



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Gdańsku

LGD.410.024.03.2018

Adam Magielka
Prezes Zarządu
Kociewskiego Centrum Zdrowia sp. z o.o.
ul. Dra Józefa Balewskiego 1
83-200 Starogard Gdański

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Kociewskie Centrum Zdrowia sp. z o.o. (dalej: „KCZ”) prowadzące przedsiębiorstwa: Szpital św. Jana (dalej: „szpital”), w którym wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne i Przychodnia św. Jana (dalej: „przychodnia”), w którym wykonuje działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Adam Magielka, Prezes Zarządu od 26 stycznia 2011 r. (dalej: „Prezes Zarządu”).
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none">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 wymogów 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 Gdańsku
Kontroler	Rafał Wieczorkowski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LGD/194/2018 z 5 listopada 2018 r. (akta kontroli str.1-18, 123-126 i 139-142)

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

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Funkcjonowanie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia opieki zdrowotnej (dalej: „PSZ”) nie wpłynęło istotnie na dostęp pacjentów do świadczeń zdrowotnych oraz nie poprawiło sytuacji finansowej KCZ.

Uzasadnienie oceny ogólnej

KCZ zapewniło pacjentom możliwość uzyskania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym umową z Narodowym Funduszem Zdrowia (dalej: „NFZ”), której przedmiotem było udzielanie gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej w PSZ³, a ich wartość była zbliżona do wysokości przyznanego w ramach PSZ ryczałtu. Po wprowadzeniu sieci szpitali nastąpił wzrost średniej liczby pacjentów leczonych kwartalnie w ramach zakresów świadczeń finansowanych ryczałtem PSZ i średniej liczby udzielonych im świadczeń jednostkowych. Jednak w niektórych profilach dostępność uległa pogorszeniu (np. w Poradni kardiologicznej i w Oddziale Ortopedii, gdzie istotnie wzrosła liczba oczekujących i czas oczekiwania). Nie stwierdzono przy tym przypadków odmowy przyjęcia do szpitala lub odmowy kontynuacji leczenia w trybie ambulatoryjnym pacjentom, których wypisano ze szpitala. Prawidłowo i bez opóźnień zorganizowano udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (dalej : „NiSOZ”).

W związku z wprowadzeniem sieci szpitali, w KCZ utworzono nowe komórki organizacyjne: Poradnię NiSOZ oraz Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, a także podjęło działania zmierzające do zapewnienia pacjentom także świadczeń rehabilitacji leczniczej i świadczeń ambulatoryjnych w specjalnościach niewłączonych do PSZ (neurologia, choroby wewnętrzne i pediatria). Stwierdzono natomiast niepełne wykorzystanie bazy szpitalnej (łóżek) w większości oddziałów.

Wprawdzie poziom finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w KCZ systematycznie rósł, a dynamika tego przyrostu była coraz większa, jednakże nie pozwoliło to na osiągnięcie w latach 2015-2018 dodatniego wyniku finansowego na koniec III kwartału⁴, a strata na działalności leczniczej rosta. Należy jednak zauważyć, że na koniec lat 2015-2017 KCZ osiągało dodatni wynik finansowy. NIK pozytywnie ocenia uzyskanie przez KCZ dodatnich wskaźników korygujących związanych z jakością procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz wzrostem liczby jednostek sprawozdawczych świadczeń ambulatoryjnych, umożliwiających zwiększenie wysokości ryczałtu PSZ w 2018 r.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej⁵ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Realizacja świadczeń ambulatoryjnych, szpitalnych i rehabilitacyjnych

Opis stanu faktycznego

1.1. KCZ zostało włączone do poziomu II stopnia PSZ. KCZ zawarło 29 września 2017 r. umowę nr 11/001596/PSZ/17 z Pomorskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ w Gdańsku, której przedmiotem było udzielanie gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej w PSZ w profilach:

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

³ Umowa nr 11/001596/PSZ/17 z 29 września 2017 r.

⁴ Ponieważ kontrola została zakończona przed sporządzeniem sprawozdania finansowego za 2018 r., analizie porównawczej podlegały dane wg stanu na koniec III kwartału.

⁵ 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.

- anestezjologia i intensywna terapia (w rodzaju hospitalizacja),
 - chirurgia ogólna (w rodzaju hospitalizacja i leczenie ambulatoryjne),
 - choroby wewnętrzne (w rodzaju hospitalizacja),
 - kardiologia (w rodzaju hospitalizacja i leczenie ambulatoryjne)
 - neonatologia (w rodzaju hospitalizacja i leczenie ambulatoryjne),
 - neurologia (w rodzaju hospitalizacja),
 - NiŚOZ,
 - ortopedia i traumatologia narządu ruchu (w rodzaju hospitalizacja i leczenie ambulatoryjne),
 - pediatria (w rodzaju hospitalizacja),
 - położnictwo i ginekologia (w rodzaju hospitalizacja i leczenie ambulatoryjne),
 - szpitalny oddział ratunkowy (dalej: „SOR”)
- oraz w zakresie onkologii (w rodzaju leczenie ambulatoryjne).

KCZ nie udzielała świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza.

Kwota zobowiązania NFZ wobec KCZ z tytułu realizacji umowy w zakresie ryczaftu PSZ⁶ wynosiła:

- 8.824,5 tys. zł za świadczenia realizowane w IV kwartale 2017 r.,
- 17.415,2 tys. zł za świadczenia realizowane w I półroczu 2018 r.,
- 18.044,1 tys. zł za świadczenia realizowane w II półroczu 2018 r..

(akta kontroli str. 70-121 i 286)

W trakcie realizacji ww. umowy nie występowały przerwy w działalności poszczególnych oddziałów szpitalnych i poradni specjalistycznych.

(akta kontroli str. 279)

Stopień wykonania świadczeń finansowanych w ramach ryczaftu PSZ wyniósł: w IV kwartale 2017 r. – 97%, w I i II kwartale 2018 r. – 104%, a w III kwartale 2018 r. – 94%.

(akta kontroli str. 285-286)

Z wyjaśnień Prezesa Zarządu wynika, że główną przyczyną rozbieżności pomiędzy wysokością ryczaftu PSZ, a wartością zrealizowanych świadczeń, był krótki okres rozliczeniowy (IV kwartał). Dane będące podstawą wyliczenia wysokości ryczaftu na IV kwartał 2017 r. pochodziły z 2015 r. Przez okres dwóch lat zmianom podlegały m.in. katalogi świadczeń stanowiące podstawę rozliczeń z NFZ, zatem realizacja świadczeń następowała wg katalogów z 2017 r. Ponadto zmiany systemowe wprowadzono w ostatnim kwartale, w którym zmniejsza się liczba pacjentów planowych ze względu na okres świąteczny. Z pozostałych przyczyn Prezes Zarządu wymienił:

- okresowe (niekiedy znaczne) wahania liczby pacjentów w ciągu roku kalendarzowego wynikające z sezonowości i epidemiologii występowania zachorowań i zdarzeń medycznych,
- rozszerzenie działalności szpitala o nowe profile działalności (kardiologia inwazyjna i NiŚOZ),
- objęcie ryczaftem tylko wybranych profili działalności szpitala, w których dochodzi do dużych odchyłeń w wartości wykonanych świadczeń nieplanowanych, ratujących życie, przede wszystkim realizowanych na Oddziale Anestezjologii Intensywnej Terapii oraz na Oddziale Udarowym,
- powstanie w województwie pomorskim nowych ośrodków kardiologii inwazyjnej, które „konkurują” między sobą o pacjentów,

⁶ O którym mowa w art. 136c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz.1510, ze zm.) – dalej „ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej”.

- zmiany wewnątrz organizacji (zmiana całego personelu lekarskiego w Oddziale Kardiologicznym od 1 sierpnia 2017 r.).

Prezes Zarządu wyjaśnił także, że wartość ryczałtu jest ogłaszana przez NFZ dopiero 90 dni po zakończeniu poprzedniego okresu rozliczeniowego, co dodatkowo komplikuje zarządzanie przyznanymi środkami (przykładowo wartość ryczałtu za II półrocze 2018 r. ustalona została dopiero 15 października 2018 r.). Potwierdzeniem wpływu czasu, zdaniem Prezesa Zarządu, jest to, że w dłuższym okresie rozliczeniowym (styczeń-czerwiec 2018 r.) KCZ „wykonało” ryczałt. Czynnikiem, który miał na to wpływ był duży udział świadczeń ambulatoryjnych i osiągnięcie określonych wskaźników jakościowych.

