



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Zielonej Górze

LZG.410.016.05.2018

Elżbieta Kozak Prezes Zarządu
Lubuskie Centrum Ortopedii im. dr. Lecha Wierusza
sp. z o.o.
ul. Zamkowa 1, 66-200 Świebodzin

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Lubuskie Centrum Ortopedii im. dr Lecha Wierusza sp. z o.o. w Świebodzinie, ul. Zamkowa 1, 66-200 Świebodzin (Spółka, Szpital lub LCO) ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Elżbieta Kozak, Prezes Zarządu od 4 grudnia 2015 r. ²
Zakres przedmiotowy kontroli	Realizacja świadczeń ambulatoryjnych, szpitalnych i rehabilitacyjnych. Zmiany w organizacji wewnętrznej szpitala oraz alokacja zasobów. Sytuacja ekonomiczno-finansowa szpitala z uwzględnieniem poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej
Okres objęty kontrolą	2017-2018 oraz lata 2015-2016 w zakresie spełnienia 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 ³
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Zielonej Górze
Kontroler	Dariusz Obierzyński, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LZG/106/2018 z 8 października 2018 r. (akta kontroli str. 1-2, 3-4, 714-715)

¹ Szpital II stopnia.

² Od dnia 10 grudnia 2012 r. do 3 grudnia 2015 r. działalnością Lubuskiego Ośrodka Rehabilitacyjno-Ortopedycznego im. dr. Lecha Wierusza w Świebodzinie SPZOZ kierowała Elżbieta Kozak - Dyrektor Ośrodka. Od dnia przekształcenia Ośrodka w spółkę prawa handlowego skład Zarządu Lubuskiego Centrum Ortopedii im. dr. Lecha Wierusza sp. z o.o. jest jednoosobowy. Od 4 grudnia 2015 r. w Lubuskim Centrum Ortopedii im. dr. Lecha Wierusza w Świebodzinie sp. z o.o. funkcję Prezesa Zarządu pełni Elżbieta Kozak.

³ Dz. U. z 2017 r. poz. 524 ze zm., dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Zmiana sposobu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej po utworzeniu tzw. sieci szpitali nie spowodowała znaczących zmian w sposobie funkcjonowania Spółki. Pacjentom zapewniono możliwość korzystania z kompleksowych świadczeń ambulatoryjnych, szpitalnych i rehabilitacyjnych, stosownie do ich potrzeb, w poradniach i na oddziałach odpowiadających każdemu z posiadanych profili zabezpieczenia.

Szpital podejmował skuteczne działania w celu uzyskania wyższego ryczałtu PSZ (dodatnie współczynniki korygujące) poprzez wyższe wykonanie świadczeń oraz uzyskanie standardów akredytacyjnych. Wartość umów zawartych z Lubuskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: LOW NFZ) rosła, jednak doszło do pogorszenia dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej (w szczególności na Oddziałach Ortopedii i Rehabilitacji). Przyczyną ograniczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej jest m.in. włączenie do ryczałtu pacjentów przyjmowanych w trybie nagłym oraz brak regularnego zwiększania ryczałtu.

Niepełne wykorzystanie bazy szpitalnej (łóżek) wynikało z nadal zbyt niskiej wartości umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawartych z LOW NFZ. Natomiast działania podjęte przez Zarząd były optymalne w zakresie organizacji pracy oddziałów oraz skuteczne w celu uzyskania wyższego ryczałtu (dodatnie współczynniki korygujące) poprzez wyższe wykonanie świadczeń oraz uzyskanie standardów akredytacyjnych.

Uzyskane wyniki finansowe oraz analiza wskaźnikowa sporządzona na podstawie sprawozdań finansowych wskazują na bardzo dobrą sytuację ekonomiczno-finansową Spółki.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej⁵ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Realizacja świadczeń ambulatoryjnych, szpitalnych i rehabilitacyjnych

Opis stanu faktycznego

1.1. Spółka w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (dalej: PSZ) została wpisana do sieci szpitali, jako szpital specjalistyczny II stopnia oraz udzielała świadczeń na podstawie kontraktu z LOW NFZ.

W 2015 r. i 2016 r. świadczenia udzielane były na podstawie 3 umów, tj. nr 0403/005/14 (Ortopedia), nr 0405/2009/15/II (Rehabilitacja lecznicza) i nr 0402/0255/15 (Ambulatoryjna opieka specjalistyczna) w łącznych kwotach odpowiednio 19.564,1 tys. zł⁶ i 19.055,6 tys. zł. W 2017 r. (do 30 września) świadczenia udzielane były na podstawie 3 umów, tj. nr 0403/005/17 (Ortopedia), nr 0405/2009/16/II (Rehabilitacja) i nr 0402/0255/16 (Ambulatoryjna opieka specjalistyczna) w łącznej wysokości 13.835,5 tys. zł.

W okresie od 1 października do 31 grudnia 2017 r. świadczenia udzielane były na podstawie umowy z dnia 29 września 2017 r. w łącznej kwocie 5.974,8 tys. zł, i tak świadczenia realizowane na podstawie umowy w ramach PSZ, w tym ryczałt PSZ (szpital II stopnia⁷) - 2.103,2 tys. zł, ortopedia i traumatologia - świadczenia endoprotezoplastyki - 3.185,6 tys. zł, rehabilitacja ogólnoustrojowa - 498,4 tys. zł i dodatek dla pielęgniarek - 187,6 tys. zł.

⁴ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną, jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁵ 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.

⁶ W tym w 2015 r.: Ortopedia ogółem - 16.964.904 zł, Rehabilitacja ogółem - 2.104.802,70 zł i Ambulatoryjna opieka specjalistyczna ogółem - 494.410,80 zł.

⁷ Hospitalizacje, poradnie ortopedyczna i zabiegowa.

Rehabilitacja lecznicza udzielana była na podstawie umowy z 26 września 2017 r.⁸ w kwocie 38,6 tys. zł.

W 2018 r. zgodnie z kontraktem z LOW NFZ świadczenia udzielane były w wysokości:

- od stycznia do czerwca 2018 r. w kwocie 12.232,1 tys. zł, w tym:

- a) ryczał PSZ - 4.258,6 tys. zł,
- b) ortopedia i traumatologia - 6.268,4 tys. zł⁹,
- c) rehabilitacja ogólnoustrojowa - 1.330 tys. zł,
- d) dodatek dla pielęgniarek - 375,1 tys. zł,

- od czerwca do grudnia 2018 r. w kwocie 12.592,3 tys. zł, w tym:

- a) ryczał PSZ - 4.477,6 tys. zł,
- b) ortopedia i traumatologia - 6.540,3 tys. zł¹⁰,
- c) rehabilitacja ogólnoustrojowa - 1.075,8 tys. zł¹¹,
- d) rehabilitacja - znaczny stopień niepełnosprawności - 48,2 tys. zł,
- e) dodatek dla pielęgniarek - 447 tys. zł,
- f) dodatek dla pielęgniarek koszty pracodawcy - 3.4 tys. zł.

