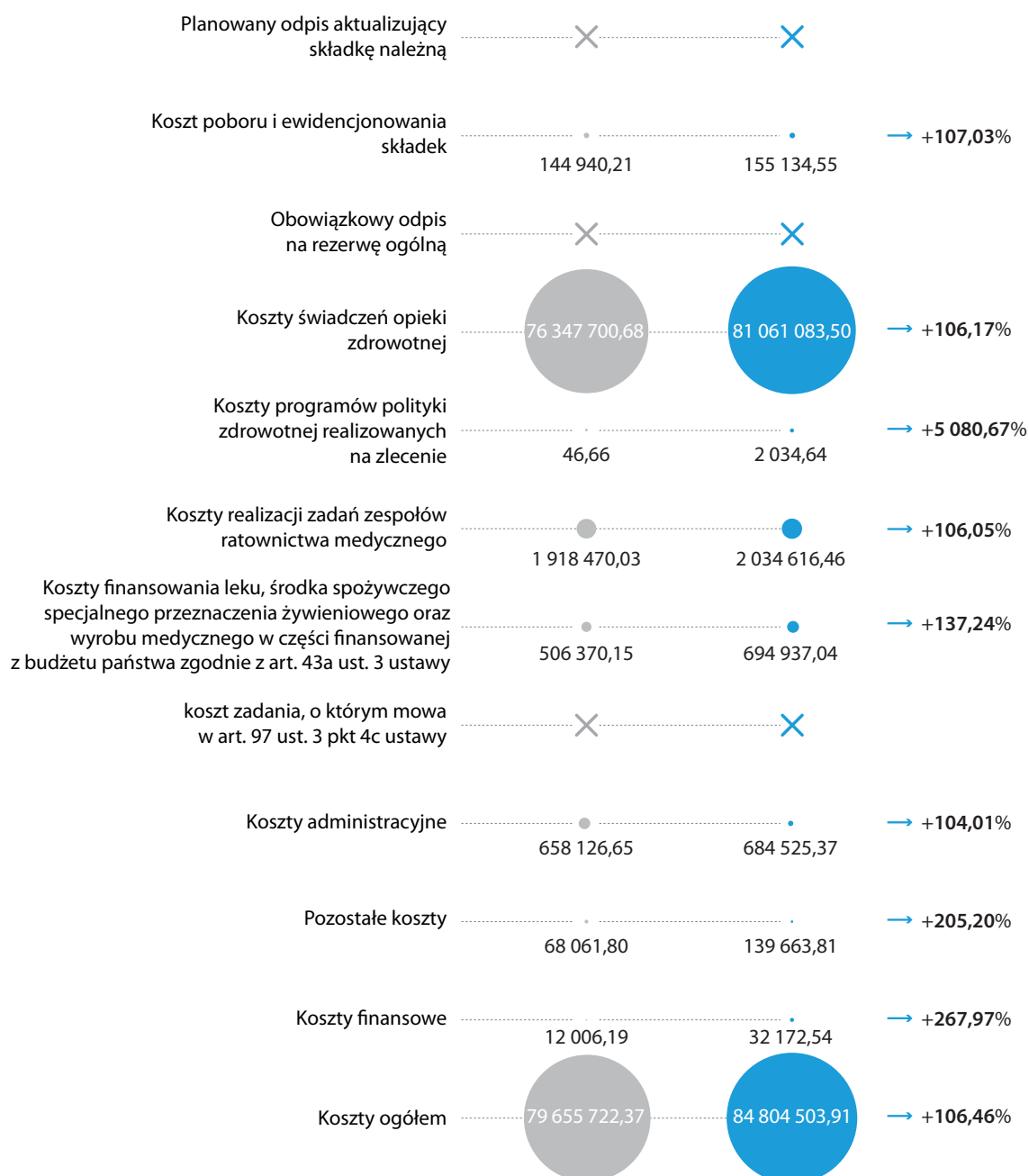
Zrealizowane przez NFZ w 2018 r. koszty ogółem wyniosły 84 804 503,91 tys. zł i stanowiły 98,79% planu. Były one wyższe niż w 2017 r. o 5148 781,54 tys. zł, tj. o 6,46%.

Koszty Funduszu ogółem

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 22

Wykonanie wybranych kosztów NFZ



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Koszty realizacji zadań

W pierwotnym planie finansowym NFZ na 2018 r. na koszty realizacji zadań przewidziano kwotę 81 903 009,00 tys. zł. W trakcie 2018 r. zwiększono plan w tej pozycji łącznie o 3,31%⁸¹, w tym koszty świadczeń opieki zdrowotnej o 4,81%, tj. o 3 281 383,00 tys. zł.

Wykonane koszty realizacji zadań wyniosły 83 793 007,64 tys. zł, co stanowiło 99,03% planu oraz 106,37% wykonania tych kosztów w 2017 r.

⁸¹ Tj. 2 707 639,00 tys. zł.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Największą część kosztów realizacji zadań stanowiły koszty świadczeń opieki zdrowotnej, których wykonanie wyniosło 81 061 083,50 tys. zł, tj. 99,02% planu, a jednocześnie 95,58% kosztów ogółem.

Koszty świadczeń
opieki zdrowotnej

W stosunku do wykonania w 2017 r.⁸² koszty świadczeń opieki zdrowotnej wzrosły o 6,17%. Najwyższy wzrost kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w stosunku do roku 2017 dotyczył leczenia szpitalnego i wyniósł 3 787 752,26 tys. zł, co stanowiło wzrost o 9,79%. Ponadto wzrosły koszty:

- podstawowej opieki zdrowotnej (o 1 016 622,05 tys. zł, 9,96%);
- opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (o 181 513,02 tys. zł, 6,82%);
- świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (o 148 995,63 tys. zł, 10,6%);
- opieki paliatywnej i hospicyjnej (o 65 673,66 tys. zł, 9,84%);
- pomocy doraźnej i transportu sanitarnego (o 2 958,34 tys. zł, 6,47%);
- zaopatrzenia w wyroby medyczne (o 72 386,25 tys. zł, 7,09%);
- realizacji zadań wynikających z przepisów o koordynacji (o 53 079,75 tys. zł, 11,14%).

W pozostałych pozycjach kosztów świadczeń (rehabilitacja lecznicza, leczenie stomatologiczne, lecznictwo uzdrowiskowe, refundacja) wzrost kosztów nie przekroczył 5%.

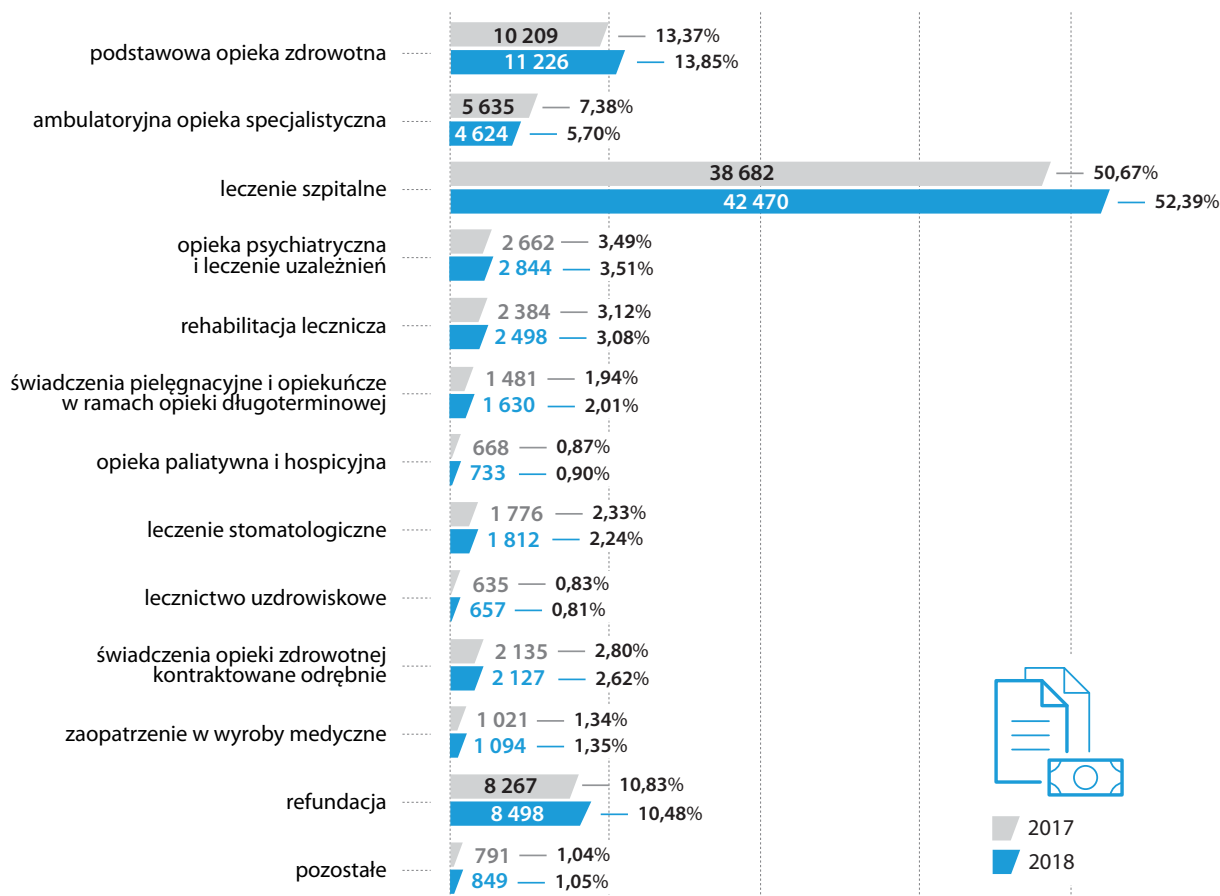
Zmniejszeniu w stosunku do 2017 r. uległy koszty ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (o 1 010 940,62 tys. zł, tj. 17,94%), profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu (o 1823,64 tys. zł, 1,05%), świadczeń opieki zdrowotnej kontraktowanych odrębnie (o 7 987,19 tys. zł, 0,37%) oraz koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej (o 2556,43 tys. zł, 7,06%). Ponadto w pozycji planu B2.18 „Koszty świadczeń opieki zdrowotnej z lat ubiegłych” w efekcie dokonanych korekt kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w latach wcześniejszych, w tym skutków weryfikacji świadczeń z lat ubiegłych i wyników postępowań kontrolnych wykonanie wyniosło (-)32 314,10 tys. zł.

⁸² W 2017 r. kwota wykonanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej wyniosła 76 347 587,52 tys. zł.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 23

Udział głównych rodzajów świadczeń w kosztach świadczeń opieki zdrowotnej



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ⁸³.

Wzrost udziału kosztów leczenia szpitalnego

Wprowadzenie „sieci szpitali”, nie spowodowało odwrócenia tendencji wzrostu nakładów na leczenie szpitalne kosztem innych świadczeń, ale nawet go zdynamizowało. O ile w 2016 r. leczenie szpitalne stanowiło 49,38% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, to w 2017 r. było to 50,67% (wzrost o 1,29 punktu procentowego), a w 2018 r. już 52,39% (wzrost o 1,72 punktu procentowego).

