



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Olsztynie

LOL – 4101-011-03/2014

P/14/061

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Olsztynie

ul. Artyleryjska 3e, 10-165 Olsztyn

T +48 89 678 82 00, F +48 89 678 82 30

lol@nik.gov.pl

Adres korespondencyjny: Skr. poczt. P-69, 10-950 Olsztyn

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 Olsztynie

Kontrolerzy

1. Krzysztof Śleszyński, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 90874 z dnia 10 lipca 2014 r.
2. Marian Staszewski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 90879 z dnia 23 lipca 2014 r.
3. Joanna Łukasik, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 90870 z dnia 26 czerwca 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 1-6)

*Jednostka
kontrolowana* Szpital Powiatowy w Nowym Mieście Lubawskim spółka z o.o. z siedzibą w Nowym Mieście Lubawskim (dalej: „Szpital” lub „Spółka”)

*Kierownik jednostki
kontrolowanej* Jan Karwowski, Dyrektor

(dowód: akta kontroli str. 7)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości¹ działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

*Uzasadnienie
oceny ogólnej*

Podstawą tej oceny jest prawidłowe przeprowadzenie procesu utworzenia spółki kapitałowej i przejęcia większości świadczeń zdrowotnych od Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Nowym Mieście Lubawskim (dalej: „SP ZOZ”), brak istotnych zmian w rodzaju i zakresie przejętych od SP ZOZ świadczeń medycznych, zapewnienie odpowiedniego personelu i sprzętu medycznego. Pogarszająca się sytuacja finansowa Spółki była w głównej mierze zależna od wysokości świadczeń zakontraktowanych i rozliczonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły:

- nieuwzględnienia w regulaminie organizacyjnym Szpitala poradni diabetologicznej,
- nieokreślenia w cenniku wysokości opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej,
- nieokreślenia szczegółowych zasad prowadzenia dokumentacji medycznej i jej udostępniania,
- podnjęcia części powierzchni szpitalnych bez zgody właściciela nieruchomości.

¹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

Opis stanu
faktycznego

1. Utworzenie Spółki

1.1. Spółka, w której 100% udziałów o wartości 50 tys. zł objął Powiat Nowomiejski (dalej: „Powiat”), została utworzona na podstawie uchwały Rady Powiatu w Nowym Mieście Lubawskim (dalej: „Rada”) z 6 sierpnia 2004 r. Celem powstania spółki było utworzenie przez nią Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (dalej: „NZOZ”). Spółka, której akt założycielski spisano 2 września 2004 r., została zarejestrowana w Krajowym Rejestrze Sądowym 17 grudnia 2004 r.

(dowód: akta kontroli str. 8-11)

1.2. Uchwałą z 29 października 2004 r. Rada przyjęła program działań związanych z ograniczeniem działalności SP ZOZ, określający terminy ich realizacji, sposoby wykonania i osoby za nie odpowiedzialne. W dniu 30 listopada 2004 r., w terminie określonym w ww. programie działań, Rada uchwaliła ograniczenie działalności SP ZOZ, polegające na zaprzestaniu wykonywania wszystkich dotychczasowych świadczeń medycznych, z wyjątkiem świadczeń realizowanych przez poradnię chorób płuc i gruźlicy. Nieprzerwane udzielanie świadczeń, bez ograniczenia ich dostępności, warunków i jakości, miał zapewnić utworzony przez Spółkę NZOZ.

(dowód: akta kontroli str. 12-15)

Zgromadzenie Wspólników Spółki, uchwałą z 14 stycznia 2005 r., utworzyło NZOZ i nadało mu statut. W dniu 15 lutego 2005 r. NZOZ uzyskał wpis do prowadzonego przez Wojewodę Warmińsko-Mazurskiego rejestru zakładów opieki zdrowotnej i z dniem 1 marca 2005 r. przejął wszelkie prawa i obowiązki wynikające z zawartych przez SP ZOZ z Narodowym Funduszem Zdrowia Warmińsko-Mazurskim Oddziałem Wojewódzkim w Olsztynie (dalej: „NFZ”) umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem świadczeń udzielanych w ramach pozostającej w gestii SP ZOZ Poradni Chorób Płuc i Gruźlicy.

(dowód: akta kontroli str. 16-28)

1.2.1. SP ZOZ, przed ograniczeniem działalności, ponosił straty wynoszące w latach 2001-2004 odpowiednio: -76,6 tys. zł, -561,5 tys. zł, -635,7 tys. zł i -508,2 tys. zł. W 2006 r. osiągnął dodatni wynik finansowy w wysokości 154,4 tys. zł. W wyniku przeprowadzonych działań restrukturyzacyjnych zobowiązania krótkoterminowe SP ZOZ zmniejszyły się na koniec 2005 r., w porównaniu do roku poprzedniego, o 4,7 mln zł (do poziomu 2,5 mln zł), przy jednoczesnym wzroście zobowiązań długoterminowych (o 4,6 mln zł). W 2013 r. SP ZOZ, prowadzący poradnię chorób płuc i gruźlicy, został przekształcony w spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością, a Powiat przejął we władanie użytkowane przez niego nieruchomości oraz kredyt (2,5 mln zł) zaciągnięty na spłatę zobowiązań.

(dowód: akta kontroli str. 29-32)

1.3. Zgodnie z obowiązkiem wynikającym z art. 18a ust. 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej² (dalej: „ustawa o zoz”) oraz art. 23 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej³ (dalej: „ustawa o działalności leczniczej”) Dyrektor ustalił odpowiednio regulaminy: porządkowy (zarządzeniem z 25 lutego 2005 r.) oraz organizacyjny (zarządzeniem z 31 grudnia 2012 r.). Określały one m.in. sposób i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych i zawierały wszystkie elementy wymagane ww. ustawami.

(dowód: akta kontroli str. 33)

² Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.

³ Dz. U. z 2013 r., poz. 217 ze zm.

