



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Departament Zdrowia

KZD.410.002.01/2015
P/15/059

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/15/059 – Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2014 r.
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia
Kontrolerzy	1. Paweł Korzeniowski, główny specjalista kp., upoważnienie do kontroli nr 90851 z dnia 11 marca 2015 r. 2. Rafał Zyzik, starszy inspektor kp., upoważnienie do kontroli nr 90852 z dnia 11 marca 2015 r. 3. Michał Oszukowski, starszy inspektor kp., upoważnienie do kontroli nr 90853z dnia 20 kwietnia 2015 r.
	[Dowód: akta kontroli str. 1-6]
Jednostka kontrolowana	Narodowy Fundusz Zdrowia – Centrala (dalej: NFZ, Fundusz) 02-390 Warszawa, ul. Grójecka 186
Kierownik jednostki kontrolowanej	Tadeusz Jędrzejczyk Prezes NFZ od 3 czerwca 2014 r. ¹ [Dowód: akta kontroli str. 3302-3307]

II. Ocena kontrolowanej działalności²

Ocena ogólna

W 2014 r. nastąpiło pogorszenie dostępu do świadczeń zdrowotnych, o czym świadczy wydłużenie czasu oczekiwania na ich udzielenie w wielu analizowanych zakresach usług medycznych.

W przypadku 15 województw nie zakontraktowano części świadczeń zdrowotnych udzielanych w lecznictwie szpitalnym, co skutkowało m.in. migracją pacjentów do innych regionów. Także w przypadku 12 województw stwierdzono ograniczenia w dostępie do niektórych usług ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Było to spowodowane m.in. nierównomiernym rozmieszczeniem kadry i placówek medycznych na terenie kraju. Wpływ na to miały również obowiązujące uregulowania prawne, utrudniające pełne wykorzystanie środków przewidzianych w planie finansowym NFZ na pokrycie kosztów udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej.

Fundusz nie wykorzystał kwoty 1.178.773,60 tys. zł, w tym 583.767,06 tys. zł na refundację, gdyż przepisy ustawy o refundacji³ uniemożliwiały przeznaczenie tych środków na inne cele, w tym na finansowanie, deficytowych rodzajów świadczeń.

Ponadto Fundusz wydatkował ok 346.755 tys. zł na leczenie osób, które nie posiadały ubezpieczenia zdrowotnego lub nie miały ustalonego tytułu prawnego do świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Szacunkowy koszt wykonania świadczeń na rzecz osób oczekujących na ich udzielenie wyniósł, według stanu na koniec 2014 r. ok 3.475.672 tys. zł, a kwota świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowach wyniosła 842.653,35 tys. zł.

¹ Poprzednio Wiesława Klos p.o. Prezesa (od 1 marca 2014 do 2 czerwca 2014 r.), Marcin Pakulski, p.o. Prezesa (od 23 grudnia 2013 r. do 28 lutego 2014 r.).

² Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie.

³ Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 345).

Pełne wykorzystanie środków przewidzianych w planie finansowym Funduszu oraz zaprzestanie wydatkowania środków na zapewnienie opieki zdrowotnej dla osób do tego nieuprawnionych pozwoliłoby na zwiększenie kontraktów i poprawę dostępu do świadczeń zdrowotnych.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Zabezpieczenie dostępu do świadczeń dla osób uprawnionych

1.1. Zasady planowania zakupu świadczeń

Opis stanu faktycznego

Fundusz przygotował projekt priorytetów ogólnopolskich na 2014 r., o co Izba wnioskowała w 2013 r. Priorytety te zostały opracowane na okres jednego roku, gdyż jak wynika ze złożonych wyjaśnień, w cyklu rocznym ustalane są plany finansowe oraz plany zakupu świadczeń. Z powodu trudności w realizacji niektórych priorytetów w okresie jednego roku, były one kontynuowane w kolejnych latach.

Uwagi dotyczące badanej działalności

Z uwagi na fakt, że efekty części podejmowanych działań będzie można zaobserwować w przyszłości oraz mając na względzie zachodzące zmiany demograficzne, w ocenie NIK, zasadnym byłoby określenie tych priorytetów w perspektywie wieloletniej.

[Dowód: akta kontroli str. 988-1039, 1502]

Opis stanu faktycznego

Podczas opracowywania planu finansowego oraz planu zakupu świadczeń na 2014 r. nie zakładano zasadniczych zmian w strukturze rodzajowej kosztów świadczeń w porównaniu do 2013 r.⁴

Ustawa z dnia 11 października 2013 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw⁵(art. 1 pkt 1 lit. a i b, art. 4 i 6) umożliwiła aneksowanie umów na 2014 r., m.in. bez konieczności przeprowadzania nowych konkursów.

Oddziały wojewódzkie przeprowadzały szereg analiz poprzedzających sporządzenie planu zakupu świadczeń zdrowotnych wykorzystując do tego celu m.in. dane demograficzne, epidemiologiczne, dotyczące bazy materialnej i kadrowej świadczeniodawców, informacje na temat realizacji umów, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, a także migracji ubezpieczonych pomiędzy województwami. Uwzględniono także wytyczne Centrali NFZ określone w „Procedurze definiowania priorytetów i planów zakupu” oraz przeprowadzono konsultacje m.in. z przedstawicielami placówek opieki zdrowotnej oraz jednostek samorządu terytorialnego.

[Dowód: akta kontroli str. 535-556, 886-899, 988-1039, 1326-1375]

Wartość zakontraktowanych na koniec kwietnia 2014 r. świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych była zróżnicowana w poszczególnych oddziałach NFZ, a ich łączna wartość była niższa niż przewidywał to plan zakupu. Przykładowo:

1. W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (dalej: AOS) od 1.277,67 tys. zł w Świętokrzyskim OW do 1.689,38 tys. zł w Śląskim OW. W siedmiu OW plan zakupu świadczeń na 2014 r. był wyższy od ich wykonania w 2013 r. W pozostałych OW plan był niższy i wynosił od 95,99% (Wielkopolski OW)

⁴ Patrz pismo Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej z dnia 12 czerwca 2013 r. (znak: DSOZI/2013/077/0858/II/07541/DD).

⁵ Dz. U. z 2013 r., poz. 1290 (akt wszedł w życie 21 listopada 2013 r., a jego wygaśnięcie nastąpiło 31 grudnia 2014 r.)

wykonania w 2013 r. do 99,24% (Podlaski OW). Średnia wartość tego wskaźnika wynosiła 99,29% wykonania 2013 r.

2. W leczeniu szpitalnym (dalej LSP) od 7.057,30 tys. zł w Podkarpackim OW do 9.262,42 tys. zł w Mazowieckim OW. W pięciu OW plan zakupu świadczeń na 2014 r. był wyższy od ich wykonania w 2013 r. W pozostałych OW był niższy i wynosił od 94,09% wykonania w 2013 r (Śląski OW) do 99,84% (Zachodniopomorski OW). Średnia wartość tego wskaźnika wynosiła 98,42% wykonania 2013 r.
3. W leczeniu stomatologicznym od 201,15 tys. zł w Mazowieckim OW do 634,90 tys. zł w Warmińsko-Mazurskim OW. Jedynie w czterech OW plan zakupu świadczeń na 2014 r. był niższy od ich wykonania w 2013 r. i wynosił od 97,30% (Lubuski OW) do 99,93% (Śląski OW). W pozostałych oddziałach był wyższy i wynosił od 100,32% wykonania w 2013 r (Małopolski OW) do 105,79% (Pomorski OW). Średnia wartość tego wskaźnika wynosiła 101,39% wykonania 2013 r.
4. W rehabilitacji leczniczej od 223,85 tys. zł w Kujawsko-Pomorskim OW do 643,15 tys. zł w Świętokrzyskim OW. We wszystkich oddziałach plan zakupu świadczeń na 2014 r. był niższy od ich wykonania w 2013 r. i wyniósł od 93,03% wykonania 2013 r (Mazowiecki OW) do 99,82% (Podlaski OW). Średnia wartość tego wskaźnika wynosiła 95,32% wykonania 2013 r.
5. W profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków Funduszu od 10,85 tys. zł w Małopolskim OW do 45,48 tys. zł w Warmińsko-Mazurskim OW. We wszystkich oddziałach plan zakupów świadczeń na 2014 r. był wyższy od ich wykonania w 2013 r., średnio o 410,99%. Przy czym wartość umów zawartych na 2014 r. w 15 spośród 16 OW NFZ była niższa od wartości umów na 2013 r. i wynosiła od 33,19% (Małopolski OW) do 98,81% (Podkarpacki OW). Jedynie w Warmińsko-Mazurskim OW sięgnęła 104,67%.
6. W świadczeniach odrębnie kontraktowanych od 319,25 tys. zł w Podlaskim OW do 575,60 tys. zł w Mazowieckim OW. Jedynie w czterech oddziałach plan zakupu świadczeń na 2014 r. był niższy od ich wykonania w 2013 r. i wynosił od 94,66% (Łódzki OW) do 98,59% (Lubelski OW). W pozostałych OW był wyższy i wynosił od 100,45% (Opolski OW) do 115,19% (Zachodniopomorski OW); średnio 100,76%.

[Dowód: akta kontroli str. 988]

W trakcie 2014 r. plan kosztów tych świadczeń (poza leczeniem stomatologicznym) ulegał zwiększeniu, a wykonanie było wyższe od wykonania roku 2013 r. od 1,30% w rodzaju rehabilitacja lecznicza do 4,75% w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne finansowane ze środków Funduszu. W leczeniu stomatologicznym koszty realizacji świadczeń w 2014 r. były niższe od wykonania 2013 r. o 2,48%.

[Dowód: akta kontroli str. 1384-1451]

W złożonych wyjaśnieniach wskazano, że we wszystkich wskazanych rodzajach świadczeń, poza leczeniem stomatologicznym, wartości w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych w 2014 r. były wyższe w porównaniu do 2013 r. Również procentowa różnica pomiędzy najwyższą i najniższą wartością dla poszczególnych rodzajów świadczeń w 2014 r. była „generalnie” niższa niż w 2013 r. Z uwagi na zasady podziału środków pomiędzy OW NFZ nie było możliwe aby każdy oddział zakontraktował równą wartość świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych.

[Dowód: akta kontroli str. 1890-1892]

W 2014 r. (stan na kwiecień), tak jak w latach ubiegłych, niektóre oddziały wojewódzkie nie zakontraktowały świadczeń w wybranych zakresach. Dotyczyło to m.in. następujących świadczeń w lecznictwie szpitalnym (hospitalizacji nieplanowej):

- alergologii w woj.: lubuskim, opolskim, podkarpackim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim i wielkopolskim;
- urologii dla dzieci w woj.: lubuskim, lubelskim, łódzkim, opolskim, podlaskim, warmińsko-mazurskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim;
- chirurgii klatki piersiowej w woj.: opolskim;
- chorób płuc dziecięcych w woj.: warmińsko-mazurskim, lubuskim, podkarpackim i świętokrzyskim;
- chorób zakaźnych dziecięcych w woj.: kujawsko-pomorskim, lubuskim, mazowieckim, opolskim, podkarpackim, śląskim i zachodniopomorskim;
- diabetologii w woj.: lubuskim, opolskim, podkarpackim i świętokrzyskim;
- diabetologii dla dzieci w woj.: dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, lubelskim, lubuskim, małopolskim, opolskim, podkarpackim, podlaskim, warmińsko-mazurskim i świętokrzyskim;
- gastroenterologii w woj. lubuskim.

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

- echokardiograficznych płodu na terenie woj.: dolnośląskiego, lubelskiego, opolskiego i świętokrzyskiego;
- diabetologii dla dzieci na terenie woj. opolskiego;
- hepatologii na terenie woj.: kujawsko-pomorskiego i opolskiego;
- immunologii na terenie woj.: lubuskiego, opolskiego, podkarpackiego, warmińsko-mazurskiego, wielkopolskiego i zachodniopomorskiego;
- kardiochirurgii na terenie woj. świętokrzyskiego;
- leczenia osteoporozy na terenie woj. pomorskiego i zachodniopomorskiego;
- urologii dziecięcej na terenie woj.: lubelskiego, opolskiego, podlaskiego i zachodniopomorskiego.

Ponadto nie zakontraktowano m.in. świadczeń w profilaktycznym programie profilaktyki chorób odtytoniowych na etapie podstawowym (POCHP) w woj. podlaskim oraz etapie specjalistycznym w woj.: kujawsko-pomorskim, lubuskim, łódzkim, opolskim, podkarpackim, podlaskim, warmińsko-mazurskim i wielkopolskim, a także świadczeń rehabilitacyjnych, pulmonologicznych w warunkach stacjonarnych w woj.: lubelskim, łódzkim, podkarpackim, podlaskim, świętokrzyskim i zachodniopomorskim oraz świadczeń z zakresu rehabilitacji wzroku w woj.: dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, lubelskim, lubuskim, małopolskim, opolskim, podlaskim, pomorskim i zachodniopomorskim.