Nowe pozycje kosztów w planie finansowym NFZ

Aktualny pozostaje wniosek Najwyższej Izby Kontroli sformułowany w informacji o wynikach kontroli „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2017 roku” o podjęcie działań zmierzających do zmian struktury udzielanych świadczeń, w szczególności ograniczenia kosztów lecznictwa zamkniętego na rzecz profilaktyki i lecznictwa otwartego.

W planie finansowym na 2018 r. zostały dodane dwie nowe pozycje kosztów: B2.21 „koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programów pilotażowych, o których mowa w art. 48e ustawy” oraz B6 „koszt zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 4c ustawy świadczeniach”.

⁸³ Pozycja refundacja obejmuje koszty: refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę; refundacji leków, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 17 ustawy świadczeniach; refundacji środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 18 ustawy o świadczeniach.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Wprowadzenie pozycji kosztów B2.21 było konsekwencją wejścia w życie⁸⁴ ustawy z dnia 29 września 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw⁸⁵. Zgodnie z treścią art. 48e zmienionej ustawy Fundusz został uprawniony do wdrażania, finansowania, monitorowania i ewaluacji programów pilotażowych. W 2018 r. Fundusz wdrożył i finansował dwa programy: *Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) Etap II Faza Pilotażowa – model POZ PLUS* oraz *Program pilotażowy w centrach zdrowia psychicznego*.

Z kolei na podstawie art. 97 ust. 3 pkt 4c ustawy o świadczeniach, dodanego na mocy art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 13 września 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁸⁶ do zakresu działania Funduszu dodano finansowanie informatyzacji świadczeń opieki zdrowotnej oraz szkoleń w tym zakresie.

W dniu 30 grudnia 2018 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 21 grudnia 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia⁸⁷, uwzględniające we wzorze planu finansowego Funduszu ww. pozycję B6 kosztów. Ze względu na termin wejścia w życie rozporządzenia, który uniemożliwił dokonanie stosownych zmian w planie finansowym koszty poniesione przez Fundusz na informatyzację i szkolenie świadczeniodawców zostały wykazane w pozycji F4 „inne koszty”.

Koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego w 2018 r. były wyższe od wykonania w 2017 r. o 116 146,43 tys. zł, tj. o 6,05%.

Koszty działalności zespołów ratownictwa medycznego

Na koniec 2018 r. funkcjonowało 1559 zespołów ratownictwa medycznego, w tym 1443 zespoły podstawowe i 416 zespołów specjalistycznych. Względem roku poprzedniego ogólna liczba zespołów ratownictwa medycznego wzrosła o 12 (0,78%), przy czym liczba specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego zmniejszyła się o 74, natomiast liczba podstawowych zespołów ratownictwa medycznego wzrosła o 86. Wskazane powyżej zmiany w liczbie zespołów ratownictwa medycznego wynikają z modyfikacji treści wojewódzkich planów działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz konieczności przekwalifikowywania specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego na zespoły podstawowe, z uwagi na brak personelu medycznego (lekarzy) niezbędnego do zapewnienia odpowiedniego ich funkcjonowania.

⁸⁴ Z dniem 30 listopada 2017 r.

⁸⁵ Dz. U. poz. 2110.

⁸⁶ Dz. U. poz. 1925.

⁸⁷ Dz. U. poz. 2470.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Środki na wzrost wynagrodzeń pracowników medycznych

W kwocie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej ujęte zostały koszty stanowiące środki przekazane świadczeniodawcom na podwyższenie wynagrodzeń personelu medycznego. Do objętych regulacjami szczególnymi w latach poprzednich pielęgniarek i położnych⁸⁸ oraz ratowników medycznych w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne⁸⁹ dołączyli lekarzy posiadający specjalizację⁹⁰ oraz ratownicy medyczni zatrudnieni w szpitalach⁹¹. Łączna kwota tych kosztów w 2018 r. wyniosła 4 559 157,49 tys. zł i była wyższa niż w 2017 r. o 1 920 004,65 tys. zł, tj. o 57,89%. Udział tych środków w sumie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej i realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego wyniósł w 2018 r. 5,49%.

Tabela nr 3

Koszty wzrostu wynagrodzeń pracowników medycznych

Wyszczególnienie	Kwota
Koszty wzrostu wynagrodzeń lekarzy i lekarzy dentyistów posiadających specjalizację	315 208,53 tys. zł
Koszty wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych	4 029 563,73 tys. zł
Koszty wzrostu wynagrodzeń dla pracowników w pozaszpitalnym systemie ratownictwa medycznego	146 781,45 tys. zł
Koszty wzrostu wynagrodzeń dla ratowników medycznych udzielających świadczeń w szpitalnym systemie ratownictwa medycznego	67 603,77 tys. zł
Razem	4 559 157,49 tys. zł

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Podobnie jak w roku poprzednim Najwyższa Izba Kontroli, wskazuje na wyższe niż przewidziano skutki finansowe rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁹², które w ocenie skutków regulacji zostały oszacowane na 2018 r. na kwotę 3537 mln zł. Różnica ta wyniosła 492 mln zł, podczas gdy w 2017 r. wyniosła 130 mln zł.

⁸⁸ Na podstawie rozporządzenia 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.).

⁸⁹ Na podstawie zawartych z wojewodami umów powierzenia, o których mowa w art. 49 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2019 r. poz. 993, ze zm.).

⁹⁰ Na podstawie art. 4 ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1532).

⁹¹ Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12.07.2018 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1373).

⁹² Dz. U. z 2016 r. 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.).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Ponadto od czasu wejścia w życie przywołanego rozporządzenia kolejne grupy zawodowe zostały objęte regulacją wynagrodzeń, które nie są powiązane z dostępnością świadczeń opieki zdrowotnej.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na szczególny charakter środków przekazywanych świadczeniodawcom na wynagrodzenia ratowników medycznych w pozaszpitalnym systemie ratownictwa medycznego, które przekazywane były świadczeniodawcom na podstawie porozumienia zawartego w dniu 18 lipca 2017 r. pomiędzy Ministrem Zdrowia, Komitetem Protestacyjnym Ratowników Medycznych oraz Sekcją Krajową Pogotowia Ratunkowego i Ratownictwa Medycznego NSZZ "Solidarność", a opierały się o zwiększenie środków przeznaczonych na system Państwowe Ratownictwo Medyczne w budżetach wojewodów.

Koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych poza granicami kraju były w 2018 r. niższe niż w 2017 r.

**Koszty świadczeń
opieki zdrowotnej
udzielonych za granicą**

W 2018 r., na podstawie decyzji o zwrocie kosztów świadczenia opieki zdrowotnej udzielonego na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej, wydanych przez dyrektorów OW NFZ w trybie art. 42d ustawy o świadczeniach, Fundusz sfinansował uprawnionym świadczenia udzielone za granicą na kwotę 33 641,26 tys. zł, co stanowiło kwotę o 2 556,43 tys. zł niższą niż w 2017 r. (zmniejszenie o 7,06%).

Liczba decyzji o zwrocie kosztów w 2018 r. spadła w stosunku do roku poprzedniego o 924. Jednocześnie o 559 wzrosła liczba decyzji odmownych.

Największy udział w kwocie kosztów miały świadczenia w zakresie „okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B16, B17, B18, B19, B18G, B19G” – w 2018 r. koszty tych świadczeń wniosły 30 510 342,98 zł, co stanowiło 90,7% kosztów sfinansowanych świadczeń udzielonych za granicą (w 2017 r. udział tych środków był jeszcze wyższy i stanowił 93,3% kosztów sfinansowanych świadczeń udzielonych za granicą).

Największe zmniejszenie kosztów takich świadczeń uzyskano dla świadczeń:

- w leczeniu szpitalnym – oddziały o 2625,79 tys. zł (tj. 7,57%); najwięcej w zakresie „okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B16, B17, B18, B19, B18G, B19G” – o 3250,17 tys. zł (9,63%);
- w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej o 36,410 tys. zł (tj. 8,38%); najwięcej w zakresie „świadczenia zabiegowe w chirurgii ogólnej – zakres skojarzony z 02.1500.001.02” o 76,66 tys. zł (o 18,24%).

Największy wzrost kosztów świadczeń udzielonych za granicą dotyczył leczenia stomatologicznego – o 68,99 tys. zł (najwięcej w zakresie świadczenia ogólnostomatologiczne udzielane w znieczuleniu ogólnym o 69,91 tys. zł, tj. o 7,53%) oraz zaopatrzenia w wyroby medyczne, na leczenie osoby uprawnionej oraz ich naprawy – o 36,17 tys. zł. W leczeniu szpitalnym najwyższy wzrost zanotowano dla zakresu urologia – zespół chirurgii jednego dnia o 353,42 tys. zł, tj. o 112,75%.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Świadczenia wykonane ponad limity określone w umowach o udzielanie świadczeń

Nie wszystkie świadczenia wykonane przez świadczeniodawców zostały rozliczone w 2018 r. Pomimo wzrostu poniesionych przez Fundusz kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w 2018 r., w stosunku do 2017 r., wartość świadczeń ponadumownych wykonanych przez świadczeniodawców w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2018 r., nieujętych w księgach rachunkowych, wyniosła 641 315,56 tys. zł, i była wyższa od wartości takich świadczeń na koniec 2017 r. o 536 970,12 tys. zł, tj. o 514,6%. Na kwotę tę złożyły się przede wszystkim świadczenia w rodzajach leczenie szpitalne (341 175,57 tys. zł, 53,2% kwoty ogółem), rehabilitacja lecznicza (93 900,81 tys. zł, 14,64%), świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej (76 001,58 tys. zł, 11,85%), świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (52 832,05 tys. zł, 8,24%). Najwyższy wzrost wartości świadczeń udzielonych ponad limity w stosunku do 2017 r. nastąpił dla leczenia szpitalnego (o 270 212,68 tys. zł, tj. 380,78%), rehabilitacji leczniczej (o 83 853,61 tys. zł, tj. 834,60%), świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (o 70 789,02 tys. zł, tj. 1358,05%) i świadczeń kontraktowanych odrębnie (o 51 865,97 tys. zł, tj. 5368,70%).

Najwyższa kwota świadczeń udzielonych ponad limit wystąpiła w Małopolskim OW – 99 099,43 tys. zł. W czterech OW kwota świadczeń udzielonych ponad limit nie przekroczyła 1000,00 tys. zł (Lubuski – 2,07 tys. zł, Pomorski – 48,56 tys. zł, Wielkopolski – 572,44 tys. zł, Zachodniopomorski – 772,98 tys. zł). Lubuski OW jako jedyny nie wykazał świadczeń ponadlimitowych w rodzaju leczenie szpitalne.

Wartość nadwykonań nie zmniejszyła się w stosunku do 2017 r. dla żadnego rodzaju świadczeń.

Wzrost wartości nadwykonań, w stosunku do końca 2017 r., wynikał przede wszystkim z faktu, że w 2017 r. Fundusz, zgodnie z treścią art. 15a ust. 1 ustawy o szczególnych rozwiązaniach służących realizacji ustawy budżetowej na rok 2017 uzyskał z budżetu państwa dotację w wysokości 1 000 000,00 tys. zł, z przeznaczeniem na finansowania świadczeń gwarantowanych udzielonych ponad kwoty zobowiązań wynikających z zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, co pozwoliło na obniżenie kwoty nadwykonań na koniec 2017 r. W roku 2018 Fundusz takich środków nie otrzymał.

