



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Poznaniu

LPO – 4101-13-01/2013

P/13/130

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

[Wpisz tekst]

## I. Dane identyfikacyjne kontroli

<i>Numer i tytuł kontroli</i>	P/13/130 - Realizacja zadań „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”
<i>Jednostka przeprowadzająca kontrolę</i>	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Poznaniu
<i>Kontroler</i>	Maria Wojcińska, inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 86120 z 5 lipca 2013 r.  (dowód: akta kontroli str. 1-2)
<i>Jednostka kontrolowana</i>	Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, ul. Polna 33, 60-535 Poznań (dalej: Szpital lub Świadczeniodawca)
<i>Kierownik jednostki kontrolowanej</i>	prof. dr hab. n. med. Tomasz Opala, Dyrektor Szpitala (dalej: Dyrektor Szpitala)  (dowód: akta kontroli str. 3)

## II. Ocena kontrolowanej działalności

### Ocena ogólna

#### Uzasadnienie oceny ogólnej

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości<sup>1</sup> działalność kontrolowanej jednostki w zakresie realizacji zadań „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych” (dalej: Program) w latach 2009-2013.

Pozytywną ocenę uzasadnia przede wszystkim prawidłowa realizacja zadań wynikających z umów zawartych z Ministrem Zdrowia w związku z działalnością Centralnego Ośrodka Koordynującego (dalej: COK) oraz Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego (dalej: WOK) w ramach Populacyjnego programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy (dalej: program), jak również właściwe rozliczanie świadczeń zakontraktowanych z Wielkopolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: Fundusz) na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły: braku bieżącego aktualizowania danych o potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, nieterminowego przekazywania przez Szpital kart zgłoszenia nowotworu złośliwego o symbolu MZ/N-1a do regionalnego rejestru nowotworów oraz przez COK i WOK do Ministerstwa Zdrowia (dalej: Ministerstwo) sprawozdań i rozliczeń wymaganych umowami na realizację programu, jak również braku przedstawienia danych dotyczących realizacji programu w 2010 r. w skali ogólnopolskiej. W ocenie NIK, nieprawidłowości te nie miały istotnego wpływu na działalność COK i WOK oraz na wypełnianie zadań określonych zawartymi z Funduszem umowami o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

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

### **III. Opis ustalonego stanu faktycznego**

#### **1. Realizacja zadań przewidzianych dla COK (do 31 grudnia 2010 r.) oraz WOK w profilaktycznym programie zdrowotnym „Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy”**

##### **1.1. Efekty realizacji umów, dotyczących zadań COK, zawartych z Ministrem Zdrowia**

Opis stanu faktycznego

W latach 2009-2010 Szpital realizował zadania Programu dotyczące utworzenia i funkcjonowania COK.

Umowy na realizację programu, w których wskazano zadania Szpitala jako COK zostały zawarte z Ministrem Zdrowia 8 maja 2009 r. (na rok 2009) oraz 28 kwietnia 2010 r. (na rok 2010).

(dowód: akta kontroli str. 16-25, 32-49)

Umowy na realizację programu były aneksowane. Zmiany dotyczyły przede wszystkim kwot przyznanych na realizację zadań (a w związku z tym zmian załącznika nr 1 do umów) oraz systemu rozliczeń z Ministerstwem.

(dowód: akta kontroli str. 26-31, 50-73)

Planując koszty bieżącej działalności COK, kierowano się wcześniejszymi doświadczeniami, prowadzonymi analizami i ewaluacją programu. Budżet COK powstawał na podstawie preliminarza przesyłanego do Ministerstwa.

(dowód: akta kontroli str. 193, 199, 212-262)

COK realizował wszystkie zadania zleczone umowami. W 2009 r. nastąpiła niepełna realizacja zadań, ponieważ zamiast zaplanowanych 12 kontroli u świadczeniodawców etapu podstawowego (na zadanie zostało przeznaczone 18 000,00 zł) przeprowadzonych zostało 11 kontroli (wydatkowano kwotę 14 999,49 zł). Powyższa sytuacja wynikała z ograniczeń czasowych.

(dowód: akta kontroli str. 302, 307, 473-474)

Część zadań była realizowana przez COK przy współudziale podwykonawców, wybranych według procedur określonych w ustawie z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych<sup>2</sup> (dalej: PZP) lub w przypadku zamówień o mniejszych wartościach, bez stosowania tej ustawy. Zawierane umowy dotyczyły m.in. organizacji konferencji i szkoleń, produkcji materiałów informacyjnych i promocyjnych oraz przeprowadzenia kontroli poradni realizatorów programu.

(dowód: akta kontroli str. 454-460, 475-480)

Kierownik COK oraz osoby zajmujące się konsultacjami merytorycznymi i analizą danych SIMP były zatrudnione na umowy zlecenie.

Pracowników COK zatrudniono do 30 czerwca 2010 r. w ramach umów o pracę na pełen etat, a w okresie od 1 lipca do 31 grudnia 2010 r. osoby te pełniły swoje obowiązki na podstawie umów zleceń. W 2010 roku zatrudnianie pracowników było zgodne z umową na realizację programu, w której założono angaż personelu na

<sup>2</sup> Dz. U. z 2013 r., poz. 907 ze zm.

podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej oraz czasu pracy odpowiadający równoważnikowi jednego etatu czasu pracy wskazanego w ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej<sup>3</sup> (dalej: ustawa o ZOZ).

(dowód: akta kontroli str. 40, 453, 460-465, 483-484)

COK, w celu zwiększenia zgłaszalności pacjentek w badaniach przesiewowych m.in.: prowadził szkolenia i spotkania edukacyjne; publikował raporty i artykuły w czasopiśmie specjalistycznym; opracował system certyfikacji położnych uprawniający je do samodzielnego pobierania wymazów cytologicznych w ramach programu; prowadził kampanie medialne; monitorował proces wysyłki zaproszeń, opracował dla Ministerstwa sugestie zmian systemowych; organizował konferencje dla samorządowców; podejmował współpracę z organizacjami pozarządowymi. Według prof. dr hab. n. med. Marka Spaczyńskiego, Kierownika COK (dalej: Kierownik COK) analizowanie czynników, które miały wpływ na zgłaszalność pacjentek w badaniach przesiewowych oraz wpływu poszczególnych kampanii promocyjnych lub informacyjnych w tym zakresie odbywało się poprzez system SIMP oraz ankiety przeprowadzone w grupie 1 625 kobiet w całej Polsce w 2009 r.

(dowód: akta kontroli str. 193, 195-198, 202-203, 208-209, 302, 307, 314-321)

COK współpracował z Narodowym Funduszem Zdrowia (dalej: Centrala Funduszu). Współpraca przybierała formy m.in.: korespondencji i spotkań, podczas których podejmowano tematy związane z rakiem szyjki macicy; przekazywania protokołów kontroli świadczeniodawców oraz raportów i publikacji dotyczących programu, dostarczania przez Centralę NFZ danych niezbędnych do prowadzenia przez COK niektórych analiz; stworzenia i wdrożenia Systemu Informatycznego Monitorowania Profilaktyki (dalej: SIMP).

(dowód: akta kontroli str. 193, 199-200, 468-469)

COK współpracował z jednostkami samorządu terytorialnego, tj. m.in. kierował wnioski do przedstawicieli samorządu o wsparcie działań związanych z promocją programu; uczestniczył w kampaniach promocyjnych i współpracował przy powstawaniu publikacji na temat profilaktyki raka szyjki macicy<sup>4</sup>; zorganizował również cykl konferencji dla przedstawicieli samorządów lokalnych<sup>5</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 193, 200-201, 210-211)

COK przedstawiał Ministrowi Zdrowia wnioski i propozycje rozwiązań systemowych dotyczących realizacji programu, m.in. odnośnie włączenia badania cytologicznego do badań okresowych; powiązania form pomocy społecznej z wymogiem wykonania badań; wprowadzenia przez Centralę Funduszu zasady rozdzielności porady kompleksowej od badania cytologicznego; stworzenia rejestru stanów przedrakowych raka szyjki macicy; stworzenia rejestru osób zaszczepionych przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV). Ponadto w korespondencji z Ministerstwem wskazywano na późne przekazywanie umów i niewystarczające środki na realizację programu; interweniowano również w sprawie wykonywania badań cytologicznych przez położne nieprzeszkolone przez COK. Ministerstwo nie odniosło się pisemnie do propozycji zmian systemowych.

