



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Szczecinie

LSZ – 4101-07-02/2013
P/13/130

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Szczecinie
ul. Jacka Odrowąża 1, 71-420 Szczecin
T +48 91 831 39 00, F +48 91 831 39 66
lsz@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/13/130 - Realizacja zadań „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”.
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli, Delegatura w Szczecinie
Kontroler	Małgorzata Chabiniak, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 85865 z dnia 6 czerwca 2013 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Szczecinie, ul. Arkońska 45, 71-470 Szczecin ¹ .
Kierownik jednostki kontrolowanej	Julita Jaśkiewicz, Dyrektor Oddziału od 08.07.2008 r. (dowód: akta kontroli str. 3)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie² działalność ZOW NFZ w latach 2009 -2013 w zakresie realizacji wybranych zadań „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”³.

Uzasadnienie
oceny ogólnej

Powyższą ocenę uzasadnia:

1. Planowanie i realizacja kontraktowania przez ZOW NFZ świadczeń w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne raka szyjki macicy⁴ i raka piersi⁵ w sposób zapewniającego ich dostępność.
2. Zapewnienie konkurencyjności postępowania przy zawieraniu umów na realizację świadczeń, gwarantujących wybór świadczeniodawców zapewniających pacjentom odpowiednią jakość i dostępność udzielanych świadczeń.
3. Współpraca z Wojewódzkimi Ośrodkami Koordynującymi Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy⁶ oraz Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi⁷, jednostkami samorządu terytorialnego⁸ oraz organizacjami świadczeniodawców i ubezpieczonych z terenu województwa zachodniopomorskiego.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

Opis stanu
faktycznego

1. Planowanie i monitorowanie potrzeb zdrowotnych ubezpieczonych w zakresie PRO raka szyjki i PRO raka piersi oraz zawieranie umów i realizacja świadczeń opieki zdrowotnej w ww. rodzajach.

¹ Dalej: Oddział lub ZOW NFZ.

² Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

³ Dalej: NPZCHN.

⁴ Dalej: PRO raka szyjki lub PRO S.

⁵ Dalej: PRO raka piersi lub PRO P.

⁶ Dalej: WOK PROS.

⁷ Dalej: WOK PROP.

⁸ Dalej: jst.

1.1. W celu stałego monitorowania i zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych świadczeniobiorców, ZOW NFZ w latach 2009-2013 współpracował z jst oraz organizacjami świadczeniodawców i ubezpieczonych działających na terenie województwa zachodniopomorskiego. Działania te polegały na:

- objęciu patronatem III edycji konkursu Zdrowa Gmina organizowanego przez Polską Unię Onkologii, połączone z udziałem w spotkaniu koordynującym przebieg tego konkursu⁹,
- uczestnictwie w organizowanych przez Wojewodę Zachodniopomorskiego spotkaniach z konsultantami wojewódzkimi, związanych z tematyką zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych oraz konferencji pn. Narodowy Program Zdrowia, na której ZOW NFZ prezentował programy profilaktyki zdrowotnej finansowane przez NFZ; udzielaniu odpowiedzi na wnioski i pytania kierowane przez do ZOW NFZ przez jst,
- współpracy z Wojewódzkimi Ośrodkami Koordynującymi realizującymi ww. programy, polegającej na uczestnictwie w spotkaniach organizowanych przez WOK PROP dotyczących m.in. podsumowania realizacji programu w Polsce i województwie zachodniopomorskim w 2008 roku¹⁰, organizacji i realizacji świadczeń w ramach programu na terenie woj. zachodniopomorskiego (spotkanie z udziałem konsultanta w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej i przedstawicieli wszystkich PRO P) oraz corocznych spotkaniach z sołtyskami woj. zachodniopomorskiego, organizowanych przez WOK PRO S,
- udziale w corocznych Powiatowych Dniach Profilaktyki i Walki z Rakiem, organizowanych przez starostów: stargardzkiego, polickiego, kamieńskiego oraz udział w Zachodniopomorskim Forum Samorządowym Profilaktyki i Promocji Zdrowia (na zaproszenie Marszałka Województwa)¹¹,
- uczestnictwie w spotkaniu zorganizowanym przez Stowarzyszenie Amazonek z Darłowa pt. „Piękna i bestia. Zdażyć przed rakiem”, festynie zdrowotnym przygotowanym przez Samorządową Fundację Opieki Medycznej "Zdrowie" oraz NZOZ Medical Care, nagradzanie uczniów za udział w konkursie plastycznym pod hasłem „Moja rodzina żyje zdrowo”.

(dowód: akta kontroli str. 4-10)

1.2. W latach 2009-2013 ZOW NFZ opracowywał projekty planów finansowych (uwzględniających finansowanie profilaktycznych programów zdrowotnych) w oparciu o założenia do projektu planu finansowego, przekazywane corocznie z Centrali NFZ do ZOW NFZ¹², zakładające:

- zachowanie dotychczasowej struktury rodzajowej planowanych kosztów świadczeń zdrowotnych,
- utrzymanie dotychczasowych zasad kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej,

⁹ Na spotkaniu poruszano m.in. tematy: sytuacji zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim; organizacja kampanii społecznej (jak określić grupę docelową, jakie zastosować narzędzia, z kim współpracować podczas realizacji kampanii).

¹⁰ Sieć mammografów, procent przebadanych programie kobiet - trzecie miejsce w kraju, liczba wykrytych zmian, wysyłka zaproszeń w 2009 roku, liczba wykonanych badań z podziałem na wyniki, na rodzaj badania, liczba badań w etapie pogłębionym, szkolenia dla lekarzy i pielęgniarek oraz radiologów, wyniki audytu klinicznego mammografów, zadania WOK na rok 2009, podsumowanie kontroli pracowni mammograficznych w województwie zachodniopomorskim za rok 2008.

¹¹ forum - konferencja, której celem było stworzenie regionalnej płaszczyzny, platformy do wymiany doświadczeń, prezentacji osiągnięć i problemów samorządów lokalnych, jednostek ochrony zdrowia oraz organizacji pożytku publicznego z terenu województwa zachodniopomorskiego w zakresie realizowanych programów polityki zdrowotnej oraz zadań publicznych w obszarze profilaktyki i promocji zdrowia, II Forum - prezentacja ZOW NFZ nt. „Programy profilaktyki zdrowotnej finansowane przez Zachodniopomorski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2008-2011, III Forum- impreza plenerowa pn. „Majówka na Zdrowie”.

¹² Pismami odpowiednio rok: 2009 - nr NFZ/CF/DEF/ER/2008/0322/0023/W/11936 z 4.07.2008 r., 2010 - nr NFZ/CF/DEF/2009/077/0150/W/12308/MMA z 2.07.2009 r., 2011 - nr NFZ/CF/DEF/2010/077/0162/W/13411/MMA z 1.07.2010 r., 2012 - nr NFZ/CF/DEF/2011/077/0181/W/17115/MMA z 1.07.2011 r., 2013 - nr NFZ/CF/DEF/2012/077/0191/W/17541/MMA z 4.07.2012 r.

- zabezpieczenie środków w poz. B.2.17 „rezerwa na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych”, na poziomie prognozowanym przez ZOW NFZ¹³,
- włączenie w 2009 roku środków z tytułu wzrostu kosztów świadczeń zdrowotnych¹⁴ do wyceny jednostkowych kosztów świadczeń,
- zwiększanie od 2012 roku poziomu finansowania świadczeń w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne, w tym raka szyjki macicy i raka piersi,

W planach finansowych, zatwierdzonych na poszczególne lata, środki finansowe na świadczenia zdrowotne w rodzaju PRO szyjki macicy i PRO piersi ujmowane były:

- PRO raka szyjki macicy etap podstawowy - w części B2.2 planu finansowego „ambulatoryjna opieka specjalistyczna¹⁵” (bez wyodrębnienia badań cytologicznych),
- PRO raka piersi i PRO raka szyjki macicy (etap diagnostyczny i pogłębionej diagnostyki) - w części B2.11 planu finansowego „profilaktyczne programy zdrowotne¹⁶” (bez wyodrębniania zakresu raka szyjki i raka piersi).

