



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Departament Zdrowia

KZD.410.004.01.2020

Pan
dr n. med. Roman Topór-Mądry
Prezes Agencji Oceny Technologii
Medycznych i Taryfikacji
ul. Przeskok 2
00-032 Warszawa

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

zmienione zgodnie z treścią uchwały nr KPK-KPO.443.023.2021
Komisji Rozstrzygającej z dnia 6 kwietnia 2021 r.

P/20/055 – Wycena świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji ¹ ul. Przeskok 2, 00-032 Warszawa
Kierownik jednostki kontrolowanej	Dr n. med. Roman Topór-Mądry, Prezes od 8 listopada 2017 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnił: Wojciech Matuszewicz, Prezes od 5 stycznia 2010 r. ² do 8 listopada 2017 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Taryfikacja świadczeń opieki zdrowotnej 2. System wyceny świadczeń
Okres objęty kontrolą	Lata 2015-2020 ³
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ⁴
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia
Kontrolerzy	1. Karolina Hawryluk, inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr KZD/34/2020 z 24 września 2020 r. 2. Grażyna Mazurek, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr KZD/37/2020 z 1 października 2020 r. i nr KZD/44/2020 z 5 listopada 2020 r.

(akta kontroli str. 1-7, 1086-1170, plik 1173)

II. Ocena ogólna⁵ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W latach 2015-2020 Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji prawidłowo realizowała obowiązki wynikające z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁶ w zakresie dotyczącym taryfikacji świadczeń. Prezes Agencji terminowo sporządzał plany taryfikacji na dany rok i przekazywał je do zaopiniowania. NIK zwraca jednak uwagę, że plan został zrealizowany w 32,6%. Nie opracowano taryf dla 1500 świadczeń ujętych w planach taryfikacji oraz zleconych przez Ministra Zdrowia (prace nad 776 taryfami zostały wstrzymane, 299 taryf zostało wycofanych, a 425 taryf jest w trakcie realizacji).

Agencja podejmowała działania w celu zapewnienia, jakości i kompletności danych będących podstawą do opracowania taryfy. Objęte szczegółowym badaniem raporty taryfikacyjne powstały w oparciu o przyjętą przez Agencję *Metodykę taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej*.

Zastrzeżenia NIK budzi zatrudnianie przez Agencję dużej liczby ekspertów zewnętrznych i niewykorzystywanie potencjału własnych pracowników. Inne stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły występowania konfliktu interesów oraz nierzetelnego sporządzania niektórych umów cywilnoprawnych.

¹ Dalej: Agencja lub AOTMiT

² Z dniem 1 lipca 2015 r. powołany na stanowisko Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

³ Czynności kontrolne zakończono 30 listopada 2020 r.

⁴ Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, dalej: ustawa o NIK.

⁵ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną, jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁶ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, ze zm. Dalej: „ustawa o świadczeniach”.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej⁷ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Taryfikacja świadczeń opieki zdrowotnej

1.1 Plany taryfikacji

Opis stanu faktycznego

W latach 2015-2020 Prezes Agencji terminowo sporządzał projekty planów taryfikacji na dany rok i przedstawiał je do zaopiniowania Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia⁸ oraz Radzie ds. Taryfikacji. Przedstawienie opinii następowało z zachowaniem ustawowego terminu, tj. 14 dni, za wyjątkiem roku 2019, w którym Prezes Funduszu przedstawił opinię do sporządzonego przez Agencję projektu planu taryfikacji na 2020 rok z czterodniowym opóźnieniem. Prezes AOTMiT terminowo przekazywał do zatwierdzenia Ministrowi Zdrowia plany taryfikacji Agencji na dany rok wraz z opiniami Prezesa NFZ i Rady ds. Taryfikacji. Natomiast Minister Zdrowia zatwierdzał je w ustawowym terminie, tj. 14 dni od dnia ich otrzymania. Wyjątek stanowił plan taryfikacji na 2020 rok, który został zatwierdzony trzy dni po terminie. W okresie objętym kontrolą nie było przypadków zmiany planów taryfikacji przez Ministra Zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Agencji.

(akta kontroli str. 8-77, 87-114, 164-178, 189-211, 222-232, 244-260, 738)

Umieszczenie danej grupy świadczeń w planie taryfikacji na dany rok następowało z uwzględnieniem obiektywnych kryteriów, m.in.: priorytetów polityki zdrowotnej państwa, finansowania, kosztów społecznych, sytuacji epidemiologicznej i demograficznej w Polsce oraz szczególnych potrzeb wybranych grup społecznych. Zakres świadczeń wskazanych w planach odsyłał w sposób ogólny do załączników rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych. Prezes Agencji wyjaśnił, że takie odwołanie determinuje zakres schorzeń, których dotyczyć będą procesy taryfikacyjne oraz pośrednio odnosi się do zakresu rozpoznania wg kodu ICD 10. Taka forma sprawia, że w planie taryfikacji nie zostaną pominięte żadne nowe świadczenia gwarantowane, a usunięte z wykazu nie zostaną poddane taryfikacji. Zatem, bezcelowe jest doprecyzowywanie wskazań, ze względu na możliwość zastosowania niektórych świadczeń w wielu różnych wskazaniach.

W latach 2015-2020 w planach taryfikacji ujęto 790 taryf⁹. Ponadto w ramach realizacji, ujętego w planie taryfikacji na dany rok, punktu pt. *inne zadania w zakresie taryfikacji świadczeń szczególnie istotne dla bieżącego funkcjonowania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego*, Minister Zdrowia zlecił przeprowadzenie taryfikacji dla 1436 świadczeń¹⁰. P.o. Dyrektor Wydziału Taryfikacji wyjaśnił, że wyjściowe liczby zleczanych taryf zmieniają się w czasie (w związku ze zmianami w zarządzeniach NFZ w odniesieniu do produktów rozliczeniowych). Do zmian dochodzi również w trakcie procesu taryfikacji, gdzie zakres produktów rozliczeniowych, którymi identyfikowane są świadczenia, ulega łączeniu lub podziałowi. Natomiast Minister Zdrowia wyjaśnił, że procedura zmiany planu taryfikacji, który jest tworzony w I półroczu roku poprzedniego, mogłaby spowodować wydłużenie procesu implementacji zlecenia Ministra Zdrowia. Takie

⁷ Oceny częściowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena częściowa może być sformułowana, jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

⁸ Dalej: NFZ.

⁹ Tj. w 2015 r. – 236 taryf, w 2016 r. – 149 taryf, w 2017 r. – 105 taryf, w 2018 r. – 246 taryf, w 2019 r. – 31 taryf oraz w 2020 r. (do 28.09.) – 23 taryfy.

¹⁰ Tj. w 2015 r. – 288 taryf, w 2016 r. – 501 taryf, w 2017 r. – 28 taryf, w 2018 r. – 553 taryf, w tym 517 JGP z tzw. projektu instytutowego, w 2019 r. – 66 taryf oraz w 2020 r. (do 28.09.) – 0 taryf.

działanie wynika z konieczności zapewnienia prawidłowego funkcjonowania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego¹¹.