(dowód: akta kontroli str. 193, 198-199, 466-467)

<sup>3</sup> Dz. U. z 2007 r., Nr 14 poz. 89 ze zm.

<sup>4</sup> M.in. „Profilaktyka HPV w Polsce. Wytyczne dla organizacji programów profilaktycznych przez jednostki samorządu terytorialnego”.

<sup>5</sup> „Rak szyjki macicy – problem społeczny”, pięć konferencji odbyło się w terminie 3.11-2.12.2009 r.

## 1.2. Nadzór nad realizacją programu wykonywany przez COK

COK przeprowadził 11 kontroli świadczeniodawców etapu podstawowego oraz jedną kontrolę świadczeniodawcy etapu diagnostycznego. Ponadto COK przeprowadzał coroczne wizytacje WOK-ów. W wyniku prowadzonych kontroli świadczeniodawców zostały wydane m.in. zalecenia dotyczące zwiększenia dostępu do świadczeń oraz uzupełnienia kwalifikacji położnych i użytkownika odpowiedniego sprzętu. W jednym przypadku stwierdzono zaprzestanie świadczenia badań cytologicznych ze względu na konflikt placowy między lekarzami ginekologami a dyrekcją placówki i zalecono przeprowadzenie rozmów między dyrekcją a lekarzami, a także zwrócono uwagę na konieczność interwencji kierownika WOK. Kopie protokołów oraz ogólne wnioski pokontrolne były przesyłane do Centrali Funduszu. Świadczeniodawcy nie byli zobowiązani do przekazania COK informacji o wdrożeniu lub nieuwzględnieniu uwag/zaleceń pokontrolnych.

(dowód: akta kontroli str. 302, 308, 322-324, 470-472, 481-482, 500-504)

COK przeprowadził 41 edycji kursów<sup>6</sup> oraz 4 spotkania dotyczące realizacji programu dla pracowników WOK<sup>7</sup>. Stosowano ewaluację szkoleń (kwestionariusze oceny kursu).

(dowód: akta kontroli str. 204-207, 302, 307, 312-313)

W 2009 r., w Polsce, liczba kobiet w populacji określonej programem wyniosła 3 274 036; zaproszenia wysłano do 1 595 311 kobiet, a wskaźnik zgłaszalności kobiet na badania cytologiczne wyniósł 26,78%. U 1274 kobiet rozpoznano stan przedrakowy, a u 35 raka szyjki macicy.

(dowód: akta kontroli str. 310, 971-972)

Szpital wywiązał się z obowiązku prowadzenia odrębnej ewidencji księgowej dla zadań realizowanych przez COK, wynikających z § 2 pkt 17 umów na realizację programu.

(dowód: akta kontroli str. 381-384, 386-388, 391-392, 394-395)

W 2010 r. budżet COK uległ zmniejszeniu w stosunku do roku 2009 (2009 – 2 317 600 zł, 2010 – 1 821 600 zł). Najwięcej środków przeznaczano na działania Public relations oraz organizację szkoleń specjalistycznych. Stwierdzono dwa przypadki znacznej rozbieżności między kosztorysem określonym w załączniku do umowy zawartej z Ministrem Zdrowia a rzeczywistym kosztem realizacji zadania (dotyczyły one organizowania spotkań z przedstawicielami WOK w 2009 i 2010 roku)<sup>8</sup>. W wyjaśnieniach Kierownik COK wskazał, że na etapie planowania budżetu oszacowanie wszystkich wydatków z góry nie było możliwe, a niższe koszty wynikały np. ze względów organizacyjnych (udostępnienie sali na spotkania przez Uniwersytet Medyczny w Poznaniu).

(dowód: akta kontroli str. 305, 309, 316, 473-474)

Środki finansowe otrzymane z Ministerstwa na realizację zadań wynikających z zawartych umów zostały wykorzystane zgodnie z przeznaczeniem. Nie wystąpiła

<sup>6</sup> Centralny kurs dokształcający dla położnych i położnych rodzinnych w zakresie pobierania rozmazów cytologicznych w skryningu raka szyjki macicy (28 edycji, 1008 uczestników, łączne koszty netto 456 880,00 zł), Współczesne trendy w profilaktyce i wczesnym wykrywaniu raka szyjki macicy (8 edycji, 391 uczestników, łączne koszty netto 122 920,00 zł), Rak szyjki macicy – problem społeczny (5 edycji, 120 uczestników, łączne koszty netto 72 900,00 zł).

<sup>7</sup> W spotkaniach wzięło udział łącznie 136 osób, łączne koszty organizacji brutto 12 879,57 zł.

<sup>8</sup> Zarówno w 2009 r., jak i w 2010 r. założono na ten cel 10 000 zł. W 2009 r. wydatkowano 5 688,87 zł, a w 2010 r. – 7 866,74 zł.

konieczność zwrotu środków przez COK z powodu ich błędnego wykorzystania. Stopień wykorzystania otrzymanych środków wahał się między 99,18% w roku 2009 a 99,71% w roku 2010. COK zwracał na konto Ministerstwa środki niewykorzystane w poszczególnych latach, co było związane z brakiem możliwości dokładnego oszacowania kosztów na kolejny rok budżetowy i późnym podpisywaniem umów przez Ministra Zdrowia.

(dowód: akta kontroli str. 305, 309, 311, 401-409, 473-474)

COK przekazywał do Ministerstwa wymagane umowami sprawozdania i rozliczenia.

(dowód: akta kontroli str. 373-375, 379-380)

### **1.3. Efekty realizacji umów, dotyczących zadań WOK, zawartych z Ministrem Zdrowia**

Opis stanu faktycznego

W latach 2009-2013 Szpital realizował zadania Programu dotyczące utworzenia i funkcjonowania WOK.

Umowy na realizację programu, w których wskazano zadania Szpitala jako WOK zostały zawarte z Ministrem Zdrowia 22 maja 2009 r. (na rok 2009), 15 kwietnia 2010 r. (na rok 2010), 14 marca 2011 r. (na rok 2011), 12 marca 2012 r. (na rok 2012) oraz 17 kwietnia 2013 r. (na rok 2013). Ponadto 9 grudnia 2009 r. zawarto umowę na zakup kopertownicy. Ubiegając się o realizację zadań w latach 2011-2015 WOK spełniał wymogi konkursowe określone przez Ministerstwo.

(dowód: akta kontroli str. 74-85, 98-123, 128-143, 153-171, 174-192, 432-434)

Umowy na realizację programu były aneksowane. Zmiany dotyczyły przede wszystkim kwot przyznanych na realizację zadań (a w związku z tym zmian załącznika nr 1, 1 b i 1c do umów).

(dowód: akta kontroli str. 86-97, 124-127, 144-152, 172-173, 372)

Budżet WOK powstawał na podstawie preliminarza opracowywanego przez COK, przesyłanego do Ministerstwa. Koszty działalności WOK obejmowały koszty prostsze do oszacowania (np. koszty funkcjonowania biura), jak również koszty nieprzewidywalne (np. koszty napraw sprzętu, nakłady na działania promocyjne, które zależały m.in. od zainteresowania jednostek samorządu terytorialnego).

(dowód: akta kontroli str. 199, 212-262, 334-335)

WOK realizował wszystkie zadania zlecone umowami.

W 2010 r. zadanie nr III dotyczyło przeszkolenia średnio 150 osób (szkolenia dla personelu świadczeniodawców wykonujących badania cytologiczne w ramach programu, tj. położnych, pielęgniarek rodzinnych, lekarzy ginekologów, cytodiagnostów), natomiast w trakcie roku przeszkolono 65 osób. Była to maksymalna liczba zainteresowanych wzięciem udziału w szkoleniach.

(dowód: akta kontroli str. 365, 370, 416)

Część zadań była realizowana przez WOK przy współudziale podwykonawców, wybranych według procedur określonych w PZP lub w przypadku zamówień o mniejszych wartościach, bez stosowania ww. ustawy. Zawierane umowy dotyczyły przeprowadzenia kontroli poradni realizatorów programu oraz organizacji wysyłki zaproszeń na badania.