Natomiast rehabilitacja lecznicza udzielana była na podstawie umowy z 26 września 2017 r. w kwocie 160,1 tys. zł¹².

Stopień realizacji ryczału PSZ w poszczególnych okresach wynosił: IV kw. 2017 r. - 2.103,2 tys. zł, w I kw. 2018 r. - 2.129,2 tys. zł, II kw. 2018 r. - 2.129,2 tys. zł i III kw. 2018 r. 2.129,2 tys. zł., co stanowiło odpowiednio 99,9%; 119,9%; 84% i 87,3%¹³ wartości ryczału w poszczególnych okresach. W I półroczu 2018 r. stopień realizacji ryczału PSZ wyniósł 102%.

LCO¹⁴ realizowało świadczenia nieprzerwanie przez cały rok w ramach poszczególnych świadczeń finansowanych w ramach ryczału.

(akta kontroli str. 94-274, 309, 344-358, 361-394, 554-562, 563-567, 676, 728-733)

W latach 2015-2018 (według stanu na 30 września) Spółka posiadała łączne tzw. nadwykonania i niedowyołkonania świadczeń względem wartości określonej w umowach w następujących kwotach:

- za okres od stycznia do września 2015 r.: nadwykonanie - 168,2 tys. zł oraz niedowyołkonanie - 5,4 tys. zł;
- za okres od stycznia do września 2016 r.: nadwykonanie - 603,8 tys. zł oraz niedowyołkonanie - 18,6 tys. zł;
- za okres od stycznia do września 2017 r.: nadwykonanie - 920 tys. zł oraz niedowyołkonanie - 420,6 tys. zł;
- za okres od stycznia do września 2018 r.: nadwykonanie - 469,5 tys. zł oraz niedowyołkonanie - 44,7 tys. zł.

⁸ Umowa nr 0405/2009/17 zawarta na okres od 1 października 2017 r. do 30 czerwca 2022 r.

⁹ Zgodnie z Aneksem nr 29 z 31 października 2018 r. w okresie sprawozdawczym w miesiącu czerwcu 2018 r. zwiększeniu uległa kwota z tytułu realizacji umowy w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu - hospitalizacja - świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego o kwotę 356.896 zł.

¹⁰ Zgodnie z Aneksem nr 29 z 31 października 2018 r. w okresie sprawozdawczym w miesiącach od września do grudnia 2018 r. zwiększeniu uległa kwota z tytułu realizacji umowy w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu - hospitalizacja - świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego o kwotę 1.035.278 zł.

¹¹ Zgodnie z Aneksem nr 29 z 31 października 2018 r. w miesiącu wrześniu 2018 r. zwiększeniu uległa kwota z tytułu realizacji umowy w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych o kwotę 112.136,20 zł.

¹² Zgodnie z Aneksem nr 8 z 31 października 2018 r. w okresie sprawozdawczym w miesiącu wrześniu 2018 r. zwiększeniu uległa kwota z tytułu realizacji umowy w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej o kwotę 120 zł.

¹³ Według stanu na 4 grudnia 2018 r.

¹⁴ Ze strategii rozwoju LCO do 2020 r. wynika m.in., że jako jednostka wysokospecjalistyczna z zakresu rehabilitacji i ortopedii gwarantuje pacjentom wczesną diagnostykę i/lub możliwość leczenia następujących zespołów chorobowych: nowotwory złośliwe kości i chrząstki stawowej; nowotwory złośliwe; artropatie; zapalne artropatie wielostawowe; choroby zwyrodnienia stawów; choroby mięśni; inne choroby tkanek miękkich; choroby ścięgien; osteopatie i chondropatie; zaburzenia mineralizacji i struktury kostnej; choroby chrząstki; inne choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej; wrodzone wady rozwojowe układu nerwowego; wrodzone wady rozwojowe i zniekształcenia układu mięśniowo-szkieletowego; urazy dolnej części grzbietu, odcinka lędźwiowego kręgosłupa i miednicy; urazy barku i ramienia; urazy łokcia i przedramienia; urazy nadgarstka i ręki; urazy biodra i uda; urazy kolana i podudzia; urazy stawu skokowego i stopy.

Z wyjaśnień Prezes Zarządu wynikało m.in., że do głównych przyczyn powstania nadwykonań należą:

a) kolejki oczekujących na zabiegi wysokospecjalistyczne (endoprotezoplastyka stawu biodrowego i stawu kolanowego) w LCO, które w poszczególnych latach wynosiły m.in. od 577¹⁵ osób do 1133¹⁶ w 2015 r. oraz od 1387¹⁷ do 1742¹⁸ w 2018 r.

W przypadku liczby osób oczekujących na inne zabiegi kolejka wynosiła m.in. od 2.221¹⁹ do 3058²⁰ w 2015 r. oraz od 4423²¹ do 5071²² w 2018 r.

b) przyjęcia pacjentów w trybie urazowym, których nie można zaplanować, a dla których wykonano procedury;

c) umowy zawarte z LOW NFZ w 2011 r., które były aneksowane do 30.09.2017 r. były nieadekwatne do posiadanego przez Szpital potencjału sprzętowego, osobowego oraz lokalowego, co powodowało, iż bez realizacji tzw. nadwykonań, ok. 30% ww. zasobów było by niewykorzystanych. LOW NFZ za nadwykonania w poszczególnych latach zapłacił.

(akta kontroli str. 574-580)

1.2. Generalnie liczba leczonych pacjentów, liczba i wartość świadczeń udzielanych na podstawie umowy PSZ w ramach ryczału wzrosła w stosunku do udzielanych świadczeń przed wprowadzeniem sieci szpitali. Analiza liczby pacjentów Ortopedii²³ w leczeniu szpitalnym oraz ambulatoryjnym w latach 2015÷2018 (każde I półrocze) wykazała m.in. wzrost z 7.099 w I półroczu 2015 r. do 7.352 w I półroczu 2018 r. przy jednoczesnym wzroście udzielanych procedur z 11.158 do 15.380 w analogicznym okresie. O ile liczba pacjentów w przypadku świadczeń ambulatoryjnych pozostawała, poza 2016 r., na zbliżonym poziomie (odpowiednio 5.830, 4.970, 5.768 i 5.758) o tyle znacząco wzrosła liczba pacjentów w ramach świadczeń stacjonarnych, i tak w stosunku do I półrocza 2015 r. wzrosła o 325 osób, w stosunku do I półrocza 2016 r. wzrosła o 322 osoby a w stosunku do I półrocza 2017 r. o 331 osób. Wartość zrealizowanych świadczeń była wyższa w I półroczu 2018 r. od tych z I półrocza 2015 r. o 1.550 tys. zł, a w stosunku do tych 2016 r. i 2017 r. odpowiednio o 3.560 tys. zł i 3.552 tys. zł. Odsetek udzielanych świadczeń (procedur) w trybie ambulatoryjnym w stosunku do świadczeń (procedur) udzielanych w trybie stacjonarnym wynosił odpowiednio 459,4%; 390,7%; 456,7%; i 361,2%.

