



KZD.430.002.2021  
Nr ewid. 18/2021/P/20/055/KZD

Informacja o wynikach kontroli

**WYCENA ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ  
FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH**

DEPARTAMENT ZDROWIA

## MISJA

Najwyższej Izby Kontroli jest dbałość o gospodarność i skuteczność w służbie publicznej dla Rzeczypospolitej Polskiej

## WIZJA

Najwyższej Izby Kontroli jest cieszący się powszechnym autorytetem najwyższy organ kontroli państwowej, którego raporty będą oczekiwanym i poszukiwanym źródłem informacji dla organów władzy i społeczeństwa

### Informacja o wynikach kontroli

#### Wycena świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Dyrektor Departamentu Zdrowia



Piotr Wasilewski

#### Akceptuję:

Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli



Małgorzata Motylow

#### Zatwierdzam:

Prezes Najwyższej Izby Kontroli



Marian Banaś

Warszawa, dnia 22.04.2021

Najwyższa Izba Kontroli  
ul. Filtrowa 57  
02-056 Warszawa  
T/F +48 22 444 50 00

[www.nik.gov.pl](http://www.nik.gov.pl)

# SPIS TREŚCI

WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ.....	4
1. WPROWADZENIE.....	6
2. OCENA OGÓLNA .....	8
3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI.....	9
4. WNIOSKI.....	15
5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI .....	17
5.1. Taryfikacja świadczeń opieki zdrowotnej .....	17
5.1.1. Realizacja zadań z zakresu taryfikacji .....	17
5.1.2. Standard rachunku kosztów .....	29
5.1.3. System rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej.....	30
5.2. Realizacja zadań z zakresu wyceny świadczeń, pozostających w kompetencjach NFZ.....	32
5.3. Podmioty lecznicze .....	48
5.3.1. Prowadzenie rachunku kosztów.....	48
5.3.2. Prawidłowość przekazywania danych w procesie taryfikacji .....	55
6. ZAŁĄCZNIKI.....	61
6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe.....	61
6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych.....	64
6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności.....	70
6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli.....	72

## Wykaz stosowanych skrótów, skrótowców i pojęć

<b>Cena jednostkowa jednostki rozliczeniowej</b>	kwota określająca wartość jednostki rozliczeniowej, tj. punktu, osobodnia, porady (§ 1 pkt 3 załącznika do rozporządzenia <i>OWU</i> ). Jest ona określana w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
<b>Jednostka rozliczeniowa</b>	miara przyjęta do określenia wartości świadczenia opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub rodzaju; jednostką rozliczeniową jest w szczególności: punkt, porada, osobodzień (§ 1 pkt 3 załącznika do rozporządzenia <i>OWU</i> ). Każdemu świadczeniu kontraktowanemu przez NFZ przypisana jest określona liczba jednostek rozliczeniowych, zaś iloczyn liczby jednostek rozliczeniowych (wagi punktowej produktu rozliczeniowego) oraz ich ceny jednostkowej stanowi wartość świadczenia;
<b>JGP</b>	system jednorodnych grup pacjentów (ang. <i>DRG, diagnosis-related group</i> ), kwalifikowanie zakończonej hospitalizacji do jednej z grup wyodrębnionych według kryterium spójności postępowania medycznego, porównywalnego stopnia zużycia zasobów, standaryzowanego czasu pobytu i innych uznanych parametrów (§ 2 pkt 20 zarządzenia Nr 184/2019/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 31 grudnia 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne). Grupa JGP jest jedną z kategorii w opisie hospitalizacji, która zawiera: kod, nazwę oraz charakterystykę opisaną określonymi parametrami. Zbiór parametrów służących do wyznaczenia grupy, zawiera m.in.: rozpoznania według klasyfikacji ICD-10, procedury medyczne według klasyfikacji ICD-9, wiek pacjenta, czas pobytu w szpitalu;
<b>OPK</b>	ośrodek (miejsce) powstawania kosztów;
<b>OWU</b>	ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiące załącznik do rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia, wydanego na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach, tj. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320, ze zm.);
<b>Punkt</b>	jednostkowa miara służąca do określenia wartości świadczeń opieki zdrowotnej – produktu rozliczeniowego (sprawozdawanego), określonego w katalogach świadczeń wprowadzonych przez Ministra Zdrowia w poszczególnych rozporządzeniach w sprawie świadczeń gwarantowanych;
<b>Rachunek kosztów</b>	proces identyfikowania, gromadzenia, przetwarzania, prezentowania i interpretowania informacji o kosztach dla dokonywania ocen i podejmowania decyzji przez użytkowników tych informacji <sup>1</sup> ;
<b>Rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych</b>	inaczej rozporządzenia koszykowe; rozporządzenia Ministra Zdrowia wydane na podstawie art. 31d pkt 1 i 2 ustawy o świadczeniach;
<b>Taryfa świadczeń</b>	zestawienie świadczeń gwarantowanych wraz z przypisanymi im wartościami względnymi, z wyłączeniem świadczeń gwarantowanych, których zasady finansowania określa ustawa o refundacji <sup>2</sup> (art. 5 pkt 42a ustawy o świadczeniach);
<b>Ustawa o świadczeniach</b>	ustawa z dnia z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, ze zm.);

<sup>1</sup> G. K. Świdarska (red.), *Rachunek kosztów w zakładzie opieki zdrowotnej. Podręcznik*, SGH, MZ 2013.

<sup>2</sup> Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 357, ze zm.).

**Waga (wartość)  
punktowa produktu  
rozliczeniowego**

taryfa świadczenia (produktu kontraktowego) ustalona w katalogu zakresów i świadczeń/grup/produktów dla odpowiedniego trybu realizacji umowy (wartość punktowa, wartość osobodnia, wartość porady). Wartości punktowe są ustalane przez Prezesa NFZ w zarządzeniach dotyczących szczegółowych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem taryfy świadczeń w przypadku jej ustalenia w danym zakresie świadczeń, wydawanych na podstawie art.146 ust. 1, w zw. z art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 ustawy o świadczeniach;

**Współczynniki  
korygujące**

współczynniki ustalone przez Prezesa Funduszu, określające wysokość mnożników dla poszczególnych: grup świadczeniobiorców albo świadczeń, albo grup świadczeniodawców, albo grup osób wykonujących dany zawód medyczny, za pomocą których jest wyliczana wysokość zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy (§ 1 pkt 16 załącznika do rozporządzenia *OWU*).

# 1. WPROWADZENIE

## Pytanie definiujące cel główny kontroli

Czy taryfikacja świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest dokonywana prawidłowo, a Narodowy Fundusz Zdrowia wykorzystuje rzetelnie jej wyniki w realizacji zadań?

## Pytania definiujące cele szczegółowe kontroli

1. Czy Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji prawidłowo realizowała obowiązki wynikające z ustawy o świadczeniach w zakresie dotyczącym taryfikacji świadczeń?
2. Czy Narodowy Fundusz Zdrowia prawidłowo realizował pozostające w jego kompetencjach zadania z zakresu wyceny świadczeń?
2. Czy w podmiotach leczniczych prowadzono rachunek kosztów w sposób umożliwiający racjonalne zarządzanie?
2. Czy podmioty lecznicze przekazywały spójne i rzetelne dane dotyczące udzielania i finansowania świadczeń do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji?
2. Czy system wyceny świadczeń szpitalnych (JGP) pozwala na kompleksowe i efektywne leczenie?

## Jednostki kontrolowane

Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

20 podmiotów leczniczych

## Okres objęty kontrolą 2015–2020

Od 1999 r. w ochronie zdrowia funkcje płatnika i świadczeniodawcy są rozdzielone, a proces zakupu świadczeń zdrowotnych jest oparty na zasadzie selektywnego kontraktowania pomiędzy płatnikiem (początkowo kasami chorych, a obecnie Narodowym Funduszem Zdrowia) a świadczeniodawcami. Zasady zawierania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych są zdefiniowane w ustawie z 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*.

Płatnik publiczny płaci za wykonane świadczenie, którego wartość zależy od liczby jednostek rozliczeniowych przypisanych świadczeniu oraz ich ceny negocjowanej z podmiotem leczniczym. W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej stosowana jest głównie opłata za poradę diagnostyczną, zaś leczenie szpitalne jest rozliczane w oparciu o system jednorodnych grup pacjentów (JGP). W systemie tym nośnikiem kosztów jest hospitalizacja pacjenta, z określonym schorzeniem, w konkretnej sytuacji. Metodę tę w Polsce wdrożono w 2008 r., przy czym należy wskazać, że z różnymi modyfikacjami stosowana jest obecnie w Austrii, Belgii, Bułgarii, Czechach, Danii, Finlandii, Francji, Grecji, Hiszpanii, Holandii, Niemczech, Norwegii, Portugalii, Rumunii, Szwecji, Szwajcarii, Włoszech oraz Wielkiej Brytanii<sup>3</sup>.

Problemem w obszarze finansowania, także w systemie JGP, jest wycena świadczeń zarówno w odniesieniu do ustalonych jednostek rozliczeniowych, jak i negocjacji ceny jednostkowej za punkt/osobodzień/poradę. Narodowy Fundusz Zdrowia może wykorzystywać swoją nadrzędną pozycję przy negocjowaniu ceny za punkt z podmiotami leczniczymi. W przypadkach, gdy oferowane stawki są niższe niż rzeczywiste koszty udzielania świadczeń, może to negatywnie wpływać na strukturę udzielanych świadczeń. Skłania to zarówno publiczne, jak i prywatne podmioty lecznicze do restrukturyzowania swojej działalności pod kątem udzielania bardziej opłacalnych świadczeń, a nie ze względu na potrzeby zdrowotne pacjentów.

Począwszy od 1 stycznia 2015 r. ze sfery aktywności Narodowego Funduszu Zdrowia (płatnika) wyłączony został proces wyceny świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a zadania te zostały powierzone Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Miało to zagwarantować niezależność ustalania wyceny oraz prawidłowość finansowania świadczeń. Jednocześnie w kompetencji Narodowego Funduszu Zdrowia pozostało negocjowanie ceny za punkt w umowach ze świadczeniodawcami, jak również ustalanie współczynników korygujących wycenę<sup>4</sup> dla poszczególnych grup świadczeń i/lub świadczeniodawców i/lub świadczeniobiorców, mające na celu polepszenie jakości i zwiększenie dostępności udzielanych świadczeń.

<sup>3</sup> Źródło: Polska: Zarys Systemu Ochrony Zdrowia Polska 2012, tytuł serii *Health Systems in Transition (Systemy Ochrony Zdrowia w Okresie Przemian)*, World Health Organization 2011, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; <https://akademia.nfz.gov.pl/konferencja-jednorodne-grupy-pacjentow-w-europie-w-strone-przejrzystosci-efektywnosci-i-jakosci-w-szpitalach/> [dostęp: 8.02.2021 r.]; <https://cordis.europa.eu/project/id/223300/pl> [dostęp: 8.02.2021 r.].

<sup>4</sup> Zarówno świadczeń objętych taryfą wynikającą z obwieszczeń Prezesa AOTMiT, jak i świadczeń, dla których wycenę określił Prezes NFZ.

Podstawowym celem procesu taryfikacji jest dokonanie wyceny świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, adekwatnej do rzeczywistych kosztów leczenia ponoszonych przez podmioty lecznicze. Taryfikacja ma służyć także równoważeniu podaży świadczeń i potrzeb zdrowotnych, zapewnieniu możliwie najlepszej dostępności świadczeń gwarantowanych oraz gospodarności w wydawaniu środków publicznych.

Zadania administracji publicznej w zakresie polityki zdrowotnej, a w szczególności taryfikacji, świadczeń są realizowane przy wykorzystaniu danych dotyczących udzielania oraz finansowania świadczeń, pochodzących zarówno z Narodowego Funduszu Zdrowia, jak i z podmiotów leczniczych. Aby Agencja mogła wykorzystywać dane pochodzące z rachunku kosztów podmiotów leczniczych, konieczne jest wprowadzenie jednolitych zasad identyfikowania, gromadzenia, przetwarzania, prezentowania i interpretowania informacji o kosztach udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. Brak standaryzacji rachunku kosztów lub jego niedostateczne doprecyzowanie może uniemożliwić prawidłową interpretację wyników oraz ustalenie taryfy świadczeń, adekwatnej do ponoszonych kosztów.

Kontrola *Wycena świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* była kontrolą planową, koordynowaną, podjętą z inicjatywy własnej NIK.

NIK zbadała, czy taryfikacja świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest dokonywana prawidłowo, a NFZ wykorzystuje rzetelnie jej wyniki w realizacji zadań. Założono, że wartością dodaną kontroli będzie wskazanie ewentualnych niedociągnięć systemowych w obszarze taryfikacji świadczeń oraz problemów związanych ze stosowaniem rachunku kosztów w podmiotach leczniczych.

## 2. OCENA OGÓLNA

Prawidłowa,  
ale nieefektywna  
taryfikacja świadczeń  
opieki zdrowotnej

W okresie objętym kontrolą system wyceny świadczeń był nieefektywny, pomimo prawidłowej (na ogół) realizacji zadań wynikających z ustawy o świadczeniach przez poszczególne podmioty, tj. Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i Narodowy Fundusz Zdrowia. Niejednolity sposób prowadzenia rachunku kosztów w podmiotach leczniczych znacząco utrudniał Agencji uzyskanie niezbędnych do opracowania taryfy danych, o najwyższej jakości i kompletności, co przekładało się na długotrwały proces wyceny świadczeń. Wskazuje to na strukturalne problemy funkcjonowania systemu taryfikacji świadczeń.

Prezes Agencji określał taryfę świadczeń w danym zakresie lub rodzaju po dokonaniu przez Agencję analizy danych dotyczących udzielania oraz finansowania świadczeń opieki zdrowotnej lub na podstawie innych dostępnych danych, niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń. Przeszkodą w realizacji zadań Agencji były trudności w uzyskaniu rzetelnych danych – z uwagi na brak standardu rachunku kosztów, proces ten był skomplikowany i długotrwały. Przełożyło się to nie tylko na niski stopień realizacji planów taryfikacji (32,6%), ale również na objęcie taryfą niespełna 17% świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (ujęcie wartościowe) w ciągu pięciu lat istnienia Agencji. Zwiększenie tego odsetka pozwoli na wyeliminowanie przeszacowanych i niedoszacowanych usług medycznych, a tym samym poprawi efektywność wykorzystania środków publicznych w skali całego systemu ochrony zdrowia.

Prezes NFZ prawidłowo implementował taryfy świadczeń obwieszczone przez Prezesa Agencji. NIK negatywnie natomiast oceniła sposób wprowadzania przez Prezesa NFZ, pozostających w jego kompetencjach zmian wyceny świadczeń opieki zdrowotnej. Podwyżki wyceny (o określony procent) dotyczące poszczególnych rodzajów bądź zakresów świadczeń nie były poprzedzone rzetelną analizą kosztów oraz relacji kosztowych świadczeń. Prezes NFZ, nie mając ku temu uprawnień, podwyższył również wycenę świadczeń, dla których taryfę określił Prezes Agencji.

Rachunek kosztów prowadzony w podmiotach leczniczych nie dostarczał wszystkich informacji, a w szczególności nie pozwalał na uzyskiwanie pełnej informacji o kosztach realizowanych procedur medycznych. Tym samym nie było możliwe sprawne przygotowanie informacji kliniczno-kosztowych niezbędnych do taryfikacji świadczeń. Bowiem jak ustalono, opracowanie danych wymagało dużego nakładu pracy manualnej, a jedna trzecia skontrolowanych podmiotów leczniczych przekazała do Agencji nierzetelne dane dotyczące udzielania i finansowania świadczeń. Brak wiedzy o kosztach i w efekcie także o rentowności wykonywanych świadczeń utrudniał efektywne zarządzanie podmiotami leczniczymi i poprawę ich wyników.

Dalszym skutkiem tego stanu jest fakt, iż system wyceny świadczeń nie w pełni pozwala na zapewnienie kompleksowego leczenia. Podmioty lecznicze, kierując się rachunkiem ekonomicznym, mogą koncentrować się na udzielaniu świadczeń rentownych, a nie na zaspokojeniu potrzeb zdrowotnych swoich pacjentów i zapewnieniu im wszystkich niezbędnych usług medycznych na każdym etapie procesu leczenia.



### 3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

Wartość sfinansowanych świadczeń opieki zdrowotnej, dla których Prezes AOTMiT opublikował taryfę w 2019 r., wynosiła 15,2 mld zł, wobec kosztów świadczeń zdrowotnych ogółem w wysokości 90,1 mld zł<sup>5</sup>. Taryfikacją objęte zostało od 0,3% wartości świadczeń rehabilitacji leczniczej do 99,9% wartości świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej<sup>6</sup>. [str. 32–33]

Skala taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej

W latach 2015–2020 Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji prawidłowo realizowała obowiązki wynikające z ustawy *o świadczeniach* w zakresie taryfikacji świadczeń. Prezes Agencji terminowo sporządzał plany taryfikacji na dany rok i przekazywał je do zatwierdzenia Ministrowi Zdrowia wraz z opiniami Prezesa NFZ i Rady ds. Taryfikacji.

Plany taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej

NIK zwróciła jednak uwagę na niski stopień realizacji planów taryfikacji, który wynosił 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). Na niski stopień realizacji planów wpływała duża pracochłonność procesu taryfikacji i przekraczający roczną perspektywę planowania proces uzyskiwania danych od świadczeniodawców oraz ich weryfikacji przez AOTMiT. Zdaniem NIK, nie bez znaczenia jest też zlecenie przeprowadzenia taryfikacji przez Ministra Zdrowia 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 w tym trybie zlecił opracowanie taryf dla 1436 świadczeń, wobec 790 ujętych bezpośrednio w planach taryfikacji. Tym samym omijany był tryb zmiany planu taryfikacji, przewidziany w art. 311a ust. 7 ustawy *o świadczeniach*<sup>7</sup>. NIK nie podziela argumentacji Ministra Zdrowia, że procedura zmiany planu taryfikacji, który jest tworzony w I półroczu roku poprzedniego, może spowodować wydłużenie procesu implementacji zlecenia Ministra Zdrowia, bowiem zmiana planu taryfikacji wymaga jedynie zasięgnięcia opinii Prezesa Agencji. [str. 17–18]

Niski stopień realizacji planów taryfikacji

W latach 2015–2020, Rada ds. Taryfikacji funkcjonowała w niepełnym składzie przez 36 miesięcy. 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. Łącznie Minister Zdrowia powołał 27 członków Rady i odwołał 18. [str. 27]

Niepełny skład Rady ds. Taryfikacji

Minister Zdrowia, nie zatwierdził lub nie zmienił 54 taryf świadczeń opracowanych przez Prezesa Agencji w latach 2018–2020 (36 wynikających z planu taryfikacji oraz 18 zleconych przez Ministra Zdrowia), mimo że uzyskały one pozytywną opinię Rady ds. Taryfikacji, i nie przekazał ich Prezesowi Agencji celem opublikowania. Minister Zdrowia swoje decyzje uzasadnił dezaktualizacją części analiz i projektów taryf oraz wprowadza-

Niezatwierdzenie taryf przez Ministra Zdrowia

<sup>5</sup> Pozycja B2 *Rocznego sprawozdania z wykonania planu finansowego NFZ na 2019 r.*

<sup>6</sup> 25,8% świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne.

<sup>7</sup> Zgodnie z brzmieniem przepisu, w szczególnie uzasadnionych przypadkach minister właściwy do spraw zdrowia po zasięgnięciu opinii Prezesa Agencji zmienia plan taryfikacji Agencji.

niem na rynek bardziej innowacyjnych rozwiązań. Art. 311b ust. 12 ustawy *o świadczeniach* nie określa terminu w jakim Minister Zdrowia powinien zatwierdzić taryfę i przekazać ją Prezesowi Agencji. Natomiast w szczególnie uzasadnionych przypadkach, mając na uwadze dane określone w art. 311c ust. 2 ustawy *o świadczeniach* lub inne dostępne dane niezbędne do ustalenia taryfy świadczeń, Minister Zdrowia jest uprawniony do zmiany taryfy świadczeń określonej przez Prezesa Agencji<sup>8</sup>. Minister Zdrowia nie korzystał jednak z tego prawa, mimo, iż występowały ku temu przesłanki.

Ponadto w latach 2015–2020 (do 28 września) Agencja opracowała łącznie 138 projektów taryf, które nie zostały opublikowane w BIP do konsultacji zewnętrznych z powodu wstrzymania lub wycofania zlecenia przez Ministra Zdrowia.