(akta kontroli str. 67-86, 108-163, 175-188, 205-221, 227-228, 232-243, 256-260, 698, 704, 875-882, 895, 896, 939, 942, 943)

W latach 2015-2020 z planów taryfikacji oraz zleceń Ministra Zdrowia, dotyczących 2226 taryf, Agencja opracowała łącznie 726¹². Nie opracowano taryf dla 1500 świadczeń, z czego prace nad 776 zostały wstrzymane, 299 taryf zostało wycofanych, a 425 taryf jest w trakcie realizacji. P.o. Dyrektor Wydziału Taryfikacji wyjaśnił, że ograniczenia w interpretacji liczby taryf zleconych i ujętych w planie, a przygotowanych i wydanych, nie pozwalają na ich porównywanie. Możliwe jest to tylko w odniesieniu do całej grupy/obszaru świadczeń określonych przez punkt planu/zlecenia i raport taryfikacyjny. Ponadto Prezes Agencji wyjaśnił, że na proces taryfikacji w tym brak realizacji planów wpływają m.in. następujące czynniki: długotrwały etap lub powtórny proces pozyskiwania danych od świadczeniodawców oraz ich weryfikacji przez AOTMiT, brak ujednoliconego rachunku kosztów, współpraca z ekspertami klinicznymi w zakresie weryfikacji, korekt i uzupełniania danych klinicznych, obszerność analizowanych zakresów świadczeń, dodatkowe analizy.

Niski stopień realizacji planów taryfikacji na dany rok został opisany przez NIK w informacji o wynikach kontroli wykonania w 2019 r. planu finansowego AOTMiT¹³.

Dla niektórych świadczeń przeprowadzenie procesu taryfikacji i przygotowanie raportu taryfikacyjnego trwało dłużej niż zakładała roczna perspektywa planów taryfikacji na dany rok. Prezes Agencji zaznaczył, że w jego ocenie brak jest mechanizmu umożliwiającego przeanalizowanie konieczności dokonania zmian w wykazie świadczeń gwarantowanych zidentyfikowanych w procesie taryfikacji i niezbędnych dla kontynuowania prac taryfikacyjnych.

Minister Zdrowia, na podstawie art. 31lb ust. 12 *ustawy o świadczeniach*, nie zatwierdził lub nie zmienił 54 taryf świadczeń określonych przez Prezesa Agencji w latach 2018-2020 (w tym 36 z planu taryfikacji¹⁴ oraz 18 zleconych przez Ministra Zdrowia¹⁵), które uzyskały pozytywną opinię Rady ds. Taryfikacji i nie przekazał ich Prezesowi Agencji celem opublikowania. Minister Zdrowia wyjaśnił, że *ustawa o świadczeniach nie przewiduje terminu zatwierdzenia przez Ministra Zdrowia taryf przekazanych przez Prezesa Agencji. Z uwagi na długotrwały proces prac taryfikacyjnych prowadzonych w AOTMiT część analiz i projektów taryf ulega dezaktualizacji. Wobec istniejących na rynku bardziej innowacyjnych rozwiązań, wydanie taryfy staje się bezprzedmiotowe i nie służy dobru pacjentów. Skutkuje to*

¹¹ Wyjaśnienia uzyskane na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f oraz art. 40 ustawy o NIK. Pismo Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2020 r. znak: ASG.0911.1.2020.GK.

¹² W tym 179 w 2015 roku, 221 w 2016 roku, 129 w 2017 roku, 62 w 2018 roku, 116 w 2019 roku oraz 19 w 2020 roku (do 28 września).

¹³ Informacja o wynikach kontroli *Wykonanie w 2019 r. planu finansowego Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji* z dnia 4 czerwca 2020 r. (KZD.430.004.2020 111/2020/P/20/001/KZD).

¹⁴ W tym: trzech świadczeń w ramach grupy świadczeń gwarantowanych obejmujących zabiegi pomostowania naczyń wieńcowych finansowane w ramach JGP:E04-E07; czternastu w ramach grupy świadczeń gwarantowanych z zakresu reumatologii finansowane w ramach JGP: H86-H98, piętnastu w ramach grupy świadczeń gwarantowanych obejmujących kompleksowe leczenie raka piersi realizowane w Breast Cancer Unit (BCU); czterech świadczeń w ramach grupy świadczenia gwarantowane obejmujące chirurgię noworodka identyfikowane produktami rozliczeniowymi: PZN01-PZN04. Stan na 5 października 2020 roku.

¹⁵ W tym: pięciu świadczeń w ramach grupy świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej obejmującej leczenie chorych na nieoperacyjne guzy neuroendokrynne z zastosowaniem znakowanych radioizotopowo analogów somatostatyny; sześciu świadczeń w ramach grupy świadczeń gwarantowanych obejmujących system ciągłego monitorowania glikemii w czasie rzeczywistym (CGM-RT) u dzieci i młodzieży do 26 roku życia z cukrzycą typu 1 leczonych za pomocą pompy insulinowej oraz leczenie insuliną z zastosowaniem pompy insulinowej; założenie pompy; siedmiu świadczeń w ramach grupy świadczenia gwarantowane z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej obejmujące leczenie chorych na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne. Stan na 5 października 2020 roku.

przeprowadzaniem przez Ministra Zdrowia konsultacji z ekspertami i płatnikiem, obejmujących analizę zakresu i zasadność zleceń, w tym planów taryfikacji z lat ubiegłych. Do analizy części taryf, AOTMiT wykorzystuje dane kliniczne i finansowo-księgowe sprzed kilku lat, co powoduje, że taryfy nie odzwierciedlają rzeczywiście poniesionych kosztów na dzień ich zatwierdzenia¹⁶.

Agencja w celu aktualizacji wysokości kosztów do poziomu na dzień wydania, a nawet wdrożenia w życie, taryfy oraz jednorocznej premii na rozwój, stosuje mnożnik opisany w metodyce taryfikacji świadczeń i zaopiniowany pozytywnie przez Radę.

Prezes AOTMiT zauważa, że projekty taryf (przygotowane przez Wydział Taryfikacji), które nie zostały opublikowane w BIP do konsultacji zewnętrznych z powodu wstrzymania lub wycofania zlecenia przez MZ w momencie jego wznowienia będą musiały być zaktualizowane¹⁷.

(akta kontroli str. 698, 700, 704, 741, 743-752, 875, 876, 882, 883, 889-910, 1086-1170, plik 1168)

1.2 Taryfikacja świadczeń

Opis stanu faktycznego

Szczegółowym badaniem objęto pięć raportów w sprawie ustalenia taryfy świadczeń¹⁸. Projekty taryf powstały w oparciu o przyjętą *Metodykę taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej w AOTMiT*, tj. analizę:

- danych kosztowych przekazanych przez świadczeniodawców w ramach postępowań, mających na celu wyłonienie podmiotów, z którymi zawarte zostały umowy dotyczące przygotowania i przekazania Agencji danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych dla taryf: WT.541.36.2016¹⁹, WT.541.49.2016, WT.541.10.2019²⁰, AOTMiT-WT-553-20/2015;
- danych rynkowych, w tym cen świadczeń realizowanych komercyjnie dla taryfy WT.541.36.2016²¹, AOTMiT-WT-553-20/2015;
- cen zagranicznych w procesie ustalania następujących taryf: WT.541.5.2019, WT.541.49.2016, AOTMiT-WT-553-20/2015 w zakresie porównania finansowania lub rozwiązań systemowych w innych krajach.

Do przygotowania taryfy AOTMiT-WT-553-9/2015 wykorzystano dane będące w bazach Agencji, np. informacje otrzymane od Ministerstwa Zdrowia i NFZ. Natomiast przy sporządzeniu taryfy WT.541.5.2019 posłużono się wynikami ankiety utworzonej przez Agencję na potrzeby procesu taryfikacyjnego. Ponadto przy opracowywaniu taryf: AOTMiT-WT-553-9/2015, WT.541.49.2016 oraz WT.541.5.2019 współpracowano z ekspertami klinicznymi z zakresu geriatry, kardiologii, opieki długoterminowej oraz leczenia bólu u dzieci.

(akta kontroli str. 1086-1170, pliki 164, 166-170, 298, 305-310, 578, 587-601, 659-663, 695, 697-700, 767-772, 967)

¹⁶ Wyjaśnienia uzyskane na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f oraz art. 40 ustawy o NIK. Pismo Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2020 r. znak: ASG.0911.1.2020.GK.

