



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Bydgoszczy

LBY-4101-11-03/2014

P/14/061

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Bydgoszczy

ul. Wały Jagiellońskie 12, 85-950 Bydgoszcz

T +48 52 567 58 00, F +48 52 567 58 60

lby@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/14/061 – Działalność szpitali samorządowych przekształconych w spółki kapitałowe
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli, Delegatura w Bydgoszczy
Kontrolerzy	1. Artur Gackowski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 91178 z 2 lipca 2014 r. 2. Andrzej Szulc, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 91179 z 2 lipca 2014 r. (dowód: akta kontroli str. 1-4)
Jednostka kontrolowana	Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim sp. z o.o. ¹ , ul. Juliusza Słowackiego 18, 87-800 Aleksandrów Kujawski
Kierownik jednostki kontrolowanej	Mariusz Trojanowski, Prezes Zarządu. (dowód: akta kontroli str. 5-12)

II. Ocena kontrolowanej działalności²

Ocena ogólna

Szpital w latach 2011-2014 (I kwartał) zapewnił stały zakres świadczeń udzielanych w ramach umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia³. Pomimo zmniejszenia liczby uprawnionych do świadczeń, Spółka nie odnotowała spadku ilości udzielanych usług. Zarząd Spółki podjął działania naprawcze w związku z osiągnięciem strat przez Spółkę, co doprowadziło do wypracowania zysku.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca jednak uwagę na wydłużenie czasu oczekiwania pacjentów na udzielenie świadczeń medycznych. W 2011 r. czas oczekiwania wynosił średnio od 9 do 99 dni, a w 2013 r. od 41 do 125 dni. W szczególności czas oczekiwania na świadczenie w oddziale rehabilitacyjnym wynosił do 536 dni w 2011 r. oraz do 435 dni w 2013 r. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły składu zespołu kontroli zakażeń szpitalnych.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Utworzenie spółki kapitałowej

Opis stanu faktycznego

W dniu 3 marca 2004 r. Zgromadzenie Wspólników Powiatowego Szpitala w Aleksandrowie Kujawskim sp. z o.o. utworzyło Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej⁴ oraz nadało mu statut. W dniu 29 marca 2004 r. NZOZ został wpisany do rejestru zakładów opieki zdrowotnej, prowadzonego przez Wojewodę Kujawsko-Pomorskiego i z dniem 1 kwietnia 2004 r. rozpoczął działalność leczniczą. Przed

¹ Zwany dalej „Szpitalem”.

² Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie.

³ Zwany dalej „NFZ”.

⁴ Zwany dalej „NZOZ”.

rozpoczęciem działalności Szpital wydzierżawił od Powiatu nieruchomości zlikwidowanego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Aleksandrowie Kujawskim⁵ oraz zakupił od likwidatora SP ZOZ wyposażenie i sprzęt zlikwidowanej jednostki. Z dniem 1 kwietnia 2004 r. NZOZ zawarł z NFZ umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w takim samym zakresie, jak zlikwidowany SP ZOZ. W związku z tym likwidacja SP ZOZ i utworzenie Szpitala nie spowodowało braku ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych. Zobowiązania i należności zlikwidowanego SP ZOZ zostały przejęte przez Powiat Aleksandrowski⁶.

(dowód: akta kontroli str. 15-74, 143-147)

Ustalony w 2004 r. regulamin porządkowy zawierał postanowienia dotyczące przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach organizacyjnych zakładu opieki zdrowotnej, warunki współdziałania z innymi zakładami opieki zdrowotnej w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania oraz prawa i obowiązki pacjenta. Zakresy czynności pracowników zamieszczono w ich aktach osobowych.

(dowód: akta kontroli str. 39, 40, 74-119, 186, 187, 192, 193)

Na podstawie umowy z 4 lutego 2004 r. Szpital wydzierżawił od Powiatu nieruchomości z przeznaczeniem na świadczenie usług medycznych⁷. Na podstawie umowy z 28 grudnia 2012 r. o oddanie gruntu w użytkowanie wieczyste i przeniesienie własności budynku Powiat przekazał Szpitalowi własność jednego z budynków objętych powyższą umową o dzierżawę oraz oddał w użytkowanie wieczyste nieruchomość, na której znajdował się ten budynek. Umową z 2 marca 2014 r. Powiat oddał Szpitalowi w użytkowanie uprzednio dzierżawione nieruchomości. W okresie objętym kontrolą Szpital uregulował należności z tytułu powyższych umów, w łącznej wysokości 1.412,5 tys. zł. Dzierżawione i użytkowane nieruchomości wykorzystywał zgodnie z przeznaczeniem.

