



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Zielonej Górze

LZG.410.016.04.2018

Michał Libera
Przewodniczący Rady Nadzorczej
Szpitala Międzyrzeckiego Sp. z o.o.
w Międzyrzeczu

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Szpital Międzyrzecki spółka z ograniczoną odpowiedzialnością (dalej: Szpital)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Michał Libera, Przewodniczący Rady Nadzorczej Szpitala, z dniem 26 listopada 2018 r. delegowany do wykonywania czynności Prezesa Zarządu. Wcześniej Prezesem Zarządu od dnia 10 września 2013 r. był Kamil Jakubowski.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Realizacja świadczeń ambulatoryjnych, szpitalnych i rehabilitacyjnych. 2. Zmiany w organizacji wewnętrznej szpitala oraz alokacji zasobów. 3. Sytuacja ekonomiczno-finansowa szpitala z uwzględnieniem poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej.
Okres objęty kontrolą	Lata 2017-2018 oraz lata 2015-2016 w zakresie spełniania warunków kwalifikacji do poszczególnych poziomów zabezpieczenia oraz danych finansowych i statystycznych dla celów porównawczych.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹
Jednostka przeprowadzająca kontrolę Kontrolerzy	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Zielonej Górze 1. Natalia Kajzer, główny specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr LZG/142/2018 z 18 grudnia 2018 r. 2. Andrzej Misa, specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr LZG/143/2018 z 18 grudnia 2018 r. 3. Cezary Romanczenko, Inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LZG/113/2018 z dnia 17 października 2018 r.

(akta kontroli str. 1-11)

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

Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Wprowadzenie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (dalej: *PSZ* lub *sieć szpitali*) nie spowodowało znaczących zmian w zakresie realizacji świadczeń opieki zdrowotnej, jednocześnie jednak pogłębiła się bardzo trudna już sytuacja finansowa Szpitala.

Szpital zapewniał pacjentom kompleksowe świadczenia ambulatoryjne i szpitalne, chociaż nie każdy z pacjentów z nich skorzystał. Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej, także w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, odbywała się w sposób nieprzerwany.

Wprowadzenie PSZ nie wiązało się z koniecznością zmian w organizacji Szpitala. Nie doszło również do utraty trwałości zrealizowanych działań inwestycyjnych. W większości oddziałów nie zaszły także znaczące zmiany w zakresie wykorzystania łóżek szpitalnych, czy ich przelotowości.

Szpital w badanym okresie znajdował się w bardzo trudnej sytuacji ekonomiczno-finansowej, na którą niewielki wpływ miało wprowadzenie sieci szpitali. Poprzez niepełne wykonanie ryczałtu PSZ w IV kw. 2017 r., Szpital dopuścił do naliczenia negatywnych (ujemnych) współczynników przy określaniu wysokości finansowania świadczeń na 2018 r., co jeszcze pogłębiło stratę na działalności leczniczej. Szpital nadal posiadał znaczne zobowiązania, w tym wymagalne oraz osiągał bardzo niskie wartości wskaźników ekonomiczno-finansowych.

Mimo, iż podjęto działania na rzecz uzyskania w 2018 r. wyższej kwoty ryczałtu PSZ poprzez uzyskanie dodatknych współczynników korygujących, to wzrost ten w niewielkim stopniu pokrył zmniejszenie ryczałtu po IV kwartale 2017 r., a Szpital świadczenia wykonane ponad jego wartość zmuszony był sfinansować ze środków własnych. W ocenie NIK istnieje ekonomiczne zagrożenie dla dalszego funkcjonowania Szpitala.

II. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej³ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Realizacja świadczeń ambulatoryjnych, szpitalnych i rehabilitacyjnych

Opis stanu faktycznego

1.1. Szpital został zakwalifikowany od 1 października 2017 r. do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (dalej: *PSZ* lub *sieć szpitali*) jako szpital II stopnia⁴.

Świadczenia opieki zdrowotnej realizowane były w oparciu o umowę zawartą z Lubuskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: *LOW NFZ*) nr 0403/0015/17/PSZ z dnia 29 września 2017 r. (dalej: *umowa PSZ*) w następujących profilach i zakresach objętych wynagrodzeniem ryczałtowym (ryczałt PSZ):

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

³ Oceny częściowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena częściowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

⁴ Stosownie do art. 95i ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, ze zm.), zwanej dalej ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej.

- porady specjalistyczne w zakresie alergologii, endokrynologii, kardiologii, nefrologii dziecięcej, neurologii, leczenia bólu, neonatologii, położnictwa i ginekologii, chirurgii ogólnej, proktologii, ortopedii i traumatologii narządów ruchu, preluksacji, urologii;
- leczenie szpitalne w zakresie chorób wewnętrznych, kardiologii, anestezjologii i intensywnej terapii, pediatrii, położnictwa i ginekologii, chirurgii ogólnej, ortopedii i traumatologii narządów ruchu, urologii;
- tlenoterapia domowa.

Do umowy PSZ nie zostały włączone Poradnia Rehabilitacyjna, Laryngologiczna, Okulistyczna, Psychologiczna, Położniczo-Ginekologiczna w Pszczewie i Trzcielu, Hospicjum Domowe, Zakład Fizjoterapii i Rehabilitacji. Na ww. świadczenia Szpital zawarł odrębne umowy z LOW NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 13-45)

Finansowanie świadczeń w ramach ryczału PSZ⁵ kształtowało się następująco:

- IV kwartał 2017 r. – wartość ryczału 4.429,7 tys. zł, wartość świadczeń sprawozdanych 3.432,2 tys. zł⁶, tj. 77,5%;
- I półrocze 2018 r. – wartość ryczału 7.082,8 tys. zł, wartość świadczeń sprawozdanych 8.939,1 tys. zł, tj. 126,2%;
- II półrocze 2018 r. – wartość ryczału 7.600,7 tys. zł, natomiast wartość świadczeń sprawozdanych za III kw. 2018 r. wyniosła 3.800,3 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str.180-182)

Świadczenia w ramach ww. zakresów realizowane były przez Szpital przez cały okres umowy PSZ nieprzerwanie. Z dniem 12 marca 2018 r. zaprzestała działalności Poradnia Nefrologii Dziecięcej (opisane w pkt 2.3. niniejszego wystąpienia).

(dowód: akta kontroli str. 169)

Szpital nie zrealizował w IV kw. 2017 r. świadczeń w stopniu pozwalającym na niezmnieszenie kwoty ryczału w kolejnych okresach rozliczeniowych (opisane w pkt 3.6. niniejszego wystąpienia). Zmniejszenie ryczału PSZ na kolejny okres rozliczeniowy wynosiło łącznie 3.036,0 tys. zł, tj. o 296,0 tys. zł miesięcznie na I półrocze 2018 r. oraz 210,0 tys. zł miesięcznie na II półrocze 2018 r.

(dowód: akta kontroli str. 180-182, 184)

Odnosząc się do niepełnego wykonania umowy PSZ były Prezes Szpitala wyjaśniał m.in., że *wszystkie oddziały szpitalne i poradnie specjalistyczne pracowały bez zmian. Oddziały szpitalne przyjmowały wszystkich zgłaszających się pacjentów wymagających leczenia szpitalnego. (...) Ponadto, w niektórych poradniach zatrudniono nowych lekarzy. Szpital nigdy nie przyjmował pacjentów w celu wykazania i sprawozdania do płatnika pobytów szpitalnych oraz porad ambulatoryjnych wyłącznie po to, aby podwyższyć wykonanie kontraktu. (...)*

⁵ Ustalonego na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczału systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na pierwszy okres rozliczeniowy (Dz. U. poz. 1242) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczału systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1783, ze zm.).

