



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Białymstoku

LBI.410.024.02.2018



07016818

Pan Grzegorz Tomaszuk
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
w Hajnówce
ul. Doc. Adama Dowgirda 9, 17-200 Hajnówka

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	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce, ul. Doc. Adama Dowgirda 9, 17-200 Hajnówka (dalej: „Szpital” lub „ZOZ”)	
Kierownik jednostki kontrolowanej	Grzegorz Tomaszuk, dyrektor od 30 sierpnia 2000 r.	(akta kontroli str. 5-7)
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Realizacja świadczeń ambulatoryjnych, szpitalnych i rehabilitacyjnych. 2. Zmiany w organizacji wewnętrznej szpitali oraz 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. Wojciech Zambrzycki, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBI/131/2018 z 27 września 2018 r. 2. Dominika Jocz, inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBI/141/2018 z 5 października 2018 r.	

(akta kontroli str. 1-4)

¹ Dz. U. z 2017 r. poz. 524, ze zm. Ustawa zwana 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 została zapewniona możliwość uzyskania kompleksowych świadczeń ambulatoryjnych, szpitalnych i rehabilitacyjnych, w poradniach i na oddziałach odpowiadających każdemu z posiadanych profili zabezpieczenia. Pozytywnie należy również ocenić sposób postępowania z pacjentami wymagającymi świadczeń pohospitalizacyjnych, chociaż nie każdy z pacjentów z nich korzystał.

Systematycznie rosła wartość umów z Podlaskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: POW NFZ). Nie pozwalała ona jednak na osiągnięcie zysku z działalności leczniczej. Straty z tej działalności kompensowano pozostałą działalnością, co pozwalało na wypracowanie zysku i wysokich wskaźników ekonomiczno-finansowych.

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 w poradni utworzyły się kolejki oczekujących. 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

Opis stanu faktycznego

1. Realizacja świadczeń ambulatoryjnych, szpitalnych i rehabilitacyjnych

1.1. Z chwilą utworzenia tzw. sieci szpitali, ZOZ został zakwalifikowany do I poziomu zabezpieczenia, co oznaczało, że świadczenia udzielane były w ramach profili:

- choroby wewnętrzne,
- położnictwo i ginekologia,
- pediatria,
- chirurgia ogólna,
- neonatologia.

Jednocześnie w ramach umowy sieciowej Szpital posiadał zakontraktowany profil ortopedia i traumatologia narządu ruchu, przewidziany dla podmiotów leczniczych w II poziomie zabezpieczenia, oraz profil choroby zakaźne, przewidziany dla III poziomu⁵. Świadczenia były też udzielane w ramach profili: nocna i świąteczna opieka zdrowotna (NŚOZ), szpitalny oddział ratunkowy (SOR), anestezjologia i intensywna terapia (OIT) i substancje czynne stosowane w chemioterapii – co było niezależne od poziomu zabezpieczenia, do którego został przypisany Szpital. Łącznie w ramach ryczałtu systemu zabezpieczenia ZOZ udzielał świadczeń ramach 54 zakresów świadczeń: na 10 oddziałach szpitalnych i w 19 poradniach⁶.
(akta kontroli str. 8-227, 266-269)

W latach 2015 – 2018 (do 30 września) przerwy w funkcjonowaniu poradni spowodowane były tylko absencjami urlopowymi i chorobowymi – co było zgłaszane POW NFZ. Nie występowały inne powody czasowego zamknięcia poradni takie, jak niemożliwość pozyskania lekarza do pracy w poradni.
(akta kontroli str. 456)

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 ustawą z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 864). W dalszej części wystąpienia stosowany jest również skrót „PSZ”.

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 Poziomy systemu zabezpieczeń zostały określone w art. 95l ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, ze zm.).

⁶ W jednej poradni lub oddziale mogą być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej z kilku zakresów świadczeń, stąd suma oddziałów i poradni nie musi być równa liczbie zakresów świadczeń finansowanych w ramach ryczałtu.

Wartość ryczałtu w IV kwartale 2017 roku wynosiła 7.540,3 tys. zł, w dwóch pierwszych kwartałach 2018 roku po 7.908,1 tys. zł, a w trzecim kwartale – 8.115,5 tys. zł⁷. Wykonanie świadczeń wynosiło zaś 7.827,7 tys. zł (104% wartości ryczałtu) w IV kwartale 2017 roku i odpowiednio 8.487,8 tys. zł (107%), 7.674,4 tys. zł (97%) i 7.675,5 tys. zł (95%) w trzech pierwszych kwartałach 2018 roku. Największe wykonanie kontraktu w przypadku oddziałów było na Oddziale Ortopedii i Traumatologii Narządów Ruchu i wynosiło 1.628,4 tys. zł w IV kwartale 2017 roku oraz odpowiednio: 1.771,2 tys. zł, 1.748,8 tys. zł i 1.749,2 tys. zł w trzech pierwszych kwartałach 2018 roku, a w przypadku poradni – w poradni ortopedycznej⁸ – 231,5 tys. zł w IV kwartale 2017 roku oraz 248,1 tys. zł, 254,1 tys. zł i 270,2 tys. zł w kolejnych kwartałach 2018 roku. (akta kontroli str. 266-269)

1.2. Po wprowadzeniu sieci szpitali doszło do zmian w strukturze leczonych pacjentów, udzielonych świadczeń i ich wartości. Analizą objęto profil choroby wewnętrzne⁹ oraz ortopedia i traumatologia narządu ruchu¹⁰ i porównano średnie wartości dla okresów przed wprowadzeniem sieci szpitali oraz średnie dla roku funkcjonowania PSZ.