(akta kontroli str. 310-311, 581-582, 699-700, 728-733)

1.3. LCO zapewniło odpowiednie świadczenia ambulatoryjne pacjentom, którzy tego wymagali. W wyniku badania próby 80 hospitalizowanych pacjentów²⁴ stwierdzono m.in., że 66 pacjentów uzyskało wymagane świadczenia pohospitalizacyjne w terminie nie dłuższym niż 30 dni od dnia zakończenia hospitalizacji, w 14 przypadkach pacjenci nie zarejestrowali się na potrzebną wizytę. W przypadku jednego pacjenta z uwagi na zalecenie lekarza prowadzącego, wizyta wyznaczona została po okresie dłuższym niż 30 dni. W przypadku 45 pacjentów uzyskali oni zalecone świadczenie z zakresu rehabilitacji, a w 8 przypadkach pacjenci nie zapisali się do kolejki na oddział rehabilitacyjny²⁵ lub na rehabilitację ambulatoryjną²⁶.

(akta kontroli str. 583-663, 664-675)

Z wyjaśnień Prezes Zarządu wynikało m.in., że w LCO każdemu pacjentowi zapewnia dostęp do kompleksowych oraz skoordynowanych świadczeń specjalistycznych. Biorąc pod

¹⁵ Liczba pacjentów (osób) oczekujących na zabiegi wysokospecjalistyczne tj. endoprotezoplastyka stawu biodrowego i kolanowego w trybie pilnym.

¹⁶ Liczba pacjentów (osób) oczekujących na zabiegi wysokospecjalistyczne tj. endoprotezoplastyka stawu biodrowego i kolanowego w trybie stabilnym.

¹⁷ Liczba pacjentów (osób) oczekujących na zabiegi wysokospecjalistyczne tj. endoprotezoplastyka stawu biodrowego i kolanowego w trybie pilnym.

¹⁸ Liczba pacjentów (osób) oczekujących na zabiegi wysokospecjalistyczne tj. endoprotezoplastyka stawu biodrowego i kolanowego w trybie stabilnym.

¹⁹ W trybie pilnym.

²⁰ W trybie stabilnym.

²¹ W trybie pilnym.

²² W trybie stabilnym.

²³ Finansowaną z ryczału.

²⁴ W zakresie ortopedii z listopada 2017 r. i kwietnia 2018 r. oraz rehabilitacji z listopada i grudnia 2017 r. oraz kwietnia i maja 2018 r.

²⁵ Dotyczy 3 przypadków.

²⁶ Dotyczy 5 przypadków.

uwagę, że ok. 20% leczonych w naszym szpitalu stanowią pacjenci spoza województwa lubuskiego, wybierają oni świadczenia ambulatoryjne lub/i rehabilitacyjne usytuowane bliżej ich miejsca zamieszkania, do czego mają prawo.

(akta kontroli str. 574-580)

1.4. Wprowadzenie finansowania świadczeń w ramach ryczałtu PSZ nie spowodowało zwiększenia liczby odmów przyjęć do Szpitala. Analiza odmów w marcu i wrześniu kolejnych lat: 2015, 2016, 2017 i 2018 r. wykazała ich spadek z 8 do 1. I tak w marcu i we wrześniu 2018 r. odnotowano po 8 odmów, w marcu i we wrześniu 2016 r. odpowiednio 2 i 5, w 2017 r. 1 i 2 a w 2018 r. - 1 odmowę (brak odmowy w marcu 2018 r.).

Głównymi przyczynami odmowy były m.in.: ciąża, przebyte choroby, przeziębienia, rany i ropienie na stopie, kuracja antybiotykowa, wysokie ciśnienie czy zakrzep w kończynie dolnej.

W okresie kontrolowanym odnotowano także skreślenia z list oczekujących z innych powodów niż udzielenie świadczenia, i tak np.:

- w koniec II kw. 2015 r. z oddziału ortopedii skreślono łącznie 8 osób, w tym w przypadku pilnym 4 osoby i w przypadku stabilnym 4 osoby;
- na koniec II kw. 2015 r. z poradni ortopedycznej skreślono łącznie 145 osób, w tym w przypadku pilnym 48 osób i w przypadku stabilnym 97 osób.;
- w koniec II kw. 2016 r. z oddziału ortopedii skreślono łącznie 5 osób, w tym w przypadku pilnym 4 osoby i w przypadku stabilnym 1 osobę;
- na koniec II kw. 2016 r. z poradni ortopedycznej skreślono łącznie 135 osób, w tym w przypadku pilnym 45 osób i w przypadku stabilnym 90 osób.;
- w koniec II kw. 2017 r. z oddziału ortopedii skreślono łącznie 5 osób, w tym w przypadku pilnym 4 osoby i w przypadku stabilnym 1 osobę;
- na koniec II kw. 2017 r. z poradni ortopedycznej skreślono łącznie 139 osób, w tym w przypadku pilnym 46 osób i w przypadku stabilnym 93 osoby;
- w koniec II kw. 2018 r. z oddziału ortopedii skreślono łącznie 42 osoby, w tym w przypadku pilnym 19 osób i w przypadku stabilnym 23 osoby;
- na koniec II kw. 2018 r. z poradni ortopedycznej skreślono łącznie 133 osoby, w tym w przypadku pilnym 44 osoby i w przypadku stabilnym 89 osób.

Do głównych przyczyn zaliczyć należy odmowę wizyty przez pacjenta oraz niezgłoszenie się bez poinformowania.

(akta kontroli str. 359, 568-573, 728-733)

1.5. Badanie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej wykazało wydłużenie się kolejek oraz czasu oczekiwania na świadczenia. W ramach świadczeń finansowanych z ryczałtu PSZ w przypadku pilnym dla oddziału ortopedycznego w okresie od 2015 r. do II kw. 2017 r. średni czas oczekiwania wynosił od 277 dni (II kw. 2016 r.) do 362 dni (II kw. 2017 r.) a od IV kw. 2017 r. czas ten wydłużył się od 418 dni do 720 dni (III kw. 2018). Liczba pacjentów oczekujących wynosiła od 86 (II kw. 2016 r.) do 108 (II kw. 2017 r.) a od IV kw. 2017 r. liczba pacjentów zwiększyła się do 211 (II kw. 2018). Pierwszy wolny termin np. w II kw. 2015 r. określony został na 6 czerwca 2016 r. a w II kw. 2018 r. na 23 marca 2020 r.

