

W przekazanym do Sejmu "Sprawozdaniu z działalności NIK w 2012 roku" odnajdujemy interesujący wątek dotyczący kwestii nierównego dostępu do świadczeń medycznych dla osób ubezpieczonych.

Fundusz jest państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną, działającą na podstawie ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W skład NFZ wchodzi: Centrala oraz 16 oddziałów wojewódzkich. Organami Funduszu są: Rada Funduszu, Prezes Funduszu, rady oddziałów wojewódzkich Funduszu, dyrektorzy oddziałów wojewódzkich. Podstawę prowadzenia gospodarki finansowej Funduszu stanowi roczny plan finansowy. Jedną z zasad ubezpieczenia zdrowotnego jest równe traktowanie i zapewnienie ubezpieczonemu równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i wyboru świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z Funduszem.

Po kontroli Wykonanie planu finansowego NFZ w 2011 r. Najwyższa Izba Kontroli oceniła pozytywnie, pomimo stwierdzonych zastrzeżeń, wykonanie planu finansowego przez NFZ w 2011 r. Ocenę taką uzasadnia utrzymanie w 2011 r. stabilnej pozycji finansowej niewymagającej zaciągania zobowiązań, planowe wykonanie kosztów świadczeń zdrowotnych i przychodów oraz rzetelne prowadzenie sprawozdawczości. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły przekroczenia planu kosztów w wybranych rodzajach świadczeń zdrowotnych.

NIK negatywnie oceniła natomiast realizację podstawowego zadania Funduszu, jakim było zapewnienie równego dostępu do świadczeń dla osób ubezpieczonych. Najwyższa Izba Kontroli ustaliła bowiem: [] znaczne różnice w dostępie do niektórych świadczeń w poszczególnych oddziałach wojewódzkich NFZ mierzone liczbą jednostek rozliczeniowych przypadających na 10 tys. osób zamieszkałych na terenie działania danego oddziału oraz czasem oczekiwania pacjentów na udzielenie świadczeń; [] nierówne traktowanie świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umów o udzielanie świadczeń oraz prowadzenie postępowania w sposób niegwarantujący zachowania uczciwej konkurencji; [] ograniczoną wiarygodność danych zawartych w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych, na co wskazuje m.in. znaczna różnica pomiędzy liczbą osób uprawnionych do świadczeń wykazaną w Wykazie oraz liczbą osób zamieszkującą terytorium RP według danych pochodzących ze Spisu Powszechnego.

Stwierdzone ryzyko: Utrudniony dostęp pacjentów do świadczeń zdrowotnych, wybór świadczeniodawców, którzy nie złożyli najkorzystniejszych ofert w procesie kontraktowania świadczeń, ograniczone możliwości ustalenie uprawnień do otrzymania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

*Źródło: "Sprawozdaniu z działalności NIK w 2012 roku", NIK, 2013*