



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Bydgoszczy

LBY – 4101-011-01/2014
P/14/061

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Bydgoszczy
ul. Wały Jagiellońskie 12, 85-950 Bydgoszcz
T +48 52 567 58 00, F +48 52 567 58 60
lby@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli P/14/061 – Działalność szpitali samorządowych przekształconych w spółki kapitałowe

Jednostka
przeprowadzająca
kontrolę Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Bydgoszczy

Kontrolerzy
1. Maciej Gajdzik, główny specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr 88985 z dnia 14 maja 2014 r. oraz nr 91172 z dnia 27 czerwca 2014 r.
2. Jarosław Bańkowski, specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr 88986 z dnia 14 maja 2014 r. oraz nr 91173 z dnia 27 czerwca 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 1-4, 159-160)

Jednostka
kontrolowana Szpital Powiatowy Sp. z o.o.¹, ul. Koppa 1E, 87-400 Golub-Dobrzyń

Kierownik jednostki
kontrolowanej Michał Kamiński, Prezes Zarządu

(dowód: akta kontroli str. 5-8)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia² pozytywnie, pomimo stwierdzonych nieprawidłowości działalność Szpitala w zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych. Jednocześnie Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że w latach 2011-2013 działalność Szpitala przynosiła straty, a jego zdolność do realizowania zobowiązań krótkoterminowych była niska.

Uzasadnienie
oceny ogólnej

W okresie objętym kontrolą Szpital zapewniał stały zakres świadczeń udzielanych w ramach ubezpieczenia w NFZ. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły w szczególności nieterminowego regulowania zobowiązań z tytułu najmu pomieszczeń na łączną kwotę 206,1 tys. zł oraz braku spełniania wszystkich wymogów kadrowych w zakresie obsady lekarskiej.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Przekształcenie SP ZOZ w spółkę kapitałową

Opis stanu
faktycznego

Uchwałą z dnia 9 kwietnia 2001 r.³ Rada Powiatu Golubsko-Dobrzyńskiego postanowiła o likwidacji Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Golubiu-Dobrzyniu⁴. Termin zakończenia działalności zakładu ustalono na 30 lipca 2001 r. Na podstawie § 3 uchwały zobowiązania i należności likwidowanej jednostki stały się zobowiązaniami i należnościami Powiatu. Jako uzasadnienie dla likwidacji SP ZOZ wskazano, że w latach 1999-2000 zakład osiągnął ujemny wynik finansowy w wysokości odpowiednio 1,3 mln zł oraz 3 mln zł, tracąc przy tym płynność finansową.

¹ Zwany dalej „Szpitalem”.

² Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

³ Uchwała nr XX/168/01.

⁴ Zwany dalej „SP ZOZ”.

Jednocześnie Rada zdecydowała, że świadczenia dla osób dotychczas korzystających ze świadczeń zdrowotnych likwidowanego zakładu zostaną zapewnione przez nowo utworzony publiczny zakład opieki zdrowotnej, dla którego organem założycielskim będzie spółka z ograniczoną odpowiedzialnością zawiązana przez Powiat.

Aktem założycielskim z 14 maja 2001 r. Zarząd Powiatu Golubsko-Dobrzyńskiego utworzył spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością pod firmą Szpital Powiatowy sp. z o.o. Przedmiotem przedsiębiorstwa Spółki było prowadzenie działalności medycznej poprzez utworzenie zakładu opieki zdrowotnej pn. Szpital Powiatowy w Golubiu-Dobrzyniu. W dniu 11 września 2001 r. Szpital został wpisany do rejestru zakładów opieki zdrowotnej. Działalność leczniczą w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego Szpital rozpoczął 1 września 2001 r.

(dowód: akta kontroli str. 9-32, 158)

Likwidacja SP ZOZ oraz rozpoczęcie udzielania świadczeń medycznych przez Szpital nie spowodowały braku ciągłości udzielania świadczeń. W okresie od stycznia do sierpnia 2001 r. SP ZOZ udzielił łącznie 4.186 świadczeń leczenia stacjonarnego, zaś Szpital od września do grudnia 2001 - 2.263 świadczeń. Łącznie w 2001 r. było to 6.449 świadczeń leczenia stacjonarnego, w porównaniu z 6.457 świadczeniami udzielonymi przez Szpital w 2002 r.

