



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Białymstoku

LBI.410.024.05.2018



07133118

Pan Cezary Ireneusz Nowosielski
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki
Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zespolony
im. J. Śniadeckiego w Białymstoku
ul. M. Curie-Skłodowskiej 26
15-950 Białystok

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 Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku (dalej: „WSZ” lub „Szpital”), ul. M. Curie-Skłodowskiej 26, 15-950 Białystok
Kierownik jednostki kontrolowanej	Cezary Ireneusz Nowosielski – dyrektor od 1 sierpnia 2015 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełniła Urszula Łapińska – dyrektor, od 26 kwietnia 2011 r. do 31 lipca 2015 r. (akta kontroli str. 5-6)
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, 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. Władysław Radgowski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBI/157/2018 z 5 listopada 2018 r. 2. Robert Sieńko, inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBI/149/2018 z 16 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

Utworzenie tzw. sieci szpitali³, zmieniające zasady finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, nie wpłynęło w znaczący sposób na funkcjonowanie WSZ, w tym na poprawę sytuacji ekonomicznej. Pacjentom zapewniono możliwość uzyskania kompleksowych świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych w ramach poradni i oddziałów działających w kontrolowanej jednostce. Pozytywnie ocenić należy zarówno sposób postępowania z pacjentami wymagającymi świadczeń pohospitalizacyjnych, chociaż nie każdy z nich korzystał, jak i prawidłowe oraz terminowe zorganizowanie udzielania świadczeń z zakresu Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej (NiŚOZ).

NIK zwraca jednak uwagę, że WSZ w związku z brakiem Poradni Rehabilitacyjnej i poradni specjalistycznych odpowiadających profilom: endokrynologia, reumatologia oraz anestezjologia i intensywna terapia nie mógł zapewnić udzielania kompleksowych świadczeń z zakresu rehabilitacji i wskazanych profili zabezpieczenia. Poza tym na niektórych oddziałach szpitalnych wskaźnik średniego wykorzystania łóżek był niższy niż rekomendowany w literaturze fachowej. Negatywnie NIK ocenia pogorszenie się dostępności do znacznej części świadczeń zdrowotnych. Jako nieprawidłowe należy również ocenić wykorzystanie niezgodnie z przeznaczeniem ambulansu zakupionego ze środków dotacji celowej otrzymanej z budżetu Samorządu Województwa Podlaskiego, który miał służyć do obsługi świadczeń udzielanych w ramach NiŚOZ, a faktycznie był wykorzystywany do transportu sanitarnego.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej⁴ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Realizacja świadczeń ambulatoryjnych, szpitalnych i rehabilitacyjnych

Opis stanu faktycznego

1.1. Umowa dotycząca podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, pomiędzy WSZ a Narodowym Funduszem Zdrowia – Podlaskim Oddziałem Wojewódzkim⁵ w Białymstoku została zawarta na okres od 1 października 2017 r. do 30 czerwca 2021 r. Zgodnie jej z postanowieniami finansowaniem w ramach ryczałtu PSZ objęto 16 profili oraz 58⁶ (57 w IV kwartale 2017 r.) zakresów świadczeń opieki zdrowotnej⁷. Kwoty zobowiązań OW NFZ z tytułu realizacji przedmiotowej umowy ustalono na poziomie: 31.512,3 tys. zł w okresie od 1 października do 31 grudnia 2017 r., 61.498,5 tys. zł od 1 stycznia do 30 czerwca 2018 r. oraz 64.549,9 tys. zł od 1 lipca do 31 grudnia 2018 r.⁸, w tym ryczałt PSZ: 17.081,3 tys. zł w IV kwartale 2017 roku, 37.418,1 tys. zł w I półroczu 2018 roku i 38.033,3 tys. zł. w II półroczu 2018 roku oraz zakresy świadczeń finansowane oddzielnie odpowiednio: 14.430,9 tys. zł, 24.080,4 tys. zł i 26.516,6 tys. zł. W zakończonych okresach rozliczeniowych WSZ wykonał świadczenia w stopniu pozwalającym na niezmniejszenie kwoty ryczałtu PSZ w kolejnych okresach. Wartość świadczeń finansowanych z ryczałtu w zakończonych okresach rozliczeniowych wyniosła 19.143,7 tys. zł w IV kwartale 2017 roku oraz 37.277,2 tys. zł w I półroczu 2018 roku, co stanowiło odpowiednio 112,1% i 99,6% ryczałtu. Poziom wykonania świadczeń w pierwszym okresie rozliczeniowym przewyższył kwotę ryczałtu o 12,1%. Przyczyną nadwykonania ryczałtu PSZ na tym

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

³ Ocenę częściową to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena częściowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

⁴ Dalej: OW NFZ.

⁵ Od I kwartału 2018 roku w planie rzeczowo-finansowym dodano „choroby wewnętrzne – hospitalizacja” kod 03.4000.030.02, realizowane na Oddziale Kardiologii i Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Kardiologii Inwazyjnej.

⁶ Świadczenia realizowane przez Szpital w profilach systemu zabezpieczenia objętych ryczałtem.

⁷ Kwota zobowiązania podana w planie rzeczowo-finansowym stanowiącym załącznik do aneksu nr 35 do umowy Nr 10-00-00087-17-48-03/08 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne – świadczenia podstawowego szpitalnego systemu zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), zawartego 26 października 2018 r.

poziomie według Dyrektora WSZ było ustalenie jego wysokości na podstawie realizacji umów z 2015 roku. (akta kontroli str. 7-34)

Wartość zrealizowanych świadczeń w podziale na poszczególne trzy kwartały 2018 roku wyniosła kolejno 19.232,7 tys. zł, 18.044,4 tys. zł oraz 16.772,4 tys. zł, co stanowiło 104,5%, 94,9% i 89,6% kwoty ryczałtu. Dyrektor Szpitala jako przyczyny niższego wykonania świadczeń w III kwartale 2018 roku podał realizację świadczeń, które posiadają niższą wycenę punktową oraz wydłużony pobyt pacjentów w szpitalu. Dodał również, że: „(...) trzeci kwartał 2018 r. jest jeszcze ciągle weryfikowany przez Podlaski Oddział Wojewódzki NFZ, co oznacza że Szpital jest w trakcie poprawiania produktów z katalogu świadczeń przy wskazywaniu do rozliczania w raportach statystycznych”. Jednocześnie wskazał, że: „mając powyższe na uwadze, zakładamy, że wartość wykonanych świadczeń nie wpłynie na zmniejszenie ryczałtu w kolejnych okresach finansowych”.

(akta kontroli str. 31-38)

Analiza wartości punktowej zrealizowanych od IV kwartału 2017 roku do III kwartału 2018 roku świadczeń finansowanych w ramach ryczałtu wykazała, że wartość punktowa czterech⁹ (z 58) zakresów świadczeń wyniosła zero w każdym badanym kwartale, dwóch wyniosła zero w I i III kwartale 2018 roku¹⁰ oraz w I i II kwartale 2018 roku¹¹. Dyrektor wskazał, że trzy¹² (z czterech) świadczeń rozliczano w ramach innych rodzajów świadczeń specjalistycznych, w przypadku jednego¹³ (z czterech) świadczeń w okresie objętym kontrolą nie było pacjentów kwalifikujących się do tego rodzaju świadczeń specjalistycznych, a pozostałe dwa były wykonywane w ramach porady pohospitalizacyjnej lub wykonywane rzadko, przeważnie w przypadkach pourazowych.

W ośmiu (z 58) zakresów świadczeń stwierdzono spadek wartości punktowej w porównaniu do poprzedniego kwartału w całym okresie objętym badaniem. Dyrektor wyjaśnił, że „wartość punktowa wykonanych świadczeń w okresie od IV kwartału 2017 r. do III kwartału 2018 r. w następujących po sobie kwartałach mogła być niższa od sprawozdanej w poprzednim kwartale ze względu na mniejszą zgłaszalność pacjentów w okresie letnim do poradni jak i do oddziałów, w tym świadczeniem usług wycenionych niżej wartościowo, zgodnie z prawidłową kwalifikacją wykonania. Ponadto w pediatrii, chorobach wewnętrznych oraz neurologii istnieje sezonowość zachorowań (...), stąd liczba hospitalizacji wzrosła w III kwartale. W zakresie położnictwa i ginekologii wykonanie świadczeń zależy od ilości pacjentek kierowanych do oddziału. Liczba hospitalizowanych osób zależy również często od warunków klimatycznych, epidemiologicznych, stąd porównanie poszczególnych kwartałów następujących po sobie może nasuwać błędne wnioski. Rozpatrywanie wartości punktowej wykonanych świadczeń należałoby analizować w skali całego roku”.

(akta kontroli str. 31-38)

W latach 2015–2018 (do 30 września) w WSZ nie było przerw w funkcjonowaniu oddziałów i poradni. Wystąpiły dwa przypadki czasowego wyłączenia części łóżek, które zostały zgłoszone do Rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą. Na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii – ze względu na konieczność wymiany sprzętu – od 4 do 17 grudnia 2017 r. wyłączono z funkcjonowania pięć stanowisk intensywnej terapii. Natomiast na Oddziale Kardiologii i Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Kardiologii Inwazyjnej, po pożarze z 12 maja 2018 r., wyłączono sześć łóżek w okresie od 30 maja do 30 lipca 2018 r.

(akta kontroli str. 39-58)

⁹ [1] świadczenia zabiegowe w zakresie gastroenterologii zakres skojarzony z 02.1050.001.02 (kod 02.1050.101.02), [2] świadczenia zakresie w neonatologii, świadczenia pierwszorazowe (kod 02.1400.401.02), [3] pobieranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego zakres skojarzony z 02.1450.001.02 (kod 02.1450.101.02) oraz [4] kwalifikowanie do przeszczepu i monitorowanie zakwalifikowanych – zakres skojarzony do nefrologii dla dzieci 02.1131.001.02 (kod 02.1131.101.02).

¹⁰ Świadczenia zabiegowe w położnictwie i ginekologii – zakres skojarzony z 02.1450.001.02 – kod 02.1450.201.02.

¹¹ Świadczenia zabiegowe z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu – hospitalizacja – zabiegi endoprotezoplastyki (świadczenia sprawozdawane w ryczałcie PSZ) – kod 03.4580.999.17.