(akta kontroli str. 316-318)

1.2. Średnia liczba pacjentów leczonych kwartalnie w ramach ryczałtu i średnia liczba udzielonych im świadczeń jednostkowych, po wprowadzeniu sieci szpitali nieznacznie wzrosły (z 7.925 pacjentów i 12.829 świadczeń w latach 2015-2017 (IV kwartał) do 7.859 pacjentów i 13.021 świadczeń, tj. odpowiednio o 0,8% i 1,5%)⁷. Szczegółowa analiza zmian liczby leczonych pacjentów, udzielonych im świadczeń jednostkowych i ich wartości oraz w strukturze leczonych pacjentów w profilach: kardiologia⁸, ortopedia i traumatologia narządu ruchu⁹, chirurgia ogólna¹⁰ oraz położnictwo i ginekologia¹¹ wykazała, że:

- w profilu kardiologia
 - zwiększyła się liczba pacjentów leczonych w trybie stacjonarnym (hospitalizacja) z 271 do 317 (tj. o 17,0%) i liczba udzielonych świadczeń jednostkowych – z 294 do 355 (tj. o 20,7%), a liczba oczekujących na udzielenie świadczeń zmniejszyła się z sześciu do dwóch osób, ale czas oczekiwania na udzielenie świadczeń w przypadkach pilnych nie zmienił się (wyniósł dwa dni), a w przypadkach stabilnych wydłużył się z 11 do 18 dni,
 - mimo zwiększenia liczby pacjentów leczonych w trybie ambulatoryjnym z 288 do 676 (tj. o 134,7%) i liczby udzielonych świadczeń jednostkowych – z 363 do 936 (tj. o 157,9%), liczba oczekujących na udzielenie świadczeń także się zwiększyła z 54 do 176, a czas oczekiwania na udzielenie świadczeń w przypadkach pilnych wydłużył się z 17 do 108 dni, przy czym w przypadkach stabilnych skrócił się ze 180 do 145 dni,
 - zwiększyła się wartość świadczeń udzielanych w trybie stacjonarnym z 1.024,4 tys. zł do 1.476,2 tys. zł (tj. o 44,1%), a w trybie ambulatoryjnym – z 28,6 tys. zł do 76,9 tys. zł (tj. o 168,9%),
 - nastąpił wzrost udziału: pacjentów leczonych w trybie ambulatoryjnym o 16,6 punktu procentowego (z 51,5% do 68,1%), świadczeń jednostkowych udzielanych w tym trybie – o 17,2 punktu procentowego (z 55,3% do 72,5%) i wartości tych świadczeń – o 2,3 punktu procentowego (z 2,7% do 5,0%),
- w profilu ortopedia i traumatologia narządu ruchu:

⁷ NIK porównała średnie wartości (liczby pacjentów, liczby udzielonych świadczeń jednostkowych i wartości udzielonych świadczeń) w zakresie finansowanym w ramach ryczałtu PSZ, dla okresów (kwartałów) przed wprowadzeniem sieci szpitali (lata 2015-2017 (III kwartał)) i średnie dla okresu funkcjonowania PSZ (od IV kwartału 2017 do III kwartału 2018) oraz liczbę oczekujących na udzielenie świadczeń i czas oczekiwania na ich udzielenie wg stanu na koniec III kwartału 2018 r. w stosunku do stanu na koniec 2017 r.

⁸ Zakres: 02.1100.001.02 – świadczenia w zakresie kardiologii, 02.1100.401.02 – świadczenia w zakresie kardiologii – świadczenia pierwszorazowe i 03.4100.030.02 kardiologia- hospitalizacja.

⁹ Zakres: 03.4580.030.02 – ortopedia i traumatologia narządu ruchu – hospitalizacja, 03.4580.999.17 – 02 ortopedia i traumatologia narządu ruchu – hospitalizacja – zabiegi endoprotezoplastyki (świadczenia sprawozdane w ryczałcie PSZ) i 02.1580.001.02 świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz 02.1580.101.02 świadczenia zabiegowe w ortopedii i traumatologii narządu ruchu-zakres skojarzony z 02.1580.001.02.

¹⁰ Zakres 02.1500.001.02 świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej, 02.1500.101.02 – świadczenia zabiegowe w chirurgii ogólnej – zakres skojarzony z 02.1500.001.02 i 03.4500.030.02 – chirurgia ogólna – hospitalizacja.

¹¹ Zakres 02.1450.001.02 świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii, 02.1450.201.02 – świadczenia zabiegowe w położnictwie i ginekologii – zakres skojarzony z 02.1450.001.02, 03.4450.040.02 – położnictwo i ginekologia – hospitalizacja.

- mimo zwiększenia liczby pacjentów leczonych w trybie stacjonarnym z 244 do 252 (tj. o 3,3%) i liczby udzielonych świadczeń jednostkowych – z 289 do 311 (tj. o 7,6%), zwiększyła się także liczba oczekujących na udzielenie świadczeń z 342 do 426 osób i wydłużył się czas oczekiwania na udzielenie świadczeń: w przypadkach pilnych – z 41 do 64 dni, a w przypadkach stabilnych – z 217 do 285 dni,
 - zwiększyła się liczba pacjentów leczonych w trybie ambulatoryjnym – z 1.577 do 1.644 (tj. o 4,2%) i liczba udzielonych świadczeń jednostkowych – z 2.769 do 2.856 (tj. o 3,1%), a liczba oczekujących na udzielenie świadczeń zmniejszyła się ze 116 do 95 osób, ale czas oczekiwania na udzielenie świadczeń wydłużył się: w przypadkach pilnych – z 45 do 48 dni, a w przypadkach stabilnych – ze 172 do 182 dni,
 - wartość świadczeń udzielanych w trybie stacjonarnym spadła z 948,4 tys. zł do 874,2 tys. zł (tj. o 7,8%), a w trybie ambulatoryjnym wzrosła ze 114,9 tys. zł do 140,6 tys. zł (tj. o 22,4%),
 - nastąpił wzrost udziału pacjentów leczonych w trybie ambulatoryjnym o 0,1 punktu procentowego (wzrost z 86,6% do 86,7%), spadek udziału świadczeń jednostkowych udzielanych w tym trybie o 0,3 punktu procentowego (z 90,5% do 90,2%) i wzrost udziału wartości tych świadczeń o 3,1 punktu procentowego (z 10,8% do 13,9%);
- w profilu chirurgia ogólna¹²:
- zmniejszyła się liczba pacjentów leczonych w trybie stacjonarnym z 490 do 472 (tj. o 3,7%) i liczba udzielonych świadczeń jednostkowych – z 673 do 605 (tj. o 10,1%), a liczba oczekujących na udzielenie świadczeń zwiększyła się z 13 do 35 osób i wydłużył się czas oczekiwania na udzielenie świadczeń: w przypadkach pilnych – do czterech dni (wg stanu na koniec 2017 r. nie było oczekujących), a w przypadkach stabilnych – z 14 do 18 dni,
 - zmniejszyła się: liczba pacjentów leczonych w trybie ambulatoryjnym z 1.621 do 1.418 (tj. o 12,5%) i liczba udzielonych świadczeń jednostkowych – z 3.350 do 3.121 (tj. o 6,8%), liczba oczekujących na udzielenie świadczeń – z 11 do siedmiu osób, ale wydłużył się czas oczekiwania na udzielenie świadczeń: w przypadkach pilnych – z jednego do dwóch dni, a w przypadkach stabilnych – z pięciu do ośmiu dni,
 - wzrosła wartość świadczeń udzielanych w trybie stacjonarnym z 1.651,1 tys. zł do 1.661,2 tys. zł (tj. o 0,6%), a w trybie ambulatoryjnym – z 131,8 tys. zł do 132,4 tys. zł (tj. o 0,5%);
 - nastąpił spadek udziału pacjentów leczonych w trybie ambulatoryjnym o jeden punkt procentowy (z 76,8% do 75,8%), wzrost udziału świadczeń jednostkowych udzielanych w tym trybie o 1,2 punktu procentowego (z 83,3% do 84,5%) i wzrost wartości świadczeń udzielanych w tym trybie o 0,5 punktu procentowego (z 7,4% do 7,9%);
- w profilu położnictwo i ginekologia :
- zmniejszyła się liczba pacjentów leczonych w trybie stacjonarnym z 482 do 409 (tj. o 15,1%) i liczba udzielonych świadczeń jednostkowych – z 521 do 442 (tj. o 15,2%), liczba oczekujących na udzielenie świadczeń zwiększyła się z 55 do 68 osób, czas oczekiwania na udzielenie świadczeń w przypadkach pilnych wydłużył się do jednego dnia, a w przypadkach stabilnych skrócił się z 20 do 19 dni,
 - liczba pacjentów leczonych w trybie ambulatoryjnym zmniejszyła się z 1.274 do 1.260 (tj. o 1,1%), przy czym liczba udzielonych świadczeń jednostkowych

