



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Białymstoku

LBI.410.024.03.2018



07133918

Jarosław Pokoleńczuk
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
w Mońkach,
Al. Niepodległości 9, 19-100 Mońki

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/18/059 Funkcjonowanie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Białymstoku
ul. Akademicka 4, 15-267 Białystok
T +48 85 874 81 00, F +48 85 874 81 33
lbi@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mońkach, al. Niepodległości 9, 19-100 Mońki ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Jarosław Pokoleńczuk, dyrektor, od 1 maja 2013 r. ²
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Realizacja świadczeń ambulatoryjnych, szpitalnych i rehabilitacyjnych. 2. Zmiany w organizacji wewnętrznej szpitali oraz w alokacji zasobów. 3. Sytuacja ekonomiczno-finansowa szpitala z uwzględnieniem poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej.
Okres objęty kontrolą	Lata 2017 – 2018 oraz lata 2015 – 2016 w zakresie spełniania warunków kwalifikacji do poszczególnych poziomów zabezpieczenia oraz danych finansowych i statystycznych dla celów porównawczych.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ³
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Białymstoku
Kontrolerzy	1. Jerzy Chwiedosik, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBI/145/2018 z 9 października 2018 r. 2. Robert Sieńko, inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBI 161/2018 z 14 listopada 2018 r. (akta kontroli str.1-4)

¹ Zwany dalej: „SPZOZ” lub „Szpitalem”.

² Od 3 sierpnia 2011 r. do 30 kwietnia 2013 r. pełniący obowiązki dyrektora SPZOZ w Mońkach.

³ Dz. U. z 2017 r. poz. 524, ze zm.; ustawa zwana dalej: „ustawą o NIK”.

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Zmiana sposobu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej po utworzeniu tzw. sieci szpitali⁵ nie spowodowała istotnych zmian w sposobie funkcjonowania SPZOZ. Pacjentom zapewniono możliwość uzyskania kompleksowych świadczeń ambulatoryjnych, szpitalnych i rehabilitacyjnych, w poradniach i w oddziałach odpowiadających każdemu z posiadanych profili zabezpieczenia. Pacjentom zagwarantowano też możliwość otrzymania świadczeń pohospitalizacyjnych, jednak nie wszyscy z nich korzystali.

Pomimo stałego wzrostu wartości umów zawartych z Podlaskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Białymstoku, wynik finansowy SPZOZ na działalności leczniczej oraz wynik finansowy były ujemne przez wszystkie lata objęte kontrolą. Szpital posiadał też stale rosnące zobowiązania wymagalne, a uzyskane wskaźniki ekonomiczno-finansowe były bardzo niskie.

NIK zwraca uwagę na niski wskaźnik średniego wykorzystania łóżek w oddziałach szpitalnych, niższy od rekomendowanego w literaturze fachowej.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej⁶ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Realizacja świadczeń ambulatoryjnych, szpitalnych i rehabilitacyjnych

Opis stanu faktycznego

1.1. Z chwilą utworzenia tzw. sieci szpitali, SPZOZ został zakwalifikowany do I poziomu zabezpieczenia. Zgodnie z umową nr 10-00-00359-17-41-03/08 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), zawartej 30 września 2017 r. z Podlaskim Wojewódzkim Oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia w Białymstoku (POW NFZ), finansowaniem w ramach ryczałtu PSZ objęto siedem profili: [1] choroby wewnętrzne, [2] położnictwo i ginekologia, [3] pediatria, [4] chirurgia ogólna, [5] neonatologia, [6] nocna i świąteczna opieka zdrowotna (NSOZ), [7] izba przyjęć (IP) oraz 21 zakresów świadczeń⁷ (od 28 lutego 2018 r. – 20 zakresów⁸), realizowanych w pięciu oddziałach szpitalnych i dziewięciu poradniach.

(akta kontroli str. 8-23)

Wartość ryczałtu w IV kwartale 2017 roku wyniosła 3.286,3 tys. zł, natomiast w trzech pierwszych kwartałach 2018 roku – po 2.983,9 tys. zł. Wykonanie świadczeń wyniosło 3.183,9 tys. zł w IV kwartale 2017 roku (96,9%), a w kolejnych trzech kwartałach 2018 roku – 3.504,3 tys. zł (117,4%), 2.994,9 tys. zł (100,4%) i 3.195,9 tys. zł (107,1%). Największe wykonanie kontraktu, w przypadku oddziałów, odnotowano w Oddziale Chirurgii Ogólnej – 1.115,9 tys. zł w IV kwartale 2017 roku oraz kolejno 1.400 tys. zł, 1.317,4 tys. zł i 1.627,9 tys. zł w trzech pierwszych kwartałach 2018 roku. Natomiast wśród poradni największe wykonanie miała poradnia żywieniowa – 732,2 tys. zł w IV kwartale 2017 roku oraz w trzech pierwszych kwartałach 2018 roku odpowiednio 508,9 tys. zł, 309,9 tys. zł i 346 tys. zł⁹.

(akta kontroli str. 24)

⁴ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁵ Za sieć szpitali uznaje się podmioty lecznicze zakwalifikowane do podstawowego systemu zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, wprowadzonego art. 2 ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 844) i art. 95f ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, ze zm.). W dalszej części wystąpienia stosowany jest również skrót „PSZ”.

⁶ Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

⁷ Aneks nr 1 z 3 października 2017 r. do świadczeń finansowanych w ramach ryczałtu PSZ dodano świadczenie 02.1450.101.02 – pobieranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego – zakres skojarzony ze świadczeniem 02.1450.001.02.

⁸ Na podstawie aneksu nr 9 z 5 marca 2018 r., z mocą obowiązywania od 1 marca 2018 r., z pakietu świadczeń finansowanych w ramach ryczałtu wycofano świadczenie 11.0000.047.02 – żywienie pozajelitowe w warunkach domowych.

⁹ Poradnia żywieniowa, w ramach ryczałtu, realizowała świadczenia obejmujące żywienie dojelitowe w warunkach domowych (11.0000.048.02) przez cały okres objęty kontrolą, tj. od 1 października 2017 r. do 30 września 2018 r., a do 1 marca 2018 r. wykonywała także świadczenia obejmujące żywienie pozajelitowe w warunkach domowych (11.0000.047.02).

Wyjaśniając przyczyny wykonania w IV kwartale 2017 roku 96,9%, a w I kwartale 2018 roku 117,4% świadczeń finansowanych w ramach ryczałtu, Dyrektor SPZOZ podał: „Od października 2017 roku nastąpiła zmiana wyceny części świadczeń w zakresie zabiegowego leczenia bólu. Wycena niektórych świadczeń spadła z około 6 tys. zł do 1,3 tys. zł (przy hospitalizacji do 3 dni). W konsekwencji wartość wykonania świadczeń w IV kwartale 2017 r. była niższa. Od stycznia 2018 roku została zmieniona organizacja udzielania tych świadczeń, w taki sposób, że w trakcie jednego pobytu pacjenta (hospitalizacja do 4 dni) wykonuje się dwa zabiegi, w konsekwencji czego wartość wykonanych świadczeń była wyższa niż w IV kwartale 2017 r., ale jednocześnie była na podobnym poziomie jak przed 1 października 2017 r”. (akta kontroli str. 171-172)

