



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Białymstoku

LBI.410.024.04.2018



07133818

Pan Adam Szałanda
Szpital Wojewódzki im. dr Ludwika Rydygiera
w Suwałkach,
ul. Szpitalna 60, 16-400 Suwałki

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
lb1@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Szpital Wojewódzki im. dr Ludwika Rydygiera w Suwałkach (dalej: „Szpital”), ul. Szpitalna 60, 16-400 Suwałki
Kierownik jednostki kontrolowanej	Adam Szalanda, dyrektor od 1 marca 2011 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Realizacja świadczeń ambulatoryjnych, szpitalnych i rehabilitacyjnych. 2. Zmiany w organizacji wewnętrznej szpitali oraz 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 ¹
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Białymstoku
Kontroler	Adrian Gosk, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBI/137/2018 z 4 października 2018 r. (akta kontroli str. 1-3)

¹ Dz. U. z 2017 r. poz. 524, ze zm. Ustawa zwana dalej: ustawą o NIK.

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Zmiana sposobu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej po utworzeniu tzw. sieci szpitali³ nie spowodowała znaczących zmian w sposobie funkcjonowania Szpitala. Pacjentom została zapewniona możliwość uzyskania kompleksowych świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych, w poradniach i na oddziałach odpowiadających każdemu z posiadanych profili zabezpieczenia, a zakres realizowanych świadczeń był stopniowo rozszerzany. Od 1 października 2017 r. uruchomiono świadczenia okulistyczne oraz poszerzono zakres rehabilitacji. Terminowo uruchomiona została również Poradnia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej, jednak pacjenci i część personelu medycznego Szpitala wskazywała na problemy organizacyjne związane z jej funkcjonowaniem. Pozytywnie należy ocenić sposób postępowania z pacjentami wymagającymi świadczeń pohospitalizacyjnych, chociaż nie każdy z nich korzystał. Wprawdzie wartość umów z Podlaskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: „POW NFZ”) systematycznie rosła, to poziom ten nie pozwalał na osiągnięcie zysku z działalności leczniczej, a Szpital nadal osiągał niskie wskaźniki ekonomiczno-finansowe.

NIK zwraca również uwagę na potrzebę szczegółowej analizy wydłużenia się czasu oczekiwania na świadczenia w większości poradni specjalistycznych oraz zauważa, że w profilu otolaryngologia wraz ze spadkiem przeciętnej kwartalnej liczby pacjentów oraz świadczeń na oddziale zwiększyły się kolejki oczekujących. Ponadto na większości oddziałów szpitalnych wskaźnik przeciętnego wykorzystania łóżek był niższy niż rekomendowany w literaturze fachowej.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej⁴ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Realizacja świadczeń ambulatoryjnych, szpitalnych i rehabilitacyjnych

Opis stanu faktycznego

1.1. Szpital od IV kwartału 2017 roku do III kwartału 2018 roku wywiązywał się z umowy o udzielanie świadczeń finansowanych w ramach ryczału podstawowego szpitalnego systemu zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej („PSZ”). Z chwilą utworzenia tzw. sieci szpitali, Szpital został zakwalifikowany do II poziomu zabezpieczenia, co oznaczało, że udzielane były świadczenia w ramach wszystkich profili dla I poziomu zabezpieczenia:

- chirurgia ogólna,
- choroby wewnętrzne,
- położnictwo i ginekologia,
- neonatologia,
- pediatria,

a także sześciu z dziewięciu profili dla II poziomu zabezpieczenia, tj.:

- chirurgia dziecięca,
- neurologia,
- ortopedia i traumatologia narządu ruchu,
- otolaryngologia,
- reumatologia,
- urologia.

² Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

³ Za sieć szpitali uznaje się podmioty lecznicze zakwalifikowane do podstawowego systemu zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, wprowadzonego ustawą z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 884).

⁴ Oceny częściowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena częściowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

Ponadto, niezależnie od umowy sieciowej, od 1 października 2017 r. Szpital uruchomił świadczenia w ramach profilu okulistyka. Jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala, zgodnie z art. 95m ust. 6 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁵, nie było obowiązku, aby Szpital posiadał wszystkie profile dla tzw. II poziomu zabezpieczenia, a jedynie powinien przekroczyć wymaganą ilość profili i udało na się to jeśli chodzi o poziom II, a do poziomu III zabrakło Szpitalowi jednego profilu (nefrologii, która jest już uruchomiona). Dyrektor dodał, że wiele lat temu Szpital posiadał oddział okulistyczny, jednak został on zlikwidowany, a opiekę nad pacjentami w tym zakresie sprawował NZOZ. Realizował on jednak tzw. procedury jednodniowe i nie obsługiwał okulistyki dziecięcej. W związku z ogłoszeniem przez POW NFZ konkursu na realizację procedur całodobowych, Szpital złożył ofertę. W rezultacie zlikwidowano problem dowożenia pacjentów na hospitalizację do Białegostoku bądź Elku. Zawarcie od 1 października 2017 r. umowy z NFZ na te świadczenia, nie miało związku z utworzeniem PSZ.

Dyrektor odnosząc się do braku dwóch pozostałych profili z II poziomu zabezpieczenia (chirurgia plastyczna i kardiologia) wyjaśnił, że główną przeszkodą do uruchomienia hospitalizacji z zakresu chirurgii plastycznej były problemy lokalowe. Dzięki prowadzonym w Szpitalu remontom, które muszą być przeprowadzone jeszcze w trzech oddziałach, co zajmie ok. dwóch lat, Szpital uzyska właściwą powierzchnię dla chirurgii plastycznej i naczyniowej. W zakresie kardiologii pacjenci są zabezpieczeni, ponieważ na terenie Szpitala funkcjonuje podmiot zewnętrzny, zajmujący się tymi świadczeniami (do końca 2023 roku). W związku z obniżeniem wysokości finansowania procedur kardiologicznych nie jest wykluczone, że podmiot ten zrezygnuje z dalszej działalności, a Szpital przejmie jego sprzęt i kadrę.