¹² Na potrzeby analizy wyodrębniono (wylączono) zakres świadczeń poza pakietem onkologicznym udzielanych w trybie stacjonarnym, który wcześniej były sprawozdawane w zakresie podstawowym chirurgia ogólna – hospitalizacja.

zwiększyła się z 2.164 do 2.184 (tj. o 0,9%), a świadczeń w przypadkach pilnych udzielano na bieżąco, a w przypadkach stabilnych czas oczekiwania na udzielenie świadczeń skrócił się z 17 dni do zera;

- wartość świadczeń udzielanych w trybie stacjonarnym spadła z 613,0 tys. zł do 528,5 tys. zł (tj. o 13,8%), a w trybie ambulatoryjnym wzrosła z 173,6 tys. zł do 237,2 tys. zł (tj. o 36,6%);
- nastąpił wzrost udziału: pacjentów leczonych w trybie ambulatoryjnym o trzy punkty procentowe (z 72,5% do 75,5%), świadczeń jednostkowych udzielanych w tym trybie o 2,6 punktu procentowego (z 80,6% do 83,2%) i wartości świadczeń udzielanych w tym trybie o 8,9 punktu procentowego (z 22,1% do 31,0%).

(akta kontroli str. 280-281, 287-289 i 304-314)

Prezes Zarządu wyjaśnił, że liczba udzielanych w KCZ świadczeń i liczba pacjentów jest dostosowana do możliwości oddziałów i poradni w zakresie posiadanego ryczału PSZ. Wskazanie przyczyn zmian w zakresie objętym ww. analizą wymagałoby „metaanalizy” w całym sektorze ochrony zdrowia i, że KCZ realizuje świadczenia odpowiadając na potrzeby zdrowotne pacjentów zgodnie z zawartą umową z płatnikiem. Znaczące zwiększenie liczby świadczeń udzielanych w Poradni kardiologicznej poszerzyło grupę pacjentów korzystających z tych porad, jednocześnie wpływając na liczbę pacjentów w dalszym etapie kwalifikowanych do leczenia stacjonarnego, a także rejestrowanych planowo na kolejne – kontrolne wizyty. Mechanizm ten, co do zasady, dotyczy również innych poradni specjalistycznych. Zwiększone zainteresowanie pacjentów korzystaniem ze świadczeń zdrowotnych w KCZ, przy określonych możliwościach oddziałów i poradni, wpływa na wzrost liczby pacjentów oczekujących i czas oczekiwania.

(akta kontroli str. 320-322)

1.3. Badanie dokumentacji medycznej dotyczącej 80 wybranych pacjentów wypisanych w listopadzie 2017 r. i kwietniu 2018 z Oddziału Kardiologicznego i Oddziału Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu (dalej: „Oddział Ortopedii”)¹³ wykazało, że:

- w 32 przypadkach¹⁴ (40% badanej próby) pacjenci potrzebowali świadczeń pohospitalizacyjnych (w terminie do 30 dni po zakończeniu hospitalizacji), z czego w 27 przypadkach pacjenci uzyskali świadczenia w KCZ, a w pięciu przypadkach pacjenci nie zgłosili się po świadczenia do KCZ,
- w 69 przypadkach (86,3%) pacjenci wymagali dalszego leczenia w poradni specjalistycznej (innego niż ww. świadczenia pohospitalizacyjne), z czego w 42 przypadkach pacjenci uzyskali świadczenia w KCZ, a w 27 przypadkach pacjenci nie zgłosili się po świadczenia do KCZ,
- w 29 przypadkach (36,3%) pacjenci wymagali rehabilitacji leczniczej, przy czym KCZ nie udzielało świadczeń w tym zakresie.

(akta kontroli str.324-344)

1.4. Badanie wszystkich odmów przyjęć do szpitala w miesiącach marzec i wrzesień w latach 2015-2018 wykazało, że:

- w marcu 2018 r. odmówiono przyjęcia 1.595 pacjentom, podczas gdy w latach poprzednich w tym samym miesiącu odmówiono przyjęcia odpowiednio: 1.330 w 2015 r. (tj. mniej o 16,6%), 1.336 w 2016 r. (tj. mniej o 16,2%) i 1.459 pacjentom w 2017 r. (tj. mniej o 8,5%),

¹³ 20 spośród 151 pacjentów wypisanych w listopadzie 2017 r. z Oddziału Kardiologii, i 20 spośród 112 wypisanych z Oddziału Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu, oraz 20 spośród 146 wypisanych w kwietniu 2018 r. z Oddziału Kardiologii i 20 spośród 101 wypisanych z Oddziału Ortopedii i Traumatologii Narządu. Wyboru dokonano w wyniku losowania prostego (bez zwracania) przeprowadzonego w programie informatycznym „Pomocnik kontrolera.

¹⁴ Z Oddziału Ortopedii.

- we wrześniu 2018 r. odmówiono przyjęcia 1.480 pacjentom, podczas gdy w latach poprzednich w tym samym miesiącu odmówiono przyjęcia odpowiednio: 1.218 w 2015 r. (tj. mniej o 17,7%), 1.405 (tj. mniej o 5,1%) w 2016 r. i 1.355 pacjentom w 2017 r. (tj. mniej o 8,4%),
 - żadnemu z pacjentów w marcu i wrześniu 2018 r. nie odmówiono przyjęcia z powodu braku miejsc w szpitalu,
 - spośród pacjentów, którym odmówiono przyjęcia do szpitala w marcu 2018 r., 64 przewieziono do innego szpitala, podczas gdy w latach poprzednich w tym samym miesiącu takich przypadków było: 104 w 2015 r. (tj. więcej o 62,5%), 96 w 2016 r. (tj. więcej o 50,0%) i 49 w 2017 r. (tj. mniej o 23,4%),
 - spośród pacjentów, którym odmówiono przyjęcia do szpitala we wrześniu 2018 r., 52 przewieziono do innego szpitala, podczas gdy w latach poprzednich w tym samym miesiącu takich przypadków było: 76 w 2015 r. (tj. więcej o 46,2%), 71 w 2016 r. (tj. więcej o 36,5%) i 71 w 2017 r. (tj. więcej o 36,5%).
- (akta kontroli str. 280-281, 285 i 345)

Prezes Zarządu wyjaśnił, że KCZ nie analizowało przyczyn wzrostu liczby pacjentów, którym odmówiono przyjęcia do szpitala. Do prawdopodobnych przyczyn można zaliczyć epidemiologię zachorowań oraz organizację udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze w obrębie powiatu. Głównymi przyczynami odmów przyjęcia do szpitala były brak wskazań do hospitalizacji i brak możliwości kontynuowania diagnostyki i leczenia w KCZ

(akta kontroli str. 346-348 i 539-540)