(dowód: akta kontroli str. 51-56, 120-142)

2. Sytuacja finansowa Szpitala

Opis stanu
faktycznego

W latach 2011-2013 przychody ogółem Spółki wzrosły o 7,5% i wyniosły:

- w 2011 r.: 23.852,4 tys. zł, w tym przychody z tytułu umów z Narodowym Funduszem Zdrowia – 21.750,4 tys. zł (91,2% przychodów ogółem),
- w 2012 r.: 25.002,6 tys. zł, w tym z NFZ – 23.189,6 tys. zł (92,7% przychodów),
- w 2013 r.: 25.641,7 tys. zł, w tym z NFZ – 23.781,8 tys. zł (92,7% przychodów).

W 2014 r. (do 30 kwietnia) przychody wyniosły 8.419,2 tys. zł, w tym z NFZ – 7.568,5 tys. zł.

Przychody ze sprzedaży świadczeń osobom prywatnym wyniosły w badanym okresie odpowiednio 582,5 tys. zł, 570 tys. zł, 701,7 tys. zł oraz 272,5 tys. zł, co stanowiło od 2,4% do 3,3% sprzedaży ogółem. Zgodnie z wyjaśnieniami Prezesa Zarządu na niski poziom usług świadczonych poza kontraktem z NFZ wpływ miała m.in. konkurencja ze strony szpitali klinicznych i specjalistycznych, wyposażonych w nowoczesny sprzęt i posiadających wysoko wykwalifikowanych pracowników.

(dowód: akta kontroli str. 148-184, 187, 195, 199, 200)

⁵ Zwany dalej „SP ZOZ”.

⁶ Na podstawie § 3 uchwały nr X/107/2003 Rady Powiatu w Aleksandrowie Kujawskim z dnia 31 października 2003 r. w sprawie likwidacji Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Aleksandrowie Kujawskim.

⁷ Wcześniej nieruchomości te nieodpłatnie użytkował SP ZOZ, a nieodpłatne użytkowanie wygasło w związku z jego likwidacją.

W latach 2011-2013 koszty ogółem Spółki wzrosły o 5,1% i wyniosły odpowiednio 24.432,4 tys. zł, 25.364,6 tys. zł, 25.670,7 tys. zł oraz 8.730,3 tys. zł w 2014 r. (I kwartał). Koszty udzielonych świadczeń zdrowotnych stanowiły od 42,6% do 46,7% ogólnych kosztów.

Obejmowały one również koszty kontraktów z personelem medycznym, które wzrosły z 3.668,3 tys. zł w 2011 r. do 4.076,2 tys. zł w 2013 r. i stanowiły ok. 16% kosztów ogółem. Koszty wynagrodzeń ogółem wraz z pochodnymi wzrosły o 3,9% z 12.827,8 tys. zł w 2011 r. do 13.327,1 tys. zł w 2013 r. Natomiast koszty wynagrodzenia personelu medycznego wraz z pochodnymi w latach 2011-2013 wzrosły o 1,2%. Łącznie koszty zawartych kontraktów oraz wynagrodzenia personelu medycznego stanowiły ok. 60% kosztów ogółem. W badanym okresie koszty leków wyniosły odpowiednio 1.530 tys. zł, 1.582,6 tys. zł, 1.541 tys. zł oraz 543,1 tys. zł, co stanowiło ok. 6% kosztów ogółem.

(dowód: akta kontroli str. 62, 68, 148-149, 187, 196, 201-213)

W latach 2011-2014 (do 30 kwietnia) przychody z tytułu udzielania świadczeń medycznych w ramach zawartego kontraktu z NFZ nie pokrywały kosztów ich udzielania i stanowiły odpowiednio 89,6%, 91,8%, 93,0%, oraz 86,8% tych kosztów.

