Kategoria: Polityka Zdrowotna
Opublikowano: piątek, 27, sierpień 2021 10:35
Joanna Gryboś-Chechelska
Odsłony: 573

System wyceny świadczeń był nieefektywny, pomimo na ogół prawidłowej realizacji zadań przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i Narodowy Fundusz Zdrowia. Niejednolity sposób prowadzenia rachunku kosztów w podmiotach leczniczych, znacząco utrudniał Agencji uzyskanie danych niezbędnych do opracowania taryf. Przekładało się to na długotrwały proces wyceny świadczeń, a co za tym idzie – na niski stopień (33 proc.) realizacji planów taryfikacji. NIK zwraca również uwagę, że taryfą objęto niespełna 17 proc. świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (ujęcie wartościowe).

Z początkiem stycznia 2015 r. ze sfery aktywności Narodowego Funduszu Zdrowia wyłączony został proces wyceny świadczeń opieki zdrowotnej, a zadania te zostały powierzone Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Podstawowym celem procesu taryfikacji jest dokonanie wyceny świadczeń, adekwatnej do rzeczywistych kosztów leczenia ponoszonych przez podmioty lecznicze i niezależnej od płatnika (NFZ). Taryfikacja ma służyć także równoważeniu podaży świadczeń i potrzeb zdrowotnych, zapewnieniu możliwie najlepszej dostępności świadczeń gwarantowanych oraz gospodarności w wydawaniu środków publicznych.

Najważniejsze ustalenia kontroli

Wartość sfinansowanych w 2019 r. świadczeń opieki zdrowotnej, dla których Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji opublikował taryfę, wynosiła 15,2 mld zł, wobec kosztów świadczeń zdrowotnych ogółem w wysokości 90,1 mld zł. Oznacza to, że jedynie niespełna 17 proc. świadczeń opieki zdrowotnej było objętych taryfą.

W latach 2015–2020 Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji prawidłowo realizowała obowiązki w zakresie taryfikacji świadczeń, wynikające z ustawy o świadczeniach. 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. NIK zwraca jednak uwagę na niski stopień realizacji planów taryfikacji – tylko 33 proc. W badanym okresie nie opracowano taryf dla 1500 świadczeń z 2226, które zostały ujęte w planach taryfikacji lub zostały zlecone przez Ministra Zdrowia (prace nad 776 taryfami zostały wstrzymane, 299 taryf zostało wycofanych, a 425 taryf było w trakcie realizacji). Na niski stopień realizacji planów, wpływ miały następujące czynniki: duża pracochłonność procesu taryfikacji, w tym przekraczający roczną perspektywę planowania proces uzyskiwania danych od świadczeniodawców oraz ich weryfikacji przez AOTMiT oraz doraźne zlecanie przez Ministra Zdrowia przeprowadzenia taryfikacji. W tym trybie zlecił on opracowanie taryf dla 1436 świadczeń, wobec 790 ujętych bezpośrednio w planach taryfikacji (minister mógł używać takiego trybu w szczególnych przypadkach, zamiast tego korzystał z niego nagminnie).

W latach 2015–2020 Rada ds. Taryfikacji funkcjonowała w niepełnym składzie przez trzy lata. 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 ustawa o świadczeniach stanowi, że w skład Rady do spraw Taryfikacji wchodzi dziesięciu członków.

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 wprowadzaniem na rynek bardziej innowacyjnych rozwiązań. Ponadto w latach

Phoca PDF

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 (w latach 2015–2020 (I półrocze) koszty taryfikacji świadczeń wyniosły 94 mln zł, co stanowiło blisko 52 proc. kosztów Agencji ogółem).

NIK stwierdziła przypadki braku dostępu do świadczeń w następstwie niedokonania ich wyceny. Ani Prezes AOTMiT, ani Prezes NFZ nie określili jednostek rozliczeniowych i ich 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. Taryfa dla tego świadczenia została opracowana przez Agencję i uzyskała pozytywną opinię Rady ds. Taryfikacji, ale nie została zatwierdzona przez Ministra Zdrowia. Natomiast Prezes NFZ nie wywiązał się z obowiązku określenia dla tego świadczenia jednostek rozliczeniowych i ich wartości, jaki na nim ciążył w przypadku nieustalenia taryfy przez Agencję. Świadczenie to nadal nie jest finansowane przez płatnika, pomimo włączenia go do koszyka świadczeń gwarantowanych w 2018 r.

Kontrolerzy NIK ustalili również, że **w procesie taryfikacji problemem była także jego długotrwałość.** Szczegółowa analiza badanych raportów wykazała, że proces ten trwał średnio 192 dni, a w najdłuższym przypadku było to nawet 464 dni. Przyczyną tak długiego postępowania dla poszczególnych taryf były:

- czasochłonny proces uzyskiwania danych od świadczeniodawców oraz ich weryfikacji, konieczność korekt i uzupełnienia danych klinicznych. Aż 1/3 skontrolowanych podmiotów leczniczych nie dochowała 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 zwiększając ryzyko błędu;
- 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 kontrolingowym. Inną sprawą jest to, iż większość podmiotów leczniczych nie była przygotowana do wprowadzenia standardu rachunku kosztów. W ponad połowie podmiotów stwierdzono niepełne stosowanie się do zasad wynikających z ustawy o rachunkowości i/lub nieprawidłowości w funkcjonowaniu mechanizmów kontroli operacji finansowych i gospodarczych;
- konieczność współpracy z ekspertami klinicznymi przy weryfikacji danych klinicznych;
- obszerność analizowanych zakresów świadczeń.