¹⁷ Pismo BP.0910.1.2020.1.KM z dnia 5 października 2020 r.

¹⁸ Świadczenia rezonansu magnetycznego finansowane w ramach produktów NFZ z katalogu ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych – WT.541.36.2016; Kardiologiczne konsylium lekarskie przy użyciu sprzętu telemetrycznego. Geriatryczne konsylium lekarskie przy użyciu sprzętu telemedycznego – AOTMiT-WT-553-9/2015; Hemodializa – AOTMiT-WT-553-20/2015; Świadczenia gwarantowane obejmujące świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej – WT.541.49.2016, WT.541.10.2019; Świadczenia gwarantowane realizowane przez zespół leczenia bólu u dzieci – WT.541.5.2019.

¹⁹ Aneks do raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń z dnia 20 lutego 2017 roku.

²⁰ Na potrzeby aktualizacji wyceny świadczeń Agencja wykorzystwała dane zgromadzone w ramach postępowania nr 27 z 2017 r. (raport WT.541.49.2016).

²¹ Raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń z dnia 3 października 2016 roku.

W celu zebrania danych kosztowych informowano świadczeniodawców o prowadzonym postępowaniu taryfikacyjnym. Dla objętych szczegółowym badaniem projektów taryf, tj. WT.541.49.2016, WT.541.36.2016, AOTMiT-WT-553-20/2015²² nastąpiło to poprzez m.in. umieszczenie komunikatu na stronie internetowej Agencji, przekazanie informacji drogą elektroniczną (mail) oraz za pośrednictwem SZOI²³. Do ustalenia ww. projektów taryf wykorzystano dane za rok 2015 przekazane przez świadczeniodawców, w tym 12 stale współpracujących z Agencją, tj. dla taryfy: WT.541.49.2016 – 57, w tym siedmiu w ramach stałej współpracy z Agencją, WT.541.36.2016 – 60, w tym jednego w ramach stałej współpracy z Agencją oraz AOTMiT-WT-553-20/2015 – 11, w tym czterech w ramach stałej współpracy z Agencją. Podczas prowadzonych ww. procesów taryfikacyjnych 29 świadczeniodawców odmówiło przekazania danych²⁴, tj.: WT.541.49.2016 – 16, WT.541.36.2016 – 12 oraz AOTMiT-WT-553-20/2015 – jeden, a 13 świadczeniodawców zrezygnowało z ich przekazania²⁵, tj.: WT.541.49.2016 – 10, WT.541.36.2016 – dwóch oraz AOTMiT-WT-553-20/2015 – jeden. Przyczyną nieprzekazywania danych przez świadczeniodawców był m.in.: krótki termin na realizację umowy oraz brak możliwości organizacyjnych/technicznych do przygotowania danych w niej określonych. Prezes Agencji wprowadził wytyczne i wzory, np. karty kosztorysowe; zasady zbierania i przekazywania danych finansowo-księgowych, w celu ujednolicenia sposobu identyfikacji i gromadzenia kosztów faktycznie poniesionych przez świadczeniodawców.

(akta kontroli str. 261-297, 900-910, 957-960, 1086-1170, pliki 27-31, 166-170, 209-216, 305-310, 510-513, 587-601)

W celu zapewnienia jakości i kompletności dane uzyskane przez Agencję podlegały m.in.:

- weryfikacji pod względem zgodności z określonym formatem,
- porównaniu z analogicznymi danymi otrzymanymi od innych świadczeniodawców,
- konsultacjom telefonicznym i elektronicznym (e-mail),
- korektom przez zespoły analityczne Wydziału Taryfikacji oraz ekspertów klinicznych.

Ponadto w umowach ze świadczeniodawcami dla projektów taryf: WT.541.49.2016, WT.541.36.2016, AOTMiT-WT-553-20/2015 zawarto zapisy uprawniające Agencję do weryfikacji przekazywanych danych. Również w tym zakresie prowadzono szkolenia dla świadczeniodawców, dotyczące ich przygotowywania i przekazywania.

(akta kontroli str. 900-910, 1086-1170, pliki 17, 18, 28, 198, 199, 629)

Dla raportów taryfikacyjnych objętych badaniem nie pozyskiwano danych wrażliwych. W celu zapewnienia szczególnego bezpieczeństwa przekazywanych danych, w Agencji, zastosowano różne środki ochrony, np. szyfrowane nośniki danych, ograniczenie i uwierzytelnienie dostępu do wskazanego zakresu danych, przeszkolenie personelu w zakresie zabezpieczeń systemu informatycznego oraz ochrony danych osobowych.

²² Proces zebrania danych kosztowych we wskazanych postępowaniach przeprowadzono na podstawie art. 31lc ust. 4 ustawy z dnia 1 stycznia 2015 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1138). Przekazywanie danych następowało w wyniku zawierania umów z podmiotami wyłoniłymi w postępowaniu ogłoszonym przez Agencję.

²³ System Zarządzania Obiegiem Informacji.

²⁴ Świadczeniodawca, który w ramach prowadzonego postępowania przesłał do Agencji ankietę zawierającą deklarację przekazania danych, został wyłoniłony w postępowaniu, ale nie podpisał umowy.

²⁵ Świadczeniodawca, który w ramach prowadzonego postępowania przesłał do Agencji ankietę zawierającą deklarację przekazania danych, został wyłoniłony w postępowaniu, podpisał umowę, ale nie przekazał danych.

(akta kontroli str. 875, 879-881)

Pięć raportów w sprawie ustalenia taryfy świadczeń objętych szczegółowym badaniem zawierało m.in.: opis problemu decyzyjnego oraz taryfikowanego świadczenia, w tym jego charakterystykę, sposób i poziom finansowania, projekt taryfy oraz analizę wpływu na budżet.

(akta kontroli str. 1086-1170, pliki 166-170, 305-310, 587-601, 659-663, 697-700, 768-772)

Od interesariuszy (m.in. podmiotów publicznych i prywatnych, stowarzyszeń/towarzystw, konsultantów, instytucji rządowych), do objętych szczegółową analizą projektów taryf, wpłynęło 15 uwag, tj. WT.541.36.2016 – pięć, AOTMiT-WT-553-20/2015 – pięć, WT.541.49.2016 – trzy oraz WT.541.5.2019 – dwie. Wniesione uwagi najczęściej odnosiły się do funkcjonowania przyjętych rozwiązań systemowych w ochronie zdrowia oraz zaproponowanej przez Agencję wyceny. Osoby zgłaszające uwagi do opublikowanego raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń – WT.541.5.2019, złożyły oświadczenia, o których mowa w art. 311b ust. 5 *ustawy o świadczeniach*²⁶. Rada ds. Taryfikacji pozytywnie zaopiniowała ustalone taryfy dla czterech z pięciu przedstawionych jej projektów taryf objętych szczegółowym badaniem, tj.: WT.541.36.2016²⁷; AOTMiT-WT-553-9/2015; WT.541.49.2016, WT.541.10.2019; WT.541.5.2019. Natomiast projekt taryfy AOTMiT-WT-553-20/2015 przedstawiony Radzie ds. Taryfikacji, na posiedzeniu w dniu 16 czerwca 2016 r., został przez nią negatywnie zaopiniowany, przy czym zarekomendowano przyjęcie stosownych stawek, które uzyskały akceptację Prezesa Agencji.

Przed wydaniem stanowiska Rada ds. Taryfikacji prowadziła na posiedzeniach konsultacje w sprawie taryf²⁸ z: ekspertem w dziedzinie medycyny związanej ze świadczeniem opieki zdrowotnej, przedstawicielami środowisk zainteresowanych taryfą oraz innymi podmiotami (Ministerstwem Zdrowia, NFZ).

