



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Departament Zdrowia

KZD- 4110-05-01/2013
R/13/006

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
ul. Filtrowa 57, 02-056 Warszawa
T +48 22 444 55 17, F +48 22 444 55 61
kzd@nik.gov.pl
Adres korespondencyjny: Skr. poczt. P-14, 00-950 Warszawa 1

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	R/13/006 – Działalność szpitali samorządowych przekształconych w spółki kapitałowe
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli, Departament Zdrowia
Kontroler	Paweł Korzeniowski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 87381 z dnia 5 grudnia 2013 r. oraz Rafał Zyzik, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 87382 z dnia 5 grudnia 2013 r. [dowód: akta kontroli str. 1-2]
Jednostka kontrolowana	Powiatowe Centrum Medyczne w Grójcu Sp. z o. o. (zwane dalej Szpitalem, Spółką lub PCMG).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Dr n. med. Marek Lejk, Prezes od dnia 29 grudnia 2011 r. Poprzednio (od lutego 2010 r. Pan Sławomir Jagieła). [dowód: akta kontroli str. 1649-1650]

II. Ocena kontrolowanej działalności¹

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia rozszerzenie zakresu świadczeń udzielanych przez Szpital w latach 2011-2013 m.in. o usługi szpitalne z zakresu okulistyki, a także wybrane świadczenia w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Spółka podejmowała również działania zmierzające do poprawy diagnostyki m.in. poprzez pozyskanie podmiotu wykonującego w budynku PCMG badania rezonansu magnetycznego.

Krytycznie należy natomiast ocenić to, że w latach 2011-2013 w przypadku części świadczeń medycznych² udzielanych w ramach kontraktu z NFZ, wydłużył się czas oczekiwania na ich udzielenie.

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia również fakt różnicowania w badanym okresie czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych od wniesienia przez pacjentów opłaty za świadczenia zdrowotne. Czas oczekiwania na udzielenie niektórych świadczeń m.in. w specjalistycznej opiece ambulatoryjnej w ramach kontraktu z NFZ był bowiem dłuższy niż w przypadku ich udzielania w trybie komercyjnym i to nawet w sytuacji, gdy kontrakt z Funduszem nie był wyczerpany lub jego wykonanie było zbliżone do wartości kontraktu.³

W badanym okresie Spółka odnotowała dodatnią wartość wskaźnika nadwyżki finansowej netto, chociaż równocześnie wzrastały zobowiązania, w tym wymagalne oraz płacone od

¹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie.

² Szczegóły w pkt 3.2. Zasady udzielania wybranych komercyjnych świadczeń zdrowotnych oraz w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.

³ W roku 2011 sytuacja taka dotyczyła świadczeń udzielanych w poradni kardiologicznej i rehabilitacyjnej. Natomiast w 2012 r. zjawisko to dotyczyło poradni chirurgii ogólnej, rehabilitacyjnej i urologicznej.

nich odsetki. Na sytuację finansową Spółki negatywnie wpływała nieefektywna egzekucja należności od osób nieubezpieczonych za wykonane usługi medyczne,⁴ oraz niskie przychody z tytułu komercyjnej sprzedaży świadczeń zdrowotnych.⁵

PCMG uzyskiwała przychody w wysokości 969,8 tys. zł ze sprzedaży przez SP ZOZ w Grójcu w likwidacji usług medycznych wykonanych na rzecz pacjentów ubezpieczonych w NFZ za okres od 1 lipca do 31 sierpnia 2010 r. Było to niezgodne z art. 53a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej⁶, który stanowi, iż zadaniem likwidatora jest ściąganie należności likwidowanego zakładu opieki zdrowotnej oraz spłata jego zobowiązań, a następnie przekazanie należności i zobowiązań organowi założycielskiemu. W ocenie NIK, powyższe działanie stanowiło również formę dofinansowania nowego podmiotu, tj. PCMG.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Utworzenie Powiatowego Centrum Medycznego w Grójcu Sp. z o. o. i jego późniejsza działalność

Opis stanu
faktycznego

Na podstawie uchwały Rady Powiatu Grójeckiego Nr XXXI/245/2010 z dnia 19 stycznia 2010 r. zostało utworzone Powiatowe Centrum Medyczne w Grójcu Sp. z o. o. Akt założycielski Spółki został sporządzony w dniu 29 stycznia 2010 r. Zgodnie z wpisem organu rejestrowego (województwo mazowieckiego) PCMG rozpoczęło działalność leczniczą z dniem 1 września 2010 r.

Kapitał zakładowy PCMG określono na 4.075,1 tys. zł i dzielił się na 40.751 udziałów o wartości nominalnej 100 zł. Powiat Grójecki objął wszystkie udziały, z tego 1.000 pokrył wkładem gotówkowym, a pozostałe aportem w postaci przedmiotów majątkowych określonych w szczegółowych wykazach stanowiących załączniki do aktu założycielskiego Spółki⁷.

Środki wniesione w grudniu 2011 r. do Spółki przez Starostwo Powiatowe, jako aport były w znacznym stopniu zamortyzowane. [Dowód: akta kontroli str. 45-47, 930-1083]

Na pytanie „czy pomiędzy PCMG i SP ZOZ w Grójcu w likwidacji zawarto umowę dotyczącą wykorzystania przez ten pierwszy podmiot majątku ruchomego SP ZOZ w likwidacji w okresie od 1 września do 31 grudnia 2010 r. oraz pomiędzy Starostwem Powiatowym w Grójcu a PCMG w okresie od dnia przejęcia tego majątku przez Starostwo od likwidatora SP ZOZ do dnia wniesienia tego majątku, jako aport do spółki?”, prokurent Spółki wyjaśniła, że: „nie odnaleźliśmy takich dokumentów”. PCMG nie dysponowało również dokumentacją dotyczącą wyceny przekazanego sprzętu przez rzeczoznawcę. „(...) Majątek został przekazany na podstawie wartości w księgach rachunkowych”. PCMG nie naliczało amortyzacji od majątku ruchomego wykorzystywanego przez Spółkę w związku z udzielaniem świadczeń medycznych, a stanowiącego aktywa SP ZOZ w Grójcu w likwidacji”.⁸ [Dowód: akta kontroli str. 5-6, 13-14, 1666-1667]

W dniu 3 sierpnia 2010 r. została zawarta pomiędzy Powiatem Grójeckim a PCMG umowa dzierżawy nieruchomości zabudowanej stanowiącej własność Powiatu. Zgodnie z § 4 ust. 1

⁴ W latach 2011 – 2013 wystawiono faktury na łączną kwotę 236,4 tys. zł, a zapłacono 63,8 tys. zł.

⁵ Najwyższy ich udział w przychodach ogółem uzyskano w 2013 r., tj. 2,1% (dane wg stanu na dzień 30 listopada).

⁶ Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 ze zm.). Przepis art. 53a tej ustawy został uchylony z dniem 1 lipca 2011 r. przez art. 220 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654).

⁷ Amortyzacja tego majątku miała miejsce od stycznia 2012 r.