Jednocześnie w ramach umowy sieciowej Szpital obsługiwał także profil choroby płuc oraz profil choroby zakaźne, a od 1 marca 2018 r. uruchomił świadczenia w profilu nefrologia, przewidziane dla III poziomu zabezpieczenia⁶. Świadczenia były też udzielane w ramach profili: nocna i świąteczna opieka zdrowotna (NŚOZ), szpitalny oddział ratunkowy (SOR), a także anestezjologia i intensywna terapia – co było niezależne od poziomu zabezpieczenia, do którego został przypisany Szpital. W ramach ryczałtu systemu zabezpieczenia Szpital udzielał świadczeń z 65 zakresów, na 16 oddziałach szpitalnych oraz w 21 poradniach⁷. (akta kontroli str. 4-17, 21-24, 45-50, 75-93, 176-230)

W latach 2015–2018 (do 30 września) przerwy w funkcjonowaniu poradni spowodowane były tylko absencjami urlopowymi i chorobowymi – co było zgłaszane POW NFZ. Nie występowały inne powody czasowego zamknięcia poradni, jak niemożliwość pozyskania lekarza do pracy w poradni. (akta kontroli str. 43-45)

Wartość ryczałtu w IV kwartale 2017 roku wyniosła 13.589,6 tys. zł, a w trzech pierwszych kwartałach 2018 roku po 14.135 tys. zł. Wykonanie świadczeń wyniosło kolejno: 13.702,1 tys. zł w IV kwartale 2017 roku (100,8% ryczałtu), 15.060 tys. zł w I kwartale 2018 roku (106,5%), 13.606,5 tys. zł w II kwartale 2018 roku (96,3%) oraz 13.476,6 tys. zł w III kwartale 2018 roku (95,3%).

Najwyższe wykonanie kontraktu w przypadku oddziałów było na Oddziale Ortopedyczno-Urazowym i wynosiło 1.886,2 tys. zł w IV kwartale 2017 roku oraz w trzech pierwszych kwartałach 2018 roku (odpowiednio: 2.127 tys. zł, 1.869,8 tys. zł oraz 1.916,7 tys. zł), a w przypadku poradni – w Poradni Ortopedyczno-Urazowej, gdzie wynosiło 217,8 tys. zł w IV kwartale 2017 roku oraz w trzech pierwszych kwartałach 2018 roku (odpowiednio: 221,9 tys. zł, 213,1 tys. zł i 222,9 tys. zł). (akta kontroli str. 4-5)

⁵ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, ze zm.).

⁶ Poziomy system zabezpieczeń zostały określone w art. 95l ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

⁷ W jednej poradni lub oddziale mogą być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej z kilku zakresów świadczeń, stąd liczba oddziałów i poradni nie musi być równa liczbie zakresów świadczeń finansowanych w ramach ryczałtu.

1.2. Po wprowadzeniu sieci szpitali doszło do zmian w strukturze leczonych pacjentów, udzielonych świadczeń i ich wartości. Analizą objęto profile: chirurgia ogólna oraz pediatria (z I poziomu zabezpieczenia), a także otolaryngologia oraz urologia (z II poziomu zabezpieczenia) i porównano przeciętne wartości dla okresów przed wprowadzeniem sieci szpitali i przeciętne dla roku funkcjonowania PSZ. Wyniki analizy przedstawiono poniżej.

W profilu chirurgia ogólna przeciętna liczba pacjentów leczonych kwartalnie w oddziale wzrosła z 297 do 318 (o 21 osób, tj. o 7,1%) po wprowadzeniu PSZ, a w poradni zmniejszyła się z 729 do 725 (o cztery osoby, tj. o 0,6%). Przeciętna liczba świadczeń w oddziale zwiększyła się z 367 do 396 (o 29 pobyty, tj. o 7,9%), a w przypadku poradni wzrosła z 1.177 do 1.226 (o 65 wizyt, tj. o 5,5%). Z kolei przeciętna kwartalna wartość udzielonych świadczeń wzrosła o 28,9% (275,1 tys. zł) w oddziale i o 5,8% (2,9 tys. zł) w poradni. Zmianie uległa struktura pacjentów profilu. Wzrósł przeciętny kwartalny udział pacjentów oddziału po wprowadzeniu sieci szpitali, który wynosił 30,5% wobec 29% przed wprowadzeniem PSZ, w stosunku do pacjentów poradni – spadek z 71% do 69,5%. Podobna zmiana nastąpiła w przypadku struktury wartości udzielanych świadczeń (z 95% w oddziale i 5% w poradni na 95,8% w oddziale i 4,2% w poradni) oraz przeciętnej kwartalnej struktury udzielanych świadczeń (z 23,8% w oddziale i 76,2% w poradni na 24,2% w oddziale i 75,8% w poradni). Po 1 października 2017 r. przeciętny czas oczekiwania na przyjęcie na Oddział Chirurgii Ogólnej dla analizowanych kwartałów zmniejszył się ze 118 do 43 dni dla przypadków stabilnych (w przypadku pacjentów pilnych utrzymał się na zbliżonym poziomie 12–16 dni), a w Poradni Chirurgii Ogólnej utrzymał się na podobnym poziomie (12–13 dni dla przypadków stabilnych oraz pięciu dni dla pilnych).

W profilu pediatria przeciętna liczba pacjentów leczonych kwartalnie na oddziale po wprowadzeniu PSZ zmalała z 374 do 360 osób (o 14 osób, tj. o 3,74%). Przeciętna liczba świadczeń na oddziale spadła z 404 do 386 pobyty (o 4,5%), a przeciętna kwartalna wartość świadczeń udzielonych na oddziale, mimo spadku liczby pacjentów i pobyty, wzrosła o 9% (o 73,7 tys. zł). Do badanego oddziału nie było kolejek oczekujących. W Szpitalu przewidziano utworzenie z dniem 1 października 2017 r. Poradni Pediatrycznej, jednak faktycznie nie została ona uruchomiona, ze względu na brak finansowania tego typu świadczeń przez NFZ – co omówiono szerzej w pkt 1.3. niniejszego wystąpienia.

W profilu otolaryngologia przeciętna liczba pacjentów leczonych kwartalnie w oddziale spadła z 267 do 257 (o 10 osób, tj. o 3,7%), wzrosła zaś w poradni z 1.082 do 1.189 (o 27 osób, tj. o 2,5%). Przeciętna liczba świadczeń w oddziale zmniejszyła się z 287 do 259 (o 28 pobyty, tj. o 9,7%), a w przypadku poradni – z 1.264 do 1.262 (o dwie wizyty, tj. o 0,15%). Przeciętna kwartalna wartość udzielonych świadczeń również spadła – o 12,1% (o 52,4 tys. zł) w oddziale i o 2,5% (o 1,7 tys. zł) w poradni. Zmianie uległa struktura pacjentów profilu. Mniejszy był przeciętny kwartalny udział pacjentów oddziału po wprowadzeniu sieci szpitali, który wynosił 18,8% wobec 19,8% przed jej wprowadzeniem, w stosunku do pacjentów poradni – wzrost z 80,2% do 81,2%. Podobnie zmieniła się przeciętna kwartalna struktura udzielanych świadczeń (z 18,5% w oddziale i 81,5% w poradni na 17,1% w oddziale i 82,9% w poradni) oraz struktura wartości udzielanych świadczeń (z 86,9% w oddziale i 13,1% w poradni na 85,6% w oddziale i 14,4% w poradni).

