



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Poznaniu

LPO-4101-13-02/2013

P/13/130

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

## 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>	Paweł Siuda, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 86142 z dnia 8 sierpnia 2013 r. oraz nr 87736 z dnia 4 października 2013 r.  (dowód: akta kontroli str. 1-2, 321, 322)
<i>Jednostka kontrolowana</i>	Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia; ul. Piekary 14/15, 61-823 Poznań
<i>Kierownik jednostki kontrolowanej</i>	Filip Nowak, pełniący obowiązki Dyrektora Oddziału.  (dowód: akta kontroli str. 3-13)

## II. Ocena kontrolowanej działalności

### Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie<sup>1</sup>, zawieranie umów w latach 2009-2013 w celu realizacji świadczeń ujętych w profilaktycznych programach zdrowotnych dotyczących raka szyjki macicy i raka piersi.

Kontrolą objęto również zawieranie umów na świadczenia zdrowotne z zastosowaniem tomografii pozytonowej. Działalność kontrolowanej jednostki w tym zakresie NIK ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości.

### Uzasadnienie oceny ogólnej

Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zaplanował i realizował proces kontraktowania świadczeń profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy i raka piersi oraz tomografii pozytonowej, w sposób zapewniający ich dostępność. Przyjęte rozwiązania organizacyjne pozwalały na rzetelną weryfikację i ocenę złożonych ofert, zagwarantowanie wyboru świadczeniodawców z zachowaniem zasady konkurencyjności oraz wyeliminowanie nieprawidłowości stwierdzonych przez Najwyższą Izbę Kontroli w toku kontroli przeprowadzonej w 2008 r. Nieprawidłowości stwierdzone w trakcie przeprowadzonej kontroli dotyczyły przebiegu rozliczeń ze świadczeniodawcami z tytułu udzielenia świadczeń zdrowotnych w zakresie tomografii pozytonowej (kontraktowanych odrębnie) ponad limity określone w umowach.

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

### III. Opis ustalonego stanu faktycznego

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

##### 1.1. Planowanie i monitorowanie potrzeb zdrowotnych.

Opis stanu faktycznego

1.1.1. Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ w Poznaniu (Oddział Funduszu) w celu zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne w zakresie raka szyjki macicy i raka piersi monitorował realizację programu i analizował dane z wykorzystaniem:

- raportów Systemu Informatycznego Monitorowania Profilaktyki (SIMP), dotyczących liczby wysłanych zaproszeń, liczby kobiet, które skorzystały z zaproszenia, wykonania zadań programu przez świadczeniodawców,
- danych o rzeczywistym wykonaniu świadczeń,
- wniosków świadczeniodawców o renegocjację umów, celem objęcia opieką większej populacji osób,
- wniosków ubezpieczonych związanych z trudnościami z dostępem do uzyskania świadczeń.

Na podstawie tych danych w latach 2009-2013 w Oddziale Funduszu podejmowano następujące działania:

- sporządzano raporty (na podstawie danych z SIMP) dotyczące: realizacji programów profilaktycznych, dające możliwość monitorowania dynamiki zgłaszalności, stopnia objęcia populacji badaniami profilaktycznymi, stopnia powtórnych wezwań w czasie realizacji poszczególnych etapów programów i wykrytych nowotworów,
- analizowano dokumentację ofertową,
- zmieniano warunki umów na etapie ich realizacji, dotyczące wartości umów, dostosowując ją do wykonania faktycznego, co bezpośrednio wpływało na poprawę dostępu do świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 22, 23)

1.1.2. Dyrektor Oddziału Funduszu w kwietniu 2009 r. określił zasady współpracy z organami jednostek samorządu terytorialnego (JST) w celu stałego monitorowania i zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych mieszkańców w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi<sup>2</sup>. W treści zarządzenia wskazano zadania Funduszu, w tym polegające na:

- informowaniu JST o realizowanych programach profilaktycznych,
- informowaniu JST o innych działaniach podejmowanych przez Fundusz w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi,
- uczestniczeniu, na wniosek zainteresowanych, w posiedzeniach organów JST,
- okresowym informowaniu JST o stanie zabezpieczenia na terenie województwa wielkopolskiego świadczeń w zakresie ww. profilaktyki.

(dowód: akta kontroli str. 21)

Współpraca dyrektora Oddziału Funduszu na poziomie samorządów terytorialnych, organizacji świadczeniodawców i ubezpieczonych, w zakresie zapewnienia dostępu do świadczeń udzielanych w ramach ww. programów dotyczyła w szczególności ich upowszechniania, promocji oraz podnoszenia poziomu wiedzy na temat profilaktyki zdrowotnej.

<sup>2</sup> Zarządzeniem nr 783/2009 z dnia 15 kwietnia 2009 r.

W ramach tej współpracy Oddział Funduszu:

- zawarł porozumienia z miastem Poznań, oraz z samorządem Województwa Wielkopolskiego, w celu zwiększenia świadomości mieszkańców w zakresie prozdrowotnego stylu życia, szerzenia profilaktyki zdrowotnej, edukacji i promocji zdrowia,
- patronował lub współorganizował akcje medialne<sup>3</sup> promujące m.in. programy profilaktyczne,
- uczestniczył w sesjach rad jednostek samorządu terytorialnego, w trakcie których omawiano zagadnienia dostępu do badań profilaktycznych i przekazywano ulotki informacyjne o programach,
- informował (w 2012 r.) starostów powiatów z terenu województwa wielkopolskiego o programach i placówkach je realizujących, z prośbą o ich upowszechnienie i przekazanie informacji zwrotnej na temat badań profilaktycznych finansowanych przez samorządy terytorialne w 2013 r.,
- przedstawił (w 2013 r.) na posiedzeniu Sejmiku Województwa Wielkopolskiego prezentację dotyczącą programów profilaktycznych,
- ustalał harmonogram działań realizowanych wspólnie z Urzędem Marszałkowskim, z którym również uzgadniano rodzaje badań profilaktycznych finansowanych z jego budżetu oraz z budżetu NFZ, celem uniknięcia finansowania tych samych zadań.

