



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Departament Zdrowia

KZD – 4101-003-02/2014  
P/14/062

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
ul. Filtrowa 57, 02-056 Warszawa  
T +48 22 444 55 17, F +48 22 444 55 61  
kzd@nik.gov.pl  
Adres korespondencyjny: Skr. poczt. P-14, 00-950 Warszawa 1

## I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/14/062 – „Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym”
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia
Kontroler	1. Dorota Paszkiewicz, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 90812 z dnia 21.05.2014 r.  (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Narodowy Fundusz Zdrowia-Centrała, zwany dalej Funduszem lub NFZ. 02-390 Warszawa, ul. Grójecka 186
Kierownik jednostki kontrolowanej	Tadeusz Jędrzejczyk, Prezes NFZ od 3 czerwca 2014 r. <sup>1</sup>  (dowód: akta kontroli str. 3)

## II. Ocena kontrolowanej działalności

### Ocena ogólna

Oceniając realizację zadań Funduszu, w ramach opieki medycznej nad osobami w wieku podeszłym, NIK stwierdziła, że Fundusz realizował zadania związane z planowaniem, dostępnością oraz analizą kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w ramach zawierania umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, w zakresie objętym kontrolą.

Planowanie świadczeń dla osób w wieku powyżej 60 roku życia, w większości oddziałów, nie było jednak poprzedzone wystarczającymi analizami potrzeb i dostępności poszczególnych usług medycznych dla osób w wieku podeszłym, mimo zachodzących zmian w sytuacji demograficznej (starzenie się społeczeństwa) i związanych z nią priorytetów. Zmianę wyceny zbadanych świadczeń przeprowadzono bez uwzględnienia opinii specjalistów z zakresu geriatry, co może skutkować niewłaściwą wartością punktową, a w konsekwencji ograniczeniem ich dostępności dla pacjentów.

## III. Opis ustalonego stanu faktycznego

### Planowanie i wycena świadczeń adresowanych do osób w wieku podeszłym

#### 1.1. Zasady planowania zakupu świadczeń

Sposób podziału środków na świadczenia opieki zdrowotnej pomiędzy poszczególne oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia określa art. 118 ust. 3 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (zwanej dalej ustawą o świadczeniach

Opis stanu faktycznego

<sup>1</sup> Poprzednio Wiesława Kłos 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.); Agnieszka Pachciarz Prezes NFZ (od 28 czerwca 2012 r. do 20 grudnia 2013 r.), Jacek Paszkiewicz Prezes NFZ (od 3 grudnia 2007 r. do 4 czerwca 2012 r.).

opieki zdrowotnej)<sup>2</sup>. Zgodnie z tymi przepisami, planowane środki na pokrycie kosztów finansowania przez oddziały wojewódzkie Funduszu świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych, z wyłączeniem środków odpowiadających przychodom wymienionym w art. 125, dzieli się pomiędzy oddziały wojewódzkie Funduszu uwzględniając: liczbę ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziale wojewódzkim Funduszu; wydzielone, według wieku i płci, grupy ubezpieczonych oraz wydzielone grupy świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczenia wysokospecjalistyczne; ryzyko zdrowotne odpowiadające danej grupie ubezpieczonych, w zakresie danej grupy świadczeń opieki zdrowotnej, w porównaniu z grupą odniesienia.

Kryteria podziału środków planowanych na pokrycie finansowania przez oddziały wojewódzkie Funduszu świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych, ujęte w art. 118 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, zostały doprecyzowane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2009 r. w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy Centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych<sup>3</sup>, wydanym na podstawie delegacji ustawowej wynikającej z art. 119 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

Ponadto proces planowania zakupu świadczeń został określony w *Procedurze definiowania priorytetów i planowania zakupu świadczeń* (zwanej dalej *Procedurą*). Zgodnie z powyższą Procedurą, stworzoną w celu zapewnienia właściwego postępowania Centrali NFZ oraz oddziałów wojewódzkich NFZ w zakresie m. in. określania priorytetów, tworzenia i monitorowania realizacji planu zakupu świadczeń<sup>4</sup>, powstawanie tegoż planu i określenie wysokości kwot na zakup poszczególnych świadczeń jest poprzedzone analizą wskaźników demograficznych i epidemiologicznych oraz innych ważnych czynników, mających wpływ na korzystanie ze świadczeń przez pacjentów w różnych grupach wiekowych.

Wymagania dotyczące udzielania świadczeń w badanym zakresie, zawarte są w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej<sup>5</sup>, rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego<sup>6</sup>, rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień<sup>7</sup> oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej<sup>8</sup>.

Warunki kontraktowania świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (w tym świadczeń udzielanych w zakresie geriatry), określone są ponadto odpowiednio: w zarządzeniu Prezesa NFZ nr 89/2013/DSOZ z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz zarządzeniu Prezesa NFZ nr 82/2013/DSOZ z 17 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawarcia i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

(dowód: akta kontroli str.72-94)

<sup>2</sup> Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.

<sup>3</sup> Dz. U. Nr 193, poz. 1495

<sup>4</sup> Zgodnie z Procedurą, jest to dokument przygotowywany przez oddziały wojewódzkie NFZ, składający się z 5 części (części opisowej oraz czterech tabel), opracowywany w celu optymalnego zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

<sup>5</sup> Dz. U. z 2013 r. poz.1413.

<sup>6</sup> Dz. U. z 2013 r. poz.1520.

<sup>7</sup> Dz. U. z 2013 r. poz.1386 ze zm.

<sup>8</sup> Dz. U. z 2013 r. poz. 1522 ze zm.

Dyrektor Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej NFZ (DSOZ) wyjaśnił, że zdefiniowanie potrzeb zdrowotnych określonych w planie zakupu odbywa się głównie poprzez analizę porównawczą średnich nakładów przeznaczonych na dany zakres zarówno w całej Polsce, jak i w poszczególnych województwach, analizę realizacji świadczeń w poprzednim okresie, analizę struktury udzielanych świadczeń oraz analizę świadczeń udzielanych na rzecz pacjentów spoza województwa. W procesie planowania, na poziomie Centrali Funduszu, nie dokonywano analiz uwzględniających wyłącznie potrzeby osób starszych; opieka dedykowana w sposób szczególny osobom po 60 roku życia, finansowana ze środków publicznych jest realizowana, przede wszystkim w ramach leczenia szpitalnego (LSZ) oraz specjalistycznego leczenia ambulatoryjnego<sup>9</sup> (AOS), jak również w ramach opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (PSY) oraz rehabilitacji i świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych. Mając jednocześnie na uwadze tendencję do starzenia się społeczeństwa, NFZ uwzględnia w procesie planowania zakupu świadczeń analizy dotyczące wykonania świadczeń w zakresach, które obejmują w dużej mierze choroby wieku podeszłego, które jednak nie są dedykowane wyłącznie osobom po 60 roku życia m. in. choroby wewnętrzne-hospitalizacja, ortopedia i traumatologia narządu ruchu (endoprotezy)-hospitalizacja, reumatologia-hospitalizacja, okulistyka-hospitalizacja, poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej, poradnia neurologiczna, poradnia osteoporozy, poradnia ogólnoustrojowa.

NFZ analizując wykonanie świadczeń w powyższych zakresach stara się, by nakłady finansowe przeznaczone na w/w zakresy świadczeń były coraz wyższe, a dostępność odpowiadała strukturze wiekowej populacji; monitorowanie realizacji świadczeń w tym zakresie odbywa się na poziomie oddziałów wojewódzkich Funduszu. Część oddziałów na bieżąco przeprowadza monitorowanie wykonania powyższych świadczeń w poprzednich latach i w razie konieczności reguluje dostępność do tych świadczeń. (dowód: akta kontroli str.202-203)

NIK zauważa, że większość oddziałów<sup>10</sup> wojewódzkich NFZ, posiadając wiedzę na temat zmian demograficznych, nie przeprowadzała analiz potrzeb i dostępności poszczególnych usług medycznych dla osób w wieku podeszłym, bądź też analizy przeprowadzane były w niewielkim zakresie.

Dyrektor DSOZ podał w wyjaśnieniach, że NFZ zawiera umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych zakresach, w ramach których ze świadczeń mogą korzystać wszystkie osoby uprawnione, bez względu na wiek. Poprawa jakości i skuteczności opieki geriatrycznej, znajdowała się w badanym okresie na liście priorytetów w oddziałach wojewódzkich NFZ, w związku z tym w większości oddziałów zwiększono wartość świadczeń m. in. w zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego oraz leczenia zaćmy<sup>11</sup>.

Jedynie Oddziały: Małopolski oraz Łódzki, przeprowadziły szereg szczegółowych analiz związanych z diagnozowaniem, leczeniem oraz rehabilitacją osób w wieku podeszłym, co skutkowało podjęciem odpowiednich działań w celu zwiększenia dostępności niektórych świadczeń dla osób w wieku podeszłym oraz kontraktowaniem kolejnych ośrodków geriatrycznych na terenie województwa, po analizie tzw. „białych plam”. Oddział Małopolski jako jedyny dysponuje również programami informatycznymi dedykowanymi poszczególnym obszarom podlegającym analizie. (dowód: akta kontroli str.202, 205-346, 481)

<sup>9</sup> Tj. udzielanie przez świadczeniodawców świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych.

<sup>10</sup> Oddziały: Kujawsko-Pomorski, Lubelski, Mazowiecki, Podlaski, Pomorski, Śląski, Wielkopolski, Zachodniopomorski, nie prowadziły analiz potrzeb i dostępności poszczególnych usług medycznych dla osób w wieku podeszłym, a oddziały: Dolnośląski, Lubuski, Opolski, Podkarpacki, Świętokrzyski i Warmińsko-Mazurski prowadziły je w niewielkim zakresie.

<sup>11</sup> W Oddziałach: Opolskim, Małopolskim, Świętokrzyskim, Dolnośląskim, Opolskim, Warmińsko-Mazurskim.