(dowód: akta kontroli str. 158)

Regulamin porządkowy Szpitala określał organizację i zadania Szpitala, jako jednostki organizacyjnej, przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, warunki współdziałania z innymi zakładami opieki zdrowotnej oraz prawa i obowiązki pacjenta. Regulamin organizacyjny Szpitala zgodnie z jego faktyczną organizacją określał przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, organizację i zadania jednostki organizacyjnej, jaką był Szpital, warunki współdziałania z innymi zakładami opieki zdrowotnej, prawa i obowiązki pacjenta oraz zasady odpłatnego wydawania opinii z dokumentacji medycznej.

(dowód: akta kontroli str. 162-178, 290-298, 349)

Dziewięć z dziesięciu oddziałów Szpitala było zlokalizowanych w budynku głównym przy ul. Koppa 1E, od 2008 r. stanowiącym własność Szpitala. Ponadto na podstawie odnawianych co roku umów Szpital wynajmował od Powiatu Golubsko-Dobrzyńskiego budynek Oddziału Chorób Płuc przy ul. Koppa 1E oraz pomieszczenia w budynkach przy ul. Koppa 1A i 1D, przeznaczone na potrzeby ośmiu poradni oraz na potrzeby administracji Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 9-32, 179-185, 243-248, 372-374)

2. Sytuacja finansowa Szpitala i zatrudnienie

Opis stanu
faktycznego

W latach 2011-2013 przychody ogółem Szpitala wzrosły o 4,2% i wyniosły:

- w 2011 r.: 21.115,4 tys. zł, w tym przychody z tytułu umów z Narodowym Funduszem Zdrowia⁵ – 19.638,3 tys. zł (93% przychodów ogółem),
- w 2012 r.: 22.133,8 tys. zł, w tym z NFZ – 20.758,8 tys. zł (93,8% przychodów),
- w 2013 r.: 21.994,1 tys. zł, w tym z NFZ – 20.506,6 tys. zł (93,2% przychodów).

W 2014 r. (do 30 kwietnia) przychody Szpitala wyniosły 7.151,8 tys. zł, w tym z NFZ – 6.676,0 tys. zł.

⁵ Zwany dalej „NFZ”.

W latach 2011-2013 udział przychodów z odpłatnych świadczeń zdrowotnych w przychodach ze sprzedaży pozostawał na podobnym poziomie ok. 3%. Przychody z tego tytułu wyniosły: 707,7 tys. zł w 2011 r., 670,3 tys. zł w 2012 r., 720,8 tys. zł w 2013 r. oraz 272,5 tys. zł w 2014 r. (do 30 kwietnia).

W badanym okresie wykonano usługi medyczne dla osób nieubezpieczonych na łączną kwotę 17,6 tys. zł. Łączna wartość świadczeń, za które Szpital nie uzyskał zapłaty, wyniosła 4,0 tys. zł.

Łączne koszty zatrudnienia w Szpitalu wzrosły z 14.995,0 tys. zł w 2011 r. do 15.861,0 tys. zł w 2013 r. stanowiąc najważniejszą pozycję kosztów (odpowiednio 67,7% i 71,2% kosztów ogółem). Koszty kontraktów medycznych wzrosły z 6.780,3 tys. zł w 2011 r. do 7.484,1 tys. zł w 2013 r. Wynosząca 10,4% dynamika ich wzrostu ponad dwukrotnie przekraczała dynamikę wzrostu przychodów z NFZ (4,4%). Koszty wynagrodzeń pracowników etatowych rosły z 5.919,0 tys. zł w 2011 r. do 6.073,5 tys. zł w 2013 r. (tj. o 2,6%). Natomiast koszt umów cywilnoprawnych wynosił 284,7 tys. zł w 2011 r. oraz 290,4 tys. zł w 2013 r.