Ustalone
nieprawidłowości

W regulaminie organizacyjnym nie uwzględniono poradni diabetologicznej, funkcjonującej w Szpitalu od 1 stycznia 2011 r. Było to spowodowane, według wyjaśnień Dyrektora Szpitala, przeoczeniem. W trakcie kontroli NIK ww. poradnia została wprowadzona do regulaminu organizacyjnego Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 34-48)

Opis stanu
faktycznego

1.4. Uchwałą z 21 grudnia 2004 r. Rada wyraziła zgodę na zbycie na rzecz Spółki majątku ruchomego SP ZOZ służącego m.in. udzielaniu świadczeń zdrowotnych. W uchwale określono m.in., że nieumorzone środki trwale zostaną sprzedane za cenę odpowiadającą ich wartości księgowej, a wyposażenie oraz całkowicie umorzone środki trwale zostaną zbyte za 10% ceny ich nabycia. Na podstawie umowy sprzedaży z 22 grudnia 2004 r. Szpital nabył od SP ZOZ majątek ruchomy obejmujący m.in. aparaturę i sprzęt medyczny za łączną cenę 884,1 tys. zł, którą wpłacił w terminie określonym w umowie, tj. do końca 2009 r. Nabyty od SP ZOZ majątek ruchomy, służący do udzielania świadczeń zdrowotnych, nie był wynajmowany przez Szpital innym podmiotom, ani nie został sprzedany.

(dowód: akta kontroli str. 49-51)

1.5. W latach 2011-2014 (do 30 kwietnia) Szpital, w celu udzielania świadczeń zdrowotnych, użytkował nieruchomości wynajmowane m.in. od SP ZOZ oraz dzierżawione od Powiatu. Do 31 grudnia 2013 r. Szpital dysponował m.in.:

- budynkami i budowlami o łącznej powierzchni 4.514 m² na podstawie umowy najmu z 3 stycznia 2005 r. zawartej z SP ZOZ⁴ (na najem nieruchomości stanowiących własność Powiatu i będących w bezpłatnym użytkowaniu SP ZOZ Rada wyraziła zgodę uchwałami z 21 grudnia 2004 r. i 25 października 2005 r.)
 - w latach 2011-2012 miesięczny czynsz wynosił 31,3 tys. zł, a w 2013 r. – 29,6 tys. zł,
- budynkiem o powierzchni 1.835 m² na podstawie umowy użyczenia z 24 maja 2010 r., a od 1 stycznia 2012 r. – umowy dzierżawy z 28 grudnia 2011 r., zawartej z Powiatem (miesięczny czynsz wynosił od 2012 r. 4,6 tys. zł),

Od 1 stycznia 2014 r. ww. nieruchomości wykorzystywane przez Szpital do udzielania świadczeń zdrowotnych zostały objęte zawartą z Powiatem 30 grudnia 2013 r. umową dzierżawy (miesięczny czynsz w kwocie 9,6 tys. zł płacony był terminowo).

W 2012 r. część nieruchomości dzierżawionej od Powiatu (93,1 m²) została podnajęta przez Szpital na bufet gastronomiczny, a następnie, od 1 stycznia 2014 r., na „szkołę rodzenia” (40 m²).

W latach 2011-2013 Szpital nieterminowo regulował opłaty z tytułu najmu i dzierżawy. Zobowiązania z tego tytułu wobec SP ZOZ regulował z opóźnieniem wynoszącym od 4 do 61 dni (29 opłat) oraz 248 dni (ostatnia opłata), a wobec Starostwa – od 1 do 4 dni (4 opłaty). Zapłacone przez Szpital odsetki za zwłokę wyniosły 8,20 zł (odsetki naliczone przez Starostwo).

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że wynikało to z pogarszającej się płynności finansowej Szpitala oraz z ustalonych w umowach terminów zapłaty, wcześniejszych od terminów przekazywania środków przez NFZ. Opóźnienia w płatnościach były uzgadniane z SP ZOZ, dzięki czemu nie naliczał on odsetek za zwłokę.

(dowód: akta kontroli str. 49-62)

Ocena częściowa

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

⁴ W związku z przekształceniem SP ZOZ w spółkę kapitałową w miejsce wynajmującego wstąpił, z dniem 29 sierpnia 2013 r., Powiat.

2. Sytuacja finansowa Szpitala

2.1. W latach 2011-2014 (do 30 kwietnia) Spółka uzyskała przychody ogółem w łącznej wysokości 72.812,2 tys. zł, w tym w:

- 1) 2011 r. przychody ogółem wyniosły 20.862,5 tys. zł, w tym:
 - przychody ze sprzedaży – 20.443,5 tys. zł, w tym z tytułu: realizacji umów zawartych z NFZ – 19.281,9 tys. zł, sprzedaży usług medycznych pozostałym jednostkom – 710,9 tys. zł, sprzedaży detalicznej usług medycznych – 349,8 tys. zł, sprzedaży materiałów (leki) – 85,8 tys. zł, pozostałej sprzedaży – 15,1 tys. zł,
 - pozostałe przychody operacyjne – 376,5 tys. zł (w tym m.in. 277,0 tys. zł – amortyzacja środków trwałych zakupionych z funduszy unijnych i 50,3 tys. zł – dofinansowanie stażu rezydenta),
 - przychody finansowe – 42,5 tys. zł (w tym: 23,5 tys. zł – odsetki i 20,0 tys. zł umorzona pożyczka),
- 2) 2012 r. przychody ogółem wyniosły 21.967,4 tys. zł (wzrost o 5,3% w porównaniu do 2011 r.), w tym:
 - przychody ze sprzedaży – 21.476,8 tys. zł (5,1% więcej niż w 2011 r.), w tym z tytułu: realizacji umów zawartych z NFZ – 20.265,8 tys. zł (5,1% więcej niż w 2011 r.), sprzedaży usług medycznych pozostałym jednostkom – 715,1 tys. zł, sprzedaży detalicznej usług medycznych – 369,8 tys. zł, sprzedaży leków – 87,9 tys. zł, pozostałej sprzedaży – 38,2 tys. zł,
 - pozostałe przychody operacyjne – 477,9 tys. zł (w tym m.in. 394,2 tys. zł – amortyzacja środków trwałych zakupionych z funduszy unijnych i 47,8 tys. zł – dofinansowanie stażu rezydenta),
 - przychody finansowe – 12,7 tys. zł (odsetki),
- 3) 2013 r. przychody ogółem wyniosły 22.567,9 tys. zł (wzrost o 2,7% w porównaniu do 2012 r.), w tym:
 - przychody ze sprzedaży – 21.896,6 tys. zł (2,0% więcej niż w 2012 r.), w tym z tytułu: realizacji umów zawartych z NFZ – 20.657,7 tys. zł (1,9% więcej niż w 2012 r.), sprzedaży usług medycznych pozostałym jednostkom – 596,0 tys. zł, sprzedaży detalicznej usług medycznych – 509,1 tys. zł, sprzedaży leków – 100,4 tys. zł, pozostałej sprzedaży – 33,4 tys. zł,
 - pozostałe przychody operacyjne – 670,7 tys. zł (w tym m.in. 529,6 tys. zł – amortyzacja środków trwałych zakupionych z funduszy unijnych i 23,6 tys. zł – dofinansowanie stażu rezydenta),
 - przychody finansowe – 0,6 tys. zł (odsetki),
- 4) 2014 r. (do 30 kwietnia) przychody ogółem wyniosły 7.414,4 tys. zł, w tym:
 - przychody ze sprzedaży – 7.208,9 tys. zł, w tym z tytułu: realizacji umów zawartych z NFZ – 6.717,0 tys. zł, sprzedaży usług medycznych pozostałym jednostkom – 227,3 tys. zł, sprzedaży detalicznej usług medycznych – 223,4 tys. zł, sprzedaży leków – 32,8 tys. zł, pozostałej sprzedaży – 8,5 tys. zł,
 - pozostałe przychody operacyjne – 205,4 tys. zł (w tym m.in. 160,4 tys. zł – amortyzacja środków trwałych zakupionych ze środków unijnych),
 - przychody finansowe – 0,1 tys. zł (odsetki).

