



Funkcjonowanie systemu  
podstawowego szpitalnego zabezpieczenia  
świadczeń opieki zdrowotnej  
Lata 2017–2018

**Najwyższa Izba Kontroli**

Warszawa, sierpień 2019 r.

# 01 Dlaczego podjęliśmy kontrolę?

- System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ) został utworzony z dniem 1 października 2017 r.
- Głównym celem było zapewnienie pacjentom dostępu do świadczeń:
  - leczenia szpitalnego,
  - świadczeń wysokospecjalistycznych,
  - ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanej w poradniach przyszpitalnych,
  - rehabilitacji leczniczej,
  - programów lekowych,
  - leków stosowanych w chemioterapii,  
oraz
  - nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej,  
przy jednoczesnym zagwarantowaniu ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń oraz stabilności ich finansowania.

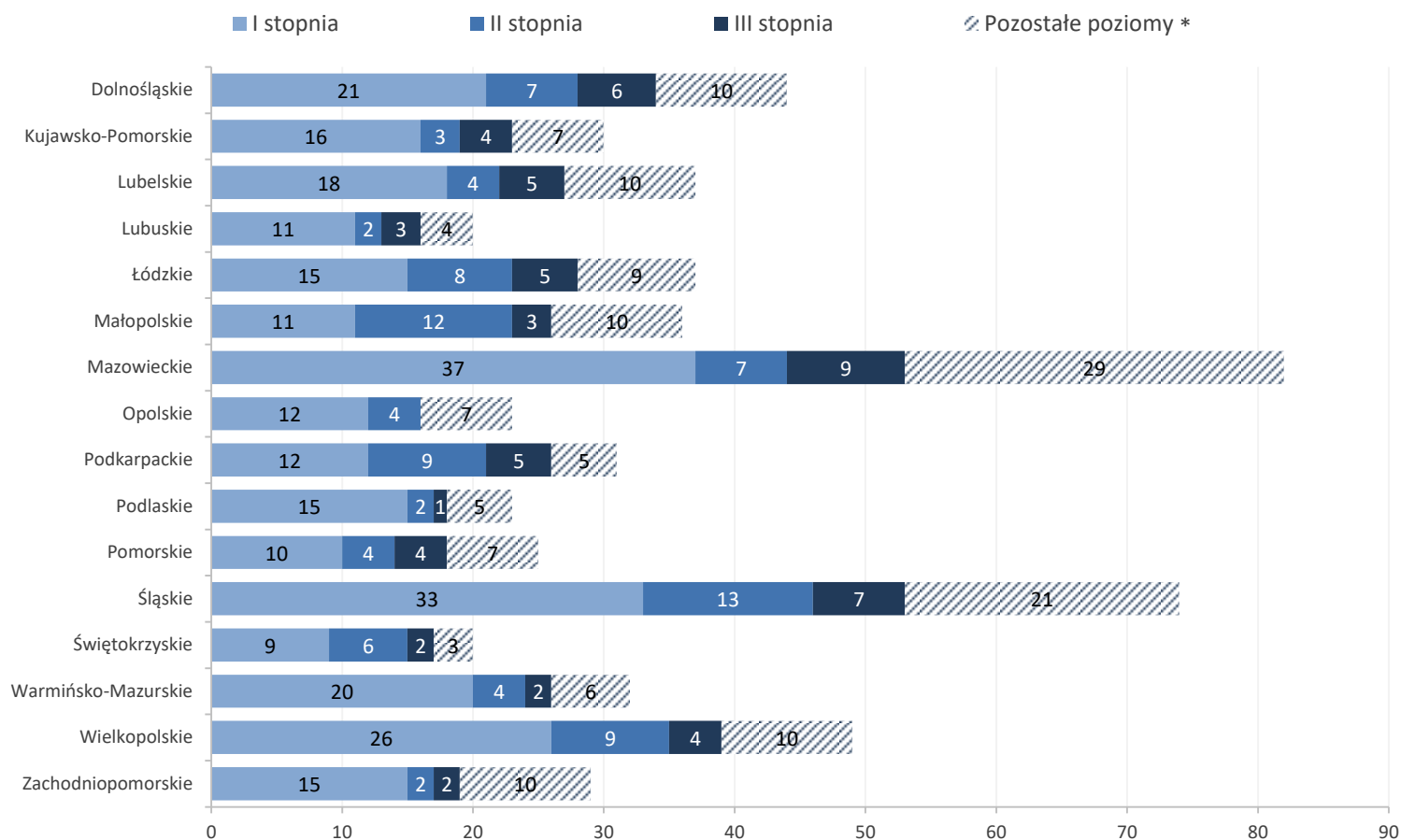
## 02 Dlaczego podjęliśmy kontrolę?

