



**Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Olsztynie**

Olsztyn, dnia 25 października 2011 r.

**Pani
Irena Kierzkowska
Dyrektor Wojewódzkiego
Szpitala Specjalistycznego
w Olsztynie**

P/11/137; LOL-4101-03-03/2011

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 Olsztynie przeprowadziła w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie („Szpitalu”) kontrolę obejmującą wybrane aspekty finansowania zakładów opieki zdrowotnej w latach 2008 - 2010, w tym realizację przychodów z tytułu umów na świadczenia zdrowotne, zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia, świadczeń wykonanych ponad limit określony w tych umowach, a także opłat pobieranych od pacjentów.

W związku z kontrolą, której wyniki przedstawione zostały w protokole kontroli, podpisanym w dniu 30 września 2011 r., Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Olsztynie, na podstawie art. 60 ustawy o NIK, przekazuje Pani Dyrektor niniejsze wystąpienie pokontrolne.

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie, pomimo stwierdzonych nieprawidłowości, ocenia działalność Szpitala objętą kontrolą.

Podstawą pozytywnej oceny było:

- podejmowanie przez Szpital stosownych działań w celu wyegzekwowania od Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) należności za zrealizowane ponad limit świadczenia zdrowotne określone w umowach z NFZ (tzw. nadwykonania),

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

- udzielanie odpłatnych świadczeń zdrowotnych wyłącznie w przypadkach przewidzianych w obowiązujących przepisach,
- zapewnienie jawności i dostępności informacji o wysokości pobieranych opłat.

Nieprawidłowości dotyczyły głównie zawierania z niektórymi podwykonawcami umów na wykonywanie usług medycznych bez przeprowadzenia konkursu ofert, tj. niezgodnie z art. 35 a ust.1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej² (ustawa o ZOZ), a także podjęcia (bez zgody pracodawcy w godzinach podstawowego zatrudnienia w Szpitalu) dodatkowego zatrudnienia przez trzech lekarzy rezydentów zatrudnionych na podstawie umowy o pracę.

1. W okresie objętym kontrolą przychody Szpitala systematycznie rosły i wynosiły: 121 063,7 tys. zł w 2008 r., 131 634,5 tys. zł w 2009 r. i 137 072,9 tys. zł w 2010 r. Główne ich źródło stanowiły umowy zawarte z NFZ na udzielanie świadczeń zdrowotnych wynoszące odpowiednio: 113 960,8 tys. zł (94,1 % ogółu przychodów), 124 595,7 tys. zł (94,6 %), 121 636,5 tys. zł (88,7 %). Przychody z tytułu udzielania odpłatnych świadczeń zdrowotnych miały bardzo mały udział w ogólnej wartości udzielonych świadczeń i wynosiły: 534,5 tys. zł (0,44 % wartości ogółu przychodów) w 2008 r., 739,5 tys. zł (0,56 %) w 2009 r. oraz 712,6 tys. zł (0,52 %) w 2010 r.

Szpital prawidłowo pobierał opłaty za udzielone świadczenia zdrowotne, niezakontraktowane z NFZ. Ustalono m.in., że:

- podano do publicznej wiadomości cennik odpłatnych świadczeń zdrowotnych i usług, w formie ogólnodostępnej broszury, na stronie internetowej Szpitala oraz w miejscu ich udzielania i pobierania opłat,
- opłaty za świadczenia zdrowotne dla osób nieuprawnionych do świadczeń w ramach ubezpieczenia zdrowotnego ustalano na podstawie kosztu własnego sprzedaży świadczenia zdrowotnego, na który składała się suma jednostkowych kosztów wszystkich nośników zużytych podczas udzielania świadczenia zdrowotnego,
- nie pobierano dodatkowych opłat od pacjentów z tytułu m.in. korzystania z Internetu, energii elektrycznej, wynajęcia łóżka przez rodzica w czasie pobytu dziecka w Szpitalu,
- nie wykonywano odpłatnych świadczeń diagnostycznych z wykorzystaniem aparatury zakupionej ze środków Unii Europejskiej.

² Dz. U. z 2007 r. nr 14 poz. 89 ze zm. Ustawa uchylona z dniem 1 lipca 2011r. przez ustawę z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 543).

Przeprowadzone podczas kontroli badanie zasadności pobrania 80 opłat za świadczenia zdrowotne na łączną kwotę 13,7 tys. zł (1,92 % wszystkich opłat pobranych w 2010 r.) wykazało, że opłaty pobrane zostały wyłącznie w przypadkach przewidzianych w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³, tj. od osób nieubezpieczonych, ubezpieczonych lecz nieposiadających skierowania lekarza oraz od pacjentów, którym wykonywano świadczenia nieobjęte kontraktem z NFZ. W przypadku 10 osób, od których pobrano opłaty na sumę 5,85 tys. zł w związku z brakiem ubezpieczenia zdrowotnego, na podstawie danych Centralnego Wykazu Ubezpieczonych (CWU) ustalono, że siedem z nich, (od których pobrano opłaty w kwocie 1,52 tys. zł), było ujętych w CWU. Osoby te nie przedstawiły jednak w Szpitalu dokumentów potwierdzających prawo do świadczeń nieodpłatnych, w związku z czym, na podstawie art. 50 ust. 4 ww. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, pobrano od nich opłaty.

