



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Departament Zdrowia

KZD.410.004.02.2020

Pan
Filip Nowak
p.o. Prezesa
Narodowego Funduszu Zdrowia
ul. Rakowiecka 26/30
Warszawa

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

zmienione zgodnie z treścią uchwały nr KPK-KPO.443.013.2021
Komisji Rozstrzygającej
z dnia 17 marca 2021 r.

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka
kontrolowana

Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia,
ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa

Kierownik jednostki
kontrolowanej

Filip Nowak p.o. Prezesa od dnia 26 sierpnia 2020 r., uprzednio: Tadeusz Jędrzejczyk¹, Andrzej Jacyna², Adam Niedzielski³

Zakres przedmiotowy
kontroli

Realizacja zadań z zakresu wyceny świadczeń, pozostających w kompetencjach NFZ.

Okres objęty kontrolą

Lata 2015-2020 (do 30 listopada 2020 r.).

Podstawa prawna
podjęcia kontroli

art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli⁴

Jednostka
przeprowadzająca
kontrolę

Najwyższa Izba Kontroli, Departament Zdrowia

Kontrolerzy

Andrzej Szpigielski, główny specjalista kp., upoważnienie do kontroli nr KZD/40/2020;

Beata Ciechańska, starszy inspektor kp., upoważnienie do kontroli nr KZD/31/2020.

(akta kontroli str. 1-3)

II. Ocena ogólna⁵ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: NFZ lub Fundusz) na ogół prawidłowo implementowała taryfy świadczeń gwarantowanych określone w obwieszczeniach Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (dalej: AOTMiT lub Agencja), niemniej w czterech przypadkach nastąpiło to z opóźnieniem.

NIK negatywnie ocenia działania Funduszu w zakresie zmian wyceny świadczeń opieki zdrowotnej. Prezes NFZ, w sposób niezgodny z obowiązującymi przepisami, stosował, w zarządzeniach będących podstawą rozliczenia świadczeń, wartości punktowe, inne niż określone w taryfach przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji⁶. Z kolei zmiany w wycenie świadczeń nieobjętych taryfikacją AOTMiT nie były poprzedzone rzetelną analizą kosztów oraz relacji kosztowych tych świadczeń.

¹ Prezes NFZ od dnia 3 czerwca 2014 r. do dnia 14 marca 2016 r.

² P.o. Prezesa NFZ od dnia 14 marca 2016 r. do dnia 15 czerwca 2018 r., Prezes NFZ od dnia 15 czerwca 2018 r. do dnia 18 lipca 2019 r.

³ P.o. Prezesa NFZ od dnia 18 lipca 2019 r. do dnia 10 października 2019 r., Prezes NFZ od dnia 10 października 2019 r. do dnia 26 sierpnia 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 Dalej „AOTMiT” lub „Agencja”.

Prezes Funduszu nie określał zwymiarowanych celów dla wprowadzanych zmian w finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej. Powyższe utrudniało lub uniemożliwiało rzetelną ocenę realizacji podjętych działań i tym samym dokonanie oceny ich skuteczności i efektywności. Ponadto, o wprowadzanych zmianach decydowały przede wszystkim możliwości finansowe Funduszu, a nie sprecyzowane cele związane z poprawą dostępności świadczeń.

W jednym przypadku Prezes NFZ nie określił jednostki rozliczeniowej i jej wartości dla świadczenia, dla którego nie została ustalona taryfa.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej⁷ kontrolowanej działalności

OBSZAR	Realizacja zadań z zakresu wyceny świadczeń, pozostających w kompetencjach NFZ
--------	---

Opis stanu faktycznego

1. Wartość sfinansowanych świadczeń opieki zdrowotnej⁸, objętych taryfikacją w poszczególnych latach wyniosła:

- 8 262 530,2 tys. zł w 2015 r.,
- 8 440 419,4 tys. zł w 2016 r.,
- 13 694 035,1 tys. zł w 2017 r.,
- 14 633 101,6 tys. zł w 2018 r.,
- 15 159 778,2 tys. zł w 2019 r.,
- 6 652 903,5 tys. zł w 2020 r. (I półrocze).

Odsetek świadczeń opieki zdrowotnej objętych taryfikacją w stosunku do wartości świadczeń ogółem w 2019 r. w poszczególnych rodzajach świadczeń wynosił:

- ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS) – 16,28 % (1 086 865,2 tys. zł),
- świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (OPD) – 81,85% (1 253 376,4 tys. zł),
- opiece paliatywnej i hospicyjnej (OPH) – 99,99 % (724 467,7 tys. zł),
- opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień (PSY) – 17,01% (455 463,3 tys. zł),
- rehabilitacji leczniczej (REH) – 0,28% (8 229,0 tys. zł),
- świadczeń zdrowotnych kontraktowanych odrębnie (SOK) – 73,78% (1 582 384,3 tys. zł),
- leczeniu szpitalnym (SZP) – 25,83% w 2019 r. (10 048 992,3 tys. zł).

(akta kontroli: 1658-1684 płyta CD – plik nr 1; 1686)

2. Prezes NFZ, definiując szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, uwzględnił taryfy świadczeń określone w 74 z 75 obwieszczeń Prezesa AOTMiT, wydanych w latach 2015-2019⁹.

Taryfy świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, o których mowa w obwieszczeniu

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

⁸ Dane pochodzące z systemów informatycznych NFZ, stan na dzień 27 października 2020 r.

⁹ W latach 2015-2019 Prezes Agencji wydał w sumie 76 obwieszczeń określających taryfy świadczeń gwarantowanych, przy czym jedno obwieszczenie z dnia 10 października 2019 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień dla dzieci i młodzieży otrzymało status nieaktualnego.

Prezesa AOTMiT z dnia 17 grudnia 2015 r. nie zostały wprowadzone do stosowania z uwagi na fakt, że zanim zaistniała konieczność ich stosowania, taryfy te zostały zmienione przez Prezesa Agencji obwieszczeniem z dnia 29 czerwca 2016 r.¹⁰

(akta kontroli: 1658-1684 płyta CD – plik nr 167)

Prezes NFZ zarządzeniami Nr: 54/2016 oraz 116/2016 implementował taryfy świadczeń gwarantowanych w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna określone odpowiednio w obwieszczeniach Prezesa Agencji z dnia 19 listopada 2015 r. oraz z dnia 29 czerwca 2016 r. Należy wskazać, że obwieszczenie z dnia 29 czerwca 2016 r., w przeciwieństwie do obwieszczenia z dnia 19 listopada 2015 r., nie określało taryf dla świadczeń: osobodzień w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym dla pacjentów żywionych dojelitowo oraz osobodzień w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym dla pacjentów żywionych pozajelitowo. Mając na uwadze powyższe, Prezes NFZ, zarządzeniem Nr 116/2016, określił wartość punktową produktów rozliczeniowych dla żywienia dojelitowego i pozajelitowego w hospicjach stacjonarnych/oddziałach medycyny paliatywnej. Zgodnie z rekomendacją Prezesa AOTMiT, przekazaną wraz z obwieszczeniem z dnia 29 czerwca 2016 r., wycena osobodnia ww. świadczeń została opracowana z uwzględnieniem wartości określonej dla żywienia do- i pozajelitowego, w kwocie jaka miała zastosowanie dla świadczeń leczenia szpitalnego.

(akta kontroli str.: 597-606, 640-641; 1658-1684 płyta CD – pliki nr 6-7, 152, akt notaryjny: zarządzenie Nr 54/2016)

3. Taryfy opublikowane w 70 obwieszczeniach Prezesa AOTMiT zostały wprowadzone do stosowania w terminie określonym w art. 146 ust. 6 ustawy o świadczeniach¹¹. W przypadku taryf świadczeń gwarantowanych, określonych w czterech obwieszczeniach Prezesa Agencji, ustawowy termin został przekroczony. Opóźnienie we wprowadzeniu do stosowania rzeczonych taryf wyniosło od dwóch do 44 dni. Szczegółowo zagadnienie zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli: 1658-1684 płyta CD 1 – plik nr 167)

4. W przypadku wybranych do analizy 11 jednostkowych świadczeń zdrowotnych, w przypadku, których po wprowadzeniu taryfy przez Prezesa AOTMiT liczba rozliczonych świadczeń zmniejszyła się, ustalono, że:

- artroskopia lecznicza, świadczenie gwarantowane w rodzaju leczenie szpitalne zmniejszyła się z 56 183 w 2015 r. do 19 385 w 2019 r. i wyniosła 7 112 w 2020 r. (I półrocze). Taryfę 38,79 pkt wprowadził Prezes AOTMiT¹² od 1 stycznia 2017 r. Poprzednio, tj. od 1 lipca 2016 r. wartość punktową hospitalizacji wynosiła 55. Wartość sfinansowanych świadczeń zmniejszyła się

¹⁰ Do 22 lipca 2017 r. do postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym roku oraz w przypadku takiej umowy zawartej na okres dłuższy niż rok, kwoty zobowiązania i warunki finansowe w danym roku ustalane były na podstawie taryfy świadczeń opublikowanej w Biuletynie Informacji Publicznej AOTMiT do dnia 30 czerwca roku poprzedniego (art. 146 ust. 6 ustawy 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)). W związku z powyższym taryfy, o których mowa zostały zmienione przez Prezesa Agencji zanim mogły zostać zaimplementowane.

¹¹ W obowiązującym stanie prawnym określoną przez Prezesa Agencji taryfę świadczeń wprowadza się do stosowania nie później niż przed upływem 4 miesięcy od dnia jej opublikowania. Z kolei w okresie od 1 lipca 2016 r. do 22 lipca 2017 r., do postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym roku, a w przypadku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej na okres dłuższy niż rok, do ustalenia kwoty zobowiązania i warunków finansowych w danym roku, stosowało się taryfę świadczeń opublikowaną w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji do dnia 30 czerwca roku poprzedniego.

¹² Obwieszczenie Prezesa AOTMiT z 30 grudnia 2016 r.