Świadczenia nielimitowane

Wartość świadczeń „nielimitowanych” wykonanych i prawidłowo sprawozdanych przez świadczeniodawców na koniec 2018 r. wyniosła 6 047 711,74 tys. zł, z czego na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych za 2018 r. sfinansowane zostały świadczenia na kwotę 5 898 153,78 tys. zł, tj. 97,52%. Tym samym wartość świadczeń jakie pozostały do sfinansowania na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych wyniosła 149 557,96 tys. zł. Na dzień 7 maja 2019 r. Fundusz nie sfinansował świadczeniodawcom świadczeń „nielimitowanych” na kwotę 1380,51 tys. zł.

Przekroczenia planu finansowego

Koszty Funduszu w pozycjach „B2.1. Podstawowa opieka zdrowotna” oraz „B5. Koszty finansowania leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego w części finansowanej z budżetu państwa zgodnie z art. 43a ust. 3 ustawy” zostały wykonane

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

w kwotach wyższych niż określone w planie finansowym limity tych kosztów, co było niezgodne z art. 44 ust. 1 ustawy o finansach publicznych, zgodnie z którym wydatki publiczne mogą być ponoszone na cele i w wysokościach ustalonych w planie finansowym jednostki sektora finansów publicznych.

W kategorii „B2.1. Podstawowa opieka zdrowotna” koszty zostały przekroczone o 59 808,17 tys. zł, tj. o 0,54% planu po zmianach. Na to przekroczenie limitu kosztów złożyły się przekroczenia kosztów w planach finansowych Lubelskiego OW w kwocie 51 823,08 tys. zł oraz Warmińsko-Mazurskiego OW w kwocie 14 411,77 tys. zł.

Przekroczenie limitu kosztów było następstwem niedoszacowania przez wspomniane oddziały wojewódzkie wartości skutków wprowadzonych w trakcie roku zmian zasad finansowania świadczeń realizowanych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

W związku z przekroczeniem limitu kosztów dyrektorzy Lubelskiego i Warmińsko-Mazurskiego OW zostali w dniu 8 lipca 2019 r. wezwani do złożenia wyjaśnień. Prezes NFZ poinformował NIK, iż w przypadku ustalenia, że ww. przekroczenia planu finansowego nosiły znamiona naruszenia dyscypliny finansów publicznych określonego w art. 11 ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych⁹³, skieruje stosowne zawiadomienia do rzecznika dyscypliny finansów publicznych.

W kategorii „B5. Koszty finansowania leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego w części finansowanej z budżetu państwa zgodnie z art. 43a ust. 3 ustawy⁹⁴” planowane koszty zostały przekroczone o 1637,04 tys. zł, tj. 0,24% planu po zmianach.

Powyższe było efektem przekroczenia kosztów w planach finansowych pięciu OW: Dolnośląskim o 578,50 tys. zł, Małopolskim o 1560,40 tys. zł, Opolskim o 21,38 tys. zł, Śląskim o 4133,77 tys. zł, Warmińsko-Mazurskim o 371,51 tys. zł.

W trakcie roku Prezes Funduszu trzykrotnie informował Ministra Zdrowia o ryzyku przekroczenia limitu kosztów w tej kategorii, czego wynikiem było podwyższenie limitu środków na realizację zadania na mocy art. 1 pkt 1 lit. b ustawy z dnia 23 października 2018 r. zmieniającej ustawę o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw⁹⁵ o kwotę 50 000,00 tys. zł, tj. o kwotę wyższą niż wskazana w ostatniej przekazanej Ministrowi Zdrowia prognozie, z dnia 17 października 2018 r., która wskazywała, że „wydatki z tego tytułu mogą wynieść około 671–674 mln zł, tj. o około 27,7–30,7 mln zł więcej niż określony ustawą limit.

Przekroczenie kosztów świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej

Przekroczenie kosztów finansowania leków dla osób, które ukończyły 75. rok życia

⁹³ Dz. U. z 2019 r. poz. 1440, ze zm.

⁹⁴ Tj. zaopatrzenie w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne dla świadczeniobiorców, którzy ukończyli 75. rok życia.

⁹⁵ Dz. U. z 2018 r. poz. 2092.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Realizacja ww. kosztów na poziomie wyższym niż planowano była następstwem wprowadzenia w trakcie roku przez Ministerstwo Zdrowia zmian na listach leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych finansowanych w części z budżetu państwa oraz zwiększonego zapotrzebowania w zakresie bezpłatnego zaopatrzenia w ww. produkty świadczeniobiorców, którzy ukończyli 75 rok życia.

Pozostałe koszty W ramach pozycji Pozostałe koszty (F4) obejmującej m.in. koszty sądowe, zapłacone kary i grzywny, odszkodowania, poniesiono koszty w wysokości 101 449,72 tys. zł, tj. 77,54% wielkości planowanej (w 2017 r. 56 214,02 tys. zł). Wzrost kosztów w tej pozycji wynikał przede wszystkim z ujęcia w niej kosztów poniesionych w związku z realizacją dotacji celowej na informatyzację świadczeniodawców, co było nowym zadaniem Funduszu, a plan finansowy nie zawierał odrębnej pozycji dla tych kosztów.

5.2.5. Zobowiązania

Zobowiązania Funduszu Zobowiązania zewnętrzne Funduszu, na koniec 2018 r., wyniosły 8 020 708,27 tys. zł (w 2017 r. było to 7 139 033,36 tys. zł.), z czego zobowiązania wobec świadczeniodawców i aptek wynosiły 7 919 673,39 tys. zł (w 2017 r. było to 7 038 930,58 tys. zł). Na koniec 2018 r. NFZ nie posiadał zobowiązań wymagalnych.

5.2.6. Wynik finansowy i fundusz zapasowy

Wynik finansowy Ze względu na wyższe niż pierwotnie planowano koszty świadczeń opieki zdrowotnej plan finansowy po zmianach zakładał stratę w wysokości (-)1 700 000,00 tys. zł. Zwiększone koszty świadczeń zostały sfinansowane m.in. ze środków funduszu zapasowego⁹⁶. Dzięki wyższym niż planowano przychodom oraz niższym niż zakładano kosztom wynik finansowy ogółem netto Funduszu w 2018 r. wyniósł 467 055,06 tys. zł.

Fundusz zapasowy Fundusz zapasowy NFZ został podniesiony w wyniku przekazania Funduszowi środków z budżetu państwa. Zgodnie z treścią art. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 grudnia 2018 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach służących realizacji ustawy budżetowej na rok 2018⁹⁷ zmieniona została ustawa z dnia 8 grudnia 2017 r. o szczególnych rozwiązaniach służących realizacji ustawy budżetowej na rok 2018⁹⁸. Na podstawie dodanego w niej art. 29a ust. 1 minister właściwy do spraw zdrowia został uprawniony do przekazania z budżetu państwa środków Narodowemu Funduszowi Zdrowia w wysokości 1 800 000 tys. zł, w celu zwiększenia funduszu zapasowego NFZ. Środki te zostały przekazane na rachunek Funduszu w dniu 31 grudnia 2018 r. Na dzień 31 grudnia 2018 r. fundusz zapasowy NFZ wynosił 4 623 432,94 tys. zł⁹⁹.

⁹⁶ W związku z tym dwukrotnie dokonano zmiany planu finansowego z dniem 4 września 2018 r. oraz z dniem 6 grudnia 2018 r.

⁹⁷ Dz. U. poz. 2383.

⁹⁸ Dz. U. poz. 2371, ze zm.

⁹⁹ W dniu 10 lipca 2019 r. Rada NFZ podjęła uchwałę Nr 19/2019/III o przeznaczeniu na fundusz zapasowy zysku netto Narodowego Funduszu Zdrowia za 2018 r. w kwocie 467 055 048 zł.

5.2.7. Łączne sprawozdanie z wykonania planu finansowego i Łączne sprawozdanie finansowe

Łączne sprawozdanie z wykonania planu finansowego Funduszu za 2018 r. zostało sporządzone w terminie określonym w art. 130 ustawy o świadczeniach. Sprawozdanie było zgodne ze sprawozdaniami z wykonania planów finansowych OW NFZ.

Łączne sprawozdanie z wykonania planu finansowego

Rada Funduszu otrzymała sprawozdanie w dniu 18 czerwca 2019 r., a w dniu 27 czerwca 2019 r. przyjęła sprawozdanie, tj. z zachowaniem terminu wskazanego w art. 130 ust. 2 ustawy o świadczeniach. W dniu 28 czerwca 2019 r. sprawozdanie zostało przekazane Ministrowi Finansów celem zatwierdzenia.

Niejednolita prezentacja danych w łącznym sprawozdaniu z wykonania planu finansowego

Dane zawarte w pozycji F1 planu finansowego Funduszu „wydanie i utrzymanie kart ubezpieczenia (w tym części stałych i zamiennych książeczek usług medycznych) oraz recept” zostały zaprezentowane niejednolicie, gdyż wskazana w sprawozdaniu kwota obejmowała różne rodzajowo koszty, co wynikało z odmiennego klasyfikowania kosztów przez OW NFZ.

W Funduszu funkcjonują dwa rodzaje kart ubezpieczenia: Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego¹⁰⁰ oraz Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego, o której mowa w art. 49 ustawy o świadczeniach, a która jest wydawana wyłącznie przez Śląski OW. Koszty zakupu kart EKUZ ponosi Centrala NFZ, OW NFZ wydają kartę świadczeniodawcom na ich wniosek.

Pomorski i Wielkopolski OW NFZ w pozycji F1 planu finansowego wykazały poniesione koszty materiałów eksploatacyjnych związanych z wydaniem kart EKUZ, w tym koszty folii monochromatycznych do drukarek, zestawów czyszczących do drukarek oraz druków do wydawania kart EKUZ. Odpowiednio OW wykazały kwoty kosztów z tego tytułu 27,73 tys. zł i 25,52 tys. zł (łącznie 53,25 tys. zł).

Łączne sprawozdanie finansowe zostało podpisane przez Głównego Księgowego Funduszu w dniu 26 marca 2019 r., a przez Prezesa Funduszu w dniu 27 marca 2019 r. Sprawozdanie, zgodnie z art. 128 ust. 4 ustawy o świadczeniach, zostało poddane badaniu przez biegłego rewidenta, który przedstawił sprawozdanie z badania w dniu 9 maja 2019 r. Biegły rewident nie sformułował uwag do sprawozdania. Minister Finansów zatwierdził łączne sprawozdanie finansowe Funduszu w dniu 28 czerwca 2019 r.

Łączne sprawozdanie finansowe

5.3. Realizacja kosztów administracyjnych

Poniesione przez Fundusz w 2018 r. koszty administracyjne, podobnie jak w poprzednich latach, stanowiły niewielką część kosztów ogółem, a główną pozycję stanowiły wynagrodzenia. NIK zwraca uwagę na nierównomierny wzrost wynagrodzeń pomiędzy Centralą NFZ a oddziałami wojewódzkimi, który pogłębia istniejące różnice.

¹⁰⁰ Dalej „EKUZ”.