W tym okresie Szpital poniósł stratę w wysokości odpowiednio 615,6 tys. zł, 375,5 tys. zł, 33,0 tys. zł i 311,1 tys. zł. Na wynik finansowy Szpitala miały wpływ koszty inwestycji, zapewniających odpowiedni standard świadczonych usług (zakupy aparatury medycznej, remonty), a także – konieczność ponoszenia opłat z tytułu czynszu za dzierżawę nieruchomości oraz koszty obsługi kredytów. Strata, która wystąpiła według stanu na 30 kwietnia 2014 r., została zmniejszona głównie w wyniku zwiększenia kontraktów zawartych z NFZ oraz przesunięcia niewykorzystanych limitów w poszczególnych zakresach świadczeń. Według stanu na 31 lipca 2014 r. Szpital osiągnął zysk w wysokości 114,9 tys. zł. Wskaźnik płynności bieżącej w latach 2011-2013 wzrósł z 1,03 do 1,11. Zgodnie z opinią biegłego rewidenta w raporcie z badania sprawozdania finansowego za rok 2013, porównanie do pożądanego poziomu tego wskaźnika (1,2- 2,0) nie wskazuje na występowanie istotnych zakłóceń w terminowym regulowaniu wymaganych zobowiązań.

W listopadzie 2013 r. w Szpitalu opracowano program naprawczy. W programie tym przewidziano realizację w latach 2013-2015 działań zmierzających od poprawy sytuacji ekonomicznej i uzyskanie od 2016 r. dodatniego wyniku finansowego. Założono m.in. obniżenie kosztów dostarczania ciepła o 370,8 tys. zł rocznie (od 2015 r.), obniżenie czynszu za dzierżawę nieruchomości od Powiatu, restrukturyzację zatrudnienia, limitowanie zakupu leków i pozyskiwanie leków oraz aparatury medycznej z darowizn. Spółka uzyskała m.in. obniżenie wysokości opłat z tytułu użytkowania nieruchomości stanowiących własność Powiatu⁸, obniżono stan zatrudnienia o 22 osoby oraz zmniejszono o cztery liczbę kontraktów z personelem medycznym.

(dowód: akta kontroli str. 62, 67- 68, 148-151, 162, 177,187, 193-195, 199- 261)

W okresie objętym kontrolą Szpital nie dokonał sprzedaży aktywów trwałych oraz nie dzierżawił aparatury i sprzętu innym podmiotom. Z tytułu dzierżawy lub najmu nieruchomości w latach 2011-2014⁹ uzyskano przychód w wysokości odpowiednio 400,3 tys. zł, 402,5 tys. zł, 279,4 tys. zł i 114,8 tys. zł. Wynajmowane lub dzierżawione mienie nie było wykorzystywane do udzielania świadczeń medycznych. Część

⁸ Co opisano wyżej, w pierwszym obszarze niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

⁹ Do 30 kwietnia 2014 r.

z powyższych nieruchomości stanowiła własność Powiatu. Spółka uzyskała zgodę Zarządu Powiatu na podnajem części tych nieruchomości¹⁰.

W latach 2011-2014 udzielono świadczeń medycznych o łącznej wartości 103,8 tys. zł na rzecz 187 osób, nieposiadających ubezpieczenia zdrowotnego. Należność z tego tytułu, w kwocie 70,7 tys. zł (68,1%) uiszczyły 123 osoby. W stosunku do pozostałych Szpital prowadził działania windykacyjne.

(dowód: akta kontroli str. 186, 189, 223, 262-270)

W regulaminie organizacyjnym Szpitala¹¹ opisano zasady dotyczące ustalania wysokości opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej. Wysokość opłat ustalano zaś w cennikach. W okresie objętym kontrolą Spółka pobrała opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej w wysokościach nieprzekraczających limitu określonego w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹² oraz ustalonych w regulaminie organizacyjnym i cennikach. W latach 2011-2014 było to łącznie 7,9 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 117, 186-192, 271-293)

W okresie objętym kontrolą Spółka otrzymała środki publiczne przeznaczone na:

- podniesienie dostępności do rehabilitacji poprzez doposażenie w sprzęt rehabilitacyjny – w wysokości 52,1 tys. zł w 2014 r., ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych¹³, na podstawie umowy z Województwem Kujawsko-Pomorskim;
- zwrot kosztów wyposażenia stanowiska pracy osób niepełnosprawnych – w wysokości 62,5 tys. zł, ze środków PFRON, na podstawie umów zawartych z Powiatem w latach 2011-2014 (do 10 lipca);
- zwrot kosztów wyposażenia stanowisk pracy dla osób bezrobotnych - w wysokości 45,2 tys. zł, ze środków Funduszu Pracy, na podstawie umów zawartych z Powiatowym Urzędem Pracy w Aleksandrowie Kujawskim w 2012 r. i 2013 r.