- z 153 334,0 tys. zł w 2015 r. do 38 566,2 tys. zł w 2019 r., a w 2020 r. (I półrocze) wyniosła 13 375,1 tys. zł;
- choroba niedokrwienna serca > 17 r.ż. < 70 r.ż., świadczenie gwarantowane w rodzaju leczenie szpitalne zmniejszyła się z 27 158 w 2015 r. do 18 681 w 2019 r. i wyniosła 5 793 w 2020 r. (I półrocze). Taryfę 37,09 pkt wprowadzono¹³ 29 czerwca 2016 r. Wartość zapłaconych świadczeń wyniosła 39 182,0 tys. zł w 2015 r. i zmniejszyła się do 33 014,2 tys. zł w 2019 r., a w 2020 r. (I półrocze) wyniosła 10 028,8 tys. zł;
 - choroba niedokrwienna serca > 69 r.ż. lub z pw., świadczenie gwarantowane w rodzaju leczenie szpitalne, zmniejszyła się z 39 082 w 2015 r. do 26 165 w 2019 r. i wyniosła 8 479 w 2020 r. (I półrocze). Taryfę 44,29 pkt wprowadzono 29 czerwca 2016 r. Wartość zapłaconych świadczeń zmniejszyła się z 76 104,2 tys. zł w 2015 r. do 58 733,9 tys. zł w 2019 r. i wyniosła 18 937,2 tys. zł w 2020 r. (I półrocze);
 - duże zabiegi żołądka i dwunastnicy, świadczenie gwarantowane w rodzaju leczenie szpitalne, zmniejszyła się z 7 272 w 2015 r. do 6 368 w 2019 r. i wyniosła 2 700 w 2020 r. (I półrocze). Taryfę 106,2 pkt wprowadzono 29 grudnia 2016 r. Wartość zapłaconych świadczeń zmniejszyła się z 40 368,8 tys. zł w 2015 r. do 37 803,7 tys. zł w 2019 r., a w 2020 r. (I półrocze) wyniosła 15 425,9 tys. zł;
 - choroby zastawek serca, świadczenie gwarantowane z zakresu kardiologii zachowawczej, zmniejszyła się z 50 231 w 2015 r. do 23 137 w 2020 r. (I półrocze) i wyniosła 7 455 w 2020 r. (I półrocze). Taryfę 53,28 pkt wprowadzono 29 czerwca 2016 r. Wartość zapłaconych świadczeń zmniejszyła się z 142 678,4 tys. zł w 2015 r. do 68 093,2 tys. zł w 2019 r., a w 2020 r. (I półrocze) wyniosła 21 977,1 tys. zł;
 - endoprotezoplastyka pierwotna częściowa stawu biodrowego, świadczenie gwarantowane w rodzaju leczenie szpitalne, zmniejszyła się z 1 164 w 2015 r. do 341 w 2019 r. i wyniosła 74 w 2020 r. (I półrocze). Taryfę 101 pkt wprowadzono 29 czerwca 2016 r. Wartość zapłaconych świadczeń zmniejszyła się z 6 249,9 tys. zł w 2015 r. do 1 938,6 tys. zł w 2019 r., a w 2020 r. (I półrocze) wyniosła 360,5 tys. zł;
 - nadciśnienie lecznicze > 17 roku życia, świadczenie gwarantowane w zakresie diagnostyki i leczenia zachowawczego chorób układu krążenia, zmniejszyła się z 49 807 w 2015 r. do 32 133 w 2019 r. i wyniosła 11 203 w 2020 r. (I półrocze). Taryfę 28 pkt wprowadzono 29 grudnia 2016 r. Wartość zapłaconych świadczeń zmniejszyła się z 68 355,0 tys. zł w 2015 r. do 45 535,0 tys. zł w 2019 r., a w 2020 r. (I półrocze) wyniosła 15 788,8 tys. zł;
 - P10 – choroby endokrynologiczne (bez cukrzycy), świadczenie gwarantowane w zakresie zachowawcze leczenie dzieci, zmniejszyła się z 10 821 w 2015 r. do 4 912 w 2019 r. i wyniosła 1 686 w 2020 r. (I półrocze). Taryfę 60,32 pkt wprowadzono 30 czerwca 2017 r. Wartość zapłaconych świadczeń zmniejszyła się z 24 079,6 tys. zł w 2015 r. do 16 279,6 tys. zł w 2019 r., a w 2020 r. (I półrocze) wyniosła 5 652,6 tys. zł;
 - P24 – cukrzyca, świadczenie gwarantowane w zakresie zachowawcze leczenie szpitalne dzieci, zmniejszyła się z 8 228 w 2015 r. do 4 468 w roku 2018. Taryfę 70,72 pkt wprowadzono 30 czerwca 2017 r. Wartość zapłaconych świadczeń zmniejszyła się z 24 137,6 tys. zł w 2015 r. do 15 028,5 tys. zł w 2018 r.¹⁴;

¹³ Taryfy zostały ustalone w odniesieniu do średniej wartości 1 punktu rozliczeniowego określonej przez NFZ w umowach z rodzaju leczenie szpitalne.

¹⁴ W 2019 r. nastąpiła zmiana sposobu rozliczania tego świadczenia jednostkowego, i tak w grupach P24 cukrzyca, P33 cukrzyca powikłana śpiączką/kwasica ketonową oraz P34 cukrzyca niepowikłana

- P13 – alergie, świadczenie gwarantowane w rodzaju leczenie szpitalne dzieci, zmniejszyła się z 8 811 w 2015 r. do 5 156 w 2018 r. Taryfę 54,08 pkt wprowadzono 30 czerwca 2017 r. Wartość zapłaconych świadczeń zmniejszyła się z 15 425,9 tys. zł do 12 062,3 tys. zł w 2018 r. ¹⁵;
- usunięcie zaćmy niepowikłanej z jednoczesnym wszczepieniem soczewki, świadczenie gwarantowane w rodzaju leczenie zaćmy, leczenie witrekotomii, zmniejszyło się z 134 895 w roku 2015 do 87 187 w roku 2018. Taryfę 43,00 pkt wprowadzono 29 czerwca 2016 r. Wartość zapłaconych świadczeń zmniejszyła się z 308 351, 7 tys. zł w 2015 r. do 198 535,9 tys. zł w 2018 r. ¹⁶.

(akta kontroli str. 1772-1773, 1840-1842; 1658-1684 płyta CD – plik nr 1)

5. W przypadku nw. wybranych do analizy świadczeń zdrowotnych, nie doszło do zmniejszenia ich średniej wartości jednostkowej¹⁷ (za wyjątkiem trzech świadczeń):

- zabiegu artroskopowego – średnia wartość świadczenia zmniejszyła się z 2 729,19 zł w 2015 r. do 1 880,63 zł w I półroczu 2020 r.,
- świadczenia w zakresie kardiologii choroby niedokrwiennej serca > 17 r.ż. < 70 r.ż. – średnia wartość świadczenia zwiększyła się z 1 442,74 zł w 2015 r. do 1 731,20 zł w I półroczu 2020 r.,
- choroby niedokrwiennej serca > 69 r.ż. lub z p.w. – średnia wartość świadczenia zwiększyła się z 1 947,30 zł w 2015 r. do 2 233,42 w I półroczu 2020 r.,
- zabiegów dużych żołądka i dwunastnicy – średnia wartość świadczenia zwiększyła się z 5 551,27 zł w 2015 r. do 5 713,31 zł w I półroczu 2020 r.,
- choroby zastawek serca > 17 r.ż. – średnia wartość świadczenia zwiększyła się z 2 840,45 zł w 2015 r. do 2 947,97 zł w I półroczu 2020 r.,
- endoprotezoplastyki stawu biodrowego (pierwotnej częściowej) – średnia wartość świadczenia zwiększyła się z 5 369,31 zł w 2015 r. do 5 685,16 w 2019 r., a następnie spadła do 4 871,81 zł w I półroczu 2020 r.,
- diagnostyki i leczenia zachowawczego nadciśnienia tętniczego > 17 r. ż. – średnia wartość świadczenia zwiększyła się z 1 372,40 zł w 2015 r. do 1 409,34 zł w I półroczu 2020 r.,
- leczenia zachowawczego szpitalnego chorób endokrynologicznych P10 (bez cukrzycy) – średnia wartość świadczenia zwiększyła się z 2 225,27 zł w 2015 r. do 3 352,70 zł w I półroczu 2020 r.,
- leczenia zachowawczego szpitalnego cukrzycy P24 – średnia wartość świadczenia zwiększyła się z 2 933,60 zł w 2015 r. do 3 363,59 zł w 2018 r.,
- leczenia zachowawczego szpitalnego alergii P13 – średnia wartość świadczenia zwiększyła się z 1 750,76 zł w 2015 r. do 2 339,48 zł w 2018 r.,
- usunięcia zaćmy niepowikłanej z jednoczesnym wszczepieniem soczewki średnia wartość świadczenia zmniejszyła z 2 288,83 zł w 2015 r. do 2 277,13 zł w 2018 r.

śpiączką/kwasica ketonową w 2019 r. wykonano 9 132 świadczenia, w tym 7 969 (P34) i 1 163 (P33), a w 2020 r. (I półrocze) 5 304 świadczenia w tym 1 029 (P33) i 4 275 (P34).

¹⁵ W 2019 r. nastąpiła zmiana sposobu rozliczania tego świadczenia jednostkowego, i tak w grupach: P13 alergie, P31 alergie ostre stany alergiczne, P32 alergie – odczulanie w 2019 r. wykonano 5 039 świadczeń, w tym 3 143 (P32) i 1 896 (P31), a w 2020 r. 3 404 świadczenia, w tym 2 108 (P32) i 1 296 (P31).

¹⁶ W 2019 r. nastąpiła zmiana sposobu rozliczania tego świadczenia jednostkowego, i tak w grupach B18 usunięcie zaćmy powikłanej z jednoczesnym wszczepieniem soczewki, B18G usunięcie zaćmy – kat I, B19 usunięcie zaćmy niepowikłanej z jednoczesnym wszczepieniem soczewki, B19G usunięcie zaćmy w 2019 r. wykonano 355 428 świadczeń, w tym 343 972 (B19G) i 11 456 (B18G), a w 2020 r. (I półrocze) wykonano 185 881 świadczeń, w tym 178 365 (B19G) i 7 516 (B18G).

¹⁷ Średnią wartość jednego świadczenia obliczono poprzez podzielenie wartości sfinansowanych świadczeń przez ich liczbę.

6. Zróżnicowanie średnich cen jednostkowych jednostki rozliczeniowej dla taryfikowanych świadczeń zdrowotnych, sfinansowanych w 2019 r., na terenie poszczególnych oddziałów wojewódzkich NFZ nie przekraczało 10% wartości ceny jednostkowej, za wyjątkiem siedmiu świadczeń, dla których współczynnik zmienności¹⁸ wyniósł:

- a) świadczeniodawcy funkcjonujący w ramach tzw. sieci szpitali:
 - DP5: diagnostyka pogłębiona – chłoniaki skórne; diagnostyka pogłębiona - nowotwory gruczołu krokowego (świadczenia gwarantowane obejmujące diagnostykę i leczenie chorób nowotworowych - pakiety diagnostyczne) – 10,71%,
 - DW4: diagnostyka wstępna – chłoniaki skórne; diagnostyka wstępna - nowotwory piersi; diagnostyka wstępna - nowotwory tarczycy (świadczenia gwarantowane obejmujące diagnostykę i leczenie chorób nowotworowych – pakiety diagnostyczne) – 16,38%,
 - osobdzień zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie metodą nieinwazyjną z wyłączeniem świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową na podłożu chorób nerwowo-mięśniowych (świadczenia gwarantowane udzielane w warunkach domowych realizowane przez zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie) – 22,61%,
- b) świadczeniodawcy funkcjonujący poza tzw. siecią szpitali:
 - DW2: diagnostyka wstępna – chłoniaki; diagnostyka wstępna - nowotwory głowy i szyi - krtani i gardła; diagnostyka wstępna - nowotwory głowy i szyi - pozostałe; diagnostyka wstępna - nowotwory jajników i jajowodów; diagnostyka wstępna - nowotwory jąder; diagnostyka wstępna - nowotwory pęcherza moczowego; diagnostyka wstępna - nowotwory prącia; diagnostyka wstępna - mięsaki tkanek miękkich (świadczenia gwarantowane obejmujące diagnostykę i leczenie chorób nowotworowych -pakiety diagnostyczne) – 13,11%,
 - osobdzień w oddziale dziennym psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży (świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży) – 11,95%,
 - sesja psychoterapii indywidualnej wykonywana przez osobę w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty (świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży) – 11,26,
 - sesja psychoterapii indywidualnej wykonywana przez psychoterapeutę (świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży) – 11,07%.

Zastępca Dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej (dalej: DSOZ) jako przyczynę zróżnicowania średniej ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej w poszczególnych OW NFZ, wskazał art. 142 ust. 6 ustawy o świadczeniach, który stanowi, iż cena za udzielne świadczenia opieki zdrowotnej jest negocjowana podczas postępowania konkursowego. Stąd też rozbieżności w wartości świadczeń w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu.

