



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Białymstoku

LBI.410.024.01.2018



07133018

Pan Roman Nojszewski
Szpital Wojewódzki im. Kardynała
Stefana Wyszyńskiego w Łomży
Al. J. Piłsudskiego 11, 18-404 Łomża

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Białymstoku
ul. Akademicka 4, 15-267 Białystok
T +48 85 874 81 00, F +48 85 874 81 33
lbi@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży (zwany w dalszej treści „Szpitalem” lub „ZOZ”), Al. J. Piłsudskiego 11, 18-404 Łomża
Kierownik jednostki kontrolowanej	Roman Nojszewski, dyrektor, od 21 lipca 2017 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnił Krzysztof Bałata, dyrektor, od 15 maja 2013 r. do 20 lipca 2017 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Realizacja świadczeń ambulatoryjnych, szpitalnych i rehabilitacyjnych 2. Zmiany w organizacji wewnętrznej Szpitala oraz w alokacji zasobów 3. Sytuacja ekonomiczno-finansowa Szpitala z uwzględnieniem poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej
Okres objęty kontrolą	Lata 2017–2018 oraz lata 2015–2016 w zakresie spełniania warunków kwalifikacji do poszczególnych poziomów zabezpieczenia oraz danych finansowych i statystycznych dla celów porównawczych
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Białymstoku
Kontrolerzy	1. Krzysztof Gołębiowski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBI/130/2018 z 27 września 2018 r. 2. Janusz Zawirski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBI/136/2018 z 2 października 2018 r. (akta kontroli str. 1-5)

¹ Dz. U. z 2017 r. poz. 524, ze zm. Ustawa zwane dalej: „ustawą o NIK”.

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Zmiana sposobu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej po utworzeniu tzw. sieci szpitali³ nie spowodowała znaczących zmian w sposobie funkcjonowania ZOZ. Pacjentom zapewniono, na oddziałach i w poradniach odpowiadających każdemu z profili zabezpieczenia, kompleksowe świadczenia szpitalne, ambulatoryjne i rehabilitacyjne. Pozytywnie należy również ocenić opiekę nad pacjentami wymagającymi świadczeń pohospitalizacyjnych, chociaż nie każdy z pacjentów z nich korzystał.

Mimo systematycznego wzrostu wartości umów z Podlaskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: „POW NFZ”), Szpital notował straty z działalności leczniczej w trzech pierwszych kwartałach lat 2015–2016. Kompensowano je przychodami z pozostałej działalności, co pozwalało na wypracowanie w latach 2015–2017 zysku i osiągnięcie wysokich wskaźników ekonomiczno-finansowych. Zauważyć jednak należy pogarszającą się w III kwartale 2018 roku sytuację ekonomiczną ZOZ, spowodowaną głównie realizacją zobowiązań płacowych wobec pracowników.

NIK zwraca też uwagę na potrzebę szczegółowej analizy świadczeń udzielanych w profilu ortopedia i traumatologia narządu ruchu, gdzie wraz ze spadkiem średniej kwartalnej liczby pacjentów i świadczeń wzrosły kolejki oczekujących na przyjęcie do oddziału. Ograniczeniu uległa także dostępność do świadczeń ambulatoryjnych z zakresu endokrynologii. Poza tym na niektórych oddziałach szpitalnych wskaźnik średniego wykorzystania łóżek był niższy niż rekomendowany w literaturze fachowej.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej⁴ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Realizacja świadczeń ambulatoryjnych, szpitalnych i rehabilitacyjnych

Opis stanu faktycznego

1.1. Na podstawie umowy⁵ zawartej z POW NFZ Szpital realizował świadczenia PSZ, na III poziomie zabezpieczenia w ramach 22 profili zabezpieczenia⁶.

(akta kontroli str. 6-74)

W okresie objętym kontrolą zaprzestano, po uprzedniej przerwie, udzielania świadczeń w poradni reumatologicznej (co opisano w punkcie 2.4 wystąpienia).

W dwóch pierwszych kwartałach funkcjonowania sieci szpitali, wartość udzielanych świadczeń w ramach umowy PSZ była wyższa niż wartość ryczałtu i wynosiła: w IV kwartale 2017 roku 14.060,4 tys. zł, co stanowiło 101,43% ryczałtu (13.862 tys. zł), a w I kwartale 2018 roku 15.262,9 tys. zł, tj. 106,33% ryczałtu (14.354,8 tys. zł). W kolejnych okresach wartość udzielanych świadczeń była już niższa. W II kwartale 2018 roku wynosiła

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

³ Za sieć szpitali uznaje się podmioty lecznicze zakwalifikowane do podstawowego systemu zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, wprowadzonego art. 2 ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 844) i art. 95l ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, ze zm.).

⁴ Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

⁵ Umowa Nr 10-00-00065-17-68-03/08 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (dalej „PSZ”) z dnia 30 września 2017 r. zawarta na okres od 1 października 2017 r. do 30 czerwca 2021 r.

⁶ [1] nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, [2] chorób wewnętrznych, [3] nefrologii, [4] neurologii, [5] pediatrii, [6] otorynolaryngologii, [7] neonatologii (trzeci poziom referencyjny), [8] położnictwa i ginekologii (drugi poziom referencyjny), [9] chirurgii ogólnej, [10] okulistyki, [11] urologii, [12] chorób płuc, [13] kardiologii, [14] szpitalnego oddziału ratunkowego (SOR), [15] anestezjologii i intensywnej terapii (drugi poziom referencyjny), [16] ortopedii i traumatologii narządu ruchu, [17] chorób zakaźnych, [18] substancji czynnych stosowanych w chemioterapii, [19] chemioterapii (leczenie jednego dnia), [20] gastroenterologii, [21] onkologii klinicznej, [22] chemioterapii.

13.706,6 tys. zł, tj. 95,48% ryczałtu (14.354,8 tys. zł), a w III kwartale 2018 roku wykonano świadczenia o wartości 13.053,1 tys. zł, stanowiącej 88,23% ryczałtu (14.795,2 tys. zł).

(akta kontroli str. 75-79)

Wpływ na niski poziom wykonania umowy w III kwartale 2018 roku miały głównie świadczenia zrealizowane w oddziałach:

- Kardiologii – o wartości 924,3 tys. zł, tj. o 1% mniejszej niż w II kwartale 2018 roku (934 tys. zł), o 33,8% niższej niż w I kwartale 2018 roku (1.396,6 tys. zł) i o 29% mniejszej niż w IV kwartale 2017 roku (1.301,9 tys. zł),
- Ortopedyczno-Urazowym – o wartości 1.243,7 tys. zł, tj. o 24,4% mniejszej niż w II kwartale 2018 roku (1.645,2 tys. zł), o 10% niższej niż w I kwartale 2018 roku (1.381,6 tys. zł) i o 23,4% mniejszej niż w IV kwartale 2017 roku (1.624,4 tys. zł),
- Pediatrii – o wartości 598,5 tys. zł, tj. o 30,7% mniejszej niż w II kwartale 2018 roku (863,4 tys. zł), o 42,3% niższej niż w I kwartale 2018 roku (1.037,2 tys. zł) i o 25,4% mniejszej niż w IV kwartale 2017 roku (802,6 tys. zł).

(akta kontroli str. 75-79)

Dyrektor Szpitala, podając przyczyny niższego wykonania ryczałtu, wyjaśnił: „W II kwartale 2018 r. rozpoczęto przebudowę całego V piętra budynku łóżkowego szpitala i mieszczących się na nim: Oddziału Kardiologicznego z Pododdziałem Intensywnej Opieki Kardiologicznej, Pododdziału Onkologii, Oddziału Rehabilitacji Kardiologicznej. Oddziały z tego piętra zostały przeniesione na inne piętra do innych oddziałów, co wiąże się z fizycznym zmniejszeniem liczby łóżek oddziałów: Kardiologicznego (o 1 łóżko mniej + 4 łóżka rezerwowe – tzw. dostawki), Dziecięcego (o 10 łóżek mniej), Rehabilitacji Kardiologicznej (o 2 łóżka mniej), Neurologicznego (o 9 łóżek mniej), Pododdziału Onkologii (o 5 łóżek mniej), Ortopedyczno-Urazowego (o 10-15 łóżek mniej w zależności od trwających prac remontowych), Laryngologicznego (o 10 łóżek mniej), Chirurgicznego (o 13 łóżek mniej), Rehabilitacji Leczniczej (o 8 łóżek mniej), Urologicznego (o 5 łóżek mniej). Poza tym, czas przeprowadzki Oddziału Laryngologicznego do Oddziału Chirurgicznego i Urologicznego trwał ok. 2 tygodni, natomiast miejsce po Oddziale Laryngologicznym musiało być dostosowane na potrzeby Oddziału Kardiologicznego (zamontowanie + wyposażenie Pododdziału Intensywnej Opieki Kardiologicznej), co trwało ponad miesiąc”.

(akta kontroli str. 354)

Pismem z 21 czerwca 2018 r. Szpital poinformował POW NFZ o planowanym remoncie i związanej z nim tymczasowej zmianie liczby łóżek. Wskazano jednocześnie, że świadczenia opieki zdrowotnej realizowane będą w sposób nieprzerwany, wg harmonogramu wynikającego z umowy.