(dowód: akta kontroli str. 23, 24, 31-131)

## **1.2. Planowanie kosztów świadczeń zdrowotnych w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne: rak szyjki macicy i rak piersi.**

Opis stanu faktycznego

1.2.1. Plan finansowy Oddziału Funduszu na lata 2009-2013 uwzględniał środki na świadczenia profilaktyki zdrowotnej, w tym na realizację profilaktycznych programów zdrowotnych raka szyjki macicy i raka piersi. Fundusz, określając środki finansowe na programy objęte kontrolą, kierował się danymi z SIMP w zakresie: dostępności świadczeń, liczby świadczeń wykonanych w I półroczu roku poprzedzającego rok objęty planem, wielkości populacji kobiet do przebadania. Fundusz brał również pod uwagę stan zaawansowania wdrożenia systemu rozsyłania imiennych zaproszeń oraz zwiększenie świadomości społeczeństwa w zakresie profilaktyki zdrowotnej. Wojewódzkie Ośrodki Koordynujące (WOK) nie przekazywały Funduszowi danych dotyczących realizacji ww. programów.

(dowód: akta kontroli str. 268, 271-280)

1.2.2. Wysokość planowanych przez Oddział Funduszu kosztów profilaktycznego programu zdrowotnego w zakresie raka szyjki macicy na początek lat 2009-2013 wynosiła odpowiednio: 1.448,27 tys. zł, 1.633,71 zł, 1.409,69 zł, 1.938,90 zł i 1.973,64 zł. W tym okresie wykonanie było w każdym z tych lat wyższe od wartości planowanych, przy czym sukcesywnie różnica ta malała. W latach 2009-2012 poziom realizacji ww. planów wynosił odpowiednio: 175,79%, 143,3%, 153,1% i 116,7%.

1.2.3. Wysokość planowanych przez Oddział Funduszu kosztów profilaktycznego programu zdrowotnego w zakresie raka piersi, na początek roku, w latach 2009-2013 wynosiła odpowiednio: 6.097,01 tys. zł, 5.881,34 tys. zł, 7.285,93 tys. zł, 11.090,45 tys. zł, i 9.620,54 tys. zł. W latach 2009-2011 i 2013 wykonanie było wyższe od wartości planowanych odpowiednio o: 27,9%, 56,8%, 28,2% i 4,6%. Natomiast w 2012 r. wykonanie wydatków było o 7,8 % niższe od planowanych.

(dowód: akta kontroli str. 15)

---

<sup>3</sup> W latach 2010-2012 od 12 do 15 razy

Różnica w wysokości kosztów świadczeń w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne w zakresie raka szyjki macicy i raka piersi, planowanych i wykonanych w latach 2009-2011 wynikała z założeń dotyczących planu. Ze względu na okres planowania, następowało symulowanie wykonania świadczeń na podstawie danych za I półrocze roku poprzedzającego plan. Dane te były różne od rzeczywistej wartości wykonanych i rozliczonych świadczeń po zamknięciu roku poprzedzającego plan. Uwzględniając to, Fundusz konstruując plan pozostawiał rezerwę środków na jego korektę i zapewnienie ciągłości świadczeń profilaktycznych.

(dowód: akta kontroli str. 268, 269)

1.2.4. Wartość jednostki rozliczeniowej za świadczenia medyczne udzielane przy realizacji programu profilaktycznego raka szyjki macicy wynosiła:

- w etapie podstawowym w latach 2009-2011 – od 7,00 zł do 8,39 zł i w latach 2012 i 2013 – od 8,20 zł do 9,20 zł,
- w etapie diagnostycznym w latach 2009-2011 – 6,00 zł i w latach 2012 i 2013 – 7,00 zł,
- w etapie pogłębionej diagnostyki w latach 2009-2011 – od 8,95 zł do 9,00 zł i w latach 2012 i 2013 – od 9,00 zł do 9,60 zł.

Wartość jednostki rozliczeniowej za świadczenia medyczne udzielane przy realizacji programu profilaktycznego raka piersi wynosiła:

- w etapie podstawowym w latach 2009-2011 – od 8,95 zł do 9,10 zł i w latach 2012 i 2013 od 8,70 zł do 9,00 zł,
- w etapie pogłębionej diagnostyki w latach 2009-2011 – 8,00 zł i w latach 2012 i 2013 od 8,00 zł do 8,50 zł.

(dowód: akta kontroli str. 132-156, 183-185)

Wartość jednostki rozliczeniowej za świadczenie medyczne (tzw. cena oczekiwana) w ww. programach była pochodną wartości środków zapisanych w planie finansowym Funduszu na realizację programów profilaktycznych oraz planowanej liczby świadczeń. Wartość ta, podana w ogłoszeniu o konkursie, była ustalona na podstawie oceny wartości punktu w latach ubiegłych, z uwzględnieniem cen przyjętych w innych oddziałach NFZ. Różnice cen były odzwierciedleniem złożonej oferty i stanowiły efekt negocjacji. Jakość usług i wyposażenie nie miały bezpośredniego wpływu na wartość cenową świadczeń. Poziom referencyjny w odniesieniu do świadczeń ww. programów, realizowanych wyłącznie w trybie ambulatoryjnym, nie miał również zastosowania, a co za tym idzie wpływu na ww. wartość jednostki.

Wzrost wartości jednostki rozliczeniowej, przyjęty na lata 2012-2016 wynikał między innymi z potrzeby wyrównania stawek do cen obowiązujących w innych oddziałach NFZ. Uwzględniono również uwagi zgłaszane przez świadczeniodawców (w ramach aneksowania umów), trudności w kontraktowaniu świadczeń oraz potrzebę zachęcenia świadczeniodawców do większego zaangażowania się w realizację programów profilaktycznych.

(dowód: akta kontroli str. 24-26)

1.2.5. Średnia wartość jednostki rozliczeniowej za świadczenia medyczne udzielane przy realizacji poszczególnych etapów programu profilaktycznego raka szyjki macicy, w porównaniu ze średnią wartością w poszczególnych latach 2009-2011, wzrosła w roku 2012<sup>4</sup> o:

- 0,66 zł w etapie podstawowym (z 8,34 zł do 9,01 zł),

<sup>4</sup> Średnia cena z 2012 r. była identyczna z średnią ceną w 2013 r.

- 1,00 zł w etapie diagnostycznym (z 6,00 zł do 7,00 zł),
- 0,56 zł w etapie pogłębionej diagnostyki (z 8,99 zł do 9,55 zł).