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że spadek przeciętnej kwartalnej liczby pacjentów i świadczeń udzielanych na oddziale nastąpił przy jednoczesnym wzroście kolejek oczekujących. Po 1 października 2017 r. przeciętny czas oczekiwania na przyjęcie na Oddział Laryngologiczny dla analizowanych kwartałów wzrósł ze 111 do 164 dni dla przypadków stabilnych oraz z siedmiu do 16 dni dla przypadków pilnych. Czas oczekiwania do Poradni Otolaryngologicznej wzrósł z 44 do 54 dni dla przypadków stabilnych oraz z 14 do 20 dni dla przypadków pilnych. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że Oddział Laryngologiczny jest oddziałem zabiegowym i posiada tylko 10 łóżek. Od 2014 roku Oddział zaczął diagnozować zaburzenia snu (do tego potrzebna jest oddzielna sala na dobę, ponieważ pacjent powinien leżeć sam, aby prawidłowo dokonać zapisu polisomnografii). Stąd wydłuża się kolejka i liczba oczekujących. Drugim powodem jest zmiana przez pacjentów terminów wizyt w oddziale i w poradni, co zaburza system kolejkowy (okres oczekiwania liczy się od pierwszego wpisu).

(akta kontroli str. 6-18, 46-50)

W profilu urologia przeciętna liczba pacjentów leczonych kwartalnie w oddziale po wprowadzeniu PSZ zwiększyła się z 243 do 267 (o 21 osób, tj. o 8,7%), a w poradni z 2.154 do 2.434 (o 280 osób, tj. o 13%). Przeciętna liczba świadczeń wzrosła z 265 do 314 na oddziale (o 49 pobytów, tj. o 18,4%) i z 2.510 do 2.955 w poradni (o 445 wizyt, tj. o 17,8%). Przeciętna kwartalna wartość udzielonych świadczeń również wzrosła – o 17,4% (101,2 tys. zł) w oddziale i o 23,6% (o 51,2 tys. zł) w poradni. Zmianie uległa struktura pacjentów profilu. Po wprowadzeniu sieci szpitali nieznacznie mniejszy był przeciętny kwartalny udział pacjentów hospitalizowanych, który wynosił 9,8% (wcześniej 10,1%), niż pacjentów poradni – 90,2% (wcześniej 89,9%). Zmiana nastąpiła również w przypadku przeciętnej kwartalnej wartości udzielanych świadczeń, która wynosiła 71,8% dla oddziału (wcześniej 72,8%) i 28,2% dla poradni (wcześniej 27,2%). Nie zmieniła się przeciętna kwartalna struktura udzielanych świadczeń (9,6% oddział i 90,4% poradnia).

Po 1 października 2017 r. przeciętny czas oczekiwania na przyjęcia na Oddział Urologiczny dla analizowanych kwartałów wzrósł z 20 do 41 dni dla przypadków stabilnych (dla przypadków pilnych kolejek nie było), a w Poradni Urologicznej z 87 do 102 dni dla przypadków stabilnych (dla przypadków pilnych utrzymywał się na zbliżonym poziomie 16–17 dni). Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w związku z remontem oddziału (nowy oddział urologiczny oddano do użytku w grudniu 2017 roku) ograniczona była ilość przyjęć stabilnych, natomiast przypadki pilne realizowane były na bieżąco – stąd wydłużyła się kolejka oczekujących. Dyrektor dodał, że od 2015 roku nastąpił wzrost zainteresowania świadczeniami w Poradni Urologicznej. Do tego dochodzą wizyty poszpitalne i pilne, a od lipca 2018 roku dołączyły osoby ze znacznym stopniem upośledzenia, stąd poradnia staje się niewydolna, a liczba oczekujących i czas oczekiwania wydłuża się.

(akta kontroli str. 6-18, 45-60)

1.3. Szpital nie udzielał świadczeń kontrolnych pohospitalizacyjnych, ponieważ POW NFZ nie zakontraktował takich świadczeń⁸. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa Szpitala wyjaśnił, że wielokrotnie zwracano się telefonicznie do POW NFZ z prośbą o informację dotyczącą sposobu zakontraktowania ww. świadczeń, jednak do tej pory jej nie otrzymano. Zastępca Dyrektora dodał, że Szpital udziela świadczeń po hospitalizacji zgodnie z zaleceniami zawartymi w karcie informacyjnej (w poradniach: gastroenterologicznej, pulmonologicznej, diabetologicznej, dermatologicznej, reumatologicznej oraz poradni POZ). Dyrektor POW NFZ poinformował, że powodem niezakontraktowania świadczeń kontrolnych pohospitalizacyjnych był „*brak dla tych zakresów szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, określanych w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia*”. Dodał, że nie było możliwe również sprawozdawanie i rozliczanie takich świadczeń. (akta kontroli str. 57-62, 242-243)

1.4. Szpital zapewniał pacjentom świadczenia pohospitalizacyjne i ambulatoryjne, jednak nie wszyscy pacjenci korzystali z tych świadczeń. W ramach kontroli przeprowadzono badanie dokumentacji medycznej oraz realizacji zaleceń tam wskazanych na próbie 80 losowo wybranych pacjentów Oddziału Ortopedyczno-Urazowego oraz Oddziału Laryngologii⁹.

W przypadku 11¹⁰ (z 80) wypisanych pacjentów w dokumentacji medycznej wskazano potrzebę wykonania świadczenia pohospitalizacyjnego (w terminie do 30 dni po zakończeniu hospitalizacji) i wszystkie 11 świadczeń zostało udzielonych. Z wydanych przez lekarzy zaleceń wynikało, że 60¹¹ z 80 pacjentów wymagało dalszego leczenia, korzystając z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej innej niż świadczenia

⁸ 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 sprawozdawać dla innych zakresów.

⁹ Po 20 pacjentów wypisanych z Oddziału Ortopedyczno-Urazowego i Oddziału Laryngologicznego w listopadzie 2017 roku i po 20 wypisanych w kwietniu 2018 roku.

¹⁰ wszystkich 11 z Oddziału Laryngologicznego.

¹¹ 40 z Oddziału Ortopedyczno-Urazowego i 20 z Oddziału Laryngologicznego.

pohospitalizacyjne, która udzielona została przez Szpital 40¹² pacjentom, a pozostałych 20¹³ nie zgłosiło się na kontynuację leczenia¹⁴. W przypadku dziewięciu kolejnych z analizowanych pacjentów z Oddziału Laryngologicznego, według danych z dokumentacji medycznej, nie było potrzeby dalszego leczenia w ramach świadczeń pohospitalizacyjnych bądź opieki specjalistycznej ani świadczeń rehabilitacyjnych. Nie doszło również do sytuacji, że w dniu przeprowadzania analizy pacjenci byli zapisani na listach oczekujących i nie udzielono im jeszcze świadczeń w AOS.