W profilu choroby wewnętrzne przeciętna liczba pacjentów leczonych kwartalnie na oddziale zmalała z 403 do 362 (o 41 osób, tj. o 10%), wzrosła zaś w analizowanych poradniach z 1.483 do 1.524 (41 osób, tj. o 3%). Średnia liczba świadczeń¹¹ na oddziale spadła z 489 do 419 pobytych (o 14%), a w przypadku poradni nie uległa ona znaczącej zmianie (wzrosła z 1.630 do 1.636 wizyt). Średnia kwartalna wartość świadczeń udzielonych na oddziale, mimo spadku liczby pacjentów i pobytych, wzrosła o 3% (o 39,3 tys. zł), a w przypadku poradni wzrosła o 4% (o 3 tys. zł). Zmianie uległa struktura pacjentów profilu. Mniejszy był średni kwartalny udział pacjentów oddziału po wprowadzeniu sieci szpitali, który wynosił 19,2% wobec 21,4%, względem pacjentów poradni – wzrost z 78,6% na 80,8%. Podobna zmiana nastąpiła w przypadku średniej kwartalnej struktury udzielanych świadczeń (z 23,1% w oddziale i 76,9% w poradni na 20,4% w oddziale i 79,6% w poradni). Po wprowadzeniu sieci szpitali nie uległa zmianie struktura wartości udzielanych świadczeń w stosunku do stanu poprzedniego, która wynosiła 94,7% dla oddziału i 5,3% dla poradni. Do badanego oddziału nie było kolejek oczekujących, natomiast w przypadku poradni dla analizowanych okresów nastąpił spadek o jeden dzień przeciętnego czasu oczekiwania na świadczenia gastroenterologiczne udzielane w trybie pilnym (spadek o 11 dni dla przypadków stabilnych) i spadek o 12 dni na świadczenia w zakresie diabetologii udzielane w trybie pilnym (przy niezmiennym średnim czasie oczekiwania dla przypadków stabilnych). Średnia liczba osób oczekujących do poradni gastroenterologicznej zmniejszyła się z 31 do 15 dla przypadków stabilnych (nie zmieniła się dla pilnych – dwie osoby), a do poradni diabetologicznej z 24 do sześciu dla przypadków stabilnych.

(akta kontroli str. 270-274, 367-375, 497-514)

W profilu ortopedia i traumatologia narządu ruchu przeciętna liczba pacjentów leczonych kwartalnie na oddziale wzrosła z 559 do 671 (o 112 osób, tj. o 20%), zmniejszyła się zaś w poradni z 3.639 do 3.437 (o 202 osoby, tj. o 6%). Średnia liczba świadczeń¹² na oddziale wzrosła z 590 do 689 (o 99 pobytych, tj. o 17%), a w przypadku poradni spadła z 4.580 do 4.499 (o 81 wizyt, tj. o 2%). Średnia kwartalna wartość świadczeń udzielonych na oddziale, mimo wzrostu liczby pacjentów i pobytych, spadła o 22% (o 471,9 tys. zł), a w przypadku poradni nie uległa znaczącej zmianie (wzrosła o 1,1 tys. zł). Zmianie uległa struktura pacjentów profilu. Po wprowadzeniu sieci szpitali większy był przeciętny kwartalny udział pacjentów hospitalizowanych na oddziale, który wynosił 16,3% (wcześniej 13,3%), względem pacjentów poradni – 83,7% (wcześniej 86,7%). Podobna zmiana nastąpiła w przypadku średniej kwartalnej struktury udzielanych świadczeń (z 11,4% w oddziale

⁷ W dalszej części wystąpienia w punkcie 3.1. porównano finansowanie w ramach ryczałtu oraz kontraktu poza ryczałtem.

⁸ Dwa zakresy świadczeń w tej poradni: 02.1580.001.02 świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz 02.1580.101.02 świadczenia zabiegowe w ortopedii i traumatologii narządu ruchu – zakres skojarzony z 02.1580.001.02.

⁹ Zakres 03.4000.030.02 choroby wewnętrzne hospitalizacja (oddział szpitalny) i 02.1050.001.02 świadczenia w zakresie gastroenterologii, 02.1050.401.02 świadczenia w zakresie w zakresie gastroenterologii – świadczenia pierwszorazowe, 02.1020.001.02 świadczenia w zakresie diabetologii, 02.1020.401.02 świadczenia w zakresie diabetologii – świadczenia pierwszorazowe (poradnie specjalistyczne).

¹⁰ Zakres 3.4580.030.02 ortopedia i traumatologia narządu ruchu – hospitalizacja (oddział) i 02.1580.001.02 świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz 02.1580.101.02 świadczenia zabiegowe w ortopedii i traumatologii narządu ruchu – zakres skojarzony z 02.1580.001.02 (poradnia).

¹¹ W przypadku oddziałów szpitalnych – pobytych na oddziale, a w przypadku poradni – wizyt w poradni.

¹² W przypadku oddziałów szpitalnych – pobytych na oddziale, a w przypadku poradni – wizyt w poradni.

i 88,6% w poradni na 13,3% w oddziale i 86,7% w poradni). Zmieniła się również struktura średniej kwartalnej wartości udzielanych świadczeń. Wynosiła ona 87,7% dla oddziału (wcześniej 90,1%) i 12,3% dla poradni (wcześniej 9,9%), mimo wzrostu liczby pacjentów i pobyków średnio kwartalnie na oddziale.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że spadek przeciętnej kwartalnej liczby pacjentów i porad udzielanych w poradni specjalistycznej nastąpił przy jednoczesnym wzroście kolejek oczekujących do poradni ortopedycznej, których przed wprowadzeniem sieci szpitali nie było. Po 1 października 2017 r. średni czas oczekiwania dla analizowanych kwartałów wynosił 20 dni dla przypadków pilnych i 52 dla stabilnych, a przeciętna liczba osób oczekujących wynosiła sześć dla przypadków pilnych i 42 dla stabilnych. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że realizowano pracochłonne i czasochłonne procedury zabiegowe udzielane w poradni. Pociągało to za sobą zwiększenie liczby porad kontrolnych, miało to też wpływ na liczbę udzielonych świadczeń, która pozostała na podobnym poziomie, mimo spadku liczby pacjentów, a konsekwencją tego była konieczność utworzenia kolejek oczekujących na świadczenia pierwszorazowe. Odnosząc się do wzrostu średniej liczby pacjentów na Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Dyrektor stwierdził, że był on spowodowany dużą liczbą pacjentów kierowanych na ten oddział, również z innych placówek. Szpital mógł przyjąć tych pacjentów na świadczenia niewymagające długich pobyków, dzięki temu w tym samym czasie następował wzrost liczby pacjentów i świadczeń im udzielonych.