Średnia wartość jednostki rozliczeniowej za świadczenia medyczne udzielane przy realizacji etapu pogłębionej diagnostyki w programie profilaktycznym raka piersi, w porównaniu ze średnią wartością w poszczególnych latach 2009-2011, wzrosła w roku 2012<sup>5</sup> o 0,47 zł (z 8,00 zł do 8,47 zł), natomiast nieznacznie obniżyła się (max. o 0,04 zł) przy realizacji etapu podstawowego (z 9,01 zł do 8,99 zł<sup>6</sup> i do 8,97 zł<sup>7</sup>).

(dowód: akta kontroli str. 184, 185)

### **1.3. Zawieranie umów i realizacja świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne: rak szyjki macicy i rak piersi**

1.3.1. Oferty na realizację ww. programów zdrowotnych spełniały<sup>8</sup> wymogi zarządzeń Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne<sup>9</sup> oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych<sup>10</sup>.

Wszystkie badane oferty odnosiły się do wymagań zawartych w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>11</sup>.

1.3.2. Porównanie ofert obejmowało ciągłość, kompleksowość, dostępność, jakość udzielanych świadczeń, kwalifikacje personelu, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną (na podstawie wewnętrznej lub zewnętrznej oceny potwierdzonej certyfikatem jakości lub akredytacją), a także ceny i liczbę oferowanych świadczeń. Porównania ofert dokonywano z użyciem narzędzia informatycznego (KS-SIKCH), na podstawie centralnie przygotowanych i przekazanych szablonów postępowań, utworzonych zgodnie z ww. zarządzeniami Prezesa NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 187-266)

1.3.3. Na lata 2009-2013 Oddział Funduszu podpisał odpowiednio: 25, 25, 26, 41 i 37 umów<sup>12</sup> ze świadczeniodawcami<sup>13</sup> realizującymi program profilaktyki: rak piersi (wszystkie etapy). Na ten sam okres Oddział podpisał odpowiednio: 315, 310, 310, 294 i 287 umów<sup>14</sup> ze świadczeniodawcami<sup>15</sup>, realizującymi program profilaktyki – rak szyjki macicy (wszystkie etapy). Dane dotyczące wartości zakontraktowanych i wykonanych świadczeń przedstawiały się następująco:

<sup>5</sup> Średnia cena z 2012 r. była identyczna z średnią ceną w 2013 r.

<sup>6</sup> W pracowni stacjonarnej

<sup>7</sup> W pracowni mobilnej

<sup>8</sup> Ustalono na podstawie wybranych 80 ofert złożonych w toku 6 postępowań konkursowych, w tym z programu profilaktycznego rak szyjki macicy (etap podstawowy) i rak piersi (etap podstawowy) po 20 ofert z konkursów ofert na lata 2009-2011 oraz na lata 2012-2016

<sup>9</sup> Odpowiednio: Nr 81/2008/DSOZ z dnia 14 października 2008 r. i Nr 57/2009/DSOZ z dnia 29 października 2009 r.

<sup>10</sup> Dz. U. Nr 140 poz. 1148 ze zm.

<sup>11</sup> Odpowiednio: Nr 86/2008/DSOZ z dnia 16 października 2008 r. i Nr 54/2011/DSOZ z dnia 30 września 2011 r.

<sup>12</sup> Suma liczby umów na mammobusy (odpowiednio 6, 5, 4, 8 i 7) oraz liczby umów ustalonej z podziałem na powiaty; liczba umów wynosiła odpowiednio 21, 21, 22, 34 i 32

<sup>13</sup> W latach 2009-2011 liczba świadczeniodawców była niższa o 1 od liczby zawartych umów - 1 świadczeniodawca realizował 2 umowy

<sup>14</sup> Liczba ustalona z podziałem na powiaty; bez podziału na powiaty liczba umów wynosiła odpowiednio 293, 289, 288, 276 i 269

<sup>15</sup> Liczba świadczeniodawców w poszczególnych latach 2009-2013 była niższa o odpowiednio: 11, 13, 14, 17, 16 od liczby zawartych umów.

	Lata	Wartość zakontraktowanych świadczeń (tys. zł)	Wartość wykonanych świadczeń (tys. zł)	Proporcja (%) wykonanych świadczeń do zakontraktowanych (3:4)
	1	2	3	4
Program profilaktyki: rak piersi	2009	7800,38	7780,62	99,7
	2010	9223,00	8949,17	97,0
	2011	9343,63	8918,66	95,5
	2012	10228,59	9825,05	96,1
	2013 (do 30.06)	5876,47	4421,12	75,2
		1	2	3
Program profilaktyki: rak szyjki macicy	2009	2544,99	2416,23	94,9
	2010	2308,64	2139,20	92,7
	2011	2158,18	2002,57	92,8
	2012	2261,72	2175,58	96,2
	2013 (do 30.06)	1562,54	851,89	54,5

(dowód: akta kontroli str. 16-20)

1.3.4. W latach 2009-2013 Oddział Funduszu nie zawierał umów warunkowo dopuszczających do udzielania świadczeń profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi przez świadczeniodawców niespełniających wymagań określonych przez NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 291)

Na obszarze 23 powiatów, w okresie 2009-2013 (w tym, w 18 przez cały ten okres, a w pięciu, w latach 2009-2011), nie zakontraktowano świadczeń w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne – rak piersi. Było to spowodowane głównie brakiem spełnienia przez oferentów warunku, dotyczącego kwalifikacji personelu medycznego w zakresie szkoleń. Zastępca Dyrektora ds. Medycznych Oddziału Funduszu podała, że uwzględniając zasadę otwartości programu, jego opłacanie zgodnie z realizacją rzeczywistą oraz zakontraktowanie w tym okresie od czterech do ośmiu placówek mobilnych, fakt ograniczenia ilości jednostek stacjonarnych realizujących program, nie stanowił ograniczenia dostępu do świadczeń.

Z danych programu SIMP za lata 2009-2013 (do 30 sierpnia) wynika m.in., że brak placówek stacjonarnych na danym obszarze nie powodował obniżenia wskaźnika objęcia kobiet tym programem. W powiatach, na terenie których były placówki stacjonarne realizujące program, wskaźnik ten był na podobnym poziomie.