Spośród 40 pacjentów hospitalizowanych na Oddziale Ortopedyczno-Urazowym, 20 stanowili mieszkańcy Suwałk, kolejnych 18 było mieszkańcami innych powiatów województwa podlaskiego, a dwóch pochodziło z innych województw¹⁵. Miejsce zamieszkania w innym powiecie bądź województwie mogło mieć wpływ na kontynuację leczenia w Szpitalu, gdyż dziewięciu pacjentów tego oddziału nie zgłosiło się ponownie do Szpitala (na Oddziale Laryngologii było to sześciu pacjentów). W myśl art. 30 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, pacjent ma prawo wyboru szpitala spośród tych, które zawarły umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. (akta kontroli str. 94-175, 241)

1.5. Po wprowadzeniu systemu PSZ nastąpił znaczący wzrost liczby odmów przyjęcia do Szpitala. W marcu 2018 roku odnotowano 338 odmów, podczas gdy w analogicznym miesiącu z lat 2015–2017 odmów było odpowiednio: 214, 282 i 293. Z kolei we wrześniu 2018 roku odnotowano 333 odmowy, podczas gdy w analogicznym miesiącu z lat poprzednich było ich kolejno: 213, 235 i 190. Główną przyczyną odmów był brak wskazań do hospitalizacji, w tym skierowanie pacjentów do leczenia w trybie ambulatoryjnym. W latach 2015–2018 nie odnotowano ani jednej odmowy związanej z brakiem miejsc w Szpitalu i nie przekierowywano z tego powodu pacjentów do innego szpitala. Jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala, zwiększona liczba odmów w 2018 roku była związana z nowootwartym Oddziałem Okulistycznym i świadczyła o złej pracy lekarzy rodzinnych, którzy kierowali pacjentów niekwalifikujących się do leczenia szpitalnego. (akta kontroli str. 20, 46-50)

1.6. W latach 2015–2018 (do 30 września) liczba oczekujących i przeciętny czas oczekiwania na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej, finansowane w ramach ryczału PSZ zmieniły się.

1. Po 1 października 2017 r. zwiększyły się kolejki do 12 (z 21) poradni: reumatologicznej, nefrologicznej, dermatologicznej, neonatologicznej, pulmonologicznej, foniatrycznej, neurologicznej, preluksacyjnej, hematologicznej, gastroenterologicznej¹⁶, laryngologicznej i urologicznej.

W szczególności wydłużenie kolejki miało miejsce w Poradni Neonatologicznej, gdzie w okresie funkcjonowania sieci szpitali (od IV kwartału 2017 roku do III kwartału 2018 roku) przeciętny czas oczekiwania wzrósł do dziewięciu dni dla przypadków pilnych (wcześniej nie odnotowywano oczekiwania), a dla przypadków stabilnych wzrósł z siedmiu do 34 dni. Liczba oczekujących wzrosła zaś od 1–8 pacjentów do 12–37 dla przypadków stabilnych (na koniec poszczególnych okresów nie było oczekujących wśród pacjentów pilnych). W okresie funkcjonowania sieci szpitali pierwszym wolnym terminem na udzielenie świadczenia był dzień odległy o 30–45 dni dla przypadków stabilnych, podczas gdy przed utworzeniem sieci szpitali termin ten sięgał maksymalnie miesiąca. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, iż poradnie (oprócz reumatologicznej, dermatologicznej i neurologicznej) są jedynymi poradniami specjalistycznymi w okolicy, stąd większość pacjentów się do nich kieruje. W związku z uzyskaniem akredytacji wzrosło również zaufanie do Szpitala, co wiąże się ze zwiększoną ilością porad i wydłużeniem kolejek. Poza tym NFZ zaczął lepiej premiować lecnictwo ambulatoryjne.

¹² 30 z Oddziału Ortopedyczno-Urazowego i 10 z Oddziału Laryngologicznego.

¹³ 10 z Oddziału Ortopedyczno-Urazowego i 10 z Oddziału Laryngologicznego.

¹⁴ Żadnemu z 80 analizowanych pacjentów nie wskazano potrzeby wykonania świadczeń rehabilitacyjnych.

¹⁵ W przypadku Oddziału Laryngologicznego było to 19 pacjentów z Suwałk, 11 pacjentów z innego powiatu województwa podlaskiego i 10 z innego województwa.

¹⁶ Poradnia Hematologiczna i Poradnia Gastroenterologiczna uruchomione zostały od II połowy 2016 roku.

2. Po 1 października 2017 r. zmniejszyły się bądź pozostały na zbliżonym poziomie kolejki do ośmiu (z 21) poradni: ortopedycznej, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, alergologicznej, chorób zakaźnych, ginekologiczno-położniczej, chirurgii onkologicznej i diabetologicznej¹⁷.
3. Nadal nie było kolejek do poradni onkologicznej.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na potrzebę szczegółowej analizy przyczyn wydłużenia się czasu oczekiwania na świadczenia w większości poradni specjalistycznych po zakończeniu procesu modernizacji poszczególnych pomieszczeń Szpitala.

Liczba oczekujących na świadczenia realizowane w Dziale Fizjoterapii i Masażu (finansowane poza PSZ) wzrosła z 22 w IV kwartale 2017 roku do 178 w III kwartale 2018 roku dla przypadków stabilnych oraz z 17 do 103 dla przypadków pilnych w analogicznym okresie, przy czym najbliższy wolny termin uległ skróceniu z ponad ośmiu miesięcy do trzech i pół miesiąca. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, iż umowę z NFZ Szpital posiada od 1 października 2017 r., jednak nie miało to związku (zbieg terminów) z utworzeniem PSZ. Utworzenie tego Działu związane było z występującymi na terenie Suwałk zmianami (jeden z lokalnych NZOZ-ów udzielający tych świadczeń sygnalizował zakończenie działalności) i stale rosnącym zapotrzebowaniem. Na terenie Miasta jest wyspecjalizowany Ośrodek Rehabilitacji, jednak kolejki do poradni szpitalnej są krótsze, stąd coraz więcej osób jest zainteresowanych świadczeniami w Szpitalu. Do 1 października 2017 r. świadczenia rehabilitacyjne były udzielane w Szpitalu, ale tylko w ograniczonym zakresie np. na Oddziale Neurologicznym. (akta kontroli str. 21-24, 46-50)