Konieczność wprowadzenia zmian wynikała z identyfikacji zjawisk:

- Zachwianie zasady udzielania świadczeń zdrowotnych w sposób kompleksowy i ciągły. Okresowo przeprowadzane postępowania konkursowe oraz system rozliczeń świadczeń promowały fragmentację procesu udzielania świadczeń (zachwianie cyklu leczenia).
- Kształtowanie sieci szpitali, jak i ich wewnętrznej struktury organizacyjnej, w oparciu o zakresy świadczeń i produkty rozliczeniowe.
- Niepewność, co do przyszłych warunków finansowania działalności poszczególnych szpitali oraz ograniczona możliwość przesunięć środków między kwotami cząstkowymi w umowach z NFZ.
- Nieefektywne zachowania w zakresie kształtowania wewnętrznych struktur organizacyjnych. W celu uzyskania dodatkowego finansowania tworzone były dodatkowe oddziały i pododdziały szpitalne, co powodowało komplikację struktury organizacyjnej, a tym samym zarządczej jednostek.

# 03 Dlaczego podjęliśmy kontrolę?

Liczba podmiotów zakwalifikowanych do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia w podziale na poziomy zabezpieczenia i województwa



\*Do pozostałych poziomów zabezpieczenia należą: szpitale ogólnopolskie, onkologiczne i pediatryczne.

Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.



## 04 Co kontrolowaliśmy?

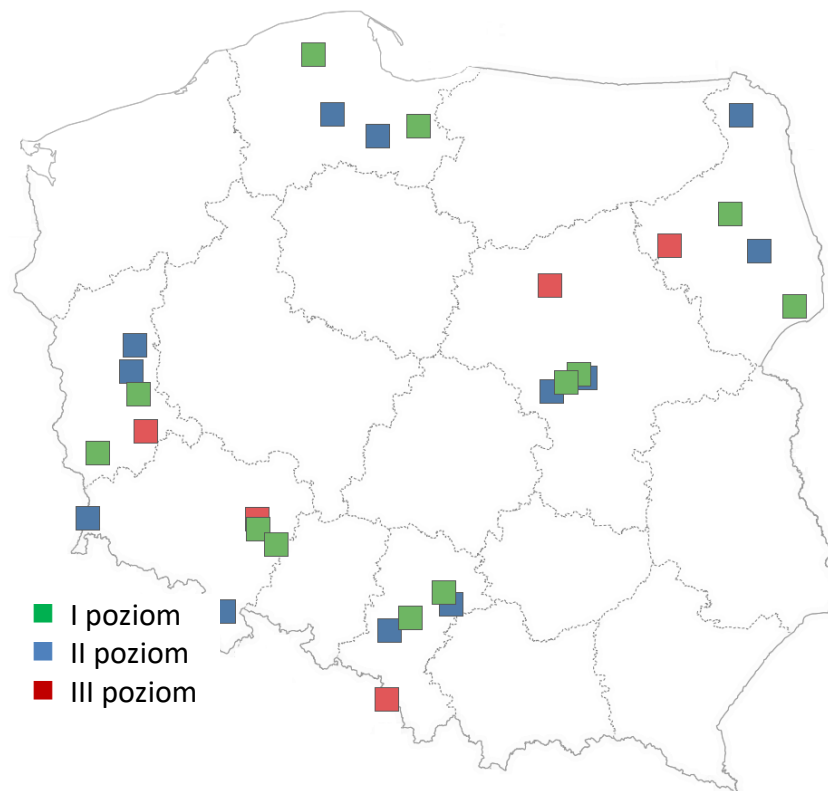
Czy funkcjonowanie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej poprawiło dostęp pacjentów do świadczeń zdrowotnych oraz sytuację finansową szpitali?

- Czy zapewniono pacjentom kompleksowe i koordynowane świadczenia ambulatoryjne, szpitalne i rehabilitacyjne, stosownie do ich potrzeb?
- Czy wprowadzono zmiany w organizacji wewnętrznej szpitali oraz w alokacji zasobów, powodujące uelastycznienie zarządzania i optymalizację struktury kosztów leczenia?
- Czy zagwarantowano odpowiedni poziom finansowania świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w szpitalach?