Dyrektor Oddziału Funduszu, w celu zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych w zakresie realizacji tego programu, mając na względzie ocenę rynku świadczeniodawców wykonujących badania w ramach profilaktyki raka piersi, podjął m.in. następujące działania:

- zarezerwował środki finansowe celem przeprowadzenia dodatkowych postępowań uzupełniających;
- motywował świadczeniodawców mobilnych do objęcia badaniami mieszkańców powiatów, gdzie zidentyfikowano brak zabezpieczenia w postaci pracowni stacjonarnej;
- skierował do świadczeniodawców mobilnych w lutym 2009 r. wniosek o szczególne uwzględnienie podczas realizacji umowy, tych powiatów gdzie nie występuje ośrodek stacjonarny oraz o przedstawienie harmonogramów postępu mammobusów na I kwartał 2009 r.;
- informował (na stronie internetowej [www.nfz-poznan.pl](http://www.nfz-poznan.pl)) w 2009 r. o objęciu populacji z powiatów i gmin, gdzie istniał ograniczony dostęp do świadczeń oraz

informował o organizowanych przez WOK szkoleniach (pozwalających spełnić warunki konkursu na realizację programu, a stanowiące przyczynę odrzucenia ofert);

- ogłosił uzupełniające postępowania konkursowe w zakresie ww. programu (2 w 2009 r. z poziomu województwa, 3 w 2012 r. dla powiatów: szamotulskiego, gostyńskiego i czarnkowsko-trzcianeckiego – w miarę zgłaszania przez oferentów gotowości do realizacji programu (jako skutku przeprowadzonych szkoleń).

W powiecie grodziskim w 2009 r. i w 2011 r. nie było realizatorów świadczeń w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne – rak szyjki macicy. W pozostałych powiatach województwa wielkopolskiego na lata 2009-2013 oraz w powiecie grodziskim na lata 2010, 2012 i 2013 zawarto odpowiednio 6, 8 i 7 kontraktów, których wartość była niższa od 10 tys. zł. Zastępca Dyrektora ds. Medycznych Oddziału Funduszu podała, że w wyniku konkursu dotyczącego realizacji programu na lata 2009-2011 w powiecie grodziskim wybrano dwie oferty świadczeniodawców, którzy w planie rzeczowo-finansowym na realizację programu na lata 2009-2011 otrzymali „punkty” umożliwiające (po otrzymaniu konta dostępu do SIMP) realizację I etapu programu, polegającego na pobieraniu materiału do badania cytologicznego. Podkreśliła, że etap I programu jest procedurą skojarzoną, a nie obowiązkową, ze świadczeniami w poradni ginekologiczno-położniczej, stąd też postrzegając realizację świadczeń jako wybór, świadczeniodawcy ostatecznie nie byli zainteresowani przystąpieniem do jego realizacji. Dlatego też w końcowych rozliczeniach świadczeń realizowanych w zakresie położnictwa i ginekologii (aneks końcoworoczny) uwzględniane były przypadki<sup>16</sup>, związane z niewykonaniem świadczeń zakontraktowanych w ramach realizacji profilaktycznego programu zdrowotnego – rak szyjki macicy.

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych Oddziału Funduszu podała, że Fundusz z powodu braku realizacji procedury skojarzonej w 2009 r. nie proponował podmiotom je realizującym, zwiększenia puli świadczeń w tym zakresie na lata 2010-2011. Wskazała, że ze względu na brak regulacji prawnych w zakresie egzekwowania od świadczeniodawców realizacji części profilaktycznej usługi ginekologiczno-położniczej, niezasadnym było zwiększanie przedmiotu umowy poprzez przekazywanie w pozycji usługa skojarzona dodatkowych środków finansowych (tzw. „zamrożenie punktów”). Zwróciła jednocześnie uwagę na to, iż działania profilaktyczne mają charakter programu „otwartego”. W związku z tym na każdym etapie trwania umowy możliwe jest podjęcie realizacji świadczeń (gwarancja finansowania usług).

Odnośnie zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych w ww. programie, zastępca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśniła, że Oddział Funduszu mając na względzie istotę i cel realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych, dążąc do poprawy dostępności do świadczeń poprzez umożliwienie skorzystania z badań cytologii profilaktycznej jak największej grupie ubezpieczonych:

- zorganizował w maju 2009 r. szkolenie dla realizatorów świadczeń w rodzaju umów ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS), udzielających świadczeń w zakresie położnictwa i ginekologii w przedmiocie realizacji ww. programu;
- informował w sierpniu 2010 r. (poprzez stronę internetową) świadczeniodawców w rodzaju AOS, udzielających świadczeń w zakresie położnictwa i ginekologii o możliwości i zasadach realizacji ww. procedury;
- omawiał w latach 2009-2011 na posiedzeniach organów samorządu terytorialnego problemy z zabezpieczeniem świadczeń profilaktycznych;

<sup>16</sup> w 2009 r. - kwota 453,06 zł, w 2010 r. - kwota 75,51 zł i w 2011 r. - kwota 50,34 zł

- powiadomił w 2012 r. wszystkich starostów o programach finansowanych przez NFZ na terenie danego powiatu oraz o poziomie realizacji tych świadczeń przez placówki mające siedzibę na obszarze podległym samorządowi.

(dowód: akta kontroli str. 16, 18, 26-28, 151-181)

1.3.5. Do Oddziału nie wpływały uwagi konsultantów medycznych (krajowych lub wojewódzkich) w zakresach objętych kontrolą. Fundusz nie występował do konsultantów w sprawie realizacji programów, uznając regulacje prawne dotyczące profilaktyki za jednoznaczne. Zastępca Dyrektora ds. Medycznych Oddziału Funduszu podała, że działania konsultantów stanowią źródło danych i informacji w dziedzinach wymagających wyspecjalizowanej wiedzy medycznej np. w zakresie radiologii w odniesieniu do mammografii, a pozostają natomiast bez wpływu na liczbę kontraktowanych świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 28, 29)

1.3.6. Dostępność do świadczeń profilaktycznych objętych kontrolą była oceniana przez Fundusz na podstawie danych zaewidencjonowanych w SIMP. Analizowano te dane w zakresie: zgłaszalności w programie profilaktyki raka szyjki macicy w relacji do wysłanych zaproszeń, zgłaszalności w programie raka piersi, bieżącego objęcia populacji ww. programami, średniego czasu oczekiwania na badania, liczby osób z zaleceniem leczenia w programie profilaktyki raka piersi, realizacji umów, świadczeń profilaktycznych objętych kontrolą.

Analizując te dane Oddział, mając na celu objęcie programami jak najszerszego grona populacji, starał się zakontraktować świadczenia w tym zakresie z każdym świadczeniodawcą, który złożył ofertę i spełniał wymagane warunki.