W ocenie NIK, takie działanie naraża budżet państwa na nieuzasadnione koszty poniesione w związku z opracowaniem nieopublikowanych taryf lub je zwiększa, w sytuacji gdy zapadnie decyzja o aktualizacji tych taryf. [str. 18–20]

#### Metodyka taryfikacji

Agencja podejmowała skuteczne działania w celu uzyskania danych będących podstawą do opracowania taryfy, a także zapewnienia ich jakości i kompletności, a przyjęta przez Agencję metodyka taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej pozwalała na opracowanie taryfy adekwatnej do kosztów udzielania świadczeń. Objęte szczegółowym badaniem sześć raportów taryfikacyjnych (spośród 84 opublikowanych przez Agencję) powstało w oparciu o przyjętą przez Agencję *Metodykę taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej*. Problemem był długotrwały proces taryfikacji, który dla objętych szczegółowym badaniem sześciu raportów trwał od dwóch<sup>9</sup> do 464 dni (średnio 192 dni). Przyczyną przekraczającego rok przebiegu postępowania dla poszczególnych taryf była duża liczba zadań AOTMiT oczekujących na realizację, jak również sama organizacja tego procesu, np.: uzyskiwanie danych od świadczeniodawców oraz ich weryfikacja przez Agencję, brak ujednoczonego rachunku kosztów podmiotów leczniczych, konieczność współpracy z ekspertami klinicznymi przy weryfikacji, korekty i uzupełnienia danych klinicznych, obszerność analizowanych zakresów świadczeń, dodatkowe analizy. Agencja stosowała w raportach taryfikacyjnych mnożnik zmian wielkości kosztów<sup>10</sup>, mający na celu aktualizowanie taryfy opracowanej na podstawie historycznych danych na dzień jej wydania oraz zapewnienie tzw. premii na rozwój. [str. 20–23]

#### Nieprawidłowości w przekazywaniu przez podmioty lecznicze danych niezbędnych do taryfikacji

Pięć z 15 skontrolowanych podmiotów nie dochowało należytej staranności przy przygotowaniu danych dotyczących udzielania oraz finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przekazywanych AOTMiT. Znaczna część prac związanych z przygotowaniem danych dla Agencji odbywała się bez możliwości generowania gotowych zestawień z systemów informatycznych i wymagała dużego nakładu pracy manualnej, w konsekwencji zwiększa-

<sup>8</sup> Art. 311b ust. 12 ustawy *o świadczeniach*.

<sup>9</sup> Taryfy dla świadczeń ambulatoryjnych: kardiologiczne konsylium lekarskie przy użyciu sprzętu telemedycznego oraz geriatryczne konsylium lekarskie przy użyciu sprzętu telemedycznego opracowano z wykorzystaniem danych będących już w bazach Agencji.

<sup>10</sup> Mnożnik był opisany w metodyce taryfikacji świadczeń i zaopiniowany pozytywnie przez Radę ds. Taryfikacji.

jąc ryzyko błędu, nawet przy stosunkowo wąskim zakresie wnioskowanych informacji. Miało to wpływ na bardzo długi, wynoszący nawet kilka miesięcy, proces opracowania, a następnie weryfikacji danych, o które wnioskowała Agencja.

Zgodnie z art. 311c ust. 4 ustawy *o świadczeniach*, świadczeniodawca powinien udostępnić Agencji dane niezbędne do taryfikacji świadczeń, w terminie wskazanym przez Prezesa Agencji, nie krótszym jednak niż 14 dni, licząc od dnia doręczenia świadczeniodawcy wniosku o udostępnienie danych<sup>11</sup>. Jednak, biorąc pod uwagę pracochłonność przygotowania tych danych przez świadczeniodawców, 14-dniowy termin był niemożliwy do dochowania. [str. 55–60]

Na wydłużanie się procesu uzyskiwania wiarygodnych danych do opracowania taryf oraz ich weryfikacji duży wpływ miał brak, obowiązującego wszystkich świadczeniodawców, standardu rachunku kosztów, który określałby jednolity sposób identyfikacji i gromadzenia faktycznie poniesionych kosztów w systemie finansowo-księgowym podmiotu leczniczego oraz sposób kalkulacji kosztu świadczenia opieki zdrowotnej w module kontrolinowym. Co prawda, 8 lipca 2015 r. Minister Zdrowia wydał rozporządzenie *w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców*<sup>12</sup>, jednakże dotyczyło ono jedynie świadczeniodawców, którzy podjęli współpracę z AOTMiT i zostało uchylone po około dwóch miesiącach obowiązkowo jego stosowania. Z uwagi na przeciągające się prace, kolejne rozporządzenie w tej sprawie zostało wydane dopiero 26 października 2020 r., z mocą obowiązywania od 1 stycznia 2021 r. Tym samym Minister nie wypełnił w pełni dyspozycji wynikającej z art. 311c ust. 7 ustawy *o świadczeniach*<sup>13</sup>, bowiem w okresie od 5 marca 2020 r. do 1 stycznia 2021 r. brak było obowiązującego rozporządzenia w tej sprawie. [str. 29–30, 69]

Brak standardu rachunku kosztów

Począwszy od I kwartału 2016 r., Agencja uczestniczyła w opracowywaniu projektu rozporządzenia dotyczącego standardu rachunku kosztów oraz brała czynny udział w pracach legislacyjnych. W styczniu 2018 r. zakończono prace nad *Koncepcją rachunku kosztów*, pierwszy projekt rozporządzenia w tej sprawie przekazano do Ministerstwa Zdrowia w lipcu 2019 r., a kolejny w kwietniu 2020 r. W ramach prac w Agencji powołano cztery kolejne Zespoły ds. opracowania zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów oraz zawarto 42 umowy cywilnoprawne z ekspertami zewnętrznymi, w tym 20 umów o dzieło. Z tego tytułu Agencja poniosła koszty w kwocie 200,6 tys. zł. Zastrzeżenia NIK budzi zawarcie w 2020 r. sześciu umów cywilnoprawnych na kwotę 18 tys. zł, w sytuacji gdy zlecane zadania mogły być realizowane w oparciu o uzyskaną wcześniej dokumentację i wsparcie merytoryczne, a pracownicy Agencji mieli niezbędne do realizacji zadań kwalifikacje zawodowe z zakresu księgowości i rachunku kosztów.

Długotrwałe prace nad opracowaniem standardu rachunku kosztów

<sup>11</sup> W brzmieniu obowiązującym od 23 lipca 2017 r.

<sup>12</sup> Dz. U. poz. 1126. Rozporządzenie należało obligatoryjnie stosować od 1 stycznia do 5 marca 2020 r.

<sup>13</sup> Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, zalecenia dotyczące standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców, kierując się potrzebą ujednoczenia sposobu identyfikowania, gromadzenia, przetwarzania, prezentowania i interpretowania informacji o kosztach świadczeń opieki zdrowotnej.

Niewykorzystywanie potencjału własnych pracowników, zdaniem NIK, jest postępowaniem niegospodarnym. NIK nie neguje możliwości zawierania umów cywilnoprawnych z ekspertami, tylko wskazuje na potrzebę rzetelnej analizy możliwości realizacji poszczególnych zadań przez pracowników Agencji, przed podjęciem decyzji o ich zleceniu ekspertom zewnętrznym.

Ponadto dwóch członków Rady ds. Taryfikacji, z którymi zawarto umowy cywilnoprawne na opracowanie standardu rachunku kosztów, brało czynny udział w jego opiniowaniu przez Radę. W ocenie NIK, takie postępowanie prowadzi do konfliktu interesów. Inne stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły nierzetelnego sporządzania niektórych umów cywilnoprawnych. [str. 24–30]

### Niepełne stosowanie rachunku kosztów przez podmioty lecznicze

Jak pokazały wyniki kontroli, większość podmiotów leczniczych nie była przygotowana do wprowadzenia standardu rachunku kosztów. Występowały duże różnice w sposobie prowadzenia rachunku kosztów w poszczególnych podmiotach leczniczych, a zdecydowana ich większość nie prowadziła pełnego rachunku i nie znała wysokości kosztów realizowanych przez siebie procedur medycznych. Sytuację dodatkowo utrudniało użytkowanie przez poszczególne podmioty systemów informatycznych różnych producentów, które nie były ze sobą w pełni zintegrowane. [str. 48–55]

### Nieprawidłowości dot. stosowania zasad rachunkowości i mechanizmów kontroli zarządczej

W 11 spośród 20 skontrolowanych podmiotów stwierdzono niepełne stosowanie się do zasad wynikających z ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości<sup>14</sup> i/lub nieprawidłowości w funkcjonowaniu mechanizmów kontroli operacji finansowych i gospodarczych. Nieprawidłowości te wynikały z błędnie opracowanych regulacji wewnętrznych, w tym polityki (zasad) rachunkowości, braku ich aktualizacji oraz z niestosowania się pracowników podmiotów kontrolowanych do przyjętych zasad. [str. 48–51]

### Implementacja taryfy świadczeń

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia na ogół prawidłowo implementował taryfy świadczeń gwarantowanych, określone w obwieszczeniach Prezesa Agencji, niemniej w czterech przypadkach (spośród 74 obwieszczeń) nastąpiło to z opóźnieniem od dwóch do 44 dni. Opóźnienia wynikały z przyjętego kalendarza prac legislacyjnych oraz chęci zachowania przejrzystości legislacyjnej. [str. 33–34]

### Brak mechanizmów aktualizacji wyceny

Począwszy od 2017 r. Prezes NFZ kilkunastokrotnie kompleksowo podwyższał wycenę świadczeń – o kilka lub kilkanaście procent w poszczególnych rodzajach lub zakresach świadczeń. NIK oceniła negatywnie wprowadzenie tych zmian bez rzetelnej analizy kosztowej. Prezes NFZ nie ustalił kosztów oraz wzajemnych relacji kosztowych udzielania tych świadczeń przez świadczeniodawców, do czego zobowiązywał go § 15 ust. 4–5 załącznika do rozporządzenia *OWU*. Niemniej NIK zwróciła uwagę, że NFZ nie dysponował niezbędnymi danymi dla realizacji takich działań. Danymi takimi częściowo dysponuje Agencja, uzyskując je, w ramach współpracy bieżącej, od podmiotów leczniczych. Jednak Prezes Agencji zaznaczył, że obecnie zbyt mała grupa podmiotów współpracuje z AOTMiT w sposób ciągły, by prowadzić szeroki zakres analiz obrazujących wzrost kosztów i ekstrapolować je na wszystkich świadczeniodawców. W wystąpieniu

<sup>14</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 217.

do Prezesa NFZ, NIK zwróciła uwagę na konieczność bliskiej współpracy NFZ z Agencją oraz Ministrem Zdrowia, w przypadku zaistnienia potrzeby kompleksowych zmian wycen świadczeń opieki zdrowotnej w przyszłości. [str. 20–23, 36–42, 60]

Prezes NFZ, wprowadzając kompleksowe podwyżki, w zarządzeniach będących podstawą rozliczenia świadczeń, nielegalnie stosował wartości punktowe, inne niż określone w taryfach przez Prezesa Agencji. Prezes NFZ nie miał kompetencji do zmiany wartości punktowej tych świadczeń, bowiem zgodnie z art. 31n pkt 1a lit. a ustawy o świadczeniach określenie taryfy świadczeń 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. [str. 36–39]

Niegodne z obowiązującymi przepisami zmiany taryfy świadczeń

Z kolei zmiany w wycenie świadczeń, do których Prezes NFZ miał uprawnienia, nie były poprzedzone rzetelną analizą kosztów oraz relacji kosztowych tych świadczeń. Prezes Funduszu nie określał zwymiarowanych celów dla wprowadzanych zmian w finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej, zarówno w przypadku opisanych wyżej kompleksowych podwyżek wyceny (związanej ze wzrostem kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej), jak również przy wprowadzaniu współczynników korygujących wycenę. Utrudniało to lub uniemożliwiało rzetelną ocenę realizacji podjętych działań i tym samym dokonanie oceny ich skuteczności i efektywności. O skali wprowadzanych zmian decydowały przede wszystkim możliwości finansowe Funduszu, a nie sprecyzowane cele związane z poprawą dostępności świadczeń. [str. 39–45]

Modyfikacje wyceny przez Prezesa NFZ

W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej, wprowadzanych przez Ministra Zdrowia do koszyka świadczeń gwarantowanych w latach 2015–2020 (I półrocze), taryfa przeważnie była określana przez AOTMIT. Prezes NFZ określił wartość punktową produktu/świadczenia, w przypadkach, gdy nie było odpowiedniej taryfy lub nie trzeba było jej ustalać<sup>15</sup>.

Określanie taryfy dla nowych świadczeń

Jednakże dla Systemu 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 ani Prezes Agencji, ani Prezes NFZ nie określili jednostek rozliczeniowych i ich wartości. Taryfa dla tego świadczenia została opracowana przez Agencję i uzyskała pozytywną opinię Rady ds. Taryfikacji, ale nie została zatwierdzona przez Ministra Zdrowia. Natomiast Prezes Funduszu nie wywiązał się z obowiązku, o którym mowa w § 15 ust. 4 załącznika do rozporządzenia *OWU*, ponieważ nie określił dla tego świadczenia jednostek rozliczeniowych i ich wartości (do czego był zobowiązany w sytuacji nieustalenia taryfy świadczeń). Świadczenia te nadal nie są finansowane przez płatnika, pomimo włączenia tych procedur do koszyka świadczeń gwarantowanych w 2018 r. [str. 18–20, 23, 46–48]

<sup>15</sup> Świadczenie profilaktyczne usunięcie jajników i jajowodów redukujące ryzyko raka jajników i jajowodów u nosicielek patogennych mutacji w genach BRCA1/BRCA 2, profilaktyczna mastektomia, kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi – moduł leczenia, leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką oraz nowe świadczenia z zakresu leczenia stomatologicznego.

### System rozliczania i taryfikacji świadczeń

NIK oceniła pozytywnie prowadzenie przez AOTMiT analiz i badań naukowych w zakresie taryfikacji świadczeń oraz sporządzanie oceny założeń do realizacji świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń kompleksowych. Opracowany, na zlecenie Ministra Zdrowia, model opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego (KOS-Zawał) 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<sup>16</sup>.

Świadczenia kompleksowe są to świadczenia składające się z kilku lub kilkunastu usług medycznych, obejmujących wszystkie etapy i elementy procesu leczenia. Mają przynieść pożądany efekt terapeutyczny, jeżeli będą udzielane łącznie. Poszczególne świadczenia, będące składowymi świadczeń kompleksowych opracowywanych przez Agencję, można było otrzymać pojedynczo przed wprowadzeniem do katalogu świadczeń finansowanych przez NFZ danego świadczenia kompleksowego. Ale jak pokazuje analiza przeprowadzona dla świadczeń z zakresu KOS-zawał – zintegrowanie procesu leczenia, przy udziale świadczeń diagnostycznych, terapeutycznych i rehabilitacji ambulatoryjnej i/lub stacjonarnej (szpital) oraz monitorowanie i zarządzanie procesem leczenia przynosi wymierne korzyści dla pacjenta. Zdaniem NIK zasadne jest zapewnienie dalszej poprawy funkcjonowania (efektywności) systemu JGP, poprzez wprowadzanie mechanizmów wspierających kompleksowe udzielanie świadczeń.

[str. 30–32]

<sup>16</sup> Model kompleksowej opieki w endoprotezoplastyce stawu biodrowego nie został zakwalifikowany przez Ministra Zdrowia do koszyka świadczeń gwarantowanych; Koordynowaną opiekę nad kobietą w ciąży (KOC) włączono do prac taryfikacyjnych dotyczących świadczeń z obszaru położnictwa i opieki nad noworodkami (zakończenie planowane na I kwartał 2021 r.); w przypadku kompleksowego leczenia ran przewlekłych Minister Zdrowia zalecił wstrzymanie prac do czasu doprecyzowania zapisów koszyka świadczeń gwarantowanych; raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń obejmujących kompleksową opiekę onkologiczną nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Pierś) został ukończony w marcu 2020 r., do czasu zakończenia kontroli obwieszczenie w sprawie ustalenia taryfy świadczeń nie zostało opublikowane.

## 4. WNIOSKI

- 1) Zapewnienie prawidłowego funkcjonowania mechanizmu aktualizacji wyceny, wynikającej ze wzrostu kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem, wynikających z ustawy *o świadczeniach*, kompetencji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Narodowego Funduszu Zdrowia. Minister Zdrowia
  - 2) Korzystanie z trybu zmiany planu taryfikacji, przewidzianego w art. 311a ust. 7 ustawy *o świadczeniach*, w przypadku zaistnienia potrzeby zlecenia Prezesowi AOTMiT sporządzenia nowej taryfy.
  - 3) Podjęcie działań mających na celu nowelizację ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, polegającej na uniemożliwieniu Prezesowi Agencji zlecenia zadań na podstawie umów cywilnoprawnych członkom Rady ds. Taryfikacji.
  - 4) Niezwłoczne zatwierdzanie taryf opracowanych przez Prezesa AOTMiT, a w szczególnie uzasadnionych przypadkach zmianę taryfy określonej przez Prezesa Agencji (zgodnie z art. 311b ust. 12 ustawy *o świadczeniach*).
  - 5) Zapewnienie pełnego składu Rady ds. Taryfikacji, zgodnego z art. 31sa ust. 3 ustawy *o świadczeniach*.
- 
- 1) Zwiększenie odsetka wycenionych przez Agencję świadczeń, co pozwoli na wyeliminowanie przeszacowanych i niedoszacowanych świadczeń opieki zdrowotnej, a tym samym poprawi efektywność wykorzystania środków publicznych w skali całego systemu ochrony zdrowia. Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
  - 2) Pełniejsze wykorzystywanie potencjału pracowników Agencji przy weryfikacji i analizie danych kliniczno-kosztowych i realizacji innych zadań pozostających w ich kompetencjach, celem zmniejszenia skali umów cywilnoprawnych, zawieranych z ekspertami zewnętrznymi w tym zakresie.
  - 3) Zaprzestanie zawierania umów cywilnoprawnych z członkami Rady ds. Taryfikacji, które skutkują występowaniem konfliktu interesów.
- 
- 1) Ścisła współpraca z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Ministrem Zdrowia, w przypadku zaistnienia potrzeby wprowadzenia kompleksowych zmian wycen świadczeń opieki zdrowotnej, związanych ze wzrostem kosztów w ochronie zdrowia. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
  - 2) Terminowe wprowadzanie do stosowania taryf świadczeń gwarantowanych określonych przez Prezesa AOTMiT.
  - 3) Doprowadzenie 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.
  - 4) Definiowanie mierzalnych celów oraz przeprowadzanie analizy kosztów, z uwzględnieniem tych celów, przed wprowadzaniem zmian w finansowaniu świadczeń oraz wprowadzaniu/zmianie współczynników korygujących.

## WNIOSKI

### Kierownicy podmiotów leczniczych

- 5) Ustalanie jednostek rozliczeniowych świadczeń i ich wartości, w sytuacji braku taryfy dla świadczeń gwarantowanych.
- 1) Terminowe przekazywanie Agencji kompletnych i rzetelnych danych.
- 2) Wdrożenie rozwiązań umożliwiających ustalenie rzeczywistych kosztów udzielanych świadczeń zdrowotnych.
- 3) Dostosowanie dokumentacji opisującej przyjętą politykę (zasady) rachunkowości do wymogów art. 10 ustawy *o rachunkowości*, a także dostosowanie mechanizmów kontroli do standardów kontroli zarządczej i zapewnienie ich stosowania.



## 5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

### 5.1. Taryfikacja świadczeń opieki zdrowotnej

W latach 2015–2020 Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji prawidłowo realizowała obowiązki wynikające z ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* w zakresie taryfikacji świadczeń. NIK zwróciła jednak uwagę na niski stopień realizacji planów (32,6%).

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*.

#### 5.1.1. Realizacja zadań z zakresu taryfikacji

W latach 2015–2020 Prezes Agencji terminowo sporządzał projekty planów taryfikacji na dany rok i przedstawiał je do zaopiniowania Prezesowi NFZ 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 przez Ministra trzy dni po terminie. W okresie objętym kontrolą nie wystąpiły przypadki zmiany planów taryfikacji przez Ministra Zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Agencji.

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.

W latach 2015–2020 w planach taryfikacji ujęto 790 taryf<sup>17</sup>. 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 świadczeń<sup>18</sup>. 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 produkty rozliczeniowe, którymi identyfikowane są świadczenia, są łączone lub dzielone.

Minister Zdrowia, zlecając sporządzenie dodatkowych taryf, nie korzystał z uprawnień wynikających z art. 31la ust. 7 ustawy *o świadczeniach*, zgodnie z którym w szczególnie uzasadnionych przypadkach możliwa jest

Sporządzanie planów taryfikacji

Realizacja planów taryfikacji

<sup>17</sup> 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.

<sup>18</sup> 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 instytucyjowego, w 2019 r. – 66 taryf oraz w 2020 r. (do 28.09.) – zero taryf.

zmiana planu taryfikacji Agencji (po zasięgnięciu opinii Prezesa Agencji). 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 działanie, zdaniem Ministra, wynika z konieczności zapewnienia prawidłowego funkcjonowania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. NIK nie podziela jednak takiego stanowiska, bowiem wynikająca z ustawy procedura zmiany planu nie jest skomplikowana i czasochłonna.

W latach 2015–2020 z planów taryfikacji oraz zleceń Ministra Zdrowia, dotyczących 2226 taryf, Agencja opracowała łącznie 726<sup>19</sup>. Nie opracowano taryf dla 1500 świadczeń, z czego prace nad 776 taryfami zostały wstrzymane, 299 taryf zostało wycofanych, a 425 taryf jest w trakcie realizacji. Na proces taryfikacji, w tym na niski stopień realizacji planów, wpływają następujące czynniki: długotrwały etap lub powtórny proces uzyskiwania danych od świadczeniodawców oraz ich weryfikacji przez AOTMiT, brak ujednoczonego rachunku kosztów, współpraca z ekspertami klinicznymi w obszarze weryfikacji, korekty i uzupełnienia danych klinicznych, obszerność analizowanych zakresów świadczeń, a także dodatkowe analizy<sup>20</sup>.

