



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Poznaniu

LPO.410.023.04.2017

P/17/061

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

<i>Numer i tytuł kontroli</i>	P/17/061 – Rozpoznanie potrzeb w zakresie ambulatoryjnych świadczeń ginekologiczno-położniczych oraz programów zdrowotnych profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi oraz ich uwzględnienie przy określaniu obszarów kontraktowania świadczeń zdrowotnych
<i>Jednostka przeprowadzająca kontrolę</i>	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Poznaniu
<i>Kontroler</i>	Monika Lasota, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LPO/165/2017 z 10 października 2017 r.
<i>Jednostka kontrolowana</i>	Narodowy Fundusz Zdrowia Wielkopolski Oddział Wojewódzki ul. Grunwaldzka 158, 60-309 Poznań (dalej: Oddział Funduszu lub WOW NFZ)
<i>Kierownik jednostki kontrolowanej</i>	Agnieszka Pachciarz – Dyrektor WOW NFZ (Dyrektor) ¹

II. Ocena kontrolowanej działalności²

W okresie objętym kontrolą³ Oddział Funduszu miał rozpoznane potrzeby na terenie województwa wielkopolskiego w zakresie ambulatoryjnych świadczeń ginekologiczno-położniczych i programów zdrowotnych profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy. Potrzeby te, jak i możliwości podmiotów udzielających świadczenia były uwzględniane przy kontraktowaniu usług dla poszczególnych obszarów.

Istniejąca na terenie województwa sieć poradni położniczo-ginekologicznych finansowanych ze środków publicznych zapewniała mieszkankom z terenów wiejskich dostęp do ambulatoryjnej opieki w tym zakresie.

W ocenie NIK, Oddział podejmował działania zmierzające do poprawy dostępności świadczeń programów zdrowotnych profilaktyki raka piersi m.in. poprzez analizę wielkości odsetka populacji kobiet objętych tymi programami na terenie województwa i uwzględnianie tych obszarów przy ustalaniu harmonogramu świadczenia usług w pracowniach mobilnych. Podejmowane były również działania, których celem było zwiększenie realizacji programu profilaktyki raka szyjki macicy przez świadczeniodawców oraz upowszechniania informacji na temat prowadzonych programów profilaktycznych.

¹ od 13 lutego 2017 r., od 6 października 2016 r. do 12 lutego 2017 r. – Paweł Lisik (p.o. Dyrektora), od 1 października 2014 r. do 6 października 2016 r. – Magdalena Kraszewska (Dyrektor Oddziału Funduszu)

² Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie. W oparciu o powyższe, w przedmiotowym wystąpieniu pokontrolnym, zastosowano ocenę opisową.

³ Lata 2016-2017 oraz działania wcześniejsze, jeżeli mają związek z przedmiotem kontroli.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

Określanie obszarów kontraktowania świadczeń zdrowotnych

Opis stanu faktycznego

1.1. Podstawę do kontraktowania na lata 2012-2016, w przypadku umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna w zakresie ginekologii i położnictwa, stanowiły następujące dane:

- liczba świadczeń będących przedmiotem już zawartych umów
- poziom wykonania świadczeń w ramach umów w okresie przyjętym do analizy
- symulacja wykonania umów w całym okresie roku poprzedzającego rok kontraktowy.

Dyrektor Oddziału Funduszy wyjaśniła: „Dodatkowo parametrem determinującym naliczanie potencjału był określony w § 11 Zarządzenia nr 81/DSOZ/2011 Prezesa NFZ w sprawie zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, wymóg oznaczenia czasu pracy poradni na poziomie 12 godzin/tydzień (3 dni x 4 godziny). Z tego też względu minimalna wielkość kontraktu określona została na poziomie 12 tys. punktów/rok, chyba, że oferent zaproponował na poziomie oferty mniejszą liczbę świadczeń, zachowując 12-godzinny czas pracy poradni.

Niniejsze ustalenie wynikało z treści Zarządzenia Nr 81/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz kolejnych Zarządzeń Prezesa NFZ w tym zakresie świadczeń. Aktualnie, przepisy obowiązującego Zarządzenia Nr 62/2016/DZOS Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna nie określają już wskazanego wymogu w zakresie minimalnego czasu pracy poradni. Brak spełnienia przez Oferentów wskazanego wyżej wymogu, co do minimalnego wymiaru czasu pracy poradni, uniemożliwił Oddziałowi Funduszy zawarcie umów z podmiotami, które chciały realizować świadczenia w mniejszym wymiarze czasu niż wyżej wymieniony. W związku z powyższym zmniejszeniu uległa liczba zakontraktowanych poradni położniczo-ginekologicznych na rok 2012 i lata następne, w porównaniu do roku 2011”.

Potrzeby w zakresie ambulatoryjnych świadczeń położniczo-ginekologicznych i programów zdrowotnych profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy określone były w planach zakupu świadczeń sporządzanych na poszczególne lata. W roku 2016 plan ten został zmieniony⁴, tj. m.in. zwiększono o 526.397,22 zł wartości umów na świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii oraz o 69.085,29 zł wartość świadczeń zabiegowych w położnictwie i ginekologii – zakres skojarzony z 02.1450.001.02. Zmian dokonano gdyż, w okresie od 1 stycznia do 30 września 2017 r., kobietom w ciąży udzielono świadczeń ponad zakontraktowaną wartość. Celem dokonywanych zmian była również poprawa dostępności do wybranych świadczeń specjalistycznych w rodzaju AOS z uwagi na istniejące zapotrzebowanie świadczeniobiorców znajdujące odzwierciedlenie w poziomie realizacji świadczeń, niższym w porównaniu do wskaźnika krajowego zabezpieczeniem świadczeń⁵ oraz wydłużonym okresem oczekiwania na udzielenie świadczeń⁶.

W przypadku składanych przez Świadczeniodawców rezygnacji z udzielania świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, Oddział Funduszy podejmował działania zmierzające do zabezpieczenia świadczeń poprzez:

- proponowanie pozostałym świadczeniodawcom na danym terenie zwiększenia liczby świadczeń, pod warunkiem dysponowania odpowiednim potencjałem do ich realizacji,
- ogłaszanie konkursów uzupełniających w sytuacji braku innych świadczeniodawców na danym terenie lub braku możliwości realizacji przez świadczeniodawców zwiększanej liczby świadczeń.

