Kategoria: Polityka Zdrowotna
Opublikowano: środa, 12, październik 2022 11:38
Joanna Gryboś-Chechelska
Odsłony: 593

Łóżka przeznaczone dla pacjentów zakażonych SARS-CoV-2 nie były wykorzystywane optymalnie, leczenie osób z innymi schorzeniami zostało znacznie ograniczone, a personel medyczny nie był regularnie testowany. Kontrola NIK pokazała, że badane przez Izbę szpitale nie były przygotowane do działania w warunkach epidemii COVID-19 i że wprowadzone po jej ogłoszeniu zmiany nie zapewniły im prawidłowego funkcjonowania.

W 23 skontrolowanych przez Izbę placówkach podejmowano działania zmierzające do przerwania dróg transmisji wirusa SARS-CoV-2 (zmieniano organizację pracy, warunki lokalowe i sanitarne) tak, by zapewnić bezpieczeństwo zarówno personelowi jak i pacjentom. Nie zawsze jednak okazywało się to skuteczne. Z uwagi na bariery architektoniczne nie we wszystkich szpitalach udało się rozdzielić drogi przemieszczania się pacjentów z COVID-19 i pozostałych chorych. Personel medyczny nie był regularnie testowany (przesiewowo) na obecność wirusa, a w niektórych placówkach także pacjenci przyjmowani w trybie planowym nie w każdym przypadku byli badani na obecność wirusa. W konsekwencji nie udawało się uniknąć zakażeń, co zaburzało pracę oddziałów.

NIK ustaliła również, że w badanym przez Izbę okresie, czyli od stycznia 2020 r. do końca czerwca 2021 r. nie we wszystkich kontrolowanych szpitalach optymalnie użytkowano łóżka przeznaczone dla pacjentów zakażonych wirusem SARS-CoV-2. W jednym z nich nie wykorzystywano w pełni wszystkich miejsc nawet w okresach zwiększonej zachorowalności na COVID-19. Należy przy tym podkreślić, że działo się tak w sytuacji, gdy leczenie pacjentów z innymi schorzeniami zostało znacznie ograniczone, co zdaniem NIK przyczyniło się do zwiększenia tzw. długu zdrowotnego ludności (wzrostu liczby świadczeń z zakresu profilaktyki, diagnostyki i leczenia, których nieudzielenie może prowadzić do rozwoju chorób lub ich zaostrzenia). **Równocześnie, w porównaniu do średniej z lat 2015-2019, w całym badanym przez Izbę okresie odnotowano zwiększoną liczbę zgonów. W 2020 r. było ich o ponad 85 tys. więcej, z tego ok. 56,5 tys. z innych powodów niż COVID-19.**

Obowiązujące w trakcie trwania epidemii zasady finansowania świadczeń opieki zdrowotnej i udzielania zamówień pozwoliły kontrolowanym szpitalom na zachowanie płynności finansowej na niezmienionym poziomie. W badanym okresie większość z nich nie zrealizowała jednak w całości kontraktów zawartych z NFZ, a wartość udzielonych świadczeń była niższa niż w 2019 r. o ponad 20%.

Narodowy Fundusz Zdrowia zapewniał również dodatkowe środki na wypłaty dla personelu medycznego, który opiekował się pacjentami z podejrzeniem lub rozpoznaniem COVID-19. **W sumie w badanym okresie skontrolowane szpitale przeznaczyły na ten cel około 240 mln zł, ale zasady przyznawania tzw. dodatków covidowych nie były jednolite**. W blisko 3/4 placówek nie były one uzależnione ani od czasu przepracowanego z takimi pacjentami, ani od liczby udzielonych świadczeń. Dodatek wypłacano również tym pracownikom, którzy pełnili pojedyncze dyżury lub mieli incydentalny kontakt z osobami zakażonymi SARS-CoV-2.

NIK już w 2018 r., podczas kontroli dotyczącej zakażeń w podmiotach leczniczych sformułowała pod adresem ówczesnego ministra zdrowia wnioski, których rzetelna realizacja, zdaniem Izby, pozwoliłaby na lepsze przygotowanie szpitali do epidemii SARS-CoV-2 i ograniczenie skali narastania „długu zdrowotnego”. Kontrolerzy Izby stwierdzili wówczas m.in., że wbrew ustawie o zwalczaniu zakażeń, w niektórych placówkach nie ma izolatek, brakuje też personelu medycznego, przez co nie można tam w pełni zapobiegać zakażeniom.

Organizacja pracy

Phoca PDF

W okresie od stycznia 2020 r. do końca czerwca 2021 r. w skontrolowanych przez NIK szpitalach było leczonych w sumie niemal 29 tys. pacjentów z rozpoznaniem COVID-19. Zapewnienie im łóżek było dużym wyzwaniem logistycznym, wymagało bowiem reorganizacji pracy istniejących oddziałów oraz wykonania prac adaptacyjnych i/lub modernizacyjnych. W efekcie poszczególne placówki miały do dyspozycji maksymalnie od czterech do 186 łóżek, przeznaczonych dla chorych z podejrzeniem lub rozpoznaniem tej choroby.

