



**Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Warszawie**

Warszawa, 23 sierpnia 2011 r.

**Pan  
[...]<sup>1</sup>**

**Właściciel  
Poradni Rodzinnej „Zdrowie”  
w Płońsku**

LWA- 4101-08-04/2011  
P/11/137

**WYSTĄPIENIE POKONTROLNE**

Na podstawie art. 2 ust. 3 *ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli*<sup>2</sup>, zwanej *dalej ustawą o NIK*, Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Warszawie skontrolowała w Poradni Rodzinnej „Zdrowie” w Płońsku (zwanej dalej „Poradnią”) wybrane aspekty finansowania świadczeń zdrowotnych w latach 2008-2010, w tym realizację przychodów ze środków publicznych oraz opłat pobieranych od pacjentów za udzielone świadczenia.

W związku z kontrolą, której wyniki przedstawione zostały w protokole podpisanym 22 lipca 2011 r., Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 60 *ustawy o NIK*, przekazuje Panu niniejsze wystąpienie pokontrolne.

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia działalność Poradni w skontrolowanym zakresie. Podstawą sformułowania pozytywnej oceny było świadczenie usług zdrowotnych zgodnie z postanowieniami kontraktów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ).

**1.** Przychody Poradni z działalności podstawowej za udzielone świadczenia zdrowotne wyniosły: w 2008 r. – 15 374 tys. zł, w 2009 r. – 19 596 tys. zł i w 2010 r. – 22 480 tys. zł. Głównym ich źródłem były środki publiczne z kontraktów zawartych z NFZ, uzyskane z tytułu zrealizowanych świadczeń zdrowotnych (łącznie z wykonanymi ponad limity

---

<sup>1</sup> Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Warszawie dokonała wyłączenia danych osobowych przedsiębiorcy, na podstawie art. 5 ust. 2 i art. 8 ust. 5 *ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej* (Dz. U. Nr 112, poz. 1198 ze zm.)

<sup>2</sup> Dz. U. z 2007 r. Nr 231, poz. 1701 ze zm.

ustalone w umowach z NFZ). Środki te stanowiły odpowiednio: 90,4%, 90,8% i 90,5% ogółu przychodów Poradni.

Natomiast przychody za świadczenia opłacane ze środków prywatnych pacjentów wyniosły: w 2008 r. – 1 474 tys. zł, w 2009 r. – 1 806 tys. zł i w 2010 r. – 1 979 tys. zł. Powyższe przychody uzyskano głównie w wyniku opłat wnoszonych przez pacjentów zakładów opiekuńczo-leczniczych (ZOL) z tytułu wyżywienia i zakwaterowania zgodnie z art. 34a ust. 1 *ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej*<sup>3</sup> i art. 18 ust. 1 *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*<sup>4</sup>. Środki za wyżywienie i zakwaterowanie w ZOL-ach stanowiły od 90,2% do 91,8% wartości odpłatnych świadczeń ogółem w badanym okresie.

Analiza próby 10 wykonanych świadczeń w rodzaju ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne (badania USG Doppler Duplex) wykazała, że od pacjentów nie pobierano opłat za wykonane w ramach kontraktu z NFZ świadczenia zdrowotne. Ponadto ustalono, że w badanym okresie Poradnia nie pobierała też opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej.

**2.** W latach objętych kontrolą Poradnia udzielała świadczeń zdrowotnych ambulatoryjnie w poradniach specjalistycznych oraz stacjonarnie w dwóch ZOL-ach na podstawie kontraktów zawartych z MOW<sup>5</sup> NFZ. W ramach tych kontraktów Poradnia świadczyła usługi zdrowotne w rodzaju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), w tym ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych kosztochłonnych, w rodzaju rehabilitacji leczniczej, leczenia stomatologicznego, opieki długoterminowej (świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze) oraz opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

W latach 2008-2009 Poradnia udzieliła świadczeń zdrowotnych w wysokościach określonych umowami z NFZ. Ustalono, iż tylko w 2010 r. zrealizowano świadczenia ponad limit określony umowami o wartości 160 tys. zł, co stanowiło 0,8% wartości kontraktów na 31 grudnia 2010 r. Przekroczenia limitów dotyczyło świadczeń zrealizowanych w rodzaju AOS (141 tys. zł, w tym ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych kosztochłonnych – 32 tys. zł) i świadczeń rehabilitacji leczniczej (19 tys. zł), które zostały rozliczone na podstawie ugody pozasądowej zawartej z NFZ i uregulowane w pełnej wysokości.

Poradnia nie posiadała wewnętrznych procedur nakazujących lekarzom limitowanie udzielanych świadczeń lub skierowań na badania czy konsultacje. Nie były też ograniczane

---

<sup>3</sup> Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm. uchylona z dniem 1 lipca 2011 r. przez ustawę z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654)

<sup>4</sup> Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

<sup>5</sup> Mazowiecki Oddział Wojewódzki.

przyjęcia pacjentów w ramach świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, których przyjmowano wyłącznie w oparciu o potencjał kadrowy, sprzętowy i lokalizacyjny. Pacjentów planowych (tj. bez zagrożenia życia) przyjmowano stosownie do art. 20 ust. 1 i 2 pkt 1 *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, tj. zgodnie z listą oczekujących. Czas oczekiwania wahał się od 5 do 141 dni, a średni czas oczekiwania pacjentów na przyjęcie do ZOL w 2010 r. wyniósł 118 dni. W badanym okresie w Poradni nie wystąpiły świadczenia ratujące życie lub zdrowie.

Wobec niestwierdzenia nieprawidłowości Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje wniosków pokontrolnych.

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