(akta kontroli str. 361)

Odnosząc się do zmian w funkcjonowaniu ZOZ po wprowadzeniu tzw. sieci szpitali, Dyrektor Szpitala wskazał, że: „z perspektywy roku funkcjonowania sieci szpitali oceniam tę zmianę systemu opieki zdrowotnej jako pozytywną dla publicznych jednostek medycznych, które mają pewność działania na rynku, jak i zapewnioną stałą i pewną oraz jakościowo bardzo dobrą opiekę medyczną dla pacjentów Szpitala Wojewódzkiego w Łomży.”

(akta kontroli str. 356)

1.2. Po wprowadzeniu sieci szpitali doszło do zmian w strukturze leczonych pacjentów, udzielonych świadczeń i ich wartości. Analizą objęto profile: [1] choroby wewnętrzne⁷, [2] chirurgia ogólna⁸, [3] ortopedia i traumatologia narządu ruchu⁹, [4] kardiologia¹⁰,

⁷ W tym hospitalizacje z zakresu: 03.4000.030.02 – choroby wewnętrzne i 03.4050.030.02 – gastroenterologia oraz świadczenia ambulatoryjne: 02.1050.001.02 świadczenia w zakresie gastroenterologii, 02.1050.401.02 – świadczenia w zakresie gastroenterologii – świadczenia pierwszorazowe (poradnie specjalistyczne).

⁸ Zakres 03.4500.030.02 – chirurgia ogólna-hospitalizacja (oddział) i 02.1500.001.02 – świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej (poradnia).

⁹ Zakres 3.4580.030.02 – ortopedia i traumatologia narządu ruchu – hospitalizacja (oddział) i 02.1580.001.02 – świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu, 02.1580.101.02 – świadczenia zabiegowe w ortopedii i traumatologii narządu ruchu – zakres skojarzony z 02.1580.001.02 oraz 02.1587.001.02 – świadczenia w zakresie preluksacji (poradnie specjalistyczne).

¹⁰ Zakresy: 03.4100.030.02 – kardiologia-hospitalizacja i 03.4100.130.02 – kardiologia-hospitalizacja E10, E11, E12G, E15 oraz świadczenia ambulatoryjne: 02.1100.001.02 – świadczenia w zakresie kardiologii i 02.1100.401.02 – świadczenia w zakresie kardiologii – świadczenia pierwszorazowe (poradnia specjalistyczna)

[5] choroby płuc¹¹, [6] choroby zakaźne¹², porównując średnie wartości dla okresów przed wprowadzeniem sieci szpitali¹³ i dla roku funkcjonowania PSZ¹⁴.

1) W profilu *choroby wewnętrzne* przeciętna kwartalna liczba pacjentów leczonych w oddziale zmniejszyła się z 418 do 415 (o 3 osoby, tj. o 1%), wzrosła zaś w poradni z 411 do 471 (o 60 osób, tj. o 15%). Średnia liczba świadczeń¹⁵ w oddziale zwiększyła się z 574 do 686 pobytych (o 19%), a w poradni z 442 do 492 wizyt (o 11%). Średnia wartość świadczeń udzielonych w oddziale wzrosła o 10% (o 105,8 tys. zł), poradni zaś o 18% (o 3 tys. zł). Po wprowadzeniu sieci szpitali zmniejszył się odsetek pacjentów oddziału z 50,4% do 46,8%, natomiast w poradni wzrósł z 49,6% do 53,2%. Odsetek udzielonych świadczeń wzrósł w oddziale z 56,5% do 58,2%, w poradni zaś zmniejszył się z 43,5% do 41,8%. Na niemal niezmiennym poziomie pozostała średnia kwartalna struktura wartości udzielanych świadczeń i wynosiła 98,4% i 98,3% dla oddziału oraz 1,6% i 1,7% dla poradni. Po wprowadzeniu sieci szpitali, do oddziału pojawiły się kolejki pacjentów niewymagających pilnych świadczeń (na hospitalizację oczekiwało przeciętnie czterech pacjentów średnio przez 40 dni¹⁶). Przeciętny czas oczekiwania do poradni gastrologicznej w przypadkach stabilnych wzrósł ze 161 do 183 dni (przed wejściem w życie sieci szpitali pacjenci leczeni w trybie pilnym nie oczekiwali na wizytę w poradni, po zmianie średni czas oczekiwania tych osób wynosił 95 dni¹⁷). Przeciętna liczba osób oczekujących do poradni gastrologicznej wzrosła z 95 do 102 dla przypadków stabilnych (w trybie pilnym oczekiwało średnio 45 osób). (akta kontroli str. 117-118, 129-130)

2) W profilu *chirurgia ogólna* średnia liczba hospitalizowanych pacjentów pozostała na tym samym poziomie (261), w poradni zaś zmniejszyła się z 1.347 do 1.275 (o 72 osoby, tj. o 5%). Przeciętna liczba świadczeń w oddziale zmniejszyła się z 352 do 349 (o 1%), a w poradni z 1.577 do 1.510 (o 4%). Średnia wartość świadczeń udzielonych w oddziale zmniejszyła się z 756,1 tys. zł do 742,4 tys. zł, tj. o 2%, w poradni zaś z 61,3 tys. zł do 59,2 tys. zł (o 3%). Na niemal niezmiennym poziomie, przed i po wprowadzeniu sieci szpitali, pozostały: struktura pacjentów (odpowiednio 16,3% i 17% w oddziale oraz 83,7% i 83% w poradni), udzielanych świadczeń (18,3% i 18,8% oraz 81,7% i 81,2%) i wartości udzielanych świadczeń (92,5% i 92,6% oraz 7,5% i 7,4%). Średnia liczba pacjentów oczekujących na przyjęcie do oddziału w przypadkach stabilnych zmniejszyła się z 75 do 57, natomiast średni czas oczekiwania utrzymywał się na podobnym poziomie, tj. od 33 do 37 dni (pacjenci w trybie pilnym przyjmowani byli na bieżąco). Do poradni nie było kolejek oczekujących. (akta kontroli str. 119-120, 129-130)

3) W profilu *kardiologia* średnia liczba pacjentów leczonych w oddziale zmniejszyła się z 453 do 357 (o 96 osób, tj. 21%), wzrosła zaś w poradni z 2.322 do 2.463 (o 141 osób, tj. o 6%). Przeciętna liczba świadczeń w oddziale zmniejszyła się z 466 do 382 pobytych (o 18%), w poradniach zaś wzrosła z 2.419 do 2.611 wizyt (o 8%). Średnia wartość świadczeń udzielonych w oddziale zmniejszyła się o 25% (o 590,4 tys. zł), a w poradniach wzrosła o 6% (o 10,5 tys. zł). Po wprowadzeniu sieci szpitali odsetek pacjentów oddziału w strukturze leczonych zmniejszył się z 16,3% do 12,7%, natomiast pacjentów poradni wzrósł z 83,7% do 87,3%. Podobnie zmieniła się struktura udzielanych świadczeń (z 16,2% do 12,8% w oddziale i z 83,8% do 87,2% w poradniach). Wartość świadczeń udzielonych w oddziale zmniejszyła się z 93,3% do 90,7%, w poradniach zaś wzrosła z 6,7% do 9,3%. Do badanego oddziału nie było kolejek oczekujących (z wyjątkiem świadczeń koronarografii, w przypadku których średnia liczba pacjentów wzrosła z sześciu do 18, a czas oczekiwania z 15 do 29 dni). Przeciętna liczba osób oczekujących na wizytę w poradni zmalała z 298

¹¹ Zakres 03.4272.030.02 – choroby płuc-hospitalizacja (oddział) i 02.1270.001.02 – świadczenia w zakresie gruźlicy i chorób płuc (poradnia).

¹² Zakres 03.4340.030.02 – choroby zakaźne-hospitalizacja (oddział) oraz świadczenia ambulatoryjne (poradnia): 02.1340.001.02 – świadczenia w zakresie chorób zakaźnych i 02.1340.401.02 – świadczenia w zakresie chorób zakaźnych-swiadczenia pierwszorazowe.

¹³ Za okres od I kwartału 2015 roku do III kwartału 2017 roku.

¹⁴ Za okres od IV kwartału 2017 roku do III kwartału 2018 roku.

¹⁵ W przypadku oddziałów szpitalnych – pobytych, a w przypadku poradni – wizyt.

¹⁶ Czas oczekiwania do oddziału wzrósł z 27 dni w IV kwartale 2017 roku do 55 w III kwartale 2018 roku.

¹⁷ Od 41 dni w IV kwartale 2017 roku, poprzez 66 w I kwartale 2018 roku, 118 w II kwartale 2018 roku i 155 w III kwartale 2018 roku.

do 249 (w przypadkach stabilnych) i z 25 do 10 (w trybie pilnym) przy jednoczesnym wzroście średniego czasu oczekiwania odpowiednio z 93 do 110 dni i z 15 do 24 dni.