(akta kontroli str. 1658-1684 płyta CD – pliki nr 1, 1770-1771, 1774-1839, 1841-1842)

¹⁸ Współczynnik zmienności – klasyczna miara zróżnicowania rozkładu cechy. W odróżnieniu od odchylenia standardowego, które określa bezwzględne zróżnicowanie cechy, współczynnik zmienności jest miarą względną, czyli zależną od wielkości średniej arytmetycznej. Definiowany jest wzorem: $V = \text{odchylenie standardowe z próby} / \text{średnia arytmetyczna z próby}$.

7. Na przestrzeni lat 2015-2020 Prezes Funduszu wydał ponad 40 zarządzeń, którymi dokonał zmian wycen świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń objętych taryfą AOTMiT.

(akta kontroli: 1658-1684 płyta CD – pliki nr 127-129, 132-135, 137, 140)

Prezes Funduszu kolejnymi zarządzeniami wprowadził szereg zmian w finansowaniu świadczeń zdrowotnych, wiążących się z rosnącymi kosztami ponoszonymi przez świadczeniodawców, będącymi pochodną wzrostu ogólnych kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej:

- Nr 59/2017/DSOZ – skorygowano wycenę punktową świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w związku z ponoszonymi przez świadczeniodawców rosnącymi kosztami, będącymi pochodną wzrostu ogólnych kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, których wyceny nie były kompleksowo podnoszone od 2011 r.;
- Nr 62/2017/DSOZ – skorygowano wycenę punktową świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
- Nr 53/2017/DGL – skorygowano wycenę punktową świadczeń z zakresu programów zdrowotnych (lekowych);
- Nr 54/2017/DGL – skorygowano wycenę punktową świadczeń chemioterapii;
- Nr 57/2017/DSOZ - skorygowano wycenę punktową świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne;
- Nr 61/2017/DSOZ – skorygowano wycenę punktową świadczeń wysokospecjalistycznych (leczenie szpitalne);
- Nr 79/2017/DSOZ – skorygowano wycenę punktową świadczeń kompleksowych (leczenie szpitalne);
- Nr 38/2019/DSOZ – zwiększono wartości punktowe części świadczeń leczenia szpitalnego z zakresów: chirurgia ogólna i choroby wewnętrzne o 6% oraz 10 lub 15%;
- Nr 75/2019/DSOZ – zwiększono wartość punktową produktów rozliczeniowych w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką: o 5% na świadczenia w zakresie leczenia dzieci i dorosłych chorych ze śpiączką oraz na świadczenia w zakresach kardiologicznych, o 5% na zabiegi fizjoterapeutyczne – fizykoterapia, o 10% na zabiegi fizjoterapeutyczne – kinezyterapia, o 15% na poradę lekarską rehabilitacyjną oraz na wizytę fizjoterapeutyczną, o 10% na wszystkie pozostałe świadczenia w rodzaju rehabilitacja lecznicza;
- Nr 77/2019/DSOZ – w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne zwiększono wycenę punktową produktów z katalogu grup oraz wycenę produktów z katalogu produktów odrębnych, związanych z leczeniem długoterminowym gruźlicy, mykobakterioz oraz gruźlicy wielolekoopornej rozliczanych w osobodniach, jak i świadczenia z zakresu transplantologii klinicznej (wzrost o 3%), wycena świadczeń toksykologicznych wzrosła o 10%;
- Nr 80/2019/DSOZ – wyceny świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe, wykonywanych w trybie hospitalizacji oraz w trybie ambulatoryjnym wzrosły o 3%, natomiast wyceny świadczeń rehabilitacji kardiologicznej wzrosły o 5%; Nr 25/2020 – skorygowano wycenę punktową świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z okresem obowiązywania od lipca 2020 r. oraz od stycznia 2021 r.;
- Nr 81/2019/DGL – w katalogu świadczeń i zakresów chemioterapii (leczenie szpitalne), określonym w załączniku nr 1e o 3% zwiększono wycenę świadczeń

udzielanych w trybie hospitalizacji oraz świadczeń udzielanych w trybie ambulatoryjnym;

- Nr 83/2019/DSOZ – wzrost wyceny świadczeń w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie o 3%, z wyjątkiem wycen świadczeń rehabilitacyjnych, które wzrosły o 10%;
- Nr 88/2019/DSOZ – podwyższono wycenę punktową świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w związku z ponoszonymi przez świadczeniodawców rosnącymi kosztami, będącymi pochodną wzrostu ogólnych kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
- Nr 25/2020/DSOZ – skorygowano wycenę punktową świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z okresem obowiązywania od lipca 2020 r. oraz od stycznia 2021 r.;
- Nr 134/2020/DSOZ – w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe zwiększono o 10% wartości produktów 5.52.01.0001507 Specjalistyczna opieka kardiologiczna oraz 5.52.01.0001508 Specjalistyczna opieka kardiologiczna – bilans opieki.

Powyższe zwiększenia wyceny objęły także świadczenia, dla których została ustalona taryfa AOTMiT, mimo, że Prezes NFZ nie posiadał kompetencji do zmiany wartości punktowej tych świadczeń. Zgodnie bowiem z art. 31n ust. 1a lit. a ustawy o świadczeniach określenie taryfy należało do zadań Agencji, a art. 146 ust. 1 pkt 2 oraz ust. 6 nakazywał Prezesowi Funduszu stosowanie taryfy świadczeń określonej przez Prezesa Agencji w przypadku jej ustalenia. Szczegółowo zagadnienie zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

W przypadku świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, zwiększenie wartości punktowych tych świadczeń zostało nieprawidłowo dokonane zarządzeniami Nr: 59/2017 oraz 82/2019. Zarządzeniem Nr 7/2020, Prezes Funduszu obniżył jednak wagi punktowe świadczeń jednostkowych do wysokości taryf określonych w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.¹⁹

(akta kontroli str.: 590-606, 852-862, 875-899, 1535-1538, 1544-1546, 1653-1654; 1658-1684 płyta CD – plik nr 145)

8. Szczegółowym badaniem objęto 15 zarządzeń Prezesa NFZ²⁰.

¹⁹ Prezes NFZ zarządzeniem 59/2017/DSOZ z dnia 26 lipca 2017 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień zmienił wagę punktową dla świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, mimo że wycena taka została już wcześniej określona przez Prezesa AOTMiT, na podstawie art. 31lb ust. 1 ustawy o świadczeniach, obwieszczeniem z dnia 29 czerwca 2016 r. Zagadnienie to zostało opisane i ocenione w wystąpieniu pokontrolnym i informacji o wynikach kontroli P/19/058 *Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2018 roku* (Nr ewid. 169/2019/P/19/058/KZD, <https://www.nik.gov.pl/kontrola/P/19/058/>).

²⁰ Zarządzenie:

- Nr 54/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 28 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna (dalej: zarządzenie Nr 54/2016),
- Nr 116/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 25 listopada 2016 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna (dalej: zarządzenie Nr 116/2016),
- Nr 59/2017/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 26 lipca 2017 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (dalej: zarządzenie Nr 59/2017),
- Nr 64/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 czerwca 2018 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna (dalej: zarządzenie Nr 64/2018),
- Nr 66/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 czerwca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wyspospecjalistyczne (dalej: zarządzenie Nr 66/2018);

(akta kontroli: 1658-1684 płyta CD – pliki nr 127-129, 132-135, 137, 140)

Wprowadzone zarządzeniami Nr 41/2018, 38/2019, 75/2019, 77/2019, 80/2019, 83/2019, 25/2020 rozwiązania nie zostały poprzedzone rzetelną analizą kosztów, o której mowa w art. 97 ust. 3 pkt 1 ustawy o świadczeniach. Szczegółowo zagadnienie zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli: 1658-1684 płyta CD – pliki nr 11, 69, 73, 84-85, 89, 109, 238-245, 256-342, 353-363)

Ponadto Prezes Funduszu dokonując – zarządzeniami Nr: 83/2019, 25/2020, 38/2019, 75/2019, 77/2019, 80/2019, 134/2020, 64/2018, 93/2020 – zmian wycen świadczeń nieobjętych taryfą AOTMiT, nie ustalił kosztów oraz wzajemnych relacji kosztowych udzielania tych świadczeń przez świadczeniodawców, do czego zobowiązywał go § 15 ust. 4-5 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej²¹ (dalej: rozporządzenie OWU). Rzeczona analiza nie została również przeprowadzona w odniesieniu do nowo utworzonych produktów rozliczeniowych, o których mowa w zarządzeniu Nr 7/2020, zarządzeniu Nr 66/2018 oraz zarządzeniu Nr 134/2018. Szczegółowo zagadnienie zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str.: 590-596, 614-619, 637-639, 1524-1531, 1544-1546; 1658-1684 płyta CD – pliki nr: 135-140, 168-336, 343-348, 353-363)

-
- Nr 134/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 28 grudnia 2018 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne (dalej: zarządzenie Nr 134/2018),
 - Nr 38/2019/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne (dalej: zarządzenie Nr 38/2019),
 - Nr 75/2019/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 27 czerwca 2019 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką (dalej: zarządzenie Nr 75/2019. Zarządzenie Nr 75/2019, z uwagi na błędy pisarskie, zostało następnie zmienione zarządzeniem Nr 85/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2019 r. w sprawie zmiany zarządzenia zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką),
 - Nr 77/2019/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 27 czerwca 2019 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne (dalej: zarządzenie Nr 77/2019),
 - Nr 80/2019/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 27 czerwca 2019 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe (dalej: zarządzenie Nr 80/2019),
 - Nr 82/2019/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 28 czerwca 2019 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (dalej: zarządzenie Nr 82/2019),
 - Nr 83/2019/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 28 czerwca 2019 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (dalej: zarządzenie Nr 83/2019),
 - Nr 7/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 16 stycznia 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (dalej: zarządzenie Nr 7/2020),
 - Nr 25/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 28 lutego 2020 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (dalej: zarządzenie Nr 25/2020),
 - Nr 93/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 26 czerwca 2020 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne (dalej: zarządzenie Nr 93/2020),
 - Nr 134/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 28 sierpnia 2020 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe (dalej: zarządzenie Nr 134/2020).

²¹ Dz. U. z 2020 r. poz. 320, ze zm.

W celu dostosowania warunków zawierania i realizacji umów do treści rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego²², Prezes Funduszu – zarządzeniem Nr 66/2018 – dokonał m.in. modyfikacji klasyfikacji jednolitych grup pacjentów²³ w zakresie sekcji B (Choroby narządu wzroku), poprzez m.in. zmiany w produktach związanych z leczeniem zaćmy. Zastosowane wartości punktowe tych świadczeń jednakże nie były zgodne z taryfami, o których mowa w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju leczenie szpitalne: leczenie zaćmy, zabiegi witrektomii. Szczegółowo zagadnienie zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Taryfa świadczeń określona przez Prezesa AOTMiT nie została również uwzględniona przy ustalaniu wartości punktowej świadczenia Q46 Zabiegi endowaskularne – Grupa 6. Szczegółowo zagadnienie zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str.: 597-606, 852-862, 875-899, 1653-1654;
1658-1684 płyta CD – plik nr 145)

9. Zmiany finansowania świadczeń zdrowotnych, dla których Prezes Agencji określił taryfę, były również dokonywane poprzez określanie współczynników korygujących na podstawie § 16 ust. 2 załącznika do rozporządzenia OWU. Szczegółowym badaniem objęto trzy zarządzenia Prezesa Funduszu, tj.: zarządzenie:

- Nr 41/2018/DSOZ z dnia 23 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (dalej: zarządzenie Nr 41/2018), którym wprowadzono współczynniki korygujące o wartości: 1,04 dla świadczeń realizowanych w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych i 1,06 dla świadczeń realizowanych w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży;
- Nr 80/2019, które umożliwiło rozliczanie grupy E29 – Angioplastyka wieńcowa balonowa (DEB)²⁴ z zastosowaniem współczynnika korygującego o wartości 1,1 przez świadczeniodawców będących instytutami²⁵, albo podmiotami leczniczymi utworzonymi i prowadzonymi przez uczelnię medyczną²⁶, albo podmiotami leczniczymi utworzonymi i prowadzonymi przez Skarb Państwa reprezentowany przez ministra, prowadzącymi kształcenie podyplomowe lekarzy, albo podmiotami leczniczymi udostępniającymi uczelni medycznej jednostki organizacyjne niezbędne do prowadzenia kształcenia przed- i podyplomowego w zawodach medycznych, na podstawie umowy, o której mowa w art. 89 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej, udzielających świadczeń świadczeniobiorcom w zakresie opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego (KOS-Zawał);
- Nr 134/2020, którym wprowadzono współczynniki korygujące:

²² Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, ze zm.