W przypadku świadczeń z zakresu urologii dziecięcej nie zakontraktowano świadczeń zarówno na poziomie ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, jak również szpitalnych, w czterech województwach, co skutkowało koniecznością korzystania z innych poradni nie specjalizujących się w zagadnieniach urologicznych, np. poradniach chirurgicznych dla dzieci, oddziałach ogólnochirurgicznych dla dzieci lub skutkowało migracją pacjentów do innych województw.

W złożonych wyjaśnieniach wskazano na trudności w kontraktowaniu świadczeń w wybranych specjalnościach z uwagi na m.in. nierównomierne rozmieszczenie bazy kadrowo-sprzętowej oraz niespełnianie wymogów przez część świadczeniodawców⁶. Brak określonych oddziałów szpitalnych na terenie działania OW nie oznaczał, w ocenie NFZ, braku zabezpieczenia możliwości leczenia pacjentów, gdyż hospitalizacje były

⁶ W przypadku świadczeń echokardiograficznych płodu wymagane było posiadanie certyfikatu umiejętności Sekcji Echokardiografii i Kardiologii Prenatalnej Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego. Taki certyfikat posiada w Polsce ok 30 lekarzy skupionych przy ośrodkach zajmujących się diagnostyką i leczeniem w okresie prenatalnym.

realizowane w innych komórkach organizacyjnych świadczeniodawców, zazwyczaj o podstawowych zakresach.

[Dowód: akta kontroli str. 988, 1244-1249, 1331-1332, 1890-1892]

Liczba lekarzy poszczególnych specjalności, przypadająca na 100 tys. ubezpieczonych różniła się w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu i przykładowo wynosiła: alergologów od 1,94 w Podkarpackim OW do 4,72 w Podlaskim OW, angiologów od 0,00 (0 lekarzy w Mazowieckim i Podkarpackim OW) do 1,01 w Dolnośląskim OW, chirurgów dziecięcych od 1,10 w Opolskim OW do 4,16 w Mazowieckim OW, chirurgów naczyniowych od 1,23 w Łódzkim OW do 2,91 w Świętokrzyskim OW, diabetologów od 1,82 w Lubuskim OW do 4,24 w Podlaskim OW, endokrynologów od 2,05 w Lubuskim OW, do 4,71 w Mazowieckim OW, ginekologów onkologicznych od 0,21 w Lubelskim OW (4 lekarzy) do 0,69 w Zachodniopomorskim OW, onkologów i hematologów dziecięcych od 0,12 w Opolskim OW (1 lekarz) do 0,96 w Podlaskim OW.

Na terenie działania części OW w ogóle nie było lekarzy określonych specjalności, jak np.: w zakresie immunologii klinicznej w Lubuskim, Opolskim, Podkarpackim, Warmińsko-Mazurskim, Zachodniopomorskim OW, geriatry w Warmińsko-Mazurskim OW, seksuologii w Dolnośląskim, Kujawsko-Pomorskim, Opolskim, Podlaskim, Śląskim, Świętokrzyskim, Warmińsko-Mazurskim OW.

[Dowód: akta kontroli str. 654]

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Wprawdzie NFZ nie zakontraktował na 2014 r. świadczeń zdrowotnych w sposób zapewniający ubezpieczonym równy dostęp do nich, do czego zobowiązywał art. 65 pkt 2 ustawy o świadczeniach⁷ i na co NIK zwracała uwagę w latach poprzednich, to na występowanie wskazanych różnic wpływ miały czynniki niezależne od działań Funduszu m.in. nierównomierne rozmieszczenie bazy leczniczej oraz deficyt lekarzy specjalistów. Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że w 2014 r. nie obowiązywały żadne standardy wskazujące m.in. ilu lekarzy i o jakich kwalifikacjach powinno przypadać na określoną populację.

1.2. Profilaktyka chorób układu krążenia w podstawowej opiece zdrowotnej

W 2014 r. lekarze podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) wykonali badania przesiewowe w Programie profilaktyki chorób układu krążenia (PCHUK) u 67.424 osób, co stanowiło 3,4% populacji spełniającej kryteria do objęcia tym Programem.⁸ Do lekarzy specjalistów zostało skierowanych 380 pacjentów. Wartość świadczeń rozliczonych w PCHUK wyniosła 3.236,35 tys. zł.

Jak wynika ze złożonych wyjaśnień niskie wykonanie świadczeń w programie profilaktyki chorób układu krążenia w 2014 r. wynikało m.in. ze znacznej pracochłonności świadczeń oraz ich niskiej wyceny, a także konieczności dysponowania przez świadczeniodawcę łączem internetowym w celu wykorzystania Systemu Informatycznego Monitorowania Profilaktyki (SIMP). Spośród 6.195 lekarzy POZ realizujących kontrakty z NFZ w 2014 r., PCHUK realizowało 1.657 (27%)⁹.

[Dowód: akta kontroli str. 1119-1121, 1501-1502, 1662]

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

⁸ Tj. 1.965.569 osób (2.749.854 osoby spełniające kryteria wiekowe pomniejszone o 784.285 osób wyłączonych z powodu leczenia na choroby układu krążenia i/lub cukrzycę).

⁹ W 2012 r. było to odpowiednio 1.937 podmiotów (32%), w 2013 r. 1.748 podmiotów (29%).

Tak niskie objęcie populacji docelowej może skutkować niską efektywnością podejmowanych działań profilaktycznych, w szczególności w sytuacji malejącego zainteresowania świadczeniodawców udziałem w tym Programie.

Zasadnym jest rozważenie zaprzestania kontynuowania tego Programu w dotychczasowym kształcie ponieważ, jak wynika ze złożonych wyjaśnień dotyczących zaangażowania świadczeniodawców POZ w realizację PCHUK, cyt.: „(...) świadczenia w Programie (...) są świadczeniami gwarantowanymi w świadczeniach lekarza POZ, zatem istnieje obligatoryjny obowiązek ich udzielania w ramach umowy, o ile na liście lekarza znajdują się osoby spełniające kryteria kwalifikacyjne do udziału w Programie (...)”.

Wobec takiego spostrzeżenia samego Funduszu, oznacza to w praktyce, że wynagrodzenie w łącznej kwocie 3.236,35 tys. zł odnosiło się jedynie do finansowania kosztów poszerzonej sprawozdawczości, a więc czynności nie związanych z leczeniem pacjentów.

[Dowód: akta kontroli str. 1119-1121, 1501-1502, 1662]

1.3. Zasady wyceny świadczeń

W 2013 r. prowadzono weryfikację wyceny 465 świadczeń, rozliczanych w 49 Jednorodnych Grupach Pacjentów (JGP). W jej wyniku dokonano zmian części wycen punktowych świadczeń kontraktowanych na 2014 r.

Z dniem 1 stycznia 2015 r. taryfikacji świadczeń dokonuje AOTM. Fundusz przekazał Agencji, w grudniu 2014 r., propozycje zmian 134 grup świadczeń opartych m.in. na kalkulacji kosztów przeprowadzonej na podstawie danych uzyskanych od świadczeniodawców.

Wyceny świadczeń w poszczególnych ich rodzajach (dokonywane w jednostkach rozliczeniowych) były wynikiem uwag zgłaszanych do projektów zarządzeń Prezesa Funduszu przez m.in. konsultantów krajowych w poszczególnych dziedzinach medycyny oraz organizacje świadczeniodawców. Ustalając liczbę jednostek rozliczeniowych przypadających na dane świadczenie Fundusz kierował się również potrzebą zachowania proporcji pomiędzy poszczególnymi świadczeniami uwzględniającymi zużycie zasobów potrzebnych do udzielenia danego świadczenia. Cena jednostek rozliczeniowych wynikała z negocjacji prowadzonych podczas postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.

Fundusz przeprowadził analizę realizacji 258 procedur pierwotnie wykonywanych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, jak również w lecznictwie szpitalnym. Analiza ta miała na celu zbadanie efektu przeniesienia tych procedur z lecznictwa szpitalnego do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W efekcie wprowadzonych zmian Fundusz zmniejszył w 2014 r. koszty o ok 100 mln zł w porównaniu do analogicznego okresu roku poprzedniego oraz o ok 210 mln zł w porównaniu do 2012 r. W odniesieniu do wszystkich analizowanych procedur, nastąpił wzrost liczby ich realizacji w AOS o ok 124 tys. świadczeń oraz ich zmniejszenie w lecznictwie szpitalnym o ok 14 tys. świadczeń¹⁰

[Dowód: akta kontroli str. 574, 581, 1250-1312, 1497-1501, 1606]

¹⁰ Na podstawie porównania czterech miesięcy 2014 r. do analogicznego okresu 2013 r.

Opis stanu faktycznego

1.4. Koszt i liczba świadczeń przypadających na jednego uprawnionego¹¹ w poszczególnych oddziałach wojewódzkich NFZ oraz czas oczekiwania na udzielenie świadczenia

W 2014 r., podobnie jak w latach 2011-2013, występowały różnice w dostępie do świadczeń pomiędzy poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi NFZ, na co NIK zwróciła uwagę po kontrolach wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2011-2013.¹²

Wartość zrealizowanych świadczeń przypadająca na 10 tys. uprawnionych w 2014 r., w porównaniu do 2013 r. i 2012 r. w wybranych rodzajach (obejmująca wszystkie zakresy) prezentuje poniższa tabela:

Rok	Najniższa wartość w zł	Najwyższa wartość w zł	Różnica Kol. [3-2]
1	2	3	4
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna			
2012 r.	1.270.274 (Podkarpacki OW)	1.667.597 (Podlaski OW)	397.323
2013 r.	1.291.286 (Świętokrzyski OW)	1.715.319 (Śląski OW)	424.033
2014 r.	1.376.365 (Łódzki OW)	1.819.603 (Podlaski OW)	443.238
Leczenie szpitalne			
2012 r.	7.023.856 (Lubuski OW)	10.545.679 (Mazowiecki OW)	3.521.823
2013 r.	7.288.328 (Warmińsko-Mazurski OW)	9.573.833 (Mazowiecki OW)	2.285.505
2014 r.	7.635.307 (Podkarpacki OW)	10.167.207 (Mazowiecki OW)	2.531.900
Leczenie stomatologiczne			
2012 r.	414.531 (Mazowiecki OW)	624.735 (Warmińsko-Mazurski OW)	210.204
2013 r.	389.527 (Mazowiecki OW)	610.743 (Warmińsko-Mazurski OW)	221.216
2014 r.	390.706 (Mazowiecki OW)	635.879 (Warmińsko-Mazurski OW)	245.173
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień			
2012 r.	510.323 (Podkarpacki OW)	1.019.157 (Lubuski OW)	508.834
2013 r.	502.783 (Świętokrzyski OW)	1.036.659 (Lubuski OW)	533.876
2014 r.	553.193 (Małopolski OW)	1.120.068 (Lubuski OW)	566.875
Rehabilitacja lecznicza			
2012 r.	439.809 (Podlaski OW)	913.220 (Mazowiecki OW)	473.411
2013 r.	467.681 (Podlaski OW)	841.794 (Mazowiecki OW)	374.113
2014 r.	506.999 (Łódzki OW)	894.746 (Mazowiecki OW)	387.747
Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze			
2012 r.	191.408 (Wielkopolski OW)	529.687 (Opolski OW)	338.278
2013 r.	185.316 (Wielkopolski OW)	526.172 (Opolski OW)	340.856
2014 r.	197.254 (Wielkopolski OW)	540.306 (Opolski OW)	343.052
Profilaktyczne programy zdrowotne finansowane ze środków NFZ			
2012 r.	2.636 (Lubelski OW)	25.498 (Śląski OW)	22.862
2013 r.	2.359 (Lubelski OW)	26.027 (Śląski OW)	23.668
2014 r.	3.715 (Lubelski OW)	29.730 (Śląski OW)	26.015

[Dowód: akta kontroli str. 1225]

Dostęp do świadczeń, w wybranych ich zakresach, w grudniu 2014 r., mierzony czasem oczekiwania¹³ na udzielenie świadczenia, w porównaniu do grudnia 2013 r., pogorszył się i przedstawiał się następująco:

¹¹ Tj. osób posiadających tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego, jak również osób posiadających prawo do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, lecz nie posiadających tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego.

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

¹³ Średni rzeczywisty czas oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych był obliczany zgodnie ze wzorem zamieszczonym w Załączniku Nr 7 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. (Dz. U. z 2013 r., poz. 1447 ze zm.) w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych. Zgodnie z rozporządzeniem średni czas oczekiwania oblicza się odrębnie dla każdej grupy osób wpisanych na listę oczekujących na udzielenie świadczenia w poszczególnej komórce

- a) W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (przypadki stabilne) m.in.:
- w poradniach okulistycznych łączna liczba osób oczekujących wzrosła z **311.941** do **322.230** osób (o 3,3%), a mediana¹⁴ średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 40 do 53 dni (o 32,5%);
 - w pracowniach tomografii komputerowej łączna liczba osób oczekujących wzrosła z **108.424** do **145.875** osób (o 34,5%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 43 do 58 dni (o 34,9%);
 - w poradniach kardiologicznych łączna liczba osób oczekujących zmniejszyła się z **141.460** do **138.272** osób (o 2,3%), lecz mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 79 do 97 dni (o 22,8%);
 - w poradniach chirurgii urazowo-ortopedycznej łączna liczba osób oczekujących wzrosła z **135.285** do **136.463** osób (o 0,9%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 28 do 34 dni (o 21,4%);
 - w poradniach neurologicznych łączna liczba osób oczekujących zmniejszyła się z **139.581** do **125.245** osób (o 10,3%), lecz mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 30 do 39 dni (o 30%).