Dla porównania koszty zakupu leków zmalały z 1.129,4 tys. zł w 2011 r. do 899,7 tys. zł w 2013 r., stanowiąc odpowiednio 5,0% i 4,0% kosztów ogółem. Większość badań laboratoryjnych Szpital wykonywał we własnym laboratorium. Koszty działalności tej komórki organizacyjnej w 2013 r. wynosiły 1.146,9 tys. zł. Wartość koniecznych do wykonania poza Szpitalem badań laboratoryjnych wyniosła w 2013 r. jedynie 59,3 tys. zł, tj. 4,9% łącznych wydatków w tym zakresie.

W badanym okresie systematycznie malała strata Szpitala. Wynik finansowy wynosił (-) 1.379,4 tys. zł w 2011 r., (-) 498,3 tys. zł w 2012 r. oraz (-) 297,8 tys. zł. w 2013 r. Jednocześnie malały zarówno koszty działalności w całym badanym okresie (22.494,8 tys. zł w 2011 r. i 22.291,9 tys. zł w 2013 r.), jak i przychody Szpitala w 2013 r. w porównaniu z 2012 r. Ujemny wynik finansowy spowodowany był przede wszystkim zbyt wysokimi kosztami działalności w stosunku do przychodów z tytułu umów zawartych z NFZ. Jednocześnie pogarszał się wskaźnik płynności bieżącej Szpitala z 0,78 w 2011 r. do 0,64 w 2013 r. i pozostawał on poniżej optymalnej wielkości 1,2.

W celu poprawy kondycji finansowej Szpital wprowadził program restrukturyzacji kosztów. W badanym okresie sytuacja finansowa poprawiała się dzięki zwiększeniu przychodów z NFZ w 2012 r. oraz redukcji kosztów w 2013 r. (pomimo spadku przychodów z NFZ). Redukcja po stronie kosztowej obejmowała m.in.: zmniejszenie zatrudnienia (głównie personelu niemedycznego), outsourcing żywienia, monitoring gospodarki materiałowej (wdrożenie apteczek oddziałowych, umowy wieloletnie skutkujące obniżką cen). Receptariusz w układzie anatomiczno-terapeutyczno-chemicznym wprowadzono do stosowania w Szpitalu od 4 sierpnia 2010 r.

(dowód: akta kontroli str. 150-156, 163-187, 215-226, 249-280, 367, 383-397)

Szpital prowadził pozaksięgowy rachunek kosztów działalności oddziałów. Prowadzenie księgowego rachunku kosztów poszczególnych procedur medycznych przewidywane było po zintegrowaniu wdrażanego elektronicznego systemu dokumentacji medycznej z systemem finansowo-księgowym (zakończenie wdrożenia tego systemu przewidziano na II połowę 2015 r.⁶).

(dowód: akta kontroli str. 214, 218, 229-237)

⁶ W ramach projektu „e-Usługi – e-Organizacja – pakiet rozwiązań informatycznych dla jednostek organizacyjnych województwa Kujawsko-Pomorskiego” w części komponentu „e-Zdrowie w Województwie Kujawsko-Pomorskim”.

Przeciętne zatrudnienie w Szpitalu w okresie objętym kontrolą zmniejszyło się z 223,75 etatów w 2011 r. do 212,32 w 2014 r. Podstawową formą zatrudnienia lekarzy był kontrakt medyczny. Liczba lekarzy zatrudnionych w takiej formie wynosiła 54 w 2011 r. oraz 66 w 2014 r. Na podstawie umów cywilnych zatrudnionych było pięciu lekarzy w 2011 r. oraz trzech w 2014 r. Na podstawie umów o pracę, pracę świadczyło dwóch lekarzy w 2011 r. oraz trzech lekarzy w 2014 r.