[Dowód: akta kontroli, str. 52-89, 116-180, 368-370, 467-479]

⁴ Pismo z 24 listopada 2016 r. skierowane do Dyrektora WOW NFZ

⁵ Dot. świadczeń w zakresie: chorób zakaźnych, chirurgii szczękowo-twarzowej, reumatologii oraz medycyny sportowej

⁶ Dot. poradni leczenia naczyń i chirurgii naczyniowej

Świadczenia w zakresie realizacji programu profilaktyki raka piersi oraz programu profilaktyki raka szyjki macicy zgodnie z zapisami umów są świadczeniami nielimitowanymi. Potrzeby dotyczące zabezpieczenia świadczeń w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne w latach 2012-2017 (do 30 czerwca) określone były na podstawie rzeczywistej realizacji świadczeń.

[Dowód: akta kontroli, str. 53]

1.2. Oddział Funduszu⁷ nie prowadził korespondencji z konsultantami krajowymi i wojewódzkimi w dziedzinie ginekologii i położnictwa dotyczącej zabezpieczenia świadczeń w zakresie ginekologii i położnictwa. Pismem z 28 września 2017 r. przekazane zostały konsultantowi wojewódzkiemu w dziedzinie położnictwa i ginekologii informacje w przedmiocie zapewnienia dostępu do świadczeń w związku z przekazaniem przez konsultanta pismem Delegatury NIK w Białymstoku.

Dyrektor Oddział Funduszu wyjaśniła, że zwyczajowo przyjętą praktyką jest m.in. udział ww. konsultantów w różnego rodzaju spotkaniach organizowanych przez Oddział Funduszu.

[Dowód: akta kontroli, str. 54, 110-115, 370]

1.3. Na posiedzenia Rady Oddziału Funduszu w roku 2012⁸, 2016⁹ i 2017¹⁰ zostały przygotowane prezentacje dotyczące realizacji programów profilaktycznych, w tym m.in. dane odnośnie liczby przebadanych w każdym programie pacjentek¹¹, stopnia objęcia populacji poszczególnymi programami profilaktycznymi¹².

[Dowód: akta kontroli, str. 54-55, 181-189, 373-466]

1.4. Oddział Funduszu przeprowadził kontrole poradni ginekologiczno-położniczych w zakresie m.in. przestrzegania standardów opieki okołoporodowej u dwóch świadczeniodawców¹³.

Na podstawie analizy porównawczej danych zawartych w przekazanych do WOW NFZ raportach sprawozdawczych z danymi zawartymi w przedstawionej do kontroli medycznej¹⁴ stwierdzono m.in., że we wskazanych w wystąpieniach przypadkach wpisy nie potwierdzały kompleksowości udzielania świadczeń polegającej na spełnieniu wszystkich warunków określonych w standardach, i tym samym zasadności rozliczenia świadczeń kodem – Świadczenia wykonywane u kobiet w okresie ciąży fizjologicznej. Z tego też względu, w wystąpieniach pokontrolnych skierowanych do tych świadczeniodawców, negatywnie oceniono¹⁵ błędne sprawozdanie i rozliczanie świadczeń wykonanych na rzecz tych pacjentek. W związku z powyższym, na świadczeniodawców nałożone zostały kary finansowe.

W wniesionych zastrzeżeniach pełnomocnik jednego z kontrolowanych świadczeniodawców zakwestionował prawidłowość dokonanych w tym zakresie ustaleń. Zastrzeżenia nie zostały uwzględnione, w związku z powyższym do Oddziału Funduszu zostało przekazane pismo o sposobie wykorzystania zaleceń pokontrolnych i przyczynach odmowy podjęcia niektórych zaleconych działań. Świadczeniodawca ten poinformował Oddział Funduszu, że „nie skoryguje raportów statystycznych i dokumentów rozliczeniowych. Świadczenia zostały wykonane i prawidłowo sprawozdane oraz przedstawione do rozliczenia. (...) Przynajmniej do czasu rozstrzygnięcia zażalenia przez Prezesa NFZ 9a zapewne do czasu

⁷ W latach 2011-2012 oraz 2016-2017

⁸ Posiedzenie z 31 maja 2012 r.

⁹ Prezentacja została przekazana na posiedzenie 2 grudnia 2016 r.

¹⁰ Informacja na temat realizacji programów przekazana została na posiedzeniu Rady 22 czerwca 2017 r.

¹¹ Bez wskazywania na jakim terenie mieszkają

¹² Według stanu na 1 maja 2012 r. – programem profilaktyki raka piersi objętych było 47,95 % populacji przy średniej dla Polski – 41,51 %, natomiast programem profilaktyki raka szyjki macicy – 17,20 % populacji przy średniej dla Polski – 23,57 %. Według danych z 2016 r. – w okresie dwuletnim – programem profilaktyki raka piersi objętych było 49,78 % populacji przy średniej dla Polski – 41,18 %, natomiast programem profilaktyki raka szyjki macicy – 16,06 % populacji przy średniej dla Polski – 20,58 %. Natomiast według stanu na 1 czerwca 2017 r.: w okresie dwuletnim – programem profilaktyki raka piersi objętych było 48,15 % populacji przy średniej dla Polski – 39,43 %, natomiast w okresie trzyletnim programem profilaktyki raka szyjki macicy – 15,90 % populacji przy średniej dla Polski – 19,56 %.

¹³ Świadczeniodawcy udzielali świadczeń w zakresie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w Poznaniu

¹⁴ W przypadku jednego ze świadczeniodawców dotyczyło to dokumentacji 7 pacjentek na rzecz których świadczeniodawca sprawozdwał w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2015 r. 63 świadczenia rozliczone, jako świadczenia wykonywane u kobiet w okresie ciąży fizjologicznej, w przypadku drugiego świadczeniodawcy dotyczyło to 18 pacjentek na rzecz, których świadczeniodawca sprawozdwał, od 1 stycznia 2013 r. do 31 grudnia 2015 r., 258 świadczeń, w tym 137 rozliczono, jako świadczenia wykonywane u kobiet w okresie ciąży fizjologicznej

¹⁵ Kryterium legalności i rzetelności

rozstrzygnięcia sprawy przez sąd) nie ma potrzeby wprowadzania korekt raportów o rozliczeń, które – zdaniem Świadczeniodawcy- są prawidłowe. W konsekwencji Świadczeniodawca odmawia zwrotu kwot stanowiących wynagrodzenie za wykonane świadczenia”. Natomiast drugi z kontrolowanych świadczeniodawców nie wniósł zastrzeżeń do ustaleń kontroli i poinformował Oddział Funduszu o podjętych działaniach w celu realizacji zaleceń pokontrolnych. Skorygował również raporty sprawozdawcze i dokonał zwrotu wskazanej kwoty tytułem błędnie rozliczonych świadczeń w latach 2013-2015. Zapłacił również nałożoną przez Oddział Funduszu karę umowną.