Od 1 października 2017 r. do 30 czerwca 2018 r. świadczenia w zakresie reumatologii wraz z zakresem skojarzonym świadczenia w zakresie reumatologia – świadczenia pierwszorazowe, nie były udzielane, gdyż działalność Poradni Reumatologicznej została zawieszona z dniem 1 maja 2017 r. na skutek odejścia z pracy lekarza tej poradni, o czym 27 kwietnia 2017 r. poinformowano POW NFZ. Niepozyskanie lekarza o wymaganej specjalizacji do marca 2018 roku, skutkowało wypowiedzeniem przez Szpital 29 marca 2018 r. umowy PSZ w części dotyczącej udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu reumatologii. Pismem z 30 kwietnia 2018 r. POW NFZ poinformował Szpital, że umowa we wskazanym zakresie ulega rozwiązaniu z dniem 30 czerwca 2018 r. W latach objętych kontrolą nie było innych przypadków przerwania działalności poradni lub oddziałów Szpitala. (akta kontroli str. 50-56)

1.2. Po wprowadzeniu PSZ doszło do zmian w strukturze leczonych pacjentów, udzielonych świadczeń i ich wartości. Analizą objęto profile: choroby wewnętrzne¹⁰ oraz chirurgia ogólna¹¹ i porównano średnie wartości dla okresów przed wprowadzeniem sieci szpitali oraz średnie dla roku funkcjonowania PSZ. Analiza wykazała, że:

- a) W profilu choroby wewnętrzne średnia liczba pacjentów leczonych kwartalnie w oddziale po wprowadzeniu sieci szpitali zmniejszyła się z 275 do 235 (o 40 osób, tj. o 14,5%), natomiast w poradni wzrosła z 721 do 768 (o 47 osób, tj. o 6,5%). Średnia liczba świadczeń (pobytów) w oddziale spadła z 295 do 257 (o 12,9%), przy jednoczesnym wzroście wartości tych świadczeń z 680,1 tys. zł do 693,8 tys. zł (o 13,7 tys. zł, tj. o 2%). W przypadku poradni wzrosła zarówno średnia kwartalna liczba świadczeń (porad) z 810 do 818 (o 1,1%), jak też wartość świadczeń – z 67,9 tys. zł do 74,9 tys. zł (o 10,4%). Zmianie uległa struktura pacjentów profilu. Po wprowadzeniu PSZ średni kwartalny udział pacjentów oddziału spadł z 27,6% do 23,4%, natomiast w przypadku poradni odnotowano wzrost z 72,4% do 76,6%. Podobna zmiana nastąpiła w przypadku średniej kwartalnej struktury udzielanych świadczeń – w przypadku oddziału zmniejszyła się z 26,7% do 23,9%, a zwiększyła w przypadku poradni z 73,3% do 76,1%. Na podobnym poziomie utrzymywała się struktura wartości udzielanych świadczeń. Przed wprowadzeniem PSZ średnio w kwartale wynosiła ona 90,9% dla oddziału i 9,1% dla poradni, a po utworzeniu sieci szpitali odpowiednio 90,3% i 9,7%. Do objętego analizą oddziału nie było kolejek. Natomiast do poradni liczba oczekujących (przypadki stabilne) wzrosła z 35 na koniec IV kwartału 2017 roku do 38 na koniec II kwartału 2018 roku, a czas oczekiwania zmniejszył się ze 101 do 81 dni. Wcześniej, w II kwartale 2017 roku liczba oczekujących wynosiła 30 osób, a czas oczekiwania 94 dni, natomiast w IV kwartale 2016 roku – 76 osób, a czas oczekiwania 119 dni. W I kwartale 2018 roku jedna osoba zakwalifikowana jako przypadek pilny oczekiwała na udzielenie świadczeń zdrowotnych przez 32 dni, a w II kwartale 2018 roku – dwie osoby przez 77 dni¹². (akta kontroli str. 68-74)

¹⁰ Zakres świadczenia 03.4000.030.02 – choroby wewnętrzne hospitalizacja, realizowane w Oddziale Chorób Wewnętrznych oraz świadczenia z zakresu 02.1030.001.02 – świadczenia w zakresie endokrynologii i 02.1030.401.02 – świadczenia w zakresie endokrynologii – świadczenia pierwszorazowe, realizowane w Poradni Endokrynologicznej.

¹¹ Zakres świadczenia 03.4500.030.02 – chirurgia ogólna – hospitalizacja, realizowane w Oddziale Chirurgii Ogólnej oraz świadczenia 02.1500.001.02 – świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej.

¹² Na podstawie danych z POW NFZ w Białymstoku, gdyż SPZOZ nie był w stanie pozyskać danych o liczbie oczekujących i czasie oczekiwania z systemu AP-KOLCE.

- b) W profilu chirurgia ogólna średnia liczba pacjentów leczonych kwartalnie w oddziale po wprowadzeniu PSZ zwiększyła się z 356 do 387 (o 31 osób, tj. o 8,7%), natomiast w poradni zmniejszyła się z 1.153 do 1.017 (o 136 osób, tj. o 11,8%). Średnia liczba świadczeń (pobytów) w oddziale wzrosła z 377 do 405 (o 7,3%), podczas gdy w poradni spadła ona z 1.951 do 1.723 (o 11,7%). Średnia kwartalna wartość udzielanych świadczeń w przypadku oddziału utrzymywała się na tym samym poziomie – 1.367 tys. zł, a w przypadku poradni zmniejszyła się z 81,9 tys. zł do 72,9 tys. zł (o 10,9%). Zmianie uległa struktura pacjentów profilu. Po wprowadzeniu PSZ średni kwartalny udział pacjentów oddziału wzrósł z 23,6% do 27,6%, a w poradni zmniejszył się z 76,4% do 72,4%. Podobna zmiana nastąpiła w przypadku średniej kwartalnej struktury udzielanych świadczeń – w przypadku oddziału odnotowano zwiększenie z 16,2% do 19%, a w poradni – spadek z 83,8% do 81%. Na podobnym poziomie utrzymywała się struktura wartości udzielanych świadczeń. Przed wprowadzeniem PSZ średnio w kwartale wynosiła ona 94,4% dla oddziału i 5,6% dla poradni, a po utworzeniu sieci szpitali odpowiednio 94,9% i 5,1%. Zmniejszenie przeciętnej kwartalnej liczby pacjentów leczonych w poradni nie miało wpływu na dostępność do świadczeń, bowiem do poradni nie było kolejek, zarówno przed, jak i po wprowadzeniu PSZ. Przypadki pilne nie oczekiwały także na przyjęcie do oddziału. Liczba oczekujących pacjentów zakwalifikowanych do przypadków stabilnych zmniejszyła się ze 192 wg stanu na koniec IV kwartału 2016 roku do 135 osób na koniec III kwartału 2018 roku, a czas oczekiwania uległ skróceniu z 83 do 57 dni. (akta kontroli str. 68-75, 218-225)

Odnosząc się do zmian w funkcjonowaniu SPZOZ po wprowadzeniu PSZ, Dyrektor Szpitala wyjaśnił: „Moim zdaniem w przypadku SPZOZ w Mońkach zmiana przyniosła negatywne skutki. Wartość ryczałtu powinna pokrywać koszty gotowości do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej komórek organizacyjnych Zakładu finansowanych w ramach ryczałtu, jednak tak nie jest. Reforma pozbawiła świadczeniodawców możliwości dochodzenia zapłaty za świadczenia wykonane ponad plan określony w umowie. Ponadto w trakcie okresów rozliczeniowych zmianom podlegają kryteria wpływające na wartość ryczałtów. Skutek porozumień płacowych z licznymi grupami zawodowymi w służbie zdrowia realizowany jest z pieniędzy, które powinny być przeznaczone na leczenie pacjentów. Uważam też, że niektóre świadczenia nie powinny być finansowane ryczałtowo na przykład żywienie pozajelitowe i dojelitowe w warunkach domowych”. (akta kontroli str. 171-172)