(akta kontroli str. 121-122, 129-130)

4) W profilu *choroby płuc* liczba pacjentów zarówno w oddziale, jak i w poradni zmniejszyła się o 5% (odpowiednio z 241 do 229 i z 2.035 do 1.934). Przeciętna liczba świadczeń w oddziale zmniejszyła się o 11% (z 275 do 246), a w poradni o 5% (z 2.086 do 1.985). Średnia wartość świadczeń udzielonych w oddziale wzrosła o 13% (z 778,7 tys. zł do 877,5 tys. zł), w poradni zaś zmniejszyła się o 10 % (ze 105 tys. zł do 94,4 tys. zł). Nie zmieniła się struktura pacjentów, która wynosiła 10,6% w oddziale i 89,4% w poradni. Nieznaczne zmiany nastąpiły w strukturze udzielonych świadczeń (w przypadku oddziału ich odsetek zmniejszył się z 11,7% do 11%, natomiast w poradni wzrósł z 88,3% do 89%). Również niewielkiej zmianie uległa struktura wartości udzielanych świadczeń, która wynosiła 90,3% dla oddziału (wcześniej 88,1%) i 9,7% dla poradni (wcześniej 11,9%). Do badanego oddziału nie było kolejek oczekujących, natomiast w poradni średni czas oczekiwania w przypadkach stabilnych zmniejszył się z 34 do 10 dni, a w przypadkach pilnych utrzymał się na dotychczasowym poziomie (ok. 6 dni).

(akta kontroli str. 123-124, 129-130)

5) W profilu *choroby zakaźne* przeciętna liczba pacjentów leczonych w oddziale zmniejszyła się z 219 do 193 osób (o 12%), w poradni zaś wzrosła z 933 do 1.041 (o 11%). Średnia liczba świadczeń w oddziale zmniejszyła się z 234 do 206 pobyków (o 12%), a w poradni wzrosła z 1.033 do 1.113 wizyt (o 8%). Przeciętna wartość świadczeń udzielonych w oddziale spadła o 4% (o 22,3 tys. zł), a w poradni wzrosła o 7% (o 5,1 tys. zł). Po wprowadzeniu sieci szpitali, w ramach profilu, pacjenci oddziału stanowili 15,6%, a poradni 84,4% (wcześniej odpowiednio 19% i 81%). Analogicznie kształtowała się struktura udzielanych świadczeń (15,5% w oddziale i 84,4% w poradni, przed zmianą zaś 18,5% w oddziale i 81,5% w poradni). Niewielkiej zmianie uległa średnia kwartalna struktura wartości udzielanych świadczeń i wynosiła 87% dla oddziału (wcześniej 88,3%) i 13% dla poradni (wcześniej 11,7%). Do badanego oddziału nie było kolejek oczekujących, natomiast w poradni średni czas oczekiwania w przypadkach stabilnych zmniejszył się z 44 do 39 dni, w pilnych zaś z 23 do 10 dni. Przeciętna liczba pacjentów oczekujących na wizytę w poradni w trybie pilnym zwiększyła się z trzech do siedmiu, natomiast w przypadkach stabilnych zmniejszyła się ze 104 do 81.

(akta kontroli str. 125-126, 129-130)

6) W profilu *ortopedia i traumatologia narządu ruchu* średnia liczba pacjentów leczonych w oddziale zmniejszyła się z 314 do 245 (o 69 osób, tj. o 22%), w poradniach zaś spadła z 5.422 do 5.185 (o 237 osób, tj. o 4%). Przeciętna liczba świadczeń w oddziale zmniejszyła się z 375 do 282 pobyków (o 25%), a w przypadku poradni z 6.707 do 6.323 wizyt (o 6%). Średnia wartość świadczeń udzielonych w oddziale spadła o 25% (o 480,8 tys. zł), a w poradni o 7% (o 23,5 tys. zł). Po wprowadzeniu sieci szpitali, pacjenci oddziału stanowili 4,5%, a poradni 95,5% (wcześniej odpowiednio 5,5% i 94,5%). Analogicznie kształtowała się struktura udzielanych świadczeń (4,3% w oddziale i 95,7% w poradniach, przed zmianą zaś 5,3% w oddziale i 94,7% w poradniach). Zmianie uległa też średnia kwartalna struktura wartości udzielanych świadczeń – wynosiła 83,3% dla oddziału (wcześniej 86%) i 16,7% dla poradni (wcześniej 14%). Do poradni urazowo-ortopedycznej nie było kolejek, zarówno przed, jak i po wprowadzeniu sieci szpitali.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że spadek średniej kwartalnej liczby pacjentów i świadczeń udzielanych w oddziale ortopedyczno-urazowym nastąpił przy jednoczesnym wzroście kolejek oczekujących. Po 1 października 2017 r. średni czas oczekiwania dla analizowanych kwartałów wzrósł ze 121 do 308 dni w przypadkach stabilnych i z 22 do 42 dni w przypadkach pilnych, natomiast liczba oczekujących pacjentów stabilnych wzrosła ze 121 do 160 (w przypadkach pilnych utrzymywała się na podobnym poziomie – od jednego do czterech).

(akta kontroli str. 127-130)

Dyrektor Szpitala, wyjaśnił, że zmniejszenie liczby pacjentów, udzielanych świadczeń oraz ich wartości w profilach ortopedia i traumatologia narządu ruchu oraz kardiologia związane było z prowadzonymi pracami remontowymi w placówce. Wskazał także, że: „w profilu *choroby płuc i choroby zakaźne* (w oddziałach, jak i poradniach) liczba pacjentów jest

zależna od tzw. sezonowości zachorowań na choroby zakaźne oraz wynikających z nich także powikłań, które to zachorowania i powikłania leczą głównie te dwa oddziały (...)."

(akta kontroli str. 354-355)

1.3. Szpital nie udzielał świadczeń kontrolnych pohospitalizacyjnych z zakresu pediatrii i chorób wewnętrznych, ponieważ Podlaski Oddział Wojewódzki NFZ nie zakontraktował takich świadczeń w umowie¹⁸. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśniał: „(...) Po hospitalizacji w Oddziale Chorób Wewnętrznych pacjenci mieli realizowane świadczenia w poradniach specjalistycznych np. gastrologicznej, endokrynologicznej, kardiologicznej – w zależności od rodzaju schorzenia danego pacjenta. W strukturach szpitala nie funkcjonują poradnie dziecięce wobec czego u pacjentów po hospitalizacji w oddziale dziecięcym nie wykonywano świadczeń kontrolnych pohospitalizacyjnych. Szpital nie sygnalizował POW NFZ potrzeby zakontraktowania powyższych świadczeń”. Jednocześnie z przyczyn sprawozdawczo-rozliczeniowych, nawet jeśli były takie świadczenia udzielane w ZOZ (pomimo ich niezakontraktowania), nie było możliwe ustalenie liczby i częstotliwości ich wykonania. Dyrektor Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ poinformował, że powodem niezakontraktowania świadczeń kontrolnych pohospitalizacyjnych był „brak dla tych zakresów szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, określanych w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia”. Dodał, że nie było możliwe również sprawozdawanie i rozliczanie takich świadczeń. (akta kontroli str. 257-261)

1.4. Analizie poddano losowo wybraną dokumentację medyczną 80 pacjentów Szpitala, wypisanych z oddziałów ortopedyczno-urazowego i obserwacyjno-zakaźnego w listopadzie 2017 roku i kwietniu 2018 roku¹⁹:

1. Spośród 40 pacjentów Oddziału Ortopedyczno-Urazowego: 37 osobom zapewniono świadczenia pohospitalizacyjne, w tym 34 w wymaganym terminie (tj. do 30 dni od zakończenia hospitalizacji), trzem zaś odpowiednio po 35, 44 i 49 dniach, co – jak wyjaśnił Koordynator Oddziału – było spowodowane wskazaniem medycznymi, natomiast trzech pacjentów nie zgłosiło się do poradni²⁰. Jednocześnie 35 pacjentów z analizowanej próby skorzystało z innych świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (cztery osoby nie wymagały dalszego leczenia w AOS, a kolejna – mimo wyznaczonego terminu wizyty – nie zgłosiła się). Ponad połowie (22 z 40) pacjentów udzielono zalecanych świadczeń rehabilitacyjnych²¹, z pozostałych 18 – jeden został wpisany na listę oczekujących, a 17 nie wymagało rehabilitacji.
2. Spośród 40 pacjentów Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego: 12 zapewniono świadczenia pohospitalizacyjne w wymaganym terminie (pięciu nie zgłosiło się²²), kolejnych 23 pacjentów nie wymagało takich świadczeń (z tego 14 zalecono stałą opiekę realizowaną przez lekarza rodzinnego); 16 z 40 pacjentów skierowano do dalszego leczenia w AOS (sześciu nie zgłosiło się²³), natomiast żaden nie wymagał zabiegów rehabilitacyjnych.

(akta kontroli str. 131-216)

¹⁸ Zarządzeniem Nr 22/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna – ustanowione zostały dwa nowe zakresy świadczeń: 02.9000.001.02 świadczenia w zakresie chorób wewnętrznych i 02.9001.001.02 świadczenia w zakresie pediatrii. W załączniku nr 5a do tego zarządzenia określono nowe produkty rozliczeniowe dedykowane do powyższych zakresów świadczeń: W61 świadczenie kontrolne pohospitalizacyjne 1-go typu, W62 świadczenie kontrolne pohospitalizacyjne 2-go typu, W63 świadczenie kontrolne pohospitalizacyjne 3-go typu, W64 świadczenie kontrolne pohospitalizacyjne 4-go typu, W65 świadczenie kontrolne pohospitalizacyjne 5-go typu, W67 świadczenie kontrolne pohospitalizacyjne 7-go typu. Świadczeń tych nie można było sprawozdawać dla innych zakresów.