Pozyskany w związku z powyższymi umowami sprzęt medyczny służył wyłącznie do udzielania świadczeń medycznych refundowanych na podstawie umów zawartych z NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 186-187, 189, 193, 294-315)

W latach 2011-2014 Szpital zatrudniał od 19 do 20 lekarzy na podstawie umowy o pracę oraz od 35 do 42 na podstawie kontraktu. W 2011 r. na podstawie umów o pracę zatrudniano 96 pielęgniarek. Natomiast według stanu na 30 kwietnia 2014 r. zatrudniane były 84 pielęgniarki. Jednocześnie z 10 do 17 wzrosła liczba pielęgniarek zatrudnionych na podstawie kontraktów. Grupa zatrudnionych w Szpitalu pielęgniarek w 5,7% składała się z osób w wieku do 29 lat, w 16% - w wieku od 30 do 39 lat, w 41,5% - w wieku od 40 do 49 lat, w 34% - w wieku od 50 do 59 lat oraz w 2,85% - w wieku 60 lat i powyżej.

(dowód: akta kontroli str. 151, 326-329)

Szpital nie prowadził rachunku kosztów dla poszczególnych procedur medycznych (jednorodnej grupy pacjentów). Prezes Spółki wyjaśnił, że było to spowodowane brakiem oprogramowania umożliwiającego wyliczenie rzeczywistych kosztów

¹⁰ Uchwała nr 118/2004 Zarządu Powiatu w Aleksandrowie Kujawskim z dnia 13 kwietnia 2004 r. w sprawie wyrażenia zgody na podnajem pomieszczeń użytkowanych przez Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim Spółka z o.o.

¹¹ Wprowadzony zarządzeniem Nr 6/2012 z dnia 1 sierpnia 2012 r. Prezesa Powiatowego Szpitala w Aleksandrowie Kujawskim spółka z o.o. w sprawie ustalenia Regulaminu Organizacyjnego Powiatowego Szpitala w Aleksandrowie Kujawskim spółka z o.o.

¹² Dz. U. z 2012 r., poz. 159 ze zm., zwana dalej „ustawą o prawach pacjenta”.

¹³ Zwany dalej „PFRON”.

udzielonych świadczeń (odpowiednie oprogramowanie ma zostać wdrożone w wyniku realizacji programu e-zdrowie).

W 2013 r. zrezygnowano z udzielania świadczeń w zakresie chirurgii onkologicznej. Wynikało to z wprowadzenia przez NFZ dodatkowych wymogów dotyczących zapewnienia dostępności, ciągłości i kompleksowości leczenia, czyli możliwości leczenia chemio- i radioterapią. Szpital nie posiadał zaś zarówno stosownego wyposażenia, jak i kadry medycznej, odpowiedniej do udzielania świadczeń w tym zakresie. Zgodnie z zawartą z NFZ umową rezygnacja z tego zakresu świadczeń spowodowała zwiększenie wartości możliwych do udzielenia świadczeń w zakresie chirurgii ogólnej.

(dowód: akta kontroli str. 63, 68, 187, 196, 330, 331)

W Szpitalu opracowano i wdrożono receptariusz szpitalny w układzie anatomiczno-terapeutyczno-chemicznym. Prezes Spółki powołał Komitet Terapeutyczny, do zadań którego należało m.in. sporządzanie szpitalnej listy leków, uaktualnianie receptariusza oraz podejmowanie decyzji o zamawianiu leku spoza receptariusza. W Spółce dokonywano analizy zużycia i kosztów leków oraz uaktualniano receptariusz.

(dowód: akta kontroli str. 332-337)

Szpitalne laboratorium analityczne nie wykonywało badań w pełnym zakresie. Szpital zlecał podmiotom zewnętrznym wykonywanie badań wysokospecjalistycznych (takich jak np. ocena szpiku kostnego, czy oznaczanie markerów nowotworowych i hormonów) oraz badań bakteriologicznych. W latach 2011-2014 (do 30 kwietnia) koszty bezpośrednie Laboratorium Analitycznego wyniosły odpowiednio 774,4 tys. zł, 761,4 tys. zł, 755,6 tys. zł oraz 254 tys. zł. Natomiast koszty zlecenia wykonania badań laboratoryjnych wyniosły w tym okresie odpowiednio 61,3 tys. zł, 72,9 tys. zł, 50,7 tys. zł i 15,7 tys. zł, tj. od 6,2% do 9,6% kosztów bezpośrednich generowanych przez laboratorium Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 106-107, 341-345)

W badanym okresie Szpital nie dokonywał zakupów sprzętu ze środków z budżetu Unii Europejskiej.