[Dowód: akta kontroli, str. 191-342, 781-849]

2.1. Obszary kontraktowania dla każdego konkursu były wskazywane w planie postępowań i w ogłoszeniach. W przypadku postępowań na udzielanie świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie ginekologii i położnictwa na lata 2012-2016, obszarem kontraktowania był powiat lub ewentualnie gmina.

Dyrektor Oddziału Funduszu wyjaśniła m.in.: „Z uwagi na fakt, iż do 31.12.2011 roku kontrakty w ww. zakresie świadczeń opieki zdrowotnej były rozproszone, co oznacza, że na wielkopolskim rynku było zawartych wiele umów z planem rzeczowo-finansowym niższym aniżeli założona liczba 12 000 pkt (optymalna liczba punktów odpowiadająca udzielaniu świadczeń przez 3 dni w tygodniu w blokach 4-godzinnych), koniecznym było oszacowanie liczby przyszłych umów adekwatnie do zasad realizacji świadczeń określonych w ówczesnie obowiązującym Zarządzeniu Prezesa NFZ. Zatem, mając na względzie wielkość środków finansowych, określonych w planie zakupu świadczeń na rok 2012 w pozycji ambulatoryjna opieka specjalistyczna, oceniając potrzeby zdrowotne ubezpieczonych danego obszaru oraz uwzględniając wymóg pracy poradni minimum 12 godz./tydzień, jak również, uznając fakt, iż świadczenia w poradni ginekologiczno-położniczej stanowią jeden z zakresów usług zdrowotnych, co do których winna być gwarantowana dostępność przynajmniej z poziomu powiatu, bez konieczności przemieszczania się pacjentów po obszarze subregionu¹⁶, przyjęto najbardziej optymalne rozwiązanie w postaci ogłoszenia postępowań konkursowych z wyróżnieniem poszczególnych powiatów regionu.

Natomiast, zaistniała w trakcie trwania roku 2012 zmiana obszaru kontraktowania świadczeń z obszaru powiat na gminę (...) podyktowana była brakiem optymalnego zabezpieczenia ww. świadczeń w wyniku zakończonych głównych postępowań konkursowych w tymże zakresie”.

[Dowód: akta kontroli, str. 190, 480-765, 867-869, 872]

W ogłoszeniach wskazywana była jednorazowo maksymalna wartość zamówienia na roczny okres rozliczeniowy.

Dyrektor Oddziału Funduszu wyjaśniła m.in., że „Oferenci posiadający miejsce realizacji świadczeń na terenie danego powiatu (gminy), niezależnie od tego, gdzie było ono zlokalizowane¹⁷ mieli możliwość złożenia oferty konkursowej w tym zakresie, z zachowaniem równych zasad dla wszystkich Oferentów”.

[Dowód: akta kontroli, str. 190, 480-765, 52]

Podczas postępowania głównego¹⁸ ogłoszono 32 konkursy ofert na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na terenie 32 powiatów województwa wielkopolskiego. W odpowiedzi na ogłoszenia dot. poszczególnych powiatów wpłynęło od dwóch¹⁹ do 63²⁰ ważnych ofert. Po przeprowadzonych negocjacjach podpisano od dwóch²¹ do 59²² umów.

[Dowód: akta kontroli, str. 190, 900]

Wspólne konkursy zostały przeprowadzone dla następujących miast na prawach powiatu: Kalisz, Konin i Leszno i odpowiednio powiatów: kaliskiego, konińskiego i leszczyńskiego, gdyż jak wyjaśniła Dyrektor Oddziału Funduszu „(...) mając na względzie ograniczoną liczbę

¹⁶ Grupa powiatów przynależnych administracyjnie do byłych województw składających się obecnie na obszar województwa wielkopolskiego: subregion pilski, kaliski, leszczyński, koniński poznański

¹⁷ W mieście powiatowym, czy też na terenie gminy

¹⁸ na podstawie wniosku nr 15-2012-000037 z 10 listopada 2011 r.

¹⁹ Powiaty: chodzieski, kępiński, pleszewski

²⁰ Miasto Poznań na prawach powiatu

²¹ Powiaty: chodzieski, kępiński, pleszewski

²² Miasto Poznań na prawach powiatu

realizatorów, postępowanie wspólne na obszar ziemski i grodzki gwarantowało maksymalne wykorzystanie środków finansowych, oznaczonych w przedmiocie postępowania, bez ich „mrożenia” na obszarze powiatu w przypadku braku oferentów zainteresowanych realizacją przedmiotowych usług”.

[Dowód: akta kontroli, str. 190, 867-870]

W 34 konkursach uzupełniających, które zostały przeprowadzone jedynie w roku 2012 i 2013, w 19 przypadkach, obszarem, dla którego konkurs został ogłoszony, był powiat, a w 15 przypadkach – gmina.

W przypadku konkursów dla poszczególnych powiatów wpłynęło od jednej²³ do sześciu²⁴ ważnych ofert, a po przeprowadzonych negocjacjach podpisano od jednej²⁵ do czterech²⁶ umów. W przypadku jednego powiatu²⁷, postępowanie zostało unieważnione, gdyż jedyna oferta, która wpłynęła została odrzucona na etapie weryfikacji poprawności formalnej.

W przypadku konkursów ogłoszonych dla dziewięciu gmin, w siedmiu gminach²⁸ wpłynęło po jednej ważnej ofercie²⁹, a w dwóch³⁰ – po dwie ważne oferty. Po przeprowadzonych negocjacjach umowy podpisano z podmiotami, które złożyły ważne oferty³¹. Trzykrotnie konkurs ogłaszany był dla dwóch gmin³², gdy rozwiązana została umowa z dotychczasowym jedynym świadczeniodawcą. Pierwsze postępowanie zostało unieważnione, gdyż oferty jedynego oferenta zostały odrzucone na etapie weryfikacji poprawności formalnej, drugie również unieważnione – oferty jedynego oferenta zostały odrzucone na etapie otwarcia ofert, dopiero trzecie postępowanie zakończyło się podpisaniem umów z jednym świadczeniodawcą, który miał udzielać świadczeń w tych dwóch gminach.

