



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura we Wrocławiu

LWR-4101-16-01/2013

P/13/130

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura we Wrocławiu

ul. Marszałka J. Piłsudskiego 15/17, 50-044 Wrocław

T +48 71 711 83 00, F +48 71 711 83 50

lwr@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/13/130 – Realizacja zadań „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych” w latach 2009-2012 i w I półroczu 2013 r.
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura we Wrocławiu
Kontroler	Violetta Matuszewska-Potempska, specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr 87028 z dnia 9 września 2013 r. (dowód: akta kontroli str. 1)
Jednostka kontrolowana	Dolnośląski Oddział Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia we Wrocławiu (dalej: Oddział), ul. Joannitów 6, 50-525 Wrocław
Kierownik jednostki kontrolowanej	Krzysztof Dworak – Dyrektor Oddziału od 10 marca 2008 r. do 23 lipca 2009 r. Wioletta Niemiec – p.o. Dyrektora Oddziału od 24 lipca 2009 r. do 16 września 2011 r. i od 5 marca 2012 r. do 30 sierpnia 2013 r. Genowefa Ulman – p.o. Dyrektora Oddziału od 15 września 2011 r. do 4 marca 2012 r. Tadeusz Pławiak – p.o. Dyrektora Oddziału od 31 sierpnia 2013 r. i nadal. (dowód: akta kontroli str. 275-276)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie¹ pomimo stwierdzonych nieprawidłowości działalność Oddziału w zakresie realizacji zadań „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Podstawą pozytywnej oceny ogólnej były oceny cząstkowe sformułowane dla poszczególnych skontrolowanych obszarów oraz charakter stwierdzonych w tych obszarach ustaleń: **[1]** Oddział nawiązał współpracę z organami jednostek samorządu terytorialnego i innymi podmiotami w zakresie monitorowania i zabezpieczania potrzeb zdrowotnych świadczeniobiorców w przedmiocie profilaktycznych programów zdrowotnych (dalej: PPZ); **[2]** w sposób prawidłowy planował koszty objętych kontrolą świadczeń PPZ; **[3]** rzetelnie weryfikował oferty świadczeniodawców przedkładane do ogłaszanych konkursów; **[4]** zapewnił dostęp do programów profilaktycznych na terenie całego województwa dolnośląskiego; **[5]** prawidłowo planował zakup świadczeń pozytonowej tomografii emisyjnej (dalej: PET).

Stwierdzone w trakcie kontroli nieprawidłowości dotyczyły: **[1]** niewstrzymania wykonywania przez trzy podmioty świadczeń, objętych zawartymi przez Oddział umowami na realizację programu profilaktyki raka piersi, w związku z negatywną oceną kontroli jakości badań mammograficznych i negatywnym wynikiem audytu klinicznego; **[2]** nieprzeprowadzania kontroli udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców, z którymi zawarta została przez Oddział umowa na realizację świadczeń PPZ w zakresach rak szyjki macicy i rak piersi na lata 2009-2013.

¹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

Ponadto NIK wnosi uwagę dotyczącą braku współpracy Oddziału z konsultantami wojewódzkimi we wszystkich rodzajach specjalności w zakresie skutków kontraktowania i realizacji świadczeń udzielanych w ramach PPZ: rak szyjki macicy i rak piersi.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Zawieranie ze świadczeniodawcami umów na udzielanie świadczeń w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne: rak szyjki macicy i rak piersi

1.1. Planowanie i monitorowanie potrzeb zdrowotnych ubezpieczonych

Opis stanu
faktycznego

W badanym okresie Oddział współpracował z organami jednostek samorządu terytorialnego i innymi podmiotami pod kątem edukowania, monitorowania i zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych świadczeniobiorców w przedmiocie profilaktycznych programów zdrowotnych w rodzaju rak szyjki macicy i rak piersi, stosownie do postawień art. 107 ust. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych² (dalej: ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej). Działania te polegały głównie na ustalaniu z urzędami miast i gmin harmonogramów postoju mammoibusów mobilnych, informowaniu starostów o planowanych postojach mammoibusów, zachęcaniu świadczeniodawców (posiadających umowy z Oddziałem) do czynnego udziału w organizowanym przez Polską Unię Onkologii konkursie „Zdrowa Gmina”, promującym profilaktyczne programy zdrowotne, jak również na zamieszczaniu na stronie internetowej Oddziału informacji i warunków uczestnictwa w PPZ wraz z wykazami świadczeniodawców, ich adresami i terminami przyjęć pacjentów.

Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 lipca 2005 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych w systemie informatycznym Narodowego Funduszu Zdrowia oraz zakresu i sposobu ich przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz wojewodom i sejmikom województw³, Oddział przekazywał do Wydziału Polityki Społecznej Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego i do Departamentu Polityki Zdrowotnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego raporty dotyczące m.in. liczby osób objętych PPZ oraz liczby udzielanych im świadczeń, jak również listy osób oczekujących na poszczególne świadczenia w badanym okresie. Ponadto na wniosek organizacji samorządowych Oddział udostępniał im informacje dotyczące realizacji PPZ.