⁶ Zgodnie z informacją uzyskaną z LOW NFZ w sprawie zastosowanych wskaźników korygujących wysokość ryczału PSZ oraz ustalenia jego wysokości na kolejne okresy rozliczeniowe. Wg Szpitala wykonanie to 3.562,4 tys. zł (tj. 80,4%).

Ponadto w ocenie byłego Prezesa, *na realizację mniejszej liczby świadczeń miała głównie wpływ liczba hospitalizowanych pacjentów na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Oddziale Ortopedii i Pediatrii. W tych oddziałach liczba leczonych pacjentów nie jest możliwa do zaplanowania.*

(dowód: akta kontroli str. 165-170)

Jednakże z ustaleń Komisji Rewizyjnej Rady Powiatu Międzyrzeckiego (opisane w pkt 3.8. niniejszego wystąpienia) wynikało, iż główną przyczyną niewykonania ryczałtu PSZ w IV kw. 2017 r. było błędne założenie przez byłego Prezesa zasad rozliczania ryczałtu (liczenie liczby pacjentów, a nie liczby punktów rozliczeniowych).

1.2. W zakresie liczby leczonych pacjentów oraz liczby i wartości udzielonych świadczeń w ramach ryczałtu PSZ w oddziałach: Chirurgicznym⁷ oraz Położniczo-Ginekologicznym wraz z odpowiadającymi im poradniami⁸, według stanu na koniec I półrocza 2015-2018, ustalono m.in., że:

a) w profilu chirurgia ogólna:

- w I półroczu 2018 r., w trybie stacjonarnym przyjęto 532 pacjentów, co stanowiło około 87% pacjentów przyjętych w I półroczu lat 2015-2016 oraz niemal 114% osób leczonych w I półroczu 2017 r.; liczba pacjentów przyjętych w I półroczu 2018 r. w trybie ambulatoryjnym była mniejsza od liczby pacjentów przyjętych w latach 2015-2017 o odpowiednio: 3%, 9% i 11%;
- liczba świadczeń zrealizowanych w I półroczu 2018 r. w trybie stacjonarnym kształtowała się na poziomie 646, tj. poziomie podobnym jak w 2015 r. (mniej o 3%), niższym o 25% w stosunku do 2016 r. i wyższym o 41% w stosunku do świadczeń wykonanych w 2017 r.; natomiast liczba świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym w I półroczu 2018 r. (4.094) pozostawała na poziomie o około 10% niższym niż w latach 2016-2017 i podobnym jak w roku 2015 (wykonanie niższe o 3%);
- wartość świadczeń zrealizowanych w trybie stacjonarnym miała tendencję rosnącą (od 2015 r. 1.495,8 tys. zł do 2017 r. 2.592,7 tys. zł), by spaść na koniec I półrocza 2018 r. do kwoty 1.455,7 tys. zł; natomiast wartość świadczeń wykonanych ambulatoryjnie w I półroczu 2018 r. (214,6 tys. zł) oscylowała na poziomie około 6%-7% niższym jak w latach 2016-2017 oraz 6% wyższym w stosunku do analogicznego okresu w 2015 r.

b) w profilu położniczo-ginekologicznym:

- liczba pacjentów oraz liczba świadczeń wykonanych w trybie stacjonarnym w I półroczu 2018 r. zasadniczo wzrosła w stosunku do lat poprzednich o 6%; natomiast liczba pacjentów i świadczeń udzielonych ambulatoryjnie po wdrożeniu PSZ była niższa niż w latach 2015 i 2017 o około 10%, a w stosunku do 2016 r. o niemal 20%;
- wartość świadczeń udzielonych w trybie stacjonarnym w I półroczu 2018 r. wyniosła 821,8 tys. zł i była wyższa w stosunku do lat 2015 i 2017 o 12% oraz o 16% w odniesieniu do 2016 r.; odnotowano natomiast spadek wartości świadczeń wykonanych ambulatoryjnie w 2018 r. (119,2 tys. zł) w stosunku do analogicznego okresu w poszczególnych latach 2015-2017 o odpowiednio 2%, 13% i 7%.

⁷ Oddział Chirurgii i Urologii, Poradnia Chirurgii Ogólnej.

⁸ W związku z nieprowadzeniem przez Szpital świadczeń w ramach profili zakwalifikowanych do II poziomu zabezpieczenia jednocześnie w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym, odstąpiono od badania w tym zakresie.

Odsetek liczby świadczeń w profilu chirurgia ogólna udzielonych w trybie ambulatoryjnym w stosunku do świadczeń ogółem ulegał nieznacznym wahaniom bez wyraźnego trendu⁹. W profilu położniczo-ginekologicznym latach 2015 i 2017 przedmiotowy wskaźnik pozostawał na podobnym poziomie około 80%.

W żadnym z przedmiotowych profili nie stwierdzono wzrostu liczby oczekujących na świadczenia pacjentów. W obu poradniach w żadnym z badanych okresów nie występowały kolejki. Natomiast w przypadku oddziałów:

- chirurgicznego – pacjenci byli przyjmowani bez kolejki (przypadki pilne), bądź liczba oczekujących (przypadki stabilne) spadła z 8 osób wg stanu na koniec I półrocza 2015 r. do 2 osób wg stanu na koniec analogicznego okresu 2018 r.,
- położniczo-ginekologicznego – pacjenci pilni przyjmowani byli w zasadzie bez kolejki (1 osoba oczekująca na świadczenie w 2015, bez kolejki w latach 2016-2018), bądź liczba oczekujących spadła (przypadki stabilne) z poziomu 1-2 osób w latach 2015-2016 do 0 w latach 2017-2018.

(dowód: akta kontroli str. 31-46)

Odnosząc się ww. spadku liczby przyjmowanych pacjentów, liczby i wartości zrealizowanych świadczeń w przedmiotowych profilach, Pełnomocnik ds. umów i rozliczeń świadczeń medycznych wyjaśniła, że: *W odniesieniu do mniejszej liczby pacjentek w Poradni położniczo-ginekologicznej, znaczący wpływ miał brak jednego z lekarzy pracujących w poradni, a dojeżdżającego ze Skwierzyny. Po śmierci lekarza pacjentki odeszły do innych podmiotów. Drugim powodem zmniejszenia liczby pacjentek w roku 2018 był fakt otwarcie nowego Oddziału położnictwa i ginekologii oraz poradni przyszpitalnej w pobliskim Międzychodzie. Podczas budowy i remontu szpitala w Międzychodzie i braku oddziału ginekologiczno-położniczego oraz poradni wiele pacjentek z tamtego terenu korzystało z opieki w naszym szpitalu. Natomiast w odniesieniu do Oddziału chirurgii ogólnej mniejsza liczba przyjmowanych pacjentów była podyktowana również zmianami w płatnościach pomiędzy lekarzami a szpitalem. W latach 2015, 2016 oraz do końca września 2017 roku, personel lekarski otrzymywał płatności za zrealizowane świadczenia określone w umowie. Rozliczenie odbywało się zgodnie z rozliczonymi świadczeniami przez płatnika. Ponadto w poprzednich latach za wypracowane nadwykonania można było ubiegać się o zapłatę. LOW NFZ płać w trakcie lub na koniec każdego roku za świadczenia wykonane ponad limit w umowie. W obecnej sytuacji nie ma takiej możliwości, dlatego też przyznany limit ryczałtu został podzielony pomiędzy komórki organizacyjne szpitala (oddziały i poradnie). Pomimo podziału środków ze ściśle określonej kwoty ryczałtu, w szpitalu nigdy nie ograniczano przyjęć pacjentów do szpitala. Efektem tego są wypracowane w roku 2018 tzw. „nadwykonania”. Pomimo mniejszego wykonania w Oddziale Chirurgii Ogólnej, Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii zrealizował świadczenia znacznie ponad limit (świadczenia ratujące życie).*