## 1.2. Wycena świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu geriatry

W 2013 roku w Narodowym Funduszu Zdrowia, do procesu weryfikacji wyceny świadczeń opieki zdrowotnej zaimplementowano rozwiązania metodologiczne opracowane na przełomie 2012 i 2013 roku przez Departament Ekonomiczno-Finansowy<sup>12</sup>, wykorzystując w tym celu wzorce brytyjskie wyceny Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP).

Dyrektor DSOZ wyjaśnił, że wyceny procedur w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (w tym w geriatry) dokonywane były w oparciu o dane historyczne, z uwzględnieniem wyceny analogicznych świadczeń realizowanych komercyjnie. Wartość punktu jest negocjowana, średnia jego wartość w zakresie geriatry w roku 2013 wynosiła niespełna 9 zł. Centrala NFZ podejmowała szereg starań w celu pozyskiwania danych kosztowych dot. realizowanych świadczeń. Podstawą tych prac były wnioski składane przez podmioty lecznicze o wypłatę wynagrodzenia za świadczenia opieki zdrowotnej, udzielone pacjentom w stanach nagłych, w związku z ustawowym obowiązkiem, wynikającym z art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dodatkowo prowadzone są analizy związku długości czasu hospitalizacji z wiekiem pacjenta. Stanowi to niezbędny wkład do rozpoczęcia prac nad ewentualnym podziałem wybranych Jednorodnych Grup Pacjentów, w których widoczne jest wyraźne zróżnicowanie długości hospitalizacji w różnych grupach wiekowych. Prace te mogą przyczynić się do zróżnicowania płatności w ramach pewnych JGP dla osób starszych. Ponadto w AOS (w tym w geriatry) włączono koszty badań, w tym laboratoryjnych i innych procedur diagnostycznych (np. badania obrazowe), do końcowego kosztu porady. Stworzone zostały powiązane kosztowo listy procedur, zawierające zarówno procedury laboratoryjne, jak i obrazowe. W zależności od możliwej kombinacji prac zleczanych i realizowanych, ustalono poszczególne typy świadczeń specjalistycznych i świadczeń kompleksowych, co pozwoliło na zróżnicowanie finansowania w zależności od ponoszonych nakładów, a zakres procedur realizowanych przez świadczeniodawców, w ramach umów z NFZ, zależy wyłącznie od problemów zdrowotnych świadczeniobiorców. Istnieje również możliwość wykonania i rozliczenia porady pohospitalizacyjnej i porady udzielanej w miejscu pobytu świadczeniobiorcy (7,5 pkt.). Świadczenie pohospitalizacyjne (z wyceną 4 pkt.), ułatwia podjęcie decyzji o kontroli procesu leczniczego w jednostce, która prowadziła leczenie w trybie hospitalizacji – bezpośredni kontakt umożliwia uwzględnienie wiedzy o pacjencie zdobytej podczas hospitalizacji. NFZ dopuszcza do rozliczenia świadczenia geriatryczne dla osób w wieku 61 lat i powyżej. Osoby z tej grupy wiekowej mogą korzystać także ze świadczeń kontraktowanych w ramach ambulatoryjnych kosztochłonnych świadczeń diagnostycznych (ASDK) tj. badań medycyny nuklearnej, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego i badań endoskopowych przewodu pokarmowego (gastroskopia, kolonoskopia) – na ogólnie obowiązujących zasadach przewidzianych przepisami prawa.

(dowód: akta kontroli str.432-433, 484)

<sup>12</sup> W wyniku tych prac przeprowadzono weryfikację wyceny świadczeń pediatrycznych oraz operacji zaćmy; Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej podejmował też prace dot. wyceny w obszarze kardiologii inwazyjnej. Sekcja Wyceny Świadczeń Opieki Zdrowotnej w Departamencie Ekonomiczno-Finansowym NFZ została formalnie utworzona 24 kwietnia 2014 roku na podstawie § 2 ust. 1 zarządzenia Nr 36/2013/GPF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 lipca 2013 r. w sprawie regulaminu organizacyjnego Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.

Zarządzeniem Prezesa NFZ nr 72/2011/DSOZ z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne, do katalogu świadczeń z zakresu geriatry, została wprowadzona Całościowa Ocena Geriatryczna (COG).

Odnosnie sposobu jej wyceny Dyrektor DSOZ podał w wyjaśnieniach, że wprowadzenie COG było poprzedzone szeregiem spotkań, głównie w Ministerstwie Zdrowia, ze środowiskiem geriatrów, w tym z udziałem Konsultanta Krajowego, w ramach których omawiano problemy związane ze specyfiką świadczeń udzielanych na rzecz pacjentów tzw. geriatrycznych. Na podstawie informacji uzyskanych w trakcie tych spotkań określono zakres COG jako wielowymiarowy, interdyscyplinarny proces diagnostyczny prowadzony przez specjalistę geriatry w celu identyfikacji problemów zdrowotnych i opiekuńczych, optymalizacji leczenia i planowania opieki, poprawy stanu funkcjonowania oraz jakości życia pacjenta powyżej 60 r.ż. Ustalono także zakres procedur medycznych wykonywanych w ramach COG, tj. rozszerzony wywiad lekarski, badanie fizykalne poszerzone o elementy oceny neurologicznej, hipotonii ortostatycznej, orientacyjną ocenę widzenia i słuchu, ocenę funkcji fizycznych, chodu i równowagi oraz funkcji emocjonalnych i poznawczych. Z uwagi na fakt, że zakres procedur nie odbiega znacząco od tych wykonywanych w ramach porady specjalistycznej, podobnie zakres diagnostyki laboratoryjnej nie różni się od badań wykonywanych standardowo w trakcie hospitalizacji, wycenę produktu rozliczeniowego oszacowano na 3 pkt umożliwiając jednocześnie jego dosumowanie do właściwego ze względu na rozliczenie produktu rozliczeniowego, odpowiednio z załącznika 1a albo 1b do zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne<sup>13</sup>. Wycena świadczenia Całościowa Ocena Geriatryczna w latach 2012-2014 pozostaje na niezmiennym poziomie i wynosi 3 punkty, czyli 156 zł (przy cenie punktu 52 zł).

(dowód: akta kontroli str.485-486)

Pismem z dnia 16 lipca 2012 r., Departament Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia poinformował Centralę Funduszu o pracach nad projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu postępowania w opiece geriatrycznej, jak również zwrócił się z propozycją wprowadzenia w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej produktu: „Całościowa Ocena Geriatryczna”. Pismem z dnia 18.09.2012 r. Fundusz zwrócił się Ministerstwa Zdrowia o udostępnienie opisu ww. produktu, jednak projekt ten nie został przedstawiony NFZ.

We wrześniu 2012 r. odbyło się spotkanie w Ministerstwie Zdrowia z udziałem Dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego oraz przedstawiciela NFZ. Podczas spotkania, przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia zaproponowali, aby do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wprowadzić produkt „Całościowa Ocena Geriatryczna”, z warunkami realizacji świadczenia analogicznymi jak w lecznictwie szpitalnym<sup>14</sup>.

Dyrektor DSOZ wyjaśnił, że ze względu na to, iż Ministerstwo Zdrowia nie dysponowało szczegółowym opisem świadczenia „Całościowa Ocena Geriatryczna” (jedynym dostępnym dokumentem był opis produktu realizowanego w lecznictwie szpitalnym i wystąpienie prof. T. Grodzickiego - ówczesnego Konsultanta Krajo-

<sup>13</sup> Zarządzenie Prezesa NFZ z 19.12.2013 r. nr 89/2013/DSOZ

<sup>14</sup> Produkt ten znajdował się w katalogu świadczeń szpitalnych i aktualnie może być realizowany zgodnie z zał. 1c do zarządzenia nr 89/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne (jako produkt dedykowany do sumowania w ramach Jednorodnych Grup Pacjentów) z wyceną 3 pkt (wartość ok. 150 zł). Świadczenie to jest udzielane pacjentom hospitalizowanym w oddziałach geriatrycznych, jeden raz w roku kalendarzowym i dotyczy osób powyżej 60 r. życia.

wego w dziedzinie geriatry, zawierające wnioski o wprowadzenie tej procedury do AOS), przedstawicielka Funduszu wskazała na konieczność szczegółowego opisu produktu ze wskazaniem wszystkich jego składowych oraz zgodności wymienionych badań z „koszykiem świadczeń gwarantowanych”, np. na liście świadczeń gwarantowanych w AOS, nie znajdowały się (i aktualnie także się nie znajdują) takie procedury jak: test „wstań i idź”, test wg skali Tinetti, Geriatryczna Skala Oceny Depresji. Ponadto zapis „wykonanie niezbędnych badań laboratoryjnych” jest zbyt ogólny. W związku z powyższym trudno jest ocenić koszt ich wykonania. Konieczne jest także wskazanie personelu, który może dokonać takiej pełnoprofilowej oceny (a w poradni geriatrycznej może również pracować specjalista nie posiadający specjalizacji z geriatry, np. specjalista w dziedzinie medycyny ogólnej, chorób wewnętrznych czy medycyny rodzinnej). Należałoby również określić, dla jakiej grupy pacjentów dedykowany byłby taki produkt (nie można dopuścić do podwójnego finansowania tego samego produktu u tego samego pacjenta w ramach leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej). Departament Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia zadeklarował, iż zwróci się do prof. T. Grodzickiego o dokładny opis i wycenę omawianego produktu, jednakże NFZ nie otrzymał szczegółowych informacji w omawianym zakresie.