¹⁹ Analizą objęto dokumentację 20 pacjentów wypisanych z każdego z tych oddziałów w wymienionym okresie.

²⁰ W tym jeden spoza Łomży.

²¹ W trzech jednostkach organizacyjnych Szpitala, tj. Oddziale Rehabilitacyjnym, Poradni Rehabilitacyjnej i Ośrodku Rehabilitacji Diennej.

²² Czterech mieszkańców Łomży i jeden mieszkaniec Śniadowa.

²³ Dwóch mieszkańców gminy Piątnica oraz po jednym mieszkańcu gmin Kolno i Ostrów Mazowiecka oraz Łomży i Zambrowa.

1.5. Od marca 2015 roku do marca 2016 roku liczba odmów przyjęcia do Szpitala kształtowała się na zbliżonym poziomie (od 1.577 do 1.593). We wrześniu 2016 roku nastąpił jej wzrost (1.676 przypadków), po czym zanotowano tendencję malejącą: 1.658 odmów w marcu 2017 roku, 1.613 we wrześniu 2017 roku, 1.546 w marcu 2018 roku i 1.452 we wrześniu 2018 roku. Najczęstszą przyczyną odmowy był brak wskazań do hospitalizacji (średnio 97,6% przypadków). Odmowy pacjentów stanowiły 1,6%, inne zaś przyczyny 0,8%. W analizowanych miesiącach²⁴, z powodu braku miejsc, do Szpitala nie przyjęto sześciu osób²⁵ (wszystkie zostały przewiezione do innego zakładu opieki zdrowotnej²⁶). (akta kontroli str. 217-218)

Ordynator Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR) – odnosząc się do tzw. „innych przyczyn” odmów wskazał, że dotyczą one przypadków, w których „pacjenci zgłaszają się do diagnostyki szpitalnej w piątki i w soboty, a po udzieleniu porady w SOR sami decydują o zgłoszeniu się do szpitala w późniejszym terminie”. (akta kontroli str. 218)

1.6. W latach 2015–2018 liczba oczekujących i średni czas oczekiwania na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej²⁷, finansowane w ramach ryczałtu PSZ, jak i poza nim, podlegały ciągłym zmianom.

1. W poradni endokrynologicznej średni czas oczekiwania w przypadkach stabilnych zmniejszył się z 393 dni w IV kwartale 2015 roku do 338 w IV kwartale 2016 roku, natomiast od II kwartału 2017 roku do III kwartału 2018 roku oscylował w granicach 350 dni (w przypadkach pilnych wynosił od 95 do 104 dni). Liczba oczekujących pacjentów „stabilnych” zmniejszyła się ze 171 w II kwartale 2016 roku do 99 w II kwartale 2017 roku, po czym sukcesywnie wzrastała do 153 w IV kwartale 2017 roku, 173 w I kwartale 2018 roku, 190 w II kwartale 2018 roku i 210 w III kwartale 2018 roku. Liczba pacjentów w przypadkach pilnych zmniejszyła się z 43 w II kwartale 2016 roku do 29 w II kwartale 2017 roku, by wzrosnąć z 36 w IV kwartale 2017 roku do 71 w III kwartale 2018 roku. W okresie funkcjonowania sieci szpitali pierwszym wolnym terminem na udzielenie świadczenia był dzień odległy od 114 do 195 dni dla przypadków pilnych i od 388 do 571 dla przypadków stabilnych, a przed utworzeniem sieci szpitali dzień ten był odległy od 66 do 166 dni dla przypadków pilnych i od 259 do 399 dni dla przypadków stabilnych.
2. W poradni neurologicznej średni czas oczekiwania w przypadkach stabilnych wzrósł z 23 dni w II kwartale 2015 roku do 57 w II kwartale 2016 roku i 94 w II kwartale 2017 roku. Po wprowadzeniu sieci szpitali, tj. w IV kwartale 2017 roku wynosił 115 dni, w kolejnych zaś okresach spadł do 99, 81 i 77 dni. Czas oczekiwania w przypadkach pilnych wahał się od 11 dni w II kwartale 2015 roku do 34 w II kwartale 2016 roku, natomiast po wprowadzeniu sieci spadł do siedmiu dni w IV kwartale 2017 roku i czterech – w III kwartale 2018 roku. Liczba pacjentów oczekujących w przypadkach stabilnych zmniejszyła się z 317 w IV kwartale 2015 roku do 152 w II kwartale 2016 roku, po czym wzrosła do 242 w II kwartale 2017 roku (począwszy od IV kwartału 2017 roku ich liczba sukcesywnie się zmniejszała, ze 181 do 174, 160 i 141). W przypadkach pilnych liczba pacjentów oczekujących spadła ze 132 w IV kwartale 2015 roku do 17 w II kwartale 2017 roku (po wprowadzeniu sieci szpitali, tj. w IV kwartale 2017 roku spadła do siedmiu, w II kwartale 2018 roku wzrosła do 13, by w III kwartale 2018 roku ponownie spaść do pięciu). W okresie funkcjonowania sieci szpitali pierwszym wolnym terminem na udzielenie świadczenia był dzień odległy od jednego do sześciu dni dla przypadków pilnych i od 53 do 86 dla przypadków stabilnych, a przed utworzeniem sieci dzień ten był odległy od czterech do 20 dni dla przypadków pilnych i od 32 do 117 dni przypadków stabilnych.
3. W poradni rehabilitacji leczniczej, w której świadczenia nie były finansowane w ramach ryczałtu, średni czas oczekiwania w przypadkach stabilnych wzrósł ze 130 dni w II kwartale 2016 r. do 163 dni w II kwartale 2017 r. (w przypadkach pilnych zwiększył się z 16 do 48 dni), natomiast liczba pacjentów w analogicznym okresie wzrosła

²⁴ Analizą objęto marzec i wrzesień w latach 2015–2018.

²⁵ W tym jednej w marcu 2015 roku, dwóch we wrześniu 2017 roku i trzech w marcu 2018 roku.

²⁶ Do Szpitala Ogólnego w Grajewie i Szpitala Powiatowego w Zambrowie.

²⁷ Przy wyborze uwzględniono największą liczbę pacjentów i najdłuższy czas oczekiwania.

z 377 do 526 (przypadki stabilne) i ze 113 do 306 (przypadki pilne). Po wprowadzeniu sieci szpitali utrzymywała się tendencja wzrostowa czasu oczekiwania, spowodowana głównie – jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala – wprowadzeniem od lipca 2018 roku zmian w przepisach dotyczących nielimitowania świadczeń dla osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności (w przypadkach pilnych wzrósł on z 57 dni w IV kwartale 2017 roku do 165 dni w III kwartale 2018 roku, w przypadkach stabilnych ze 178 do 228 dni). Liczba pacjentów oczekujących w trybie pilnym wzrosła z 286 do 363, spadła zaś w przypadkach stabilnych z 589 do 470. W okresie funkcjonowania sieci szpitali pierwszym wolnym terminem na udzielenie świadczenia był dzień odległy od 170 do 218 dni dla przypadków pilnych i od 260 do 337 dla przypadków stabilnych²⁸, a przed utworzeniem sieci szpitali dzień ten był odległy o osiem dni w II kwartale 2015 roku dla przypadków pilnych i 106 dni dla przypadków stabilnych (w tym samym okresie).

(akta kontroli str. 129-130)

Dyrektor Szpitala, odnosząc się do zmian w czasie oczekiwania na niektóre świadczenia wyjaśnił: „Zakwalifikowanie Szpitala Wojewódzkiego w Łomży do III stopnia referencyjności, jak i uzyskanie w lutym 2018 r. akredytacji spowodowało zainteresowanie pacjentów, którzy chcą udzielenia pomocy medycznej i skorzystania z profesjonalnej opieki w tym szpitalu, tj. w Oddziale Chorób Wewnętrznych, opieki ambulatoryjnej w Poradni Gastrologicznej, hospitalizacji w Oddziale Ortopedyczno-Urazowym (...)”. Na wzrost liczby pacjentów oczekujących do poradni endokrynologicznej wpłynęło również rozwiązanie, z końcem 2017 roku, umowy z jednym z lekarzy specjalistów (co zostało szerzej opisane w pkt 2.7. wystąpienia).