(akta kontroli str. 270-274, 367-375, 492-513, 515)

Odnosząc się do zmian w funkcjonowaniu ZOZ po wprowadzeniu tzw. sieci szpitali, Dyrektor Szpitala wskazał, że nie zaszyły znaczące zmiany. „NFZ obliczał wartość ryczałtu na poziomie wykonania z 2015 r. Trzymałem się limitów, jakie wcześniej były nałożone na oddziały i poradnie, aby funkcjonował system motywacyjny, niemniej jeśli lekarz może wykonywać ilość świadczeń ponad limit, to nie ma takich wewnętrznych ograniczeń, zostały zniesione. Chciałem, aby oddziały i poradnie nadal miały limity i dążyły do ich wykonania. Nie było sytuacji, aby było nadwykonanie uprzednich limitów i byłaby w związku z tym konieczność „przesuwania” finansowania ryczałtu z jednej poradni na inną lub w podobny sposób na oddziałach. Wykonujemy poziom ryczałtu, udaje nam się, ale coraz trudniej. Mieliśmy ustalone zasady pracy z lekarzami. Lekarze z oddziałów zabiegowych otrzymują udział procentowy w zabiegach finansowanych z NFZ. Przed wprowadzeniem ryczałtu łatwo się tym zarządzało, teraz trochę trudniej, stąd utrzymanie pewnych limitów, co jest elementem systemu motywacyjnego dla lekarzy z tych oddziałów. Dla lekarzy w poradniach też jest ustalony system wynagradzania, uzależniony od poziomu finansowania z NFZ, np. 50% wartości świadczenia. Z tego nie mogę zrezygnować, bo nie byłoby systemu motywacyjnego”.

(akta kontroli str. 488-490)

1.3. Szpital nie udzielał świadczeń kontrolnych pohospitalizacyjnych, ponieważ POW NFZ nie zakontraktował takich świadczeń w umowie¹³. P. O. Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że: „w świetle obowiązujących przepisów świadczenie mogło być realizowane w rodzaju AOS w ramach poradni specjalistycznej pediatrycznej oraz specjalistycznej chorób wewnętrznych, które nie znajdują się w strukturze SP ZOZ w Hajnówce. Podlaski Oddział Wojewódzki NFZ nie ogłaszał też konkursu na ww. świadczenia.” P. O. Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa dodał, że Szpital telefonicznie pytał o kontraktowanie tych świadczeń i został poinformowany, że: „nie było wydanych wytycznych potrzebnych do przeprowadzenia konkursu ofert na te świadczenia”. 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 POW NFZ poinformował, że powodem niezakontraktowania świadczeń kontrolnych pohospitalizacyjnych był „brak dla tych zakresów szczegółowych kryteriów

¹³ 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 sprawozdzać dla innych zakresów.

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. 235-237, 264-265, 275)

1.4. Szpital zapewniał pacjentom świadczenia pohospitalizacyjne i ambulatoryjne, jednak nie wszyscy pacjenci z nich korzystali. W ramach kontroli przeprowadzono badanie dokumentacji medycznej oraz realizację zaleceń tam wskazanych, na próbie 80 losowo wybranych pacjentów Oddziału Chorób Zakaźnych z Izbą Przyjęć i Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej¹⁴.

W przypadku 34¹⁵, spośród wszystkich 80 wypisanych pacjentów, w dokumentacji medycznej wskazano potrzebę wykonania świadczenia pohospitalizacyjnego (w terminie do 30 dni po zakończeniu hospitalizacji), z czego 15¹⁶ świadczeń zostało udzielonych, a 19¹⁷ pacjentów nie zgłosiło się ponownie do Szpitala. Z wydanych przez lekarzy zaleceń wynikało, że kolejnych 25¹⁸ z 80 pacjentów wymagało dalszego leczenia, korzystając z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej innej niż świadczenia pohospitalizacyjne, z czego udzielona ona została przez ZOZ 19¹⁹ pacjentom, natomiast pozostałych sześciu²⁰ nie zgłosiło się na kontynuację leczenia. W przypadku 46²¹ analizowanych pacjentów, według danych z dokumentacji medycznej, nie było potrzeby dalszego leczenia, czy to w ramach świadczeń pohospitalizacyjnych, czy opieki specjalistycznej. Świadczenia rehabilitacyjne zalecone zostały trzem z 80 analizowanych pacjentów, z których dwie osoby otrzymały świadczenia, a jedna nie zgłosiła się ponownie do Szpitala. Nie wystąpiła sytuacja, żeby w dniu przeprowadzania analizy pacjenci byli zapisani na listach oczekujących i nie udzielono im jeszcze świadczeń w AOS lub świadczeń rehabilitacyjnych.

Spośród 40 pacjentów hospitalizowanych na Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, ośmiu stanowili mieszkańcy powiatu hajnowskiego, 17 kolejnych było mieszkańcami innych powiatów województwa podlaskiego, a 15 pochodziło z innych województw²². Miejsce zamieszkania w innym powiecie bądź innym województwie mogło mieć wpływ na kontynuację leczenia w ZOZ, gdyż 20 pacjentów tego oddziału nie zgłosiło się ponownie do Szpitala. W myśl art. 30 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²³, pacjent ma prawo wyboru szpitala spośród tych, które zawarły umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Dyrektor wyjaśnił, że wysoki udział pacjentów z innych powiatów lub województw na Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej wynika jego zdaniem z dobrej jakości świadczonych usług oraz krótszego czasu oczekiwania niż w innych szpitalach.

(akta kontroli str. 276-364)

1.5. Po wprowadzeniu podstawowego systemu zabezpieczenia zdrowotnego liczba odmów przyjęcia do Szpitala w wybranych miesiącach wyniosła: 19 w marcu w 2018 roku oraz 17 we wrześniu 2018 roku²⁴. Była ona niższa niż we wrześniu 2017 roku (24 odmowy), ale wyższa niż w analogicznych miesiącach lat poprzednich (odpowiednio 2, 14, 6, 8, 13 odmów). Nie można zatem wskazać wyraźnego trendu. Żadna odmowa nie była związana z brakiem miejsc w Szpitalu. Powodem odmów przyjęć były: odmowa hospitalizacji przez pacjenta, brak możliwości hospitalizacji ze strony szpitala (brak odpowiedniego oddziału lub za niski stopień referencyjny), brak wskazań do hospitalizacji. Zdaniem Dyrektora

¹⁴ Pacjenci wypisani z Oddziału Chorób Zakaźnych z Izbą Przyjęć w miesiącach: listopad 2017 roku (20 z 49) i kwiecień 2018 roku (20 z 49) oraz Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w miesiącach: listopad 2017 roku (20 z 251) oraz kwiecień 2018 roku (20 z 217).

¹⁵ 30 z Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i czterech z Oddziału Chorób Zakaźnych.

¹⁶ 11 z Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i czterech z Oddziału Chorób Zakaźnych.

¹⁷ Pacjenci z Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej.

¹⁸ 10 z Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i 15 z Oddziału Chorób Zakaźnych.

