



**Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Kielcach**

Kielce, dnia października 2011 r.

**Pan
Stanisław Góźdź
Dyrektor
Świętokrzyskiego Centrum Onkologii
w Kielcach**

P/11/137
LKI-4101-04-02/2011

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Na podstawie art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹, zwanej dalej „ustawą o NIK”, Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Kielcach przeprowadziła w Świętokrzyskim Centrum Onkologii w Kielcach (ŚCO, Szpital) kontrolę wybranych aspektów jego finansowania w latach 2008 – 2010. Kontrolą objęto przychody z tytułu umów na świadczenia zdrowotne zawartych ze Świętokrzyskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Kielcach (NFZ) oraz świadczenia wykonane ponad limit określony w tych umowach (nadwykonań), opłaty pobierane od pacjentów za świadczenia opieki zdrowotnej, a także zawieranie umów z podwykonawcami.

W związku z kontrolą, której wyniki przedstawione zostały w protokole kontroli podpisanym w dniu 3 października 2011 r., Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 60 ustawy o NIK, przekazuje Panu Dyrektorowi niniejsze wystąpienie pokontrolne.

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie, pomimo stwierdzonych nieprawidłowości, ocenia działalność ŚCO w zakresie objętym kontrolą.

Pozytywną ocenę uzasadnia:

- realizowanie umów zawartych z NFZ przy wykorzystaniu zasobów określonych w załącznikach do umów, dotyczących sprzętu medycznego, personelu oraz miejsca i czasu udzielania świadczeń zdrowotnych;
- pobieranie opłat za udostępnienie kopii dokumentacji medycznej w wysokości nieprzekraczającej maksymalnej stawki określonej w art. 28 ust. 4 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta²;

¹ Dz. U. z 2007 r. Nr 231, poz. 1701 ze zm.

² Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 ze zm.

- podejmowanie działań zmierzających do zmiany niekorzystnych dla ŚCO wycen procedur medycznych;
- nieudostępnianie majątku ŚCO do prowadzenia konkurencyjnej działalności medycznej.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły:

- ustalania i pobierania od osób nieubezpieczonych opłat za świadczenia zdrowotne według stawek określonych niezgodnie z obowiązującym w okresie objętym kontrolą rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 stycznia 2000 r. w sprawie sposobu ustalania opłat za świadczenia zdrowotne udzielane przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej osobom nieuprawnionym do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych³ (rozporządzenie MZiOS z 27 stycznia 2000 r.);
- wystawiania faktur za prowadzone badania kliniczne leków tylko na podstawie informacji uzyskanych od sponsora lub głównego badacza, bez weryfikacji tych danych przez Szpital;
- niezapewnienia jawności i dostępności informacji o wysokości pobieranych opłat za badania komercyjne;
- zawarcia umowy na wykonywanie usług medycznych z niepublicznym zakładem opieki zdrowotnej bez przeprowadzenia wymaganego art. 35a ust. 1 ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej⁴ konkursu ofert;
- zawarcia 10 umów na wykonywanie usług medycznych z pominięciem przepisów o zamówieniach publicznych.

1. Przychody Szpitala z działalności podstawowej za udzielanie świadczeń zdrowotnych, łącznie ze świadczeniami wykonanymi ponad limity ustalone w umowach z NFZ, wynosiły: w 2008 r. – 129.763 tys. zł, w 2009 r. – 168.326 tys. zł, w 2010 r. – 176.758 tys. zł. Głównym ich źródłem były środki publiczne uzyskane z realizacji kontraktów z NFZ, łącznie z nadwykonaniami (odpowiednio: 92%, 96,5 % i 97,5%), z Ministerstwa Zdrowia (odpowiednio: 5%, 1,5% i 1%) oraz z tytułu umownego wykonywania na rzecz innych podmiotów (np. zakładów opieki zdrowotnej) świadczeń zdrowotnych (odpowiednio: 2,8%, 1,7% i 1,2%). Przychody z tytułu wykonywania komercyjnych świadczeń zdrowotnych ogółem wynosiły: w 2008 r. – 252 tys. zł, w 2009 r. – 534 tys. zł, w 2010 r. – 495 tys. zł i stanowiły odpowiednio 0,2%, 0,3% i 0,3% ogółu przychodów z działalności podstawowej za udzielanie świadczeń zdrowotnych. W przychodach z tytułu wykonywania komercyjnych świadczeń zdrowotnych przeważały opłaty pobierane od pacjentów nieubezpieczonych, stanowiące w 2008 r. – 224 tys. zł, w 2009 r. – 475 tys. zł i w 2010 r. – 424 tys. zł, tj. 89% wartości komercyjnych świadczeń zdrowotnych w 2008 r. i 2009 r. oraz 86% w 2010 r.