⁸ Przykładowo, w latach 2010-2011 koszty napraw i serwisu tomografu komputerowego ponosiło PCMG, na łączną kwotę 14,6 tys. zł.

umowy miała być ona wykorzystywana przez Dzierżawcę do celów prowadzonej przez niego działalności medycznej. Nieruchomość mogła być również wykorzystywana na podnajem. Czynsz dzierżawny został ustalony w wysokości 20,5 tys. zł netto miesięcznie począwszy od dnia 1 lipca 2010 r., choć SP ZOZ w Grójcu w likwidacji zrzekł się prawa nieodpłatnego korzystania z tej nieruchomości w dniu 2 sierpnia 2010 r., a udzielania świadczeń zaprzestał w dniu 31 sierpnia 2010 r.⁹

W dniu 5 sierpnia 2010 r. PCMG zawarło z SP ZOZ w Grójcu w likwidacji umowę poddzierżawy nieruchomości zabudowanej (Szpitala) na okres określony, tj. do dnia przejęcia działalności medycznej przez niepubliczny zakład opieki zdrowotnej utworzony przez PCMG (nie później niż do dnia 31 grudnia 2010 r.). Nieruchomość ta miała być wykorzystywana przez SP ZOZ do celów prowadzenia działalności medycznej. Czynsz należny PCMG ustalono na 20,5 tys. zł netto miesięcznie.

[Dowód: akta kontroli str. 652-655, 1410-1435]

Przejęcie kontraktów z NFZ przez PCMG

W dniu 6 grudnia 2010 r. zawarte zostało porozumienie pomiędzy PCMG, SP ZOZ w Grójcu w likwidacji oraz Mazowieckim Oddziałem Wojewódzkim NFZ (zwanym dalej MOW) dotyczące przejęcia przez PCMG praw i obowiązków wynikających z umów o udzielanie świadczeń zawartych przez MOW a SP ZOZ w Grójcu.¹⁰

Zgodnie z zawartym porozumieniem świadczenia medyczne wykonane przez SP ZOZ w Grójcu, a nie zafakturowane w okresie od dnia 1 lipca do dnia 31 sierpnia 2010 r., na łączną kwotę 969,8 tys. zł, zostały rozliczone i sfinansowane przez MOW na rzecz PCMG.

Podczas przenoszenia kontraktów zawartych przez likwidowany SP ZOZ z NFZ na PCMG, Fundusz nie wymagał przedstawienia tytułów prawnych do posiadanego przez Spółkę sprzętu medycznego. [Dowód: akta kontroli str. 1295-1298, 1667]

Na pytanie dotyczące podstawy prawnej przekazania należności SP ZOZ w Grójcu z tytułu realizacji kontraktu z NFZ za okres od 1 lipca do 31 sierpnia 2010 r. na rzecz PCMG, skoro zadaniem likwidatora było ściągnięcie należności likwidowanego podmiotu i spłata zobowiązań, prokurent spółki wyjaśniła „Zgodnie z treścią dokumentu podpisanego pomiędzy SP ZOZ a PCMG a NFZ z dnia 6 grudnia 2010 roku oraz jego załącznikiem”. [Dowód: akta kontroli str. 5, 13]

Zmiany struktury organizacyjnej według danych rejestrowych

Jak wynika z porównania danych rejestrowych na dzień wykreślenia SP ZOZ w Grójcu z rejestru zakładów opieki zdrowotnej z danymi z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, według stanu na dzień 2 stycznia 2014 r., PCMG rozszerzył zakres prowadzonej działalności o świadczenia udzielane w: oddziale okulistycznym, zakładzie rehabilitacji, a także w poradni urologicznej, osteoporozy oraz pracowni densytrycznej.¹¹

[Dowód: akta kontroli str. 1213-1248, 1251-1294]

⁹ Przelew z dnia 20 stycznia 2011 r. za okres od 1 lipca do 31 grudnia 2010 r.

¹⁰ PCMG przejęło umowy w rodzajach: rehabilitacja lecznicza, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne oraz leczenie szpitalne. W okresie od 1 stycznia do 31 sierpnia 2010 r. MOW sfinansował świadczenia w tych rodzajach świadczeń na łączną kwotę 18.246,8 tys. zł.

¹¹ Przed 2010 r. zlikwidowano istniejące w ramach struktury SP ZOZ zamiejscowe ośrodki zdrowia, gabinety medycyny szkolnej, punkty szczepień, gabinety pielęgniarstwa środowiskowego oraz poradnie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Ponadto zlikwidowano oddział dermatologiczny. Ponadto, w roku 2012 PCMG podpisało dwie umowy – jedna z firmą Shimed-Polska Sp. z o. o. dotycząca uruchomienia Pracowni Rezonansu Magnetycznego oraz druga z firmą Nowoczesne Centrum Medyczne Laser Sp. z o. o. dotycząca utworzenia oddziału okulistycznego. Dodatkowo PCMG świadczy usługi z zakresu urologii na oddziałach chirurgii ogólnej oraz ginekologiczno-położniczym.

Analizy potrzeb zdrowotnych

W latach 2011 - 2013 większość pacjentów PCMG pochodziła z Powiatu Grójeckiego (ok. 70% hospitalizowanych, w tym z terenu Grójca ok. 16%). Z powiatów ościennych najwięcej pacjentów przyjęto z powiatu piaseczyńskiego (12%) oraz białobrzeskiego (7%). PCMG prowadziło – jak wyjaśniła prokurent Spółki - w latach 2011-2013 rozpoznanie potrzeb zdrowotnych na podstawie ogólnie dostępnych informacji „(...) zamieszczonych na stronach internetowych NFZ, GUS, MZ. Zarząd PCM w Grójcu raz w tygodniu prowadzi z kadrą kierowniczą spotkania dotyczące rozpoznania potrzeb zdrowotnych populacji powiatu grójeckiego, ale również powiatów ościennych. Na podstawie tych spotkań i ustaleń uruchomiono usługi Poradni Urologicznej, wykonywanie zabiegów urologicznych w Oddziale Chirurgii Ogólnej oraz Ginekologii, utworzono gabinet pobierania materiału cytologicznego, zwiększono dostępność do poradni ortopedycznej, wprowadzono zabiegi ortopedyczne w Oddziale Chirurgii Ogólnej, uruchomiono Oddział Okulistyczny oraz dodatkowy gabinet lekarza kwalifikującego do zabiegów okulistycznych, uruchomiono Poradnię Osteoporozy z Pracownią Densytometryczną, utworzono własny transport sanitarny i medyczny. (...)”.

[Dowód: akta kontroli str. 1315, 1438]

Rachunek kosztów procedur medycznych

PCMG nie dokonywało szczegółowych analiz pozwalających na precyzyjne określenie kosztów wykonania poszczególnych procedur medycznych w ramach kontraktów z NFZ. Dokonywano kalkulacji wybranych procedur, w których uwzględniano koszty związane z personelem medycznym i zużyciem materiałów, a także narzutem bloku operacyjnego, lecz bez kosztów ogólnego zarządu.¹² Główna Księgowa wyjaśniła, że Spółka nie posiada oprogramowania komputerowego dotyczącego białego personelu. „(...) W związku z tym mamy utrudnienia w dokonywaniu takich analiz i wycen. Wyceny takie robione są w Excelu (...) w zależności od potrzeb i możliwości”.

[Dowód: akta kontroli str. 1084-1100, 1545]

Ocena cząstkowa

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli przekształcenie SP ZOZ w spółkę kapitałową winno być poprzedzone m.in. analizami dotyczącymi kosztów rzeczywistych udzielenia poszczególnych usług medycznych. Pozwoliłoby to na opracowanie realistycznego planu rozwoju nowego podmiotu, a także wypracowanie nadwyżki finansowej niezbędnej do odtwarzania zamortyzowanego majątku oraz dokonywania inwestycji rozwojowych.