Należy podkreślić, że już w ramach istniejącego systemu rozliczeń w ramach AOS, możliwe jest wykonywanie i rozliczanie w zakresie geriatry badań wskazanych w katalogach świadczeń zachowawczych i zabiegowych, jak również realizowanych w ramach kosztochłonnych diagnostycznych świadczeń ambulatoryjnych, niezbędnych dla oceny stanu zdrowia osób starszych i zastosowania odpowiedniej terapii. (dowód: akta kontroli str.442-443, 452-455)

W odniesieniu do obecnie stosowanej w NFZ metody wyceny świadczeń, należy podkreślić, że założenia do tej metody poddawane były procesowi weryfikacji przez okres blisko dwóch lat. W tym okresie opracowane założenia metody wyceny podlegały ciągłej ewaluacji prowadzonej przez członków zespołu<sup>15</sup> zajmującego się weryfikacją wyceny świadczeń opieki zdrowotnej. Współpraca ze świadczeniodawcami oraz przedstawicielami różnych dziedzin medycyny, umożliwiła uzyskanie dostępu do danych, które wcześniej nie podlegały analizie. Pozwoliło to na opracowanie informacji z różnych obszarów wyceny. Największą zaletą opracowanej metody jest niwelowanie na poziomie zbierania danych różnic kosztowych, które powstają ze względu na różnorodność świadczeniodawców.

W związku z tym opracowano metodę wyceny opartej na doborze reprezentatywnej grupy przedsiębiorstw leczniczych. W głównej mierze to właściwy dobór próby pozwala na uzyskanie stosunkowo homogenicznego zbioru przedsiębiorstw leczniczych, od których następnie pozyskiwane są dane medyczne i kosztowe. Metoda ta jednak wymaga przeprowadzenia doboru próby do każdej wyceny świadczeń opieki zdrowotnej.

---

<sup>15</sup> W związku ze znaczną liczbą napływających wniosków w sprawie dokonania zmian warunków zawierania i realizacji umów w poszczególnych rodzajach, w tym zmiany wyceny poszczególnych JGP, z dniem 1 września 2011 r. w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia wprowadzono do stosowania ujednolicony sposób ich procedowania pn. Procedura zarządzania zmianą warunków zawierania i realizacji umów, obowiązujący do końca roku 2013. Zgodnie z powyższą Procedurą, w przypadku złożenia wniosku dotyczącego zmian w obszarze finansowym (wydzielenie nowego produktu rozliczeniowego, zmiana wyceny produktu) wnioskodawca miał obowiązek załączenia karty kalkulacji kosztów. Karta kalkulacji kosztów zawierała tabele służące do określenia kosztów na poziomie komórki organizacyjnej lub jej odpowiednika dla świadczeń udzielanych poza komórką organizacyjną a także kosztów przypisanych do jednostkowego pacjenta. Następnie, w związku z sformułowanymi przez środowiska medyczne oczekiwaniami i potrzebami w zakresie urealnienia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, w Centrali NFZ powołano zespół, a następnie Sekcję Wyceny Świadczeń Opieki Zdrowotnej. W okresie od grudnia 2012 roku do lutego 2013 roku trwały w Narodowym Funduszu Zdrowia prace nad metodyką i metodologią wyceny świadczeń. Od momentu zakończenia tych prac NFZ przeprowadził proces wyceny 48 Jednorodnych Grup Pacjentów. W trakcie tego procesu metodyka oraz metodologia wyceny podlegała ewaluacji. W wyniku prac nad wyceną JGP opracowano i sprawdzono funkcje wartościujące koszt poszczególnych rozpoznań oraz zabiegów. Elementem wyceny, który był poddawany ciągłej zmianie była metoda pozyskiwania danych medycznych i kosztowych.

Na podstawie dotychczasowych doświadczeń, NFZ opracował metodykę weryfikacji wyceny świadczeń opieki zdrowotnej w lecznictwie szpitalnym składającą się z kilkunastu podstawowych elementów. Należą do nich m. in. sposób wyboru JGP, określenie i wybór zmiennych niezbędnych do wykonania procesu weryfikacji wyceny świadczeń opieki zdrowotnej, przeprowadzenie doboru próby świadczeń opieki zdrowotnej oraz świadczeniodawców, niezbędnych do przeprowadzenia procesu weryfikacji wyceny świadczeń opieki zdrowotnej; przygotowanie oraz autoryzacja *Kart Analitycznych*<sup>16</sup>.

W związku z ograniczeniami w zakresie istniejących wzorców, osoby uczestniczące w procesie weryfikacji wyceny świadczeń opieki zdrowotnej opierają swoje działania na obserwacji i analizie gromadzonych i przetwarzanych danych.

Przy doborze próby świadczeń opieki zdrowotnej oraz świadczeniodawców, obliczenia statystyczne i metodologiczne prowadzone są za pomocą oprogramowania SAS (Statistical Analysis System). Dla zapewnienia standaryzacji danych przy weryfikacji wyceny świadczeń opieki zdrowotnej, Narodowy Fundusz Zdrowia opracował szablony w arkuszach kalkulacyjnych, które w większości zaopatrzone są w słowniki i kodyfikatory międzynarodowe.

W związku z częstym brakiem standardów w obszarach, poprzez które przechodzi proces wyceny świadczeń opieki zdrowotnej, analityk, na podstawie danych statystycznych, wiedzy eksperckiej konsultantów wewnętrznych oraz zewnętrznych ustala założenia normatywne. Obszary regulowane w procesie wyceny świadczeń przez założenia normatywne dotyczą w szczególności: ilości personelu medycznego w przeliczeniu na ilość łóżek, gotowości świadczeniodawcy (oddziału) do udzielenia świadczenia świadczeniobiorcy, amortyzacji aparatury medycznej na oddziale i bloku operacyjnym oraz kosztów hotelowych.

(dowód: akta kontroli str.526-532)

### 1.3. Wartość i liczba zakontraktowanych i udzielonych świadczeń

Opis stanu faktycznego

Wartość oraz liczbę zakontraktowanych oraz udzielonych świadczeń z zakresu geriatry wraz z liczbą jednostek rozliczeniowych i ceną za punkt, w poszczególnych latach objętych kontrolą przedstawia poniższe zestawienie:

- w roku 2011 zaplanowano łączną kwotę 44 447 581 zł (liczba punktów-1 133 391), natomiast wartość podpisanych umów wyniosła łącznie 46 345 947 zł (liczba punktów- 1 112 404): w AOS- 2 027 563 zł (liczba punktów-235 837, przy średniej cenie jednostki 8,60 zł), w leczeniu szpitalnym- 44 318 384 zł (liczba jednostek- 876 567, przy średniej cenie jednostki 50,56 zł); wartość zrealizowanych świadczeń wyniosła 48 599 408 zł (1 159 513 punktów), z czego 2 057 101 zł w AOS (239 221

<sup>16</sup> Karta Analityczna – wyniki statystyczne pozwalające analitykowi procesu wyceny ocenić wpływ zmian na wskaźnik czasu trwania hospitalizacji dla określonego świadczenia względem ilości świadczeń opieki zdrowotnej rozliczonych poprzez określone Jednorodne Grupy Pacjentów, zakresu świadczeń oraz kategorii świadczeniodawcy. W Kartach Analitycznych, dla każdego weryfikowanego świadczenia opieki zdrowotnej, zastosowano następujący podział świadczeniodawców: miejski, gminny, powiatowy – I kategoria, wojewódzki oraz były resortowy – II kategoria, kliniczny oraz Instytut – III kategoria dla każdego weryfikowanego świadczenia opieki zdrowotnej. Ponadto karty zawierają konsultacje z przedstawicielami wybranych świadczeniodawców, zidentyfikowanie procesu diagnostyczno-terapeutycznego poprzez wybór elementów rodzajowych najczęściej występujących w procesach leczenia pacjenta opisanych w wybranych Historiach Chorób, zobjektywizowanie danych kosztowych powstających w procesach leczenia pacjentów, którym udzielono określonych świadczeń opieki zdrowotnej oraz wycenę świadczeń opieki zdrowotnej, analizę skutków finansowych dla podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej oraz dla płatnika/płatników, archiwizację danych medycznych i kosztowych na potrzeby weryfikacji wycen kolejnych świadczeń opieki zdrowotnej.

punktów, przy średniej cenie jednostki 8,60 zł) oraz 46 542 308 zł w leczeniu szpitalnym (920 293 punkty, przy średniej cenie jednostki 50,57 zł);

- w roku 2012 zaplanowano łączną kwotę 51 385 845 zł (liczba punktów-1 260 224), natomiast wartość podpisanych umów wyniosła łącznie 57 565 298 zł (liczba punktów 1 357 505): w AOS - 2 518 213 zł (liczba punktów-286 633, przy średniej cenie jednostki 8,79 zł), w leczeniu szpitalnym - 55 047 085 zł (liczba punktów-1 070 872, przy średniej cenie jednostki 51,40 zł); wartość zrealizowanych świadczeń wyniosła 59 895 554 zł (1 401 731 punktów), z czego 2 511 717 zł w AOS (285 666 punktów, przy średniej cenie jednostki 8,79 zł) oraz 57 383 838 zł w leczeniu szpitalnym(1 116 066 punktów, przy średniej cenie jednostki 51,42 zł);

- w roku 2013 zaplanowano łączną kwotę 65 673 951 zł (liczba punktów-1 666 926), natomiast wartość podpisanych umów wyniosła łącznie 66 773 525 (liczba punktów-1 553 676): w AOS - 2 805 074 zł (liczba punktów-319 320, przy średniej cenie jednostki 8,78 zł), w leczeniu szpitalnym - 63 968 450 zł (liczba punktów -1 234 356, przy średniej cenie jednostki 51,82 zł); wartość zrealizowanych świadczeń wyniosła 68 652 377 zł (1 582 192 punktów), z czego 2 730 763 zł w AOS (310 162 punkty, przy średniej cenie jednostki 8,80 zł) oraz 65 921 615 zł w leczeniu szpitalnym (1 272 030 punktów, przy średniej cenie jednostki 51,82 zł);

- w roku 2014 plan na cały rok wynosił łącznie 68 658 218 zł (1 720 720 punktów), natomiast wartość podpisanych umów za I półrocze wyniosła łącznie 34 297 917 zł (liczba punktów-819 002): w AOS - 1 642 340 zł (liczba punktów-188 744, przy średniej cenie jednostki 8,70 zł), w leczeniu szpitalnym - 32 655 576 zł (liczba jednostek-630 258, przy średniej cenie jednostki 51,81 zł).; wartość zrealizowanych świadczeń w I półroczu 2014 r. wyniosła 35 541 751 zł (818 113 punktów), z czego 1 392 940 zł w AOS (159 204 punkty, przy średniej cenie jednostki 8,75 zł) oraz 34 148 811 zł w leczeniu szpitalnym (658 909 punktów, przy średniej cenie jednostki 51,83 zł).

