



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Szczecinie

LSZ.410.017.04.2017

P.17.061

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

<i>Numer i tytuł kontroli</i>	P/17/061 – Dostępność świadczeń ginekologiczno-położniczych finansowanych ze środków publicznych na terenach wiejskich.
<i>Jednostka przeprowadzająca kontrolę</i>	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Szczecinie
<i>Kontrolę</i>	Małgorzata Chabiniak, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LSZ/134/2017 z dnia 31 sierpnia 2017 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
<i>Jednostka kontrolowana</i>	Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Szczecinie ¹ (71-470), ul Arkońska 45.
<i>Kierownik jednostki kontrolowanej</i>	Dariusz Ruczyński, Dyrektor Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia od 9.11.2015 r. (dowód: akta kontroli str. 2)

II. Ocena kontrolowanej działalności²

Ocena ogólna

W badanym okresie³ ZOW NFZ miał rozpoznane potrzeby na terenie województwa zachodniopomorskiego⁴ w zakresie ambulatoryjnych świadczeń ginekologiczno-położniczych i programów zdrowotnych profilaktyki⁵ 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 specjalistycznej⁶ w tym zakresie. Na obszarze 45 gmin⁷ brak było wprawdzie poradni położniczo-ginekologicznych zakontraktowanych przez Oddział, jednak mieszkanki tych gmin mogły korzystać z poradni znajdujących się na obszarze gmin sąsiednich. Tylko w 5 gminach⁸ miejsko-wiejskich odległość do najbliższej tego typu placówki nieznacznie przekraczała 20 km (od 20,1 km do 32,2 km).

Oddział podejmował działania zmierzające do zwiększenia efektywności udzielania świadczeń w ramach programów profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy, m.in. poprzez analizę wielkości odsetka populacji kobiet objętych tymi programami na terenie województwa i ogłaszanie dla obszarów o niższym wskaźniku, uzupełniających postępowań konkursowych.

¹ Dalej: ZOW NFZ lub Oddział.

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.

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

⁴ Dalej: województwo.

⁵ Dalej: Program profilaktyki lub profilaktyka.

⁶ Dalej: AOS.

⁷ Ze 114 na terenie województwa zachodniopomorskiego, w tym: 28 gmin wiejskich i 17 gmin wiejsko-miejskich.

⁸ Kalisz Pomorski, z którego odległość do najbliższej poradni wynosiła 25,2 km, Człopa - 32,2 km, Drawno - 24,2 km, Cedynia - 20,1 km, Tuczno - 30,4 km.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

Obszary kontraktowania świadczeń zdrowotnych

1. W celu rozpoznania potrzeb w zakresie AOS oraz programów profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi ZOW NFZ sporządzał analizy własne w oparciu o posiadane dane dotyczące: wielkości środków dostępnych w planie finansowym na rok 2016 i 2017 oraz realizacji umów za dany okres, przeliczenia ilości punktów danego zakresu na wyznaczonym obszarze kontraktowania w odniesieniu do populacji, zestawienia ilości i wartości świadczeń w danym rodzaju i zakresie w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców w województwie oraz w Polsce⁹.

Dodatkowo w analizach w rodzaju AOS uwzględniano dane dotyczące m.in. realizacji pakietów skojarzonych w danej poradni i u danego świadczeniodawcy, struktury świadczeń, procedur zabiegowych i onkologicznych oraz dedykowanych kobietom związanych z prowadzeniem ciąży.

Oddział posiadał również, przekazane z Centrali NFZ, informacje dotyczące sugerowanych obszarów kontraktowania¹⁰ oraz wytyczne wynikające z zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 5 grudnia 2014 r.¹¹, w którym określono wymóg czasu pracy poradni na poziomie minimum 12 godzin tygodniowo. Informacje te wykorzystywane były do planowania zakupu świadczeń, m.in. poprzez określenie:

- obszarów kontraktowania dla poszczególnych zakresów świadczeń oraz obszarów niezabezpieczonych w świadczenia (tzw. „białe plamy”),
- dostępności do świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców,
- stawki minimalnej, maksymalnej i średniej za punkt rozliczeniowy,
- prognozy realizacji świadczeń w kolejnym okresie rozliczeniowym,
- wielkości populacji w podziale na powiaty, z uwzględnieniem wielkości populacji kwalifikującej się i wyłączonej z profilaktycznych programów zdrowotnych oraz liczby osób do przebadania w ramach programu (na każdy rok).

(dowód: akta kontroli str. 3, 7, 18, 47, 227-320)

Oddział prowadził również korespondencję z jednostkami samorządu terytorialnego zapraszając do współpracy oraz szczegółowo informując organy tych jednostek o finansowanych przez ZOW NFZ profilaktycznych programach zdrowotnych, realizatorach tych programów oraz osiągniętych wskaźnikach objęcia populacji danym programem.

(dowód: akta kontroli str. 344, 347-348, 355-456)

Joanna Sikora, p.o. Z-cy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych ZOW NFZ¹² wyjaśniła m.in.: *w celu stałego monitorowania i zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych świadczeniobiorców ZOW NFZ w latach 2016-2017 brał udział, kilka razy w roku, w organizowanych spotkaniach Kolegium Dyrektorów Szpitali Województwa. Dyrekcja Oddziału jest otwarta na spotkania z przedstawicielami jednostek samorządu terytorialnego (...), gdzie omawiane są problemy dotyczące ochrony zdrowia na danym terenie. Dyrekcja Oddziału uczestniczyła w spotkaniach: Rady Dialogu Społecznego przy Urzędzie Wojewódzkim, w Konwencji Marszałków, posiedzeniach Zespołu ds. problemów w Ochronie Zdrowia przy Urzędzie Marszałkowskim. Odbываły się również spotkania z przedstawicielami samorządu lekarskiego i pielęgniarskiego. Współpraca polegała na wymianie informacji oraz*

⁹ Tzw. średnia wojewódzka i średnia krajowa (dane przekazane z Centrali NFZ odpowiednio: 9.06.2015 r. i 2.08.2016 r.).

¹⁰ Sugerowane obszary kontraktowania przekazane w formie elektronicznej do NFZ w dniu 28.08.2013 r. po naradzie, która odbyła się 28.08.2013 r.

¹¹ Zarządzenie Prezesa NFZ nr 79/2014/DSOZ z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, dalej: zarządzenie Prezesa NFZ z dnia 5 grudnia 2014 r.

¹² Dalej: Z-ca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych.

ustaleniu wspólnych działań na rzecz ochrony zdrowia. Istniejący w województwie rynek usług medycznych, skupiający zasoby kadrowe i sprzętowo-lokalowe był informacją podstawową, jaka została wykorzystana w przeprowadzonym konkursie ofert w 2010 r. Stąd pojawił się obszar kontraktowania gmina/grupa gmin (oferta mogła być złożona na każdą z gmin odrębnie lub w grupie gmin).