1.3. Szpital nie udzielał świadczeń kontrolnych pohospitalizacyjnych, ponieważ POW NFZ nie zakontraktował takich świadczeń w umowie¹³. Dyrektor SPZOZ wyjaśnił: „(...) Udzielanie takich świadczeń bez zawartej umowy, wpływałoby na dalsze pogarszanie sytuacji finansowej zakładu. Wszyscy pacjenci po zakończeniu hospitalizacji otrzymują kartę informacyjną, w której w razie potrzeby zalecana jest kontrola w poradni medycyny rodzinnej, natomiast w przypadku konieczności kontynuowania leczenia w poradni specjalistycznej lub inne leczenie wymagające skierowania, wystawiane jest stosowne skierowanie. Oprócz tego, pacjent otrzymuje recepty na niezbędne do kontynuacji leczenia leki. SPZOZ w Mońkach nie sygnalizował Podlaskiemu OW NFZ w Białymstoku potrzeby zakontraktowania przedmiotowych świadczeń z uwagi na posiadaną wiedzę o braku stosownego zarządzenia Prezesa NFZ (tzw. kryterialnego), bez którego ogłoszenie postępowania o zawarcie umów na te świadczenia jest niemożliwe”. (akta kontroli str. 25, 27)

¹³ Zarządzeniem Nr 22/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna – ustanowione zostały dwa nowe zakresy świadczeń: 02.9000.001.02 – świadczenia w zakresie chorób wewnętrznych i 02.9001.001.02 – świadczenia w zakresie pediatrii. W załączniku nr 5a do tego zarządzenia określono nowe produkty rozliczeniowe dedykowane do powyższych zakresów świadczeń: W61 świadczenie kontrolne pohospitalizacyjne 1-go typu, W62 świadczenie kontrolne pohospitalizacyjne 2-go typu, W63 świadczenie kontrolne pohospitalizacyjne 3-go typu, W64 świadczenie kontrolne pohospitalizacyjne 4-go typu, W65 świadczenie kontrolne pohospitalizacyjne 5-go typu, W67 świadczenie kontrolne pohospitalizacyjne 7-go typu. Świadczeń tych nie można było sprawozdzać dla innych zakresów.

1.4. SPZOK zapewniał pacjentom świadczenia pohospitalizacyjne ambulatoryjne i rehabilitacyjne, jednak nie wszyscy pacjenci korzystali z tych świadczeń. Analizie poddano dokumentację medyczną 80 losowo wybranych pacjentów Oddziału Chorób Wewnętrznych oraz Oddziału Chirurgicznego Ogólnego¹⁴.

W przypadku 11¹⁵ (spośród wszystkich 80) wypisanych pacjentów w dokumentacji medycznej wskazano potrzebę wykonania świadczenia pohospitalizacyjnego (w terminie do 30 dni po zakończeniu hospitalizacji). Każdy z tych pacjentów skorzystał z przedmiotowego świadczenia. Z wydanych przez lekarzy zaleceń wynikało, że 59¹⁶ pacjentów (w tym jeden, który uzyskał świadczenie pohospitalizacyjne) wymagało dalszego leczenia, w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej innej niż świadczenia pohospitalizacyjne. Szpital udzielił takiej pomocy 22 pacjentom¹⁷, a 14 osób¹⁸ nie zgłosiło się na kontynuację leczenia. Pozostałym 23 pacjentom¹⁹ zalecono zgłoszenie się do poradni, których nie prowadzono w kontrolowanej jednostce²⁰. Według dokumentacji medycznej 10 analizowanych pacjentów²¹, nie było potrzeby ich dalszego leczenia, czy to w ramach świadczeń pohospitalizacyjnych, czy opieki specjalistycznej lub rehabilitacji.

Spośród 14 pacjentów, którzy nie zgłosili się w celu dalszego leczenia w AOS, 10 pochodziło z terenu powiatu monieckiego, trzech z innych powiatów, a jeden z innego województwa. W myśl art. 30 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²², pacjent ma prawo wyboru szpitala spośród tych, które zawarły umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W związku z tym pacjenci, którzy nie zgłosili się do AOS mogli skorzystać z tych świadczeń w innych podmiotach leczniczych.

W przypadku świadczeń rehabilitacyjnych jeden pacjent został skierowany na oddział rehabilitacji ogólnoustrojowej, a kolejnym trzem zalecono zgłoszenie się do poradni rehabilitacyjnej. Każdy z tych pacjentów skorzystał ze świadczeń rehabilitacyjnych na oddziale lub w poradni specjalistycznej. Nie było sytuacji, w których w dniu przeprowadzania analizy pacjenci byli zapisani na listach oczekujących i nie udzielono im jeszcze świadczeń w AOS lub świadczeń rehabilitacyjnych. (akta kontroli str. 229-317)

1.5. W latach 2015–2017 liczba odmów przyjęć do Szpitala w wybranych miesiącach (marzec i wrzesień) miała tendencję zniżkową. Zmniejszyła się z 53 w marcu i 52 we wrześniu 2015 roku do odpowiednio 32 i 22 w 2017 roku. Po wprowadzeniu podstawowego systemu zabezpieczenia zdrowotnego liczba odmów wzrosła do 46 w marcu 2018 roku, a we wrześniu 2018 roku spadła do 27, przy czym żadna odmowa nie była związana z brakiem miejsc. Przyczyny nieprzyjęcia do Szpitala to brak zgody chorego na hospitalizację lub brak wskazań medycznych do hospitalizacji. (akta kontroli str. 28-34)

1.6. W latach 2015–2018 kolejki oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej finansowane w ramach ryczałtu PSZ występowały w dwóch z pięciu oddziałów Szpitala (w Oddziale Chirurgicznym Ogólnym z łózkami do leczenia bólu i w Oddziale Rehabilitacji Leczniczej) oraz w czterech poradniach (dermatologicznej, leczenia bólu, neurologicznej i endokrynologicznej).

1. Po wprowadzeniu PSZ liczba oczekujących na świadczenia w Oddziale Chirurgicznym (tylko przypadki stabilne) zmniejszyła się ze 194 osób na koniec IV kwartału 2017 roku do 135 wg stanu na 30 września 2018 r. (o 30,4%), a czas oczekiwania uległ skróceniu z 89 do 57 dni. Wcześniej, w II kwartale 2017 roku kolejka liczyła 232 osoby, a czas

¹⁴ Pacjenci wypisani z Oddziału Chorób Wewnętrznych w listopadzie 2017 roku (20 z 42) i kwietniu 2018 roku (20 z 34) oraz z Oddziału Chirurgicznego Ogólnego w listopadzie 2017 roku (20 ze 102) oraz kwietniu 2018 roku (20 z 98).

¹⁵ 10 z Oddziału Chirurgicznego Ogólnego i jeden z Oddziału Chorób Wewnętrznych.

¹⁶ 30 z Oddziału Chirurgicznego Ogólnego i 29 z Oddziału Chorób Wewnętrznych.

¹⁷ 20 z Oddziału Chirurgicznego Ogólnego i dwóch z Oddziału Chorób Wewnętrznych.