Negatywnie należy ocenić również działania likwidatora polegające na zawarciu porozumienia z NFZ, na mocy którego przychody z tytułu realizacji kontraktu z Funduszem za okres od 1 lipca do 31 sierpnia 2010 r. przekazano na rachunek PCMG a nie likwidowanego SP ZOZ. NIK zauważa, że naruszało to przepis art. 53a ust. 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, który stanowił, że zadaniem likwidatora było m.in. ściąganie należności i zaspokojenie wierzycieli z majątku likwidowanej jednostki. Oznacza to, że PCMG uzyskało nienależne przychody w wysokości 969,8 tys. zł.

Umowa zawarta w dniu 3 sierpnia 2010 r. pomiędzy PCMG a Starostwem dotycząca dzierżawy nieruchomości Szpitala była niekorzystna dla PCMG. Zobowiązywała ona bowiem Spółkę do ponoszenia kosztów miesięcznych opłat w kwocie 20,5 tys. zł netto począwszy od 1 lipca 2010 r., chociaż przejęcie działalności leczniczej nastąpiło od 1 września 2010 r.

2. Sytuacja finansowa Szpitala

Opis stanu faktycznego

Według stanu na koniec 2010 r. PCMG wykazało dodatni wynik finansowy w kwocie 378,1 tys. zł, w tym zysk na działalności operacyjnej w kwocie 618,4 tys. zł. Na koniec 2010 r. stan zobowiązań ogółem i rezerw na zobowiązania wyniósł 5.045,9 tys. zł.

¹² W toku kontroli przedstawiono również analizę kosztów procedur medycznych uwzględniającą koszty materiałowe oraz obsługi medycznej 57 zabiegów ortopedycznych wykonanych w okresie od 12 stycznia do 31 sierpnia 2013 r. (bez uwzględnienia kosztów bloku operacyjnego), z której wynika, że w 13 przypadkach PCMG poniosło stratę na tych zabiegach.

Sytuację finansową spółki w latach 2011-2013 (do 30.11., w tys. zł) obrazuje poniższe zestawienie.

Lata	Przychody					Koszty					Wynik finansowy			
	Przychody ogółem (suma kol. 4 i 7)	w tym przychody ze sprzedaży	w tym przychody z odpłatnych świadczeń zdrowotnych	w tym przychody z NFZ	pozostałe przychody (nie wymienione w kol. 4)	Koszty ogółem	Koszty udzielonych świadczeń zdrowotnych	Koszty wynagrodzeń wraz z pochodnymi ogółem	Koszty amortyzacji ogółem	Pozostałe koszty	Zysk/strata na sprzedaży (brutto)	Zysk/strata na działalności operacyjnej	Zysk/strata netto	Zysk/strata netto powiększony/a o amortyzację
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2011	36.512,2	35.522,4	476,2	32.346,1	989,8	36.561,7	16.910,9	19.271,9	249,9	128,9	-910,4	24,7	-49,5	200,4
2012	38.135,3	37.644,9	501,5	31.579,0	490,4	37.793,6	18.024,7	18.890,8	586,2	291,8	143,1	540,7	187,6	773,8
2013	35.734,6	34.900,9	601,4	29.7202,9	833,6	35.413,1	16.863,9	17.797,6	441,4	310,1	-201,9	546,6	321,5	762,9

[Dowód: akta kontroli str. 1113-1114]

W latach 2011-2013 (do 30 listopada) wartość aktywów ogółem PCMG zwiększyła się z 11.104,9 tys. zł do 14.708,2 tys. zł. Wynikało to m.in. ze zwiększenia aktywów obrotowych z 5.635,9 tys. zł (na koniec 2011 r.) do 8.651,9 tys. zł. W powyższym okresie zwiększył się również stan pasywów, a w szczególności zobowiązań ogółem z 6.701,2 tys. zł do 9.795,4 tys. zł, w tym wymagalnych, odpowiednio z: 1.834,3 tys. zł do 2.707,6 tys. zł.

[Dowód: akta kontroli str. 1112]

Na pytanie dotyczące przyczyn narastania zobowiązań wymagalnych, prokurent PCMG wyjaśniła, że zobowiązania wymagalne w wysokości 2.707,6 tys. zł na dzień 30.11.2013 mają pokrycie w należnościach z tytułu nadwykonań od NFZ w kwocie 3.267,9 tys. zł, a przyczyną ich narastania jest brak zapłaty przez Fundusz. PCMG zapłaciło w latach 2011-2013 odsetki od zobowiązań w wysokości: 7,4 tys. zł w 2011 r., 20,5 tys. w 2012 r., oraz 64,1 tys. zł w 2013 r. (do 30 listopada).

[Dowód: akta kontroli str. 6, 1616-1622]

W latach 2011-2013 (do 30 listopada) stan należności ulegał zwiększeniu. W 2011 r. kwota należności wyniosła 4.455,5 tys. zł (w tym wymagalnych 120,5 tys. zł), w 2012 r. było to 4.791,6 tys. zł (w tym wymagalnych 308,6 tys. zł), a w 2013 r. – 7.192,3 tys. zł (w tym wymagalnych 717,1 tys. zł).

[Dowód: akta kontroli str. 6]

W latach 2011-2013 PCMG wystawiło faktury za wykonane usługi medyczne na rzecz osób nieuprawnionych na łączną kwotę 236,3 tys. zł. Kwota nieściągniętych należności z tego tytułu wyniosła 173,5 tys. zł (73,4%).¹³

[Dowód: akta kontroli str. 1624, 1616-1622]

Przychody PCMG z tytułu wynajmu powierzchni wyniosły w latach 2011-2013 odpowiednio: 410,9 tys. zł, 1.557,5 tys. zł, 789,8 tys. zł (do 30 listopada). Analizie poddano trzy umowy.

[Dowód: akta kontroli str. 6]

1. W dniu 21 grudnia 2012 r. została podpisana umowa pomiędzy PCMG a „Nowoczesnym Centrum Medycznym LASER” Sp. z o. o. (zwanym dalej LASER).¹⁴ PCMG oświadczyło, że nie posiada oddziału okulistycznego, lecz jest zainteresowane jego utworzeniem. Zgodnie z

¹³ PCMG wystawiło łącznie, w latach 2011-2013, 87 faktur.

¹⁴ Zgoda Rady Powiatu (Uchwała Nr 65/2012) z dnia 15.11.2012 r. na wydzierżawienie pomieszczeń o pow. 300 m² w budynku głównym PCMG na okres nieprzekraczający 10 lat z przeznaczeniem na udzielanie świadczeń w zakresie okulistyki. Umowa miała obowiązywać w okresie 7 lat, licząc od dnia oddania do użytkowania oddziału okulistycznego. W dniu 30.10.2013 r. podpisano aneks nr 1 do tej umowy, zgodnie z którym przedłużono okres jej obowiązywania od 21.12.2022 r. „W okresie od 21.12.2020 r. do dnia 20.12.2022 r. w związku z rozliczeniem nakładów finansowych w kwocie 393,9 tys. zł [następca prawny LASER] firma Okoklinik Sp. z o. o. zobowiązała się płacić PCMG na zasadzie kompensaty miesięczny czynsz dzierżawny w wysokości 1/24 w/w nakładów finansowych. Kwota miesięcznego czynszu odpowiadająca 1/24 kwoty nakładów finansowych, tj, kwoty 393,9 tys. zł w okresie od 21.12.2020 r. do dnia 20.12.2022 r. będzie co miesiąc potrącana z wierzytelnością Okoklinik z tytułu poniesionych nakładów finansowych w kwocie 393,9 tys. zł”.