Podział środków na ww. programy w latach 2009-2013 następował na etapie sporządzania planu zakupu i polegał na ustaleniu ceny i ilości punktów do kontraktacji, z uwzględnieniem rezerwy na dodatnie saldo kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji¹⁷ wynoszące: 1) na AOS: w 2009 roku – 0 zł, w 2010 roku – 183.000 zł, w 2011 roku – 2.409.000 zł, w 2012 roku – 2.409.000 zł, w 2013 roku – 3.000.000 zł; 2) na profilaktyczne programy zdrowotne: w 2009 roku – 0 zł, w 2010 roku – 3.000 zł, w 2011 roku – 36.000 zł, w 2012 roku – 0 zł, w 2013 roku – 50.000 zł. Wysokość ceny i liczbę punktów ustalano w oparciu o analizy dostępności do świadczeń zdrowotnych w rodzaju PRO S i PRO P, dokonywane na podstawie wartości zrealizowanych kontraktów i liczby punktów wykonanych przez świadczeniodawców w danym okresie oraz prognozę ich wykonania do końca roku. Powyższe stanowiło podstawę do szacowania liczby punktów na rok następny.

(dowód: akta kontroli str. 11-12, 171-180)

Dariusz Ruczyński, z-ca dyrektora ds. Ekonomicznych wyjaśnił: *„Układ planu finansowego przewiduje podział środków finansowych na poszczególne rodzaje świadczeń, bez wyodrębniania poszczególnych zakresów świadczeń (bez wyszczególnienia środków na PRO w zakresie raka piersi i szyjki macicy). Pozycja planistyczna B2.11 „koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu” obejmuje również pozostałe programy finansowane przez Fundusz. Opracowując projekty planów finansowych, Oddział nie wykorzystywał danych z WOK, ponieważ dane te nie miały wpływu na opracowywanie planu finansowego w zakresie realizacji programu profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy. Oddział opierał się na założeniach do projektu planu finansowego OW NFZ na dany rok. (...) Dodatkowo przy opracowaniu planów finansowych oddział kierował się takimi kryteriami jak: bieżące wykonywanie świadczeń i ich prognoza do końca okresu rozliczeniowego (roku kalendarzowego), jak i analiza wykonania z lat ubiegłych, nie limitowanie świadczeń w zakresie PRO raka piersi i raka szyjki macicy, waga punktowa poszczególnych świadczeń w zakresach, wysokość ceny jednostkowej punktu rozliczeniowego, prowadzenie postępowań uzupełniających w szczególności w przypadku zgłoszeń przez*

¹³ Odpowiednio na poziomie: w 2009 roku - wykonania 2007 roku, w 2010 - wykonania 2008 roku, w 2011 - przewidywanego wykonania oszacowanego na podstawie wielkości rezerwy na rok 2010 i dynamiki przyrostu środków na koszty świadczeń opieki zdrowotnej wynikających z prognozy na rok 2011 w porównaniu do planu finansowego NFZ na rok 2010, w 2012 - na poziomie prognozowanym przez ZOW NFZ na rok 2012, w 2013 - na poziomie prognozowanym przez ZOW NFZ na rok 2013.

¹⁴ W związku z realizacją zapisów ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. (Dz. U. Nr 149 poz. 1076 z późn. zm.) o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń, dalej: ustawa z 22.07.2006 r.

¹⁵ Dalej: AOS.

¹⁶ Obejmują programy profilaktyczne wymienione w ustawie z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” (Dz. U. z 2005 r. Nr 143, poz. 1200 ze zm.).

¹⁷ Ustalonej na podstawie średniej z szacowanego wykonania.

nowe podmioty gotowości do realizacji programów zgodnie z wymogami NFZ. Natomiast ścisła współpraca prowadzona przez ZOW NFZ z WOK'ami, o czym świadczy liczna korespondencja obejmująca lata 2009-2013 miała wpływ na podejmowanie działań przez oddział w stosunku do podmiotów, które uzyskały nieprawidłowe wyniki kontroli jakości badań udzielanych w ramach programu, wykazanych w protokołach z przeprowadzonych kontroli przez WOK. (...). Wysokość rezerwy na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych szacowana była, dla ubezpieczonych wyjeżdżających, łącznie w pozycji planu B2.17. Uruchomienie rezerwy w trybie art. 124 ust. 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁸, co skutkowało zwiększeniem poszczególnych pozycji planistycznych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej według struktury rodzajowej planu o wartość planowanych kosztów na leczenie ubezpieczonych wyjeżdżających. Oddział zabezpieczał w planach finansowych na poszczególne lata rezerwę w postaci dodatniego salda kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych w tych rodzajach świadczeń, w których wartość planowanych kosztów leczenia pacjentów wyjeżdżających przewyższała wartość planowanych kosztów pacjentów przyjeżdżających. W przypadku gdy występowała nadwyżka planowanych kosztów leczenia pacjentów przyjeżdżających nad planowanymi kosztami leczenia pacjentów wyjeżdżających, Oddział rezerwy nie tworzył (dot. to rodzaju AOS i PRO w roku 2009 oraz PRO w roku 2012). Wykonanie świadczeń w zakresie programu profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy jest jednym z podstawowych elementów mających wpływ na ustalanie planu zakupu przedmiotowych świadczeń.”

(dowód: akta kontroli str. 180-196)

1.3. W planie zakupu na profilaktyczne programy zdrowotne raka szyjki macicy i raka piersi przeznaczono w roku:

- 2009 - 6.724.178,60 zł (736.799 pkt), w tym PRO S - 1.324.255,40 zł (162.265 pkt), PRO P - 4.949.923,20 zł (574.534 pkt),
- 2010 - 5.468.321,20 zł (644.810 pkt), w tym PRO S - 1.223.994,60 zł (152.493 pkt), PRO P - 4.244.326,60 zł (492.317 pkt),
- 2011 - 5.486.397 zł (645.053 pkt), w tym PRO S - 1.017.124,80 zł (126.444 pkt), PRO P - 4.469.272,20 zł (518.609 pkt),
- 2012 - 7.096.562,20 zł (832.226 pkt), w tym PRO S - 1.032.116,20 zł (128.276 pkt), PRO P - 6.064.446,00 zł (703.950 pkt),
- 2013 - 7.922.250 zł (928.643 pkt), w tym PRO S - 1.096.533,40 zł (136.092 pkt), PRO P - 6.825.696,60 zł (792.551 pkt).

(dowód: akta kontroli str. 13-18)

Na etap podstawowy PRO raka szyjki macicy (w ramach AOS) zaplanowano: w 2009 roku - 1.776.457,20 zł i 211.483 pkt, w 2010 roku - 1.337.884,80 zł i 159.272 pkt. Plan zakupu PRO S etap podstawowy został zrealizowany w: 2009 roku na poziomie 69% i był niższy o 550.416,90 zł, w 2010 roku na poziomie 82% i był niższy o 242.768,40 zł.

W latach 2011 - 2013 etap podstawowy PRO S ujmowany był w planie zakupu łącznie z poradnią położniczo-ginekologiczną (jako zakres skojarzony). W planie zakupu na świadczenia ginekologiczno-położnicze w latach 2011 - 2013 przeznaczono: w 2011 roku - 24.232.215,23 zł (2.926.195 pkt), w 2012 roku - 27.803.095,28 zł (3.289.107 pkt), w 2013 roku - 28.916.421,43 zł (3.420.852 pkt).

(dowód: akta kontroli str. 13-18)

¹⁸ Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm., dalej: uos.