¹⁹ Dziewięciu z Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i 10 z Oddziału Chorób Zakaźnych.

²⁰ Jeden z Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i sześciu z Oddziału Chorób Zakaźnych.

²¹ 10 z Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i 36 z Oddziału Chorób Zakaźnych.

²² W przypadku Oddziału Chorób Zakaźnych było to dwóch pacjentów: jeden z innego powiatu województwa podlaskiego i jeden z innego województwa.

²³ Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, ze zm. Ustawa zwana dalej: ustawą o świadczeniach.

²⁴ Przed wprowadzeniem PSZ w wybranych miesiącach wyniosła ona odpowiednio: dwie i 12 w marcu i wrześniu 2015 roku, sześć i osiem w marcu i wrześniu 2016 roku oraz 13 i 24 w marcu i wrześniu 2017 roku (wprowadzenie PSZ nie wpłynęło na liczbę odmów przyjęcia do Szpitala).

Szpitala wahania w liczbie odmów przyjęć są wynikiem przypadku i w żaden sposób nie są związane z utworzeniem sieci szpitali. (akta kontroli str. 365-366, 488-490)

1.6. W latach 2015 – 2018 (do 30 września) liczba oczekujących i średni czas oczekiwania na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej, finansowane w ramach ryczałtu PSZ ulegały ciągłym wahaniom, bez wyraźnego trendu.

- W poradni rehabilitacyjnej w okresie funkcjonowania sieci szpitali (od IV kwartału 2017 roku do III kwartału 2018 roku²⁵) średni czas oczekiwania wzrósł z 35 do 57 dni dla przypadków pilnych (wcześniej, w IV kwartale 2016 roku wynosił 53 dni), a dla przypadków stabilnych wzrósł z 89 do 128 (podczas gdy wcześniej wynosił nawet 170 dni w II kwartale 2016 roku). Liczba oczekujących spadła zaś z 17 do 12 dla przypadków pilnych i ze 104 do 72 dla przypadków stabilnych. W okresie funkcjonowania sieci szpitali pierwszym wolnym terminem na udzielenie świadczenia był dzień odległy od 40 do 61 dni dla przypadków pilnych i od 100 do 115 dla przypadków stabilnych²⁶, a przed utworzeniem sieci szpitali – o 61 dni w II kwartale 2016 roku dla przypadków pilnych i 168 dni w IV kwartale 2015 roku dla przypadków stabilnych.
- W poradni endokrynologicznej średni czas oczekiwania dla przypadków pilnych wzrósł ze 151 dni w IV kwartale 2017 roku do 171 w III kwartale 2018 roku, a w IV kwartale 2015 roku wynosił nawet 210 dni. Dla przypadków stabilnych w analogicznym okresie średni czas oczekiwania skrócił się zaś z 351 do 336 dni. Liczba oczekujących zmniejszyła się dla przypadków pilnych z 43 do 27 (wobec 142 w II kwartale 2016 roku), a dla przypadków stabilnych ze 131 do 95 (w IV kwartale 2015 roku wynosiła 164 osoby). W okresie funkcjonowania sieci szpitali pierwszym wolnym terminem na udzielenie świadczenia był dzień odległy od 164 do 172 dni dla przypadków pilnych i od 382 do 311 (zmniejszenie) dla przypadków stabilnych, a przed utworzeniem sieci szpitali – o 164 dni w IV kwartale 2016 roku dla przypadków pilnych i 348 dni w II kwartale 2017 roku dla przypadków stabilnych.
- W poradni kardiologicznej średni czas oczekiwania dla przypadków pilnych wydłużył się z sześciu do 20 dni, podczas gdy wcześniej, w II kwartale 2015 roku wynosił 29 dni, a dla przypadków stabilnych wzrósł z 26 do 99, chociaż wcześniej, w IV kwartale 2016 roku wynosił nawet 232 dni. Liczba osób oczekujących wzrosła z zera do siedmiu dla przypadków pilnych (w II kwartale 2016 roku wynosiła 22 osoby) i z 23 do 44 dla przypadków stabilnych (w II kwartale 2016 roku wynosiła nawet 220 osób). W okresie funkcjonowania sieci szpitali pierwszym wolnym terminem na udzielenie świadczenia był dzień odległy od dwóch do 44 dni dla przypadków pilnych i od 36 do 94 dla przypadków stabilnych, a przed utworzeniem sieci szpitali – o 32 dni w IV kwartale 2015 roku dla przypadków pilnych i 193 dni w II kwartale 2016 roku dla przypadków stabilnych.

Kolejek oczekujących nie było do poradni: alergologicznej, ortopedycznej dla dzieci, reumatologicznej, onkologicznej, dermatologicznej, preluksacyjnej, chirurgii onkologicznej, chorób płuc, położniczo-ginekologicznej, neonatologicznej. (akta kontroli str. 367-375)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: „pacjent analizuje kolejki, sprawdza najbliższe wolne terminy w województwie i nie stanowi już mu problemu dojechać do lekarza, gdzie może być obsłużony szybciej. Mamy pacjentów z różnych powiatów, nawet z innych województw. Powoduje to z kolei w perspektywie czasu zwiększanie kolejek (w Szpitalu – przyp. NIK), dłuższy czas oczekiwania na świadczenia”. (akta kontroli str. 488-490)

1.7. Poradnia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej funkcjonowała w ZOZ od 1 sierpnia 2011 r. W regulaminie organizacyjnym wskazano, że pacjent mógł korzystać ze świadczeń medycznych w tej poradni, zgłaszając się osobiście lub kontaktując telefonicznie w przypadku nagłego zachorowania lub pogorszenia stanu zdrowia. Godziny pracy poradni były ustalone poza godzinami pracy poradni lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej w dni robocze, tj. od 18:00 do 8:00 następnego dnia, a w dni wolne od pracy od godziny 8:00 do 8:00 następnego dnia. Takie zorganizowanie czasu pracy poradni zapewniało jej

²⁵ Dane na ostatni dzień analizowanego okresu.

²⁶ Obliczone jako różnica ostatniego dnia kwartału, w którym sprawozdano świadczenia, do dnia wskazanego jako pierwszy wolny termin w raporcie przekazanym POW NFZ.

właściwą dostępność i było zgodne 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 zdrowotnej²⁷. Szpital realizował świadczenia w Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej bez pośrednictwa podwykonawcy. Personelem poradni byli lekarze i pielęgniarki wykonujący swoje obowiązki również w innych komórkach Szpitala oraz pracownicy wykonujący swoje obowiązki wyłącznie w tej poradni. Miejsce udzielania świadczeń zorganizowane było na parterze budynku Szpitala w pobliżu wejścia głównego, a do właściwego gabinetu prowadziło dodatkowe oznakowanie²⁸.