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.

### Zatwierdzenie opracowanych taryf przez Ministra Zdrowia

Minister Zdrowia, na podstawie art. 311b ust. 12 ustawy *o świadczeniach*, nie zatwierdził lub nie zmienił 54 taryf świadczeń opracowanych przez Prezesa Agencji w latach 2018–2020 (36 wynikających z planu taryfikacji<sup>21</sup> oraz 18 zleconych przez Ministra Zdrowia<sup>22</sup>), które uzyskały pozytywną opinię Rady ds. Taryfikacji i nie przekazał ich Prezesowi Agencji celem opublikowania. I tak np.:

<sup>19</sup> 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).

<sup>20</sup> Niski stopień realizacji planów taryfikacji na dany rok został już wcześniej opisany przez NIK w informacji o wynikach kontroli *Wykonanie w 2019 r. planu finansowego AOTMiT* z dnia 4 czerwca 2020 r. (KZD.430.004.2020 111/2020/P/20/001/KZD).

<sup>21</sup> 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.

<sup>22</sup> Pięciu świadczeń w ramach grupy świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej obejmującej leczenie chorych na nieoperacyjne guzy neuroendokryne 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.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- Minister Zdrowia 27 kwietnia 2018 r. zlecił AOTMiT (z terminem realizacji umożliwiającym Prezesowi NFZ wdrożenie zmiany taryfy do 1 lipca 2018 r.) ustalenie taryfy świadczenia gwarantowanego dla ambulatoryjnej opieki specjalistycznej: Leczenie insuliną z zastosowaniem pompy insulinowej; Założenie pompy insulinowej. Rada ds. Taryfikacji 25 maja 2018 r. wyraziła pozytywne stanowisko w sprawie projektu tej taryfy. Projekt obwieszczenia został przekazany do Ministra w tym samym dniu. Minister nie podjął jednak decyzji w tej sprawie;
- w dniu 13 czerwca 2018 r. roku Minister Zdrowia zlecił AOTMiT ustalenie taryfy świadczeń gwarantowanych dla ambulatoryjnej opieki specjalistycznej: leczenie chorych na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne. Rada ds. Taryfikacji 12 czerwca 2019 r. wyraziła pozytywne stanowisko w sprawie projektu tej taryfy, a projekt obwieszczenia został przedstawiony Ministrowi Zdrowia 24 czerwca 2019 roku. Minister nie podjął decyzji w tej sprawie;
- Rada ds. Taryfikacji 27 września 2018 r. wyraziła pozytywne stanowisko w sprawie projektu taryfy dla świadczeń gwarantowanych obejmujących zabiegi pomostowania naczyń wieńcowych finansowanych w ramach JGP: E04-E07 (taryfa ujęta w planie taryfikacji na 2016 r.), projekt obwieszczenia Prezes Agencji przekazał Ministrowi Zdrowia 8 listopada 2018 roku. W odpowiedzi Minister Zdrowia zalecił ponowną weryfikację taryfy przez Radę ds. Taryfikacji z uwagi na wątpliwości NFZ. 27 maja 2019 r. Prezes Agencji zwrócił się do Ministra Zdrowia o przekazanie propozycji zmian taryfy uwzględniającej uwagi NFZ, jednak Agencja takiej propozycji zmian nie otrzymała.

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 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-księgowo sprzed kilku lat, co powoduje, że taryfy nie odzwierciedlają rzeczywistości poniesionych kosztów na dzień ich zatwierdzenia.*

Tak jak podkreślił Minister, art. 311b ust. 12 ustawy o świadczeniach nie określa terminu w jakim należy zatwierdzić taryfę, natomiast dopuszcza zmianę taryfy świadczeń określonej przez Prezesa Agencji w szczególnie uzasadnionych przypadkach<sup>23</sup>. Jednakże Minister Zdrowia nie korzystał

<sup>23</sup> Art. 311b ust. 12 ustawy o świadczeniach stanowi, że Minister właściwy do spraw zdrowia po zapoznaniu się z taryfą świadczeń, raportem w sprawie ustalenia taryfy świadczeń i stanowiskiem Rady do spraw Taryfikacji zatwierdza lub w szczególnie uzasadnionych przypadkach, mając na uwadze dane określone w art. 311c ust. 2 lub inne dostępne dane niezbędne do ustalenia taryfy świadczeń, zmienia taryfę świadczeń określoną przez Prezesa Agencji oraz przekazuje ją Prezesowi Agencji celem opublikowania, w formie obwieszczenia, w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji.

z tego prawa, mimo że jak sam wyjaśnił, wystąpiły ku temu przesłanki. Jednocześnie należy podkreślić, że czas trwania procesu taryfikacji wynika z przyjętej przez AOTMiT metodyki.

Prezes AOTMiT zwrócił uwagę, że projekty taryf (przygotowane przez Wydział Taryfikacji), które nie zostały opublikowane w BIP do konsultacji zewnętrznych z powodu wstrzymania lub wycofania zlecenia przez Ministra Zdrowia, w momencie jego wznowienia będą musiały być zaktualizowane. W latach 2015–2020 (do 28 września) Agencja opracowała łącznie 138 projektów taryf (do etapu ukończenia raportu)<sup>24</sup>, które nie zostały opublikowane w BIP do konsultacji zewnętrznych z powodu wstrzymania lub wycofania zlecenia przez Ministra Zdrowia.

Szczegółowym badaniem objęto sześć raportów w sprawie ustalenia taryfy świadczeń<sup>25</sup> spośród 84 opublikowanych przez Agencję<sup>26</sup>.

### Uzyskiwanie danych do opracowania taryf

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.541.36.2016<sup>27</sup>, WT.541.49.2016, WT.541.10.2019<sup>28</sup>, AOTMiT-WT-553-20/2015;
- danych rynkowych, w tym cen świadczeń realizowanych komercyjnie dla taryfy WT.541.36.2016<sup>29</sup>, 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, dla 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 z 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.

<sup>24</sup> W tym 44 taryfy opracowane w 2015 r., które uzyskały negatywną opinię Rady ds. Taryfikacji.

<sup>25</sup> 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.

<sup>26</sup> Wzięto pod uwagę raporty dla taryf opublikowanych w formie obwieszczenia w BIP Agencji.

<sup>27</sup> Aneks do raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń z dnia 20 lutego 2017 roku.

<sup>28</sup> Na potrzeby aktualizacji wyceny świadczeń Agencja wykorzystwała dane zgromadzone w ramach postępowania nr 27 z 2017 r. (raport WT.541.49.2016).

<sup>29</sup> Raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń z dnia 3 października 2016 roku.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

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-553-20/2015<sup>30</sup> nastąpiło to poprzez umieszczenie komunikatu na stronie internetowej Agencji, przekazanie informacji drogą elektroniczną (e-mail) oraz za pośrednictwem SZOI<sup>31</sup>. Do ustalenia tych projektów taryf wykorzystano dane za rok 2015 przekazane przez świadczeniodawców, 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;
- AOTMiT-WT-553-20/2015 – 11, w tym czterech w ramach stałej współpracy z Agencją.

Podczas prowadzonych ww. procesów taryfikacyjnych 29 świadczeniodawców odmówiło przekazania danych<sup>32</sup>, tj.: WT.541.49.2016 – 16, WT.541.36.2016 – 12 oraz AOTMiT-WT-553-20/2015 – jeden, a 13 świadczeniodawców zrezygnowało z ich przekazania<sup>33</sup>, tj.: WT.541.49.2016 – 10, WT.541.36.2016 – dwóch oraz AOTMiT-WT-553-20/2015 – jeden. Przyczyną nieprzekazywania danych przez świadczeniodawców był 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 ujednoczenia sposobu identyfikacji i gromadzenia kosztów faktycznie poniesionych przez świadczeniodawców.

Zapewnienie jakości i kompletności danych

W celu zapewnienia dobrej jakości i kompletności dane uzyskane przez Agencję od podmiotów leczniczych 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 nanoszonym 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. Prowadzono szkolenia dla świadczeniodawców, dotyczące ich przygotowywania i przekazywania.

<sup>30</sup> Proces zebrania danych kosztowych we wskazanych postępowaniach przeprowadzono na podstawie art. 31lc ust. 4 ustawy o świadczeniach. Przekazywanie danych następowało w wyniku zawierania umów z podmiotami wyłonionymi w postępowaniu ogłoszonym przez Agencję.

<sup>31</sup> System Zarządzania Obiegiem Informacji – portal elektroniczny, pozwalający na dwukierunkową wymianę danych pomiędzy poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi NFZ i ich kontrahentami: świadczeniodawcami, aptekami oraz realizatorami zaopatrzenia.

<sup>32</sup> Świadczeniodawca, który w ramach prowadzonego postępowania przesłał do Agencji ankietę zawierającą deklarację przekazania danych, został wyłoniony w postępowaniu, ale nie podpisał umowy.

<sup>33</sup> Świadczeniodawca, który w ramach prowadzonego postępowania przesłał do Agencji ankietę zawierającą deklarację przekazania danych, został wyłoniony w postępowaniu, podpisał umowę, ale nie przekazał danych.

### Raporty w sprawie ustalenia taryfy świadczeń

Dla raportów taryfikacyjnych objętych badaniem nie pobierano 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.

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

Od interesariuszy (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. 31lb ust. 5 ustawy o świadczeniach<sup>34</sup>.

Rada ds. Taryfikacji pozytywnie zaopiniowała ustalone taryfy dla pięciu z sześciu przedstawionych jej projektów taryf objętych szczegółowym badaniem, tj.: WT.541.36.2016<sup>35</sup>; AOTMiT-WT-553-9/2015; WT.541.49.2016, WT.541.10.2019; WT.541.5.2019. Projekt taryfy AOTMiT-WT-553-20/2015 przedstawiony Radzie ds. Taryfikacji, na posiedzeniu 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 taryf<sup>36</sup> z: ekspertami w dziedzinie medycyny związanej ze świadczeniem opieki zdrowotnej, przedstawicielami środowisk zainteresowanych taryfą oraz innymi podmiotami (Ministerstwem Zdrowia, NFZ).

### Czas trwania procesu taryfikacji

Proces taryfikacji<sup>37</sup>, dla objętych szczegółowym badaniem raportów, trwał od dwóch do 464 dni (średnio 192 dni)<sup>38</sup>. 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.

<sup>34</sup> Zgodnie z brzmieniem obowiązującym od 23 lipca 2017 r. Upřednio nie istniał obowiązek składania takich oświadczeń.

<sup>35</sup> 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.

<sup>36</sup> Tj. WT.541.36.2016, WT.541.49.2016, WT.541.10.2019, WT.541.5.2019.

<sup>37</sup> Tj. od daty zlecenia do daty obwieszczenia taryfy.

<sup>38</sup> AOTMiT-WT-553-9/2015 – 2 dni, WT.541.10.2019 – 23 dni, WT.541.5.2019 – 123 dni, AOTMiT-WT-553-20/2015 – 133 dni, WT.541.36.2016 – 404 dni, WT.541.49.2016 – 464 dni.

Taryfy dla świadczeń ambulatoryjnych: kardiologiczne konsylium lekarskie przy użyciu sprzętu telemedycznego oraz geriatryczne konsylium lekarskie przy użyciu sprzętu telemedycznego (AOTMiT-WT-553-9/2015) 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.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W raportach taryfikacyjnych, przygotowanych na podstawie historycznych danych, stosowany był mnożnik zmian wielkości kosztów. Obliczany był on jako średnia ważona dla kategorii kosztów: wynagrodzeń (wskaźnik zmian wynagrodzeń), amortyzacji (średni ważony koszt kapitału), kosztów operacyjnych (wskaźnik zmian cen). Zastosowanie mnożnika miało na celu aktualizację taryfy na dzień jej wydania, jak również określenie kosztu kapitału niezbędnego do zapewnienia przyszłego zapotrzebowania podmiotów na infrastrukturę oraz usługi (tzw. premia na rozwój). Przykładowo w raporcie dla taryfy WT.541.10.2019 w celu zweryfikowania taryfy na rok 2019, dla wyników analizy kosztów otrzymanych w oparciu o dane z 2015 r., zastosowano mnożnik zmian wielkości kosztów aktualizujący wycenę w wysokości 22,4388%.

W latach 2015–2020 zlecono Agencji do wyceny 29 nowych świadczeń. Szczegółowym badaniem objęto pięć projektów raportów w sprawie ustalenia taryfy świadczeń<sup>39</sup>. Do przygotowania taryf: AOTMiT-WT-553-9/2015, WT.541.15.2018, AOTMiT-WT-553-13/2015 wykorzystano dane będące w dyspozycji 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: geriatry, kardiologii, leczenia hemofilii i pokrewnych skaz krwotocznych, diabetologii, endokrynologii oraz leczenia bólu u dzieci. Jedna z pięciu przygotowanych wycen (bez obwieszczenia) została zaimplementowana przez NFZ, tj. dla projektu taryfy – AOTMiT-WT-553-13/2015.

Opracowywanie  
taryf dla nowych  
świadczeń

W latach 2015–2020 (I półrocze) koszty taryfikacji świadczeń wyniosły 94 012,4 tys. zł<sup>40</sup>, co stanowiło 52,6% kosztów Agencji ogółem. 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. zł<sup>41</sup>.

Koszty taryfikacji

Przyczyną poniesienia wysokich kosztów, w 2015 r., była konieczność uzyskania danych niezbędnych do ustalenia taryf świadczeń przewidzianych w Planach Taryfikacji na 2015 i 2016 r. 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 zgromadze-

<sup>39</sup> Kardiologiczne konsylium lekarskie przy użyciu sprzętu telemetrycznego. Geriatryczne onsylium 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 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 insulinią z zastosowaniem pompy insulinowej: założenie pompy – WT.541.10.2018; Opieka kompleksowa po zawale mięśnia sercowego – AOTMiT-WT-553-13/2015.

<sup>40</sup> Bez kosztów funkcjonowania Rady ds. Taryfikacji.

<sup>41</sup> Dane według stanu na dzień 19 listopada 2020 r.

nia danych, które mogły być podstawą ustalenia taryf w 2016 r. Wymagało to uzyskania 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 umów<sup>42</sup>, wypłaciła 218 podmiotom leczniczym środki w kwocie 23 201,6 tys. zł.

### Koszty funkcjonowania Rady ds. Taryfikacji

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 jej funkcjonowania. 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. zł<sup>43</sup>.

### Struktura kosztów

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 uzyskania danych.

### Zasoby kadrowe

W latach 2015–2020 w Wydziale Taryfikacji zatrudnienie utrzymywało się na zbliżonym poziomie, tj. od 41 do 55 pracowników<sup>44</sup> na stanowiskach od młodszego specjalisty do dyrektora. Największe było w 2018 r. i wyniosło 55 pracowników, tj. 53,9 etatów, natomiast najmniejsze było w 2016 r. i wyniosło 41 pracowników, tj. 40 etatów. Osoby zatrudnione w Wydziale Taryfikacji miały wykształcenie wyższe z zakresu nauk m.in.: przyrodniczych, medycznych, ekonomicznych i społecznych<sup>45</sup>. Pracownicy podnosili swoje kwalifikacje zawodowe poprzez uczestnictwo w licznych szkoleniach, kursach oraz warsztatach, np. z zarządzania w ochronie zdrowia, księgowo-

<sup>42</sup> Umowy odpłatne zawarto na podstawie art. 311c ust. 5 ustawy o świadczeniach, w brzmieniu obowiązującym do 22 lipca 2017 r.

<sup>43</sup> Koszty wynagrodzeń, zwroty kosztów podróży, catering i noclegi.

<sup>44</sup> Tj. z pominięciem osób przebywających na urloпах macierzyńskich, wychowawczych, bezpłatnych czy długotrwałych zwolnieniach lekarskich.

<sup>45</sup> Spośród 47 pracowników (aktywnych) zatrudnionych na dzień 30 września 2020 r. m.in.:

- 19 miało wykształcenie z zakresu nauk ekonomicznych, finansów bądź zarządzania, a 16 z zakresu medycyny (lekarz, pielęgniarstwo, farmacja, zdrowie publiczne, ratownictwo medyczne);
- 15 ukończyło studia podyplomowe lub doktoranckie;
- 35 miało wcześniejsze doświadczenie zawodowe, w tym np. w podmiotach leczniczych, szkołach wyższych, NFZ, Ministerstwie Zdrowia.



## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

ści, rachunku kosztów<sup>46</sup>. W ocenie Prezesa Agencji, w okresie objętym kontrolą, poziom zatrudnienia w Wydziale Taryfikacji był adekwatny do liczby zadań wynikających z planów taryfikacji.

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. zł<sup>47</sup>. 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.

Współpraca  
z ekspertami  
zewnętrznymi

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

- 1) 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.
- 2) Przedmiotem trzech umów zlecenia były konsultacje merytoryczne oraz przeprowadzenie szkolenia.
- 3) 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.

Agencja nierzetelnie sporządziła część umów cywilnoprawnych zawieranych z ekspertami zewnętrznymi. W szczególności jako działanie nierzetelne NIK oceniła, umieszczanie w umowach zapisów dotyczących przesłanek odstąpienia od umowy, których nie można wykorzystać oraz brak wskazania, że przedmiotem sześciu umów ma być opracowanie jednego wspólnego dzieła.

W zbadanych umowach zlecenia o numerach 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 tych 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.

<sup>46</sup> Pracownicy ukończyli liczne szkolenia przydatne przy opracowywaniu standardu rachunku kosztów i planu kont, w tym controlling kosztów w szpitalu (20 pracowników), kurs – samodzielny księgowy (trzech pracowników), kurs – kontroler finansowy (jeden pracownik), rachunek kosztów w ZOZ (dwóch pracowników), rachunek kosztów, informacja zarządcza oraz restrukturyzacja i konsolidacja podmiotów leczniczych (jeden pracownik), wykorzystanie informacji kosztowych na potrzeby zarządzania szpitalem w warunkach sieci oraz do wyceny świadczeń (jeden pracownik), praktyczne zastosowanie rachunku kosztów w procesie decyzyjnym w ZOZ (dwóch pracowników), czytanie i analiza sprawozdania finansowego podmiotu leczniczego, jako źródła informacji o jednostce (trzech pracowników).

<sup>47</sup> Dane według stanu na dzień 26 listopada 2020 r.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

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 tytułu realizacji wymienionych umów Agencja poniosła koszty w kwocie 12,0 tys. zł. Z protokołów odbioru dzieła wynika, że odebrano dzieła prawidłowo wykonane na podstawie sześciu umów, jednak Agencja faktycznie otrzymała jedno dzieło. 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, chociaż odbiór ten dotyczył jednego, wspólnie opracowanego, projektu rozporządzenia. Jednak w poszczególnych umowach nie wskazano pozostałych osób, które miałyby być współtwórcami dzieła ani nie określono zasad odpowiedzialności za wykonane dzieło. Ponadto NIK wskazuje na problem rozliczalności tych umów, braku precyzyjnych zasad, które powinny uwzględniać sytuacje, gdy dzieło nie zostanie zrealizowane zgodnie z założeniami umowy z winy pozostałych Wykonawców je tworzących. Analogiczny problem mógłby się pojawić, gdyby pomimo zrealizowania dzieła Agencja nie chciała zapłacić wynagrodzenia jednemu z współtwórców, np. ze względu na niski wkład jego pracy w tworzenie dzieła albo błędne propozycje, które zostały skorygowane przez pozostałych autorów.

Stopień wykorzystania potencjału pracowników Agencji

W ocenie NIK, Agencja nie wykorzystywała właściwie potencjału swoich pracowników<sup>48</sup> 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 (umowy zlecenia) 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 3 lutego 2020 r. zawarła trzy kolejne umowy o dzieło na opracowanie projektu rozporządzenia w sprawie standardu rachunku kosztów oraz trzy umowy zlecenia na opiniodawczo-doradcze wspieranie działań Agencji i udział w posiedzeniach Zespołu. Koszty poniesione z tego tytułu wyniosły 18,1 tys. zł.

<sup>48</sup> W 2020 r. Agencja w Wydziale Taryfikacji, zatrudniła 13 pracowników z wykształceniem ekonomicznym, w tym jednego z tytułem doktora nauk ekonomicznych. W grupie tych 13 pracowników było siedmiu ekonomistów, pięciu finansistów i jeden specjalista rachunkowości menadżerskiej oraz jeden pracownik, który ukończył studia podyplomowe z zakresu rachunkowości. 11 pracowników posiadało doświadczenie zawodowe w podmiotach leczniczych w tym, jako księgowy, statystyk medyczny, inspektor ds. kosztów i analiz ekonomicznych, specjalista ds. rachunku kosztów i analiz finansowych czy specjalista ds. rozliczeń finansowych.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

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 w stosowaniu 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 jednak, dlaczego, mając do dyspozycji tak obszerne opracowania dotyczące standardu rachunku kosztów oraz umów zawartych na usługi doradcze, pracownicy Agencji, w ramach Zespołu powołanego przez Prezesa nie opracowali sami kolejnego projektu rozporządzenia. W ocenie NIK, niewykorzystywanie potencjału własnych pracowników ani opracowanych wcześniej materiałów jest działaniem niegospodarnym.