W sprawie kryteriów podziału środków w planie zakupu i niższego od planu wykonania kosztów świadczeń zdrowotnych Dariusz Ruczyński wyjaśnił: „W ramach AOS w świadczeniach w zakresie położnictwa i ginekologii wyróżniamy: porady i badania cytologiczne kontraktowane w zakresie skojarzonym do ww. poradni. Świadczeniodawca posiadający kontrakt na poradnię położniczo-ginekologiczną musi posiadać również zakres skojarzony czyli cytologię realizowaną w ramach programu profilaktycznego. Przygotowując plan zakupu świadczeń na rok następny (w latach 2009 – 2013) ZOW NFZ dokonał analizy realizacji świadczeń za dany okres u dotychczasowych realizatorów świadczeń w zakresie skojarzonym: „pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego - zakres skojarzony z 02.1450.001.02.” i na tej podstawie wyliczył prognozowaną roczną ilość punktów przyjętą do planu zakupu. Kontrakty końcowe z roku 2009 były niższe w stosunku do planu zakupu na 2009 rok o kwotę 550.419,90 zł i wynikały z poziomu rzeczywistego wykonania. Natomiast wysokość środków finansowych zabezpieczona w planie zakupu była wyższa niż wynikałoby z realizacji usług za 2008 rok. W okresie tworzenia planu sprawozdawczość nie była pełna i nie odzwierciedlała rzeczywistej realizacji świadczeń. Rok 2008 był okresem, kiedy program raka szyjki macicy został zakontraktowany po raz pierwszy w rodzaju: AOS. Zmiany w sposobie kontraktowania cytologii, gdzie program raka szyjki macicy przeszedł z rodzaju: PRO do AOS i zwiększył potencjalną ilość realizatorów programu. ZOW NFZ na 2009 rok przyjął w planie zakupu 82% z kontraktów pierwotnych z 2008 roku. Odnosząc się do kontraktów końcowych z roku 2010, które były niższe w stosunku do planu zakupu na 2010 rok o kwotę 242.768,40 zł i wynikały podobnie jak w roku 2009 z poziomu rzeczywistego wykonania.”

(dowód: akta kontroli str. 180-196)

Począwszy od 2012 roku planowane przez Oddział koszty finansowania świadczeń zdrowotnych w PRO raka szyjki macicy i PRO raka piersi (w stosunku do roku poprzedniego) systematycznie wzrastały odpowiednio o: PRO S etap podstawowy¹⁹ 14,7% (w 2012 r.) i 4,0% (w 2013 roku), PRO S etap diagnostyczny i pogłębionej diagnostyki - 1,5% (w 2012 roku) i 6,2% (w 2013 roku), PRO P - 35,7% (w 2012 roku) i 12,6% (w 2013 roku).

(dowód: akta kontroli str. 18)

W badanym okresie wykonanie planu zakupu świadczeń zdrowotnych w rodzaju PRO raka szyjki macicy dla etapu diagnostycznego i pogłębionej diagnostyki wynosiło:

- 2009 roku - 88% planu, tj. o 159.288,40 zł mniej niż planowano,
- 2010 roku - 86% planu, tj. o 174.120,15 zł mniej niż planowano,
- 2011 roku - 114% planu, tj. o 138.587,55 zł więcej niż planowano,
- 2012 roku - 104% planu, tj. o 39.217,50 zł więcej niż planowano,
- 2013 roku (do 30.06) - 45,09% planu ich zakupu na 2013 r. i było o 602.171,45 zł niższe zł od środków zaplanowanych na ten rok.

(dowód: akta kontroli str. 13-18)

Dariusz Ruczyński wyjaśnił: „Kontrakty końcowe z roku 2009 w programie raka szyjki macicy etap diagnostyczny i pogłębionej diagnostyki były niższe w stosunku do planu zakupu na 2009 rok o kwotę 159.288,40 zł i wynikały z poziomu rzeczywistego wykonania. Ilości przyjęte do planu zakupu na rok 2009 były oparte na poziomie realizacji styczeń – lipiec 2008 r. W roku 2010 kontrakty końcowe były niższe w stosunku do planu zakupu na 2010 o kwotę 174 120,15 zł i wynikały z poziomu

¹⁹ Świadczenia ginekologiczno-położnicze.

rzeczywistego wykonania. Plan zakupu na 2010 był tworzony w oparciu o kontrakty z roku 2009 i ich realizację za okres styczeń – wrzesień. W roku 2011 - kontrakty końcowe były wyższe od planu zakupu na 2011 rok o kwotę 138.587,55 zł i wynikały z poziomu rzeczywistego wykonania. W planie zakupu na 2011 rok uwzględniono prognozę realizacji za okres styczeń – lipiec 2010. W roku 2012 - Kontrakty końcowe były wyższe od planu zakupu na 2012 rok o kwotę 39 217,50zł i wynikały z poziomu rzeczywistego wykonania. W planie zakupu na 2012 rok uwzględniono prognozę realizacji za okres styczeń - lipiec 2011.”.

(dowód: akta kontroli str. 180-196)

W badanym okresie wykonanie planu zakupu świadczeń zdrowotnych w rodzaju PRO raka piersi wynosiło:

- 2009 roku - 74% planu, tj. o 1.294.010,40 zł mniej niż planowano,
- 2010 roku - 112% planu, tj. o 489.330,40 zł więcej niż planowano,
- 2011 roku - 105% planu, tj. o 203.581 zł więcej niż planowano,
- 2012 roku - 86% planu, tj. 859.287,20 zł mniej niż planowano,
- 2013 roku (do 30.06.) - 41,21% planu na rok 2013, tj. 4.013.096,20 zł mniej niż planowano na cały rok.

(dowód: akta kontroli str. 13-18)

Dariusz Ruczyński wyjaśnił: „W roku 2009 kontrakty końcowe w programie profilaktycznym raka piersi były niższe w stosunku do planu zakupu na 2009 rok o kwotę 1.294.010,40 zł i wynikały z poziomu rzeczywistego wykonania. Ilości przyjęte do planu zakupu na rok 2009 były oparte na poziomie realizacji styczeń – lipiec z 2008 r. W 2010 roku kontrakty końcowe były wyższe od planu zakupu na 2010 rok o kwotę 489.330,40 zł i wynikały z poziomu rzeczywistego wykonania. Plan zakupu na 2010 był tworzony w oparciu o kontrakty z roku 2009 i ich realizację za okres styczeń – wrzesień. W roku 2011 kontrakty końcowe były wyższe w stosunku do planu zakupu na 2011 o kwotę 203.581 zł i wynikały z poziomu rzeczywistego wykonania. Do planu zakupu na rok 2011 przyjęto kontrakty roczne (stan na 26.07.2010 r.) podniesione o 19 %. W roku 2012 - kontrakty końcowe były niższe od planu zakupu na 2012 rok o kwotę 859 287, 20 zł. i wynikały z poziomu rzeczywistego wykonania. Plan zakupu na 2012 rok uwzględniał prognozę realizacji za okres styczeń – lipiec 2011.”.

(dowód: akta kontroli str. 180-196)

1.4. Zasady określania wartości cenowej jednostki rozliczeniowej (do planu zakupu) na ww. świadczenia zostały określone w piśmie Prezesa NFZ z dnia 12.09.2008 r. (znak: NFZ/CF/DEF/Daj/2008/077/0060/W/16088), w którym zalecono przy przygotowaniu planu zakupu świadczeń na 2009 rok uwzględnienie włączenia w cenę jednostki rozliczeniowej „produktu podwyżkowego” oraz dążenie do wyrównania cen jednostkowych w poszczególnych zakresach świadczeń w stosunku do cen innych oddziałów wojewódzkich NFZ.