(akta kontroli str. 1086-1170, pliki 171, 192-196, 206, 316-322, 584, 586, 602, 603, 664-666, 703, 705, 707-713, 773-777)

Proces taryfikacji²⁹, dla objętych szczegółowym badaniem raportów, trwał od dwóch³⁰ do 464 dni. Przyczyną długotrwałego przebiegu postępowania (trwającego ponad rok) dla taryfy WT.541.49.2016 była duża liczba zadań oczekujących na realizację przez AOTMiT. W 2019 roku dokonano jej aktualizacji – raport WT.541.10.2019.

(akta kontroli str. 1086-1170, pliki 784-789)

W latach 2015-2020 zlecono Agencji do wyceny 29 nowych świadczeń. Szczegółowym badaniem objęto pięć projektów raportów w sprawie ustalenia taryfy świadczeń³¹. Do przygotowania taryf: AOTMiT-WT-553-9/2015, WT.541.15.2018,

²⁶ Zgodnie z brzmieniem obowiązującym od 23 lipca 2017 r. Upřednio nie istniał obowiązek składania takich oświadczeń.

²⁷ Rada ds. Taryfikacji w dniu 17 listopada 2016 r. wydała negatywną opinię nr 29/2016 z uwagi na czas potrzebny do zebrania od świadczeniodawców danych i ich analizy w celu zweryfikowania zaproponowanego przez Agencję projektu taryfy. W dniu 22 marca 2017 r. Rada ds. Taryfikacji wydała pozytywną opinię nr 6/2017 dla projektu taryfy.

²⁸ Tj. WT.541.36.2016, WT.541.49.2016, WT.541.10.2019, WT.541.5.2019.

²⁹ Tj. od daty zlecenia do daty obwieszczenia taryfy.

³⁰ Taryfy świadczeń ambulatoryjnych kardiologiczne konsylium lekarskie przy użyciu sprzętu telemedycznego oraz geriatryczne konsylium lekarskie przy użyciu sprzętu telemedycznego Minister Zdrowia zlecił 26 sierpnia 2015 r., Rada ds. Taryfikacji pozytywnie zaopiniowała taryfy 27 sierpnia 2015 r., obwieszczenie Prezesa Agencji opublikował 27 sierpnia 2015 r.

³¹ Kardiologiczne konsylium lekarskie przy użyciu sprzętu telemetrycznego. Geriatryczne konsylium lekarskie przy użyciu sprzętu telemedycznego – AOTMiT-WT-553-9/2015; Świadczenia gwarantowane realizowane przez zespół leczenia bólu u dzieci – WT.541.5.2019; Świadczenia gwarantowane z zakresu ambulatoryjnej

AOTMiT-WT-553-13/2015 wykorzystano dane będące w posiadaniu Agencji. Ponadto posłużono się: danymi z cenników komercyjnych (WT.541.15.2018, WT.541.10.2018), wynikami badania ankietowego oraz cenami i sposobem finansowania w innych krajach (WT.541.5.2019). Dodatkowo przy opracowywaniu taryf: AOTMiT-WT-553-9/2015, WT.541.15.2018, WT.541.10.2018 oraz WT.541.5.2019 współpracowano z ekspertami klinicznymi z zakresu: geriatrii, kardiologii, leczenia hemofilii i pokrewnych skaz krwotocznych, diabetologii, endokrynologii oraz leczenia bólu u dzieci. Jedna z pięciu wycen (bez obwieszczenia) została zaimplementowana przez NFZ, tj. dla projektu taryfy–AOTMiT-WT-553-13/2015.

(akta kontroli str. 730-733, 1086-1170, pliki 697-700, 715, 716, 768-772, 1120, str. 1171-1172, pliki 2-10)

1.3 Standard rachunku kosztów

Opis stanu
faktycznego

Do zadań Agencji związanych z taryfikacją świadczeń, zgodnie z art. 31n pkt. 1b *ustawy o świadczeniach*, należy opracowywanie propozycji zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów. Prace w tym zakresie Agencja rozpoczęła w I kwartale 2016 r. Przeprowadzona przez Agencję, na podstawie informacji uzyskanych od 132 podmiotów leczniczych, analiza wykazała, że przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2015 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców³² nie są w pełni zrozumiałe. Utworzono zespół ekspertów zewnętrznych i pracowników Agencji, którego zadaniem było przygotowanie projektu zmian w obowiązującym rozporządzeniu w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców. Wynikiem prac zespołu było opracowanie dokumentu *Koncepcja rachunku kosztów*, który w dniu 24 stycznia 2018 r. Agencja przekazała Podsekretarzowi Stanu w Ministerstwie Zdrowia.

Zadaniem kolejnych trzech zespołów powołanych przez Prezesa Agencji³³ było opracowanie projektu nowego rozporządzenia w sprawie standardu rachunku kosztów. Pierwszy projekt do opracowania, którego zaangażowano grupę ekspertów oraz przeprowadzono pilotaż w celu skorzystania z praktyk funkcjonujących u świadczeniodawców, został przekazany Ministrowi Zdrowia w dniu 16 lipca 2019 r. W dniu 13 grudnia 2019 r. Minister Zdrowia wydał komunikat, w którym zapowiedział uchylene rozporządzenia z roku 2015 oraz odłożenie wejścia w życie standardu do 1 stycznia 2021 r., co było odpowiedzią na postulaty świadczeniodawców dotyczące zbyt krótkiego czasu na jego wdrożenie. Jednocześnie zapowiedziane zostało podjęcie kolejnych prac, mających na celu przygotowanie jednego finalnego projektu rozporządzenia w miejsce dwóch pierwotnie planowanych, wprowadzających standard etapowo.

opieki specjalistycznej obejmujące leczenie chorych na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne – WT.541.15.2018; Świadczenie gwarantowane obejmujące system ciągłego monitorowania glikemii w czasie rzeczywistym (CGM-RT) u dzieci i młodzieży do 26 roku życia z cukrzycą typu 1 leczonych za pomocą pompy insulinowej oraz leczenie insuliną z zastosowaniem pompy insulinowej; założenie pompy – WT.541.10.2018; Opieka kompleksowa po zawale mięśnia sercowego – AOTMiT-WT-553-13/2015.

³² Dz. U. poz. 1126.

³³ Zarządzenie Nr 64/2018 Prezesa AOTMiT z dnia 6 listopada 2018 r. w sprawie powołania Zespołu ds. opracowania propozycji zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów w AOTMiT; zarządzenie Nr 30/2019 Prezesa AOTMiT z dnia 23 lipca 2019 r. w sprawie zasad opracowania szczegółowej propozycji zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców w AOTMiT; zarządzenie Nr 34/2019 Prezesa AOTMiT z dnia 22 sierpnia 2019 r. w sprawie zasad opracowania szczegółowej propozycji zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców w AOTMiT; zarządzenie Nr 5/2020 Prezesa AOTMiT z dnia 23 stycznia 2020 r. w sprawie opracowania propozycji zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów w AOTMiT.

Drugi projekt rozporządzenia Minister Zdrowia otrzymał w dniu 2 kwietnia 2020 r. W przypadku obu projektów Agencja brała czynny udział w pracach legislacyjnych. Rozporządzenie³⁴ zostało podpisane przez Ministra Zdrowia w dniu 26 października 2020 r. z terminem wejścia w życie z dniem 1 stycznia 2021 r.