[Dowód: akta kontroli str. 647-651]

§ 1 tej umowy, LASER zobowiązał się na swój koszt dokonać remontu i adaptacji pomieszczeń wskazanych przez PCMG celem utworzenia oddziału okulistycznego. PCMG zobowiązało się do oddania oddziału okulistycznego do użytkowania w terminie 8 tygodni od dnia otrzymania informacji o zakończeniu prac remontowych i adaptacyjnych. W zamian za przeprowadzenie prac remontowo-adaptacyjnych na własny koszt LASER uzyskiwał prawo do udzielania świadczeń szpitalnych w ramach utworzonego oddziału za zasadzie wyłączności przez 7 lat¹⁵ licząc od dnia oddania do użytkowania oddziału okulistycznego z zastrzeżeniem, że łączna wartość wykonanych prac remontowych i adaptacyjnych nie przekroczy 600 tys. zł.¹⁶ Kwota faktycznie poniesionych nakładów rozliczana będzie bezgotówkowo poprzez kompensatę z czynszem z tytułu dzierżawy pomieszczeń PCMG. LASER zobowiązał się płacić począwszy od dnia oddania oddziału okulistycznego do użytkowania z tytułu korzystania z pomieszczeń miesięczny czynsz w wysokości 1/84 kwoty faktycznie poniesionych nakładów brutto (§4 ust. 3). Z kolei zgodnie z §7 ust. 2 umowy, LASER zobowiązał się do udzielania świadczeń szpitalnych w ramach zlecenia począwszy od dnia oddania oddziału okulistycznego do użytkowania pod warunkiem, że PCMG uzyska kontrakt z NFZ. Jeśli w terminie 16 tygodni od dnia oddania oddziału do użytkowania PCMG nie uzyska kontraktu, umowa wygasała zaś PCMG było zobowiązane do zwrotu 100% kwoty faktycznie poniesionych nakładów w okresie 60 miesięcy licząc od dnia wygaśnięcia umowy, w 60 równych miesięcznych ratach.¹⁷

PCMG gwarantowało LASER prawo do nieograniczonego korzystania z pomieszczeń i infrastruktury oddziału, izby przyjęć, bloku operacyjnego, oddziału intensywnej terapii i Sali wybudzeń. Zlecenie to miało charakter odpłatny. LASER za wykonanie zlecenia miał otrzymywać wynagrodzenie w wysokości 76% środków wynikających z zatwierdzonej przez NFZ faktury za realizację świadczeń określonych umową łączącą Centrum z NFZ w przedmiocie wykonywania świadczeń na oddziale okulistycznym. LASER zobowiązał się do realizacji miesięcznie nie więcej niż 1/12 kontraktu na świadczenia medyczne w zakresie oddziału okulistycznego (§4 ust. 4).

Umowa nie określała udziału PCMG w przychodach z tytułu komercyjnego wykonywania operacji zaćmy, choć w cenniku takich usług określono odpłatność z tego tytułu na 1.999 zł (NFZ wyceniał taki zabieg na 2.444 zł).

[Dowód: akta kontroli str. 153-241, 637, 666-667]

Ponadto PCMG zobowiązało się m.in. do zapewnienia: personelu bloku operacyjnego (w tym: anestezjologów, pielęgniarki anestezjologiczne, jedną instrumentariuszkę), personelu izby przyjęć, oddziału intensywnej opieki medycznej, sali wybudzeń, dostęp do gazów medycznych m.in. na bloku operacyjnym, sprzęt anestezjologiczny, personel pielęgniarski oddziału okulistycznego, zespół sprzątający oddział, możliwość korzystania z apteki szpitalnej, możliwość wykonywania badań diagnostycznych, ubrania jednorazowe, środki do mycia i dezynfekcji itp.¹⁸ PCMG zobowiązało się ponadto w ramach posiadanego kontraktu

¹⁵ Naruszenie zasady wyłączności skutkowałoby tym, że za każdy przypadek naruszenie PCMG zobowiązane było zapłacić karę umowną w wysokości 300 tys. zł (§6 ust. 3). Poprzez naruszenie zasady wyłączności strony uważały udzielenie przez PCMG możliwości udzielania świadczeń podmiotowi innemu niż LASER.

¹⁶ Wartość nakładów LASER i Okoklinik wyniosła 993,7 tys. zł. Zgodnie z aneksem nr 1 do umowy z dnia 21 grudnia 2012 r. W okresie od 21.12.2020 r. do dnia 20.12.2022 r. w związku z rozliczeniem nakładów finansowych w kwocie 393,7 tys. zł Okoklinik zobowiązało się płacić PCMG na zasadzie kompensaty miesięczny czynsz dzierżawny w wysokości 1/24 w/w nakładów finansowych.

[Dowód: akta kontroli str. 479-602]

¹⁷ Jeśli kwota nakładów będzie równa lub niższa niż 300 tys. to wtedy okres jej spłaty ograniczono do 42 miesięcznych rat.

¹⁸ Zgodnie z załącznikiem nr 7 i nr 8 do umowy z dnia 21.12.2012 r. wykaz personelu medycznego LASER obejmował lekarza ze specjalizacją II stopnia z okulistyki z doświadczeniem w wykonywaniu zabiegów mikrochirurgii okulistycznej oraz pielęgniarkę instrumentariuszkę. Z kolei w wykazie sprzętu posiadanego lub będącego własnością LASER podano: mikroskop operacyjny, facoemulsyfikator, aparat do biometrii.

z NFZ na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną – okulistyka, kierować pacjentów na zabiegi okulistyczne do oddziału okulistycznego, leczyć pacjentów pooperacyjnych, informowania LASER w formie comiesięcznych raportów o każdorazowym przypadku wystąpienia u pacjenta poradni okulistycznej zaćmy lub schorzeń wymagających witektonii lub innych zabiegów okulistycznych oraz do ponoszenia wszelkich kosztów związanych m.in. z zapewnieniem warunków niezbędnych celem należytego wykonania Zlecenia, a także organizacją świadczeń (§ 3). [Dowód: akta kontroli str. 153-241, 666-667]

Prokurent Spółki wyjaśniła: „(...) Sama umowa o współpracy ze względu na swój nowatorski, prywatno-publiczny charakter w odniesieniu do procentowego podziału środków z NFZ kształtowała się różnie. Początkowo personel lekarski oddziału Okulistycznego, tj. 6 lekarzy okulistów w tym instrumentariuszkę miało zapewnić (...) Laser Sp. z o. o. mając oczywiście na względzie, iż po stronie Laser jest pokrycie wynagrodzenia dla w/w personelu stąd procentowy podział środków 76 do 24. Obecnie podział środków przekazywanych przez NFZ kształtuje się w proporcjach ok. 60% do 40% dla PCMG Sp. z o. o. i jest wynikiem podziału kosztów jakie ponoszą partnerzy (...). W tym miejscu wskazać należy, iż po stronie Laser są materiały biomedyczne oraz leki okulistyczne, maści itp. a przede wszystkim soczewki, których cena oscyluje w przedziale 160-420 zł, 2 rodzaje wskoelastyki w cenie od 40 do 200 zł, błękit blue 50 zł, custom pack do operacji zaćmy cena ok. 360 zł, lek (...) – 70 zł, amortyzacja sprzętu medycznego.(...)”.