(akta kontroli str. 245-256)

1.7. Udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (NiŚOZ) na rzecz pacjentów Szpitala, od 1 października do 31 grudnia 2017 r., powierzono SP ZOZ Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Łomży²⁹. Od 1 stycznia 2018 r. świadczenia z tego zakresu, z wyjątkiem transportu sanitarnego³⁰, udzielane były w Poradni NiŚOZ³¹ zorganizowanej przy Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (SOR). W regulaminie organizacyjnym Szpitala wskazano, że: „Do zakresu zadań Poradni nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej należy udzielanie świadczeń podstawowej opieki lekarskiej i pielęgniarstwa codziennie, po godzinach pracy jednostek podstawowej opieki zdrowotnej znajdujących się w terenie, od godz. 18.00 do godz. 8.00 rano następnego dnia oraz 24 h na dobę w soboty i niedziele, a także w dni świąteczne i inne dni ustawowo wolne od pracy. Ze świadczeń opieki nocnej i świątecznej pacjent może skorzystać w przypadku łżejszych, nagłych dolegliwości, z powodu których na co dzień zgłasza się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Dyżurujący w Poradni lekarz udziela porad: w warunkach ambulatoryjnych, w domu pacjenta (w przypadkach medycznie uzasadnionych), telefonicznie”. Organizacja czasu pracy poradni była zgodna z cz. II ust. 1 załącznika Nr 5 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej³².

(akta kontroli str. 219-234, 255)

²⁸ Obliczone jako różnica ostatniego dnia kwartału, w którym sprawozdano świadczenia, do dnia wskazanego jako pierwszy wolny termin w raporcie przekazanym POW NFZ.

²⁹ Na podstawie umowy nr 1/NŚP/2017 z dnia 29 września 2017 r.

³⁰ Od 1 stycznia 2018 r. wykonywanie transportu sanitarnego w zakresie NiŚOZ powierzono Stowarzyszeniu Pomocy Rodzinom „Nadzieja” w Łomży, na podstawie umów: nr ZT-SZP-99/2017 z 29 grudnia 2017 r., zawartej na okres 3 miesięcy od 1 stycznia 2018 r., i nr 59/ZT-SZP-226/01/3/2018 zawartej na okres od 1 kwietnia 2018 r. do 31 marca 2019 r.

³¹ W poradni zorganizowano m.in. trzy gabinety lekarskie (dwa internistyczne i jeden pediatryczny), gabinet zabiegowy i zaplecze socjalne (toalety, przebieralnie).

³² Dz. U. z 2016 r. poz. 86, ze zm. Załącznik Nr 5 w brzmieniu obowiązującym od 1 października 2017 r.

1.8. Według danych POW NFZ w latach 2015–2017 (do końca III kwartału) liczba świadczeń NiSOZ sprawozdanych przez podmioty lecznicze uprzednio realizujące te świadczenia na obszarze zabezpieczenia³³ właściwym dla Szpitala wyniosła:

- w 2015 roku – 16.491 porad lekarskich³⁴ (4.762 w I kwartale, 4.343 w II kwartale, 3.490 w III kwartale i 3.896 w IV kwartale),
- w 2016 roku – 17.700 porad lekarskich³⁵ (4.969 w I kwartale, 4.408 w II kwartale, 3.697 w III kwartale i 4.626 w IV kwartale),
- w trzech kwartałach 2017 roku – 13.582 porady³⁶ (5.101 w I kwartale, 4.826 w II kwartale i 3.655 w III kwartale).

Po zmianie organizacji i finansowania NiSOZ liczba udzielonych przez Szpital świadczeń wyniosła: [1] w IV kwartale 2017 roku – 3.989 porad lekarskich³⁷ i 2.649 wizyt pielęgniarz³⁸, [2] w I kwartale 2018 roku – 5.011 porad³⁹ i 2.746 wizyt⁴⁰, [3] w II kwartale 2018 roku – 4.777 porad⁴¹ i 2.897 wizyt⁴², [4] w III kwartale 2018 roku – 3.583 porady⁴³ i 2.564 wizyty⁴⁴. (akta kontroli str. 243-244)

1.9. Według danych POW NFZ liczba pacjentów SOR, zakwalifikowanych do I kategorii stanu zdrowia⁴⁵, wahała się pomiędzy 1.355 w IV kwartale 2015 roku do 2.518 w II kwartale 2015 roku i przed wprowadzeniem sieci szpitali wynosiła średnio 1.638. Liczba procedur udzielonych tym pacjentom wynosiła od 1.071 (34,2% ogółu procedur w SOR) w I kwartale 2015 roku do 8.744 (57,4% ogółu procedur) w II kwartale 2017 roku, średnio zaś – przed wprowadzeniem sieci – 6.239. Po zorganizowaniu w Szpitalu poradni nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej liczba tych pacjentów spadła i wynosiła 1.147 w IV kwartale 2017 roku, 1.054 w I kwartale 2018 roku i 1.212 w II kwartale 2018 roku (średnio 1.138), natomiast liczba procedur wzrosła odpowiednio do: 7.955 (56,5% ogółu procedur), 7.433 (55,5% ogółu procedur) i 8.076 (56,5% ogółu procedur), chociaż w strukturze procedur udzielanych na SOR utrzymywała się na zbliżonym poziomie ok. 55% występującym zarówno przed, jak i po wprowadzeniu sieci szpitali. (akta kontroli str. 242)

Stwierdzone
nieprawidłowości

OCENA CZĄSTKOWA

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

W Szpitalu zapewniono pacjentom kompleksowe świadczenia z zakresu hospitalizacji, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i rehabilitacji, chociaż nie każdy z pacjentów z nich korzystał. Realizowano je w wielkościach zbliżonych do zakontraktowanych. Wskaźniki związane z czasem oczekiwania na świadczenia i liczbą pacjentów w kolejkach podlegały w analizowanych latach ciągłym wahaniom, zatem ich zmian nie można wprost łączyć z utworzeniem sieci szpitali. NIK zwraca uwagę na potrzebę szczegółowej analizy świadczeń udzielanych w profilu ortopedia i traumatologia narządu ruchu, gdzie wraz ze spadkiem średniej kwartalnej liczby pacjentów i świadczeń wzrosły kolejki oczekujących na przyjęcie do oddziału.

³³ Obszar zabezpieczenia to spójny terytorialnie obszar (powiat/powiaty, gmina/gminy, dzielnica/dzielnice, osiedle/osiedla lub inny obszar jednoznacznie określony) wyodrębniony ze względu na konieczność właściwego zabezpieczenia świadczeń NiSOZ (§ 2 pkt 8 zarządzenia Nr 71/2017/DSM Prezesa NFZ z dnia 11 sierpnia 2017 r.).

³⁴ W tym 14.611 udzielonych ambulatoryjnie, 1.153 w trybie wyjazdowym i 727 telefonicznie.

³⁵ W tym 15.695 udzielonych ambulatoryjnie, 1.346 w trybie wyjazdowym i 659 telefonicznie.

³⁶ W tym 12.415 udzielonych ambulatoryjnie, 891 w trybie wyjazdowym i 276 telefonicznie.

³⁷ W tym 3.667 udzielonych ambulatoryjnie, 279 w trybie wyjazdowym oraz 43 telefonicznie.

³⁸ W tym 2.480 udzielonych ambulatoryjnie oraz 169 w trybie wyjazdowym.

³⁹ W tym 4.662 udzielonych ambulatoryjnie, 280 w trybie wyjazdowym oraz 69 telefonicznie.

⁴⁰ W tym 2.485 udzielonych ambulatoryjnie i 261 w trybie wyjazdowym.

⁴¹ W tym 4.416 udzielonych ambulatoryjnie, 237 w trybie wyjazdowym oraz 124 telefonicznie.

⁴² W tym 2.718 udzielonych ambulatoryjnie i 179 w trybie wyjazdowym.

⁴³ W tym 3.297 udzielonych ambulatoryjnie, 201 w trybie wyjazdowym oraz 85 telefonicznie.

⁴⁴ W tym 2.423 udzielone ambulatoryjnie i 141 w trybie wyjazdowym.

⁴⁵ Pacjent zakwalifikowany do kategorii I stanu zdrowia w SOR, to tzw. chory „niebieski” (POZ). Udziela się mu następujących świadczeń (procedur medycznych): opieka pielęgniarz, ocena stanu pacjenta (triage), badanie, porada lekarska, farmakoterapia (dawka leku przeciwbólowego, rozkurczowego), recepta, podstawowa diagnostyka (badania laboratoryjne – pakiet podstawowy, EKG). Przypisanie kategorii dla pacjenta następowało podczas analiz prowadzonych przez POW NFZ, zatem to nie Szpital określał do jakiej kategorii przypisany został pacjent.