W przypadku oddziału ortopedycznego dla przypadków stabilnych w okresie od 2015 r. do II kw. 2017 r. średni czas oczekiwania wynosił od 347 dni (IV kw. 2016 r.) do 482 dni (I kw. 2015 r.) a od IV kw. 2017 r. czas ten wydłużył się od 377 dni do 722 dni (III kw. 2018). Liczba pacjentów oczekujących wynosiła od 58 (IV kw. 2015 r.) do 168 (IV kw. 2016 r.), a od IV kw. 2017 r. liczba pacjentów zwiększyła się do 137 (II kw. 2018). Pierwszy wolny termin np. w II kw. 2015 r. określony został na 20 maja 2017 r. a w II kw. 2018 r. na 12 lipca 2021 r.

W przypadku poradni ortopedycznej finansowanej z ryczałtu PSZ w przypadku pilnym w okresie od 2015 r. do II kw. 2017 r. średni czas oczekiwania wynosił od 3 (II kw. i IV 2015 r.) do 6 dni (od II kw. 2017 r. do III kw. 2018 r.). Liczba pacjentów wynosiła od 237 (IV kw. 2016 r.) do 342 (II kw. 2016 r.), a od IV kw. 2017 r. liczba pacjentów zwiększyła się do 322 (II kw. 2018). Pierwszy wolny termin np. w II kw. 2015 r. określony został na 1 lipca 2015 r. a w II kw. 2018 r. na 2 lipca 2018 r.

W przypadku poradni ortopedycznej dla przypadków stabilnych w okresie od 2015 r. do II kw. 2017 r. średni czas oczekiwania wynosił od 30 dni (IV kw. 2015 r., II kw. 2016 i II kw. 2017 r.) do 90 dni (I kw. 2015 r.), a od IV kw. 2017 r. czas ten wynosił od 30 dni (I i II kw. 2018 r.) do 60 dni (IV kw. 2017 i III kw. 2018). Liczba pacjentów wynosiła od 474 (IV kw. 2016 r.) do 684 (II kw. 2016 r.), a od IV kw. 2017 r. liczba pacjentów wyniosła od 516 do 644 (II kw. 2018 r.). Pierwszy wolny termin np. w II kw. 2015 r. określony został na 28 września 2015 r. a w II kw. 2018 r. na 10 września 2018 r.

W przypadku m.in. Ortopedii liczba pacjentów na koniec II kw. 2018 r. w porównaniu do II kw. 2017 r. wzrosła o 778 osób w przypadkach pilnych (tj. z 3329 do 4107) i o 522 osoby w przypadkach stabilnych (tj. z 4135 do 4657).

(akta kontroli str. 360, 689-693, 728-733)

Prezes wyjaśniła m.in., że przyczyną ograniczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej jest m.in. włączenie do ryczału pacjentów przyjmowanych w trybie nagłym. Za okres od stycznia do sierpnia 2018 r. pacjenci przyjęci w trybie „S” stanowią 40% pacjentów ogółem. Powoduje to, iż pacjenci planowi, którzy czekają w kolejkach oczekujących są przesuwani na kolejny termin. Kolejną przyczyną to demografia, która wpływa na stale rosnącą liczbę pacjentów w poradniach jak i leczeniu szpitalnym oraz kolejki. Kolejka oczekujących na zabiegi inne niż endoprotezy w LCO na dzień 31.08.2018 r. wynosiła: 9.494 osoby i w ciągu roku obowiązywania tzw. sieci szpitali zwiększyła się o 30%. Ryczałt stanowi 37% przychodów ogółem, a w kolejce na zabiegi oczekuje 75% pacjentów.

Zdaniem Prezes bez regularnego zwiększania podstawy ryczału czas oczekiwania na leczenie będzie systematycznie wydłużany.

(akta kontroli str. 528-533)

Analiza w zakresie narastającej liczby oczekujących pacjentów oraz wykorzystania łóżek szpitalnych wykazała ewentualne rezerwy m.in.:

- w wykorzystaniu łóżek szpitalnych na Oddziale Ortopedii, gdzie liczba osób oczekujących wyniosła np. w III kw. 2018 r.: przypadek pilny 4246 pacjentów²⁷, przypadek stabilny 4725 pacjentów²⁸, a biorąc pod uwagę m.in., że na Oddziale Ortopedii (A i B) średnie wykorzystanie łóżek szpitalnych wynosiło 63,5% (I-III kw. 2018 r.) i zmalało o ponad 3 punkty procentowe w stosunku do analogicznego okresu w 2017 r. (I-III kw.).

Analiza danych (Ortopedia) za II kw. 2017 r. i II kw. 2018 r. wykazała m.in., wzrost liczby pacjentów oczekujących w przypadkach pilnych z 3329 do 4107 i w przypadku stabilnym wzrost z 4135 do 4657.

- w wykorzystaniu łóżek szpitalnych na Oddziale Rehabilitacji (A i B), gdzie liczba osób oczekujących wyniosła np. w III kw. 2018 r.: przypadek pilny - 544 pacjentów²⁹, przypadek stabilny - 557 pacjentów³⁰, a biorąc pod uwagę m.in., że średnie wykorzystanie łóżek w okresie I-III kw. 2018 wyniosło 83% i było niższe od analogicznego okresu np. w 2015 r., 2016 r. i 2017 r. odpowiednio o 9,2; 15,8 i 5,6 punktów procentowych.

Analiza danych w zakresie Rehabilitacja stacjonarna za II kw. 2017 r. i II kw. 2018 r. wykazała m.in., wzrost liczby pacjentów oczekujących w przypadkach pilnych z 457 do 553 i w przypadku stabilnym niewielki spadek z 592 do 563.

(akta kontroli str. 677-688, 689-693, 694, 728-733)

Z wyjaśnień Prezes Zarządu wynikało m.in., że zmniejszenie liczby oczekujących na zabiegi w LCO będzie możliwe w przypadku:

- zwiększenia ryczału PSZ przez NFZ rok do roku od 15% do 20%. Analiza danych (ortopedia) wskazała, iż kolejki oczekujących wzrosły w okresie od 30.09.2017 r. do 30.09.2018 r. tj. 12 miesięcy obowiązywania tzw. sieci szpitali o 17,5% tj. + 1.300 osób oczekujących. Bez sukcesywnego zwiększania środków na leczenie ortopedyczne przez NFZ kolejka oczekujących będzie się zwiększała z uwagi m.in. na: starzejące się społeczeństwo, urazy, które wymagają natychmiastowego zabezpieczenia oraz fakt, iż

²⁷ Przy pierwszym wolnym terminie na 18 maja 2020 r.