[Dowód: akta kontroli str. 635, 666-667]

Zgodnie z aneksem nr 4 z dnia 23 grudnia 2013 r. do umowy z dnia 21 grudnia 2012 zawartej pomiędzy PCMG a Okoklinik Sp. z o. o.¹⁹ w zamian za udzielanie świadczeń szpitalnych w ramach Zlecenia, ten ostatni będzie otrzymywał wynagrodzenie w wysokości 76% środków wynikających z zatwierdzonej przez NFZ faktury za realizację świadczeń pomniejszone o wynagrodzenie personelu lekarskiego posiadającego odpowiednie kwalifikacje. Dodatkowo aneks nr 4 określał udział stron umowy w przychodach z tytułu wizyt kwalifikacyjnych do operacji zaćmy oraz wizyt pooperacyjnych wykonywanych zarówno w ramach kontraktu z NFZ, jak również komercyjnych. Nie określono natomiast udziału PCMG w przychodach z tytułu komercyjnej sprzedaży usług medycznych. Dokonano tego w dniu 27 stycznia 2014 r. podpisując Aneks nr 5 do ww. umowy.

[Dowód: akta kontroli str. 477-478, 635, 651, 666-667]

Prokurent Spółki wyjaśniła: „(...) Przyjęto, iż procentowy podział środków za operację zaćmy zarówno komercyjnej, jak przez NFZ będzie taki sam. Wskazać słusznie należy, iż w grudniu 2012 r. kiedy tworzone zapisy umowy konstruowano je głównie pod kontrakt z NFZ toteż podział środków za usługi komercyjne, które docelowo będą przeprowadzane w oddziale zostanie niezwłocznie uregulowany w aneksie do umowy z dnia 21.12.2012 r.”.

[Dowód: akta kontroli str. 640]

W dniu 10 grudnia 2013 r. Okoklinik Sp. z o. o. wystawiła PCMG fakturę VAT za 11 usług medycznych na kwotę 16.720 zł brutto za wykonanych 9 grudnia 2013 r., co odpowiadało 76% ceny operacji zaćmy wykonywanej w warunkach komercyjnych.

[Dowód: akta kontroli str. 476]

W dniu 2 stycznia 2014 r. PCMG podpisało aneks do umowy zawartej z MOW o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne dotyczący przedłużenia obowiązywania tej umowy do 30 czerwca 2014 r. w zakresach: okulistyka – hospitalizacja planowa, okulistyka – hospitalizacja planowa oznaczonych symbolami: B12, B13, B14, B15. [Dowód: akta kontroli str. 423-426]

W dniu 18 listopada 2013 r. PCMG zatrudniło na oddziale okulistycznym osiem osób na umowach wolontariatu.²⁰

[Dowód: akta kontroli str. 427-469]

W toku kontroli przedstawiono szczegółowe kalkulacje kosztów udzielania świadczeń na oddziale okulistycznym oraz wyjaśniono przesłanki jego utworzenia przez PCMG.

¹⁹ Następcą prawny „Nowoczesne Centrum Medyczne LASER” Sp. z o. o.

²⁰ Następnie, w grudniu 2013 r. i styczniu 2014 r., z osobami tymi zawarto umowy o pracę na czas oznaczony lub umowy zlecenia.

[Dowód: akta kontroli str. 479-602, 634-640]

2. W dniu 20 czerwca 2012 r. PCMG podpisało umowę najmu 100 m² z firmą SHIM-MED Polska Sp. z o. o. na okres od dnia jej podpisania do 19.06.2020 r.²¹ Najemca zobowiązał się do wykorzystania powierzchni do prowadzenia działalności medycznej – udzielania świadczeń rezonansu medycznego. Najemca zobowiązał się wyremontować i dostosować łącznik pomieszczenia przeznaczonego do wykonywania badań z holem głównym Szpitala. Prace remontowe i budowlane były prowadzone na koszt Najemcy. Najemca zobowiązał się płacić Wynajmującemu waloryzowany czynsz w wysokości 40 zł netto za 1 m² wynajmowanej powierzchni. Dodatkowo ponosił koszty mediów dostarczonych. Nakłady poniesione przez Najemcę w celu wykonania prac remontowo-budowlanych niezbędnych do adaptacji przedmiotu najmu rozliczane miały być na zasadzie kompensaty roszczeń wynikających ze zwrotu nakładów z opłat wyłącznie za czynsz. Nakłady powyższe nie mogły przekroczyć kwoty 260 tys. zł. Zgodnie z § 3 ust. 6 Wynajmujący (PCMG) zobowiązał się do nieprowadzenia w okresie obowiązywania umowy działalności polegającej na udzielaniu takich samych świadczeń, jakie będą prowadzone przez Najemcę. W przypadku podjęcia takiej działalności przez Wynajmującego, najemca miał prawo rozwiązać umowę ze skutkiem natychmiastowym.

W toku kontroli przedstawiono dokumentację fotograficzną remontowanych pomieszczeń oraz kosztorys ofertowy prac o wartości netto 445,3 tys. zł.

[Dowód: akta kontroli str. 266-276, 643-646]

3. W dniu 21 listopada 2012 r. PCMG podpisało umowę dzierżawy 280 m² powierzchni firmie Diagnostyka Sp. z o. o. z przeznaczeniem na laboratorium na okres od 1 stycznia 2013 r. do 31 grudnia 2018 r. Dzierżawca zobowiązał się do przeprowadzenia na własny koszt adaptacji pomieszczeń. Wyzierżawiający nie ponosił odpowiedzialności za mienie Dzierżawcy. Miesięczny czynsz dzierżawny ustalono na 11200 zł netto. Dodatkowo dzierżawca ponosił koszty mediów.

[Dowód: akta kontroli str. 277-285]

W lipcu 2011 r. PCMG otrzymało dotację celową w wysokości 1.202,8 tys. zł od Starostwa Powiatowego w Grójcu z przeznaczeniem na remont apteki szpitalnej oraz przebudowę Izby Przyjęć. Dotacja została rozliczona do końca 2011 r.

[Dowód: akta kontroli str. 1119-1212]

Prokurent Spółki wyjaśniła: „W celu zmniejszenia kosztów PCMG podjęto następujące czynności: redukcje etatów administracji, wynegocjowanie bardziej korzystnych umów w zakresie usług wykonywanych przez podmioty zewnętrzne (sprzątanie, laboratorium medyczne, sprzęt medyczny), podpisanie umowy z firmą zewnętrzną w zakresie prania pościeli. Zwiększono nadzór nad zużyciem materiałów jednorazowego użytku (leki, materiały medyczne, biurowe). Wprowadzenie świadczeń komercyjnych z wykorzystaniem wolnostojących gabinetów lekarskich. Zmniejszenie kosztów transportu poprzez uruchomienie pracowni rezonansu magnetycznego”.

[Dowód: akta kontroli str. 8]

Na pytanie, czy w PCMG opracowano i wdrożono w latach 2011-2013 receptariusz szpitalny, przedstawiono Zarządzenie wewnętrzne Nr 40/2011 Dyrektora Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Powiatowego Centrum Medycznego w Grójcu z dnia 10 października 2011 r. wraz ze zmianami określające zasady zamawiania leków, opatrunków, antybiotyków itp. w aptece szpitalnej. PCMG nie posiadało receptariusza w układzie anatomiczno-terapeutyczno-chemicznym.