(dowód: akta kontroli str. 63-75)

2.2. W regulaminie organizacyjnym Szpitala określono ogólne zasady udostępniania dokumentacji medycznej pacjenta oraz maksymalne wysokości opłat za te czynności wynoszące:

- 0,002 przeciętnego wynagrodzenia za stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej,
- 0,0002 przeciętnego wynagrodzenia za stronę kopii dokumentacji medycznej.

Maksymalna wysokość tych opłat była zgodna z postanowieniami art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁵.

W latach 2011-2014 (do 30 kwietnia) Szpital uzyskał z ww. tytułu łączne przychody w kwocie 0,7 tys. zł. W okresie tym wysokość pobieranej opłaty wynosiła 0,50 zł za stronę i została ustalona przez Dyrektora Szpitala oraz przekazana, w formie ustnej dyspozycji, pracownikom odpowiedzialnym za jej pobieranie.

(dowód: akta kontroli str. 34-37 i 63)

Ustalone
nieprawidłowości

Dyrektor Szpitala nie określił:

- w cenniku wprowadzonym w drodze zarządzenia opublikowanego na stronie internetowej Szpitala i na tablicy ogłoszeń, wysokości opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej, pomimo że obowiązek ten wynikał z § 51 ust. 4 regulaminu organizacyjnego,
- szczegółowych zasad prowadzenia dokumentacji medycznej i jej udostępniania, do czego był zobowiązany § 52 regulaminu organizacyjnego.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że wynikało to z przeoczenia i zarządzeniem z dnia:

- 4 sierpnia 2014 r., opublikowanym na stronie internetowej Szpitala i na tablicy ogłoszeń, ustalił wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej w wysokości 0,50 zł za stronę,
- 5 sierpnia 2014 r. określił zasady prowadzenia, przechowywania i udostępniania pacjentom dokumentacji medycznej dotyczącej ich stanu zdrowia i udzielonych świadczeń zdrowotnych.

(dowód: akta kontroli str. 76-81)

Opis stanu
faktycznego

2.3. Szpital wdrażał system informatyczny umożliwiający prowadzenie i wymianę dokumentacji medycznej w formie elektronicznej zgodnie z przepisami ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia⁶. Proces ten obejmował dwa etapy. I tak w latach 2011-2012 Szpital realizował, finansowany ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Warmia i Mazury 2007-2013, projekt pn. „Tworzenie i rozbudowa narzędzi i systemów informatycznych prowadzących do osiągania sprawnej organizacji wewnętrznej oraz sprawnej obsługi pacjentów”. Wartość projektu wynosiła 1.396,4 tys. zł, w tym 1.186,9 tys. zł – dofinansowanie ze środków Unii Europejskiej. Zakończony w grudniu 2012 r. projekt umożliwił pacjentom Szpitala e-rejestrację oraz zapoznanie się on-line z historią chorób i wynikami badań. W dniu 20 grudnia 2013 r. Szpital zawarł z Samorządem Województwa Warmińsko-Mazurskiego umowę o wartości 915,5 tys. zł (w tym dofinansowanie ze środków europejskich – 778,2 tys. zł) na realizację drugiego etapu ww. projektu, polegającego na rozwoju dostępu do usług medycznych on-line w zakresie udostępniania przez internet dokumentacji medycznej pacjentom Szpitala oraz innym podmiotom prowadzącym działalność leczniczą. Planowane zakończenie realizacji projektu ma nastąpić 31 maja 2015 r. Do 31 lipca 2014 r. Szpital z tytułu jego realizacji otrzymał 4,7 tys. zł dofinansowania (17 czerwca 2014 r.).

⁵ Dz. U. z 2012 r., poz. 159 ze zm.

⁶ Dz. U. z 2011 r. Nr 113, poz. 657 ze zm.

Kwota środków publicznych otrzymanych przez Szpital w latach 2011-2014 (do 30 kwietnia) wyniosła 1.186,9 tys. zł i została przeznaczona na realizację pierwszego etapu ww. projektu (m.in. na zakup sprzętu informatycznego z oprogramowaniem).

(dowód: akta kontroli str. 80-82)

2.4. W latach 2011-2014 (do 30 kwietnia) Szpital wykonał świadczenia medyczne pięciu nieubezpieczonym pacjentom, uzyskując przychody z tego tytułu w kwocie 10,4 tys. zł. Na koniec lat 2011-2013 i na 30 kwietnia 2014 r. nie wystąpiły należności z ww. tytułu.

(dowód: akta kontroli str. 83)

2.5. W 2011 r. Szpital osiągnął zysk brutto w wysokości 65,5 tys. zł, a zapłacony podatek dochodowy wyniósł 10,3 tys. zł. W kolejnych latach wynik finansowy był ujemny i wynosił: 319,1 tys. zł w 2012 r., 639,8 tys. zł w 2013 r. i 94,7 tys. zł w 2014 r. (do 30 kwietnia).