²³ Dalej JGP lub grupa.

²⁴ Kod: 5.51.01.0005029.

²⁵ W myśl art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1383) – stan prawny na dzień ogłoszenia zarządzenia Nr 10/2019/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 31 stycznia 2019 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe (dalej: zarządzenie Nr 10/2019), którego treść została zmieniona zarządzeniem Nr 80/2019.

²⁶ Zgodnie z definicją uczelni medycznej zawartą w art. 2 ust. 1 pkt 13 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295, ze zm.) (dalej: ustawa o działalności leczniczej) – stan prawny na dzień ogłoszenia zarządzenia Nr 10/2019, którego treść została zmieniona zarządzeniem Nr 80/2019.

- o wartości 1,02 do rozliczenia hospitalizacji (rozliczanych grupami E10²⁷, E11²⁸, E12G²⁹, E15³⁰) dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresie KOS-zawał, u których udział hospitalizowanych pacjentów z rozpoznaniem ostrym zawałem serca leczonych w zakresie KOS-zawał wynosi co najmniej 60% wszystkich hospitalizowanych pacjentów z tym rozpoznaniem, u tego świadczeniodawcy
- o wartości 1,03 do rozliczenia hospitalizacji (rozliczanych grupami E10, E11, E12G, E15) w zakresie KOS-zawał dla świadczeniodawców, u których udział pacjentów (z wyłączeniem świadczeń udzielonych pacjentom, którzy zmarli), u których zrealizowano wszystkie świadczenia wynikające z indywidualnego planu leczenia zgodnie z założeniami KOS-zawał wynosi co najmniej 70% wszystkich pacjentów objętych KOS-zawał;
- współczynnik korygujący o wartości 1,08 w przypadku realizacji świadczeń w ramach grup: E23G³¹, E24G³², E26³³, E29³⁴, E04³⁵, E05³⁶, E06³⁷, E32³⁸, E33³⁹, E34⁴⁰, E36⁴¹.

(akta kontroli: oraz 1658-1684 płyta CD – pliki nr: 11, 85, 92)

10. Fundusz, umożliwiając zarządzeniem Nr 80/2019 rozliczanie grupy E29 z zastosowaniem współczynnika korygującego o wartości 1,1, nie zdefiniował celu jego wprowadzenia oraz mierników, które pozwoliłyby na ocenę efektów zastosowania tego współczynnika, stosownie do dyspozycji zawartej w § 16 ust. 2 załącznika do rozporządzenia OWU⁴². W odniesieniu do współczynnika korygującego o wartości 1,08, mającego zastosowanie do świadczeń realizowanych w ramach grup: E23G, E24G, E26, E29, E04, E05, E06, E32, E33, E34, E36, o którym mowa w zarządzeniu Nr 134/2020, cel jego wprowadzenia został sformułowany w sposób niezwymiarowany. Mierniki realizacji celu nie zostały również określone w przypadku zarządzenia Nr 41/2018, którym wprowadzono współczynniki korygujące o wartości: 1,04 dla świadczeń realizowanych w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych i 1,06 dla świadczeń realizowanych w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży. Szczegółowo zagadnienie zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str.: 34-35, 40-41, 47-65; 1658-1684 płyta CD – pliki nr 85, 92)

11. W celu promowania tzw. „porodów zakończonych siłami natury”, zwiększenia liczby okulistycznych świadczeń zabiegowych wykonywanych w trybie ambulatoryjnym oraz zwiększenia dostępności do świadczeń stomatologicznych i poprawy jakości świadczeń endodontycznych, Prezes Funduszu – odpowiednio zarządzeniem Nr 77/2019, Nr 64/2018 i Nr 93/2020 – zwiększył wartość punktową: produktu rozliczeniowego – Koszty dodatkowe znieczulenia zewnątrzoponowego

²⁷ Nazwa grupy: OZW – diagnostyka inwazyjna.

²⁸ Nazwa grupy: OZW – leczenie inwazyjne dwuetapowe > 3 dni.

²⁹ Nazwa grupy: OZW – leczenie inwazyjne.

³⁰ Nazwa grupy: leczenie inwazyjne > 7 dni z powikłaniami i chorobami współistniejącymi.

³¹ Nazwa grupy: Angioplastyka wieńcowa z implantacją jednego stentu.

³² Nazwa grupy: Angioplastyka wieńcowa z implantacją nie mniej niż 2 stentów lub wielonaczyniowa.

³³ Nazwa grupy: Angioplastyka wieńcowa balonowa.

³⁴ Nazwa grupy: Angioplastyka wieńcowa balonowa (DEB).

³⁵ Nazwa grupy: Pomostowanie naczyń wieńcowych z plastyką.

³⁶ Nazwa grupy: Pomostowanie naczyń wieńcowych > 69 r.ż. lub z powikłaniami i chorobami współistniejącymi.

³⁷ Nazwa grupy: Pomostowanie naczyń wieńcowych < 70 r.ż. bez powikłań i chorób współistniejących,

³⁸ Nazwa grupy: Wszczepienie/ wymiana rozrusznika dwujamowego.

³⁹ Nazwa grupy: Wszczepienie/ wymiana układu z funkcją resynchronizującą serca (CRT).

⁴⁰ Nazwa grupy: Wszczepienie/ wymiana kardiowertera-defibrylatora jedno-/ dwujamowego.

⁴¹ Nazwa grupy: Wszczepienie/ wymiana CRT-D > 17 r.ż.

⁴² Zgodnie z § 16 ust. 2 załącznika do rozporządzenia OWU Prezes Funduszu, określając szczegółowe warunki rozliczania świadczeń, może ustalać współczynniki korygujące mające na celu w szczególności polepszenie jakości i zwiększenie dostępności udzielanych świadczeń.

ciągłego do porodu niezawarte w JGP⁴³, określonych okulistycznych procedur zabiegowych, jeżeli zostały zrealizowane w trybie ambulatoryjnym zamiast w trybie stacjonarnym oraz świadczeń z zakresu endodoncji.

Z danych uzyskanych w toku kontroli wynika, że udział porodów fizjologicznych, w ogólnej liczbie porodów, wyniósł w latach 2017-2019 oraz w I półroczu 2020 r. odpowiednio: 49,3%; 48,8%; 48,5%; 52,1%. Dane za I półrocze 2020 r. wskazują, że po wejściu w życie zarządzenia Nr 77/2019⁴⁴ nastąpił niewielki wzrost odsetka porodów zakończonych siłami natury.

Dane przekazane przez Fundusz wskazują również na wzrost, po wejściu w życie zarządzenia Nr 64/2018⁴⁵, odsetka zabiegowych procedur okulistycznych wykonanych w trybie ambulatoryjnym. W 2017 r. ich udział w ogólnej liczbie wykonanych ww. świadczeń wyniósł 68,6%. Z lat 2018-2019 oraz w I półroczu 2020 r., a więc po wejściu w życie ww. zarządzenia, było to odpowiednio: 70,8%; 69,7%; 75,6%.

W przypadku zarządzenia Nr 93/2020, które weszło w życie w dniu 27 lipca 2020 r., Dyrektor DSOZ poinformował, że z uwagi na sytuację epidemiologiczną w kraju, podczas której zaleca się ograniczenie wykonywania wszystkich świadczeń stomatologicznych nie mających charakteru świadczeń pomocy doraźnej oraz liczby pacjentów przyjmowanych przez lekarza dentystę w czasie jednego dnia, nie jest możliwe dokonanie oceny dostępności do świadczeń z zakresu endodoncji.

Niezależnie od skuteczności przyjętych rozwiązań należy wskazać, że w przypadku zarządzeń Nr: 77/2019 i 64/2018 Centrala NFZ nie określiła mierników realizacji ww. celów oraz ich wartości bazowych i docelowych. W odniesieniu do zarządzenia Nr 93/2020 Centrala Funduszu zdefiniowała miernik realizacji celu jednak nie przypisała mu wartości bazowej i docelowej. Szczegółowo zagadnienie zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str.: 30-33, 42-45, 614-619; 1658-1684 płyta CD – plik nr 153)

12. W przypadku nowych świadczeń opieki zdrowotnej wprowadzanych w latach 2015-2020 (I półrocze) przez Ministra Zdrowia do koszyka świadczeń gwarantowanych, taryfa przeważnie była określana przez AOTMIT. Spośród 40 analizowanych nowych świadczeń, Prezes NFZ określił wartość punktową produktu/świadczenia, w przypadkach, gdy nie było odpowiedniej taryfy lub nie trzeba było jej ustalać, i tak:

- zaimplementował świadczenie profilaktyczne usunięcie jajników i jajowodów redukujące ryzyko raka jajników i jajowodów u nosicielek patogennych mutacji w genach BRCA1/BRCA 2⁴⁶, zgodnie z pismem Pana Zbigniewa Króla – Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia z dnia 19 grudnia 2018 r., z uwagi, że „koszty procedury są zbliżone do kosztów procedury owariotomii i adnesektomii, które są aktualnie objęte finansowaniem ze środków publicznych w innych wskazaniach, nie ma podstaw aby ww. świadczenie było przedmiotem zlecenia w sprawie taryfikacji (...) zwracam się do Pana Prezesa (...) o wdrożenie rozwiązań, umożliwiających sprawozdawanie i rozliczanie

⁴³ Kod: 5.53.01.0001510.

⁴⁴ Zarządzenie weszło w życie 1 lipca 2019 r., z wyjątkiem § 1:

1) pkt 3, pkt 5 w zakresie dotyczącym lp. 135 załącznika nr 3 do niniejszego zarządzenia i pkt 11, który wszedł w życie z dniem 3 lipca 2019 r.;

2) pkt 7, który wszedł w życie z mocą od dnia 1 kwietnia 2019 r.

⁴⁵ Zarządzenie weszło w życie 30 czerwca 2018 r.