[Dowód: akta kontroli str. 912-913, 1040-1041]

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców¹⁵ wynika, że średni czas oczekiwania na udzielenie świadczeń, o jakim byli informowani pacjenci w chwili zapisu na świadczenia, w grudniu 2014 r., wynosił w poradniach: okulistycznych (88 dni), kardiologicznych (106 dni), chirurgii urazowo-ortopedycznej (60 dni), neurologicznych (64 dni) i był dłuższy od mediany, średniego, rzeczywistego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń wykazywanych przez NFZ. W przypadku: poradni okulistycznych Fundusz wykazywał 53 dni, poradni kardiologicznych 97 dni, poradni chirurgii urazowo-ortopedycznej 34 dni, a poradni neurologicznych 39 dni. W niektórych poradniach nie prowadzono zapisów na świadczenia (7,2% poradni okulistycznych, 5% poradni kardiologicznych, 5,1% poradni chirurgii urazowo-ortopedycznych, 5% poradni neurologicznych).

Również odsetek poradni, do których średni rzeczywisty czas oczekiwania wynosił 0 dni, wykazywany przez NFZ, był wyższy niż wynika to z informacji uzyskanych przez NIK od świadczeniodawców. W przypadku poradni okulistycznych, NFZ podawał, że takich komórek organizacyjnych było 12%, podczas gdy z danych podanych przez podmioty lecznicze wynikało, że jedynie 2,5%. Dla poradni kardiologicznych było to odpowiednio 4% i 1,7%, dla poradni chirurgii urazowo-ortopedycznych 10% i 2%, a dla poradni neurologicznych 12% i 1,9%.

[Dowód: akta kontroli str. 7-19, 880-881, 1040-1041, 1230-1243, 3239-3241]

Jak wynika ze złożonych wyjaśnień rozbieżności pomiędzy czasem oczekiwania do wybranych komórek organizacyjnych przekazanych przez NFZ w sprawozdaniu za

organizacyjnej lub na poszczególną procedurę lub zakres świadczeń. Grupy te wyodrębniane są ze względu na kryterium medyczne, o którym mowa w §8 ust. 1 pkt 6 lit. b rozporządzenia. Osoba wpisana na listę oczekujących na poszczególną procedurę lub zakres świadczeń nie może być jednocześnie wykazywana na liście oczekujących na udzielenie świadczenia w komórce organizacyjnej, w której ta procedura lub zakres świadczeń będą wykonywane.

Średni czas oczekiwania oblicza się zgodnie z następującym wzorem: $T = D/L$, gdzie: T - średni czas oczekiwania, D - łączna liczba dni oczekiwania, gdzie: $D = d_1 + d_2 + \dots + d_n$, gdzie d_n - liczba dni oczekiwania każdej osoby skreślonej w okresie ostatnich sześciu miesięcy z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia, na które oczekiwała, liczona od daty wpisania na listę oczekujących do daty rozpoczęcia wykonywania świadczenia, L - łączna liczba osób skreślonych w ostatnich sześciu miesiącach z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia.

¹⁴ Mediana – wartość dzieląca wszystkie dane na pół. Poniżej i powyżej mediany znajduje się dokładnie po 50% danych.

¹⁵ Dane uzyskano z 478 poradni okulistycznych, 454 poradni kardiologicznych, 429 poradni chirurgii urazowo-ortopedycznych, 533 poradni neurologicznych.

okres sprawozdawczy grudzień 2014 r., a informacjami o czasie oczekiwania uzyskanymi przez NIK od świadczeniodawców mogą wynikać m.in. z tego, że zgromadzone przez NIK informacje to przewidywany czas oczekiwania na udzielenie świadczeń, NFZ pozyskuje natomiast informacje o średnim rzeczywistym czasie oczekiwania, który stanowi informację o tym, jak długo na świadczenie oczekiwały osoby już skreślone z listy z powodu wykonania świadczenia. „Dodać należy również, że średni rzeczywisty czas oczekiwania równy 0 dni nie oznacza tylko sytuacji kiedy brak jest osób oczekujących i świadczenia są realizowane na bieżąco, ale także gdy brak jest osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia np. z powodu przyjmowania przez świadczeniodawców wyłącznie pacjentów kontynuujących leczenie bądź w stanie nagłym.

[Dowód: akta kontroli str. 3245-3246]

Najdłuższy czas oczekiwania (przypadki stabilne) odnotowano w przypadku poradni: endokrynologicznych osteoporozy – 256 dni, endokrynologicznych dla dzieci – 152 dni, chorób tarczycy – 129 dni, immunologicznych dla dzieci – 139 dni, endokrynologicznych – 143 dni.

[Dowód: akta kontroli str.1040-1041]

b) w leczeniu szpitalnym (przypadki stabilne,):

- w oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej łączna liczba osób oczekujących zwiększyła się z **110.721** do **124.335** osób (o 12,3%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 98 do 106 dni (o 8,2%);
- w oddziałach otorynolaryngologicznych łączna liczba osób oczekujących zwiększyła się z **74.857** do **85.894** osób (o 14,7%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 93 do 116 dni (o 24,7%);
- w oddziałach **chirurgicznych ogólnych** łączna liczba osób oczekujących zwiększyła się z **58.613** do **65.260** osób (o 11,3%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 29 do 31 dni (o 6,9%);
- w oddziałach **leczenia jednego dnia** łączna liczba osób oczekujących zwiększyła się z **24.135** do **27.545** osób (o 14,1%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 15 do 20 dni (o 33,3%);
- w oddziałach neurochirurgicznych łączna liczba osób oczekujących wzrosła z **23.254** do **25.436** osób (o 9,4%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 85 do 88 dni (o 3,5%).

Najwyższą wartość mediany czasu oczekiwania (przypadki stabilne) odnotowano w przypadku oddziałów: leczenia oparzeń – 222 dni, audiologiczno-foniatrycznych – 171 dni, otorynolaryngologicznych dla dzieci – 127 dni, otorynolaryngologicznych – 116 dni, chirurgii urazowo-ortopedycznej – 106 dni.

c) w rehabilitacji leczniczej m.in.:

- w działach (pracowniach) fizjoterapii łączna liczba osób oczekujących wzrosła z **617.634** do **751.883** osób (o 21,7%), a mediana średniego czasu oczekiwania wzrosła z 61 do 66 dni (o 8,2%);
- w oddziałach rehabilitacyjnych, łączna liczba osób oczekujących wzrosła ze **152.755** do **159.877** osób (o 4,7%), a mediana średniego czasu oczekiwania wzrosła z 255 do 280 dni (o 9,8%);
- w poradniach rehabilitacyjnych łączna liczba osób oczekujących zmniejszyła się ze **119.838** do **114.824** osób (o 4,2%), lecz mediana średniego czasu oczekiwania zwiększyła się z 20 do 23 dni (o 15%);
- w ośrodkach rehabilitacji dziennej łączna liczba osób oczekujących wzrosła z **49.837** do **54.446** osób (o 9,2%), a mediana średniego czasu oczekiwania zwiększyła się z 46 do 52 dni (o ponad 13%);

- w oddziałach rehabilitacji narządu ruchu łączna liczba osób oczekujących zmniejszyła się z **16.630** do **15.144** osób (o 8,9%), lecz mediana średniego czasu oczekiwania zwiększyła się z 160 do 318 dni (o 98,8%).

Najwyższą wartość mediany czasu oczekiwania (przypadki stabilne) odnotowano w przypadku: oddziałów paraplegii i tetraplegii – 583 dni, rehabilitacji narządu ruchu – 318 dni, oddziałów rehabilitacyjnych – 280 dni, pracowni kinezyterapii – 204 dni, ośrodków rehabilitacji pulmonologicznej – 152 dni.

[Dowód: akta kontroli str. 912-913, 1040-1041]

Łączną liczbę osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” i medianę średniego rzeczywistego czasu oczekiwania odnotowanej w poszczególnych województwach w wybranych komórkach organizacyjnych świadczeniodawców przedstawia poniższa tabela:

Oddział województwa NFZ	Poradnie okulistyczne				Poradnie kardiologiczne				Poradnie chirurgii urazowo-ortopedycznej				Poradnie neurologiczne				Poradnie urologiczne				Działy (pracownie) fizjoterapii				Poradnie endokrynologiczne				Oddziały rehabilitacyjne			
	2014 r.		2013 r.		2014 r.		2013 r.		2014 r.		2013 r.		2014 r.		2013 r.		2014 r.		2013 r.		2014 r.		2013 r.		2014 r.		2013 r.					
	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B				
Dobrużański	40	34736	31	47885	79	11835	56	16424	40	18600	34	25200	41	14030	34	24331	57	8644	43	9021	103	74578	80	64318	219	9082	182	7290	421	30543	437	25024
Kujawsko-Pomorski	54	24566	76	21351	116	8730	83	7404	32	8640	30	6146	66	9825	56	9806	91	4775	70	5042	82	65001	76	48868	156	7207	113	6634	253	1457	369	5478
Lubelski	25	21033	20	19669	61	5679	39	8450	21	6555	26	7514	18	6409	16	7492	34	4415	30	6485	43	35543	56	34075	96	4550	67	8217	156	2578	133	2590
Lubuski	50	8963	39	10503	62	2696	86	3172	38	2869	33	3782	42	2501	41	3623	46	1790	54	2389	38	21133	53	19083	103	2344	82	1996	306	2038	350	1500
Łódzki	28	14034	14	12569	80	6737	66	6568	28	8630	21	5608	30	5476	17	5829	44	3584	21	4013	88	47005	51	34067	106	5596	56	3804	147	4154	168	2501
Małopolski	79	20278	54	14557	100	11473	87	9726	49	11639	41	10333	56	10146	44	7834	66	6263	61	4837	110	90258	91	75808	151	8213	129	6681	300	24456	256	21973
Mazowiecki	63	40789	42	30954	113	21071	84	18311	50	19815	36	16344	56	15092	40	15260	54	7878	42	7450	58	67510	57	54862	151	14848	101	11412	413	12402	344	13910
Opolski	51	7527	35	7636	100	4186	106	4939	47	3704	30	3351	47	3708	42	4736	58	1354	46	1183	49	20772	60	16416	174	3586	145	2615	445	1786	485	1529
Podkarpacki	37	10256	27	7511	63	3728	58	3613	30	3175	21	2858	20	3267	21	3906	21	1717	22	2408	49	43651	53	44367	65	1828	76	2369	202	2069	151	3085
Podlaski	26	4488	19	4331	137	4563	85	5532	0	755	0	854	19	2977	18	4224	56	1659	50	1570	45	13882	36	12277	149	3652	96	5441	97	1099	81	920
Pomorski	57	26426	35	20902	82	14041	42	9687	31	9634	22	8244	42	14974	26	12153	43	6368	30	5318	56	43043	37	23007	152	7254	67	6611	126	6281	216	5199
Śląski	56	46484	47	43363	124	15889	106	17012	32	19266	27	15364	36	14786	33	16426	75	9130	67	13853	69	82942	84	64033	193	1005	150	13925	429	25121	448	34283
Świętokrzyski	45	6302	13	3057	64	2308	103	1980	20	1223	11	301	19	1869	8	961	61	924	20	910	66	23824	43	18878	151	1923	96	1281	335	11933	310	3675
Warmińsko-Mazurski	81	16168	58	17178	128	5486	107	5541	29	8151	22	8098	49	5496	38	7007	76	2564	77	3177	48	24219	42	25467	157	3843	104	3713	116	1587	147	1447
Wielkopolski	86	26367	71	33661	125	12883	86	13389	39	10738	31	13657	40	9574	32	10668	59	5392	35	6263	103	86145	81	56332	136	8639	106	7715	361	13536	249	12116
Zachodniopomorski	48	15704	30	15122	82	7185	76	9702	35	7338	27	6882	18	4173	16	6226	49	4286	40	3781	82	29387	48	25456	174	4029	136	4645	389	10533	337	9907
Średnio *	53	20139	40	19496	87	8642	79	8841	34	8529	28	8455	39	7828	30	8724	57	4244	45	4774	66	46993	81	38802	143	8078	105	5699	280	9992	255	9547

A - mediana średniego czasu oczekiwania na koniec roku dla kategorii medycznej przypadek stabilny

B - liczba osób oczekujących na koniec roku dla kategorii medycznej przypadek stabilny

* w kolumnie A podano wartość mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania obliczoną dla Polski, a w kolumnie B średnią liczbę osób przypadającą na województwo

[Dowód: akta kontroli str. 912-914]

Według danych na koniec 2014 r. odsetek świadczeniodawców wywiązujących się z obowiązku sprawozdawczego dotyczącego przekazywania wykazów osób oczekujących i skreślonych z listy oczekujących, wynosił w poszczególnych oddziałach wojewódzkich NFZ od 95,9% do 100% świadczeniodawców.