[Dowód: akta kontroli str. 8, 18-21, 45]

Pomimo rozszerzenia zakresu świadczeń udzielanych przez PCMG w latach 2011-2013 – co należy ocenić pozytywnie – umowy zawierane przez Spółkę z podmiotami zewnętrznymi

Ocena cząstkowa

²¹ Prawa i obowiązki wynikające z tej umowy zostały przejęte przez Grupę Medical Trepka Sp. jawna w dniu 18.10.2013 r. W dniu 30.10.2013 r. zawarto aneks do umowy z dnia 20.06.2012 r., zgodnie z którym strony postanowiły, że nakłady poniesione przez najemcę w celu wykonania prac remontowo-budowlanych w kwocie 260 tys. zł netto zostaną rozliczone jednorazowo na zasadzie wzajemnej kompensaty faktur w wysokości 260 tys. zł + podatek VAT. Ponadto strony ustaliły, że wysokość czynszu może ulec waloryzacji po okresie rozliczenia kompensaty nakładów finansowych, tj. od miesiąca marca 2019 r.

w niedostateczny sposób zabezpieczały jej interesy. NIK zauważa, że dopiero po roku od zawarcia umowy z firmą LASER doprecyzowano zasady udziału PCMG w przychodach z tytułu realizacji kontraktów z NFZ.²² Do dnia 27 stycznia 2014 r. nie doprecyzowano natomiast w sposób formalny zasad podziału przychodów pomiędzy stronami umowy w odniesieniu do komercyjnych operacji zaćmy.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca również uwagę, iż choć PCMG uzyskiwało, w okresie 2011-2013 (do 30 listopada), dodatnie wartości wskaźnika nadwyżki finansowej netto, to wzrosła wartość zobowiązań wymagalnych oraz zapłaconych odsetek.

Negatywnie należy także ocenić niską ściągalność należności z tytułu udzielanych świadczeń medycznych na rzecz osób nieubezpieczonych.

3. Proces udzielania świadczeń zdrowotnych przez Szpital

3.1. Wykorzystanie potencjału PCMG

W latach 2010-2011 PCMG nie przekroczyło planu rzeczowo-finansowego stanowiącego załącznik do umów o udzielanie świadczeń podpisywanych z Mazowieckim Oddziałem Wojewódzkim NFZ. Oddział dokonywał jedynie przesunięć środków pomiędzy poszczególnymi zakresami świadczeń. W 2012 r. odnotowano wykonanie świadczeń ponad limit określony w umowie z NFZ w części zakresów. W wyniku zawartej ugody pozasądowej Fundusz dokonał przesunięcia środków z tych zakresów, gdzie nie wykonano umów w pełnym zakresie.

Na pytanie, czy dokonane w 2012 r. przesunięcie w pełni pokryło koszty świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowach z NFZ, Prokurent PCMG wyjaśniła, że przesunięcia które zostały przedstawione PCMG przez MOW NFZ nie pokryły kosztów świadczeń wykonanych ponad limit. „(...) Świadczenia ponadplanowe, które nie zostały jeszcze zapłacone przez NFZ stanowią kwotę 547 tys. zł. Świadczenia ponadplanowe, których PCMG zrzekło się po podpisaniu ugody dotyczącej rozliczenia wynagrodzenia za świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne to kwota 430 tys. zł (...)”.

[Dowód: akta kontroli str. 7, 687, 1438, 1440-1493]

Udział przychodów z tytułu udzielania usług komercyjnych nieznacznie przekroczył w latach 2011-2013 2% przychodów ogółem (bez uwzględnienia środków za świadczenia ratownictwa medycznego). Na pytanie dlaczego tylko część poradni specjalistycznych w latach 2011-2013 udziela świadczeń komercyjnych, Prokurent PCMG wyjaśniła: „Lekarze pracujący w szpitalu z wieloletnim doświadczeniem m.in. ordynatorzy oddziałów w większości prowadzą prywatne praktyki lekarskie na terenie miasta Grójec i nie są zainteresowani udzielaniem świadczeń komercyjnych w ramach PCMG. Do udzielania świadczeń komercyjnych byli wielokrotnie zapraszani na odprawach ordynatorskich”.

[Dowód: akta kontroli str. 7, 1545-1550]

Obłożenie łóżek na niektórych oddziałach szpitalnych, w latach 2011-2013, nie przekraczało 50%²³, pomimo zmniejszenia liczby łóżek na części z nich.²⁴

W tym okresie łączna liczba łóżek²⁵ zmniejszyła się z 285 do 261 a przeciętny stan zatrudnienia (w etatach) z 376,26 do 356,52.²⁶ Liczba osobodni zmniejszyła się z 66.143 do

²² Aneks nr 4 do umowy z dnia 21 grudnia 2012 r. pomiędzy PCMG a LASER podpisano podczas po kontroli prowadzonej przez pracowników Ministerstwa Zdrowia (13.12. – 20.12.2013 r.) pn. „Ocena spełniania warunków przystąpienia do rokowań poprzedzających zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie okulistyka – leczenie szpitalne”.

²³ Oddziały: ginekologiczno-położniczy, pediatryczny oraz neonatologiczny.

²⁴ Pozytywnie na wskaźnik obłożenia łóżek wpłynęło zmniejszenie ich liczby na oddziale chirurgii ogólnej. W latach 2010-2013 ich liczba zmniejszyła się z 60 do 36, co skutkowało zwiększeniem wskaźnika obłożenia z ok. 40% w 2012 r. do blisko 75% w 2013 r.

²⁵ Liczona na koniec roku lub 30 listopada 2013 r.

59.657, a liczba przyjmowanych pacjentów nie wykazywał istotnych wahań i oscylowała wokół 11.000.²⁷ W badanym okresie zmniejszyły się również koszty wynagrodzeń, które w 2011 r. wyniosły 16.232,1 tys. zł, w 2012 r. – 15.684,2 tys. zł, a w 2013 r. (do 30.11.) 14.835,7 tys. zł. [Dowód: akta kontroli str. 7-8, 1107-1112, 1115, 1550, 1625-1627]

Na pytanie dotyczące braku redukcji liczby łóżek, na tych oddziałach, na których wskaźnik obłożenia był niższy niż 50%, Prokurent Spółki wyjaśniła: „Liczba łóżek w latach 2011-2013 została zmniejszona; w oddziale pediatrycznym z 32 do 25 (rok 2013); w oddziale ginekologiczno-położniczym z 50 do 43 (rok 2011); w oddziale chirurgii ogólnej z 60 do 36 (rok 2013); w oddziale neonatologicznym z 30 łóżeczek noworodkowych (w tym 5 inkubatorów) do 20 (...), (w tym 5 inkubatorów) (rok 2011); w pozostałych oddziałach liczba łóżek nie została poddana modyfikacji ponieważ wskaźnik obłożenia przekraczał 70%”.

[Dowód: akta kontroli str. 7-8]

3.2. Zasady udzielania wybranych komercyjnych świadczeń zdrowotnych oraz w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia

Powiatowe Centrum Medyczne w Grójcu Sp. z o. o. prowadziło odrębne listy osób oczekujących na udzielenie świadczeń w ramach kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz pacjentów uzyskujących odpłatne usługi medyczne. Recepcje poradni specjalistycznych wyposażone były w system informatyczny umożliwiający prowadzenie jednej księgi głównej dla pacjentów leczonych w ramach kontraktu z NFZ. Pacjenci korzystający z odpłatnych usług medycznych zapisywani byli na odrębnych listach oczekujących prowadzonych dla poszczególnych poradni. Godziny przyjęć tych pacjentów nie pokrywały się z godzinami przyjęć pacjentów leczonych w ramach kontraktu NFZ.