⁴⁶ Wprowadzonego rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2018 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U z 2018 r. poz. 2376).

przedmiotowego świadczenia oraz rozliczanie go przez świadczeniodawców w oparciu o dotychczasowe taryfy.”;

- zaimplementował nowe świadczenie⁴⁷ pn. Profilaktyczna mastektomia, zgodnie z pismem Pana Zbigniewa Króla z dnia 22 stycznia 2019 r. bowiem „koszty procedury są zbliżone do kosztów procedur, które są aktualnie objęte finansowaniem ze środków publicznych w innych wskazaniach, nie ma podstaw, aby świadczenie było przedmiotem zlecenia w sprawie taryfikacji” co oznacza rozliczenie go przez świadczeniodawców w oparciu o istniejące taryfy”;
- taryfę dla świadczenia gwarantowanego kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi – moduł leczenia⁴⁸, która została wprowadzona z wartościami analogicznymi dla poszczególnych grup funkcjonujących już w zarządzeniu w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne oraz leczenia szpitalne – świadczenia wyspecjalistyczne⁴⁹;
- wycenę nowych świadczeń stomatologicznych⁵⁰, tj.: Rentgenodiagnostyka – zdjęcia pantomograficzne z opisem, przyjęto na podstawie wyceny stosowanej w przypadku tego samego badania realizowanego w innym zakresie (np. świadczeń ortodoncji) rentgenodiagnostyki do pięciu zdjęć wewnątrzustnych, wycenę stosowaną w przypadku badania rtg zęba, realizowanego w związku z innymi uprawnieniami (np. w związku z leczeniem kanałowym zęba); podobnie w przypadku badania lekarskiego stomatologicznego i kontrolnego po urazie zęba z nieufornym korzeniem z zastosowaniem materiału typu MTA⁵¹, zastosowano wycenę punktową w oparciu o uzgodnienia z konsultantem krajowym w dziedzinie stomatologii dziecięcej;
- określenie warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń leczenia dzieci i dorosłych ze śpiączką, wynikało z konieczności dostosowania przepisów zarządzenia Ministra Zdrowia z 4 listopada 2016 r., które wprowadziło nowe świadczenie. Dyrektor DSOZ wyjaśnił, że ze względu na brak określenia przez AOTMiT taryfy dla świadczeń dla zakresu leczenia dorosłych ze śpiączką⁵², mając na uwadze, że oba programy zdrowotne zawierają bardzo zbliżony opis warunków realizacji, w projekcie przyjęto podobne zasady realizacji umów i zastosowano tą samą wycenę produktów rozliczeniowych.

(akta kontroli str.: 1687-1738, 1751-1759)

13. Prezes NFZ nie ustalił ceny rozliczeniowej dla: systemu ciągłego monitorowania glikemii w czasie rzeczywistym (CGM-RT) u dzieci i młodzieży do 26 roku życia z cukrzycą typu 1, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str.: 1739-1749)

⁴⁷ Minister Zdrowia podpisał projekt rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego implementującego nowe świadczenie do wykazu świadczeń gwarantowanych, pn. „Profilaktyczna mastektomia”.

⁴⁸ W zarządzeniu Nr 128/2019/DSOZ Prezesa NFZ z 30 września 2019 r. w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych w § 4 pkt 2 określono, że świadczenia w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi obejmują: moduł diagnostyki, moduł leczenia, moduł rehabilitacji oraz moduł monitorowania.

⁴⁹ Pismo Prezesa AOTMiT w sprawie wyceny świadczeń z zakresu funkcjonowania BCU (Breast Cancer Units, czyli ośrodków leczących raka piersi), znak: WT. 521.12.2017.NT5 z 14 sierpnia 2019 r.

⁵⁰ Zarządzenie nr 8 Prezesa NFZ z 31 stycznia 2018 r. stanowiące realizację zmian wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz.U. poz. 2485).

⁵¹ W celu zamknięcia perforacji korzenia zęba.

⁵² Pomimo, że Minister Zdrowia pismem z 19 maja 2016 r. znak IK 5768/DS. zwrócił się do Prezesa AOTMiT o pilne podjęcie prac nad wyceną świadczenia „Leczenie dorosłych chorych ze śpiączką (ICD-10, RD.2) jako świadczenia gwarantowanego w zakresie programów zdrowotnych.

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

1. Taryfy świadczeń gwarantowanych określone w czterech obwieszczeniach Prezesa AOTMiT nie zostały wprowadzone do stosowania w terminie, o którym mowa w art. 146 ust. 6 ustawy o świadczeniach.

Należy wskazać, że w aktualnie obowiązującym stanie prawnym określoną przez Prezesa Agencji taryfę świadczeń wprowadza się do stosowania nie później niż przed upływem 4 miesięcy od dnia jej opublikowania⁵³. Z kolei w okresie od 1 lipca 2016 r. do 22 lipca 2017 r., do postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym roku, a w przypadku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej na okres dłuższy niż rok, do ustalenia kwoty zobowiązania i warunków finansowych w danym roku, należało stosować taryfę świadczeń opublikowaną w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji do dnia 30 czerwca roku poprzedniego.

W toku kontroli ustalono, że taryfy świadczeń gwarantowanych z zakresu:

- leczenia szpitalnego – kompleksowe zabiegi trzustki, o których mowa w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT z dnia 28 maja 2018 r.,
- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – dializa otrzewnowa, o których mowa w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT z dnia 30 listopada 2016 r.,
- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczenia szpitalnego – oksygenacja hiperbaryczna, o których mowa w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT z dnia 30 stycznia 2019 r.,
- leczenia szpitalnego – świadczenia wysokospecjalistyczne: wideotorakoskopowa ablacja w ciężkim, niepoddającym się leczeniu farmakologicznemu migotaniu przedsionków; operacje wad wrodzonych serca i wielkich naczyń u dzieci do ukończenia 1 roku życia, z wyłączeniem operacji izolowanego przewodu tętniczego Botalla; operacja wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym ≥ 18 lat; operacja wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym <18 r.ż.; przezskórne lub z innego dostępu wszczepianie zastawek serca; kardiologiczne zabiegi interwencyjne u dzieci do lat 18, w tym przez skórne zamykanie przecieków z użyciem zestawów zamykających; przezcewnikowa nieoperacyjna naprawa zastawki mitralnej u chorych wysokiego ryzyka, o których mowa w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT z dnia 18 kwietnia 2019 r.

zostały wprowadzone do stosowania w terminie przekraczającym ustawowy termin odpowiednio o dwa, 17, 32 i 44 dni, skutkiem czego w rozliczeniach ze świadczeniodawcami stosowano inne wyceny świadczeń, niż wynikające z taryfy.

Dyrektor DSOZ wyjaśnił, że opóźnienie we wprowadzeniu do stosowania ww. taryf wynikało z kalendarza prac legislacyjnych oraz chęci zapewnienia przez Fundusz przejrzystości legislacyjnej. Zdaniem Dyrektora DSOZ publikacja zarządzeń, wprowadzających nowe taryfy i wchodzących w życie nieznacznie wcześniej, mogłaby wprowadzić niepotrzebne zamieszanie i dezorientację wśród świadczeniodawców.

(akta kontroli str.: 597-606; 1514-1516 płyta CD – plik nr 167)

W ocenie NIK, niewypełnienie dyspozycji zawartej w art. 146 ust. 6 ustawy o świadczeniach było działaniem niezgodnym z obowiązującym stanem prawnym i nierzetelnym.

⁵³ Art. 146 ust. 6 ustawy o świadczeniach (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, ze zm.).

2. Prezes Funduszu dokonał zmian wycen świadczeń opieki zdrowotnej objętych taryfikacją Agencji, co było niezgodne z art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach oraz § 15 ust. 3 załącznika do rozporządzenia OWU.

Zgodnie z art. 31n ust. 1a lit. a ustawy o świadczeniach określenie taryfy świadczeń należało do zadań AOTMiT. W myśl art. 31lb ww. ustawy Prezes Agencji określał taryfę świadczeń w danym zakresie lub rodzaju po dokonaniu przez Agencję stosownych analiz oraz publikował ją, w formie obwieszczenia, w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji po jej zatwierdzeniu przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Prezes Funduszu, określając szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, był z kolei zobowiązany uwzględnić taryfę świadczeń w przypadku jej ustalenia przez Prezesa Agencji w danym zakresie. Natomiast stosownie do treści § 15 ust. 4 załącznika do rozporządzenia OWU jedynie w sytuacji nieustalenia taryfy świadczeń, jednostki rozliczeniowe i ich wartość określa Prezes Funduszu.

Tymczasem, w toku kontroli ustalono, że Prezes NFZ, podnosząc wycenę świadczeń w poszczególnych rodzajach i zakresach świadczeń, poszczególnymi zarządzeniami⁵⁴ określił wartość punktową świadczeń inną niż wynikająca z ustalonej taryfy w obwieszczeniach Prezesa AOTMiT z dnia:

- 27 sierpnia 2015 r., kardiologiczne/geriatryczne konsylium lekarskie przy użyciu sprzętu telemedycznego;
- 6 kwietnia 2016 r., protonoterapia;
- 15 czerwca 2016 r., PET;
- 21 czerwca 2016 r., wszczepialne protezy słuchu, chirurgiczne leczenie otyłości;
- 22 czerwca 2016 r., zabiegi w zaburzeniach statyki narządu rodnoego z użyciem materiału syntetycznego, zabiegi w nietrzymaniu moczu;
- 29 czerwca 2016 r., hemodializa;
- 29 czerwca 2016 r., zabiegi endowaskularne, leczenie ostrych zespołów wieńcowych, świadczenia w zakresie kardiologii interwencyjnej, świadczenia w zakresie kardiologii zachowawczej, terapia z zastosowaniem automatycznego systemu do kardiowersji lub defibrylacji, terapia resynchronizująca, endoprotezoplastyka stawu biodrowego lub kolanowego, duże zabiegi na rdzeniu kręgowym i w kanale kręgowym, świadczenia z dziedziny okulistyki, stereotaksja, świadczenia gwarantowane w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień;
- 30 listopada 2016 r., dializa otrzewnowa;
- 29 grudnia 2016 r., diagnostyka i leczenie zachowawcze chorób układu krążenia, sztuczne komory serca, leczenie udaru mózgu, leczenie chorób układu nerwowego za pomocą wszczepialnych urządzeń do stymulacji elektrycznej, zabiegi żołądka i dwunastnicy, zabiegi jamy ustnej, krtani, gardła;
- 30 grudnia 2016 r., żywienie dojelitowe, zabiegi artroskopowe, zabiegi z zakresu elektrofizjologii serca;
- 27 marca 2017 r., tomografia komputerowa i rezonans magnetyczny;
- 7 kwietnia 2017 r., leczenie dorosłych chorych ze śpiączką (rozpoznanie zasadnicze ICD10: R40.2);
- 29 maja 2017 r., zabiegi endowaskularne (Q31, Q32, Q33), przeszczepienie płuca;

⁵⁴ Zarządzenia Prezesa NFZ, podnoszące wycenę w sposób kompleksowy, zostały wymienione w opisie stanu faktycznego.

- 28 czerwca 2017 r., zabiegi endowaskularne (Q46, Q47), leczenie gruźlicy, leczenie mykobakterioz;
- 29 czerwca 2017 r., przetoczenie limfocytów dawcy, pobranie nerki od dawcy żywego, przeszczepienie komórek przytarczyc;
- 30 czerwca 2017 r., zachowawcze leczenie szpitalne dzieci, leczenie hemofilii i pokrewnych skaz krwotocznych, zabiegi endowaskularne (Q01, Q41, Q42G, Q44, Q45);
- 3 listopada 2017 r., pourazowe uszkodzenia poza uszkodzeniem mózgu > 17 r.ż., zabiegi w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego lub tkanek miękkich, leczenie złamań i zwichnięć, zabiegi endoprotezoplastyki;
- 28 maja 2018 r., kompleksowe zabiegi trzustki z rekonstrukcją (pankreatoduodenektomie), resekcje trzustki bez zabiegów rekonstrukcyjnych, przeszskórne interwencje w zakresie serca, leczenie zaburzeń rytmu serca;
- 8 listopada 2018 r., cukrzyca monogenowa – korekta terapii – specjalistyczna porada diabetologiczna;
- 8 listopada 2018 r., leczenie niewydolności oddychania przy zastosowaniu nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej (NWM) > 17 r.ż.;
- 22 stycznia 2019 r. neuromodulacja krzyżowa: II etap (wszczepienie stymulatora na stałe), protezowanie rogówki (keratoprotezowanie), wprowadzenie balonu uwalniającego lek do naczyń wieńcowych, chirurgiczne leczenie otyłości.

czym przekroczył ograniczenie do określania przez niego wartości punktowej świadczeń, wynikające z § 15 ust. 4 załącznika do rozporządzenia OWU.