1.7. Szpital, zgodnie z umową z POW NFZ, rozpoczął udzielanie świadczeń w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (NŚOZ) z dniem 1 października 2017 r. Była ona realizowana w Poradni NŚOZ, zlokalizowanej w tych samych pomieszczeniach co prowadzona w Szpitalu Poradnia POZ¹⁸ (godziny pracy Poradni NŚOZ były ustalone poza godzinami pracy Poradni POZ w dni robocze, tj. od 18:00 do 8:00 następnego dnia, a w dni wolne od pracy od godziny 8:00 do 8:00 następnego dnia), a także za pośrednictwem podwykonawcy (Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Suwałkach) w zakresie świadczeń udzielanych w miejscu zamieszkania lub pobytu pacjenta. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, iż Szpital korzysta z podwykonawcy głównie z powodów trudności kadrowych. Z punktu widzenia ekonomicznego jest to rozwiązanie opłacalne. Takie zorganizowanie poradni zapewniało jej właściwą dostępność i było zgodne z cz. II ust. 1 załącznika Nr 5 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej¹⁹.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że niektórzy pacjenci i część personelu medycznego Szpitala zasygnalizowała problemy organizacyjne związane z dotychczasowym funkcjonowaniem Poradni NŚOZ – co omówiono szerzej w pkt 2.5. oraz 2.7. niniejszego wystąpienia. (akta kontroli str. 46-50, 63-79, 176-211)

1.8. Do końca III kwartału 2017 roku Szpital nie realizował świadczeń w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej i nie dysponował danymi dotyczącymi skali świadczeń udzielanych na obsługiwanym terenie. W IV kwartale 2017 roku w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w Szpitalu udzielono: 7.134 porad lekarskich (6.957 ambulatoryjnie i 177 w trybie wyjazdowym) oraz 2.047 wizyty pielęgniarskie (2.004 ambulatoryjnie i 43 w trybie wyjazdowym). Od I do III kwartału 2018 roku udzielono: 21.401 porad lekarskich (20.450 ambulatoryjnie i 951 w trybie wyjazdowym) oraz 9.746 wizyty pielęgniarskie (9.418 ambulatoryjnie i 328 w trybie wyjazdowym). Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że Szpital nie zgłaszał do POW NFZ jakichkolwiek porad lekarskich udzielanych drogą telefoniczną, gdyż – jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala – trudno jest zakwalifikować daną rozmowę telefoniczną (zapytanie) jako poradę lekarską. Zdaniem Dyrektora faktycznie były one jednak udzielane przez lekarza dyżurującego na miejscu, jak i lekarzy z zespołów wyjazdowych. (akta kontroli str. 25, 46-53, 63-79, 176-211)

¹⁷ Poradnia Ortopedyczna i Poradnia Diabetologiczna uruchomione zostały od II połowy 2016 roku.

¹⁸ Miejsce udzielania świadczeń zorganizowane było na parterze głównego budynku Szpitala w pobliżu wejścia. Pacjentom zapewniono m.in. pomieszczenia sanitarne i poczekalnię, a do właściwego gabinetu prowadziło dodatkowe oznakowanie.

¹⁹ Dz. U. z 2016 r. poz. 86, ze zm. Załącznik w brzmieniu obowiązującym od 1 października 2017 r.

1.9. Wprowadzenie NŚOZ w Szpitalu nie spowodowało zmniejszenia liczby pacjentów przyjmowanych do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, a także liczby udzielanych tam świadczeń. W ostatnim kwartale 2017 roku przyjęto w nim 4.100 pacjentów i udzielono 33.725 świadczeń, podczas gdy w poprzednich latach było to odpowiednio: 3.849 pacjentów i 30.424 świadczenia (IV kwartał 2015 roku) oraz 3.967 pacjentów i 32.532 świadczenia (IV kwartał 2016 roku). Z kolei od I do III kwartału 2018 roku było to 14.032 pacjentów i 113.432 świadczeń wobec odpowiednio: 12.839 pacjentów i 103.107 świadczeń od I do III kwartału 2015 roku, 12.932 pacjentów i 101.716 świadczeń od I do III kwartału 2016 roku, 13.098 pacjentów i 107.268 świadczeń od I do III kwartału 2017 roku.

(akta kontroli str. 26)

Z danych POW NFZ wynika m.in., że liczba pacjentów zakwalifikowanych do I kategorii stanu zdrowia przyjmowanych do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego po wprowadzeniu w Szpitalu NŚOZ nie zmniejszyła się – od IV kwartału 2017 roku do II kwartału 2018 roku było 852 pacjentów, podczas gdy w analogicznych okresach lat 2015–2017 było odpowiednio: 290 i 302 pacjentów²⁰. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że można się domyślać, że wzrost spowodowany jest głównie lokalizacją Szpitala i związaną z tym obsługą pacjentów w ościennych szpitalach powiatowych (Augustów, Sejny, Olecko). Ulokowanie NŚOZ przy Szpitalu zwiększyło liczbę pacjentów (na miejscu funkcjonuje SOR, apteka i można wykonać badania). Wcześniej, gdy NŚOZ znajdowała się w centrum, większość pacjentów rezygnowała z tych świadczeń.

(akta kontroli str. 46-50, 57-60)

Stwierdzone
nieprawidłowości
OCENA CZĄSTKOWA

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

Szpital zapewniał pacjentom kompleksowe świadczenia ambulatoryjne i szpitalne, chociaż nie każdy z pacjentów z nich skorzystał. Świadczenia były realizowane w wielkościach zbliżonych do zakontraktowanych, jednak analizowane wskaźniki związane z liczbą oczekujących pacjentów po wprowadzeniu systemu sieci szpitali, wskazują na wydłużenie czasu oczekiwania na świadczenia udzielane w większości poradni specjalistycznych, co wymaga szczegółowej analizy ze strony Szpitala.

OBSZAR

2. Zmiany w organizacji wewnętrznej szpitali oraz w alokacji zasobów

Opis stanu
faktycznego

2.1. W dniu wprowadzania systemu PSZ w strukturze Szpitala znajdowały się poradnie specjalistyczne, odpowiadające każdemu z realizowanych profili sieci szpitali. Nie było potrzeby uruchamiania nowych. Do dnia zakończenia niniejszej kontroli nie likwidowano poradni w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej ani oddziałów szpitalnych. POW NFZ nie ogłosił konkursu na poradnie: chorób wewnętrznych i pediatrii – o czym była mowa w punkcie 1.3 wystąpienia. Poradnie te nie funkcjonowały w Szpitalu.