²⁸ Przy pierwszym wolnym terminie na 6 września 2021 r.

²⁹ Przy pierwszym wolnym terminie na 6 września 2021 r.

³⁰ Przy pierwszym wolnym terminie na 23 września 2024 r.

większość pacjentów z województwa lubuskiego wybiera LCO w Świebodzinie, jako miejsce leczenia schorzeń narządu ruchu.

- ustalenia i podania dla świadczeniodawcy przed rozpoczęciem okresu informacji o wysokości ryczału w PSZ na kolejny okres obowiązywania, wówczas możliwe będzie bardziej optymalne zaplanowanie pracy szpitala. Obecnie wyliczenie kwoty ryczału szpital otrzymuje od NFZ w piątym (z sześciu obowiązujących) miesiącu.

- zwiększenia kontraktu z NFZ, na oddziale ortopedii średnie wykorzystanie łóżek szpitalnych wynosi 63,5% (I-III kw. 2018 r.) z uwagi na zbyt niski, w stosunku do posiadanych możliwości, kontrakt z LOW NFZ. Ryczałt został przez LOW NFZ wyliczony na podstawie realizacji świadczeń w roku 2015, a te były zaniżone o ok. 40% do posiadanego przez LCO potencjału lokalowo-sprzętowo-personalnego.

Zdaniem Prezes Zarządu zmniejszenie liczby osób oczekujących na leczenie na Oddziale Rehabilitacji będzie możliwe pod warunkiem zwiększenia wartości kontraktu z LOW NFZ, który nie zmienił się począwszy od 2011 roku, tj. ósmy rok z rzędu środki przeznaczone przez LOW NFZ na rehabilitację ogólnoustrojową są na poziomie wyjściowym. Na 2019 r. szpital otrzymał z LOW NFZ plan rzeczowo - finansowy w zakresie poziomu finansowania Oddziału rehabilitacji na tym samym poziomie, tj. z 2011 r.

Oczekiwania i argumenty LCO w zakresie zwiększenia wartości umowy z LOW NFZ prezentowane były wielokrotnie, zarówno na piśmie jak i w trakcie spotkań w siedzibie LOW NFZ w Zielonej Górze.

(akta kontroli str. 717-719)

1.6. Spółka nie udzielała świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

(akta kontroli str. 316, 540)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

LCO zapewniło pacjentom po hospitalizacji niezbędne im świadczenia ambulatoryjne lub rehabilitacyjne. Spółka realizowała świadczenia w wielkościach wyższych od zakontraktowanych w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, w tym w zakresach finansowanych w ramach ryczału PSZ. Po wprowadzeniu PSZ, pomimo rosnącej wartości umów zawartych z LOW NFZ, pogorszyła się dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej, przyczyną jest m.in. włączenie do ryczału pacjentów przyjmowanych w trybie nagłym.

2. Zmiany w organizacji wewnętrznej Spółki oraz w alokacji zasobów

Opis stanu
faktycznego

2.1. W momencie wprowadzenia sieci szpitali w podmiocie kontrolowanym funkcjonowały poradnie specjalistyczne odpowiadające każdemu z realizowanych profili PSZ, i tak w ramach Spółki działały przedsiębiorstwa: Szpital rehabilitacyjno-ortopedyczny³¹ i Ambulatoryjne poradnie specjalistyczne³². Ze sprawozdania z działalności za 2017 r. wynikało m.in., że w 2017 r. nastąpiła zmiana finansowania szpitali. Zgodnie z nowymi przepisami utworzony został system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, czyli tak zwana sieć szpitali. Lubuskie Centrum Ortopedii w Świebodzinie zostało wpisane do sieci szpitali, jako szpital specjalistyczny II stopnia, co oznacza stabilność rozwoju oraz gwarancję umowy z LOW NFZ na kolejne lata.

(akta kontroli str. 5-49, 67-88, 94-274, 470-504, 728-733)

2.2. W związku z wprowadzeniem PSZ w Szpitalu nie zmienił się zakres udzielanych świadczeń, a co za tym idzie nie zmieniła się struktura organizacyjna jednostki

³¹ W ramach Szpitala działał Oddział ortopedyczny z pododdziałem ortopedii onkologicznej i Oddział rehabilitacji.

³² W ramach Ambulatoryjnych Poradni Specjalistycznych wyodrębniono m.in. Poradnię ortopedyczną i Poradnię rehabilitacyjną.

kontrolowanej. W latach 2015-2017 (do III kwartału) w Szpitalu nie utworzono nowych profili działalności.

(akta kontroli str. 540, 728-733)

Z wyjaśnień Prezes Zarządu wynikało m.in., że baza sprzętowo-lokalowa jest optymalna na dzień dzisiejszy biorąc pod uwagę obowiązującą wartość umów zawartych z LOW NFZ jak również możliwość realizacji w każdym roku tzw. nadwykonań. Prezes zaznaczyła także, że celem zmniejszenia liczby oczekujących możliwe jest ze strony LCO przygotowanie i wdrożenie kolejnej sali lub sal operacyjnych przy zatrudnieniu dodatkowej kadry lekarskiej i pielęgniarskiej oraz administracyjno-technicznej obsługi, jednak obecny kontrakt z LOW NFZ nie pozwala na ww. inwestycję, a jej realizacja będzie możliwa tylko w przypadku zabezpieczenia dodatkowych środków na leczenie pacjentów oczekujących na zabiegi przez LOW NFZ.

(akta kontroli str. 717-719)

2.3. Nie stwierdzono przypadku likwidacji profilu działalności leczniczej lub niemożności uruchomienia nowego profilu.

Nie doszło do utraty trwałości zrealizowanych inwestycji, w tym związanych z zakupem wysoko cennej aparatury medycznej, inwestycjami budowlanymi i remontowymi.

W okresie kontrolowanym Spółka na inwestycje Szpitala związane z zakupem aparatury medycznej, inwestycje budowlane i remontowe oraz pozostałe zakupy wydała łącznie 4.763,8 tys. zł, w tym m.in. na zakup aparatury medycznej 1.561,6 tys. zł oraz inwestycje budowlane i remontowe 2.928,9 tys. zł. W jednym przypadku śródoperacyjny system monitoringu neurofizjologicznego w chirurgii kręgosłupa nie jest od roku użytkowany³³.