(dowód: akta kontroli str. 29)

1.3.7. Konsultanci medyczni (krajowi lub wojewódzcy) w dziedzinie ginekologii i położnictwa lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia nie przekazali do Funduszu żadnych informacji dotyczących przeprowadzonych kontroli u świadczeniodawców realizujących ww. programy profilaktyczne.

W latach 2009-2012 Oddział Funduszu znał wyniki odpowiednio: 30, 57, 47 i 62 kontroli prowadzonych przez WOK oraz przez Centralny Ośrodek Koordynujący (COK). Z ww. kontroli, pięć dotyczących realizacji programu profilaktyki raka piersi – etap podstawowy, było negatywnych (tj. stwierdzono nieprawidłowości w 1 przypadku w 2010 r. i po 2 w latach 2010 i 2011). Fundusz uwzględniając wyniki kontroli, odrzucił w 2011 r. ofertę jednego z oferentów na lata 2012-2016 oraz w 2012 r. rozwiązał umowę z jednym świadczeniodawcą na 2013 r. W wyniku kolejnych trzech kontroli negatywnych, dwa podmioty podjęły czynności naprawcze, a jeden otrzymał pozytywną ocenę w wyniku powtórnej kontroli.

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych Oddziału Funduszu podała że, informacje uzyskane od WOK oraz COK miały bezpośredni wpływ na zawarcie kontraktów w zakresie realizacji programu, dlatego że pozytywny wynik kontroli jakości stanowił warunek obligatoryjny, którego spełnienie umożliwiało zawarcie umowy bądź jej aktualizację w drodze aneksowania, natomiast negatywny wynik kontroli jakości mógł skutkować i skutkował rozwiązaniem umowy.

Na skutek negatywnego wyniku kontroli jakości badań mammograficznych oraz niepodjęcia przez podmioty czynności naprawczych - w roku 2012 (konkurs ofert) odrzucono 1 ofertę, z jednym świadczeniodawcą rozwiązano umowę na rok 2013.

(dowód: akta kontroli str. 29, 30, 182 )

1.3.8. Oddział Funduszu, w latach 2009-2012 przeprowadził 15 (12 w 2009 r., dwie w 2012 r. i jedną w 2011 r.) kontroli realizacji przez świadczeniodawców umów

w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne (9 dotyczących raka szyjki macicy<sup>17</sup> i 6 dotyczących raka piersi). W wyniku kontroli, Oddział Funduszu nałożył łącznie 22 070,96 zł kar umownych na 9 świadczeniodawców. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły: udzielania świadczeń przez osoby niespełniające wymagań, braku uprawnień lub kwalifikacji (w 5 przypadkach), nieprawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej (w 7 przypadkach). W wyniku kontroli, Oddział skierował do świadczeniodawców zalecenia dotyczące: właściwej organizacji pracy, świadczenia usług przez osoby posiadające kwalifikacje, wymagania i uprawnienia oraz rzetelnego i prawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej.

(dowód: akta kontroli str. 190-194)

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych Oddziału Funduszu podała, że w 2009 r., realizując wniosek zawarty w wystąpieniu pokontrolnym NIK (vide pkt. 1.4 niniejszego wystąpienia), zaplanowano przeprowadzenie 13 kontroli świadczeniodawców, realizujących programy profilaktyczne, z których skontrolowano 12. W kolejnych latach, zgodnie z wytycznymi określonymi przez Centralę NFZ, kontrolami obejmowano inne rodzaje świadczeń, co miało wpływ na mniejszą liczbę kontroli w przedmiotowym zakresie. Podkreśliła jednocześnie, że prowadząc postępowania konkursowe na lata 2012-2016, w ich trakcie, przeprowadzano kontrole nowych realizatorów programów. Wskazała także, że w kontrolach prawidłowości realizacji umów wykorzystywany był SIMP, a liczba zawartych umów w tym zakresie stanowiła niewielki odsetek (w latach 2010-2011 max. 1,5%) ogółu zawartych umów.

(dowód: akta kontroli str. 310-319)

1.4. Najwyższa Izba Kontroli - Delegatura w Poznaniu, w wystąpieniu pokontrolnym z 9 stycznia 2009 r.<sup>18</sup>, wносиła o: określenie zasad i zapewnienie współpracy z JST w celu monitorowania i zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych świadczeniobiorców w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi, zapewnienie przestrzegania obowiązujących zasad przy weryfikacji i ocenie ofert oraz dokumentacji aktualizacyjnej świadczeniodawców realizujących programy profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi oraz o zwiększenie liczby kontroli świadczeniodawców wykonujących badania profilaktyczne raka szyjki macicy i raka piersi. Wyniki aktualnej kontroli NIK potwierdzają realizację tych wniosków.

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

Uwaga dotycząca badanej działalności

Porównywanie ofert złożonych w toku postępowania w sprawie zawarcia umów nie obejmowało kalkulacji kosztów, o której mowa w art. 148 pkt. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>19</sup>. Żadna z 80 objętych kontrolą ofert nie zawierała takiej kalkulacji. Zastępca Dyrektora ds. Medycznych Oddziału Funduszu wyjaśniła, że porównania ofert dokonywano w oparciu o zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które nie wskazywały takiej kalkulacji jako kryterium

<sup>17</sup> 7 z tych kontroli dotyczyło świadczeń rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna i obejmowało m.in. zakres świadczenia: pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego.

<sup>18</sup> nr LPO 41033-2-2008 kontrola P/08/098 Realizacja wybranych zadań „Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych 2006-2008 (I półrocze)”

<sup>19</sup> Dz. U z 2008 r. nr 164 poz. 1027 ze zm.

oceny. Podała również, że kalkulacje byłyby brane pod uwagę w przypadkach, gdyby oferent przedstawił w ofercie rażąco niską cenę.

(dowód: akta kontroli str. 195-266, 312)

#### Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie zawieranie 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 (PET).**

### **2.1. Planowanie i monitorowanie potrzeb zdrowotnych ubezpieczonych w zakresie diagnostyki przy zastosowaniu PET**

Opis stanu faktycznego

2.1.1. W latach 2009-2013 Oddział Funduszu zaplanował na badania przy zastosowaniu tomografii pozytonowej odpowiednio: 5.386, 5 tys. zł, 4.500 tys. zł, 4.518 tys. zł, 9.106,1 tys. zł oraz 12.767,4 tys. zł. Wykonanie tych wydatków przez Oddział, z wyjątkiem lat 2009 i 2011 odpowiadało planom. W 2009 r. wydatkowane środki wynosiły 5.755,5 tys. zł (o 6,85% więcej od planu), natomiast w 2011 r. 4.549,5 tys. zł (o 0,7% więcej od planu).