Cena jednostkowa za punkt rozliczeniowy w ramach PRO raka piersi i PRO raka szyjki macicy etap diagnostyczny i pogłębionej diagnostyki nie była zmieniona od 2009 roku i wynosiła:

- PRO P etap podstawowy - 8,60 zł, etap pogłębionej diagnostyki - 9,00 zł.
- PRO S etap diagnostyczny - 8,00 zł, etap pogłębionej diagnostyki - 14,45 zł.

Cena jednostkowa PRO raka szyjki macicy etap podstawowy w latach 2009-2011 wynosiła 8,40 zł, a w latach 2012-2013 - 8,57 zł. Wzrost w 2012 roku o 0,17 zł ceny jednostkowej wynikał z wyrównywania wskaźnika zabezpieczenia świadczeń względem średniej krajowej.

(dowód: akta kontroli str. 12, 19-22, 180)

W okresie objętym kontrolą, wartość jednostki rozliczeniowej świadczeń zdrowotnych w PRO raka szyjki macicy i PRO raka piersi była zróżnicowana w ramach tego samego etapu, z tego:

- 1) wartość jednostki rozliczeniowej świadczeń zdrowotnych w PRO S wynosiła dla:
 - etapu podstawowego – w roku 2009 od 7,05 zł do 8,40 zł, w 2010 - 8,40 zł, w 2011 - od 7,56 zł do 8,40 zł, w latach 2012-2013 od 7,71 zł do 8,57 zł,
 - etapu diagnostycznego – w latach 2009 - 2010 od 7,75 zł do 8,00 zł, w latach 2011 - 2013 – 8 zł,
 - etapu pogłębionej diagnostyki w latach 2009 - 2013 - 14,45 zł,
 - 2) wartość jednostki rozliczeniowej świadczeń zdrowotnych w PRO raka piersi wynosiła dla:
 - etapu podstawowego w latach 2009 - 2010 od 7,60 zł do 8,60 zł, w latach 2011 - 2013 od 8,40 zł do 8,60 zł,
 - etapu pogłębionej diagnostyki w latach 2009 - 2013 od 8,00 zł do 9,00 zł
- (dowód: akta kontroli str. 23-24)

Wartość jednostki rozliczeniowej świadczeń zdrowotnych nie zmieniała się dla: PRO raka szyjki - w latach 2009 - 2013 dla etapu pogłębionej diagnostyki oraz w latach 2012-2013 dla etapu podstawowego, PRO raka piersi – w latach 2009 - 2010 dla etapu podstawowego i etapu diagnostycznego. Wzrost ceny minimalnej w ramach PRO S (etap podstawowy i diagnostyczny) i PRO P (etap podstawowy) w roku 2011 był wynikiem negocjacji prowadzonych w postępowaniach konkursowych w sprawie zawarcia umowy na udzielanie świadczeń w rodzaju PRO S i PRO P.

(dowód: akta kontroli str. 23-24)

Przy ustalaniu wartości cenowej jednostki rozliczeniowej za świadczenie ZOW NFZ nie uwzględniał kryterium: jakości usług, wyposażenia, poziomu referencyjnego.

(dowód: akta kontroli str. 12)

Dariusz Ruczyński wyjaśnił: *„Jakość udzielanych świadczeń, posiadanie przez oferenta zewnętrznej oceny jakości - certyfikatów jakości (np.: ISO) oraz wyposażenie w sprzęt i aparaturę są elementami wpływającymi na uzyskanie przez oferenta określonej wyceny punktowej w rankingu ofert na podstawie odpowiedzi udzielonych przez oferenta w trakcie postępowania o zawarcie umowy i między innymi decydują o miejscu oferenta w rankingu ofert co ma wpływ na określenie ilości przyznaných punktów a w efekcie przekłada się na wartość zakontraktowanych świadczeń. Generalnie cena punktu jest określana przez oddział do czego odnoszą się oferenci w ofertach poprzez jej zaproponowanie, przedstawienie niższej lub wyższej oferty cenowej w stosunku do ceny punktu oczekiwanej przez Fundusz. Cena punktu zawarta jest w ogłoszeniu do postępowania o zawarciu umów (wartość zamówienia podzielona przez ilość punktów). Dokumentem odzwierciedlającym kryterium m.in. jakości świadczeń jest właśnie ranking ofert stanowiący element dokumentacji konkursowej i wyboru oferentów do zawarcia umowy. Na wartość cenową jednostki rozliczeniowej mają wpływ następujące elementy: -cena punktu przedstawiona w ofercie(w przypadku przedstawienia przez oferenta ceny niższej niż wynikająca z ogłoszenia Funduszu lub tożsamej - przyjmowana jest cena oferenta), - negocjacje prowadzone z oferentami przedstawiającymi cenę wyższą niż wynikająca z ogłoszenia. Dla przedmiotowych PRO nie zostały określone w przepisach prawa poziomy referencyjne, zatem nie mogło to być elementem różnicowania wartości jednostki rozliczeniowej.”*

(dowód: akta kontroli str. 180-196)

1.5. Objętych kontrolą 80 ofert²⁰, złożonych przez świadczeniodawców w postępowaniach w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń w zakresie PRO raka szyjki macicy i raka piersi, spełniało wymagania określone w Zarządzeniach Prezesa NFZ²¹ oraz rozporządzeniach Ministra Zdrowia²². We wszystkich badanych przypadkach świadczeniodawcy spełniali warunki organizacyjno-techniczne i kadrowe odpowiednie do stopnia złożoności świadczeń oraz złożyli wszystkie wymagane przez ZOW NFZ dokumenty. Oddział badając oferty ww. świadczeniodawców analizował ciągłość, kompleksowość i dostępność, jakość świadczeń udzielanych przez oferentów, a także cenę i liczbę oferowanych świadczeń zdrowotnych (wyrażonych w liczbie punktów rozliczeniowych).

(dowód: akta kontroli str. 25-96)

W trakcie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń w zakresie PRO raka szyjki macicy i raka piersi, ZOW NFZ oceniając oferty nie porównywał kalkulacji kosztów wykonania świadczeń, stosownie do art. 148 pkt 2 uos. W badanej próbie 80 ofert świadczeniodawcy nie przedstawili kalkulacji kosztów świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach PRO raka szyjki macicy i raka piersi.

(dowód: akta kontroli str. 25-96)

Zgodnie z art. 148 pkt 2 uos porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielenie świadczeń zdrowotnych obejmuje w szczególności (...) kalkulację kosztów.

Kryteria oceny ofert wymienione w Zarządzeniu Prezesa NFZ Nr 73/2009/DSOZ²³ w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, nie wymagały oceny przez wojewódzkie oddziały NFZ kalkulacji kosztów w ofertach składanych przez świadczeniodawców.

(dowód: akta kontroli str. 86, 96, 169-170)

Dariusz Ruczyński wyjaśnił: „Brak żądania przez ZOW NFZ kalkulacji kosztów od podmiotów biorących udział w przedmiotowych postępowaniach wynika z obowiązujących w tym zakresie przepisów które nie wskazywały obowiązku przedkładania kalkulacji kosztów przez oferentów. Kalkulacja kosztów nie jest elementem składowym oferty, a komisja konkursowa tylko w przypadku stwierdzenia rażąco niskiej ceny do przedmiotu zamówienia wzywa oferenta do przedstawienia kalkulacji ceny oferowanej w odniesieniu do przedmiotu zamówienia. Procedura konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nakłada na komisję konkursową weryfikację ofert w zakresie ceny oferowanych świadczeń. Tylko w przypadku stwierdzenia rażąco niskiej ceny do przedmiotu zamówienia wzywa ona oferenta do udzielenia wyjaśnień dotyczących elementów mających wpływ na wysokość ceny oraz przedstawienia kalkulacji ceny ofertowej w odniesieniu do

²⁰ Po 40 z każdego zakresu wybranych wg kryterium najwyższej kwoty umowy spośród zawartych 655 umów PRO S i 111 umów w ramach PRO P.