Przy Prezesie Agencji działała Rada do spraw Taryfikacji, która pełniła funkcję opiniodawczo-doradczą. Do zadań Rady należało m.in. opiniowanie planu taryfikacji i metodyki taryfikacji świadczeń oraz wydawanie stanowisk w sprawie ustalenia taryfy świadczeń. W skład Rady do spraw Taryfikacji wchodziło dziesięciu członków powoływanych i odwoływanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia. W dniu 28 maja 2015 r. Minister Zdrowia powołał<sup>49</sup>, na sześcioletnią kadencję, pierwszy skład Rady. Szczegółowy tryb pracy Rady został określony w regulaminie pracy uchwalonym 10 czerwca 2015 r. przez Radę i zatwierdzonym przez Prezesa Agencji.

Zadania  
Rady ds. Taryfikacji

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. Wnioski umotywowane były niewywiązywaniem się z zadania określonego w art. 31sa ust. 2 pkt 2 ustawy *o świadczeniach*, tj. z realizacji innego zadania zleconego przez Prezesa Agencji<sup>50</sup>. 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.

Zmiany składu  
Rady ds. Taryfikacji

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 nauko-

Zawieranie umów  
cywilnoprawnych  
z członkami  
Rady ds. Taryfikacji

<sup>49</sup> Członkowie Rady powołania odebrali w dniu 10 czerwca 2015 r.

<sup>50</sup> Przesłane przez sześciu członków Rady opinie, dotyczące propozycji nowej metodyki wyceny świadczeń były niewyczerpujące i nie odnosiły się do wszystkich aspektów określonych w zleceniu Prezesa Agencji. Czterech członków Rady nie wywiązało się z powierzonego zadania w terminie wyznaczonym przez Prezesa Agencji.

wym, czynności eksperckie, opracowanie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów. Z tego tytułu Agencja poniosła koszty w kwocie 154,3 tys. zł.

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.

W ocenie NIK, umowy zawierane z członkami Rady prowadziły do konfliktu interesów. Dwóch członków Rady ds. Taryfikacji współpracowało z Agencją na podstawie umów cywilnoprawnych przy opracowaniu standardu rachunku kosztów, a Przewodniczący Rady nie podjął działań zmierzających do wyłączenia ich z trzech posiedzeń, których przedmiotem były zalecenia dotyczące tego standardu (w dniu 21 grudnia 2017 r., 29 stycznia 2020 r. oraz 26 marca 2020 r.).

Dla oceny konfliktu interesu prywatnego i publicznego zasadnicze znaczenie ma fakt, że zleceniobiorca brał udział w czynnościach, których pośrednim efektem było uzyskanie przez niego kolejnych zleceń. Komitet Ministrów Rady Europy w swoich rekomendacjach<sup>51</sup> wskazał, że konflikt interesów pojawia się w sytuacji, w której prywatny interes funkcjonariusza publicznego może mieć wpływ, lub wydaje się mieć wpływ na bezstronne i obiektywne wykonywanie jego obowiązków służbowych.

Problem konfliktu interesu publicznego i interesu prywatnego należy do trudno definiowalnych, nie jest określony przepisami prawa. Jednakże w umowach cywilnoprawnych zawieranych między Agencją a członkami Rady zawarto klauzule dot. konfliktu interesów o treści: *Wykonawca oświadcza, że nie pozostaje w konflikcie interesów, który mógłby mieć wpływ na wykonanie umowy, w szczególności poddawać w wątpliwość bezstronność i rzetelność rezultatów wykonywanych prac, przy czym taki konflikt interesów może powstać zwłaszcza, jako wynik powiązań gospodarczych, rodzinnych, emocjonalnych lub jakiegokolwiek powiązania mającego lub mogącego mieć wpływ na bezstronne wykonanie umowy.*

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, bowiem podkreślenia wymaga fakt, że Rada, zgodnie z art. 31sa ust. 1 ustawy o świadczeniach, pełni funkcję opiniodawczo-doradczą, w tym realizuje zadania zlecone przez Prezesa Agencji a wynagrodzenie jej członków określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2014 r. w sprawie wysokości wynagrodzenia członków i przewodniczącego Rady<sup>52</sup>. W praktyce inne zadania zlecane przez Prezesa, w tym opiniodawczo-doradcze, członkowie Rady wykonywali za dodatkową opłatą na podstawie umów cywilnoprawnych. Rada ma charakter opiniodawczo-doradczy a nie kreacyjny, a poprzez zlecenie wykonania zadań Agencji członkom Rady naruszony został podział funkcji wewnątrz Agencji.

<sup>51</sup> Komitet Ministrów Rady Europy nr R(2000)10 w sprawie kodeksów postępowania funkcjonariuszy publicznych (art. 13 pkt 1).

<sup>52</sup> Dz. U. poz. 1848.

### 5.1.2. Standard rachunku kosztów

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 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 świadczeniodawców<sup>53</sup> 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 Agencji<sup>54</sup> 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 uchylenie rozporządzenia z 2015 r. oraz odłożenie wejścia w życie standardu do 1 stycznia 2021 r. Było to 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.

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

- 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 odnośnie dostępności informacji kosztowej;
- 29 stycznia 2020 r. Rada zapoznała się z założeniami docelowego kształtu standardu i jego wpływu na metodykę taryfikacji;
- 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.

<sup>53</sup> Dz. U. poz. 1126.

<sup>54</sup> 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. Rozporządzenie zostało podpisane przez Ministra Zdrowia w dniu 26 października 2020 r. z terminem wejścia w życie z dniem 1 stycznia 2021 r.<sup>55</sup>

Koszty opracowania standardu rachunku kosztów

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. zł<sup>56</sup>.

### 5.1.3. System rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej

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 Uniwersytetem 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, a także udziału we wspólnych projektach naukowych.

W latach 2019–2020 Agencja realizowała, w ramach projektu systemowego *Mapy potrzeb zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeń*, badanie naukowe pn. *Kompleksowy Model Probabilistycznej Analizy Świadczeń Zdrowotnych KOMPAS*<sup>57</sup>. 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;

<sup>55</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców, Dz. U. poz. 2045.

<sup>56</sup> Bez kosztów podróży i zakwaterowania ekspertów.

<sup>57</sup> 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.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- Część 3 – Preferencje pacjentów względem zdefiniowanego zakresu zabezpieczenia zdrowotnego dotyczącego wybranych chorób onkologicznych.

Agencja, na mocy listu intencyjnego z 2018 r., nawiązała również współpracę międzynarodową z Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) przy Uniwersytecie Waszyngtońskim w Seattle. Prezes Agencji poinformował, że dzięki podjętej współpracy z IHME możliwe było zaktualizowanie i nadanie nowego kształtu Mapom Potrzeb Zdrowotnych, opublikowanym przez Ministerstwo Zdrowia, wprowadzenie analizy na poziomie wojewódzkim dla oszacowań poziomu zapadalności, chorobowości, umieralności oraz obciążenia chorobowego wyrażonego w DALY<sup>58</sup>.

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.

Świadczenia  
kompleksowe

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*<sup>59</sup>, 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, nie został jednak zakwalifikowany przez Ministra Zdrowia do koszyka świadczeń gwarantowanych.

Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC) była ujęta w planie taryfikacji na rok 2017, jednak prace analityczne nie rozpoczęto. Prezes Agencji poinformował, że nie zrezygnowano z prowadzenia taryfikacji świadczeń w tym zakresie. Projekt włączono 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 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

<sup>58</sup> 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.

<sup>59</sup> Dz. U. poz. 2163.

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 JGP. Do czasu zakończenia czynności kontrolnych obwieszczenie w sprawie ustalenia taryfy świadczeń nie zostało opublikowane.

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 rozpoczęli 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.

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

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia na ogół prawidłowo implementował taryfy świadczeń gwarantowanych określone w obwieszczeniach Prezesa Agencji. NIK negatywnie oceniła jednak działania Funduszu w zakresie zmian wyceny świadczeń opieki zdrowotnej, w tym modyfikację taryfy wynikającej z obwieszczeń Prezesa Agencji oraz wprowadzanie zmian wyceny świadczeń nieobjętych taryfikacją AOTMiT bez rzetelnej analizy kosztów oraz relacji kosztowych tych świadczeń.

Skala świadczeń objętych taryfikacją

Wartość sfinansowanych świadczeń opieki zdrowotnej<sup>60</sup>, 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).

<sup>60</sup> Dane pochodzące z systemów informatycznych NFZ, stan na dzień 27 października 2020 r.



## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

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

- w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS) - 16,3% (1 086 865,2 tys. zł),
- w świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (OPD) - 81,9% (1 253 376,4 tys. zł),
- w opiece paliatywnej i hospicyjnej (OPH) - 99,9% (724 467,7 tys. zł),
- opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień (PSY) - 17,0% (455 463,3 tys. zł),
- rehabilitacji leczniczej (REH) - 0,3% (8 229,0 tys. zł),
- świadczeń zdrowotnych kontraktowanych odrębnie (SOK) - 73,8% (1 582 384,3 tys. zł),
- leczeniu szpitalnym (SZP) - 25,8% w 2019 r. (10 048 992,3 tys. zł).

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 2015–2019<sup>61</sup>.

Implementacja taryf  
obwieszczonych  
przez Prezesa  
AOTMiT

Taryfy świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, o których mowa w obwieszczeniu 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.<sup>62</sup>

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<sup>63</sup>, określił wartość punktową produktów rozliczeniowych dla żywienia dojelitowego i pozajelitowego w hospicjach stacjonarnych/oddziałach medycyny paliatywnej. Zgodnie z rekomendacją Prezesa AOTMiT, przekazaną wraz

<sup>61</sup> 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.

<sup>62</sup> 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 o świadczeniach). W związku z powyższym taryfy, o których mowa zostały zmienione przez Prezesa Agencji zanim mogły zostać zaimplementowane.

<sup>63</sup> Zarządzenie Nr 116/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 listopada 2016 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

z obwieszczeniem z dnia 29 czerwca 2016 r., wycena osobodnia tych świadczeń została opracowana z uwzględnieniem wartości określonej dla żywienia do- i pozajelitowego, w kwocie jaka miała zastosowanie dla świadczeń leczenia szpitalnego.

Taryfy opublikowane w 70 obwieszczeniach Prezesa AOTMiT zostały wprowadzone do stosowania w terminie określonym w art. 146 ust. 6 ustawy o świadczeniach, zaś w przypadku taryf świadczeń gwarantowanych, określonych w czterech obwieszczeniach Prezesa Agencji ustawy termin został przekroczony. W aktualnie obowiązującym stanie prawnym określoną przez Prezesa Agencji taryfę świadczeń wprowadza się do stosowania nie później niż przed upływem czterech 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, 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 – oksigenacja hiperbaryczna, o których mowa w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT z dnia 30 stycznia 2019 r.;
- leczenia szpitalnego – świadczenia wysokospecjalistyczne: wideotora-koskopowa ablacja w ciężkim, niepoddającym się leczeniu farmakologicznemu migotaniu przedsionków; operacje wad wrodzonych serca i wielkich naczyń u dzieci do ukończenia pierwszego roku życia, z wyłączeniem operacji izolowanego przewodu tętniczego Botalla; operacja wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym  $\geq 18$  lat; operacja wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym  $< 18$  r.ż.; przeszskórne lub z innego dostępu wszczepianie zastawek serca; kardiologiczne zabiegi interwencyjne u dzieci do lat 18, w tym przeszskórne 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. Opóźnienie we wprowadzeniu tych taryf do stosowania wynikało z kalendarza prac legislacyjnych oraz chęci zapewnienia przez Fundusz przejrzystości legislacyjnej.

W przypadku wybranych do analizy ośmiu z 11 jednostkowych świadczeń zdrowotnych<sup>64</sup>, dla których liczba rozliczonych świadczeń w okresie objętym analizą zmniejszyła się, nie doszło równocześnie do zmniejszenia ich średniej wartości jednostkowej<sup>65</sup>. I tak, w przypadku:

Wpływ obniżenia wyceny na liczbę świadczeń

- zabiegu artroskopowego – średnia wartość świadczenia zmniejszyła się z 2729,19 zł w 2015 r. do 1880,63 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 1442,74 zł w 2015 r. do 1731,20 zł w I półroczu 2010 r.;
- choroby niedokrwiennej serca > 69. r.ż. lub z p.w. – średnia wartość świadczenia zwiększyła się z 1947,30 zł w 2015 r. do 2233,42 w I półroczu 2020 r.;
- zabiegów dużych żołądka i dwunastnicy – średnia wartość świadczenia zwiększyła się z 5551,27 zł w 2015 r. do 5713,31 zł w I półroczu 2020 r.;
- choroby zastawek serca > 17. r.ż. – średnia wartość świadczenia zwiększyła się z 2840,45 zł w 2015 r. do 2947,97 zł w I półroczu 2020 r.;
- endoprotezoplastyki stawu biodrowego (pierwotnej częściowej) – średnia wartość świadczenia zwiększyła się z 5369,31 zł w 2015 r. do 5685,16 w 2019 r., a następnie spadła do 4871,81 zł w I półroczu 2020 r.;
- diagnostyki i leczenia zachowawczego nadciśnienia tętniczego > 17. r.ż. – średnia wartość świadczenia zwiększyła się z 1372,40 zł w 2015 r. do 1409,34 zł w I półroczu 2020 r.;
- leczenia zachowawczego szpitalnego chorób endokrynologicznych P10 (bez cukrzycy) – średnia wartość świadczenia zwiększyła się z 2225,27 zł w 2015 r. do 3352,70 zł w I półroczu 2020 r.;
- leczenia zachowawczego szpitalnego cukrzycy P24 – średnia wartość świadczenia zwiększyła się z 2933,60 zł w 2015 r. do 3363,59 zł w 2018 r.,
- leczenia zachowawczego szpitalnego alergii P13 – średnia wartość świadczenia zwiększyła się z 1750,76 zł w 2015 r. do 2339,48 zł w 2018 r.;
- usunięcia zaćmy niepowikłanej z jednoczesnym wszczepieniem soczewki – średnia wartość świadczenia zmniejszyła się z 2288,83 zł w 2015 r. do 2277,13 zł w 2018 r.

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 zmienności<sup>66</sup> wyniósł:

Zróżnicowanie cen jednostkowych

<sup>64</sup> Artroskopia lecznicza, choroba niedokrwienności serca > 17. r.ż. < 70. r.ż., choroba niedokrwienności serca > 69. r.ż. lub z p.w., duże zabiegi żołądka i dwunastnicy, choroby zastawek serca (świadczenie gwarantowane w zakresie kardiologii zachowawczej), endoprotezoplastyka pierwotna częściowa stawu biodrowego, nadciśnienie lecznicze > 17. r.ż. (świadczenie gwarantowane w zakresie diagnostyki i leczenia zachowawczego chorób układu krążenia), P10 – choroby endokrynologiczne (bez cukrzycy) (świadczenie gwarantowane w zakresie zachowawczego leczenia dzieci), P24 – cukrzyca (świadczenie gwarantowane w zakresie zachowawczego leczenia szpitalnego dzieci), P13 – alergie (świadczenie gwarantowane w rodzaju leczenia szpitalnego dzieci)

<sup>65</sup> Średnią wartość jednego świadczenia obliczono poprzez podzielenie wartości sfinansowanych świadczeń przez ich liczbę.

<sup>66</sup> 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:  $V = \text{odchylenie standardowe} / \text{średnia arytmetyczna z próby}$ .

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- 1) 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) – 10,7%,
  - DW4: diagnostyka wstępna – chłoniaki skórne; diagnostyka wstępna – nowotwory piersi; diagnostyka wstępna – nowotwory tarczycy (świadczenia gwarantowane obejmujące diagnostykę i leczenie chorób nowotworowych – pakiety diagnostyczne) – 16,4%,
  - osobodzień 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) – 22,6%;
- 2) 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) – 13,1%,
  - osobodzień w oddziale dziennym psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży (świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży) – 12,0%,
  - sesja psychoterapii indywidualnej wykonywana przez osobę w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty (świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży) – 11,3%,
  - sesja psychoterapii indywidualnej wykonywana przez psychoterapeutę (świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży) – 11,1%.

Jako przyczynę zróżnicowania średniej ceny jednostki rozliczeniowej w poszczególnych OW NFZ, wskazano art. 142 ust. 6 ustawy *o świadczeniach*, zgodnie, z którym cena za udzielne świadczenia opieki zdrowotnej jest negocjowana podczas postępowania konkursowego. Stąd też rozbieżności w wartości świadczeń w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu.

### Modyfikacje wyceny świadczeń

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

Prezes Funduszu, kolejnymi zarządzeniami, wprowadził szereg zmian w finansowaniu świadczeń zdrowotnych w poszczególnych rodzajach lub zakresach, wiążących się z ponoszonymi przez świadczeniodawców rosna-

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

cymi kosztami, będącymi pochodną wzrostu ogólnych kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej<sup>67</sup>. Zwiększając wyceny Prezes Funduszu dokonał również 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 pkt 1a lit. a ustawy o świadczeniach określenie taryfy świadczeń należało do zadań AOTMiT. W myśl art. 31lb ust. 1 tej 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. 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 zarządzeniami 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 rodnego 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;

<sup>67</sup> Zarządzenia: Nr 59/2017/DSOZ, Nr 62/2017/DSOZ, Nr 53/2017/DGL, Nr 54/2017/DGL, Nr 57/2017/DSOZ, Nr 61/2017/DSOZ, Nr 79/2017/DSOZ, Nr 38/2019/DSOZ, Nr 75/2019/DSOZ, Nr 77/2019/DSOZ, Nr 80/2019/DSOZ, Nr 81/2019/DGL, Nr 83/2019/DSOZ, Nr 88/2019/DSOZ, Nr 25/2020/DSOZ, Nr 134/2020/DSOZ.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- 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;
- 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, przezskórne 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 stimulatora na stałe), protezowanie rogówki (keratoprotezowanie), wprowadzenie balonu uwalniającego lek do naczyń wieńcowych, chirurgiczne leczenie otyłości;

czym przekroczył swoje kompetencje ograniczone do określania wartości punktowej świadczeń, a wynikające z § 15 ust. 4 załącznika do rozporządzenia OWU.

Zmiany w wycenie taryfikowanych świadczeń wynikały z wejścia w życie ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. *o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych*<sup>68</sup> oraz ustawy z dnia 23 marca 2017 r. *o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*<sup>69</sup>, wprowadzającej regulacje dotyczące systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Rozwiązania wprowadzone tymi ustawami spowodowały po stronie świadczeniodawców – wzrost kosztów udzielania świadczeń, z kolei po stronie NFZ – konieczność ujednolicenia przepisów odnośnie jednostek sprawozdawczych dotyczących poszczególnych rodzajów świadczeń. Mając na uwadze powyższe, Centrala Funduszu dokonała modyfikacji wycen punktowych świadczeń.

<sup>68</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 830, ze zm. Dalej ustawa *o najniższym wynagrodzeniu*.

<sup>69</sup> Dz. U. poz. 844.

Zdaniem NIK, Prezes NFZ nie miał 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 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, w ramach zawieranych przez Fundusz umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wyższą ceną za punkt rozliczeniowy.

Zagadnienie to zostało już uprzednio opisane i ocenione w wystąpieniu pokontrolnym i informacji o wynikach kontroli *Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2018 roku*<sup>70</sup>, w odniesieniu do świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień<sup>71</sup>.

Szczegółowym badaniem objęto 15 zarządzeń Prezesa NFZ zmieniających wycenę świadczeń w ramach kompleksowej podwyżki w poszczególnych rodzajach lub zakresach świadczeń i/lub poprzez wprowadzenie współczynnika korygującego wycenę. 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 świadczeniach*<sup>72</sup>.

Uzasadnienie dla modyfikacji taryf i wprowadzania współczynników korygujących

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 tym przepisie nie została również przeprowadzona w odniesieniu do nowo utworzonych produktów rozliczeniowych, tj.:

- wizyty, porady domowej lub środowiskowej miejscowej lub zamiejscowej w ramach II poziomu referencyjnego, sesji psychoterapii indywidualnej w ramach II i III poziomu referencyjnego, sesji psychoterapii indywidualnej udzielanej w ramach świadczeń: psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dorosłych, psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dzieci i młodzieży,

<sup>70</sup> Nr ewid. 169/2019/P/19/058/KZD, <https://www.nik.gov.pl/kontrole/P/19/058/>.

<sup>71</sup> 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.

<sup>72</sup> Art. 97 ust. 3 pkt 1 ustawy *o świadczeniach* stanowi, że: do zadań 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.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- 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 rogówki nie zawartego w kosztach świadczenia grup: B18G usunięcie zaćmy – kategoria I, B19G usunięcie zaćmy – kategoria II, B98A leczenie zachowawcze okulistyczne > 17. r.ż., B98B leczenie zachowawcze okulistyczne < 18. r.ż., B03 leczenie wretroporfiną przy zastosowaniu terapii fotodynamicznej, B25 wszczepienie wtórne soczewki B31 duże rekonstrukcje na aparacie ochronnym oka, P30 infekcje wirusowe określone, P31 alergie – ostre stany alergiczne, P32 alergie – odczulanie, P33 cukrzyca powikłana śpiączką/kwasocę ketonową, P34 cukrzyca nie powikłana śpiączką/kwasocę ketonową, P99 inne choroby dzieci, o których mowa w zarządzeniu Nr 66/2018 oraz
  - kosztu leku trombolitycznego niezawartego w kosztach świadczenia, o którym mowa w zarządzeniu Nr 134/2018.