(dowód: akta kontroli str. 446, 451-452)

Kierownik WOK był zatrudniony na umowę zlecenie. Pracowników WOK zatrudniano w ramach umów o pracę na pełen etat. W latach 2010-2013 zatrudnianie pracowników było zgodne z umowami na realizację programu, w których założono angaż personelu na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej oraz czas pracy odpowiadający równoważnikowi jednego etatu czasu pracy wskazanego w ustawie o ZOZ (obowiązującej do 30 czerwca 2011 r.) oraz ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>9</sup> (która weszła w życie 1 lipca 2011 r.).

(dowód: akta kontroli str. 114, 138, 163, 184, 417-418, 446-450, 485-494)

Wysyłkę zaproszeń realizowano w oparciu o bazę adresową SIMP, która była składową baz danych Centrali Funduszu. Zaproszenia na bezpłatne badanie cytologiczne otrzymywały ubezpieczone kobiety, które w przeciągu ostatnich 3 lat nie wykonały badania cytologicznego w ramach programu lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (dalej: AOS)<sup>10</sup>. System wysyłki imiennych zaproszeń składał się z kilku etapów, tj.: określenia w umowie zawieranej z Ministrem Zdrowia populacji kobiet objętej wysyłką zaproszeń; aktywacji kont bądź aktualizacji danych w SIMP przez realizatorów etapu podstawowego; przyporządkowania populacji według bazy gabinetów Podstawowej Opieki Zdrowotnej do realizatorów etapu podstawowego<sup>11</sup>; wyboru operatora usług pocztowych; druku kopert i zaproszeń; przekazania w systemie SIMP informacji dla realizatorów etapu podstawowego dotyczącej terminu rozpoczęcia wysyłki; przygotowywania tygodniowych transz wysyłkowych w SIMP; personalizowania i kopertowania druków zaproszeń na dany tydzień w siedzibie WOK; przekazania operatorowi pocztowemu zakopertowanych zaproszeń oraz uzupełniania bazy SIMP o tygodniowe zwroty zaproszeń wraz z informacją o przyczynie zwrotu.

WOK nie dysponował danymi na temat liczby wykonywanych badań cytologicznych w gabinetach, które nie podpisały z Funduszem umów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

(dowód: akta kontroli str. 330, 332-333, 365, 371)

WOK synchronizował wysyłkę zaproszeń z zawieraniem umów na wykonywanie badań przesiewowych w następujący sposób: w ramach współpracy z Funduszem następowało uzgadnianie harmonogramu planowych działań związanych z wysyłką imiennych zaproszeń przez WOK. Poprzez spotkania robocze lub rozmowy telefoniczne z pracownikami Działu Kontraktowania Świadczeń Funduszu pracownicy WOK ustalali terminy i stopień zaawansowania zawierania umów ze świadczeniodawcami programu. Prowadzona była również korespondencja elektroniczna lub telefoniczna z pracownikami Centrali Funduszu w celu pozyskania informacji o pełnej kompatybilności zawieranych umów z systemem SIMP. Wprowadzone do systemu SIMP dane umów świadczeniodawców były na bieżąco sprawdzane i weryfikowane przez pracowników WOK w celu aktualizacji danych i określenia populacji.

(dowód: akta kontroli str. 330, 364, 367)

W celu zwiększenia zgłaszalności pacjentek WOK podejmował szereg inicjatyw, m.in.: przygotował informacje prasowe i kampanie telewizyjne; uruchomił infolinię;

<sup>9</sup> Dz. U. z 2013 r., poz. 217.

<sup>10</sup> Populacja kobiet objętych badaniami cytologicznymi w ramach AOS jest przekazywana z danych Centrali Funduszu od 2012 r.

<sup>11</sup> Do gabinetów ginekologicznych realizatorów programu przyporządkowuje się gabinety POZ położone najbliżej gabinetu ginekologicznego z uwzględnieniem liczby zaproszeń, jakie świadczeniodawca programu zatwierdził w tygodniowych planach wysyłki zaproszeń w systemie SIMP. Przyporządkowywanie to odbywa się ręcznie.

prowadził stronę internetową; oddelegowywał swoich przedstawicieli do udziału w imprezach lokalnych; wysyłał zaproszenia do współpracy do gmin i powiatów Wielkopolski (efektem działań było m.in. zorganizowanie akcji „Mobilna cytologia”); podejmował współpracę z organizacjami pozarządowymi; wystawiał stoiska informacyjno-edukacyjne w centrach handlowych; podejmował współpracę ze szkołami (m.in. organizował prelekcje dla uczennic i studentek oraz rodziców); refundował koszty dojazdów na badania cytologiczne w ramach programu. WOK nie analizował jednak czynników, które mają wpływ na zgłaszalność pacjentek w badaniach przesiewowych ani wpływu poszczególnych kampanii promocyjnych lub informacyjnych w tym zakresie. Według prof. dr. hab. n. med. Witolda Kędzi, Kierownika WOK (dalej: Kierownik WOK) takie zadania nie zostały określone w umowach z Ministrem Zdrowia.

(dowód: akta kontroli str. 330, 333, 337-358)

WOK podejmował współpracę z Funduszem. Przybierała ona formę m.in. korespondencji, udziału przedstawicieli WOK w wydarzeniach wojewódzkich organizowanych przez lub przy współudziale Funduszu (np. festyny zdrowotne), oddelegowywania przedstawicieli WOK i Funduszu do udziału w szkoleniach dla świadczeniodawców lub imprezach promocyjnych dla kobiet.

(dowód: akta kontroli str. 330, 335, 424)

WOK współpracował z jednostkami samorządu terytorialnego, m.in.: corocznie przysyłał władzom gmin i powiatów Wielkopolski informacje o programie i propozycje współpracy, czego efektem było np. organizowanie wyjazdowych spotkań i szkoleń, systematyczne dostarczanie materiałów promocyjnych i informacyjnych, udział w lokalnych festynach.

(dowód: akta kontroli str. 330-331, 335-336, 424-430)

WOK nie dysponował informacjami o programach realizowanych przez samorząd terytorialny, których zakres pokrywałby się z zadaniami finansowanymi przez Ministra Zdrowia w ramach programów przesiewowych.

(dowód: akta kontroli str. 331, 336)

WOK przedstawiał swoje uwagi COK głównie w formie ustnej (zazwyczaj podczas spotkań WOK z COK, organizowanych dwa razy do roku) – dotyczyły one m.in. kwestii budżetowych; usprawnienia systemu SIMP; późnego przekazywania umów przez Ministerstwo. W latach 2011-2012 kierowano również ponaglenia o przekazanie materiałów promocyjnych oraz prośby o przekazywanie pełnego obrazu przebadanej populacji (w ramach programu i AOS).

(dowód: akta kontroli str. 330, 333-334, 423-424, 431)

W korespondencji z Ministerstwem zgłoszono m.in. postulat dotyczący możliwości wynagradzania pracowników WOK podejmujących działania mające na celu podniesienie zgłaszalności do programu wykonywane poza godzinami pracy lub w dni wolne od pracy. W większości przypadków Ministerstwo podejmowało korespondencję z WOK.

(dowód: akta kontroli str. 330, 333-334, 421-423, 431)

#### **1.4. Nadzór nad realizacją programu wykonywany przez WOK**

Opis stanu faktycznego

W latach 2009-2012 WOK przeprowadził 36 kontroli świadczeniodawców etapu podstawowego i 21 świadczeniodawców etapu diagnostycznego.

W przypadku kontroli przeprowadzonych przez WOK uwagi pokontrolne dotyczyły na etapie podstawowym w trzech przypadkach braku cytofixu i utrwalania pobranych

materiałów alkoholem, a na etapie diagnostycznym niezgodności niemających istotnego wpływu na przebieg procesu diagnostyczno-leczniczego oraz braku osobnej archiwizacji wyników i preparatów dodatnich. Kopie protokołów kontroli były przesyłane do Funduszu. Świadczeniodawcy nie byli zobowiązani do przekazania WOK informacji o wdrożeniu lub nieuwzględnieniu uwag/zaleceń pokontrolnych.

(dowód: akta kontroli str. 365, 370, 435-445)

W latach 2010-2012 WOK przeprowadził 3 edycje kursów dla realizatorów programu<sup>12</sup>.

WOK nie stosował ewaluacji szkoleń ze względu na brak stosownych wytycznych w umowach zawieranych z Ministrem Zdrowia oraz ze strony COK, jak również brak środków finansowych na takie działanie.