¹⁸ Ośmiu z Oddziału Chirurgicznego Ogólnego i sześciu z Oddziału Chorób Wewnętrznych.

¹⁹ Jednemu z Oddziału Chirurgicznego Ogólnego i 22 z Oddziału Chorób Wewnętrznych.

²⁰ Dotyczyło to poradni: kardiologicznej, pulmonologicznej, alergologicznej, hematologicznej, diabetologicznej, gastroenterologicznej, urologicznej, onkologicznej, kardiologii inwazyjnej, reumatologicznej, nefrologicznej, chorób wątroby, geriatrycznej i hepatologicznej.

²¹ Trzech z Oddziału Chirurgicznego i ośmiu z Oddziału Chorób Wewnętrznych.

²² Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, ze zm.

oczekiwania wynosił 81 dni. W okresie funkcjonowania sieci szpitali pierwszym wolnym terminem na udzielenie świadczenia był dzień odległy od 54 do 120 dni²³.

2. Liczba oczekujących na świadczenia w Oddziale Rehabilitacji Leczniczej (wyłącznie przypadki stabilne) wzrosła ze 143 osób na koniec IV kwartału 2017 roku do 204 na koniec III kwartału 2018 roku, tj. o 42,7%, natomiast czas oczekiwania zmniejszył się ze 187 do 89 dni. Wcześniej, w II kwartale 2017 roku na świadczenia oczekiwało 389 osób, a w II kwartale 2016 roku – 486. Czas oczekiwania wynosił odpowiednio 212 i 164 dni. W czasie funkcjonowania sieci szpitali pierwszym wolnym terminem na udzielenie świadczenia był dzień odległy od 94 do 264 dni. Oddział Rehabilitacji Leczniczej nie był finansowany w ramach ryczałtu PSZ.
3. W Poradni Dermatologicznej liczba oczekujących na udzielenie świadczeń (tylko przypadki stabilne) wzrosła z 49 wg stanu na koniec IV kwartału 2017 roku do 55 na 30 września 2018 r. (o 12,2%), a czas oczekiwania – z 22 do 95 dni. W II kwartale 2017 roku kolejka oczekujących liczyła 55 osób, a czas oczekiwania wynosił 22 dni. W okresie funkcjonowania sieci szpitali pierwszym wolnym terminem na udzielenie świadczenia był dzień odległy od 37 do 93 dni.
4. W Poradni Leczenia Bólu liczba oczekujących na świadczenia dla przypadków stabilnych zmniejszyła się ze 150 osób w IV kwartale 2017 r. do 115 wg stanu na 30 września 2018 r. (o 23,3%), a czas oczekiwania – ze 156 do 104 dni. Spadła również liczba oczekujących dla przypadków pilnych z 43 do 41 osób, a czas oczekiwania uległ skróceniu z 78 do 64 dni. Wcześniej, w II kwartale 2017 roku kolejka oczekujących liczyła 235 osób dla przypadków stabilnych i 32 osoby dla przypadków pilnych, natomiast czas oczekiwania wynosił odpowiednio 164 i 32 dni. W trakcie funkcjonowania sieci szpitali pierwszym wolnym terminem na udzielenie świadczenia był dzień odległy od 97 do 116 dni dla przypadków stabilnych i od 88 do 110 dni dla przypadków pilnych.
5. W Poradni Neurologicznej liczba oczekujących na świadczenia dla przypadków stabilnych zmniejszyła się z 34 osób na koniec IV kwartału 2017 roku do 19 osób wg stanu na 30 września 2018 r. (o 44,1%), natomiast czas oczekiwania wzrósł z 34 do 35 dni. Wcześniej, w II kwartale 2017 roku kolejka oczekujących liczyła 25 osób, a czas oczekiwania wynosił 41 dni. W I kwartale 2018 roku jedna osoba zakwalifikowana jako przypadek pilny oczekiwała na udzielenie świadczeń zdrowotnych przez 15 dni. Wcześniej, w II i IV kwartale 2016 roku, także po jednej osobie oczekiwało na świadczenia – przez 31 i dziewięć dni. W czasie funkcjonowania PSZ pierwszym wolnym terminem na udzielenie świadczenia był dzień odległy od 23 do 33 dni.
6. W Poradni Endokrynologicznej liczba oczekujących na świadczenia dla przypadków stabilnych wzrosła z 35 osób wg stanu na koniec IV kwartału 2017 roku do 38 na koniec II kwartału 2018 roku, a czas oczekiwania zmniejszył się ze 101 do 81 dni. Wcześniej, w II kwartale 2017 roku liczba oczekujących wynosiła 30 osób, a czas oczekiwania – 94 dni, natomiast w IV kwartale 2016 roku – 76 osób i 119 dni. W I kwartale 2018 roku jedna osoba zakwalifikowana jako przypadek pilny oczekiwała na udzielenie świadczeń zdrowotnych przez 32 dni, a w II kwartale 2018 roku – dwie osoby przez 77 dni. W trakcie funkcjonowania sieci szpitali pierwszym wolnym terminem na udzielenie świadczenia dla przypadków stabilnych był dzień odległy od 79 do 117 dni, a dla przypadków pilnych – od dwóch do trzech dni. (akta kontroli str. 74, 218-225)

Dyrektor SPZOZ wyjaśnił: „Wprowadzenie sieci szpitali nie miało wpływu na kolejki i czas oczekiwania. W przypadku poradni specjalistycznych występowanie kolejek jest spowodowane ograniczonymi możliwościami kadrowymi. Nie ma możliwości zwiększenia czasu pracy lekarzy w poradniach, gdyż lekarze są zatrudnieni także w innych podmiotach leczniczych”. (akta kontroli str. 171-172)

²³ Obliczone jako różnica ostatniego dnia kwartału, w którym sprawozdano świadczenia, do dnia wskazanego jako pierwszy wolny termin w raporcie przekazanym POW NFZ.

1.7. Do 30 września 2017 r. NŚOZ na obszarze powiatu monieckiego realizował SPZOZ, na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna²⁴, zawartej 16 grudnia 2011 r. z POW NFZ. Natomiast od 1 października 2017 r. podstawę udzielania tych świadczeń stanowiła umowa z 30 września 2017 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej²⁵. Obszar zabezpieczenia został jednak ograniczony do gmin Krypno, Mońki i Trzcianne. Zmiana obszaru zabezpieczenia wynikała z włączenia do sieci szpitali także Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej im. dr E. Jelskiego w Knyszynie. (akta kontroli str. 35-43)

Po 1 października 2017 r. NŚOZ była realizowana przez ten sam personel, co przed wprowadzeniem PSZ i w tej samej poradni. Stosownie do postanowień regulaminu organizacyjnego Szpitala, do zadań tej poradni należało świadczenie całodobowej opieki lekarskiej wraz z wyjazdową opieką lekarską i pielęgniarstwa w dni powszednie w godzinach od 18⁰⁰ do 8⁰⁰ oraz przez całą dobę w soboty, niedziele, święta i dni ustawowo wolne od pracy. Warunki lokalowe poradni spełniały wymogi określone w załączniku nr 5 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej²⁶.

(akta kontroli str. 35, 45-48, 202)

1.8. Zmiana obszaru zabezpieczenia NŚOZ przez SPZOZ, wynikająca z wprowadzenia sieci szpitali, skutkowałą zmniejszeniem liczby udzielanych porad lekarskich oraz wizyt pielęgniarstwa.

