



**Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Kielcach**

Kielce, dnia      sierpnia 2011 r.

**Pani  
Grażyna Zabielska  
Prezes Zarządu  
Szpitala Kieleckiego Sp. z o.o.  
w Kielcach**

P/11/137  
LKI-4101-04-05/2011

**WYSTĄPIENIE POKONTROLNE**

Na podstawie art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli<sup>1</sup>, zwanej dalej „ustawą o NIK”, Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Kielcach, przeprowadziła w Szpitalu Kieleckim Sp. z o.o. w Kielcach (Spółka), prowadzącym Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Św. Aleksandra 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 27 lipca 2011 r., Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 60 ustawy o NIK, przekazuje Pani Prezes niniejsze wystąpienie pokontrolne.

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie, pomimo stwierdzonych uchybień, ocenia działalność Spółki, prowadzącej NZOZ, w zakresie objętym kontrolą.

Pozytywną ocenę uzasadnia w szczególności:

- udzielanie świadczeń zakontraktowanych przez ŚOW NFZ zgodnie z § 6 i 7 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>2</sup>;
- udzielanie odpłatnych świadczeń zdrowotnych w przypadkach przewidzianych w obowiązujących przepisach;
- zapewnienie jawności i dostępności informacji o wysokości pobieranych opłat.

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

<sup>2</sup> Dz. U. Nr 81, poz. 484.

Stwierdzone uchybienia polegały na:

- nieuwzględnieniu w zarządzeniu wewnętrznym regulującym zasady udostępniania dokumentacji medycznej NZOZ, opłat z tytułu wydawania odpisów i wyciągów z dokumentacji medycznej, a także opłat za sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych;
- nieprawidłowym zakwalifikowaniu 8 świadczeń (spośród 22) na kwotę 7.920 zł, co ustaliła kontrola ŚOW NFZ.

1. Główne źródło przychodów NZOZ stanowiły środki pochodzące z umów na świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju *lecznictwo szpitalne* i *ambulatoryjna opieka specjalistyczna*, zawartych z ŚOW NFZ. W okresie objętym kontrolą utrzymywały się one na zbliżonym poziomie i wynosiły: 26.147 tys. zł w 2008 r., 25.812 tys. zł w 2009 r. oraz 25.733 tys. zł w 2010 r.

W latach 2008 – 2010 NZOZ udzielił także 8.138 świadczeń komercyjnych (finansowanych bezpośrednio przez pacjentów). Przychody z tego tytułu wynosiły: 240 tys. zł w 2008 r., 207 tys. zł w 2009 r. oraz 387 tys. zł w 2010 r., co stanowiło odpowiednio 0,9%, 0,8% i 1,5% przychodów uzyskanych z kontraktów z ŚOW NFZ.

Na podstawie badania 100 opłat (dobranych w sposób celowy) za świadczenia komercyjne nie stwierdzono jednoczesnego pobierania opłat od pacjentów oraz finansowania udzielonych im świadczeń w ramach umów z ŚOW NFZ.

2. W NZOZ w ramach umów z ŚOW NFZ udzielano świadczeń w rodzaju *lecznictwo szpitalne* w zakresie neonatologii, położnictwa i ginekologii, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, anestezjologii i intensywnej terapii oraz na izbie przyjęć. W rodzaju *ambulatoryjna opieka specjalistyczna* udzielano świadczeń w zakresie chirurgii ogólnej, neonatologii, proktologii oraz w zakresie położnictwa i ginekologii wraz z programem profilaktycznym *pobieranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego*. Świadczenia w powyższych zakresach udzielane były zgodnie z wykazem miejsc ich udzielania, harmonogramem czasu pracy komórki organizacyjnej (oddziału lub poradni) oraz harmonogramem czasu pracy personelu medycznego, czego wymagał § 6 i 7 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. W zakresach tych nie udzielano komercyjnych usług zdrowotnych osobom uprawnionym do świadczeń w ramach ubezpieczenia zdrowotnego.

Opłaty od pacjentów pobierane były natomiast za świadczenia, nieznajdujące się w wykazie świadczeń gwarantowanych<sup>3</sup>, a także za świadczenia nieobjęte kontraktem NZOZ z ŚOW NFZ (np. szczepienia przeciw grypie, kursy w szkole rodzenia, porady laktacyjne).