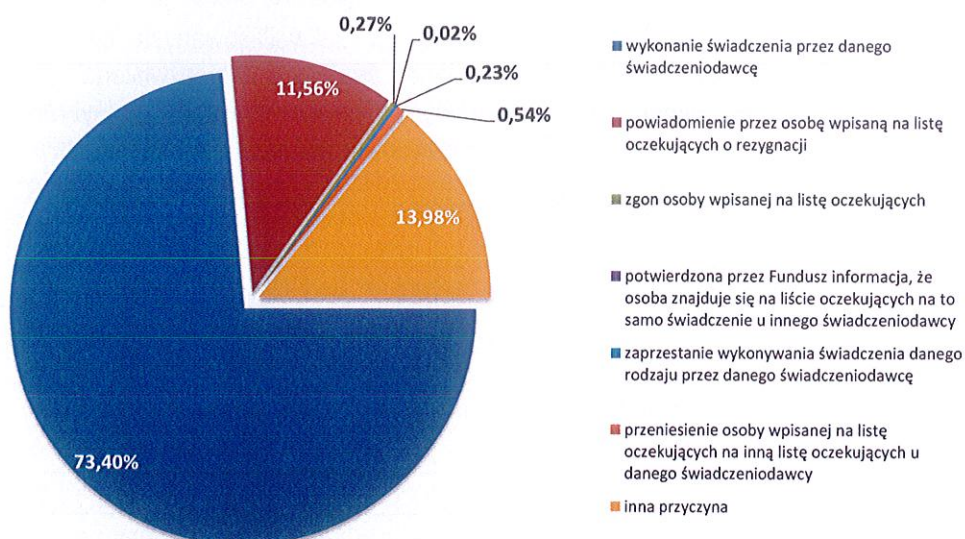
[Dowód: akta kontroli str. 1040-1041]

W 2014 r. Fundusz nie posiadał informacji jaki czas upłynął od momentu skierowania pacjenta na badania diagnostyczne w związku z podejrzeniem choroby nowotworowej, do momentu rozpoczęcia leczenia. Jak wynika ze złożonych wyjaśnień, tego rodzaju analizy są możliwe od 2015 r. po wprowadzeniu karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 32a i 32b ustawy o świadczeniach oraz

rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego¹⁶.

[Dowód: akta kontroli str. 620-621]

Według danych NFZ sporządzonych na podstawie informacji z 26 komórek organizacyjnych świadczeniodawców oraz list oczekujących na dziewięć wybranych świadczeń skreślenia pacjentów z list oczekujących następowały z powodu:



[Dowód: akta kontroli str. 912-913, 1040-1041]

W trakcie kontroli dokonano szacunku kosztów udzielenia świadczeń osobom oczekującym na udzielenie świadczeń według stanu na koniec 2014 r. Analiza wykazała, że do pokrycia kosztów świadczeń dla tych osób potrzebna jest kwota ok 3.475.672 tys. zł. Szacunku dokonano wyliczając średni koszt udzielenia świadczenia przypadający na jedną osobę w 2014 r. w poszczególnych komórkach organizacyjnych placówek ochrony zdrowia, a następnie przemnożono liczbę osób oczekujących na udzielenie świadczenia, według stanu na koniec 2014 r. oraz średni koszt udzielenia świadczenia w danej komórce organizacyjnej. Tak wyliczoną kwotę skorygowano uwzględniając fakt, że nie każdy pacjent otrzymujący skierowanie zostaje skreślony z list osób oczekujących z powodu udzielenia świadczenia.

[Dowód: akta kontroli str. 932-944, 1316-1325]

1.5. Wartość świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowach ze świadczeniodawcami oraz wartość świadczeń wykonanych poniżej wielkości ustalonych w kontraktach i planie finansowym oraz udzielonych w związku z wypadkiem komunikacyjnym

Opis stanu faktycznego

Łączna wartość świadczeń wykonanych ponad limity określone w umowach na 2014 r. wyniosła¹⁷ 842.653,31 tys. zł (w 2013 r. było to 953.623,16 tys. zł).¹⁸

Wartość niewydatkowanych środków zaplanowanych na świadczenia wyniosła w 2014 r. 1.178.773,60 tys. zł (w 2013 r. było to 1.795.555,12 tys. zł) i stanowiła

¹⁶ Dz. U. z 2014 r., poz. 1751.

¹⁷ Na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych za 2014 r.

¹⁸ Wartość świadczeń ponad limit określony w umowach wyniosła w poprzednich latach: 418.828,43 tys. zł w 2008 r. (0,8% planowanych kosztów świadczeń), 1.602.331,01 tys. zł w 2009 r. (2,89%), 1.065.642,01 tys. zł w 2010 r. (1,86%), 1.814.455,53 tys. zł w 2011 r. (3,11%), 1.463.790,49 tys. zł w 2012 r. (2,36%), 953.623,16 tys. zł w 2013 r. (1,49%).

1,83% zaplanowanych kosztów świadczeń, z tego niewykonanie całkowitego budżetu na refundację wynosiło 583.767,06 tys. zł.

[Dowód: akta kontroli str. 575-577, 1734]

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Pełne wykorzystanie tych środków, w ocenie NIK, pozwoliłoby na zwiększenie wartości kontraktów zawieranych przez Fundusz ze świadczeniodawcami i skutkowało poprawą dostępu do usług medycznych. Środki zaplanowane na świadczenia nie zostały w pełni wykorzystane m.in. ze względu na uwarunkowania prawne i organizacyjne systemu ochrony zdrowia, a w szczególności ze względu na: nierównomierne rozmieszczenie bazy materialnej i kadrowej systemu ochrony zdrowia, a także przepis art. 74 ust. 3 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (zwanej dalej ustawą o refundacji)¹⁹, który określał wysokość środków przeznaczonych w planie finansowym na refundację i uniemożliwił przesunięcie niewykorzystanej części na pokrycie kosztów deficytowych świadczeń zdrowotnych.

Dane sprawozdawane przez świadczeniodawców nie pozwalały na precyzyjne oszacowanie kosztów leczenia ofiar wypadków komunikacyjnych.

Analiza danych uzyskanych od 133 świadczeniodawców wskazała, że średni koszt hospitalizacji pacjenta uczestniczącego w wypadku drogowym, przyjętego w szpitalnym oddziale ratunkowym wyniósł w 2014 r. ok 11,28 tys. zł (łącznie 133.090,98 tys. zł). Kwota ta nie obejmowała kosztów dalszego leczenia pacjenta, w tym m.in. rehabilitacji, pobytu na zwolnieniu lekarskim i leków.²⁰

[Dowód: akta kontroli str. 577, 865-876, 3238]

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli oceniając działalność Funduszu w zakresie realizacji zadań związanych z zapewnieniem równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, stwierdziła, że w 2014 r. nastąpiło pogorszenie dostępu do świadczeń zdrowotnych w porównaniu do lat 2011-2013.

2. Planowanie przychodów i kosztów Funduszu

2.1. Terminowość sporządzenia planu finansowego NFZ

Opis stanu
faktycznego

Prezes NFZ przedłożył projekt planu finansowego na 2014 r. w dniu 30 lipca 2013 r. Wartość planowanych przychodów ustalono na 66.820.140,00 tys. zł²¹, a kosztów na 67.061.086,00 tys. zł, tj. wyższym niż planowanych przychodów ogółem o 240.946,00 tys. zł. Minister Zdrowia wraz z Ministrem Finansów nie podpisali przedłożonego planu finansowego NFZ, a do czasu jego zatwierdzenia Fundusz działał na podstawie projektu planu finansowego.

[Dowód: akta kontroli str. 2105-2169]

Minister Zdrowia w maju 2014 r. wskazał, że przedłożony w dniu 30 lipca 2013 r. plan finansowy na 2014 r. prowadzi do niezrównoważenia przychodów i kosztów, gdyż przychody z tytułu dotacji z budżetu państwa na realizację zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 2b, 3 i 3b ustawy o świadczeniach²² określono w planie w wysokości 942.421,00 tys. zł, podczas gdy w budżecie państwa przewidziano na

¹⁹ Dz. U. z 2015 r., poz. 345.

²⁰ Według danych Krajowej Rady Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego, koszty hospitalizacji poszkodowanych w wypadkach drogowych w 2013 r. wyniosły blisko 343 mln zł. o tego dochodzą straty pracodawców, którzy wskutek wypadków drogowych stracili pracowników.

²¹ Co odpowiadało 100,1% planowanej wartości przychodów, określonej w planie finansowym NFZ na 2013 r. zatwierdzonym przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 14 sierpnia 2012 r.

²² Dz. U. z 2015 r., poz. 581 ze zm.

ten cel 183.204,00 tys. zł. W związku z powyższym Minister Zdrowia zobowiązał NFZ m.in. do zaplanowania kwoty dotacji przewidzianej w planie finansowym NFZ do kwoty wskazanej w budżecie państwa. Zmieniony plan finansowy został zatwierdzony przez Ministra Zdrowia, w porozumieniu z Ministrem Finansów, w dniu 24 czerwca 2014 r.

[Dowód: akta kontroli str. 2271-2330, 2893-2895]

2.2. Zmiany planu finansowego

Plan finansowy NFZ na 2014 r.²³ zmieniany był 7-krotnie. Zmiany planu zostały wprowadzone zgodnie ustawą o świadczeniach zdrowotnych. Dokonane zmiany przewidywały m.in. zwiększenie przychodów i kosztów ogółem o 847.318 tys. zł. Plan finansowy po zmianach przewidywał ujemny wynik finansowy Funduszu w wysokości 1.256.297 tys. zł.

[Dowód: akta kontroli str. 1229, 1674-1675, 1734-1735]

2.3. Podział środków pomiędzy oddziały wojewódzkie

Podziału planowanych na 2014 r. środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej pomiędzy Centralę i poszczególne oddziały wojewódzkie Funduszu dokonano zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2009 r. w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy Centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych²⁴.

[Dowód: akta kontroli str. 2105-2169]

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Funduszu w zakresie planowania przychodów i kosztów.

3. Wykonanie planu finansowego Funduszu

3.1. Przychody Funduszu

Opis stanu faktycznego

Wysokość zrealizowanych w 2014 r. przychodów ogółem wyniosła 67.185.136,26 tys. zł, co stanowiło 100,41% planu po zmianach i przesunięciach. W porównaniu do 2013 r. (65.157.836,77 tys. zł) były one wyższe o 2.027.299,49 tys. zł. Największy udział w przychodach ogółem stanowiły przychody z tytułu składek na ubezpieczenia zdrowotne z ZUS i KRUS (bez składek z lat ubiegłych), które wyniosły łącznie 64.388.825,74 tys. zł²⁵ i były wyższe od planowanych o 85.898,74 tys. zł.

W 2014 r. Fundusz obciążył instytucje łącznikowe w innych państwach UE / EFTA za świadczenia zdrowotne zrealizowane na rzecz osób uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego na kwotę 146.953,21 tys. zł, co stanowiło 111,91% wielkości planowanej.

Wartość przychodów z tytułu dotacji na sfinansowanie świadczeń dla osób uprawnionych ale nieubezpieczonych oraz leczenie Polaków za granicą wyniosła 166.396,09 tys. zł

[Dowód: akta kontroli str. 1667-1771]

Uwagi dotyczące badanej działalności

Izba zwraca uwagę, że nie zostały wprowadzone zmiany w przepisach prawa kończące, trwający od 2013 r., spór między Ministrem Zdrowia a Narodowym Funduszem Zdrowia dotyczący wysokości dotacji na finansowanie świadczeń dla

²³ Zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem finansów w dniu 24 czerwca 2014 r.

²⁴ Dz. U. Nr 193 poz. 1495.

²⁵ W 2013 r. było to 62.084.161,56 tys. zł.

osób uprawnionych, ale nieubezpieczonych. Minister Zdrowia wypłacił w 2014 r. środki na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej osobom wymienionym w art. 2 ust. 1 pkt 2 oraz art. 12 pkt 9 ustawy o świadczeniach. Nie zostały natomiast rozliczone i wypłacone środki za świadczenia dla osób wymienionych w art. 2 ust. 1 pkt 3 i 4 oraz art. 12 pkt 2-4 i 6 ustawy o świadczeniach, których koszt w 2014 r., zgodnie ze sprawozdaniami NFZ, wyniósł 707.430,2 tys. zł i był niższy w porównaniu z 2013 r. o 237.823,0 tys. zł, tj. 25,2% oraz wyższy w porównaniu z 2012 r. o 587.299,3 tys. zł, tj. o 588,9%.