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że przyczyną ww. strat był niższy od kosztów funkcjonowania oddziałów szpitalnych poziom finansowania przez NFZ świadczeń medycznych. Wysokość i sposób finansowania poszczególnych świadczeń medycznych narzuca jednostronnie płatnik, a Szpital nie ma żadnych możliwości negocjacyjnych. NFZ nie zapewnia wzrostu finansowania wynikającego m.in. ze wzrostu inflacji, płacy minimalnej, składek rentowych i cen ubezpieczeń od odpowiedzialności cywilnej. W 2013 r. NFZ obniżył wycenę świadczeń szpitalnych średnio o 10%, a w 2014 r. poziom finansowania oddziałów szpitalnych przez NFZ jest niższy o 238,2 tys. zł w stosunku do poziomu roku poprzedniego. Dyrektor zaznaczył również, że pomimo trudnej sytuacji finansowej, Spółka jest cały czas obciążana czynszem z tytułu użytkowania nieruchomości szpitalnych (płacony na rzecz SP ZOZ i Powiatu czynsz wyniósł w 2012 r. – 431,2 tys. zł, a w 2013 r. – 410,2 tys. zł). Sytuacja Spółki omawiana jest na każdym posiedzeniu Zgromadzenia Wspólników z udziałem Zarządu Powiatu.

(dowód: akta kontroli str. 54-62 i 84)

Stan zobowiązań długo- i krótkoterminowych Szpitala (zobowiązania nie były wymagalne) wynosił na koniec:

- 2011 r. – 3.403,1 tys. zł (w tym krótkoterminowe 1.900,6 tys. zł),
- 2012 r. – 3.442,5 tys. zł (2.007,0 tys. zł),
- 2013 r. – 3.170,4 tys. zł (1.943,0 tys. zł),
- 30 kwietnia 2014 r. – 3.260,5 tys. zł (2.033,1 tys. zł).

(dowód: akta kontroli str. 54-59 i 85)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na pogarszającą się sytuację finansową Spółki, osiągającej od 2012 r. ujemny wynik finansowy (w 2013 r., w porównaniu do roku poprzedniego, strata wzrosła o 100,5%). Pomimo wzrostu przychodów ze sprzedaży, w tym przychodów z NFZ (o 5,1% w 2012 r. i o 1,9% w 2013 r.) systematycznie powiększała się strata na sprzedaży wynosząca: w 2011 r. -245,2 tys. zł, w 2012 r. -699,2 tys. zł (wzrost o 185,2%) i w 2013 r. -1.215,5 tys. zł (wzrost o 73,8%). Niepokojące jest także pogarszanie się wskaźników płynności finansowej – w poszczególnych latach 2011-2013 m.in. wskaźnik bieżącej płynności wyniósł odpowiednio: 1,27, 0,83 i 0,64 (przy bezpiecznym poziomie od 1,2 do 2,0), a wskaźnik handlowej zdolności rozliczeniowej: 1,37, 1,13 i 1,03 (przy pożądanym poziomie 1,0).

(dowód: akta kontroli str. 54-59, 64-75 i 86-96)

Opis stanu
faktycznego

2.6. W latach 2011-2014 (do 30 kwietnia) Szpital nie uzyskiwał przychodów z tytułu zbycia środków trwałych oraz dzierżawy aparatury lub sprzętu medycznego. Uzyskiwał natomiast przychody z tytułu wynajmu powierzchni szpitalnych innym

podmiotom odpowiednio w wysokości: 7,0 tys. zł, 23,1 tys. zł, 21,0 tys. zł i 3,8 tys. zł. Na 30 kwietnia 2014 r. Szpital wynajął innym podmiotom 5,0% powierzchni budynków będących w jego dyspozycji (tj. 383,2 m² spośród 7.664,6 m²). Nieruchomości będące własnością Spółki wynajęto na: poradnię ortopedyczną, gabinet stomatologiczny oraz biura, a część nieruchomości dzierżawionej od Powiatu wynajęto na tzw. „szkołę rodzenia”.

(dowód: akta kontroli str. 54-59 i 63)

Ustalone
nieprawidłowości

Wynajęcie od stycznia 2014 r., bez zgody Zarządu Powiatu, wymaganej § 3 ust. 6 umowy dzierżawy z 30 grudnia 2013 r., części nieruchomości, tj. lokalu o powierzchni 40 m² na tzw. „szkołę rodzenia” za cenę 98,40 zł miesięcznie. Do 31 sierpnia 2014 przychody Szpitala z tytułu ww. umowy wyniosły 688,80 zł.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: „W 2011 r. Zarząd Powiatu wyraził zgodę na wynajem pomieszczeń na działalność gastronomiczną w piwnicy budynku bloku operacyjnego. Wynajęty 1 stycznia 2014 r. lokal, w którym najemca urządził szkołę rodzenia, stanowił część zlikwidowanego bufetu. W związku z tym uznałem, że zgoda z 2011 r. na wynajem pomieszczeń, w których funkcjonował bufet obejmuje także kolejnych najemców, bez względu na rodzaj prowadzonej działalności. Planuję wystąpić do Zarządu Powiatu o wyrażenie zgody na wynajem części powierzchni bufetu z przeznaczeniem na prowadzenie szkoły rodzenia.”

NIK zauważa jednak, że zgoda, na którą powołano się w powyższych wyjaśnieniach, dotyczyła pomieszczeń o innej powierzchni i przeznaczeniu niż pomieszczenie użytkowane na potrzeby szkoły rodzenia. Fakt braku takiej zgody potwierdzają również uzyskane w toku kontroli wyjaśnienia Wicestarosty Nowomiejskiego.

(dowód: akta kontroli str. 97-106 i 257)

Opis stanu
faktycznego

2.7. W latach 2011-2014 (do 30 kwietnia) Spółka nie ujmowała „nadwykonań” świadczeń medycznych w fakturach przesyłanych do NFZ w ramach rozliczenia kontraktów. Wszystkie świadczenia ponadlimitowe za ww. okres w kwocie 196,9 tys. zł zostały zafakturowane po podpisaniu z NFZ ugody.