## 05 Kogo kontrolowaliśmy?

- 29 podmiotów leczniczych z terenu województw: dolnośląskiego, lubuskiego, pomorskiego, podlaskiego, śląskiego, włączonych do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej
  - 12 szpitali I stopnia
  - 12 szpitali II stopnia
  - pięć szpitali III stopnia

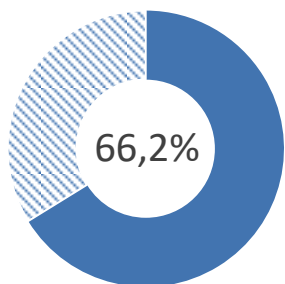
Rozmieszczenie podmiotów leczniczych z uwzględnieniem poziomu systemu szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej



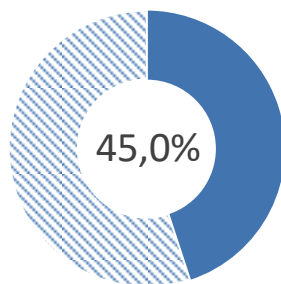
Źródło: Opracowanie własne NIK.

## 06 Stwierdzony stan – zapewnienie kompleksowości

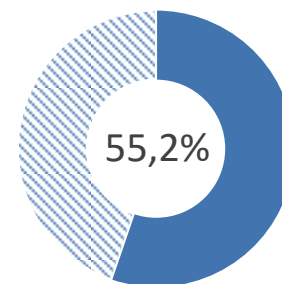
Odsetek pacjentów, którzy uzyskali zalecone przy wypisie świadczenia opieki zdrowotnej w podmiocie leczniczym, w którym odbyli hospitalizację



pacjentów uzyskało zalecone świadczenie pohospitalizacyjne



pacjentów uzyskało zalecone porady ambulatoryjne lub miało wyznaczony termin ich udzielenia



pacjentów uzyskało zalecone świadczenie rehabilitacyjne lub miało wyznaczony termin jego udzielenia

*Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli przeprowadzonych w 26 podmiotach leczniczych, w tym 11 zakwalifikowanych do I stopnia, 11 do II stopnia oraz czterech do III stopnia zabezpieczenia.*

- Głównymi powodami nieuzyskania świadczeń w kontrolowanych podmiotach było:
  - niezgłoszenie się pacjenta w celu wyznaczenia terminu ich udzielenia;
  - w części przypadków, szpitale nie udzielały jednak świadczeń w zaleconych pacjentom zakresach.

## 07 Stwierdzony stan – zapewnienie kompleksowości

- W ustawie wprowadzającej PSZ nie uregulowano w pełni kwestii zapewnienia pacjentom niezbędnych im świadczeń ambulatoryjnych i rehabilitacyjnych:
  - do PSZ zostały włączone zakresy świadczeń, w których były udzielane świadczenia przez co najmniej dwa lata kalendarzowe przed dniem ogłoszenia wykazu świadczeniodawców zakwalifikowanych do PSZ;
  - utworzenie nowych poradni było możliwe po przeprowadzeniu przez OW NFZ postępowania o zawarcie umowy w trybie konkursu ofert bądź rokowań.
- W przypadku sześciu szpitali do PSZ zostały włączone oddziały szpitalne, bez zapewnienia co najmniej jednego odpowiadającego im zakresu świadczeń ambulatoryjnych, a tym samym bez możliwości udzielania kompleksowych świadczeń pacjentom hospitalizowanym w tych podmiotach leczniczych.
- Ponadto, projektując PSZ, nie uwzględniono sytuacji demograficznej oraz epidemiologicznej na obszarze funkcjonowania szpitali, jak również nie wzięto pod uwagę znaczenia placówki w zapewnieniu bezpieczeństwa zdrowotnego danej społeczności, jakości udzielanych świadczeń, czy stopnia dostosowania jej infrastruktury do obowiązujących przepisów.