Oddział Funduszu na lata 2009-2011 określił zapotrzebowanie na świadczenia PET uwzględniając liczbę zrealizowanych świadczeń oraz wartość umowy w poprzednich okresach. Na 2012 r., w związku z odnotowanym wzrostem zapotrzebowania na świadczenia PET, zaplanowało je na poziomie dwukrotnie wyższym niż w 2011 r. Następnie, w związku z obniżeniem ceny jednego badania z 4.500 zł do 4.100 zł, zwiększono liczbę zakontraktowanych świadczeń przy niezmienionej wartości umów. Na rok 2013, wobec występujących nadwykonań badań PET, zwiększono ich wartość o 50% wartości świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowach.

(dowód: akta kontroli str. 269, 270, 282)

2.1.2. Oddział Funduszu, na lata 2009-2013, zawarł umowy z dwoma podmiotami leczniczymi<sup>20</sup> na udzielanie świadczeń w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie tomografii pozytonowej emisyjnej. Ustalona cena jednostkowa świadczenia w latach, 2009-2011, wynosiła 4,5 tys. zł<sup>21</sup>, natomiast w latach 2012-2013 - 4,1 tys. zł.

Wartość świadczeń zapłaconych przez Oddział w latach 2009-2012 wynosiła 35.143,1 tys. zł (w tym 23.511,1 tys. zł ujęte w planach na te lata oraz 11.232 tys. zł wynikające z zawartych ugód za lata 2009 i 2010<sup>22</sup>).

Wartość zrealizowanych świadczeń w latach 2009-2012 wyniosła 52.534,8 tys. zł i była wyższa od wartości zakontraktowanej<sup>23</sup> o 17.387,2 tys. zł.

Na 2013 r. Oddział Funduszu zawarł kontrakty na świadczenia PET w łącznej wysokości 12.767,4 tys. zł. Do dnia 30 czerwca 2013 r. zrealizowano i rozliczono świadczenia PET na kwotę 8.249, 2 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 283, 307, 308)

<sup>20</sup> Euromedic - Wielkopolskie Centrum Medyczne (Centrum Medyczne) i Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie (Centrum Onkologii).

<sup>21</sup> Cena za 5 świadczeń, zapłaconych Centrum Onkologii w ramach umowy na zapłatę za świadczenia wykonane w 2009 r. ponad limit ustalony w kontrakcie, ustalona została na 3,6 tys. zł.

<sup>22</sup> Za 2009 r. i 2010 r., w wyniku zawartych ugód, wartość zapłaconych świadczeń odpowiadała faktycznemu wykonaniu, natomiast za 2011 r. i 2012 r. nie zawierano ugód.

<sup>23</sup> Wynikającej z zawartych umów i ugód

Opis stanu  
faktycznego

## 2.2. Zawieranie umów i realizacja badań PET

2.2.1. Cenę jednostkową wykonania badania PET w latach 2009-2011 ustalono na podstawie analizy cen oczekiwanych wskazanych przez inne oddziały NFZ mające na swoim terenie pracownie PET. Cena wynosząca 4,5 tys. zł za badanie, na lata 2012 i 2013, w wyniku uzgodnień Dyrektorów Oddziałów Wojewódzkich NFZ dokonanych 14 września 2011 r., została obniżona o 0,4 tys. zł.

Cena oferowana przez jeden z podmiotów leczniczych była równa cenie określonej w umowach. Cena jednostkowa oferowana przez Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Poznaniu (Centrum Onkologii) była wyższa, niż cena zawarta w umowie (na lata 2009-2011 wynosiła 4,8 tys. zł tj. o 0,3 tys. zł więcej, a na lata 2012-2016 – 4500 zł tj. o 0,4 tys. zł więcej). Powyższa różnica była wynikiem negocjacji prowadzonych przez Oddział Funduszu z tym oferentem. W ich wyniku przyjęto cenę oferowaną przez Fundusz przy jednoczesnym zwiększeniu zakontraktowanej liczby świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 270, 284, 290, 309)

2.2.2. Dane dotyczące liczby pacjentów oczekujących na świadczenia PET w latach 2009-2012 (według stanu na koniec roku) i w 2013 r. (na 30 czerwca) oraz średni czas oczekiwania na badanie w tych latach przedstawiały się następująco:

		2009 r.	2010 r.	2011 r.	2012 r.	2013 r.
Centrum Medyczne	liczba oczekujących kategoria: stabilne	18	665	1285	190	302
	rzeczywisty czas oczekiwania (liczba dni)	0	4	8	3	23
	liczba oczekujących kategoria: pilne	1	7	13	0	0
	rzeczywisty czas oczekiwania (liczba dni)	0	4	3	4	0
Centrum Onkologii	liczba oczekujących kategoria: stabilne	28	0	54	53	80
	rzeczywisty czas oczekiwania (liczba dni)	16	0	25	21	23
	liczba oczekujących kategoria: pilne	0	0	0	0	0
	rzeczywisty czas oczekiwania (liczba dni)	0	0	6	0	0

(dowód: akta kontroli str. 285-288)

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych Oddziału Funduszu, odnośnie występujących różnic pomiędzy liczbą pacjentów oczekujących (przypadek stabilny) na badanie PET wykazywanych przez świadczeniodawców, wyjaśniła, że zgodnie z postanowieniami art. 29 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, świadczeniobiorca ma prawo wyboru świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych spośród tych, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wobec powyższego, NFZ nie ma wpływu na wybory świadczeniobiorców, w szczególności nie może zabronić, bądź nakazać korzystania z usług konkretnego świadczeniodawcy. Wskazała także, że w przypadku otrzymania stosownego zapytania ze strony świadczeniobiorcy, informowano o kolejkach oczekujących u poszczególnych świadczeniodawców.

(dowód: akta kontroli str. 320)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. Oddział Funduszu przyjął zobowiązanie dotyczące zapłaty za nadwykonania w zakresie PET w latach 2009 i 2010, w sytuacji braku pełnego opłacenia świadczeń

„nielimitowanych” oraz świadczeń ratujących życie, co było działaniem niezgodnym z wytycznymi Prezesa NFZ.