(akta kontroli str. 318-324, 325, 540, 728-733)

Prezes Zarządu wyjaśniła, że *śródoperacyjny system monitoringu neurofizjologicznego w chirurgii kręgosłupa nie jest od roku użytkowany z uwagi na fakt, iż lekarz specjalista ortopedii i traumatologii narządu ruchu (...), zajmujący się chirurgią kręgosłupa, zrezygnował ze świadczenia usług w LCO z dniem 30 września 2017 r. Pozostali lekarze świadczący usługi na rzecz LCO urzędu nie wykorzystują.*

Prezes Zarządu oświadczyła m.in., że w momencie zaprzestania pracy przez lekarza, który sprzęt używał, Zarząd LCO podjął decyzję o sprzedaży urządzenia, uzyskując zgodę Rady Nadzorczej, a informację o sprzedaży zamieszczono na naszej stronie internetowej³⁴.

(akta kontroli str. 528-533, 720-727)

2.4. Po utworzeniu sieci szpitali w LCO nie dokonano zmian organizacji pracy poradni i oddziałów czy struktury zatrudnienia.

W latach 2015-2018 (do 30 września) stan zatrudnienia w przeliczeniu na pełen etat wynosił: w 2015 r. - 19,5 lekarzy, 52,5 pielęgniarek oraz 19,5 osób zatrudnionych na pozostałych stanowiskach, w 2016 r. - 18,9 lekarzy, 51,5 pielęgniarek oraz 19,9 osoby zatrudnionych na pozostałych stanowiskach, w 2017 r. - 18,6 lekarzy, 49,5 pielęgniarek oraz 23,2 osób zatrudnionych na pozostałych stanowiskach, zaś na koniec III kwartału 2018 r. - 21,9 lekarzy, 50,3 pielęgniarek oraz 23,3 osób zatrudnionych na pozostałych stanowiskach. Z zakresu zatrudnienia personelu medycznego na poszczególnych komórkach organizacyjnych udzielających świadczeń w leczeniu szpitalnym oraz w poradniach ambulatoryjnych wynika m.in., że:

- na Oddziale Ortopedycznym z pododdziałem ortopedii onkologicznej w okresie od 2015 do 2017 r. nastąpił spadek liczby lekarzy oraz pielęgniarek, i tak w przypadku lekarzy z 5,6 etatu w 2015 r. do 4,74 w 2017 r., by na koniec III kw. 2018 r. stanowił 5,6 etatu, natomiast w przypadku pielęgniarek stan etatów na koniec 2015 r. wynosił - 19, na koniec 2016 r. - 20, na koniec 2017 r. - 17, a na koniec III kw. 2018 r. - 18.

- od 30 września 2016 r. brak jest Pielęgniarki Naczelnej, a w przypadku Działu Rehabilitacji Diennej brak jest personelu (lekarzy, pielęgniarek oraz pozostałego personelu).

Liczba lekarzy (etatów) wynosiła w latach 2015-2018 m.in. w przypadku:

³³ Zakup ze środków własnych w 2016 r. Umowa ZP/17/2016 z 29 stycznia 2016 r. zawarta na okres do 28 stycznia 2019 r. o wartości brutto 168.605,28 zł.

³⁴ Strona BIP Lubuskiego Centrum Ortopedii „Zaproszenie do składania ofert na zakup rzeczowego urządzenia medycznego”.

- poradni ortopedycznej odpowiednio: 1,68; 1,73; 1,79 i 1,83,
- poradni rehabilitacyjnej odpowiednio: 0,5; 0,5; 0,5 i 0,68,
- oddziału intensywnej opieki pooperacyjnej odpowiednio: 1,6; 1,6; 1,6 i 2.

(akta kontroli str. 326, 728-733)

Prezes Zarządu wyjaśniła, że *praca oddziałów szpitalnych jak i poradni jest zorganizowana w sposób optymalny. Po utworzeniu sieci szpitali LCO zmian organizacyjnych nie przeprowadzało, gdyż nie było ku temu podstaw. Liczba lekarzy (etatów) we wskazanych (...) komórkach organizacyjnych jest wystarczająca. Stanowisko Pielęgniarki naczelnej zostanie obsadzone z dniem 01.01.2019 r.*

Odnosnie Działu rehabilitacji dziennej Prezes Zarządu wyjaśniła, że został on zgłoszony do Księgi Rejestrowej prowadzonej przez Wojewodę Lubuskiego, w związku z ogłoszonym konkursem przez LOW NFZ. Oferta LCO nie została wybrana, a umowa na Dział rehabilitacji dziennej nie została podpisana.

Ponadto Prezes Zarządu oświadczyła, że *Dział rehabilitacji dziennej nie został w terminie 14 dni wykreślony z rejestru Wojewody z uwagi na fakt, iż w drugim półroczu 2018 r. NFZ powinien ogłosić konkurs na świadczenia z rzeczonego zakresu. Z uwagi na zmienione regulacje prawne, tj. możliwość aneksowania przez NFZ zawartych wcześniej umów ze świadczeniodawcami na kolejny rok, postępowanie konkursowe zostanie ogłoszone w drugim półroczu 2019 r. LCO z uwagi na posiadane zasoby, a także listy oczekujących pacjentów zamierza złożyć ofertę na prowadzenie Działu Rehabilitacji Diennej.*

(akta kontroli str. 528-533, 720)

2.5. Analiza średniego czasu hospitalizacji, wykorzystania łóżek szpitalnych oraz wskaźnika przelotowości w poszczególnych latach 2015÷2018 (do 30 września) wykazała m.in., że na Oddziale Ortopedii jest 50 łóżek³⁵, a średni czas hospitalizacji wynosił od 4 do 5 dni. Łóżko szpitalne zajęte było przeciętnie od 61,3% do 66,8% w latach 2015÷2017 i 63,5% w 2018 r. Wskaźnik przelotowości wynosił od 13,5 do 14 w latach 2015-2017 i 13,4 w 2018 r.

W przypadku Rehabilitacji (łącznie 45 łóżek³⁶) średni czas hospitalizacji wynosił od 17 do 19 dni. Wykorzystanie łóżek zmalało z 92,2% w 2015 r., 98,8% w 2016 r. i 88,6% w 2017 r. do 83,0% w 2018 r. Wskaźnik przelotowości wynosił od 4,5 do 4,9 w latach 2015-2017 i 4,1 w 2018 r.