(dowód: akta kontroli str. 364, 366-367, 420)

W latach 2009-2013 wzrastała w Wielkopolsce liczba pacjentek w populacji objętych programem (ze 120 570 do 297 538). Najwięcej pacjentek skorzystało z bezpłatnych badań w 2009 r. (47,23% kobiet, do których wysłano imienne zaproszenia). W latach 2010-2012 współczynnik ten kształtował się na poziomie między 15,32% a 16,14%. U 3 603 kobiet rozpoznano stan przedrakowy, a u 61 raka szyjki macicy.

(dowód: akta kontroli str. 419, 969-971)

System monitorowania pacjentek z nieprawidłowymi wynikami cytologicznymi był prowadzony przez WOK poprzez aplikację systemu SIMP, który zawierał informacje o wynikach badań (w ramach etapu podstawowego, diagnostycznego i diagnostyki pogłębionej). Pracownicy WOK prowadzili raz na kwartał monitorowanie pacjentek z wynikami dodatnimi, które w tym czasie nie zgłosiły się do badania pogłębionego. Lista pacjentek była generowana w systemie SIMP automatycznie za dany okres monitorowania. Wygenerowane monity wraz z załączoną ankietą wysyłano drogą pocztową. Następnie na podstawie zwrotnie otrzymanych od pacjentek ankiet pracownik WOK uzupełniał system SIMP w informacje o miejscu, czasie i wyniku badania/leczenia przeprowadzonego poza programem. Współczynniki zachorowalności oraz umieralności były udostępniane pracownikom WOK w corocznych opracowaniach Wielkopolskiego Rejestru Nowotworów oraz on-line na stronie Centralnego Rejestru Nowotworów.

(dowód: akta kontroli str. 364, 366)

Szpital wywiązał się z obowiązku prowadzenia odrębnej ewidencji księgowej dla zadań realizowanych przez WOK, wynikających z umów na realizację programu<sup>13</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 381, 384-386, 388-400)

W latach 2009-2013 następowało systematyczne zwiększanie budżetu WOK określonego w umowach zawieranych z Ministrem Zdrowia (od 427 469 zł w roku 2009 do 799 439,60 zł w roku 2013, z tym że w roku 2012 WOK otrzymał nieznacznie mniej środków niż w roku 2011). Rokrocznie najwięcej środków przeznaczano na wysyłkę zaproszeń oraz koszty związane z nadzorem nad realizacją programu. Podczas kontroli stwierdzono jeden przypadek znacznej rozbieżności między kosztorysem określonym w załączniku do umowy zawartej z Ministrem Zdrowia a rzeczywistym kosztem realizacji zadania (dotyczył on wykorzystania środków w zakresie zakupu sprzętu biurowego i komputerowego

<sup>12</sup> Szkolenie dla świadczeniodawców programu na temat „Profilaktyka i leczenie raka szyjki macicy (1 edycja, 65 uczestników, koszt szkolenia 10 470,40 zł) oraz wojewódzkie kursy doszkalające dla położnych z zakresu pobierania rozmazów cytologicznych (2 edycje, 64 uczestników, łączne koszty szkoleń 12 827,66 zł).

<sup>13</sup> § 2 pkt 17 – dotyczy WOK 2009-2011 oraz § 2 pkt 18 – dotyczy WOK 2012-2013.

w 2011 r.)<sup>14</sup>. W wyjaśnieniach, Kierownik WOK wskazał, że w 2011 r. żaden użytkowany przez WOK sprzęt nie uległ kasacji, w związku z tym, kierując się zasadą racjonalności kosztów, ograniczono się do niezbędnych zakupów dotyczących uzupełnienia sprzętu biurowego i oprogramowania.

(dowód: akta kontroli str. 359, 363, 416)

Środki finansowe otrzymane z Ministerstwa na realizację zadań wynikających z zawartych umów zostały wykorzystane zgodnie z przeznaczeniem. Nie wystąpiła konieczność zwrotu środków przez WOK z powodu ich błędnego wykorzystania. Stopień wykorzystania otrzymanych środków wahał się między 98,49%<sup>15</sup> a 100%<sup>16</sup>. WOK zwracał na konto Ministerstwa środki niewykorzystane w poszczególnych latach, co było związane m.in. z niższą niż planowano ceną jednostkową zaproszeń (2009 r.) oraz niższymi niż zaplanowano wydatkami dotyczącymi kosztów administracyjnych (lata 2010-2012).

(dowód: akta kontroli str. 359, 361-363, 401-416, 498-499)

WOK przekazywał do Ministerstwa wymagane umowami sprawozdania i rozliczenia.

(dowód: akta kontroli str. 373-378)

Ustalone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Zgodnie z § 2 ust. 5, 14 i 15 umów na realizację programu, COK był zobowiązany do przesłania do Ministerstwa następujących sprawozdań i rozliczeń:

- do 10 dnia pierwszego miesiąca następnego kwartału za kwartał poprzedni, z tym, że za IV kwartał danego roku rozliczeniowego w terminie do 10 grudnia: rozliczenie stanowiące podstawę przekazania środków finansowych oraz sprawozdanie merytoryczne (kwartalne) z realizacji zadania,

- do 15 stycznia następnego roku: końcowe rozliczenie merytoryczno-finansowe z realizacji umowy oraz sprawozdanie merytoryczne (roczne) z realizacji umowy.

Zgodnie z umowami<sup>17</sup>, o terminowym przedłożeniu dokumentów decydowała data wpływu dokumentów do Ministerstwa. Stwierdzono, że następujące dokumenty zostały złożone po obowiązującym terminie:

- końcowe rozliczenie merytoryczno-finansowe za rok 2010 – 21 marca 2011 r.,

- sprawozdanie merytoryczne za rok 2010 – 21 marca 2011 r.

Osobą odpowiedzialną za stwierdzone nieprawidłowości był Kierownik COK. W wyjaśnieniach wskazano, że po wygaśnięciu umowy z Ministrem Zdrowia pracownicy zatrudnieni dotychczas w COK nie mieli tytułu prawnego do wykonywania świadczenia pracy na rzecz Ośrodka, a Ministerstwo nie przekazało żadnych środków finansowych na zakończenie realizacji programu przez dotąd zatrudnionych pracowników (dotyczyło to m.in. kwestii sprawozdawczych). Szpital musiał przedsięwziąć odpowiednie działania, aby przygotować konieczną dokumentację, co wymagało dodatkowego nakładu czasu pracy i innej jej organizacji, zważywszy dodatkowo na fakt, że miały miejsce zmiany personalne na stanowisku głównej księgowej Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 325, 328, 373-375, 379-380, 483-484)

<sup>14</sup> Zgodnie z umową zaplanowana kwota na zadanie wyniosła 10 000,00 zł, a zgodnie z końcowym rozliczeniem merytoryczno-finansowym w 2011 r. w ramach zadania wydatkowano kwotę 6 475,17 zł.

<sup>15</sup> Środki otrzymane w związku z działalnością WOK w 2011 r.

<sup>16</sup> Środki otrzymane w związku z działalnością WOK w I kwartale 2010 (na podstawie Aneksu nr 2 do umowy z 2009 r.).

<sup>17</sup> § 2 ust. 22 (rok 2009)/§ 22 ust. 21 (rok 2010).

2. Zgodnie z § 2 ust. 5, 14 i 15 (lata 2009-2011), a w latach 2012-2013 z § 2 ust. 5, 13, 14, 15 i 16 umów na realizację programu, WOK był zobowiązany do przesłania do Ministerstwa następujących sprawozdań i rozliczeń:

- do 10 dnia pierwszego miesiąca następnego kwartału za kwartał poprzedni, z tym, że za IV kwartał danego roku rozliczeniowego w terminie do 10 grudnia: rozliczenie stanowiące podstawę przekazania środków finansowych, sprawozdanie merytoryczne (kwartalne) z realizacji zadania, a od 2012 r. również sprawozdanie kwartalne z realizacji zadania pn. Działania na rzecz poprawy zgłaszalności na poziomie wojewódzkim,

- do 15 stycznia następnego roku: końcowe rozliczenie merytoryczno-finansowe z realizacji umowy, sprawozdanie merytoryczne (roczne) z realizacji umowy, a od 2012 r. również raport roczny z wyników realizacji programu oraz sprawozdanie roczne z działalności na rzecz poprawy zgłaszalności.