(akta kontroli str. 298-320, 331-505, 852-861, 1086-1170, plik 12-13, 801-845)

W okresie objętym kontrolą Agencja zawarła 42 umowy cywilnoprawne z ekspertami zewnętrznymi na realizację zadań związanych ze standardem rachunku kosztów, w tym 20 umów o dzieło. Z tego tytułu Agencja poniosła koszty w kwocie 200,6 tys. zł³⁵.

(akta kontroli str. 298-320, 331-505, 1086-1170, plik 16)

Standard rachunku kosztów był trzykrotnie omawiany na posiedzeniach Rady ds. Taryfikacji:

- w dniu 21 grudnia 2017 r. Rada rekomendowała zmianę rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2015 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców, w celu uproszczenia standardu, uznając za zasadne stworzenie trzech poziomów wymagań stawianych świadczeniodawcom, w zakresie dostępności informacji kosztowej;
- w dniu 29 stycznia 2020 r. Rada zapoznała się z założeniami docelowego kształtu standardu i jego wpływu na metodykę taryfikacji;
- w dniu 26 marca 2020 r. Rada zapoznała się z prezentacją projektu nowego rozporządzenia, do którego odniosła się pozytywnie, zwracając jednocześnie uwagę na potrzebę przedyskutowania pewnych kwestii z gronem ekspertów.

(akta kontroli str. 1086-1170, plik 1097, 1099-1100)

1.4 Koszty taryfikacji świadczeń

Opis stanu
faktycznego

W latach 2015-2020 (I półrocze) koszty taryfikacji świadczeń wyniosły 94 012,4 tys. zł, co stanowiło 52,6% kosztów Agencji ogółem³⁶. Najwyższe koszty na taryfikację świadczeń, w kwocie 23 814,1 tys. zł, poniesiono w 2015 r. W kolejnych latach koszty taryfikacji zmniejszyły się i wynosiły odpowiednio: 13 928,9 tys. zł; 16 031,3 tys. zł; 15 305,3 tys. zł; 16 819,1 tys. zł i 8113,7 tys. zł³⁷.

Prezes Agencji wyjaśnił, że przyczyną poniesienia tak wysokich kosztów w 2015 r. była konieczność pozyskania danych niezbędnych do ustalenia taryf świadczeń przewidzianych w Planach Taryfikacji na rok 2015 i 2016. Rok 2015 był pierwszym rokiem funkcjonowania Wydziału Taryfikacji i jednocześnie pierwszym, w którym Agencja zgodnie z Planem Taryfikacji na rok 2015 została zobligowana do ustalenia taryf za świadczenia opieki zdrowotnej, a także zgromadzenia danych, które mogły być podstawą ustalenia taryf w roku 2016. Wymagało to pozyskania dużego wolumenu danych o świadczeniach opieki zdrowotnej. W ramach postępowań gromadzono tzw. dane medyczno-kosztowe odnoszące się do pojedynczego pacjenta w układzie plików szczegółowych lub plików czynności, kart kalkulacji oraz dane ogólne finansowo-księgowe. Agencja, na podstawie zawartych umów³⁸, wypłaciła 218 podmiotom leczniczym środki w kwocie 23 201,6 tys. zł.

(akta kontroli str. 687-692, 694, 875-885, 1086-1170, plik 794-800, 973, 1165-1167)

³⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców. Dz. U. poz. 2045.

³⁵ Bez kosztów podróży i zakwaterowania ekspertów.

³⁶ Bez kosztów funkcjonowania Rady ds. Taryfikacji

³⁷ Dane według stanu na dzień 19 listopada 2020 r.

³⁸ Umowy odpłatne zawarto na podstawie art. 31lc ust. 5 ustawy o świadczeniach, w brzmieniu obowiązującym do 23 lipca 2017 r.

Koszty funkcjonowania Rady ds. Taryfikacji w latach 2015-2020 (I półrocze) wyniosły 2150,1 tys. zł. Najwyższe koszty, w kwocie 646,9 tys. zł, poniesiono w 2017 r. a najniższe, 83,4 tys. zł, w I półroczu 2020 r. Główną pozycją kosztów były koszty wynagrodzeń za udział w posiedzeniach Rady, stanowiły one od 91,8% do 96,9% kosztów funkcjonowania Rady. Najwyższe koszty wynagrodzeń, w kwocie 607,3 tys. zł, poniesiono w 2017 r., najniższe 80,3 tys. zł w I półroczu 2020 r. Koszty wynagrodzeń uzależnione były od liczby posiedzeń Rady. W latach 2015-2019 odbywało się rocznie od 12 do 17 posiedzeń Rady ds. Taryfikacji. Wyjątkiem był rok 2017, w którym odbyło się 27 posiedzeń Rady, co skutkowało poniesieniem przez Agencję kosztów w kwocie 646,9 tys. zł³⁹.

(akta kontroli str. 694, 875-885, 1086-1170, plik 794-800, 1162-1164)

W strukturze kosztów taryfikacji świadczeń i kosztów funkcjonowania Rady ds. Taryfikacji w latach 2015-2020 (I półrocze) najwyższe pozycje stanowiły koszty wynagrodzeń i koszty usług obcych. Koszty wynagrodzeń wyniosły 48 842,1 tys. zł, co stanowiło 50,8% kosztów ogółem. Koszty usług obcych wyniosły 30 117,7 tys. zł, tj. 31,3% kosztów ogółem. Na usługi obce największe środki przeznaczono w 2015 r., tj. 13 529,5 tys. zł. W pozostałym okresie koszty te zmniejszyły się znacząco i wynosiły w kolejnych latach 3662,1 tys. zł; 5392,9 tys. zł; 2213,4 tys. zł; 3446,9 tys. zł i 1872,9 tys. zł. W 2015 r. 12 574,5 tys. zł, tj. 92,9% kosztów usług obcych stanowiły koszty pozyskania danych.

(akta kontroli str. 694, 1086-1170, plik 794-800, 1162-1167)

1.5 Poziom zatrudnienia i kwalifikacje pracowników

Opis stanu
faktycznego

W latach 2015-2020 w Wydziale Taryfikacji zatrudnienie utrzymywało się na zbliżonym poziomie, tj. od 41 do 55 pracowników⁴⁰ na stanowiskach od młodszego specjalisty do dyrektora. Największe było w 2018 roku i wyniosło 55 pracowników, tj. 53,9 etatów, natomiast najmniejsze było w 2016 roku i wyniosło 41 pracowników, tj. 40 etatów. Osoby zatrudnione w Wydziale Taryfikacji posiadały wykształcenie wyższe z zakresu nauk m.in.: przyrodniczych, medycznych, ekonomicznych i społecznych. Pracownicy podnosili swoje kwalifikacje zawodowe poprzez uczestnictwo w licznych szkoleniach, kursach oraz warsztatach, np. z zarządzania w ochronie zdrowia, księgowości, rachunku kosztów. W ocenie Prezesa Agencji w okresie objętym kontrolą poziom zatrudnienia w Wydziale Taryfikacji były adekwatny do liczby zadań wynikających z planów taryfikacji.

(akta kontroli str. 699, 932-934, 1086-1170, plik 3)

1.6 Współpraca z ekspertami zewnętrznymi

Opis stanu
faktycznego

W okresie objętym kontrolą Agencja współpracowała z licznymi ekspertami zewnętrznymi. W latach 2015-2020 (I półrocze) na wniosek Wydziału Taryfikacji Agencja zawarła 369 umów cywilnoprawnych. Koszty poniesione z tego tytułu wyniosły 2642,5 tys. zł⁴¹. Przedmiotem umów było m.in. doradztwo merytoryczne w zakresie świadczeń objętych taryfikacją, opracowania dotyczące przebiegów referencyjnych świadczeń, opracowania zaleceń do standardu rachunku kosztów, analiza danych finansowo-księgowych.