²¹ Zarządzenia Prezesa NFZ Nr 86/2008/DSOZ z dn.16 października 2008 r., Nr 73/2009/DSOZ z dn. 13 listopada 2009 r., Nr 54/2011/DSOZ z dn. 30 września 2011 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy, Nr 81/2008/DSOZ z dn. 14 października 2008 r., Nr 57/2009/DSOZ z dn. 29 października 2009 r. i Nr 98/2012/DSOZ z dnia 21 grudnia 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne oraz Nr 80/2008/DSOZ z 14.10.2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

²² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. Nr 140, poz. 1148 ze zm.).

²³ Zarządzenie Nr Prezesa NFZ z dn. 13 listopada 2009 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

przedmiotu zamówienia. Takie sytuacje nie zostały stwierdzone przez komisję, wobec czego nie żądano od oferentów kalkulacji kosztów.”

(dowód: akta kontroli str. 180-196)

1.6. ZOW NFZ w latach 2009-2013 na realizację PRO w zakresie raka szyjki macicy i raka piersi zawarł umowy:

1) PRO raka szyjki macicy:

- w 2009 roku ze 124 świadczeniodawcami 124 umowy na kwotę 2.574.978,10 zł, z tego:
 - 120 umów ze 120 świadczeniodawcami na etap podstawowy na łączną kwotę 1.385.305,50 zł. Wartość zrealizowanych kontraktów wynosiła 1.226.040,30 zł, tj. 89% wartości kontraktu (mniej o 159.265 zł od kwoty zawartych kontraktów),
 - 2 umowy z 2 świadczeniodawcami na etap diagnostyczny na łączną kwotę 1.179.120 zł. Wartość zrealizowanych kontraktów wynosiła 1.156.875 zł, tj. 98% kontraktu (mniej o 22.245 zł),
 - 2 umowy z 2 świadczeniodawcami na etap pogłębionej diagnostyki na łączną kwotę 9.652,60 zł. Wartość zrealizowanych kontraktów wynosiła 8.092 zł, tj. 84% kontraktu (mniej o 1.561 zł),
- w 2010 roku ze 124 świadczeniodawcami 124 umowy na kwotę 2.294.085 zł, z tego:
 - 120 umów ze 120 świadczeniodawcami na etap podstawowy na łączną kwotę 1.249.432,80 zł. Wartość zrealizowanych kontraktów wynosiła 1.095.116,40 zł, tj. 88% wartości kontraktu (mniej o 154.316 zł od kwoty zawartych kontraktów),
 - 2 umowy z 2 świadczeniodawcami na etap diagnostyczny na łączną kwotę 1.032.210,75 zł. Wartość zrealizowanych kontraktów wynosiła 1.037.433 zł, tj. 101% kontraktu (więcej o 5.222 zł),
 - 2 umowy z 2 świadczeniodawcami na etap pogłębionej diagnostyki na łączną kwotę 12.441,45 zł, kontrakt zrealizowano w całości,
- w 2011 roku ze 137 świadczeniodawcami 137 umów na łączną kwotę 2.312.459,56 zł, z tego:
 - 132 umów ze 132 świadczeniodawcami na etap podstawowy na łączną kwotę 1.163.585,96 zł. Wartość zrealizowanych kontraktów wynosiła 1.188.362,10 zł, tj. 102% wartości kontraktu (więcej o 24.776,14 zł od kwoty zawartych kontraktów),
 - 2 umowy z 2 świadczeniodawcami na etap diagnostyczny na łączną kwotę 1.135.464 zł. Wartość zrealizowanych kontraktów wynosiła 1.142.664 zł, tj. 101% kontraktu (więcej o 7.200 zł),
 - 3 umowy z 3 świadczeniodawcami na etap pogłębionej diagnostyki na łączną kwotę 13.409,60 zł. Wartość zrealizowanych kontraktów wynosiła 13.048,35 zł, tj. 97% (mniej o 361 zł),
- w 2012 roku z 140 świadczeniodawcami 140 umów na kwotę 2.173.904,67 zł, z tego:
 - 135 umów ze 135 świadczeniodawcami na etap podstawowy na łączną kwotę 1.105.114,97 zł, kontrakt zrealizowano w całości,
 - 2 umowy z 2 świadczeniodawcami na etap diagnostyczny na łączną kwotę 1.052.808 zł, kontrakt zrealizowano w całości,
 - 3 umowy z 3 świadczeniodawcami na etap pogłębionej diagnostyki na łączną kwotę 15.981,70 zł, kontrakt zrealizowano w całości,
- w 2013 roku ze 130 świadczeniodawcami 130 umów na kwotę 2.313.871,73 zł, z tego:

- 125 umów ze 125 świadczeniodawcami na etap podstawowy na łączną kwotę 1.254.634,18 zł. Wartość zrealizowanych kontraktów (do 30.06) wynosiła 525.267,87 zł, tj. 42% wartości kontraktu,
- 2 umowy z 2 świadczeniodawcami na etap diagnostyczny na łączną kwotę 1.039.600 zł. Wartość zrealizowanych kontraktów (do 30.06) wynosiła 482.952 zł, tj. 46% kontraktu,
- 3 umowy z 3 świadczeniodawcami na etap pogłębionej diagnostyki na łączną kwotę 19.637,55 zł. Wartość zrealizowanych kontraktów wynosiła (do 30.06) 11.429,95 zł, tj. 58% kontraktu.

(dowód: akta kontroli str. 13-14, 97-99)

2) PRO raka piersi:

- w 2009 roku z 18 świadczeniodawcami 18 umów na łączną kwotę 3.697.252,40 zł, z tego:
 - 14 umów ze 14 świadczeniodawcami na etap podstawowy na łączną kwotę 3.501.342,40 zł. Wartość zrealizowanych kontraktów wynosiła 3.459.349,80 zł tj. 99% wartości kontraktu (mniej o 41.993 zł od kwoty zawartych kontraktów),
 - 4 umowy z 4 świadczeniodawcami etap pogłębionej diagnostyki na łączną kwotę 195.910 zł. Wartość zrealizowanych kontraktów wynosiła 196.563 zł, kontrakt zrealizowano w całości,
- w 2010 roku z 16 świadczeniodawcami 16 umów na łączną kwotę 4.730.918 zł, z tego:
 - 13 umów ze 13 świadczeniodawcami na etap podstawowy na łączną kwotę 4.536.270 zł, kontrakt zrealizowano w całości,
 - 3 umowy z 3 świadczeniodawcami etap pogłębionej diagnostyki na łączną kwotę 194.648 zł. Wartość zrealizowanych kontraktów wynosiła 197.009 zł, tj. 101% (więcej o 2.361 zł),
- w 2011 roku z 25 świadczeniodawcami 25 umów na łączną kwotę 4.667.842 zł, z tego:
 - 20 umów z 20 świadczeniodawcami na etap podstawowy na łączną kwotę 4.466.862 zł, kontrakt zrealizowano w całości,
 - 5 umów z 5 świadczeniodawcami etap pogłębionej diagnostyki na łączną kwotę 200.980 zł, kontrakt zrealizowano w całości,
- w 2012 roku z 26 świadczeniodawcami 26 umów na łączną kwotę 5.205.158,80 zł, z tego:
 - 21 umów z 21 świadczeniodawcami na etap podstawowy na łączną kwotę 4.984.831,80 zł, kontrakt zrealizowano w całości,
 - 5 umów z 5 świadczeniodawcami etap pogłębionej diagnostyki na łączną kwotę 220.327 zł, kontrakt zrealizowano w całości,
- w 2013 roku z 26 świadczeniodawcami 26 umów na łączną kwotę 5.896.611,40 zł, z tego:
 - 21 umów z 21 świadczeniodawcami na etap podstawowy na łączną kwotę 5.672.798,40 zł. Wartość zrealizowanych kontraktów (do 30.06) wynosiła 2.696.693,40 zł, tj. 48% kontraktu,
 - 5 umów z 5 świadczeniodawcami etap pogłębionej diagnostyki na łączną kwotę 223.813 zł. Wartość zrealizowanych kontraktów (do 30.06) wynosiła 115.907 zł, tj. 52 % kontraktu.