¹² Świadczenia zabiegowe w zakresie gastroenterologii zakres skojarzony z 02.1050.001.02 (kod 02.1050.101.02), świadczenia zakresie w neonatologii, świadczenia pierwszorazowe (kod 02.1400.401.02) oraz pobieranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego zakres skojarzony z 02.1450.001.02 (kod 02.1450.101.02).

¹³ Kwalifikowanie do przeszczepu i monitorowanie zakwalifikowanych – zakres skojarzony do nefrologii dla dzieci 02.1131.001.02.

1.2. Po wprowadzeniu sieci szpitali doszło do zmian w strukturze leczonych pacjentów, udzielonych świadczeń i ich wartości. Analizą objęto profile I stopnia: położnictwo i ginekologia¹⁴ i chirurgia ogólna¹⁵ oraz profile II stopnia: urologia¹⁶ i okulistyka¹⁷. Porównano średnie wartości sprawozdawanych świadczeń w ramach tych profili dla kwartałów przed wprowadzeniem sieci szpitali (2015–2017 do III kwartału) i średnich dla roku funkcjonowania PSZ. Wyniki analizy przedstawiono poniżej.

W profilu położnictwo i ginekologia średnia liczba pacjentów hospitalizowanych kwartalnie spadła z 470 do 444 (o 26 osób, tj. o 5,5%), a w poradni – z 659 do 544 (o 115 osób, tj. o 17,5%). Średnia liczba świadczeń¹⁸ na oddziale wzrosła z 575 do 617 (o 42 pobyty, tj. o 7,3%), a w przypadku poradni liczba ta zmniejszyła się z 1.179 do 989 (o 190 wizyt, tj. o 16,1%). Średnia kwartalna wartość świadczeń udzielonych na oddziale, mimo wzrostu liczby pobyty, analogicznie jak liczba pacjentów spadła o 11,6% (o 131,6 tys. zł), a w przypadku poradni – o 4,6% (o 3,6 tys. zł). Zmianie uległa struktura pacjentów. Większy był średni kwartalny udział pacjentów oddziału po wprowadzeniu sieci szpitali, który wynosił 44,9% wobec 41,6% przed wprowadzeniem PSZ, względem pacjentów poradni – spadek z 58,4% do 55,1%. Podobna zmiana nastąpiła w przypadku średniej kwartalnej struktury udzielanych świadczeń (32,8% oddział i 67,2% poradnie – zmiana na 38,4% oddział i 61,6% poradnie). Na zbliżonym poziomie utrzymywała się struktura wartości udzielonych świadczeń i średnio kwartalnie, która przed wprowadzeniem PSZ wynosiła 93,5% dla oddziału i 6,5% dla poradni, a po wprowadzeniu sieci szpitali – 93% dla oddziału i 7% dla poradni. Do analizowanego oddziału i do poradni dla przypadków pilnych nie było kolejek oczekujących. Najwyższa Izba Kontroli zwraca jednak uwagę, że spadek średniej kwartalnej liczby pacjentów nastąpił przy jednoczesnym wzroście czasu oczekiwania do poradni z 0 dni w I kwartale 2015 roku do 39 dni w III kwartale 2018 roku oraz wzroście średniej liczby osób oczekujących na uzyskanie świadczeń w poradni z dziewięciu do 23 w przypadkach stabilnych.

W profilu chirurgia ogólna średnia liczba pacjentów leczonych kwartalnie na oddziale oraz w poradni nieznacznie spadła – odpowiednio z 448 do 441 (o siedem osób, tj. o 1,5%) i z 1.329 do 1.308 (o 21 osób, tj. o 1,6%). Średnia liczba świadczeń na oddziale zmniejszyła się z 790 do 748 (o 42 pobyty, tj. o 5,3%), a w przypadku poradni – z 2.479 do 2.444 (o 35 wizyt, tj. o 1,4%). Średnia kwartalna wartość świadczeń udzielonych na oddziale, mimo spadku liczby pacjentów i pobyty, wzrosła o 5,7% (o 95,3 tys. zł), a w przypadku poradni nie uległa znaczącej zmianie i zmniejszyła się o 0,7 tys. zł. Po wprowadzeniu PSZ zmianie nie uległa struktura pacjentów profilu. Średni kwartalny udział pacjentów oddziału w całym badanym okresie utrzymywał się na poziomie 25,2% w stosunku do pacjentów poradni – 74,8%. Niewielka zmiana nastąpiła w przypadku średniej kwartalnej struktury udzielanych świadczeń (25,2% oddział i 74,8% poradnie – zmiana na 23,4% oddział i 76,6% poradnie). Nieznaczna zmiana dotyczyła też średniej kwartalnej struktury wartości udzielanych świadczeń, która wynosiła 94,2% dla oddziału (wcześniej 93,8%) i 5,8% dla poradni (wcześniej 6,2%). W analizowanym okresie do poradni nie było kolejki oczekujących. Pomimo nieznacznego spadku średniej liczby pacjentów na oddziale po wprowadzeniu PSZ, średnie kwartalne kolejki oczekujących na hospitalizację zmniejszyły się ze 152 do 101 (o 33,6%) dla przypadków stabilnych. Skrócił się również średni czas oczekiwania na hospitalizację na oddziale dla przypadków stabilnych z 69 dni w I kwartale 2015 roku do 32 dni w III kwartale 2018 roku. Natomiast w okresie objętym kontrolą średni czas oczekiwania na hospitalizację na oddziale dla przypadków pilnych wynosił dziewięć dni (III kwartał 2018 roku).

¹⁴ Zakres 03.4450.060.02 położnictwo i ginekologia hospitalizacja III stopień referencyjny (oddział szpitalny) i 02.1450.001.02 świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii, 02.1450.201.02 świadczenia zabiegowe w położnictwie i ginekologii – zakres skojarzony z 02.1450.001.02 (poradnia specjalistyczna).

¹⁵ Zakres 03.4500.030.02 chirurgia ogólna – hospitalizacja (oddział szpitalny) i 02.1500.001.02 świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej oraz 02.1500.101.02 świadczenia zabiegowe w chirurgii ogólnej – zakres skojarzony z 02.1500.001.02 (poradnia specjalistyczna).

¹⁶ Zakres 03.4640.030.02 urologia – hospitalizacja (oddział szpitalny) i 02.1640.001.02 świadczenia w zakresie urologii oraz 02.1640.101.02 świadczenia zabiegowe w urologii – zakres skojarzony z 02.1640.001.02 (poradnia specjalistyczna).

¹⁷ Zakres 03.4600.030.02 okulistyka hospitalizacja (oddział szpitalny) i 02.1600.001.02 świadczenia w zakresie okulistyki oraz 02.1600.101.02 świadczenia zabiegowe w okulistyce – zakres skojarzony z 02.1600.001.02 (poradnia specjalistyczna).

¹⁸ W przypadku oddziałów szpitalnych dotyczy to pobyty na oddziale, a w przypadku poradni – wizyt w poradni.

W profilu okulistyka średnia liczba pacjentów leczonych kwartalnie na oddziale wzrosła ze 103 do 127 (o 24 osoby, tj. o 23,3%), a w poradni spadła z 881 do 760 (o 121 osób, tj. o 13,7%). Średnia liczba świadczeń na oddziale wzrosła ze 124 do 186 (o 62 pobyty, tj. o 50%), a w przypadku poradni liczba ta zmniejszyła się z 1.070 do 948 (o 123 wizyt, tj. o 11,5%). Średnia kwartalna wartość świadczeń udzielonych na oddziale, mimo wzrostu liczby pobyty, analogicznie jak liczba pacjentów spadła o 25,8% (o 90,4 tys. zł), a w przypadku poradni – o 1,7% (o 1,6 tys. zł). Zmianie uległa struktura pacjentów profilu. Większy był średni kwartalny udział pacjentów oddziału po wprowadzeniu sieci szpitali, który wynosił 14,3% wobec 10,5%, natomiast w przypadku poradni nastąpiło zmniejszenie udziału ich pacjentów z 89,5% do 85,7%. Podobna zmiana nastąpiła w przypadku średniej kwartalnej struktury udzielanych świadczeń (10,4% oddział i 89,6% poradnie – zmiana na 16,4% oddział i 83,6% poradnie). Z kolei średnia kwartalna struktura wartości udzielonych świadczeń zmieniła się z 20,8% dla oddziału i 79,2% dla poradni przed wprowadzeniem PSZ do 25,9% dla oddziału i 74,1% dla poradni po wprowadzeniu sieci szpitali. Wzrost średniej kwartalnej liczby pacjentów na oddziale nie spowodował zwiększenia średniej liczby oczekujących na hospitalizację, która to zmniejszyła się po wprowadzeniu PSZ do 61 (z 143) dla przypadków stabilnych. Zmniejszył się również średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia na oddziale dla przypadków stabilnych z 29 dni w I kwartale 2015 roku do 21 dni w III kwartale 2018 roku (o osiem dni). Z kolei obniżenie średniej kwartalnej liczby pacjentów leczonych w poradni oraz średniej kwartalnej liczby oczekujących do poradni (ze 106 dla przypadków stabilnych przed wprowadzeniem sieci szpitali do 42 po jej wprowadzeniu) nastąpił przy jednoczesnym wzroście średniego czasu oczekiwania do poradni z 74 dni w I kwartale 2018 roku do 118 dni w III kwartale 2018 roku.