(dowód: akta kontroli str. 189-201)

1.3. W ramach posiadanych profili zabezpieczenia świadczeń, Szpital zapewniał pacjentom kompleksowe i koordynowane świadczenia ambulatoryjne, szpitalne i rehabilitacyjne, stosownie do ich potrzeb. Z badania dokumentacji 80 pacjentów

⁹ W I półroczu lat 2015-2018 świadczenia ambulatoryjne stanowiły odpowiednio 86%, 84%, 91% oraz 86% świadczeń zrealizowanych ogółem (tj. ambulatoryjnie i stacjonarnie).

wypisanych z oddziału zachowawczego (Oddział Internistyczno-Kardiologiczny) oraz zabiegowego (Oddział Ortopedyczny) w listopadzie 2017 r. i kwietniu 2018 r. wynikało m.in. że:

- ✓ w 39 przypadkach pacjenci potrzebowali świadczeń pohospitalizacyjnych, z czego w 26 przypadkach (66,7%) pacjenci otrzymali takie świadczenie lub zostali wpisani na listę oczekujących w kontrolowanym Szpitalu w okresie nie dłuższym niż 30 dni od zakończenia hospitalizacji, natomiast w 13 przypadkach pacjenci nie zgłosili się do wskazanej poradni przyszpitalnej;
- ✓ w 39 przypadkach pacjenci wymagali dalszego leczenia w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (dalej jako: AOS), innego niż świadczenia pohospitalizacyjne, z czego w 35 przypadkach (89,7%) otrzymali je lub zostali wpisani na listę oczekujących w kontrolowanym podmiocie; w pozostałych przypadkach pacjenci nie zarejestrowali się do wskazanych poradni;
- ✓ w 19 przypadkach pacjenci wymagali świadczeń rehabilitacyjnych, z czego w 13 przypadkach pacjentom zapewniono świadczenia w tym zakresie; w pozostałych przypadkach pacjenci nie zgłosili się do wskazanej komórki organizacyjnej Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 47-127)

1.4. Po wprowadzeniu finansowania świadczeń w ramach ryczałtu PSZ odnotowano nieznaczny wzrost liczby odmów przyjęć do Szpitala¹⁰. W analizowanych miesiącach 2015 r. odmów było 65 i 48, w 2016 r. – 55 i 58, w 2017 r. odpowiednio 63 i 69. Z kolei w marcu 2018 r. odnotowano 104 odmowy, zaś we wrześniu ich liczba spadła do 31. Liczba odmów w związku z brakiem miejsca w Szpitalu w marcu 2017 i 2018 r. wynosiła po 3, we wrześniu 2017 r. i 2018 r. – odpowiednio 1 i 4.

(dowód: akta kontroli str. 128)

Z wyjaśnień Pełnomocnika ds. Kadr, Płac i Administracji wynikało, że przyczyną wzrostu liczby odmów przyjęcia do Szpitala w marcu 2018 r. był głównie brak wskazań do hospitalizacji.

(dowód: akta kontroli str. 152-160)

1.5. Badanie wpływu wprowadzenia ryczałtu PSZ na dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej (według stanu na koniec II kwartału 2017 r. i 2018 r.) wykazało, że:

a) liczba oczekujących:

- ✓ w odniesieniu do przypadków stabilnych w 3 spośród 5 oddziałów nie stwierdzono zmian (brak kolejek); w Oddziale Chirurgii Ogólnej nastąpiło zmniejszenie kolejki z 3 do 2 osób, natomiast w Oddziale Internistycznym liczba oczekujących zwiększyła się z 0 do 2 osób; w 5 poradniach udzielających świadczeń w ramach ryczałtu PSZ nie stwierdzono zmian; w 7 przypadkach odnotowano zmniejszenie kolejek (w szczególności: w Por. Alergologicznej z 77 do 38 osób, w Por. Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej z 87 do 49 osób i w Por. Neurologicznej z 58 do 4 osób); natomiast wzrost liczby oczekujących odnotowano w Por. Kardiologicznej z 7 do 21 osób);
- ✓ w odniesieniu do przypadków pilnych nie odnotowano zmian w żadnym z 5 oddziałów (brak kolejek) oraz 7 poradniach; spadek liczby

¹⁰ Analiza liczby odmów zarejestrowanych w księdze odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych za miesiące marzec i wrzesień kolejnych lat (2015-2018) Izby Przyjęć.

oczekujących odnotowano w 4 poradniach (np. w Poradni Neurologicznej stwierdzono skrócenie kolejki z 9 do 3 osób), a wzrost – w 2 poradniach, tj. Kardiologicznej (nieznaczny wzrost z 1 do 2 osób oczekujących) oraz Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej (wzrost z 1 do 6 osób oczekujących);

b) średni czas oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej:

- ✓ w odniesieniu do przypadków stabilnych w Oddziale Chirurgii i Urologii czas oczekiwania skrócił się z 38 do 17 dni, w dwóch oddziałach nie odnotowano zmian (bez kolejek), a w dwóch pozostałych oddziałach pacjenci oczekiwali dłużej na świadczenia (w Oddz. Internistyczno-Kardiologicznym wydłużenie z 15 do 24 dni, a w Oddz. Ortopedycznym i Traumatologii Narządów Ruchu – z 0 do 26 dni); w zakresie leczenia ambulatoryjnego w 4 poradniach¹¹ pacjenci wg stanu na 30.06.2018 r. czekali na świadczenia krócej niż 30.06.2017 r., w 3 poradniach nie stwierdzono zmian w tym zakresie (bez kolejek), natomiast w 6 poradniach czas oczekiwania wydłużył się¹²;
- ✓ biorąc pod uwagę przypadki pilne, średni czas oczekiwania pozostał bez zmian we wszystkich 5 oddziałach, w których pacjenci przyjmowani byli na bieżąco; natomiast w zakresie leczenia ambulatoryjnego w przypadku 6 poradni zanotowano spadek średniego czasu oczekiwania na świadczenia¹³, w poradniach czas ten nie uległ zmianom (bez kolejek), a w przypadku 2 poradni stwierdzono wydłużenie czasu oczekiwania¹⁴.

Według stanu na koniec I półrocza 2018 r. w przypadku 3 spośród 5 oddziałów oraz 4 spośród 13 poradni, świadczących usługi w ramach ryczału PSZ, w porównaniu do 2017 r., nie stwierdzono zmian w zakresie okresu oczekiwania na pierwszy wolny termin udzielenia świadczenia pacjentowi. W oddziałach (Internistyczno-Kardiologicznym oraz Ortopedii i Traumatologii Narządów Ruchu – w przypadkach stabilnych) pierwszy wolny termin stał się bardziej odległy¹⁵. Natomiast w przypadku leczenia w trybie ambulatoryjnym (zarówno w przypadkach pilnych, jak i stabilnych) w 6 poradniach okres oczekiwania na ten termin uległ skróceniu, a w jednej wydłużeniu¹⁶. W Poradni Alergologicznej odnotowano nieznaczne zmiany (w przypadkach pilnych wydłużenie oczekiwania na termin z 33 do 39 dni, w przypadkach stabilnych skrócenie okresu ze 108 do 95 dni), a w Poradni Endokrynologicznej – znaczące skrócenie okresu w przypadkach pilnych: ze 108 do 55 dni, a w przypadkach stabilnych: nieznaczne wydłużenie ze 166 do 172 dni).