(akta kontroli str.4-24, 30-36)

2.2. Od 1 października 2017 r. Szpital niezależnie od PSZ rozpoczął realizację świadczeń w profilu okulistyka, a także uruchomił Dział Fizjoterapii i Masażu.

Od 1 marca 2018 r. Szpital podpisał umowę z POW NFZ (poza PSZ) na realizację świadczeń z zakresu nefrologii (hospitalizacja). Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w momencie kwalifikacji realizowany na tym oddziale zakres świadczeń odpowiadał profilowi choroby wewnętrzne, w związku z tym nie uzyskano kwalifikacji do III poziomu zabezpieczenia. Od 1 marca 2018 r. realizujemy już zakres świadczeń na tym oddziale odpowiadający profilowi nefrologia i zapewne będzie on brany pod uwagę przy kolejnej kwalifikacji

(akta kontroli str. 46-50, 212-222)

2.3. Po 1 października 2017 r. Szpital nie utracił trwałości inwestycji przeprowadzonych w latach 2015–2018.

(akta kontroli str.28-29)

²⁰ Od IV kwartału 2017 roku do II kwartału 2018 roku zmniejszyła się liczba świadczeń (procedur medycznych) tzw. I kategorii – wyniosła ona 42,3 tys. w stosunku do 44,2 tys. – 47,4 tys. w latach 2015–2017, a udział procedur medycznych tzw. I kategorii w stosunku do procedur medycznych ogółem utrzymywał się zbliżonym poziomie. Wyniósł on 48,6% w stosunku do 49,2% od IV kwartału 2016 roku do II kwartału 2017 roku oraz 48,2% od IV kwartału 2015 roku do II kwartału 2016 roku.

2.4. Po 1 października 2017 r. Szpital nie likwidował poradni specjalistycznych i oddziałów. Nie było zatem potrzeby informowania pacjentów o zakończeniu działalności profilu w celu zapisania się na liście oczekujących w innym podmiocie leczniczym²¹.

(akta kontroli str.30-33, 75-92)

2.5. Większość kierowników poszczególnych medycznych komórek organizacyjnych Szpitala (13 z 18) wskazało, że utworzenie tzw. sieci szpitali nie miało wpływu na zmianę organizacji pracy oraz struktury zatrudnienia. Pięciu z nich zasygnalizowało natomiast pogorszenie sytuacji:

Lekarz kierujący Oddziałem Ortopedyczno-Urazowym wskazał, że odczuwalne dla pracy oddziału jest zaangażowanie asystenta oddziałowego do pracy w Poradni NOŚZ (związane z obowiązkiem udzielania dnia wolnego po dyżurze w tej Poradni), zwłaszcza w okresie urlopowo-świętecznym. Ordynator Oddziału Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii ocenił, że wzrosło obciążenie pracą lekarzy szpitalnych, a dodatkowe zadania, jak tzw. nocna pomoc lekarska realizowane były niezmiennymi siłami i środkami, a Ordynator Oddziału Pulmonologicznego wskazał, że od 1 października 2017 r. do podległej mu poradni oddelegowani zostali lekarze z oddziału, co w znacznym stopniu wyeliminowano umowy kontraktowe lekarzy zatrudnianych w poradniach specjalistycznych i w niektórych przypadkach utrudnia równoległe funkcjonowanie poradni i oddziału. Według Lekarza kierującego Oddziałem Pediatricznym lekarze POZ są niezainteresowani dyżurami w Poradni NSOZ, a lekarze szpitalni mają dużo dyżurów na własnym oddziale i występuje kłopot z zapewnieniem dyżurantów. Natomiast według Ordynatora Oddziału Onkologii Klinicznej i Hematologii Szpitala zdarzało się, że lekarz dyżurujący z tego oddziału musiał także udzielać konsultacji w Poradni NSOZ.

Dodatkowo lekarz kierujący Szpitalnym Oddziałem Ratunkowym, sprawujący równoległe funkcje koordynatora Poradni NSOZ, poza „bardzo dużymi” brakami kadrowymi wskazał, że zakres świadczeń udzielanych w Poradni leży w gestii lekarzy medycyny rodzinnej, których nie ma w szpitalach.

W latach 2015–2018 liczba zatrudnionych w Szpitalu pielęgniarek wzrosła zarówno na etatach (z 345,9 do 368,1), jak i na umowach cywilnoprawnych (z 13 do 35), natomiast liczba lekarzy zatrudnionych na etatach zmniejszyła się z 93,7 do 86,3, a wzrosła z 73 do 136 liczba lekarzy zatrudnionych na umowy cywilnoprawne. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że nie wprowadzał jakichkolwiek nacisków na personel szpitala jeśli chodzi o formy umów zatrudnienia – to lekarze i pielęgniarki dokonywali wyboru. Dodał, że na umowy cywilnoprawne często zatrudniani są lekarze emeryci. W miarę poprawy sytuacji finansowej i warunków pracy odczuwalny jest wzrost zainteresowania pracą w Szpitalu, co pozwala na uzupełnianie braków kadrowych. Nadal brakuje jednak lekarzy zakaźników, ginekologów, laryngologów i internistów, a także pielęgniarek anestezjologicznych, co jest problemem ogólnokrajowym.

(akta kontroli str. 30-33, 46-50, 244-264)

2.6. W latach 2015–2018 nie zmieniła się liczba łóżek na poszczególnych oddziałach szpitalnych, z wyjątkiem Oddziału Onkologii Klinicznej i Hematologii, gdzie w 2015 roku ich liczba wzrosła z 15 do 26, co związane było z rosnącym zapotrzebowaniem (przeciętne wykorzystanie łóżek szpitalnych na tym oddziale w 2015 roku wyniosło 105,8%). Na pozostałych oddziałach liczba łóżek we wskazanych latach wynosiła: od 10 na Oddziałach Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Laryngologicznym do 36 na Oddziale Neurologicznym oraz na Oddziale Ginekologii, Patologii Ciąży i Położnictwa.

Przeciętny czas hospitalizacji, przeciętne wykorzystanie łóżek szpitalnych oraz wskaźnik przelotowości²² również nie uległy istotnym zmianom w objętym badaniem okresie trzech pierwszych kwartałów lat 2015–2018.

²¹ 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 wpisanu na listę oczekujących wraz z podaniem daty zgłoszenia się świadczeniobiorcy.

²² Określa ilu chorych korzystało kolejno z jednego łóżka szpitalnego: iloraz liczby hospitalizowanych i liczby posiadanych łóżek. Wykorzystywany do oceny szybkości leczenia.