[Dowód: akta kontroli, str. 190, 867-870]

2.2. Oddział Funduszu przeprowadził w 2017 r. pięć konkursów głównych i dwa konkursy uzupełniające na wykonywanie świadczeń w rodzaju programy zdrowotne – w zakresie profilaktycznego programu zdrowotnego rak piersi – etap podstawowy – w pracowni stacjonarnej oraz jeden konkurs główny w zakresie profilaktycznego programu zdrowotnego rak piersi – etap podstawowy – w pracowni mobilnej. Konkursy na realizację programu w pracowni stacjonarnej zostały ogłoszone dla poszczególnych subregionów³³, natomiast na realizację programu w pracowni mobilnej – dla całego województwa.

W przypadku programu profilaktyki raka szyjki macicy – etap pogłębionej diagnostyki³⁴, stanowiącego kontynuację etapu podstawowego, który odbywa się w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej³⁵, konkursy zostały ogłoszone dla grupy powiatów poszczególnych subregionów, co miało na celu poprawić dostęp do badań diagnostycznych dla pacjentek, które wymagają dalszej diagnostyki. W momencie ogłaszania konkursu w 2017 r. brakowało świadczeniodawców realizujących program w subregionie pilskim oraz subregionie konińskim. Po przeprowadzeniu postępowania konkursowego umowy na realizację programu podpisano: z jednym podmiotem w subregionie leszczyńskim³⁶ oraz z siedmioma w subregionie poznańskim³⁷.

Program profilaktyki raka szyjki macicy – etap diagnostyczny, nie dotyczy bezpośrednio pacjenta, a wyłącznie pracowni, do której podmiot etapu podstawowego przesyła materiał

²³ Powiaty: obornicki, szamotulski, gostyński, ostrzeszowski (dwukrotnie), pleszewski,

²⁴ Powiat poznański, koniński

²⁵ Powiaty: obornicki, szamotulski, gostyński, ostrzeszowski (dwukrotnie), pleszewski,

²⁶ Powiaty: czarnkowsko-trzcianecki, koniński,

²⁷ Chodzi o konkurs uzupełniający ogłoszony dla powiatu gnieźnieńskiego

²⁸ Gniezno, Grodzisk Wlkp., Kępno Wyrzysk, Wolsztyn, Konin i Poznań – Wilda

²⁹ Powiaty: obornicki, szamotulski, gostyński, ostrzeszowski (dwukrotnie), pleszewski,

³⁰ Poznań – Grunwald i Mosina

³¹ Jedynie w przypadku postępowania prowadzonego dla obszaru gminy Mosina po przeprowadzonych negocjacjach nie podpisano umowy z jednym z dwóch oferentów

³² Ujście i Wysoka

³³ Kaliski, koniński, leszczyński, pilski i poznański

³⁴ W ramach programu wykonywane jest badanie koloskopowe lub badanie koloskopowe z pobraniem wycinka do badania histopatologicznego

³⁵ Każda poradnia ginekologiczno-położnicza ma przypisaną usługę skojarzoną – pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego – zakres skojarzony z 02.1450.001.02

³⁶ w Rawiczu

³⁷ Czterema w Poznaniu, po jednym w: Szamotulach, Śremie i Wrześni

do oceny diagnostycznej. W celu zwiększenia liczby laboratoriów bliżej realizatorów etapu podstawowego, w ocenie Oddziału Funduszu, uzasadnione było ogłoszenie postępowania dla poszczególnych subregionów. W momencie ogłaszania konkursu w 2017 r. oraz po jego rozstrzygnięciu brakowało świadczeniodawców realizujących program w subregionie pilskim.

[Dowód: akta kontroli, str. 780, 90-109, 873-876]

2.3. W okresie objętym kontrolą do Oddziału Funduszu wpłynęło sześć pism³⁸ z pytaniem o możliwość realizacji na terenie danej gminy świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie położnictwa i ginekologii.

Oddział Funduszu udzielając odpowiedzi nadawcom pism podkreślał, że świadczenia z zakresu położnictwa i ginekologii dla mieszkanki każdej z tych gmin zostały zakontraktowane u świadczeniodawców z terenu danego powiatu, wskazując te podmioty. Analizowano przy tym m.in.: czas oczekiwania na przyjęcie u świadczeniodawców na terenie danego powiatu, tj. brak kolejek u niektórych ze świadczeniodawców lub poziom zabezpieczenia świadczeń na terenie powiatu w odniesieniu do średniej ustalonej dla powiatów w województwie. Powyższe okoliczności nie dawały, w ocenie WOW NFZ, podstaw do wszczęcia postępowań uzupełniających na terenie danego powiatu.

Do Oddziału Funduszu nie wpłynęły skargi, które dotyczyły dostępu mieszkanki z terenów wiejskich do ambulatoryjnych świadczeń w zakresie ginekologii i położnictwa oraz profilaktycznych programów zdrowotnych.

[Dowód: akta kontroli, str. 343-360]

2.4. W roku 2016, według stanu na dzień 31 grudnia, umowy na świadczenia w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS) w zakresie ginekologia i położnictwo podpisanych miało 232 świadczeniodawców. Udzielali oni świadczeń w 300 poradniach, z których: 139 znajdowało się w gminach miejskich, 44 – w gminach wiejskich i 117 – w gminach miejsko-wiejskich, w tym trzy na obszarze wiejskim.

W stosunku do liczby placówek, które miały podpisane umowy 1 stycznia 2016 r. w trakcie roku 2016 zaprzestało świadczenia usług zdrowotnych w ww. zakresie pięciu świadczeniodawców³⁹.

W roku 2017, według stanu na dzień 30 września, umowy AOS w zakresie ginekologia i położnictwo podpisanych miało 230 świadczeniodawców. Udzielali oni świadczeń w 292 poradniach, z których: 137 znajdowało się w gminach miejskich, 39 – w gminach wiejskich i 116 - w gminach miejsko-wiejskich, w tym cztery na obszarze wiejskim.

W stosunku do liczby placówek, które miały podpisane umowy 1 stycznia 2017 r. w trakcie roku zaprzestało świadczenia usług zdrowotnych w ww. zakresie trzech⁴⁰ świadczeniodawców.

[Dowód: akta kontroli, str. 3-12]

3. W celu poprawy dostępności do świadczeń w zakresie położnictwa i ginekologii oraz profilaktycznych programów zdrowotnych raka piersi i raka szyjki macicy przeprowadzano postępowania uzupełniające opisane w pkt. 2.1. i 2.2. niniejszego wystąpienia.