Choć kierownictwo wszystkich skontrolowanych szpitali wdrożyło procedury mające zapobiegać transmisji SARS-CoV-2, w większości z nich nie można było w pełni rozdzielić dróg przemieszczania się pacjentów zarażonych, osób z podejrzeniem COVID-19 i pozostałych chorych.

Nie stosowano także regularnych testów przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania zakażeń SARS-CoV-2 i ognisk epidemicznych wśród personelu kontrolowanych szpitali. Na testy wykrywające obecność wirusa SARS-CoV-2, kierowano tam osoby, które: miały objawy chorobowe, wątpliwości, co do swojego stanu zdrowia, dłuższy niż piętnastominutowy kontakt bez właściwego zabezpieczenia z osobą zakażoną lub podejrzewały, że taki kontakt w ostatnim czasie miał miejsce.

Wyniki kontroli wskazują także na to, że w badanym okresie testom wykrywającym obecność wirusa nie poddano około 20% pacjentów przyjętych planowo z innych przyczyn niż COVID-19.

W II kwartale 2020 r. w kontrolowanych szpitalach wystąpiły braki w zaopatrzeniu personelu medycznego w środki ochrony indywidualnej, po tym jak w związku z ogłoszeniem stanu epidemii znacznie wzrosło zapotrzebowanie na takie środki. W I półroczu 2021 r. w porównaniu z 2019 r. siedmiokrotnie wzrosło zużycie masek chirurgicznych, a zużycie półmasek FFP2 oraz FFP3 aż 45-krotnie. Największy poziom zużycia środków ochrony osobistej miał miejsce w IV kw. 2020 r., czyli w okresie zwiększonej liczby zachorowań na COVID-19.

W badanym okresie na organizację pracy skontrolowanych szpitali miało wpływ także:

- znaczne zwiększenie kosztów zakupu środków ochrony osobistej, oraz kosztu dezynfekcji i utrzymania czystości,
- konieczność zabezpieczenia odpowiedniej ilości tlenu, w tym modernizacji instalacji tlenowej,
- konieczność pracy w podwyższonym reżimie sanitarnym, by zapobiec powstawaniu ognisk epidemicznych SARS-CoV-2 wśród personelu i pacjentów,
- duża liczba decyzji administracyjnych dotyczących przygotowania łóżek dla pacjentów z COVID-19 i krótki czas na ich realizację poleceń z nich wynikających.

Dostępność świadczeń

Epidemia COVID-19 szybko pokazała, że kontrolowane szpitale funkcjonujące w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia nie są przygotowane do działania w warunkach kryzysowych. W kontrolowanych przez NIK placówkach ograniczono lub nawet czasowo zawieszono udzielanie niektórych świadczeń. Główne powody to:

- przekształcanie dotychczasowych oddziałów w oddziały covidowe oraz zapewnienie łóżek pacjentom z rozpoznaniem lub podejrzeniem COVID-19,
- zalecenia Ministra Zdrowia oraz Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie ograniczenia do

Phoca PDF

niezbędnego minimum lub czasowego zawieszenia udzielania świadczeń wykonywanych planowo,
- ograniczenia funkcjonowania poszczególnych komórek organizacyjnych szpitali w związku z ogniskami epidemicznymi SARS-CoV-2,
- wzrost absencji personelu medycznego. W skontrolowanych placówkach wskaźnik nieobecności (zwolnienie lekarskie, izolacja, kwarantanna) osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę wzrósł w 2020 r. do 9,3% z 5,6% w 2019 r., przy czym najwyższy wzrost absencji miał miejsce w IV kwartale 2020 r. i wyniósł 13,3%.

Te wszystkie powody, a także wzrost liczby pacjentów przesuwających planowany termin przyjęcia na leczenie czy wizytę spowodowały, że wzrosła liczba osób oczekujących na świadczenia zdrowotne.

Przykładem może być Wojskowy Instytut Medycyny Lotniczej w Warszawie. Po ogłoszeniu stanu epidemii, liczba osób czekających na planowe zabiegi i porady ambulatoryjne wzrosła z 3414 na koniec 2019 r. do 3953 na koniec czerwca 2020 r., po czym spadła do 1556 na koniec grudnia 2020 r. by znów wzrosnąć do 5720 osób na koniec czerwca 2021 r. Z kolei w Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Chirurgii Urazowej w Piekarach Śląskich 30 czerwca 2021 r. na zabieg endoprotezoplastyki pierwotnej stawu biodrowego czekało 2 856 osób więcej niż 31 grudnia 2019 r.