(dowód: akta kontroli str. 2-27 i 37-50 - dokumentacja dotyczące współpracy Oddziału z organami jst i innymi podmiotami)

Celem zwiększenia zgłaszalności pacjentek do udziału w profilaktycznych programach zdrowotnych w 2009 r. zawarta została umowa z Caritas Archidiecezji Wrocławskiej na realizację projektu w zakresie edukacji pacjentek i promocji programów profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy. W ramach tej umowy przeprowadzono 26 spotkań w miejscowościach liczących powyżej 30 tys. mieszkańców, w których udział wzięło w sumie 945 osób.

W badanym okresie z okazji Dnia Matki drukowane były laurki z hasłem „Badajcie się drogie Mamy bo Was bardzo kochamy” i zaproszeniem na badania cytologiczne. Laurki te przekazywane były do przedszkoli z terenu Dolnego Śląska, a następnie – po ich pokolorowaniu – wręczane mamom przedszkolaków.

² Dz. U. z 2008 r. Nr 264, poz. 1027 ze zm.

³ Dz. U. z 2005 r. Nr 152, poz. 1271.

Ponadto Oddział organizował i uczestniczył w spotkaniach i konferencjach na rzecz aktywnej profilaktyki w walce z nowotworami, jak również nawiązał współpracę z mediami w tym zakresie.

(dowód: akta kontroli str. 2 - materiały promocyjne w wersji elektronicznej, str. 2-8 - sprawozdania z działalności w ramach PPZ, str. 28-37 - umowa i sprawozdanie Caritas Archidiecezji Wrocławskiej)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności Oddziału w zakresie planowania i monitorowania potrzeb w rodzaju PPZ: rak szyjki macicy i rak piersi, nie stwierdzono nieprawidłowości.

1.2. Planowanie kosztów świadczeń zdrowotnych

Opis stanu
faktycznego

1.2.1 Plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: NFZ) sporządzany był według poszczególnych rodzajów świadczeń. W związku z powyższym w pozycji PPZ planu finansowego Oddział planował wielkość środków na realizację w sumie 9 zakresów świadczeń, w tym etapu diagnostycznego i pogłębionej diagnostyki raka szyjki macicy oraz etapu podstawowego i pogłębionej diagnostyki raka piersi. Z kolei pobieranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego (dalej: etap podstawowy raka szyjki macicy⁴) planowane było łącznie z 79 zakresami świadczeń w ramach Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej (dalej: AOS). Środki na realizację każdego zakresu świadczeń były szczegółowo planowane w planie zakupów świadczeń opieki zdrowotnej (dalej: plan zakupów).

(dowód: akta kontroli str. 53-56 - wyciąg z plany zakupu świadczeń, str. 100-123 - wyciągi z planów finansowych Oddziału)

Przy planowaniu środków na realizację programów objętych kontrolą Oddział kierował się przede wszystkim założeniami i wytycznymi do projektu planu finansowego (przekazywanymi przez Centralę NFZ) oraz wartością świadczeń zakontraktowanych przez Oddział i wykonanych przez świadczeniodawców w roku poprzednim. Uwzględniano również przewidywany poziom realizacji tych świadczeń na terenie Dolnego Śląska, rosnącą w związku z kampaniami informacyjno-profilaktycznymi świadomość kobiet i potencjał wykonawczy świadczeniodawców, np.: liczbę mammobusów i częstotliwość postojów wynikających ze zmian obszarów kontraktowania. Oddział nie korzystał z danych Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego program profilaktyki raka szyjki macicy i piersi we Wrocławiu (dalej: WOK) w zakresie dotyczącym realizacji PPZ, gdyż dysponował dostępem do danych poprzez System Informatycznego Monitorowania Profilaktyki (dalej: SIMP).

(dowód: akta kontroli str. 68-76 - założenia do projektu planu finansowego, prognoza kosztów, str. 464-466 - notatka kontrolera)

1.2.2 W latach 2009-2013 (I półrocze) na realizację programu profilaktyki raka szyjki macicy w ramach PPZ i przesiewowego badania cytologicznego w ramach AOS (etapy: podstawowy, diagnostyczny i pogłębionej diagnostyki), Oddział zaplanował środki w łącznej wysokości 17.942.107,49 zł⁵, z których sfinansowano świadczenia o wartości 16.252.738,53 zł, odpowiadającej 90,8% planu.