(dowód: akta kontroli str. 13-14, 100-104)

Stosownie do § 4 ust. 5 umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - profilaktyczne programy zdrowotne, stanowiącej załącznik nr 2 do Zarządzenia Prezesa NFZ nr 57/2009/DSOZ z 29 października 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania

i realizacji umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne świadczenia realizowane w ramach PRO raka szyjki macicy i raka piersi są rozliczane zgodnie z rzeczywistą wartością wykonanych świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 106-118)

Dariusz Ruczyński wyjaśnił: *„Na postawie prowadzonych przez oddział cyklicznych analiz z wykonania świadczeń w zakresie onkologicznych programów zdrowotnych przeprowadzono renegocjacje zawartych umów ze świadczeniodawcami, celem obniżenia wartości kontraktu zgodnie z wykonaniem. Jednakże nie wszyscy świadczeniodawcy wyrażali wolę obniżenia kontraktu motywując swoje stanowisko oczekiwanym wyższym wykonaniem w następnych okresach rozliczeniowych.”*

(dowód: akta kontroli str. 180-196)

W latach 2009 - 2013 ZOW NFZ nie zawierał umów na realizację PRO raka szyjki macicy i raka piersi ze świadczeniodawcami, którzy nie spełniali wymogów NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 105)

1.7. W okresie objętym kontrolą świadczenia zdrowotne w rodzaju PRO raka szyjki macicy i raka piersi etap podstawowy były zapewnione na terenie wszystkich 20 powiatów woj. zachodniopomorskiego. PRO raka piersi był zabezpieczony poradniami stacjonarnymi (w 2009 roku - w 8 powiatach, w 2010 i 2011 - 7 powiatach, w latach 2012 - 2013 - 9 powiatach²⁴), a w powiatach, w których nie zakontraktowano stacjonarnych pracowni mammograficznych, świadczenia zdrowotne były realizowane przez świadczeniodawców, posiadających pracownie mobilne odpowiednio: 2 świadczeniodawców w latach 2009 - 2010, 9 w roku 2011 i 8 w latach 2012 - 2013²⁵.

Świadczenia zdrowotne na etapie diagnostycznym raka szyjki macicy były udzielane w latach 2009 - 2013 w 2 powiatach (szczecińskim i koszalińskim), na etapie pogłębionej diagnostyki raka szyjki macicy: w latach 2009 - 2013 - w 2 powiatach (koszalińskim, i szczecińskim), na etapie pogłębionej diagnostyki raka szyjki macicy w 2009 - 2010 w 2 powiatach (tj. koszalińskim i szczecińskim), w latach 2011 - 2013 w 3 powiatach (tj. stargardzkim, koszalińskim i szczecińskim).

Świadczenia zdrowotne na etapie pogłębionej diagnostyki raka piersi udzielane były w roku 2009 w 3 powiatach (kołobrzeskim, koszalińskim i szczecińskim), w roku 2010 - 2 powiatach (koszalińskim i szczecińskim), w latach 2011 - 2013 w 3 powiatach (szczecineckim, koszalińskim i szczecińskim).

(dowód: akta kontroli str. 119-120)

Dariusz Ruczyński wyjaśnił: *„Na ilość podmiotów zakontraktowanych przez Fundusz w celu realizacji świadczeń w zakresie programu profilaktyki raka piersi etap pogłębionej diagnostyki i raka szyjki macicy etap diagnostyczny i pogłębionej diagnostyki decydujący wpływ mają wysokie wymagania jakie Fundusz oraz Minister Zdrowia określa dla realizatorów tych świadczeń. Jedynie podmioty spełniające wymagania mogą zostać zakontraktowane i finansowane ze środków publicznych. Wobec powyższego na terenie województwa przedmiotowe świadczenia zabezpieczają nieliczni świadczeniodawcy. Proponowana przez ZOW NFZ wyższa cena jednostki rozliczeniowej np. w zakresie programu profilaktyki raka szyjki macicy-etap pogłębionej diagnostyki w porównaniu z innymi regionami Polski nie stanowi elementu zachęcającego świadczeniodawców do udziału w programie. Jednakże biorąc pod uwagę określone zasady realizacji świadczeń mała ilość realizatorów nie powoduje ograniczenia ich dostępności. Specyfika realizacji*

²⁴ W 2009 - 8 powiatów: szczecińskim, choszczeńskim, gryfickim, kołobrzeskim, koszalińskim, polickim, szczecineckim, stargardzkim, w 2010 i 2011 roku - 7 powiatów: szczecińskim, choszczeńskim, gryfickim, koszalińskim, szczecineckim, stargardzkim, białogardzkim, w 2012 i 2013 roku - 9 powiatów: szczecińskim, białogardzkim, choszczeńskim, gryfickim, gryfińskim, koszalińskim, kołobrzeskim, szczecineckim, stargardzkim.

²⁵ Świadczeniodawcy posiadali odpowiednio w roku 2009 - 9 mammobusów, 2010 - 13 mammobusów, 2011 - 33 mammobusy, 2012 - 40 mammobusów, 2013 - 39 mammobusów.

świadczeń nie zawsze wymaga osobistego kontaktu pacjenta z realizatorem. Dotyczy to w szczególności etapu diagnostycznego programu profilaktyki raka szyjki macicy, gdzie wykonywana jest ocena mikroskopowa materiału cytologicznego przesłanego przez realizatorów etapu podstawowego programu. Natomiast do etapu pogłębionej diagnostyki raka szyjki macicy i raka piersi kierowana jest określona nieliczna grupa pacjentek z grupy ryzyka, przy czym część z nich nie zgłasza się na badania lub ma udzielone świadczenia w innych rodzajach świadczeń.”

(dowód: akta kontroli str. 180-196)

Populacja kobiet w woj. zachodniopomorskim objęta Programami (PRO S i PRO P) w latach 2009-2013 (I półrocze) wynosił odpowiednio:

- PRO raka piersi: w roku: 2009 - 38,93%, 2010 - 49,77 %, 2011 - 47,05%, 2012 - 52,52%, 2013 (na dzień 1.07.2013 r.) - 27,36%, przy średniej wartości w kraju odpowiednio: 35,85%, 38,88%, 43,48%, 42,64%, 19,01%,
- PRO raka szyjki macicy w roku: 2009 - 32,05 %, 2010 - 28,76%, 2011 - 31,82%, 2012 - 29,12%, 2013 (na dzień 28.08.2013) - 29,71, przy średniej wartości w kraju odpowiednio: 26,71%, 24,18%, 24,40%, 23,21%, 23,75%.

(dowód: akta kontroli str. 154-168)

1.8. W 2009 roku, w związku z trwającą procedurą aneksowania umów na następny okres rozliczeniowy, ZOW NFZ wystąpił do konsultantów wojewódzkich o przekazanie informacji o wynikach przeprowadzonych przez nich kontroli u świadczeniodawców realizujących PRO raka piersi i raka szyjki (w celu wykorzystania tych informacji dla podjęcia działań zmierzających do zapewnienia prawidłowej jakości udzielanych świadczeń oraz do oceny prawdziwości danych zamieszczonych w ankietach ofertowych złożonych przez świadczeniodawców w postępowaniu konkursowym na 2010 rok). Konsultanci, do których zwrócił się ZOW NFZ, w odpowiedzi poinformowali, że nie przeprowadzali kontroli w ww. zakresie.