(Dowód: akta kontroli str. 551-553)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Uwagi dotyczące
badanej działalności

W okresie od 1 września 2012 r. do 28 lutego 2013 r. opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej (w postaci wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej, a także za sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych) ustalone zostały przez Prezesa Zarządu z nieznacznym przekroczeniem limitu określonego w art. 28 ust. 4 pkt. 1 i 3 ustawy o prawach pacjenta. W okresie objętym kontrolą nie pobierano jednak opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej w powyżej opisany sposób.

W związku ze wzrostem przeciętnego wynagrodzenia¹⁴, od 1 marca 2013 r. opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej były zgodne z limitem określonym w art. 28 ust. 4 pkt. 1 i 3 ustawy o prawach pacjenta.

(dowód: akta kontroli str. 117, 186-192, 271-293)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

¹⁴ Komunikat Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 11 lutego 2014 r. w sprawie przeciętnego wynagrodzenia w czwartym kwartale 2013 r. (M. P. poz. 148).

Opis stanu
faktycznego

3. Udzielanie świadczeń medycznych

Likwidacja SP ZOZ oraz rozpoczęcie udzielania świadczeń medycznych przez Szpital, jako spółkę kapitałową, nie spowodowały braku ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych. Szpital, po utworzeniu w roku 2004, zapewniał osobom korzystającym z oznaczonych rodzajowo świadczeń zdrowotnych dalsze nieprzerwane ich świadczenie w podobnym rodzaju i zakresie.

Szpital nie prowadził udokumentowanego rozpoznania potrzeb zdrowotnych populacji objętej swoim działaniem. Nie zlecono również takiego opracowania podmiotom zewnętrznym. Analiza potrzeb zdrowotnych środowiska lokalnego była prowadzona na podstawie dostępnych opracowań zewnętrznych¹⁵ oraz danych zawartych w sprawozdaniach¹⁶.

(Dowód: akta kontroli str. 379-387)

Pomimo spadku liczby osób uprawnionych do świadczeń¹⁷, Spółka nie odnotowała spadku ilości udzielanych usług i nie ograniczała zakresu świadczeń w ramach ubezpieczenia w NFZ. W latach 2011-2013 ilość świadczonych usług medycznych przez większość oddziałów, poradni i pracowni Szpitala¹⁸ była na podobnym poziomie.

Największy jednostkowy spadek ilości świadczeń w danym roku odnotowano w oddziale intensywniej terapii (52 świadczenia w 2011 r., 19 świadczeń w 2013 r.). Nieznaczny spadek odnotowano także w oddziale psychiatrycznym (372 świadczenia w 2011 r., 327 świadczeń w 2013 r.). Największy wzrost ilości udzielanych świadczeń odnotowały pracownie: tomografii komputerowej (z 1.568 do 1.894, tj. o 20,8%), endoskopowa (z 1.090 do 1.355, tj. o 24,3%), USG (z 3.094 do 3.934, tj. o 27,1%) oraz Zakład Opiekuńczo-Lecznicy (z 70 do 90).

(Dowód: akta kontroli str. 348-353, 354-365, 466)

Poradnie przyszpitalne (łącznie 10) oraz pracownia fizjoterapii udzieliły łącznie od 81.151 (w 2011 r.) do 88.159 porad (w 2013 r.), zlecając jednocześnie od 12.712 (w 2011 r.) do 15.621 (w 2013 r.) badań diagnostycznych.

(Dowód: akta kontroli str. 354-365)

W kontrolowanym okresie w czterech komórkach Szpitala¹⁹ oraz w pięciu poradniach przyszpitalnych²⁰, pacjenci czekali na udzielenie świadczenia finansowanego ze środków NFZ. W 2011 r. czas oczekiwania wynosił średnio od 9 dni (poradnia rehabilitacyjna) do 536 dni (oddział rehabilitacyjny), a w 2013 r. czas oczekiwania wynosił średnio od 41 dni (pracownia tomografu komputerowego) do 435 dni (oddział rehabilitacyjny). Uzyskanie odpłatnej porady w całym kontrolowanym okresie nie wymagało oczekiwania.