(akta kontroli str. 28-29, 145-162)

1.8. Liczba sprawozdanych świadczeń NŚOZ w postaci porad lekarskich udzielanych w poszczególnych latach 2015 – 2018 (do 30 września) na właściwym obszarze zabezpieczenia systematycznie rosła i wyniosła 6.457, 6.710 i 7.228 w pełnych zakończonych latach i 5.255 w trzech pierwszych kwartałach 2018 roku. W podziale na rodzaj porady przedstawiała się ona w sposób następujący:

- porady udzielone ambulatoryjnie: 5.777, 6.117, 6.575 w pełnych zakończonych latach i 4.808 w trzech kwartałach 2018 roku,
- porady udzielone w trybie wyjazdowym: 629, 493, 556 w pełnych zakończonych latach i 409 w trzech kwartałach 2018 roku,
- porady udzielone telefonicznie: 51, 100, 97 w pełnych zakończonych latach i 38 w trzech kwartałach 2018 roku.

Z kolei liczba udzielonych wizyt pielęgniarskich wynosiła analogicznie: 4.240, 4.264, 4.001 i 2.680 dla ambulatoryjnych i 271, 292, 609, 251 udzielonych w trybie wyjazdowym.

Po wprowadzeniu tzw. sieci szpitali zmienił się tzw. obszar kontraktowania, tj. obszar, dla którego POW NFZ zawarł kontrakt na NŚOZ – od 1 października 2017 r. obejmował on cały powiat hajnowski, a wcześniej nie obejmował gminy Czyże w tym powiecie.

Analiza trzech pierwszych kwartałów lat 2017 i 2018 wykazała, że nastąpił spadek o 10% liczby ambulatoryjnych wizyt pielęgniarskich i o 53% wizyt pielęgniarskich w trybie wyjazdowym. Analiza grafików pielęgniarek NŚOZ wykazała, że czas ich pracy nie był zgodny z wykazanym POW NFZ na portalu SZOI²⁹, tj. będącym podstawą do sporządzenia aneksu do umowy. Będzie o tym mowa w dalszej części wystąpienia, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Podobne ustalenia były wynikiem kontroli POW NFZ w 2016 roku³⁰. Nie stwierdzono zaniechania sprawozdawania porad pielęgniarskich do POW NFZ.

(akta kontroli str. 376-422, 491)

Odnosząc się do przyczyny zmniejszenia liczby porad pielęgniarskich ambulatoryjnych, Dyrektor wyjaśnił, że wcześniej zatrudniał w tej poradni większość lekarzy z Białegostoku, którzy zlecali dodatkowe czynności personelowi pielęgniarskiemu, których z zasady nie wykonuje się w NŚOZ³¹. *„Odkąd większość lekarzy w NŚOZ to lekarze lokalni, pracujący w POZ, nie zlecają takich czynności i spadła ilość czynności pielęgniarskich. Lekarze znając stan zdrowia pacjentów, nie zlecali takich czynności, jakie wcześniej zlecane były przez innych lekarzy”*.

(akta kontroli str. 488-490)

1.9. Według danych POW NFZ za lata 2015 – 2018 (II kwartał) liczba pacjentów w I kategorii stanu zdrowia³² na SOR wynosiła od 79 w IV kwartale 2015 roku do 287 w II kwartale 2015 roku i wynosiła średnio 174 w okresie obowiązywania sieci szpitali oraz 173 przed tym okresem. Liczba procedur udzielonych tym pacjentom wahała się między

²⁷ Dz. U. z 2016 r. poz. 86, ze zm. Załącznik w brzmieniu obowiązującym od 1 października 2017 r. Rozporządzenie zwane dalej: rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych POZ.

²⁸ Było to miejsce tymczasowe na czas remontu SOR i bloku operacyjnego, gdzie poradnia funkcjonowała przed rozpoczęciem prac remontowych.

²⁹ System Zarządzania Obiegiem Informacji, służący do komunikacji pomiędzy podmiotami leczniczymi i oddziałami wojewódzkimi NFZ, m.in. do aktualizacji sprzętu, listy podwykonawców i sprawozdawania wykonanych świadczeń.

³⁰ Zaleceniem z tej kontroli było zorganizowanie pracy personelu medycznego w tej poradni zgodnie z wymaganiami stawianymi w części I załącznika nr 5 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych POZ.

³¹ Np. iniekcje leków.

³² Pacjent zakwalifikowany do kategorii I stanu zdrowia na SOR, to tzw. chory „niebieski” (POZ). Udziela się mu następujących świadczeń (procedur medycznych): opieka pielęgniarska, 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.