W okresie objętym kontrolą, nadwykonania w ramach leczenia szpitalnego wyniosły odpowiednio: w roku 2011 - 2 223 923 zł (tj. 5% wartości umowy), w roku 2012- 2 336 752 zł (tj. 4,2% wartości umowy), w roku 2013- 1 953 164 zł (tj. 3% wartości umowy), w I połowie 2014 r.- 1 493 234 zł (tj. 4,6% wartości umowy).

W ramach AOS, w badanym okresie, jedynie w roku 2011 wystąpiły nadwykonania<sup>17</sup> w kwocie 29 538 zł (tj. 1,5 % wartości umowy), w kolejnych latach w tym zakresie zrealizowano kwoty niższe, niż zakontraktowane w umowach: w 2012 roku- kwota niedowykonania wyniosła 6 496 zł (tj. - 0,3%), w roku 2013- 74 312 zł (tj.- 2,6%), w I połowie 2014 r.- 249 400 zł (tj. - 15,2%).

Analiza danych z poszczególnych oddziałów wojewódzkich NFZ wykazała, że głównymi przyczynami nadwykonań w realizacji umów z NFZ w okresie objętym kontrolą w badanym zakresie, były m. in.: stały wzrost liczby osób po 60 roku życia, i związane z tym zwiększone zapotrzebowanie na świadczenia z zakresu geriatry, przy stosunkowo małej liczbie podmiotów udzielających w/w świadczeń.

Niedowykonania spowodowane były natomiast m. in. niską zgłaszalnością pacjentów w podeszłym wieku, którzy kierowani byli przez lekarzy POZ do innych niż geriatryczne poradni specjalistycznych, odpowiadających dziedzinie medycyny właściwej dla danej jednostki chorobowej oraz korzystaniem z możliwości rozliczania większości badań w POZ (pozostawianie diagnostyki oraz leczenia w ramach kompetencji lekarza rodzinnego).

<sup>17</sup> rozumianych jako różnica między wartością umowy a wartością świadczeń zrealizowanych

Inne najczęściej występujące przyczyny niedowyoń świadczeń z zakresu geriatry, to ograniczony potencjał wykonawczy, tj. stosunkowo mała liczba specjalistów z zakresu geriatry, przy stale rosnącym zapotrzebowaniu na tego typu świadczenia (starzenie się społeczeństwa) oraz niewielka liczba miejsc na oddziałach geriatrycznych, co skutkowało w wielu przypadkach kierowaniem przez lekarzy rodzinnych lub lekarzy specjalistów osób po 60 roku życia do oddziałów chorób wewnętrznych.

(dowód: akta kontroli str. 623-628, 629-671)

Wartość świadczeń zrealizowanych oraz udział procentowy w tej wartości świadczeń udzielonych osobom w wieku powyżej 60 lat w poszczególnych latach objętych kontrolą, przedstawiono w poniższym zestawieniu:

**AOS:**

- w 2011 r.-wartość świadczeń zrealizowanych wyniosła łącznie 4 368 492 852,77 zł, z czego wartość świadczeń udzielonych osobom powyżej 60 roku życia wyniosła 1 552 121 028,82 zł, co stanowiło 35,53% ogólnej wartości zrealizowanych świadczeń;

- w 2012 r.-wartość świadczeń zrealizowanych wyniosła łącznie 4 992 321 462,25 zł, z czego wartość świadczeń udzielonych osobom powyżej 60 roku życia wyniosła 1 838 369 650,29 zł, co stanowiło 36,82% ogólnej wartości zrealizowanych świadczeń;

-w 2013 r.-wartość świadczeń zrealizowanych wyniosła łącznie 5 209 863 283,81 zł, z czego wartość świadczeń udzielonych osobom powyżej 60 roku życia wyniosła 1 977 344 741,72 zł, co stanowiło 37,95% ogólnej wartości zrealizowanych świadczeń;

- w 2014 r. (I połowa) - wartość świadczeń zrealizowanych wyniosła łącznie 2 498 646 054,39 zł, z czego wartość świadczeń udzielonych osobom powyżej 60 roku życia wyniosła 970 873 161,00 zł, co stanowiło 38,86% ogólnej wartości zrealizowanych świadczeń.

**LSZ<sup>18</sup>:**

-w 2011 r.-wartość świadczeń zrealizowanych wyniosła łącznie 23 283 033 386,13 zł, z czego wartość świadczeń udzielonych osobom powyżej 60 roku życia wyniosła 10 379 939 938,27 zł, co stanowiło 44,58% ogólnej wartości zrealizowanych świadczeń;

-w 2012 r.-wartość świadczeń zrealizowanych wyniosła łącznie 24 648 883 836,43 zł, z czego wartość świadczeń udzielonych osobom powyżej 60 roku życia wyniosła 11 276 285 265,17 zł, co stanowiło 45,75% ogólnej wartości zrealizowanych świadczeń;

-w 2013 r.-wartość świadczeń zrealizowanych wyniosła łącznie 25 204 847 157,59 zł, z czego wartość świadczeń udzielonych osobom powyżej 60 roku życia wyniosła 11 808 879 775,14 zł, co stanowiło 46,85% ogólnej wartości zrealizowanych świadczeń;

- w 2014 r. (I połowa) - wartość świadczeń zrealizowanych wyniosła łącznie 11 871 579 172,40 zł, z czego wartość świadczeń udzielonych osobom powyżej 60 roku życia wyniosła 5 637 374 109,32 zł, co stanowiło 47,49% ogólnej wartości zrealizowanych świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 616, 630-633)

Liczba osób ubezpieczonych w wieku po 60 roku życia wyniosła w badanym okresie:

<sup>18</sup> Umowy podpisane wyłącznie na hospitalizację, bez chemioterapii, radioterapii i programów lekowych.

- w 2011 r.: 8 274 022 osób, co stanowiło 22% ogólnej liczby ubezpieczonych, tj. 37 236 818 osób<sup>19</sup>;
- w 2012 r.: 7 947 784 osób, co stanowiło 23% ogólnej liczby ubezpieczonych, tj. 35 015 205 osób<sup>20</sup>;
- w 2013 r.: 8 176 529 osób, co stanowiło 23% ogólnej liczby ubezpieczonych, tj. 35 261 020 osób<sup>21</sup>;
- w 2014 r.: 8 550 032 osób, co stanowiło 24% ogólnej liczby ubezpieczonych, tj. 35 291 969 osób<sup>22</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 617)

NIK zauważa, że w latach objętych kontrolą, następował umiarkowany wzrost środków finansowych na świadczenia dedykowane osobom w wieku powyżej 60 roku życia. Prezentuje to poniższa tabela:

Umowy					
Nazwa zakresu	Rok				
	2010	2011	2012	2013	2014
GERIATRIA - HOSPITALIZACJA	43 030 354,81	44 318 384,42	55 047 085,29	63 968 450,42	66 295 561,56
ŚWIADCZENIA DZENNE PSYCHIATRYCZNE GERIATRYCZNE	2 560 520,38	3 265 171,90	4 431 232,42	4 548 242,20	4 851 351,99
ŚWIADCZENIA PSYCHOGERIATRYCZNE	35 321 766,98	36 574 262,28	40 036 132,60	41 989 144,03	42 463 201,14
ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE GERIATRII	1 678 367,31	2 027 562,82	2 518 212,79	2 805 074,41	3 310 773,06
Suma końcowa	82 591 009,48	86 185 381,42	102 032 663,10	113 310 911,05	116 920 887,75

(dowód: akta kontroli str.433)

#### 1.4. Liczba osób oczekujących oraz czas oczekiwania<sup>23</sup>

W okresie objętym kontrolą, łączna liczba osób oczekujących na udzielenie świadczenia oraz czas oczekiwania, kształtowały się następująco:

##### 1) W poradniach geriatrycznych

- wg stanu na koniec grudnia 2011 r.: 454 - przypadki stabilne oraz 0-przypadki pilne, przy czym średni rzeczywisty czas oczekiwania wynosił odpowiednio: 0 dni dla przypadków pilnych oraz 12 dni dla przypadków stabilnych;
- wg stanu na koniec grudnia 2012 r.: 821 - przypadki stabilne oraz 1-przypadki pilne; przy czym średni rzeczywisty czas oczekiwania wynosił odpowiednio: 0 dni dla przypadków pilnych oraz 15 dni dla przypadków stabilnych;
- wg stanu na koniec grudnia 2013 r.: 766 - przypadki stabilne oraz 1-przypadki pilne; przy czym średni rzeczywisty czas oczekiwania wynosił odpowiednio: 0 dni dla przypadków pilnych oraz 18 dni dla przypadków stabilnych;
- wg stanu na koniec maja 2014 r.: 585 - przypadki stabilne oraz 1 przypadek pilny; przy czym średni rzeczywisty czas oczekiwania wynosił odpowiednio: 1 dzień dla przypadków pilnych oraz 22 dni dla przypadków stabilnych.

<sup>19</sup> Wg stanu na dzień 29.01.2012 r.

<sup>20</sup> Wg stanu na dzień 31.12.2012 r.

<sup>21</sup> Wg stanu na dzień 07.01.2014 r.

<sup>22</sup> Wg stanu na dzień 16.07.2014 r.

<sup>23</sup> Dane z zakresu geriatry wg stanu na dzień 25 czerwca 2014 r.