Do zadań Prezesa NFZ należało m.in. prowadzenie gospodarki finansowej oraz efektywne i bezpieczne zarządzanie funduszami i mieniem Funduszu<sup>73</sup>. 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 publicznych*<sup>74</sup>. 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.

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 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 siedmiu 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 ponoszonymi przez świadczeniodawców rosnącymi kosztami, będącymi pochodną wzrostu ogólnych kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Fundusz nie ustalił jednak wysokości wzrostu kosztów udziela-

<sup>73</sup> Art. 102 ust. 5 pkt 1 i 2 ustawy o *świadczeniach*.

<sup>74</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 305.



nia 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 te zarządzenia, nie dysponował danymi pozwalającymi na ustalenie 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 przypadku zarządzenia Nr 41/2018, 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.

Zwiększenie wydatków ponoszonych przez podmioty lecznicze wiązało się z wejściem w życie ustawy *o najniższym wynagrodzeniu*. W toku procedowania tej ustawy ustalono, że źródłem finansowania wydatków poza budżetem państwa będą środki NFZ. Założono, iż wzrost przychodów Funduszu będzie oparty na wzroście PKB i inflacji, a koszt podwyżek wynagrodzeń dla pracowników podmiotów leczniczych zostanie sfinansowany w ramach kosztów Narodowego Funduszu Zdrowia. 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. Z uwagi na fakt, iż wycena świadczeń przez AOTMiT była realizowana na podstawie danych rzeczywistych zebranych od świadczeniodawców z okresu przed wejściem w życie tej ustawy, dokonano zmiany w wycenie poszczególnych JGP. Brak zwiększenia wycen skutkowałby, zdaniem Funduszu, narastaniem zadłużenia świadczeniodawców, rezygnacją personelu z pracy i w konsekwencji ograniczeniem dostępności do świadczeń zdrowotnych.

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. Nowa wycena świadczeń endodontycznych, wprowadzona zarządzeniem Nr 93/2020, została

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

przygotowana we współpracy z konsultantami krajowymi w dziedzinie stomatologii dziecięcej oraz stomatologii zachowawczej z endodoncją. Podczas prac nad wyceną uwzględniono czas niezbędny do wykonania świadczenia oraz cenę materiału stomatologicznego. Propozycje wyceny zgłoszone przez konsultantów krajowych w tych dziedzinach medycyny nie zostały jednak w żaden sposób udokumentowane.

Przy podejmowaniu decyzji odnośnie 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.

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 w OSR do projektu ustawy *o najniższym wynagrodzeniu*, 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.

### Omyłki rachunkowe przy implementacji taryf

Taryfa świadczeń określona przez Prezesa AOTMiT nie została prawidłowo uwzględniona przy ustalaniu wartości punktowej świadczenia Q46 Zabiegi endowaskularne – Grupa 6. Zgodnie z obwieszczeniem z dnia 28 czerwca 2017 r., wartość taryfy dla rzeczonoego świadczenia została ustalona na poziomie 296,78 pkt (co przemnożone przez 52 daje 15 432,56 pkt<sup>75</sup>). 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 tę taryfę wynosiła po tzw. „denominacji” 12 925 pkt. Powyższe skutkowało stosowaniem zaniżonej taryfy w umowach ze świadczeniodawcami.

### Ustalanie współczynników korygujących

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: Nr 41/2018, Nr 80/2019 oraz Nr 134/2020.

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

<sup>75</sup> W 2017 r. w wyniku tzw. „denominacji” doszło do ujednoczenia 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*.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

zawartej w § 16 ust. 2 załącznika do rozporządzenia *OWU*<sup>76</sup>. W odniesieniu do współczynnika korygującego o wartości 1,08, mającego zastosowanie do świadczeń realizowanych w ramach grup: E23G – angioplastyka wieńcowa z implantacją jednego stentu, E24G – angioplastyka wieńcowa z implantacją nie mniej niż dwóch stentów lub wielonaczyniowa, E26 – angioplastyka wieńcowa balonowa, E29 – angioplastyka wieńcowa balonowa (DEB), E04 – pomostowanie naczyń wieńcowych z plastyką, E05 – pomostowanie naczyń wieńcowych > 69. r.ż. lub z pw (plastyką wieńcową), E06 – pomostowanie naczyń wieńcowych < 70. r.ż. bez pw, E32 – wszczepienie/wymiana rozrusznika dwujamowego, E33 – wszczepienie/ wymiana układu z funkcją resynchronizującą serca (CRT), E34 – wszczepienie/wymiana kardiovertera-defibrylatora jedno-/dwujamowego, E36 – wszczepienie/wymiana CRT-D > 17. r.ż., o którym mowa w zarządzeniu Nr 134/2020, cel jego wprowadzenia został sformułowany w sposób niezwymiarowany. W uzasadnieniu do tego 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). Mierniki realizacji celu nie zostały również określone w przypadku zarządzenia Nr 41/2018, którym wprowadzono współczynniki korygujące o wartości: 1,04 dla świadczeń psychiatrycznych realizowanych w warunkach stacjonarnych i 1,06 dla świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży realizowanych w warunkach stacjonarnych, wskazując, że powyższe rozwiązanie ma pokryć wzrost kosztów świadczeń psychiatrycznych ponoszonych przez świadczeniodawców.

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, umożliwiając rozliczanie tych świadczeń zdrowotnych z zastosowaniem współczynników korygujących, nie określił jednak żadnych wymagań stawianych świadczeniodawcom w obszarze poprawy dostępności lub jakości rzeczonych świadczeń.

Jak uzasadniono, w przypadku produktu rozliczeniowego: E29 – Angioplastyka wieńcowa balonowa (DEB) określony dla niej współczynnik korygujący o wartości 1,1 jest zbieźny z innymi grupami inwazyjnymi (zabiegowymi), dla których współczynnik ustalony był we wcześniejszym terminie. Wprowadzenie 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, zostało uzasadnione potrzebą zwiększenia 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. W przypadku

<sup>76</sup> 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.

zarządzenia Nr 41/2018 Ocena Skutków Regulacji nie zawierała 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 niepogorszenie ich jakości.

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 tego współczynnika. Fundusz, umożliwiając rozliczanie tego 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 tych 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.

Zmiany wyceny świadczeń nieobjętych taryfą AOTMiT

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 ciągłego do porodu niezawarte w JGP<sup>77</sup>, 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 77/2019<sup>78</sup> nastąpił niewielki wzrost odsetka porodów zakończonych siłami natury.

<sup>77</sup> Kod: 5.53.01.0001510.

<sup>78</sup> 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.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Dane przekazane przez Fundusz wskazują również na wzrost, po wejściu w życie zarządzenia Nr 64/2018<sup>79</sup>, 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 tego 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, z uwagi na sytuację epidemiologiczną w kraju, podczas której zaleca się ograniczenie wykonywania wszystkich świadczeń stomatologicznych niemających charakteru świadczeń pomocy doraźnej oraz liczby pacjentów przyjmowanych przez lekarza dentystę w czasie jednego dnia, nie było możliwe dokonanie oceny dostępności do świadczeń z zakresu endodoncji.

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 tym 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 do zwiększenia dostępności do świadczeń stomatologicznych i poprawy jakości świadczeń endodontycznych.

W ocenie NIK, brak mierzalnych mierników realizacji celów zwiększenia wycen świadczeń zdrowotnych, stanowi naruszenie art. 146 ust. 3 pkt 7 ustawy o świadczeniach.

<sup>79</sup> Zarządzenie weszło w życie 30 czerwca 2018 r.

### Określanie taryfy dla nowych świadczeń

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/BRCA2<sup>80</sup>, zgodnie z pismem Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia z 19 grudnia 2018 r., z uwagi na to, że *koszty procedury są zbliżone do kosztów procedury owariektomii i adneksktomii, 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 przedmiotowego świadczenia oraz rozliczanie go przez świadczeniodawców w oparciu o dotychczasowe taryfy;*
- zaimplementował nowe świadczenie<sup>81</sup> pn. Profilaktyczna mastektomia, zgodnie z pismem Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia z 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 oznaczało rozliczenie go przez świadczeniodawców w oparciu o istniejące taryfy;*
- taryfę dla świadczenia gwarantowanego kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi – moduł leczenie<sup>82</sup>, która została wprowadzona z wartościami analogicznymi dla poszczególnych grup funkcjonujących już w zarządzeniu w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne<sup>83</sup>;
- wycenę nowych świadczeń stomatologicznych<sup>84</sup>, 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

<sup>80</sup> Wprowadzonego rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2018 r. *zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego* (Dz. U. poz. 2376).

<sup>81</sup> 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*.

<sup>82</sup> W zarządzeniu Nr 128/2019/DSOZ Prezesa NFZ z 30 września 2019 r. w sprawie *w 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.

<sup>83</sup> Pismo Prezesa AOTMiT w sprawie wyceny świadczeń z zakresu funkcjonowania BCU (Breast Cancer Units, tj. ośrodków leczących raka piersi), znak: WT. 521.12.2017.NT5 z 14 sierpnia 2019 r.

<sup>84</sup> 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).

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

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 MTA<sup>85</sup>, 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 leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką, wynikało z konieczności dostosowania przepisów zarządzenia Ministra Zdrowia z 4 listopada 2016 r., które wprowadziło nowe świadczenie. Ze względu na brak określenia przez AOTMiT taryfy dla świadczeń dla zakresu leczenie dorosłych ze śpiączką<sup>86</sup>, 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.

Prezes NFZ nie określił jednostki rozliczeniowej i jej wartości dla Systemu 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. Świadczenie to do koszyka świadczeń gwarantowanych wprowadził Minister Zdrowia z dniem 1 kwietnia 2018 r.<sup>87</sup> Działanie Prezesa NFZ ograniczyło się do uzyskania pisemnej informacji od Prezesa AOTMiT z 12 września 2018 r.<sup>88</sup>, że projekt obwieszczenia AOTMiT w sprawie taryfy świadczeń gwarantowanych przekazano do akceptacji Ministra Zdrowia. Pomimo upływu ponad 2,5 roku od wprowadzenia tego świadczenia gwarantowanego jego taryfa nie została ustalona, a świadczenie to nie zostało wprowadzone do finansowania.

W sytuacji nieopublikowania taryfy przez Prezesa Agencji, jednostki rozliczeniowe i ich wartość określa Prezes Funduszu, biorąc pod uwagę kompleksowość i ciągłość udzielania świadczeń, wzajemne relacje kosztowe udzielanych świadczeń, uwzględniając koszty ich udzielania przez świadczeniodawców lub koszty zapewnienia ich udzielenia, wskazując jednocześnie udział tych kosztów w jednostce rozliczeniowej, zgodnie z § 15 ust. 4 załącznika do rozporządzenia *OWU*.

Po wejściu w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 marca 2018 r. *zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej*<sup>89</sup> Prezes AOTMiT opublikował raporty w sprawie ustalenia taryfy dla tego świadczenia gwarantowanego w maju 2018 r. i w ślad za powyższymi dokumentami

<sup>85</sup> W celu zamknięcia perforacji korzenia zęba.

<sup>86</sup> 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.

<sup>87</sup> Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 marca 2018 r. *zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej* (Dz. U. poz. 657).

<sup>88</sup> Znak BP.0710.10.2018.AZ.

<sup>89</sup> Dz. U. z 2018 r. poz. 657.

Prezes NFZ przygotował projekt zarządzenia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie. 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 tego świadczenia. Prezes Funduszu wstrzymywał się z wydaniem zarządzenia do momentu ogłoszenia przez Prezesa AOTMiT taryfy. Dodatkową przeszkodą dla ustalenia kosztów świadczenia „System Ciągłego Monitorowania Glikemii” stanowiła kwestia niedoprecyzowania w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych pojęcia „radiodbiornika” oraz zaopatrzenia pacjenta w tenże odbiornik<sup>90</sup>.

### 5.3. Podmioty lecznicze

Akt prawny regulujący zasady prowadzenia rachunku kosztów u świadczeniodawców pojawił się już w 1998 r.<sup>91</sup>, a kolejny w 2015 r.<sup>92</sup>. Mimo to zdecydowana większość podmiotów nadal nie prowadziła pełnego rachunku kosztów, a co za tym idzie nie znała wysokości kosztów realizowanych przez siebie procedur medycznych.

#### 5.3.1. Prowadzenie rachunku kosztów

Stosowanie zasad rachunkowości

W 11 podmiotach leczniczych<sup>93</sup> (na 20 skontrolowanych) stwierdzono niepełne stosowanie zasad wynikających z ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości<sup>94</sup> i/lub nieprawidłowości w funkcjonowaniu mechanizmów kontroli operacji finansowych i gospodarczych. Najczęściej występujące nieprawidłowości dotyczyły:

<sup>90</sup> Za odbiornik może być uznane zarówno specjalistyczne urządzenie przeznaczone wyłącznie do współpracy z transponderem (finansowane na podstawie rozporządzenia dotyczącego zaopatrzenia w wyroby medyczne), jak też smartfon z zainstalowaną aplikacją pozwalającą na odbiór i analizę danych z transpondera. W przypadku, gdy wykorzystany byłby smartfon pacjenta – zaopatrzenie pacjenta w odbiornik polegałoby na instalacji odpowiedniej aplikacji. Wówczas uzgodnienia wymagałaby sprawa odpowiedzialności za prawidłowe działanie aplikacji (aktualizacja, zgodność z różnymi sprzętami oraz systemami). Powstała też wątpliwość, czy pod pojęciem zaopatrzenia w odbiornik rozumieć należy zakup urządzenia przez świadczeniodawcę celem wydania go pacjentowi, czy też jedynie wystawienie zlecenia na zaopatrzenie w wyrób medyczny (w tym przypadku otwarta zostaje kwestia sposobu finansowania tegoż urządzenia).

<sup>91</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, Dz. U. Nr 164, poz. 1194.

<sup>92</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2015 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców, Dz. U. poz. 1126. Od 1 stycznia 2021 r. obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców, Dz. U. poz. 2045.

<sup>93</sup> Białostockie Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie w Białymstoku, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Dąbrowie Białostockiej, Zespół Opieki Zdrowotnej w Nidzicy, Pro-Medica w Ełku sp. z o.o., Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie, Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Głubczycach, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. dr. Kazimierza Hołogi w Nowym Tomyślu, Ortopedyczno-Rehabilitacyjny Szpital Kliniczny im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Zespół Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Słupcy.

<sup>94</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 217.



## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- niespełniania wymogów wynikających z art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. c ustawy *o rachunkowości*, dotyczących określenia wersji oprogramowania służącego do prowadzenia tych ksiąg i daty rozpoczęcia jego eksploatacji<sup>95</sup>;
- procedur obiegu i kontroli dokumentów księgowych i/lub ich stosowania<sup>96</sup>;
- nieprawidłowo opracowanego zakładowego planu kont oraz braku jego aktualizacji (art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. a oraz ust. 2 ustawy *o rachunkowości*)<sup>97</sup>.

### Przykłady

**W Zespole Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu** nierzetelnie opracowano politykę rachunkowości ZOZ. Formalnie obowiązujący w jednostce kontrolowanej w latach 2018–2020 plan kont, w postaci publikacji książkowej, nie odzwierciedlał charakteru działalności i struktury ZOZ. W Planie zawartym w publikacji było 50 kont niewystępujących w układzie kont bilansowych Szpitala. Co więcej, w systemie finansowo-księgowym Szpitala, w latach 2015–2020 wyodrębniono 38 kont księgowych, które nie były w niej wykazane.

Ponadto polityka rachunkowości ZOZ w odniesieniu do opisu systemu informatycznego dla prowadzonych przy użyciu komputera ksiąg rachunkowych nie zawierała części wykorzystywanych programów oraz ich modułów, algorytmów i parametrów, wersji oprogramowania i dat rozpoczęcia jego eksploatacji, a danych tych na bieżąco nie aktualizowano, co było niezgodne z art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. c i ust. 2 ustawy *o rachunkowości*.

Od stycznia do października 2020 r. w programie finansowo-księgowym ZOZ dokumenty finansowe nie zostały zaksięgowane, tj. zatwierdzone bez możliwości dokonania zmiany w zapisie księgowym i żaden miesiąc nie został zamknięty, co było niezgodne z art. 23 ust. 1 w zw. z art. 18 ust. 1 i art. 25 ustawy *o rachunkowości*.

**W Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Słupcy** w polityce rachunkowości nie uwzględniono kont księgowych (102, 132, 133, 136, 202, 509), które w rzeczywistości funkcjonowały w systemie finansowo-księgowym Szpitala, czym naruszono art. 10 ust. 2 ustawy *o rachunkowości*. Politykę rachunkowości zaktualizowano dopiero zarządzeniem z 17 września 2020 r., przy czym w nowej polityce, w zakresie kont zespołu 5, nie określono zasad klasyfikacji zdarzeń na kontach księgi głównej oraz zasad prowadzenia ksiąg pomocniczych i ich powiązania z kontami księgi głównej. Ponadto polityka rachunkowości zawierała niekompletny wykaz programów oraz programowych zasad ochrony danych, a także nie ujęto w niej pozostałych elementów opisu sposobu prowadzenia ksiąg rachunkowych, wymaganych art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. b i c ustawy *o rachunkowości*.

<sup>95</sup> Białostockie Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie w Białymstoku, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Dąbrowie Białostockiej, Zespół Opieki Zdrowotnej w Nidzicy, Pro-Medica w Ełku sp. z o.o., Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie, Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Głubczycach, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. dr. Kazimierza Hołogi w Nowym Tomyszu, Ortopedyczno-Rehabilitacyjny Szpital Kliniczny im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Zespół Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Słupcy.

<sup>96</sup> Zespół Opieki Zdrowotnej w Nidzicy, Pro-Medica w Ełku sp. z o.o., Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie, Zespół Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Słupcy.

<sup>97</sup> Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Głubczycach, Zespół Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Słupcy.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W **Miejskim Szpitalu Zespolonym w Olsztynie** nie przestrzegano przyjętych uregulowań wewnętrznych określających zasady obiegu dokumentów księgowych, bowiem:

- 38 na 50 zbadanych dowodów księgowych (76%) nie zostało ujętych w rejestrze (dzienniku korespondencyjnym) prowadzonym przez sekretariat Szpitala,
- 26 na 50 zbadanych dowodów zakupu (52%) nie zostało ujętych we wstępnym rejestrze dowodów zakupu prowadzonym przez księgowość,
- w przypadku ośmiu na 12 zbadanych dowodów zakupu (66,6%), kontroli merytorycznej dokonano po określonym w Zakładowej instrukcji obiegu dokumentów księgowych terminie czterech dni od dnia ich wpływu. Opóźnienia wynosiły od jednego do 10 dni.

Z rozdzielnika Zakładowej instrukcji obiegu dowodów księgowych wynikało, iż pracownik sekretariatu nie został z nim zapoznany, co było niezgodne ze standardem D16 standardów kontroli zarządczej, zgodnie z którym pracownikom należy zapewnić, w odpowiedniej formie i czasie, właściwe oraz rzetelne informacje potrzebne do realizacji zadań.

Ponadto obowiązujące w Szpitalu, w okresie objętym kontrolą, uregulowania dotyczące nadawania uprawnień nie były dostosowane do standardów C14 i A4 kontroli zarządczej. Uprawnienia do zatwierdzania operacji gospodarczych zawarto w kilku różnorodnych dokumentach, co nie służyło prawidłowej realizacji zadań dotyczących postępowania z dowodami księgowymi. Ponadto upoważnienia udzielane były przez personel Szpitala także innym pracownikom. Stwierdzono m.in., iż w jednym przypadku upoważniony zarządzeniem wewnętrznym pracownik udzielił upoważnienia swojemu zastępcy, który udzielił upoważnienia kolejnej osobie. W konsekwencji, w przypadku dwóch dowodów księgowych na kwotę 25,6 tys. zł, merytorycznie dokument zatwierdziły osoby, które nie zostały do tego upoważnione we właściwy sposób. Ponadto stwierdzono, że w wewnętrznych uregulowaniach dopuszczono, aby te same osoby mogły dokonywać sprawdzenia dowodów księgowych pod względem merytorycznym, jak również zatwierdzać je do wypłaty. W praktyce Zastępcy Dyrektora uprawnieni do zatwierdzania dokumentów, dokonywali także ich merytorycznej kontroli.

W Miejskim Szpitalu Zespolonym w Olsztynie, w okresie od 31 grudnia 2007 r. do dnia 30 grudnia 2018 r., w przyjętej polityce nie określono roku obrotowego i wchodzących w jego skład okresów sprawozdawczych, co było niezgodne z art. 10 ust. 1 pkt 1 ustawy *o rachunkowości*. Ponadto w stosowanym w jednostce dokumencie „System finansowo-księgowy, a ustawa *o rachunkowości*”, w części dotyczącej programowych zasad ochrony danych, nie określono zasad ochrony danych, tj. stosowanych nośników danych, środków ochrony zewnętrznej, zasad tworzenia rezerwowych kopii zbiorów danych oraz nie wskazywał stosowanych rozwiązań organizacyjnych, chroniących przed nieupoważnionym dostępem lub zniszczeniem, co było wymagane art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. c ustawy *o rachunkowości* w związku z art. 71 ust. 2 tej ustawy.