Na podstawie umów o pracę zatrudnionych było 100 pielęgniarek w 2011 r. oraz 94 w 2014 r. Liczba pielęgniarek zatrudnionych na podstawie kontraktów wzrosła z 16 w 2011 r. do 20 w 2014 r. Natomiast na podstawie umów cywilnoprawnych zatrudnione były dwie pielęgniarki w 2011 r. oraz sześć - w 2014 r.⁷ Liczba członków pozostałego personelu medycznego, zatrudnionych na podstawie umowy o pracę wzrosła z 23 osób w 2011 r. do 28 w 2014 r. Na podstawie kontraktu zatrudniony był jeden pracownik, zaś na podstawie umowy cywilnoprawnej dwóch pracowników w 2011 r. oraz czterech pracowników w 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 226, 249-252, 254-260, 276)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

W latach 2012 i 2014 (do czerwca) niektóre zobowiązania Szpitala z tytułu najmu budynku i pomieszczeń należących do Powiatu Golubsko-Dobrzyńskiego nie zostały uregulowane terminowo. Przetępniowane zobowiązania za rok 2012, w łącznej wysokości 51,1 tys. zł (z kwoty 290,4 tys. zł) zostały zapłacone do 30 kwietnia 2014 r. Według stanu na koniec czerwca 2014 r. przetępniowane zobowiązania Szpitala wynosiły 155,0 tys. zł (Szpital nie był przy tym monitowany o ich zapłatę). Jednocześnie zobowiązania Szpitala za 2013 r. w wysokości 239,0 tys. zł zostały przez Zarząd Powiatu Golubsko-Dobrzyńskiego umorzone. Przyczyną braku zapłaty oraz nieterminowej zapłaty było zmniejszenie przychodów Szpitala z tytułu umów zawartych z NFZ. Prezes Zarządu wyjaśnił, że w związku ze spadkiem przychodów Szpitala w 2014 r. w porównaniu z 2013 r. ponownie wystąpi o umorzenie opłat za najem.

NIK zwraca uwagę, że nawet w przypadku, gdy Powiat Golubsko-Dobrzyński, wykonując zadania publiczne o charakterze ponadgminnym w zakresie ochrony zdrowia, jest właścicielem Szpitala, brak terminowego regulowania przez Szpital opłat za wynajem na rzecz tej jednostki stwarza ryzyko, iż zgodnie z postanowieniami § 4 umów najmu budynku i pomieszczeń, zawartych 2 stycznia 2014 r. z Powiatem Golubsko-Dobrzyńskim, Szpital może zostać obciążony odsetkami za zwłokę⁸, zaś umowy te mogą zostać rozwiązane bez okresu wypowiedzenia.

(dowód: akta kontroli str. 287-347, 377, 381)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Opłata za wypełnienie wyciągów, ujęta w regulaminie porządkowym (20 zł bez VAT), przekraczała limit określony w art. 28 ust. 4 pkt 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁹. W badanym okresie nie obciążono z tego tytułu żadnej osoby. W dniu 26 czerwca 2014 r., tj. w toku kontroli, Prezes Zarządu zmienił regulamin, dostosowując wysokość opłat do limitu określonego w ustawie.

⁷ Zatrudnione w Szpitalu pielęgniarki (z jednym wyjątkiem) były w wieku od 30 do 62 lat. Nie zatrudniano starszych pracowników na tych stanowiskach. W okresie objętym kontrolą zatrudniono 29 pielęgniarek, a rozwiązano umowy z 21 osobami.

⁸ Wg stanu na 30 czerwca 2014 r. odsetki w wysokości 4,4 tys. zł.

⁹ Dz. U. z 2012 r., poz. 159 ze zm.

(dowód: akta kontroli str. 213, 224)

Ocena cząstkowa

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli podjęte przez Spółkę działania naprawcze przyczyniły się do zmniejszenia strat Szpitala, jednakże w dalszym ciągu działalność Szpitala skutkowałą ujemnym wynikiem finansowym. Pogarszał się jednocześnie wskaźnik płynności bieżącej.