(akta kontroli str. 327, 677-688, 694, 728-733)

2.6. Po utworzeniu PSZ, tj. od 01.10.2017 r. do Spółki wpłynęły łącznie 4 skargi od pacjentów, w tym 2 spółka otrzymała za pośrednictwem LOW NFZ. Skargi dotyczyły:

- ✓ (z listopada 2017 r.) - skarga na doktora przyjmującego w poradni rehabilitacyjnej. Wg pacjentki nie otrzymała oczekiwanej porady lekarskiej. Po rozmowie z lekarzem skarga została uznana przez spółkę za bezpodstawną;
- ✓ (z listopada 2017 r.) - skarga ustna, zdaniem pacjenta lekarz prowadzący w jego odczuciu był niekompetentny. Skarga, po rozpatrzeniu, została uznana za bezpodstawną;
- ✓ (z maja 2018 r.) - wniesiona za pośrednictwem LOW NFZ i dotyczyła skargi na czas oczekiwania na wizytę w Poradni Urazowo - Ortopedycznej. Wyjaśnienie zostało przez spółkę przesłane do LOW NFZ w dniu 11 maja 2018 r.³⁷;
- ✓ (z czerwca 2018 r.) - skarga dotyczy przekładania terminu zabiegu operacyjnego przez spółkę. Wyjaśnienie zostało przesłane do LOW NFZ w dniu 5 lipca 2018 r.³⁸

(akta kontroli str. 534-535, 549-553)

³⁵ Po 25 łóżek na Ortopedii „A” i „B”.

³⁶ Na Rehabilitacji „A” - 22 łóżka, a na Rehabilitacji „B” - 23 łóżka.

³⁷ Z pisma wynika m.in., że pierwszy wolny termin to 24 maja 2018 r. w przypadku skierowań z kategorią medyczną „pilne” i 5 lipca 2018 r. w przypadku skierowań „stabilnych”. Pacjent poinformowany został o czasie oczekiwania wynoszącym 20 miesięcy (jest to łączny czas oczekiwania na konsultację i kwalifikację do zabiegu oraz czas oczekiwania na zabieg operacyjny chirurgii ręki w przypadku skierowań „pilnych”).

³⁸ Z pisma wynika m.in., że w momencie zapisywania pacjenta do kolejki oczekujących na zabieg operacyjny barku okres oczekiwania na skierowanie pilne wynosił ok. 20 miesięcy. Ponadto poinformowano, że pacjent został przyjęty 5 czerwca 2018 r. na oddział ortopedyczny i przeszedł zabieg operacji barku.

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Wprowadzenie ryczałtowego finansowania nie spowodowało znaczących zmian w organizacji wewnętrznej Szpitala. Niepełne wykorzystanie bazy szpitalnej (łóżek) wynikało m.in. ze zbyt niskiej wartości umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z LOW NFZ. Nie zlikwidowano oddziałów czy poradni specjalistycznych oraz nie doszło do utraty trwałości działalności inwestycyjnej, w zakresie zakupów aparatury medycznej i inwestycji w infrastrukturę.

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

Opis stanu
faktycznego

3.1. Wysokość przychodów w poszczególnych latach wyniosła: w 2015 r. - 19.564,1 tys. zł, w 2016 r. - 19.055,6 tys. zł, w 2017 r. - 19.848,8 tys. zł, a planowane w 2018 r. - 23.464,6 tys. zł. W 2017 r. zakres świadczeń finansowanych w ramach ryczałtu PSZ wynosił 5.974,8 tys. zł, a w 2018 r. - 23.304,6 tys. zł. Jednocześnie zakresy świadczeń finansowych poza ryczałtem PSZ wyniosły 13.874,0 tys. zł w 2017 r. i 160,0 tys. zł w 2018 r.

(akta kontroli str. 338, 728-733)

3.2. Przychody z NFZ (według stanu na 30 września każdego roku) jedynie w 2015 r. i 2018 r. pozwalały na pokrycie kosztów działalności leczniczej. W 2015 r. przychody z NFZ wyniosły 13.707,7 tys. zł wobec kosztów z działalności leczniczej w wysokości 13.543,5 tys. zł, a w 2018 r. przychody były wyższe od kosztów o 718,4 tys. zł. W 2016 r. i 2017 r. przychody z NFZ były niższe od kosztów działalności leczniczej odpowiednio o 1.298,1 tys. zł i 1.028,7 tys. zł.

W każdym z analizowanych okresów Spółka uzyskała dodatni wynik finansowy, który odpowiednio wynosił: 1.181,8 tys. zł, 351,1 tys. zł, 568,4 tys. zł i 2.298,4 tys. zł.

Zobowiązania długoterminowe wystąpiły tylko w 2015 r. i wyniosły 6,0 tys. zł, natomiast zobowiązania krótkoterminowe na 30 września każdego badanego roku wyniosły odpowiednio: 2.179,9 tys. zł, 2.500,0 tys. zł, 2.405,6 tys. zł i 2.503,3 tys. zł, w tym zobowiązania wymagalne na 30 września 2015 r. wyniosły 64,0 tys. zł, na 30 września 2016 r. wyniosły 62,5 tys. zł, a na 30 września 2017 r. wzrosły do kwoty 96,9 tys. zł i dotyczyły m.in. nienależytego wykonania umowy w zakresie systemu klimatyzacji na bloku operacyjnym i wstrzymaniu zapłaty z uwagi na toczące się postępowanie sądowe (2015 r.³⁹, 2016 r. i 2017 r.), niekompletnych faktur⁴⁰, wstrzymaniu ich do wyjaśnienia⁴¹, czy wpływu faktur po terminie płatności⁴².

(akta kontroli str. 339, 505-509, 728-733)

Z wyjaśnień Prezes Zarządu wynikało m.in., że przyczynami zobowiązań wymagalnych było nienależyte wykonanie umowy i toczące się postępowanie sądowe, otrzymanie faktur niezgodnie z zawartą umową, wpływ faktur po terminie płatności i wstrzymanie zapłaty z uwagi na konieczność wyjaśnienia zapotrzebowania.

Z pisma głównej księgowej z 30 stycznia 2018 r. wynikało m.in., że firmy nie wystąpiły o zapłatę należności, a biorąc pod uwagę stanowisko mecenasa zobowiązania te uległy przedawnieniu i kwalifikują się do wyksięgowania z ewidencji.

(akta kontroli str. 528-533, 547-548)

3.3. Nie stwierdzono, aby wprowadzenie systemu PSZ skutkowało koniecznością poniesienia dodatkowych kosztów związanych z dostosowaniem Szpitala do funkcjonowania w nowych warunkach.

(akta kontroli str. 540)

³⁹ Faktura VAT nr 92A/2012 z 17 września 2012 r. na kwotę 51.998 zł brutto z terminem zapłaty do 16 grudnia 2012 r. oraz Dowód księgowy P-29/12 obejmujący m.in. kwotę 10.532,16 zł.

⁴⁰ Łączna kwota wg stanu na 30.09.2017 r. - 27,3 tys. zł.

⁴¹ Łączna kwota wg stanu na 30.09.2017 r. - 1,9 tys. zł.

⁴² Łączna kwota wg stanu na 30.09.2017 r. - 5,0 tys. zł.