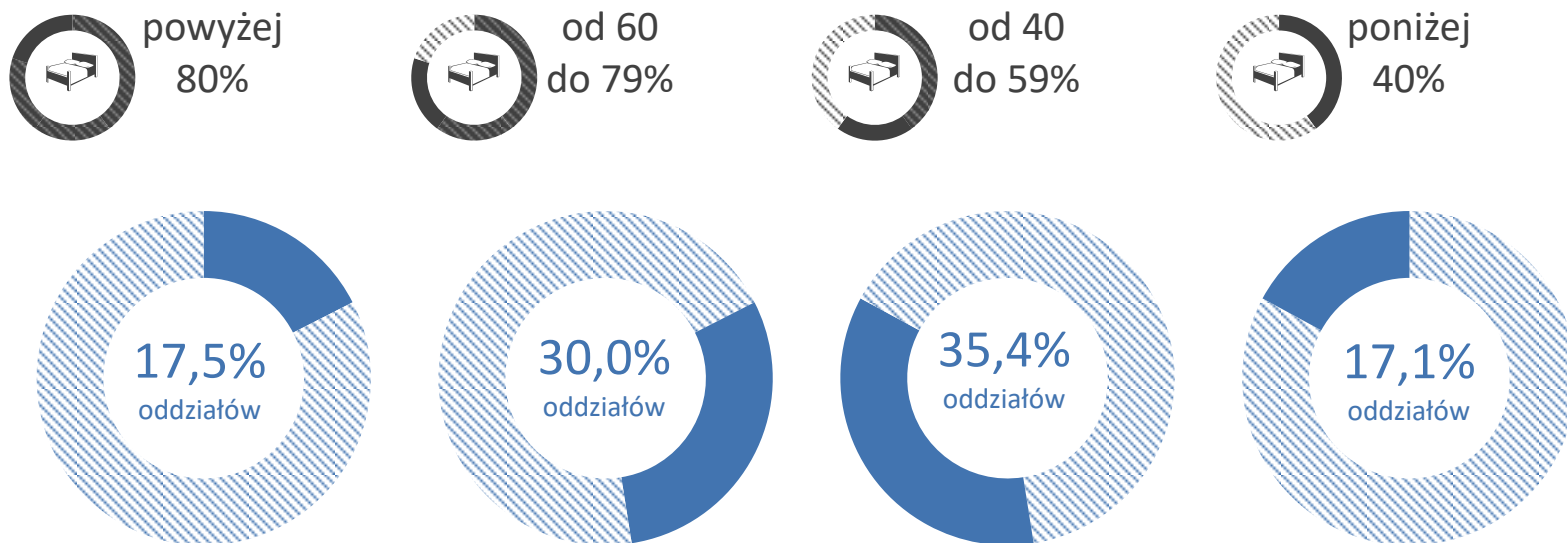


## 08 Stwierdzony stan – zmiany struktury organizacyjnej

- Żaden z kontrolowanych szpitali nie wprowadził zmian organizacyjnych mających na celu dostosowanie do funkcjonowania w ramach systemu zabezpieczenia, gdyż jak wyjaśniano, nie było takiej potrzeby.
- Jedynie w ośmiu szpitalach (27,6% skontrolowanych podmiotów) zmienił się zakres udzielanych świadczeń szpitalnych lub ambulatoryjnych.
- Zmiany dotyczyły przede wszystkim:
  - rezygnacji z udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach, w tym w związku z brakiem lekarzy;
  - wygaśnięcia umowy o udzielanie świadczeń w poszczególnych zakresach leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (poza PSZ);
  - rozpoczęcia udzielania świadczeń w nowych zakresach w wyniku postępowań o zawarcie umowy.