3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych

Opis stanu faktycznego

Rozpoznanie potrzeb zdrowotnych populacji objętej działaniem Szpitala prowadzono na podstawie analiz danych wynikających z realizacji kontraktów z NFZ, takich jak czas oczekiwania na udzielenie świadczenia oraz występowanie, względnie brak występowania świadczeń ponadlimitowych. Analizy te nie miały formy dokumentu. Ustalenia dotyczące analizy lokalnej sytuacji epidemiologicznej zostały opisane w dalszej części niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

(dowód: akta kontroli str. 221)

W okresie objętym kontrolą Szpital zapewniał stały zakres świadczeń udzielanych w ramach ubezpieczenia w NFZ. W roku 2011 udzielono 5.764 świadczeń stacjonarnych, zaś w 2013 r. 6.200 takich świadczeń (wzrost o 7,6%). W poradniach Szpitala udzielono natomiast 38.870 porad i zlecono 3.258 badań diagnostycznych w 2011 r. oraz 43.717 porad (wzrost o 12,5%) i 3.761 badań w 2013 r.

Od 2012 r. Szpitalu zaprzestał udzielania świadczeń w ramach poradni leczenia bólu oraz poradni onkologicznej (w roku 2011 poradnie te udzieliły odpowiednio 292 i 204 porad), zaś od 2013 r. – w ramach poradni neonatologicznej (382 w 2011 r. oraz 405 w 2012 r.). Odstąpienie od udzielania tych świadczeń było skutkiem braku zasobów kadrowych, umożliwiających spełnienie wymogu udostępnienia ww. poradni przez co najmniej trzy dni w tygodniu oraz przez co najmniej cztery godziny dziennie¹⁰.

W badanym okresie czas oczekiwania na hospitalizację finansowaną ze środków NFZ wynosił do 10 dni (w oddziale chirurgicznym). W sześciu poradniach¹¹ czas oczekiwania na poradę finansowaną ze środków publicznych przekraczał 30 dni, natomiast uzyskanie odpłatnej porady nie wymagało oczekiwania. Prezes Zarządu wyjaśnił, że kolejki te były spowodowane zbyt małym limitem świadczeń, określonym w umowach z NFZ. W wyniku negocjacji Szpital uzyskał zwiększenie wartości umów w zakresie porad urologicznych, ortopedycznych oraz zdrowia psychicznego, co w dwóch pierwszych przypadkach skutkowało zmniejszeniem czasu oczekiwania na poradę, ponieważ nie rosła liczba pacjentów korzystających z tych porad (łącznie przychody z tytułu odpłatnych świadczeń zdrowotnych stanowiły margines przychodów ze sprzedaży, wynosząc w latach 2011-2013 od 3,1 do 3,4% tych przychodów). Prezes Zarządu wskazał także, że podstawowym ograniczeniem możliwości udostępnienia dodatkowych świadczeń stacjonarnych był brak bazy lokalowej. Pomimo niskiego wskaźnika wykorzystania łóżek, brak było możliwości utworzenia oddziałów o nowym profilu ze względów architektonicznych¹². Jego zdaniem, ewentualna budowa nowego pawilonu (przy wsparciu podmiotu założycielskiego) umożliwiłaby rozpoczęcie działalności w formie zakładu

¹⁰ Por. § 11 ust. 5 zarządzenia Nr/81/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

¹¹ Tj. urologicznej, ortopedycznej, kardiologicznej, okulistyckiej, neurologicznej i psychiatrycznej.

¹² Zgodnie z § 15 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r. poz. 739) zespolony pomieszczeń stanowiących oddziały łóżkowe szpitala nie mogą być przechodnie.

opiekuńczo-leczniczego (brak takiej jednostki na terenie powiatu), czy też świadczeń jednodniowych z zakresu chirurgii.

(dowód: akta kontroli str. 223, 267-280, 378, 395)

W latach 2011-2014 wpływy z umów z NFZ nie pokrywały kosztów działania oddziałów zabiegowych, a w szczególności – oddziału ginekologiczno-położniczego. W wyjaśnieniach Prezes Zarządu podał, że jego celem jest zwiększenie wartości umów z NFZ na świadczenia zapewniane przez te oddziały, a nie rezygnacja z udzielania tych świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 219)

W latach 2011-2013 Szpital posiadał 225 łóżek. Liczba osób leczonych w Szpitalu wzrosła z 5.906 osób w 2011 do 6.077 osób w 2013 r. (o 2,9%). Małała przy tym przeciętna długość leczenia: z 7,3 dni w 2011 r. do 6,1 dni w 2013 r., oraz związany z długością leczenia wskaźnik obłożenia łóżek¹³ (52,7% w 2011 r. oraz 44,9% w 2013 r.).