Na realizację w 2009 r. świadczeń w programie profilaktyki raka szyjki macicy (etapy: diagnostyczny i pogłębionej diagnostyki) zaplanowano środki w wysokości 2.382.295,60 zł, z czego wykorzystano 2.241.321,20 zł, tj. 94,0%. Na realizację tych samych świadczeń w 2010 r. zaplanowano początkowo (uwzględniając wykonanie 2009 r.) środki na poziomie 2.238.370,00 zł, które w związku z niskim wykonaniem

⁴ Program profilaktyki raka szyjki macicy - etap podstawowy realizowany był w rodzaju AOS jako specjalistyczne usługi medyczne w zakresie: świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii - pobieranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego - zakres skojarzony ze świadczeniami w zakresie położnictwa i ginekologii.

⁵ Pozycja planu oznacza wartość zakontraktowanych świadczeń.

świadczeń zmniejszono do 1.999.004,80 zł, z czego wykorzystano 1.978.643,80 zł, tj. 98,9%. Natomiast na kolejne lata, tj. 2011 r., 2012 r. i 2013 r. Oddział zaplanował odpowiednio kwoty 1.969.991,60 zł, 1.984.827,00 zł i 1.778.779,00 zł, z których na wykonanie przedmiotowych świadczeń przeznaczono odpowiednio 1.922.801,60 zł, 1.837.108,00 zł i 730.482,00 zł⁶, tj. odpowiednio 97,6%, 92,6% i 82,1%⁷ planu.

W przypadku świadczeń etapu podstawowego programu profilaktyki raka szyjki macicy, realizowanego w rodzaju AOS, Oddział zaplanował środki w wysokości 2.641.824,05 zł w 2009 r., 1.813.670,10 zł w 2010 r., 1.756.067,33 zł w 2011 r., 1.743.759,50 zł w 2012 r. i 1.509.380,37 zł w 2013 r., przy czym wykorzystano odpowiednio 73,8%, 96,7%, 90,4%, 93,0% i 82,4%⁸.

(dowód: akta kontroli str. 80-82 - zestawienia tabelaryczne)

W badanym okresie na program profilaktyki raka piersi Oddział zaplanował środki w łącznej wysokości 42.164.962,75 zł, które zrealizowano w wysokości 37.064.695,60 zł, tj. 87,9% planu. W poszczególnych latach plan tych środków kształtował się na poziomie: 9.706.565,90 zł w 2009 r., 8.238.846,90 zł w 2010 r., 9.826.340,25 zł w 2011 r., 10.157.969,60 zł w 2012 r. i 4.197.240,10 zł w I półroczu 2013 r., natomiast na wykonanie świadczeń przeznaczono odpowiednio: 6.980.068,50 zł (71,9%), 8.236.065,40 zł (99,9%), 9.527.440,50 zł (96,6%), 8.722.821,90 zł (85,9%) i 3.598.299,30 zł (85,7%).

(dowód: akta kontroli str. 80-82 - zestawienia tabelaryczne)

W związku ze zwiększeniem w 2012 r. finansowania realizacji świadczeń w zakresie programu profilaktyki raka piersi, Tadeusz Pławiak - p.o. Dyrektora Oddziału wyjaśnił, iż nastąpiło to zgodnie z przyjętymi przez Oddział założeniami do projektu planu finansowego i w związku z prowadzeniem przez Ministerstwo Zdrowia coraz bardziej aktywnej kampanii promocyjnej w zakresie profilaktyki nowotworowej, a zwłaszcza w zakresie mammografii przesiewowej, będącej świadczeniem nielimitowanym. Natomiast przyczyn nierealizowania założonych planów finansowych w przywołanych zakresach świadczeń p.o. Dyrektora Oddziału upatrywał w braku upowszechnienia w społeczeństwie poprawnych wzorców zachowań w zakresie badań profilaktycznych, co może mieć odzwierciedlenie w poziomie zgłaszalności pacjentek kwalifikujących się do programu.

(dowód: akta kontroli str. 345-354 - wyjaśnienia Dyrektora Oddziału)

1.2.3 W okresie objętym kontrolą wartość cenową oczekiwaną przez Oddział jednostki rozliczeniowej określał na dany rok Dyrektor Oddziału zarządzeniami w sprawie przyjęcia do stosowania *Cennika jednostek rozliczeniowych w poszczególnych rodzajach świadczeń*. Analiza 80 ofert na świadczenia realizowane w analizowanych zakresach wykazała, iż cena jednostki rozliczeniowej nie była różnicowana w zależności od jakości usług, wyposażenia czy też poziomu referencyjnego. Obowiązujące w badanych latach zarządzenia Prezesa NFZ dotyczące kryteriów oceny ofert (w części dotyczącej PPZ i AOS), obejmowały ściśle określone warunki, podzielone na: obligatoryjne, wymagane od świadczeniodawców oraz oceniane dodatkowo, tj. certyfikaty ISO, dodatkowe wyposażenie, ponad wymagane szkolenia personelu. Oferty były odrzucane w przypadku nie spełnienia przez potencjalnego świadczeniodawcę warunków obligatoryjnych. Natomiast za spełnienie warunków dodatkowych przyznawane były punkty, co mogło skutkować wyższym dla świadczeniodawcy miejscem w rankingu ofert, ale nie miało wpływu na wartość cenową jednostki rozliczeniowej. W żadnym

⁶ Wykonanie za I półrocze 2013 r.