## 2) W poradniach psychogeriatrycznych

- wg stanu na koniec grudnia 2011 r.: 336 - przypadki stabilne oraz 0-przypadki pilne, przy czym średni rzeczywisty czas oczekiwania wynosił odpowiednio: 0 dni dla przypadków pilnych oraz 55 dni dla przypadków stabilnych;

- wg stanu na koniec grudnia 2012 r.: 724 - przypadki stabilne oraz 65-przypadki pilne; przy czym średni rzeczywisty czas oczekiwania wynosił odpowiednio: 3 dni dla przypadków pilnych oraz 71 dni dla przypadków stabilnych;

- wg stanu na koniec grudnia 2013 r.: 866 - przypadki stabilne oraz 15 - przypadki pilne; przy czym średni rzeczywisty czas oczekiwania wynosił odpowiednio: 3 dni dla przypadków pilnych oraz 94 dni dla przypadków stabilnych;

- wg stanu na koniec maja 2014 r.: 706- przypadki stabilne oraz 4 - przypadki pilne; przy czym średni rzeczywisty czas oczekiwania wynosił odpowiednio: 4 dni dla przypadków pilnych oraz 91 dni dla przypadków stabilnych.

## 3) W oddziale dziennym psychogeriatrycznym

- wg stanu na koniec grudnia 2011 r.: 133 - przypadki stabilne oraz 0 przypadków pilnych, przy czym średni rzeczywisty czas oczekiwania wynosił odpowiednio: 0 dni dla przypadków pilnych oraz 58 dni dla przypadków stabilnych;

- wg stanu na koniec grudnia 2012 r.: 141 - przypadki stabilne oraz 0 przypadków pilnych; przy czym średni rzeczywisty czas oczekiwania wynosił odpowiednio: 0 dni dla przypadków pilnych oraz 30 dni dla przypadków stabilnych;

- wg stanu na koniec grudnia 2013 r.: 186 - przypadki stabilne oraz 0 przypadków pilnych; przy czym średni rzeczywisty czas oczekiwania wynosił odpowiednio: 0 dni dla przypadków pilnych oraz 31 dni dla przypadków stabilnych;

- wg stanu na koniec maja 2014 r.: 189 - przypadki stabilne oraz 0 przypadków pilnych; przy czym średni rzeczywisty czas oczekiwania wynosił odpowiednio: 0 dni dla przypadków pilnych oraz 41 dni dla przypadków stabilnych.

## 4) W oddziałach geriatrycznych

- wg stanu na koniec grudnia 2011 r.: 342 - przypadki stabilne oraz 35 - przypadki pilne, przy czym średni rzeczywisty czas oczekiwania wynosił odpowiednio: 1 dzień dla przypadków pilnych oraz 13 dni dla przypadków stabilnych;

- wg stanu na koniec grudnia 2012 r.: 517 - przypadki stabilne oraz 24 - przypadki pilne; przy czym średni rzeczywisty czas oczekiwania wynosił odpowiednio: 3 dni dla przypadków pilnych oraz 17 dni dla przypadków stabilnych;

- wg stanu na koniec grudnia 2013 r.: 893 - przypadki stabilne oraz 91- przypadki pilne; przy czym średni rzeczywisty czas oczekiwania wynosił odpowiednio: 4 dni dla przypadków pilnych oraz 16 dni dla przypadków stabilnych;

- wg stanu na koniec maja 2014 r.: 1284 - przypadki stabilne oraz 127 - przypadki pilne; przy czym średni rzeczywisty czas oczekiwania wynosił odpowiednio: 4 dni dla przypadków pilnych oraz 25 dni dla przypadków stabilnych.

#### 5) W oddziałach psychogeriatrycznych

- wg stanu na koniec grudnia 2011 r.: 80 - przypadki stabilne oraz 0 przypadków pilnych, przy czym średni rzeczywisty czas oczekiwania wynosił odpowiednio: 0 dni dla przypadków pilnych oraz 5 dni dla przypadków stabilnych;

- wg stanu na koniec grudnia 2012 r.: 102 - przypadki stabilne oraz 0 przypadków pilnych; przy czym średni rzeczywisty czas oczekiwania wynosił odpowiednio: 0 dni dla przypadków pilnych oraz 4 dni dla przypadków stabilnych;

- wg stanu na koniec grudnia 2013 r.: 347 - przypadki stabilne oraz 0 przypadków pilnych; przy czym średni rzeczywisty czas oczekiwania wynosił odpowiednio: 0 dni dla przypadków pilnych oraz 19 dni dla przypadków stabilnych;

- wg stanu na koniec maja 2014 r.: 500 - przypadki stabilne oraz 0 przypadków pilnych; przy czym średni rzeczywisty czas oczekiwania wynosił odpowiednio: 0 dni dla przypadków pilnych oraz 24 dni dla przypadków stabilnych.

(dowód: akta kontroli str.446-451)

NIK zwraca uwagę, że mimo wydłużenia czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, na przestrzeni badanych lat, jedynie w odniesieniu do przypadków stabilnych można stwierdzić wzrost liczby oczekujących: od 80 w oddziałach psychogeriatrycznych do 1284 w oddziałach szpitalnych geriatrycznych - dla przypadków stabilnych oraz od 0 do 127 oczekujących – w oddziałach geriatrycznych – dla przypadków pilnych. Maksymalny czas oczekiwania wynosił odpowiednio: od 4 dni dla przypadków stabilnych - w oddziałach psychogeriatrycznych do 94 w poradniach psychogeriatrycznych, i dla przypadków pilnych od 0 –w poradniach geriatrycznych, psychogeriatrycznych i oddziałach psychogeriatrycznych - do 4 dni – w oddziałach geriatrycznych.

#### **1.5. Wydatki poniesione na jednego pacjenta w wieku podeszłym**

Opis stanu  
faktycznego

Średnioroczne wydatki poniesione przez NFZ w przeliczeniu na jednego pacjenta w wieku powyżej 60 lat w związku z udzielonymi świadczeniami, wyniosły odpowiednio w poszczególnych rodzajach:

- POZ nocna i świąteczna opieka medyczna: w 2011 r. i 2012 r. - 0,63 zł, w 2013 r.- 0,65 zł;

- AOS: w 2011 r.: 326,93 zł, w 2012 r.- 362,99 zł, w 2013 r.- 372,36 zł;

- LSZ: w 2011 r.- 5 929,32; w 2012 r.- 6 182,89 zł; w 2013 r.- 7 058,82 zł.

- Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień: w 2011 r.- 1 206,89 zł; w 2012 r.- 1 166,08 zł; w 2013 r.- 1 183, 68 zł;

- Rehabilitacja lecznicza: w 2011 r- 705,66 zł; w 2012 r. - 732,30 zł; w 2013 r.- 744,05 zł;

- Leczenie stomatologiczne: w 2011 r.- 387,86 zł; w 2012 r. - 389,62 zł, 384,23 zł;

- Leczenie uzdrowiskowe: w 2011 r.- 1 500,46 zł; w 2012 r.- 1 502, 27 zł; w 2013 r.- 1 497,58 zł;

- Profilaktyczne programy zdrowotne: w 2011 r. - 83,76 zł; w 2012 r. - 83,13 zł; w 2013 r.- 83,18 zł;

-Świadczenia odrębnie kontraktowane: w 2011 r.-12 918,04 zł; w 2012 r.-12 969,99 zł; w 2013 r.- 13 046,53 zł;

- Zaopatrzenie w środki ortopedyczne i środki pomocnicze: w 2011 r.- 583,20 zł; w 2012 r.- 604,58 zł; w 2013 r.- 613,83 zł
- Refundacja leków: w 2011 r.- 645,16 zł; w 2012 r.- 517,55 zł; w 2013 r.- 530,94 zł;
- Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze: w 2011 r.- 8 431,73 zł; w 2012 r.- 8 668,51 zł; w 2013 r.- 8 899,01 zł;
- Opieka paliatywna i hospicyjna: w 2011 r.- 3 748,34 zł; w 2012 r.- 3 953,36 zł; w 2013 r.- 4 101,75 zł;

Średnie wydatki<sup>24</sup> na pacjentów powyżej 60 lat w skali kraju w badanym okresie miały tendencję wzrostową i wyniosły odpowiednio: w 2011 r.: 2 813,78 zł; w 2012 r.: 2 833,07 zł; w 2013 r.: 2 921,14 zł.

(dowód: akta kontroli str. 434-441)

### 1.6. Analiza kosztów świadczeń zrealizowanych w latach 2011-2013 w zakresie geriatry

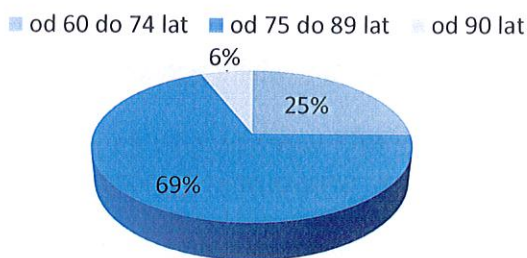
Opis stanu faktycznego

W celu oszacowania i porównania kosztów świadczeń udzielanych osobom w wieku podeszłym przeprowadzono badanie dotyczące kosztów świadczeń zrealizowanych w zakresie geriatry, wyłącznie w oddziałach geriatrycznych oraz oddziałach chorób wewnętrznych, w zakresie leczenia szpitalnego. Analizy dokonano na podstawie 10 najczęściej występujących grup JGP w geriatry, co pozwoliło na bardziej precyzyjne porównanie kosztów związanych z hospitalizacją pacjentów w oddziale geriatrycznym oraz oddziale chorób wewnętrznych.

Badanie zostało przeprowadzone dla grupy osób powyżej 60 roku życia, w podziale na 3 grupy wiekowe: I- 60-74 lata, II-75-89 lat, III-powyżej 90 roku życia.