(dowód: akta kontroli str. 344, 348)

W badanym okresie wojewódzcy konsultanci medyczni w dziedzinach położnictwa i ginekologii, pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego, ginekologii onkologicznej nie kierowali do Dyrektora ZOW NFZ uwag i wniosków związanych z zapewnieniem dostępu do świadczeń ginekologiczno-położniczych na terenach wiejskich oraz programów profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi¹³.

(dowód: akta kontroli str. 7-8, 18, 27)

W latach 2016-2017 (do 30.09.) Rada ZOW NFZ nie zajmowała się zagadnieniem dostępności pacjentek z terenów wiejskich do ambulatoryjnych świadczeń ginekologiczno-położniczych oraz programów zdrowotnych profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi.

(dowód: akta kontroli str. 28-29)

W badanym okresie ZOW NFZ przeprowadził 2 kontrole (w 2016 r.) w 2 poradniach ginekologiczno-położniczych¹⁴ w zakresie przestrzegania standardów opieki okołoporodowej¹⁵. W ich wyniku stwierdzono m.in.:

- brak kompleksowości realizowanych świadczeń oraz brak finansowania przez świadczeniodawców mammografii i USG piersi, wykonywanie badań cytologicznych tylko w ramach programu profilaktyki raka szyjki,
- niewykonywanie koniecznych badań diagnostycznych i profilaktycznych opisanych w standardach opieki okołoporodowej, tj. brak realizacji w poszczególnych okresach ciąży należnych badań profilaktycznych oraz koniecznych badań diagnostycznych¹⁶, a także działań z zakresu promocji zdrowia,
- niedokumentowanie wskazań do badania USG oraz wykonywanie tych badań pacjentkom w ciąży, w liczbie większej niż określają standardy opieki okołoporodowej.

Świadczeniodawców oceniono negatywnie, nałożono na nich kary pieniężne oraz zobowiązano m.in. do kompleksowego realizowania świadczeń poprzez wykonywanie niezbędnej diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej oraz przestrzegania standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem.

Świadczeniodawcy dokonali wpłaty kar umownych (5.922,41 zł) i nienależnych środków finansowych (3.205,18 zł). Jeden ze świadczeniodawców (kontrola

¹³ Dyrektor Oddziału w 2014 r. wystąpił do konsultantów wojewódzkich o przekazanie informacji o wynikach przeprowadzonych przez nich kontroli u świadczeniodawców realizujących programy profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy (w celu wykorzystania tych informacji dla podjęcia działań zmierzających do zapewnienia prawidłowej jakości udzielanych świadczeń), w związku z ogłoszeniem konkursu na ww. świadczenia. Konsultanci do których zwrócił się Dyrektor Oddziału w odpowiedzi poinformowali, że nie przeprowadzali kontroli w ww. zakresie.

¹⁴ Poradnie znajdowały się w gminach miejskich: w Szczecinie i Świnoujściu.

¹⁵ Określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem (Dz.U. z 2016 r. poz. 1132).

¹⁶ Tj. przeciwciała odpornościowe u pacjentek RH (-), badania HIV, HCV, antygen HBS, badanie czystości pochwy, badanie w kierunku różyczki, badania w kierunku Toxoplazmozy u kobiet z ujemnym wynikiem we krwi w I trymestrze ciąży, badania przeciwciał anti-Rh(-) u kobiet Rh (-). W pojedynczych przypadkach świadczeniodawca sfinansował badanie grupy krwi i czynnika Rh, morfologię krwi (2 badania w 2015 r.), odczyn kłaczkujący, posiew z przedsionka pochwy i okolic odbytu w kierunku nosicielstwa paciorkowców.

nr 16/38/2016/WKO-I) poinformował pisemnie o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych.

(dowód: akta kontroli str. 36, 456)

2. W badanym okresie ZOW NFZ określał obszary kontraktowania na świadczenia ginekologiczno-położnicze i profilaktyczne programy zdrowotne m.in. w oparciu o:

- wytyczne Prezesa NFZ, na podstawie których świadczenia kontraktowano na poziomie:
 - gminy lub grupy gmin, dzielnic lub grupy dzielnic – świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii (poradnie)¹⁷,
 - województwa – świadczenia w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy, etap diagnostyczny oraz województwa/grupy powiatów - etap pogłębionej diagnostyki,
 - powiatu/grupy powiatów – świadczenia w zakresie profilaktyki raka piersi, etap podstawowy (w pracowni stacjonarnej i mobilnej) oraz województwa/grupy powiatów - etap pogłębionej diagnostyki;
- plany finansowe ZOW NFZ na lata 2016-2017, sporządzone zgodnie z założeniami do projektu planu finansowego NFZ na dany rok¹⁸, z uwzględnieniem w szczególności:
 - zachowania dotychczasowej struktury rodzajowej planowanych kosztów świadczeń zdrowotnych,
 - utrzymania dotychczasowych zasad kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej.

Podział środków na finansowanie świadczeń w ramach programów zdrowotnych i AOS w latach 2016-2017 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 migracji¹⁹. Przy określaniu obszarów kontraktowania nie brano pod uwagę czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń i liczby oczekujących pacjentek.

(dowód: akta kontroli str. 4, 8, 19, 47-49, 223-319)

Z-ca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych wyjaśniła: *dany obszar administracyjny stanowi podstawę do ustalenia obszaru kontraktowania. Kolejki oczekujących nie mają bezpośredniego przełożenia do wyznaczania tych obszarów. W obrębie jednego obszaru kontraktowego występują u świadczeniodawców różnice w ilości osób oczekujących i średnim czasie oczekiwania na ten sam rodzaj usług. Są sytuacje, iż w obszarze z pełnym zabezpieczeniem występują u niektórych świadczeniodawców najdłuższe kolejki oczekujących, a w obszarach o niższym zabezpieczeniu nie występują kolejki lub są najkrótsze. Pacjentka, której świadczenia związane są z prowadzeniem ciąży nie podlegają kolejkowaniu.*

(dowód: akta kontroli str. 321, 325)

Franciszka Siadkowska, Naczelnik Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej ZOW NFZ²⁰ wyjaśniła: *w ramach AOS nie obowiązuje przynależność pacjentki do danej poradni. Pacjentka sama dokonuje wyboru danej placówki, gdzie się chce leczyć, która niekoniecznie znajduje się w pobliżu jej miejsca zamieszkania. Odległość od miejsca zamieszkania nie jest jedynym kryterium, którym kieruje się pacjentka przy*

¹⁷ W trakcie kontraktowania głównego przeprowadzonego w 2010 r.