⁷ Do wyliczenia tego wskaźnika wykorzystano wartość świadczeń wykonanych w I półroczu 2013 r. oraz połowę planowanej kwoty na cały 2013 r.

⁸ Patrz przypis nr 7.

z przypadków 80 analizowanych ofert nie stwierdzono zaakceptowania przez Oddział, w wyniku przeprowadzonych negocjacji, oferty z ceną jednostką wyższą od oczekiwanej. Uzyskane (faktyczne) ceny kontraktowania świadczeń dla badanych PPZ były niższe lub równe cenom oczekiwanym.

(dowód: akta kontroli str. 52 – zestawienie cen z 16 województw, str. 134-171 - zestawienia z badania, str. 467-470 - przykładowy cennik)

W badanym okresie ceny oczekiwane jednostek rozliczeniowych w zakresach świadczeń objętych kontrolą nie ulegały zmianie i nie odbiegały od cen przyjętych w pozostałych Oddziałach Wojewódzkich NFZ. Ceny przyjęte przez Oddział (za 1 pkt rozliczeniowy) kształtowały się na poziomie:

- ✓ w programie profilaktyki raka szyjki macicy – 9,20 zł,
- ✓ w pozostałych zakresach obu programów profilaktycznych – 10,00 zł.

(dowód: akta kontroli str. 52 – zestawienie cen z 16 województw)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności Oddziału w przedmiocie planowania kosztów świadczeń PPZ w zakresach świadczeń objętych kontrolą nie stwierdzono nieprawidłowości.

1.3. Zawieranie umów i realizacja świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju PPZ: rak szyjki macicy i rak piersi

Opis stanu
faktycznego

1.3.1 Analizą objęto 80 najwyższych kwotowo ofert o wartości 29.570.971,70 zł, złożonych w latach 2008-2012 w postępowaniach na udzielenie świadczeń w objętych kontrolą zakresach PPZ i AOS. Przedmiotowa analiza wykazała, iż oferty spełniały wymagania określone w rozporządzeniach Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r.⁹ i 6 grudnia 2012 r.¹⁰ w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych, a także w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej¹¹. Przywołane oferty spełniały również wymagania określone we właściwych zarządzeniach Prezesa NFZ, dotyczących określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne¹².

(dowód: akta kontroli str. 134-171 - zestawienia z badania, str. 180-201 - wykazy wszystkich ofert)

Porównanie przez Oddział ofert złożonych w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń obejmowało m.in.: ciągłość, kompleksowość, dostępność, jakość udzielanych świadczeń¹³, kwalifikacje personelu, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, a także ceny i liczbę oferowanych świadczeń. Określone przez Prezesa NFZ warunki dotyczące kontraktacji świadczeń opieki zdrowotnej nie wymagały od oferentów przedłożenia kalkulacji kosztów wykonania świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 134-171 - zestawienia z badania, str. 464-466 - notatka służbowa)

⁹ Dz. U. z 2009 r. nr 140, poz. 1148 ze zm. - zmienione rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2011 r. – Dz. U. z 2011 r., Nr 52 poz. 271 ze zm.

¹⁰ Dz. U. z 2012 r. poz. 1422.

¹¹ Dz. U. z 2009 r. Nr 139, poz. 1142 ze zm.

¹² Nr 76/2008/DSOZ z dnia 3 października 2008 r., Nr 80/2008/DSOZ z dnia 14 października 2008 r., Nr 81/2008/DSOZ z dnia 14 października 2008 r., 86/2008/DSOZ z dnia 16 października 2008 r., Nr 57/2009/DSOZ z dnia 29 października 2009 r., Nr 73/2009/ DSOZ, Nr 49/2010/ DSOZ z dnia 31 sierpnia 2010 r., Nr 35/2011/ DSOZ z dnia 7 lipca 2011 r., Nr 46/2011/ DSOZ z dnia 16 września 2011 r., Nr 54/2011/ DSOZ z dnia 30 września 2011 r.

¹³ Poprzez jakość udzielanych świadczeń należy rozumieć m.in.: kwalifikacje personelu, jego umiejętności i doświadczenie, wyposażenie w sprzęt i aparaturę, zewnętrzną ocenę jakości.

1.3.2 W 2009 r. Oddział zawarł łącznie 293 umowy na świadczenia w rodzaju PPZ i AOS¹⁴ w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy, których koszt realizacji wyniósł 4.191.892,25 zł. W kolejnych latach odnotowano systematyczny spadek liczby zawartych umów i kosztów ich realizacji, czego podstawową przyczyną była niska zgłaszalność kobiet na badania przesiewowe. I tak, w 2010 r. zawarto 290 takich umów, których koszt realizacji wyniósł 3.733.278,25 zł, natomiast w 2011 r. obowiązywało 280 umów, których koszt wyniósł 3.510.989,90 zł. Z kolei na lata 2012-2013 zawarto 242 umowy, których realizacja związana była z kosztem kształtującym się na poziomie 3.459.028,93 zł w 2012 r. i 1.357.549,20 zł w I półroczu 2013 r.