W profilu urologia średnia liczba pacjentów leczonych kwartalnie na oddziale zmniejszyła się z 365 do 301 (o 64 osoby, tj. o 17,5%), a w poradni z 2.366 do 2.058 (o 308 osób, tj. o 13%). Średnia liczba świadczeń na oddziale również spadła – z 537 do 462 (o 75 pobyty, tj. o 14%), a w przypadku poradni – z 2.888 do 2.456 (o 432 wizyt, tj. o 15%). Średnia kwartalna wartość świadczeń udzielonych na oddziale, analogicznie jak liczba pacjentów i pobyty, obniżyła się o 14,1% (o 169,3 tys. zł), a w przypadku poradni – o 15,6% (o 35,3 tys. zł). Po wprowadzeniu PSZ nieznacznej zmianie uległa struktura pacjentów profilu. Mniejszy był średni kwartalny udział pacjentów oddziału po wprowadzeniu sieci szpitali, który wynosił 12,7% wobec 13,4%, podczas gdy w przypadku pacjentów poradni nastąpił wzrost z 86,6% do 87,3%. Na podobnym poziomie utrzymywała się średnia kwartalna struktura udzielanych świadczeń (przed wprowadzeniem PSZ – 15,7% w oddziale i 84,3% w poradni wobec 15,8% w oddziale i 84,2% w poradni po 1 października 2017 r.). Niewielkiej zmianie uległa średnia kwartalna struktura wartości udzielanych świadczeń, która wynosiła 84,4% dla oddziału (wcześniej 84,1%) i 15,6% dla poradni (wcześniej 15,9%). Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że w okresie objętym kontrolą, w związku ze spadkiem liczby pacjentów i wizyt w poradni, średnie kolejki oczekujących do poradni wzrosły ze 108 do 219 osób dla przypadków stabilnych oraz z czterech do 17 dla przypadków pilnych (więcej na ten temat niżej, w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”). Średni czas oczekiwania na wizytę dla przypadków stabilnych zwiększył z 68 dni w I kwartale 2015 roku do 102 dni w III kwartale 2018 roku, a dla przypadków pilnych wynosił 68 dni w IV kwartale 2018 roku. Według wyjaśnień z-cy Lekarza Kierującego Oddziałem Urologii Onkologicznej i Ogólnej wzrost czasu oczekiwania na poradę spowodowany był zwiększeniem liczby pacjentów, wynikającym z zaprzestania działalności przez jedną z poradni urologicznych w Białymstoku, oraz niezasadnym wystawianiem skierowań w trybie pilnym. Spadek średniej liczby pacjentów na oddziale po wprowadzeniu PSZ nie wpłynął na wielkość średniej kwartalnej kolejki oczekujących na hospitalizację, która po wprowadzeniu PSZ wynosiła 63 osoby dla przypadków stabilnych (wcześniej 62 osoby). Średni czas oczekiwania na hospitalizację na oddziale dla przypadków stabilnych utrzymywał się w analizowanym okresie na zbliżonym poziomie (w I kwartale 2015 roku oraz w III kwartale 2018 roku wyniósł 23 dni). (akta kontroli str. 59-80, 286-287, 298)

1.3. Szpital nie udzielał świadczeń kontrolnych pohospitalizacyjnych, ponieważ OW NFZ nie zakontraktował takich świadczeń w umowie¹⁹. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: „(...) zakresy nie są przedmiotem kontraktowania ani aneksowania przez Podlaski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia. Ponadto Podlaski Oddział Wojewódzki NFZ nie informował, że jest zainteresowany zakupem powyższych świadczeń opieki zdrowotnej. (...) W przypadku pacjentów, którzy hospitalizowani byli w oddziale o profilu choroby wewnętrzne lub odpowiednio – pediatria, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zespolony im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku realizował z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej świadczenia kontrolne pohospitalizacyjne (produkt rozliczeniowy – W 01) w poradniach przyszpitalnych”. Jednocześnie z przyczyn sprawozdawczo-rozliczeniowych, nawet jeśli były takie świadczenia udzielane w WSZ (pomimo ich niezakontraktowania), nie było możliwe ustalenie liczby i częstotliwości ich wykonania. Dyrektor OW 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. 81-87)

1.4. WSZ zapewniał pacjentom świadczenia pohospitalizacyjne i ambulatoryjne, jednak nie wszyscy pacjenci z nich korzystali. Analizie poddano dokumentację medyczną 80 losowo wybranych pacjentów Oddziału Chorób Wewnętrznych, Diabetologii, Endokrynologii i Reumatologii oraz Oddziału Ortopedyczno-Urazowego²⁰.

W przypadku 40²¹, spośród wszystkich 80 wypisanych pacjentów, w dokumentacji medycznej wskazano potrzebę wykonania świadczenia pohospitalizacyjnego (w terminie do 30 dni po zakończeniu hospitalizacji). W 34²² z tych przypadków świadczenia zostały udzielone, a sześciu²³ pacjentów nie zgłosiło się ponownie do WSZ. Z wydanych przez lekarzy zaleceń wynikało, że 39²⁴ z 80 pacjentów wymagało dalszego leczenia w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) innej niż świadczenia pohospitalizacyjne, z czego udzielona ona została przez WSZ trzem²⁵ pacjentom, 29²⁶ nie zgłosiło się na kontynuację leczenia. Pozostałym siedmiu²⁷ zalecono zgłoszenie się do poradni, których nie prowadzono w kontrolowanej jednostce. W przypadku czterech²⁸ analizowanych pacjentów, według danych z dokumentacji medycznej, nie było potrzeby dalszego leczenia w ramach świadczeń pohospitalizacyjnych lub opieki specjalistycznej. Spośród 29 pacjentów, którzy nie zgłosili się w celu dalszego leczenia w AOS, 18 pochodziło z Białegostoku, sześciu z powiatu białostockiego, a pozostałych pięciu z innych powiatów województwa podlaskiego. W myśl art. 30 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²⁹, pacjent ma prawo wyboru szpitala spośród tych, które zawarły umowę o udzielanie świadczeń

¹⁹ 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.

²⁰ Pacjenci wypisani z Oddziału Chorób Wewnętrznych, Diabetologii, Endokrynologii, i Reumatologii w miesiącach: listopad 2017 roku (20 z 79) i kwiecień 2018 roku (20 z 81) oraz Oddziału Ortopedyczno-Urazowego w miesiącach: listopad 2017 roku (20 z 140) oraz kwiecień 2018 roku (20 z 136).

²¹ 38 z Oddziału Ortopedyczno-Urazowego i dwóch z Oddziału Chorób Wewnętrznych, Diabetologii, Endokrynologii i Reumatologii.

²² 32 z Oddziału Ortopedyczno-Urazowego i dwóch z Oddziału Chorób Wewnętrznych, Diabetologii, Endokrynologii i Reumatologii.

²³ Pacjenci z Oddziału Ortopedyczno-Urazowego.

²⁴ Trzech z Oddziału Ortopedyczno-Urazowego i 36 z Oddziału Chorób Wewnętrznych, Diabetologii, Endokrynologii i Reumatologii.

²⁵ Jeden z Oddziału Ortopedyczno-Urazowego i dwóch z Oddziału Chorób Wewnętrznych, Diabetologii, Endokrynologii i Reumatologii.

²⁶ Dwóch z Oddziału Ortopedyczno-Urazowego i 27 z Oddziału Chorób Wewnętrznych, Diabetologii, Endokrynologii i Reumatologii.

²⁷ Pacjentom z Oddziału Chorób Wewnętrznych, Diabetologii, Endokrynologii i Reumatologii.

²⁸ Pacjenci z Oddziału Chorób Wewnętrznych, Diabetologii, Endokrynologii i Reumatologii.

²⁹ Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, ze zm.

opieki zdrowotnej. W związku z tym 24 pacjentów z Białegostoku i terenu powiatu białostockiego, którzy nie zgłosili się do AOS, mogło skorzystać z tych świadczeń w innych podmiotach leczniczych.

W przypadku świadczeń rehabilitacyjnych zleconych dwóm pacjentom Oddziału Urazowo-Ortopedycznego – jeden z nich został skierowany na oddział rehabilitacji ogólnoustrojowej do innego podmiotu leczniczego, kolejnemu zaś zalecono kontynuację rehabilitacji w miejscu, w którym dotychczas uzyskiwał to świadczenie. Kolejnych 10 (z 80) pacjentów skierowano do poradni rehabilitacyjnej (siedmiu z Oddziału Ortopedyczno-Urazowego i trzech z Oddziału Chorób Wewnętrznych, Diabetologii, Endokrynologii i Reumatologii). W kontrolowanym podmiocie ta poradnia nie funkcjonowała, w związku z tym świadczenia rehabilitacyjne nie zostały udzielone w WSZ. Nie doszło do sytuacji, w której w dniu przeprowadzania analizy pacjenci byli zapisani na listach oczekujących i nie udzielono im jeszcze świadczeń w AOS lub świadczeń rehabilitacyjnych. (akta kontroli str. 88-174)

1.5. Analiza odmów przyjęć do Szpitala wykazała, że po wprowadzeniu PSZ nie nastąpiła zmiana ich liczby związanych z brakiem miejsc w szpitalu (w tym odmów w przypadku, których pacjenci zostali przewiezieni do innego szpitala). Według danych zamieszczonych w sprawozdaniach MZ-29 o działalności szpitala ogólnego z lat 2015–2017 również w tym okresie nie było odmów przyjęć związanych z brakiem miejsc w szpitalu (w tym odmów w przypadku, których pacjenci zostali przewiezieni do innego szpitala).

Po wprowadzeniu PSZ wzrosła liczba odmów przyjęć w wybranych do badania miesiącach (marzec i wrzesień) 2018 roku w stosunku do odmów odnotowanych w tych samych miesiącach w latach 2015–2017. Liczba odmów w sprawdzanych okresach wyniosła odpowiednio 25 w 2015 roku, 13 w 2016 roku, 25 w 2017 roku i 41 w 2018 roku (cztery odmowy w marcu i 37 we wrześniu 2018 roku). Najczęstszą przyczyną odmów przyjęcia do szpitala w 2018 roku był brak wskazań do hospitalizacji (27 przypadków). Na większą liczbę odmów odnotowanych w 2018 roku wpływ miały również przypadki braku zgody pacjentów na hospitalizację (siedem w marcu i wrześniu 2018 roku, podczas gdy w analogicznych miesiącach lat 2015–2017 było ich ogółem pięć³⁰). Dyrektor WSZ wskazał, że: „zwiększona ilość odmów w 2018 r. mogła wynikać ze zwiększonej zgłaszalności do leczenia i stanu zdrowia pacjentów: np. stan zdrowia chorego nie wymagał natychmiastowej pomocy lub chory został skierowany niezgodnie z profilem szpitala lub brak było wskazań do hospitalizacji”. (akta kontroli str.175-182, 432-433)

1.6.1. Według stanu na koniec III kwartału 2018 roku w porównaniu do stanu z końca II kwartału 2015 roku średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia objętego systemem PSZ (analizą objęto udzielanie świadczeń przez 35 oddziałów i poradni, które sporządzały sprawozdania o czasie oczekiwania na udzielenie 41 świadczeń zdrowotnych³¹) zwiększył się o pięć lub więcej dni.

a) W przypadkach pilnych średni czas oczekiwania zwiększył się w 16 komórkach organizacyjnych (45,7% ogółu), w tym w czterech oddziałach szpitalnych i w 12 poradniach. Największy wzrost czasu oczekiwania wystąpił w Poradni Urologicznej (z 0 dni na koniec II kwartału 2015 roku do 68 dni na koniec III kwartału 2018 roku), Poradni Diabetologicznej (z 0 do 64 dni), Poradni Gastroenterologicznej (z 0 do 60 dni), Poradni Audiologicznej (z 0 do 59 dni). W poradniach tych zmniejszyła się liczba udzielonych świadczeń. Na przykład w Poradni Urologicznej liczba udzielonych świadczeń zmniejszyła się z 10.273 w 2015 roku do 8.733 w 2017 roku, w Poradni Diabetologicznej odpowiednio z 5.112 do 4.974, w Poradni Gastroenterologicznej z 4.681 do 4.409, a w Poradni Audiologicznej z 2.573 do 2060. W odniesieniu do oddziałów szpitalnych czas oczekiwania w przypadkach pilnych na przyjęcie zwiększył się o 12 dni w Oddziale Otolaryngologii (z 11 do 23 dni, chociaż w IV kwartale 2016 roku wynosił nawet 35 dni) i dziewięć dni w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej (z 0 do 9 dni, a w II kwartale 2018 roku wynosił nawet 42 dni). W oddziałach Chorób Oczu i Rehabilitacji Ogólnoustrojowej czas oczekiwania wynosił

³⁰ W tym dwie odmowy w marcu 2016 roku i 2017 roku oraz jedna odmowa we wrześniu 2016 roku.