(dowód: akta kontroli str. 350-366)

W badanym okresie Szpital nie dokonywał zakupów sprzętu ze środków z budżetu Unii Europejskiej. Nie stwierdzono też, aby nabyty przed 2011 r. sprzęt współfinansowany z powyższych środków, a także sprzęt współfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, był wykorzystywany do udzielania odpłatnych świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 367, 380, 393-394)

W latach 2011-2013 w izbie przyjęć Szpitala miało miejsce łącznie 4.035 odmów przyjęcia do hospitalizacji (ilość takich zdarzeń małała, wynosząc 1.587 w 2011 r. oraz 1.198 w 2013 r.). W okresie od stycznia do kwietnia 2014 r. miało miejsce 445 takich odmów. Do innych placówek skierowano w latach 2011-2013 łącznie 446 osób. Głównymi przyczynami odmowy przyjęcia do leczenia były: brak wskazań do hospitalizacji, brak wskazań do pilnej hospitalizacji (ustalenie późniejszej daty przyjęcia) oraz brak zgody pacjenta na hospitalizację. Brak było przypadków odmowy przyjęcia z powodu braku miejsc.

(dowód: akta kontroli str. 228, 350-366)

W latach 2011-2014 wyposażenie Szpitala w dwóch zakresach o największej wartości (choroby płuc, chirurgia ogólna) były zgodne z wymogami umów zawartych z NFZ. Obsada kadrowa Szpitala w zakresie chorób płuc była zgodna z wymogami umów zawartych z NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 228, 350-366, 402)

Na podstawie porównania prowadzonych w Szpitalu ewidencji z rozliczeniami prowadzonymi przez NFZ stwierdzono, że pacjenci wykazywani w rozliczeniach z NFZ za 2013 r. byli faktycznie leczeni w Szpitalu.

(dowód: akta kontroli str. 244, 368-370)

Od momentu wprowadzenia rozliczania świadczeń zdrowotnych w oparciu o system Jednorodnych Grup Pacjentów w rozliczeniach z NFZ Szpital posługiwał się aplikacją do optymalizacji rozliczeń pn. Gruper JGP.

(dowód: akta kontroli str. 371)

¹³ Osobodni leczenia pacjentów w danym roku/liczba łóżek x liczba dni w roku.

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

W marcu 2011 r. obsada kadrowa Szpitala nie spełniała wymogów, wskazanych w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹⁴, w łącznym wymiarze 6,17 etatów lekarskich, w tym 0,66 etatu lekarskiego na oddziale chirurgii. Ponadto w okresie od października do grudnia 2011 r. powyższe wymogi nie były spełnione w zakresie 0,29 etatu specjalisty chirurgii. Przyczyną faktycznych braków kadrowych były absencje lekarzy oraz ruchy kadrowe. Skutkiem nieprawidłowości było ustalenie przez NFZ kar umownych w łącznej wysokości 53,1 tys. zł. W ocenie NIK nawet przejściowy brak spełniania powyższych wymogów stanowi zagrożenie dla jakości udzielanych przez Szpital świadczeń zdrowotnych.

(dowód: akta kontroli str. 402-404, 409)

Ocena częściowa

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

4. Kontrola wewnętrzna i zewnętrzna w spółce

Opis stanu
faktycznego

W latach 2011-2014 w Szpitalu przeprowadzono 26 kontroli zewnętrznych, z czego dwie kontrole przeprowadził NFZ, a jedną - konsultant wojewódzki z dziedziny pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki. W wyniku przeprowadzonej przez NFZ kontroli stwierdzono m.in., że w 2011 r. Szpital rozliczył niezgodnie z umową wykonane świadczenia o wartości 296,8 tys. zł oraz nie spełniał wymogów kadrowych dla świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (co opisano w części 3. niniejszego wystąpienia pokontrolnego). Kolejna kontrola NFZ, przeprowadzona w 2012 r., nie wykazała nieprawidłowości w funkcjonowaniu poradni specjalistycznych. Zalecenia konsultanta wojewódzkiego oraz Inspekcji Sanitarno-Epidemiologicznej zostały zrealizowane lub były w trakcie realizacji, a wyznaczone terminy ich wykonania nie zostały przekroczone.