(dowód: akta kontroli str. 84)

2.8. Koszty funkcjonowania Szpitala w badanym okresie wyniosły ogółem 73.800,1 tys. zł, w tym w:

- 2011 r. – 20.797,0 tys. zł, z czego 34,8% (7.234,4 tys. zł) stanowiły koszty udzielonych świadczeń zdrowotnych, a 60,2% – koszty wynagrodzeń wraz z pochodnymi (12.524,4 tys. zł, w tym 10.256,5 tys. zł – wynagrodzenia personelu medycznego),
- 2012 r. – 22.286,4 tys. zł, z czego 33,4% (7.444,8 tys. zł) – koszty udzielonych świadczeń zdrowotnych, a 61,2% – koszty wynagrodzeń (13.630,5 tys. zł, w tym 11.537,3 tys. zł – personelu medycznego),
- 2013 r. – 23.207,7 tys. zł, z czego 35,2% (8.170,0 tys. zł) – koszty udzielonych świadczeń zdrowotnych, a 59,2% – koszty wynagrodzeń (13.734,7 tys. zł, w tym 11.624,9 tys. zł – personelu medycznego),
- 2014 r. (do 30 kwietnia) – 7.509,0 tys. zł, z czego 34,1% (2.564,0 tys. zł) – koszty udzielonych świadczeń zdrowotnych, a 60,7% – koszty wynagrodzeń (4.555,5 tys. zł, w tym 3.881,2 tys. zł – personelu medycznego).

(dowód: akta kontroli str. 54-59 i 107)

2.9. W latach 2011-2014 (do 30 kwietnia) przeciętny stan zatrudnienia (w etatach) wynosił od 93,4 do 96,2. Świadczenie pracy odbywało się w oparciu o umowy o pracę, kontrakty i umowy zlecenia. Według stanu na 30 kwietnia 2014 r. w Szpitalu zatrudnionych było 212 osób, w tym:

- 47 lekarzy, w tym 1 na umowę o pracę, a 46 na kontraktach (w 2011 r. 2 na umowę o pracę i 45 na kontraktach),
- 76 pielęgniarek, w tym 43 na umowę o pracę, a 33 na kontraktach (w 2011 r. odpowiednio: 44 i 29),
- 74 osób pozostałego personelu medycznego (m.in. 26 położnych, 12 laborantów, 16 ratowników, 4 techników rentgenowskich, 4 statystyków medycznych), w tym 38 na umowę o pracę, a 36 na kontraktach (w 2011 r. odpowiednio: 36 i 40),
- 15 osób personelu niemedycznego.

W ww. okresie liczba zatrudnionych lekarzy wahała się od 41 do 47, a pielęgniarek – od 73 do 76. Wiek lekarzy wynosił od 27 do 74 lat (średnio 48 lat), a pielęgniarek od 35 do 60 lat (średnio 48 lat). Na dzień 30 kwietnia 2014 r. wiek:

- poniżej 40 lat posiadało 6 lekarzy (12,8%) i 7 pielęgniarek (9,5%),
- od 40 do 50 lat – 21 lekarzy (44,7%) i 38 pielęgniarek (51,3%),
- powyżej 50 lat – 20 lekarzy (42,5%) i 29 pielęgniarek (39,2%).

(dowód: akta kontroli str. 54-59 i 108-112)

2.10. Spółka nie prowadziła rachunku kosztów udzielenia poszczególnych procedur medycznych finansowanych przez NFZ ponieważ, jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala, nie ma to wpływu na cenę świadczeń przez niego opłacanych. Koszty procedur finansowanych z innych źródeł, tj. finansowanych przez inne podmioty lecznicze lub zakłady pracy, oparte były o kalkulacje kosztów ich realizacji i na bieżąco weryfikowane oraz dopasowywane do sytuacji rynkowej. Dotyczyło to np. badań laboratoryjnych, świadczeń z zakresu medycyny pracy lub usług transportu sanitarnego.

2.11. Analiza rentowności świadczeń kontraktowanych przez NFZ realizowana była w Spółce na poziomie poszczególnych komórek organizacyjnych (poradnie specjalistyczne i oddziały szpitalne). Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w wyniku tych analiz stwierdzono, że poziom finansowania oddziałów szpitalnych nie pokrywa uzasadnionych kosztów ich funkcjonowania, zapewniających utrzymanie oddziałów w ciągłej gotowości. Natomiast w przypadku ambulatoryjnej opieki specjalistycznej brak rentowności może skutkować rezygnacją z wykonywania danej procedury medycznej lub całkowitą likwidacją nierentownej poradni. Dlatego też, po przeprowadzonej analizie rentowności (zmniejszyła się liczba pacjentów), z dniem 1 kwietnia 2014 r., zakończono realizację świadczeń w zakresie kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nad pacjentem z cukrzycą, a pacjenci przekierowani zostali do zwykłej poradni diabetologicznej Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 80-81)

2.12. W latach 2011-2014 (do 30 kwietnia) 10, spośród 25, komórek organizacyjnych udzielających świadczeń zdrowotnych Szpitala uzyskało ujemne wyniki finansowe, tj. m.in.:

- laboratorium diagnostyczne – odpowiednio: -821,1 tys. zł, -859,9 tys. zł, -873,0 tys. zł i -248,5 tys. zł,
- pracownia RTG-USG i tomografii komputerowej: -360,1 tys. zł, -542,4 tys. zł, -782,0 tys. zł i -220,5 tys. zł,
- sterylizacja: -389,3 tys. zł, -423,3 tys. zł, -402,9 tys. zł i -111,0 tys. zł.

Wynikało to z faktu, iż ww. komórki nie posiadały finansowania ze środków NFZ i uzyskiwały przychody wyłącznie ze świadczeń odpłatnych, realizując jednocześnie świadczenia głównie na rzecz innych komórek organizacyjnych Szpitala.

Ujemne wyniki finansowe osiągnął w ww. okresie także m.in.:

- oddział anestezjologii – odpowiednio: -803,9 tys. zł, -836,1 tys. zł, -845,6 tys. zł i -265,3 tys. zł,
- blok operacyjny: -689,3 tys. zł, -714,7 tys. zł, -747,9 tys. zł i -233,0 tys. zł.