5.3.1. Wykonanie kosztów administracyjnych

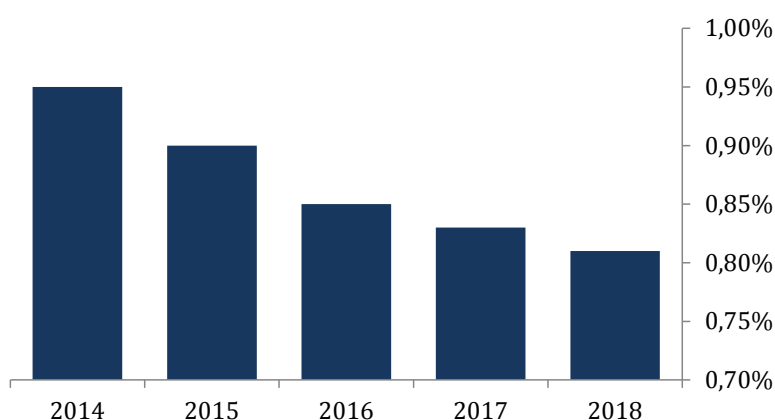
Wykonanie kosztów administracyjnych

Koszty administracyjne Funduszu na 2018 r. w planie pierwotnym zostały zaplanowane na kwotę 777 214,00 tys. zł, co stanowiło 0,93% kosztów ogółem. W wyniku zmian i przesunięć w planie kwota kosztów administracyjnych została zaplanowana w wysokości 785 873,00 tys. zł. Wykonanie wyniosło 684 525,37 tys. zł, tj. 87,10% planu po zmianach, co stanowiło 0,81% kosztów ogółem.

Powyższe oznacza utrzymanie spadkowej tendencji udziału kosztów administracyjnych w kosztach ogółem.

Infografika nr 25

Udział kosztów administracyjnych w kosztach ogółem



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Niższe niż planowano wykonanie wynikało przede wszystkim z niewykonania planowanych kosztów usług obcych oraz amortyzacji, co z kolei było skutkiem niezrealizowania wszystkich zaplanowanych zadań inwestycyjnych. Niższa niż planowana realizacja kosztów ustalonych w planie Funduszu na 2018 r. dotyczyła wszystkich rodzajów kosztów administracyjnych.

W stosunku do roku 2017 r. koszty administracyjne Funduszu wzrosły o 26 398,72 tys. zł, tj. 4,01%.

Koszty wynagrodzeń

Największą pozycję kosztów administracyjnych (52%) stanowiły wynagrodzenia.

W pierwotnym planie finansowym na 2018 r. wartość kosztów wynagrodzeń zaplanowano na kwotę 355 455,00 tys. zł¹⁰¹. W trakcie roku kwota ta została podwyższona o 3144,00 tys. zł. Zmiany wynikały z zawarcia przez Fundusz umów na realizację projektów „Otwarte dane – dostęp, standard, edukacja”, „Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) Etap II Faza Pilotażowa – model POZ PLUS” oraz konieczności dostosowania struktury planowanej wartości kosztów realizacji umowy partnerskiej na realizację projektu „SAFE – instytucje społeczne na rzecz przyszłej Europy”.

¹⁰¹ W tym 1364,00 tys. zł na wynagrodzenia bezosobowe.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Zrealizowane koszty wynagrodzeń wyniosły 355 952,92 tys. zł, co stanowiło 99,52% planu kosztów wynagrodzeń po zmianach¹⁰². Było to 13 303,44 tys. zł więcej niż w 2017 r. (tj. o 3,88%).

Przeciętne miesięczne wynagrodzenie przypadające na etat w Funduszu wzrosło w stosunku do roku 2017 o 152,03 zł, co stanowiło wzrost o 2,83%, i wyniosło 5526,96 zł. Najwyższy wzrost przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia nastąpił w Centrali NFZ – o 827,8 zł, tj. 11,01%, i wyniosło w 2018 r. 8345,62 zł. W trzech OW przeciętne miesięczne wynagrodzenie zmniejszyło się – Łódzkim, Opolskim i Śląskim OW, przy czym zmniejszenie nie przekroczyło 1% wartości z 2017 r.

Wynagrodzenia

W 2018 r. pracownikom Funduszu wypłacono nagrody w kwocie 2424,89 tys. zł, co stanowiło kwotę o 17,64 tys. zł niższą niż w 2017 r.¹⁰³

Nagrody dla pracowników

W 2018 r. przeciętne miesięczne zatrudnienie w Funduszu w przeliczeniu na pełne etaty wyniosło 5349,60 etatów było wyższe niż w 2017 r. o 52,10 etatów, tj. o 0,98%. Najwięcej etatów przybyło w Centrali NFZ – 19,11 etatu (z 417,98 do 437,09, tj. o 4,57%). W sześciu OW przeciętne miesięczne zatrudnienie spadło, łącznie o 22,60%, w tym największy spadek odnotowano w Dolnośląskim OW – o 8,22 etatów, tj. o 2,10%.

Przeciętne miesięczne zatrudnienie w Funduszu stanowiło 95,67% planu zatrudnienia na 2018 r.¹⁰⁴, przy czym najniższe wykonanie planu zatrudnienia wystąpiło w Centrali NFZ – 82,27% (zakładano 531,30 etatów, do wykonania planu brakowało 94,21 etatów).

W odniesieniu do grup zawodowych wzrost zatrudnienia nastąpił wśród pracowników administracyjnych o 52,06 etatów, oraz w zarządzie o 0,44 etatu. W grupie dyrektorów i zastępców dyrektorów przeciętne miesięczne zatrudnienie spadło o 0,40 etatu.

Zatrudnienie

Zatrudnienie w Funduszu w 2018 r. podjęły 582 osoby, natomiast z pracy w Funduszu odeszło 519 osób, co stanowiło odpowiednio 10,88% i 9,70% przeciętnego miesięcznego zatrudnienia. W 99 przypadkach rozwiązanie stosunku pracy nastąpiło za wypowiedzeniem stosunku pracy przez pracownika, a w 13 za wypowiedzeniem przez pracodawcę.

Zmniejszeniu, w stosunku do 2017 r., uległa liczba osób, którym wypłacono ekwiwalent za niewykorzystany urlop wypoczynkowy – w 2017 r. było to 159 osób, a w 2018 r. 138. Zmniejszeniu uległa również kwota wypłaconego ekwiwalentu z 447 716,40 do 311 176,61, tj. o 30,5%.

Wartość kosztów poniesionych przez NFZ z tytułu zakończonych spraw sądowych w 2018 r.¹⁰⁵ wyniosła 69 353,88 tys. zł, i była niższa od tych kosztów poniesionych w 2017 r. o 71 781,43 tys. zł r., tj. o 50,8%. Największy udział w tych kosztach miały ugody zawarte ze świadczeniodawcami doty-

Koszty zakończonych spraw sądowych

¹⁰² Najniższe procentowo wykonanie kosztów wynagrodzeń wystąpiło w Centrali NFZ i wyniosło 94,76% planu. We wszystkich OW NFZ wykonanie było wyższe niż 99%.

¹⁰³ W 2017 r. wypłacono tytułem nagród 2442,53 tys. zł.

¹⁰⁴ Plan zatrudnienia przewidywał średnie miesięczne zatrudnienie w wysokości 5591,65 etatów przeliczeniowych.

¹⁰⁵ Kwoty zasądzone lub wynikające z ugód sądowych.

część roszczeń za świadczenia udzielone ponad limity – 30 700,63 tys. zł, tj. 44,3% kwoty ogółem. Zmniejszenie tych kosztów, w stosunku do 2017 r., wynikało z jednej strony z dokonania przez Fundusz w grudniu 2017 r. zapłaty za świadczenia udzielone ponad kwotę zobowiązań, na podstawie art. 15a ustawy z dnia 2 grudnia 2016 r. o szczególnych rozwiązaniach służących realizacji ustawy budżetowej na rok 2017¹⁰⁶, z drugiej ze zmniejszenia liczby spraw o znacznej wysokości roszczeń będącego efektem funkcjonowania „sieci szpitali”, w którym wynagrodzenie ma charakter ryczałtowy.

5.3.2. Zamówienia publiczne

Ocena prawidłowości ponoszenia wydatków publicznych została dokonana w oparciu o badanie szczegółowe kosztów administracyjnych, z wyłączeniem wynagrodzeń wraz z pochodnymi i amortyzacji, oraz kosztów poniesionych na zakup środków trwałych przez Centralę i trzy OW NFZ na łączną kwotę 52 173,05 tys. zł. Próba do badania kosztów administracyjnych została dobrana losowo przy zastosowaniu metody MUS, na podstawie zapisów w dzienniku. Skontrolowano 25 postępowań o udzielenie zamówienia publicznego, w tym 18 postępowań w trybie przetargu nieograniczonego oraz siedem postępowań w innych trybach¹⁰⁷.

Nieprawidłowości

Kontrola wykazała nieprawidłowości w udzielaniu zamówień w Śląskim OW NFZ. W postępowaniu dotyczącym udzielenia w trybie przetargu nieograniczonego zamówienia publicznego o wartości 486,5 tys. zł (łącznie z VAT) na modernizację instalacji oświetlenia podstawowego w budynku A (zadanie nr 1) oraz modernizację instalacji w pomieszczeniach gospodarczych i socjalnych w budynku B (zadanie nr 2) stwierdzono nieprawidłowości polegające na nierzetelnym opisie przedmiotu zamówienia, sposobu jego realizacji i kryteriów oceny ofert, niedopuszczeniu do składania ofert częściowych.

W postępowaniu na usługi społeczne o wartości poniżej 750 tys. euro (świadczenie usług pocztowych w obrocie krajowym i zagranicznym) o wartości wg zawartych umów 2486,5 tys. zł łącznie z VAT, stwierdzono nieprawidłowość polegającą na zaniechaniu publikacji w Biuletynie Informacji Publicznej ogłoszenia o zamówieniu oraz – niezwłocznie po udzieleniu zamówienia – informacji o udzieleniu zamówienia z podaniem nazwy albo imienia i nazwiska podmiotu, z którym zawarto umowę w sprawie zamówienia publicznego.

Stwierdzono również dokonanie zapłaty z góry za usługi przewidziane do realizacji w okresie od 12 do 36 miesięcy.

¹⁰⁶ Decyzją MF/FS1.4143.3.126.2017.MF.5227 Minister Rozwoju i Finansów dokonał zmian w budżecie państwa wynikających z ww. przepisu poprzez zmianę przeznaczenia rezerwy celowej, wskazując, że ma być wydatkowana na „dotację dla Narodowego Funduszu Zdrowia na finansowanie świadczeń gwarantowanych, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych, udzielonych ponad kwoty zobowiązań wynikających z zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej”. Środki zostały oznaczone w decyzji budżetowej w rozdziale 85151 – świadczenia wysokospecjalistyczne oraz rozdziale 85195 – pozostała działalność § 2840 – Dotacja celowa z budżetu państwa na finansowanie lub dofinansowanie ustawowo określonych zadań bieżących realizowanych przez pozostałe jednostki sektora finansów publicznych, w kwocie 53 946 000 zł oraz 946 054 000 zł.

¹⁰⁷ Dwa zamówienia społeczne, cztery zamówienia z wolnej ręki, jedno zamówienie w trybie zapytania o cenę.