(akta kontroli str. 298-505, 1086-1170, plik 6)

Szczegółowym badaniem objęto 54 umowy cywilnoprawne na realizację, których Agencja wydatkowała środki w kwocie 231,0 tys. zł.

³⁹ Koszty wynagrodzeń, zwroty kosztów podróży, catering i noclegi.

⁴⁰ Tj. z pominięciem osób przebywających na urlopach macierzyńskich, wychowawczych, bezpłatnych czy długotrwałych zwolnieniach lekarskich.

⁴¹ Dane według stanu na dzień 26 listopada 2020 r.

Przedmiotem dziewięciu umów o dzieło było przygotowanie opisów przebiegu badań rezonansu magnetycznego i tomografii komputerowej oraz opracowania dotyczącego zaangażowania poszczególnych zasobów w stacjonarnej opiece długoterminowej i opracowanie jednostki optymalnej zakładu opieki długoterminowej. Prawidłowe wykonanie i odbiór dzieła zostało potwierdzone protokołem odbioru. Umowy przenosiły na Agencję całość praw autorskich.

Przedmiotem trzech umów zlecenia były konsultacje merytoryczne oraz przeprowadzenie szkolenia.

Przedmiotem pozostałych 42 umów była realizacja zadań związanych ze standardem rachunku kosztów, w tym jedna umowa na opracowanie opinii na temat rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2015 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców.

Część umów sporządzono nierzetelnie, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Agencja, mimo powołania czterech Zespołów ds. opracowania zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów i zatrudnieniu 22 ekspertów zewnętrznych, zawarła dodatkowo 19 umów o dzieło⁴², w tym osiem na opracowanie zaleceń standardu rachunku kosztów oraz 11 na opracowanie m.in. planu kont i projektu rozporządzenia w sprawie standardu rachunku kosztów. Agencja nie wykorzystywała potencjału swoich pracowników ani zgromadzonego materiału, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 321-330, 575-610, 1086-1170, plik 197, 323-324, 604-627)

1.7 Rada do spraw Taryfikacji

Opis stanu
faktycznego

Przy Prezesie Agencji działa Rada do spraw Taryfikacji, która pełni funkcję opiniodawczo-doradczą. Do zadań Rady należy m.in. opiniowanie planu taryfikacji i metodyki taryfikacji świadczeń oraz wydawanie stanowisk w sprawie ustalenia taryfy świadczeń. W skład Rady do spraw Taryfikacji wchodzi dziesięciu członków powoływanych i odwoływanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia. W dniu 28 maja 2015 r. Minister Zdrowia powołał⁴³, na sześcioletnią kadencję, pierwszy skład Rady. Szczegółowy tryb pracy Rady został określony w regulaminie pracy uchwalonym w dniu 10 czerwca 2015 r. przez Radę i zatwierdzonym przez Prezesa Agencji.

(akta kontroli str. 516-525, 680-686, 900-909, 1086-1170, plik 1102-1104)

W dniu 26 stycznia 2016 r. Prezes Agencji, na podstawie art. 31sa ust. 6 pkt 4 *ustawy o świadczeniach*, złożył do Ministra Zdrowia wnioski o odwołanie, przed upływem kadencji, wszystkich członków Rady. Minister Zdrowia, przychylając się do wniosków Prezesa Agencji, odwołał w dniu 16 maja 2016 r. sześciu członków Rady, powołując jednocześnie sześciu następnych. W kolejnych miesiącach skład Rady zmieniał się wielokrotnie. Łącznie Minister Zdrowia powołał 27 członków Rady i odwołał 18. W okresie objętym kontrolą przez 36 miesięcy Rada funkcjonowała w niepełnym składzie. W okresie od 25 października 2016 r. do 20 września 2017 r. oraz od 24 października 2018 r. do czasu zakończenia kontroli Rada liczyła od sześciu do dziewięciu członków, mimo że art. 31sa ust. 3 *ustawy o świadczeniach* stanowi, że w skład Rady do spraw Taryfikacji wchodzi dziesięciu członków. W tym czasie odbyło się 47 posiedzeń Rady.

(akta kontroli str. 506-561, 680-686)

⁴² Koszt realizacji tych umów wyniósł 44,5 tys. zł.

⁴³ Członkowie Rady powołania odebrali w dniu 10 czerwca 2015 r.

W okresie objętym kontrolą Agencja zawarła z pięcioma członkami Rady 11 umów cywilnoprawnych, w tym dwie umowy o dzieło. Przedmiotem umów było m.in. reprezentowanie Agencji, udział w badaniu naukowym, czynności eksperckie, opracowanie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów. Z tego tytułu Agencja poniosła koszty w kwocie 154,3 tys. zł.

Umowy zawierane z członkami Rady prowadziły do konfliktu interesów, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 397-505, 900-909, 1086-1170, plik 972)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

1. Agencja nierzetelnie sporządzała umowy cywilnoprawne zawierane z ekspertami zewnętrznymi.

- W umowach zlecenie o numerach m.in. 27/04/2016, 32/03/2017, 33/03/2017, podpisywanych w pierwszym dniu obowiązywania umowy, zawieranych na czas od jednego do pięciu dni sformułowano w § 9 ww. umów zapis, który nie był możliwy do realizacji, tj. możliwość odstąpienia od umowy w terminie 10 dni od powzięcia wiadomości o wystąpieniu istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.

Prezes Agencji wyjaśniał, że przedmiotowy przepis był zamieszczony w umowach w celu zabezpieczenia interesu prawnego AOTMiT, np. na wypadek, gdyby w okresie obowiązywania umowy zaszły okoliczności niezależne od AOTMiT uniemożliwiające jej realizację. Ponadto nie zgodził się ze stwierdzeniem, że umowy zostały zawarte na czas od jednego do pięciu dni, tj. do dnia, w którym odbyło się szkolenie, ponieważ przedmiotem dwóch wskazanych umów było poza przeprowadzeniem szkolenia z obszaru taryfikacji, także podjęcie innych czynności, jak np. przygotowanie certyfikatów dla uczestników szkolenia.

- W dniu 16 listopada 2018 r. Agencja zawarła siedem umów o dzieło (08/11/2018, 10/11/2018, 11/11/2018, 12/11/2018, 13/11/2018, 14/11/2018 – umowa rozwiązana, 15/11/2018) na opracowanie m.in. wzorcowego planu kont oraz propozycji projektu rozporządzenia w sprawie standardu rachunku kosztów. Z protokołów odbioru dzieła wynika, że odebrano dzieła prawidłowo wykonane na podstawie sześciu umów, jednak Agencja faktycznie otrzymała jedno dzieło. Z tytułu realizacji wymienionych umów Agencja poniosła koszty w kwocie 12,0 tys. zł.

Prezes Agencji wyjaśnił, że umowy zawarte zostały z każdym z Wykonawców odrębnie, jednak zgodnym zamiarem oraz celem obu stron umów, tj. Agencji oraz poszczególnych ekspertów, było wypracowanie jednego projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu rachunku kosztów, będącego efektem prac wszystkich ekspertów. Konsekwencją takiego sformułowania umów z ekspertami było odrębne dokonanie odbioru dzieła od każdego z nich, jednak odbiór ten dotyczył jednego, wspólnie opracowanego, projektu rozporządzenia.

NIK ocenia, jako działanie nierzetelne umieszczanie w umowach zapisów, których nie można wykorzystać oraz brak wskazania, że przedmiotem sześciu umów ma być opracowanie jednego wspólnego dzieła.