¹⁸ Przekazanymi przez Prezesa NFZ pismami znak: DEF.311.57.2015 W.17874.MMA z 17.06.2015 r. oraz DEF.311.53.2016 W.16191.MMA z 17.06.2016 r.

¹⁹ Wysokość liczby punktów ustalano w oparciu o analizy dostępności do świadczeń zdrowotnych w rodzaju AOS, Programy profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi, na podstawie ilości zrealizowanych kontraktów i liczby punktów wykonanych przez świadczeniodawców w danym okresie i prognozę ich wykonania do końca roku. Stanowiło to podstawę do szacowania liczby punktów na rok następny.

²⁰ Dalej: Naczelnik Wydziału Świadczeń.

wyborze lekarza. W wielu przypadkach decyduje doświadczenie lekarza, jego specjalizacja, opinia wśród pacjentek, w przypadku pacjentek ciężarnych charakter poradni (poradnia przyszpitalna posiadająca oddział położniczo-ginekologiczny). W przypadkach podejrzenia schorzeń onkologicznych decydującym jest wybór wyspecjalizowanych placówek. Istotna jest kompleksowość diagnostyki i leczenia schorzeń położniczo-ginekologicznych.

(dowód: akta kontroli str. 21-24)

W latach 2016-2017 (I półrocze) plan zakupu świadczeń AOS (w zakresie ginekologii i położnictwa) przygotowywany był na okresy półroczne i obejmował aneksowanie umów już zawartych (w 2011 r.) z zachowaniem obszarów obowiązujących w dniu zawarcia umowy, tj.: gmina/grupa gmin. Plan zakupu na II półrocze 2017 r. uwzględniał konkurs ofert. Jednakże w związku z wprowadzeniem nowego systemu kontraktowania tzw. „sieć szpitali”²¹, aneksowano umowy na podstawie art. 6 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 23 marca 2017 r. zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych²².

(dowód: akta kontroli str. 4, 8, 19, 47-49, 223-226)

Naczelnik Wydziału Świadczeń wyjaśniła: plan zakupu świadczeń w rodzaju AOS na II półrocze 2016 r. przygotowany był do ogłoszenia konkursu głównego z uwzględnieniem obszaru kontraktowania gmina, wraz z określeniem liczby umów, które uwzględniały zarówno: populację obszaru, minimalny czas pracy na 12 h wynikający z zarządzenia Prezesa NFZ, istniejące zasoby sprzętowo-kadrowe już w funkcjonujących podmiotach. Na podstawie art. 2 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 16 grudnia 2015 r. zmieniającej ustawę o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw²³ na II półrocze 2016 r. umowy ponownie zostały aneksowane, a konkurs ofert został odroczony na rok 2017, obszary kontraktowe nie zostały zmienione. Jedynie na skutek ogłaszanych konkursów uzupełniających obszary były modyfikowane, tj. następowało wyłączenie z grupy gmin/gminy, na którą został ogłoszony konkurs uzupełniający.

(dowód: akta kontroli str. 4, 19)

W latach 2016-2017 do ZOW NFZ wpłynęły 4 skargi (1 w 2016 r. i 3 w 2017 r.). Trzy skargi uznano za zasadne, dotyczyły one: trudności w uzyskaniu wyniku badania cytologicznego, odmowy wydania skierowania na badania zalecane pacjentce w ciąży (żądanie wykonania badań na koszt własny), obciążenia kosztami badania cytologii wykonanej w trakcie wizyty w ramach umowy z ZOW NFZ. Skargę dotyczącą zastrzeżeń do sposobu i jakości świadczeń (opieki nad rodzącą) oraz trudności w uzyskaniu pomocy lekarskiej i pielęgniarskiej uznano za niezasadną. W latach 2016-2017 do ZOW NFZ nie wpłynęły skargi dotyczące potrzeby zwiększenia dostępności do ambulatoryjnych świadczeń ginekologiczno-położniczych i programów zdrowotnych dla mieszkanki z terenów wiejskich.

(dowód: akta kontroli str. 37)

W badanym okresie do ZOW NFZ wpłynął 1 wniosek (z dnia 9.08.2017 r.) Burmistrza Kalisza Pomorskiego o uruchomienie w Kaliszu Pomorskim filii poradni

²¹ Nowy system kontraktowania związany był ściśle z leczeniem szpitalnym i wchłaniał zakresy świadczeń z innych rodzajów w celu uzyskania kompleksowości udzielania świadczeń w tzw. sieci. Część poradni została wchłonięta w „sieć szpitali”, a pozostała część podlegała dalszemu aneksowaniu do 30.06.2018 r. na podstawie art. 6 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Pozostałe umowy zostały przedłużone w drodze aneksowania o kolejny kwartał do 30.09.2017 r., stosownie do art. 6 ust. 1 pkt 1 ww. ustawy.

²² Dz.U. poz. 844.

²³ Dz.U. poz. 2198.

ginekologiczno-położniczej Drawskiego Centrum Specjalistycznego w Drawsku Pomorskim²⁴.

(dowód: akta kontroli str. 4, 20, 42-43)

Z-ca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych wyjaśniła, że: *Dyrektor Drawskiego Centrum jest zainteresowany uruchomieniem poradni i jest w stałym kontakcie z Burmistrzem Kalisza Pomorskiego, który zobowiązał się udostępnić pomieszczenia, gdzie miałyby funkcjonować poradnia. Po otrzymaniu od Dyrektora Drawskiego Centrum informacji o gotowości do otwarcia poradni ZOW NFZ rozważył ogłoszenie w listopadzie konkursu uzupełniającego na obszar gminy Kalisz Pomorski w zakresie poradni ginekologiczno-położniczej.*

(dowód: akta kontroli str. 345, 350, 457-458)

W ramach postępowania głównego, przeprowadzonego w 2014 r., w zakresie profilaktycznych programów zdrowotnych raka szyjki macicy i raka piersi, ogłoszono 28 konkursów, z tego:

- 23 konkursy w zakresie profilaktyki raka piersi etap podstawowy, z tego 21 w pracowni stacjonarnej (obszar powiatu) i 2 w pracowni mobilnej (obszar grupa powiatów),
- 2 konkursy w zakresie profilaktyki raka piersi etap pogłębionej diagnostyki (obszar grupa powiatów),
- 3 w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy, z tego 1 konkurs na etap diagnostyczny (obszar województwo) i 2 na etap pogłębionej diagnostyki (obszar grupa powiatów).