1. Według stanu na koniec III kwartału 2018 roku lekarze SPZOZ udzielili 4.215 ambulatoryjnych porad lekarskich, tj. o 11,9% więcej niż w tym samym okresie 2015 roku i odpowiednio o 9,9% i 15,6% mniej niż wg stanu na 30 września lat 2016–2017, a także 267 porad w trybie wyjazdowym (nie udzielano porad telefonicznie), tj. mniej niż w analogicznym okresie lat 2015–2017 odpowiednio o 131,8%, 47,2% i 74,5%. Dla pełnych lat 2015–2017 liczba ambulatoryjnych porad lekarskich wynosiła kolejno 5.035, 6.039 i 6.294, a porad w trybie wyjazdowym odpowiednio 761, 491 i 567.

2. Według stanu na koniec III kwartału 2018 roku liczba ambulatoryjnych wizyt pielęgniarstwa wyniosła 1.972 i była niższa niż w analogicznym okresie lat 2015–2017 odpowiednio o 125,2%, 151,7% i 155,4%, a wizyt wyjazdowych – 141. Było ich mniej niż w latach 2015–2016 odpowiednio o 2,1% i 13,5%, ale więcej niż w 2017 roku o 7,8%. Dla pełnych lat 2015–2017 liczba wizyt pielęgniarstwa ambulatoryjnych wynosiła kolejno 5.948, 6.456, 6.662, a wizyt w trybie wyjazdowym – odpowiednio 190, 206 i 170.

(akta kontroli str. 49)

1.9. Liczba pacjentów Izby Przyjęć Szpitala zakwalifikowanych do I kategorii stanu zdrowia po początkowym wzroście ze 116 w II kwartale 2015 roku do 322 w II kwartale 2016 roku, spadła do 196 w IV kwartale 2016 roku i od tego czasu wahała się od 196 do ok. 260. Liczba procedur udzielonych tym pacjentom zmniejszyła się z 1.137 w II kwartale 2015 roku do 822 w II kwartale 2016 roku, po czym wzrosła do 831 w IV kwartale 2016 roku i w kolejnych kwartałach mieściła się w przedziale od 786 do 1.027. Natomiast liczba udzielonych procedur wahała się od 1.369 w II kwartale 2015 roku do 2.014 w II kwartale 2018 roku. Najmniej udzielono ich w III i IV kwartale 2015 roku – odpowiednio 527 i 754.

(akta kontroli str. 217)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

OCENA CZĄSTKOWA

Pacjentom zapewniono możliwość uzyskania kompleksowych świadczeń ambulatoryjnych, szpitalnych i rehabilitacyjnych, chociaż nie wszyscy pacjenci z nich korzystali. Świadczenia finansowane w ramach ryczału PSZ były realizowane w wielkościach zbliżonych do zakontraktowanych, z wyjątkiem I kwartału 2018 roku, w którym wykonano 117,4% ryczału. Analizowane wskaźniki dotyczące liczby oczekujących na świadczenia i czasu

²⁴ Umowa nr 10-00-00359-12-27-01/12. Od daty zawarcia była zmieniana 44 razy.

²⁵ Umowa nr 10-00-00359-17-41-03/08.

²⁶ Dz. U. z 2016 r. poz. 86, ze zm.

oczekiwania ulegały wahaniom. Z tego powodu ich zmian nie można bezpośrednio łączyć z wprowadzeniem sieci szpitali.

OBSZAR

Opis stanu
faktycznego

2. Zmiany w organizacji szpitali oraz w alokacji zasobów

2.1. W dniu wprowadzania sieci szpitali w SPZOZ funkcjonowały poradnie specjalistyczne, odpowiadające każdemu z realizowanych profili sieci szpitali. Nie zlikwidowano poradni w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz oddziałów szpitalnych. POW NFZ nie ogłosił konkursu na poradnie: chorób wewnętrznych i pediatrii – o czym była mowa w punkcie 1.3 wystąpienia. Takie poradnie nie funkcjonowały w Szpitalu.

(akta kontroli str. 8-23)

2.2. W związku z wprowadzeniem PSZ w Szpitalu nie zmienił się zakres udzielanych świadczeń, jak również nie uległa zmianie struktura organizacyjna. Działalność Poradni Reumatologicznej została zawieszona od 1 maja 2017 r., co szczegółowo opisano w pkt 1.1 wystąpienia.

(akta kontroli str. 8-23)

2.3. Po 1 października 2017 r. SPZOZ nie utracił trwałości inwestycji, jakie zostały przeprowadzone w latach 2015–2018 (do 30 września). Jednostka użytkowała nieruchomości, które były przedmiotem inwestycji budowlanych oraz wykorzystywała system informacyjny e-Zdrowie i zakupiony samochód osobowy.

(akta kontroli str. 91)

2.4. Po 1 października 2017 r. SPZOZ nie zlikwidował poradni specjalistycznych lub oddziałów szpitalnych. Nie było zatem potrzeby informowania pacjentów o zakończeniu działalności profilu w celu zapisania się pacjentów na liście oczekujących do danej poradni w innym podmiocie leczniczym²⁷.

(akta kontroli str. 14-21)

2.5. Po utworzeniu sieci szpitali w SPZOZ nie dokonano zmian organizacji pracy poradni i oddziałów, ani struktury zatrudnienia. Kierownicy Oddziałów Szpitala wskazali, że wprowadzenie sieci szpitali nie spowodowało koniecznością zmian w organizacji pracy oraz w strukturze zatrudnienia oddziałów i poradni specjalistycznych. Koordynator Oddziału Chirurgii Ogólnej z łózkami do leczenia bólu pozytywnie ocenił wprowadzenie ustawy o sieci szpitali, zaznaczył jednak, że niezbędnym warunkiem jest zapewnienie solidnego finansowania. Stwierdził również: „(...) uważam, że na terenie powiatu, tak jak to ma miejsce w naszej sytuacji, powinna być jedna silna, nowoczesna, dobrze wyposażona w kadre i sprzęt jednostka opieki zdrowotnej. Pozostawienie w sieci szpitala w Knyszynie, będącego właściwie jednym oddziałem (choroby wewnętrzne) rozprasza środki finansowe powodując osłabienie naszego szpitala, który uważam, byłby w stanie wykorzystać te pieniądze gdyby obydwie jednostki były jednym, dobrze zarządzanym Zakładem Opieki Zdrowotnej.”

Kierownik Poradni Rejonowej w Mońkach wskazał, że wprowadzone zmiany usprawniają organizację udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ale konieczne jest odpowiednie dofinansowanie.

Pełniący obowiązki Ordynatora Oddziału Położniczo-Ginekologicznego stwierdził: „Nie odczuliśmy żadnych pozytywnych skutków wprowadzenia sieci szpitali”. Także p.o. Ordynatora Oddziału Pediatrycznego wyjaśnił, że sieć szpitali nie miała istotnego wpływu na funkcjonowanie Oddziału, natomiast Koordynator Oddziału Rehabilitacyjnego negatywnie ocenił reformę z uwagi na zmniejszenie funduszy na finansowanie Oddziału.

Zastępca dyrektora ds. pielęgniarstwa wyjaśniła: „Ocena pozytywna o ustawie o tzw. sieci szpitala może być wydana pod warunkiem, że za nią będzie szło dobre dofinansowanie Szpitala. Pozwalałoby to na rozwój bieżącej działalności i planowanie dalszych inwestycji takich jak zatrudnienie wykwalifikowanej kadry medycznej oraz wyposażenie Szpitala w nowoczesny sprzęt. Kolejnym elementem wpływającym na wydanie pozytywnej oceny ma fakt pozostawienia jednego szpitala w powiecie, gdyż większa liczba placówek powoduje rozproszenie środków finansowych.”