Zgodnie z umowami<sup>18</sup>, o terminowym przedłożeniu dokumentów decydowała data wpływu dokumentów do Ministerstwa. Stwierdzono, że następujące dokumenty zostały złożone po obowiązującym terminie:

- rozliczenia stanowiące podstawę przekazania środków finansowych oraz sprawozdania merytoryczne (kwartalne) z realizacji zadania:

- za IV kwartał 2009 r. – 15 grudnia 2009 r.,
- za I kwartał 2011 r. – 12 kwietnia 2011 r.,
- za III kwartał 2011 r. – 11 października 2011 r.,
- za II kwartał 2012 r. – 11 lipca 2012 r.,
- za II kwartał 2013 r. – 11 lipca 2013 r.,

- sprawozdanie kwartalne z realizacji zadania pn. Działania na rzecz poprawy zgłaszalności na poziomie wojewódzkim:

- za II kwartał 2012 r. – 11 lipca 2012 r.,
- za II kwartał 2013 r. – 11 lipca 2013 r.

Osobą odpowiedzialną za stwierdzone nieprawidłowości był Kierownik WOK.

W wyjaśnieniach wskazano, że wpływ sprawozdań i rozliczeń po terminie był następstwem dłuższego, niż zakładano, doręczenia pism przez pocztę.

(dowód: akta kontroli str. 326-327, 329, 373-378, 485-494)

3. W trakcie kontroli COK nie był w stanie przedstawić danych dotyczących zgłaszalności kobiet na badania oraz efektów realizacji programu w Polsce w 2010 r. Informacje te określał załącznik nr 5 do umowy nr 1/2/17/2010/73/365 z 28 kwietnia 2010 r. na realizację programu (Raport z wyników realizacji programu). Szpital dysponował jedynie danymi za okres od 1 stycznia 2010 r. do 23 września 2010 r., które zostały zawarte w dokumencie „Podsumowanie realizacji Populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy w ramach NPZChN lata 2007-2010 (wrzesień)”.

Osobą odpowiedzialną za stwierdzone nieprawidłowości był Kierownik COK. W wyjaśnieniach wskazano, że sprawozdanie za 2010 r. nie mogło zostać przygotowane, ponieważ w dniach od 24 do 31 grudnia 2010 r. miała miejsce

<sup>18</sup> § 2 ust. 22 (rok 2009, 2012-2013); § 2 ust. 21 (lata 2010-2011).

przerwa świąteczna, a z dniem 1 stycznia 2011 r. uniemożliwiono COK dostęp do SIMP z powodu wygaśnięcia kontraktu z Ministerstwem.

Zgodnie z informacją uzyskaną w Departamencie Informatyki Centrali Funduszu, utrata przez pracowników COK uprawnień do systemu SIMP nastąpiła 3 lutego 2011 r.

Brak przedstawienia danych statystycznych po 23 września 2010 r. nie zmienia jednak faktu, że COK był w stanie udokumentować właściwą realizację zakontraktowanych zadań w IV kwartale 2010 r.

(dowód: akta kontroli str. 263-304, 308, 483-484, 951-953)

Uwagi dotyczące  
badanej działalności

W wyniku przeprowadzonej przez NIK kontroli w zakresie realizacji wybranych zadań Programu w latach 2006-2008 (I półrocze) stwierdzono, że czynności kontrolne w ośrodkach realizujących program wykonywane były przez pracowników WOK nieposiadających wymaganych kwalifikacji. Kontrole w tych ośrodkach – zgodnie z dyspozycją Departamentu Polityki Zdrowotnej Ministerstwa – powinni wykonywać lekarze. W piśmie z 13 marca 2009 r., sporządzonym po kontroli NIK, Dyrektor Szpitala polecił Kierownikowi WOK, aby czynności kontrolne wykonywane były przez pracowników WOK, posiadających wykształcenie medyczne.

W latach 2009-2011, w kontrolach świadczeniodawców etapu podstawowego i diagnostycznego ponownie brały udział osoby, które nie posiadały wykształcenia medycznego. W wyjaśnieniach, Kierownik WOK wskazał, że sprawa ta była wyjaśniana z Ministerstwem, a otrzymanie z Ministerstwa upoważnień do kontroli świadczyło o akceptacji działań WOK.

(dowód: akta kontroli str. 365, 370-371, 435-445, 451-452, 495-497, 505)

Ponadto, NIK zwraca uwagę na brak dokumentowania czasu pracy Kierownika WOK. W umowach na realizację programu, zawieranych od roku 2010 z Ministrem Zdrowia, zapisano, że Kierownik WOK będzie wykonywał swą pracę w wymiarze nie mniej niż 6 godzin dziennie. Mimo iż do umowy-zlecenia nie odnoszą się normy Kodeksu pracy<sup>19</sup> dotyczące czasu pracy, to jednak ze względu na zapisy umowy z Ministrem Zdrowia, Szpital powinien rozważyć wprowadzenie odrębnej ewidencji czasu pracy kierownika WOK, by w pełni dokumentować realizację zakontraktowanych zadań.

(dowód: akta kontroli str. 114, 138, 163, 184, 417-418, 485-494, 840-841, 856-859, 861)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości realizację zadań, dotyczących programu profilaktyki i wykrywania raka szyjki macicy, wykonywanych przez Centralny Ośrodek Koordynujący (w okresie od 1 stycznia 2009 r. do 31 grudnia 2010 r.) oraz Wojewódzki Ośrodek Koordynujący.

## **2. Realizacja umów zawartych z Funduszem na udzielanie świadczeń w rodzaju AOS oraz profilaktyczne programy zdrowotne (rak szyjki macicy)**

Opis stanu  
faktycznego

Świadczeniodawca brał udział w postępowaniach w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na lata 2009-2011 oraz 2012-2016 w rodzajach: AOS (dotyczy etapu podstawowego - pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego) oraz profilaktyczne programy

<sup>19</sup> Dz.U. z 1998 r., Nr 21, poz. 94 ze zm.

zdrowotne (dalej: PRO, dotyczy etapu diagnostycznego i pogłębionej diagnostyki). Szpital składał formularze ofertowe (na lata 2009 i 2012) oraz coroczne formularze aktualizacyjne (na lata 2010, 2011 i 2013). Złożone przez Szpital oferty zawierały dokumenty wymagane przez Centralę Funduszu. Szpital spełniał warunki określone w odpowiednich rozporządzeniach Ministra Zdrowia<sup>20</sup> oraz zarządzeniach Prezesa NFZ<sup>21</sup>, w szczególności w zakresie posiadanego sprzętu oraz personelu udzielającego świadczeń. Ponadto, Świadczeniodawca podał w ofertach prawdziwe informacje dotyczące wyników kontroli prowadzonych przez Fundusz oraz posiadanych certyfikatów w zakresie usług medycznych.

(dowód: akta kontroli str. 528-601, 637-660, 692-753, 780-811, 836-837, 954-967)

Świadczeniodawca zawarł z Funduszem następujące umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej:

- umowa z 31 grudnia 2008 r. nr 150000001/10/1/0003/0/09/11 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju PRO na okres od 1 stycznia 2009 r. do 31 grudnia 2011 r. (dalej: umowa PRO 2009-2011),
- umowa z 7 stycznia 2009 r. nr 150000001/02/1/0001/0/09/11 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju AOS na okres od 1 stycznia 2009 r. do 31 grudnia 2011 r. (dalej: umowa AOS 2009-2011),
- umowa z 12 stycznia 2012 r. nr 150000001/10/1/0035/0/12/16 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju PRO na okres od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2016 r. (dalej: umowa PRO 2012-2016),
- umowa z 15 lutego 2012 r. nr 150000001/02/1/0001/0/12/16 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju AOS na okres od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2016 r. (dalej: umowa AOS 2012-2016).

(dowód: akta kontroli str. 602-627, 661-679, 754-767, 812-822)

W trakcie obowiązywania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonywano ich zmian. Aneksy dotyczyły m.in. wprowadzenia nowych planów rzeczowo-finansowych na kolejne lata budżetowe, a w trakcie roku, zmiany liczby punktów rozliczeniowych oraz harmonogramu pracy lekarzy.

(dowód: akta kontroli str. 628-636, 680-691, 768-779, 823-828, 906-919)

W latach 2009-2012 Świadczeniodawca realizował umowy zgodnie z wykazami osób udzielających świadczeń, zamieszczonymi w załącznikach do umów zawartych z Funduszem. Lekarze zatrudnieni byli zarówno na umowy o pracę (w pełnym i niepełnym wymiarze czasu pracy), jak również w ramach umów cywilnoprawnych (tzw. kontrakty).