## 09 Stwierdzony stan – wykorzystanie łóżek szpitalnych

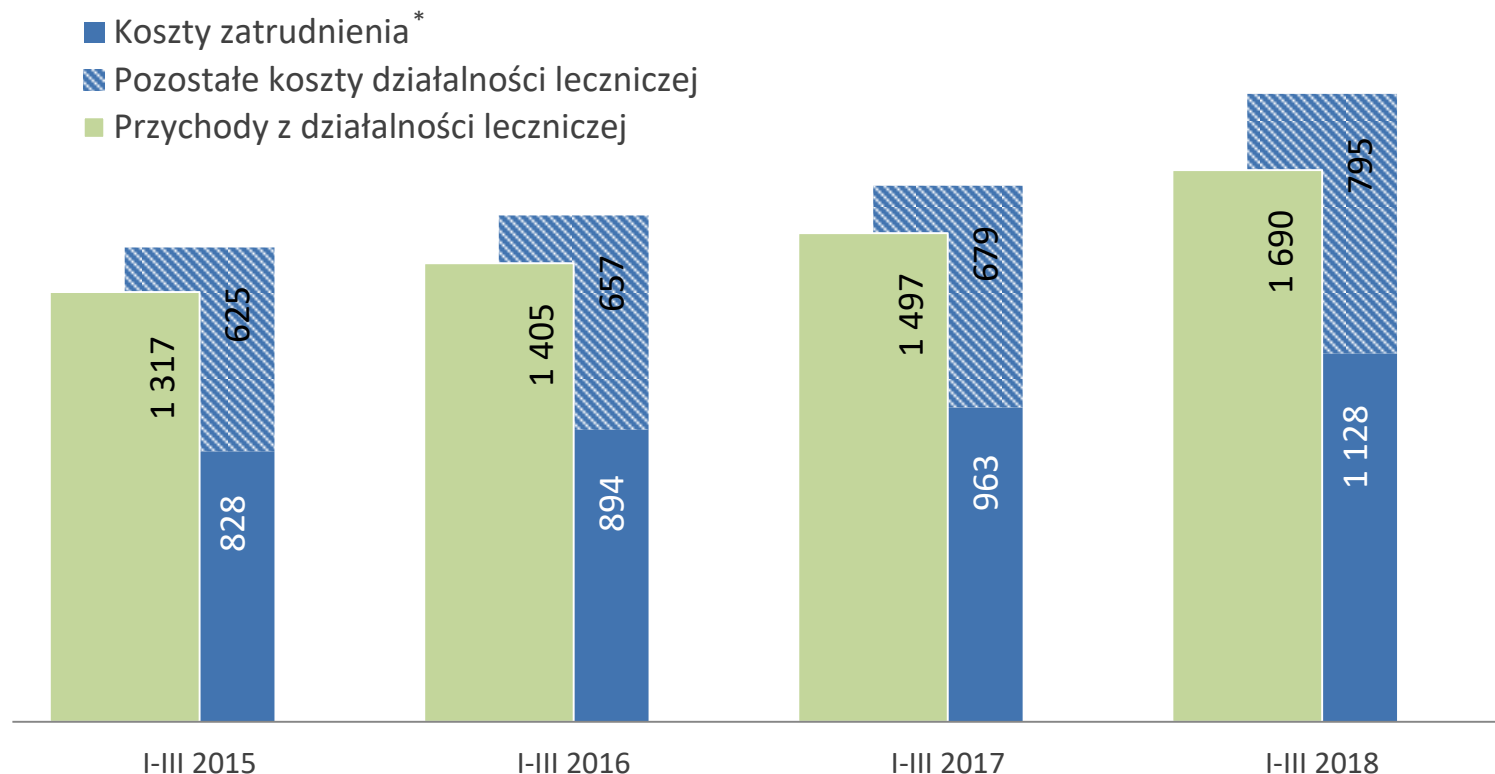
Średnie wykorzystanie łóżek w I–III kwartale 2018 r.



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli przeprowadzonych w 29 podmiotach leczniczych, w tym 12 zakwalifikowanych do I stopnia, 12 do II stopnia oraz pięciu do III stopnia zabezpieczenia.

# 10 Stwierdzony stan – poziom finansowania świadczeń

Przychody i koszty działalności leczniczej, z uwzględnieniem kosztów zatrudnienia w I–III kwartale lat 2005–2018 ogółem [w mln zł]

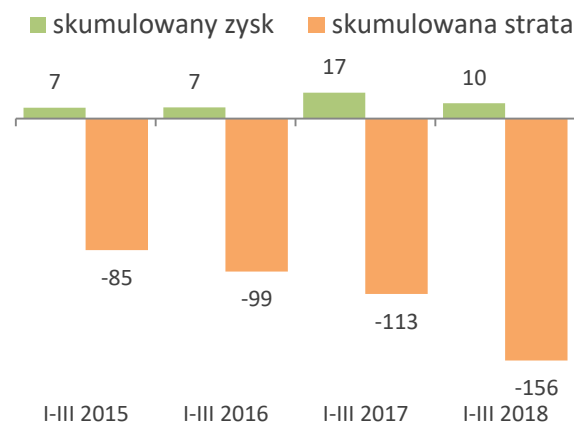
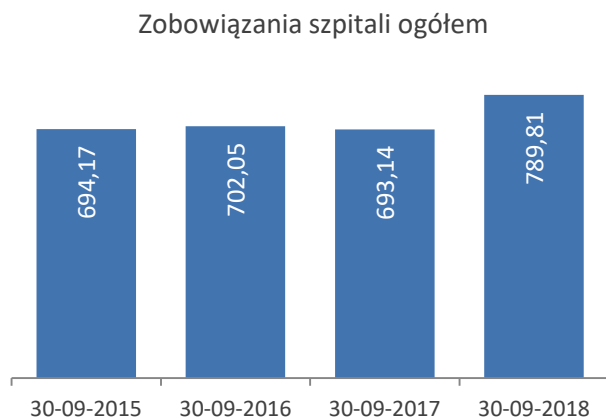