Proponowana przez Ministra zmiana ustawy o świadczeniach zakłada, że wynikająca z art. 97 ust. 8 dotacja byłaby rokrocznie wypłacana w formie ryczałtu wyliczonego na podstawie danych z 2013 r. w wysokości 320.232 tys. zł. Do takiej wysokości Minister wypłaciłby dotację za 2013 r. i 2014 r. Oznacza to, że za nierozliczone świadczenia udzielone w 2013 r. Fundusz otrzymałby kwotę w wysokości 168.747,00 tys. zł, a za świadczenia udzielone w 2014 r. kwotę w wysokości 153.836,38 tys. zł²⁶.

Jak wynika ze złożonych wyjaśnień, zmniejszenie w planie finansowym NFZ środków na realizację powyższych zadań do wysokości kwoty wskazanej w budżecie państwa zostało zrekomensowane środkami pochodzącymi z funduszu zapasowego.

[Dowód: akta kontroli str. 1228-1229, 2900-3012]

Opis stanu faktycznego

W 2014 r. na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego, zleconych przez Ministra Zdrowia, zaplanowano kwotę 1.839.959,00 tys. zł. Wykonanie wyniosło 1.837.947,41 tys. zł, co stanowiło 99,89% planu.

Przychody z pozostałej działalności NFZ z tytułu m.in. darowizn, przychodów ze sprzedaży materiałów i towarów, kar i grzywien, rozwiązanych rezerw, przychodów z tytułu zwrotu części uzyskanej refundacji z tytułu instrumentów dzielenia ryzyka (art. 11 ust. 5, pkt 4 ustawy z dnia 12 maja 2012 r. o refundacji) zostały zaplanowane w wysokości 265.292,00 tys. zł, a wykonanie wyniosło 249.186,60 tys. zł.

Przychody finansowe NFZ w 2014 r. wyniosły łącznie 105.593,30 tys. zł i były wyższe od wartości planowanej o 19.146,30 tys. zł, tj. o 22,15%.

[Dowód: akta kontroli str. 1667-1771]

Stan środków finansowych NFZ na koniec 2014 r. wyniósł 4.799.685,88 tys. zł, przy 3.692.753,10 tys. zł, na koniec 2013 r.

Należności (według sprawozdania FM-01) na koniec 2014 r. wyniosły 5.823.952,51 tys. zł (w 2013 r. 5.522.342,63 tys. zł), w tym 19.274,39 tys. zł stanowiły należności przeterminowane (w 2013 r. było to 5.805,38 tys. zł).

Na należności przeterminowane złożyły się należności od świadczeniodawców i aptek w kwocie 6.738,29 tys. zł oraz należności pozostałe w kwocie 12.536,10 tys. zł, które dotyczyły w szczególności nieuregulowanych i nie objętych odpisem aktualizującym należności od instytucji łącznikowych państw członkowskich UE i EFTA za świadczenia zdrowotne udzielone w ramach przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego za lata 2010 – 2012 w wysokości 9.959,53 tys. zł.

Fundusz podejmował działania zmierzające do wyegzekwowania należności przeterminowanych.

[Dowód: akta kontroli str. 660-720, 1045-1064, 1071-1095, 1111-1112, 1176]

Ponadto Fundusz wykazał 371.862,58 tys. zł należności warunkowych, które dotyczyły w szczególności należności od Ministra Zdrowia za świadczenia opieki zdrowotnej udzielone osobom, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 - 4 i art. 12

²⁶ Kwoty wskazane w piśmie BK.401.2.2015.W.02288.RW z dnia 26 stycznia 2015 r. Zastępcy Prezesa ds. Finansowych NFZ do Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia.

pkt 2 - 4 i 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej w kwocie 322.583,39 tys. zł, z czego 168.747,00 tys. zł dotyczyło 2013 r., a 153.836,39 tys. zł – 2014 r.

Należności te były prezentowane w księgach rachunkowych Centrali, jako warunkowe – w związku z akceptacją przez Ministra Zdrowia sprawozdania z prac specjalnie powołanego Zespołu do przygotowania sposobu weryfikacji uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ze środków pochodzących z dotacji z budżetu państwa, o której mowa w art. 97 ust. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²⁷.

W „Sprawozdaniu z prac zespołu do przygotowania sposobu weryfikacji uprawnień do świadczeń...” z dnia 15 lipca 2014 r. wskazano m.in., że „(...) obecnie obowiązujące przepisy i aktualnie funkcjonujące systemy ewidencji ludności nie pozwalają na weryfikację uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej dzieci do 18 r.ż., jak również innych członków rodzin ubezpieczonych, z dokładnością i pewnością do każdej osoby z danej grupy”.

[Dowód: akta kontroli str. 620-623, 716, 1176-1177, 1228]

W 2014 r. zarejestrowano 777.483.766 zapytań w systemie e-WUŚ o potwierdzenie tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego, z tego 29.412.453 zapytania zostało zweryfikowane negatywnie (4,3%).²⁸

W latach 2013-2014 wszczęto 305.304 sprawy mające na celu wydanie przez dyrektorów OW NFZ decyzji administracyjnych²⁹, dotyczących potwierdzenia tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego, na kwotę 172.800,61 tys. zł.

185.318 spraw na kwotę 8.261,99 tys. zł nie zostało przekazanych do dalszych czynności wyjaśniających z uwagi na niską wartość jednostkową.

Postępowania wyjaśniające wszczęto w odniesieniu do 94.816 spraw na kwotę 149.928,74 tys. zł.

Liczba spraw wyjaśnionych wyniosła na koniec 2014 r., 31.450 na kwotę 69.483,30 tys. zł, spośród których w przypadku 12.505 spraw na kwotę 19.560,39 tys. zł ustalono, że sprawa powinna zostać zakwalifikowana do wszczęcia postępowania administracyjnego. Postępowania administracyjne wszczęto wobec 6.122 spraw, na kwotę 10.417,93 tys. zł, zaś decyzje administracyjne wydano w stosunku do 4.426 spraw na kwotę 6.898,26 tys. zł. Od podanej liczby decyzji administracyjnych, odwołania do Prezesa NFZ wniesiono w stosunku do 431 decyzji na kwotę 928,69 tys. zł. Natomiast 3.779 rozstrzygnięcia na kwotę 5.672,03 tys. zł stały się decyzjami ostatecznymi, w tym w przypadku 2.484 spraw na kwotę 2.879,33 tys. zł obciążono stronę postępowania kosztami świadczeń. W związku z nieuregulowaniem w terminie przez część dłużników należnych kwot, w 2014 r. wystawiono i przekazano do organów egzekucyjnych 762 tytuły wykonawcze na kwotę 1.439,01 tys. zł, z czego kwota 87,06 tys. zł została odzyskana i przekazana do OW NFZ.

[Dowód: akta kontroli str. 20-26, 716-719, 1176-1177, 1893-1935]

Uwagi dotyczące
badanej działalności

²⁷ Dz. Urz. Ministra Zdrowia z dnia 7 czerwca 2014 r., poz. 35.

²⁸ Udział poszczególnych sposobów potwierdzania prawa do świadczeń zrealizowanych w 2014 r. wynosił w poszczególnych kw. 2014 r.: 91,33%-92,11% za pomocą systemu e-WUŚ, 1,61%-1,97% oświadczenie oraz 6,09-6,54% inne dokumenty.

²⁹ W „Wytycznych w sprawie identyfikacji należności Funduszu z tytułu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych osobie nieuprawnionej, w tym również w rozumieniu przepisów o koordynacji” wskazano m.in., że wytyczne te nie obejmują kosztów świadczeń rozliczanych stawką kapitałową ustalonych w ramach weryfikacji list POZ. Ponowne badanie uprawnień, z uwagi m.in. na zmienność danych w CWU, następowało po m.in. upływie sześciu miesięcy od miesiąca, w którym było udzielone świadczenie. W przypadku gdy koszt do poniesienia przez pacjenta w będzie niższy niż 100 zł, nie było wszczynane postępowanie administracyjne. [Dowód: akta kontroli str. 1893-1935]

NIK zwraca uwagę na dużą liczbę niewyjaśnionych spraw na koniec 2014 r. tj. 88.536 spraw na kwotę 95.055,32 tys. zł. Na ryzyko nieściągnięcia tych należności zwracał uwagę również audyt wewnętrzny.

Jak wynika ze złożonych wyjaśnień, Ministerstwo Zdrowa kwestionowało wnioski płynące z prowadzenia postępowań w stosunku do osób nieubezpieczonych, których koszty leczenia poniósł NFZ, a które mogły być zgłoszone do ubezpieczenia, jako członkowie rodziny. Wskazano na dużą czasochłonność postępowań wyjaśniających. [Dowód: akta kontroli str. 1894]

3.2. Koszty Funduszu

Opis stanu faktycznego

Zrealizowane przez NFZ w 2014 r. koszty ogółem wyniosły 66.124.110,09 tys. zł i stanowiły 97,01% planu. Były one o 2,08% wyższe niż w 2013 r. (64.775.011,32 tys. zł; w 2012 r. 62.672.399,35 tys. zł). Wykonanie niektórych kosztów NFZ przedstawia poniższe zestawienie:

w tys. zł

Wyszczególnienie:	Wykonanie 2013 r.	Plan na 2014 r. po zmianach i przesunięciach	Wykonanie 2014 r.	% realizacji planu	Dynamika 2014/2013r.
1	2	3	4	5=4/3	6=4/2
Koszty poboru i ewidencjonowania składek	122.319,11	123.660,00	125.734,43	101,68	102,79
Koszty świadczeń zdrowotnych	62.077.982,88	64.517.195,00	63.338.421,40	98,17	102,03
Koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego	1.834.497,30	1.839.959,00	1.837.947,41	99,89	100,19
Całkowity budżet na refundację cen leków	9.591.983,00	10.901.083,00	10.317.315,94	94,64	107,56
Koszty administracyjne	606.659,85	704.620,00	628.339,79	89,17	103,57
Pozostałe koszty	98.440,27	264.831,00	152.960,48	57,76	155,38
Koszty finansowe	35.111,91	80.377,00	40.706,58	50,64	115,93

[Dowód: akta kontroli str. 1667-1771]

3.2.1. Koszty świadczeń zdrowotnych

W planie finansowym NFZ na 2014 r. z dnia 30 lipca 2013 r. na świadczenia opieki zdrowotnej przewidziano kwotę 63.387.601 tys. zł. W trakcie 2014 r. dokonywano ich zwiększenia, na łączną kwotę 1.129.594 tys. zł, z tego z funduszu zapasowego NFZ pochodziło 256.134 tys. zł.

[Dowód: akta kontroli str. 1667-1771]

Poniesione przez NFZ w 2014 r. koszty świadczeń zdrowotnych wyniosły 63.338.421,40 tys. zł (w 2013 r. 62.077.982,88 tys. zł) i były niższe od planowanych o 1.178.773,60 tys. zł, tj. o 1,83% (w 2013 r. 2,81%).³⁰

Największy udział w kosztach świadczeń miały koszty leczenia szpitalnego 49,28%, a następnie podstawowej opieki zdrowotnej – 12,16% oraz koszty refundacji aptecznej – 11,92% i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – 8,58%.

Koszty leczenia szpitalnego wyniosły w 2014 r. 31.214.921,41 tys. zł i stanowiły 99,40% wielkości planowanej i były wyższe od kosztów poniesionych w 2013 r. o 656.011,10 tys. zł.

[Dowód: akta kontroli str. 1667-1771]

³⁰ Wskaźnik realizacji planu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w poprzednich latach wynosił: 94,25% w 2008 r., 99,13% w 2009 r., 99,10% w 2010 r., 99,86% w 2011 r., 96,33% w 2012 r., 97,19% w 2013 r.

3.2.2. Koszty świadczeń zdrowotnych z tytułu przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego

Wysokość dokonanych przez Funduszu wydatków z tytułu udzielonych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji w 2014 r. wyniosła 330.511,94 tys. zł (w 2013 r. było to 341.821,11 tys. zł; a w 2012 r. 265.361,40 tys. zł).

Koszty świadczeń zdrowotnych udzielonych obywatelom UE/EFTA na terenie Polski wyniosły 122.559,16 tys. zł i były wyższe o 8,40% w stosunku do 2013 r.

[Dowód: akta kontroli str. 1219, 1667-1771]

3.2.3. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielone w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej

W związku z wejściem w życie w dniu 15 listopada 2014 r. ustawy z dnia 10 października 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach³¹, implementującej Dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej, Fundusz, do 31 grudnia 2014 r., pozytywnie rozpatrzył 16 spośród 159 wniosków złożonych przez pacjentów o refundację kosztów leczenia poza granicami Polski. Wypłaty przyznanych kwot zostały poniesione w 2015 r. i wyniosły 44,65 tys. zł.