(akta kontroli str. 321-396, 945-956, 1086-1170, plik 4, 197, 1127-1132)

2. Agencja nie wykorzystywała właściwie potencjału swoich pracowników ani zgromadzonego na podstawie umów cywilnoprawnych materiału. W latach 2016-

2019 Agencja powołała trzy Zespoły ds. opracowania zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów, zatrudniła 15 ekspertów zewnętrznych na merytoryczną koordynację prac zespołu oraz opiniodawczo-doradcze wspieranie działań Agencji oraz 15 umów o dzieło na opracowanie m.in. planu kont i projektu rozporządzenia w sprawie standardu rachunku kosztów. Według protokołów odbioru wszystkie dzieła i usługi zostały zrealizowane prawidłowo. Koszty poniesione z tego tytułu wyniosły 116,8 tys. zł. Mimo otrzymanych dzieł i wsparcia merytorycznego, Agencja w dniu 3 lutego 2020 r. zawarła trzy kolejne umowy o dzieło (nr 03/02/2020, 04/02/2020, 05/02/2020) na opracowanie projektu rozporządzenia dot. standardu rachunku kosztów oraz trzy umowy zlecenia (nr 07/02/2020, 08/02/2020, 09/02/2020) na opiniodawczo-doradcze wspieranie działań Agencji i udział w posiedzeniach Zespołu. Koszty poniesione z tego tytułu wyniosły 18,1 tys. zł.

Prezes Agencji wyjaśnił, że zdecydowano o zawarciu umów o dzieło ze specjalistami praktykami, w tym jedną osobą z uprawnieniami biegłego rewidenta, ponieważ zagadnienie rachunku kosztów jest bardzo skomplikowane, wymaga uwzględnienia ogromnego zróżnicowania świadczeniodawców, ich dotychczasowych praktyk z zakresu standardu rachunku kosztów oraz różnych systemów informatycznych. Potwierdzeniem tego jest liczba i jakość uwag złożonych w toku konsultacji publicznych zarówno pierwszego rozporządzenia, jak i drugiego.

Prezes Agencji nie wyjaśnił, dlaczego będąc w posiadaniu tak obszernych opracowań dot. standardu rachunku kosztów oraz umów zawartych na usługi doradcze pracownicy Agencji w ramach Zespołu powołanego przez Prezesa Agencji nie opracowali sami kolejnego projektu rozporządzenia.

W ocenie NIK, nie wykorzystywanie potencjału swoich pracowników ani opracowywanie wcześniej materiałów jest działaniem niegospodarnym.

(akta kontroli str. 298-320, 331-505, 852-861, 949-956, 1086-1170, plik 3, 1125-1138)

3. Przewodniczący Rady nie podjął działań zmierzających do wyłączenia z posiedzeń Rady członków w sytuacji występowania potencjalnego konfliktu interesów. Dwóch członków Rady ds. Taryfikacji współpracowało z Agencją na podstawie umów cywilnoprawnych przy opracowaniu standardu rachunku kosztów. Członkowie Rady, którzy otrzymali łączne wynagrodzenie w kwocie 68,0 tys. zł za prace związane z zaleceniami dotyczącymi standardu rachunku kosztów, brali czynny udział w opiniowaniu zaleceń przez Radę. Zalecenia dotyczące standardu rachunku kosztów były przedmiotem trzech posiedzeń Rady, w dniu 21 grudnia 2017 r., 29 stycznia 2020 r. oraz 26 marca 2020 r.

Przewodniczący Rady wyjaśnił, że członkowie Rady nie zostali wyłączeni z udziału w pracach Rady, ponieważ pracowali oni, jako eksperci, nad innym projektem zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów niż projekt opiniowany przez Radę.

NIK nie podziela stanowiska Przewodniczącego Rady, ponieważ niezależnie od ostatecznego projektu przedstawionego Radzie, członkowie Rady pracowali, jako eksperci przy zaleceniach dotyczących standardu rachunku kosztów.

W ocenie NIK do konfliktu interesów dochodzi, gdy prywatny interes pracownika może kolidować z interesem publicznym.

(akta kontroli str. 397-505, 911-914, 949-956, 1086-1170, plik 972)

OCENA CZĄSTKOWA

W latach 2015-2020 Prezes Agencji przekazywał do zatwierdzenia Ministrowi Zdrowia plany taryfikacji Agencji na dany rok wraz z opiniami Prezesa NFZ i Rady ds. Taryfikacji. NIK zwraca jednak uwagę na realizację 32,6% zadań wynikających z planów taryfikacji oraz zleceń Ministra Zdrowia, w tym długotrwały proces

taryfikacji, tj. przekraczający roczną perspektywę ujętą w planach taryfikacji. Objęte szczegółowym badaniem raporty powstały w oparciu o przyjętą przez Agencję *Metodykę taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej*.

Agencja uczestniczyła w opracowywaniu projektu rozporządzenia dotyczącego standardu rachunku kosztów oraz brała czynny udział w pracach legislacyjnych. Jednak zastrzeżenia NIK budzi zatrudnianie zewnętrznych ekspertów, w sytuacji gdy zlecane zadania mogą być realizowane przez pracowników Agencji w oparciu o posiadaną dokumentację. Ponadto dwóch członków Rady ds. Taryfikacji, z którymi zawarto umowy cywilnoprawne na opracowanie standardu rachunku kosztów brało czynny udział w jego opiniowaniu przez Radę.

OBSZAR

2. System wyceny świadczeń

Opis stanu faktycznego

2.1 Analizy, badania naukowe i prace rozwojowe

Od 1 czerwca 2019 r. do zadań Agencji, na podstawie art. 31n pkt 4b *ustawy o świadczeniach*, należy inicjowanie, wspieranie i prowadzenie analiz oraz badań naukowych i prac rozwojowych w zakresie oceny technologii medycznych, taryfikacji świadczeń oraz sporządzanie oceny założeń do realizacji świadczeń opieki zdrowotnej. Realizację tego zadania Agencja rozpoczęła od zapewnienia dostępu do baz danych, tj. Wirtualnej Biblioteki Nauki i Bazy Pesel-NET oraz zawarcia porozumień o współpracy z różnymi instytucjami, m.in. z Instytutem Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Kardynała Stefana Wyszyńskiego i Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładem Higieny oraz Gdańskim Uniwersyteciem Medycznymi i Uniwersyteckim Centrum Klinicznym. Na podstawie zawartych porozumień strony zobowiązały się m.in. do wymiany wiedzy, kompetencji i danych, współpracy w zakresie wsparcia analitycznego, wymiany materiałów, publikacji i informacji naukowej, udziału we wspólnych projektach naukowych.

(akta kontroli str. 713-729, 837-848, 1086-1170, plik 779-780)

W latach 2019-2020 Agencja realizowała, w ramach projektu systemowego *Mapy potrzeb zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych*, badanie naukowe pn. *Kompleksowy Model Probabilistycznej Analizy Świadczeń Zdrowotnych KOMPAS*⁴⁴. Celem głównym projektu było przygotowanie prognozy potrzeb zdrowotnych społeczeństwa oraz priorytetów działań pozwalających na efektywne zabezpieczenie tych potrzeb. W ramach realizacji tego celu opracowano trzy raporty:

- Część 1 – Raport dotyczący sytuacji zdrowotnej i prognozy na lata 2019-2028 populacji dla wybranych chorób onkologicznych i kardiologicznych;
- Część 2 – Raport dotyczący niezbędnego wolumenu i rodzaju świadczeń zdrowotnych odpowiadających uwarunkowaniom epidemiologiczno-demograficznym; w zakresie wybranych chorób onkologicznych (rak jelita grubego) na lata 2019-2028;
- Część 3: Preferencje pacjentów względem zdefiniowanego zakresu zabezpieczenia zdrowotnego dotyczącego wybranych chorób onkologicznych.