4. W okresie od 1 stycznia 2016 r. do 31 sierpnia 2017 r., na terenie województwa wielkopolskiego znajdowały się trzy miejscowości, z których odległość do najbliższego miejsca udzielania świadczeń ginekologiczno-położniczych wynosiła więcej niż 20 km:

- a) Okonek (powiat złotowski), z którego do Złotowa jest 32,4 km, do Bornego Sulinowa 41,1 km, do Szczecinka 22,8 km i 39 km do Człuchowa,
- b) Krzywiń (powiat kościański), z którego do Gostynia jest 22,7 km, do Kościana 22,7 km oraz do Dolska 23,2 km,

³⁸ Od Wójty Gminy Damasławek pismo z 20 marca 2017 r., od Burmistrza Gminy Dobra – pismo z 21 marca 2017 r. i Burmistrza Gminy Pyzdry – pismo z 4 kwietnia 2016 r., od osoby prywatnej z gminy Pyzdry – pismo z 4 listopada 2016 r. i 8 maja 2017 r. oraz pismo od podmiotu świadczącego usługi medyczne – pismo z 30 listopada 2016 r.

³⁹ Z dniem 9 grudnia 2016 r. – na terenie miasta z gminy miejsko-wiejskiej (Środa Wlkp.); z dniem 31 grudnia 2016 r. – jeden z terenu gminy wiejskiej (Gizalki), z dniem 30 czerwca 2016 r. – jeden z terenu gminy miejskiej (Poznań), z dniem 6 września 2016 r. – jeden z terenu gminy wiejskiej (Kuznica Grabowska), z dniem 7 marca 2016 r. – jeden z terenu gminy miejskiej (Gniezno)

⁴⁰ Z dniem 17 stycznia 2017 r. – jeden z terenu gminy miejskiej (Poznań), z dniem 30 czerwca 2017 r. – jeden z terenu gminy miejskiej (Złotów) i jeden z terenu gminy miejsko-wiejskiej (Rogoźno)

c) Lipka (powiat złotowski), z której do Złotowa jest 21,2 km oraz do Człuchowa 24,8 km.

[Dowód: akta kontroli, str. 3-12]

Dyrektor Oddziału Funduszu wyjaśniała, że: „W ogłoszonym postępowaniu konkursowym, w celu zakontraktowania świadczeń AOS w zakresie położnictwa i ginekologii na rok 2012 i lata następne, nie wpłynęły oferty z podmiotów realizujących świadczenia na terenie miejscowości: Okonek, Krzywiń i Lipka. Świadczenia dla świadczeniobiorców z tych miejscowości zostały zakontraktowane na terenie powiatów.

Zarządzenia Centrali NFZ w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML., między innymi określają format sprawozdawczości statystycznej SWX dla lecznictwa ambulatoryjnego. Zgodnie z przedmiotowym formatem, dla danych przekazywanych przez Świadczeniodawcę w ramach raportów z wykonanych świadczeń w rodzaju AOS, brak jest jakichkolwiek danych teleadresowych pacjenta. W związku z powyższym Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia nie może udzielić informacji, czy świadczenia rozliczane w ramach rozliczeń migracji międzyoddziałowej zostały wykonane na rzecz pacjentek zamieszkujących miejscowości: Okonek, Krzywiń i Lipka. Pacjenci w rozliczeniach międzyoddziałowych są przypisani według repliki CWU z marca roku poprzedniego do powiatów – więc miejscowości brak”.

[Dowód: akta kontroli, str. 867-870]

Ze świadczeń AOS w zakresie ginekologii i położnictwa, udzielanych w sąsiednich województwach, skorzystało, na dzień 31 grudnia 2016 r. i 30 września 2017 r., 9.818 i 7.594 pacjentek⁴¹, z tego odpowiednio:

- 1.128 i 783 w województwie zachodniopomorskim,
- 624 i 468 w województwie pomorskim,
- 2.117 i 1.674 w województwie kujawsko-pomorskim,
- 825 i 646 w województwie łódzkim,
- 196 i 166 w województwie opolskim,
- 2.012 i 1.641 w województwie dolnośląskim,
- 1.173 i 866 w województwie lubuskim.

Ze świadczeń AOS w zakresie ginekologii i położnictwa, udzielanych w sąsiednich województwach, skorzystało na dzień 31 grudnia 2016 r. i 30 września 2017 r. 850 i 581 pacjentek⁴² z terenu powiatu złotowskiego⁴³, z tego odpowiednio:

- 438 i 289 w województwie zachodniopomorskim,
- 235 i 165 w województwie pomorskim,
- 100 i 78 w województwie kujawsko-pomorskim.

[Dowód: akta kontroli, str. 901-902]

5. Program profilaktyki raka piersi był, w okresie od 1 stycznia 2016 r. do 30 czerwca 2017 r., realizowany w pracowniach stacjonarnych, które znajdowały się w 18 miejscowościach (Czarnków, Turek, Gniezno⁴⁴, Piła⁴⁵, Konin, Poznań⁴⁶, Gostyń, Międzychód, Kościan, Września, Słupca, Leszno⁴⁷, Kępno, Krotoszyn, Szamotuły, Grodzisk Wlkp., Pleszew i Śrem).

[Dowód: akta kontroli, str. 362-366]

Konkursy główne na realizację profilaktycznych programów zdrowotnych raka piersi – etap podstawowy w pracowni stacjonarnej, zostały ogłoszone dla pięciu subregionów. Dodatkowo dla dwóch subregionów⁴⁸ przeprowadzone zostały konkursy uzupełniające. Świadczenia w tym zakresie wykonywane były w 25 pracowniach stacjonarnych⁴⁹, w tym: czterech w subregionie kaliskim⁵⁰, dwóch w subregionie konińskim⁵¹, czterech

⁴¹ Pacjentki z niepowtarzającym się numerem PESEL

⁴² j.w.

⁴³ Jest to powiat sąsiadujący z innymi województwami, powiat kościański nie sąsiaduje z żadnym z ościennych województw

⁴⁴ Jedna przez cały rok, a jedna do 7 marca 2016 r.

⁴⁵ Dwie placówki przez cały rok

⁴⁶ Siedem placówek przez cały rok, a jedna do 15 maja 2016 r.

⁴⁷ Dwie placówki przez cały rok

⁴⁸ Poznańskiego i kaliskiego

⁴⁹ Od 1 lipca 2017 r., w porównaniu do wcześniej wskazywanego okresu, nie można było wykonać badań w pracowni stacjonarnej w Turku, Międzychodzie i Szamotulach

⁵⁰ Kalisz (od 1 października 2017 r.), Kępno, Krotoszyn i Pleszew

w subregionie leszczyńskim⁵², trzech w subregionie pilskim⁵³ i 12 w subregionie poznańskim⁵⁴

[Dowód: akta kontroli, str. 780, 875]

Program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy – w pracowni mobilnej realizowało w 2016 r. siedmiu świadczeniodawców, a od 1 lipca 2017 r. sześciu świadczeniodawców.