(dowód: akta kontroli str. 922-944)

<sup>20</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu AOS (Dz. U. z 2009 r., Nr 139, poz. 1142 ze zm.), Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2011 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu AOS (Dz. U. z 2011 r., Nr 111, poz. 653), Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2009 r., Nr 140, poz. 1148 ze zm.) oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2012 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2012 r., poz. 1422).

<sup>21</sup> Zarządzenie Nr 80/2008/DSOZ Prezesa NFZ z 14 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju AOS, Zarządzenie Nr 81/2008/DSOZ Prezesa NFZ z 18 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju PRO, Zarządzenie Prezesa NFZ nr 57/2009/DSOZ z 29 października 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju PRO, Zarządzenie Nr 62/2009/DSOZ Prezesa NFZ z 2 listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju AOS, Zarządzenie Nr 29/2011/DSOZ Prezesa NFZ z 14 czerwca 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju AOS, Zarządzenie Nr 81/2011/DSOZ Prezesa NFZ z 4 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju AOS, Zarządzenie Nr 71/2012/DSOZ Prezesa NFZ z 7 listopada 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju AOS, Zarządzenie Prezesa nr 98/2012 z 21 grudnia 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju PRO.

W umowach i aneksach dotyczących świadczeń w rodzaju AOS na lata 2009, 2011, 2012 oraz 2013 Szpital wskazał podwykonawców, którzy będą udzielać świadczeń na jego zlecenie. W 2011 r., Świadczeniodawca realizował umowy zgodnie z wykazem podwykonawców.

(dowód: akta kontroli str. 945)

Świadczenia w rodzaju AOS i PRO były realizowane zgodnie z harmonogramami określonymi w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W związku z kontraktowaniem na lata 2012-2016 stwierdzono, że zgodnie z § 11 ust. 5 Zarządzenia nr 81/2011/DSOZ Prezesa NFZ z 4 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju AOS, poradnia specjalistyczna (tj. Poradnia Ginekologiczno-Położnicza) czynna była nie krócej niż trzy dni w tygodniu po 4 godziny dziennie, w tym co najmniej raz w tygodniu w godzinach przedpołudniowych w przedziale czasowym między 7:30 a 14:30 oraz co najmniej raz w tygodniu w godzinach popołudniowych, w przedziale między godz. 14:00 a 20:00.

(dowód: akta kontroli str. 968)

Liczba i wartość świadczeń zakontraktowanych, wykonanych i zapłaconych w ramach poszczególnych etapów przedstawiały się następująco:

	Liczba i wartość świadczeń zakontraktowanych			Liczba i wartość świadczeń wykonanych			Liczba i wartość świadczeń zapłaconych		
	Etap podstawowy	Etap diagnostyki cytologicznej	Etap pogłębionej diagnostyki	Etap podstawowy	Etap diagnostyki cytologicznej	Etap pogłębionej diagnostyki	Etap podstawowy	Etap diagnostyki cytologicznej	Etap pogłębionej diagnostyki
2009	762 pkt	47 058 pkt	3 105 pkt	741 pkt	47784 pkt	3105 pkt	609 pkt	38445 pkt	3105 pkt
	6 393,18 zł	282 348 zł	27 945 zł	6 216,99 zł	286 704 zł	27 945 zł	5 109,51 zł	230 670 zł	27 945 zł
2010	2 793 pkt	42 402 pkt	2691 pkt	1938 pkt	42 414 pkt	2691 pkt	1920 pkt	42 177 pkt	2691 pkt
	23 433,27 zł	254 412 zł	24 219 zł	16 259,82 zł	254 484 zł	24 219 zł	16 108,80 zł	253 062 zł	24 219 zł
2011	1020 pkt	41 391 pkt	1 257 pkt	1017 pkt	41 121 pkt	207 pkt	996 pkt	41115 pkt	207 pkt
	8 557,80 zł	248 346 zł	11 313 zł	8 532,63 zł	246 726 zł	1 863 zł	8 356,44 zł	246 690 zł	1 863 zł
2012	666 pkt	32 562 pkt	69 pkt	663 pkt	32 496 pkt	69 pkt	642 pkt	32175 pkt	69 pkt
	6 127,20 zł	227 934 zł	662,40 zł	6 099,60 zł	227 472 zł	662,40 zł	5 906,40 zł	225 225 zł	662,40 zł
2013*	410 pkt	30 285 pkt	104 pkt	252 pkt	12 882 pkt	0 pkt	240 pkt	12216 pkt	0 pkt
	3 772 zł	211 995 zł	998,40 zł	2 318,40 zł	90 174 zł	0 zł	2 208 zł	85 512 zł	0 zł

\*stan na 30 czerwca 2013 r.

Rokrocznie, najwięcej środków z Funduszu Szpital otrzymywał w ramach kontraktowania etapu diagnostyki cytologicznej. Największe różnice w liczbie zakontraktowanych i wykonanych świadczeń wystąpiły w 2011 r. w przypadku etapu pogłębionej diagnostyki (zakontraktowano 1 257 pkt, wykonano 207 pkt). Należy również zauważyć, że w I półroczu 2013 r. Szpital nie obciążył Funduszu za świadczenia dotyczące etapu pogłębionej diagnostyki. W opinii Dyrektora Szpitala, taki stan rzeczy wynika przede wszystkim z faktu, że pacjentki z nieprawidłowym wynikiem wymazu cytologicznego w ramach programu nie mają obowiązku zgłaszania się do etapu pogłębionej diagnostyki w ramach programu. Ponadto – w odniesieniu do braku zgłoszeń pacjentek w 2013 r. - czynnikiem, który również miał wpływ na powstałą sytuację było powtarzające się rokrocznie opóźnienie Ministerstwa w przekazywaniu umowy na realizację działań WOK, w której określone jest m.in. zadanie wysyłki bezpłatnych zaproszeń dla pacjentek. Umowy dla WOK przekazywane są przez Ministerstwo po I kwartale danego roku i przy obowiązujących procedurach przetargowych powoduje to, że realnym terminem rozpoczęcia wysyłki zaproszeń na badania staje się koniec II kwartału w danym roku.

(dowód: akta kontroli str. 845-846, 850-851, 891-905)

Fundusz - zgodnie z § 24 ust. 1 załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (dalej: rozporządzenie w sprawie OWU)<sup>22</sup> - wywiązywał się terminowo z obowiązku przekazywania należności za wykonane świadczenia, za wyjątkiem trzech przypadków, gdy opóźnienie wyniosło 4, 7 i 12 dni<sup>23</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 866-882)

W latach 2009-2011 wzrastała liczba pacjentek, do których wysłano imienne zaproszenia na badania cytologiczne w Szpitalu (z 4 274 do 16 691). W 2012 r. liczba ta zmalała do 11 000. Z bezpłatnych badań skorzystało między 2,17% a 4,34% kobiet, które otrzymały zaproszenia. Do końca 2012 r. u 19 kobiet rozpoznano stan przedrakowy, a u jednej - raka szyjki macicy.

(dowód: akta kontroli str. 920)

Zgodnie z ustawą z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej<sup>24</sup> (dalej ustawa o statystyce) oraz załącznikami do rozporządzeń Rady Ministrów w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej, określonych na poszczególne lata 2009 – 2013<sup>25</sup> Świadczeniodawca wywiązywał się z obowiązku wypełniania i przekazywania kart zgłoszenia nowotworu złośliwego (sprawozdanie MZ/N-1a) Wielkopolskiemu Rejestrowi Nowotworów.

(dowód: akta kontroli str. 888-890)

Kalkulacja kosztów na realizację świadczeń zakontraktowanych na lata 2009-2012 nie była przedstawiana w poszczególnych ofertach. Świadczeniodawca wyliczał koszty dla poszczególnych procedur medycznych wykonywanych w poszczególnych ośrodkach kosztów (tj. komórkach organizacyjnych szpitala) niezależnie od składanych ofert. Rzeczywiste koszty ponoszone przez Szpital w związku z wykonywaniem poszczególnych świadczeń medycznych były wielokrotnie przedstawiane przedstawicielom Funduszu, jednak wyliczenia Szpitala nie były

<sup>22</sup> Dz. U. z 2008 r., Nr 81, poz. 484.