(Dowód: akta kontroli str. 354-365)

¹⁵ Strategia rozwiązywania problemów społecznych w powiecie aleksandrowskim na lata 2008 -2018, Plan Rozwoju lokalnego Powiatu Aleksandrowskiego na lata 2007-2013, Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015, Strategia rozwoju powiatu aleksandrowskiego na lata 2011–2020, Katalog usług społecznych świadczonych przez powiat aleksandrowski i ich standardy, Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Kujawsko - Pomorskiego na lata 2013-2015, Ocena potrzeb zdrowotnych Powiatu Aleksandrowskiego.

¹⁶ W tym miesięcznych raportach o zachorowalności, przekazywanych do Państwowego Zakładu Higieny.

¹⁷ Liczba mieszkańców na terenie działania szpitala wynosiła 55.129 w 2011 r., 51.530 w 2012 r., 51.926 w 2013 r.

¹⁸ Łącznie 14 komórek organizacyjnych Szpitala, w tym 7 oddziałów, 5 pracowni, zakład opiekuńczo-leczniczy, laboratorium analityczne. Ponadto w strukturze działało 10 poradni przyszpitalnych oraz pracownia fizjoterapii, które opisano w dalszej części wystąpienia.

¹⁹ Oddział rehabilitacyjny, Zakład opiekuńczo-leczniczy, pracownia endoskopowa, pracownia tomografu komputerowego.

²⁰ Pracownia fizjoterapii oraz poradnie: kardiologiczna (w 2013 r.), okulistyka, urazowo-ortopedyczna i rehabilitacyjna (w 2011 r.).

Prezes Zarządu wyjaśnił, że ze względu na fakt, iż ograniczanie nierentownych świadczeń byłoby niezgodne z zawartymi umowami, Szpital nie podejmował takich działań.

(Dowód: akta kontroli str. 379-387)

W roku 2011 Szpital dysponował 247 łózkami, a w latach 2012-2014 liczba ta zmniejszyła się do 238. Liczba osób hospitalizowanych w Szpitalu wzrosła z 4.756 w 2011 r. do 4.908 w 2013 r. (o 3,2%) Wskaźnik średniego wykorzystania łóżek²¹ zmniejszył się nieznacznie z 62,6% w 2011 r. do 61,5% w 2013 r. Największy spadek wykorzystania łóżek odnotował oddział intensywnej terapii (z 20,1% do 11,4%), a największy wzrost – oddział pediatriczno-neonatologiczny (z 20,5% do 34,7%). Najwyższe wskaźniki wykorzystania łóżek, przekraczające 106%, odnotowano na oddziale psychiatrycznym (2011 r.) oraz na oddziale rehabilitacyjnym (2013 r.).

(Dowód: akta kontroli str. 348-365, 568-571)

Szpital prowadził listy oczekujących na udzielenie świadczenia, stosownie do wymogu określonego w art. 20 ust. 2 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²², odrębnie dla komórek organizacyjnych, które nie udzielały usług medycznych na bieżąco. Listy takie były prowadzone w oddziale rehabilitacyjnym, trzech poradniach²³ oraz trzech pracowniach²⁴. Rzeczywisty czas oczekiwania na udzielenie świadczenia medycznego wahał się w tych komórkach od 25 dni (pracownia endoskopowa, gastroscopia) do ponad 420 dni (oddział rehabilitacyjny).

(Dowód: akta kontroli str. 482)

W latach 2011-2013 w izbie przyjęć Szpitala miało miejsce łącznie 9.195 odmów przyjęcia do hospitalizacji (3.119 w 2011 r., 2.866 r. w 2012 r., 3.210 w 2013 r., w tym z powodu braku miejsca odpowiednio 400, 432 i 415). W pozostałych przypadkach powodem odmowy przyjęcia do Szpitala był brak wskazań do hospitalizacji w trybie pilnym (po udzieleniu świadczenia w izbie przyjęć pacjenci kierowani byli do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub do poradni specjalistycznej).

(Dowód: akta kontroli str. 421-451, 551-553)

W dwóch zakresach świadczeń o największej wartości²⁵ stwierdzono, że Szpital posiadał wyposażenie wymagane zawartymi z NFZ umowami. Szpital zatrudniał też wszystkich wymienionych w umowach lekarzy i pielęgniarki w oddziale chirurgii ogólnej oraz lekarzy – w oddziale chorób wewnętrznych. Liczba pielęgniarek zatrudnionych w oddziale chorób wewnętrznych spełniała standardy określone w umowach z NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 379-387, 518-544, 554)

Na podstawie porównania prowadzonych w Szpitalu ewidencji z rozliczeniami prowadzonymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia stwierdzono, że pacjenci wykazywani w rozliczeniach z NFZ za 2013 r. byli faktycznie leczeni w Szpitalu. Do rozliczeń finansowych z NFZ Szpital nie korzystał z aplikacji optymalizującej te rozliczenia.