1.5. Na koniec III kwartału 2018 r., w porównaniu do stanu na koniec I kwartału 2017 r.:

- liczba pacjentów oczekujących na hospitalizację i leczenie ambulatoryjne:
 - w Oddziale Chirurgicznym Ogólnym – utrzymała się na poziomie 35,
 - w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym – wzrosła z 60 do 68,
 - w Oddziale Kardiologicznym – wzrosła z jednego do dwóch,
 - w Oddziale Ortopedii – wzrosła z 293 do 426,
 - w Oddziale Neurologicznym, Oddziale Neonatologicznym, Oddziale Chorób Wewnętrznych i Oddziale Pediatrycznym, brak było oczekujących.
 - w Poradni kardiologicznej – wzrosła z 48 do 176,
 - w Poradni ortopedii i traumatologii narządu ruchu (dalej: „Poradnia ortopedii”) – spadła ze 149 do 95,
 - w Poradni onkologicznej – wzrosła ze 21 do 176,
 - w Poradni chirurgii ogólnej – spadła z 7 do 18 do siedmiu,
 - w Poradni neonatologicznej i Poradni ginekologiczno-położniczej brak było oczekujących, przy czym wcześniej w Poradni ginekologiczno-położniczej oczekiwało 12 pacjentów;
- średni czas oczekiwania na hospitalizację i leczenie ambulatoryjne:
 - w Oddziale Chirurgicznym Ogólnym wzrósł – dla przypadków pilnych z jednego do czterech dni, a dla przypadków stabilnych z 11 do 18 dni,
 - w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym wzrósł dla przypadków pilnych do jednego dnia (wcześniej świadczeń udzielano na bieżąco) i spadł dla przypadków stabilnych z 21 do 19 dni,
 - w Oddziale Kardiologicznym wzrósł – dla przypadków pilnych do dwóch dni (wcześniej świadczeń udzielano na bieżąco), a dla przypadków stabilnych z dziewięciu do 18 dni,
 - w Oddziale Ortopedii spadł dla przypadków pilnych z 67 do 64 dni i wzrósł dla przypadków stabilnych ze 166 do 285 dni,

- w Poradni kardiologicznej wzrósł dla przypadków pilnych z 40 do 108 dni i spadł dla przypadków stabilnych z 174 do 145 dni,
 - w Poradni ortopedii wzrósł – dla przypadków pilnych z 20 do 48 dni, a dla przypadków stabilnych z 121 do 182 dni,
 - w Poradni onkologicznej wzrósł – dla przypadków pilnych z 18 do 108 dni, a dla przypadków stabilnych z 61 do 145 dni,
 - w Poradni ginekologiczno-położniczej, dla przypadków pilnych i stabilnych brak było oczekujących, przy czym wcześniej czas oczekiwania w przypadkach stabilnych wynosił 19 dni,
 - w Poradni chirurgii ogólnej wzrósł dla przypadków pilnych z jednego do dwóch dni i spadł dla przypadków stabilnych z 12 do ośmiu dni,
 - w Poradni neonatologicznej brak było oczekujących.
- pierwszy wolny termin na hospitalizację i leczenie ambulatoryjne:
- w Oddziale Ortopedii wydłużył się – dla przypadków pilnych z prawie sześciu do ponad 13 miesięcy, a dla przypadków stabilnych z ponad 13 do ponad 22 miesięcy),
 - w Oddziale Chirurgicznym Ogólnym skrócił się dla przypadków stabilnych z ponad czterech do ponad trzech miesięcy,
 - w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym wydłużył się dla przypadków stabilnych z ponad dwóch do ponad trzech miesięcy,
 - w Oddziale Kardiologicznym –wydłużył się dla przypadków stabilnych z ponad miesiąca do ponad czterech miesięcy,
 - w Oddziale Chirurgicznym Ogólnym, Oddziale Ginekologiczno-Położniczym i Oddziale Kardiologicznym, dla przypadków pilnych zapewniono bieżące udzielanie świadczeń,
 - w Poradni kardiologicznej – wydłużył się dla przypadków pilnych z ponad jednego do ponad trzech miesięcy i skrócił się dla przypadków stabilnych z ponad 11 do ponad pięciu miesięcy,
 - w Poradni ortopedii skrócił się dla przypadków stabilnych z ponad sześciu do ponad pięciu miesięcy,
 - w Poradni onkologicznej skrócił się dla przypadków stabilnych z ponad trzech do ponad dwóch miesięcy,
 - w Poradni Ortopedii i Poradni onkologicznej, dla przypadków pilnych utrzymał się na poziomie powyżej miesiąca.

(akta kontroli str. 280-281, 287-289 i 349-351)

Prezes Zarządu wyjaśnił, że w KCZ nie prowadzono analiz dotyczących przyczyn wzrostu liczby pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych, czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń oraz wydłużenia terminów udzielania świadczeń. W ocenie KCZ wynikało to ze znacznego wzrostu liczby pacjentów zainteresowanych skorzystaniem ze świadczeń w KCZ, spowodowanego aktywną działalnością informacyjną i promującą KCZ oraz pozytywnym odbiorem i bardzo dobrą opinią społeczną, tak w obrębie powiatu starogardzkiego, jak i poza nim.

(akta kontroli str. 346-348)

1.6. KCZ samodzielnie realizuje umowę z NFZ w zakresie NiŚOZ. Udzielanie świadczeń w tym zakresie KCZ rozpoczęło 1 października 2017 r.

(akta kontroli str. 18, 67, 239-242 i 453-457)

W celu zapewnienia dostępności do świadczeń NiŚOZ udzielanych w warunkach ambulatoryjnych powołano w KCZ dwa zespoły lekarsko-pielęgniarskie. Świadczenia były udzielane w dwóch gabinetach lekarskich i dwóch gabinetach zabiegowych, znajdujących się na parterze budynku szpitala, od poniedziałku do piątku w godzinach 18:00-8:00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni

ustawowo wolne od pracy – w godzinach 8:00-8:00 dnia następnego. Gabinety NIŚOZ są jednocześnie miejscem wyczekiwania zespołu wyjazdowego, w którego skład wchodzi lekarz, pielęgniarka i kierowca.

(akta kontroli str. 352-355)

1.7. KCZ w latach 2017 (IV kwartał)-2018 (trzy kwartały) w zakresie NIŚOZ udzielił kwartalnie średnio:

- 3.567 porad lekarskich ambulatoryjnie, 140 w trybie wyjazdowym i 20 porad lekarskich telefonicznie,
- 1.444 wizyt pielęgniarskich ambulatoryjnych i 258 wizyt pielęgniarskich w trybie wyjazdowym.

(akta kontroli str. 280-281, 285, 290 i 356-358)

W latach 2015-2017 (III kwartały) świadczeń NIŚOZ na terenie zabezpieczenia właściwym dla KCZ (powiatu starogardzkiego) udzielały dwa inne podmioty, przy czym teren zabezpieczenia jednego z nich wykraczał poza powiat starogardzki (obejmował także: powiat gdański, miasto i gminę Gniew, miasto i gminę Pelplin oraz gminę Morzeszczyn).

(akta kontroli str. 356-359)

1.8. Utworzenie NIŚOZ w KCZ nie wpłynęło na zmniejszenie liczby pacjentów I kategorii stanu zdrowia w SOR. Średnia liczba pacjentów I kategorii stanu zdrowia, którym udzielono świadczeń w SOR¹⁵ w poszczególnych kwartałach, wzrosła z 465 w latach 2015-2017 (trzy kwartały) do 924 w latach 2017 (IV kwartał)-2018 (trzy kwartały), a udział takich pacjentów w ogólnej liczbie pacjentów SOR wzrósł z 11,9% w latach 2015-2017 (trzy kwartały) do 20,8% w latach 2017 (IV kwartał)-2018 (trzy kwartały).

Wg danych pozyskanych z NFZ¹⁶, średnia liczba świadczeń (procedur medycznych) udzielonych w SOR pacjentom I kategorii stanu zdrowia, w poszczególnych kwartałach wzrosła z 12,8 tys. w latach 2015-2017 (trzy kwartały) do 13,0 tys. w latach 2017 (IV kwartał)-2018 (trzy kwartały), tj. o około 200 osób, a udział takich świadczeń w ogólnej liczbie sprawozdanych procedur SOR ogółem wzrósł z 54,9% w latach 2015-2017 (trzy kwartały) do 83,1% w latach 2017 (IV kwartał)-2018 (trzy kwartały).