(dowód: akta kontroli str. 129-141)

Z analizy dostępu do świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza (Oddział Rehabilitacyjny) według stanu na koniec II kwartału lat 2015-2018 wynika, że:

¹¹ Skrócenie średniego czasu oczekiwania na świadczenia stwierdzono w szczególności w poradni: Proktologicznej (z 28 do 8 dni) i Leczenia Bólu (z 25 do 0 dni).

¹² Wydłużenie średniego czasu oczekiwania na świadczenia stwierdzono w szczególności w poradni: Neurologicznej (z 90 do 130 dni), Alergologicznej (z 64 do 93 dni) i Kardiologicznej (z 38 do 102 dni).

¹³ Skrócenie średniego czasu oczekiwania na świadczenia stwierdzono w szczególności w poradni: Endokrynologicznej (z 47 do 0 dni), Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej (z 18 do 0 dni) i Gruzlicy i Chorób Płuc (z 15 do 0 dni).

¹⁴ Wydłużenie średniego czasu oczekiwania na świadczenia stwierdzono w poradni Neurologicznej (z 44 do 55 dni) oraz Kardiologicznej (z 15 do 23 dni).

¹⁵ Według stanu na koniec I półrocza 2018 r. w Oddz. Internistyczno-Kardiologicznym termin przypadał po 26 dniach, a w Oddz. Ortopedii i Traumatologii Narządów Ruchu – po 156 dniach, podczas gdy według stanu na 30.06.2017 r. pacjenci byli przyjmowani na bieżąco.

¹⁶ Poradnia Kardiologiczna (z 5 do 38 dni w przypadkach pilnych oraz z 34 do 150 dni w przypadkach stabilnych).

- a) w przypadkach pilnych, w zakresie liczby oczekujących pacjentów w 2018 r. (16 osób) odnotowano tendencję malejącą w stosunku do lat poprzednich (np. 20 osób w 2015 r. i 32 osoby w 2017 r.), natomiast średni czas oczekiwania pozostawał na podobnym poziomie jak w latach 2015-2016 (34 dni) i niższym niż w roku 2017 (54 dni); okres oczekiwania na pierwszy wolny termin w zasadzie stawał się coraz krótszy (30 dni w 2018 r., 102 dni w 2017 r., 20 dni w 2016 r. i 61 dni w 2018 r.);
- b) w przypadkach stabilnych, liczba oczekujących miała z kolei tendencję rosnącą względem lat poprzednich (od 19 dni w 2015 r. do 75 dni w 2018 r.); średni czas oczekiwania w 2018 r. (937 dni) był co prawda krótszy niż w latach 2015-2016 (odpowiednio: 950 i 980 dni), lecz wydłużył w stosunku do 2017 o prawie 3 miesiące; okres oczekiwania na pierwszy wolny termin tego rodzaju świadczeń również stawał się coraz bardziej odległy (od ponad 2 lat i 7 miesięcy w 2015 r. do niemal 3 i pół roku w 2018 r.).

(dowód: akta kontroli str. 129-141)

Pełnomocnik ds. Kadr, Płac i Administracji wyjaśniła, że długi czas oczekiwania na świadczenia w niektórych komórkach organizacyjnych Szpitala (poradnie Neurologiczna, Laryngologiczna, Alergologiczna, Gruźlicy i Chorób Płuc, Kardiologiczna, Oddział Rehabilitacji) wynikał głównie ze specyfiki poradni oraz dużego zapotrzebowania na świadczenia w tych zakresach. Są to poradnie trudno dostępne na terenie całego województwa lubuskiego, pracujące min. 3 dni w tygodniu, min. 4 godziny dziennie w tym raz w tygodniu po południu. Ponadto Poradnia Neurologii miała przerwy związane z chorobą lekarza neurologa. Oczekiwanie na świadczenie w Oddziale Rehabilitacji stacjonarnej związane było ze zmniejszeniem środków przez płatnika na świadczenia realizowane w trybie stacjonarnym na rzecz rehabilitacji realizowanej w trybie ośrodka/oddziału dziennego. Ponadto w związku ze zwiększonymi środkami na realizację świadczeń z zakresu endoprotezoplastyki, zwiększyło się zapotrzebowanie na rehabilitację po zabiegach tego typu. Jednocześnie zaznaczono, że duży wpływ na wydłużenie kolejek oczekujących miały zmiany przepisów dotyczących coraz większej grupy pacjentów objętych uprawnieniami do przyjęć poza kolejnością i bez skierowania.

Ponadto, jak wynika z wyjaśnień Pełnomocnika ds. umów i rozliczeń świadczeń medycznych, wydłużenie średniego czasu oczekiwania w przypadkach stabilnych w Poradni Kardiologicznej spowodowany był odejściem zatrudnionych w Poradni lekarzy z dniem 1 października 2017 r. w związku z przedstawieniem przez Szpital propozycji zmian w sposobie rozliczania za wykonaną pracę związanych z wprowadzeniem ryczałtu PSZ. *Wobec powyższego zmuszeni zostaliśmy do przeorganizowania pracy w Poradni, tj. zatrudniono nowych lekarzy oraz zmieniono czas pracy poradni. Wcześniej poradnia pracowała 5 dni w tygodniu po zmianach pracowała 4 dni w tygodniu, dlatego wydłużył się czas oczekiwania na świadczenie. W odniesieniu natomiast do danych dotyczących sprawozdawanego pierwszego wolnego terminu na leczenie w oddziałach szpitalnych:*

- w Oddziale internistycznym z pododdziałem kardiologii największy wpływ miała zmiana ilości dostępnych łóżek w oddziale w IV kwartale 2017 r. (zmniejszenie z 32 na 26);
- w Oddziale ortopedii i traumatologii narządu ruchu wynikały przede wszystkim ze zmiany lekarza kierującego oddziałem.

(dowód: akta kontroli str. 152-154, 189-201)

1.6. Udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej zostało objęte umową PSZ zawartą z LOW NFZ. Świadczenia te Szpital realizował nieprzerwanie,

bez pośrednictwa podwykonawców, zarówno po wejściu w życie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia, jak i przed dniem 1 października 2017 r.

Miejscem udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej oraz miejscem wyczekiwania zespołu wyjazdowego była siedziba Szpitala w Międzyrzeczu. Podstawowe zespoły wyjazdowe ratownictwa zlokalizowane były również w Trzcielu i Skwierzynie.

(dowód: akta kontroli str. 33-44)

Analiza danych w zakresie liczby świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej zrealizowanych na obszarze zabezpieczenia właściwym dla Szpitala w latach 2015-2018 (30 września) wykazała, że:

- w kolejnych latach 2015-2017 ogólna liczba porad ambulatoryjnych lekarskich zmniejszała się i wynosiła odpowiednio: 7582, 7275 i 6448, zaś na koniec III kw. 2018 r. – 4572;
- liczba porad ambulatoryjnych pielęgniarskich w 2017 r. wzrosła w stosunku do lat 2015-2016 i wynosiła w kolejnych latach: 1075, 906 i 1152. Wykonanie po III kwartałach 2018 r. – 717.
- w latach 2015-2017 udzielono pojedynczych porad lekarskich wyjazdowych zaś po III kw. 2018 r. udzielono ich 34.