Dyrektor DSOZ poinformował, że zmiany w wycenie taryfikowanych świadczeń wynikały m.in. z wejścia w życie ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych⁵⁵ oraz ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁵⁶, wprowadzającej regulacje dotyczące systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Rozwiązania wprowadzone ww. ustawami spowodowały po stronie świadczeniodawców – wzrost kosztów udzielania świadczeń, z kolei po stronie NFZ – konieczność ujednolicenia przepisów w zakresie jednostek sprawozdawczych dotyczących poszczególnych rodzajów świadczeń. Mając na uwadze powyższe, Centrala Funduszu dokonała modyfikacji wycen punktowych świadczeń tak aby zachować pomiędzy nimi równowagę i wzajemne relacje poszczególnych świadczeń. Dyrektor DSOZ zaznaczył także, że: „(...) ustawa o świadczeniach nie wprowadza zakazu modyfikacji wycen dokonanych przez AOTMiT, co więcej wprowadzenie takiego przepisu zdecydowanie byłoby niezasadne, a z pewnością wymagałoby jednoczesnego określenia po jakim konkretnie okresie czasu możliwe jest dokonanie modyfikacji wycen”.

(akta kontroli str.: 590-606, 852-862, 875-899, 1535-1538, 1544-1546; 1653-1654 płyta CD – plik nr 145)

Zdaniem NIK, Prezes NFZ nie posiadał kompetencji do zmian wycen świadczeń opieki zdrowotnej objętych taryfikacją Agencji, nawet wówczas gdy zachowana została wzajemna, ustalona przez Prezesa AOTMiT, relacja względna między poszczególnymi produktami rozliczeniowymi. Zgodnie bowiem z ustawą o świadczeniach uprawnienie do określenia taryfy świadczeń zostało nadane tylko

⁵⁵ Dz. U. z 2020 r. poz. 830.

⁵⁶ Dz. U. poz. 844.

i wyłącznie Prezesowi Agencji. Z kolei Prezes NFZ był zobowiązany do uwzględnienia ustalonych taryf przy określaniu jednostek rozliczeniowych świadczeń. Tym samym działanie Prezesa Funduszu polegające na stosowaniu innych wartości punktowych świadczeń niż wynikające z taryf, było w ocenie NIK działaniem niezgodnym z obowiązującym stanem prawnym. Należy zaznaczyć, że ewentualna zbyt niska wycena świadczeń może być kompensowana przez świadczeniodawców wyższą ceną za punkt rozliczeniowy, w ramach zawieranych przez Fundusz umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

3. W przypadku dwóch świadczeń, w skutek błędów rachunkowych, zastosowana została niewłaściwa wartość punktowa świadczeń.

W celu dostosowania warunków zawierania i realizacji umów do treści rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, Prezes Funduszu – zarządzeniem Nr 66/2018 – dokonał m.in. modyfikacji klasyfikacji JGP w zakresie sekcji B (Choroby narządu wzroku), poprzez m.in. zmiany w produktach związanych z leczeniem zaćmy, tj.:

- zmianę grupy B18⁵⁷ na B18G: Usunięcie zaćmy – kategoria I⁵⁸,
- zmianę grupy B19⁵⁹ na B19G: Usunięcie zaćmy – kategoria II⁶⁰,
- dodanie do katalogu produktów odrębnych produktu: Kontrolna porada specjalistyczna po zabiegu związanym z leczeniem zaćmy⁶¹ (dedykowanego grupie B18G i B19G) oraz Wizyta kwalifikacyjna do zabiegu usunięcia zaćmy – w trybie ambulatoryjnym⁶²,
- dodanie obowiązku sprawozdawania w raporcie statystycznym ostrości wzroku wg skali Snellena oraz powikłań po zabiegu,
- wprowadzenie współczynnika korygującego o wartości 1,25 w sytuacji zastosowania soczewki torycznej lub anirydialnej, przy rozliczaniu grupą B18G.

Z wyjaśnień Dyrektora DSOZ wynika, że suma wartości punktowych świadczeń dedykowanych grupie B18G i B19G, tj. Usunięcie zaćmy – kategoria I lub II, Kontrolna porada specjalistyczna po zabiegu związanym z leczeniem zaćmy oraz Wizyta kwalifikacyjna do zabiegu usunięcia zaćmy – w trybie ambulatoryjnym była zgodna z taryfami świadczeń: usunięcie zaćmy powiklanej z jednoczesnym wszczepieniem soczewki oraz usunięcie zaćmy niepowiklanej z jednoczesnym wszczepieniem soczewki, o których mowa w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju leczenie szpitalne: leczenie zaćmy, zabiegi witrektomii. Dyrektor DSOZ wyjaśnił również, że zmiany wprowadzone zarządzeniem Nr 66/2018 wynikały z faktu, że taryfy określone w ww. obwieszczeniu nie obejmowały kosztu kontrolnej porady specjalistycznej po zabiegu, co było niezgodne z załącznikiem nr 4 do ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia.

Stanowisko Dyrektora DSOZ nie znalazło jednak odzwierciedlenia w treści zarządzenia Nr 66/2018, bowiem suma wartości punktowych świadczeń dedykowanych grupie B18G i B19G nie odpowiadała taryfom świadczeń określonym w ww. obwieszczeniu Prezesa Agencji. Zgodnie z załącznikiem nr 1a i 1b do ww. zarządzenia wartość punktowa wynosiła:

- 2 172 pkt w przypadku produktu: grupa B18G: Usunięcie zaćmy – kategoria I;
- 1 860 pkt w przypadku produktu: grupa B19G: Usunięcie zaćmy – kategoria II;

⁵⁷ Usunięcie zaćmy powiklanej z jednoczesnym wszczepieniem soczewki* (kod: 5.51.01.0002018).

⁵⁸ Kod: 5.51.01.0002101.

⁵⁹ Usunięcie zaćmy niepowiklanej z jednoczesnym wszczepieniem soczewki* (kod: 5.51.01.0002019).

⁶⁰ Kod: 5.51.01.0002102.

⁶¹ Kod: 5.52.01.0001526.

⁶² Kod: 5.52.01.0001528.

- 465 pkt w przypadku produktu: Kontrolna porada specjalistyczna po zabiegu związanym z leczeniem zaćmy;
- 40 pkt w przypadku produktu: Wizyta kwalifikacyjna do zabiegu usunięcia zaćmy – w trybie ambulatoryjnym.

Suma wartości punktowych ww. produktów wynosiła: 2 677⁶³ pkt w przypadku świadczeń dedykowanych grupie B18G oraz 2 365⁶⁴ pkt w przypadku świadczeń dedykowanych grupie B19G. Tymczasem taryfy świadczeń: usunięcie zaćmy powikłanej z jednoczesnym wszczepieniem soczewki oraz usunięcie zaćmy niepowikłanej z jednoczesnym wszczepieniem soczewki, o których mowa w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT z dnia 29 czerwca 2016 r., wynosiły odpowiednio: 53 i 43 pkt, co po przemnożeniu przez 52⁶⁵ daje odpowiednio: 2 756 i 2 236.

Dyrektor DSOZ wskazał, że różnica w wycenie świadczeń dedykowanych grupie B18G i B19G wynikała z procesu tzw. „denominacji”⁶⁶.

4. Taryfa świadczeń określona przez Prezesa AOTMiT nie została również uwzględniona przy ustalaniu wartości punktowej świadczenia Q46 Zabiegi endowaskularne – Grupa 6. Zgodnie z obwieszczeniem z dnia 28 czerwca 2017 r., wartość taryfy dla rzeczoności świadczenia została ustalona na poziomie 296,78 pkt (co przemnożone przez 52 daje 15 432,56 pkt). Tymczasem wartość punktowa tego świadczenia, określona w zarządzeniu Nr 73/2017/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 22 sierpnia 2017 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, którym implementowano ww. taryfę wynosiła po tzw. „denominacji” 12 925 pkt. Powyższe skutkowało stosowaniem zaniżonej taryfy w umowach ze świadczeniodawcami.

Zastępca Dyrektora DSOZ przyznał, że taryfa świadczenia Q46 Zabiegi endowaskularne – Grupa 6. nie została uwzględniona przy przeliczeniu na nową wartość punktową. Jednocześnie zaznaczył, że podczas konsultacji kolejnych zarządzeń nie zgłaszano żadnych zastrzeżeń co do wyceny ww. grupy.

5. Wprowadzone, zarządzeniami Nr: 41/2018, 38/2019, 75/2019, 77/2019, 80/2019, 83/2019, 25/2020, zmiany w finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej nie zostały poparte rzetelną analizą kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, co było niezgodne z art. 97 ust. 3 pkt 1 ustawy o świadczeniach⁶⁷.

Ponadto, Prezes Funduszu dokonując – zarządzeniami Nr 83/2019, 25/2020, 38/2019, 75/2019, 77/2019, 80/2019, 134/2020, 64/2018, 93/2020 – zmian wycen świadczeń nieobjętych taryfą AOTMiT, nie ustalił kosztów oraz wzajemnych relacji kosztowych udzielania tych świadczeń przez świadczeniodawców, do czego zobowiązywał go § 15 ust. 4-5 załącznika do rozporządzenia OWU. Analiza, o której mowa w ww. przepisie nie została również przeprowadzona w odniesieniu do nowo utworzonych produktów rozliczeniowych, tj. wizyty, porady domowej lub

⁶³ Wynik działania: 2 172 pkt + 465 pkt + 40 pkt.

⁶⁴ Wynik działania: 1 860 pkt + 465 pkt + 40 pkt.

⁶⁵ W 2017 r. w wyniku tzw. „denominacji” doszło do ujednolicenia w zakresie stosowanych jednostek sprawozdawczych, tj. jednostek rozliczeniowych i ich wartości punktowych oraz ceny za punkt. Wartość ceny bazowej przyjętej do wyliczenia nowej ceny jednostki rozliczeniowej wynosiła – w przypadku świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne – 52 zł, zgodnie z § 2 ust. 1 zarządzenia Nr 57/2017/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 26 lipca 2017 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne.

⁶⁶ Por. przypis nr 65.

⁶⁷ Art. 97 ust. 3 pkt 1 ustawy o świadczeniach stanowi, że: do zakresu działania Funduszu należy w szczególności określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

środowiskowej miejscowej lub zamiejscowej w ramach II poziomu referencyjnego⁶⁸, sesji psychoterapii indywidualnej w ramach II⁶⁹ i III⁷⁰ poziomu referencyjnego, sesji psychoterapii indywidualnej⁷¹ udzielanej w ramach świadczeń: psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dorosłych, psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dzieci i młodzieży, leczenia nerwic, programu terapii zaburzeń preferencji seksualnych, psychologicznych, leczenia środowiskowego, o których mowa w zarządzeniu Nr 7/2020; kontrolnej porady specjalistycznej po zabiegu związanym z leczeniem zaćmy, wizyty kwalifikacyjnej do zabiegu usunięcia zaćmy – w trybie ambulatoryjnym, kosztu rogowki nie zawartego w kosztach świadczenia⁷², grup: B18G usunięcie zaćmy – kategoria I, B19G usunięcie zaćmy – kategoria II, B98A leczenie zachowawcze okulistyczne > 17 r.ż.⁷³, B98B leczenie zachowawcze okulistyczne < 18 r.ż.⁷⁴, B03 leczenie werteporfiną przy zastosowaniu terapii fotodynamicznej⁷⁵, B25 wszczepienie wtórne soczewki⁷⁶, B31 duże rekonstrukcje na aparacie ochronnym oka⁷⁷, P30 infekcje wirusowe określone⁷⁸, P31 alergię – ostre stany alergiczne⁷⁹, P32 alergię – odczulanie⁸⁰, P33 cukrzyca powikłana śpiączką/kwasica ketonowa⁸¹, P34 cukrzyca nie powikłana śpiączką/kwasica ketonowa⁸², P99 inne choroby dzieci⁸³, o których mowa w zarządzeniu Nr 66/2018 oraz kosztu leku trombolitycznego nie zawartego w kosztach świadczenia⁸⁴, o którym mowa w zarządzeniu Nr 134/2018.