\* Do kosztów zatrudnienia włączono koszty wynagrodzeń bezosobowych oraz medycznych usług obcych.

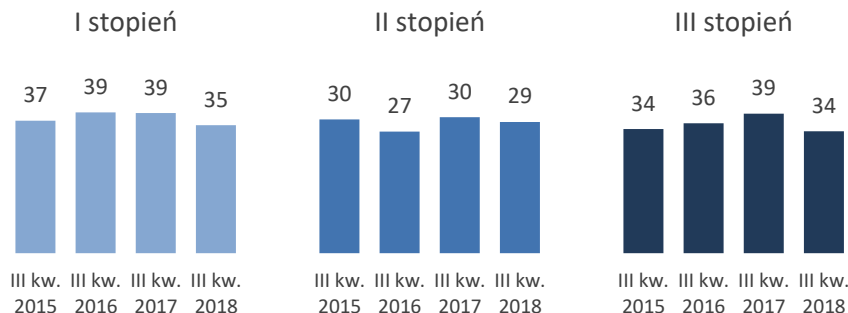
Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli przeprowadzonych w 29 podmiotach leczniczych, w tym 12 zakwalifikowanych do I stopnia, 12 do II stopnia oraz pięciu do III stopnia zabezpieczenia.

# 11 Stwierdzony stan – sytuacja finansowa szpitali

Wartość zobowiązań kontrolowanych szpitali według stanu na koniec III kwartału lat 2015–2018 oraz skumulowane wyniki finansowe szpitali za okres I–III kwartału lat 2015–2018 [w mln zł]



Średnia liczba punktów uzyskanych przez szpitale w wyniku analizy wskaźników ekonomiczno-finansowych, przeprowadzonej z użyciem metodologii określonej w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r.



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli w 29 podmiotach leczniczych, w tym 12 zakwalifikowanych do I stopnia, 12 do II stopnia oraz pięciu do III stopnia zabezpieczenia.

## 12 Stwierdzony stan

Większość kontrolowanych podmiotów leczniczych rzetelnie wywiązała się z realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresie świadczeń finansowanych w ramach ryczałtu PSZ. W analizowanym okresie udzielone zostały świadczenia o wartości niepowodującej jego zmniejszenia, bądź przekraczającej kwotę ryczałtu. I tak:

- w IV kwartale 2017 r. w 22 szpitalach



- w I półroczu 2018 r. w 28 szpitalach



- w III kwartale 2018 r. w 13 szpitalach

*przy czym okres rozliczeniowy nie był jeszcze zakończony*



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli.

# 13 Stwierdzony stan – współczynniki jakościowe

Zwiększenie ryczałtu PSZ w związku z zastosowaniem dodatnich współczynników korygujących (tzw. jakościowych) uzyskało m.in.:

- 19 szpitali za posiadanie ważnego świadectwa jakości w diagnostyce mikrobiologicznej i/lub diagnostyce laboratoryjnej



- osiem szpitali za posiadanie certyfikatu akredytacyjnego Ministra Zdrowia



- siedem szpitali za zwiększenie liczby udzielanych świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli.

## 14 Ocena ogólna

Wprowadzenie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej nie poprawiło dostępu pacjentów do świadczeń zdrowotnych oraz nie polepszyło sytuacji finansowej większości kontrolowanych szpitali.