(akta kontroli str. 837-848, 1086-1170, plik 790-793)

Agencja, na mocy listu intencyjnego z 2018 r., nawiązała również współpracę międzynarodową z Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) przy

⁴⁴ Badanie współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, na podstawie Umowy nr 4/2019/DAS/EFS/MS/1163/2019/39 z dnia 20 marca 2019 roku zawartej z pomiędzy Ministrem Zdrowia a Prezesem Agencji.

Uniwersytecie Waszyngtońskim w Seattle. Prezes Agencji poinformował, że dzięki podjętej współpracy z IHME możliwe było zaktualizowanie i nadanie nowego kształtu Mapom Potrzeb Zdrowotnych opublikowanych przez Ministerstwo Zdrowia, wprowadzając analizy na poziomie wojewódzkim dla oszacowań poziomu zapadalności, chorobowości, umieralności oraz obciążenia chorobowego wyrażonego w DALY⁴⁵.

(akta kontroli str. 837-848, 1086-1170, plik 778)

2.2 Świadczenia kompleksowe

Opis stanu
faktycznego

W latach 2015-2020 Agencja prowadziła prace związane z wyceną pięciu świadczeń kompleksowych, w tym dwóch na podstawie planu taryfikacji oraz trzech na podstawie zlecenia Ministra Zdrowia.

Model opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego (KOS-zawał) opracowano na zlecenie Ministra Zdrowia. Prace analityczne zakończono w 2016 r. Model opieki kompleksowej obejmuje leczenie pacjenta w ciągu pierwszych 12 miesięcy po wypisie ze szpitala w ramach czterech podstawowych modułów: kompleksowej rehabilitacji i edukacji, kardiologii interwencyjnej, elektroterapii oraz specjalistycznej opieki kardiologicznej. Model ten uzyskał pozytywną rekomendację Prezesa Agencji. Minister Zdrowia rozporządzeniem z dnia 16 grudnia 2016 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego zakwalifikował KOS-zawał, jako świadczenie gwarantowane.

Model kompleksowej opieki w endoprotezoplastyce stawu biodrowego, składający się z opieki przedoperacyjnej, okresu hospitalizacji oraz opieki poszpitalnej, również opracowano na zlecenie Ministra Zdrowia. Prace analityczne zakończono w 2016 r. Model ten uzyskał pozytywną rekomendację Prezesa AOTMiT jednak nie został zakwalifikowany przez Ministra Zdrowia do koszyka świadczeń gwarantowanych.

Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC) była ujęta w planie taryfikacji na rok 2017, jednak prac analitycznych nie rozpoczęto. Prezes Agencji poinformował, że nie zrezygnowano z prowadzenia taryfikacji świadczeń w tym zakresie. Racjonalizując działania, projekt został włączony do prac taryfikacyjnych dotyczących świadczeń z obszaru położnictwa i opieki nad noworodkami. Zakończenie prac nad taryfikacją w tym obszarze planuje się na I kwartał 2021 r.

Podstawą wyceny kompleksowego leczenia ran przewlekłych było zlecenie Ministra Zdrowia z 2017 r. Analiza problemu decyzyjnego przeprowadzona przez Wydział Taryfikacji wykazała: brak charakterystyki świadczenia, brak w rozporządzeniach w sprawie świadczeń gwarantowanych określonych procedur wykonywanych w ramach tego świadczenia oraz brak możliwości przekazania pełnych danych przez świadczeniodawców realizujących świadczenie. Po informacji Prezesa Agencji, Minister Zdrowia zalecił wstrzymanie prac do czasu doprecyzowania zapisów koszyka świadczeń gwarantowanych.

Wycena kompleksowego leczenia raka piersi została przeprowadzona na podstawie planu taryfikacji na rok 2018. Raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń został ukończony w marcu 2020 r. Wyceną objęto wybrane świadczenia gwarantowane obejmujące kompleksową opiekę onkologiczną nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Pierś) realizowane w ramach dwóch modułów. Moduł diagnostyka obejmujący diagnostykę wstępną i diagnostykę pogłębioną oraz moduł leczenie obejmujący świadczenia z katalogu JGP⁴⁶. Do czasu zakończenia

⁴⁵ DALY (ang. disability adjusted life years) – oczekiwana długość życia skorygowana niepełnosprawnością. DALY dla choroby lub stanu zdrowia to suma lat życia utraconych w wyniku przedwczesnej śmiertelności (YLL) i lat przeżycia z niepełnosprawnością (YLD) z powodu częstych przypadków choroby lub stanu zdrowia w populacji.

⁴⁶ Jednorodne grupy pacjentów.

czynności kontrolnych obwieszczenie w sprawie ustalenia taryfy świadczeń nie zostało opublikowane.

(akta kontroli str. 915-931, 1086-1170, plik 1114-1124)

W ramach współpracy z Polskim Towarzystwem Kardiologicznym oraz Śląskim Centrum Chorób Serca, Agencja oceniła realizację programu kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego. Celem analizy było porównanie śmiertelności, występowania kolejnych hospitalizacji oraz korzystania ze świadczeń, pomiędzy pacjentami po zawale serca włączonymi do programu KOS-Zawał oraz pacjentami leczonymi poza programem. Przeprowadzona analiza wykazała, że pacjenci objęci opieką w ramach programu KOS-Zawał uzyskują lepsze efekty leczenia, mają o około 30% mniejsze ryzyko zgonu oraz o około 15% mniejsze ryzyko hospitalizacji z powodu chorób układu krążenia. Ponadto dwukrotnie częściej korzystali oni ze świadczeń rehabilitacji kardiologicznej oraz rozpoczynali ją w większości przed upływem 14 dni od wypisu ze szpitala. Analizę przeprowadzono na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia za lata 2014-2019 oraz informacji dotyczących zgonów.

(akta kontroli str. 837-848, 1086-1170, plik 2)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

OCENA CZĄSTKOWA

NIK ocenia pozytywnie podjęte przez Agencję działania związane z prowadzeniem analiz i badań naukowych w zakresie taryfikacji świadczeń oraz sporządzania oceny założeń do realizacji świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń kompleksowych. Opracowany na zlecenie Ministra Zdrowia model opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego pozwalał na kompleksowe i efektywne leczenie, co potwierdziła przeprowadzona analiza danych. Mimo pozytywnych efektów leczenia w ramach programu KOS-Zawał, pozostałe świadczenia kompleksowe, nad którymi pracowała Agencja nie zostały jednak wdrożone.

IV. Uwagi i wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, przedstawia następujące uwagi i wnioski:

Uwagi

NIK zwraca uwagę na możliwość pełniejszego wykorzystania wiedzy oraz zdobytych kwalifikacji zawodowych pracowników Wydziału Taryfikacji, a w efekcie zmniejszenia liczby i wartości zawieranych umów cywilnoprawnych.

Wnioski

1. Zaprzestanie zawierania umów cywilnoprawnych z członkami Rady ds. Taryfikacji, które skutkują występowaniem konfliktu interesów.
2. Rzetelna ocena możliwości realizacji zadań przez pracowników Agencji przed podjęciem decyzji o zleceniu zadań ekspertom zewnętrznym.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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. Prawo zgłaszania

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę 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, 31 grudnia 2020 r.

Kontrolerzy
Karolina Hawryluk
Inspektor kontroli państwowej

/-/

.....
podpis

Grażyna Mazurek
Główny specjalista kontroli
państwowej

/-/

.....
Podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Departament Zdrowia

Dyrektor

Piotr Wasilewski

/-/

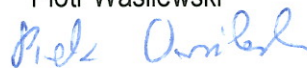
.....
podpis

Zmian w wystąpieniu pokontrolnym dokonał Piotr Wasilewski, Dyrektor Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli.

Najwyższa Izba Kontroli
Departament Zdrowia

Dyrektor

Piotr Wasilewski



.....
podpis