Prezes NFZ, w wytycznych skierowanych do dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ z dnia 26 stycznia 2010 r. (dotyczących nadwykonań za 2009 r.) i z dnia 26 stycznia 2011 r. (dotyczących nadwykonań za 2010 r.), określił, że w pierwszym rzędzie należy zapłacić za nadwykonania dotyczące nieopłaconych świadczeń „nielimitowanych” oraz ratujących życie. Oddział zaciągnął zobowiązania za nadwykonania w zakresie badań PET w 2009 i 2010 r. zawierając umowy z: Centrum Medycznym odpowiednio 5 października 2010 r. na wartość 4.293,0 tys. zł i 27 lipca 2011 r. na wartość 4.126,0 tys. zł oraz z Centrum Onkologii, odpowiednio 4 lutego 2011 r. na wartość 18 tys. zł i 27 lutego 2012 r. na wartość 2.794,5 tys. zł. Zobowiązania z tego tytułu zostały zapłacone odpowiednio w dniach 11 listopada 2010 r., 18 sierpnia 2011 r., 22 marca 2011 r. i 6 kwietnia 2012 r. Na moment zawierania tych umów Oddział Funduszu nie zapłacił za świadczenia „nielimitowane” oraz za świadczenia ratujące życie. Na dzień 5 października 2010 r. Oddział nie uregulował zobowiązań (nie zawarł aneksów lub umów) dotyczących świadczeń z 2009 r. - ratujących życie na wartość 23.642,6 tys. zł oraz „nielimitowanych” na wartość 111,7 tys. zł. Na dzień 27 lipca 2011 r. Oddział nie zawarł aneksów lub umów dotyczących świadczeń z 2010 r.: ratujących życie na wartość 32.560,2 tys. zł oraz „nielimitowanych” na wartość 28,4 tys. zł. Na dzień 4 lutego 2011 r. Oddział Funduszu nie zawarł aneksów lub umów dotyczących świadczeń z 2009 r. - ratujących życie na wartość 7.191,4 tys. zł. Na dzień 27 lutego 2012 r. Fundusz nie zawarł aneksów lub umów dotyczących świadczeń z 2010 r. ratujących życie na wartość 23.230,0 tys. zł oraz „nielimitowanych” na wartość 28,4 tys. zł. Ówczesna Dyrektorka Oddziału Funduszu - Zbigniewa Nowodworska zeznała, iż zawierając umowy w zakresie PET za 2009 r., była przekonana o zweryfikowaniu uregulowania świadczeń ratujących życie i „nielimitowanych”. Zastępca Dyrektora Oddziału Funduszu ds. ekonomiczno-finansowych - Elżbieta Wąsik zeznała, że w dacie zawierania umowy z WCM w zakresie PET za 2010 r. wiedziała, że nieopłacone pozostawały świadczenia ponadlimitowe, udzielone w stanie zagrożenia życia lub zdrowia.

(dowód: akta kontroli 283, 323-414, 486-489, 503-522)

2. Z tytułu nadwykonania świadczeń PET w latach 2009 i 2010 Oddział Funduszu zawarł cztery umowy. Tylko zawarcie jednej z nich zostało poprzedzone uzyskaniem pozytywnej opinii Prezesa NFZ ds. finansowych, czego wymagał Prezes NFZ wystosowując w dniu 19 grudnia 2007 r. wytyczne (nr W/04488) dla dyrektorów oddziałów wojewódzkich dotyczące m.in. procedury zawierania umów. W dokumentacji dotyczącej zawarcia pozostałych trzech umów za ten okres nie było śladu rewizyjnego w zakresie ww. opinii (dotyczy to umów z Centrum Medycznym, zawartych w dniu 5 października 2010 r. (za nadwykonane świadczenia PET za 2009 r.) oraz z 27 lipca 2011 r. (za nadwykonane świadczenia PET za 2010 r.) oraz z Centrum Onkologii z 4 lutego 2011 r. (za nadwykonane świadczenia PET za 2009 r.). Odpowiedzialną za wystąpienie o taką opinię była osoba kierująca Oddziałem Funduszu – tj. do dnia 11 maja 2011 r. Zbigniewa Nowodworska, a w okresie od 12 maja do 24 października 2011 r. - Elżbieta Wąsik (zastępca dyrektora Oddziału Funduszu ds. ekonomiczno-finansowych). Zbigniewa Nowodworska zeznała, że według jej świadomości wszystkie formalności związane z zawarciem umów za nadwykonania PET w 2009 r. zostały dochowane, a zadanie dopełnienia obowiązków formalnych w tym zakresie leżało po stronie dyrektora ds. ekonomiczno-finansowych. Elżbieta Wąsik odnośnie braku pozytywnej opinii Zastępcy Prezesa ds. Finansowych NFZ zeznała m.in., że przed zawarciem umowy rozmawiała w dniu 14 lipca 2011 r. na ten temat z Prezesem NFZ, co udokumentowała własną notatką służbową, z której wynika, że Prezes NFZ polecił jej załatwienie problemu nadwykonań wobec tzw. „sieciołek” w zakresie PET,

radioterapii, brachyterapii, rezonansu magnetycznego i tomografu komputerowego i opłacenie świadczeń w miarę posiadanych środków.

3. W wytycznych Prezesa NFZ z dnia 26 stycznia 2010 r. określono, że dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ winien wydać zarządzenie określające zasady realizacji zadania związanego z zawieraniem ugód, uwzględniając treść wytycznych. Zarządzeniem takim, winien być powołany zespół pracowników oddziału, którego zadaniem miało być opracowanie propozycji w zakresie zasad zapłaty za nadwykonania. Dyrektor Oddziału Funduszu nie uregulowała kwestii powołania zespołu ds. opracowania propozycji w zakresie zasad zapłaty za nadwykonania. Zbigniewa Nowodworska zeznała, że zespół nie został formalnie powołany, ale działał. W jego skład wchodziła Dyrekcja Oddziału Funduszu oraz dodatkowo w szczególności: kierownicy Wydziałów: świadczeń opieki zdrowotnej i ekonomiczno-finansowego. Zadaniowo byli w prace tego zespołu włączani kierownicy innych działów np. informatycy. W ocenie NIK brak powołania w sposób formalny przedmiotowego zespołu było działaniem nierzetelnym.