3.4. W wyniku analizy wskaźnikowej (według stanu na 30 września 2015 r., 2016 r., 2017 r. i 2018 r.), sporządzonej na podstawie sprawozdań finansowych przy zastosowaniu metody punktowej⁴³, wynika m.in., że na koniec każdego z analizowanych okresów Spółka uzyskała pomiędzy 63 a 70⁴⁴ punktów na 70 możliwych do uzyskania (powyżej 90%), a poszczególne wskaźniki ekonomiczno-finansowe w kolejnych okresach wskazują tendencję wzrostową. W przypadku wskaźnika zyskowności⁴⁵ wskazuje on na efektywność działania, a dodatnie jego wartości informują o racjonalnym gospodarowaniu Spółki. W odniesieniu do wskaźnika płynności, który określa zdolność do terminowego regulowania zaciągniętych zobowiązań, ich wartość świadczy o efektywnym gospodarowaniu posiadanymi środkami obrotowymi⁴⁶. Wskaźnik rotacji należności (odpowiednio: 32,22; 26,31; 41,43 i 29,69) wskazuje m.in., na brak trudności ze ściąganiem swoich należności. Odnośnie wskaźnika rotacji zobowiązań (odpowiednio: 21,74; 24,57; 27,06 i 22,85) nie wskazuje on zasadniczo na trudności w regulowaniu swoich bieżących zobowiązań. W przypadku wskaźnika zadłużenia aktywów (odpowiednio: 13,29; 8,47; 8,32 i 8,14) nie wpływa on na wiarygodność finansową podmiotu. Wskaźnik wypłacalności kształtował się na poziomie od 0,35 w 2015 r. do 0,12 w 2018 r. i nie wskazuje na możliwość utraty zdolności do regulowania przez Spółkę zobowiązań.

(akta kontroli str. 340-343, 728-733)

3.5. Pismem z 4 czerwca 2018 r. Prezes Zarządu LCO zwróciła się z prośbą do LOW NFZ o zwiększenie kwoty umowy w zakresie świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego w miesiącu czerwcu na kwotę 1.200 tys. zł, tj. przyjęcie dodatkowo 80 oczekujących w kolejce na ww. zabieg. Jako uzasadnienie wskazano:

- na zabiegi endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego oczekuje obecnie 2.991 pacjentów, z czego 1.355 osób posiada skierowanie wystawione w trybie „pilny”,
- do zrealizowania, zgodnie z umową z LOW NFZ, pozostało na czerwiec 2018 r. jedynie 10 endoprotez, co oznacza, że od 6 czerwca 2018 r. LCO powinno zaprzestać przyjmować pacjentów na zabiegi,
- do końca obecnego okresu rozliczeniowego, tj. do 30 czerwca 2018 r. Spółka posiadała potencjał do przeprowadzenia zabiegów u około 80 osób.

W odpowiedzi na ww. pismo dyrektor LOW NFZ dwukrotnie poinformował o zwiększeniu zakresu (aneks z 4 kwietnia i 22 maja 2018 r.) na łączną kwotę 1.276 tys. zł (wzrost o 28%). Jednocześnie wskazał, że trwają analizy dotyczące możliwości zwiększenia świadczeń na III kw. 2018 r.

W II półroczu 2018 r. 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 z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej⁴⁷, z uwagi na wyższe wykonanie świadczeń. Szpital uzyskał wyższy ryczałt o 219 tys. zł.

Prezes Zarządu poinformowała LOW NFZ o udzieleniu akredytacji w zakresie działalności Szpitala Rehabilitacyjno-Ortopedycznego i uzyskaniu oceny punktowej w wysokości 89%.⁴⁸ Tym samym Szpital uzyskał wyższą kwotę ryczałtu PSZ o 52,2 tys. zł.

Dyrektor LOW NFZ pismem z 8 maja 2018 r. poinformował, że w przypadku świadczeń finansowanych ryczałtowo nie występuje sytuacja nadwykonań, a ewentualne wzrosty

⁴³ Dla celów kontroli w tym zakresie wykorzystano wskaźniki ekonomiczno-finansowe, określone 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. poz. 832).

⁴⁴ W 2015 r. - 70 pkt, w 2016 r. - 65 pkt, w 2017 r. - 63 pkt i w 2018 r. - 65 pkt.

⁴⁵ W 2015 r. wskaźnik zyskowności: netto - 7,85%, działalności operacyjnej - 7,68%, aktywów - 6,36%; w 2016 r. wskaźnik zyskowności: netto - 2,06%, działalności operacyjnej - 2,73%, aktywów - 0,96%; w 2017 r. wskaźnik zyskowności: netto - 3,66%, działalności operacyjnej - 4,63%, aktywów - 1,5%; w 2018 r. wskaźnik zyskowności: netto - 11,49%, działalności operacyjnej - 12,04%, aktywów - 5,76%.

⁴⁶ Wskaźnik bieżącej płynności wynosił odpowiednio: 2,12; 2,19; 2,68 i 3,81. Wskaźnik szybkiej płynności wynosił: 2,05; 2,11, 2,56 i 3,67.

⁴⁷ Dz. U. z 2017 r. poz. 1783.

⁴⁸ Liczba punktów w zakresie standardów akredytacyjnych określonych obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2010 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali (Dz. U. MZ z 2010 r. Nr 2 poz. 24).

ryczałtu dla podmiotów, których wartość wykonania przewyższała kontrakt występują wyłącznie w przypadku, gdy w województwie lubuskim będą szpitale, których ryczałt w I półroczu 2018 r. nie zostanie wykorzystany, tj. wykonane zostaną świadczenia na wartość poniżej 98% ryczałtu. Jeżeli nastąpi sytuacja, że wszystkie 20 szpitali zakwalifikowanych do podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w województwie lubuskim wykona świadczenia w ryczałcie PSZ w I półroczu 2018 r. na wartość minimum 98% kontraktu, wówczas w żadnym podmiocie, który wykona świadczenia powyżej 100% wartości ryczałtu, nie nastąpi wzrost wartości z tego tytułu na II półrocze 2018 r.

(akta kontroli str. 510-518, 728-733)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Po wprowadzeniu PSZ poprawiła się sytuacja finansowa Szpitala, a w oparciu o analizę wskaźnikową sporządzoną na podstawie sprawozdań finansowych, Spółka uzyskała maksymalną ocenę punktową. Szpital podejmował skuteczne działania w celu uzyskania wyższego ryczałtu (dodatkowo współczynniki korygujące) poprzez wyższe wykonanie świadczeń oraz uzyskanie standardów akredytacyjnych.

IV. Uwagi i wnioski

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

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

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

Zielona Góra, 12 grudnia 2018 r.

Kontroler
Dariusz Obierzyński
Główny specjalista kontroli państwowej

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

.....
podpis

.....
podpis