(akta kontroli str. 58, 60-65)

²⁷ Zgodnie z art. 20 ust. 10c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, świadczeniodawca który zakończył wykonywanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jest obowiązany wydać świadczeniobiorcy zaświadczenie o wpisaniu na listę oczekujących wraz z podaniem daty zgłoszenia się świadczeniobiorcy.

W latach objętych kontrolą liczba zatrudnionego personelu medycznego podlegała nieznacznym wahaniom. W przeliczeniu na pełne etaty, liczba lekarzy wzrosła z 34,5 etatu w 2015 roku do 36,1 etatu wg stanu na 30 września 2018 r., a pielęgniarek ze 101 do 105,4. Zatrudnienie na pozostałych stanowiskach wynosiło 23 etaty w 2015 roku, 34,1 etatu w 2016 roku, 31,4 etatu w 2017 roku i 33,6 etatu na koniec III kwartału 2018 roku.

(akta kontroli str. 77-81)

2.6. W latach 2016–2018 liczba łóżek w poszczególnych oddziałach Szpitala nie uległa zmianom, z wyjątkiem Oddziału Rehabilitacji Leczniczej, w którym zwiększyła się z 30 w 2015 roku do 46 w kolejnych latach. W pozostałych oddziałach liczba łóżek wynosiła: 50 w Oddziale Chorób Wewnętrznych, 30 w Oddziale Chirurgicznym Ogólnym z łózkami do leczenia bólu, 20 w Oddziale Pediatrycznym, 18 w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym, 12 w Oddziale Noworodkowym.

Średni czas hospitalizacji, średnie wykorzystanie łóżek szpitalnych oraz wskaźnik przelotowości²⁸ w analizowanym okresie trzech kwartałów lat 2015–2018 także nie uległy istotnym zmianom.

W trzech pierwszych kwartałach lat 2015–2017 średni czas hospitalizacji wynosił: 7,4 dnia w Oddziale Chorób Wewnętrznych, 2,9 dnia w Oddziale Chirurgicznym Ogólnym z łózkami do leczenia bólu, 5,7 dnia w Oddziale Pediatrycznym, 3,4 dnia w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym, 3,4 dnia w Oddziale Noworodkowym oraz 20,3 w Oddziale Rehabilitacji Leczniczej. Po utworzeniu sieci szpitali czas hospitalizacji utrzymywał się na zbliżonym poziomie i wynosił odpowiednio 8,7 dnia, 3,3 dnia, 5,6 dnia, 3,4 dnia, 3,1 dnia i 21,2 dnia.

Wskaźnik średniego wykorzystania łóżek²⁹ był zróżnicowany w poszczególnych oddziałach. W trzech pierwszych kwartałach lat 2015–2017 wynosił: 49,9% w Oddziale Chorób Wewnętrznych, 45,3% w Oddziale Chirurgicznym z łózkami do leczenia bólu, 32,6% w Oddziale Pediatrycznym, 27,3% w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym, 17,4% w Oddziale Noworodkowym oraz 101% w Oddziale Rehabilitacji Leczniczej. W trzech kwartałach 2018 roku wskaźnik ten był na zbliżonym poziomie i wynosił odpowiednio 51,8%, 50,3%, 32,1%, 24%, 15,1%, 99,8%. Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że przyjmuje się pożądaną do osiągnięcia wartość tego współczynnika na poziomie 80%, z wyjątkiem kilku specjalności, m.in. neonatologii, pediatrii czy chorób zakaźnych³⁰. Utrzymywanie dużej liczby łóżek przy ich niskim wykorzystaniu jest nieekonomiczne i powoduje nadmierne koszty. Znajduje to odzwierciedlenie w Programie naprawczym SPZOZ na lata 2018–2020, w którym przewidziano m.in. skrócenie czasu pobytu pacjentów w oddziałach oraz dostosowanie bazy łóżkowej do faktycznych potrzeb.

W trzech kwartałach 2018 roku wskaźnik przelotowości we wszystkich oddziałach Szpitala nie uległ istotnym zmianom w porównaniu z latami poprzednimi i mieścił się w przedziale od 12,87 w Oddziale Rehabilitacji Leczniczej (wartość najniższa) do 40,97 w Oddziale Chirurgicznym z łózkami do leczenia bólu (wartość największa). (akta kontroli str. 82)

2.7. Po utworzeniu sieci szpitali do SPZOZ, do Starostwa Powiatowego w Mońkach oraz do POW NFZ nie wpływały skargi pacjentów dotyczące ograniczenia dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej. (akta kontroli str. 83, 85, 226-227)

Stwierdzone
nieprawidłowości

OCENA CZĄSTKOWA

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Wprowadzenie ryczałtowego finansowania SPZOZ nie spowodowało zmian w jego organizacji wewnętrznej. Szpital zapewnił leczenie w poradniach i na oddziałach odpowiadających każdemu z posiadanych profili zabezpieczenia. Nie zmienił się też zakres udzielanych usług zdrowotnych i nie zostały zamknięte poradnie lub oddziały. Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na niski wskaźnik średniego wykorzystania łóżek, niższy niż rekomendowany w literaturze fachowej.

²⁸ Określa ilu chorych korzystało kolejno z jednego łóżka szpitalnego: iloraz liczby hospitalizowanych i liczby posiadanych łóżek. Wskaźnik wykorzystywany jest do oceny szybkości leczenia.

²⁹ Wskaźnik obliczany jako iloczyn sumy osobodni i liczby łóżek, dzielony na liczbę dni kalendarzowych w badanym okresie.

³⁰ „Wskaźniki do projektu tworzenia sieci szpitali z elementami analizy sytuacji demograficznej i stanu zdrowia ludności”, Warszawa grudzień 2006 r., str. 22 (Materiał przygotowany dla Ministra Zdrowia przez Państwowy Zakład Higieny na podstawie baz danych Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia i Państwowego Zakładu Higieny, dotyczących infrastruktury szpitali i ich działalności).

3. Sytuacja ekonomiczno-finansowa szpitala z uwzględnieniem poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej

3.1. Wartość umów o świadczenia usług zdrowotnych zawartych z POW NFZ³¹ (bez ugód) systematycznie rosła i wynosiła: 22.527,3 tys. zł w 2015 roku, 23.873,2 tys. zł w 2016 roku, 26.815,1 tys. zł w 2017 roku i 27.067,5 tys. zł w 2018 roku. Uwzględniając tylko zakresy świadczeń, które były finansowane w ramach ryczału, wartość umów wynosiła odpowiednio 12.125,9 tys. zł, 12.419 tys. zł, 13.243,9 tys. zł i 11.935,6 tys. zł. (akta kontroli str. 86)

3.2. Przychody z POW NFZ, mimo tendencji wzrostowej, nie pozwoliły na pokrycie kosztów działalności leczniczej Szpitala. Wynik na tej działalności, liczony dla trzech pierwszych kwartałów lat 2015–2018, wynosił odpowiednio -2.314,1 tys. zł, -4.125,8 tys. zł, -2.731,6 tys. zł, -3.888,3 tys. zł, a dla pełnych lat 2015–2017 kolejno -1.822,3 tys. zł, -3.661,3 tys. zł i -3.596,1 tys. zł. Także wynik finansowy SPZOZ był zawsze ujemny. Dla trzech pierwszych kwartałów lat 2015–2018 wynosił odpowiednio -1.439 tys. zł, -2.756,6 tys. zł, -1.337,9 tys. zł i -2.657,7 tys. zł, natomiast wg stanu na 31 grudnia lat 2015–2017 wynosił -456,4 tys. zł, -1.862,7 tys. zł, -2.161,7 tys. zł.