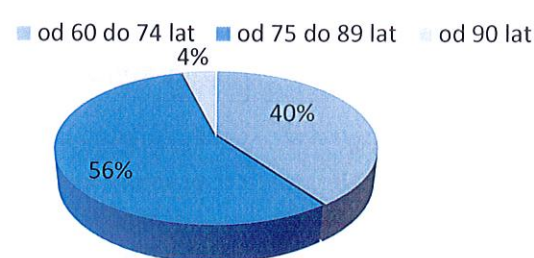
Struktura wiekowa osób po 60 roku życia, leczonych w oddziałach geriatry oraz oddziałach chorób wewnętrznych, została przedstawiona na poniższych wykresach:

hospitalizacja w oddziałach geriatrycznych



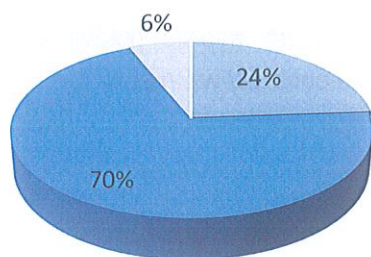
grupa wiekowa	liczba hospitalizacji w 2011 r.
od 60 do 74 lat	2 302
od 75 do 89 lat	6 288
od 90 lat	560
suma	9 150

hospitalizacja w oddziałach chorób wewnętrznych

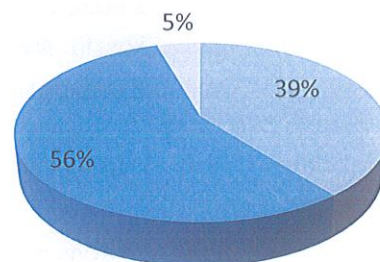


grupa wiekowa	liczba hospitalizacji w 2011 r.
od 60 do 74 lat	102 494
od 75 do 89 lat	143 800
od 90 lat	10 319
suma	256 613

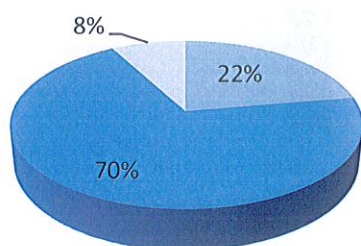
<sup>24</sup> Wydatki obejmują: POZ-nocna i świąteczna opieka medyczna, AOS, LSZ, PSY, REH, UZD, PRO, SOK, ZPOISP, REF ŚPiO, OPH, nie uwzględniono świadczeń rozliczanych ryczałtowo: POZ. IP, SOR, RTM, PDITS



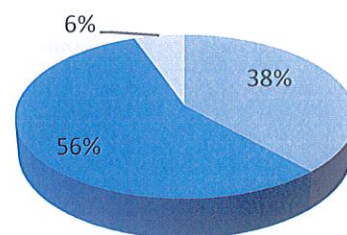
grupa wiekowa	liczba hospitalizacji w 2012 r.
od 60 do 74 lat	2 633
od 75 do 89 lat	7 703
od 90 lat	699
suma	11 035



grupa wiekowa	liczba hospitalizacji w 2012 r.
od 60 do 74 lat	100 809
od 75 do 89 lat	143 811
od 90 lat	11 590
suma	256 210



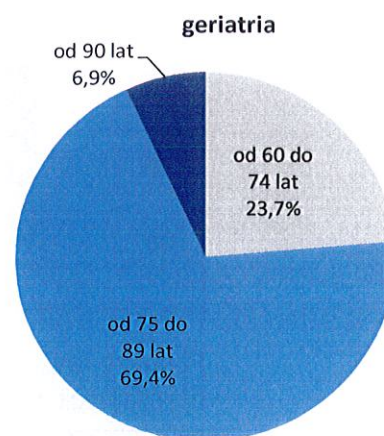
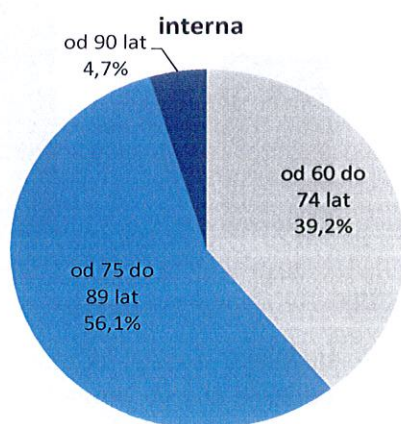
grupa wiekowa	liczba hospitalizacji w 2013 r.
od 60 do 74 lat	2 638
od 75 do 89 lat	8 222
od 90 lat	952
Suma	11 812



grupa wiekowa	liczba hospitalizacji w 2013 r.
od 60 do 74 lat	90 600
od 75 do 89 lat	133 324
od 90 lat	13 055
suma	236 979

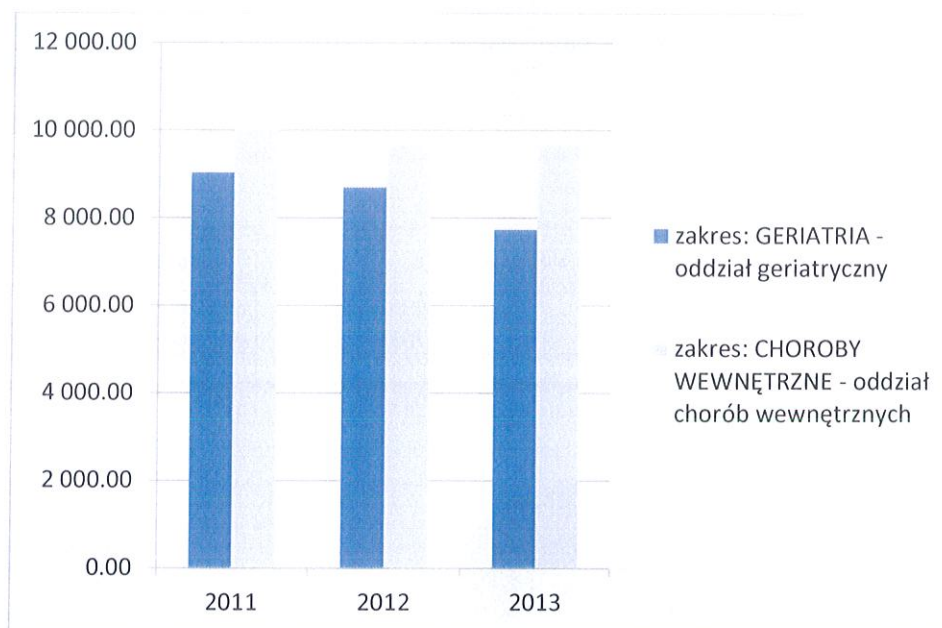
(dowód: akta kontroli str. 510-516)

Poniżej przedstawiono strukturę wiekową pacjentów po 60 roku życia, leczonych w oddziałach chorób wewnętrznych i oddziałach geriatrycznych - średnia z 3 lat:

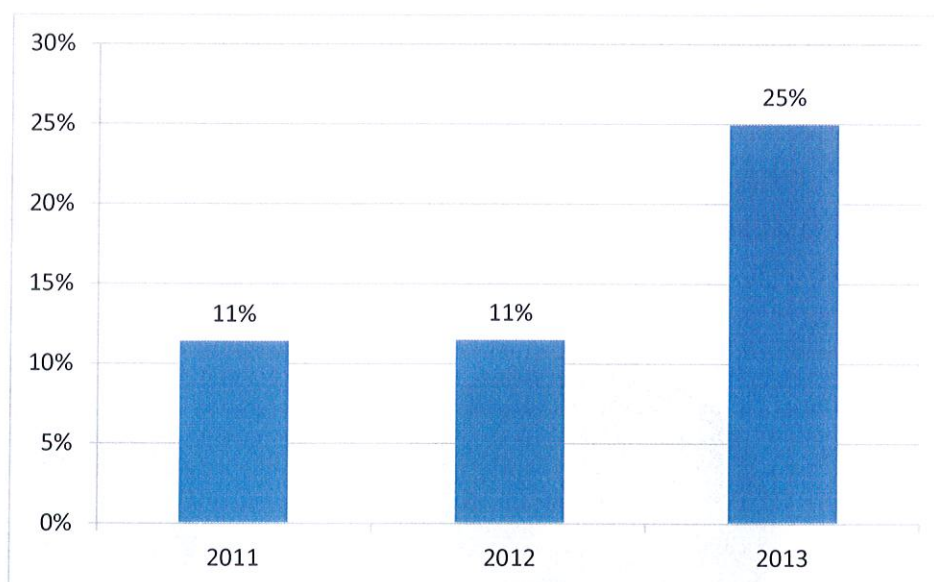


Analiza danych dotyczących grup pacjentów hospitalizowanych w oddziałach geriatrycznych i oddziałach chorób wewnętrznych w badanym okresie wskazuje, że średni jednostkowy koszt świadczeń w ciągu 12 miesięcy od wypisu pacjenta

z oddziału chorób wewnętrznych, był wyższy o 1380 zł od średniego jednostkowego kosztu świadczeń w ciągu 12 miesięcy po wypisie porównywalnego pacjenta z oddziału geriatrycznego.<sup>25</sup> Obrazuje to poniższy wykres:

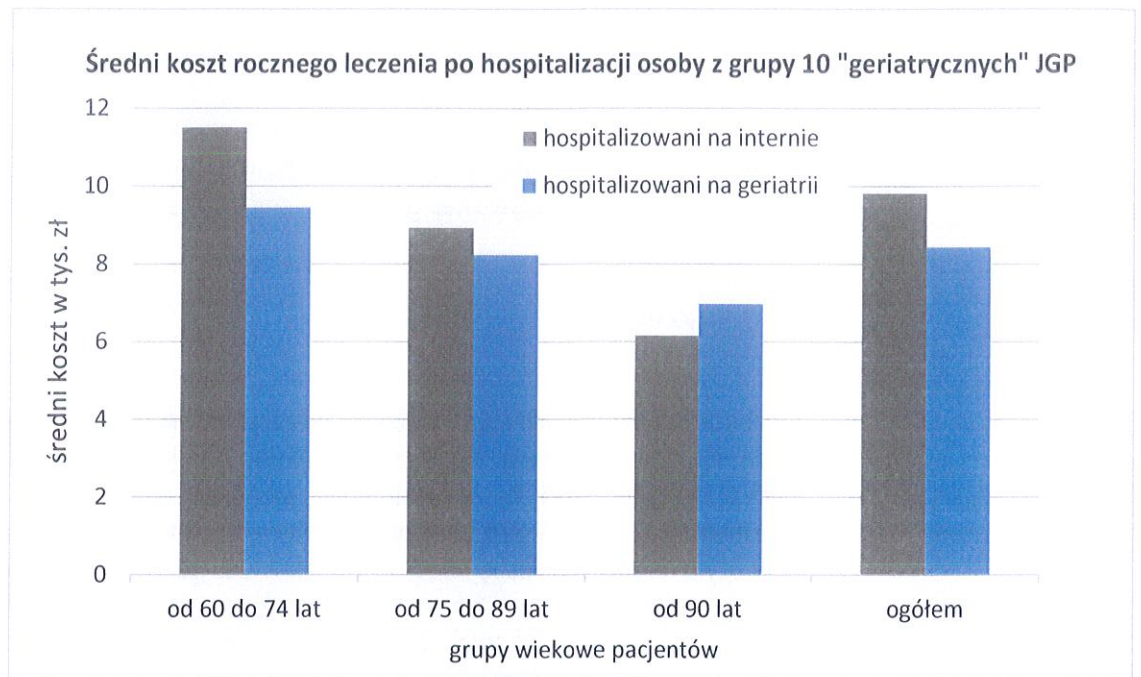


Różnica średnich kosztów na 1 hospitalizację 12 miesięcy po wypisie pacjenta z oddziału chorób wewnętrznych była wyższa, w stosunku do średnich kosztów na 1 hospitalizację 12 miesięcy po wypisie pacjenta z oddziału geriatrycznego i wynosiła: od 11% w roku 2011 i 2012 do 25% w roku 2013, co zobrazowano na poniższym wykresie:

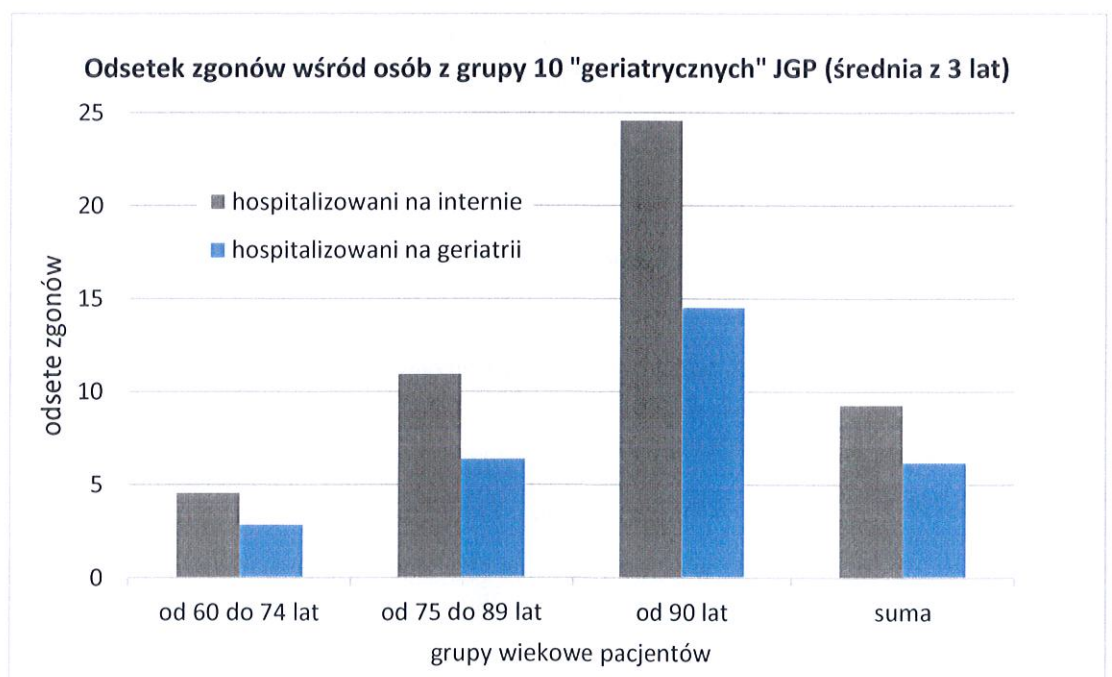


Poniższy wykres obrazuje analizę średniego kosztu leczenia 12 miesięcy po hospitalizacji w oddziale geriatryi oraz oddziale chorób wewnętrznych – z rozbiciem na poszczególne grupy wiekowe - w zakresie 10 najczęściej występujących JGP w geriatryi:

<sup>25</sup> Analizy dokonano na podstawie danych NFZ: porównanie kosztów świadczeń pacjentów z 10 najczęściej występującymi grupami JGP w geriatryi, w ciągu 12 miesięcy po wypisie z oddziału geriatryi i z oddziału chorób wewnętrznych.



W przeprowadzonym badaniu, analizą objęto również odsetek zgonów wśród osób powyżej 60 roku życia, w podziale na opisane powyżej grupy wiekowe, dla pacjentów hospitalizowanych z rozpoznaniem spośród 10 najczęściej występujących JGP w oddziałach geriatрії. Analiza wykazała większy odsetek zgonów w oddziałach chorób wewnętrznych we wszystkich grupach wiekowych z tym, że dla grupy osób powyżej 90 roku życia, odsetek ten był zdecydowanie wyższy w porównaniu do odsetka zgonów w tej grupie wiekowej w oddziałach geriatrycznych - w badanym okresie wynosił średnio w oddziałach chorób wewnętrznych 24,57%, a w oddziałach geriatrycznych 14,51%. Natomiast w I grupie wiekowej: 4,55% - w oddziałach chorób wewnętrznych i 2,84% w oddziałach geriatrycznych; w II grupie wiekowej: 10,94% w oddziałach chorób wewnętrznych i 6,38% w oddziałach geriatrycznych:



(dowód: akta kontroli str. 672-681)

Analiza powyższych danych wskazuje na to, że upowszechnienie i udoskonalenie systemu planowania i wyceny świadczeń dedykowanych osobom w wieku podeszłym, pozwoliłoby dużo niższym kosztem, a zarazem skuteczniej zabezpieczyć tę grupę osób w świadczenia opieki zdrowotnej. Potwierdza to mniejsza liczba zgonów pacjentów leczonych w oddziałach geriatrycznych, w stosunku do porównywalnej grupy pacjentów leczonych w oddziałach chorób wewnętrznych.

### **1.7. Liczba lekarzy**

Liczba zarejestrowanych lekarzy ze specjalizacją geriatra w latach objętych kontrolą systematycznie wzrastała; wg stanu na koniec grudnia w latach 2011-2013 oraz koniec czerwca 2014 r., w skali kraju, wynosiła odpowiednio: w roku 2011- 265 lekarzy, w 2012 r.- 275 lekarzy, w 2013 r.- 309 lekarzy, w 2014 r.- 327 lekarzy, przy czym największą liczbę specjalistów z zakresu geriatry odnotowano w badanym okresie w województwie śląskim (54-66 lekarzy), małopolskim (46-52 lekarzy) oraz mazowieckim (30-31 lekarzy). Najmniejszą liczbę lekarzy geriatrów odnotowano w województwach opolskim (2-3 lekarzy) oraz świętokrzyskim (3-4).

(dowód: akta kontroli str. 424-426)

### **1.8. Liczba łóżek**

W latach objętych kontrolą, w oddziałach geriatrycznych na obszarze całego kraju, wg stanu na 31 grudnia każdego z badanych lat, była dostępna następująca liczba miejsc (łóżek): 2011. - 451, 2012 r. - 672, 2013 r. - 696. W roku 2011 na 10 tys. mieszkańców kraju przypadało 0,1 łóżka, natomiast w roku 2012 i 2013-0,2 łóżka<sup>26</sup>.

NIK zwraca uwagę, że pomimo tendencji rosnącej w przypadku liczby miejsc w oddziałach geriatrycznych, nadal jest to liczba niewystarczająca, aby zaspokoić rosnące potrzeby w tym zakresie, co związane jest z zachodzącymi w Polsce zmianami demograficznymi (starzenie się społeczeństwa), biorąc pod uwagę, że na jedno miejsce w oddziale geriatrycznym przypadało odpowiednio:

- w roku 2011 - 28 leczonych
- w roku 2012 - 25 leczonych
- w roku 2013 - 27 leczonych

(dowód :akta kontroli str. 380-423)

### **1.9. Liczba świadczeniodawców<sup>27</sup>**

Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie geriatry, w latach 2011-2014, na podstawie umów podpisanych z NFZ, kształtowała się następująco:

- 1) w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna<sup>28</sup> (AOS): w roku 2011- 70 w roku 2012 - 77, w roku 2013 - 73, w roku 2014 - 69;
- 2) w rodzaju leczenie szpitalne<sup>29</sup> (LSZ): w roku 2011 - 27, w roku 2012 i 2013 - 33, w roku 2014 - 35.

<sup>26</sup>Dane na podstawie informacji z Biuletynu Statystycznego Ministerstwa Zdrowia za lata 2011-2013.

<sup>27</sup> Wg stanu na dzień września 2014 r.

<sup>28</sup> Największa liczba umów z NFZ we wszystkich badanych latach, została podpisana w tym zakresie przez Śląski OW NFZ, tj. odpowiednio: 2011 r.-9, 2012 r.- 12, 2013 r.- 11, 2014 r.-11.

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

W załączniku nr 9 do Zarządzenia nr 89/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 19 grudnia 2013 r., wprowadzono zmiany w poziomie finansowania jednej z najczęściej występujących w geriatry grup, tj. grupy A35 - Choroby zwyrodnieniowe OUN. Zmiany te polegały na faktycznym podziale grupy JGP A35 na: grupę finansowaną na poziomie 62 punktów oraz grupę finansowaną na poziomie 22 punktów. Poziom finansowania grupy A35 na poziomie 62 punktów, który obowiązywał w latach 2011 - 2013, zgodnie z w/w przepisami, był możliwy przy jednoczesnym spełnieniu warunku obligatoryjnego wykonania w ramach tejże grupy odpowiedniego zakresu badań: MRI oraz TK mózgu, a ponadto co najmniej czterech z 8 procedur, m. in. ultrasonografii przezczaszkowej, nakłucia lędźwiowego (badanie płynu mózgowo-rdzeniowego), badania genetycznego. Druga podgrupa grupy A35, została wyceniona niżej - na poziomie 22 punktów, z uwzględnieniem jedynie listy rozpoznań klinicznych.