Szpitale nie zdołały zapewnić pacjentom opieki na poziomie sprzed epidemii. Wartość udzielonych tam świadczeń w 2020 r. była mniejsza o ok. 21% niż w 2019 r., a w okresie od stycznia do maja 2021 r. o 23% w porównaniu z analogicznym okresem 2019 r.

W 2020 r., w stosunku do 2019 r., największe spadki wartości świadczeń wystąpiły: w przypadku pacjentów z chorobami układu oddechowego – o 25%, układu mięśniowo-szkieletowego – o ok. 22%, układu krążenia - o 16%. Jednak największy spadek dotyczył leczenia zachowawczego dzieci, który wyniósł ok. 46%. Trzeba przy tym podkreślić, że nawet w okresach, w których notowano niski poziom zakażeń SARS-CoV-2, w kontrolowanych szpitalach nie osiągnięto średnich wartości świadczeń z analogicznych miesięcy poprzednich lat.

Choć potrzeby pacjentów z innymi chorobami niż COViD-19 nie były w pełni zaspakajane, potencjał kontrolowanych placówek w zakresie leczenia SARS-CoV-2 był wykorzystany tylko częściowo. **Zwiększenie liczby łóżek na oddziałach covidowych oraz wzrost gotowości do diagnozowania i leczenia pacjentów z podejrzeniem i rozpoznaniem zakażenia nie zawsze odpowiadały faktycznemu zapotrzebowaniu na świadczenia w danym momencie, nawet w okresach największej zachorowalności.**

Sytuacja finansowa

Zaangażowanie szpitali w zwalczanie COVID-19 i ograniczenie przyjęć pozostałych pacjentów przełożyło się na niewykonanie kontraktów zawartych z oddziałami wojewódzkimi Narodowego Funduszu Zdrowia. Skontrolowane placówki zrealizowały w badanym okresie świadczenia o wartości odpowiadającej 76,5% ryczałtu podstawowego zabezpieczenia szpitalnego.

W okresie objętym kontrolą w 21 placówkach z 23 skontrolowanych wzrosła jednak wartość przychodów z NFZ. Doszło do tego dzięki umowom dotyczącym udzielania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 oraz pozostawania w gotowości do

Phoca PDF

udzielania takich świadczeń.

W konsekwencji nie wpłynęło to jednak znacząco na sytuację finansową szpitali. W 2019 r. 19 z nich osiągnęło ujemny wynik finansowy – skumulowana strata wyniosła prawie 122 mln zł. W 2020 r. w takiej sytuacji było 16 szpitali, a strata wyniosła ok. 118,5 mln zł. Przyczyny to przede wszystkim niebilansowanie się działalności leczniczej i wzrost kosztów, analogiczny do wzrostu przychodów.

W badanym okresie skontrolowane szpitale dostawały także z NFZ środki na wypłaty dodatków covidowych osobom, które wykonywały zawód medyczny i miały bezpośredni kontakt z pacjentami zakażonymi lub podejrzewanymi o zakażenie wirusem SARS-CoV-2.

Zasady wypłat dodatkowych wynagrodzeń różniły się jednak w poszczególnych szpitalach. W 17 z nich wysokość dodatku covidowego nie była uzależniona od czasu przepracowanego w ramach opieki nad pacjentami z podejrzeniem lub rozpoznaniem COVID-19 ani od liczby udzielonych świadczeń. Jedynym powodem proporcjonalnego obniżenia wysokości dodatku było świadczenie pracy przez niepełny miesiąc (urlopy, absencje, podjęcie zatrudnienia w ciągu miesiąca). **Z kolei w sześciu szpitalach uzależniono wysokość dodatku od stopnia zaangażowania pracowników w opiekę nad pacjentami z podejrzeniem lub rozpoznaniem COVID-19 (proporcjonalnie do czasu pracy).**

Należy jednak podkreślić, że niejednorodne zasady wypłat dodatków wynikały z różnej interpretacji zapisów umów zawartych przez szpitale z oddziałami wojewódzkimi NFZ. Nie precyzowały one bowiem ani minimalnej liczby udzielonych świadczeń, ani czasu spędzonego przez personel medyczny z pacjentem z podejrzeniem lub z zakażeniem SARS-CoV-2.

Wnioski NIK złożone po kontroli:

Do Ministra Zdrowia i wojewodów o:

- bieżącą i stałą analizę stopnia wykorzystania łóżek przeznaczonych dla pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznaniem COVID-19 w celu optymalizacji ich wykorzystania i poprawy dostępu do świadczeń zdrowotnych dla pacjentów z innymi chorobami.

Do kierownictwa szpitali o:

- prawidłowe klasyfikowanie personelu uprawnionego do otrzymania dodatkowego świadczenia pieniężnego w latach 2020-2021 (I półrocze), prawidłowe rozliczenie umów z NFZ, dotyczących wypłaty dodatków, a także wypłacenie za ten okres osobom uprawnionym należnej wysokości świadczeń.

Źródło: NIK

Phoca PDF