5.3.3. Księgi rachunkowe

Rzetelność prowadzenia ksiąg rachunkowych zweryfikowano na podstawie badania ujęcia w księgach rachunkowych dowodów księgowych będących przedmiotem badania w zakresie prawidłowości ponoszenia kosztów administracyjnych, 296 dowodów księgowych dobranych losowo metodą MUS oraz 188 dowodów dobranych na podstawie wyników badania analitycznego. W trakcie badania sprawdzono czy:

- sposób dokonywania zapisów w dzienniku umożliwił ich jednoznaczne powiązanie z dowodami księgowymi;
- dowody księgowe zawierały potwierdzenie przeprowadzenia kontroli formalnej i merytorycznej;
- podlegające księgowaniu zdarzenia, w tym operacje gospodarcze, były udokumentowane w sposób kompletny i przejrzysty oraz zostały poprawnie ujęte w księgach rachunkowych – na podstawie dowodów księgowych – na odpowiednich kontach, zgodnie z treścią ekonomiczną tych zdarzeń, we właściwym okresie sprawozdawczym, zgodnie z zasadą memoriału i współmierności; dowody księgowe stanowiące podstawę zapisów księgowych odpowiadały wymogom określonym w art. 21 ust. 1 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości¹⁰⁸;
- zapisy księgowe zawierały elementy wymagane art. 23 ust. 2 ww. ustawy oraz dokonane zostały w sposób trwały.

W powyższym obszarze stwierdzono, że księgi rachunkowe były prowadzone rzetelnie, a jedyna stwierdzona nieprawidłowość, w Opolskim OW, polegała na niewskazaniu w dokumentacji opisującej przyjęte zasady rachunkowości aktualnie stosowanej wersji oprogramowania wykorzystywanego do prowadzenia ksiąg rachunkowych oraz daty rozpoczęcia jego eksploatacji, i została usunięta w trakcie kontroli. Ponadto w Centrali Funduszu stwierdzono w 25 przypadkach błędy we wprowadzaniu danych do systemu, w którym prowadzone były księgi rachunkowe: brak daty lub błędnie wprowadzono datę operacji. Łączna wartość operacji wynikającą z dokumentów, dla których stwierdzono niewłaściwą datę operacji wyniosła 5650,53 tys. zł, przy czym wprowadzone dokumenty zostały ujęte we właściwych okresach sprawozdawczych, zgodnie z treścią operacji gospodarczych udokumentowanych przedmiotowymi dowodami księgowymi, nie powodując zniekształcenia danych odnośnie poniesionych rzeczywistych kosztów w danym roku rozrachunkowym. Wymienione błędy nie miały wpływu na sprawozdawczość okresową i roczną oraz ocenę sytuacji majątkowej i finansowej i wyniku finansowego Funduszu.

¹⁰⁸ Dz. U. z 2019 r. poz. 351.

6. ZAŁĄCZNIKI

6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe

Cel główny kontroli	Celem głównym kontroli była ocena, czy działania NFZ doprowadziły do poprawy dostępności świadczeń zdrowotnych oraz zapewniły gospodarnie wykorzystanie środków na funkcjonowanie NFZ.
Cele szczegółowe	Założono, że badania kontrolne umożliwią udzielenie odpowiedzi na następujące pytania szczegółowe: <ol style="list-style-type: none">1. Czy zapewniono dostęp do świadczeń na poziomie nie pogorszonym w porównaniu do roku poprzedniego, w szczególności w rodzaju opieka psychiatryczna?2. Czy rzetelnie zrealizowano plan finansowy?3. Czy gospodarnie wykorzystano środki finansowe przeznaczone na pokrycie kosztów administracyjnych oraz rzetelnie prowadzono ewidencję finansowo-księgową?
Zakres podmiotowy	Kontrola została przeprowadzona w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia oraz trzech Oddziałach Wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia (Opolskim, Pomorskim i Śląskim).
Kryteria kontroli	Podstawą prawną przeprowadzenia kontroli był art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli, z uwzględnieniem kryteriów legalności, rzetelności, gospodarności i celowości.
Okres objęty kontrolą	2018 r. oraz okres opracowywania planu w 2017 r. i działań w 2019 r. związanych ze sporządzaniem sprawozdań za 2018 r. Czynności kontrolne przeprowadzono w dniach od 29 marca do 22 lipca 2019 r.
Pozostałe informacje	Kontrola została podjęta z inicjatywy własnej Najwyższej Izby Kontroli i ujęta w planie pracy na 2019 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, list osób oczekujących na udzielenie świadczeń, a także przeprowadzono analizę stanu prawnego regulującego przedmiotowe zagadnienia.
Sformułowane wnioski	<p>W wyniku przeprowadzonych kontroli sformułowano następujące wnioski:</p> <p>I. W Centrali NFZ:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Doprowadzić do zgodności wyceny świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień z obowiązującą taryfą.2. Ustalić jednolite zasady prezentowania w planie finansowym oddziałów wojewódzkich oraz sprawozdaniach z wykonania planów finansowych kosztów wydawania kart EKUZ.3. Przed wprowadzaniem zmian w finansowaniu świadczeń, definiować ich cele oraz przeprowadzać analizy kosztów z uwzględnieniem tych celów. <p>Do wystąpienia pokontrolnego p.o. Prezesa Funduszu wniósł sześć zastrzeżeń. W wyniku ich rozpatrzenia Komisja Rozstrzygająca postanowiła o uwzględnieniu dwóch zastrzeżeń w całości, dwóch w części oraz oddaleniu zastrzeżeń w pozostałym zakresie.</p>

II. W Pomorskim OW NFZ:

1. Wystąpienie do Prezesa NFZ o zmianę procedur i terminów opracowania planu zakupu na rok 2020, tak aby był on podstawą do podejmowania wszystkich decyzji związanych z dostępem do świadczeń zdrowotnych na obszarze województwa, w tym do wszczynania postępowań mających na celu zakontraktowanie świadczeń.
2. Przeprowadzenie kontroli realizacji umowy Nr 11/002204/STM/18 z 11 września 2018 r.
3. Rozszerzenie zasięgu działania dentobusu w celu zapewnienia dostępności świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży.

Nie złożono zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego. Wnioski zostały wykonane.

III. W Śląskim OW NFZ sformułowano pięć uwag oraz jeden wniosek:

1. celowość:

- zapewnienia realizacji opieki stomatologicznej w gabinetach mobilnych, małoletnim w mniejszych miejscowościach, gdzie nie ma gabinetu stomatologicznego w szkole ani w najbliższej okolicy, a w związku z tym weryfikacji miejsc wskazanych przez świadczeniodawcę w przedkładanych przez niego harmonogramach udzielania świadczeń w dentobusie,
 - zapewnienia kontroli realizacji i rozliczania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie stomatologiczne w zakresie świadczenia udzielane w dentobusie oraz świadczenia udzielane w dentobusie – ryczałt pod kątem prawidłowości kwalifikowania i sprawozdawania świadczeń;
2. konieczność podejmowania skutecznych działań mających na celu zapewnienie w planie finansowym Oddziału środków na finansowanie leku w wysokości odpowiadającej dokonywanym wydatkom;
 3. możliwość dokonywania na bieżąco zmian planu kontroli tylko w okresie jego obowiązywania;
 4. konieczność przeprowadzania postępowań o udzielenie zamówień publicznych z uwzględnieniem przepisów Pzp w zakresie: opisu przedmiotu zamówienia i sposobu jego realizacji, opisu kryteriów oceny ofert i ich egzekwowania, dochowania staranności w zakresie równego traktowania wykonawców, dopuszczenia – w uzasadnionych przypadkach – możliwości składania ofert częściowych,

oraz wniosek o sprawdzenie prawidłowości rozliczania świadczeń udzielonych w dentobusie.

Do treści wystąpienia pokontrolnego złożonych zostało dziewięć zastrzeżeń, z których Komisja Rozstrzygająca dwa uwzględniła w całości, trzy w części, a pozostałe cztery zastrzeżenia oddaliła w całości.

ZAŁĄCZNIKI

IV. W Opolskim OW NFZ nie sformułowano wniosków pokontrolnych.
Do treści wystąpienia pokontrolnego nie wniesiono zastrzeżeń.

Wykaz jednostek
kontrolowanych

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
1.	Departament Zdrowia	Centrala NFZ	Andrzej Jacyna
2.	Departament Zdrowia	Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ	Elżbieta Rucińska-Kulesz
3.	Delegatura NIK w Opolu	Opolski Oddział Wojewódzki NFZ	Robert Bryk
4.	Delegatura NIK w Katowicach	Śląski Oddział Wojewódzki NFZ	Piotr Nowak (p.o. Dyrektora)

Wykaz ocen kontrolowanych jednostek

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności*)	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:	
			prawidłowe	nieprawidłowe
1.	Centrala NFZ	W formie opisowej	<ol style="list-style-type: none"> Spadek liczby oczekujących na świadczenie. Poprawa dostępności rehabilitacji kardiologicznej w opiece kompleksowej po zawale mięśnia sercowego. Terminowe i rzetelne sporządzenie planu finansowego. Terminowe sporządzenie łącznego sprawozdania finansowego i łącznego sprawozdania z wykonania planu finansowego. Prawidłowe wykorzystanie środków na koszty administracyjne. Rzeczelną prowadzenie ksiąg rachunkowych. 	<ol style="list-style-type: none"> Brak kompletnego zbiorczego planu zakupu świadczeń oraz raportów z jego wykonania. Niezgodna z prawem zmiana wyceny świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. Niewykonanie rzetelnych analiz finansowych przed wprowadzeniem zmian w finansowaniu świadczeń. Nieprawidłowe definiowanie celów i mierników w planie pracy. Brak sporządzenia raportu ewaluacyjnego w celu oceny efektów wprowadzenia świadczenia kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego. Przekroczenia kosztów w planie finansowym.
2.	Opolski OW NFZ	W formie opisowej	<ol style="list-style-type: none"> Planowanie przez Oddział świadczeń opieki zdrowotnej odbywało się zgodnie z założeniami procesu planowania. Rzeczelną monitorowano wykonanie umów ze świadczeniodawcami. Rzeczelną realizowany był plan finansowy. Prawidłowo wykorzystane zostały środki finansowe przeznaczone na pokrycie kosztów administracyjnych. Rzeczelną prowadzono też ewidencję finansowo-księgową Oddziału. 	
3.	Pomorski OW NFZ	Pozytywna	<ol style="list-style-type: none"> Oddział zapewnił, w ramach posiadanych środków finansowych, dostęp do świadczeń zdrowotnych. Plan finansowy sporządzono prawidłowo. Prawidłowo wykonano koszty administracyjne. Księgi rachunkowe prowadzone były rzeczelną. 	
4.	Śląski OW NFZ	W formie opisowej	<ol style="list-style-type: none"> Zapewniono rzeczelną planowania kosztów. Podjęmowano prawidłowe działania w celu pełnego wykorzystania środków przewidzianych w planie finansowym na zakup świadczeń. Celowo ponoszono wydatki na koszty administracyjne. Księgi rachunkowe prowadzone były prawidłowo. 	<ol style="list-style-type: none"> Dostępność świadczeń zdrowotnych finansowanych przez SOW NFZ w ramach objętych szczegółowym badaniem dwóch z czterech zakresów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień uległa pogorszeniu w porównaniu do roku poprzedniego. Oddział akceptował zaproponowane przez świadczeniodawcę miejsca postoję dentobusu, które nie zapewniły osiągnięcia celu wprowadzenia takich świadczeń. Nie zapewniono rzetelną nadzoru nad realizacją zawartej umowy o udzielenie świadczeń w dentobusie. Naruszenie przepisów ustawy Prawo Zamówień Publicznych.