Przeciętny czas hospitalizacji na oddziałach wynosił od 2,06 dni w okresie I–III kwartał 2018 roku na Oddziale Laryngologii do 11,42 dni w tym samym okresie na Oddziale Neurologicznym. Z kolei na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii przeciętny czas hospitalizacji wynosił 14,5 dnia. Nie stwierdzono istotnej zmiany w długości hospitalizacji po utworzeniu sieci szpitali.

Wskaźnik przeciętnego wykorzystania łóżek różnił się w zależności od oddziału. Najniższy był na Oddziale Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii (43,29%), Reumatologicznym (48,42%) i Nefrologicznym (50,53%), najwyższy na Oddziale Neurologicznym (88,17%), Anestezjologii i Intensywnej Terapii (75,68%) i Chirurgii Ogólnej (73,18%). Po utworzeniu sieci szpitali najbardziej zmienił się ten wskaźnik dla Oddziału Ginekologii, Patologii Ciąży i Położnictwa – na 53,29% w pierwszych trzech kwartałach 2018 roku, wobec przeciętnej z tych samych kwartałów lat 2015–2017 wynoszącej 69,64%. Spadek wskaźnika nastąpił też na Oddziale Chirurgii Dziecięcej – na 53,78% w pierwszych trzech kwartałach 2018 roku, przy przeciętnej 66,29% w poprzednich okresach. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że zmiany w zakresie zmniejszonego wskaźnika przeciętnego wykorzystania łóżek na obu oddziałach związane były z remontami i modernizacją pomieszczeń. Odcinek położniczy remontowany był od maja do września 2018 roku, a następnie przystąpiono do remontu odcinka ginekologicznego (modernizacja w trakcie). Z kolei chirurgia dziecięca remontowana była od listopada do kwietnia 2018 roku. Zdaniem Najwyższej Izby Kontroli utrzymywanie dużej liczby łóżek przy ich niskim wykorzystaniu jest nieekonomiczne. Jako pożądaną wartość tego współczynnika przyjmuje się 80%, z wyjątkiem kilku specjalności, m.in. neonatologii, pediatrii czy chorób zakaźnych²³.

W pierwszych trzech kwartałach 2018 roku wskaźnik przelotowości na większości oddziałów nie uległ istotnym zmianom w porównaniu z poprzednimi latami i wahał się od 14 na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii (wartość najniższa) do 78,3 na Oddziale Laryngologicznym (wartość największa). Największy spadek wskaźnika przelotowości wystąpił na Oddziale Onkologii Klinicznej i Hematologii (z 97,71 w 2015 roku do 74,35 w 2018 roku), a największy wzrost – na Oddziale Ortopedyczno-Urazowym (z 53,1 w 2015 roku do 62,3 w 2018 roku). (akta kontroli str. 34–36, 46–50)

2.7. Od uruchomienia Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej do Dyrektora Szpitala wpłynęły dwie skargi pacjentów związane z nieprawidłowym jej funkcjonowaniem. W październiku 2017 roku jedna z pacjentek zwróciła uwagę na uzależnienie (pomimo jej sprzeciwu) udzielenia świadczenia medycznego od skopiowania dowodu osobistego. W terminowo udzielonej odpowiedzi Dyrektor Szpitala potwierdził zasadność skargi, przeszkolenie nowozatrudnionego personelu, a także zapewnił skarżącą o bezpieczeństwie przetwarzanych danych osobowych. Z kolei w październiku 2018 roku pacjent uskarżający się na dolegliwości kardiologiczne (Szpital nie obsługiwał ww. profilu) poskarżył się na jakość udzielonego świadczenia. Po szczegółowym wyjaśnieniu, Dyrektor Szpitala w terminie udzielił odpowiedzi, w której poinformował o udzieleniu lekarzowi pouczenia oraz przeprosił za incydent.

Do podmiotu założycielskiego oraz do POW NFZ nie wpływały skargi pacjentów związane ze zmianami organizacyjnymi, jakie wynikły z reorganizacji systemu opieki zdrowotnej po wprowadzeniu tzw. sieci szpitali. (akta kontroli str. 57–59, 231–240, 313–314)

Stwierdzone
nieprawidłowości
OCENA CZĄSTKOWA

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

Wprowadzenie ryczałtowego finansowania Szpitala nie spowodowało znaczących zmian w organizacji wewnętrznej, a zakres realizowanych świadczeń był stopniowo rozszerzany. Szpital zapewnił leczenie w poradniach i na oddziałach odpowiadających każdemu z posiadanych profili zabezpieczenia. Nie zostały też zamknięte poradnie lub oddziały, które były finansowane odrębnie (nie w ramach ryczałtu). Najwyższa Izba Kontroli zwraca jednak uwagę na niższy wskaźnik przeciętnego wykorzystania łóżek na większości oddziałów, niż rekomendowany w literaturze fachowej.

²³ „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).

Opis stanu
faktycznego

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

3.1. Wartość zawartych z POW NFZ umów (bez ugód) w latach 2015–2018 (po ostatnim aneksie) systematycznie rosła i wyniosła: 76.874,6 tys. zł w 2015 roku, 85.170 tys. zł w 2016 roku, 92.132,5 tys. zł w 2017 roku oraz 102.840,2 tys. zł w 2018 roku. Analizując tylko zakresy świadczeń, które finansowane były w ramach ryczału, to wartość umów na przestrzeni lat była na zbliżonym poziomie – wynosiła 53.935,7 tys. zł w 2015 roku, 57.343,1 tys. zł w 2016 roku, 55.802,9 tys. zł w 2017 roku oraz 57.291,7 tys. zł w 2018 roku. Systematycznie zaś rosła wartość umów dla zakresów świadczeń finansowanych poza ryczałem (z 22.939 tys. zł w 2015 roku do 45.548,5 tys. zł w 2018 roku).

(akta kontroli str. 37)

3.2. Przychody z POW NFZ nie pozwalały na pokrycie kosztów działalności leczniczej Szpitala. Wynik na działalności leczniczej liczony dla pierwszych trzech kwartałów z lat 2015–2018 był zawsze ujemny i wynosił odpowiednio -6.317,6 tys. zł, -4.596 tys. zł, -3.266,9 tys. zł i -6.002,6 tys. zł. Dla pełnych lat 2015–2017 wynik na działalności leczniczej wynosił zaś odpowiednio -4.063,3 tys. zł, -2.273 tys. zł i -3.631,9 tys. zł. Pomimo tego, Szpital dzięki pozostałej działalności osiągał zysk. Dla pierwszych trzech kwartałów z lat 2015–2017 wynosił on kolejno 45 tys. zł, 42,5 tys. zł, 301,5 tys. zł, a dla pełnych lat 2015–2017 odpowiednio 271 tys. zł, 1.014,8 tys. zł i 855,7 tys. zł. Na dzień 30 września 2018 r. wynik finansowy Szpitala był jednak ujemny i wyniósł -771,8 tys. zł. Według p.o. Głównego Księgowego Szpitala gorszy wynik po trzech kwartałach wynikał głównie ze wzrostu wynagrodzeń i pochodnych, a wynik na koniec 2018 roku, według jej zapewnień, będzie z pewnością lepszy, ponieważ NFZ z końcem okresu rozlicza i płaci za świadczenia ponadlimitowe. P.o. Głównego Księgowego dodała, że po uruchomieniu programu restrukturyzacji naprawczej Szpital od 2012 roku generuje dodatni wynik finansowy (w 2011 roku wynosił on minus 4.156 tys. zł).