Przyczyną niewielkiej liczby zgód w sprawie zwrotu kosztów leczenia poza granicami RP był m.in. fakt, że wydanie takiej zgody wymagało przeprowadzenia wszystkich czynności związanych z przeprowadzeniem postępowania administracyjnego. Ponadto, szereg spraw miało skomplikowany charakter i wymagała uzupełnienia niekompletnych wniosków, a także zasięgnięcia opinii komórek merytorycznych Centrali NFZ lub uzyskania stanowiska Ministerstwa Zdrowia. Ponadto spośród 159 wniosków, 123 wpłynęły w grudniu 2014 r.

[Dowód: akta kontroli str. 1204-1205]

W ramach przygotowań do otwarcia Krajowego Punktu Kontaktowego przygotowano m.in. materiały informacyjne dla świadczeniodawców oraz uruchomiono stronę internetową. Koszty realizacji zadań, o których mowa w art. 42d, art. 42f i art. 97a ustawy o świadczeniach wyniosły w 2014 r. 97,25 tys. zł.

[Dowód: akta kontroli str. 1207-1216]

3.2.4. Koszty świadczeń z lat ubiegłych

Koszty świadczeń z lat ubiegłych obejmowały m.in.: koszty związane z realizacją prawomocnych wyroków sądowych oraz wartość ugód pozasądowych i sądowych za świadczenia udzielone w latach poprzednich. Koszt tych świadczeń wyniósł w 2014 r. 139.815,54 tys. zł i stanowił 71,07% planu oraz był niższy od kosztów z roku 2013 r. o 285.235,73 tys. zł.

[Dowód: akta kontroli str. 1376-1380, 1667-1771]

3.2.5. Koszty świadczeń udzielanych m.in. świadczeniobiorcom nieubezpieczonym

Wartość poniesionych w 2014 r. kosztów realizacji zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 2b, 3 i 3b ustawy o świadczeniach wyniosła łącznie 165.435,44 tys. zł, co stanowiło 90,30% planu.

[Dowód: akta kontroli str. 85, 1667-1771]

3.2.6. Wybrane koszty administracyjne i zatrudnienie

W planie finansowym NFZ na 2014 r. (po zmianach) koszty administracyjne wyniosły 704.620 tys. zł, a ich wykonanie 628.339,79 tys. zł, co stanowiło mniej niż 1% łącznych kosztów Funduszu.

³¹ Dz. U. z 2014 r., poz. 1491.

Koszty wynagrodzeń wyniosły 311.758,75 tys. zł (w 2013r. było to 309.462,13 tys. zł), co stanowiło 49,61% kosztów administracyjnych.

Przeciętne zatrudnienie w 2014 r. wyniosło 5.123,37 etatu i było wyższe o 40,28 etatu w stosunku do 2013 r. Przeciętne miesięczne wynagrodzenie przypadające na etat wynosiło 5.051,43 zł i było na tym samym poziomie co w 2013 r.

Wydatki NFZ na usługi obce wyniosły 149.967,77 tys. zł (w 2013 r. było to 131.026,28 tys. zł) i stanowiły 90,56% planu.

[Dowód: akta kontroli str. 1065-1070, 1667-1771]

Pozostałe koszty obejmujące m.in. wydanie i utrzymanie kart ubezpieczenia oraz recept, rezerwy na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych wyniosły 152.960,48 tys. zł i były wyższe niż w 2013 r. (98.440,27 tys. zł). Ich wykonanie było niższe od planu o 111.870,52 tys. zł (57,76% planu).

W „pierwotnym” planie finansowym wartość prognozowanych rezerw na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych ustalono w wysokości 240.828,00 tys. zł (w 2013 r. 319.554 tys. zł). W ciągu roku zmniejszono planowane koszty rezerw o 69.213 tys. zł. Realizacja tej pozycji planu wyniosła 68.593,45 tys. zł, co stanowiło 39,97% planu po zmianach i przesunięciach. Niższa niż planowano realizacja tej grupy kosztów wynikała z braku rozstrzygnięć w sprawach toczących się przeciwko NFZ o zapłatę za świadczenia wykonane w latach poprzednich ponad limit określony w umowach, do czasu zamknięcia ksiąg rachunkowych.

Ponadto NFZ poniósł tzw. „inne koszty” obejmujące m.in. koszty sądowe, zapłacone kary i grzywny, odszkodowania. W „pierwotnym” planie finansowym określono je w wysokości 17.348 tys. zł. W trakcie 2014 r. zwiększono je do 45.767 tys. zł. Wartość poniesionych kosztów z tego tytułu wyniosła 37.224,92 tys. zł, w tym z tytułu zapłaconych kar, grzywien i odszkodowań 47,43 tys. zł.

[Dowód: akta kontroli str. 276-294, 1202, 1667-1771]

Koszty z tytułu kar, grzywien i odszkodowań dotyczyły następujących tytułów: zapłacone odszkodowania byłym pracownikom Funduszu w wysokości 23,48 tys. zł na podstawie wyroków sądowych i ugód; wypłacone rodzinie zmarłego świadczeniodawcy zadośćuczynienie w wysokości 15,91 tys. zł; wymierzona przez Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie Prezesowi NFZ grzywna w wysokości 7,54 tys. zł w związku z nieprzekazaniem do sądu skargi wraz z aktami sprawy i odpowiedzią na skargę; wymierzona przez Wojewódzki Sąd Administracyjny w Krakowie Dyrektorowi Małopolskiego OW grzywna w wysokości 0,50 tys. zł w związku ze skargą na bezczynność.

[Dowód: akta kontroli str. 1218]

Fundusz poniósł w 2014 r. koszty finansowe w wysokości 40.706,58 tys. zł (co stanowiło 50,64% planu)³², w tym odsetki za zwłokę w zapłacie zobowiązań, w tym wynikających z prawomocnych wyroków sądowych w kwocie 5.095,51 tys. zł.

[Dowód: akta kontroli str. 1728-1729]

3.2.7. Zobowiązania

Zobowiązania zewnętrzne na koniec 2014 r. wyniosły 6.396.257,03 tys. zł (w 2013 r. było to 6.091.535,09 tys. zł, a w 2012 r. - 5.564.113,14 tys. zł), z czego zobowiązania wobec świadczeniodawców i aptek wynosiły 6.313.265,18 tys. zł (w 2013 r. było to 5.994.720,30 tys. zł, a w 2012 r. - 5.505.417,43 tys. zł)³³.

Na koniec 2014 r. NFZ nie posiadał zobowiązań wymagalnych.

[Dowód: akta kontroli str. 660-864]

³² W 2013 r. było to 30,30% wykonania planu. W 2010 r. 14,6%, w 2011 r. 40,9%, w 2012 r. 23,8%.

³³ Dane ze sprawozdania FM-01.

Kwota nieuregulowanych przez Centralę NFZ zobowiązań oraz biernych rozliczeń międzyokresowych kosztów w wysokości prawdopodobnych zobowiązań Funduszu wobec instytucji łącznikowych za świadczenia zdrowotne z tytułu przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego wyniosła na koniec 2014 r. 254.541,70 tys. zł.³⁴ (w 2013 r. 252.574,94 tys. zł).

[Dowód: akta kontroli str. 1205]

3.2.8. Wynik finansowy

Wynik finansowy NFZ wyniósł 1.061.026,17 tys. zł i wynikał, m.in. z:

- niższych niż planowano kosztów świadczeń opieki zdrowotnej o 1.178.773,60 tys. zł;
- niższych niż planowano pozostałych kosztów o 111.870,52 tys. zł;
- wyższych niż planowano przychodów ze składek z lat ubiegłych o 190.233,91 tys. zł;
- niższych niż planowano kosztów finansowych o 39.670,42 tys. zł.

Istotnym czynnikiem wpływającym na wynik finansowy Funduszu było nieuruchomienie w trakcie roku środków rezerwy ogólnej w wysokości 634.793 tys. zł. W szczególności w związku z przepisami art. 11 ustawy z dnia 11 października 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, zgodnie z którymi rezerwa ogólna stanowi zabezpieczenie limitu kosztów NFZ z tytułu realizacji zadania, o którym mowa w art. 42d ustawy o świadczeniach (zwrot kosztów świadczeń uzyskanych przez ubezpieczonych w ramach dyrektywy transgranicznej).

[Dowód: akta kontroli str. 1448-1451, 1731-1733]

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Funduszu w zbadanym zakresie.

4. Nadzór i kontrola

4.1. Zasady weryfikacji i rozliczania wykonanych świadczeń

Opis stanu faktycznego

W 2014 r. Fundusz kontrolował dane sprawozdawcze przekazywane przez świadczeniodawców w związku z realizacją umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych (tzw. proces walidacji³⁵ i weryfikacji³⁶ danych sprawozdawczych).

W 2014 r. Fundusz nie wdrożył systemu automatycznej weryfikacji rozliczeń ze świadczeniodawcami opartego m.in. o autoryzację wykonania świadczenia m.in. przez pacjenta. Jak wynika z wyjaśnień złożonych przez Z-cę Dyrektora Departamentu Informatyki Centrali NFZ przed Komisją sejmową kwota środków możliwych do zaoszczędzenia przez NFZ w związku z wprowadzeniem takiego systemu weryfikacji rozliczeń ze świadczeniodawcami umożliwiłaby uzyskanie oszczędności w wysokości 650.000 tys. zł, w skali roku, co w ocenie NIK przyczyniłoby się do poprawy efektywności wydatkowania środków publicznych na leczenie pacjentów.³⁷

³⁴ Według danych przekazanych w piśmie z dnia 7 maja 2015 r.

³⁵ Walidacje, tj. automatyczne sprawdzenie poprawności formalnej i kompletności zestawu danych oraz przekazywanie komunikatu zwrotnego.

³⁶ Weryfikacje podstawowe, tj. automatyczne sprawdzenie poprawności danych w obrębie zestawu danych w zakresie zgodności z warunkami ustalonymi na podstawie m.in. przepisów prawa. Ponadto prowadzono weryfikacje kontrolne (wsteczne), dokonywane, nie rzadziej niż co kwartał.

³⁷ Podczas posiedzenia Sejmowej Komisji Innowacyjności i Nowoczesnych Technologii w dniu 23 kwietnia 2015 r., Z-ca Dyrektora Departamentu Informatyki Centrali NFZ podał kwotę ok 650 mln zł. W kontroli NIK pn. „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach planu

[Dowód: akta kontroli str. 613-617, 641-644, 651-653, 1115-1117]

W 2012 r. Fundusz na polecenie Ministra Zdrowia³⁸ przystąpił do ponownego uruchomienia prac związanych z wdrożeniem projektu RUM II i samodzielnym wydawaniem Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego.

W ramach realizacji I etapu projektu zamówiona została praca doradcza dotycząca przeprowadzenia analizy funkcjonalnej klucza infrastruktury publicznej (PKI), elementu niezbędnego do wydawania certyfikatów osadzonych na kartach, a także przygotowania wyjściowego Opisu Przedmiotu Zamówienia, oraz oszacowania kosztów jego budowy. Zadanie to zakończyło się w styczniu 2013 r., a opracowana analiza była punktem wyjścia do uruchomienia postępowania o zamówienie publiczne. Postępowanie to zakończyło podpisaniem w dniu 22 lipca 2014 r. umowy z wybranym wykonawcą na łączną kwotę brutto 3.255.687,00 zł, przy czym do dnia 23 marca 2015 r. – zgodnie z harmonogramem – wydatkowano kwotę 1.953.049,97 zł.

Równoległe do postępowania na system PKI, uruchomione zostało postępowanie na wybór firmy doradczo-ekspertycznej, której zadaniem było wsparcie Funduszu w realizacji projektu, a w szczególności opracowanie specyfikacji technicznej dla kart oraz systemów informatycznych niezbędnych do jego realizacji. Umowa z wybranym wykonawcą – konsorcjum firm o wartości 1.395.066,00 zł, została podpisana w dniu 24 czerwca 2014 r. Do 23 marca 2015 r. zakończono realizację I bloku zadań opisanych w umowie, tj. przygotowano m.in. koncepcję projektu RUM II, przypadki użycia kart wydawanych w ramach projektu, założenia do zmian w systemach transakcyjnych NFZ, architekturę systemów informatycznych, wstępne wymagania dla kart, systemu do zarządzania kartami oraz infolinii, zakresy przetwarzanych danych. W kolejnym bloku zadań, którego termin realizacji upływa 24 czerwca 2015 r., przygotowane zostaną dokumenty pozwalające na uruchomienie postępowania na wybór dostawcy spersonalizowanych kart, systemu do zarządzania oraz infolinii. Na dzień 23 marca 2015 r. w ramach realizacji tej umowy wydatkowano kwotę 697.533,00 zł.

Od 2013 r. Fundusz bierze również udział w prowadzonych w Ministerstwie Zdrowia pracach związanych z przygotowaniem zmian legislacyjnych niezbędnych do wdrożenia projektu RUM II w przewidywanym zakresie. Przedstawiciele Funduszu uczestniczyli w pracach przede wszystkim w zakresie zapisów niezbędnych do wprowadzenia Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (KUZ), Karty Specjalisty Administracyjnego (KSA) oraz Kart Specjalisty Medycznego (KSM), przygotowania oceny skutków regulacji (OSR) oraz projektów rozporządzeń.