4. Zawarcie ugody z Centrum Medycznym w dniu 27 lipca 2011 r. za nadwykonane świadczenia PET w 2010 r. nastąpiło przed wprowadzeniem zasad zapłaty za nadwykonania za 2010 r. (wprowadzono je 28 lutego 2012 r. z mocą obowiązywania od 24 lutego 2012 r.). Naruszono w ten sposób wytyczne (w pkt. 4) Prezesa NFZ z 26 stycznia 2011 r. według których, proces zawierania ugód winien być poprzedzony wydaniem zarządzenia w sprawie zasad realizacji tego procesu.

E. Wąsik – pełniąca w czasie zawierania tej ugody obowiązki dyrektora Oddziału Funduszu – zeznała, że podjęła tę decyzję w oparciu o wnioski z rozmowy przeprowadzonej z Prezesem NFZ w dniu 14 lipca 2011 r. (o której mowa w pkt 2 nieprawidłowości) oraz biorąc pod uwagę fakt, iż Fundusz posiadał wolne środki w planie finansowym 2011 r. Podała również, że na etapie tworzenia planu finansowego na 2012 r. została zabezpieczona określona kwota na nadwykonania również dla innych świadczeniodawców. Jej zdaniem nie bez znaczenia było również wystąpienie przez Centrum Medyczne w dniu 29 czerwca 2011 r., z przedsądowym wezwaniem do zapłaty. Odrzucenie tego wezwania skutkowało by pozewem przeciwko Funduszowi.

5. Do zawarcia wszystkich czterech ugód doszło pomimo braku powództw, czy też wniosków o wszczęcie postępowania w trybie art. 185 KPC<sup>24</sup> złożonych przez Centrum Onkologii i Centrum Medyczne. W jednym przypadku (ugoda za 2010 r. z Centrum Medycznym) Oddział Funduszu dysponował przedsądowym wezwaniem do zapłaty (niebędącym wnioskiem w rozumieniu art. 185 KPC). Tymczasem, warunki zawierania ugód, określone w piśmie Prezesa NFZ z 19 grudnia 2007 r. wskazywały na konieczność wystąpienia przez świadczeniodawcę z powództwem lub z wnioskiem o wszczęcie postępowania w trybie art. 185 KPC.

(dowód: akta kontroli str. 323-414, 503,505, 523)

Uwagi dotyczące  
badanej działalności

1. Centrum Medyczne, w 2009 r., wykonało więcej świadczeń PET (o 954 pkt), niż zakładał kontrakt z Funduszem na ten rok. Fundusz w dniu 5 października 2010 r., zawarł z Centrum ugodę, zgodnie z którą zobowiązał się zapłacić za wszystkie świadczenia, przekraczające liczbę określoną w kontrakcie. Wartość ugody wyniosła 4.293,0 tys. zł (954 pkt x 4,5 tys. zł). Zawierając tę ugodę przyjęto 100% ceny wynikającej z kontraktu. Zawarcie ugody na takich warunkach było niezgodne z zasadami zapłaty za nadwykonania świadczeń zrealizowanych w 2009 r., przyjętymi przez Oddział Funduszu zarządzeniem nr 222/2010 Dyrektora Funduszu z dnia 27 sierpnia 2010 r. (zarządzenie obowiązywało od tej daty). Zasady dotyczyły zapłaty za świadczenia ponadlimitowe w ramach dobrowolnych ugód

<sup>24</sup> Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks Postępowania Cywilnego Dz. U. Nr 43 poz. 296 ze zm.

pozasądowych. Zgodnie z pkt III ww. zasad, zapłata za nadwykonania w zakresie PET miała nastąpić po cenie wynoszącej 80% ceny ustalonej w kontrakcie ze świadczeniodawcą. Według ww. zasad zapłacono za nadwykonane świadczenia PET w 2009 r. drugiemu ze świadczeniodawców, tj. Centrum Onkologii, zawierając ugodę w dniu 4 lutego 2011 r., z zastosowaniem ceny jednostkowej w wysokości 3,6 tys. zł, odpowiadającej 80% ceny kontraktowej. Stosując ww. zasady zapłaty wobec Centrum Medycznego, NFZ zapłaciłby za nadwykonane świadczenia PET- 3.434,4 tys. zł tj. o 858,6 tys. zł mniej niż wynikało z umowy zawartej w dniu 5 października 2010 r.

Ówczesna Dyrektor Oddziału Funduszu Zbigniewa Nowodworska zeznała, że stawka dla Centrum Medycznego została przez nią ustalona na 100% w wyniku negocjacji prowadzonych z Centrum Medycznym oraz na podstawie polecenia Prezesa NFZ Jacka Paszkiewicza.

(dowód: akta kontroli str. 323-393, 504, 505)

2. Zarządzenie Dyrektora Funduszu nr 222/2010 z 27 sierpnia 2010 r. było niezgodne z wytycznymi Prezesa NFZ z 26 stycznia 2010 r. W zarządzeniu tym określono, że za nadwykonane świadczenia PET w 2009 r. zapłata będzie następować wg. 80% ceny określonej w umowie. Z kolei zgodnie z wytycznymi (pkt 7) nadwykonania te winny być uregulowane po cenie wynoszącej 100% ceny umownej, pod warunkiem opłacenia świadczeń „nielimitowanych” oraz świadczeń ratujących życie.

(dowód: akta kontroli str. 348-358)

3. NIK zwraca uwagę, że ignorowanie obowiązujących procedur oraz niedokumentowanie przebiegu procesu decyzyjnego nosi znamiona mechanizmów korupcyjnych i może stanowić podstawę zarzutów co do braku przejrzystości i nierównego traktowania kontrahentów.

(dowód: akta kontroli str. 323-393, 504, 505)

#### Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, zawieranie przez Fundusz umów na świadczenia zdrowotne przy zastosowaniu tomografii pozytonowej.

## IV. Wnioski

Wniosek pokontrolny

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 Kontroli<sup>25</sup>, wnosi o stosowanie się do wytycznych Prezesa NFZ w zakresie sposobu i trybu regulowania zobowiązań z tytułu nadwykonań.

<sup>25</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 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.

Poznań, dnia 14 listopada 2013 r.

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Poznaniu

Kontroler

Dyrektor

Paweł Siuda  
specjalista kontroli państwowej

z up. Grzegorz Malesiński  
wicedyrektor