W ramach ww. postępowań wpłynęło 39 ważnych ofert:

- 35 dotyczących profilaktyki raka piersi, z tego: 30 etapu podstawowego (17 w pracowni stacjonarnej i 13 w pracowni mobilnej) i 5 - etapu pogłębionej diagnostyki,
- 4 dotyczących raka szyjki macicy, z tego 1 etapu diagnostycznego i 3 - etapu pogłębionej diagnostyki.

ZOW NFZ wybrał 17 ofert i podpisał umowy z 17 podmiotami, z tego 13 w zakresie profilaktyki raka piersi (w tym 2 w pracowni mobilnej) i 4 w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy (w tym 3 dla etapu pogłębionej diagnostyki).

(dowód: akta kontroli str. 10-11, 50-53)

Postępowanie główne, dotyczące AOS w zakresie położnictwa i ginekologii, ZOW NFZ przeprowadził w 2010 r., w ramach którego ogłosił 83 konkursy (na obszarze kontraktowania gmina i grupy gmin), na które wpłynęło 190 ważnych ofert. Wybrano 188 ofert i podpisano umowy ze 128 podmiotami. W przypadku 30 podmiotów, 1 umowa obejmowała świadczenie usług na obszarze od 1 do 3 powiatów (w od 2 do 8 poradniach). Na obszarze powiatu usługi świadczyło: od 2 świadczeniodawców na terenie powiatu choszczeńskiego do 37 na terenie miasta Szczecin.

(dowód: akta kontroli str. 20, 54-66)

Liczba zawartych umów uzależniona była od ilości prawidłowo złożonych ofert i wyboru oferentów w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym, do wyczerpania łącznej liczby planowanych do zakupu świadczeń i wartości zamówień określonych w ogłoszeniach.

(dowód: akta kontroli str. 4, 8, 19, 47-49, 223-319)

W latach 2016-2017 świadczenia były udzielane następująco:

1) w zakresie profilaktyki raka piersi przez:

- 12 świadczeniodawców w 2016 r. w pracowniach stacjonarnych zlokalizowanych w 7 powiatach, w 2017 r. - 15 świadczeniodawców w pracowniach zlokalizowanych

²⁴ Dalej: Drawskie Centrum.

- w 8 powiatach²⁵ (etap podstawowy). Miejscem świadczenia były gminy miejskie. W powiatach, w których nie zakontraktowano stacjonarnych pracowni mammograficznych, świadczenia zdrowotne były realizowane przez 3 świadczeniodawców, posiadających pracownię mobilne,
- 5 świadczeniodawców w 2016 r. i 4 w 2017 r. – na etapie pogłębionej diagnostyki raka piersi - w 3 powiatach (kołobrzeskim, koszalińskim i szczecińskim),
- 2) w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy przez:
- 2 świadczeniodawców, w 2 powiatach (szczecińskim i koszalińskim), na etapie diagnostycznym,
 - 3 świadczeniodawców, w 3 powiatach (stargardzkim, koszalińskim i szczecińskim), na etapie pogłębionej diagnostyki,
- (dowód: akta kontroli str. 12-15, 50-53)
- 3) w zakresie położnictwa i ginekologii (AOS) przez:
- 116 świadczeniodawców w 2016 r., w 156 poradniach zlokalizowanych w gminach: wiejskich - 16 poradni, miejsko-wiejskich - 54 i miejskich - 86,
 - 113 świadczeniodawców w 2017 r., w 154 poradniach zlokalizowanych w gminach: wiejskich - 15 poradni, miejsko-wiejskich - 55 i miejskich - 84.
- (dowód: akta kontroli str. 5, 15-16, 67-97, 164)

Z-ca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych wyjaśniła, że liczba świadczeniodawców i poradni, w których udzielano świadczeń w rodzaju AOS zmniejszyła się głównie z przyczyn ekonomiczno-finansowych, leżących po stronie świadczeniodawcy i wynikała z konieczności zapewnienia dostępności do poradni (3 razy w tygodniu, nie mniej niż 12 godzin tygodniowo). Świadczeniodawcy nie byli w stanie go spełnić, stąd rezygnacja z udzielania świadczeń, zwłaszcza w poradniach gminnych, przy niewielkiej populacji pacjentek.

(dowód: akta kontroli str. 345, 351)

3. W badanym okresie ZOW NFZ nie przeprowadzał dodatkowych postępowań, o których mowa w art. 161b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²⁶. W celu poprawy dostępności do świadczeń w zakresie położnictwa i ginekologii oraz programów profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy Oddział przeprowadził 3-krotnie postępowania uzupełniające:

- w rodzaju programu profilaktyki raka piersi etap podstawowy (w pracowni stacjonarnej) 2 postępowania dla obszaru powiatu, w ramach których ogłoszono 15 konkursów w 2016 i 15 w 2017 r.²⁷. Postępowania ogłoszono w związku z brakiem zabezpieczenia na świadczenia w ww. zakresie. W wyniku rozstrzygnięcia wybrano oferty i podpisano umowy z 2 świadczeniodawcami,
- w rodzaju AOS w zakresie położnictwa i ginekologii przeprowadzono 1 postępowanie uzupełniające w 2017 r.²⁸ i podpisano umowę z 1 świadczeniodawcą.

(dowód: akta kontroli str. 98-127)

Z-ca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych wyjaśniła: w trakcie przeprowadzania konkursów w rodzaju AOS w 2010 r. nie było wymogu, wprowadzonego

²⁵ W 2016 r. - 7 powiatów: szczeciński, choszczeński, gryficki, kołobrzeski, koszaliński, stargardzki, świnoujskim, w 2017 r. - 8 powiatów: szczeciński, choszczeński, gryficki, kołobrzeski, koszaliński, szczeciński, stargardzki, świnoujskim.

²⁶ Dz.U. z 2017 r. poz. 1938.

²⁷ W obu konkursach postępowania dotyczyły powiatów: białogardzkiego, szczecińskiego, drawskiego, goleniowskiego, gryfińskiego, kamieńskiego, koszalińskiego, myśliborskiego, polickiego, pyrzyckiego, sławieńskiego, świdwińskiego, waleckiego, łobeskiego oraz Świnoujścia w 2016 r. i Szczecina w 2017 r.