[Dowód: akta kontroli str. 771-790, 1438-1439, 1651]

Nie stwierdzono istotnego zmniejszenia liczby wykonywanych badań diagnostycznych w latach 2011-2013 w porównaniu do roku 2010. [Dowód: akta kontroli str. 690-693]

Porównanie cen świadczeń szpitalnych na oddziale okulistycznym oraz chirurgii ogólnej wykazało, że spośród 31 procedur, jedynie w trzech przypadkach cena odpłatnej usługi medycznej była wyższa od ceny, po której kontraktował to świadczenie Narodowy Fundusz Zdrowia.²⁸

[Dowód: akta kontroli str. 694]

Czas oczekiwania (przypadki stabilne) na udzielenie świadczeń w ramach kontraktu z NFZ wykazywał w okresie 2011-2013 tendencję rosnącą (w przypadku części świadczeń) i był dłuższy w porównaniu do czasu oczekiwania pacjentów komercyjnych.

²⁶ Zwiększyła się liczba lekarzy zatrudnionych zarówno na umowy o pracę (z 37 w 2011 r. do 56 w 2013 r.), jak również na umowy cywilno-prawne (z 63 w 2011 r. do 76 w 2013 r.). Liczba pielęgniarek zatrudnionych na umowę o pracę zmniejszyła się ze 168 w 2011 r. do 162 w 2013 r. przy wzroście ich zatrudnienia na umowy cywilno-prawne z 2 w 2011 r. do 15 w 2013 r. Największe zmiany zachodziły wśród pozostałego personelu medycznego i niemedycznego. W tych grupach zawodowych odnotowano zmniejszenie stanu zatrudnienia pozostały personel medyczny 80 osób w 2011 r. i 61 w 2013 r.; personel niemedyczny – 116 w 2011 r., 97 w 2013 r.).

²⁷ W 2011 r. było to 10.942 pacjentów, w 2012 r. 11.047, a w 2013 r. (do 30.11.) – 10.571.

²⁸ Porównanie dotyczy części procedur komercyjnych, w przypadku których została zachowana porównywalność świadczeń. Pozostałe procedury komercyjne nie są porównywalne z procedurami NFZ. Stan na dzień 1 stycznia 2014 r.

Nazwa komórki organizacyjnej	2011 r. (stan na koniec roku)						2012 r. (stan na koniec roku)						2013 r. (stan na 30 listopada)					
	Liczba pacjentów	Średni czas oczekiwania w dniach	Czas oczekiwania w dniach – „pacjenci komercyjni”	Wartość świadczeń zakontraktowanych przez NFZ na dzień 1.01.2011	Wartość świadczeń zakontraktowanych przez NFZ po aneksach i ugodach	Wartość świadczeń wykonanych	Liczba pacjentów	Średni czas oczekiwania w dniach	Czas oczekiwania w dniach – „pacjenci komercyjni”	Wartość świadczeń zakontraktowanych przez NFZ na dzień 1.01.2012	Wartość świadczeń zakontraktowanych przez NFZ po aneksach i ugodach	Wartość świadczeń wykonanych	Liczba pacjentów	Średni czas oczekiwania w dniach	Czas oczekiwania w dniach – „pacjenci komercyjni”	Wartość świadczeń zakontraktowanych przez NFZ na dzień 1.01.2013	Wartość świadczeń zakontraktowanych przez NFZ po aneksach i ugodach	Wartość świadczeń wykonanych
Poradnia rehabilitacyjna	79	64	0	53,5	51,9	52,5	59	47	0	53,5	53,1	53,2	56	43	7	53,5	53,6	47,2
Poradnia chirurgii ogólnej	0	0	0	401,7	367,6	367,3	1	40	0	403,9	397,5	399,1	6	10	0	396	384,5	345,4
Poradnia chirurgii onkologicznej	-	-	-	80,1	64,2	64,1	0	0	0	79,5	95,4	115,2	13	14	0	92,8	99,6	124,7
Poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej	150	28	0	123,6	170,5	168,6	190	16	0	135,6	171,3	198,1	221	93	14	163,5	163,5	154,9
Poradnia dermatologiczna	0	0	0	66	75,7	75,6	0	0	0	71,5	78,9	80,3	64	12	0	79,3	79,3	77,9
Poradnia gruźlicy i chorób płuc	0	0	0	35,7	37,8	37,6	93	9	0	43,5	67,5	56,3	243	82	0	69,5	67,9	65
Poradnia kardiologiczna	97	120	0	104,8	74,4	74,3	125	127	0	65,2	88	102,8	175	180	0	86,6	86,7	77,9
Poradnia neurologiczna	57	42	0	70,1	84,6	83,8	75	37	0	73,9	89,8	105,4	145	74	14	92,5	92,5	95,8
Poradnia okulistyczna	357	173	0	75,9	87,7	87,7	191	208	0	97,6	117,7	122,1	146	126	0	107,6	107,7	109,9
Poradnia otolaryngologiczna	22	21	0	79,8	107,1	107,1	19	25	0	89,8	114,5	130,7	66	28	7	102,1	102,2	109,9
Poradnia reumatologiczna	0	0	0	133,9	144,8	144,8	1	9	0	140,1	159,9	165,8	17	25	0	150,1	134,3	117,4
Poradnia urologiczna	0	0	0	0	0	0	97	40	0	60	60	64,5	58	72	7	120	120	132,6
Poradnia osteoporozy	0	0	0	0	0	0	302	270	0	16,2	16,2	19,7	130	173	14	60	60	57,1
Oddział neurologiczny, w tym: (A.48, A.51)	0	0	0	2.779,9	2.784,9	2.784,9	30	16	0	3.595,6	2.742,4	2.743,4	53	51	0	3.029,5	2.934,5	2.511,6
				2.341,8	2.364,2	2.364,2				2.637,0	2.451,4	2.675,2				2.393,0	2.393,2	2.341,4
Oddział rehabilitacji neurologicznej	67	277	0	950	1.355,8	1.426,9	180	409	0	1.213,1	1.429,3	1.429,3	209	454	0	1.213,1	1.213,1	1.069,5

[Dowód: akta kontroli str. 687, 1107-1112, 1551-1554]

Prokurent PCMG wyjaśniła, że przyczyną dłuższego oczekiwania przez pacjentów na udzielenie planowych świadczeń zdrowotnych, w latach 2011-2013 w ramach ubezpieczenia w NFZ, w sytuacji gdy kontrakt z NFZ nie został wyczerpany był fakt, iż, „(...) W II kw. 2012 r. lekarz specjalista zrezygnował w pracy w poradni, a tym samym zmniejszył dostępność dla pacjentów do danej specjalności. Po zaistniałej sytuacji podpisano umowy z lekarzami, a tym samym zwiększono dostępność do poradni co spowodowało zmniejszenie się czasu oczekiwania na świadczenie”.

[Dowód: akta kontroli str. 7]

3.3. Zbiorcza dokumentacja medyczna oraz rozliczenia z NFZ

Opis stanu faktycznego

W księgach odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć od dnia 15 listopada 2010 r. do 24 stycznia 2012 r. ustalono, że wpisów nie dokonywano pod kolejnymi numerami, część wpisów nie zawierała numeru PESEL, a także serii i numeru dokumentu potwierdzającego tożsamość. Ponadto w toku kontroli ustalono cztery przypadki podania do rozliczenia z NFZ za 2011 r. porad ambulatoryjnych, osób które nie figurowały w zbiorczej dokumentacji medycznej. Jak wyjaśniła Prokurent PCMG, Spółka nie jest w stanie wskazać przyczyn braku powyższych danych. Izba przyjęć w 2011 r. przechodziła reorganizację. Zmieniono m.in. księgę główną odmów, przyjęć i porad ambulatoryjnych, gdzie uzupełniane są m.in. nr PESEL.