[Dowód: akta kontroli, str. 361-366, 875-876]

Dyrektor Oddziału Funduszu wyjaśniła, że: „Planowanie postojów mammbusów odbywa się z wykorzystaniem narzędzia informatycznego SIMP, który nie daje możliwości planowania postojów dwóch różnych podmiotów w jednym czasie w tej samej miejscowości. Zaplanowane przez świadczeniodawców postoje mammbusów zostają przesłane (za pośrednictwem systemu informatycznego SIM) do Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Po stronie Oddziału Funduszu odbywa się ocena przedstawionego harmonogramu, zgodności personelu oraz sprzętu zgłoszonego w umowie, jak również miejsc postojów mammbusów pod względem zabezpieczenia świadczeń w przedmiotowym zakresie, celem uwzględnienia ewentualnej korekty. Po dokonanej weryfikacji następuje akceptacja każdego zaplanowanego postoju mammbusa. Taka informacja zostaje zapisana w systemie (staże się widoczna dla podmiotu) (...). Dodatkowo Oddział Funduszu dokonuje cyklicznej oceny celowości postojów pracowni mobilnej, poprzez monitorowanie objęcia populacji badaniami mammograficznymi w poszczególnych powiatach województwa”.

W rezultacie podejmowania powyższych działań monitorujących, Oddział Funduszu m.in. pismem z 16 lutego 2017 r. poinformował świadczeniodawców, że po zakończeniu 2016 r. dokonał analizy pod kątem objęcia populacji badaniami mammograficznymi w powiatach. W związku z powyższym zwrócił się do świadczeniodawców o szczególne uwzględnienie w planowanych postojach na kolejny kwartał 2017 r. wskazanych powiatów⁵⁵, ze szczególnym uwzględnieniem powiatu tureckiego, w którym objęcie populacji badaniami osiągnęło zaledwie 36 % i wniósł o weryfikację planowanych postojów mammbusów.

[Dowód: akta kontroli, str. 777-779, 857--866]

6. Z ambulatoryjnych świadczeń ginekologiczno położniczych na dzień 31 grudnia 2016 r. i 31 sierpnia 2017 r. skorzystało odpowiednio: 324.254 i 249.721 pacjentek, w tym w gabinetach znajdujących się:

- w gminach miejskich – odpowiednio: 182.024 i 140.410 pacjentek,
- w gminach wiejskich – odpowiednio 25.366 i 18.280 pacjentek,
- w gminach miejsko-wiejskich – odpowiednio: 116.864 pacjentki (1.572 w gabinetach na obszarach wiejskich) i 91.031 pacjentek (2.015 w gabinetach na obszarach wiejskich).

Ze świadczeń w poradniach znajdujących się na terenie miejskim skorzystało na dzień 31 grudnia 2016 r. – 109.710 pacjentek zamieszkałych na terenach wiejskich (33,83 % wszystkich pacjentek, które skorzystały z tych świadczeń), a na dzień 31 sierpnia 2017 r. – 85.765 takich pacjentek (34,34 % wszystkich pacjentek, które skorzystały z tych świadczeń).

Badania cytologiczne – zakres skojarzony z 02.1450.001.02, zostały natomiast wykonane na dzień 31 grudnia 2016 r. i 31 sierpnia 2017 r. u następującej liczby pacjentek:

- w gminach miejskich – odpowiednio: 20.389 i 11.000,
- w gminach wiejskich – odpowiednio: 1.560 i 787,
- w gminach miejsko-wiejskich – odpowiednio: 15.732 (469 w gabinetach na obszarach wiejskich) i 9.159 (228 w gabinetach na obszarach wiejskich).

Badanie to zostało wykonane w poradniach znajdujących się na terenie miejskim u odpowiednio: 18.035 i 10.356 pacjentek zamieszkałych na terenach wiejskich.

⁵¹ Konin i Słupca

⁵² Gostyń, Kościan i dwa punkty w Lesznie

⁵³ Czarnków i dwa punkty w Pile

⁵⁴ Dwa punkty w Gnieźnie, osiem w Poznaniu, jeden w Śremie i jeden we Wrześni

⁵⁵ Najniższe objęcie populacji programem profilaktyki raka piersi utrzymywało się w powiatach: tureckim, kaliskim, słupeckim, kolskim, kępińskim oraz pleszewskim

Programem profilaktyki raka piersi zostały objęte mieszkanki wszystkich gmin znajdujących się w województwie wielkopolskim. Na 31 grudnia 2016 r. przebadanych zostało 235.083 pacjentek z 469.972 osób zakwalifikowanych do badania (50,02%), a na 31 sierpnia 2017 r. 222.691 pacjentek z 466.614 osób zakwalifikowanych (47,72%). Średnia wartość objęcia badaniem całej populacji w kraju wyniosła natomiast odpowiednio: 40,82% i 39,35%.

Ze świadczeń w ramach programu profilaktycznego raka piersi – etap podstawowy – pracownice stacjonarne skorzystało⁵⁶ na dzień 31 grudnia 2016 r. – 83.275 pacjentek, z tego 33.264 pacjentki zamieszkałe na terenach wiejskich (39,94 % wszystkich pacjentek, które skorzystały z tych świadczeń). Natomiast na dzień 31 sierpnia 2017 r. – 57.665 pacjentek, z tego 23.554 pacjentki zamieszkałe na terenach wiejskich (40,85 % wszystkich pacjentek, które skorzystały z tych świadczeń).

[Dowód: akta kontroli, str. 856, 899, 910-924]

7. Średni czas oczekiwania na przyjęcie w poradniach ginekologiczno-położniczych w województwie, w przypadkach stabilnych, wynosił: na 31 grudnia 2016 r. – 13 dni, a na 31 sierpnia 2017 r. – 15 dni. Średni czas oczekiwania, w przypadkach stabilnych najdłuższy był, w obydwu przypadkach, w Lesznie (miasto na prawach powiatu) i wynosił odpowiednio: 46 dni i 104 dni.

Według stanu na 31 grudnia 2016 r. w dwóch powiatach⁵⁷ pacjentki nie oczekiwały na przyjęcie do poradni ginekologiczno-położniczej. W 13 powiatach⁵⁸ czas oczekiwania wynosił od jednego do dziewięciu dni, w 11 powiatach⁵⁹ – od 10 do 20 dni, w siedmiu powiatach⁶⁰ – od 21 do 30, a w jednym⁶¹ – 38 dni.