Obie powyższe komórki organizacyjne nie posiadały żadnych źródeł przychodów i wykonywały świadczenia wyłącznie dla oddziałów szpitalnych. Koszty ich działalności były rozliczane w kosztach oddziałów, na rzecz których wykonywały świadczenia.

(dowód: akta kontroli str. 113-116)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że nie szacował kosztów jednostkowych udzielonych świadczeń zdrowotnych, ponieważ Szpital pracuje w trybie ostrym i jest zobowiązany do udzielania świadczeń wszystkim pacjentom, którzy potrzebują pomocy medycznej, a za świadczenie te płaci NFZ według własnych kalkulacji.

(dowód: akta kontroli str. 80-81)

2.13. Zarząd oraz członkowie Rady Nadzorczej posiadali kwalifikacje niezbędne do zarządzania Spółką. Dyrektor Szpitala posiadał 17-letnie doświadczenie zawodowe na stanowiskach kierowniczych, w tym 10 lat na stanowiskach kierowniczych w służbie zdrowia. Natomiast członkowie Rady Nadzorczej spełniali warunek wynikający z art. 41 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej, posiadali bowiem certyfikaty potwierdzające zdanie egzaminu dla kandydatów na członków rad nadzorczych.

(dowód: akta kontroli str. 117-118)

2.14. W Szpitalu opracowano i wdrożono receptariusz szpitalny, zawierający na dzień 1 marca 2013 r. 578 pozycji leków uszeregowanych w układzie alfabetycznym. Modyfikacją i aktualizacją receptariusza zajmował się, powołany przez Dyrektora 8 stycznia 2013 r., Komitet Terapeutyczny. Komitet ten m.in. opracował zasady wprowadzania i wykreślenia leków z receptariusza i procedurę stosowania leków spoza tej listy oraz dodał do niej w marcu 2013 r. 28 nowych pozycji.

(dowód: akta kontroli str. 119-126)

Spółka podejmowała również inne działania mające na celu ograniczenie kosztów działalności Szpitala, polegające m.in. na:

- outsourcingu usług (sprzątanie, praca salowych, żywienie pacjentów, usługi pralnicze, obsługa gospodarcza, usługi transportu sanitarnego, wynajem tomografu),
- zmianie umowy na dostawę energii elektrycznej (dobór korzystniejszej taryfy), co przyniosło oszczędności w wysokości ok. 100 tys. zł rocznie,
- wynegocjowaniu obniżenia w 2014 r. opłat za najem nieruchomości szpitalnych o 24,6 tys. zł miesięcznie.

(dowód: akta kontroli str. 60-62)

2.15. Przy tworzeniu w 2004 r. Spółki i ograniczeniu w 2005 r. działalności SP ZOZ nie sporządzono biznes planu. Dyrektor Szpitala, będący w 2004 r. także Dyrektorem SP ZOZ, wyjaśnił, że wykonywał wówczas robocze analizy finansowe, które były wykorzystywane przy organizacji pracy Spółki. Pozwoliło to zbilansować przychody i koszty w pierwszych latach jej funkcjonowania.

(dowód: akta kontroli str. 80-81)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości działalność w badanym obszarze.

3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych

3.1. W badanym okresie Spółka świadczyła w niezmiennym rodzaju i zakresie:

- leczenie szpitalne we wszystkich jednostkach Szpitala,
- transport sanitarny,
- ratownictwo medyczne wykonywane przez zespoły podstawowe i specjalistyczne,
- świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (w zakresie dermatologii i wenerologii, kardiologii, logopedii, neonatologii, diabetologii, onkologii oraz badań przewodu pokarmowego),
- nocną i świąteczną opiekę zdrowotną.

Wprowadzone natomiast w latach 2011-2014 (do 30 kwietnia) zmiany do zakresu udzielanych świadczeń medycznych dotyczyły m.in.:

- wydzielenia od 1 stycznia 2014 r. świadczeń zabiegowych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej dotyczącej urologii i chirurgii ogólnej,
- likwidacji z dniem 1 stycznia 2012 r. poradni neurologicznej i poradni ginekologiczno-położniczej w związku z brakiem możliwości spełnienia wymogów zarządzenia Nr 29/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 czerwca 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna,
- zlikwidowania z dniem 1 kwietnia 2014 r. kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nad pacjentem z cukrzycą (brak rentowności świadczenia).

W ww. okresie Szpital prowadził także m.in. laboratorium diagnostyczne, pracownię endoskopii, pracownię RTG-USG i tomografii komputerowej oraz aptekę.

Szpital nie dokonywał w badanym okresie rozpoznania potrzeb zdrowotnych populacji objętej swoim działaniem, gdyż rozpoznanie takie przeprowadzał NFZ w uzgodnieniu z Wojewodą Warmińsko-Mazurskim i samorządami.

(dowód: akta kontroli str. 41-43 i 127-133)

W badanym okresie Szpital nie ograniczał wykonywania świadczeń nierentownych i nie rozszerzał realizacji świadczeń rentownych. Zakontraktowane przez Szpital w poszczególnych latach zakresy świadczeń, określane w punktach rozliczeniowych, były zmieniane w ciągu roku i dostosowywane do rzeczywistego zapotrzebowania na poszczególne ich rodzaje. Szpital nie ograniczał liczby badań diagnostycznych w badanym okresie.

Liczba łóżek w Szpitalu wynosiła: 128 w 2011 r., 130 – w 2012 r., 126 w 2013 r. i 125 – na 30 kwietnia 2014 r. Największe średnie wykorzystanie łóżek w Szpitalu, od 55,6% do 65,7%, odnotowano na oddziale chirurgicznym, natomiast najniższe, wynoszące od 40,5% do 53,4%, było na oddziale dziecięcym.

(dowód: akta kontroli str. 54-59, 134-143 i 255-256)

Zakupiony w 2009 r. do pracowni endoskopii, ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Warmia i Mazury na lata 2007-2013, sprzęt medyczny nie był wykorzystywany w badanym okresie do udzielania odpłatnych świadczeń. Sprzęt ten zwiększył dostępność do badań gastrokopii i kolonoskopii, za które Szpital otrzymywał należności z NFZ w ramach zawartych kontraktów.