(dowód: akta kontroli str. 83-94 - zestawienia kontroli)

W przypadku PPZ w zakresie profilaktyki raka piersi Oddział zawarł w 2009 r. łącznie 28 umów, których wykonanie przez świadczeniodawców związane było z kosztem na poziomie 6.980.068,50 zł. W kolejnych latach liczba zawartych umów i poziom kosztów ich realizacji podlegały wahaniom. I tak, w 2010 r. liczba umów spadła do 26, natomiast koszt ich wykonania wzrósł do kwoty 8.236.065,40 zł, na 2011 r. zawarto 32 umowy, których koszt wykonania wyniósł 9.527.440,50 zł, na 2012 r. zawarto 30 umów, dla których koszt wykonania ukształtował się na poziomie 8.722.821,90 zł, natomiast na 2013 r. zawarto 28 umów, których koszt realizacji w I półroczu 2013 r. wyniósł 3.598.299,30 zł.

(dowód: akta kontroli str. 83-94 - zestawienia kontroli)

W okresie objętym kontrolą Oddział zapewnił dostępność do PPZ i AOS w zakresie etapu podstawowego raka szyjki macicy i raka piersi na terenie całego województwa dolnośląskiego.

(dowód: akta kontroli str. 83-94 - zestawienia kontroli)

W badanym okresie nie stwierdzono przypadków warunkowego dopuszczenia świadczeniodawców do udzielania świadczeń w ramach profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi.

(dowód: akta kontroli str. 464-466 - notatka służbowa)

1.3.3 Oddział nie korzystał z informacji i uwag konsultantów krajowych oraz wojewódzkich w dziedzinie ginekologii i położnictwa, onkologii klinicznej, chirurgii onkologicznej, tj. informacji i uwag dotyczących programu profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi. Wyżej wymienieni konsultanci wojewódzcy ds. ginekologii i położnictwa, chirurgii onkologicznej oraz onkologii klinicznej poinformowali w toku kontroli, iż w latach 2009-2013 z uwagi na brak współpracy w przedmiotowym zakresie nie przekazywali do Oddziału informacji o ewentualnych uchybieniach stwierdzonych w wyniku kontroli świadczeniodawców w zakresie dostępności świadczeń, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny.

(dowód: akta kontroli str. 403-408 - informacje uzyskane od konsultantów wojewódzkich, str. 464-466 - notatka służbowa)

W okresie objętym kontrolą Oddział współpracował z WOK m.in. w zakresie kontroli mammografów. W 2012 r. w związku z negatywnym wynikiem kontroli jakości aparatu mammograficznego, Oddział wezwał świadczeniodawcę do zaprzestania wykonywania badań mammograficznych w ramach programu profilaktyki raka piersi oraz do usunięcia uchybień. Ostatecznie umowa na świadczenia w ww. zakresie została rozwiązana.

(dowód: akta kontroli str. 225-248 - zestawie kontroli WOK, str. 471-475 - korespondencja ze świadczeniodawcą)

¹⁴ W zakresie pobierania materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego.

1.3.4 Realizując postanowienia art. 23 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, Oddział publikował na swojej stronie internetowej dane podlegające sprawozdawczości przez świadczeniodawców, dotyczące kolejek oczekujących, tj. liczby osób oczekujących i średniego czasu oczekiwania. Ich aktualizacja wykonywana była na bieżąco. Dane te wykorzystywane były do określenia zapotrzebowania na świadczenia na terenie Dolnego Śląska w procesie opracowywania planu zakupu i kontraktowania świadczeń na kolejny okres. Wobec nielimitowanego charakteru świadczeń w rodzaju PPZ i AOS objętych kontrolą, Oddział nie zarejestrował informacji o tworzeniu przez świadczeniodawców list osób oczekujących na badania.

(dowód: akta kontroli str.464-466 - notatka służbowa, str. 476-477 - wydruk ze strony internetowej)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności Oddziału w zakresie zawierania umów i realizacji świadczeń opieki zdrowotnej stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r., zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych¹⁵, dla świadczeniodawców chcących realizować PPZ (program profilaktyki raka piersi - etap podstawowy) wprowadzono od dnia 1 lipca 2011 r. obowiązek posiadania pozytywnego wyniku kontroli jakości badań mammograficznych (wykonywanej co roku przez WOK), a także pozytywnego wyniku audytu klinicznego zdjęć mammograficznych, przeprowadzanego przez niezależny ośrodek audytorski na podstawie zdjęć mammograficznych przesłanych do WOK. W dniach 23 i 28 sierpnia oraz 6 października 2012 r. do Oddziału przekazane zostały protokoły kontroli jakości badań mammograficznych (z wynikiem negatywnym), przeprowadzonych u 3 świadczeniodawców wykonujących takie badania. Głównymi nieprawidłowościami stwierdzonymi podczas tych kontroli była zła jakość obrazu oraz kompensacja zmian grubości fantomu i wysokiego napięcia. Dodatkowo jeden ze świadczeniodawców nie posiadał aktualnych testów specjalistycznych, jak również otrzymał negatywny wynik audytu klinicznego zdjęć mammograficznych.