Ze względu na spłacane sukcesywnie kredyty i pożyczki zmniejszał się poziom zadłużenia długoterminowego w Szpitalu: 32.110,5 tys. zł w 2015 roku, 28.348,5 tys. zł w 2016 roku, 25.308,3 tys. zł w 2017 roku oraz 23.086,8 tys. zł od I do III kwartału 2018 roku. Wzrastało zaś zadłużenie krótkoterminowe: z 20.676,6 tys. zł w 2015 roku do 21.000,3 tys. zł w 2016 roku, 23.896,3 tys. zł w 2017 roku oraz 27.588,4 tys. zł od I do III kwartału 2018 roku. Zobowiązania wymagalne na 30 września 2018 r. wynosiły 1.391 tys. zł, a na ten sam dzień lat 2015–2017 wynosiły kolejno: 2.274,4 tys. zł, 1.224,6 tys. zł i 1.595,6 tys. zł. Według p.o. Głównego Księgowego Szpitala zobowiązania na przestrzeni lat 2015–2018 pozostają na porównywalnym poziomie, przy czym zmniejszyły się zobowiązania długoterminowe. Wzrost zobowiązań krótkoterminowych w 2018 roku wynikał głównie z ustawowego wzrostu wynagrodzeń lekarzy i pielęgniarek, a w dalszej kolejności z dodatkowego zatrudnienia personelu medycznego. (akta kontroli str. 39, 41, 54-55)

3.3. Wprowadzenie PSZ nie spowodowało w Szpitalu konieczności przeprowadzenia dodatkowych inwestycji. (akta kontroli str. 46-50)

3.4. Wprowadzenie systemu PSZ nie poprawiło sytuacji finansowej Szpitala na tyle, aby widoczne to było we wskaźnikach 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 zdrowotnej²⁴.

Suma wszystkich analizowanych wskaźników (zyskowności, płynności, efektywności oraz zadłużenia) na koniec 2017 roku utrzymała się na poziomie z dwóch poprzednich lat (34 pkt) – co stanowiło 48,6% możliwych do uzyskania (70 pkt). Po trzech kwartałach 2018 roku suma tych wskaźników obniżyła się do 30 pkt (42,9% pkt możliwych do uzyskania). Według p.o. Głównego Księgowego Szpitala placówka nie jest instytucją, której celem jest maksymalizacja zysku, istotniejszym aspektem jest bilansowanie działalności i zabezpieczanie potrzeb zdrowotnych mieszkańców. Od 2012 roku jednostka generuje dodatni wynik finansowy, ale jest on zbyt mały aby pokryć straty z lat ubiegłych,

²⁴ Dz. U. poz. 832.

sięgające blisko 60 mln zł. Wskaźniki osiągane przez Szpital pozostają na porównywalnym poziomie, a ich niskie wartości są odzwierciedleniem przede wszystkim braku równowagi pomiędzy kosztami i przychodami Szpitala. W jej ocenie publiczna służba zdrowia jest niedofinansowana i wskaźniki należałoby porównywać do innych jednostek publicznej ochrony zdrowia. (akta kontroli str. 40, 42, 54-55)

3.5. W październiku 2017 roku Szpital przesłał POW NFZ kopie świadectwa wydanego przez Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej oraz świadectwa Centralnego Ośrodka Badań Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej, celem uwzględnienia w wysokości kwoty ryczałtu. W styczniu i w lutym 2018 roku Szpital ponownie przesłał kopie ww. dokumentów oraz uzyskanego w IV kwartale 2017 roku certyfikatu akredytacyjnego, celem ustalenia kwoty ryczałtu na kolejny okres. W I kwartale 2018 roku nastąpiło zwiększenie ryczałtu z 13.589,6 tys. zł do 14.135 tys. zł. Dyrektor Szpitala, odnosząc się do innych działań w celu uzyskania wyższego ryczałtu na udzielanie świadczeń w ramach PSZ, wskazał na: bieżące monitorowanie poziomu wykonania w poszczególnych zakresach świadczeń i tam gdzie jest to możliwe dokonywanie przesunięć między zakresami odrębnymi a ryczałtem PSZ, utworzenie Poradni Anestezjologicznej, której świadczenia sumują się do rozliczenia hospitalizacji oraz Poradni Pediatrycznej i Internistycznej, które oczekują na uruchomienie w ramach konkursów NFZ. Dodał także, że od 1 marca 2018 roku posiada dodatkową umowę z NFZ na świadczenia hospitalizacyjne z zakresu nefrologii, co w przyszłości pozwoli wejść na tzw. III poziom zabezpieczenia oraz, że Szpital stara się wykonywać większą liczbę zabiegów ortopedycznych w ramach odrębnych kontraktów z lekarzami zewnętrznymi. (akta kontroli str. 4-5, 46-50, 265-312)

Stwierdzone
nieprawidłowości
OCENA CZĄSTKOWA

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

Pomimo, że wartość umów z Podlaskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ systematycznie rosta, to poziom finansowania świadczeń nie pozwalał na wypracowanie zysku z działalności leczniczej, a Szpital nadal nie osiąga wskaźników ekonomiczno-finansowych na wysokim poziomie i posiada znaczne zobowiązania, w tym wymagalne.

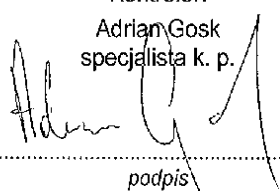
IV. Pozostałe informacje i pouczenia

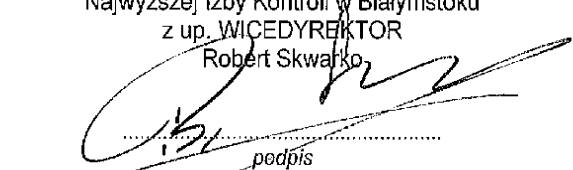
Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden kierownikowi 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.

Białystok, 7 grudnia 2018 r.

Kontroler:
Adrian Gosk
specjalista k. p.

.....
podpis

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

.....
podpis