Wprowadzenie PSZ miało przynieść szereg korzyści pacjentom, w tym m.in. zapewnić im kompleksową i koordynowaną opiekę na każdym etapie leczenia. Jednakże z przeprowadzonej kontroli wynika, że nie wszyscy pacjenci po hospitalizacji uzyskiwali kompleksowe świadczenia ambulatoryjne i rehabilitacyjne, stosownie do ich potrzeb. Było to spowodowane przede wszystkim niezgłaszaniem się pacjentów na kontynuację leczenia do szpitala, w którym byli hospitalizowani, ale również nieudzielaniem świadczeń w zakresach niezbędnych tym pacjentom.

## 15 Ocena ogólna cd.

Projektując systemowe zmiany, nie wzięto pod uwagę znaczenia placówek w zapewnieniu bezpieczeństwa zdrowotnego danej społeczności, potencjału szpitali, w tym ich możliwości diagnostycznych i terapeutycznych, stopnia dostosowania jej infrastruktury do obowiązujących przepisów, czy jakości udzielanych świadczeń. Warunki kwalifikacji do systemu nie obejmowały takich kryteriów jak liczba i wartość realizowanych świadczeń, czy stopień wykorzystania łóżek na poszczególnych oddziałach.

W rezultacie do PSZ zostały włączone również oddziały szpitalne zaspokajające potrzeby zdrowotne populacji jedynie w niewielkim stopniu, jak również oddziały, na których w badanym okresie był odnotowany niski stopień wykorzystania łóżek szpitalnych. Taki stan przekładał się na nieuzasadnione i nadmierne koszty dla podmiotów leczniczych, a w skali kraju generuje większe koszty dla systemu ochrony zdrowia.



## 16 Ocena ogólna cd.

Nie zagwarantowano odpowiedniego poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w szpitalach.

Pomimo wzrostu przychodów z tytułu realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia, większość skontrolowanych szpitali osiągnęła stratę na działalności leczniczej na koniec III kwartału 2018 r., a ich wynik finansowy pogorszył się w stosunku do roku poprzedniego.

Działalność szpitali nie bilansowała się z uwagi na znacznie szybszy wzrost kosztów działalności leczniczej, w tym kosztów zatrudnienia w odniesieniu do uzyskiwanych przychodów.

# 17 Wnioski

## Do Ministra Zdrowia

- Podjęcie działań systemowych stymulujących lepsze wykorzystanie łóżek szpitalnych oraz powiązanie ich liczby z sytuacją demograficzną i epidemiologiczną na danym obszarze geograficznym, z uwzględnieniem map potrzeb zdrowotnych, o których mowa w art. 95a ust. 1 i 6 ustawy o świadczeniach.
- Zapewnienie finansowania działalności szpitali w sposób adekwatny do tempa wzrostu kosztów leczenia, z przyczyn od nich niezależnych, umożliwiającego bilansowanie się działalności szpitali.
- Podjęcie działań mających na celu uregulowanie w ustawie o świadczeniach, możliwości zawarcia przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia umowy o udzielanie świadczeń w poszczególnych zakresach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub rehabilitacji leczniczej przez szpital zakwalifikowany do PSZ, z pominięciem trybu, o którym mowa w art. 139 ustawy o świadczeniach, w celu wyeliminowania zjawiska polegającego na funkcjonowaniu oddziałów szpitalnych, bez zapewnienia co najmniej jednego odpowiadającego im zakresu świadczeń ambulatoryjnych lub rehabilitacyjnych.

# 18 Wnioski

## Do kierowników podmiotów tworzących podmioty lecznicze

- Podjęcie działań mających na celu zrationalizowanie wykorzystania łóżek szpitalnych, z uwzględnieniem w szczególności regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych, o której mowa w art. 95a ust. 1 ustawy o świadczeniach, priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 95c oraz stanu dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze regionu.

## Do kierowników podmiotów leczniczych

- Podjęcie, we współpracy z podmiotem tworzącym, działań mających na celu zrationalizowanie wykorzystania łóżek w szpitalu.
- Podjęcie działań mających na celu zapewnienie zgodności danych zgłoszonych do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą z faktyczną strukturą organizacyjną podmiotu oraz liczbą posiadanych łóżek.
- Zapewnienie nadzoru nad poprawnością przekazywanych danych do Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia w „Sprawozdaniu o działalności szpitala ogólnego” w formularzu MZ-29 w zakresie liczby odmów przyjęć do szpitala.



Źródło: stock.adobe.com

# Najwyższa Izba Kontroli

## Departament Delegatura