²⁸ Obszar: gmina Międzyzdroje.

zarządzeniem Prezesa NFZ o zapewnieniu dostępności do poradni 3 razy w tygodniu, nie mniej niż 12 godzin tygodniowo. Wprowadzony zapis skutkował rozwiązaniem umów, w przypadkach, kiedy nie spełniono tego wymogu, a były to jedyni świadczeniodawcy w obszarze. ZOW NFZ ogłaszał kolejne postępowania uzupełniające w celu utrzymania chociażby dotychczasowej dostępności, jednak świadczeniodawcy nie byli w stanie, ze względów kadrowych i kosztowych, utrzymać placówki. ZOW NFZ, celem zabezpieczenia świadczeń na terenie województwa w rodzaju PRO raka piersi i raka szyjki macicy, oprócz postępowania głównego w 2014 r., ogłaszał co roku uzupełniające postępowania konkursowe na obszarach, w których nie było realizatorów. Do zawarcia umów w rozstrzygnięciu były wskazane wszystkie oferty spełniające wymagania konieczne. Jednakże żaden świadczeniodawca posiadający miejsce udzielania świadczeń na terenie gmin miejsko-wiejskich czy wiejskich nie przystąpił do konkursów. Świadczenia w zakresie PRO raka piersi w pracowni stacjonarnej oraz w zakresie PRO raka szyjki macicy etap diagnostyczny i pogłębionej diagnostyki mogą realizować świadczeniodawcy, spełniający standardy określone w koszyku świadczeń gwarantowanych, które dla zapewnienia odpowiedniej jakości są wysokie (dotyczy parametrów sprzętu oraz kwalifikacji personelu udzielającego świadczeń). Na przestrzeni lat 2011-2017, w celu poprawy dostępności do świadczeń z zakresu położnictwa i ginekologii na obszarach wiejskich, Oddział wielokrotnie ogłaszał postępowania uzupełniające, m.in. na gminy: Stare Czarnowo, Drawsko, Bielice, Chociwel, Dobrzany, Suchań, Sławoborze, Człopa, Mirosławiec, Dolice, Ińsko, Osina, Recz, Mielno, Wierzchowo, Bobolice, Międzyzdroje oraz na obszary miejskie: Stargard i Koszalin.

(dowód: akta kontroli str. 344-345, 348, 350-351)

4. Świadczenia w zakresie profilaktyki raka piersi (etap podstawowy) były zapewnione na terenie wszystkich powiatów województwa. Badania mammograficzne były wykonywane w pracowniach stacjonarnych lub mobilnych. W 2016 r. zakontraktowano badania w 12 pracowniach stacjonarnych, w 2017 r. - w 15. Harmonogramy pobytów poszczególnych mammbusów ustalone były indywidualnie dla każdego z 3 świadczeniodawców. Kryterium odległości nie było uwzględniane w planowaniu tych świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 4, 12-13, 128-139)

W okresie od 1.01.2016 r. do 30.06.2017 r. poradnie świadczące usługi położniczo-ginekologiczne w rodzaju AOS funkcjonowały na obszarze 69 (ze 114) gmin województwa. Z 45 gmin na obszarze 15 powiatów²⁹ (z tego 28 gmin wiejskich i 17 gmin miejsko-wiejskich), w których nie było poradni, na obszarze 40 gmin odległość do najbliższej poradni nie przekraczała 20 km; 5 gmin miejsko-wiejskich znajdowało się w odległości przekraczającej 20 km od najbliższej poradni³⁰: Kalisz Pomorski, z którego odległość do najbliższej poradni wynosiła 25,2 km, Człopa - 32,2 km, Drawno - 24,2 km, Cedynia - 20,1 km, Tuczno - 30,4 km.

(dowód: akta kontroli str. 4, 21-24, 67-97, 286-288)

Z-ca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych wyjaśniła: w rodzaju AOS na II półroczu 2016 r. i 2017 r. planowany był konkurs ofert dla świadczeń położniczo-

²⁹ W powiatach: choszczeńskim 5 gmin: (Bierzwnik, Drawno, Krzęcin, Pelczyce, Recz); drawskim 2 gminy (Kalisz Pomorski i Ostrowice), goleniowskim 1 gmina (Osina), gryfińskim 6 gmin (Banie, Cedynia, Moryń, Stare Czarnowo, Trzcińsko-Zdrój, Widuchowa), kołobrzesckim 5 gmin (Dygowo, Gościno, Rymań, Siemyśl, Ustronie Morskie), koszalińskim 4 gminy (Biesiekierz, Bobolice, Manowo, Świeszyno), łobeskim 2 gminy (Radowo Małe, Węgorzyno), myśliborskim 2 gminy (Boleszkowice, Nowogródek Pomorski), polickim 1 gmina (Nowe Warpno), pyrzyckim 3 gminy (Kozielice, Przelewice, Warnice), stargardzkim 7 gmin (Chociwel, Dolice, Ińsko, Kobyłanka, Marianowo, Stara Dąbrowa, Suchań), świdwińskim 3 gminy (Brzeźno, Rąbino, Sławoborze), wałeckim 3 gminy (Człopa, Mirosławiec, Tuczno).

³⁰ Dane wyliczone ze strony <https://mapa.pf.pl>.

ginekologicznych z obszarem planowania gmina – 106 postępowań. Aneksując umowy na półrocze i jednocześnie chcąc ogłosić konkursy uzupełniające na 45 niezabezpieczonych gmin w zakresie położnictwa i ginekologii, Oddział musiałby posiadać dodatkowe środki w planie finansowym w skali półrocza, tj. ok 1,8 mln i należy zaznaczyć, iż nie jest to jedyny zakres wymagający zabezpieczenia świadczeń w planowanych obszarach. Chcąc ogłosić regularny konkurs ofert w całym rodzaju świadczeń, środki finansowe rozkładane są w całości na nowe zamówienia. W sytuacji kiedy należy kontynuować aneksowane umowy i jednocześnie „dobezpieczać wszystkie białe plamy” przy tym samym poziomie środków zawartych w planie finansowym, wiązałoby się z przesunięciem środków przeznaczonych na umowy aneksowane do konkursów. Skutek mógłby taki, iż nastąpiłoby pomniejszenie kontraktów w trakcie kontynuacji leczenia pacjentek i brak gwarancji, że przeprowadzony konkurs wyłoni nowych realizatorów, gdzie mogłoby być kontynuowane leczenie. ZOW NFZ uznał, iż będzie przeprowadzał konkursy uzupełniające po uzyskaniu sygnałów o takiej potrzebie ze strony samorządów terytorialnych, konsultantów w dziedzinie medycynie, potencjalnych świadczeniodawców. W celu realizacji świadczeń na obszarze większości ww. 45 gmin, ZOW NFZ ogłaszał postępowania konkursowe uzupełniające, niestety nie wpłynęły na nie oferty. Przeszkodą był wymóg udzielania świadczeń 3 razy w tygodniu, nie mniej niż 12 godzin tygodniowo. W odniesieniu do niektórych gmin (np. Kobyłanka, Marianowo, Rąbino, Warnice, Manowo, Świeszyno, Radowo Małe, Węgorzyno) postępowań nie ogłaszano ze względu na brak zainteresowania ze strony potencjalnych świadczeniodawców. Wskaźnik odległości 20 km poradni od poradni nie jest uwzględniany w procesie planowania i kontraktowania świadczeń, ponieważ nie jest zawarty w żadnym zarządzeniu Prezesa NFZ. Na ogłoszone przez ZOW NFZ postępowania konkursowe nie wpłynęły oferty (np. Kalisz Pomorski, Człopa, Drawno, Bobolice, Dobrzany). Środki finansowe przekazano do świadczeniodawców realizujących usługi w sąsiednich powiatach lub do poradni przyszpitalnych. Trudności w zabezpieczeniu „białych plam” wg świadczeniodawców mogą również wynikać z wysokości kontraktu przeliczanego na populację gminy. Przykładem jest tu Gmina Osina, w której zawarto umowę po konkursie głównym, gdzie nie obowiązywał zapis wymogu pracy poradni 12 godzin tygodniowo. Po wprowadzeniu tego wymogu i niemożliwości jego spełnienia, kontrakt został rozwiązany. Z ekonomicznego punktu widzenia kontrakt powinien miesięcznie wynosić przynajmniej 800-1000 pkt (rocznie od 9.600 do 12.000 pkt), który zapewniałby funkcjonowanie placówki, a np. roczna liczba pkt wg populacji wynosiła dla gmin: Ostrowice - 4.995, Osina - 5.779, Boleszkowice - 5.653, Nowe Warpno - 3.218, Kozielice - 5.043, Brzeźno - 5.544. Niska wartość kontraktu w znacznej liczbie przypadków była nieadekwatna do wymogu minimalnego czasu pracy poradni, tj. 3 razy w tygodniu, min. 12 godzin tygodniowo.