(dowód: akta kontroli str. 142)

Z wyjaśnień Pełnomocnika ds. Kadr, Płac i Administracji wynikało, że od 2017 r. w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej przestali przyjmować lekarze pediatrii, co bezpośrednio wiązało się ze zmniejszoną liczbą pacjentów do 18 roku życia. Wzrost liczby porad lekarskich wyjazdowych związany był ze zmianami systemowymi w zakresie dysponowania zespołami ratownictwa medycznego (zmniejszona liczba wyjazdów zespołu ratownictwa medycznego). Liczba świadczeń udzielanych przez pielęgniarki zarówno w trybie ambulatoryjnym jak i wyjazdowym związana była bezpośrednio z liczbą zleceń jaka wpłynęła do realizacji (w 2015 r. i 2017 r. było więcej zleceń ambulatoryjnych, a mniej zleceń wyjazdowych, w przeciwieństwie do 2016 r.).

(dowód: akta kontroli str. 152-160, 171)

1.7. Po zorganizowaniu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w ramach PSZ liczba pacjentów oraz liczba procedur zakwalifikowanych do I kategorii stanu zdrowia¹⁷ w SOR w trzech kwartałach 2018 r. znacznie wzrosła w porównaniu do lat 2015-2017. I tak:

- liczba pacjentów I kategorii stanu zdrowia w latach 2015-2017 łącznie wyniosła 44¹⁸, zaś w 2018 r. (III kwartały) – 217;
- liczba procedur I kategorii stanu zdrowia w latach 2015-2017 łącznie wyniosła 120¹⁹, zaś w 2018 r. (III kwartały) – 783.

(dowód: akta kontroli str. 143)

Pełnomocnik ds. umów i rozliczeń świadczeń medycznych wyjaśniła, iż wzrost liczby pacjentów I kategorii stanu zdrowia wynikał z faktu, iż w poprzednich latach nie

¹⁷ Kategorie pacjentów oraz kategorie świadczeń zostały uregulowane w zarządzeniu Nr 69/2016/DSM Prezesa NFZ z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w zakresie: świadczenia w izbie przyjęć (uchylonym z dniem 31 marca 2018 r.), oraz w zarządzeniu Nr 16/2018/DSM Prezesa NFZ z dnia 28 lutego 2018 r. w przedmiotowym zakresie.

¹⁸ Odpowiednio 41, 1 i 2.

¹⁹ Odpowiednio 117, 1 i 2.

sprawozdawano pacjentów oraz procedur zaliczanych do I kategorii stanu zdrowia. Szpitale, które nie wykazywały pacjentów SOR z kategorii V i VI otrzymywały wyższą stawkę ryczałtu m.in. dlatego, że obsługiwały większą liczę pacjentów z I kategorii medycznej. Od początku 2018 r. wprowadzono zmiany w sprawozdawczości pacjentów hospitalizowanych w SOR z uwagi na wyższą stawkę ryczałtu.

(dowód: akta kontroli str. 171)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital zapewniał pacjentom kompleksowe świadczenia ambulatoryjne i szpitalne, chociaż nie każdy z pacjentów z nich skorzystał. Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej, także w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, odbywała się w sposób nieprzerwany. Mimo to Szpital nie zapewnił w IV kw. 2017 r. realizacji świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ryczałtem PSZ na poziomie zapewniającym jego niezmnieszenie na kolejne okresy rozliczeniowe.

OBSZAR

2. Zmiany w organizacji wewnętrznej Szpitala oraz alokacji zasobów

Opis stanu
faktycznego

2.1. Zmiany związane z wdrożeniem sieci szpitali z dniem 1 października 2017 r. nie spowodowały w Szpitalu zmian organizacyjnych, likwidacji lub łączenia komórek organizacyjnych (zachowanie struktury organizacyjnej oraz wszystkich obszarów działalności sprzed wprowadzenia PSZ). Nie wystąpiła konieczność tworzenia nowych poradni przyszpitalnych.

Poza PSZ w Szpitalu nadal funkcjonują zakresy, w których realizowane są świadczenia w ramach umów aneksowanych z LOW NFZ (opisane w pkt 1.1. wystąpienia).

(dowód: akta kontroli str. 167-170)

2.2. W latach 2015-2018 (30 września) Szpital poniósł nakłady inwestycyjne o łącznej wartości 2.302,2 tys. zł, z przeznaczeniem m.in. na modernizację pomieszczeń Szpitala (np. SOR, Oddziału Dziecięcego) oraz liczne zakupy sprzętu medycznego (np. stół operacyjny, urządzenie do mechanicznej kompresji klatki piersiowej). Duża część inwestycji została dofinansowana środkami unijnymi oraz Powiatu Międzyrzeckiego.

Po wprowadzeniu PSZ wszystkie obszary działalności Szpitala zostały zachowane oraz nie doszło do utraty trwałości zrealizowanych inwestycji.

(dowód: akta kontroli str. 144-145)

2.3. W związku z wprowadzeniem PSZ nie doszło do likwidacji profilu działalności leczniczej. Mimo włączenia do umowy PSZ Poradnia Nefrologii Dziecięcej nie udzielała świadczeń opieki zdrowotnej z uwagi na rezygnację lekarzy z pracy w Poradni. Od sierpnia 2017 r. w Poradni nie było oczekujących na udzielenie świadczeń, świadczenia były realizowane w pierwszym najbliższym dniu pracy Poradni, a od IV kw. 2017 r. nie udzielano już świadczeń. Z dniem 12 marca 2018 r. umowa PSZ w części dotyczącej Poradni została przez LOW NFZ rozwiązana. Nie wydawano żadnych zaświadczeń o wpisie na listy oczekujących.

(dowód: akta kontroli str. 172-178)

2.4. Według stanu na koniec września 2018 r. stan zatrudnienia w Szpitalu wyniósł:

- ✓ personelu lekarskiego 53,1 etatu,
- ✓ pielęgniarskiego 130,1 etatu,

✓ pozostałego personelu 81,1 etatu.

W 2018 r. odnotowano nieznaczny spadek zatrudnienia lekarzy w stosunku do lat 2015 i 2017 (odpowiednio o 1,3% i 3,8%). Natomiast w stosunku do 2016 r. spadek ten wyniósł 13%. W zakresie personelu pielęgniarskiego także odnotowano niewielki spadek zatrudnienia w stosunku do lat 2016-2017 (odpowiednio o 3,5% oraz 1,7%), a większy w stosunku do 2015 r., na koniec którego stan ten wynosił 148,5 etatu (spadek o 12,4%). Stan zatrudnienia pozostałego personelu wzrósł z 76,2 etatu w 2015 r. do 81,1 etatu w 2018 r. (wzrost o 6,5%).

Największe różnice w stanie zatrudnienia w okresie 2015-2018 (na 30 września) w poszczególnych komórkach organizacyjnych Szpitala odnotowano w:

- Oddziale Internistyczno-Kardiologicznym, w którym w 2015 r. liczba lekarzy w przeliczeniu na etaty wynosiła 9, a w 2018 r. – 5,7;
- Oddziale Chirurgii Ogólnej i Urologii, w którym stan zatrudnienia pielęgniarek spadł z 16,5 etatu w 2015 r. do 11,8 etatu w 2018 r.;
- Oddziale Ginekologiczno-Położniczym, w którym liczba etatów pielęgniarskich spadła z 21 w 2015 r. do 14,2 w 2018 r.;
- SOR i ZRM, gdzie stan zatrudnienia pozostałego personelu wzrósł z 22 etatów w 2015 r. do 29,5 etatu w 2018 r.