W 2015 r. w ramach współpracy z firmą doradcą prowadzony był dialog techniczny z firmami które do niego przystąpiły po spełnieniu określonych w ogłoszeniu wymogów. Celem dialogu jest określenie wymagań technicznych dla wydawanych kart, procesu personalizacji oraz systemu zarządzania kartami w cyklu ich życia.

[Dowód: akta kontroli str. 20-23, 655-659, 900-911, 982-983,]

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Analiza wybranych świadczeń wykonanych przez świadczeniodawców w 2014 r. wykazała, że w przypadku:

- 29 pacjentów, Fundusz zapłacił w latach 2009-2014 świadczeniodawcy za ekstrakcję wyrostka robaczkowego wykonanej na rzecz tego samego pacjenta pomimo jego wcześniejszego usunięcia;

finansowego w 2013 r.” ustalono, że według danych NFZ, kwota tzw. „fraudów” wśród innych płatników publicznych stanowi od 2% do 5% ich budżetów.

³⁸ zawartego przy piśmie z dnia 2 października 2012 r. znak MZ-UZ-AK-400-28814-2/MM/12.

- 245 pacjentów Fundusz zapłacił w latach 2009-2014 świadczeniodawcy za ekstrakcją pęcherzyka żółciowego na rzecz tego samego pacjenta również pomimo jego wcześniejszego usunięcia, ponadto w przypadku
- 33.036 recept NFZ dokonał w 2014 r. refundacji cen antybiotyku o wartości 243,05 tys. zł, po upływie 7 dni od daty jej wystawienia, choć recepty takie były ważne jedynie przez tydzień.

W toku kontroli zostały wszczęte czynności wyjaśniające m.in. w oddziałach wojewódzkich NFZ.

W odniesieniu do 274 pacjentów, którym udzielono świadczeń polegających na powtórnych wycięciu wyrostka robaczkowego i pęcherzyka żółciowego stwierdzono, że w przypadku 239 pacjentów kolejne hospitalizacje były zasadne. W przypadku 33 pacjentów hospitalizacje wymagają powtórnej weryfikacji, a dwa przypadki wymagają kontroli. Ponadto wskazano, że reguły weryfikacyjne pozwalające na wykrycie realizacji recepty na antybiotyk po upływie siedmiu dni od daty jej wystawienia zostały wprowadzone od 1 stycznia 2015 r.³⁹

W ocenie NIK zasadne jest rozszerzenie weryfikacji rozliczanych w danym roku świadczeń, ze świadczeniami udzielonymi w latach poprzednich, tak aby wyjaśniać lub eliminować sytuacje, kiedy rozliczaniu podlegają te same uprzednio wykonane świadczenia, choć jest to niemożliwe lub może budzić poważne wątpliwości. Najwyższa Izba Kontroli nie podziela argumentacji podanej w złożonych wyjaśnieniach o niewielkiej skali opisywanego zjawiska. Istotą problemu jest bowiem luka systemu weryfikacji rozliczanych świadczeń, która może dotyczyć nie tylko wskazanych dwóch schorzeń, lecz także pozostałych udzielanych świadczeń.

[Dowód: akta kontroli str. 603-612, 617-619, 1118-1119, 1178-1179]

Ustalone
nieprawidłowości

Fundusz wydatkował środki w wysokości ok 346.755,74 tys. zł na zapewnienie opieki w POZ, finansowanej na zasadzie stawki kapitałowej, dla osób, których ubezpieczenia zdrowotnego lub uprawnienia do świadczeń finansowanych ze środków publicznych Fundusz nie był w stanie potwierdzić. Było to niezgodne z art. 2 ustawy o świadczeniach, na co Izba zwracała uwagę już w 2014 r jednocześnie wnioskując o zaprzestanie wydatkowania przez Fundusz tych środków.

[Dowód: akta kontroli str. 647-650]

4.2. Kontrola wewnętrzna, kontrola świadczeniodawców oraz audyt wewnętrzny

Opis stanu
faktycznego

Kontrola wewnętrzna

Kontrola wewnętrzna w Centrali NFZ była realizowana w 2014 r. m.in. w ramach kontroli instytucjonalnej przez Zespół Kontroli Wewnętrznej (ZKW) oraz kontroli funkcjonalnej w zakresie nadzoru merytorycznego zgodnie z właściwością poszczególnych komórek organizacyjnych Centrali Funduszu. W 2014 r. przeprowadzono 51 kontroli planowych oraz 24 doraźne. W odniesieniu do kontroli planowych, w 18 sformułowano oceny pozytywne, w 3 pozytywne z uchybieniami, w 13 pozytywne z nieprawidłowościami, w 2 negatywną, a w 15 odstąpiono od formułowania oceny.

[Dowód: akta kontroli str. 328-429, 2577-2578]

Wybrane kontrole świadczeniodawców:

³⁹ W wyjaśnieniach Fundusz podał ponadto, że wśród wykazanych recept znajdowały się również takie, które dotyczyły chemioterapeutyków, które bywają zaliczane do antybiotyków, jednak w ocenie NFZ jest to nieprawidłowe. Po wyeliminowaniu takich produktów leczniczych pozostały 404 recepty z datą realizacji przekraczającą 7 dni, od dnia wystawienia recepty.

Centrala NFZ przekazywała do oddziałów wojewódzkich NFZ wytyczne dotyczące zasad planowania kontroli u świadczeniodawców.

W 2014 r. oddziały wojewódzkie przeprowadziły łącznie 2.713 postępowań kontrolnych (w tym 1.713 doraźnych), w ramach których skontrolowały 2.783 umowy. Dodatkowo przeprowadzono m.in. 434 postępowania sprawdzające (tzw. „wizytacje”). Najwięcej umów skontrolowano w rodzaju leczenie szpitalne – 36,4% oraz AOS – 25,3%. Łączna wartość umów w kontrolowanych zakresach wyniosła 12.211.982,87 tys. zł i była niższa o 2,6% w porównaniu do wartości umów skontrolowanych w 2013 r.

Łączne skutki finansowe kontroli wskazane w wystąpieniach pokontrolnych wyniosły 104.644,05 tys. zł, w tym 75.167,75 tys. zł z tytułu zakwestionowanych środków finansowych nienależnie wypłaconych oraz 29.476,31 tys. zł z tytułu nałożonych kar umownych⁴⁰.

Najczęściej stwierdzane nieprawidłowości dotyczyły: nieprawidłowej klasyfikacji hospitalizacji do grup JGP, rozliczanie świadczeń w tzw. „ruchu międzyoddziałowym”, wykazywanie jako hospitalizacja świadczeń, które mogły być udzielane w warunkach ambulatoryjnych, brak w dokumentacji medycznej potwierdzenia udzielonych świadczeń, brak skierowania do objęcia opieką, brak medycznego uzasadnienia rozliczenia wykazanej procedury, brak potwierdzenia wykonania określonych w typie porady badań diagnostycznych, braki w wymaganym sprzęcie i wymaganym kwalifikacji personelu medycznego.

[Dowód: akta kontroli str. 430-456, 1117-1118, 1123-1169]

Analiza systemu kontroli świadczeniodawców funkcjonującego w NFZ, wykonana przez audytora zewnętrznego⁴¹ wykazała, że cele procesu kontrolnego były określone opisowo, w sposób niemierzalny i nie były monitorowane. Planowanie było dokonywane na podstawie wiedzy eksperckiej zespołów kontrolnych, a nie według ustalonej metodyki. Przygotowanie kontroli zostało formalnie określone, lecz bazuje w znacznym stopniu na wiedzy eksperckiej. Przeprowadzanie kontroli było sformalizowane, choć proces nie był na bieżąco monitorowany. Wnioski z kontroli w zakresie skutków finansowych były analizowane i sprawozdawane. Z kolei realizacja wniosków innych niż finansowe nie była dostatecznie monitorowana. Monitorowanie procesu kontroli odbywało się w cyklach kwartalnych i miało charakter głównie sprawozdawczy. Opracowanie zawierało wnioski zmierzające do poprawy efektywności systemu kontroli świadczeniodawców, a także porównanie nakładów na działalność kontrolną przeznaczonych w Polsce oraz wybranych krajach.

[Dowód: akta kontroli str. 28-48, 87, 457-489, 1807-1889]

Audyt wybranych zagadnień

W 2014 r. audytorzy wewnętrzni wskazali na następujące ryzyka:

- pn. „Kontraktowanie i rozliczanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii” wskazano m.in. na zawieranie umów ze świadczeniodawcami nie spełniającymi warunków NFZ, brak należytej staranności przy realizacji zadań, niewystarczającej funkcjonalności systemu informatycznego Funduszu;
- pn. „Kontraktowanie i rozliczanie świadczeń w rodzaju stomatologia” stwierdzono m.in.: brak wyczerpującego opisu świadczeń w planie zakupu tych świadczeń, braku wymaganej liczby członków komisji konkursowej w trakcie podejmowania decyzji, co mogło skutkować ich nieważnością, brak

⁴⁰ Kwoty określone w wystąpieniach pokontrolnych.

⁴¹ Umowę z audytorem zewnętrznym podpisano w dniu 14 listopada 2014 r. Jej przedmiotem była „analiza działalności kontrolnej NFZ”, w której Wykonawca miał wskazać propozycje mechanizmów poprawiających efektywność tej działalności

funkcjonalności systemu informatycznego na etapie postępowania konkursowego pozwalającej m.in. na porównywanie danych zawartych w kwestionariuszach ofertowych oraz ankietach;

- pn. „Zawieranie i realizacja (rozliczanie) umów na wydanie refundowanego leku, środka spożywczo specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego na receptę” stwierdzono m.in. naruszenie obowiązujących uregulowań prawnych i wewnętrznych NFZ i OW NFZ, związanych z zawieraniem i rozliczaniem umów, ryzyko zapłacenia przez oddziały odsetek od nieterminowo dokonanej płatności;
- pn. „Kontraktowanie i rozliczanie świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień” stwierdzono w szczególności: brak możliwości informatycznej weryfikacji potencjału oferenta, co powodowało że ocena zgodności przedstawionych danych z wymaganiami, a także zgodności z odpowiedziami ofertowymi, była przeprowadzana przez komisje konkursowe poprzez „ręczną analizę ofert, co skutkowało ryzykiem powstania błędów, w tym zawarcia umów z oferentami, którzy nie spełniali wymogów, nieprzestrzeganie zasad postępowania określonych w procedurach, co skutkowało możliwością podważenia wyników postępowań, nieprzestrzegania wymogu określonego w Regulaminie pracy komisji prowadzących postępowania, polegającego na tym, że Komisja podejmuje decyzje w obecności co najmniej 2/3 składu;
- pn. „Zmiana wartości umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trakcie okresu rozliczeniowego” ustalono m.in., że w NFZ nie obowiązują procedury określające sposób postępowania w przypadku zmian warunków realizacji umów, co stwarza ryzyko braku jednolitości postępowania; brak zapisów formalnych w umowach implikujący możliwość postawienia oddziałom wojewódzkim zarzutów działania na korzyść wybranych świadczeniodawców.
- pn. „Realizacja zadań wynikających z przepisów o transgranicznym dostępie do świadczeń” sformułowano wnioski dotyczące m.in. nieprawidłowego wyliczenia przez OW przybliżonej stawki zwrotu za świadczenie udzielone w ramach dyrektywy transgranicznej ze względu na presję czasową występującą w trakcie telefonicznej obsługi bezpośredniej, ryzyko roszczeń z powodu rozpoznania wniosku o zgodę dyrektora oddziału na wykonanie świadczenia za granicą na podstawie implementowanej dyrektywy transgranicznej na podstawie nierzetelnych informacji o czasie oczekiwania na świadczenia w Polsce, ryzyko dokonania niesłusznie zwrotu kosztów świadczeń w wyniku błędnego tłumaczenia uznanych świadczeń za tożsame z gwarantowanymi w Polsce.

W sprawozdaniu dotyczącym Pomorskiego OW NFZ z realizacji wniosków audytowych, w tym związanych z ryzykiem roszczeń z powodu rozpatrzenia wniosku o zgodę na wykonanie świadczenia za granicą na podstawie implementowanej tzw. dyrektywy transgranicznej wskazano na potrzebę sprawdzenia, czy zmiany w systemie raportowania i monitorowania kolejek na świadczenia, wdrażane od stycznia 2015 r. będą skutkowały zwiększeniem wiarygodności danych o czasie oczekiwania. Podano, że w związku ze zmianami wprowadzanymi w aplikacjach informatycznych AP KOLCE od 1 kwietnia 2015 r. i w systemie XML od 1 maja 2015 r. realna możliwość monitorowania kolejek nastąpi dopiero po upływie 2-3 miesięcy.