	1.624 (50% ogółu procedur w SOR) w I kwartale 2015 roku a 3.525 (44% ogółu procedur w SOR) w III kwartale 2017 roku i wynosiła średnio 3.084 w okresie obowiązywania sieci szpitali. (akta kontroli str. 241)
Stwierdzone nieprawidłowości	W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość, polegającą na wykazaniu na portalu SZOI personelu pielęgniarskiego NŚOZ i godziny jego pracy niezgodnych z faktycznymi grafikami pracy tego personelu. Od stycznia do września 2018 roku z wymienionych na SZOI 21 osób – 11 nie było ujętych w grafiku pracy poradni NŚOZ, a wśród pozostałych 10 – tylko trzy osoby osiągały średniotygodniową liczbę godzin pracy zgodną z wykazaną na SZOI. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: „NŚOZ przed remontem zlokalizowany był przy SOR. Jeden zespół osobowy miał za zadanie obsługę obu tych zakresów świadczeń. Osoby w grafikach NŚOZ dodatkowo są zatrudnione na umowach cywilno-prawnych i realizują świadczenia w tej poradni. Trudno jest spełnić wymogi NFZ odnośnie składu personelu w tej poradni, dlatego stosowaliśmy takie rozwiązanie”. (akta kontroli str. 376-422, 488-491)
OCENA CZĄSTKOWA	Pacjentom zapewniono kompleksowe świadczenia ambulatoryjne, szpitalne i rehabilitacyjne, chociaż nie każdy z pacjentów z nich korzystał. Świadczenia były realizowane w wielkościach zbliżonych do zakontraktowanych. Analizowane wskaźniki związane z czasem oczekiwania w kolejce i liczbą pacjentów oczekujących podlegały w analizowanych latach ciągłym wahaniom, zatem ich zmian nie można wprost łączyć z utworzeniem sieci szpitali. NIK zwraca jednak uwagę na potrzebę szczegółowej analizy świadczeń udzielanych w profilu ortopedia i traumatologia narządu ruchu, gdzie wraz ze spadkiem średniej kwartalnej liczby pacjentów i świadczeń w poradni utworzyły się kolejki oczekujących.
OBSZAR	2. Zmiany w organizacji wewnętrznej szpitali oraz w alokacji zasobów
Opis stanu faktycznego	2.1. W dniu wprowadzania sieci szpitali w ZOZ funkcjonowały poradnie specjalistyczne, odpowiadające każdemu z realizowanych profili sieci szpitali. Nie było potrzeby uruchamiania nowych. Nie zlikwidowano poradni w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz oddziałów szpitalnych. POW NFZ nie ogłosił konkursu na poradnie: chorób wewnętrznych i pediatrii – o czym była mowa w punkcie 1.3 wystąpienia, stąd takie poradnie nie funkcjonowały w Szpitalu. (akta kontroli str. 8-162) 2.2. W związku z wprowadzeniem PSZ w Szpitalu nie zmienił się zakres udzielanych świadczeń, jak również nie uległa zmianie struktura organizacyjna. Oddziały rehabilitacyjne³³ i psychiatryczny – niewłączone do systemu PSZ – nadal funkcjonowały w oparciu o umowę z POW NFZ, zachowując poziom finansowania zbliżony do poprzednich okresów, przed wprowadzeniem sieci szpitali. (akta kontroli str. 8-162) 2.3. Po 1 października 2017 r. Szpital nie utracił trwałości inwestycji, jakie zostały przeprowadzone przez ZOZ w latach 2015 – 2017 (do 30 września) oraz przez rok funkcjonowania sieci szpitali. Zamknięte pojedyncze gabinety (lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Wiejskim Ośrodku Zdrowia w Lewkowie Starym oraz Profilaktyki Zdrowotnej i Pomocy Przedlekarskiej w Zespole Szkolno-Przedszkolnym Gimnazjum Publicznym w Czeremsze) przestały funkcjonować odpowiednio 29 lutego 2016 r. i 1 października 2017 r. Nie były one wyposażone w wysokocenny sprzęt medyczny, ani nie były w nich przeprowadzane prace remontowe. (akta kontroli str. 145-162, 425-428) 2.4. Po 1 października 2017 r. Szpital nie zlikwidował poradni specjalistycznych lub oddziałów. Nie było zatem potrzeby informowania pacjentów o zakończeniu działalności profilu w celu zapisania się pacjentów na liście oczekujących do danej poradni w innym podmiocie leczniczym³⁴. (akta kontroli str. 145-162) 2.5. Po utworzeniu sieci szpitali w ZOZ nie dokonano zmian organizacji pracy poradni i oddziałów, ani struktury zatrudnienia. Kierownicy komórek organizacyjnych Szpitala wskazali, że utworzenie tzw. sieci szpitali nie miało wpływu na zmianę organizacji pracy

³³ Kardiologiczna, neurologiczna i ogólnoustrojowa.

³⁴ Zgodnie z art. 20 ust. 10c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, świadczeniodawca który zakończył wykonywanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jest obowiązany wydać świadczeniobiorcy zaświadczenie o wpisaniu na listę oczekujących wraz z podaniem daty zgłoszenia się świadczeniobiorcy.

oraz struktury zatrudnienia. Pozytywnie o zmianie systemu finansowania wypowiedział się Koordynator Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, który stwierdził, że: „zwiększył się znacznie limit punktowy, będący podstawą do wykonywani świadczeń, gwarantujący tym samym stabilność finansowania w znacznie większym wymiarze”.

Koordynator Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii wskazał, że: „po wprowadzeniu sieci szpitali świadczenia w OIT zostały włączone do ryczału szpitala, co w przypadku tak wyspospecjalistycznych i kosztochłonnych procedur jest ryzykowne i może prowadzić do pewnych ograniczeń ich stosowania związanych z ograniczaniem kosztów”. Natomiast Koordynator Oddziału Ginekologiczno-Położniczego zauważył, że: „podstawowy problem, związany z bardzo niską wyceną świadczeń udzielanych w szpitalach i stopnia referencyjności w oddziałach o profilu ginekologiczno-położniczym, pozostał niezmieniony”. Pięciu z 19 kierowników komórek organizacyjnych szpitala wskazało, że najpoważniejszym problemem jest niedobór kadry wśród pielęgniarek i lekarzy, co w przyszłości może powodować istotne problemy w funkcjonowaniu tych komórek. Naczelnia Pielęgniarka dodała, że problemy Szpitala mają swoje źródło w zasłłościach systemowych i utworzenie sieci szpitali nie będzie miało wpływu na ich rozwiązanie. (akta kontroli str. 242-263)

Liczba personelu medycznego wyniosła w 2015 roku – 108 lekarzy, 200 pielęgniarek i 68 osób zatrudnionych na pozostałych stanowiskach, w 2016 roku – 106 lekarzy, 201 pielęgniarek i 73 osoby zatrudnione na pozostałych stanowiskach, w 2017 roku – 107 lekarzy, 200 pielęgniarek i 75 osób zatrudnionych na pozostałych stanowiskach, a na koniec III kwartału 2018 roku – 102 lekarzy, 208 pielęgniarek oraz 79 osób zatrudnionych na pozostałych stanowiskach. (akta kontroli str. 442-452)

Jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala, zmiany w liczbie zatrudnionych lekarzy i pielęgniarek wynikały z „trudności w zatrudnianiu lekarzy specjalistów, np. pediatrów, chorób zakaźnych, chorób płuc, podstawowej opieki zdrowotnej. Większość dziedzin jest deficytowa. Dodatkowo na brak lekarzy wpływają zapisy ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, które zobowiązują do nieudzielania odpłatnie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach całonocowych lub całodziennych u innego świadczeniodawcy realizującego umowę z NFZ (...). Na oddziałach zabiegowych, gdzie dodatkowo prowadzimy specjalizacje, nie mamy z kolei problemu z doбором kadry. Pielęgniarki są zaawansowane wiekowo, część emerytów pomimo nabycia praw emerytalnych, nadal pozostaje pracownikami, ale może w każdej chwili brakować personelu pielęgniarskiego i jest to większe zagrożenie dla szpitala niż brak lekarzy. Średnia wieku pielęgniarek to ok. 53 lata, lekarzy 51 lat”. (akta kontroli str. 488-490)