(dowód: akta kontroli str. 146)

2.5. Z analizy porównawczej średniego czasu hospitalizacji oraz liczby i wykorzystania łóżek szpitalnych na poszczególnych oddziałach Szpitala w trzech pierwszych kwartałach lat 2015-2018 wynika między innymi, że:

- liczba łóżek na poszczególnych oddziałach szpitalnych w zasadzie nie uległa zmianom; wyjątek stanowił Oddział Dziecięcy, który dysponował 25 łózkami w latach 2017-2018 r., podczas gdy w latach poprzednich – 20 łózkami oraz Oddział Internistyczno-Kardiologiczny, na którym liczba łóżek zmalała z 32 w latach 2015-2017 do 26 w 2018 r.;
- jedynym oddziałem, w którym średni czas hospitalizacji znacząco uległ zmianie był Oddział Rehabilitacji, na którym wydłużył się on z około 20 dni w latach 2015-2017 do 46 dni w roku 2018; w pozostałych oddziałach Szpitala w badanym okresie nie odnotowano istotnych zmian;
- najwyższy poziom średniego wykorzystania łóżek szpitalnych w 2018 r. wystąpił w Oddziałach: Internistyczno-Kardiologicznym – 79,5%, Rehabilitacji – 79,1%, Noworodkowym – 66,4% oraz Anestezjologii i Intensywnej Terapii – 62,1%, zaś najniższy w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym – 6,6% i Położniczo-Ginekologicznym – 46,3%; w większości oddziałów Szpitala, w okresie od 2015 r. do końca III kwartału 2018 r., nie odnotowano znaczących zmian w zakresie ww. wskaźnika²⁰;
- w 2018 r. (I-III kwartał) najwyższą wartość wskaźnika przelotowości, z którego wynika ilu chorych korzystało kolejno z jednego łóżka szpitalnego, odnotowano w Szpitalnym Oddziale Ratowniczym (441,1) oraz Oddziale Noworodkowym (50,2), zaś najniższą w Oddziale Rehabilitacyjnym (10,5); w okresie 2015-2018 (do 30 września) w większości oddziałów szpitalnych nie stwierdzono znaczących różnic w ramach przedmiotowego wskaźnika,

²⁰ Największe zmiany wystąpiły w następujących oddziałach: Dziecięcym, w którym średnie wykorzystanie łóżek w latach 2015-2016 kształtowało się na poziomie ponad 60%, by w latach 2017-2018 spaść do poziomu 45%-48%, a także Internistyczno-Kardiologicznym, w którym wskaźnik ten w latach 2015-2016 oscylował na poziomie około 70%, by spaść w 2017 r. do 63,5%, a następnie po wprowadzeniu PSZ osiągnąć w 2018 r. poziom niemal 80%.

przy czym tendencja wzrostowa wystąpiła przede wszystkim w oddziałach: Internistyczno-Kardiologicznym (z 30,9 w 2015 r. do 39,4 w 2018 r.) oraz SOR (z 398,6 w 2015 r. do 441,1 w 2018 r.), natomiast spadkowa w Oddziałach: Dziecięcym (z 43 w 2015 r. do 37,9 w 2018 r.) oraz Chirurgii i Urologii (z 35,1 w 2015 r. do 29,6 w 2018 r.).

(dowód: akta kontroli str. 147-148)

Odnosząc się do wzrostu średniego czasu hospitalizacji w Oddziale Rehabilitacji, Pełnomocnik ds. umów i rozliczeń świadczeń medycznych wyjaśniła, że zmiana ta spowodowana była zmianą sposobu rozliczania i sprawozdawania zrealizowanych świadczeń. Do końca 2016 r. w rehabilitacji stacjonarnej obowiązywały zasady pobytu pacjenta w oddziale przez 21 dni, a rozliczenie odbywało się poprzez wyceniony każdy odbyty osobdzień. W przypadku konieczności przedłużenia pobytu konieczne było wystąpienie o zgodę do Dyrektora NFZ. Dlatego cykl pobytu ograniczał się najczęściej do 21 dni. Od początku 2017 r. radykalnie uległy zmianie zasady rozliczania zrealizowanych świadczeń, zaczęły obowiązywać zasady rozliczania pacjenta grupą JGP, a wycena świadczenia bez względu na długość pobytu jest uwarunkowana grupą. Od czasu wprowadzenia tych zmian lekarz sprawujący opiekę w porozumieniu z fizjoterapeutą określa czas pobytu potrzebny dla zakończenia wymaganej rehabilitacji.

(dowód: akta kontroli str. 189-201)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Wprowadzenie PSZ nie spowodowało znaczących zmian w zakresie udzielanych świadczeń oraz nie wiązało się z koniecznością wprowadzenia zmian w organizacji Szpitala. Nie doszło również do utraty trwałości zrealizowanych działań inwestycyjnych. Szpital podejmował właściwe działania w celu optymalizacji pracy oddziałów, a niższe wskaźniki wykorzystania łóżek w niektórych oddziałach szpitalnych uwarunkowane były okolicznościami niezależnymi od Szpitala.

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

Opis stanu
faktycznego

3.1. Wysokość przychodów Szpitala z tytułu umów zawartych z LOW NFZ systematycznie, choć w niewielkim stopniu rosła i wynosiła odpowiednio: 2015 r. – 34.107 tys. zł, 2016 r. – 34.912,4 tys. zł (wzrost o 2%), 2017 r. – 35.358,6 tys. zł (wzrost o 1%), 2018 r. (wg stanu na 6 grudnia) – 34.038,8 tys. zł.

Wartość świadczeń finansowanych ryczałtem PSZ w kolejnych latach wynosiła: 2015 r. – 20.312,9 tys. zł, 2016 r. – 20.783,9 tys. zł, 2017 r. – 17.459,8 tys. zł, zaś w 2018 r. – 14.683,5 tys. zł i stanowiła w latach 2015-2016 60% wartości zawartych umów, w 2017 r. 49%, a w 2018 r. 43%.

Zakresy świadczeń finansowane poza ryczałtem PSZ w okresie objętym kontrolą wyniosły odpowiednio: 2015 r. – 13.794,1 tys. zł, 2016 r. – 14.128,5 tys. zł, 2017 r. – 16.039,2 tys. zł, a w 2018 r. – 12.736,9 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 149)

3.2. Przychody z działalności leczniczej Szpitala w wysokości 25.177,3 tys. zł nie były wystarczające do pokrycia kosztów tej działalności, które na koniec III kw. 2018r. były wyższe o 16% i wyniosły 30.092,5 tys. zł. Wysokość przychodów z działalności leczniczej w tym okresie była najniższa w porównaniu do analogicznego okresu w poprzednich latach, w których wynosiła: 2015 r. –

25.265,1 tys. zł, 2016 r. – 25.425,2 tys. zł, 2017 r. – 26.636,9 tys. zł. Z kolei koszty działalności leczniczej na koniec III kw. 2018 r. były wyższe w porównaniu do poprzednich okresów, w których wynosiły: 2015 r. – 26.897,1 tys. zł, 2016 r. – 28.193,6 tys. zł (wzrost o 5%), 2017 r. – 28.802,9 tys. zł (wzrost o 2%).

Koszty wynagrodzeń osobowych, bezosobowych oraz kontraktów w kolejnych latach (wg stanu na koniec września) wynosiły: 2015 r. – 17.652,7 tys. zł, 2016 r. – 18.690,8 tys. zł (wzrost o 6%), 2017 r. – 19.508,3 tys. zł (wzrost o 4,4%), 2018 r. – 20.597,3 tys. zł (wzrost o 5,6%) i stanowiły ok. 65-68% ogólnych kosztów działalności leczniczej.

Ujemny wynik na działalności leczniczej Szpitala ustalony na 30 września w kolejnych latach wzrastał i wynosił odpowiednio: 2015 r. – 1.632 tys. zł, 2016 r. – 2.768,4 tys. zł, 2017 r. – 2.166,1 tys. zł, 2018 r. – 4.915,2 tys. zł.