- pn. „Ocena procesu wdrażania Zintegrowanego Informatora Pacjenta” wskazano m.in. na fakt, że umowy w ramach których powierzono budowę ZIP nie zabezpieczają w pełnym zakresie zabezpieczenia interesów

zamawiającego, w szczególności w zakresie przeniesienia na NFZ majątkowych praw autorskich umożliwiających późniejsze uniezależnienie się od konkretnego wykonawcy, a także zabezpieczenia w zakresie należytego wykonania zamówienia.

Na koniec 2014 r. skonfigurowano 1.005.412 kont użytkowników ZIP. Koszty związane z budową tego systemu wyniosły w latach 2011-2014 r. 4.107,80 tys. zł. Szacunkowy koszt eksploatacji tego systemu w latach 2012-2014 wyniósł 629,97 tys. zł.

NFZ nie posiadał autorskich praw majątkowych do ZIP, gdyż jak wynika z wyjaśnień, system ten powstał w ramach Systemu Informatycznego Wspomagania Działalności NFZ zakupionego na podstawie umów zawartych w 1999 r. pomiędzy Biurem Pełnomocnika Rządu do Spraw Wprowadzenia Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego a firmami informatycznymi, do którego to systemu Fundusz również nie posiada autorskich praw majątkowych.

[Dowód: akta kontroli str. 49-50, 87-110, 1096-1099]

Wyjaśniono, że każdy audytor przeprowadzał audyt wewnętrzny w jednym Oddziale Wojewódzkim, a wydawane zalecenia odnosiły się do danego Oddziału Wojewódzkiego, a nie Funduszu jako całości.

W NFZ, m.in. zgodnie z poleceniem Prezesa NFZ przyjęto, iż czynności sprawdzające wykonanie zaleceń są wykonywane obligatoryjnie w każdym przypadku i są przeprowadzane po upływie roku od dnia ich przedstawienia w sprawozdaniu.

Równocześnie wyjaśniono, że do wskazywanych przez audytorów ryzyk lub skutków ich materializacji, nie we wszystkich przypadkach formułowane były konkretnie zalecenia, dlatego też wskazanie podjętych działań, nie zawsze jest możliwe. Ponadto wskazane ryzyka lub skutki odnosiły się do konkretnych Oddziałów Wojewódzkich i poczynionych ustaleń.

[Dowód: akta kontroli str.3255-3267]

Realizacja wybranych zadań audytowych z zakresu informatyki

W kwietniu 2014 r. zakończył się w Centrali Funduszu audyt wewnętrzny pn. „Wdrożenie i wykorzystanie programu e-risk w Centrali NFZ”, którego celem była m.in. ocena realizacji koncepcji i wdrożenia systemu kontroli zarządczej realizowana na zlecenie NFZ przez firmę PBSG.

Ustalenia audytu wykazały m.in., że firmie PBSG przekazywano dane wrażliwe dla działania centrali NFZ. Były one umieszczane na serwerach niemieckiej firmy, a ich transmisja w okresie od 31 października 2013 r. do 25 listopada 2013 r. nie była chroniona szyfrowanym protokołem. W umowie zawartej pomiędzy PBSG a NFZ nie zawarto zapisów dotyczących przedmiotowych zagadnień. W ocenie audytora powyższe wskazuje na ryzyko utraty lub przejęcia danych istotnych dla funkcjonowania Centrali NFZ, tym bardziej, że serwery firmy przechowującej dane były w czerwcu 2013 r. przedmiotem ataku hakerskiego.

Ponadto audytor wskazał na możliwość naruszenia dyscypliny finansów publicznych, gdyż zakres umowy z firmą PBSG był zbieżny z postępowaniem na usługę doradztwa z zakresie wdrożenia innych systemów w NFZ, co wyczerpywało znamiona czynu wskazanego w art. 17 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych.

Audytor zalecił m.in. dokonanie oceny prawdopodobieństwa utraty lub przejęcia danych dotyczącego ryzyka występującego w komórkach organizacyjnych Centrali, a także rozważenie złożenia zawiadomienia o podejrzeniu naruszenia dyscypliny finansów publicznych w odniesieniu do umowy z firmą doradcą.

Wyjaśniono, że zadanie audytowe miało charakter czynności doradczych, które należy rozumieć jako inne niż zadania zapewniające, działania podejmowane przez audytora wewnętrznego, których charakter i zakres jest uzgodniony z kierownikiem jednostki, a których celem jest zwłaszcza usprawnienie funkcjonowania jednostki. Opinie wynikające z wykonanych czynności doradczych nie są dla Kierownika jednostki wiążące. Po analizie zaleceń zawartych w przedmiotowym sprawozdaniu oraz podjęciu czynności sprawdzających, oceniono, iż nie nastąpiło ryzyko utraty lub przejęcia danych, a same dane nie miały walorów danych wrażliwych dla działania instytucji, nie były także danymi osobowymi podlegającymi ochronie. Równocześnie nie doszło w przypadku zawarcia umowy z PBSG do naruszenia dyscypliny finansów publicznych.

Wyjaśniono również, że w dniu 25 listopada 2013 r. Departament Informatyki poinformował Gabinet Prezesa Funduszu, że platforma e-risk działa na serwerach w Niemczech oraz używa nieszyfrowanego protokołu HTTP. Dodatkowo przekazano informację, że właściciel serwerów pół roku wcześniej miała poważny incydent bezpieczeństwa. Fundusz zwrócił się z życzeniem szyfrowania danych, a odpowiedni certyfikat został zainstalowany. NFZ został także poinformowany, że firma PBSG posiada wdrożony system zarządzania bezpieczeństwem informacji wg normy ISO 27001, a umiejscowienie serwerów w jednym z największych data center w Europie może tylko zwiększyć poziom bezpieczeństwa i stabilności przetwarzanych danych

[Dowód: akta kontroli str. 3077-3237, 3255-3267]

W sprawozdaniu z audytu pn. „Ocena procesu planowania, utrzymania, i rozwoju zasobów aplikacyjnych (w tym systemów informatycznych) oraz sprzętowych w odniesieniu do zidentyfikowanych potrzeb”, której celem było dokonanie oceny sprawowanego nadzoru w obszarze planowania, utrzymania i rozwoju zasobów IT, wykazano m.in., że pomimo podjętych przez pracowników Funduszu działań zmierzających do skutecznego przeprowadzenia postępowań o udzielenie zamówienia publicznego nie udało się doprowadzić do czasu zakończenia audytu (31 marca 2015 r.) do zawarcia umowy na usługi utrzymania systemu informatycznego NFZ. Od 1 stycznia 2015 r. realizacja usług subskrypcji i konserwacji Systemu Informatycznego Wspomagania Działalności NFZ była wykonywana na podstawie pisemnego zobowiązania wykonawców, co w ocenie audytora mogło rodzić ryzyko stwierdzenia naruszenia dyscypliny finansów publicznych. Stwierdzono również Fundusz nie posiadał wieloletniej strategii działania, co może rodzić ryzyko niewłaściwego rozwoju systemów informatycznych NFZ.

W złożonych wyjaśnieniach wyjaśniono, że ostateczne warunki i wartość umów na konserwację i subskrypcję Systemu Informatycznego Wspomagania Działalności Narodowego Funduszu Zdrowia zostały wynegocjowane w dniu 15 maja 2015 r., a umowy zostały zawarte 19 maja 2015 r., po uzyskaniu akceptacji Rady NFZ, „Strategia efektywnego i bezpiecznego zarządzania procesem wsparcia informatycznego kluczowych funkcji i zadań Narodowego Funduszu Zdrowia” zostanie przedłożona do przyjęcia Radzie NFZ w dniu 30 września 2015 r.

[Dowód: akta kontroli str. 3077-3237, 3255-3267]

W dokumencie pn. „Audyt zerowy w Centrali NFZ” z listopada 2014 r. przygotowanym przez firmę Blue Energy stwierdzono m.in. w odniesieniu do zagadnień bezpieczeństwa informacji szereg nieprawidłowości, a w szczególności: brak wdrożonych narzędzi systemowych takich jak klasyfikacja informacji, analiza ryzyka pod kątem utraty bezpieczeństwa informacji, czy agregacja i analiza zgłoszonych incydentów.

Wyjaśniono, że w NFZ realizowany jest Projekt Zintegrowanego Systemu Zarządzania (ZSZ) polegający na opracowaniu oraz wdrożeniu systemów: Systemu Zarządzania Ryzykiem (SZR), Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji (SZBI) oraz Systemu Zarządzania Ciągłością Działania (SZCD). Zgodnie z założeniami przeprowadzone zostały audyty zerowe w Centrali NFZ oraz siedmiu oddziałach wojewódzkich objętych pilotażowym wdrożeniem ZSZ. Wynikiem przeprowadzonych działań jest dokument „Raport z audytu zerowego w zakresie stosowanych metod zarządzania ryzykiem w zakresie stosowanych metod zarządzania bezpieczeństwem informacji oraz w zakresie stosowanych metod zarządzania ciągłością działania”. Powyższe działania stanowiły podstawę dla realizacji kolejnych etapów Projektu ZSZ, m.in.: Etap 3 Przeprowadzenie pilotażowego wdrożenia Systemu Zarządzania Ryzykiem, Etap 4 Przeprowadzenie pilotażowego wdrożenia Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji (SZBI) i Systemu Zarządzania Ciągłością Działania (SZCD).

[Dowód: akta kontroli str. 3077-3237, 3255-3267]

W sprawozdaniu z realizacji zadania audytowego pn. „Bezpieczeństwo informacji” sporządzonym w listopadzie 2014 r. stwierdzono m.in. nieprecyzyjną delegację uprawnień, brak Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji obejmującego w sposób skoordynowany cały NFZ. Audytor zwrócił również uwagę na m.in.: niewłaściwy sposób obiegu informacji i współpracę pomiędzy komórkami prowadzonymi przez Pełnomocnika ds. Ochrony Informacji Niejawnych, a także niewłaściwe wykonanie i stan instalacji systemu sygnalizowania włamania i napadu.

[Dowód: akta kontroli str. 3077-3237]

Wyjaśniono, że realizacja wskazanych zaleceń odbywać się będzie w ramach wyżej opisanego projektu Zintegrowanego Systemu Zarządzania (ZSZ).

[Dowód: akta kontroli str. 3077-3237, 3255-3267]

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Audytor wewnętrzny zidentyfikował szereg ryzyk i nieprawidłowości związanych z zapewnieniem bezpieczeństwa danych przechowywanych w systemach informatycznych NFZ, a także procesem kontraktowania świadczeń, w szczególności polegających na naruszeniu przepisów wewnętrznych i procedur obowiązujących przy wyborze ofert, zawieraniu umów oraz ich rozliczaniu, narażających Fundusz na zarzut m.in. dowolności postępowania oraz mogących stanowić podstawę zakwestionowania wyników procesu kontraktowania świadczeń. Istotnym problemem była również nieadekwatność planów zakupu świadczeń z potrzebami osób objętych opieką oddziałów.

NIK zwraca ponadto uwagę na niską jakość danych zawartych w 2014 r. w CWU, skoro ok 8% potwierdzeń prawa do świadczeń finansowanych ze środków publicznych dokonywano w inny sposób niż za pomocą systemu e-WUŚ, tj. za pomocą oświadczeń lub dokumentów.⁴² Może to stanowić istotne utrudnienie w realizacji kontroli realizacji umów, a w konsekwencji negatywnie wpływać na efektywność wydatkowania środków.

NIK zwraca również uwagę na potrzebę rozważenia zasadności rozwijania za publiczne środki systemów informatycznych, do których Fundusz nie posiada kodów źródłowych ani nie nabył autorskich praw majątkowych.

[Dowód: akta kontroli str. 25-26]

⁴² CWU jest zasilany danymi m.in. z ZUS, KRUS oraz MSW. Jakość danych zależy m.in. od dotrzymania przez płatników terminów dokonywania zgłoszeń do ubezpieczenia zdrowotnego, a przez ubezpieczonych od dopełnienia obowiązku zgłoszenia członków rodziny oraz ich wyrejestrowania, kiedy nabędą oni własny tytuł ubezpieczenia zdrowotnego.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na szereg istotnych ryzyk w funkcjonowaniu Narodowego Funduszu Zdrowia i potrzebę dokonywania odpowiednich działań korygujących.

5. Wybrana sprawozdawczość

Komórki organizacyjne Centrali NFZ sporządzały sprawozdania i analizy zgodnie przyjętym planem pracy Centrali NFZ. Informacje o realizacji planu pracy były kwartalnie przedstawiane Radzie Funduszu.

Fundusz terminowo sporządzał sprawozdania finansowe określone w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia.⁴³

[Dowód: akta kontroli str. 51-84]

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Narodowego Funduszu Zdrowia w zbadanym zakresie.

IV. Wnioski

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli⁴⁴, wnosi o:

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

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Zgodnie z art. 54 ust. 1 i 2 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora właściwej jednostki kontrolnej.

⁴³ Dz. U. Nr 294, poz. 1735 ze zm.

⁴⁴ Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Warszawa, dnia 20 lipca 2015 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Departament Zdrowia

Dyrektor
Piotr Wasilewski



.....
podpis