(akta kontroli str.280,282, 300, 302-303, 346-348, 356-357 i 359-360)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

KCZ zapewniło pacjentom udzielanie świadczeń szpitalnych i ambulatoryjnych w zakresie objętym umową z NFZ, a wartość zrealizowanych świadczeń była zbliżona do wysokości przyznanego w ramach PSZ ryczałtu. Mimo, że średnia liczba pacjentów leczonych kwartalnie w ramach ryczałtu PSZ i średnia liczba udzielonych im świadczeń jednostkowych, po wprowadzeniu sieci szpitali wzrosły, to w niektórych profilach dostępność uległa pogorszeniu (np. w Poradni kardiologicznej i w Oddziale Ortopedii, istotnie wzrosła liczba oczekujących i czas oczekiwania). Nie stwierdzono przy tym przypadków odmowy przyjęcia do szpitala lub kontynuacji leczenia w trybie ambulatoryjnym pacjentom, których wypisano ze szpitala. Prawidłowo i bez opóźnień zorganizowano udzielanie świadczeń NIŚOZ.

¹⁵ Pacjent zakwalifikowany do kategorii I stanu zdrowia w SOR, to pacjent, któremu udziela się mu następujących świadczeń (procedur medycznych): opieka pielęgniarska, ocena stanu pacjenta (triage), badanie, porada lekarska, farmakoterapia (dawka leku przeciwbólowego, rozkurczowego), recepta, podstawowa diagnostyka (badania laboratoryjne - pakiet podstawowy, EKG).

¹⁶ Na podstawie art. 29 ust.1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

2. Zmiany w organizacji wewnętrznej oraz w alokacji zasobów

Opis stanu faktycznego

2.1. Umowa z NFZ nie obejmowała świadczeń ambulatoryjnych w zakresie: neurologii, chorób wewnętrznych, pediatrii i anestezjologii oraz świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej. KCZ już wcześniej utworzył: Poradnię neurologiczną (7 marca 2013 r.), Poradnię chorób wewnętrznych (15 lipca 2015 r.), Poradnię pediatryczną i Poradnię anestezjologiczną (29 marca 2018 r.), ale nie rozpoczęły one działalności. 10 lipca 2017 r. KCZ zawarło z MEDFARMA Zakład Opieki Zdrowotnej S.A. w Starogardzie Gdańskim umowę współpracy w zakresie przekazywania pacjentów na rehabilitację stacjonarną neurologiczną, kardiologiczną i ogólnoustrojową pacjentów kierowanych z oddziałów szpitalnych i poradni KCZ. W planach jest utworzenie w 2020 r. działu rehabilitacji dziennej w miejscu pomieszczeń, które zostaną zwolnione po przeniesieniu bloku operacyjnego do nowo wybudowanego budynku i uzyskanie kontraktu z NFZ na finansowanie świadczeń rehabilitacyjnych.

(akta kontroli str.18-69, 122-278, 482, 485 i 489-511)

Ww. zakresy nie zostały włączone do PSZ ponieważ KCZ nie posiadało umowy z NFZ o udzielanie świadczeń zdrowotnych w ww. zakresach przez co najmniej dwa ostatnie lata kalendarzowe, tj. nie spełniało warunku określonego w art. 95m ust. 10 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej¹⁷.

Z wyjaśnień Prezesa Zarządu wynika, że Poradnię neurologiczną i Poradnię chorób wewnętrznych utworzono w związku z zamiarem ubiegania się KCZ o uzyskanie kontraktu z NFZ na finansowanie ich działalności, ale z powodu niespełnienia wymagań w zakresie personelu nie przystąpiono do konkursu. Poradnia pediatryczna powstała w związku z wejściem w życie zarządzenia nr 22/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 14 marca 2018 r.¹⁸, które wprowadziło, poprzez zmiany w „Katalogu ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych” stanowiącego załącznik nr 5a do zarządzenia, możliwość rozliczania świadczeń ambulatoryjnych w specjalności pediatria, a także w specjalności choroby wewnętrzne. W wyniku zarządzenia nr 14/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 22 lutego 2018 r.¹⁹, utworzono nowy produkt rozliczeniowy „Konsultacja w zakresie kwalifikacji do wykonania znieczulenia do zabiegu operacyjnego, diagnostycznego lub leczniczego”, będący konsekwencją wprowadzenia, rozporządzeniem Ministra zdrowia z dnia 15 grudnia 2017 r.²⁰, nowego świadczenia gwarantowanego: „Porada specjalistyczna – anestezjologia”, w związku z czym w KCZ utworzono Poradnię anestezjologiczną, która jest w trakcie organizacji. Ponadto Prezes Zarządu wyjaśnił, że KCZ nie wносиło środków odwoławczych w postaci protestu do wykazu świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów PSZ.

(akta kontroli str. 361-364 i 538)

KCZ zwróciło się 20 czerwca 2018 r. do NFZ z pytaniami dotyczącymi możliwości realizacji świadczeń kontrolnych w specjalności choroby wewnętrzne i pediatria:

- w ramach jakiego zakresu będzie możliwość sprawozdania tych porad,
- czy będą one rozliczane w ramach PSZ czy świadczenia te będą przedmiotem postępowań konkursowych,

¹⁷ Dodanego art. 1 pkt 3 ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 844).

¹⁸ Zarządzenie 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 (Dz. Urz. NFZ poz. 22, ze zm.).

¹⁹ Zarządzenie Nr 14/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 lutego 2018 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne (Dz. Urz. NFZ poz. 14).

²⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. poz. 2423)

– w jakiego rodzaju poradni specjalistycznej bądź innej świadczenia te mogą być realizowane.

NFZ pismem z 27 lipca 2018 r. poinformował KCZ, że zwrócił się do Centrali NFZ z prośbą o wyjaśnienia. KCZ do 17 grudnia 2018 r. nie otrzymało wyjaśnień.

(akta kontroli str. 361-363, 484 i 486-488)

2.2. Spośród profili określających II stopień PSZ, realizowanych przez KCZ, do PSZ nie włączono okulistyki, ponieważ – jak wynika z wyjaśnień Prezesa Zarządu – KCZ nie spełniało wymagań określonych w art. 95m ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, tj. nie posiadało umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie okulistyki w trybie hospitalizacji przez co najmniej dwa ostatnie lata kalendarzowe.

(akta kontroli str. 18, 22, 70-121 i 122-134 i 361-364)

KCZ posiadało umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie okulistyki w trybie hospitalizacji planowej obowiązującą w latach 2015-2017 (do 30 września), a 29 września zawarło z NFZ umowę na finansowanie w okresie od 1 października 2017 r. do 31 grudnia 2018 r. świadczeń opieki zdrowotnej w profilu okulistyka w trybie hospitalizacji. Świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie okulistyki były finansowane w latach 2015-2018 przez NFZ na podstawie odrębnej umowy.

(akta kontroli str. 365-440)

Oprócz Poradni chorób wewnętrznych opisanej w pkt. 2.1. niniejszego wystąpienia, w latach 2015-2017 (do III kwartału) w KCZ utworzono następujące poradnie specjalistyczne:

- Gabinety podstawowej opieki zdrowotnej (dalej: „POZ”) – 29 maja 2015 r. utworzono trzy gabinety, z czego dwa zlikwidowano 31 lipca 2017 r.,
- Poradnię diabetologiczną, Poradnię preluksacyjną, Poradnię proktologiczną, Poradnię nadciśnienia tętniczego i Poradnię urologiczną – 3 października 2016 r. oraz Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego²¹ – 1 marca 2017 r.

Oprócz Poradni pediatrycznej i Poradni anestezyjologicznej, w okresie funkcjonowania PSZ w KCZ utworzono Poradnię endokrynologiczną (12 lipca 2018 r.).

(akta kontroli str. 18, 58-69, 122-278)

Prezes Zarządu wyjaśnił, że likwidacja dwóch gabinetów podstawowej opieki zdrowotnej spowodowana była nieuzyskaniem kontraktu na świadczenia NiŚOZ. Poradnie utworzone 3 października 2016 r. faktycznie nie rozpoczęły działalności leczniczej, ponieważ KCZ nie uzyskała kontraktu na ich finansowanie. Nie zostały one zlikwidowane, ponieważ KCZ zamierza przystąpić do kolejnego konkursu ofert.

(akta kontroli str. 361 i 364)

Świadczenia Oddziału Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego były finansowane w ramach umowy o udzielanie gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej w PSZ, natomiast usługi Gabinetu POZ i Poradni endokrynologicznej finansowane były z opłat pacjentów.