Zobowiązania długoterminowe, wynoszące na koniec III kwartału 2015 roku 1.065 tys. zł, wzrosły do 3.459,5 tys. zł w 2017 roku, a w 2018 roku spadły do 3.392,7 tys. zł. Wg stanu na koniec lat 2015–2017 wynosiły one odpowiednio 1.003,5 tys. zł, 1.030,6 tys. zł i 3.668,3 tys. zł. Zobowiązania krótkoterminowe na 30 września lat 2015–2018 wahały się od 11.132,6 tys. zł do 10.324,5 tys. zł, natomiast zobowiązania wymagalne wzrosły w tym okresie z 2.311,3 tys. zł do 4.732 tys. zł. Na koniec lat 2015–2017 zobowiązania te wynosiły odpowiednio 7.031,8 tys. zł, 8.519,1 tys. zł i 7.697,4 tys. zł, w tym wymagalne – kolejno 2.211,6 tys. zł, 3.779,5 tys. zł i 2.470,7 tys. zł. (akta kontroli str. 87-88)

W 2018 roku wobec SPZOZ dwukrotnie prowadzono postępowanie egzekucyjne. W dniu 7 listopada 2018 r. komornik sądowy przy Sądzie Rejonowym Lublin-Zachód dokonał zajęcia wierzytelności z rachunku bankowego należności głównej w wysokości 13,8 tys. zł wraz z odsetkami, kosztami procesu i opłatą egzekucyjną, a 16 listopada 2018 roku komornik sądowy przy Sądzie Rejonowym w Sokółce dokonał zajęcia wierzytelności z rachunku bankowego Szpital w kwocie głównej 160 tys. zł wraz z odsetkami, kosztami procesu i opłatą egzekucyjną. (akta kontroli str. 98, 107)

3.3. Wprowadzenie systemu PSZ nie spowodowało w Szpitalu konieczności przeprowadzenia dodatkowych inwestycji. Dyrektor SPZOZ wyjaśnił, że w przypadku ogłoszenia przez POW NFZ konkursu na świadczenia kontrolne pohospitalizacyjne (02.9000.001.02 – świadczenia w zakresie chorób wewnętrznych i 02.9001.001.02 – świadczenia w zakresie pediatrii), SPZOZ przystąpi do konkursu. Dodał, że: „(...) Udzielanie takich świadczeń odbywałoby się w ramach kadry już zatrudnionej w oddziałach szpitalnych”. (akta kontroli str. 171-172)

3.4. SPZOZ uzyskał niską ocenę punktową dla wskaźników ekonomiczno-finansowych, o których mowa w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej³². Suma punktów przypisanych do wartości poszczególnych wskaźników, jakie zostały ujęte w powyższym rozporządzeniu, liczona dla trzech kwartałów analizowanych lat 2015–2018, wynosiła odpowiednio 10, 11, 11 i 6 pkt z maksymalnych do uzyskania 70 pkt. Dla pełnych lat 2015–2017 suma punktów wynosiła kolejno 17, 15 i 15.

Wszystkie wskaźniki zyskowności³³, liczone dla trzech kwartałów lat 2015–2018 oraz dla pełnych lat 2015–2017, miały wartości ujemne. W efekcie wartość punktowa tych wskaźników była na poziomie zerowym (maksymalnie 15 pkt).

³¹ Umowy dotyczące świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, psychiatrii i uzależnień, rehabilitacji, podstawowej opieki zdrowotnej, PSZ, świadczeń kontraktowanych odrębnie, oraz świadczeń udzielanych przez zakład opiekuńczo-leczniczy i hospicjum domowe.

³² Dz. U. poz. 832.

³³ Elementami są wskaźniki zyskowności: netto, działalności operacyjnej i aktywów. Wskaźniki określają zdolność podmiotu do generowania zysków, a zatem ekonomiczną efektywność działalności.

Wartość punktowa wskaźników płynności³⁴ w trzech kwartałach lat 2015–2018 i w latach 2015–2017 także była na poziomie zerowym (maksymalnie do uzyskania 25 pkt).

Wskaźniki efektywności³⁵ po trzech kwartałach lat 2015–2018 wyniosły odpowiednio 7, 3, 3 i 3 pkt, a liczone dla pełnych lat 2015–2017 – po 7 pkt z możliwych do uzyskania 10 pkt.

Wartość punktowa wskaźników zadłużenia³⁶ po trzech kwartałach lat 2015–2018 wynosiła odpowiednio 3, 8, 8 i 3 pkt, natomiast dla pełnych lat 2015–2017 – kolejno 10, 8 i 8 pkt z możliwych do uzyskania 20 pkt. (akta kontroli str. 89-90)

W celu poprawy sytuacji ekonomiczno-finansowej SPZOZ, we wrześniu 2018 roku opracowano program naprawczy na lata 2018–2020, który został zatwierdzony uchwałą Rady Powiatu w Mońkach z 17 października 2018 r.³⁷. Program przewidywał działania naprawcze obejmujące:

- a) optymalizację bieżącej działalności operacyjnej poprzez podejmowanie działań zmierzających do zwiększenia wysokości ryczałtu przyszłych okresów rozliczeniowych oraz przychodów z realizacji świadczeń poza ryczałtem, skrócenia czasu pobytu pacjentów w oddziałach, dostosowania bazy łóżkowej do faktycznych potrzeb, zwiększenia stopnia wykorzystania posiadanego potencjału ludzkiego i infrastrukturalnego, optymalizacji polityki lekowej, utrzymania optymalnych stanów magazynowych, kontroli kosztów badań diagnostycznych, w szczególności zlecanych podmiotom zewnętrznym,
- b) poprawę efektywności zarządzania SPZOZ poprzez wdrożenie od 2019 roku budżetowania w ośrodkach kosztów działalności podstawowej,
- c) działania rozwojowe, polegające na rozpoczęciu działalności w nowych obszarach, jak badania endoskopowe w warunkach ambulatoryjnych, badania tomografii komputerowej, uruchomienie oddziału intensywnej opieki medycznej oraz poradni alergologicznej, urazowo-ortopedycznej, gastroenterologicznej, geriatrycznej i kardiologicznej, a także udzielaniu świadczeń komercyjnych i w ramach turystyki medycznej,
- d) działania związane z pozyskiwaniem zewnętrznych źródeł finansowania inwestycji, w tym m.in. wnioskowanie o środki unijne, a także prowadzenie negocjacji z dostawcami w zakresie umarzania części zobowiązań odsetkowych i rozkładania płatności na raty.