³¹ Trzy oddziały szpitalne wykazywały czas oczekiwania na udzielenie dziewięciu świadczeń (np. Oddział Chorób Oczu oprócz czasu oczekiwania na hospitalizację, oddzielnie wykazywał czas oczekiwania na leczenie wysiękowej postaci AMD oraz na zabiegi witrektomii).

odpowiednio pięć i 13 dni (wzrost o pięć dni). W oddziałach tych średni wskaźnik wykorzystania łóżek za dziewięć miesięcy 2018 roku poprawił się w porównaniu do stanu z analogicznego okresu 2015 roku. W Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej wzrósł on bowiem z 38,6 do 40, w Oddziale Otolaryngologii – 50,7 do 55,8, a w Oddziale Chorób Oczu – z 35,1 do 60,1. Pogorszył się ten wskaźnik zaś w Oddziale Rehabilitacji Ogólnoustrojowej, gdzie zmniejszył się ze 102,4 do 86,1 (był jednak jednym z najwyższych w WSZ). Skróceniu uległ czas oczekiwania na udzielenie świadczenia w stanach pilnych w Oddziale Ortopedyczno-Urazowym o 21 dni (z 42 do 21, chociaż w II i IV kwartale 2017 roku nie było kolejek), w Oddziale Kardiologii z Pododdziałem Kardiologii Inwazyjnej o 11 dni (na koniec III kwartału 2018 roku pacjentów w stanie pilnym przyjmowano od razu).

- b) W przypadkach stabilnych czas oczekiwania na udzielenie świadczenia wydłużył się w 20 komórkach organizacyjnych (57,1%, z których składano sprawozdania o kolejkach), od 12 do 125 dni (pięć oddziałów i 15 poradni). Przykładowo czas oczekiwania na przyjęcie do Oddziału Rehabilitacji Ogólnoustrojowej zwiększył się ze 148 do 273 dni, do Poradni Audiologicznej z 82 do 193 dni, do Oddziału Otolaryngologii z 230 do 325 dni (tj. o 95 dni). Skróceniu uległ czas oczekiwania na udzielenie świadczenia pacjentom w stanie stabilnym w ośmiu komórkach organizacyjnych, z tego m.in. o 440 dni (z 520 dni do 80) do Oddziału Ortopedyczno-Urazowego, o 47 dni – do Poradni Gastroenterologicznej (ze 139 dni do 92 dni) i o 42 dni do Poradni Alergologicznej (z 64 dni do 22). (akta kontroli str. 59-80, 86-287)

Na koniec III kwartału 2018 roku na udzielenie świadczeń objętych PSZ oczekiwało 4.267 osób, w tym 426 skierowanych w trybie pilnym. Najwięcej – 1203 osoby, oczekiwały na przyjęcie do Oddziału Otolaryngologii, 506 osób na badanie przy użyciu rezonansu magnetycznego (NFZ zakontraktował to świadczenie w 2018 roku) oraz 489 na przyjęcie do Oddziału Ortopedyczno-Urazowego. W porównaniu do stanu z końca II kwartału 2015 roku liczba pacjentów oczekujących wzrosła z 3.171 do 4.267 tj. o 1.096 osób (o 34,6%). Największy wzrost liczby oczekujących wystąpił w Oddziale Otolaryngologii (o 365 osób), Poradni Ortopedyczno-Urazowej (o 204 osoby) i Poradni Urologicznej (o 111 osób). (akta kontroli str. 288-289)

W ocenie lekarzy kierujących oddziałami (i zarazem poradniami), w których wystąpił wzrost czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych, przyczynami pogorszenia się sytuacji było głównie:

- większa zgłaszalność pacjentów przy niezmienionej bazie lokalowej i sprzętowej (przyczynę taką wskazało sześciu z 11 kierujących oddziałami),
- zwiększenie się liczby skierowań pacjentów w trybie pilnym, który był nieuzasadniony stanem zdrowia (sześciu kierujących oddziałami),
- zmiana zasobów i potencjału w trzech oddziałach.

Ponadto jako przyczynę wzrostu czasu oczekiwania wskazano blokowanie list przez osoby, które nie zgłaszały się na wizytę (hospitalizację) oraz wprowadzenie przepisów o specjalnych uprawnieniach pacjentów niepełnosprawnych (dotyczy Oddziałów Rehabilitacji). (akta kontroli str. 290-313)

1.6.2. OW NFZ zakontraktował w Szpitalu m.in. świadczenia w profilu rehabilitacja lecznicza udzielane w warunkach stacjonarnych w Oddziale Rehabilitacji Ogólnoustrojowej i Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej. Według stanu na koniec III kwartału 2018 roku pacjenci do Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej byli przyjmowani w dniu zgłoszenia (skierowani jako pilne przypadki lub stabilne). W porównaniu do stanu z końca II kwartału 2015 roku nastąpiła w tym zakresie poprawa dostępności – wówczas pacjenci na przyjęcie oczekiwali odpowiednio trzy i dziewięć dni. Czas oczekiwania na przyjęcie w Oddziale Rehabilitacji Ogólnoustrojowej w przypadkach pilnych wydłużył się z ośmiu do 13 dni, chociaż w IV kwartale 2015 roku wynosił już 25 dni, a w przypadkach stabilnych wydłużył się o 125 dni, tj. do 273 na koniec III kwartału 2018 roku. (akta kontroli str. 286-287)

1.6.3. Według stanu na koniec III kwartału 2018 roku najbardziej odległe pierwsze wolne terminy udzielenia świadczenia zdrowotnego pacjentom w stanie stabilnym to:

- 23 listopada 2020 r. na Oddział Otolaryngologii (785 dni oczekiwania), podczas gdy 30 czerwca 2015 r. czas oczekiwania na pierwszy wolny termin wynosił 820 dni,
- 26 września 2019 r. na Oddział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej (361 dni oczekiwania), podczas gdy 30 czerwca 2015 r. czas oczekiwania na przyjęcie w pierwszym wolnym terminie wynosił 265 dni,
- 28 maja 2019 r. na Oddział Ortopedyczno-Urazowy (240 dni), natomiast na 30 czerwca 2015 r. czas oczekiwania wynosił 54 dni. (akta kontroli str. 314-315)

1.7. Świadczenia w zakresie Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej zostały zakontraktowane na podstawie umowy nr 10-00-00087-17-48-03/08 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w Systemie PSZ z 3 października 2017 r. Działalność Poradni NiŚOZ rozpoczęto od 1 października 2017 r. (tj. od momentu wprowadzenia PSZ). Świadczenia w zakresie NiŚOZ, z wyjątkiem części dotyczącej zapewnienia gotowości oraz udzielania świadczeń NiŚOZ w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy (zespołu wyjazdowego), były realizowane przez WSZ. Realizację świadczeń wyjazdowych zlecono SP ZOZ Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Białymstoku³² (problem okoliczności zawarcia umowy z WSPR szerzej opisano w trzecim obszarze niniejszego wystąpienia pokontrolnego). (akta kontroli str. 7-30, 183)

Miejsce udzielania świadczeń oraz miejsce wyczekiwania zespołu wyjazdowego zostały zlokalizowane na obszarze terytorialnym właściwym dla WSZ. Poradnia NiŚOZ mieściła się w budynku „C” przy ul. M. Skłodowskiej-Curie 26 w Białymstoku, a miejsce wyczekiwania zespołu wyjazdowego znajdowało się na ul. Pogodnej 22 w Białymstoku. Poradnia NiŚOZ spełniała warunki lokalowe, o których mowa w części V załącznika nr 5 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej³³. W miejscu udzielania świadczeń NiŚOZ znajdowały dwa gabinety lekarskie, gabinet zabiegowy, pomieszczenia do przechowywania dokumentacji medycznej, dwa pomieszczenia sanitarne oraz poczekalnia dla świadczeniobiorców. (akta kontroli str. 184-187, 449-483)

1.8. Według danych z OW NFZ w latach 2015–2017 (do 30 września 2017 r.) liczba udzielonych porad lekarskich z zakresu NiŚOZ przez ówczesnych świadczeniodawców, dla dwóch obszarów zabezpieczenia obejmujących miasto Białystok wyniosła odpowiednio:

- 44.754 porady ambulatoryjne i 2.992 porad wyjazdowych w 2015 roku,
- 44.582 porady ambulatoryjne i 2.561 porad wyjazdowych w 2016 roku,
- 29.360 porad ambulatoryjnych i 1.985 porad wyjazdowych w 2017 roku.