Szpital ponosił stratę, która na koniec III kw. 2018 r. wynosiła 4.788,8 tys. zł i była ponad pięciokrotnie wyższa od straty poniesionej w 2015 r. (829,6 tys. zł) oraz ponad dwukrotnie wyższa od straty poniesionej w latach 2016-2017 (odpowiednio: 2.009,5 tys. zł oraz 1.794,3 tys. zł).

(dowód: akta kontroli str. 150)

Jak wynikało z wyjaśnień byłego Prezesa, w I i II kwartale 2018 r. znacznie zmniejszono kwotę miesięcznego zobowiązania z tytułu ryczału PSZ. Przełożyło się to bezpośrednio na powstanie tzw. nadwykonań, gdyż koszty części leczonych pacjentów nie zostały pokryte ryczałem i zwiększyły stratę na działalności leczniczej. W celu uzyskania wyższego miesięcznego ryczału na drugą połowę 2018 r. Szpital zwiększył realizację świadczeń w poradniach specjalistycznych. Nie przełożyło się to jednak na wzrost kwoty ryczału, a jedynie pogłębiło trudną sytuację finansową Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 167-170)

Szpital posiadał zobowiązania długoterminowe²¹ oraz krótkoterminowe²², w tym wysokie zobowiązania wymagalne, które w kolejnych latach rosły: 2015 r. – 1.216,5 tys. zł, 2016 r. – 2.585,2 tys. zł (wzrost o 113%), 2017 r. – 4.143,2 tys. zł (wzrost o 60%) oraz 2018 r. – 4.286,7 tys. zł (wzrost o 5%).

(dowód: akta kontroli str. 150)

Wzrost zobowiązań długoterminowych na dzień 30 września 2018 r. spowodowany był głównie zaciągnięciem pożyczki w kwocie 2 mln zł oraz leasingiem na ambulans sanitarny w kwocie 204,2 tys. zł. Z kolei zobowiązania krótkoterminowe wzrosły m.in. w związku ze zwiększeniem kwoty pożyczki krótkoterminowej z 200,0 tys. zł do 400,0 tys. zł.

Wzrost zobowiązań wymagalnych w 2018 r. spowodowany był zmniejszeniem ryczału przez LOW NFZ, co łącznie uszczupliło przychody Szpitala o kwotę 3.036,0 tys. zł. Ponadto, już w 2017 r. koszty były znacznie wyższe od przychodów, co spowodowało wzrost zobowiązań wymagalnych z tytułu dostaw i usług.

Główne źródła zobowiązań wymagalnych to zobowiązania z tytułu dostaw i usług, tj. niezapłacone w terminie faktury za krew, leki, materiały opatrunkowe, odczynniki, endoprotezy, centralne ogrzewanie, woda, usługi informatyczne itp.

(dowód: akta kontroli str. 184-188)

²¹ Wg stanu na 30 września: 2015 r. – 9.127,2 tys. zł, 2016 r. – 8.156,9 tys. zł, 2017 r. – 6.632,0 tys. zł, 2018 r. – 8.114,4 tys. zł.

²² Wg stanu na 30 września 2015 r. – 5.596,7 tys. zł, 2016 r. – 8.048,1 tys. zł, 2017 r. – 9.007,0 tys. zł, 2018 r. – 10.833,6 tys. zł.

3.3. Szpital nie ponosił dodatkowych kosztów bezpośrednio związanych z wprowadzeniem systemu w ramach umowy PSZ.

(dowód: akta kontroli str. 168-170)

3.4. Ocena punktowa wskaźników ekonomiczno-finansowych²³ uzyskana przez Szpital po trzech pierwszych kwartałach w latach 2015-2018 była na bardzo niskim poziomie i przedstawiała się następująco:

- a) w 2015 r. 20 pkt na 70 możliwych do uzyskania (tj. 29%);
- b) w 2016 r. 13 pkt na 70 możliwych do uzyskania (tj. 19%);
- c) w 2017 r. 18 pkt (tj. 26%);
- d) w 2018 r. 10 pkt (tj. 14%).

W związku z ustaloną na 30 września w latach 2015-2018 stratą, Szpital osiągał ujemne wskaźniki zyskowności. Wskaźniki płynności bieżącej i szybkiej oraz zadłużenia osiągnęły niskie wartości i/lub zero punktów.

(dowód: akta kontroli str. 151)

3.5. Prezes Szpitala sporządził i przesłał organowi stanowiącemu powiatu *Program naprawczy Szpitala Międzyrzeckiego Sp. z o.o. na lata 2018-2019 i kolejne.*

W sprawie stopnia realizacji przedmiotowego programu były Prezes wyjaśnił, że: (...) Szpital realizuje zmiany w zakresie kadrowo-organizacyjnym. Została ograniczona liczba pracowników w administracji o 4 etaty, przy czym mierzalny skutek wprowadzanych zmian będzie miał odzwierciedlenie od miesiąca grudnia br. Na części oddziałów szpitalnych ograniczono personel lekarski w godzinach dopołudniowych, a w godzinach nocnych personel pielęgniarek i położnych. W oddziałach zostały zlikwidowane stanowiska zastępców kierowników/ordynatorów, a co za tym idzie zlikwidowano dodatki za pełnienie tych funkcji. Wprowadzono szczegółową kontrolę czasu udzielania świadczeń przez personel lekarski. Przeprowadzono szczegółową kontrolę posiadanych zasobów leków i sprzętu jednorazowego, co wpłynęło na optymalizację kosztów w tym okresie. Wprowadzono dodatkowy nadzór nad personelem lekarskim i pielęgniarskim w kwestii rozliczania i sprawozdawania zrealizowanych świadczeń. W celu poprawy sytuacji finansowej Szpital stara się, przy wsparciu Starostwa Powiatowego, o pozyskanie kredytu długoterminowego konsolidacyjnego, na spłatę wcześniej zaciągniętych zobowiązań oraz spłatę zobowiązań wymagalnych.

(dowód: akta kontroli str. 165-170, 211-227)

3.6. Z uwagi na niski poziom wykonania świadczeń w IV kw. 2017 r. (wartość poniżej 98%), LOW NFZ zmniejszył wartość ryczałtu PSZ na I półrocze 2018 r. o łączną kwotę 1.995,1 tys. zł²⁴.

Szpital uzyskał wyższą kwotę ryczałtu PSZ w związku z zastosowaniem dodatnich współczynników korygujących zgodnie z tabelą nr 2 określoną w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej oraz zwiększenia wynikające z przeliczenia wykonania świadczeń przez LOW NFZ w następującej wysokości:

²³ Obliczone w oparciu o metodologię przyjętą w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2017 r. poz. 832).

²⁴ Podstawą do ustalenia wysokości ryczałtu PSZ na II półrocze 2018 r. była wartość ryczałtu ustalona na I półrocze 2018 r., tj. 7.047,6 tys. zł.

- I półrocze 2018 r.: świadectwa jakości laboratorium analitycznego – 35,2 tys. zł, kwota zwiększenia z przeliczenia wykonania w IV kw. 2017 r. – 183,2 tys. zł;
- II półrocze 2018 r.: świadectwo w diagnostyce oraz wzrost wykonania świadczeń ambulatoryjnych – 149,0 tys. zł, kwota zwiększenia z przeliczenia wykonania w I półroczu 2018 r. – 137,4 tys. zł, współczynnik „d_a”²⁵ – 266,6 tys. zł.