OBSZAR	2. Zmiany w organizacji wewnętrznej Szpitala oraz w alokacji zasobów
Opis stanu faktycznego	2.1 W dniu 1 października 2017 r. w ZOZ funkcjonowały poradnie specjalistyczne, odpowiadające każdemu z realizowanych profili sieci szpitali. POW NFZ nie ogłaszał konkursu na świadczenie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z zakresu chorób wewnętrznych i pediatrii, co szczegółowo opisano w punkcie 1.3 wystąpienia. Takie poradnie też nie funkcjonowały w strukturze Szpitala. (akta kontroli str. 245-256) 2.2. W związku z wprowadzeniem PSZ w Szpitalu nie zmienił się zakres udzielanych świadczeń, jak również nie uległa zmianie struktura organizacyjna. Poza siecią, na dotychczasowych zasadach, funkcjonowały: pion rehabilitacji⁴⁶ i Centrum Zdrowia Psychicznego⁴⁷ utworzone na podstawie aneksu do umowy z POW NFZ z 23 sierpnia 2018 r., w związku z realizacją od 1 lipca 2018 r. do 30 czerwca 2020 r. programu pilotażowego. (akta kontroli str. 245-256) 2.3. Szpital nie utracił trwałości inwestycji przeprowadzonych w latach 2015–2018 (do końca III kwartału). W wymienionym okresie zrealizowano 31 zadań⁴⁸ na łączną kwotę 31.906,5 tys. zł⁴⁹. Do największych należały: – zakup aparatury medycznej do Oddziału Kardiologii (w 2015 roku na zadanie to ze środków samorządu województwa i Unii Europejskiej wydatkowano 3.654,2 tys. zł), – budowa elektrycznej instalacji fotowoltaicznej i solarnej (zadanie zrealizowane w 2015 roku za 2.385,2 tys. zł ze środków UE i samorządu województwa), – „Przebudowa oraz modernizacja istniejących pomieszczeń w pawilonie szpitalnym C-II piętro na potrzeby Oddziału Położniczego z traktem porodowym wraz z niezbędnym sprzętem i aparaturą medyczną” (zadanie zrealizowano w 2016 roku za 4.331 tys. zł ze środków własnych i samorządu województwa), – „Przebudowa Apteki szpitalnej wraz z wyposażeniem oraz zakup aparatu cyfrowego do mammografii” (inwestycję zrealizowano w 2017 roku za 3.651,8 tys. zł ze środków własnych, samorządu województwa i budżetu państwa), – Przebudowa Szpitalnego Oddziału Ratunkowego wraz z doposażeniem w sprzęt i aparaturę medyczną (inwestycję zrealizowano w 2018 roku, wydatkując 5.308,4 tys. zł ze środków własnych, samorządu województwa i UE). (akta kontroli str. 261-266) 2.4. W okresie objętym kontrolą nie likwidowano oddziałów ani poradni, natomiast w marcu 2017 r. – w związku z przerwą w udzielaniu świadczeń, trwającą od 1 lipca 2016 r. – POW NFZ rozwiązał ze Szpitalem umowę na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną w zakresie reumatologii. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśniła, że: „od 1 lipca 2016 r. w liście oczekujących oraz terminarzu przyjęć nie zarejestrowano pacjentów oczekujących na świadczenia do tejże poradni”. O przerwie w udzielaniu świadczeń pacjenci zostali poinformowani. Dyrektor Szpitala wyjaśnił ponadto, że: „Szpital obecnie nie planuje podejmować działań w celu przywrócenia świadczeń ambulatoryjnych z zakresu reumatologii z powodu braku lekarza specjalisty, którego w ostatnich 3 latach staraliśmy się pozyskać. Poza tym, na terenie Łomży funkcjonują już 2 poradnie reumatologiczne w związku z tym świadczenia są już zabezpieczone w tym zakresie”. (akta kontroli str. 267-276, 356) 2.5. Większość kierowników komórek organizacyjnych ZOZ wskazała, że utworzenie tzw. sieci szpitali nie miało istotnego wpływu na zmianę organizacji pracy oraz struktury zatrudnienia. Pozytywnie o zmianie systemu finansowania wypowiedział się Ordynator Oddziału Ratunkowego, który stwierdził, że: „uruchomiono SOR po remoncie. Powstała

⁴⁶ Z oddziałami rehabilitacyjnym, rehabilitacji kardiologicznej i neurologicznej.

⁴⁷ Wcześniej Pion Psychiatrii z Oddziałem Psychiatrycznym, Oddziałem Psychiatrycznym Dziennego Pobytu, Poradnią Zdrowia Psychicznego dla Dorosłych i Zespół Leczenia Środowiskowego). Centrum utworzono w celu zapewnienia kompleksowej opieki zdrowotnej nad osobami z zaburzeniami psychicznymi na terenie Łomży i powiatu łomżyńskiego.

⁴⁸ O wartości przekraczającej 30 tys. euro (w tym zakupy wysokocennej aparatury medycznej).

⁴⁹ W tym 12.167,5 tys. w 2015 roku, 6.160,7 tys. zł w 2016 roku, 7.841,3 tys. zł w 2017 roku i 5.737 tys. zł w 2018 roku.

nowa, większa sala zabiegowa i obserwacyjna. Powstały stanowiska wstępnej IT-SOR dla trzech osób. Skomasowano zespół lekarski i pielęgniarski by obsługiwał w pobliżu siebie chorych urazowych (chirurgia i ortopedia) i zachowawczych. Powstały nowe gabinety w obszarze konsultacyjnym, tzn. dla chorób płuc i neurologiczny. Zatrudniono ośmiu ratowników na miejsce odchodzących pielęgniarek i sanitariuszy SOR. Znacznie zmniejszył się udział lekarzy dyżurnych SOR w transportach medycznych".

Koordynator Oddziału Noworodków zauważył, że: „wejście szpitala do sieci umożliwiło uelastycznienie czasu pracy lekarzy w poradni neonatologicznej, funkcjonującej w ramach pionu noworodków. Przy czym przed trzema laty zlikwidowany został system kolejkowy w tej poradni (wizyty małych pacjentów realizowane są na bieżąco, zgodnie z ich potrzebami)".

Koordynator Oddziału Urologii wskazał, że: „przed wejściem w życie rozporządzenia o „sieci szpitali” wykonywaliśmy i nadal wykonujemy większą niż przewiduje kontrakt z NFZ ilość procedur, bo takie jest zapotrzebowanie na procedury urologiczne (1/3 z nich to procedury onkologiczne)". Natomiast Koordynator Oddziału Laryngologii zauważył, że: „zwiększyła się liczba świadczeń ambulatoryjnych w ramach izby przyjęć, które powinny być udzielane w ramach POZ, a nie w specjalistycznym oddziale". Koordynator Pionu Kardiologii wskazał, że najpoważniejszym problemem jest niedobór kadry wśród pielęgniarek i lekarzy: „W bardzo okrojonym składzie kadrowym realizujemy postawione przed personelem zadania. Z każdym rokiem raczej ubywa personelu zarówno średniego, jak i lekarskiego. Nie widać adekwatnego zatrudnienia młodej kadry. Bardzo poważnie myślimy, co z tego wyniknie za kilka lat. I ma to raczej związek z poziomem wynagrodzenia, rosnącą odpowiedzialnością wszelkiego typu oraz ogromem biurokracji (...) Obawiam się dodatkowo, że obecność w sieci szpitali może się przyczynić jedynie do przekierowania jeszcze większej grupy chorych ze szpitali niższego szczebla do placówek ze statusem „szpitala sieciowego” bez adekwatnej zmiany finansowania, co dodatkowo obciąży tylko pracą personel tych szpitali i jeszcze bardziej pogorszy sytuację".

(akta kontroli str. 277-294)

Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa wyjaśniła, że: „(...) sieć szpitali nie zmieniła liczby etatów pielęgniarskich, ani nie skutkowała fluktuacją personelu pielęgniarskiego. Jeśli chodzi o funkcjonowanie naszej placówki w sieci szpitali uważam, że jest to zbyt krótki czas, aby dokonać wiarygodnej istotnej analizy i wyciągnąć jednoznaczne wnioski. Zdecydowanie korzystnym elementem zmian systemu opieki zdrowotnej jest gwarantowana umowa z NFZ bez konieczności renegocjowania, co skutkuje utrzymaniem płynności i stabilności finansowej szpitala przy założeniu, że poziom finansowania świadczeń nie ulegnie zmianie".

(akta kontroli str. 295-296)

Liczba personelu medycznego Szpitala wyniosła: w 2015 roku – 188 lekarzy, 362 pielęgniarki i 52 osoby zatrudnione na pozostałych stanowiskach, w 2016 roku – 185 lekarzy, 369 pielęgniarek i 54 osoby zatrudnione na pozostałych stanowiskach, w 2017 roku – 190 lekarzy, 377 pielęgniarek i 55 osób zatrudnionych na pozostałych stanowiskach, a na koniec III kwartału 2018 roku – 198 lekarzy, 385 pielęgniarek oraz 64 osoby zatrudnione na pozostałych stanowiskach.

(akta kontroli str. 297-304)

Jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala: „Wzrost zatrudnienia lekarzy i pielęgniarek w latach 2015–2018 (III kwartał) był spowodowany zakwalifikowaniem Szpitala Wojewódzkiego w Łomży do III poziomu referencyjnego w sieci szpitali, jak i uzyskaniem przez tę jednostkę akredytacji, gdyż należało spełnić normy odpowiedniej ilości lekarzy i pielęgniarek w zasobach personalnych Szpitala w celu wypełniania świadczeń medycznych na odpowiednim poziomie. Ponadto wpływ miały: uruchomienie nowych świadczeń: w 2016 r. w Oddziale oraz Ośrodku Rehabilitacji Kardiologicznej, a od października 2017 r. Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej i zwiększenie liczby stanowisk w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii z 9 do 12 w 2015 r."