Pomimo otrzymania z WOK protokołów kontroli świadczeniodawców, zawierających ocenę negatywną, Oddział nie wstrzymał realizacji zawartych z nimi umów, jak również nie wezwał tych świadczeniodawców do natychmiastowego zaprzestania wykonywania badań mammograficznych do czasu usunięcia nieprawidłowości. W okresie od powzięcia wiedzy o nieprawidłowościach do czasu ich usunięcia świadczeniodawcy ci wykonywali badania w ramach programu profilaktyki raka piersi, za które Oddział dokonał płatności w wysokości 68.320,00 zł. Po otrzymaniu w dniu 30 stycznia 2012 r. dokumentacji dotyczącej usunięcia przez jednego z tych świadczeniodawców nieprawidłowości stwierdzonych podczas kontroli jakości badań mammograficznych, Oddział nie wystąpił do WOK o zajęcie stanowiska w przedmiocie potwierdzenia tego faktu, jak również w kwestii ewentualnej zmiany oceny negatywnej. Brak potwierdzenia ze strony WOK faktycznego usunięcia nieprawidłowości w obecnym stanie prawnym skutkuje niemożnością ubiegania się o realizację świadczeń w zakresie etapu podstawowego i pogłębionej diagnostyki raka piersi.

(dowód: akta kontroli str. 311-321 - wydruki z SIMP, str. 409-463 - umowy na realizację świadczeń, protokoły jakości, faktury VAT, korespondencja WOK - NFZ - świadczeniodawcy)

Genowefa Ulman, Zastępca Dyrektora Oddziału ds. Medycznych w złożonych wyjaśnieniach podała, iż w związku ze zmianą rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. brak było szczegółowych wytycznych stosowania

¹⁵ Dz. U. z 2011 r. Nr 52 poz. 271 ze zm., załącznik nr 1.

Wet.

zmienionych przepisów, w związku z czym przyjęto założenie, że skoro świadczeniodawcy uzyskali informację z WOK o nieprawidłowościach w funkcjonowaniu mammografu, to wadliwy sprzęt podlega naprawie i dopiero po usunięciu usterek i ponownej ocenie WOK będzie uruchomiony. Podkreśliła przy tym, iż wszyscy pracownicy zakładu diagnostyki obrazowej (technicy elektroradiologii, lekarze radiolodzy) zobligowani byli do przestrzegania m.in. przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej. Ponadto wyjaśniła, iż Oddział dokonał płatności za świadczenia wykonane w okresie naprawy mammografów z uwagi na fakt, iż zostały one rozliczone w systemie SIMP.

(dowód: akta kontroli str. 374-381 - wyjaśnienia Z-cy Dyrektora Oddziału)

2. W latach 2009-2012 i w I półroczu 2013 r. Oddział nie przeprowadzał kontroli u świadczeniodawców, z którymi zawarta została umowa na realizację świadczeń w rodzaju PPZ w zakresach: rak szyjki macicy i rak piersi.

W myśl postanowień art. 107 ust. 5 pkt 11 b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, do zadań Dyrektora Oddziału należy kontrola i monitorowanie realizacji umów o świadczenia opieki zdrowotnej. Art. 64 ust. 1 pkt 2 przywołanej ustawy stanowi, iż podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych może przeprowadzić kontrolę udzielania świadczeń świadczeniobiorcom w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pod względem np. zgodności z wymaganiami określonymi w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Ewa Uciechowska, Zastępca Dyrektora Oddziału ds. Ekonomiczno-Finansowych podała, iż głównym powodem zaistniałej sytuacji był brak wskazania przez komórki organizacyjne Oddziału realizacji umów na świadczenie w rodzaju PPZ jako obszaru zagrożenia. Dodała również, iż przy ustalaniu nowych planów kontroli przeprowadzona zostanie analiza obszarów zagrożeń w zakresie PPZ pod kątem ewentualnego ujęcia tego rodzaju świadczeń w ww. planach.