Szpital nie wyodrębnił zasobów kadrowych, terminów, bazy lokalowej i sprzętu do wykonywania odpłatnych świadczeń zdrowotnych, co było niezgodne z § 6 i 7 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁴. Należy jednak zauważyć, że przy znikomej skali udzielania odpłatnych świadczeń zdrowotnych (od 0,44 % do 0,56 % wartości ogółu świadczeń) nie miało to istotnego wpływu na dostępność pacjentów do opieki medycznej finansowanej ze środków publicznych.

2. W badanym okresie Szpital udostępniał za odpłatnością część posiadanego majątku trwałego innym podmiotom. Według stanu na koniec 2010 r. realizowano 46 umów, w związku z czym Szpital osiągnął w badanym okresie przychody w kwocie 2 545,7 tys. zł.

Ustalono, że prawidłowo zabezpieczono interesy Szpitala w umowach z podmiotami wynajmującymi pomieszczenia, gdyż m.in.:

- przychody z czynszu za wynajem mienia Szpitala w każdym przypadku były wyższe od kosztów związanych z ich utrzymaniem,
- obciążano wynajmujących kosztami pomieszczeń ogólnego użytku oraz użytkowania telefonów wewnętrznych,
- wynajmujący zobowiązani byli do płacenia czynszu z góry do 10-ego każdego miesiąca na rachunek bankowy Szpitala,

³ Dz. U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027 ze zm.

⁴ Dz. U. Nr 81, poz. 484

- wynajmujący zastrzegł sobie w każdym przypadku prawo doraźnej kontroli w zakresie przestrzegania postanowień zawartych umów.

W latach 2008 – 2010 nie zawierano umów najmu składników majątkowych, które skutkowałyby ograniczeniem zakresu udzielanych przez Szpital świadczeń zdrowotnych.

W badanych okresie wynajęto lokale m.in. 5 podmiotom udzielających świadczeń zdrowotnych. Działalność prowadzona przez te jednostki na terenie Szpitala polegała na prowadzeniu specjalistycznej poradni kardiologicznej, gastrologicznej, ortopedycznej, grupowej specjalistycznej praktyki onkologii zabiegowej i diagnostyki onkologicznej oraz prywatnej praktyki lekarskiej - medycyny pracy. Nie była ona konkurencyjna wobec świadczeń realizowanych przez Szpital.

Nieprawidłowe było podjęcie dodatkowego zatrudnienia przez trzech lekarzy rezydentów zatrudnionych w Szpitalu na podstawie umowy o pracę, w oddziale chirurgii urazowo-ortopedycznej w godzinach 7³⁰ - 15⁰⁵. W okresie od 1 marca do 30 czerwca 2011 r. lekarze ci pracowali w tym samym czasie również w poradni ortopedycznej NZOZ „Ortopedzi Olsztyńscy” Sp. z o.o., pobierając odrębne wynagrodzenia z dwóch miejsc pracy. Należy zauważyć, że nie posiadali oni zgody Pani Dyrektor na podjęcie dodatkowego zatrudnienia.

Uwagi kontroli dotyczą również zawierania umów na wykonywanie usług medycznych zlecanych podmiotom zewnętrznym. Według stanu na koniec 2010 r. obowiązywało 18 takich umów, w tym dziesięć z niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej (NZOZ). Spośród umów z NZOZ 6 zawarto bez przeprowadzenia postępowania konkursowego, wymaganego przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 13 lipca 1998 r. w sprawie umowy o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne⁵. Na ich realizację wydatkowano w badanym okresie 347,0 tys. zł.

Pozostałych 8 umów zawarto z podmiotami spoza katalogu określonego w art. 35 ust. 1 ustawy o ZOZ, tj. m.in. szpitalami publicznymi, Wojewódzką Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną oraz Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa (RCKiK). Zastrzeżenia NIK dotyczą zawarcia umowy z RCKiK bez zastosowania przepisów ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych⁶ mimo, że jej wartość przekraczała określoną w art. 4 pkt 8 tej ustawy równowartość kwoty 14 tys. euro. Na badania laboratoryjne wykonane przez tego zleceńbiorcę w badanym okresie Szpital wydatkował 340,6 tys. zł. Należy zauważyć, że również w myśl obowiązującej od 1 lipca br. ustawy z dnia

⁵ Dz. U. Nr 93, poz. 692 Rozporządzenie utraciło moc z dniem 30 czerwca 2011 r.