ŚCO prawidłowo wywiązywało się z warunków wynikających z umów zawartych z NFZ. Świadczenia zdrowotne udzielano z wykorzystaniem sprzętu medycznego przewidzianego w umowach, przez właściwy personel medyczny oraz w miejscu i czasie określonym w załączniku nr 2 do tych kontraktów. ŚCO, we wszystkich latach objętych

³ Dz. U. Nr 8, poz. 113 (rozporządzenie obowiązywało do 30 czerwca 2011 r.).

⁴ Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm. (ustawa obowiązywała do 30 czerwca 2011 r.).

kontrolą, realizował świadczenia ponad kwoty określone w umowach z NFZ (po zmianach). Nadwykonania wynosiły: w 2008 r. – 506 tys. zł, w 2009 r. – 20.728 tys. zł, w 2010 r. – 12.959 tys. zł (odpowiednio: 0,4%, 14,1% i 7,7% wartości świadczeń zapłaconych na podstawie kontraktów).

2. Badanie zasadności pobrania 109 opłat w łącznej kwocie 6,4 tys. zł (0,5% wartości ogółu opłat uzyskanych za świadczenia komercyjne) wykazało, że były one pobierane wyłącznie w przypadkach przewidzianych w art. 50 ust. 4 i art. 61 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁵ (tj. od osób nieubezpieczonych i ubezpieczonych bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego) oraz w przypadku zlecenia wykonania badań diagnostycznych przez zakłady pracy.

Analiza 10 opłat od pacjentów nieuprawnionych do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych na kwotę 1,5 tys. zł wykazała, iż w trzech przypadkach dotyczących badań diagnostycznych tomografu komputerowego (CT) i rezonansu magnetycznego (MR) na łączną kwotę 0,9 tys. zł, na skutek braku powiązania ich wysokości z rzeczywistymi kosztami oraz na skutek błędu w obliczeniach, opłaty naliczono i pobrano niezgodnie z wymaganiami określonymi w § 2 rozporządzenia MZiOS z dnia 27 stycznia 2000 r. – nie na poziomie kosztu własnego sprzedaży świadczenia zdrowotnego. W wyniku nieprawidłowo skalkulowanych cen badań CT i MR w latach 2008 – 2010, zawyżono opłaty pobrane od pacjentów łącznie o 145 tys. zł.

Badanie dwóch opłat pobranych za badania kliniczne leków na podstawie faktur nr WU/2008/07/00001 z dnia 4 lipca 2008 r. w kwocie 721,52 zł i nr WU/2008/09/00002 z dnia 9 września 2008 r. w kwocie 11.246,30 zł wykazało, że faktury za te świadczenia wystawiono wyłącznie na podstawie informacji o liczbie i terminie wykonanych badań klinicznych przedstawionych przez sponsora lub głównego badacza, bez weryfikacji tych danych przez Szpital. Jednocześnie w ŚCO nie ustalono procedur normujących zasady wystawiania faktur za prowadzone w Szpitalu badania kliniczne leków.

Stawki za udostępnienie dokumentacji medycznej w postaci kopii dokumentacji medycznej zostały ustalone w wysokościach nieprzekraczających maksymalnych stawek określonych w art. 28 ust. 4 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Nie skorzystano natomiast z uprawnienia, wynikającego z art. 28 ust. 1 i 4 pkt 1 i 3 ww. ustawy, do ustalenia opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej w postaci wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej (udostępnianej innym podmiotom niż zakłady ubezpieczeń) oraz za sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych. Z wyjaśnień głównej księgowej Zofii Góreckiej wynika, iż przyczyną powyższego stanu był fakt, iż pacjenci nie żądali wydawania im dokumentacji medycznej w tej postaci.

W ŚCO, wbrew postanowieniom art. 12 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 5 lipca 2001 r. o cenach⁶, nie zapewniono jawności i dostępności informacji o wysokości pobieranych od pacjentów opłat za badania komercyjne.

⁵ Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 ze zm.

⁶ Dz. U. Nr 97 poz. 1050 ze zm.