(akta kontroli str. 355)

2.6. Liczba łóżek w Szpitalu wzrosła z 616 w 2015 roku do 626 w 2016 roku, w związku z uruchomieniem Oddziału Rehabilitacji Kardiologicznej (10 łóżek). W pozostałych oddziałach nie uległa zmianie i wynosiła np.: 42 w oddziale chirurgicznym, 41 w oddziale chorób wewnętrznych, 40 w ortopedyczno-urazowym, 40 w laryngologicznym (łącznie z pododdziałem onkologii), 40 w dziecięcym, 39 w kardiologicznym, 37 w oddziale chorób

płuc i gruźlicy, 36 w neurologicznym (z pododdziałem udarowym), 35 w noworodkowym, 31 w położniczym, 30 w urologicznym, 25 w oddziale okulistycznym, 22 w obserwacyjno-zakaźnym, 21 w oddziale rehabilitacji neurologicznej, po 10 w oddziałach ginekologicznym i nefrologicznym. (akta kontroli str. 305)

Średni czas hospitalizacji na oddziałach zachowawczych⁵⁰ wynosił 12,4 dnia (najdłuższy na oddziale rehabilitacji neurologicznej – 28,5 dnia), na oddziałach zabiegowych⁵¹ – 4 dni (najdłuższy w oddziale ortopedyczno-urazowym – osiem dni). Nie stwierdzono istotnej zmiany w długości hospitalizacji po utworzeniu sieci szpitali. (akta kontroli str. 305)

W trzech pierwszych kwartałach lat 2015–2017 najwyższy wskaźnik średniego wykorzystania łóżek⁵² zanotowano w oddziałach: rehabilitacyjnym (107,9%), rehabilitacji neurologicznej (88,6%) i chorób wewnętrznych (83,4%), najniższy zaś w oddziałach: chirurgicznym (37,8%), neurologicznym (39,4%), urologicznym (40,6%) i ginekologicznym (40,9%). Po utworzeniu sieci szpitali wskaźnik ten w wymienionych oddziałach wyniósł odpowiednio: 92,7%, 86%, 83,%, 34,9%, 33,8%, 43,1% i 32,3%. Najbardziej zmienił się w oddziale patologii ciąży, gdzie w pierwszych trzech kwartałach 2018 roku osiągnął poziom 25,5%, wobec średniej z tego samego przedziału lat 2015–2017 wynoszącej 49,6%. W pozostałych oddziałach średnia wartość wskaźnika w trzech kwartałach 2018 roku stanowiła od 76,8%⁵³ do 115,1%⁵⁴ przeciętnej wartości wskaźnika sprzed 2018 roku.

(akta kontroli str. 305)

Dyrektor Szpitala, podając przyczyny niskiego wskaźnika wykorzystania łóżek, wyjaśnił: „W ostatnich latach zmieniły się zasady udzielania świadczeń polegające na przenoszeniu przez NFZ coraz większej liczby świadczeń z hospitalizacji 1-dniowych do świadczeń ambulatoryjnych, co przyczynia się do mniejszego obłożenia oddziałów (dotyczy chirurgii, ginekologii, okulistyki, urologii, laryngologii (...)) Niskie wskaźniki wykorzystania łóżek w 2018 r. wynikają z prowadzonych prac remontowych na V piętrze budynku łóżkowego szpitala. Zachowana została ciągłość udzielania świadczeń, natomiast nastąpiły zmiany lokalizacji oddziałów oraz liczby łóżek przenoszonych oddziałów oraz oddziałów, do których były przenoszone oddziały. Oddział, którego nie dotyczą remonty w 2018 r. tj. Ginekologiczno-Położniczy z Pododdziałem Patologii Ciąży ma małe wykorzystanie łóżek, niemniej nie przewidujemy ich zmniejszenia, ponieważ jest to oddział specjalistyczny na II poziomie referencyjnym (poza Białymstokiem jedyny w województwie) w związku z tym przyjmuje patologie ciąży z całego terenu poza Białymstokiem, a nawet z Białegostoku jeśli tam brakuje miejsc. Ilość miejsc w Pododdziale Patologii Ciąży trudno zaplanować, ponieważ dynamika obłożenia jest różna i zdarza się pełne wykorzystanie łóżek na patologii ciąży i korzystanie wówczas z sal i łóżek części ginekologicznej oddziału. Oddział wraz z traktem porodowym jest po remoncie a w ostatnich 2 latach wzrasta nam liczba porodów. W roku 2019 r. nie wykluczamy restrukturyzacji łóżek np. w Oddziale Chirurgicznym, jednak z uwagi na przejęcie od lipca 2018 r. przez Oddział Chirurgiczny leczenia urazów czaszkowych wymagających trepanacji od Oddziału Ortopedyczno-Urazowego będzie to poprzedzone wnikliwą analizą. W Oddziale Neurologicznym nie przewidujemy zmniejszenia łóżek z powodu okresowego korzystania z jego łóżek przez Pododdział Udarowy, który jest ujęty w systemie ratownictwa medycznego i ma obowiązek przyjmowania wszystkich udarów, stąd zdarzają się okresy kiedy Pododdział Udarowy ma pełne wykorzystanie łóżek i musi posilkować się innymi łózkami (...)”.

(akta kontroli str. 360)

⁵⁰ Oddziały: chorób wewnętrznych, chorób płuc i gruźlicy, obserwacyjno-zakaźny, neurologiczny, noworodkowy i in.

⁵¹ Oddziały: chirurgiczny, ortopedyczno-urazowy, ginekologiczny, patologii ciąży, położniczy, okulistyczny, urologiczny, laryngologiczny.

⁵² Wskaźnik ten obliczany jest jako iloczyn sumy osobodni i liczby łóżek, dzielony na liczbę dni kalendarzowych w okresie objętym kontrolą.

⁵³ W przypadku oddziału okulistycznego.

⁵⁴ W przypadku oddziału intensywnej opieki medycznej.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że przyjmuje się pożądaną do osiągnięcia wartość tego współczynnika na poziomie 80%, z wyjątkiem kilku specjalności, m.in. neonatologii, pediatrii czy chorób zakaźnych⁵⁵. (akta kontroli str. 305)

W pierwszych trzech kwartałach 2018 roku wskaźnik przeletowości⁵⁶ w większości oddziałów nie uległ istotnym zmianom w porównaniu do poprzednich lat i wahał się w od 3 (wartość najniższa) na rehabilitacji kardiologicznej do 80,5 (wartość największa) na oddziale laryngologii – pododdziale onkologii. Największy wzrost wskaźnika przeletowości wystąpił na oddziale położniczym (z 30,5 w 2015 roku do 35 w 2018 roku), a największy spadek – na oddziale patologii ciąży (z 63,1 w 2015 roku do 24,6 w 2018 roku). (akta kontroli str. 305)

2.7. W I kwartale 2018 roku do Szpitala wpłynęło pięć skarg związanych z ograniczeniem dostępności do świadczeń ambulatoryjnych w poradni endokrynologicznej. We wszystkich przypadkach poinformowano skarżących, że z końcem grudnia 2017 roku została rozwiązana umowa z jednym z lekarzy, a jego dotychczasowi pacjenci mogą kontynuować leczenie u drugiego endokrynologa zatrudnionego w Szpitalu (wskazano również, że niedobór lekarzy specjalistów jest problemem ogólnokrajowym). Do podmiotu założycielskiego oraz do POW NFZ nie wpływały skargi pacjentów związane ze zmianami organizacyjnymi, wynikającymi z reorganizacji systemu opieki zdrowotnej po wprowadzeniu tzw. sieci szpitali. (akta kontroli str. 306-313)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił: „W celu zwiększenia w Szpitalu dostępności do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z zakresu endokrynologii od 1 grudnia 2018 r. zostanie zatrudniony drugi lekarz z tej specjalizacji”. (akta kontroli str. 356)

Stwierdzone
nieprawidłowości

OCENA CZĄSTKOWA

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

Wprowadzenie ryczałtowego finansowania Szpitala nie spowodowało znaczących zmian w organizacji wewnętrznej. ZOZ zapewnił leczenie w poradniach i na oddziałach odpowiadających każdemu z posiadanych profili zabezpieczenia. Nie zmienił się zakres udzielanych usług zdrowotnych i nie zostały też zamknięte poradnie lub oddziały, które były finansowane na podstawie odrębnych umów (nie w ramach umowy w systemie PSZ). Tym niemniej ograniczeniu uległa dostępność do świadczeń ambulatoryjnych z zakresu endokrynologii. Najwyższa Izba Kontroli zwraca też uwagę na niższy od rekomendowanego w literaturze fachowej wskaźnik średniego wykorzystania łóżek w Szpitalu.