⁶ Dz. U. z 2010 r., Nr 113, poz. 759 ze zm.

15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁷ (art. 26), Szpital – jako jednostka sektora finansów publicznych – może udzielać zamówień w zakresie działalności leczniczej wyłącznie w trybie konkursu ofert. Do udzielania takich zamówień nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych, a do konkursu ofert stosuje się przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

3. Szpital kalkulował oferty z NFZ na podstawie danych dotyczących realizacji umowy w danym okresie oraz posiadanego potencjału osobowego i sprzętowego. Podstawą do wyliczenia liczby punktów wskazanych w ofercie było wykonanie umowy w okresie lipiec - wrzesień 2008 r. W związku z wprowadzeniem od lipca 2008 r. nowego systemu rozliczania świadczeń według Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP), Szpital nie był w stanie dokładnie skalkulować rzeczywistego zapotrzebowania na finansowanie świadczeń w ramach umowy jak i skutków finansowych wprowadzenia JGP. W latach 2008 - 2010 zakontraktowano świadczenia zdrowotne o wartości odpowiednio 106 745 tys. zł, 123 291 tys. zł i 121 875 tys. zł. Ustalenie w kontraktach mniejszej od zaoferowanej przez Szpital wartości i liczby punktów oraz realizowanie procedur medycznych ponad określony w nich limit skutkowało nadwykonaniami, wynoszącymi w tych latach odpowiednio 10 392,6 tys. zł, 11 786,2 tys. zł, 14 815,7 tys. zł (o 9,2%, 7,9% i 11,7% więcej od wartości kontraktów).

Za wykonane świadczenia ponadlimitowe, w wyniku zawartych ugód lub postępowania sądowego Szpital otrzymał w badanym okresie 16 325,7 tys. zł, w tym 6 633 tys. zł za 2008 r., 8 000 tys. zł za 2009 r. (jako rozliczenie wszystkich nadlimitów w ramach leczenia szpitalnego) oraz 1 692,7 tys. zł w 2010 r. Na dzień 12 września 2011 r., kwota niezapłaconych nadwykonań wynosiła 12 030,3 tys. zł, w tym świadczeń ratujących życie 2 754,9 tys. zł, pilnych 3 572,1 tys. zł i stabilnych 5 703,3 tys. zł.

Wprawdzie w Szpitalu nie opracowano procedur nakazujących lekarzom limitowanie udzielanych świadczeń zdrowotnych lub skierowań na badania diagnostyczne stosownie do zawartych umów z NFZ, lecz w ramach zarządzania umowami regulowano przyjęcia pacjentów w stanie pilnym i stabilnym, poprzez ustalane komisyjnie listy oczekujących.

Według stanu na koniec 2010 r. najdłuższy okres oczekiwania na udzielenie świadczeń szpitalnych dotyczył wykonania endoprotezoplastyki stawu kolanowego, wszczepienia soczewki przy usunięciu zaćmy oraz endoprotezoplastyki stawu biodrowego i wynosił odpowiednio 643, 578 i 552 dni. W zakresie badań diagnostycznych najdłużej oczekiwano na

⁷ Dz. U. Nr 112, poz. 654.

przyjęcia do poradni specjalistycznych endokrynologicznej, ginekologiczno-położniczej, chirurgii naczyniowej, a okres oczekiwania na badania w tych poradniach wynosił odpowiednio 226, 224 i 223 dni. Jak wynika z wyjaśnień Pani Dyrektor, główną przyczyną wydłużonego okresu oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych była niewystarczająca wielkość środków finansowych przyznanych w ramach kontraktu z NFZ.

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

1. Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne wyłącznie po przeprowadzeniu wymaganego postępowania.
2. Wyeliminowanie nieprawidłowości dotyczących świadczenia pracy na rzecz innych podmiotów przez zatrudnionych w Szpitalu lekarzy rezydentów oraz podjęcie działań w celu zrekompensowania utraconych przez Szpital środków finansowych, za okres pobierania przez nich wynagrodzenia za pracę w poradni ortopedycznej NZOZ.

Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Olsztynie, na podstawie art. 62 ust. 1 ustawy o NIK, oczekuje od Pani Dyrektor, w terminie 14 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego, informacji o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków, bądź o działaniach podjętych w celu ich realizacji lub przyczynach nie podjęcia takich działań.

Zgodnie z treścią art. 61 ust. 1 ustawy o NIK, w terminie 7 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego, przysługuje Pani Dyrektor prawo zgłoszenia na piśmie do dyrektora Delegatury NIK w Olsztynie 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 wyżej mowa, liczy się od dnia otrzymania ostatecznej uchwały właściwej komisji NIK.

Z poważaniem