Po wprowadzeniu PSZ nastąpiła zmiana podmiotów udzielających świadczeń z zakresu NiŚOZ oraz zmiana podziału obszarów zabezpieczenia na terenie Białegostoku³⁴. WSZ od 1 października 2017 r. do 30 września 2018 r. w zakresie NiŚOZ udzieliło ambulatoryjnie 18.132 porad lekarskich oraz 5.930 wizyt pielęgniarskich. W trybie wyjazdowym udzielono w zakresie NiŚOZ w tym okresie 1.333 porad lekarskich oraz 1.997 wizyt pielęgniarskich (nie udzielano porad telefonicznych). Najwięcej porad lekarskich z zakresu NiŚOZ w trybie ambulatoryjnym i wyjazdowym udzielono w IV kwartale 2017 roku (odpowiednio 5.147 i 639). Z kolei w przypadku wizyt pielęgniarskich największej liczby świadczeń, zarówno w trybie ambulatoryjnym jak i wyjazdowym, udzielono w II kwartale 2018 roku (odpowiednio 1.700 i 516). Najmniej porad lekarskich i wizyt pielęgniarskich z zakresu NiŚOZ udzielono odpowiednio w III kwartale 2018 roku oraz w IV kwartale 2017 roku. W podanych okresach liczba ambulatoryjnych i wyjazdowych porad lekarskich wyniosła 3.872 oraz 186, a liczba ambulatoryjnych i wyjazdowych wizyt pielęgniarskich – 1.311 i 392. W związku zmianą wielkości obszarów zabezpieczenia w Białymstoku po wprowadzeniu PSZ oraz równoczesnym udzielaniem świadczeń z zakresu NiŚOZ przez dwa podmioty, niemożliwe

³² Dalej „WSPR”.

³³ Dz. U. z 2016 poz. 86, ze zm.

³⁴ Miasto Białystok zostało podzielone na dwa obszary zabezpieczenia. Świadczenia NiŚOZ od 1 października 2007 r. udzielane są przez WSZ i Samodzielny Szpital Miejski w Białymstoku Im. PCK (link: <https://www.nfz-bialystok.pl/dla-pacjenta/podstawowa-opieka-zdrowotna/nocna-i-swiateczna-opieka-zdrowotna-w-poz/> dostęp z 7 listopada 2018 r.).

było porównanie liczby świadczeń udzielonych przez Poradnię NiŚOZ prowadzoną w WSZ od 1 października 2017 r. z liczbą świadczeń udzielanych w latach 2015–2017 (do 30 września). (akta kontroli str.188-191)

1.9. Po wprowadzeniu w Szpitalu NiŚOZ od 1 października 2017 r. zmniejszyła się liczba pacjentów i świadczeń udzielanych w ramach SOR. Z porównania danych za pierwsze półrocza lat 2015–2018 wynika, że liczba pacjentów zakwalifikowanych do I kategorii zdrowia zmniejszyła się odpowiednio z 4.488, 3.272, 1.530 do 1.486 w 2018 roku (tj. o 66,9% w stosunku do I półrocza 2015 roku i o 2,9% w porównaniu do I półrocza 2017 roku). Liczba procedur udzielonych pacjentom zakwalifikowanym do I kategorii zdrowia również się zmniejszyła (z wyjątkiem I półrocza 2015 roku kiedy wyniosła 21.765) i wynosiła kolejno 47.333, 46.222 i 38.166 za I półrocze 2018 roku (oznacza to spadek w stosunku do I półrocza 2016 roku o 19,4% oraz o 17,4% w porównaniu do I półrocza 2017 roku). Liczba procedur udzielonych na SOR także się zmniejszyła (z wyjątkiem I półrocza 2015 roku kiedy wyniosła 31.707) – wynosiła odpowiednio 87.889, 97.730 i 70.880 w I półroczu 2018 roku (spadek w stosunku do I półrocza 2016 roku o 19,4% oraz o 27,5% w porównaniu do I półrocza 2017 roku). (akta kontroli str.188-191)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość, polegającą na pogorszeniu po wprowadzeniu PSZ dostępności do niektórych zakresów świadczeń, zarówno w przypadku pacjentów kierowanych w trybie pilnym do WSZ, jak i pacjentów w stanie stabilnym. Z wyjaśnień dyrektora Szpitala wynika, że podejmowane były liczne działania w celu skrócenia czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych, a priorytetem było skrócenie tego czasu w przypadku świadczeń, na które były najdłuższe kolejki: leczenie zaćmy i zabieg endoprotezy stawu biodrowego. Skutkiem tych działań było skrócenie kolejki na zabieg zaćmy z ok. 900 do 594 dni (stan na 22 listopada 2018 r.), a na endoprotezoplastykę stawu biodrowego z 592 do 168 dni. Najwyższa Izba Kontroli zauważa jednak, że powyższe świadczenia nie były objęte ryczałtem, lecz były finansowane odrębnie. Ponadto Dyrektor wyjaśnił, że Szpital podejmuje działania mające na celu zwiększenie liczby lekarzy specjalistów, jednak wraz ze wzrostem zapotrzebowania na specjalistyczne usługi zdrowotne kolejki nie ulegają skróceniu.

(akta kontroli str.544-545)

OCENA CZĄSTKOWA

W Szpitalu zapewniono pacjentom świadczenia szpitalne oraz ambulatoryjne, jednak nie każdy pacjent po hospitalizacji z nich korzystał. Zgodnie z postanowieniami rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej zorganizowano i od 1 października 2017 r. uruchomiono działalność poradni NiŚOZ. NIK zwraca jednak uwagę, że w związku z nieprowadzeniem Poradni Rehabilitacyjnej, WSZ nie mógł zapewnić pacjentom świadczeń w tym zakresie. W zakończonych okresach rozliczeniowych świadczenia realizowane w ramach ryczałtu zostały wykonane w wielkościach nieskutkujących zmniejszeniem kwoty przyznanego ryczałtu. Jako nieprawidłowy stan należy ocenić wzrost oczekiwania na udzielenie niektórych świadczeń zdrowotnych. Następowo to wraz ze zmniejszeniem liczby pacjentów i świadczeń udzielanych w niektórych poradniach lub oddziałach.

OBSZAR

2. Zmiany w organizacji wewnętrznej szpitali oraz w alokacji zasobów

Opis stanu
faktycznego

2.1. W dniu wprowadzenia PSZ w WSZ nie działały poradnie specjalistyczne odpowiadające profilom: endokrynologia, reumatologia oraz anestezjologia i intensywna terapia. W Wykazie świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na terenie województwa podlaskiego³⁵, w tabeli nr 2 w części dotyczącej WSZ nie przewidziano porad specjalistycznych w poradniach przyszpitalnych odpowiadających wymienionym wyżej profilom zabezpieczenia. WSZ od 1 stycznia 2012 r. nie udziela świadczeń w rodzaju AOS z zakresu reumatologii, endokrynologii oraz leczenia bólu. W wyniku bowiem trzech konkursów ogłoszonych 16 listopada 2011 r. przez OW NFZ na świadczenia z zakresu

³⁵ Link do adresu, pod którym opublikowany jest wykaz świadczeniodawców: <http://nfz.gov.pl/biuletyn-informacji-publicznej-podlaskiego-ow-nfz/wykaz-szpitali-zakwalifikowanych-do-psz/> - dostęp z 25 października 2018 r.

reumatologii³⁶, endokrynologii³⁷ oraz leczenia bólu³⁸ WSZ nie został wybrany do udzielania tych świadczeń. Poradni odpowiadających tym zakresom świadczeń nie wykreślono jednak ze struktur organizacyjnych WSZ³⁹. Najwyższa Izba Kontroli zwraca jednak uwagę, że poradnie te nadal widniały w Księdze rejestrowej WSZ jako aktywne, chociaż zmiany danych objętych rejestrem powinny być wykonywane w ciągu 14 dni od ich zaistnienia⁴⁰. Dyrektor wyjaśnił, że: „w związku z brakiem kontraktu na świadczenia z zakresu reumatologii i endokrynologii oraz w zakresie leczenia bólu Szpital zgłaszał do POW NFZ gotowość realizacji świadczeń”. Stosowne pisma w tej kwestii były przekazywane w kolejnych latach do OW NFZ. W odpowiedzi uzyskanej przez Szpital z OW NFZ wskazano, że postępowania konkursowe na świadczenia z tych zakresów zostaną ogłoszone po wygaśnięciu umów zawartych z dotychczasowymi świadczeniodawcami.

Według § 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁴¹, kryterium wpisu do rejestru prowadzonego przez właściwego wojewodę jest spełnione, jeżeli wpis jest ujawniony w księdze rejestrowej oferenta. Niemniej art. 104 ustawy o działalności leczniczej daje organowi rejestrowemu 30 dni na dokonanie wpisu w rejestrze, a termin składania ofert w postępowaniach NFZ, od dnia ogłoszenia postępowania, nie rzadko jest krótszy. Biorąc pod uwagę powyższe NIK przyjmuje te wyjaśnienia, niemniej w takiej sytuacji należałoby rozważyć dokonanie wpisu w księdze rejestrowej o czasowym zaprzestaniu działalności przez poradnię, na podstawie art. 34 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej.

Przed wprowadzeniem PSZ nie likwidowano funkcjonujących oddziałów szpitalnych. Zamknięto natomiast poradnię schorzeń somatycznych, która funkcjonowała od 17 czerwca 2006 r. do 31 marca 2015 r.⁴² Dyrektor wyjaśnił, że: „świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie neonatologii Szpital realizował w dwóch poradniach: Poradni Schorzeń Somatycznych i Poradni neonatologicznej i ryzyka okołoporodowego (...) W związku z niską liczbą zgłaszalności się pacjentów do Poradni Schorzeń Somatycznych oraz prowadzoną reorganizacją struktur Szpitala i rozpoczętą inwestycją rozbudowy, podjęto decyzję o zaniechaniu działalności niniejszej poradni. Dzieciom będącym pod opieką Poradni Schorzeń Somatycznych zapewniono kontynuację leczenia w Poradni neonatologicznej”.

(akta kontroli str. 192-206, 433)

Ponadto OW NFZ nie ogłosił konkursu na poradnię: chorób wewnętrznych i pediatrii, o czym była mowa w punkcie 1.3 wystąpienia. Takie poradnie nie funkcjonowały w ramach struktury WSZ.

(akta kontroli str. 81-87)

2.2. W związku z wprowadzeniem PSZ w kontrolowanej jednostce utworzono Poradnię NiŚOZ, co szerzej opisano w punkcie 1.7. Poza tym nie doszło do innych zmian w strukturze organizacyjnej WSZ. Natomiast ryczałtem PSZ nie objęto leczenia szpitalnego w zakresie: diabetologia specjalistyczna – hospitalizacja, gastroenterologia specjalistyczna – hospitalizacja, w tym gastroenterologia specjalistyczna – hospitalizacja – pakiet onkologiczny, neurologia dla dzieci specjalistyczna – hospitalizacja oraz reumatologia specjalistyczna – hospitalizacja, które zakontraktowano na podstawie odrębnych umów zawartych z OW NFZ⁴³.