(akta kontroli str. 70-121 i 441-442)

2.3. W latach 2015-2018 (do 30 września) nie ponoszono nakładów inwestycyjnych, w tym na zakupy aparatury medycznej dużej wartości, inwestycje budowlane i remonty, związanych z organizacją Gabinetów POZ i poradni, które nie rozpoczęły działalności leczniczej.

(akta kontroli str. 280, 282, 285 i 291-293)

²¹ Pododdział Oddziału Kardiologii.

2.4. Poza Gabinetami POZ i Dyspozytornią, w latach 2015-2018 (do 30 września) w KCZ nie likwidowano komórek organizacyjnych szpitala lub przychodni, ani nie dokonywano ich łączenia.

(akta kontroli str.18-69 i 137-278)

2.5. Zatrudnienie personelu medycznego w latach 2015-2018 (do 30 września) wzrosło, przy czym lekarzy – o 28,5%, pielęgniarek – o 16,8%, a osób zatrudnionych na pozostałych stanowiskach – o 16,7%. Stan zatrudnienia personelu medycznego²² w KCZ wynosił:

- wg stanu na koniec 2015 r.: 95,1 lekarzy, 198,4 pielęgniarek oraz 86,2 zatrudnionych na pozostałych stanowiskach,
- wg stanu na koniec 2016 r.: 104,57 lekarzy, 199,39 pielęgniarek oraz 86,4 zatrudnionych na pozostałych stanowiskach,
- wg stanu na koniec 2017 r. – 118,6 lekarzy, 227,0 pielęgniarek oraz 97,8 zatrudnionych na pozostałych stanowiskach,
- wg stanu na 30 września 2018 r. – 122,2 lekarzy, 231,7 pielęgniarek oraz 100,6 osób zatrudnionych na pozostałych stanowiskach.

(akta kontroli str.280, 282, 294-297 i 444-449)

Prezes Zarządu wyjaśnił, że wzrost zatrudnienia lekarzy związany był z utworzeniem Oddziału Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego i Poradni NiŚOZ oraz rozpoczęciem od 1 października 2017 r. udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale Okulistycznym w trybie hospitalizacji całodobowej. Wzrost zatrudnienia na pozostałych stanowiskach dotyczył zatrudnienia techników radiologii w Pracowni Hemodynamiki i w Oddziale Kardiologicznym oraz dodatkowych opiekunów medycznych na oddziałach szpitalnych.

Na pytanie, czy po utworzeniu sieci szpitali dokonywano optymalizacji pracy oddziałów szpitalnych i poradni, w szczególności, czy dokonywano zmian organizacji pracy poradni i oddziałów lub struktury zatrudnienia, Prezes Zarządu wyjaśnił, że funkcjonowanie oddziałów szpitalnych i poradni specjalistycznych KCZ oparte jest na najwyższym możliwym poziomie organizacyjnym, wykorzystującym posiadane zasoby personalne w oparciu o możliwości finansowania świadczeń zdrowotnych z posiadanego kontraktu z NFZ.

(akta kontroli str.444-449)

2.6. Analiza danych dotyczących wykorzystania łóżek na oddziałach szpitalnych KCZ wykazała, że w trzech pierwszych kwartałach 2018 r., w porównaniu do stanu w pierwszych trzech kwartałach 2017 r.:

- liczba łóżek wzrosła z 290 do 299 sztuk, tj. o 4,1% (w Oddziale Kardiologicznym z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego). Najwięcej łóżek w 2018 r. było na Oddziale Kardiologicznym z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (38), Oddziale Chirurgicznym Ogólnym (36) i Oddziale Chorób Wewnętrznych (31), najmniej – na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii (6), Oddziale Neurologicznym (16) i Oddziale Udarowym (20), a na pozostałych oddziałach – od 23 do 27 łóżek.
- średni czas czasu hospitalizacji²³ utrzymywał się na zbliżonym poziomie,
- wskaźnik przelotowości²⁴ istotnie wzrósł w trzech spośród 12 oddziałów szpitalnych KCZ²⁵ (w Oddziale Okulistycznym o 13,7, w Oddziale Kardiologicznym o 10,7 i w Oddziale Ortopedii o 5,3), istotnie spadł w Oddziale

²² W przeliczeniu na pełen etat.

²³ Iloraz wszystkich tzw. osobodni i liczby hospitalizowanych.

²⁴ Iloraz liczby hospitalizowanych i liczby posiadanych łóżek (określa, ilu chorych korzystało kolejno z jednego łóżka szpitalnego).

²⁵ Nie uwzględniono w analizie Oddziału Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, utworzonego 2018 r., który był pododdziałem Oddziału Kardiologicznego.

Ginekologicznym (o 10,52), a w pozostałych ośmiu oddziałach wskaźnik ten był na zbliżonym poziomie. Najwyższy wskaźnik przelotowości w 2018 r. wystąpił w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym (70,2) i Oddziale Okulistycznym (77,6), a najniższy – w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii (11,8) i Oddziale Neurologicznym (8,9), a w pozostałych ośmiu oddziałach kształtował się on od 30,1 do 44,8),

- średnie wykorzystanie łóżek szpitalnych istotnie wzrosło w Oddziale Kardiologicznym (o 11,8%), istotnie spadło w Oddziale Ginekologiczno-położniczym (o 9,5%), a w pozostałych 10 oddziałach wartości te były na zbliżonym poziomie. Największe średnie wykorzystanie łóżek szpitalnych w 2018 r. było w Oddziale Udarowym (104,3%), Oddziale Chirurgii Ogólnej (84,9%) i Oddziale Chorób Wewnętrznych (83,2%), a na pozostałych dziewięciu oddziałach nie osiągnięto pożądanej wartości 80%²⁶ (najmniejsze średnie wykorzystanie łóżek szpitalnych było na Oddziale Okulistycznym²⁷ (18,9%) i Oddziale Neurologicznym (14,3%), a na pozostałych oddziałach wykorzystanie było na poziomie od 51,1% do 64,5%).

(akta kontroli str.280, 283 i 296-297)

Na pytanie, czy i jakie działania podjął KCZ w celu zwiększenia wskaźnika przelotowości łóżek szpitalnych i wskaźnika wykorzystania łóżek szpitalnych, Prezes Zarządu wyjaśnił, że wykorzystanie łóżek jest pochodną ilości przyjmowanych pacjentów i czasu hospitalizacji wynikającego z jednostek chorobowych podlegających leczeniu.

(akta kontroli str.444-446)

2.7. Z informacji uzyskanych od Starosty Starogardzkiego i Dyrektora NFZ²⁸ oraz wyjaśnień Prezesa Zarządu wynikało, że po utworzeniu PSZ nie wpłynęły skargi pacjentów dotyczące ograniczenia dostępności do świadczeń.

(akta kontroli str. 315-316, 319, 356, 360 i 450-451)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

OCENA CZĄSTKOWA

Poza utworzeniem Poradni NiŚOZ oraz Oddziału Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, po wprowadzeniu z dniem 1 października 2017 r. sieci szpitali, nie dokonano w KCZ istotnych zmian organizacyjnych powodujących zmianę alokacji zasobów. Ponieważ wcześniej KCZ nie posiadał umowy z NFZ o udzielanie świadczeń ambulatoryjnych w specjalnościach odpowiadających niektórym z realizowanych w ramach PSZ profili, tj.: neurologia, choroby wewnętrzne i pediatria oraz w zakresie rehabilitacji leczniczej, nie zostały one włączone do PSZ. Pozytywnie ocenia się podjęcie przez KCZ działań zmierzających do zapewnienia pacjentom ww. świadczeń. Nie wystąpiły ograniczenia liczby profili świadczeń po utworzeniu sieci szpitali – KCZ utrzymał wcześniejsze zakresy świadczeń i utworzył nowe komórki. Nie stwierdzono utraty trwałości działalności inwestycyjnej, w tym zakupów aparatury medycznej i inwestycji w infrastrukturę. Stwierdzono jednak niepełne wykorzystanie bazy szpitalnej (łóżek) w dziewięciu spośród 12 oddziałów szpitalnych, które w badanym okresie utrzymywało się poniżej zalecanych 80%, w tym w dwóch oddziałach nie przekraczało nawet 20%.