[Dowód: akta kontroli str. 609-616, 622, 1625-1626, 1652]

W roku 2011 zostały wystawione 758 recepty z nagłówkiem PCMG, na rzecz pacjentów, którzy nie zostali wpisani do księgi głównej szpitala, dokumentacji zbiorczej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, ani nie zostali uwzględnieni w rozliczeniach pomiędzy PCMG a NFZ z tytułu realizacji kontraktu. Łączna kwota refundacji cen leków z tytułu tych recept, dokonana przez NFZ wyniosła 24,8 tys. zł.

Prokurent PCMG wyjaśniła: „Lekarz (...) nie jest zatrudniony w PCM w Grójcu i nie jest znana przyczyna wystawienia recepty z nagłówkiem PCMG, natomiast lekarz (...) jest zatrudniony w PCM w Grójcu lecz nie jest znana przyczyna wystawienia recepty z nagłówkiem PCM w Grójcu dla pacjenta, który nie był leczony w PCM w Grójcu”. Ponadto Kierownik Biura Sprzedaży i Marketingu Usług Medycznych PCMG wyjaśnił, że jeden z lekarzy wystawił recepty na leki refundowane przez NFZ na rzecz swojej rodziny lub siebie. W pozostałych przypadkach nie jest znana przyczyna wystawiania recept refundowanych na rzecz osób niebędących pacjentami PCMG.

[Dowód: akta kontroli str. 631, 1667-1680]

Ponadto ustalono, że w księdze głównej Szpitala dokonano w 2011 r. 10.053 wpisów, spośród których, 156 zawierało „błędy pisarskie”. [Dowód: akta kontroli str. 617-629]

Ocena cząstkowa

W roku 2011 dostęp do świadczeń zdrowotnych udzielanych w poradni kardiologicznej i rehabilitacyjnej był ograniczony. Pomimo tego, że kontrakt z NFZ nie był w pełni wykonany²⁹, pacjenci oczekiwali na udzielenie świadczeń. Jednocześnie mogli uzyskać te świadczenia niezwłocznie w przypadku odpłatnego udzielenia usługi. Podobna sytuacja miała miejsce w 2012 r. w odniesieniu do świadczeń udzielanych w poradni rehabilitacyjnej, chirurgii ogólnej, urologicznej.

Powyższe fakty świadczą o różnicowaniu dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej od ich odpłatności, przez podmiot wykonujący działalność leczniczą należący do samorządu, a więc na mocy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm. – art. 6 w zw. z art. 8 pkt 5) władzy publicznej zobowiązanej do zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca również uwagę, że zbiorcza dokumentacja medyczna w izbie przyjęć oraz poradniach ambulatoryjnych była prowadzona w 2011 r. w sposób niezgodny z przepisem § 11 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania³⁰.

4. Systemy kontroli wewnętrznej Szpitala

4.1. Kontrola zakażeń w PCMG

Opis stanu faktycznego

W Powiatowym Centrum Medycznym w Grójcu Sp. z o. o. funkcjonował komitet i zespół kontroli zakażeń szpitalnych. Skład, zadania oraz tryb spotkań regulowały uchwały Prezesa nr 5/2012 i nr 6/2012 z dnia 30 czerwca 2012 r. Spełnione zostały wymagania nałożone ustawą z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi³¹ m.in. dotyczące składu komitetu i zespołu, oceny ryzyka, opracowania planów i kierunku zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych, sporządzania i przekazywania właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala. Opracowano procedury postępowania w przypadkach podejrzenia wystąpienia zagrożenia, instrukcje stosowania środków dezynfekujących oraz przeszkolono personel. Monitorowane było także zużycie antybiotyków.

[Dowód: akta kontroli str. 791-929]

4.2. Systemy kontroli wewnętrznej

W Powiatowym Centrum Medycznym w Grójcu Sp. z o. o. w 2011 .powołano Pełnomocnika ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania i wdrożono Zintegrowany System Zarządzania Jakością oparty na Normie ISO 9001 – 2009. Podpisano umowę z Polskim Centrum Badań i Certyfikacji, które potwierdziło spełniania wymagań normy m.in. w zakresie udzielania kompleksowych, specjalistycznych i ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, diagnostyki medycznej oraz ratownictwa medycznego. Zgodnie z umową dla uwiarygodnienia stosowania systemu raz w roku przeprowadzany jest Audyt Nadzoru przez audytorów zewnętrznych, które odbyły się w 2012 i 2013 r. i zakończyły się wydaniem oceny pozytywnej.

[Dowód: akta kontroli str. 695-770]

4.3 Kontrole zewnętrzne

Zgodnie z książką kontroli w latach 2011 - 2013 Powiatowe Centrum Medyczne w Grójcu Sp. z o. o. poddane zostało łącznie 34 kontrolom instytucji zewnętrznych min. przez Państwowy Wojewódzki i Powiatowy Inspektorat Sanitarny, Urząd Marszałkowski Wojewody

²⁹ Lub jego wykonanie w niewielkim stopniu odbiegało od limitów kreślonych w umowach z Funduszem.

³⁰ Dz. U. z 2014 r., poz. 177.

³¹ Dz. U. z 2013 r., poz. 947.

Mazowieckiego, Mazowiecki Wojewódzki Inspektorat Farmaceutyczny, Oddział Mazowiecki NFZ, Państwową Straż Pożarną oraz Ministerstwo Zdrowia i Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Większość kontroli nie wykazała istotnych zastrzeżeń do funkcjonowania i działalności spółki. Ewentualne wnioski były realizowane terminowo lub jak w przypadku NFZ kary rozliczano realizując kontrakt³². Zakład Ubezpieczeń Społecznych w postępowaniu kontrolnym przypisał składki ubezpieczeniowe za pracowników podmiotów zewnętrznych będących jednocześnie pracownikami Spółki i nakazał ich uregulowanie³³. W latach 2011 – 2013 podmiot właścicielski nie przeprowadzał kontroli.

[Dowód: akta kontroli str. 677-686, 1653-1654]

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność w badanym obszarze.

IV. Uwagi i wnioski

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli³⁴, wnosi o:

1. Podjęcie działań zmierzających do ustalenia kosztów udzielanych procedur medycznych;
2. Efektywne egzekwowanie należności z tytułu wykonanych odpłatnych świadczeń zdrowotnych oraz ograniczenie zobowiązań wymagalnych i kwot zapłaconych odsetek od nich.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Prawo zgłoszenia zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Departamentu Zdrowia.

Warszawa, dnia 18 marca 2014 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Departament Zdrowia

Dyrektor
Piotr Wasilewski

Kontrolerzy

Rafał Zyzik
St. inspektor k. p.



.....
podpis



.....
podpis

Paweł Korzeniowski
Główny specjalista k. p.



.....
podpis

³² Kary finansowe wyniosły łącznie, w latach 2011-2013 (do 30 listopada), 9,9 tys. zł.

³³ Kwota przypisu składek ok 300 tys. zł. PCMG wystąpiło o rozłożenie zaległości na raty.

³⁴ Dz. U. z 2012 r., poz.82 ze zm.