Szczegółowe wyniki badania przeprowadzonego w tym obszarze przedstawiono w tabeli nr 1.

Tabela nr 1  
Stosowanie zasad rachunkowości w kontrolowanych podmiotach leczniczych

Wyszczególnienie		Tak	Tak, z uwagami	Nie/brak	Nie dotyczy
	Czy dokumentacja opisująca przyjęte zasady rachunkowości (polityka rachunkowości) zawiera wszystkie elementy określone w art. 10 ustawy o rachunkowości?	12	8	-	-
	Czy prawidłowo opracowany zakładowy plan kont (art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. a ustawy o rachunkowości), w tym czy przyjęty plan kont odzwierciedlał charakter działalności i strukturę podmiotu?	15	4	1	-
	Czy prawidłowo opisano system przetwarzania danych oraz system informatyczny (art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. c ustawy o rachunkowości)?	11	7	2	-
	Czy jednostka określiła wersję oprogramowania i datę rozpoczęcia jego eksploatacji (art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. c ustawy o rachunkowości)?	11	5	4	-
	Czy jednostka opisała programowe zasady ochrony danych, w tym w szczególności metody zabezpieczenia dostępu do danych i systemu ich przetwarzania (art. 10 ust. 1 pkt. 3 lit. c ustawy o rachunkowości)?	17	1	2	-
	Czy została opracowana procedura kontroli zaciągania zobowiązań finansowych?	12	3	4	2
	Czy została opracowana dokumentacja określająca szczegółowo zasady obiegu i/lub zatwierdzania dokumentów księgowych?	19	1	-	-
	Czy w dokumentacji obiegu dokumentów określono procedury dotyczące terminowości postępowania z zewnętrznymi i wewnętrznymi dowodami księgowymi?	13	3	4	-
	Czy w dokumentacji obiegu dokumentów określono osoby uprawnione do przeprowadzania kontroli merytorycznej dowodów księgowych?	17	3	-	-
	Czy w dokumentacji obiegu dokumentów określono osoby uprawnione do przeprowadzania kontroli formalno-rachunkowej dowodów księgowych?	18	2	-	-
	Czy w dokumentacji obiegu dokumentów określono terminy przekazywania dokumentów księgowych pomiędzy poszczególnymi komórkami?	13	2	5	-
	Czy ww. dokumentacja obejmuje cały cykl obiegu dokumentu, tj. od wpływu do jednostki do momentu dokonania trwałego zapisu księgowego?	20	-	-	-
	Czy ustalono katalog dokumentów stanowiących podstawę dokonywania zapisów w księgach rachunkowych?	20	-	-	-
	Czy wprowadzono mechanizmy kontroli zarządczej, określone w standardzie C14 szczegółowe mechanizmy kontroli dotyczące operacji finansowych i gospodarczych?	14	5	-	2
	Czy określone są osoby (stanowiska) odpowiedzialne za wykonanie poszczególnych czynności w ramach systemu rachunkowości, w tym kontroli funkcjonalnej?	17	3	-	-
	Czy regulacje dot. kontroli zarządczej zawierają sposób weryfikacji operacji gospodarczych i finansowych przed i po realizacji?	18	1	1	-
	Czy w podmiocie leczniczym funkcjonuje rejestr obowiązujących przepisów wewnętrznych?	18	2	-	-
	Czy w podmiocie leczniczym funkcjonuje procedura rejestracji wpływu dokumentów księgowych do jednostki i do komórki rachunkowości?	15	2	3	-
	Czy zestawienie obrotów i sald kont księgi głównej sporządzone było co najmniej raz na miesiąc?	20	-	-	-
	Czy dokumenty są zaksięgowane (tj. zatwierdzone bez możliwości dokonania zmiany w zapisie księgowym) przed zamknięciem ksiąg za dany okres (art. 12 ustawy o rachunkowości)?	18	-	2	-

Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli przeprowadzonej w 20 podmiotach leczniczych.

### Stosowanie rachunku kosztów

W skutecznym zarządzaniu podmiotem leczniczym duże znaczenie ma korzystanie z informacji niefinansowej (której nie dostarcza system rachunkowości finansowej). Kierownicy podmiotów zarządzając swoją organizacją powinni brać pod uwagę informacje dotyczące różnych aspektów działalności: finansowe i niefinansowe, strategiczne i operacyjne. Stanem pożądanym jest korzystanie z kompletnego systemu rachunku kosztów. Tymczasem, jak ustalono, większość podmiotów korzystała z rachunku kosztów w niepełnym zakresie.

Na podstawie przeglądu wewnętrznych regulacji i dokumentów (polityki rachunkowości, planu kont, instrukcji obiegu dokumentów, innych) oraz oględzin systemów informatycznych w celu potwierdzenia zgodności informacji zawartych w badanej dokumentacji ze stanem faktycznym w 20 podmiotach leczniczych sprawdzono w jaki sposób prowadzony jest rachunek kosztów. We wszystkich podmiotach (za wyjątkiem jednego) ewidencja kosztów prowadzona była zarówno w układzie rodzajowym na kontach zespołu 4 oraz w układzie funkcjonalnym na kontach zespołu 5. Możliwość przypisania do nośnika kosztów (osobodzień, pacjent, procedura) istniała w przypadku:

- kosztu świadczeń medycznych:
  - leków – w siedmiu podmiotach oraz w pięciu częściowo,
  - wyrobów medycznych – w sześciu podmiotach oraz w czterech częściowo;
- świadczeń medycznych:
  - leków (nazwa, jednostka miary, ilość) – w siedmiu podmiotach oraz w sześciu częściowo,
  - wyrobów medycznych (nazwa, jednostka miary, ilość) – w sześciu podmiotach oraz w czterech częściowo,
  - procedur medycznych: procedur zabiegowych i operacyjnych, badań diagnostycznych obrazowe i nieobrazowe, badań laboratoryjnych, procedur medycznych wykonywanych przez personel zatrudniony na innym oddziale (np.: procedury konsultacyjne, rehabilitacyjne itp.) – w sześciu podmiotach oraz w siedmiu częściowo.

W 10 podmiotach leczniczych (oraz w czterech częściowo) dla poszczególnych procedur medycznych wyniki/opisy badań ewidencjonowane były w formie elektronicznej z możliwością wygenerowania w postaci edytowalnego raportu, a w 16 podmiotach prowadzona była elektroniczna wersja księgi zabiegowej bloku operacyjnego.

Prowadzenie ewidencji czasu pracy personelu zatrudnionego na podstawie umów cywilno-prawnych, kontraktów, itp., pozwalające na przeliczenie innych niż etat jednostek naliczania wynagrodzenia na odpowiednik etatu<sup>98</sup>, zadeklarowało 14 podmiotów. Możliwość uzyskania informacji niefinansowych dotyczących danych takich jak: roczna sumaryczna liczba etatów personelu zatrudnionego na umowy o pracę istniała w 19 podmiotach, umowy cywilno-prawne w 16, a kontrakty dla poszczególnych kategorii personelu (lekarz, lekarz rezydent, fizjoterapeuta, pielęgniarka, inne) – w 15.

<sup>98</sup> Przy założeniu, że jeden etat = 160 godzin miesięcznie.

### Przykłady

Prowadzony w **Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Głubczycach** system rachunku kosztów dostarczał informacji umożliwiających przypisanie do pacjenta podanych leków oraz wykonanych procedur medycznych z pracowni diagnostycznych i bloku operacyjnego (bez ich kosztu). Użytkowane systemy informatyczne zapewniały ponadto możliwość uzyskiwania danych m.in. na temat zaangażowania personelu medycznego w procedury medyczne zrealizowane na bloku operacyjnym oraz czasu ich trwania. Dysponowano też informacjami dotyczącymi formy i liczby zatrudnionego personelu oraz ewidencji czasu pracy. Sporządzane były analizy obejmujące dane finansowe dla podmiotu leczniczego, dane statystyczne dla poszczególnych oddziałów oraz informacje o wykonaniu umów kontraktowych zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia, co umożliwiało racjonalne zarządzanie jednostką. Jednakże szpital nie dysponował warunkami technicznymi pozwalającymi na stosowanie pełnego rachunku kosztów. Użytkowane systemy nie były w pełni zintegrowane i nie funkcjonował moduł kalkulacji kosztów leczenia/controlingowy.

System rachunku kosztów w **Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. św. Jadwigi w Opolu** składał się z systemów informatycznych zawierających informacje medyczne o pacjentach oraz systemu finansowo-księgowego. Zarówno w części klinicznej jak i administracyjnej funkcjonowały systemy informatyczne jednego producenta. W tzw. części białej systemu była zapewniona pełna integracja i możliwość przekazywania danych pomiędzy poszczególnymi modułami. Z poszczególnych modułów systemu tzw. części szarej istniała możliwość przesyłania danych do systemu FK. Niektóre moduły z części szarej współpracowały z modułami z części białej. Jednakże w podmiocie leczniczym nie funkcjonował moduł controlingowy.

Szpital stosował podział kosztów w układzie rodzajowym oraz w funkcjonalnym. Zespół kont kosztów w układzie funkcjonalnym (zespół 5) zawierał podział na ośrodki kosztów: działalności podstawowej, pomocniczej (medycznej i niemedycznej) oraz zarządu. Ponadto dla działalności podstawowej, pomocniczej i zarządu utworzono poziomy kont analitycznych dla ośrodka kosztów, jak też kosztów według rodzaju. Szczegółowy wykaz ośrodków kosztów działalności podstawowej został ustalony przy uwzględnieniu struktury podmiotu, a działalności pomocniczej i zarządu z uwzględnieniem podziału na ośrodki wykonujące działalność o charakterze jednolitym.

Stosowany przez Szpital system rachunku kosztów umożliwiał przypisanie do nośnika kosztów (osobodnia, pacjenta lub procedury) kosztów leków, natomiast nie dawał takiej możliwości w przypadku wyrobów medycznych. System umożliwiał przypisanie świadczeń medycznych do nośnika kosztów w przypadku leków oraz częściowo w odniesieniu do procedur medycznych. Istniała również możliwość uzyskania informacji niefinansowych dotyczących danych, takich jak: roczna sumaryczna liczba etatów personelu zatrudnionego na umowę o pracę, umowy cywilno-prawne.

W WSS im. św. Jadwigi w Opolu prowadzona była elektroniczna dokumentacja pacjenta, o której mowa w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w *sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*<sup>99</sup>.

Szczegółowe wyniki badania przeprowadzonego w tym obszarze przedstawiono w tabeli nr 2.

<sup>99</sup> Dz. U. poz. 666, ze zm.

Tabela nr 2  
Rachunek kosztów w kontrolowanych podmiotach leczniczych

Wyszczególnienie		Tak	Nie	Częściowo	Nie dotyczy
Czy zespół kont w układzie funkcjonalnym (zespół 5) zawiera podział na ośrodki kosztów: działalności podstawowej, działalności pomocniczej i zarządu (OPK)?		18	1	-	1
W zespole kont kosztów w układzie funkcjonalnym (zespół 5), w zakresie działalności podstawowej, zostały utworzone poziomy kont analitycznych dla ośrodka kosztów?		16	3	-	1
W zespole kont kosztów w układzie funkcjonalnym (zespół 5), w zakresie działalności podstawowej, zostały utworzone poziomy kont analitycznych dla kategorii kosztów według rodzaju?		17	2	-	1
W zespole kont kosztów w układzie funkcjonalnym (zespół 5), w zakresie działalności pomocniczej oraz zarządu, utworzono poziomy kont analitycznych dla ośrodka kosztów?		16	3	-	1
W zespole kont kosztów w układzie funkcjonalnym (zespół 5), w zakresie działalności pomocniczej oraz zarządu, utworzono poziomy kont analitycznych dla kosztów według rodzaju?		18	1	-	1
Czy istnieje możliwość przypisania kosztu leków do nośnika kosztów (osobodzień, pacjent, procedura)?		7	8	-	5
Czy istnieje możliwość przypisania kosztu wyrobów medycznych do nośnika kosztów (osobodzień, pacjent, procedura)?		6	10	-	4
Czy istnieje możliwość przypisania leków (nazwa, jednostka miary, ilość) do nośnika kosztów (osobodzień, pacjent, procedura)?		7	7	6	-
Czy istnieje możliwość przypisania wyrobów medycznych (nazwa, jednostka miary, ilość) do nośnika kosztów (osobodzień, pacjent, procedura)?		6	10	4	-
Czy istnieje możliwość przypisania procedur medycznych do nośnika kosztów (osobodzień, pacjent, procedura)?		6	7	7	-
Czy dla poszczególnych zrealizowanych procedur zabiegowych ewidencjonowane elektronicznie są informacje o kategorii, liczbie i czasie pracy personelu medycznego zaangażowanego w realizację danej procedury?		7	5	8	-
Czy prowadzona jest ewidencja czasu pracy personelu zatrudnionego na podstawie umów cywilno-prawnych, kontraktów, itp.?(możliwość przeliczenia na odpowiednik etatu)		14	6	-	-
Istnieje możliwość uzyskania informacji niefinansowych dotyczących danych takich jak roczna sumaryczna liczba etatów personelu zatrudnionego na umowy o pracę?		19	1	-	-
Istnieje możliwość uzyskania informacji niefinansowych dotyczących danych takich jak umowy cywilno-prawne?		16	4	-	-
Istnieje możliwość uzyskania informacji niefinansowych dotyczących danych takich jak kontrakty dla poszczególnych kategorii personelu?		15	5	-	-
Czy dla poszczególnych procedur medycznych wyniki/opisy badań ewidencjonowane są w formie elektronicznej z możliwością wygenerowania w formie bazy danych/edytowalnego raportu?		10	6	4	-
Czy prowadzona jest elektroniczna wersja księgi zabiegowej bloku operacyjnego?		16	4	-	-

Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Na system rachunku kosztów w podmiotach leczniczych składają się trzy elementy:

- system informacji medycznych o pacjentach,
- system finansowo-księgowy,
- moduł kontrolingowy.

Jak ustalono w toku kontroli, w podmiotach leczniczych użytkowane były systemy informatyczne różnych producentów, które częstokroć nie były ze sobą w pełni zintegrowane. Jedynie w czterech spośród 20 kontrolowanych podmiotów wdrożony był system kontrolingowy. Szczegółowe informacje w tym obszarze przedstawiono w poniższej tabeli:

Tabela nr 3

Integracja systemów informatycznych w kontrolowanych podmiotach leczniczych

Wyszczególnienie	Tak	Częściowo	Nie
Czy moduły systemu części szarej są zintegrowane między sobą?	11	8	1
Czy moduły systemu części białej są zintegrowane między sobą?	12	8	-
Czy moduły systemu części szarej są zintegrowane z modułami części białej?	2	13	5
Czy w podmiocie leczniczym funkcjonuje moduł kalkulacji kosztów leczenia/kontrolingowy?	4	-	16

Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli.

### 5.3.2. Prawdliwość przekazywania danych w procesie taryfikacji

Kontrolą objęto 15 podmiotów leczniczych, które w latach 2015–2020 uczestniczyły w od dwóch do dziesięciu postępowaniach mających na celu nabór i uzyskanie danych niezbędnych do taryfikacji od świadczeniodawców. Nawiązanie współpracy z Agencją odbywało się początkowo wskutek zgłoszenia się podmiotu leczniczego i zawarcia umowy z Agencją, a od postępowań rozpoczętych po 27 lipca 2017 r. na podstawie wniosku Agencji o udostępnienie danych<sup>100</sup>.

Pięć podmiotów kontrolowanych<sup>101</sup>, które nie podjęły współpracy z Agencją tłumaczyło to: dobrowolnością zgłaszania się podmiotów leczniczych do współpracy z Agencją (do 23 lipca 2017 r.) lub nieotrzymywaniem wniosków o udostępnienie (po 23 lipca 2017 r.), ale przede wszystkim z brakiem możliwości technicznych, tj. brakiem zintegrowanych systemów informatycznych, umożliwiających przekazanie pełnych danych kliniczno-kosztowych, w sposób zapewniający najwyższą jakość i kompletność danych. Zdarzały się też przypadki, gdy podmiot, mimo złożenia takiej deklaracji, nie był w stanie przekazać Agencji niezbędnych danych.

<sup>100</sup> Zgodnie z nowym brzmieniem art. 31c ust. 4 ustawy o świadczeniach, od 23 lipca 2017 r. Agencja składa wnioski o udostępnienie danych, na podstawie których świadczeniodawcy przekazują dane.

<sup>101</sup> Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Dąbrowie Białostockiej, Szpital w Pyskowicach sp. z o.o., Szpital Miejski w Morażu sp. z o.o., Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Głubczycach, Zespół Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu.

Systemy informatyczne w podmiotach leczniczych

Zakres współpracy z Agencją

### Przykłady

**Szpital Miejski w Morażu sp. z o.o.**, w okresie objętym kontrolą, nie współpracował z Agencją. Jak wyjaśniono, przeprowadzono analizę uwzględniającą ramy prawne oraz koszty, które Szpital byłby zobligowany ponieść na wdrożenie standardu rachunku kosztów, w wyniku czego zaniechano współpracy z Agencją.

Agencja, w okresie objętym kontrolą, dziewięciokrotnie zwracała się do **Zespołu Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu** o przekazanie danych niezbędnych do ustalenia taryfy w sześciu zakresach świadczeń, jednak nie doszło do ich udostępnienia. Odmowę podjęcia współpracy motywowano tym, że Szpital, jako podmiot leczniczy I poziomu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń, nie realizował świadczeń medycznych będących przedmiotem zainteresowania Agencji. Dyrektor zaznaczył, że Agencja oczekując przekazywania dużych zbiorów danych odpowiednio przetworzonych na jej potrzeby nie zaproponowała wynagrodzenia z tego tytułu. Podkreślił, że przygotowanie tych materiałów wymagałoby dodatkowego ponadnormalnego zaangażowania pracowników.

W **Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Słupcy** podjęto współpracę z Agencją w trzech procesach taryfikacyjnych, jednak dane niezbędne do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przekazano tylko w jednym z nich. W postępowaniach nr 22 i 42 (odpowiednio w 2016 i 2018 r.), po przekazaniu do AOTMiT ankiet zgłoszeniowych oraz wymianie korespondencji, z SPZOZ ostatecznie nie przekazano danych z uwagi na relatywnie krótki czas na przygotowanie i zweryfikowanie danych (postępowanie nr 22), oraz wdrażanie standardów akredytacyjnych i brak możliwości zaangażowania personelu w projekt (postępowanie nr 42). W przypadku postępowania nr 22 nie podpisano umowy, a w postępowaniu nr 42 Agencja cofnęła wniosek o udostępnienie danych.

W **Ortopedyczno-Rehabilitacyjnym Szpitalu Klinicznym im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu**, w trakcie współpracy zrezygnowano z udziału w postępowaniu nr 12 (nr umowy: AOTMiT/17/T/EHN/2016). Ponadto stwierdzono nieprawidłowość polegającą na niedochowaniu przez ORSK postanowień dwóch umów zawartych z Agencją w dniach 27 lutego i 13 marca 2017 r., dotyczących postępowań nr 25 i 28. Z uwagi na nieprzekazanie części danych, Prezes AOTMiT 10 lipca 2017 r. wypowiedział ze skutkiem natychmiastowym obydwie te umowy.

### Wypełnianie ankiet zgłoszeniowych

Podmioty lecznicze, biorące udział w postępowaniach ogłoszonych przed 27 lipca 2017 r., wypełniały ankietę zgłoszeniową zawierającą: dane identyfikacyjne podmiotu, deklarację udostępnienia danych, informację o świadczeniach, dla których możliwe jest przekazanie karty kosztorysów, informację o możliwości przekazania poszczególnych rodzajów danych w karcie kosztorysów (np. leki, wyroby medyczne, procedury medyczne) oraz w formularzu FK (np. dane finansowo-księgowe o poniesionych kosztach, dane niefinansowe o zasobach ludzkich), listę OPK wraz z przypisanym czterocyfrowym kodem resortowym komórki organizacyjnej (część VIII), deklarację o stosowaniu rachunku kosztów, deklarację o prowadzeniu elektronicznej dokumentacji pacjenta i inne dane<sup>102</sup>. W toku kontroli stwierdzono trzy przypadki podania w ankiecie danych niezgodnych ze stanem faktycznym<sup>103</sup>.

<sup>102</sup> Zakres informacji w przekazywanych ankietach różni się w zależności od taryfikowanego świadczenia.

<sup>103</sup> Zespół Opieki Zdrowotnej w Nidzicy, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. dr Kazimierza Hołogi w Nowym Tomysku, Ortopedyczno-Rehabilitacyjny Szpital Kliniczny im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.



### Przykłady

W **Zespole Opieki Zdrowotnej w Nidzicy** nierzetelnie wypełniono dwie ankiety, przesłane do Agencji przed zawarciem umowy: (nr AOTMiT/57/T/27/2017 oraz nr AOTMiT/04/T/33/2017). W obu tych ankietach potwierdzono, że ZOZ wprowadził standard rachunku kosztów zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2015 r., podczas gdy faktycznie nie został on wprowadzony.