²⁶ „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).

²⁷ Na oddziale były 22 łóżka.

²⁸ Na podstawie art. 29 ust.1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

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

Opis stanu faktycznego

3.1. Wartość umów zawartych z NFZ²⁹ w latach 2015-2018 wzrosła ogółem o 41,7% i wyniosła:

- w 2015 r. – ogółem 50.751,0 tys. zł, z czego 33.881,0 tys. zł stanowił zakres świadczeń finansowanych w ramach ryczału PSZ, a 16.870 tys. zł – zakres świadczeń finansowanych poza ryczałem PSZ,
- w 2016 r. – ogółem 51.969,6 tys. zł, z czego 32.667,1 tys. zł stanowił zakres świadczeń finansowanych w ramach PSZ, a 19.302,5 tys. zł – zakres świadczeń finansowanych poza ryczałem PSZ,
- w 2017 r. – ogółem 59.755,4 tys. zł, z czego 32.179,2 tys. zł stanowił zakres świadczeń finansowanych w ramach PSZ, a 27.576,2 tys. zł – zakres świadczeń finansowanych poza pakietem PSZ,
- w 2018 r.³⁰ – ogółem 71.912,8 tys. zł, z czego 35.459,3 tys. zł stanowił zakres świadczeń finansowanych w ramach PSZ, a 36.453,6 tys. zł – zakres świadczeń finansowanych poza pakietem PSZ.

Wartość ogółem umów z NFZ z roku na rok rosła, a przyrost był coraz większy (odpowiednio o: 2,4%, 15,0% i 20,3%). Wartość umów w zakresie świadczeń finansowanych w ramach ryczału PSZ w latach 2015-2017 spadała (odpowiednio o: 3,6%, 1,5%, a w 2018 r. wartość ta wzrosła (o 10,2% w stosunku do 2017 r.). Natomiast wartość umów w zakresie świadczeń finansowanych poza ryczałem PSZ rosła z roku na rok (odpowiednio o 14,4%, 42,9% i 32,2%). Z roku na rok malał udział wartości zakresu świadczeń finansowanych w ramach ryczału PSZ w stosunku do wartości umów ogółem (wyniósł odpowiednio: 66,8%, 62,9%, 53,9% i 49,3%).

(akta kontroli str.280, 283, 300-301 i 452)

3.2. Wg stanu na koniec III kwartału poszczególnych lat 2015-2018³¹:

- przychody z działalności leczniczej wzrosły o 41,9% i wyniosły odpowiednio: 37.839,6 tys. zł, 38.922,7 tys. zł, 42.100,9 tys. zł i 53.691,5 tys. zł,
- koszty działalności leczniczej wzrosły o 40,7% i wyniosły odpowiednio: 40.063,2 tys. zł, 41.502,6 tys. zł, 45.007,9 tys. zł i 56.365,9 tys. zł, w tym koszty wynagrodzeń (osobowych i bezosobowych) – odpowiednio: 11.007,7 tys. zł, 11.722,8 tys. zł, 13.048,9 tys. zł i 15.095,3 tys. zł, a koszty medycznych usług obcych – odpowiednio: 10.815,0 tys. zł, 11.266,2 tys. zł, 13.022,5 tys. zł i 17.676,5 tys. zł,
- osiągnięto stratę netto w wysokości 959,2 tys. zł, 1.488,6 tys. zł, 1.579,7 tys. zł i 1.341,4 tys. zł, przy czym strata na działalności leczniczej wyniosła odpowiednio: 2.223,6 tys. zł, 2.037,5 tys. zł, 2.251,1 tys. zł i 2.988,3 tys. zł,
- zobowiązania krótkoterminowe wyniosły odpowiednio: 6.812,1 tys. zł, 6.725,8 tys. zł, 11.739,1 tys. zł i 7.425,6 tys. zł, w tym zobowiązania wymagalne – odpowiednio: 1.325,9 tys. zł, 338,8 tys. zł, 30,0 tys. zł i 46,3 tys. zł,
- zobowiązania długoterminowe w latach 2015-2017 nie wystąpiły, a w 2018 r. wyniosły 1.055,2 tys. zł.

Według stanu na koniec poszczególnych lat 2015-2017 KCZ osiągnął zysk w wysokości odpowiednio: 14,4 tys. zł, 20,1 tys. zł i 149,6 tys. zł.

(akta kontroli str. 280, 283, 298 i 458-469)

²⁹ Wartość umów po ostatnim aneksie bez wartości ugód.

³⁰ Wg stanu na 4 grudnia.

³¹ Ponieważ czynności kontrolne zostały zakończone przed sporządzeniem sprawozdania finansowego za 2018 r., analizie porównawczej podlegały dane wg stanu na koniec III kwartału.

Głównymi przyczynami wzrostu zobowiązań krótkoterminowych w IV kwartale 2017 r. były inwestycje związane z rozszerzeniem działalności o zakres kardiologii inwazyjnej i budową ładowiska dla śmigłowców. Wzrost zobowiązań wymagalnych w III kwartale 2018 r. wystąpił wskutek ujęcia w księgach rachunkowych faktury, która wpłynęła do działu księgowego w dniu, w którym przypadał termin zapłaty, natomiast zobowiązania długoterminowe w III kwartale 2018 r. wynikały z zaciągniętego przez KCZ kredytu inwestycyjnego przeznaczonego na finansowanie wydatków związanych z utworzeniem kardiologii inwazyjnej.

(akta kontroli str. 291, 482-485 i 513-536)

Prezes Zarządu wyjaśnił, że pogłębiająca się strata na działalności leczniczej wynika z gwałtownego wzrostu kosztów usług zewnętrznych i płac, przy niezmienionej od 2008 r. wycenie świadczeń, po której szpital uzyskuje zapłatę z NFZ (w przypadku niektórych procedur wycena została obniżona). Należy mieć na uwadze, że PSZ obowiązuje od roku, a dopiero kompleksowa analiza sytuacji pozwala na podjęcie odpowiednich działań. Jednym ze sposobów poprawy wyników działalności leczniczej było zwiększenie przychodów poprzez rozszerzenie działalności leczniczej oraz wzrost obrotów, tj. dodatkowe operacje usunięcia zaćmy, wszczepienia endoprotez, czego potwierdzeniem jest ogólny wzrost liczby osób hospitalizowanych o 802 w roku 2017 do 2016. Niemniej, przy tak niekorzystnej wycenie procedur działaniem do rozważenia i podjęcia przez KCZ będzie ograniczenie działalności leczniczej nierentownej ze szkodą dla mieszkańców powiatu starogardzkiego.

(akta kontroli str.482 i 485)

3.3. W celu dostosowania szpitala i przychodni do wymagań PSZ poniosło wydatki w łącznej wysokości 2.497,00 tys. zł w związku z rozszerzeniem działalności leczniczej o zakres kardiologii inwazyjnej.

(akta kontroli str.513-534)

3.4. W trzech pierwszych kwartałach poszczególnych lat 2015-2018³²:

- wskaźnik zyskowności netto³³ wyniósł odpowiednio: (-)2,4%, (-)3,7%, (-)3,6% i (-)2,4%,
- wskaźnik zyskowności na działalności operacyjnej³⁴ wyniósł odpowiednio: (-)2,1%,(-)3,4%, (-)3,4% i (-)2,2%,
- wskaźnik zyskowności aktywów³⁵ wyniósł odpowiednio: (-)6,3%, (-)9,7%, (-)8,7% i (-)6,9%,
- wskaźnik bieżącej płynności wyniósł odpowiednio: 0,77, 0,70, 0,96 i 1,11,
- wskaźnik szybkiej płynności³⁶ wyniósł odpowiednio: 0,04, 0,04, 0,07 i 0,15,
- wskaźnik rotacji należności (w dniach)³⁷ wyniósł odpowiednio: 45,84, 45,73, 50,57 i 35,53,

³² Ponieważ kontrola została zakończona przed sporządzeniem sprawozdania finansowego za 2018 r., analizie porównawczej podlegały dane wg stanu na koniec III kwartału.