3. Przeprowadzone w trakcie kontroli oględziny wykazały, że w ŚCO przy udzielaniu świadczeń w pracowniach CT i MR, stosuje się, bez względu na źródło finansowania udzielanego świadczenia, system jednej kolejki. System ten, w sytuacji gdy nie występują inne wskazania medyczne, sprowadza się do wyznaczania terminu udzielenia świadczenia wg kolejności zgłoszeń pacjentów. Oznacza to, że może wystąpić sytuacja, iż w przypadku niewykonania kontraktu w danym miesiącu w pełnej wysokości i wystąpieniu zjawiska oczekiwania pacjentów na wykonanie świadczeń finansowanych przez NFZ, udzielane świadczenia komercyjne wydłużą czas oczekiwania na świadczenia w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Zdaniem NIK, chociaż fakt zawarcia kontraktu z NFZ nie wyłącza możliwości prowadzenia przez zakład opieki zdrowotnej działalności komercyjnej, to specyfika i warunki realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych wprowadzają konieczność preferowania pacjentów przyjmowanych w ramach kontraktu z NFZ.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na konieczność wprowadzenia w ŚCO mechanizmów zapewniających pierwszeństwo udzielania świadczeń medycznych dla pacjentów finansowanych ze środków NFZ.

4. NFZ na podstawie ugód pozasądowych zapłacił ŚCO w 2008 r. kwotę 506 tys. zł, w 2009 r. – 3.151 tys. zł i w 2010 r. – 2.014 tys. zł, tj. 100% wykonanych nadwykonań w 2008 r. i odpowiednio 15,2% i 15,5% w latach 2009 – 2010. W celu uzyskania pełnej zapłaty za wykonane świadczenia z lat 2009 – 2010, ZOZ złożył w sądzie dwa pozwy na kwoty wynoszące: 17.577 tys. zł (za 2009 r.) oraz 10.123 tys. zł (za 2010 r.). W wyniku postępowań sądowych zawarto z NFZ dwie ugody, w których strony uzgodniły, że NFZ zapłaci na rzecz ZOZ odpowiednio: 12.144 tys. zł (69% spornej kwoty) oraz 6.311 tys. zł (62%).

W ramach wykonywanych przez ŚCO procedur medycznych występowały takie, których koszt rzeczywisty w znaczący sposób odbiegał od kwoty ich refundacji przez NFZ. Jednocześnie sposób kontraktowania świadczeń przez NFZ, „wymusza” na Szpitalu chcącym wykonywać te procedury medyczne złożenie oferty poniżej rzeczywistych ich kosztów. Wg ŚCO, przy udzielaniu siedmiu wybranych procedur medycznych w latach 2008-2010 Szpital poniósł stratę w wysokości 8.740 tys. zł (na 2589 udzielonych świadczeń). Jednocześnie, jak wynika z wyjaśnień złożonych w trakcie kontroli, ŚCO wielokrotnie zwracało się do Ministerstwa Zdrowia i Centrali NFZ z wnioskami o analizę zapisów materiałów szczegółowych w poszczególnych rodzajach świadczeń (wnioski o doszczegółowienie zapisów treści zarządzeń, np. wytycznych dot. sumowania świadczeń, prośby o interpretacje zapisów zarządzeń, mających wpływ na sposób rozliczania świadczeń, dodanie nowych świadczeń do katalogów, umożliwienie rozliczania świadczeń w danym zakresie, prośby o interpretacje lub obniżenie wymagań dot. kontraktowania), w tym o zmianę wycen tych procedur.

5. W latach 2008 – 2010 ŚCO nie udostępniało swojego majątku do prowadzenia działalności medycznej. Świadczenia w ramach kontraktu z NFZ realizowane były w oparciu o potencjał sprzętowy i kadrowy Szpitala, a także na podstawie umów z podwykonawcami. W ww. okresie obowiązywało 19 takich umów, w tym z dwoma niepublicznymi zakładami

opieki zdrowotnej i 17 innymi podmiotami. Z tytułu realizacji w kontrolowanym okresie przedmiotowych umów ŚCO zapłaciło 3.433 tys. zł.