W przekazanej przez **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. dr. Kazimierza Hołogi w Nowym Tomyślu** w 2020 r. ankiecie „Diagnoza systemów informatycznych w obszarze gromadzenia danych medyczno-kosztowych w podmiotach leczniczych”, w części C, punkcie C.1. podano sprzeczną ze stanem rzeczywistym informację o stosowaniu w Szpitalu standardu rachunku kosztów zgodnym z zaleceniami z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2015 r.

Jedną z dziewięciu przekazanych przez **Ortopedyczno-Rehabilitacyjny Szpital Kliniczny im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu** ankiet, sporządzono częściowo nierzetelnie, nie wykazując w niej wszystkich modułów programów komputerowych, z których korzystano w Szpitalu.

Zgodnie z brzmieniem art. 31lc ust. 4 ustawy o świadczeniach, świadczeniodawca, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, udostępnia Agencji nieodpłatnie m.in. dane dotyczące udzielania oraz finansowania świadczeń opieki zdrowotnej zapewniając najwyższą jakość i kompletność udostępnionych danych. W toku kontroli w każdym z podmiotów szczegółowemu badaniu poddano dane przekazywane w ramach dwóch postępowań. Ustalono, że pięć podmiotów leczniczych<sup>104</sup> (z 15 skontrolowanych) nie dochowało należytej staranności przy przygotowaniu danych dla Agencji, w szczególności dotyczyło to omyłek popełnianych przez pracowników podczas ręcznego przygotowywania i opracowywania danych.

Jakość i kompletność przekazywanych danych

### Przykłady

W przekazanych przez **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. dr. Kazimierza Hołogi w Nowym Tomyślu** danych kosztowych dotyczących leczenia szpitalnego za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2015 r., zaniżono o 22 etaty stan zatrudnienia lekarzy na umowę o pracę w Oddziale Chorób Wewnętrznych. Ponadto niezgodne ze stanem rzeczywistym dane dotyczące stanów zatrudnienia przekazano ponadto AOTMiT za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2018 r. W formularzach zawierających te dane: zaniżono stan zatrudnienia na umowę o pracę Oddziału Chorób Wewnętrznych oraz Oddziału Dziecięcego, odpowiednio o 80,3 i 31,2 etaty, zawyżono stan zatrudnienia w ramach umów cywilnoprawnych w Oddziale Dziecięcym o 69,3 etaty oraz stan zatrudnienia w oparciu o takie umowy pielęgniarek tego Oddziału o 69,3 etaty, zaniżono o 23 etaty stan zatrudnienia lekarzy na umowę o pracę w Oddziale Chorób Wewnętrznych oraz nieprawidłowo wykazano w tym Oddziale jeden etat lekarza dyżurującego zatrudnionego na umowie o pracę, wobec faktycznego braku pełnienia na tym oddziale dyżurów przez taką osobę.

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Słupcy** przekazał do AOTMiT w 2016 r. częściowo nierzetelne dane w postępowaniu nr 15, dotyczące świadczeń realizowanych w grupie H85 – Pourazowe uszkodzenia mózgu

<sup>104</sup> Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim, Zespół Opieki Zdrowotnej w Nidzicy, Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. dr. Kazimierza Hołogi w Nowym Tomyślu, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Słupcy.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

> 17. r.ż. Podano niezgodne z dokumentami źródłowymi informacje dotyczące liczby przeprowadzonych procedur, badań oraz cen jednostkowych leków i wyrobów medycznych.

**Zespół Opieki Zdrowotnej w Nidzicy** nie wywiązał się z warunków umowy zawartej z Agencją z 12 lipca 2017 r. na leczenie szpitalne (nr AOTMiT/04/T/33/2017), ponieważ trzy pliki szczegółowe dotyczące: produktów leczniczych (PL), wyrobów medycznych (WM), zaangażowania personelu medycznego w danej procedurze (PR\_HR) zamiast informacji w ujęciu na każdego hospitalizowanego pacjenta, zawierały po jednym rekordzie z wpisem „brak danych”. Agencja pismem z 12 października 2017 r. wypowiedziała zawartą umowę.

W toku kontroli pracownicy jednostek kontrolowanych wskazywali, że dane niezbędne do taryfikacji gromadzone były w różnych programach ewidencyjnych, jak również w dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej, wobec czego dopiero po ręcznym przeliczeniu i łączeniu danych np. przy użyciu arkuszy kalkulacyjnych otrzymano ostateczne wyniki do przekazania do AOTMiT. Jedynie niewielka część szpitali wprowadziła zmiany (dotyczące np. szczegółowej struktury analitycznej planu kont, integracji systemów i modułów informatycznych) wpływające na zwiększenie efektywności przygotowywania danych dla Agencji.

### Przykłady

**W Białostockim Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie w Białymstoku** przygotowaniem danych do AOTMiT zajmowali się pracownicy trzech działów: ekonomiczno-finansowego, kadr i płac oraz rozliczeń. Źródłem danych był system księgowy oraz szpitalny system informatyczny. Udostępnianie danych dla Agencji było dla pracowników Szpitala czynnością dodatkową wykonywaną równolegle z bieżącymi zadaniami. Analiza czasu trwania postępowań nr 38, 42 i 46 (od dnia wpływu wniosku o udostępnienie danych do dnia ostatecznego zatwierdzenia danych) wykazała, że pracochłonność uzupełniania zestawień wymaganych przez Agencję (wraz z czasem liczoną na ich sprawdzanie przez AOTMiT i ewentualne poprawki) dotyczących:

- informacji finansowo-księgowych – zmniejszała się z 10 miesięcy w przypadku postępowania nr 38 do siedmiu miesięcy w przypadku postępowania nr 42 i jednego miesiąca w przypadku postępowania nr 46;
- danych szczegółowych dotyczących procedur medycznych – zmniejszała się z ośmiu miesięcy w przypadku postępowania nr 38 i 42 do jednego miesiąca w przypadku postępowania nr 46.

Skrócenie czasu przygotowywania danych było możliwe dzięki wprowadzeniu w latach 2018–2019 szeregu rozwiązań, które zdaniem Dyrektora Szpitala zwiększyły efektywność uzyskiwania danych (wprowadzenie szczegółowej struktury analitycznej planu kont wzorowanej na obowiązującym wówczas standardzie rachunku kosztów, integracja systemów i modułów informatycznych m.in. Apteka, LIS laboratorium, moduł Rozliczeń).

Pracownicy działów odpowiedzialnych za przygotowanie informacji finansowo-księgowych i danych szczegółowych dotyczących wyceny świadczeń opieki zdrowotnej wskazali, że przy postępowaniach nr 38, 42 przeprowadzanych w 2018 roku wiele danych wymagało bardzo pracochłonnych działań i obliczeń polegających na sumowaniu poszczególnych zapisów księgowych.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W przypadku danych kosztowych informacje generowane były z modułu FK, jednak układ kont rodzajowych w systemie FK był w innym układzie niż tabele AOTMiT, co powodowało konieczność wybierania i łączenia zapisów z kilku kont analitycznych. Część szczegółowa dotycząca kosztów uzupełniana była na podstawie danych z modułu Koszty. Dane przychodowe pochodziły częściowo z modułu FK i częściowo z tabel, które przygotowywane i uzupełniane były w arkuszu kalkulacyjnym co miesiąc, w celu innych rozliczeń. Jednak układ danych w tych tabelach był inny niż wymagany przez AOTMiT, co wiązało się z koniecznością modyfikacji i przekalkulowania informacji. Dane dotyczące środków trwałych i wartości niematerialnych i prawnych uzupełniane były w oparciu o wykazy generowane z modułu ST i należało je dodatkowo ręcznie przypisać do kategorii wskazanych w instrukcji AOTMiT oraz wyliczyć liczbę miesięcy ich funkcjonowania.

W przypadku danych kadrowo-płacowych informacje generowane były w większości z systemu. Jednak w związku ze zmianami OPK w ciągu roku, była konieczność ręcznego wyboru i łączenia części danych. Po przygotowaniu informacji o etatach przez Dział Kadr, następnie wyliczane były wynagrodzenia przez Dział Płac.

W przypadku szczegółowych danych dotyczących świadczeń opieki zdrowotnej informacje były w większości generowane z modułu Rozliczeń. Pozostałe dane uzyskiwane były z apteki szpitalnej i bloku operacyjnego. Na podstawie otrzymanych danych uzupełniano poszczególne formularze np. PL – produkty lecznicze, WM – wyroby medyczne.

**W Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim** przygotowaniem danych do AOTMiT zajmowali się pracownicy Działu statystyki medycznej i rozliczania umów z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz Działu finansowo-księgowego. Źródłem danych były różne systemy i moduły informatyczne. Dane dotyczące sumy etatów za cały rok dla osób zatrudnionych na podstawie umów o pracę i umów zleceń ustalono na podstawie odrębnych wydruków miesięcznych, które następnie były weryfikowane i ręcznie modyfikowane na podstawie rzeczywistego zatrudnienia w konkretnych OPK. Natomiast dane dotyczące etatów osób zatrudnionych na kontraktach wymagało przetworzenia danych z faktur wystawianych co miesiąc przez lekarzy, pielęgniarki i inny personel i przedkładanych w dziale finansowo-księgowym. Realizacja świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny na podstawie kontraktów była traktowana jako usługa i w systemie finansowo-księgowym ewidencjonowana tylko wartościowo. Ewidencja czasu świadczenia usług nie była prowadzona w żadnym systemie, a jedynie na papierze (jako załączniki do faktur) dlatego konieczne było wyciągnięcie każdego dowodu księgowego z każdego miesiąca dla każdej osoby zatrudnionej na kontrakcie i stworzenie zestawienia dla całego roku. Najbardziej czasochłonne było dokładne i prawidłowe wyliczenie liczby etatów oraz wynagrodzeń w ujęciu określonym przez AOTMiT.

W toku kontroli przypadki nieterminowego przekazania danych do AOTMiT stwierdzono w dwóch podmiotach kontrolowanych<sup>105</sup>. Zgodnie z art. 311c ust. 4 ustawy o świadczeniach, w brzmieniu obowiązującym od 23 lipca 2017 r., świadczeniodawca, udostępnia dane w terminie wskazanym przez Prezesa Agencji, nie krótszym jednak niż 14 dni, licząc od dnia doręczenia świadczeniodawcy wniosku o udostępnienie danych. Uprzednio kwestie te były regulowane przez zapisy umów o przekazanie danych. Głównymi przyczynami niedotrzymania terminu danych do Agencji były:

**Terminowość  
przekazywanych  
danych**

<sup>105</sup> Szpital Miejski w Siemianowicach Śląskich sp. z o.o., Pro-Medica w Ełku Sp. z o.o.

## WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- duży nakład pracy manualnej przy przygotowaniu danych, których nie można było wygenerować bezpośrednio z systemu finansowo-księgowego (np. konieczność przeanalizowania historii chorób i danych o umowach cywilnoprawnych, a następnie wprowadzenie ich do formularzy „F-K” na stronie dostępnej Agencji),
- duża liczba zadań realizowanych przez pracowników,
- absencje pracowników.

### Zmiany wysokości kosztów

Koszty w analizowanych ośrodkach powstawania kosztów/wykonywanych procedur medycznych w 2019 r., w odniesieniu do chwili ich przekazania do Agencji, wzrosły we wszystkich skontrolowanych podmiotach leczniczych.

#### Przykłady

Porównanie informacji o kosztach czterech badanych OPK, przekazanych Agencji przez **Centrum Zdrowia w Mikołowie sp. z o.o.**, w ramach postępowań taryfikacyjnych nr 32 i 38, z analogicznymi danymi za 2019 r. wskazuje, że koszty te podlegały następującym zmianom:

- w odniesieniu do danych za 2016 r. nastąpił wzrost kosztów funkcjonowania pracowni EEG o 36,6% (zmiana z 21,8 tys. zł w 2016 r. do 29,8 tys. zł w 2019 r.), a koszty funkcjonowania laboratorium, wzrosły o 26,0% (zmiana z 1114,3 tys. zł w 2016 r. do 1404,4 tys. zł w 2019 r.). Spadek kosztów o 10,2% odnotowano natomiast w OPK dotyczącym pracowni USG Doppler, gdzie koszty udzielanych przez Szpital świadczeń w 2016 r. wyniosły 80,8 tys. zł, a w 2019 r. zmniejszyły się do 72,6 tys. zł,
- w odniesieniu do danych za 2017 r. nastąpił wzrost kosztów funkcjonowania poradni onkologicznej łącznie o 25,6% (zmiana z 60,4 tys. zł w 2017 r. do 75,8 tys. zł w 2019 r.), przy czym głównym źródłem ich wzrostu były koszty procedur, które wzrosły o 63,1% (zmiana z 15,2 tys. zł w 2017 r. do 24,9 tys. zł w 2019 r.) oraz wynagrodzeń personelu i koszty pozostałe, które wzrosły łącznie o 37,1% (zmiana z 34,3 tys. zł w 2017 r. do 47,0 tys. zł w 2019 r.).

Dane kosztowe przekazywane przez **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim** do AOTMiT zmieniły się w 2019 r., w stosunku do 2016 r.:

- koszty oddziału wewnętrznego wzrosły o 1938,8 tys. zł (41,2%), przy jednoczesnym wzroście przychodów o 2221,2 tys. zł (48,2%). W szczególności wzrosły koszty wynagrodzeń personelu wynikające z umów cywilnoprawnych i kontraktów o 101,7%, zarządu o 69,4%, procedur o 49%, leków i wyrobów medycznych o 33,8% oraz koszty wynagrodzeń personelu wraz z pochodnymi wynikających z umów o pracę o 25,2%. Koszt w przeliczeniu na osobodzień wzrósł o 163,6 zł;
- wzrosły również koszty oddziału zakaźnego – o 905,7 tys. zł (38,8%), a przychody o 905,6 tys. zł (46,5%). Największy wzrost nastąpił z tytułu kosztów zarządu o 75,5%, wynagrodzeń personelu wynikających z umów cywilnoprawnych i kontraktów o 177% oraz wynagrodzeń personelu wraz z pochodnymi wynikających z umów o pracę o 14,8%. Koszt całkowity w przeliczeniu na osobodzień wzrósł o 175 zł;
- koszty szpitalnego oddziału ratunkowego z izbą przyjęć wzrosły o 1234,8 tys. zł (43,4%), przy jednoczesnym wzroście przychodów o 1426,2 tys. zł (55,1%). Największy wzrost nastąpił z tytułu kosztów zarządu o 101,1%, procedur o 81,7%, kosztów wynagrodzeń personelu wynikających z umów cywilnoprawnych i kontraktów o 80,6% oraz wynagrodzeń wraz z pochodnymi wynikających z umów o pracę o 59,4% oraz. Koszt całkowity w przeliczeniu na jednego przyjętego pacjenta wzrósł o 214,9 zł.

## 6. ZAŁĄCZNIKI

### 6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe

Celem kontroli była ocena czy taryfikacja świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest dokonywana prawidłowo, a Narodowy Fundusz Zdrowia wykorzystuje rzetelnie jej wyniki w realizacji zadań.

Cel główny kontroli

Założono, że badania kontrolne umożliwią udzielenie odpowiedzi na następujące pytania szczegółowe:

Cele szczegółowe

- 1) Czy Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji prawidłowo realizowała obowiązki wynikające z ustawy o świadczeniach w zakresie dotyczącym taryfikacji świadczeń?
- 2) Czy Narodowy Fundusz Zdrowia prawidłowo realizował pozostające w jego kompetencjach zadania z zakresu wyceny świadczeń?
- 3) Czy w podmiotach leczniczych prowadzono rachunek kosztów w sposób umożliwiający racjonalne zarządzanie?
- 4) Czy podmioty lecznicze przekazywały spójne i rzetelne dane dotyczące udzielania i finansowania świadczeń do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji?
- 5) Czy system wyceny świadczeń szpitalnych (JGP) pozwala na kompleksowe i efektywne leczenie?

Kontrola została przeprowadzona w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, 20 podmiotach leczniczych, w tym w 15 które udostępniły AOTMiT dane oraz w pięciu, które nie udostępniły danych.

Zakres podmiotowy

Podstawą prawną przeprowadzenia kontroli był:

Kryteria kontroli

- w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia – art. 2 ust. 1 ustawy o NIK, z uwzględnieniem kryteriów legalności, rzetelności, celowości i gospodarności;
- w podmiotach leczniczych podlegających jednostce samorządu terytorialnego (SPZOZ) oraz spółkach, których udziałowcem lub akcjonariuszem jest jednostka samorządu – art. 2 ust. 2 ustawy o NIK, z uwzględnieniem kryteriów legalności, rzetelności i gospodarności;
- w podmiotach leczniczych podlegających Ministrowi Zdrowia lub Ministrowi Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz szpitali klinicznych – art. 2 ust. 1 ustawy o NIK, z uwzględnieniem kryteriów legalności, rzetelności, celowości i gospodarności.

Lata 2015–2020

Okres objęty kontrolą

Kontrolę przeprowadzono w okresie od 4 września 2020 r. do 11 stycznia 2021 r. (data podpisania ostatniego wystąpienia pokontrolnego).

W toku postępowania kontrolnego, w trybie art. 29 ust. 1 lit. f otrzymano informacje od Ministra Zdrowia dotyczące m.in. planów taryfikacji, zlecenia taryf, oraz zatwierdzania taryf opracowanych przez Prezesa AOTMiT.

Działania na podstawie art. 29 ustawy o NIK

W wystąpieniach pokontrolnych, skierowanych do kierowników 11 spośród 22 kontrolowanych jednostek, sformułowano łącznie 30 wniosków pokontrolnych.

Stan realizacji wniosków pokontrolnych

## ZAŁĄCZNIKI

Dwóch kierowników jednostek kontrolowanych (Prezes AOTMiT oraz Prezes NFZ) skorzystało z prawa do zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, zgodnie z art. 54 ustawy o NIK. Zastrzeżenia zostały rozpatrzone i częściowo uwzględnione.

Adresaci wystąpień pokontrolnych, zgodnie z art. 62 ustawy o NIK, poinformowali Najwyższą Izbę Kontroli o sposobie wykorzystania uwag i wykonaniu wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań. Według stanu na dzień 25 marca 2021 r. zostało zrealizowanych 15 wniosków, siedem wniosków było w trakcie realizacji.

W kontroli uczestniczył Departament Zdrowia oraz pięć Delegatur NIK.

### Wykaz jednostek kontrolowanych

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
1.	Departament Zdrowia	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji	Roman Topór-Mądry Uprzednio: Wojciech Matuszewicz
2.		Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia	Filip Nowak Uprzednio: Tadeusz Jędrzejczyk, Andrzej Jacyna, Adam Niedzielski
3.	Delegatura NIK w Białymstoku	Białostockie Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie w Białymstoku	Magdalena Joanna Borkowska Uprzednio: Marzena Juczevska
4.		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA Białystok	Alicja Skindzielewska Uprzednio: Marek Chojnowski, Ewa Zgiet, Jarosław Tałała, Ewa Zubrycka-Klecz
5.		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim	Bożena Grotowicz
6.		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Dąbrowie Białostockiej	Katarzyna Wróblewska Uprzednio: Tadeusz Gniazdowski, Wojciech Anusewicz, Jan Chodziutko
7.	Delegatura NIK w Katowicach	Szpital Miejski w Siemianowicach Śląskich sp. z o.o.	Aleksandra Skowronek oraz Jan Brol Uprzednio: Agnieszka Wołowicz, Jan Brol, Bolesław Gębarski
8.		Centrum Zdrowia w Mikołowie sp. z o.o.	Cezary Tomiczek Uprzednio: Władysław Perchaluk, Krystyna Sarna-Smoczyńska
9.		Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej w Piekarach Śląskich	Bogdan Koczy
10.		Szpital w Pyskowicach sp. z o.o.	Leszek Kubiak

## ZAŁĄCZNIKI

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
11.	Delegatura NIK w Olsztynie	Zespół Opieki Zdrowotnej w Nidzicy	Anna Osłowska
12.		Pro-Medica w Elku sp. z o.o.	Bożena Szelągowska Uprzednio: Andrzej Bujnowski
13.		Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie	Lucyna Kiełbasa Uprzednio: Joanna Szymankiewicz-Czużdaniuk, Lucyna Kiełbasa, Jacek Zachariasz, Andrzej Bujnowski
14.		Szpital Miejski w Morągu sp. z o.o.	Ewa Michałowska
15.	Delegatura NIK w Opolu	Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu	Małgorzata Sobel Uprzednio: Edward Puchała
16.		Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Jadwigi w Opolu	Krzysztof Nazimek
17.		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Opolskie Centrum Onkologii im. prof. Tadeusza Koszarowskiego w Opolu	Marek Staszewski Uprzednio: Wojciech Redelbach
18.		Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Głubczycach	Adam Jakubowski
19.	Delegatura NIK w Poznaniu	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. dr. Kazimierza Hołogi w Nowym Tomyszu	Tomasz Przybylski Uprzednio: Janusz Nowak
20.		Ortopedyczno-Rehabilitacyjny Szpital Kliniczny im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	Przemysław Daroszewski Uprzednio: Witold Bieleński, Łukasz Kubaszewski
21.		Zespół Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu	Przemysław Bury Uprzednio: Zbigniewa Nowodworska, Rafał Spachacz, Krystyna Skrzycka, Emilia Jagat
22.		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Słupcy	Rafał Spachacz Uprzednio: Iwona Wiśniewska

## 6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno- -ekonomicznych

Zagadnienia związane z taryfikacją świadczeń opieki zdrowotnej zostały szczegółowo uregulowane w ustawie *o świadczeniach*, w dziale II pt. *Świadczenia opieki zdrowotnej*, rozdział 1aa (art. 31la–31lc).