(dowód: akta kontroli str. 131-136, 191-197, 408)

W latach 2011-2014 podmiot właścicielski nie przeprowadzał w spółce kontroli. Spółka nie przechodziła w badanym okresie procesu akredytowania prowadzonego przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

(dowód: akta kontroli str. 190, 238-239)

W badanym okresie odnotowano dwie skargi pacjentów związane z działalnością Szpitala. Jedna ze skarg, skierowana do Rzecznika Praw Pacjenta, dotyczyła reakcji lekarza na uwagi pacjenta związane z warunkami hospitalizacji. Rzecznik Praw Pacjenta nie stwierdził naruszenia prawa. Kolejna skarga, złożona do Starostwa Powiatowego w Golubiu-Dobrzyniu, dotyczyła warunków sanitarnych na oddziale chirurgicznym szpitala. Przyczynę tej skargi usunięto.

(dowód: akta kontroli str. 198-203)

W badanym okresie w Szpitalu działały komitet ds. zakażeń wewnątrzszpitalnych oraz zespół ds. kontroli zakażeń szpitalnych. Zasady działania komitetu ds. zakażeń wewnątrzszpitalnych i zespołu ds. kontroli zakażeń szpitalnych zostały określone w odpowiedniej instrukcji¹⁵. W badanym okresie odbyło się siedem spotkań komitetu

¹⁴ Dz. U. Nr 140, poz. 1143 ze zm., uchylono z dniem 2 stycznia 2014 r.

¹⁵ Instrukcja I-26-112 Cele, zadania i metody funkcjonowania Zespołu i Komitetu ds. zwalczania zakażeń szpitalnych.

ds. zakażeń wewnątrzszpitalnych oraz dziewięć spotkań zespołu ds. kontroli zakażeń szpitalnych. We wszystkich spotkaniach brał udział Prezes Zarządu.

W kontrolowanym okresie nie odnotowano przypadków zakażeń szpitalnych. Szpital dokonał oceny ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych¹⁶. W szpitalu wprowadzono odpowiednie instrukcje i procedury dotyczące zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych¹⁷. W badanym okresie przeprowadzono 35 kontroli przestrzegania procedur i instrukcji w oparciu o roczne plany kontroli pielęgniarki epidemiologicznej oraz oznaczono 1.258 prób z badania czystości mikrobiologicznej środowiska szpitalnego. W latach 2011-2013 wykonano 13.241 oznaczeń na obecność drobnoustrojów chorobotwórczych, w tym alarmowych. Z przeprowadzonych kontroli oraz badań sporządzane były protokoły i sprawozdania. Szpital sporządził raporty roczne o zakażeniach zakładowych i drobnoustrojach alarmowych za lata 2011-2013 i przesłał je właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu. Szpital dokonał także oceny zagrożeń epidemiologicznych za lata 2011-2013 oraz podjął działania w zakresie poprawienia bezpieczeństwa epidemiologicznego. W Szpitalu prowadzono dokumentację realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych. Szpital nie wykonywał optymalizacji profilaktyki i terapii antybiotykowej z uwagi na brak występowania w badanym okresie ognisk epidemiologicznych na terenie objętej działalnością szpitala.

W okresie objętym kontrolą Szpital był stroną siedmiu postępowań sądowych dotyczących błędów lekarskich i zakażeń szpitalnych, w tym pięciu zakończonych wypłatą odszkodowań na łączną kwotę 1.119,8 tys. zł oraz dwóch niezakończonych (z łączną kwotą roszczeń w wysokości 170 tys. zł). Dwa spośród pięciu postępowań zakończonych wypłatą odszkodowań (na łączną kwotę 376,3 tys. zł) związane były ze zdarzeniami mającymi miejsce przed 2011 r.