<sup>23</sup> Dotyczy faktur nr: nr 23/07/09 z 6 sierpnia 2009 r. oraz 28/10/11 i 29/10/11 z 4 listopada 2011 r.

<sup>24</sup> Dz. U. z 2012 r. poz. 591 ze zm.

<sup>25</sup> Dz. U. z 2008 r., Nr 221, poz. 1436 ze zm., Dz. U. z 2010 r., Nr 3, poz. 14 ze zm., Dz. U. z 2010 r., Nr 239, poz. 1594 ze zm., Dz. U. z 2011 r., Nr 173, poz. 1030 ze zm., Dz. U. z 2012 r. poz. 1391.

brane pod uwagę. Zgodnie z opinią Dyrektora Szpitala, Fundusz, przedstawiając oferty, kieruje się swoimi wycenami, które są niedoszacowane i nie odzwierciedlają faktycznych kosztów ponoszonych przez Szpital w związku z wykonywaniem świadczeń medycznych.

Ewidencja kosztów dotyczyła wszystkich świadczonych usług w poradniach i pracowniach<sup>26</sup>, a nie tylko kosztów świadczeń w rodzaju PRO i AOS, będących przedmiotem umów z Funduszem.

(dowód: akta kontroli str. 506-527, 847, 853, 921)

Ustalone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Zgodnie z:

- § 6 ust. 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU, zmiany w załączniku do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wymagają zgłoszenia najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo – w przypadkach losowych – niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia,

- § 2 ust. 9 zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (umowa PRO 2009-2011, umowa AOS 2009-2011, umowa PRO 2012-2016 oraz umowa AOS 2012-2016), świadczeniodawca zobowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji świadczeniodawcy służące wykonywaniu świadczeń.

Świadczeniodawca podał w ofertach w rodzaju AOS oraz PRO dane częściowo niezgodne ze stanem faktycznym istniejącym na dzień ich składania, bądź też nie dokonał aktualizacji załącznika nr 2 do umów:

- w ofercie złożonej do Funduszu na rok 2009 w rodzaju AOS oraz w umowie AOS na rok 2009 wskazano, że M.M. jest lekarzem w trakcie specjalizacji, natomiast zgodnie z przedstawioną podczas kontroli dokumentacją, jest lekarzem specjalistą od 22 kwietnia 2008 r.

W wyjaśnieniach, Dyrektor Szpitala wskazał, że niewykazanie w ofercie złożonej do Funduszu uzyskania przez M.M. specjalizacji w zakresie położnictwa i ginekologii było spowodowane niedopatrzeniem pracownika Działu Kontraktowania i Rozliczeń. Informacja taka została wprowadzona podczas złożenia kolejnej oferty.

- w ofercie złożonej do Funduszu w związku z kontraktowaniem świadczeń opieki zdrowotnej na lata 2012-2016 w rodzaju AOS wskazano, że do badań wykorzystywany będzie aparat USG SSD 5000. Stwierdzono, że zamiast USG SSD 5000 o numerze seryjnym M00832 z 2000 roku w miejscu udzielania świadczeń znajduje się USG o numerze seryjnym M02869 z 2008 roku. Zgodnie z przedstawioną dokumentacją (kserokopia paszportu technicznego USG SSD 5000 o numerze seryjnym M00832 z 2000 roku) 15 marca 2012 r. wstrzymano eksploatację urządzenia i zostało ono przekazane do serwisu w celu oględzin i ewentualnej naprawy. Załącznik nr 2 do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ww. zakresie nie został zaktualizowany.

W wyjaśnieniu, Dyrektor Szpitala wskazał, że aparat USG SSD 5000 o numerze seryjnym M00832 z 2000 r. od marca 2012 r. znajduje się w autoryzowanym serwisie. Szpitalowi udostępniony został niezwłocznie aparat zastępczy (wyższej klasy) ALPHA 5 (Aloka) o numerze seryjnym M02869. Po przekazaniu przez serwis informacji o kosztach naprawy (ok. 60.000 zł) - ze względu na wiek sprzętu - Szpital

<sup>26</sup> Poradnia Ginekologiczno-Położnicza, Pracownia patofizjologii szyjki macicy, Pracownia cytologiczna, Poradnia patofizjologii szyjki macicy.

nie wyraził zgody na naprawę, oczekując informacji, czy konieczna jest wymiana całej płyty głównej, czy możliwa jest naprawa płyty uszkodzonej.

W wyniku niedopatrzenia, Dział Eksploatacji, Remontów i Aparatury Medycznej nie przekazał informacji do aktualizacji danych w Systemie Zarządzania Obiegiem Informacji (dalej: SZOI).

W dniu 9 września br., inspektorowi NIK przekazano potwierdzenie zgłoszenia zmian do Funduszu w ww. zakresie.

- w aneksie nr AP z 4 stycznia 2013 r. do umowy AOS 2012-2016 wskazano, że w 2013 r. świadczeń w zakresie położnictwa i ginekologii będzie udzielać A. H-S., która w 2013 r. nie jest już pracownikiem Szpitala.

W wyjaśnieniu, Dyrektor Szpitala wskazał, że w październiku 2012 r. - kiedy składano ofertę do Funduszu - osoba ta była nadal zatrudniona w Szpitalu, a umowa obowiązywała do 30 listopada 2012 roku. Nie zmienia to jednak faktu, że w 2013 r. nie dokonano aktualizacji załącznika nr 2 do umowy w tym zakresie.

- w ofertach złożonych do Funduszu oraz w umowach zawartych w związku z kontraktowaniem świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: PRO na lata 2009-2011 oraz 2012-2016 stwierdzono następujące niezgodności z zastanym stanem faktycznym:

- wykazany w ofertach i umowach mikroskop o numerze seryjnym 16847 został 26 marca 2009 r. ujęty w wykazie przedmiotów nietrwiałych i nie jest wykorzystywany na potrzeby udzielania świadczeń (przedstawiono kserokopię wykazu przedmiotów nietrwiałych),
- wykazany w ofertach i umowach termocykler Gene AMP PCR System 9700 został 6 maja 2010 r. odebrany przez wydzierżawiającego i nie jest wykorzystywany na potrzeby udzielania świadczeń (przedstawiono kserokopię dokumentu odbioru),
- wykazana w ofertach i umowach pipeta automatyczna Research 100 posiada numer seryjny 1765104 (wpisano numer 1111),
- wykazana w ofertach i umowach pipeta automatyczna Research 200 posiada numer seryjny 1019344 (wpisano numer 1111),
- wykazana w ofertach i umowach pipeta automatyczna Research 1000 posiada numer seryjny 1778294 (wpisano numer 1111),
- wykazana w ofertach i umowach pipeta automatyczna Research 5000 posiada numer seryjny 4863846 (wpisano numer 1111),
- wykazana w ofertach i umowach pipeta automatyczna Research Pro 300 posiada numer seryjny 6031162 (wpisano numer 1111).

Załączniki nr 2 do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ww. zakresie nie zostały zaktualizowane.

W wyjaśnieniach, Dyrektor Szpitala wskazał, że:

- mikroskop o numerze seryjnym 16847 został skasowany 26 marca 2009 r. Ciągłość badań została zachowana poprzez pracę z mikroskopem o numerze seryjnym J/902430. Uchybieniem pracownika Działu Eksploatacji, Remontów i Aparatury Medycznej był brak przekazania informacji do aktualizacji danych w SZOI,

- termocykler Gene AMP PCR System 9700 został po zakończeniu umowy dzierżawy odebrany przez wydzierżawiającego, przy zachowaniu ciągłości wykonywania badań. Szpital nadal wydzierżawiał analizator wraz z oprogramowaniem do automatycznej izolacji kwasów nukleinowych do reakcji PCR w czasie rzeczywistym Cobas X480, który to moduł w pełni przejął funkcję termocyklera. Niedopatrzeniem ze strony pracownika Działu Eksploatacji,

Remontów i Aparatury Medycznej był brak przekazania informacji do aktualizacji danych w SZOI,

- pipety automatyczne zawsze posiadały numery seryjne takie, jakie stwierdzono w trakcie kontroli. Dyrektorowi Szpitala nie jest znany powód wykazania w ofertach złożonych do Funduszu, jednakowych dla wszystkich, numerów seryjnych pipet automatycznych o numerze 1111.

W dniu 9 września br., inspektorowi NIK przekazano potwierdzenie zgłoszenia zmian do Funduszu w zakresie zasobów sprzętowych, tj. używanego do badań termocyklera oraz mikroskopu.