(akta kontroli str. 183-187, 207-230)

2.3. Po 1 października 2017 r. Szpital nie utracił trwałości inwestycji, jakie zostały w nim przeprowadzone w latach 2015–2017 (do 30 września) oraz przez rok funkcjonowania PSZ. Jednostka wykorzystywała zakupioną aparaturę medyczną i inne nabyte środki trwałe oraz nieruchomości, które były przedmiotem inwestycji budowlanych. Wartość inwestycji zrealizowanych w tym okresie wyniosła 69.535,1 tys. zł.

(akta kontroli str. 584-588)

³⁶ Ogłoszenie nr 10-12-000636/AOS/02/1/02.1280.001.02/1 z 16 listopada 2011 r.

³⁷ Ogłoszenie nr 10-12-000540/AOS/02/1/02.1030.001.02/1 z 16 listopada 2011 r.

³⁸ Ogłoszenie nr 10-12-000610/AOS/02/1/02.1222.001.02/1 z 16 listopada 2011 r.

³⁹ Według danych z Księgi rejestrowej WSZ poradnie reumatologiczna i endokrynologiczna działają od 24 maja 1995 r., a poradnia leczenia bólu od 1 stycznia 2012 r. (<https://rpwdl.csioz.gov.pl/RPM/Registry/ModifyScope?id=9647#>) – dostęp z 25 października 2018 r.

⁴⁰ Art. 107 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 160, ze zm.).

⁴¹ Dz. U. poz. 1372, ze zm.

⁴² Link do Księgi rejestrowej Szpitala: <https://rpwdl.csioz.gov.pl/RPM/Registry/ModifyScope?id=9647#>.

⁴³ Świadczenia te kontraktowano na kolejne następujące okresy: od 1 października do 31 grudnia 2017 r., od 1 stycznia do 30 czerwca 2018 r. oraz od 1 lipca 2018 r. do 30 czerwca 2021 r.

2.4. Po wprowadzeniu systemu PSZ Szpital nie likwidował poradni specjalistycznych lub oddziałów⁴⁴, w związku z czym nie był zobowiązany do informowania pacjentów o zakończeniu działalności profilu w celu zapisania się pacjentów na liście oczekujących do danej poradni w innym podmiocie leczniczym. (akta kontroli str. 7-34)

2.5. Po utworzeniu sieci szpitali w WSZ dokonano zmiany organizacyjnej polegającej na uruchomieniu poradni NiSOZ. W związku z tym, jak wskazała Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa, „struktura zatrudnienia z powodu tzw. sieci szpitali ulegała zmianie w zakresie konieczności zatrudnienia personelu pielęgniarskiego do Pomocy nocnej i świątecznej”. Zmianę w strukturze zatrudnienia wskazał również lekarz kierujący Oddziałem Neonatologii, który podał, że na oddziale zwiększyła się o dwie osoby liczba zatrudnionych lekarzy. Natomiast pozostali lekarze kierujący oddziałami i Zakładem Pielęgnacyjno-Opiekuńczym WSZ wskazali, że utworzenie tzw. sieci szpitali nie miało wpływu na zmianę organizacji pracy oraz struktury zatrudnienia. Pozytywnie zmianę systemu opieki zdrowotnej ocenił lekarz kierujący Oddziałem Pediatrii i Neurologii Dziecięcej stwierdzając, że wprowadzenie sieci szpitali stanowiło lepszy system finansowania oraz pozwalało dyrektorom szpitala w miarę swobodnie nimi gospodarować. Z kolei lekarz kierujący Oddziałem Otolaryngologii wskazał, że: „w związku z zakwalifikowaniem Szpitala Wojewódzkiego (...) do ośrodka niższej referencyjności, Szpital stracił możliwość lepszego finansowania, mimo iż poziom świadczonych usług medycznych, kwalifikacje oraz jakość opieki medycznej nie uległy zmianie”. Ponadto lekarz kierujący Oddziałem Ginekologiczno-Położniczym dodał, że: „utworzenie sieci szpitali nie rozwiązało problemów z nadal istniejącym od lat brakiem kadry lekarskiej i pielęgniarskiej. Dotyczy to prawie każdego oddziału ginekologiczno-położniczego w województwie podlaskim”. Natomiast dziewięciu (z 17) lekarzy kierujących komórkami organizacyjnymi WSZ wskazało, że zmiana systemu opieki zdrowotnej nie wpłynęła na funkcjonowanie prowadzonych przez nich jednostek organizacyjnych.

(akta kontroli str.183-187, 231-267)

Liczba zatrudnionego w WSZ personelu medycznego wyniosła:

- 247 lekarzy, 493 pielęgniarki oraz 330 pozostałych pracowników w 2015 roku,
- 254 lekarzy, 500 pielęgniarek oraz 333 pozostałych pracowników w 2016 roku,
- 231 lekarzy, 493 pielęgniarki oraz 366 pozostałych pracowników w 2017 roku,
- 232 lekarzy, 501 pielęgniarek oraz 349 pozostałych pracowników w 2018 roku⁴⁵ (na 30 września).

Liczba personelu medycznego w latach 2015–2018 (do 30 września) utrzymywała się zbliżonym poziomie. W stosunku do 2015 roku liczba zatrudnionych wg stanu na 30 września 2018 r. wzrosła o 12 pracowników (z 1.070 do 1.082 osób). Z kolei największą liczbę personelu medycznego WSZ zatrudniał w 2017 roku, tj. 1090 osób (o osiem więcej niż na koniec III kwartału 2018 roku). (akta kontroli str. 268-281)

2.6. W okresie objętym kontrolą OW NFZ zakontraktował świadczenia szpitalne w 16 oddziałach w WSZ. Według stanu na koniec III kwartału 2018 roku średni czas hospitalizacji wynosił od 1,5 dnia w Oddziale Chorób Oczu do 35,8 dni w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej, 26,3 dni w Oddziale Rehabilitacji Ogólnoustrojowej i 14,7 dni w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii. W 2018 roku skróceniu uległ średni czas hospitalizacji⁴⁶ (w porównaniu do trzech kwartałów 2015 roku) w dziewięciu oddziałach w przedziale od 1,7% do 16,1% (w Oddziale Chorób Wewnętrznych, Diabetologii, Endokrynologii Reumatologii) oraz 11,8% w Oddziale Chorób Oczu. Na niezmiennym poziomie pozostał średni czas hospitalizacji w dwóch oddziałach⁴⁷, a w pozostałych pięciu wydłużył się od 2,6% w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym do 21,4% w Oddziale Neonatologii z Patologią i Intensywną Terapią⁴⁸.

⁴⁴ Link do Księgi rejestrowej Szpitala: <https://ipwdl.csioz.gov.pl/RPM/RegistryModifyScope?id=9647#>.

⁴⁵ Stan na koniec III kwartału 2018 roku.

⁴⁶ Liczony jako iloraz wszystkich osobodni i liczby hospitalizowanych.

⁴⁷ SOR i Oddział Otolaryngologii.

⁴⁸ Pozostałe oddziały, w których wydłużył się średni czas hospitalizacji to: Chirurgii Ogólnej, Maloinwazyjnej i Onkologicznej (9,5%), Rehabilitacji Ogólnoustrojowej (5,6%) oraz Rehabilitacji Neurologicznej (4,7%).

W okresie objętym kontrolą liczba łóżek zmieniła się w pięciu oddziałach, z tego w dwóch zmniejszyła się – z 20 do 17 w Oddziale Otolaryngologii i 15 w Oddziale Chorób Oczu. Zwiększyła się liczba łóżek w Oddziale Ginekologiczno-polożniczym z 56 do 63, w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii z 10 do 15 oraz w Oddziale Rehabilitacji Ogólnoustrojowej z 16 do 18.

Średnie wykorzystanie łóżek wynosiło od 54% w Oddziale Pediatrii i Neurologii Dziecięcej do 90,9% w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii oraz 81,4% w Oddziale Chorób Wewnętrznych, Diabetologii, Endokrynologii Reumatologii. W porównaniu do stanu z pierwszych III kwartałów 2015 roku wskaźnik wykorzystania łóżek szpitalnych poprawił się w pięciu oddziałach (w skali od 3,5 do 25 pkt procentowych w przypadku Oddziału Chorób Oczu). W pozostałych oddziałach pogorszył się średni wskaźnik wykorzystania łóżek od 0,7 do 30,7 pkt procentowych w Oddziale Chorób Wewnętrznych, Diabetologii, Endokrynologii i Reumatologii. Mimo tego, jak wyżej zaznaczono, oddział ten miał na koniec III kwartału 2018 roku największy spośród oddziałów szpitalnych WSZ odsetek wykorzystania łóżek, wynoszący 81,4% – w pierwszych trzech kwartałach 2015 roku wskaźnik wykorzystania łóżek wyniósł na tym oddziale 112,1%. Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że spośród 16 oddziałów, w których świadczenia szpitalne zostały zakontraktowane przez NFZ, tylko cztery uzyskały wskaźnik na poziomie powyżej 80%⁴⁹.

Według stanu na koniec III kwartału 2015 roku wskaźnik przelotowości⁵⁰ łóżek szpitalnych wynosił od 6,9 w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej i 11,3 w Oddziale Rehabilitacji Ogólnoustrojowej do 82,3 w SOR i 55 w Oddziale Chorób Oczu. Na koniec III kwartału 2018 roku (w porównaniu do analogicznego okresu z 2015 roku) wskaźnik ten zmniejszył się w 10 oddziałach – od 1% do 49% w przypadku SOR. Wskaźnik przelotowości zwiększył się w sześciu oddziałach – od 4% do 96% w Oddziale Chorób Oczu.

(akta kontroli str. 316-317)

2.7. Pomiędzy 1 października 2017 r. a 22 października 2018 r. do WSZ wpłynęło 27 skarg, w tym 15 bezpośrednio od pacjentów, 10 za pośrednictwem OW NFZ oraz dwie od Rzecznika Praw Pacjentów. Analiza przedmiotu tych skarg wykazała, że nie były one związane z ograniczeniem dostępności do świadczeń po utworzeniu PSZ. Rozpoznając wpływające skargi, Dyrektor WSZ pobierał stosowne wyjaśnienia od personelu medycznego. Po uzyskaniu informacji udzielał odpowiedzi podmiotom składającym skargi.