(dowód: akta kontroli str. 252 - ewidencja kontroli, sprawozdania z kontroli w wersji elektronicznej, str. 279-309 – plan i wykonanie kontroli w 2009 r., str. 369-371 - wyjaśnienia Z-cy Dyrektora Oddziału)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

W obowiązujących w okresie objętym kontrolą regulaminach organizacyjnych Oddziału, wprowadzanych zarządzeniami Dyrektora Oddziału, Wydziałowi Świadczeń Opieki Zdrowotnej (Działowi Kontraktowania Świadczeń) przypisane zostały zadania w zakresie współpracy z konsultantami wojewódzkimi i krajowymi we wszystkich rodzajach specjalności pod kątem oceny skutków kontraktacji. Kontrola wykazała, iż w latach 2010-2013 (do czasu zakończenia kontroli) Oddział nie nawiązał współpracy z konsultantami wojewódzkimi i krajowymi w przywołanym wyżej zakresie, ze szczególnym uwzględnieniem skutków kontraktowania i realizacji świadczeń udzielanych w rodzaju PPZ: rak szyjki macicy i rak piersi. Brak współpracy potwierdzili konsultanci wojewódzcy ds. ginekologii i położnictwa, chirurgii onkologicznej oraz onkologii klinicznej.

(dowód: akta kontroli str. 249-250 - regulaminy organizacyjne w wersji elektronicznej, str. 403-408 - informacje uzyskane od konsultantów)

P.o. Dyrektora Oddziału stwierdził, iż podczas kontraktowania świadczeń na 2009 r. Oddział występował do konsultantów wojewódzkich w dziedzinie ginekologii i położnictwa oraz ginekologii klinicznej w przedmiotowej sprawie. Kontraktowanie na lata następne odbywało się w oparciu o uzyskane uprzednio opinie, w których konsultanci nie zgłaszali zastrzeżeń do ustalonych obszarów kontraktowania.

NIK nie podziela tego stanowiska, gdyż w kolejnych latach (2010-2012) do kontraktacji przystępowały również nowe podmioty, w stosunku do których nie została wyrażona opinia m.in. w zakresie skutków kontraktacji.

(dowód: akta kontroli str. 373-381 - wyjaśnienia p.o. Dyrektora)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości działalność Oddziału w zakresie zawierania ze świadczeniodawcami umów na udzielanie świadczeń w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne: rak szyjki macicy i rak piersi.

2. Zawieranie umów ze świadczeniodawcami na świadczenia zdrowotne przy zastosowaniu metody tomografii pozytonowej w zakresie schorzeń onkologicznych

2.1. Planowanie zakupu świadczeń PET

Opis stanu
faktycznego

W latach 2009-2013 (I półrocze) środki na realizację badań diagnostycznych w zakresie PET planowane były w planie finansowym Oddziału w pozycji pn. „Świadczenia Zdrowotne Kontraktowane Odrębnie”¹⁶. Przy planowaniu środków zarówno do planu finansowego, jak i planu zakupu, Oddział kierował się danymi o realizacji świadczeń z lat poprzednich przy uwzględnieniu aktualnych możliwości finansowych. Łącznie w latach 2009-2013 (I półrocze) koszty zakupu świadczeń PET zaplanowano i zakontraktowano w wysokości 36.630.900,00 zł, a zrealizowano je w kwocie 51.886.000,00 zł, co stanowiło 141,6% planu. W dniu 25 kwietnia 2013 r. pomiędzy Oddziałem a świadczeniodawcą realizującym badania diagnostyczne PET, zawarta została ugoda na kwotę 3.487.500,00 zł dotyczącą udzielonych w okresie od 1 stycznia 2009 r. do 31 grudnia 2010 r. świadczeń ponad limit określony w umowie. Po uwzględnieniu kwoty ugody, udział świadczeń wykonanych w stosunku do wartości zakontraktowanych w latach 2009-2013 (I półrocze) zmniejszył się do poziomu 129,3%

(dowód: akta kontroli str. 80-82 - zestawienia kontroli, str. 478-490 - zawarte ugody)

W analizowanym okresie stopień finansowego wykonania zaplanowanych i zakontraktowanych świadczeń PET kształtował się na poziomie od 114,0% w 2009 r. (wykonanie - 9.814.500,00 zł), poprzez 124,3% w 2010 r. (wykonanie - 11.565.000,00 zł) i 185,4% w 2011 r. (wykonanie - 12.712.500,00 zł) do 124,9% w 2012 r. (wykonanie - 12.263.100,00 zł) i 99,9% w I połowie 2013 r. (wykonanie - 7.687.500,00 zł). Znaczący wzrost planowanych środków nastąpił w latach 2012-2013, tj. do poziomu odpowiednio 9.815.400,00 zł i 11.685.000,00 zł.

(dowód: akta kontroli str. 77-82 - zestawienia kontroli)

W odniesieniu do działań podejmowanych w zakresie zwiększenia ilości środków na realizację świadczeń PET, p.o. Dyrektora Oddziału wyjaśnił, iż Oddział monitorując wykonanie świadczeń w tym zakresie starał się je zabezpieczyć w kolejnych latach na poziomie wyższym, jednak z uwagi na ograniczone środki finansowe, nie było możliwe zabezpieczenie środków na poziomie faktycznego wykonania świadczeń PET.