³³ Wskaźnik zyskowności netto (%) = (wynik netto x 100%)/(przychody netto ze sprzedaży produktów + przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów + pozostałe przychody operacyjne + przychody finansowe). Wskaźnik zyskowności netto (%) pokazuje jaką część przychodów stanowi odnotowany zysk lub strata. W ten sposób jest określona efektywność gospodarki finansowej w odniesieniu do relacji przychody ogółem - koszty ogółem podmiotu.

³⁴ Wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej (%) = (wynik z działalności operacyjnej x 100%)/(przychody netto ze sprzedaży produktów + przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów + pozostałe przychody operacyjne). Wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej (%) określa ekonomiczną efektywność działania podmiotu, z uwzględnieniem działalności podstawowej oraz pozostałej działalności operacyjnej.

³⁵ Wskaźnik zyskowności aktywów (%) = (wynik netto x 100%)/średni stan aktywów, gdzie średni stan aktywów to suma aktywów razem na koniec poprzedniego roku obrotowego i aktywów razem na koniec bieżącego roku obrotowego podzielona przez 2.

³⁶ Wskaźnik szybkiej płynności = (aktywa obrotowe - należności krótkoterminowe z tytułu dostaw i usług, o okresie spłaty powyżej 12 miesięcy - krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe (czynne) - zapasy)/(zobowiązania krótkoterminowe - zobowiązania z tytułu dostaw i usług, o okresie wymagalności powyżej 12 miesięcy + rezerwy na zobowiązania krótkoterminowe). Wskaźnik szybkiej płynności określa zdolność podmiotu do spłacania zobowiązań krótkoterminowych najbardziej płynnymi aktywami, tj. krótkoterminowymi należnościami i aktywami finansowymi.

- wskaźnik rotacji zobowiązań (w dniach) ³⁸ wyniósł odpowiednio: 35,36, 31,81, 47,43 i 30,85,
- wskaźnik zadłużenia aktywów wyniósł odpowiednio: 53,4%, 48,1%, 60,6% i 49,2%,
- wskaźnik wypłacalności³⁹ wyniósł odpowiednio: 1,25, 1,06, 1,76 i 1,15.

Według stanu na koniec poszczególnych lat 2015-2017 sytuacja ekonomiczna była lepsza. I tak:

- wskaźnik zyskowności netto wyniósł odpowiednio: 0,03%, 0,04%, 0,23%,
- wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej wyniósł odpowiednio: 0,53%, 0,53% i 0,27%,
- wskaźnik zyskowności aktywów wyniósł odpowiednio: 0,09%, 0,13% i 0,83%,
- wskaźnik bieżącej płynności wyniósł odpowiednio: 1,16, 1,26 i 1,23,
- wskaźnik szybkiej płynności wyniósł odpowiednio: 0,84, 0,96 i 0,88,
- wskaźnik rotacji należności wyniósł odpowiednio: 36,10, 37,31 i 34,24,
- wskaźnik rotacji zobowiązań wyniósł odpowiednio: 23,88, 22,50 i 22,47,
- wskaźnik zadłużenia aktywów wyniósł odpowiednio: 46,0%, 41,1% i 44,5%,
- wskaźnik wypłacalności wyniósł odpowiednio: 0,97, 0,92 i 0,94.

(akta kontroli str.285, 299 i 470)

3.5. Zakład Diagnostyki Bakteriologicznej KCZ uzyskał 31 grudnia 2017 r. świadectwo Centralnego Ośrodka Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej potwierdzające uzyskanie pozytywnych wyników w Ogólnopolskim Sprawdzaniu Wiarygodności Badań Mikrobiologicznych „POLMICRO 2017”, w zakresie oceny preparatów mikroskopowych, identyfikacji, lekowrażliwości i mechanizmów oporności na leki bakteryjnych czynników etiologicznych zakażeń, dzięki któremu KCZ uzyskało współczynnik korygujący (ql,j)⁴⁰ o wartości 0,005 – zwiększający wysokość ryczałtu PSZ na I i II półrocze 2018 r.

KCZ uzyskało 7 maja 2018 r. certyfikat akredytacyjny Ministra Zdrowia, potwierdzający spełnianie standardów akredytacyjnych dla lecznictwa szpitalnego⁴¹, dzięki któremu uzyskało współczynnik korygujący o wartości 0,01 – zwiększający wysokość ryczałtu PSZ na II półrocze 2018 r.

Ponadto, w związku ze zmianą parametrów świadczeń opieki zdrowotnej sprawozdawanych w ryczałcie w okresie obliczeniowym, w porównaniu do okresu porównawczego, polegającą na wzroście liczby jednostek sprawozdawczych świadczeń ambulatoryjnych o co najmniej 5%, KCZ uzyskało współczynnik korygujący o wartości 0,01 – zwiększający wysokość ryczałtu na II półrocze 2018 r.

(akta kontroli str. 441-443 i 471-481)

³⁷ Wskaźnik rotacji należności (w dniach) = (średni stan należności z tytułu dostaw i usług x liczba dni w okresie (365))/(przychody netto ze sprzedaży produktów + przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów), gdzie średni stan należności z tytułu dostaw i usług to suma tych należności na koniec poprzedniego roku obrotowego i na koniec bieżącego roku obrotowego podzielona przez 2. Wskaźnik rotacji należności (w dniach) określa długość cyklu oczekiwania podmiotu na uzyskanie należności za świadczone usługi. Im wyższy poziom wskaźnika, tym podmiot ma większe trudności ze ściąganiem swoich należności, co może obniżyć zdolność do terminowego regulowania zobowiązań.

³⁸ Wskaźnik rotacji należności (w dniach) = (średni stan należności z tytułu dostaw i usług x liczba dni w okresie (365))/(przychody netto ze sprzedaży produktów + przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów), gdzie średni stan należności z tytułu dostaw i usług to suma tych należności na koniec poprzedniego roku obrotowego i na koniec bieżącego roku obrotowego podzielona przez 2. Wskaźnik rotacji należności (w dniach) określa długość cyklu oczekiwania podmiotu na uzyskanie należności za świadczone usługi. Im wyższy poziom wskaźnika, tym podmiot ma większe trudności ze ściąganiem swoich należności, co może obniżyć zdolność do terminowego regulowania zobowiązań.

³⁹ Wskaźnik wypłacalności = (zobowiązania długoterminowe + zobowiązania krótkoterminowe + rezerwy na zobowiązania)/fundusz własny. Wskaźnik wypłacalności określa wielkość funduszy obcych przypadającą na jednostkę funduszu własnego. Wysoka wartość wskaźnika wskazuje na możliwość utraty zdolności do regulowania przez podmiot zobowiązań.

⁴⁰ Zgodnie z § 2 pkt 32 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1783, ze zm.), jeden ze współczynników korygujących związany z jakością procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, wyznaczany dla świadczeniodawcy, na okres planowania, zgodnie z tabelą nr 2 załącznika do rozporządzenia.

⁴¹ O którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2016 r. poz. 2135).

Stwierdzone
nieprawidłowości

OCENA CZĄSTKOWA

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

Wprowadzenie PSZ nie zagwarantowało odpowiedniego poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez KCZ. Pomimo, że poziom finansowania świadczeń opieki zdrowotnej systematycznie rósł, a dynamika przyrostu była coraz większa, na koniec III kwartału poszczególnych lat 2015-2018 KCZ nie wypracowało zysków, a strata na działalności leczniczej rosła. Na koniec poszczególnych lat 2015-2017 KCZ osiągało jednak dodatni wynik finansowy. Pozytywnie ocenia się uzyskanie przez KCZ dodatnich wskaźników korygujących, związanych z jakością procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz wzrostem liczby jednostek sprawozdawczych świadczeń ambulatoryjnych, które umożliwiły zwiększenie wysokości ryczałtu PSZ w 2018 r.

IV. Uwagi i wnioski

W związku z niestwierdzeniem nieprawidłowości Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag ani wniosków.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Gdańsk,¹⁴...stycznia 2019 r.

Kontroler

Rafał Wieczorkowski
główny specjalista kontroli
państwowej



.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli

Delegatura w Gdańsku

Dyrektor

2 up

WICEDYREKTOR DELEGATURY
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
w Gdańsku



Ewa Duszka

.....
podpis