Do zakresu działań Prezesa NFZ należało m.in. prowadzenie gospodarki finansowej oraz efektywne i bezpieczne zarządzanie funduszami i mieniem Funduszu⁸⁵. Gromadzone przez NFZ środki finansowe, miały charakter środków publicznych, dlatego zarządzanie nimi powinno się odbywać z uwzględnieniem przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych⁸⁶. Prezes NFZ powinien w szczególności uwzględnić dyspozycję zawartą w art. 44 ust. 3 ustawy o finansach publicznych, zgodnie z którą wydatki publiczne powinny być dokonywane w sposób celowy i oszczędny, z zachowaniem zasad: uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów, optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów.

W myśl art. 97 ust. 3 pkt 1 ustawy o świadczeniach do zakresu działania Funduszu należało również m.in. określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Ponadto, zgodnie z dyspozycją zawartą w § 15 ust. 4-5 załącznika do rozporządzenia OWU w sytuacji nieustalenia taryfy świadczeń, Prezes Funduszu określał jednostki rozliczeniowe świadczeń i ich wartość, biorąc pod uwagę kompleksowość i ciągłość udzielania świadczeń, wzajemne relacje kosztowe

⁶⁸ Kod: 5.00.04.2731001.

⁶⁹ Kod: 5.00.04.1701006.

⁷⁰ Kod: 5.00.04.1701016.

⁷¹ Kod: 5.00.04.0000003.

⁷² Kod: 5.53.01.0001529.

⁷³ Kod: 5.51.01.0002099.

⁷⁴ Kod: 5.51.01.0002100.

⁷⁵ Kod: 5.51.01.0002003.

⁷⁶ Kod: 5.51.01.0002025.

⁷⁷ Kod: 5.51.01.0002031.

⁷⁸ Kod: 5.51.01.0014030.

⁷⁹ Kod: 5.51.01.0014031.

⁸⁰ Kod: 5.51.01.0014032.

⁸¹ Kod: 5.51.01.0014033.

⁸² Kod: 5.51.01.0014034.

⁸³ Kod: 5.51.01.0014099.

⁸⁴ Kod: 5.53.01.0001647.

⁸⁵ Art. 102 ust. 5 pkt 1 i 2 ustawy o świadczeniach.

⁸⁶ Dz. U. z 2019 r. poz. 869, ze zm.

udzielanych świadczeń, uwzględniając koszty ich udzielania przez świadczeniodawców lub koszty zapewnienia gotowości ich udzielania, wskazując jednocześnie udział tych kosztów w jednostce rozliczeniowej. W celu ustalania kosztów oraz relacji kosztowych, o których mowa wyżej, w poszczególnych rodzajach i zakresach świadczeń, Fundusz wykorzystywał informacje uzyskane od świadczeniodawców oraz innych podmiotów, które udostępniają dane o kosztach świadczeń.

W uzasadnieniach do zarządzeń Nr 41/2018, Nr 38/2019, Nr 75/2019, Nr 77/2019, Nr 80/2019, Nr 83/2019, Nr 25/2020 wskazano, że zmiany w finansowaniu świadczeń zdrowotnych wiążą się z rosnącymi kosztami ponoszonymi przez świadczeniodawców, będącymi pochodną wzrostu ogólnych kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Fundusz nie ustalił jednak wysokości wzrostu kosztów udzielania świadczeń zdrowotnych ponoszonych przez świadczeniodawców, nie wskazał w jaki sposób została ustalona ostateczna wartość, o którą zwiększone zostały wyceny świadczeń oraz wartość współczynników korygujących, a przede wszystkim nie zbadał, czy przyjęta wysokość wzrostu wycen świadczeń oraz wartość współczynników korygujących nie zostały przeszacowane. Prezes NFZ, wprowadzając ww. zarządzenia, nie posiadał zatem wiedzy czy zaproponowane zmiany w finansowaniu świadczeń zdrowotnych są adekwatne do rzeczywistych potrzeb świadczeniodawców. NFZ dokonał jedynie symulacji wpływu wprowadzanych zmian na budżet płatnika.

Ustalenie kosztów i relacji kosztowych nie zostało sporządzone również w przypadku nowo utworzonych produktów rozliczeniowych, o których mowa w zarządzeniach Nr 66/2018 i 134/2018 oraz w przypadku zmiany wyceny wszystkich świadczeń zdrowotnych nieobjętych taryfikacją AOTMiT, które zostały dokonane zarządzeniami Nr 83/2019, 25/2020, 38/2019, 77/2019, 80/2019, 134/2020, 64/2018, 93/2020.

W odniesieniu do zarządzenia Nr 41/2018 Dyrektor DSOZ wskazał, że: „Do Funduszu docierały (...) sygnały o wzroście kosztów leczenia świadczeniobiorców, niemniej jednak żaden ze świadczeniodawców nie skierował do Funduszu oficjalnego wystąpienia, w którym wskazałby całościową analizę kosztów (...). W związku z powyższym Fundusz przy wprowadzaniu współczynników korygujących przyjął zasadę ich określania na poziomie zbliżonym do wzrostu wskaźnika inflacji od czasu wydania Obwieszczenia z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, oraz możliwości finansowych płatnika”.

Z wyjaśnień Dyrektora DSOZ wynika ponadto, że zwiększenie wydatków ponoszonych przez podmioty lecznicze wiązało się z wejściem w życie ustawy o najniższym wynagrodzeniu. W toku procedowania ww. ustawy ustalono, że źródłem finansowania wydatków poza budżetem państwa będą koszty NFZ. Jak poinformował Dyrektor DSOZ: „Założono, iż wzrost przychodów Funduszu będzie oparty na wzroście PKB i inflacji, koszt podwyżek wynagrodzeń dla pracowników podmiotów leczniczych zostanie sfinansowany w ramach kosztów Narodowego Funduszu Zdrowia. Ustalono, że koszty będą pokryte z 70% części wzrostu wpływów do NFZ, natomiast 30% części wpływów do NFZ będzie pokrywać wzrost zapłaconych kosztów świadczeń zdrowotnych”. Skutek finansowy wprowadzanych zmian po stronie Funduszu został oszacowany w Ocenie Skutków Regulacji (OSR) dołączonej do projektu ustawy o najniższym wynagrodzeniu na kwotę 326,570 mln zł. Zdaniem Dyrektora DSOZ działania Funduszu dot. zwiększenia wyceny świadczeń miały na celu ochronę konstytucyjnie zagwarantowanego prawa obywatela do ochrony zdrowia. W celu zapewnienia

przez państwo realizacji tego uprawnienia oraz z uwagi na fakt, iż wycena świadczeń przez AOTMiT była realizowana na podstawie danych rzeczywistych zebranych od świadczeniodawców z okresu przed wejściem w życie ww. ustawy dokonano zmiany w wycenie poszczególnych JGP. Powyższe działania miały również na celu zapewnienie dostępności świadczeń. Brak zwiększenia wycen skutkowałby, zdaniem Dyrektora DSOZ, narastaniem zadłużenia świadczeniodawców, rezygnacją personelu z pracy i w konsekwencji ograniczeniem dostępności do świadczeń zdrowotnych.

Nadto, Dyrektor DSOZ wskazał, że z uwagi na brak regulacji prawnych dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców nie było możliwe rzetelne wypełnienie dyspozycji zawartej w § 15 ust. 4-5 załącznika do rozporządzenia OWU. W przypadku świadczeń stomatologicznych dodatkowa trudność w wycenie tych świadczeń wynikała z tego, że świadczeniodawcy, w zależności od wielkości podmiotu leczniczego, ponosili różne koszty stałe oraz z tego, że ten sam świadczeniodawca mógł udzielać świadczeń zdrowotnych (z wykorzystaniem tego samego sprzętu medycznego i personelu) w ramach umowy zawartej z NFZ jak i komercyjnie. Ze stanowiska Dyrektora DSOZ wynika, że nowa wycena świadczeń endodontycznych, wprowadzona zarządzeniem Nr 93/2020, została przygotowana we współpracy z konsultantami krajowymi w dziedzinie stomatologii dziecięcej oraz stomatologii zachowawczej z endodontcją. Podczas prac nad wyceną uwzględniono czas niezbędny do wykonania świadczenia oraz cenę materiału stomatologicznego. Propozycje wyceny zgłoszone przez konsultantów krajowych w ww. dziedzinach medycyny nie zostały jednak w żaden sposób udokumentowane.

Zgodnie z uzyskanymi w toku kontroli wyjaśnieniami Dyrektora DSOZ przy podejmowaniu decyzji w zakresie zmiany – zarządzeniami Nr: 75/2019, 93/2020, 38/2019, 77/2019, 80/2019, 134/2020 – wycen świadczeń zdrowotnych kierowano się danymi o inflacji, zwiększającymi się możliwościami finansowymi Funduszu oraz zmieniającymi się kosztami opieki zdrowotnej i ich wpływem na dostępność świadczeń zdrowotnych o właściwej jakości.

(akta kontroli str.: 590-596, 614-619, 630-634, 637-639, 810-862, 1524-1531, 1544-1569; 1658-1684 płyta CD – pliki nr 11, 14, 69, 73, 84-85, 89, 92, 109, 125, 135, 137, 143, 168-348, 353-363)

W ocenie NIK, brak regulacji prawnych dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców oraz oszacowanie przez Ministerstwo Zdrowia wzrostu kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców w związku ze wzrostem najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne, nie zwalniało Prezesa NFZ z dokonania własnej analizy kosztowej dla rzetelnego ustalenia potrzeb finansowych świadczeniodawców oraz wagi punktowej świadczeń zdrowotnych nieobjętych taryfikacją AOTMiT. Tym samym, zaniechanie przeprowadzenia rzeczonych analiz należy uznać za działanie nierzetelne.

6. Cele zmian wycen świadczeń zdrowotnych, o których mowa w zarządzeniu Nr 77/2019 i Nr 64/2018, nie zostały zdefiniowane przy pomocy mierzalnych mierników. Z kolei w zarządzeniu Nr 93/2020 Centrala Funduszu nie określiła wartości bazowej i docelowej miernika realizacji celu. Powyższe nie pozwalało na powiązanie miernika z oczekiwanym efektem i tym samym uniemożliwiało lub poważnie ograniczało rzetelną ocenę realizacji założonych celów.

W myśl art. 146 ust. 3 pkt 7 ustawy o świadczeniach przy opracowywaniu szczegółowych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej Fundusz był zobowiązany do sporządzenia uzasadnienia oraz informacji dotyczącej skutków ich przyjęcia, w której powinien wskazać m.in. w jaki sposób i kiedy nastąpi

ewaluacja efektów przyjętych warunków umów oraz jakie mierniki zostaną zastosowane.