Według stanu na 31 sierpnia 2017 r. w jednym powiecie⁶² pacjentki nie oczekiwały na przyjęcie do poradni ginekologiczno-położniczej. W 17 powiatach⁶³ czas oczekiwania wynosił od jednego do dziewięciu dni, w siedmiu powiatach⁶⁴ – od 10 do 20 dni, w pięciu powiatach⁶⁵ – od 21 do 30, a w trzech⁶⁶ – od 31 do 40, a w jednym⁶⁷ – 51 dni.

Najdłuższy czas oczekiwania na przyjęcie w poradniach ginekologiczno-położniczych położonych na obszarach wiejskich⁶⁸ w przypadkach stabilnych, wyniósł na 31 grudnia 2016 r. – 109 dni, a na 31 sierpnia 2017 r. – 127 dni⁶⁹.

Według stanu na 31 grudnia 2016 r., w czterech przychodniach średni czas oczekiwania wynosił od jednego do dziewięciu dni, w trzech – od 11 do 20 dni, w pięciu – od 21 do 30 dni, w jednej – 31 dni, w trzech – od 41 do 50 dni, a w jednej – 91 dni. W przypadku 27 przychodni pacjentki były przyjmowane bez potrzeby oczekiwania, a w przypadku jednej – brak jest odpowiednich danych. W przypadkach pilnych czas oczekiwania wynosił 1 dzień w jednej z przychodni, w pozostałych nie było potrzeby oczekiwania na przyjęcie.

Natomiast średni czas oczekiwania w poradniach ginekologiczno-położniczych położonych na obszarach wiejskich, w przypadkach stabilnych, według stanu na 31 sierpnia 2017 r. w pięciu przychodniach wynosił od jednego do dziewięciu dni, w czterech – od 11 do 20 dni, w trzech – od 21 do 30 dni, w dwóch – od 40 do 50 dni, w jednej – powyżej 60 dni, a w dwóch – powyżej 70 dni. W przypadku 25 przychodni pacjentki były przyjmowane bez potrzeby oczekiwania, a w przypadku czterech – brak jest odpowiednich danych.

⁵⁶ Na obszarze gmin miejskich i miast w gminach miejsko-wiejskich

⁵⁷ Kępniński i międzychodzki

⁵⁸ czarnkowsko-trzcianecki, gnieźnieński, kaliski, Kalisz – miasto na prawach powiatu, kolski, koniński, krotoszyński, pleszewski, rawicki, słupecki, śremski, turecki, złotowski

⁵⁹ gostyński, grodziski, Konin – miasto na prawach powiatu, kościański, nowotomyski, ostrowski, ostrzeszowski, Poznań – miasto na prawach powiatu, szamotulski, wolsztyński, wrzesiński

⁶⁰ jarociński, leszczyński, obornicki, pilski, poznański, średzki, wągrowiecki,

⁶¹ chodzieskim

⁶² pleszewski

⁶³ czarnkowsko-trzcianecki, gostyński, grodziski, Kalisz – miasto na prawach powiatu, kolski, koniński, kościański, krotoszyński, międzychodzki, nowotomyski, rawicki, słupecki, szamotulski, śremski, turecki, wolsztyński, złotowski

⁶⁴ gnieźnieński, kaliski, Konin – miasto na prawach powiatu, ostrowski, ostrzeszowski, Poznań – miasto na prawach powiatu, wrzesiński

⁶⁵ jarociński, pilski, poznański, średzki, wągrowiecki,

⁶⁶ kępniński, leszczyński, obornicki

⁶⁷ chodzieskim

⁶⁸ tj. w gminach wiejskich i obszarach wiejskich w gminach miejsko-wiejskich

⁶⁹ Dotyczyło to tej samej przychodni w gminie wiejskiej w powiecie leszczyńskim

W przypadkach pilnych czas oczekiwania wynosił 1 dzień w jednej z przychodni oraz 2 dni w innej przychodni, w pozostałych nie było potrzeby oczekiwania na przyjęcie.

[Dowód: akta kontroli, str. 850-852]

Na przyjęcie w poradni ginekologiczno-położniczej oczekiwało na 31 grudnia 2016 r. 3.737 pacjentek w przypadkach stabilnych i 271 – w pilnych, natomiast na 31 sierpnia 2017 r. odpowiednio: 4.584 i 357 pacjentek. Najwięcej pacjentek w przypadkach stabilnych, oczekiwało na przyjęcie do poradni w Poznaniu (mieście na prawach powiatu) – 987 (na 31 grudnia 2016 r.) i 1.497 (na 31 sierpnia 2017 r.) i powiecie poznańskim – 729 (na 31 grudnia 2016 r.) i 834 (na 31 sierpnia 2017 r.). W przypadkach pilnych najwięcej pacjentek oczekiwało na przyjęcie w powiecie krotoszyńskim, odpowiednio: 216 i 265. Brak było natomiast kolejek w obydwu przypadkach (pilnych i stabilnych), w każdym z tych okresów, w przychodniach na terenie powiatu kępińskiego.

W przypadku przychodni znajdujących na terenie gmin wiejskich i obszarów wiejskich w gminach miejsko-wiejskich nie było osób oczekujących na przyjęcie w przypadkach pilnych. Na przyjęcie w przypadkach stabilnych oczekiwały pacjentki, w jednym i drugim okresie, w 16 przychodniach⁷⁰ – najwięcej w Kaczorach 137 - 144 pacjentki. W pozostałych przypadkach liczba osób oczekujących wynosiła od jednej osoby do 112.

[Dowód: akta kontroli, str. 853-855]

8.1. Wartość zrealizowanych świadczeń zdrowotnych AOS na dzień 31 grudnia 2016 r. i 30 września 2017 r. wyniosła odpowiednio:

- w rodzaju ginekologia i położnictwo⁷¹ – 63.418.946,20 zł (99,52 % wartości umownej) i 47.581.444,48 zł (100,54 % wartości umownej). W latach 2012-2015 wydatki w tym zakresie, według stanu na koniec roku, wynosiły od 60.145.713,26 zł (100,14 % wartości umownej) w 2015 r. do 66.331.599,01 zł (102,29 % wartości umownej) w 2013 r.
- w rodzaju świadczenia zabiegowe w położnictwie i ginekologii – zakres skojarzony z 02.1450.001.02⁷² – 1.941.517,62 zł (98,51 % wartości umownej) i 1.366.002,05 zł (94,80 % wartości umownej). Wydatki w tym zakresie według stanu na koniec roku 2014 wyniosły 1.984.908,54 zł (96,63 % wartości umownej), a na koniec 2015 r. – 2.111.037,75 zł (99,44 % wartości umownej).
- w rodzaju świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii – diagnostyka onkologiczna⁷³ – 1.877,35 zł (43,96 % wartości umownej) i 480,24 zł (4,36 % wartości umownej). Wydatki w tym zakresie według stanu na koniec roku 2015 wyniosły 447,12 zł (62,35 % wartości umownej).