(dowód: akta kontroli str. 346, 353-354)

5. Konkursy na wykonywanie mammografii w pracowniach stacjonarnych oraz punktach mobilnych ZOW NFZ ogłosił i przeprowadził w 2014 r. w ramach postępowań w rodzaju programu profilaktyki raka piersi etap podstawowy. W badanym okresie badania mammograficzne w pracowniach stacjonarnych zakontraktowane zostały w roku 2016 w 12 pracowniach na terenie 7 miejscowości³¹, w roku 2017 w 15 pracowniach na terenie 8 miejscowości³² oraz przez 3 świadczeniodawców, posiadających pracownie mobilne. Sieć miejscowości,

³¹ Odpowiednio po jednej pracowni w miejscowościach: Gryfice, Stargard Szczeciński, Choszczno, Świnoujście, 2 pracownie w Kołobrzegu, 3 pracownie w Koszalinie i 4 pracownie w Szczecinie.

³² Odpowiednio po jednej pracowni w miejscowościach: Gryfice, Kołobrzeg, Stargard Szczeciński, Szczecinek, Choszczno, Świnoujście, 3 pracownie w Koszalinie i 6 pracowni w Szczecinie.

w których w mammobusach były udzielane świadczenia została ustalona ze świadczeniodawcami w oparciu o metodologię weryfikacji i zatwierdzania harmonogramów pobytu pracowni mobilnych³³. Harmonogramem pobytu mammobusów objęto gminy na terenie całego województwa, w których nie funkcjonowały pracownie stacjonarne oraz gminy, w których potencjał pracowni stacjonarnej nie gwarantował oczekiwanego poziomu objęcia populacji kwalifikującej się do programu profilaktyki.

(dowód: akta kontroli str. 13-15, 50-53, 128-139)

W badanym okresie, badania w mammobusach wykonywano w każdej gminie, w której nie było pracowni stacjonarnych. W 2016 r. na 665 pobytów mammobusów, 462 pobyty dotyczyły miejscowości, które nie zostały objęte kontraktowaniem świadczeń udzielanych w pracowniach stacjonarnych, a wg stanu na dzień 31.08.2017 r. mammobusy stacjonowały 430 razy, w tym 375 pobytów stanowiło zabezpieczenie świadczeń w miejscowościach nieobjętych badaniami w pracowniach stacjonarnych. Poziom zabezpieczenia tych obszarów wynosił odpowiednio: 69,5% i 87%. Wskaźnik objęcia populacji kobiet w poszczególnych powiatach na terenie województwa wynosił od 32,1% w powiecie szczecineckim do 51,9% w powiecie drawskim.

(dowód: akta kontroli str. 140-153, 346, 352)

6. W badanym okresie ze świadczeń w rodzaju:

a) profilaktyka raka piersi etap podstawowy skorzystało łącznie 93.931 pacjentek, z tego:

- w 2016 r. 53.242 pacjentek, w tym:
 - w pracowniach stacjonarnych 21.029, tj. 39,5% pacjentek (w tej grupie 3.342, tj. 15,9% pacjentek zamieszkiwało na terenach wiejskich),
 - w pracowniach mobilnych 32.213, tj. 60,5% pacjentek (w tym 10.026, tj. 31,1% pacjentek z terenów wiejskich),
- w 2017 r. (do 30.09.) 40.689 pacjentek, w tym:
 - w pracowniach stacjonarnych 14.637, tj. 36% pacjentek (w tej grupie 2.466, tj. 16,8% pacjentek zamieszkiwało na terenach wiejskich),
 - w pracowniach mobilnych 26.052, tj. 64% pacjentek (w tym 8.914, tj. 34,2% pacjentek z terenów wiejskich).

Mieszkanki z terenów wiejskich stanowiły 25,1% (13.368) w 2016 r. i 28% (11.380) w 2017 r. ogółu pacjentek korzystających ze świadczeń profilaktyki raka piersi.

(dowód: akta kontroli str. 165)

b) profilaktyka raka szyjki macicy skorzystało łącznie 56.737 pacjentek, z tego:

- 33.691 w 2016 r., w tej grupie mieszkanki z terenów wiejskich stanowiły 29,1% (9.809), pozostałych terenów 70,9% (23.882). Mieszkanki gmin wiejskich korzystały z poradni znajdujących się w gminach: wiejskich - 955 (9,7%), miejsko-wiejskich 4.849 (49,5%) i miejskich - 4.005 (40,8%).
- 23.046 na dzień 30.09.2017 r., w tej grupie mieszkanki z terenów wiejskich stanowiły 30,2% (6.956), pozostałych terenów 69,8% (16.090). Mieszkanki terenów wiejskich korzystały z poradni znajdujących się w gminach: wiejskich - 601 (8,6%), miejsko-wiejskich 3.473 (49,9%) i miejskich - 2.882 (41,5%).

W badanym okresie mieszkanki terenów wiejskich stanowiły 29,5% (16.765) ogółu pacjentek korzystających z etapu podstawowego PRO raka szyjki macicy.