Wartość świadczeń opieki zdrowotnej wykonanych ponad wartość ryczału PSZ za I półrocze 2018 r. wyniosła 1.856,3 tys. zł. Z kolei zwiększenie wartości ryczału na II półrocze 2018 r. wyniosło łącznie 553,0 tys. zł, co pokryło jedynie 29,8% wartości świadczeń udzielonych ponad kontrakt.

Wykonanie świadczeń opieki zdrowotnej znacznie ponad wartość ryczału PSZ wg stanu na koniec listopada 2018 r. (tzw. nadwykonania) wyniosło 2.415,9 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 179-183, 201)

3.7. Wg stanu na 31 października 2018 r. stan kapitałów Szpitala (zapasowy, rezerwowy oraz połowa podstawowego) wynosił łącznie 7.211,1 tys. zł, z kolei suma strat (strata z roku bieżącego oraz straty z lat ubiegłych) łącznie 7.223,5 tys. zł. Tym samym strata przewyższała kapitały Szpitala o 12,4 tys. zł.

Stosownie do art. 233 § 1 ustawy z dnia 15 września 2000 r. Kodeks spółek handlowych²⁶, jeżeli bilans sporządzony przez zarząd wykaże stratę przewyższającą sumę kapitałów zapasowego i rezerwowych oraz połowę kapitału zakładowego, zarząd jest obowiązany niezwłocznie zwołać zgromadzenie wspólników w celu powzięcia uchwały dotyczącej dalszego istnienia spółki.

Z wyjaśnień Głównej księgowej wynikało, iż zmniejszenie ryczału pogłębiło już i tak złą sytuację Szpitala. Strata praktycznie z roku na rok się podwajała, rosły zobowiązania wymagalne z tytułu dostaw i usług. Jak wskazała, w dniu 12 grudnia 2018 r. skierowała informację o wysokości strat i kapitałów do Przewodniczącego Rady Nadzorczej, który został delegowany do pełnienia obowiązków Prezesa Zarządu.

(dowód: akta kontroli str. 161-163)

3.8. Z przeprowadzonej w dniach 22 czerwca – 25 września 2018 r. kontroli przeprowadzonej przez Komisję Rewizyjną Rady Powiatu, wynikało, że:

- Szpital w IV kw. 2017 r. wykonał ryczałt PSZ w wysokości 3.432,2 tys. zł, tj. 77% wartości umowy z LOW NFZ, przez co w okresie od stycznia do sierpnia 2018 r. stracił kontrakt na łączną kwotę 2.961,0 tys. zł;
- LOW NFZ organizował spotkania pracowników odpowiedzialnych za sprawozdawczość (Szpital reprezentowany był przez trzy osoby) oraz przekazywał wytyczne, co do sposobu rozliczania ryczału. Odbyły się również konsultacje indywidualne z byłym Prezesem Szpitala;
- były Prezes Szpitala nie przekazał ordynatorom oddziałów szczegółowych wytycznych, co do zasad rozliczania – podstawą rozliczenia świadczeń są jednostki rozliczeniowe odpowiadające grupom określonym w odpowiednim katalogu (kategorie grup zawierających wartości punktowe świadczeń²⁷), a jedynie wskazał limity określające liczbę pacjentów koniecznych do

²⁵ Dodatkowe środki finansowe celowane na zwiększenie liczby świadczeń ambulatoryjnych.

²⁶ Dz. U. z 2017 r. poz. 1577, ze zm.

²⁷ Zarządzenie nr 73/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 września 2017 r. (załącznik nr 1a).

przyjęcia na poszczególnych oddziałach. Po spotkaniu w LOW NFZ w grudniu 2017 r. dodatkowo zwiększył limity pacjentów do przyjęcia na oddziałach;

- ustalenie limitów pacjentów do przyjęć na poszczególnych oddziałach oraz jego zwiększenie w grudniu 2017 r. nie przełożyło się na pełne wykonanie ryczałtu;
- skala zaniedbań zdaniem Zespołu kontrolnego doprowadziła do szkody, która może wpłynąć zarówno na płynność finansową szpitala, a tym samym na bezpieczeństwo mieszkańców powiatu;
- Komisja uznała, że działania byłego Prezesa doprowadziły do zmniejszenia ryczałtu na 2018 r., a tym samym doprowadziły do wyrządzenia szkody znacznych rozmiarów, za które ponosi odpowiedzialność w świetle art. 293 Kodeksu spółek handlowych oraz art. 296 ustawy Kodeksu karnego²⁸.

Zarządowi Powiatu zarekomendowano następujące zalecenia: skierowanie do Prezesa Szpitala roszczenia o naprawienie szkody, zawiadomienie właściwej prokuratury o możliwości popełnienia przestępstwa, natychmiastową zmianę prezesa, wdrożenie programu naprawczego, z tym, że zaleca się szczegółowe zweryfikowanie zaproponowanych programów, pod kątem możliwości realizacji, oraz celu, którym powinno być bilansowanie się spółki ze szczególnym uwzględnieniem bezpieczeństwa pacjentów, a w szczególności zachowaniem ciągłości świadczonych usług medycznych, rozważenie zmiany osoby Przewodniczącego Rady Nadzorczej Spółki.

(dowód: akta kontroli str. 204-210)

W toku kontroli NIK²⁹, Zarząd Powiatu Międzyrzeckiego skierował do Prokuratury Rejonowej w Międzyrzeczu zawiadomienie o możliwości popełnienia przestępstwa z art. 296 Kodeks karny przez byłego Prezesa.

(dowód: akta kontroli str. 228-241)

Stwierdzona
nieprawidłowość

W działalności Szpitala w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość polegającą na dopuszczeniu do naliczenia negatywnych (ujemnych) współczynników korygujących przy określaniu wysokości finansowania świadczeń na kolejne okresy rozliczeniowe, poprzez niepełne wykonanie ryczałtu PSZ w IV kw. 2017 r., co doprowadziło do obniżenia wartości ryczałtu przyznanego na 2018 r. łącznie o kwotę 3.036,0 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 29-30, 184)

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital w badanym okresie znajdował się w bardzo trudnej sytuacji ekonomiczno-finansowej, na którą niewielki wpływ miało wprowadzenie sieci szpitali. Poprzez niepełne wykonanie ryczałtu PSZ w IV kw. 2017 r., Szpital dopuścił do naliczenia negatywnych (ujemnych) współczynników przy określaniu wysokości finansowania świadczeń na 2018 r., co jeszcze pogłębiło stratę na działalności leczniczej. Szpital nadal posiadał znaczne zobowiązania, w tym wymagalne oraz osiągał bardzo niskie wartości wskaźników ekonomiczno-finansowych.

Mimo, iż podjęto działania na rzecz uzyskania w 2018 r. wyższej kwoty ryczałtu PSZ poprzez uzyskanie dodatnich współczynników korygujących, to wzrost ten w niewielkim stopniu pokrył zmniejszenie ryczałtu, a Szpital tzw. nadwykonania zmuszony był sfinansować ze środków własnych.

²⁸ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2018 r. poz. 1600, ze zm.).

²⁹ W dniu 21 listopada 2018 r.

III. Wniosek

W związku ze stwierdzoną nieprawidłowością, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, wnosi o bieżące monitorowanie wykonania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ryczałtem PSZ oraz weryfikację założeń programu naprawczego i zapewnienie jego realizacji.

IV. 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 Zielonej Górze. 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.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania wniosku

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 30 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosku pokontrolnego oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Zielona Góra, 18 stycznia 2019 r.

Kontrolerzy
Natalia Kajzer
główny specjalista k.p.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Zielonej Górze
p.o. Dyrektora
Włodzimierz Stobrawa

.....
podpis

Andrzej Misa
specjalista k.p.

.....
podpis

.....
podpis