(dowód: akta kontroli str. 144)

3.2. Szpital prowadził elektronicznie jedną listę oczekujących na udzielenie świadczeń w ramach umów z NFZ. W latach 2011-2014 (do 30 kwietnia) pacjenci oczekiwali na planową hospitalizację finansowaną przez NFZ w trzech następujących oddziałach szpitalnych:

- chirurgicznym, w którym czas oczekiwania wynosił odpowiednio: 23, 24, 27 i 27 dni,
- urologii jednego dnia – odpowiednio: 24, 25, 38 i 34 dni,
- ginekologiczno-położniczym – odpowiednio: 14, 16, 15 i 15 dni.

Natomiast na udzielenie porad oczekiwano w ww. okresie w następujących poradniach:

- diabetologicznej, w której czas oczekiwania wynosił – odpowiednio: 120, 125, 130 i 79 dni,
- kardiologicznej – odpowiednio: 100, 102, 103 i 26 dni,
- urologicznej – odpowiednio: 46, 48, 76 i 71 dni,
- neurologicznej – 77 (w 2011 r.).

(dowód: akta kontroli str. 131-133 i 145)

3.3. W latach 2011-2014 (do 30 kwietnia) nie wystąpiły przypadki odmowy przyjęcia pacjenta do Szpitala z powodu braku miejsc. Natomiast 10.223 pacjentów nie zostało przyjętych na hospitalizację, gdyż udzielono im pomocy na Centralnej Izbie Przyjęć (nie zakwalifikowano ich do leczenia szpitalnego i skierowano do poradni specjalistycznych).

Spośród 23.563 pacjentów przyjętych w ww. okresie do Szpitala 573 z nich przeniesiono do dalszego leczenia w 28 innych jednostkach, w szczególności: do Szpitala Powiatowego w Iławie – 209 pacjentów, Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Olsztynie – 132, Centrum Kardiologii „Allenort” w Iławie – 90, Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie – 59 i Powiatowego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Ostródzie – 23 pacjentów.

(dowód: akta kontroli str. 146-147)

3.4. Wyposażenie oraz obsada kadrowa w oddziałach: chirurgicznym i chorób wewnętrznych odpowiadały wymogom określonym przez NFZ. Stwierdzono bowiem, że w badanym okresie Szpital:

- posiadał sprzęt i aparaturę medyczną, które wymagane były przez NFZ na dzień złożenia oferty dotyczącej udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach chirurgii i chorób wewnętrznych w zakresie hospitalizacji,
- zatrudniał na każdym z ww. oddziałów minimum dwóch specjalistów z dziedziny chirurgii i chorób wewnętrznych, tj. zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r.⁷ oraz z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁸.

(dowód: akta kontroli str. 148-214)

3.5. W wyniku analizy 46.732 peseli pacjentów wykazanych przez Szpital w rozliczeniach z NFZ za 2013 r. (dane pobrano z NFZ i porównano z danymi zawartymi w zbiorczej dokumentacji medycznej Szpitala) stwierdzono, iż pacjenci ci faktycznie byli leczeni w tej placówce medycznej.

(dowód: akta kontroli str. 45-48 i 215-225)

3.6. Szpital w okresie od 1 stycznia 2011 r. do 30 kwietnia 2014 r. nie korzystał z aplikacji informatycznej „Optymalizator JGP” z powodu, jak pisał Dyrektor Szpitala, zbyt wysokich kosztów zakupu oprogramowania służącego do optymalizowania rozliczeń z NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 226)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w badanym obszarze.

⁷ Dz. U. z 2013 r., poz. 1520

⁸ Dz. U. z 2009 r. Nr 140, poz. 1143 (uchylone z dniem 22 grudnia 2013 r.)

4. Kontrola wewnętrzna i zewnętrzna w Spółce

4.1. W latach 2011-2014 (do 30 kwietnia) w Szpitalu zostało przeprowadzonych 36 kontroli zewnętrznych, w tym: Warmińsko-Mazurski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Olsztynie przeprowadził 18 kontroli, Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Olsztynie – sześć, Warmińsko-Mazurski Urząd Wojewódzki – pięć, NFZ – cztery, natomiast Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego, Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz Wojewódzki Inspektorat Ochrony Roślin i Nasiennictwa w Olsztynie – po jednej kontroli. W ww. okresie Powiat nie przeprowadzał w Spółce kontroli.

W przypadku 22 kontroli Szpital nie otrzymał zaleceń pokontrolnych. Natomiast w pozostałych przypadkach:

- kontrola NFZ stwierdziła m.in. nienależne pobranie 20,2 tys. zł (kwota została przez Szpital zwrócona),
- kontrole przeprowadzone przez Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa wykazały m.in. brak autoryzacji badań i zaleciły, aby do czasu wdrożenia zdalnej autoryzacji Szpital zapewnił autoryzację wyników przez wzywanie diagnosty laboratoryjnego (jeśli badanie wykonywane jest przez technika),
- wykazane przez kontrolerów Warmińsko-Mazurskiego Urzędu Wojewódzkiego braki formalne zabezpieczenia usług żywieniowych i pralniczych w czasie podwyższonej gotowości obronnej i w czasie wojny Szpital zaproponował wyeliminować poprzez wprowadzenie zmian w nowych umowach na te usługi, po wybraniu w 2013 r. dostawców w wyniku nowych postępowań o zamówienia publiczne.

(dowód: akta kontroli str. 238-243)

4.2. W latach 2011-2014 (do 30 kwietnia) Szpital nie prowadził rejestru skarg. Według wyjaśnień Dyrektora Szpitala w okresie tym nie wpływały pisemne skargi na działalność Spółki. Skargi zgłaszane ustnie (od 5 do 10 rocznie) dotyczyły głównie postępowania lekarzy dyżurujących w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej oraz Centralnej Izby Przyjęć i były załatwiane niezwłocznie przez Dyrektora (nie zostało to udokumentowane). Skargi te, zdaniem Dyrektora, były bezzasadne, mimo tego instruował on lekarzy w zakresie właściwego postępowania z pacjentami.

(dowód: akta kontroli str. 45-48)

W latach 2011-2014 (do 30 kwietnia) NFZ Oddział Wojewódzki w Olsztynie nie odnotował skarg pacjentów na działalność Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 252-253)

4.3. W Szpitalu, zarządzeniem Dyrektora z 5 lipca 2010 r., został powołany Komitet Kontroli Zakażeń Zakładowych. Komitet składał się z 12 członków i był utworzony m.in. w celu planowania metod kontroli zakażeń szpitalnych, opracowania i wdrożenia procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami szpitalnymi przy zachowaniu obowiązujących standardów oraz bieżącego dozoru i przestrzegania standardów higieny szpitalnej.

