



**Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Kielcach**

Kielce, dnia        sierpnia 2011 r.

**Pan  
Marian Pytlewski  
Dyrektor Regionalny  
Niepublicznego Zakładu Opieki  
Zdrowotnej  
Świętokrzyskie Centrum Medyczne  
w Kielcach**

P/11/137  
LKI-4101-04-03/2011

**WYSTĄPIENIE POKONTROLNE**

Na podstawie art. 2 ust. 3 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli<sup>1</sup>, zwanej dalej „ustawą o NIK”, Delegatura Najwyższej Izby Kontroli w Kielcach przeprowadziła w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Świętokrzyskim Centrum Medycznym w Kielcach (NZOZ) kontrolę wybranych aspektów finansowania zakładu opieki zdrowotnej w latach 2008 – 2010, w tym realizacji przychodów z tytułu umów na świadczenia zdrowotne zawartych ze Świętokrzyskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (ŚOW NFZ) oraz świadczeń wykonanych ponad limit określony w tych umowach (nadwykonań), a także opłat pobieranych od pacjentów.

W związku z kontrolą, której wyniki przedstawione zostały w protokole kontroli podpisanym w dniu 25 lipca 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 NZOZ w zakresie objętym kontrolą.

Pozytywną ocenę uzasadnia prawidłowa realizacja rzeczowego zakresu umów na świadczenia zdrowotne zawartych z ŚOW NFZ.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły:

- udzielania świadczeń komercyjnych w czasie, miejscu, przy wykorzystaniu sprzętu i udziale personelu medycznego wskazanego do realizacji kontraktu z ŚOW NFZ, skutkującego wydłużeniem czasu oczekiwania na świadczenia udzielane w ramach ubezpieczenia zdrowotnego;

---

<sup>1</sup> Dz. U. z 2007 r. Nr 231, poz. 1701 ze zm.

– udzielania świadczeń w innej kolejności, niż wynikająca ze zgłoszeń pacjentów, tj. niezgodnie z art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>2</sup>.

1. W okresie objętym kontrolą NZOZ udzielał świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w ramach umów z ŚOW NFZ, wykonując badania tomografii komputerowej (TK) oraz badania rezonansu magnetycznego (RM). Podstawę do zawarcia tych umów w okresie od 1 stycznia 2007 r. do 31 grudnia 2010 r. stanowiło rozstrzygnięcie postępowania konkursowego ogłoszonego przez ŚOW NFZ we wrześniu 2006 r. NZOZ dysponował sprzętem i aparaturą medyczną zadeklarowaną w umowach z ŚOW NFZ, a świadczenia opieki zdrowotnej były wykonywane przez wykazany w tych umowach personel. Wysokość kontraktu z NFZ na realizację świadczeń wynosiła 2.546,8 tys. zł w 2008 r., 3.497,1 tys. zł w 2009 r. i 3.295,3 tys. zł w 2010 r.

ŚOW NFZ zobowiązany był finansować wykonane w ramach umowy świadczenia w odstępach miesięcznych, w wysokości 1/12 części kontraktu rocznego, na podstawie przekazywanych przez NZOZ rachunków i raportów statystycznych. Wartość wykonanych świadczeń zdrowotnych wynosiła 2.545,6 tys. zł w 2008 r., 3.562,0 tys. zł w 2009 r. i 3.494,7 tys. zł w 2010 r., co stanowiło odpowiednio 99,9%, 101,8% i 106,0% świadczeń zakontraktowanych.

NZOZ oprócz przychodów uzyskiwanych na podstawie kontraktu z ŚOW NFZ osiągał przychody w związku z wykonywaniem odpłatnych badań diagnostycznych dla pacjentów prywatnych oraz na rzecz szpitali, z którymi zawarł umowy cywilno-prawne. Przychody z tego tytułu wynosiły: 3.195 tys. zł – w 2008 r., 3.732 tys. zł – w 2009 r. i 4.501 tys. zł w 2010 r. Udział badań wykonanych dla pacjentów prywatnych kształtował się od 2,2% do 8% ogółu badań.

2. W załącznikach do wszystkich umów zawartych z ŚOW NFZ, NZOZ wykazywał, że świadczenia finansowane ze środków publicznych będzie wykonywać w pełnym czasie pracy placówki, tj. od poniedziałku do piątku, w godzinach od 8.00 do 20.00, przy wykorzystaniu całego personelu zatrudnionego w NZOZ oraz całego sprzętu medycznego. W czasie tym udzielano także świadczeń poza kontraktem. Przyjęty sposób realizacji umów z ŚOW NFZ był nieprawidłowy, gdyż udzielanie świadczeń komercyjnych powodowało wydłużenie czasu oczekiwania na badanie dla pacjentów finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Badaniami kontrolnymi w zakresie kolejności przyjmowania pacjentów w ramach kontraktu z ŚOW NFZ oraz świadczeń komercyjnych objęto 110 świadczeń udzielonych przez NZOZ w dwóch losowo wybranych dniach października 2010 r., w tym: 52 świadczenia finansowane ze środków publicznych, 51 wykonane na rzecz szpitali oraz siedem dla pacjentów prywatnych. Z analizy tych danych wynika, że istniała możliwość wcześniejszego przyjmowania pacjentów w ramach umowy z ŚOW NFZ, jednak w tych terminach udzielano świadczeń na rzecz pacjentów skierowanych przez szpitale w ramach

---

<sup>2</sup> Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

umów cywilno-prawnych, a także pacjentów prywatnych. Pacjenci skierowani na badania w ramach umów NZOZ-u z ŚOW NFZ oczekiwali na świadczenia od jednego do 88 dni (średnio 59 dni), natomiast pozostali pacjenci byli poddawani badaniom maksymalnie w ciągu dwóch dni od daty zgłoszenia.