*) pozytywna/negatywna /w formie opisowej

6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno- -ekonomicznych

Organizacja
Narodowego
Funduszu Zdrowia

Podstawowym aktem prawnym stanowiącym podstawę działania NFZ jest ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁰⁹, 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 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 wchodzi 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).

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). W celu realizacji swoich kompetencji Prezes wydaje zarządzenia.

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).

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 Zdrowia¹¹⁰. 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). Coroczną prognozę kosztów na kolejne 3 lata Prezes Funduszu sporządza w terminie do dnia 15 czerwca.

Podział środków finansowych pomiędzy Centralą NFZ i oddziały wojewódzkie NFZ następuje według kryteriów określonych w art. 118 ust. 3 ustawy o świadczeniach, tj. z uwzględnieniem liczby ubezpieczonych zarejestro-

¹⁰⁹ Dz. U z. 2019 r. poz. 1373, ze zm.

¹¹⁰ Dz. U. z 2019 r. poz. 835.

wanych 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 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 ubezpieczonych¹¹¹.

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

- ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych¹¹²,
- ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych¹¹³,
- ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości¹¹⁴.

Pracownicy Funduszu podlegają reżymowi ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych¹¹⁵.

Fundusz działa w imieniu własnym na rzecz ubezpieczonych oraz osób uprawnionych do 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.

Przychody Funduszu zostały wymienione w art. 116 ustawy o świadczeniach. Podstawowym źródłem przychodów Funduszu w 2018 r. były 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 świadczeniach¹¹⁶, dotacja podmiotowa z budżetu państwa, o której mowa w art. 97 ust. 8a¹¹⁷, 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

Przychody Funduszu

¹¹¹ Dz. U. Nr 193, poz. 1495.

¹¹² Dz. U. z 2019 r. poz. 869.

¹¹³ Dz. U. z 2018 r. poz. 1986, ze zm.

¹¹⁴ Dz. U. z 2019 r. poz. 351.

¹¹⁵ Dz. U. z 2019 r. poz. 1440.

¹¹⁶ Przepis statuujący to źródło przychodów został zmieniony z dniem 1 stycznia 2019 r. na podstawie ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1532, ze zm.). Obecnie to źródło przychodów zostało opisane jako „dotacje, w tym dotacje celowe przeznaczone na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2b i 2c”.

¹¹⁷ Przepis dodany z dniem 24 sierpnia 2018 r. ustawą z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.

żywnościowego oraz wyrobów medycznych¹¹⁸, 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 oraz inne przychody.

Koszty świadczeń opieki zdrowotnej

Kosztami Funduszu są: koszty świadczeń opieki zdrowotnej, 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 finansowania informatyzacji świadczeń opieki zdrowotnej oraz szkoleń w tym zakresie, 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 świadczeniach¹¹⁹).

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 oraz świadczeniodawców zakwalifikowanych do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej – tzw. „sieci szpitali” (art. 159 ust. 1 oraz 159a ust. 1 ustawy o świadczeniach).

Od 1 lipca 2016 r. w zakresie kontraktowania świadczeń Prezes NFZ określa przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, obejmujące w szczególności obszar teryto-

¹¹⁸ Dz. U. z 2019 r. poz. 784, ze zm.

¹¹⁹ Katalog kosztów wymieniony w art. 117 ust. 1 ustawy o świadczeniach w 2018 r. uległ zmianie – na mocy art. 3 pkt 2 ustawy z dnia 13 września 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 1925) dodane zostały koszty wynikające z finansowania informatyzacji świadczeń opieki zdrowotnej oraz szkoleń w tym zakresie.

rialny, dla którego jest przeprowadzane postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami, z uwzględnieniem taryfy świadczeń w przypadku jej ustalenia w danym zakresie¹²⁰. Szczegółowe warunki umów określone 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.

W sytuacji, gdy nie została ustalona taryfa świadczeń, na podstawie § 15 ust. 4 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹²¹, Prezes w zarządzeniach dotyczących określenia warunków zawierania i realizacji umów określa wartość punktową świadczenia, która stanowi podstawę rozliczeń pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem.

Zgodnie z § 16 ust. 2 załącznika do ww. rozporządzenia, określając szczegółowe warunki rozliczania świadczeń, Prezes Funduszu może ustalać współczynniki korygujące¹²², mające na celu w szczególności polepszenie jakości i zwiększenie dostępności udzielanych świadczeń.

Zasady prowadzenia postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń zostały zawarte w kilku aktach prawnych:

- Dział VI. Postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami – art. 132–161b ustawy o świadczeniach;
- 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 pracy¹²³;
- 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 zdrowotnej¹²⁴.

Minister właściwy do spraw zdrowia wydaje rozporządzenie określające warunki udzielania świadczeń, które powinni spełniać świadczeniodawcy ubiegający się o zawarcie umowy.

Wymagania w zakresie przeprowadzania postępowań doprecyzowane zostały zarządzeniem Nr 18/2017/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów

Postępowania
w sprawie zawarcia
umów o udzielanie
świadczeń

¹²⁰ Zgodnie z art. 146 ust. 6 ustawy o świadczeniach określona przez Prezesa AOTMiT taryfę świadczeń wprowadza się do stosowania nie później niż przed upływem 4 miesięcy od dnia jej opublikowania.

¹²¹ Dz. U z 2016 r. poz. 1146, ze zm.

¹²² Zgodnie z § 1 pkt 16 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. 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.

¹²³ Dz. U. z 2018 r. poz. 1897.

¹²⁴ Dz. U. poz. 1372, ze zm.

o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹²⁵. Natomiast warunki zawierania i realizacji umów w zarządzeniu Nr 41/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 23 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień¹²⁶.

W 2017 r. Fundusz rozpoczął realizację świadczeń w ramach opieki kompleksowej dla osób po zawale mięśnia sercowego – KOS-Zawał.

Świadczenia wchodzące w skład opieki kompleksowej zostały wprowadzone do katalogów świadczeń gwarantowanych na podstawie rozporządzeń Ministra Zdrowia:

- z dnia 16 grudnia 2016 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej¹²⁷;
- z dnia 16 grudnia 2016 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹²⁸;
- z dnia 16 grudnia 2016 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej¹²⁹.

Z kolei rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 marca 2017 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹³⁰ określone zostały kryteria wyboru ofert w postępowaniach o zawarcie umów na realizację świadczeń opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego.

Zasady zawierania umów dotyczących opieki kompleksowej KOS-Zawał zostały zawarte w zarządzeniu Nr 38/2017/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe. Zarządzenie określało również jakie warunki muszą być spełnione, aby świadczenia mogły zostać zaliczone do KOS-Zawał, a świadczeniodawca miał możliwość uzyskania premii za świadczenia udzielone zgodnie z tymi warunkami¹³¹.

Na udzielanie świadczeń w ramach KOS-Zawał OW NFZ nie przeprowadzały do końca 2018 r. konkursów. Podmioty lecznicze przystępowały do realizacji świadczeń w oparciu o zmianę obowiązującej umowy. Musiały spełniać warunki organizacyjne, tj. udzielać świadczeń w trzech wymaganych zakresach oraz spełniać warunki udzielania świadczeń dla każdego z nich. Mogą przy tym udzielać świadczeń z udziałem podwykonawców.

¹²⁵ Zmienione zarządzeniem Nr 19/2017/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 15 marca 2017 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

¹²⁶ Zmienione zarządzeniem Nr 81/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 14 sierpnia 2018 r. zmieniającym niektóre zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

¹²⁷ Dz. U. poz. 2162.

¹²⁸ Dz. U. poz. 2163.

¹²⁹ Dz. U. poz. 2164.

¹³⁰ Dz. U. poz. 498.

¹³¹ Zarządzenie Nr 38/2017/DSOZ zostało uchylone z dniem 4 marca 2019 r. Z tym dniem weszło w życie zarządzenie Nr 10/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 stycznia 2019 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe, które na nowo uregulowało przedmiotowe kwestie.

Na podstawie ustawy z dnia 15 września 2017 r. o szczególnych rozwiązaniach zapewniających poprawę jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej¹³² Minister Zdrowia nabył 16 pojazdów, w których są udzielane świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia stomatologicznego (tzw. dentobusy). Nabycie dentobusów miało umożliwić zapewnienie opieki stomatologicznej dzieciom w mniejszych miejscowościach, gdzie nie ma gabinetu stomatologicznego w szkole ani w najbliższej okolicy. Minister przekazał pojazdy wojewodom, a wojewodowie udostępniają nieodpłatnie dentobusy świadczeniodawcom wybranym do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia stomatologicznego wykonywanego w tym dentobusie w postępowaniu określonym w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Koszty związane z utrzymaniem dentobusu i korzystaniem z niego, w tym koszty ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadacza pojazdu mechanicznego za szkody powstałe w związku z ruchem tego pojazdu, ponosi świadczeniodawca.

Świadczenia
stomatologiczne
udzielane
w „dentobusach”

W dentobusach są udzielane świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia oraz profilaktyczne świadczenia stomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia. Szczegółowy wykaz świadczeń został zawarty odpowiednio w załącznikach nr 2a i nr 10a do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego¹³³.

Ustawa i rozporządzenie nie zawierają szczegółowych metod ani kryteriów dla ustalania lokalizacji miejsca udzielania świadczeń w dentobusach, poza wskazaniem, że przy ustalaniu planu i harmonogramu realizacji świadczeń w dentobusach należy uwzględnić potrzeby zdrowotne świadczeniobiorców w danym województwie. Za ustalenie harmonogramu realizacji świadczeń odpowiedzialny jest świadczeniodawca, który zgłasza ten harmonogram Funduszowi.

Zgodnie z art. 68 Konstytucji RP, każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Władze publiczne zapewniają obywatelom równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Polski system opieki zdrowotnej oparty jest o zasadę solidaryzmu i współodpowiedzialności za finansowanie wydatków na opiekę zdrowotną, a jego funkcjonowanie 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 a głównym źródłem finansowania systemu jest ubezpieczenie zdrowotne. Dla realizacji zadań państwa w zakresie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej został utworzony Narodowy Fundusz Zdrowia, który spełnia rolę płatnika.

Prawo
do ochrony
zdrowia

¹³² Dz. U. z 2017 r. poz. 1774.

¹³³ Dz. U. z 2019 r. poz. 1199.

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 2019 r. poz. 1373, ze zm.).
2. Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 844).
3. Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138, ze zm.).
4. Ustawa z dnia 18 marca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 652, z 2018 poz. 2092).
5. Ustawa z dnia 15 września 2017 r. o szczególnych rozwiązaniach zapewniających poprawę jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1774).
6. Ustawa z dnia 2 grudnia 2016 r. o szczególnych rozwiązaniach służących realizacji ustawy budżetowej na rok 2017 (Dz. U. poz. 1984, ze zm.).
7. Ustawa z dnia 8 grudnia 2017 r. o szczególnych rozwiązaniach służących realizacji ustawy budżetowej na rok 2018 (Dz. U. poz. 2371, z 2018 r. poz. 2383).
8. Ustawa z dnia z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 357, ze zm.).
9. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, ze zm.).
10. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2019 r. poz. 408, ze zm.).
11. Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 784, ze zm.).
12. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2018 r. poz. 1492, z 2019 r. poz. 447).
13. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1507, ze zm.).
14. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 869).
15. Ustawa z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1440).
16. Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2019 r. poz. 351).
17. Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1986, ze zm.).
18. Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2019 r. poz. 489, 1571).