3. Wysokość opłaty za udostępnianie pacjentom dokumentacji medycznej w postaci jej kopii została ustalona w zarządzeniu wewnętrznym dyrektora NZOZ w sprawie *zasad udostępniania dokumentacji medycznej i ustalania opłat za udostępnienie dokumentacji*

---

<sup>3</sup> Wykaz świadczeń gwarantowanych w rodzaju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. Nr 139, poz. 1142 ze zm.), a w rodzaju leczenia szpitalnego – rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. Nr 140, poz. 1143 ze zm.).

*medycznej*. Wysokość tej opłaty nie przekraczała limitu określonego w art. 28 ust. 4 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>4</sup>. W zarządzeniu, o którym mowa, nie uwzględniono natomiast opłat z tytułu wydawania odpisów i wyciągów z dokumentacji medycznej, a także opłat za sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych, co było niezgodne z art. 28 ust. 4 pkt 1 i 3 w związku z art. 27 pkt 2 ww. ustawy.

4. Szpital zapewnił jawność i dostępność informacji o wysokości pobieranych opłat, zarówno za udzielane świadczenia zdrowotne, jak i z tytułu realizacji praw pacjenta (np. z tytułu dodatkowej opieki pielęgnacyjnej). Pacjentom zapewniono dostęp do telefonu, możliwość prowadzenia korespondencji pocztowej oraz nieodpłatnego korzystania z Internetu bezprzewodowego.

5. Wartość wykonanych świadczeń objętych kontraktem z ŚOW NFZ wyniosła 21.985 tys. zł w 2008 r., 25.739 tys. zł w 2009 r. oraz 25.657 tys. zł w 2010 r. i przekroczyła limity określone w umowach o 290 tys. zł w 2008 r., 1.767 tys. zł w 2009 r. i 1.663 tys. zł w 2010 r. Na podstawie postępowań sądowych za nadwykonania w 2008 r. NZOZ uzyskał 226 tys. zł, a za nadwykonania w 2009 r. – 1.006 tys. zł.

Kontrola ŚOW NFZ w zakresie realizacji świadczeń ponadlimitowych, dotyczących umowy w rodzaju *lecznictwo szpitalne* na 2008 r. wykazała, że NZOZ nieprawidłowo rozliczył 8 spośród 22 świadczeń (niewłaściwie przyporządkowano pacjentów do grupy systemu JGP<sup>5</sup>), co spowodowało zawyżenie kwot uzyskanych z ŚOW NFZ o 7.920 zł. Wniosek pokontrolny o skorygowanie raportu statystycznego na powyższą kwotę został przez NZOZ zrealizowany.

W ramach umowy w rodzaju *lecznictwo szpitalne* na oddziałach zabiegowych (chirurgii ogólnej i ginekologiczno-położniczym) zabiegi planowe wykonywane były zgodnie z listami oczekujących, natomiast świadczenia ratujące życie udzielane były na bieżąco. Średni czas oczekiwania na świadczenie wynosił 42 dni dla oddziału chirurgii ogólnej i 33 dni dla oddziału ginekologiczno-położniczego. W przypadku *ambulatoryjnej opieki specjalistycznej* pacjenci przyjmowani byli na bieżąco.

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi, Najwyższa Izba Kontroli wnioskuje o dostosowanie postanowień zarządzenia wewnętrznego dyrektora NZOZ w sprawie *zasad udostępniania dokumentacji medycznej i ustalania opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej* do uregulowań zawartych w art. 28 ust. 4 pkt 1 i 3 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

\* \* \*

Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Kielcach, na podstawie art. 62 ust. 1 ustawy o NIK, oczekuje przedstawienia przez Panią Prezes w terminie 14 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego, informacji o sposobie wykorzystania uwag

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

<sup>5</sup> Jednorodne Grupy Pacjentów.

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 Pani Prezes prawo zgłoszenia na piśmie do dyrektora Delegatury NIK w Kielcach umotywowanych zastrzeżeń w sprawie ocen, uwag i wniosków zawartych w 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.