(akta kontroli str. 282-285)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Zmiana sposobu finansowania WSZ po utworzeniu tzw. sieci szpitali nie miała znaczącego wpływu na jego organizację wewnętrzną. W związku z wprowadzeniem PSZ nie zaistniała konieczność likwidacji poradni i oddziałów działających w kontrolowanej jednostce. Zapewniono leczenie na oddziałach odpowiadających każdemu z posiadanych profili zabezpieczenia, jednakże w Szpitalu nie funkcjonowały poradnie specjalistyczne odpowiadające posiadanym profilom zabezpieczenia takim, jak endokrynologia, reumatologia oraz anestezjologia i intensywna terapia. W konsekwencji Szpital nie mógł zapewnić udzielania kompleksowych świadczeń w ramach tych profili zabezpieczenia. Najwyższa Izba Kontroli zwraca również uwagę, że wskaźnik średniego wykorzystania łóżek na 10 (z 16) oddziałów był niższy od rekomendowanego w literaturze fachowej, tj. 80%.

⁴⁹ „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).
http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/pzh_pop_19122006.pdf.

⁵⁰ Określa ilu chorych korzystało kolejno z jednego łóżka szpitalnego: iloraz liczby hospitalizowanych i liczby posiadanych łóżek. Wykorzystywany do oceny szybkości leczenia.

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

3.1. W latach 2015–2018 wartość umów zawartych między Szpitalem a OW NFZ wynosiła kolejno 103.476,4 tys. zł, 109.726,7 tys. zł, 122.190,6 tys. zł i 130.575,5 tys. zł (wg stanu na koniec III kwartału 2018 roku). Wartość umów w kolejnych latach wzrastała w porównaniu do roku poprzedniego odpowiednio o 6%, 11,4% oraz o 6,9%. Wartość umów na 2018 roku była wyższa od umów na 2015 rok o 23,8%.

Dynamika wzrostu wartości umów na zakresy świadczeń finansowanych w ramach PSZ nie była tak duża, jak w przypadku umów na całokształt działalności zakontraktowanej przez OW NFZ i wynosiła kolejno 70.567,3 tys. zł, 71.687,7 tys. zł, 72.469,1 tys. zł oraz 75.451,4 tys. zł. Wartość tych umów w kolejnych latach wzrastała w porównaniu do roku poprzedniego o odpowiednio 1,6%, 1,1% i o 4,1%. Wartość umów na 2018 rok na zakresy objęte ryczałtem była wyższa od umów na te zakresy w 2015 roku o 6,9%.

Znacznie szybciej wzrastała wartość umów na świadczenia finansowane poza ryczałtem PSZ, która w latach 201–2018 wynosiła kolejno 32.909,1 tys. zł, 38.039,1 tys. zł, 49.721,6 tys. zł oraz 55.124,1 tys. zł. Wartość tych umów w kolejnych latach wzrastała w porównaniu do roku poprzedniego o odpowiednio 15,6%, 30,7% oraz 10,9%. Wartość umów na 2018 rok na zakresy nieobjęte ryczałtem była wyższa od umów na te świadczenia w 2015 roku o 67,5%. Po wprowadzeniu PSZ największe przychody uzyskiwał Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii (11.102 tys. zł za 2107 rok i 9.099 tys. zł w trzech kwartałach 2018 roku), Oddział Ginekologiczno-Położniczy (odpowiednio 10.772,8 tys. zł i 8.665,8 tys. zł) oraz Oddział Ortopedyczno-Urazowy (10.433 tys. zł i 7.546 tys. zł).

(akta kontroli str. 318-322)

3.2. Przychody z OW NFZ nie pozwalały na pokrycie kosztów działalności leczniczej. W latach 2015–2018 (według stanów na koniec III kwartałów tych lat) Szpital uzyskał przychody z tej działalności w kwotach odpowiednio 79.014,9 tys. zł, 84.661,1 tys. zł, 93.331,5 tys. zł i 102.656,7 tys. zł, z tego przychody z NFZ wyniosły 73.602,9 tys. zł, 78.965,1 tys. zł, 87.282,6 tys. zł i 95.910,3 tys. zł. Przychody z działalności leczniczej w kolejnych latach wzrastały w porównaniu do roku poprzedniego odpowiednio o 7,1%, 10,2% oraz 10%. Niemniej koszty działalności leczniczej w tym okresie były wyższe od uzyskanych przychodów i wyniosły odpowiednio 86.626,1 tys. zł, 94.403,8 tys. zł, 105.304,9 tys. zł i 120.658,2 tys. zł. Dynamika wzrostu tych kosztów była wyższa od wzrostu przychodów z działalności leczniczej w kolejnych latach w porównaniu do roku poprzedniego odpowiednio o 8,9%, 11,5% oraz o 14,6%.

W opisywanym okresie (tj. za trzy kwartały poszczególnych lat objętych analizą) wynik finansowy Szpitala na działalności leczniczej był ujemny i wynosił odpowiednio -7.611,2 tys. zł, -9.742,7 tys. zł, -11.973,4 tys. zł i -18.001,5 tys. zł. Wynik finansowy również był ujemny. Wynosił on kolejno -3.055,6 tys. zł, -2.718,9 tys. zł, -4.515,3 tys. zł oraz -10.363,7 tys. zł. Zmniejszył się stan zobowiązań długoterminowych z 68.770,7 tys. zł na koniec III kwartału 2015 roku do 62.043,7 tys. zł na koniec III kwartału 2018 roku (spadek o 9,8%). Wzrosły w tym okresie zobowiązania krótkoterminowe – z 33.397 tys. zł do 46.447,9 tys. zł (o 39,1%) oraz zobowiązania wymagalne z 3.159 tys. zł do 13.903,1 tys. zł (czterokrotny wzrost).

Według danych dla pełnych lat bilansowych 2015–2017, roczne koszty działalności leczniczej wynosiły odpowiednio 117.494,8 tys. zł, 127.951,1 tys. zł, 143.616,3 tys. zł i 120.658,2 tys. zł za okres trzech kwartałów 2018 roku. Wynik finansowy na działalności leczniczej był ujemny i wynosił kolejno -6.455,7 tys. zł, -10.387 tys. zł, -13.283,2 tys. zł i -18.001,5 tys. zł. Ogólny wynik finansowy szpitala za lata 2015–2016 był dodatni i wynosił 21,8 tys. zł oraz 17,8 tys. zł. Za 2017 rok i za trzy kwartały 2018 roku był on ujemny – wynosił odpowiednio -4.649,6 tys. zł i -10.363,7 tys. zł. Stan zobowiązań długo i krótkoterminowych wynosił 99.593,5 tys. zł, 92.080,7 tys. zł, 97.958,6 tys. zł oraz 108.491,6 tys. zł wg stanu na 30 września 2018 r. Stan zobowiązań wymagalnych na koniec poszczególnych lat wynosił 3.667 tys. zł, 2.955,7 tys. zł, 9.413,1 tys. zł i 13.093,1 tys. zł. Z tytułu kosztów kredytów, pożyczek i odsetek od nieterminowo opłaconych zobowiązań

Szpital ponosił roczne koszty w kwotach odpowiednio 1.690,3 tys. zł, 1.616,1 tys. zł, 1.707,2 tys. zł oraz 1.254,1 tys. zł w okresie trzech kwartałów 2018 roku.

(akta kontroli str. 323-328)

Największe koszty działalności dotyczyły oddziałów (od 108.849,9 tys. zł w 2015 roku do 132.782,8 tys. zł w 2017 roku i 110.412,7 tys. zł za trzy kwartały 2018 roku). Po wprowadzeniu PSZ największe koszty działalności ponosił Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej (13.227,3 tys. zł za 2017 rok i 10.778,4 tys. zł za trzy kwartały 2018 roku), Oddział Ginekologiczno-Położniczy (13.009,9 tys. zł i 10.325,7 tys. zł) oraz Oddział Ortopedyczno-Urazowy (11.469,4 tys. zł i 9.956,4 tys. zł) W 2018 roku Szpital opracował program naprawczy, którego celem jest poprawienie sytuacji finansowej – więcej na ten temat w pkt. 3.5. niniejszego wystąpienia pokontrolnego). (akta kontroli str. 324, 329-336)

3.3. Szpital, dostosowując się do wymagań wynikających z PSZ, zorganizował warunki do udzielania świadczeń w ramach NiSOZ. Koszt dostosowania wyniósł 357,7 tys. zł, w tym 229,4 tys. zł przeznaczono na zakup wyposażenia, z tego 149,5 tys. zł na zakup samochodu i przystosowanie do użytkowania jako ambulansu (więcej na ten temat w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”), a 122,6 tys. zł na przystosowanie pomieszczeń do udzielania świadczeń (prace budowlane, instalacyjne). Koszt dostosowania Szpitala do udzielania świadczeń w ramach NiSOZ dofinansowano dotacją z budżetu Samorządu Województwa Podlaskiego w wysokości 301,2 tys. zł.

(akta kontroli str. 337-351)

3.4. W okresie objętym kontrolą wskaźniki ekonomiczno-finansowe Szpitala, określone 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 zdrowotnej⁵¹, były na bardzo niskim poziomie (dla porównania stanu z lat 2015–2016 przyjęto metodologię obliczania wskaźników z przywołanego rozporządzenia). Suma punktów przypisanych do wartości poszczególnych wskaźników, jakie zostały ujęte w powyższym rozporządzeniu, liczona dla pierwszych trzech kwartałów analizowanych lat 2015–2018, wynosiła odpowiednio 7, 10, 10 i 7 pkt z maksymalnych możliwych do uzyskania 70 pkt. Dla pełnych lat 2015–2017 suma punktów wynosiła odpowiednio 22, 30 i 13.

Wskaźniki zyskowności⁵², liczone dla trzech pierwszych kwartałów z lat 2015–2018 były ujemne, w związku z czym ich ocena wynosiła 0 pkt. Dla pełnych lat 2015–2016 wskaźniki te były nieznacznie powyżej zera (do 1,61), a w 2017 roku były ujemne (maksymalnie wg rozporządzenia można było uzyskać 15 pkt).

Wartość punktowa wskaźników płynności⁵³ dla pierwszych trzech kwartałów poszczególnych lat wynosiła do 0,39 (ocena wg ww. rozporządzenia wynosiła 0 pkt), a dla pełnych lat 2015–2017 odpowiednio 0, 8 i 0 pkt (maksymalnie można było uzyskać 25 pkt).