W OSR dołączonej do zarządzenia Nr 77/2019 wskazano, że w celu promowania porodów zakończonych siłami natury zwiększono wartość punktową produktu rozliczeniowego – Koszty dodatkowe znieczulenia zewnątrzoponowego ciągłego do porodu niezawarte w JGP. Z OSR do zarządzenia Nr 64/2018 wynikało, że w celu zwiększenia liczby okulistycznych świadczeń zabiegowych wykonywanych w trybie ambulatoryjnym dokonano zmiany wycen części okulistycznych procedur zabiegowych, jeżeli zostały one zrealizowane w trybie ambulatoryjnym zamiast w trybie stacjonarnym. Z kolei w OSR do zarządzenia Nr 93/2020 wskazano, że zmiany wprowadzane ww. zarządzeniem polegają na podniesieniu wartości świadczeń z zakresu endodoncji w celu dostosowania wyceny do kosztów pracy nowoczesnymi, precyzyjnymi technikami, z zastosowaniem nowoczesnych materiałów stomatologicznych. Powyższe działanie miało przyczynić się m.in. do zwiększenia dostępności do świadczeń stomatologicznych i poprawy jakości świadczeń endodontycznych.

Z wyjaśnień Dyrektora DSOZ wynika, że w przypadku zarządzenia Nr 93/2020 trudno było określić mierniki docelowe oraz termin ich uzyskania, ponieważ zmiana wyceny świadczeń endodontycznych została wprowadzona w czasie trwania epidemii, podczas której zalecane jest wykonywanie wyłącznie niezbędnych zabiegów stomatologicznych. Dyrektor DSOZ nie potrafił wskazać przyczyny, dla której nie określono mierników realizacji celu jakim było zwiększenie liczby okulistycznych procedur zabiegowych wykonywanych w trybie ambulatoryjnym oraz promowanie porodów fizjologicznych. W uzyskanym w toku kontroli stanowisku wskazano jedynie, że kwestie te są na bieżąco monitorowane i analizowane na podstawie danych sprawozdawanych do systemu informatycznego Funduszu.

(akta kontroli str.: 30-33, 42-45, 614-619, 1524-1531)

W ocenie NIK, brak mierzalnych mierników realizacji celów zwiększenia wycen świadczeń zdrowotnych, a tym samym niewypełnienie dyspozycji art. 146 ust. 3 pkt 7 ustawy o świadczeniach, świadczy o nierzetelności działań prowadzonych przez Fundusz.

7. Fundusz, nie zdefiniował zwymiarowanych celów: umożliwienia rozliczania grupy E29 z zastosowaniem współczynnika korygującego o wartości 1,1; wprowadzenia współczynnika korygującego o wartości 1,08 do rozliczania świadczeń realizowanych w ramach grup: E23G, E24G, E26, E29, E04, E05, E06, E32, E33, E34, E36 oraz wprowadzenia współczynników o wartości: 1,04 dla świadczeń realizowanych w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych i 1,06 dla świadczeń realizowanych w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży. Powyższe uniemożliwiło ocenę efektów zastosowania ww. współczynników korygujących.

Zgodnie z § 16 ust. 2 załącznika do rozporządzenia OWU Prezes Funduszu, określając szczegółowe warunki rozliczania świadczeń, mógł ustalić współczynniki korygujące mające na celu w szczególności polepszenie jakości i zwiększenie dostępności udzielanych świadczeń.

Prezes NFZ, zarządzeniem Nr 80/2019 umożliwił rozliczanie grupy E29 z zastosowaniem współczynnika korygującego o wartości 1,1. Zarządzeniem Nr 134/2020 wprowadzono współczynnik korygujący o wartości 1,08 dla świadczeń realizowanych w ramach grup: E23G, E24G, E26, E29, E04, E05, E06, E32, E33, E34, E36. W uzasadnieniu do ww. zarządzenia wskazano, że celem wprowadzanych zmian jest wzmocnienie działań NFZ ukierunkowanych

na zwiększenie potencjału realizatorów kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-zawał) oraz zwiększenia liczby pacjentów, u których zrealizowano wszystkie świadczenia wynikające z indywidualnego planu leczenia zgodnie z założeniami KOS-zawał (realizacja całości programu). Z kolei zarządzeniem Nr 41/2018 Prezes NFZ wprowadził współczynniki korygujące o wartości: 1,04 dla świadczeń realizowanych w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych i 1,06 dla świadczeń realizowanych w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży wskazując, że powyższe rozwiązanie ma pokryć wzrost kosztów świadczeń psychiatrycznych ponoszonych przez świadczeniodawców.

Prezes NFZ, umożliwiając rozliczanie ww. świadczeń zdrowotnych z zastosowaniem współczynników korygujących, nie określił jednak żadnych wymagań stawianych świadczeniodawcom w zakresie poprawy dostępności lub jakości rzeczonych świadczeń.

Dyrektor DSOZ poinformował, że: „(...) w przypadku produktu rozliczeniowego: E29 – Angioplastyka wieńcowa balonowa (DEB) określony dla niej współczynnik korygujący o wartości 1,1 jest zbieżny z innymi grupami inwazyjnymi (zabiegowymi), dla których współczynnik ustalony był we wcześniejszym terminie”. W odniesieniu do współczynnika korygującego o wartości 1,08, mającego zastosowanie do świadczeń realizowanych w ramach grup: E23G, E24G, E26, E29, E04, E05, E06, E32, E33, E34, E36, o którym mowa w zarządzeniu Nr 134/2020 Dyrektor DSOZ wskazał, że: „Zgodnie ze strategią Narodowego Funduszu Zdrowia i określonym w niej Celem 2 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej należyta jakość i dostępność świadczeń opieki zdrowotnej są kwestiami priorytetowymi w podejmowanych przez Fundusz działaniach. Z dostępnością ma związek także zwiększenie zakresu opieki koordynowanej nad pacjentem (...). Do opieki koordynowanej zalicza się KOS-Zawał, który został wprowadzony w celu poprawy jakości leczenia i zmniejszenia śmiertelności pacjentów po zawale serca. (...) Pomimo tego, iż cel nie został wyartykułowany w uzasadnieniu do zarządzenia w przedmiotowych działaniach został on zdefiniowany, a wyniki działania programu wskazują, iż zostaje on osiągnięty”. W przypadku zarządzenia Nr 41/2018 Dyrektor DSOZ poinformował, że: „Ocena Skutków Regulacji nie zawiera mierników realizacji celu wprowadzenia współczynników korygujących wraz z przypisanymi im wartościami bazowymi i docelowymi, z uwagi na główny cel ich wprowadzenia, tj. zapewnienia co najmniej obecnej dostępności do świadczeń i nie pogorszenie ich jakości, a wręcz ich poprawy”.

(akta kontroli str.: 34-35, 40-41, 47-65, 630-634, 1519-1520;
1658-1684 płyta CD – pliki nr 85, 92)

W ocenie NIK sam fakt, że grupa E29 należała do grupy inwazyjnych (zabiegowych) świadczeń zdrowotnych, dla których już wcześniej funkcjonował współczynnik korygujący o wartości 1,1, nie zwalniał NFZ z określenia celu umożliwienia rozliczania grupy E29 z zastosowaniem ww. współczynnika. Fundusz, umożliwiając rozliczanie ww. świadczenia z zastosowaniem współczynnika korygującego, powinien odnieść się do aktualnej dostępności i jakości świadczenia: Angioplastyka wieńcowa balonowa (DEB) oraz określić oczekiwane efekty wprowadzanych zmian. Rzeczona analiza dostępności i jakości świadczeń powinna być przeprowadzona również w przypadku świadczeń psychiatrycznych. Prezes NFZ powinien także określić mierniki realizacji celu wprowadzenia współczynnika korygującego dla świadczeń realizowanych w ramach grup: E23G, E24G, E26, E29, E04, E05, E06, E32, E33, E34, E36, jakim było wzmocnienie działań NFZ ukierunkowanych na zwiększenie potencjału realizatorów KOS-Zawał oraz zwiększenie liczby pacjentów, u których zrealizowano wszystkie świadczenia wynikające

z indywidualnego planu leczenia zgodnie z założeniami KOS-Zawał. Mając na uwadze powyższe, brak określenia zwymiarowanych celów wprowadzenia ww. współczynników korygujących świadczy o nierzetelności działania Funduszu. W tym miejscu należy zaznaczyć, że NIK nie kwestionuje celowości i skuteczności wprowadzenia kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego, a jedynie fakt nieokreślenia zwymiarowanego celu wprowadzenia współczynnika korygującego przy rozliczaniu świadczeń realizowanych w ramach tej opieki.

8. Prezes NFZ nie ustalił ceny rozliczeniowej dla systemu ciągłego monitorowania glikemii w czasie rzeczywistym (CGM-RT) u dzieci i młodzieży do 26 roku życia z cukrzycą typu 1.

Dyrektor DSOZ, wyjaśnił m.in., że Prezes AOTMiT opublikował raport w sprawie ustalenia taryfy dla świadczenia ciągłego monitorowania glikemii w czasie rzeczywistym (CGM-RT) u dzieci i młodzieży do 26 roku życia z cukrzycą typu 1 w maju 2018 r. i w ślad za powyższymi dokumentami Prezes NFZ przygotował projekt zarządzenia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów dla tego rodzaju świadczeń zdrowotnych. Projekt z dnia 18 maja 2018 r. zawierał sposób rozliczenia świadczeń gwarantowanych w oparciu o projekty taryf opracowane przez AOTMiT. W dniu 8 listopada 2018 r. Prezes AOTMiT opublikował taryfy dla innych świadczeń, wprowadzonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia, jednakże bez ww. świadczenia. Prezes Funduszu wstrzymywał się z wydaniem zarządzenia do momentu ogłoszenia przez Prezesa AOTMiT taryf dla przedmiotowego świadczenia, spodziewając się, że także dla tego świadczenia zostaną one niebawem opublikowane, co w dniu 17 września 2018 r. potwierdził Prezes AOTMiT. Dyrektor DSOZ, wyjaśnił także, że dodatkowym problemem przy ustalaniu kosztów tego świadczenia była kwestia niedopracowania pojęcia „radioodbiornika” oraz zaopatrzenia pacjenta w tenże odbiornik, co utrudniało ustalenie przez Fundusz rzeczywistych kosztów świadczenia.

(akta kontroli str. 1688-1693,1739-1749)

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 | <ol style="list-style-type: none">1. Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na konieczność bliskiej współpracy z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Ministrem Zdrowia, w przypadku zaistnienia potrzeby kompleksowych zmian wycen świadczeń opieki zdrowotnej w przyszłości. |
| Wnioski | <ol style="list-style-type: none">1. Zapewnić terminowe wprowadzanie do stosowania taryf świadczeń gwarantowanych określonych przez Prezesa AOTMiT.2. Doprowadzić do zgodności wartości punktowych świadczeń ustalonych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, w zarządzeniach w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w poszczególnych rodzajach świadczeń, z taryfami obwieszczanymi przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. |

3. Definiować mierzalne cele oraz przeprowadzać analizy kosztów z uwzględnieniem tych celów przed wprowadzaniem zmian w finansowaniu świadczeń.
4. Ustalać jednostki rozliczeniowe i ich wartość, w sytuacji nieustalenia taryfy dla świadczeń gwarantowanych.

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

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

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, 22 grudnia 2020 r.

Kontroler
Andrzej Szpigielski

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.

DYREKTOR
Departament Zdrowia
Piotr Wasilewski
Piotr Wasilewski

.....
podpis