Analiza pięciu umów o najwyższej wartości, na łączną kwotę wydatków poniesionych w kontrolowanym okresie 2.727,2 tys. zł (79,5%), wykazała, że zostały one zawarte w latach 2006 – 2010, z podmiotami publicznymi, tj. z Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Kielcach (3 umowy), Pomorską Akademią w Szczecinie i Instytutem Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie na wykonywanie badań diagnostycznych (od 2006 r. z tytułu ich realizacji wydatkowano łącznie 3.937,5 tys. zł). Zawarcie przedmiotowych umów nie zostało poprzedzone przeprowadzeniem postępowania o udzielenie zamówienia publicznego (głównie ze względu na trudności w oszacowaniu wartości zamówienia oraz dużą renomę wykonawcy), pomimo tego, iż na mocy art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych⁷ ŚCO, jako jednostka sektora finansów publicznych, winna była stosować jej przepisy przy udzielaniu zamówień publicznych. Wartość każdej umowy w badanym okresie przekraczała wyrażoną w złotych równowartość kwoty 14 tys. euro, określoną w art. 4 pkt 8 ww. ustawy. Udzielenie zamówienia publicznego wykonawcy, który nie został wybrany w trybie określonym w przepisach o zamówieniach publicznych stanowiło naruszenie dyscypliny finansów publicznych, o którym mowa w art. 17 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych⁸. Obecnie wyłonienie podmiotów udzielających świadczenia winno następować na podstawie konkursu ofert zgodnie z art. 26 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁹.

Odpowiedzialność za opisane powyżej nieprawidłowości ponoszą: Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych Wiesław Rodzim i główna księgowa Zofia Górecka, którzy podpisali umowy z Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Kielcach i z Pomorską Akademią w Szczecinie oraz Pan Dyrektor, który podpisał umowę z Instytutem Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie.

Zauważyć należy, że zlecenie przez ŚCO innym podmiotom usług o charakterze zdrowotnym, z zasady następowało z pominięciem postępowania o udzielenie zamówienia publicznego albo konkursu ofert, o którym mowa w art. 35a ust. 1 obowiązującej wówczas ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Na 19 umów obowiązujących w kontrolowanym okresie, obowiązek przeprowadzenia zamówienia publicznego w trybie ustawy Prawo zamówień publicznych albo konkursu ofert zachodził w 11 przypadkach, przy czym przeprowadzono tylko jeden konkurs ofert wyłaniający podwykonawcę na wykonanie zdjęć RTG zewnątrzustnych.

6. W ŚCO nie opracowano pisemnych procedur nakazujących limitowanie świadczeń ze względu na fakt, iż większość przypadków leczonych w Szpitalu (leczenie nowotworowe) traktowanych jest jako ratujące życie. Ograniczenia w przyjmowaniu pacjentów wynikały z wysokości świadczeń zakontraktowanych w umowach z NFZ. W ŚCO prowadzone były bieżące analizy stanu realizacji zakontraktowanych świadczeń.

⁷ Dz. U. z 2010 r. Nr 113, poz. 759 ze zm.

⁸ Dz. U. z 2005 r. Nr 14, poz. 114 ze zm.

⁹ Dz. U. Nr 112, poz. 654.

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi, Najwyższa Izba Kontroli wnioskuje o:

- 1) weryfikowanie zewnętrznych danych, będących podstawą wystawiania faktur za badania kliniczne leków;
- 2) zapewnienie jawności i dostępności informacji o wysokości pobieranych od pacjentów opłat za badania komercyjne;
- 3) wprowadzenie zasady udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych w taki sposób, aby w sytuacji niewykonania kontraktu w danym miesiącu, świadczenia komercyjne nie wydłużały czasu oczekiwania na świadczenia zakontraktowane przez NFZ;
- 4) zlecenie udzielania świadczeń zdrowotnych wyłącznie po przeprowadzeniu konkursów ofert, zgodnie z art. 26 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej.

* * *

Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Kielcach, na podstawie art. 62 ust. 1 ustawy o NIK, oczekuje przedstawienia przez Pana Dyrektora w terminie 14 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego, informacji o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków bądź o działaniach podjętych w celu realizacji wniosków lub przyczynach niepodjęcia takich działań.

Zgodnie z treścią art. 61 ust. 1 ustawy o NIK, w terminie 7 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego, przysługuje Panu Dyrektorowi prawo zgłoszenia na piśmie do dyrektora Delegatury NIK w Kielcach umotywowanych zastrzeżeń w sprawie ocen, uwag i wniosków zawartych w tym wystąpieniu.

W razie zgłoszenia zastrzeżeń, zgodnie z art. 62 ust. 2 ustawy o NIK, termin nadesłania informacji, o którym mowa wyżej, liczy się od dnia otrzymania ostatecznej uchwały właściwej komisji NIK.