Agencja Oceny  
Technologii  
Medycznych  
i Taryfikacji

Zgodnie z art. 31m ust.1 ustawy *o świadczeniach*, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, jako państwowa jednostka organizacyjna mająca osobowość prawną, jest nadzorowana przez Ministra Zdrowia i realizuje zadania określone w art. 31n tej ustawy. Agencja realizuje zadania dotyczące oceny świadczeń opieki zdrowotnej, określania taryfy świadczeń, opracowywania, weryfikacji i udostępniania informacji o metodyce przeprowadzania oceny technologii medycznych, opiniowania projektów programów polityki zdrowotnej, a także wydawania opinii w sprawie zasadności finansowania leków ze środków publicznych.

Agencją kieruje Prezes, którego powołuje i odwołuje Minister Zdrowia, a jej działalność jest finansowana z budżetu państwa (art. 31o ust. 3 i 31p ust. 1 i 5 ustawy *o świadczeniach*). Prezes Agencji swoje zadania wykonuje przy pomocy zastępcy Prezesa Agencji (art. 31o ust. 4 ustawy *o świadczeniach*).

Na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2014 r. w *sprawie nadania statutu AOTMiT*<sup>106</sup>, Agencji został nadany statut, stanowiący załącznik do tego rozporządzenia.

Do zadań AOTMiT związanych z taryfikacją świadczeń opieki zdrowotnej należy m.in.:

- określanie taryfy świadczeń oraz opracowywanie *raportów w sprawie ustalenia taryfy świadczeń* (art. 31n pkt 1a ustawy *o świadczeniach*);
- opracowywanie propozycji zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31lc ust. 7 ustawy *o świadczeniach* (art. 31n pkt 1b ustawy *o świadczeniach*);
- opracowywanie, weryfikacja, gromadzenie, udostępnianie i upowszechnianie informacji o zasadach określania taryfy świadczeń (art. 31n pkt 2a ustawy *o świadczeniach*);
- 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 (art. 31n pkt 4b ustawy *o świadczeniach*).

Plan taryfikacji  
Agencji

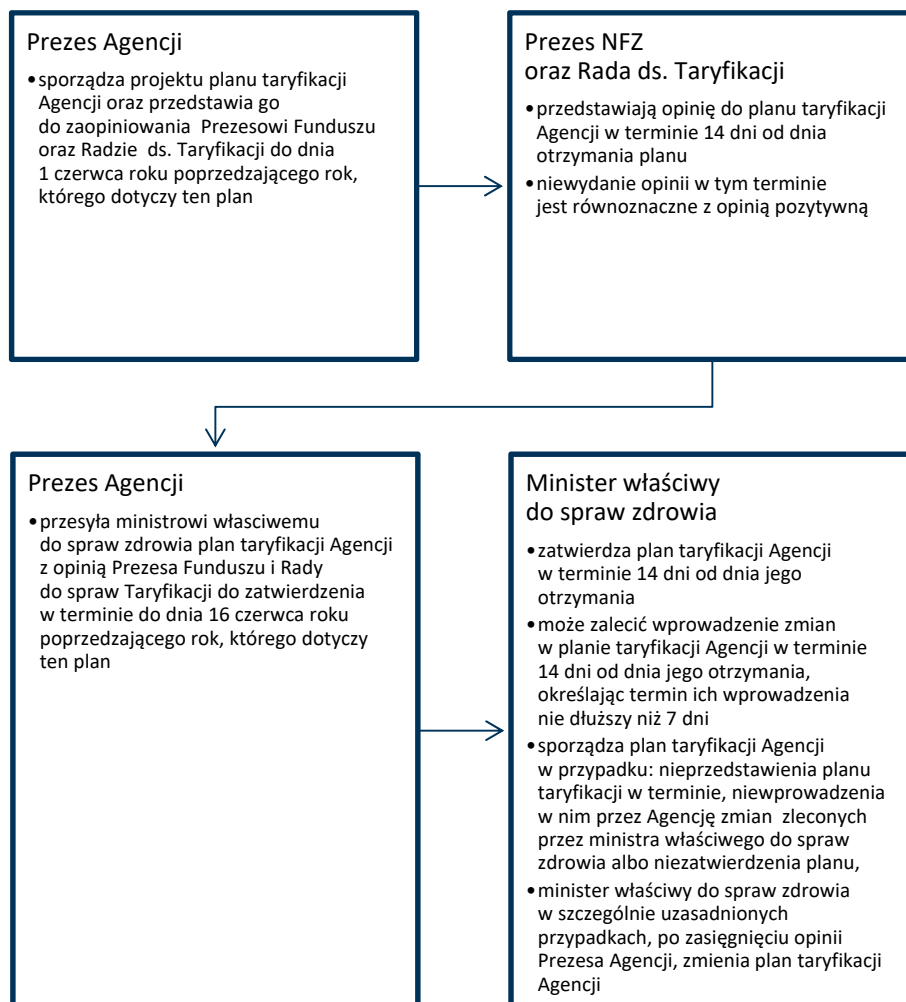
Zgodnie z art. 31la ust. 1 ustawy *o świadczeniach*, taryfikacja świadczeń opieki zdrowotnej jest prowadzona przez AOTMiT, na podstawie planu taryfikacji Agencji, sporządzanego na rok kalendarzowy.

<sup>106</sup> Dz. U. z 2018 r. poz. 1400.



Schemat nr 1

Schemat procedury sporządzania planu taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej (art. 311a ustawy o świadczeniach)



Źródło: opracowanie własne NIK.

Prezes Agencji określa taryfę świadczeń w danym zakresie lub rodzaju po dokonaniu przez Agencję analizy danych określonych w art. 311c ust. 2 ustawy o świadczeniach, tj.:

- 1) numer PESEL pacjenta, a w przypadku jego braku – rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 2) adres miejsca zamieszkania pacjenta;
- 3) dane dotyczące udzielania oraz finansowania świadczeń opieki zdrowotnej

lub na podstawie innych dostępnych danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń oraz publikuje ją, w formie obwieszczenia, w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji, po jej zatwierdzeniu przez ministra właściwego do spraw zdrowia (art. 311b ust. 1 ustawy o świadczeniach).

Przed określeniem taryfy świadczeń w danym zakresie lub rodzaju Prezes Agencji przygotowuje *raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń* oraz zwraca się do Rady do spraw Taryfikacji o wydanie stanowiska w spra-

**Określanie taryfy świadczeń przez Prezesa Agencji**

wie ustalenia taryfy świadczeń (art. 31lb ust. 2 ustawy o świadczeniach). *Raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń* zawiera (art. 31lb ust. 3 ustawy o świadczeniach):

- 1) opis świadczenia opieki zdrowotnej podlegającego taryfikacji, ze szczególnym uwzględnieniem:
  - a) wpływu świadczenia opieki zdrowotnej na stan zdrowia obywateli, w tym zapadalności, chorobowości, umieralności lub śmiertelności,
  - b) skutków następstw choroby lub stanu zdrowia;
- 2) analizę popytu oraz aktualnej i pożądanej podaży świadczenia opieki zdrowotnej podlegającego taryfikacji;
- 3) opis sposobu i poziomu finansowania świadczenia opieki zdrowotnej podlegającego taryfikacji w innych krajach;
- 4) analizę danych kosztowych uzyskanych od świadczeniodawców, jeżeli miały wpływ na ustalenie taryfy świadczeń;
- 5) projekt taryfy świadczeń;
- 6) analizę skutków finansowych dla systemu ochrony zdrowia, w tym dla podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych;
- 7) inne dostępne dane niezbędne do ustalenia taryfy świadczeń.

*Raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń* podlega opiniowaniu publicznemu (art. 31lb ust. 4–6 ustawy o świadczeniach), w terminie siedmiu dni od dnia publikacji.

*Raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń* oraz zgłoszone uwagi są przekazywane Radzie do spraw Taryfikacji, celem wydania stanowiska w sprawie ustalenia taryfy świadczeń (art. 31lb ust. 7–9 ustawy o świadczeniach). Przed wydaniem stanowiska w sprawie ustalenia taryfy świadczeń Rada do spraw Taryfikacji może prowadzić konsultacje w sprawie taryfy z:

- 1) konsultantem krajowym w dziedzinie medycyny związanej ze świadczeniem opieki zdrowotnej podlegającym taryfikacji,
- 2) przedstawicielami ogólnopolskich towarzystw naukowych w dziedzinie medycyny związanej ze świadczeniem opieki zdrowotnej podlegającym taryfikacji,
- 3) przedstawicielami organizacji świadczeniodawców,
- 4) przedstawicielami organizacji społecznych działających na rzecz praw pacjentów,
- 5) innymi podmiotami lub osobami, których udział w konsultacjach jest istotny w ocenie Rady do spraw Taryfikacji dla ustalenia taryfy świadczeń.

Prezes Agencji przesyła niezwłocznie projekt obwieszczenia zawierającego określenie taryfy świadczeń, *raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń* i stanowisko Rady do spraw Taryfikacji w sprawie ustalenia taryfy świadczeń do ministra właściwego do spraw zdrowia (art. 31lb ust. 11 ustawy o świadczeniach). Minister właściwy do spraw zdrowia po zapoznaniu się z taryfą świadczeń, *raportem w sprawie ustalenia taryfy świadczeń* i stanowiskiem Rady do spraw Taryfikacji zatwierdza lub w szczególnie uzasadnionych przypadkach, mając na uwadze dane określone w art. 31lc ust. 2 ustawy o świadczeniach lub inne dostępne dane niezbędne do ustalenia taryfy świadczeń, zmienia taryfę świadczeń określoną przez Prezesa Agen-

cji oraz przekazuje ją Prezesowi Agencji celem opublikowania, w formie obwieszczenia, w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji (art. 311b ust. 11 i 12 ustawy *o świadczeniach*).

Podmioty obowiązane do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych oraz jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwa w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia, udostępniają nieodpłatnie Agencji dane, o których mowa w art. 311c ust. 2 ustawy, w celu realizacji zadań Agencji określonych w art. 31n pkt 1–3b, 4a i 4b ustawy *o świadczeniach* oraz w celu dokonywania analiz na rzecz systemu ochrony zdrowia (art. 311c ust. 3 ustawy<sup>107</sup>). Świadczeniodawca, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, udostępnia Agencji nieodpłatnie dane w terminie nie krótszym niż 14 dni, licząc od dnia doręczenia świadczeniodawcy wniosku o udostępnienie danych, zapewniając najwyższą jakość i kompletność udostępnionych danych. Agencja może zweryfikować jakość oraz kompletność danych, w miejscu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniodawcę na zasadach uzgodnionych ze świadczeniodawcą (art. 311c ust. 4 ustawy *o świadczeniach*).

Podstawowym aktem prawnym stanowiącym podstawę działania NFZ jest ustawa *o świadczeniach*, która statuuje NFZ jako państwową jednostkę organizacyjną mającą osobowość prawną oraz określa organy, organizację, zadania i zasady sprawowania nadzoru nad NFZ (art. 96–112 ustawy *o świadczeniach*). Ustawa określa także warunki udzielania, zakres, zasady i tryb finansowania ze środków publicznych świadczeń opieki zdrowotnej, a także reguluje zasady podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu (art. 1 pkt 1 i 2 ustawy *o świadczeniach*).

Narodowy Fundusz  
Zdrowia

Podstawą udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem, z zastrzeżeniem art. 19 ust. 4 ustawy *o świadczeniach* (art. 132 ust. 1 ustawy *o świadczeniach*<sup>108</sup>). Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może być zawarta wyłącznie ze świadczeniodawcą, który został wybrany do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w dziale VI ustawy pt. *Postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami* (art. 132 ust. 2 ustawy *o świadczeniach*). Szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określa Prezes Funduszu w drodze zarządzenia.

Prezes NFZ w obszarze kontraktowania świadczeń określa przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy oraz *szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń*. Szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń mają uwzględniać obszar terytorialny, dla którego prowadzone jest postępowanie oraz taryfy świadczeń w przypadku ich ustalenia przez Prezesa AOTMiT w danym zakresie. Określane przez Prezesa NFZ *szczegółowe warunki umów* nie mogą dotyczyć warunków realizacji danego świadczenia gwarantowanego, określonych w rozporządzeniach wydanych przez ministra do spraw zdrowia na podstawie art. 31d ustawy *o świadczeniach* (art. 146 ust. 1 i 2 ustawy *o świadczeniach*<sup>109</sup>).

<sup>107</sup> W brzmieniu u obowiązującym od 7 września 2019 r. do 25 listopada 2020 r.

<sup>108</sup> W brzmieniu obowiązującym do 31 sierpnia 2020 r.

<sup>109</sup> W brzmieniu obowiązującym od 1 lipca 2016 r.

### Wprowadzanie taryfy świadczeń określonej przez Prezesa Agencji do stosowania

Zgodnie z art. 146 ust. 6 ustawy *o świadczeniach*, 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 ustala się na podstawie taryfy świadczeń opublikowanej w Biuletynie Informacji Publicznej AOTMiT do dnia 30 czerwca roku poprzedniego. Od dnia 23 lipca 2017 r. taryfę świadczeń określoną przez Prezesa Agencji wprowadza się do stosowania nie później niż przed upływem czterech miesięcy od dnia jej opublikowania (ustawa z dnia 25 maja 2017 r. *o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw*<sup>110</sup>).

Z chwilą utworzenia systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia (tzw. sieci szpitali)<sup>111</sup>, zapisy poszczególnych zarządzeń Prezesa NFZ dotyczących: ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego, świadczeń wysokospecjalistycznych, rehabilitacji leczniczej oraz świadczeń zdrowotnych odrębnie kontraktowanych, zostały ujednolicone w zakresie stosowanych jednostek sprawozdawczych, tj. jednostek rozliczeniowych i ich wartości punktowych oraz ceny za punkt (tzw. „denominacja”)<sup>112</sup>.

W sytuacji nieustalenia taryfy świadczeń, jednostki rozliczeniowe i ich wartość określa Prezes Funduszu, biorąc pod uwagę kompleksowość i ciągłość udzielania świadczeń, wzajemne relacje kosztowe udzielanych świadczeń, uwzględniając koszty ich udzielania przez świadczeniodawców lub koszty zapewnienia gotowości ich udzielania, wskazując jednocześnie udział tych kosztów w jednostce rozliczeniowej (§ 15 ust. 4 załącznika do rozporządzenia *OWU*)<sup>113</sup>.

### Cena jednostki rozliczeniowej

Cena jednostki rozliczeniowej jest określana w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych przez oddziały wojewódzkie NFZ ze świadczeniodawcami, po przeprowadzeniu postępowania o zawarcie takiej umowy, na podstawie przepisów art. 142, art. 143, art. 159 i art. 161b ustawy *o świadczeniach*.

### Współczynniki korygujące wycenę

Zgodnie z § 16 ust. 2 załącznika do rozporządzenia *OWU* przy określaniu szczegółowych warunków rozliczania świadczeń, Prezes Funduszu może ustalać współczynniki korygujące<sup>114</sup>, które mają na celu polepszenie jakości udzielanych świadczeń i zwiększenie ich dostępności. Wartości współczynników korygujących zawarte są w zarządzeniach Prezesa Funduszu *w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dla poszczególnych rodzajów świadczeń*.

<sup>110</sup> Dz. U. poz. 1200, ze zm.

<sup>111</sup> 1 października 2017 r.

<sup>112</sup> Zmianę ceny jednostki rozliczeniowej określono z uwzględnieniem następującego wzoru:  $C_n = \frac{C_u}{C_b}$ , gdzie:  $C_n$  – cena nowej jednostki rozliczeniowej,  $C_u$  – aktualna cena jednostki rozliczeniowej w obowiązującej umowie,  $C_b$  – cena bazowa przyjęta dla danego typu umowy do wyliczenia nowej ceny jednostki rozliczeniowej. Rozwiązanie takie umożliwiło wyliczenie wartości ryczałtów podstawowego systemu zabezpieczenia, o których mowa w art. 136c ustawy *o świadczeniach*.

<sup>113</sup> Zarządzenia Prezesa NFZ dotyczące określenia warunków zawierania i realizacji umów określa jednostkę rozliczeniową świadczenia (punkt, porada, osobodzień), która stanowi podstawę rozliczeń pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem.

<sup>114</sup> Zgodnie z § 1 pkt 16 załącznika do rozporządzenia *OWU* przez współczynniki korygujące należy rozumieć współczynniki ustalone przez Prezesa Funduszu, określające wysokość mnożników dla poszczególnych: grup świadczeniobiorców albo świadczeń, albo grup świadczeniodawców, albo grup osób wykonujących dany zawód medyczny, za pomocą których jest wyliczana wysokość zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy.

Najważniejszymi aktami prawnymi regulującymi funkcjonowanie podmiotów leczniczych są:

- ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej*,
- ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*.

W ustawie *o działalności leczniczej*, określono zasady: wykonywania działalności leczniczej, funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą niebędących przedsiębiorcami, prowadzenia rejestru tych podmiotów i zasady sprawowania nadzoru nad wykonywaniem działalności leczniczej oraz podmiotami wykonującymi działalność leczniczą (art. 1 ustawy *o działalności leczniczej*).

Ustawa *o świadczeniach* określa m.in. warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zasady i tryb finansowania świadczeń, zasady i tryb kwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych, a także zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń oraz zasady sprawowania nadzoru i kontroli nad finansowaniem i realizacją świadczeń (art. 1 pkt 1–3 i pkt 7 tej ustawy).

Od 1 stycznia 2020 roku świadczeniodawcy, którzy zawarli umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, byli obowiązani do stosowania standardu rachunku kosztów, opracowanego na podstawie zaleceń określonych w przepisach wydanych przez Ministra Zdrowia na podstawie art. 31lc ust. 7 ustawy *o świadczeniach* (art. 31lc ust. 6 tej ustawy). Jednakże standardy rachunku kosztów nie zostały skutecznie wprowadzone w tym terminie, bowiem, zgodnie z art. 26 pkt 5 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. *o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw*<sup>115</sup>, art. 31 lc ust. 6 ustawy *o świadczeniach* wszedł w życie z dniem 1 stycznia 2020 r. Co prawda, Minister Zdrowia wydał rozporządzenie z dnia 8 lipca 2015 r. *w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców*<sup>116</sup>, jednakże dotyczyło ono jedynie świadczeniodawców, którzy podjęli współpracę z AOTMiT (§ 1 rozporządzenia) i zostało uchylone po dwóch miesiącach istnienia obowiązku jego stosowania, tj. z dniem 6 marca 2020 r.<sup>117</sup> Kolejne rozporządzenie w tej sprawie zostało wydane 26 października 2020 r. z mocą obowiązywania od 1 stycznia 2021 r.<sup>118</sup> Nowy standard rachunku kosztów odnosi się do: ewidencji kosztów według kryterium rodzajowego (konta zespołu 4), ośrodków powstawania kosztów, zasad ich tworzenia i przypisywania kodów funkcji oraz specjalności, stosowania rozdzielników kosztów wspólnych, kluczy podziałowych, ustalania sposobu wyceny procedur, a także ewidencji kosztów zarządu i kosztów ogólnozakładowych.

<sup>115</sup> Dz. U. poz. 1138, ze zm.

<sup>116</sup> Dz. U. poz. 1126.

<sup>117</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 marca 2020 r. *uchylające rozporządzenie w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców* (Dz. U. z 2020 r. poz. 354).

<sup>118</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. *w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców* (Dz. U. poz. 2045).

### 6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, ze zm.).
2. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295, ze zm.).
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 305).
4. Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021 r. poz. 217).
5. Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1843, ze zm.).
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2015 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców (Dz. U. poz. 1126), wejście w życie z dniem 22 sierpnia 2015 r., uchylone z dniem: 6 marca 2020 r.
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców (Dz. U. poz. 2045), wejście w życie z dniem 1 stycznia 2021 r.
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320, ze zm.), wejście w życie z dniem 1 stycznia 2016 r.
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 736, ze zm.).
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, ze zm.).
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357, ze zm.).
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. 2018 r. poz. 465, ze zm.).
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. 2018 r. poz. 742, ze zm.).
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. z 2019 r. poz. 1199, ze zm.).
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1386, ze zm.), uchylone z dniem: 26 lipca 2019 r.

## ZAŁĄCZNIKI

16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1285, ze zm.), wejście w życie 26 lipca 2019 r.
17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2014 r. w sprawie nadania statutu Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (Dz. U. z 2018 r. poz. 1400).

#### **6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli**

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
6. Rzecznik Praw Obywatelskich
7. Sejmowa Komisja do Spraw Kontroli Państwowej (KOP)
8. Sejmowa Komisja Zdrowia (ZDR)
9. Senacka Komisja Zdrowia
10. Minister Zdrowia
11. Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
12. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
13. Rzecznik Praw Pacjenta