W kontraktach dotyczących AOS na lata 2009, 2011, 2012 i 2013, w wykazie podwykonawców, wskazano firmę o numerze regon 639776332, która – zgodnie z informacją uzyskaną ze strony internetowej Głównego Urzędu Statystycznego - zakończyła działalność 30 listopada 2007 r. W dniu 26 września 2007 r. zarejestrowano w Krajowym Rejestrze Sądowym podmiot o takiej samej nazwie, lecz innej formie prawnej (spółka z o.o. o numerze regon 300668929). Podczas kontroli przedstawiono jedynie umowę z 2 stycznia 2008 r. z podmiotem o numerze regon 300668929. W wyjaśnieniu Dyrektor Szpitala podał, że podmiot o numerze regon 639776332, jako podwykonawca usługi medycznej, udzielił Szpitalowi promesy, co zostało uwidocznione w SZOI. Zmiana organu założycielskiego nie została wprowadzona do SZOI, a operatorem, który może wprowadzać umowy do systemu jest tylko i wyłącznie strona udostępniająca zasoby.

Należy jednak zaznaczyć, że pismem z 24 listopada 2008 r., spółka poinformowała Szpital o zmianie numeru świadczeniodawcy w systemie SZOI. Ponadto, spółka z o.o. o numerze regon 300668929 została wykazana w wykazie podwykonawców w kontrakcie dotyczącym AOS na rok 2011, co świadczy o tym, że co prawda nie usunęła ona z SZOI poprzedniej działalności, jednakże wprowadziła również właściwą i taką należy wybierać z systemu przy wskazywaniu podwykonawców.

Osobą odpowiedzialną za stwierdzone nieprawidłowości jest Dyrektor Szpitala, który zgodnie z Regulaminem Organizacyjnym kieruje bezpośrednio działalnością Szpitala i ponosi odpowiedzialność za jego zarządzanie.

(dowód: akta kontroli str. 5-7, 829-835, 842-844, 846-847, 851-858, 946-950, 973-979)

2. Zgodnie z art. 7 ustawy o statystyce publicznej oraz załącznikami do rozporządzeń Rady Ministrów w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej, określonymi na poszczególne lata 2009 – 2013, podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające ambulatoryjnych, stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych mają obowiązek przekazywania regionalnemu rejestrowi nowotworów raz w miesiącu (do 15 dnia miesiąca następującego po rozpoznaniu choroby) karty zgłoszenia nowotworu złośliwego o symbolu MZ/N-1a, w formie elektronicznej lub papierowej. Stwierdzono, że następujące karty zostały zgłoszone po wymaganym terminie:

- za kwiecień 2009 r. – 18 maja 2009 r.,
- za maj 2009 r. – 17 czerwca 2009 r.,
- za lipiec 2009 r. – 20 sierpnia 2009 r.,
- za wrzesień 2009 r. – 20 października 2009 r.,
- za październik 2009 r. – 17 listopada 2009 r.,
- za luty 2010 r. – 24 marca 2010 r.,

- za marzec 2010 r. – 16 kwietnia 2010 r.,
- za sierpień 2010 r. – 16 września 2010 r.,
- za październik 2010 r. – 17 listopada 2010 r.,
- za grudzień 2011 r. – 17 stycznia 2012 r. oraz 13 lutego 2012 r.,
- za marzec 2012 r. – 18 kwietnia 2012 r. oraz 16 lipca 2012 r.,
- za kwiecień i maj 2012 r. – 16 lipca 2012 r.,
- za listopad 2012 r. – 20 grudnia 2012 r.,
- za grudzień 2012 r. – 14 lutego 2013 r.,
- za luty 2013 r. – 18 marca 2013 r.,
- za marzec 2013 r. – 18 kwietnia 2013 r.

Ponadto, za lata 2012-2013 możliwe było na podstawie zbiorczych informacji o kartach przekazywanych do regionalnego rejestru nowotworów ustalenie terminu rozpoznania choroby. Na tej podstawie ustalono, że w 37 przypadkach na 91 zgłoszonych do rejestru pacjentek z rakiem szyjki macicy, karty przekazywane były w terminie późniejszym niż do 15 dnia miesiąca następującego po rozpoznaniu choroby<sup>27</sup>.

Osobą odpowiedzialną za stwierdzone nieprawidłowości jest Dyrektor Szpitala, który zgodnie z Regulaminem Organizacyjnym kieruje bezpośrednio działalnością Szpitala i ponosi odpowiedzialność za jego zarządzanie.

W wyjaśnieniach, Dyrektor Szpitala oświadczył, że podjął już odpowiednie działania, aby terminowo przekazywać karty MZ/N-1a do regionalnego rejestru nowotworów.

W dniu 14 października br., inspektorowi NIK przekazano kserokopie pism wystosowanych przez Dyrektora Szpitala do lekarzy kierujących: Oddziałem Onkologicznym oraz Pododdziałami Ginekologicznymi, w których wskazano na konieczność zdyscyplinowania lekarzy do niezwłocznego przekazywania kart MZ/N-1a Sekcji Ruchu Chorych.

(dowód: akta kontroli str. 5-7, 847-848, 853, 862-865, 883-887, 982-984)

Uwagi dotyczące  
badanej działalności

Świadczeniodawca nie umożliwił pacjentkom umawiania się od 1 stycznia 2013 r. drogą elektroniczną na wizyty, stosownie do postanowień art. 23a ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>28</sup>. W wyjaśnieniach, Dyrektor Szpitala wskazał, że autor oprogramowania funkcjonującego w jednostce czekał z podjęciem działań umożliwiających wypełnienie przez podmioty lecznicze tego obowiązku, do czasu opublikowania rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 kwietnia 2013 r. w sprawie minimalnej funkcjonalności dla systemów teleinformatycznych umożliwiających realizację usług związanych z prowadzeniem przez świadczeniodawców list oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego<sup>29</sup> i nie zakończył jeszcze swoich prac ani nie określił kosztów usługi. Ponadto, zgodnie z treścią wyjaśnień, szukanie przez szpitala dodatkowych rozwiązań na własną rękę okazało się utrudnione z uwagi na fakt, iż integracja dodatkowego oprogramowania z już funkcjonującym w podmiocie

<sup>27</sup> Jako przykład wskazać można kartę zgłoszenia nowotworu złośliwego za miesiąc sierpień 2012 r. W przypadku pacjentek ujętych w zestawieniu pod numerami:

- 31 – rozpoznanie choroby nastąpiło w styczniu 2012 r.,
- 34, 35 – rozpoznanie choroby nastąpiło w czerwcu 2012 r.,
- 11, 32 – rozpoznanie choroby nastąpiło w lipcu 2012 r.

<sup>28</sup> Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

<sup>29</sup> Dz. U. z 2013 r., poz. 516.

lecznym, może okazać się niewykonalna. W wyjaśnieniach wskazano, że do czasu integracji dodatkowego oprogramowania, Szpital umożliwi pacjentkom umawianie się na wizyty drogą elektroniczną poprzez pocztę mailową udostępnioną na stronie internetowej. Z dniem 1 października 2013 r. Świadczeniodawca wprowadził takie rozwiązanie.

(dowód: akta kontroli str. 845, 849-850)

#### Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, realizację umów zawartych z Funduszem na udzielanie świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (dotyczy etapu podstawowego - pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego) oraz profilaktyczne programy zdrowotne (dotyczy etapu diagnostycznego i pogłębionej diagnostyki).

## IV. 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 23 grudnia 2004 r.<sup>30</sup> o Najwyższej Izbie Kontroli wnosi o:

1. Bieżące aktualizowanie danych o potencjale wykonawczym (w tym personelu i sprzęcie) przeznaczonym do realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
2. Zapewnienie skutecznych działań w celu terminowego przekazywania Ministerstwu sprawozdań i rozliczeń dotyczących działalności WOK określonych w umowach na realizację programu.

---

<sup>30</sup> Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.

## V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia  
zastrzeżeń

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

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

Obowiązek  
poinformowania  
NIK o sposobie  
wykorzystania uwag  
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie 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.

Poznań, dnia 28 października 2013 r.

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Poznaniu

Kontroler  
Maria Wojcińska  
inspektor kontroli państwowej

Dyrektor  
z up. Grzegorz Malesiński  
wicedyrektor

.....  
*Podpis*

.....  
*podpis*