2.6. W latach 2015 – 2018 nie zmieniła się liczba łózek na poszczególnych oddziałach szpitalnych, z wyjątkiem Oddziału Chorób Wewnętrznych A, gdzie w 2016 roku liczba łózek spadła z 26 do 19, co pośrednio związane było z wydzieleniem z niego Oddziału Rehabilitacji Kardiologicznej. Na pozostałych oddziałach liczba łózek we wskazanych latach wynosiła: 28 na Oddziale Chorób Wewnętrznych B, 34 na Oddziale Chirurgii Laparoskopowej i Klasycznej, 28 na Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, 24 na Oddziale Gruźlicy i Chorób Płuc, 23 na Oddziale Obserwacyjno-Zakaźnym, 20 na Oddziale Pediatrycznym, cztery na Oddziale Intensywnej Terapii, siedem na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, 19 na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym oraz 10 na oddziale dla noworodków, 20 na Oddziale Rehabilitacji Kardiologicznej, 20 na Oddziale Rehabilitacji Ogólnoustrojowej i 26 na Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej. Na oddziale Rehabilitacji Ogólnoustrojowej liczba łózek wzrosła z 19 do 24 w 2016 roku.

Średni czas hospitalizacji, średnie wykorzystanie łózek szpitalnych oraz wskaźnik przeletowości³⁵ również nie uległ istotnym zmianom w objętym badaniem okresie trzech pierwszych kwartałów lat 2015 – 2018.

Średni czas hospitalizacji na oddziałach zachowawczych³⁶ wynosił 6,8 dnia, na oddziałach zabiegowych³⁷ – 3,6 dnia. Na oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii średni czas

³⁵ Określa ilu chorych korzystało kolejno z jednego łózka szpitalnego: iloraz liczby hospitalizowanych i liczby posiadanych łózek. Wskaźnik wykorzystywany jest do oceny szybkości leczenia.

³⁶ Oddziały: Chorób Wewnętrznych, Gruźlicy i Chorób Płuc, Obserwacyjno-Zakaźny i Pediatryczny.

³⁷ Oddziały: Chirurgii Laparoskopowej i Klasycznej i Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej.

hospitalizacji wynosił zaś 15,5 dnia. Nie stwierdzono istotnej zmiany w długości hospitalizacji po utworzeniu sieci szpitali.

Wskaźnik średniego wykorzystania łóżek³⁸ różnił się w zależności od oddziału. Najniższy był na Oddziale Noworodkowym (27,1%), Pediatrycznym (39,7%) i Ginekologiczno-Położniczym (43,2%), najwyższy na Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej (78,2%), Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Nefrologicznym (76,6%) i Anestezjologii i Intensywnej Terapii (71,8%). Po utworzeniu sieci szpitali najbardziej zmienił się ten wskaźnik dla Szpitalnego Oddziału Ratunkowego – na 37% w pierwszych trzech kwartałach 2018 roku, wobec średniej z tego samego przedziału lat 2015 – 2017 wynoszącej 67,9%. Spadek wskaźnika nastąpił też na Oddziale Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Nefrologicznym – na 63,4% w pierwszych trzech kwartałach 2018 roku, przy średniej 81% w poprzednich okresach. Zmianie uległa tam struktura udzielanych świadczeń. Nastąpił bowiem wzrost świadczeń udzielanych ambulatoryjnie, o czym była mowa w punkcie 1.2. wystąpienia. 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 zakaźnych³⁹.

W pierwszych trzech kwartałach 2018 roku wskaźnik przelotowości na większości oddziałów nie uległ istotnym zmianom w porównaniu z poprzednimi latami i wahał się od 21,63 na Oddziale Gruźlicy i Chorób Płuc (wartość najniższa) do 87,18 na Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej (wartość największa). Największy spadek wskaźnika przelotowości wystąpił na SOR (ze 169,57 w 2015 roku do 108,86 w 2018 roku), a największy wzrost – na Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej (z 60,75 w 2015 roku do 87,18 w 2018 roku). (akta kontroli str. 457-459)

2.7. Do Szpitala, podmiotu założycielskiego oraz do POW NFZ nie wpływały skargi pacjentów związane ze zmianami organizacyjnymi, jakie wynikły z reorganizacji systemu opieki zdrowotnej po wprowadzeniu tzw. sieci szpitali. (akta kontroli str. 233, 453-455)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Wprowadzenie ryczałtowego finansowania Szpitala nie spowodowało znaczących zmian w organizacji wewnętrznej. Szpital 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 odrębnie (nie w ramach ryczałtu). Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na niski wskaźnik średniego wykorzystania łóżek, niższy niż rekomendowany w literaturze fachowej.

OBSZAR

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

Opis stanu
faktycznego

3.1. Wartość zawartych z POW NFZ umów ogółem (bez ugód) w latach 2015 – 2018 (po ostatnim aneksie) systematycznie rosła i wyniosła odpowiednio: 53.998,6 tys. zł, 56.461,4 tys. zł, 61.244,4 tys. zł oraz 66.416,5 tys. zł. Analizując tylko zakresy świadczeń, które finansowane były w ramach ryczałtu, to wartość umów na przestrzeni lat była na zbliżonym poziomie i wynosiła 32.337,3 tys. w 2015 roku, 32.707,6 tys. zł w 2016 roku, 29.365,7 tys. zł w 2017 roku oraz 31.632,5 tys. zł w 2018 roku. Systematycznie zaś rosła wartość umów dla zakresów świadczeń finansowanych poza ryczałtem, z 21.661,3 tys. zł w 2015 roku do 34.784 tys. zł w 2018 roku. (akta kontroli str. 460)

3.2. Przychody z POW NFZ nie pozwalały na pokrycie kosztów działalności leczniczej Szpitala. Wynik na działalności leczniczej liczony dla pierwszych trzech kwartałów z lat 2015 – 2018 był ujemny i wynosił odpowiednio -2.665,5 tys. zł, -1.764,9 tys. zł, -54,5 tys. zł i -676,3 tys. zł. Dla pełnych lat 2015 – 2017 wynik na działalności leczniczej wynosił zaś

³⁸ Wskaźnik ten obliczany jest jako iloczyn sumy osobodni i liczby łóżek, dzielony na liczbę dni kalendarzowych w badanym okresie.