(dowód: akta kontroli str. 33-130, 137-149, 157, 204-212, 240-242, 253)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

Skład komitetu ds. zakażeń wewnątrzszpitalnych nie odpowiadał wymogom art. 15 ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi¹⁸ z powodu braku wyznaczenia lekarza wykonującego zadania służby medycyny pracy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy¹⁹. W skład zespołu ds. kontroli zakażeń szpitalnych wchodziła tylko jedna pielęgniarka, jako specjalista do spraw epidemiologii, co nie odpowiadało wymogom art. 15 ust. 1 pkt 2 ustawy o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych, gdyż skład zespołu w jednostce przekraczającej 200 łóżek szpitalnych powinien liczyć dwie pielęgniarki. W trakcie kontroli NIK, w dniu

¹⁶ Ogólna ocena ryzyka w szpitalu z dnia 7 maja 2012 r.; Ogólna ocena ryzyka w poradniach specjalistycznych i POZ z dnia 7 maja 2012 r.

¹⁷ M.in.: Zasady ogólne zwalczania i zapobiegania zakażeń szpitalnych, rejestracja i postępowanie w przypadku wystąpienia ogniska zakażenia szpitalnego; Transport, przechowywanie i postępowanie z bielizną w oddziałach szpitalnych i innych jednostkach organizacyjnych Szpitala Powiatowego Spółka z o.o.; Procedury procesowe, w tym m.in. Organizacja Centralnej Sterylizatorni Szpitala Powiatowego Spółka z o.o. z zachowaniem właściwego toku postępowania z materiałem przed, w trakcie i po sterylizacji; Standardowe procedury działania, w tym m.in.: Zasady ogólne zwalczania i zapobiegania zakażeń szpitalnych, rejestracja i postępowanie w przypadku wystąpienia ogniska zakażenia szpitalnego; Postępowanie przy ekspozycji pracownika na materiał potencjalnie zakaźny; Pranie i dezynfekcja komorowa bielizny szpitalnej; Preparaty dezynfekcyjne i zasady ich stosowania w Szpitalu Powiatowym Spółka z o.o.; Pobieranie krwi; Higieniczne mycie rąk; Chirurgiczne mycie i chirurgiczna dezynfekcja rąk; Przechowywanie i postępowanie z wysterylizowanym materiałem medycznym; Postępowanie ze stałymi odpadami szpitalnymi.

¹⁸ Dz. U. z 2013 r., poz. 947 ze zm., zwana dalej „ustawą o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych”.

¹⁹ Dz. U. z 2004 r. Nr 125, poz. 1317 ze zm.

1 lipca 2014 r. w skład zespołu została powołana druga pielęgniarka epidemiologiczna.

(dowód: akta kontroli str. 33-130, 137-149, 157, 204-212, 240-242, 253)

Prezes Zarządu Spółki wyjaśnił, że zatrudniony w Szpitalu lekarz medycyny pracy nie został powołany w skład ww. komitetu, gdyż wykonywał jedynie badania na rzecz podmiotów zewnętrznych oraz pracowników Szpitala, a ze względu na ograniczony czas jego pracy nie było możliwe, aby uczestniczył w pracach komitetu.

(dowód: akta kontroli str. 187, 209)

Ocena cząstkowa

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

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli²⁰, wnosi o:

1. Terminowe regulowanie zobowiązań z tytułu najmu budynku i pomieszczeń od Powiatu Golubsko-Dobrzyńskiego.
2. Zapewnienie odpowiedniej obsady lekarskiej Szpitala z uwzględnieniem prawdopodobieństwa nieprzedłużenia przez lekarzy kontraktu albo wypowiedzenia stosunku pracy.
3. Uzupełnienie składu komitetu ds. zakażeń wewnątrzszpitalnych o lekarza wykonującego zadania służby medycyny pracy.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia zastrzeżeń

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

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

Obowiązek poinformowania NIK o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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.

Bydgoszcz, dnia września 2014 r.

²⁰ Dz. U. z 2012 r., poz.82 ze zm.

kontroler
Maciej Gajdzik
główny specjalista k.p.

.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Bydgoszczy

Dyrektor
Barbara Antkiewicz

.....
podpis