Wskaźniki efektywności⁵⁴, liczone dla trzech pierwszych kwartałów z lat 2015–2017, zgodnie z powołanym rozporządzeniem, wynosiły 7 pkt z 10 pkt możliwych do uzyskania (w każdym analizowanym okresie). Dla pełnych lat 2015–2017 wynosiły po 10 pkt.

Wartość punktowa wskaźników zadłużenia⁵⁵ dla trzech pierwszych kwartałów lat 2015–2018 wynosiła odpowiednio 0, 3, 3 i 0 pkt (maksymalnie można uzyskać 20 pkt.). Dla pełnych lat 2015–2017 wartości te wynosiły po 3 pkt.

(akta kontroli str. 352-358)

⁵¹ Dz. U. poz. 832. Rozporządzenie zwane dalej „rozporządzeniem z 12 kwietnia 2017 r.”

⁵² Elementami są wskaźniki zyskowności netto, działalności operacyjnej i aktywów. Określają zdolność podmiotu do generowania zysków, a zatem ekonomiczną efektywność działalności.

⁵³ Elementami są wskaźniki: bieżącej płynności i szybkiej płynności. Określają zdolności podmiotu do regulowania zaciągniętych zobowiązań krótkoterminowych.

⁵⁴ 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.

⁵⁵ 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. W związku z pogarszającą się sytuacją finansową, WSZ opracował we wrześniu 2018 roku program naprawczy, w którym stwierdzono m.in., że najgorsze wyniki finansowe generowane są przez oddziały zabiegowe. Z uwagi na fakt, że Szpital nie ma wpływu na koszty osobowe („...stawki wynagrodzeń regulowane są przez rynek...”) postanowiono wykorzystać możliwości Oddziału Otolaryngologii, który ma największy potencjał odnośnie możliwości rozwinęcia zakresu i skali działalności do wykonywania wysokopłatnych procedur, tj. zabiegów z zakresu chirurgii szczękowej. Planowane jest również wprowadzenie nowych metod zabiegowych realizowanych przez Oddział Chirurgii Małoinwazyjnej i Ogólnej, Oddział Urologii Onkologicznej i Ogólnej, a w odniesieniu do Oddziału Ortopedyczno-Urazowego – rozwój świadczeń z zakresu neurochirurgii. W 2018 roku rozpoczęto działania mające na celu uruchomienie „Regionalnego Ośrodka Ciężkich Niewydolności Oddechowych z Terapią Pozaustrojową ECMO” na bazie Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, dzięki czemu możliwe będzie udzielanie nowych dobrze wycenianych procedur i nie będzie to związane ze wzrostem kosztów pracy. Zgodnie z założeniami programu, w 2020 roku Szpital wygospodaruje 3.786,9 tys. zł zysku.

(akta kontroli str. 393-430)

Na pierwsze półrocze 2018 roku Szpital uzyskał z OW NFZ zapewnienie finansowania ryczałtu w wysokości 6.136,2 tys. zł miesięcznie, tj. w wysokości większej o 442,4 tys. zł niż w poprzednim okresie rozliczeniowym. W wyliczeniu kwoty ryczałtu wskaźnik korygujący był na zerowym poziomie. WSZ nie zgodził się z takim wyliczeniem. Poinformował OW NFZ, że wysokość ryczałtu została zaniżona o 260 tys. zł miesięcznie, gdyż OW NFZ nie uwzględnił w swoich wyliczeniach pięciu stanowisk intensywnej opieki medycznej w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii. W odpowiedzi OW NFZ stwierdził, że obliczenie ryczałtu nastąpiło zgodnie z zasadami ustalonymi przez Ministra Zdrowia. W tej sytuacji Szpital skierował do Prezesa NFZ zażalenie na czynności dyrektora OW NFZ. Ponieważ 24 kwietnia 2018 r. OW NFZ ponownie naliczył wysokość ryczałtu, zwiększając go o 601 tys. zł (uwzględnione zostały stanowiska w OAiiT), Prezes NFZ uznał zażalenie za bezzasadne. Tak wyliczona wartość ryczałtu została zaakceptowana przez Szpital.

(akta kontroli str. 431-443)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość, polegającą na wykorzystywaniu ambulansu, którego zakup dofinansował Zarząd Województwa Podlaskiego, niezgodnie z przeznaczeniem ustalonym w umowie o przyznaniu dotacji celowej. Na wniosek WSZ z 1 września 2017 r., Zarząd Województwa Podlaskiego umową z 12 września 2017 r. przyznał 301,2 tys. zł dotacji celowej z budżetu Województwa Podlaskiego z przeznaczeniem na dofinansowanie zadania pn. „Przystosowanie Budynku Zespołu Poradni oraz ich wyposażenie na potrzeby Nocnej i Świątecznej Pomocy Lekarskiej”. Zgodnie z wnioskiem WSZ, dotacja była potrzebna m.in. na zakup samochodu przystosowanego do transportu pacjentów, a realizacja zadania umożliwić miała konieczną organizację w strukturach WSZ Nocnej i Świątecznej Pomocy Lekarskiej, w celu spełniania wymogów niezbędnych do prawidłowego i skutecznego działania zadania.

(akta kontroli str. 444-448)

Umowę na dostarczenie ambulansu za 149,5 tys. zł WSZ zawarł 28 listopada 2017 r. Ambulans dostarczono do WSZ 18 grudnia 2017 r. i przyjęto wg OT na stan Poradni NiŚOZ (przyjęcia dokonała kierownik Działu Logistyki). Ambulans ten (podobnie, jak i drugi będący na stanie Szpitala) wykorzystywany był faktycznie do transportu sanitarnego (np. przewóz pacjenta z miejsca zamieszkania do poradni specjalistycznej i z powrotem, przewóz pacjenta z oddziału Szpitala do miejsca zamieszkania, przewóz pacjenta między szpitalami). Pomimo to 3 stycznia 2018 r. Szpital poinformował Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego o wykorzystaniu przyznanej dotacji na „Przystosowanie Budynku Zespołu Poradni oraz ich wyposażenie na potrzeby Nocnej i Świątecznej Pomocy Lekarskiej”, wymieniając zakup ambulansu wśród poniesionych wydatków na ten cel.

(akta kontroli str. 345-351, 487-508)

Mimo przyznania dotacji na zakup ambulansu, umową z 29 września 2017 r. Szpital powierzył WSPR, jako podwykonawcy, udzielanie świadczeń NiŚOZ w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy (zespół wyjazdowy) w terminie od 1 października do 31 grudnia 2017 r. (kolejnymi umowami przedłużono termin udzielania

tych świadczeń do 30 czerwca 2019 r. W umowach ustalono wynagrodzenie ryczałtowe, płatne co miesiąc, w wysokości 51 tys. zł od 10 października do 31 grudnia 2017 r., 40 tys. zł od 1 do 31 stycznia 2018 r., 48 tys. zł od 1 lutego do 30 czerwca 2018 r. i 51,5 tys. zł od 1 lipca do 30 czerwca 2019 r. Od 1 października 2017 r. do 31 października 2018 r. koszty WSK na opłacenie usług WSK, wynikających z umów na udzielanie świadczeń NiSOZ w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy (zespół wyjazdowy) wyniosły 639 tys. zł. (akta kontroli str. 449-486, 508)

Z wyjaśnień dyrektora WSK wynika, że powierzenie WSK realizacji świadczeń wyjazdowych spowodowane było brakiem chętnych wśród personelu etatowego Szpitala. Nie informowano na piśmie Zarządu Województwa Podlaskiego o zleceniu świadczeń wyjazdowych podmiotowi zewnętrznemu. (akta kontroli str. 546-557)

W ocenie NIK Szpital nierzetelnie przeprowadził ogłoszone 21 września 2017 r. postępowanie konkursowe na udzielanie ww. świadczeń zdrowotnych udzielanych przez zespół wyjazdowy, bowiem termin składania ofert wyznaczono do dnia następnego, tj. 22 września 2017 r., do godz. 10⁰⁰. (akta kontroli str. 509-521)

Z wyjaśnień udzielonych przez zastępcę dyrektora ds. lecznictwa WSK wynika, że powodem ogłoszenia konkursu na udzielanie tych świadczeń z krótkim terminem na składanie ofert, była konieczność zapewnienia świadczeń od 1 października 2017 r. Wcześniej Szpital korespondował z OW NFZ na temat szczegółów organizacyjnych udzielania tych świadczeń. (akta kontroli str. 522-543)

NIK zwraca uwagę, że informacje z OW NFZ na temat organizacji NiSOZ Szpital uzyskał już 4 sierpnia 2017 r. W piśmie z tego dnia poinformowano WSK m.in., że zapewnienie opieki wyjazdowej jest obligatoryjne oraz, że dopuszcza się możliwość zlecenia tej części umowy podwykonawcy. (akta kontroli str. 523, 526-528)

OCENA CZĄSTKOWA

Wprowadzenie PSZ nie wpłynęło na poprawę sytuacji finansowej Szpitala. Wzrostowi przychodów z działalności leczniczej towarzyszył jeszcze większy wzrost kosztów. Podstawowe wskaźniki ekonomiczno-finansowe Szpitala były na bardzo niskim poziomie. Pozytywnie NIK ocenia opracowanie przez WSK programu naprawczego oraz skuteczność działań o uzyskanie w 2018 roku wyższej kwoty ryczałtu z OW NFZ. Stwierdzona nieprawidłowość nie miała zasadniczego znaczenia dla oceny działalności WSK w tym obszarze.

IV. Wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, przedstawia następujące wnioski:

Wnioski

1. Kontynuację działań mających na celu poprawę dostępności do udzielanych w Szpitalu świadczeń zdrowotnych.
2. Podjęcie działań mających na celu wykorzystanie ambulansu zakupionego na potrzeby NiSOZ do celów ustalonych w umowie o przyznaniu dotacji celowej lub uzyskanie zgody Zarządu Województwa Podlaskiego na zmianę sposobu jego wykorzystania.

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.

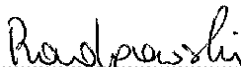
Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

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

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

Białystok, 6 grudnia 2018 r.

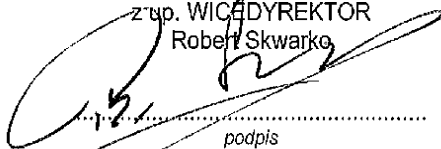
Kontrolerzy:
Władysław Radgowski
Gł. specjalista k. p.


.....
podpis

Robert Sieńko
Inspektor k. p.


.....
podpis

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


.....
podpis