ZAŁĄCZNIKI

19. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE L 119 z 4.05.2016, s. 1).
20. 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).
21. 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.).
22. 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.).
23. 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.).
24. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2015 r. w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych (Dz. U. poz. 458).
25. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 736).
26. 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.).
27. 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.).
28. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. 2018 r. poz. 465, 2396).
29. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. 2018 r. poz. 742, 1185).
30. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. z 2019 r. poz. 1999).
31. 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.).
32. 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

ZAŁĄCZNIKI

- do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 192, ze zm.) – obowiązywało do 30 czerwca 2019 r.
33. Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz. U. z 2019 r. poz. 835).
 34. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2016 r. w sprawie rocznych i okresowych sprawozdań z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia oraz informacji przekazywanych wojewodom i marszałkom województw (Dz. U. poz. 923).
 35. 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).
 36. 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. 2018 r. poz. 1897).
 37. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1386, ze zm.) – obowiązywało do 25 lipca 2019 r.
 38. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) Nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. UE L 166 z 30.04.2004, s. 1, ze zm.).
 39. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) Nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczące wykonywania rozporządzenia (WE) Nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. UE L 284 z 30.10.2009, s. 1, ze zm.).
 40. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1231/2010 z dnia 24 listopada 2010 r. rozszerzające rozporządzenie (WE) Nr 883/2004 i rozporządzenie (WE) Nr 987/2009 na obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi rozporządzeniami jedynie ze względu na swoje obywatelstwo (Dz. Urz. UE L 344 z 29.12.2010, s. 1).
 41. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. Nr 137, poz. 1126).
 42. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. poz. 469).
 43. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz. U. poz. 852, 1786).

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, 16 grudnia 2019

NKA.073.24.2019.6.KCZ

Pani
Małgorzata Motylow
Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli

Szanowna Pani Prezes,

w odpowiedzi na pismo z dnia 29 listopada 2019 r. o znaku: KZD.430.006.2019, przy którym Najwyższa Izba Kontroli (dalej „NIK”) przekazała Informację o wynikach kontroli P/19/058 **Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2018 roku**, uprzejmie dziękuję za przeprowadzoną kontrolę oraz sformułowane oceny, informacje i wnioski.

Jednocześnie uprzejmie proszę o przyjęcie poniższego stanowiska do ww. dokumentu.

Na wstępie należy zauważyć, iż zagadnienia dotyczące: zróżnicowanych cen pomiędzy województwami, dysproporcji w liczbie i wartości udzielonych świadczeń, ograniczonej dostępności do świadczeń, czy też harmonogramu realizacji świadczeń w dentobusach, nie stanowiły nieprawidłowości skutkujących wydaniem wniosków pokontrolnych w wystąpieniu pokontrolnym NIK z dnia 22 lipca 2019 r. po kontroli **Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2018 r.**, skierowanym do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej „NFZ”).

Część 3 Synteza, str. 11 i część 5 Ważniejsze wyniki kontroli, str. 44-49.

Uprzejmie informuję, iż dentobusy zostały przekazane wojewodom pod koniec grudnia 2017 r., natomiast rozpoczęcie udzielania w nich świadczeń wymagało przeprowadzenia postępowań konkursowych zgodnie z procedurą określoną w przepisach ustawy

o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Postępowania były przeprowadzane przez poszczególne oddziały wojewódzkie (dalej „OW”) NFZ i w niektórych przypadkach wybór świadczeniodawcy wymagał powtórzenia (czasem kilkukrotnego) procedury, bądź to z powodu braku chętnych świadczeniodawców, bądź niespełnienia przez nich wymagań.

Trzeba podkreślić, że 2018 r. był pierwszym rokiem realizacji świadczeń zdrowotnych w dentobusach, zatem świadczeniodawcy potrzebowali czasu na zapoznanie się z nowym świadczeniem, jak też z warunkami jego udzielania, wymagającymi odmiennego niż w gabinecie stacjonarnym trybu pracy.

Ponadto, w celu sprawnego przeprowadzania postępowań konkursowych z zakresu świadczeń stomatologicznych udzielanych w dentobusie, a także poprawy dostępności do świadczeń udzielanych dzieciom w tym zakresie, zarządzeniem Prezesa NFZ wprowadzono od lipca 2018 r. współczynnik korygujący wycenę świadczeń stomatologicznych udzielanych dzieciom do 18 r.ż. w dentobusie na poziomie 1,3 (obecnie wynosi 1,5).

W kwestii ustalania harmonogramu realizacji świadczeń w dentobusach i nadzoru nad nim, należy wskazać, że zgodnie z § 10 zarządzenia nr 47/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 7 czerwca 2018 r. w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne świadczeniodawca przedstawia dyrektorowi OW NFZ propozycje postojów dentobusów, który po jego akceptacji umieszczany jest na stronie internetowej oddziału. Należy mieć na uwadze, że dla każdego, planowanego miejsca postoju dentobusu, świadczeniodawca musi uzyskać od osoby odpowiedzialnej za to miejsce zgodę na zaparkowanie pojazdu i możliwość podłączenia go do mediów oraz uzgodnić, w jakich godzinach mogą być udzielane świadczenia. Ponadto, świadczeniodawca musi uzyskać zgodę rodziców/opiekunów prawnych małoletnich pacjentów na udzielenie konkretnych świadczeń stomatologicznych u dziecka oraz akceptację wykonania tych świadczeń podczas czasu przeznaczanego w szkole na nauczanie.

W wielu przypadkach brak jest możliwości udzielania w dentobusie świadczeń stomatologicznych wyłącznie dzieciom *w mniejszych miejscowościach, gdzie nie ma gabinetu stomatologicznego w szkole ani w najbliższej okolicy*, czyli zgodnie z uzasadnieniem do projektu ustawy kwalifikującej leczenie stomatologiczne dzieci w dentobusach, jako świadczenia finansowane ze środków publicznych, bowiem harmonogram postojów dentobusu powstaje po spełnieniu wielu czynników, wymaga

logistycznego przygotowania, świadomego zaangażowania wszystkich współuczestników świadczenia. Z uwagi na zmieniające się miejsce postoj dentobusu, brak jest możliwości kontynuowania przez tego samego lekarza leczenia podjętego w dentobusie. Powoduje to, iż najczęściej w dentobusach podejmowane jest jednoetapowe leczenie profilaktyczne, lub badania oceniające stan uzębienia, na które rodzice udzielają najchętniej zgodę i które zaczyna się i kończy podczas jednej wizyty.

Należy przy tym zwrócić uwagę, iż brak jest wytycznych, które wskazywałyby, jaki procentowy udział w realizowanym kontrakcie winny stanowić stomatologiczne świadczenia profilaktyczne, nie ma więc podstaw do negatywnej oceny świadczeniodawcy wykonującego w ramach realizowanej umowy w większości świadczenia profilaktyki stomatologicznej.

Dodatkowo uprzejmie informuję, iż pierwsze zdanie na str. 44 we fragmencie Informacji NIK dotyczącym dentobusów jest nieprecyzyjne, ponieważ ustawa z dnia 15 września 2017 r. o szczególnych rozwiązaniach zapewniających poprawę jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej¹ stanowiła podstawę zakupu dentobusów, ale świadczenia stomatologiczne w dentobusie zostały wprowadzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego², a nie ww. ustawą.

Część 5 Ważniejsze wyniki kontroli, str. 17-19.

W kwestii dysproporcji w cenach świadczeń, należy zauważyć, że zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów³, cena stanowi jedno z kryteriów wyboru oferty i będzie się różnić w obrębie nie tylko województwa, ale i w odniesieniu do poszczególnych świadczeniodawców. Jednocześnie Prezes NFZ nie ma uprawnień do decydowania o wysokości ceny oczekiwanej, określanej w postępowaniach konkursowych lub rokowaniach, ogłoszonych przez dyrektorów OW NFZ. Niemniej jednak Prezes NFZ przekazywał dyrektorom OW NFZ m.in. rekomendacje postępowania w kwestii sposobu określenia ceny oczekiwanej dla wybranych zakresów świadczeń w rodzaju opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

Wyjaśniając kwestię zróżnicowania w liczbie i wartości udzielonych świadczeń między poszczególnymi OW NFZ, należy wskazać m.in. na różnice rozwoju i rozmieszczenia

¹ Dz. U. poz. 1774.

² Dz. U. poz. 2485.

³ Dz. U. poz. 1372, z późn. zm.

zasobów lecznictwa na obszarze kraju i województw, a także na sytuację epidemiologiczną.

Część 5 Ważniejsze wyniki kontroli, str. 19-20.

Odnosząc się do zagadnienia dotyczącego ograniczonej dostępności do świadczeń w rodzaju rehabilitacji leczniczej w wybranych zakresach świadczeń, wyjaśnienia wymaga fakt, że zakresy: rehabilitacja pulmonologiczna i rehabilitacja dysfunkcji narządu wzroku są zakresami wąskiej specjalizacji i nie w każdym rejonie kraju znajdują się świadczeniodawcy, którzy deklarują realizację przedmiotowych świadczeń. Natomiast świadczenia w zakresie fizjoterapii domowej, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, mogą być realizowane również w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej. Świadczeniodawca ma możliwość rozliczenia tych świadczeń wydzielonymi produktami. W związku z powyższym na obszarach, gdzie brak jest podpisanej umowy o udzielanie świadczeń w zakresie fizjoterapia domowa, świadczeniodawcy realizują świadczenia w ramach zakresu fizjoterapia ambulatoryjna. Nie bez znaczenia jest fakt, że OW NFZ: Pomorski i Zachodniopomorski, ogłosiły postępowania konkursowe na świadczenia fizjoterapii domowej na początku 2019 r. Jeżeli zaś chodzi o dostępność do świadczeń w zakresie programu profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc), zarówno w etapie podstawowym, jak i specjalistycznym, wyjaśnić należy, że liczba i rozmieszczenie świadczeniodawców realizujących świadczenia w ramach tego programu nie zmienia się od co najmniej kilku lat. Wynika to z faktu, że świadczeniodawcy nie są zainteresowani realizacją tego programu. Ponadto należy przypomnieć, że ww. program, jest *de facto* świadczeniem uzupełniającym. Zasadniczy nurt leczenia uzależnień realizowany jest w rodzaju psychiatria i leczenie uzależnień, w poradniach leczenia uzależnień i w poradniach leczenia uzależnienia od tytoniu. Publiczny płatnik nie ma możliwości, poza systematycznym ogłaszaniem postępowań poprzedzających zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zorganizowania dodatkowych miejsc udzielania świadczeń.

Część 5 Ważniejsze wyniki kontroli, str. 39-40.