(akta kontroli str. 108-135)

3.5. Po komunikacie POW NFZ z 23 lutego 2018 r. w sprawie uzyskania współczynników korygujących (q_l,j), związanych z jakością procesu udzielania opieki zdrowotnej, Szpital przesłał POW NFZ kopie zaświadczenia uczestnictwa oraz świadectwa wydane przez Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej w Łodzi w zakresie chemii klinicznej. W III kwartale 2018 roku wysokość ryczałtu nie uległa zwiększeniu. Dyrektor SPZOZ wyjaśnił: „Przy wyliczeniu ryczałtu należnego SPZOZ uwzględniono współczynnik korygujący q₃, jednocześnie zastosowano inny (negatywny) współczynnik jakościowy q₅, dotyczący spadku liczby jednostek sprawozdawczych świadczeń ambulatoryjnych o ponad 5% (-0,0125). W SPZOZ miał miejsce taki spadek i dlatego wysokość ryczałtu nie wzrosła”. Najwyższa Izba Kontroli zwraca zatem uwagę na konieczność podjęcia działań w celu uniknięcia naliczania negatywnego współczynnika jakościowego q₅ w kolejnych okresach rozliczeniowych, który został zastosowany, pomimo nadwykonania świadczeń w 2018 roku. (akta kontroli str. 24, 144-148)

³⁴ Elementami są wskaźniki: bieżącej płynności i szybkiej płynności. Określają one zdolności podmiotu do regulowania zaciągniętych zobowiązań krótkoterminowych.

³⁵ Elementami są wskaźniki: rotacji należności (w dniach) i zobowiązań (w dniach). Wskaźnik rotacji należności (w dniach) określa długość cyklu oczekiwania podmiotu na uzyskanie należności za świadczone usługi. Wskaźnik rotacji zobowiązań (w dniach) określa ile przeciętnie dni upływa w podmiocie od momentu powstania zobowiązań bieżących do momentu ich spłaty.

³⁶ Elementami są wskaźnik zadłużenia aktywów (%) i wskaźnik wypłacalności. Wskaźnik zadłużenia aktywów (%) informuje o stopniu finansowania aktywów kapitałami obcymi. Wskaźnik wypłacalności określa wielkość funduszy obcych przypadającą na jednostkę funduszu własnego.

³⁷ Niniejszą uchwałą uchylono uchwałę Rady Powiatu w Mońkach z 10 listopada 2017 r. w sprawie zatwierdzenia Programu naprawczego SPZOZ w Mońkach na lata 2017–2019.

Dyrektor SPZOZ jeszcze przed wprowadzeniem PSZ, 26 lipca 2017 r. skierował do Prezesa NFZ pismo, w którym zwracał uwagę, że kontrakt w rodzaju leczenie szpitalne nie pokrywa kosztów gotowości Szpitala do udzielania świadczeń, a planowane wprowadzenie przepisów dotyczących minimalnego wynagrodzenia zawodów medycznych może zwiększyć deficyt. Jednocześnie zwrócił się o zastosowanie wskaźnika korygującego przy wyliczaniu ryczałtu na pierwszy okres finansowania (IV kwartał 2017 roku). W dniu 9 sierpnia 2017 r. podobne w treści pismo Szpital skierował do Ministerstwa Zdrowia, a 16 sierpnia 2017 r. do POW NFZ w Białymstoku. W pismach tych dyrektor SPZOZ dodatkowo wskazał, że wyliczenie kontraktu na podstawie wykonania umowy w 2015 roku jest dla Szpitala niekorzystne, gdyż realizowane inwestycje – powiększenie Oddziału Rehabilitacyjnego (prowadzona od sierpnia 2014 roku do czerwca 2015 roku) oraz utworzenie Regionalnego Centrum Leczenia Bólu (inwestycja prowadzona od października 2014 roku do kwietnia 2016 roku) – spowodowały ograniczenia w przyjmowaniu pacjentów w pionie rehabilitacji stacjonarnej i ambulatoryjnej, w pionie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz w wykonywaniu świadczeń szpitalnych. Potwierdzały to częściowo dane uzyskane przez NIK w trakcie kontroli³⁸, natomiast Oddział Rehabilitacyjny jest finansowany z innych środków niż ryczałt (kwota wyodrębniona w umowie) i nie ma wpływu na jego wysokość. W odpowiedzi z 11 września 2017 r. POW NFZ stwierdził, że kwota ryczałtu PSZ została obliczona zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, tj. art. 5 ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³⁹ oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej⁴⁰. (akta kontroli str. 149-158)

W dniu 12 kwietnia 2018 r. dyrektor SPZOZ wniósł do Prezesa NFZ zażalenie na czynności dyrektora POW NFZ, polegające na błędnym zastosowaniu wzorów do obliczenia ryczałtu PSZ na okres od 1 stycznia do 30 czerwca 2018 r. Ryczałt na ten okres został ustalony w wysokości 994,6 tys. zł miesięcznie, mniej niż na pierwszy okres finansowania o 100,8 tys. zł. Zmniejszenie wynikało z wykonania ryczałtu w IV kwartale 2017 roku na poziomie 97% oraz wypowiedzenia przez Szpital umowy (z końcem lutego 2018 roku) w zakresie żywienia pozajelitowego w warunkach domowych. W ocenie SPZOZ obniżenie ryczałtu winno wynieść 69,1 tys. zł (suma wartości świadczeń niewykonanych i wartość ryczałtu w zakresie żywienia pozajelitowego w warunkach domowych miesięcznie) i w związku z tym Szpital wniósł o ponowne wyliczenie ryczałtu. Prezes NFZ nie podzielił argumentacji SPZOZ i nie uwzględnił zażalenia, wskazując w uzasadnieniu m.in., że Szpital nie wykazał, aby czynności dyrektora POW NFZ były sprzeczne z prawem. (akta kontroli str. 162-170)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

OCENA CZĄSTKOWA

Koszty działalności SPZOZ były wyższe niż uzyskiwane przychody, mimo stałego wzrostu wartości umów zawartych z POW NFZ. W konsekwencji wynik finansowy na działalności leczniczej oraz wynik finansowy były ujemne przez wszystkie lata objęte kontrolą. Występowały też stale rosnące zobowiązania wymagalne, a uzyskane wskaźniki ekonomiczno-finansowe były bardzo niskie. W rezultacie Szpital opracował program naprawczy na lata 2018–2020. Dostarczył też POW NFZ dokumenty niezbędne do zastosowania współczynnika korygującego przy naliczaniu ryczałtu, ale jednocześnie został zastosowany negatywny współczynnik za zmniejszenie liczby jednostek sprawozdawczych dla świadczeń udzielanych w trybie ambulatoryjnym.

³⁸ Od II kwartału 2016 roku wzrosła liczba świadczeń udzielanych w zakresach dermatologii i wenerologii, endokrynologii (dla świadczeń pierwszorazowych), leczenia bólu.

³⁹ Dz. U. poz. 844.

⁴⁰ Dz. U. poz. 1242.

IV. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

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 Delegatury NIK w Białymstoku. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

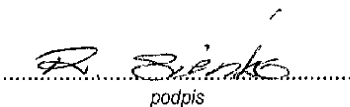
Białystok, 7 grudnia 2018 r.

Kontrolerzy:
Jerzy Chwiedosik
Gł. specjalista k. p.



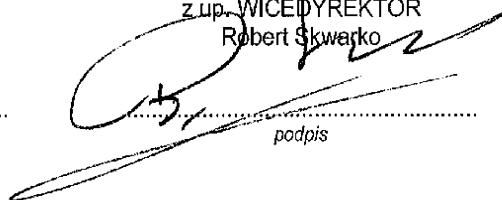
.....
podpis

Robert Sieńko
Inspektor k. p.



.....
podpis

DYREKTOR DELEGATURY
Najwyższej Izby Kontroli w Białymstoku
z up. WICE DYREKTOR
Robert Skwarko



.....
podpis