Należy zaznaczyć, że zmiany warunków finansowania grupy A35 rozważane były w NFZ począwszy od roku 2012, jednakże wszelkie zmiany związane z powyższą grupą konsultowane były pisemnie jedynie z Konsultantem Krajowym ds. Neurologii, prof. Danutą Ryglewicz, bez zasięgnięcia opinii specjalistów z zakresu geriatry, m. in. bez konsultacji z Konsultantem Krajowym ds. Geriatry, czego wyrazem były pisma wystosowane przez środowiska medyczne (m. in. Konsultanta Krajowego ds. Geriatry - prof. Tomasza Grodzickiego, Kierownika Kliniki Geriatry w Białymstoku - prof. Barbarę Bień, Konsultanta ds. Geriatry dla województwa śląskiego, dr Jarosława Derejczyka) - skierowane do Prezesa NFZ oraz pismo do Ministra Zdrowia, wystosowane w imieniu Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatry w Polsce, w których poruszono problem wprowadzenia powyższych zmian w finansowaniu (w tym przypadku radykalnego obniżenia wartości punktowej) jednej z najczęściej występującej grupy JGP w geriatry<sup>30</sup>. Pisma te wyrażały negatywną opinię dotyczącą obniżenia finansowania grupy A35, którą argumentowały m. in. niepotrzebnym ryzykiem leczonych pacjentów, związanym z nieuzasadnionym przeprowadzaniem inwazyjnych badań oraz wysokim ryzykiem znacznego niedofinansowania procedur geriatrycznych, skutkujące małą opłacalnością kontraktowania tego typu procedur.<sup>31</sup>

W wyniku reakcji specjalistów i ekspertów w zakresie geriatry, NFZ opracował projekt zmian do Zarządzenia Prezesa NFZ nr 89/2013/DSOZ.

Należy zauważyć, że zmiany zawarte w projekcie zarządzenia wprowadzającego zmiany w zakresie grupy A35, konsultowano ponownie wyłącznie z Konsultantem Krajowym ds. Neurologii, a informacja o udostępnieniu na stronie NFZ projektu w/w zarządzenia zmieniającego (ze wskazaniem terminu 11 kwietnia 2012 r., do którego można było nadsyłać opinie i uwagi dotyczące zmian), została wysłana do Prezesa Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatry w Polsce, dopiero pismem z dnia 11 kwietnia tegoż roku, czyli ostatniego dnia wskazanego przez NFZ, w którym możliwe było złożenie ewentualnych uwag. Proponowane zmiany polegały na zastąpieniu istniejącej do 2013 roku grupy A35 Choroby zwyrodnieniowe OUN, dwiema nowymi grupami: A35C Choroby zwyrodnieniowe OUN<4 dni, oraz A35D Choroby

<sup>29</sup> Największa liczba umów z NFZ we wszystkich badanych latach, została podpisana w tym zakresie przez Śląski OW NFZ, tj. odpowiednio: 2011 r.-25, 2012 r.- 26, 2013 r.- 22, 2014 r.-22.

<sup>30</sup> Konsultant ds. Geriatry dla woj. śląskiego dr Jarosław Derejczyk zaznaczył w piśmie, że otępienie rozliczane grupą A35 występuje u 40-60% chorych leczonych w zakresie geriatry, jako przyczyna główna hospitalizacji-czego przyczyną jest zmieniająca się epidemiologia chorób.

<sup>31</sup> Pismo Kierownika KLINIKI GERIATRII UNIwersytetu Medycznego w Białymstoku, prof. Barbary Bień z dnia 0.01.2014 r.

zwyródnieniowe OUN>3 dni.

(dowód: akta kontroli str.489-490, 542-609)

Dyrektor DSOZ wyjaśnił, że decyzja o podziale grupy A35 Choroby zwyródnieniowe OUN została podjęta w oparciu o analizę sprawozdawczości za ubiegłe lata oraz po zasięgnięciu opinii prof. Danuty Ryglewicz, Konsultanta Krajowego ds. Neurologii. Ponadto przeprowadzono analizę, która pokazała, że większość sprawozdanych rozpoznań dotyczyła chorób zwyródnieniowych układu nerwowego (37%), choroby Alzheimera (ok. 24%) oraz choroby Parkinsona i parkinsonizmu wtórnego (20%), podczas gdy w charakterystyce grupy uwzględnionych jest około 70 rozpoznań. Z tego wynika, że 22% rozpoznań zasadniczych nie była w ogóle związana z chorobami OUN. Uwagę zwracał również fakt, iż większość rozpoznań dotyczyła nieokreślonych stanów chorobowych, co może świadczyć o braku odpowiedniego postępowania prowadzącego do ustalenia właściwej diagnozy lub nierzetelnej sprawozdawczości. Dodatkowo, sprawozdawane przez świadczeniodawców procedury, nie wskazywały na ponoszenie przez nich kosztów w wysokości uzasadniającej wycenę grupy. Na podstawie analizy danych można było założyć, że w przypadku około połowy hospitalizacji nie wykonano istotnych kosztowo badań. Analiza sprawozdawczości dla grupy A35 w zakresie geriatry (podobnie jak w innych) nie odzwierciedlała wysokospecjalistycznego charakteru hospitalizacji. W związku z powyższym, zwrócono się do prof. Danuty Ryglewicz, Konsultanta Krajowego ds. Neurologii, z prośbą o przedstawienie stanowiska odnośnie pożądanego sposobu realizacji świadczeń rozliczanych grupą A35. W opinii Pani Profesor, grupa ta powinna obejmować wysokospecjalistyczną diagnostykę z badaniami obrazowymi, genetycznymi, biochemicznymi i patomorfologicznymi. Dlatego też dokonano jej podziału w zależności od długości hospitalizacji (poniżej czterech oraz powyżej trzech dni) oraz określono warunek wykazania procedur w przypadku dłuższych pobytów (i wyższej wartości grupy). Na skutek napływających uwag o niemożności rozliczenia hospitalizacji w przypadku pobytów dłuższych, ale w trakcie których nie zrealizowano wymaganych w charakterystyce procedur, w zarządzeniu 23/2014 w grupie A35C Choroby zwyródnieniowe OUN < 4 dni zniesiony został warunek długości hospitalizacji, przy jednoczesnym pozostawieniu niższej wartości punktowej.

(dowód: akta kontroli str. 489-491, 532-535)

Zgodnie z § 31 pkt. 1-3 Regulaminu Organizacyjnego Centrali NFZ<sup>32</sup>, Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej NFZ, który pełni funkcję „wiodącej komórki organizacyjnej Centrali w zakresie pozyskiwania, gromadzenia i przetwarzania informacji na potrzeby dokonywanych analiz świadczeń opieki zdrowotnej oraz projektowaniu kierunków zmian w obecnie obowiązujących rozwiązaniach systemowych, w szczególności zajmując się prowadzeniem prac analitycznych związanych z oceną potrzeb zdrowotnych świadczeniobiorców i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej oraz planowaniem i zabezpieczaniem tych świadczeń”, jest zobowiązany również m. in. do współpracy z konsultantami medycznymi krajowymi i wojewódzkimi oraz reprezentatywnymi organizacjami świadczeniodawców i instytucjami właściwymi w sprawach związanych z realizacją świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności w zakresie: weryfikacji i doskonalenia zasad kontraktowania oraz warunków wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej, jak też monitorowania oraz nadzorowania ich jakości.

W związku z powyższym, zdaniem NIK, NFZ nie dołożył należytych starań, aby w przypadku zmian związanych z finansowaniem procedur z zakresu geriatry,

<sup>32</sup> Zarządzenie nr 36/2013/GPF Prezesa NFZ z dnia 2 lipca 2013 r. w sprawie regulaminu organizacyjnego Centrali NFZ

uwzględnić opinię przedstawicieli wszystkich środowisk, których takie zmiany dotyczyły. W szczególności dotyczy to specjalistów z zakresu geriatry, którzy mimo planowanych kluczowych zmian w finansowaniu świadczeń z tego zakresu, zostali pominięci.<sup>33</sup> Postępowanie takie, w ocenie NIK, skutkowało zmianą wyceny grupy JGP A35, która nie odzwierciedlała rzeczywistych potrzeb w zakresie udzielania świadczeń uwzględniających tę grupę.

## IV. Uwagi i wnioski

Wnioski pokontrolne

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 Kontroli<sup>34</sup>, wnosi o:

1. planowanie i kontraktowanie świadczeń adresowanych do osób powyżej 60 roku życia, z uwzględnieniem rozpoznania lokalnych potrzeb, z wykorzystaniem istniejących dobrych praktyk w tym zakresie (np. w Małopolskim i Łódzkim OWNFZ);
2. dołożenie starań przy wycenie i zmianach finansowania procedur geriatrycznych, aby zgodnie z Regulaminem Organizacyjnym Centrali NFZ<sup>35</sup>, w pełni uwzględniać opinie przedstawicieli wszystkich środowisk, których te zmiany dotyczą;
3. wykorzystanie w działalności Funduszu, analizy dokonanej przez NIK, która wskazuje, iż średni jednostkowy koszt świadczeń w ciągu 12 miesięcy od wypisu pacjenta z oddziału geriatrycznego był znacząco niższy od średniego jednostkowego kosztu świadczeń w ciągu 12 miesięcy po wypisie porównywalnego pacjenta z oddziału chorób wewnętrznych.

## V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia  
zastrzeżeń

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

Zgodnie z art. 54 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 Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli.

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.

<sup>33</sup> Przepisy Regulaminu Organizacyjnego Centrali NFZ

<sup>34</sup> Dz. U. z 2012 r., poz.82

<sup>35</sup> § 31 ust.2 pkt 4 Regulaminu Organizacyjnego Centrali NFZ

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 27 października 2014 r.

Najwyższa Izba Kontroli  
Departament Zdrowia

Dyrektor  
Piotr Wasilewski



.....  
*podpis*