OBSZAR

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

Opis stanu
faktycznego

3.1. Wartość zawartych z POW NFZ umów (bez uгод) w latach 2015–2018 (po ostatnim aneksie) systematycznie rosła i wyniosła odpowiednio: 97.254,2 tys. zł, 104.356,1 tys. zł, 107.353,4 tys. zł oraz 113.792,4 tys. zł (w tym w zakresie świadczeń finansowanych w ramach ryczałtu: 57.909,2 tys. zł, 60.448,1 tys. zł, 57.087,4 tys. zł i 58.299,9 tys. zł). Wartość umów w odniesieniu do świadczeń finansowanych poza ryczałtem wzrosła z 38.606,9 tys. zł w 2015 roku do 40.917,1 tys. zł w 2016 roku, 44.987,7 tys. zł w 2017 roku i 47.271,5 tys. zł w 2018 roku. (akta kontroli str. 314)

3.2. Przychody Szpitala z POW NFZ pokrywały koszty działalności leczniczej w trzech pierwszych kwartałach 2017 roku (osiągnięto wówczas wynik na poziomie 1.830,7 tys. zł) oraz w trzech pełnych latach 2015–2017 (odpowiednio: 1.886,4 tys. zł, 2.134,3 tys. zł i 147,9 tys. zł). W pozostałym okresie wynik na działalności leczniczej, liczony dla pierwszych trzech kwartałów, był ujemny i wynosił -1.552,6 tys. zł w 2015 roku, -325 tys. zł w 2016 roku i -8.975,7 tys. zł w 2018 roku. Pomimo to, w trzech pierwszych kwartałach lat 2015–2016 Szpital osiągnął zysk, wypracowany pozostałymi przychodami

⁵⁵ „Wskaźniki do projektu tworzenia sieci szpitali z elementami analizy sytuacji demograficznej i stanu zdrowia ludności”, Warszawa grudzień 2006 r., str. 22 (Materiał przygotowany dla Ministra Zdrowia przez Państwowy Zakład Higieny na podstawie baz danych Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia i Państwowego Zakładu Higieny, dotyczących infrastruktury szpitali i ich działalności).

⁵⁶ Określa ilu chorych korzystało kolejno z jednego łóżka szpitalnego: iloraz liczby hospitalizowanych i liczby posiadanych łóżek. Wykorzystywany do oceny szybkości leczenia.

operacyjnymi i finansowymi, wynoszący odpowiednio: 4.330,4 tys. zł i 4.125,4 tys. zł. Zyskiem zamknęła się również działalność Szpitala w pełnych latach 2015–2017 (2.926,2 tys. zł, 8.799,9 tys. zł i 10.673,6 tys. zł w kolejnych trzech latach). Na 30 września 2018 r. zanotowano natomiast stratę w wysokości -3.594,8 tys. zł.

(akta kontroli str. 315-316)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że pogorszenie się wyniku finansowego spowodowane było m.in.: „[1] realizacją roszczeń finansowych lekarzy i pielęgniarek (nie w pełnym zakresie), [2] realizacją ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, [3] realizacją ustawy z dnia 13 września 2018 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw, [4] otrzymywaniem środków z NFZ na poziomie 2015 r. wynikającego z wyliczeń obowiązującego ryczału od października 2017”.

(akta kontroli str. 355-356)

Zobowiązania długoterminowe, wynoszące 10.881,4 tys. zł na koniec trzeciego kwartału 2015 roku, spadły do 1.985,4 tys. zł na dzień 30 września 2018 roku, krótkoterminowe zaś wzrosły w analogicznym okresie z 15.776,1 tys. zł do 17.221,4 tys. zł. W Szpitalu nie występowały zobowiązania wymagalne.

(akta kontroli str. 315-316)

3.3. Dyrektor ZOZ, odnosząc się do kosztów związanych z wprowadzeniem sieci szpitali, wyjaśnił: „Wprowadzenie systemu PSZ skutkowało koniecznością poniesienia dodatkowych kosztów związanych z rozpoczęciem nowej działalności – nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej od 01.10.2017 r., która to działalność została przejęta od Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Łomży, a środków finansowych na tę działalność przyznał POW NFZ mniej niż otrzymywało Pogotowie w Łomży”. Dyrektor dodał też, że szpital będący III poziomem zabezpieczenia musi „utrzymywać odpowiedni poziom zasobów ludzkich i technicznych, aby spełniać wymogi NFZ jako świadczeniodawca”.

(akta kontroli str. 356)

3.4. W okresie objętym kontrolą Szpital zanotował wysokie wskaźniki ekonomiczno-finansowe (z wyjątkiem wskaźnika zyskowności w III kwartale 2018 roku), o których mowa w załączniku do rozporządzenia 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 zdrowotnej⁵⁷. Suma punktów przypisanych do wartości poszczególnych wskaźników, jakie zostały ujęte w powyższym rozporządzeniu, liczona dla pierwszych trzech kwartałów lat 2015–2018, wynosiła odpowiednio 57, 60, 68 i 49 punktów⁵⁸. W pełnych latach suma punktów wzrosła z 46 w 2015 roku do 62 w 2016 roku i 64 w 2017 roku.

Ocena punktowa wskaźnika zyskowności⁵⁹, liczona dla trzech pierwszych kwartałów w latach 2015–2017, utrzymywała się na jednakowym poziomie 15 pkt (maksymalna wielkość), natomiast w III kwartale 2018 roku spadł do „0” (o przyczynach tego stanu była mowa w punkcie 3.2. wystąpienia). Dla pełnych lat 2015–2017 wartość wskaźnika wynosiła 12, 15 i 15 pkt.

Wskaźnik płynności⁶⁰ w trzech pierwszych kwartałach 2015 roku wyniósł 16 pkt (na koniec 2015 roku spadł do 12 pkt). W trzech pierwszych kwartałach 2016 i 2018 roku oraz w pełnych latach 2016–2017 utrzymywał się on na poziomie 21 pkt, natomiast w trzech kwartałach 2017 roku osiągnął maksymalną wielkość 25 pkt.

⁵⁷ Dz. U. poz. 832.

⁵⁸ Z maksymalnych do uzyskania 70 pkt.

⁵⁹ Elementami są wskaźniki zyskowności: netto, działalności operacyjnej i aktywów. Określają zdolność podmiotu do generowania zysków, a zatem ekonomiczną efektywność działalności.

⁶⁰ Elementami są wskaźniki: bieżącej płynności i szybkiej płynności. Określają zdolności podmiotu do regulowania zaciągniętych zobowiązań krótkoterminowych.

Wskaźnik efektywności⁶¹ we wszystkich analizowanych okresach utrzymywał się na maksymalnym poziomie 10 pkt.

Wartość wskaźnika zadłużenia⁶² dla trzech pierwszych kwartałów lat 2015–2018 wynosiła: 16, 14, 18 i 18 pkt (z 20 pkt możliwych do uzyskania), natomiast w pełnych latach 2015–2017 odpowiednio: 12, 16 i 18 pkt. (akta kontroli str. 331-332)

3.5. Po komunikacie POW NFZ z 23 lutego 2018 r. w sprawie uzyskania współczynników korygujących (ql,j), związanych z jakością procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej – Szpital przesłał oddziałowi NFZ kopie certyfikatu potwierdzającego spełnienie standardów akredytacyjnych dla leczenia szpitalnego oraz świadectwa wydanego przez Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej i świadectwa Centralnego Ośrodka Badań Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej w Łodzi w zakresie chemii klinicznej. W III kwartale 2018 roku (w porównaniu do 2017 roku) nastąpiło zwiększenie ryczałtu o 212,5 tys. zł. Szpital nie podejmował innych działań w celu uzyskania wyższego ryczałtu na udzielanie świadczeń w ramach PSZ. Dyrektor wyjaśnił że starano się utrzymać realizację kontraktu na poziomie 98–103%. (akta kontroli str. 314, 333-350, 356)

Stwierdzone
nieprawidłowości
OCENA CZĄSTKOWA

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

Pomimo systematycznego wzrostu wartości umów z POW NFZ, Szpital notował straty z działalności leczniczej w trzech pierwszych kwartałach lat 2015–2016. Kompensowano je przychodami z pozostałej działalności, co pozwalało na wypracowanie w latach 2015–2017 zysku i osiągnięcie wysokich wskaźników ekonomiczno-finansowych. Zauważyć jednak należy pogarszającą się w III kwartale 2018 roku sytuację ekonomiczną ZOZ, spowodowaną głównie realizacją zobowiązań płacowych wobec pracowników.

IV. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

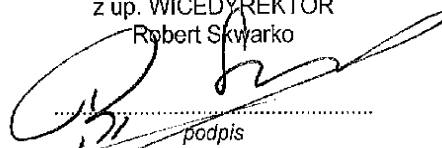
Białystok, 6 grudnia 2018 r.

Kontroler
Krzysztof Gołębiowski
główny specjalista kontroli państwowej



podpis

DYREKTOR DELEGATURY
Najwyższej Izby Kontroli w Białymstoku
z up. WICEDYREKTOR
Robert Skwarko



podpis

⁶¹ Elementami są wskaźniki: rotacji należności (w dniach) i zobowiązań (w dniach). Wskaźnik rotacji należności (w dniach) określa długość cyklu oczekiwania podmiotu na uzyskanie należności za świadczone usługi. Wskaźnik rotacji zobowiązań (w dniach) określa ile przeciętnie dni upływa w podmiocie od momentu powstania zobowiązań bieżących do momentu ich spłaty.

⁶² Elementami są wskaźnik zadłużenia aktywów (%) i wskaźnik wypłacalności. Wskaźnik zadłużenia aktywów (%) informuje o stopniu finansowania aktywów kapitałami obcymi. Wskaźnik wypłacalności określa wielkość funduszy obcych przypadającą na jednostkę funduszu własnego.