Odnosząc się do zarzutu niezakontraktowania wszystkich zakresów świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, należy wskazać na przyczyny niemożności zakontraktowania wszystkich zakresów:

- brak możliwości spełnienia wymagań bezwzględnych określonych w przepisach prawa, które musi spełniać oferent ubiegający się o podpisanie umowy na realizację świadczeń w określonych zakresach,
- brak potencjalnych oferentów mogących realizować wybrane świadczenia w związku z występującym na terenie województw deficytem wyższej i średniej kadry medycznej np. psychiatrów dla dzieci i młodzieży, psychiatrów dla dorosłych, psychologów klinicznych czy psychoterapeutów,
- konieczność unieważnienia ogłoszonych postępowań konkursowych z powodu niewpłynięcia ofert,
- brak zainteresowania ze strony świadczeniodawców/offerentów realizacją wybranych świadczeń, ze względu m.in. na konieczność dysponowania odpowiednim potencjałem wykonawczym (zasoby kadrowe i lokalowe),
- zabezpieczenie przez OW NFZ przede wszystkim ciągłości realizacji świadczeń psychiatrycznych ze względu na ograniczone środki finansowe i tym samym nieograniczanie dostępności w zakresach, na które dotychczas były zawarte umowy,
- brak zgłoszeń o gotowości do zawarcia nowych umów,
- multiplikacja udzielania tych samych świadczeń w ramach różnych zakresów, a tym samym możliwość realizacji niektórych świadczeń w innych zakresach.

Część 5 Ważniejsze wyniki kontroli, str. 42-43.

Uprzejmie informuję, iż na stronach 42-43 znajdują się błędne zapisy dotyczące Programu pilotażowego w centrach zdrowia publicznego. W rzeczywistości chodzi o centra zdrowia psychicznego, na co też wskazuje opis i przytoczona podstawa prawna.

Część 5 Ważniejsze wyniki kontroli, str. 43.

Odnosząc się do nieprawidłowości dotyczącej zmiany wyceny świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, należy wskazać, iż w myśl definicji taryfy świadczeń ustalonej przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (dalej „AOTMiT”), zawartej w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁴ wskazanej jako *zestawienie świadczeń gwarantowanych wraz z przypisanymi im wartościami względnymi, z wyłączeniem świadczeń gwarantowanych, których zasady finansowania określa ustawa o refundacji*, wprowadzone zmiany wyceny w załącznikach 1 i 2 do zarządzenia nr 59/DSOZ/2017 Prezesa NFZ z dnia 26 lipca 2017 r. zmieniające zarządzenie

⁴ Dz. U. z 2019 r. poz.1373, z późn. zm.

w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, utrzymują wzajemną relację względną pomiędzy poszczególnymi produktami rozliczeniowymi. Niemniej jednak, w związku ze sformułowanym w wystąpieniu pokontrolnym NIK wnioskiem w brzmieniu: *Doprowadzić do zgodności wyceny świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień z obowiązującą taryfą*, Prezes NFZ poinformował NIK, że zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, zostanie zmodyfikowane w trybie i terminach wynikających z przepisów powszechnie obowiązujących aktów normatywnych, w sposób uwzględniający taryfę określoną przez Prezesa AOTMiT, z zastosowaniem odpowiednich współczynników korygujących.

Część 5 Ważniejsze wyniki kontroli, str. 52.

Odnosząc się do kwestii braku sporządzenia raportu ewaluacyjnego w celu oceny efektów wprowadzenia świadczenia kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (dalej „KOS – Zawał”), nie bez znaczenia jest fakt, że pierwszy raport (w formie prezentacji) z realizacji świadczeń KOS – Zawał, został sporządzony w listopadzie 2018 r. i uwzględniał m.in. dane dotyczące: liczby i wartości umów zawartych w OW NFZ, liczby pacjentów i liczby świadczeń w poszczególnych miesiącach od października 2017 r. do września 2018 r., liczby pacjentów i liczby świadczeń w 20 podmiotach o największej liczbie pacjentów w 2018 r. Obecnie w centrali NFZ trwają prace analityczne mające na celu ocenę efektów wprowadzonego świadczenia KOS – Zawał z uwzględnieniem mierników, o których mowa w Ocenie Skutków Regulacji do zarządzenia nr 38/2017/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe.

W kwestii braku kompletnej dokumentacji dotyczącej przygotowania i opiniowania projektu zarządzenia nr 41/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 23 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, należy wskazać, że przekazanie opinii w sprawie przedmiotowego projektu odbywało się na prośbę płatnika za pomocą skrzynki mailowej, a treść opinii została zebrana w formie *Rejestru uwag do projektu zarządzenia*.

Część 5 Ważniejsze wyniki kontroli, str. 60.

W przedmiotowej Informacji NIK wskazano, iż w 2018 r. funkcjonowało łącznie 1 559 zespołów ratownictwa medycznego, w tym 1 443 zespołów podstawowych oraz 416 zespołów specjalistycznych. Uprzejmie informuję, że prawidłowa liczba zespołów podstawowych to 1 143.

Część 5 Ważniejsze wyniki kontroli, str. 61.

Uprzejmie informuję, iż stwierdzenie *Ponadto, od czasu wejścia w życie przywołanego rozporządzenia kolejne grupy zawodowe zostały objęte regulacją wynagrodzeń, które nie są powiązane z dostępnością do świadczeń opieki zdrowotnej* nie odzwierciedla stanu faktycznego. Podwyżki wynagrodzeń personelu medycznego pozwoliły zachować gotowość personelu medycznego do pracy, która była zachwiana poprzez brak porozumienia ze stroną społeczną.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia

Janusz Cieszyński

Podsekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/

6.6. Opinia Prezesa NIK do stanowiska Ministra



PREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
MARIAN BANAŚ

KZD.430.006.2019

Warszawa, 23 grudnia 2019 r.

Opinia Prezesa Najwyższej Izby Kontroli do stanowiska Ministra Zdrowia przedstawionego w trybie art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli do Informacji o wynikach kontroli „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2018 r.”

W przesłanym stanowisku Minister Zdrowia nie kwestionuje ustaleń zawartych w Informacji o wynikach kontroli i nie wskazuje nowych okoliczności mających wpływ na zaprezentowane w niej stany faktyczne i sformułowane oceny. Stanowisko zawiera w istocie dodatkowe wyjaśnienie okoliczności powstania sytuacji opisanych przez NIK, które były poddane analizie w trakcie prowadzonych czynności kontrolnych. Najwyższa Izba Kontroli podtrzymuje więc wszystkie oceny i wnioski zawarte w Informacji o wynikach kontroli.

Na wstępie należy zauważyć, że przedmiotowa kontrola została przeprowadzona nie tylko w Centrali NFZ, ale również w trzech oddziałach wojewódzkich NFZ. Tym samym nieprawidłowości oraz związane z nimi wnioski pokontrolne zamieszczone w Informacji, w szczególności dotyczące wykorzystania dentobusów, zostały sformułowane również w wystąpieniach pokontrolnych skierowanych do Dyrektorów oddziałów wojewódzkich¹.

Minister potwierdza ustalenia NIK dotyczące trudności w realizacji głównego celu wprowadzenia świadczeń w dentobusach oraz ograniczonych możliwości kontynuacji leczenia. Wynikały one z przyjętej w zarządzeniu Prezesa NFZ metodyki ustalania miejsc udzielania świadczeń. Pozostawienie wyboru miejsc udzielania świadczeń świadczeniodawcom, bez wskazania obszarów o ograniczonej dostępności świadczeń oraz zaangażowania instytucji i organów lokalnych, nie mogło zapewnić efektywnego wykorzystania dentobusów.

Wbrew sugestii Ministra Zdrowia zamieszczonej na stronie 3 stanowiska, NIK nie formułowała negatywnej oceny świadczeniodawców wykonujących w ramach realizowanej umowy profilaktyczne świadczenia stomatologiczne w dentobusach. Przedstawiona struktura realizowanych świadczeń miała charakter wyłącznie informacyjny.

Kwestia zróżnicowania cen świadczeń pomiędzy oddziałami wojewódzkimi NFZ oraz niezabezpieczenia dostępu do części z nich była już wielokrotnie podnoszona przez Najwyższą Izbę Kontroli.

NIK zwróciła uwagę, że działania NFZ nie prowadzą do poprawy dostępności, gdyż dla niektórych zakresów świadczeń istnieją trwale tzw. „białe plamy”, a kolejne lata nie przynoszą poprawy sytuacji. Co więcej, dotyczy to nie tylko świadczeń specjalistycznych, których udzielaniem zajmować się może kilka ośrodków w kraju, lecz również profilaktyki, która z założenia powinna być łatwo dostępna dla każdego pacjenta. Minister Zdrowia nie kwestionuje tych ustaleń. Wskazuje natomiast, co NIK również uwzględniła w Informacji, że jedną z głównych przyczyn tego stanu są ograniczone zasoby systemu ochrony zdrowia.

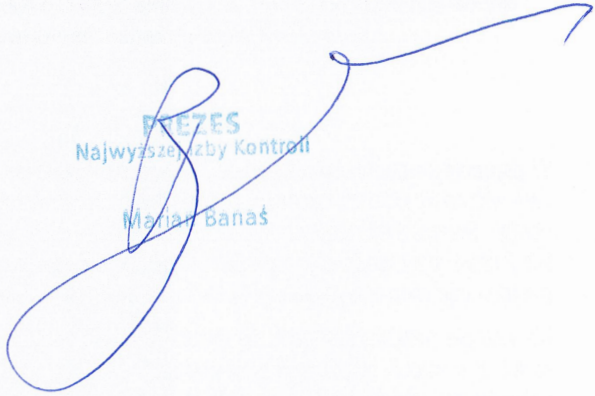
Zmiana wartości punktowej świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień została poddana kontroli Komisji Rozstrzygającej NIK, która podtrzymała sformułowaną w wystąpieniu pokontrolnym ocenę. NIK pozostaje przy stanowisku, że działanie Prezesa NFZ nie miało w tym wypadku umocowania w obowiązujących

¹ W wystąpieniu pokontrolnym do Dyrektora Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ z dnia 10 lipca 2019 r. oraz wystąpieniu pokontrolnym do Dyrektora Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ z 10 lipca 2019 r.; patrz: <https://www.nik.gov.pl/kontrolo/wyniki-kontroli-nik/prosta/>.

przepisach, które przyznają mu uprawnienie do określania wartości jednostek rozliczeniowych tylko w sytuacji braku określenia taryfy świadczeń. W przedmiotowym przypadku taryfa taka została określona przez właściwego w sprawie Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Odnosząc się do zagadnienia związanego ze sporządzeniem raportu ewaluacyjnego dla świadczeń KOS-Zawał NIK podtrzymuje opinię, że zakres danych zawartych w przekazanej w trakcie kontroli prezentacji nie odpowiadał założeniom raportu ewaluacyjnego. W szczególności nie pozwalał na dokonanie oceny efektywności opieki kompleksowej, co miało być głównym celem jego sporządzenia.

Koszty wynagrodzeń personelu medycznego stanowią nieodzowny element kosztów świadczeniodawcy, który powinien być uwzględniony w cenach za punkt rozliczeniowy, określonych w umowach o udzielanie świadczeń. Uzasadnieniem dla wyodrębnienia oddzielnego strumienia finansowania nie może być samo zapewnienie gotowości personelu medycznego do pracy, gdyż gotowość do pracy nie mieści się w katalogach świadczeń gwarantowanych.


PREZES
Najwyższej Izby Kontroli
Marian Banaś