(Dowód: akta kontroli str. 467-468, 567)

²¹ Dla wszystkich 7 oddziałów.

²² Dz. U. z 2008r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

²³ Neurologiczna, okulistyczna i ortopedyczna.

²⁴ Tomografii komputerowej, endoskopowa i fizjoterapii.

²⁵ Dotyczy świadczenia usług medycznych w zakresach: choroby wewnętrzne – hospitalizacja, chirurgia ogólna – hospitalizacja.

W Spółce nie wdrożono systemów informatycznych pozwalających na prowadzenie dokumentacji medycznej w formie elektronicznej oraz zamieszczanie danych w Systemie Informacji Medycznej. W celu wdrożenia tych systemów Szpital od 2009 r. brał udział w projekcie, realizowanym przez Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego, pod nazwą „e-Zdrowie w Województwie Kujawsko-Pomorskim”. Zakończenie realizacji tego projektu jest przewidywane na 2016 r.

(dowód: akta kontroli str. 62, 65-67)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Szpital nie dopełnił obowiązku poinformowania NFZ o rozwiązaniu umowy o pracę z jedną z pielęgniarek wymienionych w umowie z NFZ jako zasób kadrowy, do czego był zobowiązany na podstawie § 2 ust. 7 i 8 umowy z dnia 9 stycznia 2012 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne.

(dowód: akta kontroli str. 379-387, 518-544, 554)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność jednostki w kontrolowanym zakresie.

4. Kontrola wewnętrzna i zewnętrzna

Opis stanu
faktycznego

W latach 2011-2014 (do 7 lipca) w Szpitalu przeprowadzono 23 kontrole zewnętrzne, w tym trzy kontrole przeprowadził NFZ, zaś dwie – pracownicy Kujawsko-Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego. W poddanych badaniom zakresach (ratownictwo medyczne, aktualność wpisu do rejestru, realizacja umów o świadczenia) nie stwierdzono nieprawidłowości dotyczących lat 2011-2014.

(Dowód: akta kontroli str. 404-405, 348-353)

W badanym okresie odnotowano 19 skarg pacjentów związanych z działalnością Szpitala. Dotyczyły one niewłaściwego zachowania się pracowników Szpitala (6 przypadków), niewłaściwego leczenia pooperacyjnego, odmowy wykonania badania oraz żądania odszkodowania za uraz. Na podstawie analizy sposobu załatwienia dziewięciu skarg stwierdzono, że we wszystkich tych przypadkach dyrektor Szpitala przeprowadzał postępowanie wyjaśniające i w terminie miesiąca udzielał skarżącym odpowiedzi. W dwóch przypadkach stwierdził zasadność skargi i udzielił upomnienia odpowiedzialnym pracownikom, w pozostałych przypadkach nie potwierdzono zarzutów.

(Dowód: akta kontroli str. 402-403)

W Szpitalu działały: komitet kontroli zakażeń szpitalnych oraz zespół kontroli zakażeń szpitalnych. Jednocześnie prowadzono dokumentację realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych. W skład tej dokumentacji wchodziły odpowiednie procedury, plan higieny, programy zapobiegania zakażeniom szpitalnym, protokoły kontroli czystości wraz z wynikami badań mikrobiologicznych, protokoły kontroli wewnętrznej (dotyczące zapobiegania zakażeniom szpitalnym) oraz protokoły z posiedzeń ww. komitetu.

(Dowód: akta kontroli str. 366-367, 368-369, 406-409)

W latach 2011-2014 (do 30 kwietnia) odbyło się sześć zebrań ww. komitetu oraz 37 posiedzeń ww. zespołu. W okresie tym stwierdzono dwa przypadki zakażeń szpitalnych (w 2011 r. w oddziale chorób wewnętrznych, w 2013 r. w oddziale pediatrycznym). W obu przypadkach podjęto działania zapobiegawcze i przeciwepidemiczne w celu unieszkodliwienia źródeł zakażenia oraz poinformowano o zdarzeniu właściwą stację sanitarno-epidemiologiczną. Ponadto przeprowadzono 42 kontrole przestrzegania procedur dotyczących zakażeń, pobrano 505 próbek do badania czystości mikrobiologicznej środowiska szpitalnego oraz przeprowadzono

2.302 oznaczeń obecności drobnoustrojów chorobotwórczych. Sporządzono także raporty okresowe o zakażeniach zakładowych i drobnoustrojach alarmowych za lata 2011-2013 i przesłano je właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu.