Komitet ten m.in. opracował dla komórek medycznych Szpitala procedury zapewniające ochronę przed zakażeniami szpitalnymi. W latach 2011-2014 (do 30 kwietnia) obowiązywało m.in. 17 procedur w oddziale wewnętrznym i 20 procedur w oddziale chirurgicznym. Procedury te odpowiadały wymaganiom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie

sposobu dokumentowania realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz warunków i okresu przechowywania tej dokumentacji⁹.

Dyrektor Szpitala, wypełniając obowiązek wynikający z art. 14 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi¹⁰, zarządzeniem z 5 lipca 2010 r. powołał Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych, składający się z trzech członków. Osoby wchodzące w skład Zespołu posiadały kwalifikacje wymagane rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych¹¹. Zespół ten, w ramach kontroli wewnętrznej, przeprowadził w Szpitalu w badanym okresie 17 kontroli mających na celu zapobieganie zakażeniom szpitalnym, w tym trzy kontrole w 2011 r., dwie w 2012 r., osiem w 2013 r. i cztery w 2014 r. (do 30 kwietnia).

(dowód: akta kontroli str. 227-237 i 244-251)

Szpital był w badanym okresie czterokrotnie kontrolowany w zakresie nadzoru przeciwepidemicznego przez Warmińsko-Mazurskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego. Kontrole, którymi objęto procedury zapobiegania zakażeniom szpitalnym, rejestry zakażeń szpitalnych i kontrolę wewnętrzną, nie stwierdziły nieprawidłowości.

Spółka przekazała Warmińsko-Mazurskiemu Państwowemu Wojewódzkiemu Inspektorowi Sanitarnemu roczny raport o zakażeniach zakładowych i drobnoustrojach alarmowych za 2011 r. oraz okresowe raporty o bieżącej sytuacji epidemiologicznej Szpitala za 2012 r. i 2013 r. w terminach określonych w § 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala¹².

(dowód: akta kontroli str. 227-229)

4.4. W badanym okresie czterech pacjentów oraz Lotnicze Pogotowie Ratunkowe ZOZ Warszawa dochodziło od Szpitala roszczeń na drodze sądowej (trzy sprawy) oraz przed Wojewódzką Komisją ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Olsztynie (dwie sprawy) na łączną kwotę 629,8 tys. zł (w tym za: błędy lekarskie – 524,6 tys. zł, zakażenie szpitalne – 100,0 tys. zł, transport lotniczy – 5,2 tys. zł). Wszystkie trzy powództwa zostały przez sąd oddalone (prawomocne wyroki), z których dwa dotyczyły błędów lekarskich (224,6 tys. zł), a jeden (5,2 tys. zł) – zapłaty, według stawek komercyjnych, za transport śmigłowcem nieubezpieczonego pacjenta. Roszczenia dochodzone przed ww. Komisją dotyczyły błędu lekarskiego (roszczenie w kwocie 300,0 tys. zł) i zakażenia szpitalnego (100,0 tys. zł) i nie zostały do 27 sierpnia 2014 r. rozstrzygnięte. Powyższe sprawy nie spowodowały dla Spółki dodatkowych kosztów – były one prowadzone przez radcę prawnego zatrudnionego w ramach umowy na obsługę prawną Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 254)

4.5 W Spółce nie powołano komórki kontroli wewnętrznej. Kontrolę taką wykonywała położna epidemiologiczna przy doraźnym udziale innych pracowników Szpitala. W latach 2011-2014 (do 30 kwietnia) przeprowadzono 17 kontroli oddziałów, pracowni i przychodni, mających na celu zapobieganie zakażeniom szpitalnym i pozaszpitalnym, w tym trzy kontrole w 2011 r., dwie w 2012 r., osiem w 2013 r. i cztery kontrole do 30 kwietnia 2014 r. Trzy kontrole stwierdziły nieprawidłowości, tj.:

⁹ Dz. U. Nr 100, poz. 645

¹⁰ Dz. U. z 2013 r., poz. 947

¹¹ Dz. U. z 2014, poz. 746

¹² Dz. U. z 2011 r. Nr 294, poz. 1741

- na oddziale wewnętrznym – stwierdzono m.in. konieczność wymiany pojemników do dezynfekcji brudnych basenów, brak zestawu przeciwwstrząsowego w punkcie pielęgniarstwie i uszkodzenie glazury w łazience dla pacjentów,
- na oddziale dziecięcym – stwierdzono nieprawidłowe przyjmowanie zapasów leków,
- w poradni chirurgicznej – stwierdzono m.in. nieprawidłowe wyniki posiewów mikrobiologicznych i zalecono ponowne pobranie wymazu do badania mikrobiologicznego.

Wydane zalecenia pokontrolne zostały wykonane.

(dowód: akta kontroli str. 245-251)

4.6. Szpital nie posiadał akredytacji, o której mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia¹³. Dyrektor wyjaśnił, że nie starał się o uzyskanie takiego dokumentu, gdyż nie jest to obowiązkowe i zwiększa koszty funkcjonowania jednostki, co w sytuacji występowania strat w działalności Szpitala nie jest działaniem roztropnym, a ponadto nie przynosi żadnych korzyści finansowych. Podał, że starania o akredytację podejmie w sytuacji, gdy korzyści z posiadania będą większe niż koszty jej uzyskania.

(dowód: akta kontroli str. 45-48)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność w badanym obszarze.

Wnioski pokontrolne

IV. Uwagi i wnioski

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹⁴, wnosi o:

1. Uzyskanie zgody właściciela nieruchomości dzierżawionej przez Szpital na odpłatne oddanie jej części w użytkowanie.
2. Podjęcie działań w celu poprawy rentowności Spółki.

Prawo zgłoszenia zastrzeżeń

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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 Olsztynie.

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.

¹³ Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 418 ze zm.

¹⁴ Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.

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.

Olsztyn, dnia 9 września 2014 r.

Kontroler
Krzysztof Śleszyński
główny specjalista kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Olsztynie
Dyrektor

.....
podpis

.....
podpis