(dowód: akta kontroli str. 121-127)

W latach 2009-2012²⁶ Wojewódzkie Ośrodki Koordynujące przeprowadziły odpowiednio: 40 kontroli w zakresie PRO raka szyjki macicy²⁷ i 64 kontrole w zakresie PRO raka piersi²⁸, przekazując informację o ich wynikach do ZOW NFZ. Stwierdzone u świadczeniodawców realizujących PRO raka piersi nieprawidłowości skutkowały rozwiązaniem przez ZOW NFZ z dniem 31.12.2009 r. umowy z 1 świadczeniodawcą, w przypadku 5 świadczeniodawców Oddział wstrzymał udzielanie świadczeń do czasu usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości.

(dowód: akta kontroli str. 127-148)

1.9. ZOW NFZ prowadził monitoring dostępności w zakresie PRO raka piersi i raka szyjki macicy na podstawie danych generowanych centralnie z Systemu Informatycznego Monitorowania Profilaktyki²⁹.

(dowód: akta kontroli str. 149, 171, 180)

Dariusz Ruczyński wyjaśnił: *„Informacje dotyczące dostępności do świadczeń profilaktycznych uzyskiwane z różnych źródeł (SIMP, harmonogramy udzielania świadczeń przedstawiane przez świadczeniodawców w szczególności przez mobilne pracownie mammograficzne, analiza raportów statystyczno-medycznych z wykonania świadczeń) stanowią podstawę przede wszystkim do planowania zakupu świadczeń, renegocjacji zawartych umów oraz ogłaszania postępowań uzupełniających. Stanowią*

²⁶ W I półroczu 2013 roku WOK'i nie przeprowadzały kontroli, rozpoczęcie procedur kontrolnych w WOK następowały w II półroczu.

²⁷ W tym w roku: 2009 - 14, 2010 - 20, 2011 - 5, 2012 - 1.

²⁸ W tym w roku: 2009 - 12, 2010 - 12, 2011 - 19, 2012 - 21.

²⁹ Dalej: SIMP.

one również płaszczyznę współpracy z WOK'ami (wysyłka zaproszeń) oraz samorządami terytorialnymi.

Prowadzimy również następujące działania: 1) Zamieszczamy informacje o ww. programach profilaktycznych i miejscach ich wykonywania: na stronie internetowej ZOW NFZ, w zakładce Dla Pacjenta/ Badania profilaktyczne (bieżąco aktualizowane) oraz w wydawanych 2 lub 3 razy do roku w łącznym nakładzie 30 tys. egzemplarzy Informatorów dla pacjentów pn. „Jak i gdzie się leczyć?” 2) Przygotowujemy nośniki informacji o badaniach profilaktycznych: roll-up-ów i plakatów dotyczących programów profilaktycznych i wyeksponowanie ich przy okazji imprez oraz w ZOW NFZ, 3) Przygotowujemy nalepki dla świadczeniobiorców z oznakowaniem gabinetów ginekologicznych, w których wykonuje się badania cytologiczne oraz pracowniach mammograficznych realizujących program wczesnego wykrywania raka piersi, 4) Prowadzimy patronat nad konkursem Zdrowa Gmina – współpraca z Polską Unią Onkologii, 4) Bierzemy udział w imprezach promujących zdrowy styl życia i wykonywanie badań profilaktycznych, 5) Odpowiadamy na zapytania prasowe i informujemy media o programach profilaktycznych.”

(dowód: akta kontroli str. 180-196)

Zgodnie z art. 23 ust. 1 – 3 uos świadczeniodawca przekazuje co miesiąc oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu (...) informację o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, obejmująca: liczbę oczekujących i średni czas oczekiwania (...). Informacje o prowadzonych przez poszczególnych świadczeniodawców listach oczekujących, liczbie osób oczekujących i średnim czasie oczekiwania na udzielenie poszczególnych świadczeń opieki zdrowotnej oraz o możliwości udzielenia świadczenia przez innych świadczeniodawców posiadających umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej oddział wojewódzki Funduszu publikuje na swojej stronie internetowej, aktualizując je co najmniej raz w miesiącu (...).

W sprawie dokumentacji będącej podstawą analizowania okresu oczekiwania pacjentów na świadczenia w rodzaju PRO S i PRO P oraz wpływu wyników tych analiz na zawierane umowy Dariusz Ruczyński wyjaśnił: „Oddział oprócz danych z systemu SIMP nie posiadał innej dokumentacji na podstawie której mógłby dokonywać analizy okresu oczekiwania pacjenta na świadczenia udzielane w ramach profilaktycznych programów onkologicznych. Świadczenia w zakresie PRO raka szyjki macicy i raka piersi są nielimitowane, nie podlegają sprawozdawczości i nie są publikowane w słowniku komórek organizacyjnych z zakresu list oczekujących. Zatem to kryterium nie miało wpływu na zawieranie umów ze świadczeniodawcami. Świadczeniodawcy posiadający umowę z oddziałem wojewódzkim Fundusz właściwemu ze względu na miejsce udzielenia świadczeń przekazują raport z list oczekujących komunikatem XML w poszczególnych komórkach organizacyjnych zgodnie z obowiązującym Słownikiem komórek organizacyjnych podlegających sprawozdawczości z zakresu list oczekujących. Słownik publikowany jest na stronie Centrali NFZ. Świadczenia PRO raka szyjki macicy i profilaktyki raka piersi nie zostały wskazane jako podlegające sprawozdawczości. Ponadto badania profilaktyczne nie są świadczeniami samoistnymi, stanowią uzupełnienie badań przeprowadzonych w ramach świadczeń w poradni ginekologicznej lub poradni ginekologiczno-położniczej. Czas oczekiwania na świadczenia w zakresie poradni ginekologicznej lub poradni ginekologiczno-położniczej w latach 2009-2013 (tj. czas oczekiwania do komórek organizacyjnych w ramach których udzielane były między innymi świadczenia z zakresu profilaktyki raka szyjki macicy i profilaktyki raka piersi), przedstawia poniższa tabela.”

Komórka organizacyjna	Rok	Przypadek	Średni rzeczywisty czas oczekiwania (w dniach)	Maksymalny czas oczekiwania (w dniach)	Minimalny czas oczekiwania (w dniach)
1450 PORADNIA POŁOŻNICZO - GINEKOLOGICZNA	2009	Pilne	0	0	0
		Stabilne	10	258	0
	2010	Pilne	0	2	0
		Stabilne	13	338	0
	2011	Pilne	0	34	0
		Stabilne	11	180	0
	2012	Pilne	0	23	0
		Stabilne	12	198	0
	2013	Pilne	1	19	0
		Stabilne	13	123	0
1452 PORADNIA GINEKOLOGICZNA	2009	Pilne	0	0	0
		Stabilne	5	40	0
	2010	Pilne	0	0	0
		Stabilne	4	26	0
	2011	Pilne	0	2	0
		Stabilne	6	17	0
	2012	Pilne	0	2	0
		Stabilne	6	19	0
	2013	Pilne	0	1	0
		Stabilne	4	16	0

(dowód: akta kontroli str. 180-196)

1.10. W badanym okresie ZOW NFZ przeprowadził kontrole umów w zakresie profilaktyczne programy zdrowotne - programu profilaktyki raka piersi u 3 świadczeniodawców (2 kontrole etapu podstawowego³⁰ i 1 kontrolę etapu podstawowego i etapu pogłębionej diagnostyki³¹).