Począwszy od 2017 r. Prezes NFZ kilkunastokrotnie kompleksowo podwyższał wycenę świadczeń o kilka lub kilkanaście procent w poszczególnych rodzajach lub zakresach świadczeń. NIK negatywnie oceniła wprowadzenie tych zmian bez rzetelnej analizy kosztowej. Należy przy tym podkreślić, że NFZ nie dysponował niezbędnymi danymi dla realizacji takich działań. Danymi takimi częściowo dysponuje Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Ponadto Prezes NFZ, wprowadzając kompleksowe podwyżki, nielegalnie stosował wartości punktowe, inne niż określone w taryfach przez Prezesa Agencji. Nie miał on bowiem kompetencji do zmiany wartości punktowej tych świadczeń, gdyż zgodnie z ustawą o świadczeniach określenie taryfy świadczeń należało do zadań Agencji (stosowne

Phoca PDF

przepisy nakazywały Prezesowi NFZ stosowanie taryfy świadczeń określonej przez Prezesa Agencji w przypadku jej ustalenia).

NIK oceniła pozytywnie prowadzenie przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji 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. Mimo pozytywnych efektów leczenia w ramach programu KOS–Zawał, pozostałe świadczenia kompleksowe, nad którymi pracowała Agencja, nie zostały jednak wdrożone do dnia zakończenia kontroli (chodzi m.in. o model kompleksowej opieki w endoprotezoplastyce stawu biodrowego).

Wnioski

do Ministra Zdrowia o:

- zapewnienie prawidłowego funkcjonowania mechanizmu aktualizacji wyceny, wynikającej ze wzrostu kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem, wynikających z ustawy o świadczeniach, kompetencji AOTMiT oraz NFZ;
- korzystanie z przewidzianego w ustawie o świadczeniach trybu zmiany planu taryfikacji, w przypadku zaistnienia potrzeby zlecenia Prezesowi AOTMiT sporządzenia nowej taryfy;
- podjęcie działań mających na celu nowelizację ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, polegającej na uniemożliwieniu Prezesowi Agencji zlecania zadań na podstawie umów cywilnoprawnych członkom Rady ds. Taryfikacji.
- niezwłoczne zatwierdzanie taryf opracowanych przez Prezesa AOTMiT, a w szczególnie uzasadnionych przypadkach zmianę taryfy określonej przez Prezesa Agencji;
- zapewnienie pełnego składu Rady ds. Taryfikacji.

do Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji o:

- 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;
- 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;
- zaprzestanie zawierania umów cywilnoprawnych z członkami Rady ds. Taryfikacji, które skutkują występowaniem konfliktu interesów;
- ścisłą współpracę z AOTMiT oraz Ministrem Zdrowia, w przypadku zaistnienia potrzeby wprowadzenia kompleksowych zmian wycen świadczeń opieki zdrowotnej, związanych ze wzrostem kosztów w ochronie zdrowia;
- terminowe wprowadzanie do stosowania taryf świadczeń gwarantowanych określonych przez Prezesa AOTMiT;
- doprowadzenie do zgodności wartości punktowych świadczeń ustalonych przez Prezesa NFZ, w zarządzeniach w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w poszczególnych rodzajach świadczeń, z taryfami obwieszczanymi przez Prezesa AOTMiT;

Phoca PDF

- definiowanie mierzalnych celów oraz przeprowadzanie analizy kosztów, z uwzględnieniem tych celów, przed wprowadzaniem zmian w finansowaniu świadczeń oraz wprowadzaniu/zmianie współczynników korygujących;
- ustalanie jednostek rozliczeniowych świadczeń i ich wartości, w sytuacji braku taryfy dla świadczeń gwarantowanych;
- terminowe przekazywanie Agencji kompletnych i rzetelnych danych;
- wdrożenie rozwiązań umożliwiających ustalenie rzeczywistych kosztów udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- dostosowanie dokumentacji opisującej przyjętą politykę (zasady) rachunkowości do wymogów ustawy o rachunkowości, a także dostosowanie mechanizmów kontroli do standardów kontroli zarządczej i zapewnienie ich stosowania.

do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o:

- ścisłą współpracę z AOTMiT oraz Ministrem Zdrowia, w przypadku zaistnienia potrzeby wprowadzenia kompleksowych zmian wycen świadczeń opieki zdrowotnej, związanych ze wzrostem kosztów w ochronie zdrowia;
- terminowe wprowadzanie do stosowania taryf świadczeń gwarantowanych określonych przez Prezesa AOTMiT;
- doprowadzenie do zgodności wartości punktowych świadczeń ustalonych przez Prezesa NFZ, w zarządzeniach w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w poszczególnych rodzajach świadczeń, z taryfami obwieszczanymi przez Prezesa AOTMiT;
- definiowanie mierzalnych celów oraz przeprowadzanie analizy kosztów, z uwzględnieniem tych celów, przed wprowadzaniem zmian w finansowaniu świadczeń oraz wprowadzaniu/zmianie współczynników korygujących;
- ustalanie jednostek rozliczeniowych świadczeń i ich wartości, w sytuacji braku taryfy dla świadczeń gwarantowanych.

do kierowników podmiotów leczniczych o:

- terminowe przekazywanie Agencji kompletnych i rzetelnych danych;
- wdrożenie rozwiązań umożliwiających ustalenie rzeczywistych kosztów udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- dostosowanie dokumentacji opisującej przyjętą politykę (zasady) rachunkowości do wymogów ustawy o rachunkowości, a także dostosowanie mechanizmów kontroli do standardów kontroli zarządczej i zapewnienie ich stosowania.

Źródło: NIK

Phoca PDF