(Dowód: akta kontroli str. 410-420, 406-409, 455-465)

W kontrolowanym okresie toczyły się przeciwko Szpitalowi postępowania dotyczące roszczeń z tytułu błędów medycznych i zakażeń szpitalnych. Prawomocnie zakończono jedno postępowanie sądowe oraz trzy postępowania przed Komisją ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych. Ponadto Szpital był stroną w toczących się trzech postępowaniach sądowych.

(Dowód: akta kontroli str. 453-454)

W strukturze organizacyjnej Szpitala nie wyodrębniono komórki odpowiedzialnej za prowadzenie kontroli wewnętrznej. Zgodnie z wyjaśnieniami Prezesa Zarządu kontrolę wewnętrzną sprawowały organy Spółki oraz komórki organizacyjne i pracownicy, każdy w swoim zakresie obowiązków.

(Dowód: akta kontroli str. 370-378)

Szpital nie był kontrolowany przez pracowników Starostwa Aleksandrowskiego (brak wpisów w książce kontroli). Informacje o swojej działalności Szpital przedkładał natomiast Radzie Powiatu Aleksandrowskiego. Szpital nie przechodził procesu akredytacji i nie uzyskał certyfikatu jakości.

(Dowód: akta kontroli str. 346-347, 421-452)

Ustalone
nieprawidłowości

1. W okresie od 30 stycznia 2012 r. do 27 sierpnia 2014 r. przewodniczącym zespołu kontroli zakażeń szpitalnych był lekarz nieposiadający kwalifikacji określonych w § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych²⁶, tj. nie posiadał on tytułu specjalisty z jednej z dziedzin medycyny wymienionych w tym przepisie oraz nie rozpoczął specjalizacji w jednej z tych dziedzin. Prezes Zarządu wyjaśnił, że powierzył ww. pracownikowi pełnienie funkcji przewodniczącego zespołu, ponieważ był to jedyny zatrudniony lekarz, który w tamtym okresie wyraził zgodę na pełnienie tej funkcji. Od maja 2014 r. pracownik ten był niezdolny do pracy. Od 28 sierpnia 2014 r. funkcję tę pełnił lekarz posiadający stosowne kwalifikacje.

(Dowód: akta kontroli str. 388-401, 452, 572-574)

2. W latach 2011-2014 (do 22 sierpnia) w skład zespołu kontroli zakażeń szpitalnych wchodziła jedna pielęgniarka epidemiologiczna, pomimo tego, że Szpital w całym badanym okresie posiadał ponad 200 łóżek. Zgodnie z art. 15 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi²⁷, w skład zespołu kontroli zakażeń szpitalnych wchodzi pielęgniarka lub położna jako specjalista do spraw epidemiologii lub higieny i epidemiologii, w liczbie nie mniejszej niż jedna na 200 łóżek szpitalnych.

W powyższej sprawie Prezes Zarządu wyjaśnił, że według stanu na 30 czerwca 2014 r. Szpital posiadał m.in. 191 łóżek szpitalnych oraz 17 stanowisk noworodkowych, zaś w jego opinii stanowisk noworodkowych nie wlicza się do ogólnej liczby łóżek szpitalnych, skoro świadczenia szpitalne to kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnostyce, leczeniu i rehabilitacji.

(Dowód: akta kontroli str. 354-365, 388-401, 421-451)

²⁶ Dz. U. z 2014 r., poz. 746.

²⁷ Dz. U. z 2013 r., poz. 947 ze zm.

Skutkiem obu powyższych nieprawidłowości było ryzyko braku prawidłowej realizacji zadań przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych.

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność jednostki w kontrolowanym zakresie pomimo stwierdzonych nieprawidłowości.

IV. Wniosek

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli, wnosi o dostosowanie składu zespołu kontroli zakażeń szpitalnych do wymogów związanych z faktycznie posiadaną przez Szpital liczbą łóżek.

V. 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 Bydgoszczy.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Bydgoszcz, dnia, 30 września 2014 r.

Kontroler
Artur Gackowski
główny specjalista k.p.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Bydgoszczy

Dyrektor
Barbara Antkiewicz

.....
podpis

.....
Podpis