[Dowód: akta kontroli, str. 371]

W 47 poradniach zlokalizowanych na terenach wiejskich (44 w gminach wiejskich i 3 na obszarze wiejskim w gminie miejsko-wiejskiej) na dzień 31 grudnia 2016 r. usługi w zakresie AOS ginekologia i położnictwo (kod 02.1450.001.02) w zakresie od 92,46 % do 100 % zrealizowało 40 świadczeniodawców, natomiast w zakresie od 100,05 do 101,81 % - sześciu, a jeden w 82,44 %.

[Dowód: akta kontroli, str. 766-776]

Wartość zrealizowanych świadczeń zdrowotnych AOS w zakresie pobrania materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego – zakres skojarzony z 02.1450.001.02⁷⁴, na dzień 31 grudnia 2016 r. i 30 września 2017 r., wyniosła odpowiednio: 862.470,56 zł (136,25 % wartości umownej) i 483.238,74 zł (138,70 % wartości umownej). W latach 2012-2015 wydatki w tym zakresie, według stanu na koniec roku, wynosiły od 770.146,92 zł (76,95 % wartości umownej) w 2014 r. do 1.274.078,10 zł (174,84 % wartości umownej) w 2012 r.

[Dowód: akta kontroli, str. 367]

Dyrektor Oddziału Funduszu wyjaśniła m.in., że: „świadczenia w zakresie procedur skojarzonych: pobieranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania

⁷⁰ Na dzień 31 grudnia 2016 r. świadczeniodawcy udzielali porad w 47 poradniach położonych na terenie gmin wiejskich i obszarach wiejskich gmin miejsko-wiejskich, a na 31 sierpnia 2017 r. – w 43 takich poradniach

⁷¹ Zakres 02.1450.001.02

⁷² Zakres 02.1450.201.02

⁷³ Zakres 02.1450.301.02

⁷⁴ Zakres 02.1450.101.02

cytologicznego i realizacja świadczeń z zakresu diagnostyki onkologicznej (procedura skojarzona wprowadzona do umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna od dnia 01.01.2015, na podstawie wyrażonej woli przez świadczeniodawców), były finansowane na podstawie składanych przez Świadczeniodawców wniosków, zgodnie z zapisami umowy, do poziomu rzeczywistego wykonania. Natomiast pozostałe świadczenia w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna były zwiększane w trakcie roku w zależności od istniejących potrzeb i możliwości finansowych Oddziału Funduszu”.

[Dowód: akta kontroli, str. 53]

W zakresie pobrania materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego – zakres skojarzony z 02.1450.001.02, w 10 poradniach zlokalizowanych na terenach wiejskich nie wykonano żadnej usługi z tego zakresu, a w 16 poradniach realizacja wyniosła od 90 do 100 %.

[Dowód: akta kontroli, str. 766-776]

Dyrektor Oddziału Funduszu podała, że w celu zwiększenia przez świadczeniodawców poziomu realizacji świadczeń z ww. zakresu Oddział podejmował następujące działania:

- monitorowanie realizacji świadczeń w zakresie wykonywania badań cytologicznych poprzez cykliczne analizy na podstawie raportów z Systemu Informatycznego Monitorowania Profilaktyki (SIMP),
- w przypadku realizacji programu profilaktyki raka szyjki macicy – etap podstawowy na bardzo niskim poziomie Oddział funduszu kierował pisma do wszystkich świadczeniodawców realizujących przedmiotową procedurę oraz tych, którzy nie podjęli się realizacji świadczeń,
- dodatkowo w roku 2015 dążąc do poprawy wskaźników z objęcia populacji badaniami cytologicznymi, Oddział Funduszu przygotował spotkanie (szkolenie) skierowane do lekarzy ginekologów, dotyczące realizacji programu profilaktyki raka szyjki macicy pt. „Lepiej zapobiegać niż leczyć – populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy”,
- dążąc do poprawy zgłaszalności na badania profilaktyczne, w tym raka szyjki macicy, Oddział Funduszu opracował w 2015 r. obszerną broszurę nt. programów profilaktycznych pod nazwą „Przewodnik po programach profilaktycznych”, która została przesłana do władz samorządowych województwa wielkopolskiego, celem upowszechnienia informacji na temat prowadzonych programów profilaktycznych,
- w roku 2016 przygotowano ulotkę informacyjną celem przypomnienia oraz rozpowszechnienia informacji na temat prowadzonych programów profilaktycznych.

[Dowód: akta kontroli, str. 871, 878-897]

8.1. Na realizację umów w zakresie PRO raka piersi wydatkowano według stanu na 31 grudnia 2016 r. i 30 września 2017 r. odpowiednio: 10.236.796,80 zł (106,67 % wartości umownej) i 7.461.947 zł (109,99 % wartości umownej).

W latach 2012-2015 wydatki na PRO raka piersi wyniosły od 9.821.942,90 zł (102,09 % wartości umownej) w 2013 r. do 10.478.054,30 zł (112,56% wartości umownej) w 2014 r. Najwyższe wydatkowanie, w stosunku do wartości umownej, wystąpiło w roku 2015, gdy zrealizowano 127,73 % wartości umownej (10.432.261,20 zł).

[Dowód: akta kontroli, str. 367]

Dyrektor Oddziału Funduszu wskazała m.in., że „Świadczenia w zakresie programu profilaktyki raka piersi oraz programu profilaktyki raka szyjki macicy, zgodnie z zapisami umowy, są świadczeniami nielimitowanymi”.

[Dowód: akta kontroli, str. 54]

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższą ocenę wynikającą z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli⁷⁵, odstępuje od formułowania wniosków pokontrolnych.

⁷⁵ Dz. U. z 2017 r. poz. 524

V. Pozostałe informacje i pouczenia

*Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń*

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

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Poznaniu.

Poznań, dnia grudnia 2017 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Poznaniu

Kontroler
Monika Lasota
Główny specjalista kontroli państwowej

Dyrektor
z up. Wicedyrektor
Grzegorz Malesiński

.....
Podpis

.....
podpis