W wyniku tych kontroli u 2 świadczeniodawców stwierdzono m.in. nieprzestrzeganie wymogu pisemnej zgody pacjentki na przetwarzanie danych osobowych stosownie do przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych³², nieprzestrzeganie interwału czasowego realizacji świadczeń w przedmiotowym zakresie (badania mammograficzne były wykonywane przed upływem 24 miesięcy od daty poprzedniego badania) oraz brak udokumentowania w kartach badania mammograficznego daty wykonania badania w mammobusie³³. NFZ ZOW wystąpił do świadczeniodawców z wnioskami o przestrzeganie wymogu uzyskiwania pisemnej zgody pacjentki na przetwarzanie danych osobowych i realizację świadczeń zgodnie z obowiązującymi przepisami, w tym w szczególności zapisów dotyczących przestrzegania interwału czasowego realizacji tych świadczeń w ww. zakresie. Na 1 świadczeniodawcę (w związku ze stwierdzonymi uchybieniami)³⁴ Oddział nałożył karę umowną w wysokości 4.050,60 zł. Wnioski pokontrolne zostały przez świadczeniodawców zrealizowane³⁵, kara umowna zapłacona. W latach 2009 - 2013 (do 30.06.2013 r.) ZOW NFZ nie przeprowadził kontroli umów na świadczenia w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne w zakresie raka szyjki macicy.

(dowód: akta kontroli str. 151-152,181-182)

Dariusz Ruczyński wyjaśnił: „Dział Kontroli Realizacji Umów na Świadczenia ZOW NFZ wykonuje kontrole na podstawie zaakceptowanego planu kontroli na bieżący rok

³⁰ Protokół kontroli nr WSOZ-I-091-56-wd/09 z dn. 03.06.2009 r. Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy Zachodniopomorskiego Centrum Leczenia i Profilaktyki w Szczecinie oraz protokół kontroli nr WSOZ-I-093-99-rd/11 z dn. 12.08.2011 r. NSZOZ DIAGNOSTYK w Zielonej Górze.

³¹ protokół kontroli nr WSOZ-I-093-36-ZP/11 z dnia 11.03.2011 r. Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 2 w Szczecinie.

³² Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 ze zm., kontrola nr WSOZ-I-091-56-wd/09.

³³ Kontrola nr WSOZ-I-093-99-rd/11 w NSZOZ DIAGNOSTYK w Zielonej Górze, podjęta w celu potwierdzenia/wykluczenia nieprawidłowości, o których mowa w korespondencji innego Świadczeniodawcy do ZOW NFZ dotyczącej realizacji świadczeń przez podmiot kontrolowany w zakresie ppz raka piersi.

³⁴ Kontrola nr WSOZ-I-093-99-rd/11 w NSZOZ DIAGNOSTYK w Zielonej Górze, kara umowna na podstawie § 30 ust. 1 pkt. 2 lit. c „Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej” stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku (Dz. U. z 2008 Nr 81, poz. 484) tj. nieprzestrzeganie interwału czasowego realizacji świadczeń w przedmiotowym zakresie (badania mammograficzne wykonywane przed upływem 24 miesięcy od daty poprzedniego badania) oraz brak daty wykonania badania w Kartach badania mammograficznego.

³⁵ Informacja z dnia odpowiednio: 26.06.2009 r. (kontrola nr WSOZ-I-091-56-wd/09) i 12.09.2011 r. (kontrola nr WSOZ-I-093-99-rd/11).

oraz na podstawie doraźnych zleceń Dyrektora ZOW NFZ. Kontrole w powyższym zakresie prowadzone były w latach poprzedzających okres objęty kontrolą P/13/10 np. w roku 2006, 2007 i 2008. W latach 2009 – 2013 (do 30 czerwca 2013) Dyrektor Oddziału nie zlecał kontroli doraźnych w rodzaju PRO w zakresie raka szyjki macicy. Przy tworzeniu planu kontroli obowiązuje zasada ujmowania w planie obszarów priorytetowych wskazywanych przez Centralę NFZ na rok planowania, oraz typowania do kontroli podmiotów dotychczas nie kontrolowanych. W planie kontroli na rok 2010 ujęto kontrolę w zakresie PRO raka szyjki macicy – etap pogłębiony świadczeniodawcą SP ZZOZ ZDROJE w Szczecinie, ponieważ taka propozycja została zgłoszona przez Sekcję POZ, i zaakceptowana przez zespół ds. opracowywania planu kontroli. Kontrolę zaplanowano na IV kwartał 2010 roku (grudzień). Niestety z przyczyn obiektywnych nie wykonano wszystkich kontroli przewidzianych do realizacji w IV kwartale 2010 roku. Brak realizacji planu kontroli w IV kwartale wynikał z: - większej niż przewidywano czasochłonności planowej kontroli koordynowanej (skierowań na badania rezonansu magnetycznego), -zaangażowania zespołu w kontrolę dokumentacji medycznej dostarczanej przez Wydział Ekonomiczno - Finansowy oraz Wydział Spraw Świadczeniobiorców, celem weryfikacji zasadności hospitalizacji oraz wniosków świadczeniobiorców o zwrot kosztów leczenia poza granicami kraju, -braków personalnych (półroczna absencja chorobowa jednego z pracowników, miesięczny urlop bezpłatny udzielony kontrolerowi posiadającemu wyższe wykształcenie medyczne, - zaangażowanie pozostałych członków zespołu Działu Kontroli (poza kierownikiem) do prac komisji konkursowych w listopadzie i w grudniu 2010 r.”

(dowód: akta kontroli str. 180-196)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności ZOW NFZ w opisanym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność ZOW NFZ w zakresie zawierania i realizacji umów ze świadczeniodawcami na udzielanie świadczeń w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne: rak szyjki macicy i rak piersi.

2. Zawieranie umów na finansowanie badań diagnostycznych w zakresie chorób nowotworowych przy zastosowaniu metody tomografii pozytonowej w zakresie schorzeń onkologicznych (PET).

Opis stanu
faktycznego

W latach 2009-2013 (I półrocze) Oddział nie zawarł umów na finansowanie badań diagnostycznych w zakresie chorób nowotworowych przy zastosowaniu metody tomografii pozytonowej w zakresie schorzeń onkologicznych (PET).

(dowód: akta kontroli str. 149, 181)

Dariusz Ruczyński wyjaśnił: „W latach 2009 - 2012 ZOW NFZ nie podejmował działań w celu zabezpieczenia badania tomografii pozytonowej na terenie województwa zachodniopomorskiego z powodu braku podmiotów realizujących ten zakres świadczeń w naszym województwie. Świadczenia te były realizowane w placówkach poza województwem (głównie Bydgoszcz, Gliwice, Poznań) za które oddział dokonywał płatności w ramach rozliczeń międzyoddziałowych. W 2013 roku do ZOW NFZ wpłynęły informacje o planowanym uruchomieniu pracowni badań tomografii pozytonowej i zawarcia kontraktu na badania tomografii pozytonowej od dwóch firm. Obie firmy planowały rozpoczęcie działalności w III kwartale 2013 r. Do dnia 20.09.2013 r. nie wpłynęła informacja od żadnej z firm o gotowości do rozpoczęcia realizacji badań. Przygotowując plan zakupu świadczeń na rok 2014, ZOW NFZ ujął w planie środki na zawarcie umów w zakresie badań PET w rodzaju świadczenia odrębnie kontraktowane.”

(dowód: akta kontroli str. 185, 196)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności ZOW NFZ w opisanym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Opis stanu
faktycznego

3. ZOW NFZ wykonał wnioski pokontrolne sformułowane w wystąpieniu pokontrolnym z wcześniejszej kontroli (przeprowadzonej przez NIK w 2008 r.) w zakresie realizacji wybranych zadań NPZCHN w latach 2006 - 2008 (I półrocze) dotyczące egzekwowania od konsultantów wojewódzkich obowiązku informowania Oddziału o wynikach kontroli przeprowadzonych przez nich u świadczeniodawców realizujących ww. programy.

(dowód: akta kontroli str. 153)

IV. 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 ust. 1 i 2 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 Szczecinie.

Szczecin, dnia r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Szczecinie

Kontroler
Małgorzata Chabiniak
Starszy inspektor kontroli państwowej

Dyrektor

.....
podpis

.....
podpis