³⁹ „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).

odpowiednio -1.437,9 tys. zł, -403,4 tys. zł i -710,6 tys. zł. Pomimo tego, Szpital osiągał zysk. Dla pierwszych trzech kwartałów z lat 2015 – 2018 wynosił on kolejno 819,7 tys. zł, 713,6 tys. zł, 2.594 tys. zł i 1.646,7 tys. zł, a dla pełnych lat 2015 – 2017 odpowiednio 1.571 tys. zł, 2.200,7 tys. zł i 2.687,6 tys. zł. Zysk ten wypracowany był pozostałą działalnością, poprzez inne przychody operacyjne oraz sprzedaż towarów i materiałów, sprzedaż usług gastronomicznych, wynajem pomieszczeń.

Zobowiązania długoterminowe, wynoszące 800 tys. zł na koniec trzeciego kwartału oraz na koniec 2015 roku, spadły do 200 tys. zł w roku 2016, a w kolejnych analizowanych okresach już nie występowały. Zobowiązania krótkoterminowe wahały się od 4.260 tys. zł na koniec trzeciego kwartału 2015 roku do 5.064 tys. zł na koniec trzeciego kwartału 2018 roku. W Szpitalu nie występowały zobowiązania wymagalne.

(akta kontroli str. 461-464, 470-480)

3.3. Wprowadzenie systemu PSZ nie spowodowało w Szpitalu konieczności przeprowadzenia dodatkowych inwestycji. Dyrektor wyjaśnił, że w przypadku ogłoszenia przez POW NFZ konkursu na świadczenia kontrolne pohospitalizacyjne (02.9000.001.02 świadczenia w zakresie chorób wewnętrznych i 02.9001.001.02 świadczenia w zakresie pediatrii), najpierw musiałby ustalić z lekarzami internistami i pediatrami, „czy w tym składzie osobowym podołalibyśmy w ich prowadzeniu, czy wymagane byłoby uzupełnienie lekarzy o tych pracujących w innych szpitalach. Odnosnie warunków lokalowych – moim zdaniem z tym nie byłoby problemu, bez przeprowadzania dodatkowych, nieplanowanych remontów”.

(akta kontroli str. 488-490)

3.4. Szpital uzyskał wysoką ocenę punktową dla wskaźników ekonomiczno-finansowych, 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 zdrowotnej⁴⁰. Suma punktów przypisanych do wartości poszczególnych wskaźników, jakie zostały ujęte w powyższym rozporządzeniu, liczona dla pierwszych trzech kwartałów analizowanych lat 2015 – 2018, wynosiła odpowiednio 62, 57, 62 i 60 pkt z maksymalnych do uzyskania 70 pkt. Dla pełnych lat 2015 – 2017 suma punktów wynosiła odpowiednio 66, 62 i 63.

Wskaźniki zyskowności⁴¹, liczone dla trzech pierwszych kwartałów z lat 2015 – 2018, wykazywały tendencję rosnącą, z oceną w wysokości odpowiednio 9, 9, 14 i 11 pkt. Dla pełnych lat 2015 – 2017 tendencja była utrzymana na zbliżonym poziomie 12, 13 i 13 pkt – z maksymalnych do uzyskania 15 pkt.

Wartość punktowa wskaźników płynności⁴² dla pierwszych trzech kwartałów i pełnego roku 2015 wynosiła 25 – co było wynikiem maksymalnym, a w kolejnych analizowanych okresach⁴³ wynosiła 20 pkt.

Wskaźniki efektywności⁴⁴ liczone dla trzech pierwszych kwartałów z lat 2015 – 2017, zgodnie z ww. rozporządzeniem, uzyskały 8 pkt, a po trzech kwartałach 2018 roku – 9 pkt. Dla pełnych lat 2015 – 2017 wynosiły zaś odpowiednio 9, 9 i 10 pkt – z maksymalnych do uzyskania 10 pkt.

Wartość punktowa wskaźników zadłużenia⁴⁵, zarówno dla trzech pierwszych kwartałów lat 2015 – 2018, jak też pełnych lat 2015 – 2017, wynosiła 20 pkt, co było wynikiem maksymalnym dla tej kategorii wskaźników.

(akta kontroli str. 465-469)

⁴⁰ Dz. U. poz. 832.

⁴¹ Elementami są wskaźniki zyskowności: netto, działalności operacyjnej i aktywów. Określają zdolność podmiotu do generowania zysków, a zatem ekonomiczną efektywność działalności.

⁴² Elementami są wskaźniki: bieżącej płynności i szybkiej płynności. Określają zdolności podmiotu do regulowania zaciągniętych zobowiązań krótkoterminowych.

⁴³ Pierwsze trzy kwartały lat 2016 – 2018 i pełne lata 2016 – 2017.

⁴⁴ 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.

⁴⁵ 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.

3.5. Po komunikacji 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 akredytacyjnego, 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 nastąpiło zwiększenie ryczałtu o 414,9 tys. zł. Szpital nie podejmował innych działań w celu uzyskania wyższego ryczałtu na udzielanie świadczeń w ramach PSZ. (akta kontroli str. 266-269, 481-487)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Pomimo, że wartość umów z Podlaskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ systematycznie rosła, to poziom finansowania świadczeń nie pozwalał na wypracowanie zysku z działalności leczniczej. Szpital corocznie osiągał jednak zysk, kompensując straty na działalności leczniczej, pozostałą działalnością i posiadał wysokie wskaźniki ekonomiczno-finansowe.

Wnioski

IV. Wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, wnioskuje o zapewnienie spójności danych o średniotygodniowych godzinach pracy personelu pielęgniarskiego w poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej przesyłanych Podlaskiemu Oddziałowi Wojewódzkiemu NFZ na portalu SZOI z grafikami pracy tej poradni.

V. 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.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

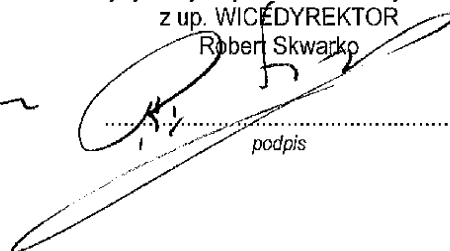
W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Białystok, 3 grudnia 2018 r.

Kontroler:
Wojciech Zambrzycki
starszy inspektor k. p.


podpis

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


podpis