(dowód: akta kontroli str. 16, 163-165)

³³ Zasady zostały przyjęte w 2014 r. i zmienione od II kwartału 2015 r.

W badanym okresie ze świadczeń położniczo-ginekologicznych w ramach AOS (w tym badań cytologicznych) skorzystało:

- w 2016 r. 185.749 pacjentek, z tego:
 - 28.075 (15,1%) pacjentek z terenów wiejskich³⁴, w tym w poradniach zlokalizowanych w gminach: wiejskich - 3.465 pacjentek, miejsko-wiejskiej – 6.681, miejskich - 17.929 (czyli 63,9% mieszkanek z terenów wiejskich, w celu uzyskania świadczenia, udało się do poradni w mieście),
 - 157.674 (84,9%) z gmin miejskich i miejsko-wiejskich, w tym w poradniach zlokalizowanych w gminach: wiejskich - 2.143, miejsko-wiejskiej - 51.269, miejskich - 104.262,
- w 2017 r. 150.528 pacjentek, z tego:
 - 22.950 (15,2%) z terenów wiejskich, w tym w poradniach zlokalizowanych w gminach: wiejskich - 2.811, miejsko-wiejskich - 5.660, miejskich - 14.479,
 - 127.578 (84,8%) z gmin miejskich i miejsko-wiejskich, w tym w poradniach zlokalizowanych w gminach: wiejskich - 1.769, miejsko-wiejskich - 42.330, miejskich - 83.479.

W ramach AOS wykonano w badanym okresie 71.551 badań cytologicznych³⁵, z tego 2.007³⁶ mieszkankom z terenów wiejskich i 69.544³⁷ pozostałym pacjentkom.

(dowód: akta kontroli str. 5, 25, 163-165)

7. Według stanu na dzień 31.12.2016 r. i 31.08.2017 r. na przyjęcie w poradniach ginekologiczno-położniczych w województwie oczekiwało, odpowiednio w kategorii medycznej: „pilne” 14 i 5 pacjentek i „stabilne”: 2.430 i 2.986 pacjentek. W powiatach i gminach wiejskich i miejsko wiejskich pacjentki w kategorii „pilne” przyjmowane były bez kolejek, w miejskich w kolejce oczekiwało odpowiednio: 14 i 4 pacjentki. W kategorii medycznej „stabilne” w ww. okresie oczekiwało w:

- powiatach średnio: 103 i 120 pacjentek (najwięcej pacjentek na wizytę oczekiwało w 2016 r. w Szczecinie - 652, a w 2017 r. w powiecie myśliborskim - 626, natomiast w powiecie choszczeńskim pacjentki przyjmowane były na bieżąco),
- gminach: wiejskich – 167 i 146 pacjentek, miejsko-wiejskich - 977 i 1.462, miejskich - 1.307 i 1.357 pacjentek.

Średni czas oczekiwania na przyjęcie w poradniach ginekologiczno-położniczych, wg stanów na 31.12.2016 r. i 31.08.2017 r., wynosił dla:

- województwa: przypadki „pilne” 0,7 i 0,4 dnia, „stabilne” 12,3 i 12,1 dnia,
- powiatów: przypadki „pilne” 0,8 i 0,7 dnia, przypadki „stabilne” 12 i 12,7 dnia (najdłużej na wizytę czekały mieszkanki powiatów: polickiego od 26 do 46 dni w 2016 r. i wałeckiego od 31 do 72 w 2017 r.),
- gmin wiejskich: przypadki „pilne” 1,4 dnia i 1 dzień, „stabilne” 6,8 i 6,6 dnia,
- gmin miejsko-wiejskich: przypadki „pilne” przyjmowane były na bieżąco, czas oczekiwania przypadków „stabilnych” wynosił odpowiednio: 9,5 i 8,3 dnia,
- gmin miejskich: przypadki „pilne” 1 dzień i 0,5 dnia, „stabilne” 14,9 i 16 dni.

(dowód: akta kontroli str. 5, 25, 154-160A)

8. W latach 2012-2015 wydatki na profilaktykę raka piersi wynosiły odpowiednio: 5.202.349 zł, 4.963.725,60 zł, 5.915.492,48 zł, 4.576.373,52 zł, a na profilaktykę raka szyjki macicy wydatkowano odpowiednio: 1.075.141,15 zł, 1.010.108,70 zł, 883.343,70 zł, 879.949,80 zł. Wydatki na świadczenia ponadlimitowe stanowiły dla:

³⁴ Stanowiło to 13% kobiet powyżej 18 roku życia (215.832).

³⁵ 40.652 w 2016 r. i 30.899 w 2017 r.

³⁶ 1.192 w 2016 r. i 815 w 2017 r.

³⁷ 39.460 w 2016 r. i 30.084 w 2017 r.

profilaktyki raka piersi 16,7% w 2014 r.³⁸, profilaktyki raka szyjki macicy odpowiednio: 0,6%, 0,3%, 1% i 0,3%.

(dowód: akta kontroli str. 166)

Realizacja umów zawartych na programy zdrowotne przedstawiała się następująco:

- w rodzaju profilaktyka raka piersi:
 - w 2016 r. wartość pierwotna kontraktu wynosiła łącznie 4.236.747,08 zł (492.366 pkt), końcowa 4.320.035,08 zł (505.554 pkt) i była wyższa o 2% (83.288 zł i 13.188 pkt) od kontraktu pierwotnego. Wartość zrealizowanych kontraktów wynosiła 4.320.035,08 zł i 505.554 pkt (100% wartości końcowej).
 - na dzień 30.09.2017 r. zrealizowano 71,8% kontraktu na kwotę 3.069 624,42 zł i 379.987 pkt,
- profilaktyka raka szyjki macicy:
 - w 2016 r. wartość pierwotna kontraktu wynosiła łącznie 922.823,65 zł (106.334 pkt), końcowa 733.447,35 zł (84.705 pkt) i była niższa o 20,5% (189.376,30 zł i 21.628 pkt) od kontraktu pierwotnego. Wartość zrealizowanych kontraktów wynosiła 735.976,10 zł (85.003 pkt), co stanowiło 100,3% kontraktu końcowego. Nadwykonanie wyniosło 2.528,75 zł (298 pkt) i dotyczyło etapu diagnostycznego,
 - na dzień 30.09.2017 r. zrealizowano 71,2% kontraktu na kwotę 485.443,90 zł i 56.037 pkt.

(dowód: akta kontroli str. 166)

W latach 2012-2015 wydatki na świadczenia w rodzaju AOS w zakresie położnictwo i ginekologia wynosiły odpowiednio: 29.431.192 zł, 29.948.417 zł, 30.459.930 zł, 29.392.253 zł. Wydatki na świadczenia ponadlimitowe stanowiły 0,1% wydatków w 2015 r. Limit nie został wykonany w roku 2012 i 2014 (wykonanie na poziomie 99,7% i 99,3%).