(dowód: akta kontroli str. 345-354 - wyjaśnienia p.o. Dyrektora)

¹⁶ Środki w ramach tej pozycji planu finansowego przeznaczone były na realizację również innych zakresów, określonych w ramach danego rodzaju świadczeń, tj. np. fizjoterapia domowa, badania izotopowe, hemodializoterapia.

Ustalono
nieprawidłowości

W działalności Oddziału w zakresie planowania zakupu świadczeń PET nie stwierdzono nieprawidłowości.

Opis stanu
faktycznego

2.2. Zawieranie umów na badania PET

2.2.1 W okresie objętym kontrolą Oddział zawierał umowy na udzielanie świadczeń w rodzaju świadczenia kontraktowane odrębnie w zakresie PET z jednym podmiotem, tj. z Euromedic Diagnostics Polska Spółka z o.o. w Warszawie, prowadzącym przedsiębiorstwo lecznicze Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Medycyny Nuklearnej we Wrocławiu. Zarządzeniami Dyrektora Oddziału w sprawie przyjęcia do stosowania cennika jednostek rozliczeniowych w poszczególnych rodzajach świadczeń, cenę jednostkową badania PET ustalono na lata 2009-2011 na poziomie 4.500,00 zł, natomiast na lata 2012-2013 w wysokości 4.100,00 zł. Ceny te określone były na podstawie cen z innych Oddziałów NFZ. W latach 2009-2013 Oddział dokonywał zakupu świadczeń w zakresie PET po cenach określonych powyżej.

(dowód: akta kontroli str.77-79 - zestawienia tabelaryczne, str. 491-501 - umowy na PET)

2.2.2 Według stanu na dzień 31 grudnia 2009 r. średni czas oczekiwania¹⁷ na badanie PET wynosił 4 dni dla przypadków pilnych (4 osoby) oraz 11 dni dla przypadków stabilnych (62 osoby). W 2010 r. średni czas oczekiwania dla przypadków pilnych zmniejszył się do 3 dni (4 osoby), natomiast dla przypadków stabilnych zwiększył do 12 dni (85 osób). W 2011 r. nastąpiło skrócenie do 2 dni (5 osób) czasu oczekiwania dla przypadków pilnych, natomiast wydłużeniu do 15 dni (1.433 osoby) uległ czas oczekiwania dla przypadków stabilnych. W 2012 r. nastąpiła poprawa w tym zakresie, gdyż świadczenia dla pilnych przypadków wykonywane były na bieżąco, natomiast czas oczekiwania dla pacjentów stabilnych zmniejszył się do 3 dni (201 osób). W I półroczu 2013 r. nie odnotowano kolejek na badania PET.

(dowód: akta kontroli str. 336 - zestawienie danych z zakresu list oczekujących)

Ustalono
nieprawidłowości

W działalności Oddziału w zakresie zawierania umów na świadczenia PET nie stwierdzono nieprawidłowości.

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Oddziału w obszarze planowania zakupu świadczeń PET i zawierania umów na ich realizację.

IV. Uwagi i wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹⁸, wnosi o:

1. Niezwłoczne wstrzymywanie wykonania umów zawartych na realizację świadczeń w ramach programu profilaktyki raka piersi w przypadku negatywnego wyniku kontroli jakości badań mammograficznych oraz/i audytu klinicznego zdjęć mammograficznych do czasu usunięcia przez świadczeniodawców wszystkich nieprawidłowości.

¹⁷ Zgodnie z §2 ust.1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 200, poz. 1661), świadczeniobiorcę umieszcza się na liście oczekujących po stwierdzeniu, że posiada wymagane skierowanie albo jest uprawniony do uzyskania świadczenia bez skierowania.

¹⁸ Dz. U. z 2012 r., poz. 82.

2. Podjęcie działań mających na celu uzyskanie od WOK potwierdzenia usunięcia wszystkich nieprawidłowości przez świadczeniodawcę, którego dotyczyły protokoły badań specjalistycznych przekazane do Oddziału w dniu 30 stycznia 2012 r.
3. Objęcie kontrolą świadczeniodawców, z którymi Oddział zawiera umowy na realizację programów profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi.
4. Nawiązanie współpracy z konsultantami wojewódzkimi w zakresie realizacji programów profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

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

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

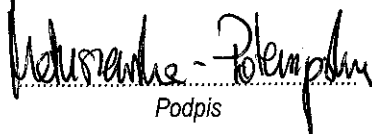
Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Delegatury Najwyższej Izby Kontroli we Wrocławiu, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

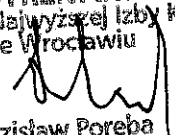
W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Wrocław, dnia 1 listopada 2013 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura we Wrocławiu

Kontroler:
Violetta Matuszewska – Potempska
Specjalista kontroli państwowej


Podpis

DYREKTOR
Delegatura Najwyższej Izby Kontroli
we Wrocławiu
z up.

Zdzisław Poręba
Wicedyrektor
Podpis