Zdaniem NIK, chociaż fakt zawarcia kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia nie wyłącza możliwości prowadzenia przez niepubliczny 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 Narodowym Funduszem Zdrowia. Tymczasem w regulaminie porządkowym, określającym organizację i porządek udzielania świadczeń zdrowotnych w NZOZ przyjęto regulacje wskazujące, że pacjenci z oddziałów szpitalnych, przyjmowani na podstawie umów cywilno-prawnych, mieli pierwszeństwo przed pacjentami, którym świadczenia udzielane były na podstawie kontraktu NZOZ z ŚOW NFZ.

Analiza 52 przypadków świadczeń finansowanych ze środków publicznych wykazała, że w 16 przypadkach świadczenia zostały udzielone wcześniej, niż wynikało to z kolejności zgłoszeń świadczeniobiorców, wymaganej art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>3</sup>. Jak wyjaśnił Pan Dyrektor, przyczyną tego stanu były zawarte na skierowaniach adnotacje „badanie pilne” (9 przypadków) oraz prośby pacjentów o przyspieszenie terminu badania, motywowane odczuwanymi dolegliwościami (7 przypadków). Zdaniem NIK, wyjaśnienie Pana Dyrektora co do siedmiu przypadków, w których na skierowaniach nie naniesiono adnotacji „pilne”, nie uzasadnia naruszania kolejności przyjęć i wskazuje na brak przejrzystości w dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej.

Nadmienić należy, że w jednym przypadku spośród dziewięciu wyżej wymienionych, badanie pacjenta posiadającego skierowanie z adnotacją „pilne” wykonano dopiero po 29 dniach od daty wpisu do ewidencji.

Według stanu na 31 grudnia 2010 r. najdłuższy okres oczekiwania na świadczenie z zakresu badania RM oraz na świadczenie z zakresu badania TK wynosił odpowiednio 131 dni oraz 71 dni. Z wyjaśnień Pana Dyrektora wynika, iż przyczyną długiego okresu oczekiwania na badania diagnostyczne był zbyt niski poziom środków finansowych, jaki miał do dyspozycji NZOZ w 2010 r. na świadczenia określone w kontrakcie z ŚOW NFZ.

Badanie dziesięciu losowo wybranych świadczeń (spośród 980 udzielonych w listopadzie 2010 r.) wykazało, że od pacjentów, którym udzielano świadczeń zdrowotnych w ramach umów z NFZ, nie pobierano opłat za wykonane usługi diagnostyczne.

**3.** W NZOZ zapewniono jawność i dostępność informacji o wysokościach pobieranych od pacjentów opłat za usługi diagnostyczne, a stawki za udostępnienie dokumentacji medycznej w postaci wyciągu lub odpisu oraz za sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych zostały ustalone w wysokościach nieprzekraczających maksymalnych stawek określonych w art. 28 ust. 4 pkt 1 i pkt 3 ustawy

---

<sup>3</sup> Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>4</sup>. Jednocześnie dopiero w dniu 25 maja 2011 r., podczas kontroli NIK, ustalono przewidzianą art. 28 ust. 4 pkt 2 ww. ustawy wysokość opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej w postaci kopii tej dokumentacji. Z wyjaśnień Pana Dyrektora wynika, iż pacjenci nie zwracali się z prośbą o wykonanie i wydanie kopii dokumentacji medycznej. Z uwagi na kilkakrotnie wyższą wysokość opłaty za jedną stronę odpisu lub wyciągu z dokumentacji medycznej w porównaniu z opłatą za jedną stronę jej kopii, nieustalenie tej ostatniej i nieuwzglęcenie jej w cenniku mogło, zdaniem NIK, ograniczać dostęp pacjentów do dokumentacji medycznej.

4. W latach 2009 – 2010 NZOZ zrealizował świadczenia opieki zdrowotnej ponad limit określony w umowach z ŚOW NFZ odpowiednio za kwotę 64,9 tys. zł – 1,9% wartości umowy oraz 199,4 tys. zł – tj. 6,0% wartości umowy. Powyższe świadczenia nie zostały sfinansowane przez NFZ. Złożona przez płatnika propozycja ugody dotycząca nadwykonań za 2010 r. nie została przyjęta.

W NZOZ nie opracowano pisemnych procedur nakazujących limitowanie świadczeń w wysokościach wynikających z umów zawartych z NFZ, jednak jak wynika z wyjaśnień Pana Dyrektora prowadzone były analizy w celu ustalenia liczby badań, jakie mogą zrealizować poszczególne pracownie w okresie miesiąca, kwartału i roku. Zarządzanie limitami świadczeń zdrowotnych przyznanymi w ramach kontraktu z NFZ, polegało na ustaleniu liczby świadczeń diagnostycznych możliwych do wykonania w ramach limitu środków w danym okresie rozliczeniowym.

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

- 1) realizowanie umów zawartych z ŚOW NFZ w taki sposób, aby świadczenia realizowane na rzecz innych podmiotów nie utrudniały pacjentom przyjmowanym w ramach kontraktu ŚOW NFZ z NZOZ dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w kolejności wynikającej ze zgłoszeń pacjentów.

\* \* \*

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 wniosku bądź o działaniach podjętych w celu realizacji wniosku 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 wniosku zawartych w tym wystąpieniu.

---

<sup>4</sup> Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 ze zm.

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.