Łączna wartość pierwotna kontraktów w 2016 r. (za I półrocze) wynosiła 13.288.530 zł (1.572.403 pkt), końcowa 28.756.946 zł (3.402.069 pkt) i była wyższa o 116,4% (15.468.416 zł, 1.829.666 pkt) od kontraktu pierwotnego.

Na świadczenia w rodzaju AOS wg stanu na dzień: 31.12.2016 r. wydatkowano kwotę 29.903.972 zł (3.490.973 pkt), co stanowiło 104% kontraktu; 30.09.2017 r. - 21.552.086 zł (2.550.162 pkt), co stanowiło 168% wartości kontraktu wg stanu na koniec III kwartału 2017 r.).

(dowód: akta kontroli str. 161, 167-184, 215-222)

Analiza wykonania kontraktów zawartych z podmiotami świadczącymi ww. usługi w 14 poradniach zlokalizowanych w gminach wiejskich i 54 miejsko-wiejskich (łącznie 68) wykazała, że w 2016 r. w poradniach zlokalizowanych w gminach:

- wiejskich łączna wartość pierwotna kontraktów wynosiła 168.153 zł (19.763 pkt), końcowa 340.347 zł (40.003 pkt), wartość zrealizowanych kontraktów wynosiła 408.699 zł (48.017 pkt). Nadwykonania w łącznej wysokości 68.352 zł (8.014 pkt) odnotowano w 4 poradniach i stanowiły one od 8,8% do 38,5% wartości umowy. Kwota zapłaconych w wyniku ugody nadwykonań wyniosła 39.621 zł i 4.647 pkt (58%), kwota 28.731 zł (3.367 pkt) została objęta zrzeczeniem się roszczeń przez świadczeniodawców. W 7 poradniach stopień niewykonania limitu stanowił od 0,01% do 11% i wynosił łącznie 22.885 zł (2.691 pkt). Cena za jeden punkt opłaconych nadwykonań wynosiła od 8,52 zł do 8,57 zł (pozostała niezmienną), przy średniej cenie za punkt wynoszącej 8,53 zł,
- miejsko-wiejskich łączna wartość pierwotna wynosiła 2.591.751 zł (611.898 pkt), końcowa 5.582.126 zł (659.159 pkt), wartość zrealizowanych kontraktów

³⁸ W latach 2012-2013 i w 2015 r. nie ponoszono wydatków na nadwykonania.

wynosiła 6.252.097 zł (738.361 pkt). Nadwykonania w łącznej wysokości 669.971 zł (79.202 pkt) odnotowano w 30 poradniach i stanowiły od 0,2% do 34,4% wartości umowy. Kwota zapłaconych w wyniku ugody nadwykonań wyniosła 463.360 zł i 54.933 pkt (69,2%), kwota 206.611 zł (24.269 pkt) została objęta zrzeczeniem się przez świadczeniodawców. W 21 poradniach stopień niewykonania limitu stanowił od 0,4% do 18,1% i wynosił łącznie 182.103,48 zł (21.399 pkt).). Cena za jeden punkt opłaconych nadwykonań wynosiła od 7,90 zł do 8,57 zł, przy średniej cenie za punkt wynoszącej 8,51 zł.

(dowód: akta kontroli str. 161, 167-184, 215-222, 343)

Świadczenia wykonane ponad limit ustalony w umowach były opłacone zgodnie z algorytmem wynikającym z zarządzenia Dyrektora ZOW NFZ nr 4/17 z 20 stycznia 2017 r. w sprawie ostatecznego rozliczenia nadwykonań i niewykonań świadczeń zrealizowanych w ramach umów w okresie od 01.01. do 31.12.2016 r. W rodzaju AOS przyjęto stan kontraktów i realizacji umów z dnia 23.01.2017 r. W pierwszej kolejności dokonywano przesunięć niewykorzystanych środków pomiędzy zakresami umowy w ramach kontraktu u danego świadczeniodawcy. Dla poszczególnych zakresów w rodzaju AOS ustalono wskaźniki płacenia za nadlimity: 100% za świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii dotyczące diagnostyki onkologicznej oraz za świadczenia wykonane w zakresie pobrania materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego; do 50% za pozostałe świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii.

(dowód: akta kontroli str. 5, 26, 332-343)

Z-ca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych wyjaśniła m.in.: *z uwagi na niewystarczającą ilość środków w planie finansowym i wysoki wskaźnik dostępności do świadczeń w zakresie położnictwa i ginekologii, dokonano korekty wskaźników płacenia nadlimitów. Poradnie położniczo-ginekologiczne generowały najwyższy poziom nadwykonania w całym rodzaju AOS. Przy płaceniu nadlimitów przeanalizowano wykazane rozpoznania za okres od stycznia do listopada 2016 r. oraz na rzecz pacjentek ciężarnych (procedury: ICD-10 z grupy „0” oraz od Z31 do Z39). Średnia wojewódzka realizacji ww. świadczeń wynosiła 23% ogółu świadczeń w położnictwie i ginekologii i tu przyjęto zapłatę za nadlimity w wysokości do 50%. Przy średniej 16% i poniżej u danego świadczeniodawcy, zapłacono 25% nadlimitu. Limity nie zostały wykorzystane m.in. z powodu: niezgłaszania się pacjentek na kolejną wizytę (brak ciągłości leczenia u danego lekarza), braku kontynuacji prowadzenia ciąży (w chwili stwierdzenia ciąży część pacjentek wybiera poradnię w szpitalu, gdzie planują odbyć poród), długotrwałych przerw w związku ze zwolnieniami chorobowymi lekarza, wdrożenia od 1.03. i 1.04.2017 r. zakresu: „Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży na II lub III poziomie opieki perinatalnej (KOC II/III)”. Przyczynami nadwykonań były m.in.: większa świadomość pacjentek w zakresie dbania o własne zdrowie (wprowadzenie karty DiLO), większa liczba kobiet w ciąży. W 2017 r., z uwagi na liczne zmiany w przepisach dotyczących opieki położniczo-ginekologicznej (ustawa „Za życiem, KOC II/III, sieć szpitali-paradnie przyszpitalne), wskazanie przyczyn niewykonań i nadwykonań jest na tym etapie trudne do oceny.*

(dowód: akta kontroli str. 321-343)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

IV. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Szczecin, dnia 30 listopada 2017 r.

Kontroler
Małgorzata Chabiniak
Specjalista kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Szczecinie

Dyrektor

.....
podpis

.....
podpis