



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura we Wrocławiu

LWR.410.031.02.2018

Pan Janusz Wróbel – Dyrektor
Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza;
ul. Warszawska 2; 52-114 Wrocław

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

**P/18/059 „Funkcjonowanie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń
opieki zdrowotnej”**

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura we Wrocławiu
ul. Marszałka J. Piłsudskiego 15/17, 50-044 Wrocław
T +48 71 711 83 00, F +48 71 711 83 50
lwr@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza; ul. Warszawska 2; 52-114 Wrocław (dalej: „Szpital”).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Pan Janusz Wróbel, Dyrektor, od dnia 16 listopada 2006 r. do nadal.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Realizacja świadczeń ambulatoryjnych, szpitalnych i rehabilitacyjnych. 2. Zmiany w organizacji wewnętrznej szpitali oraz w alokacji zasobów. 3. Sytuacja ekonomiczno-finansowa szpitala z uwzględnieniem poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej.
Okres objęty kontrolą	Lata 2017-2018 ¹ 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 <i>Najwyższej Izbie Kontroli</i> ² .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura we Wrocławiu
Kontroler	Cezary Mazik, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LWR/223/2018 z dnia 11 października 2018 r. (akta kontroli str. 1-3)


¹ Do dnia zakończenia czynności kontrolnych, tj. do dnia 20 listopada 2018 r.

² Dz. U. z 2017 r. poz. 524, ze zm., dalej: „ustawa o NIK”.

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Wprowadzenie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (dalej: „PSZ”) miało ograniczony wpływ na funkcjonowanie Szpitala, nie spowodowało bowiem zmian w zakresie udzielanych świadczeń, strukturze organizacyjnej oraz nie poprawiło jego sytuacji ekonomicznej. W momencie wprowadzenia PSZ w kontrolowanej jednostce funkcjonowały oddziały i poradnie specjalistyczne odpowiadające każdemu z realizowanych profili objętych ryczałtem PSZ. Nie doszło także do likwidacji żadnego profilu działalności Szpitala. W badanym okresie tylko na jednym oddziale szpitalnym pacjenci oczekiwali na udzielenie świadczenia, a kolejka ta po wprowadzeniu PSZ, uległa zmniejszeniu o 41% pod względem ilości pacjentów oczekujących i o 12% pod względem czasu oczekiwania. Szpital zapewnił także możliwość realizacji większości świadczeń po hospitalizacji oraz prowadził nocną i świąteczną opiekę zdrowotną (dalej: „NiŚOZ”), zgodnie z zapisami kontraktu zawartego z Narodowym Funduszem Zdrowia (dalej: „NFZ”).

Po wprowadzeniu ryczałtu PSZ nastąpił natomiast spadek wartości wskaźników dotyczących średniego wykorzystania łóżek oraz przelotowości w przypadku trzech z czterech oddziałów Szpitala. Należy także podkreślić, że kontrolowana jednostka w okresie objętym kontrolą znajdowała się w bardzo trudnej sytuacji ekonomicznej. Wprowadzenie PSZ miało na nią niewielki wpływ, gdyż przychody jednostki z działalności leczniczej wzrosły o 8,4%, jednocześnie jednak o 11,1% wzrosły koszty tej działalności, czego skutkiem było dalsze ponoszenie strat. Analiza wskaźnikowa – sporządzona na podstawie sprawozdań finansowych Szpitala przy zastosowaniu metody punktowej zgodnej z rozporządzeniem 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 zdrowotnej⁴ (dalej: „rozporządzenie w sprawie wskaźników”) – wykazała, że najwyższy ich poziom Szpital osiągnął na koniec III kwartału 2018 r., uzyskując 24,3% wartości maksymalnej. Wieloletnie straty finansowe Szpitala spowodowały także, że jego kapitał własny osiągnął wartość ujemną, a mimo podjętych działań naprawczych, istniało ekonomiczne zagrożenie dla dalszej jego działalności.

W IV kwartale 2017 r. Szpital zrealizował świadczenia opieki zdrowotnej w wysokości odpowiadającej 96,55% wartości ryczałtu PSZ, co skutkowało obniżeniem jego kwoty na I półrocze 2018 r. Nie spowodowało to jednak zmian w udzielaniu świadczeń w poszczególnych zakresach finansowanych tym ryczałtem. Szpital podjął działania w celu otrzymania wyższego ryczałtu PSZ na II półrocze 2018 r. poprzez realizację świadczeń opieki zdrowotnej na poziomie umożliwiającym zastosowanie dodatnich współczynników korygujących przy obliczaniu tego ryczałtu przez NFZ.

³ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁴ Dz. U. poz. 832.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej⁵ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Realizacja świadczeń ambulatoryjnych, szpitalnych i rehabilitacyjnych

Opis stanu faktycznego

1.1. Szpital w ramach PSZ, zgodnie z art. 95l ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁶, został zakwalifikowany do poziomu szpitali I stopnia. W ramach PSZ, nieprzerwanie od jego wprowadzenia, funkcjonowały w nim profile:

- Choroby wewnętrzne;
- Izba przyjęć – IP;
- Neonatologia – III poziom referencyjny;
- Pediatria;
- Położnictwo i ginekologia – III poziom referencyjny.

Szpital w okresie IV kwartał 2017 r. – III kwartał 2018 r. realizował następujące świadczenia w ramach poszczególnych profili zabezpieczenia PSZ⁷:

- położnictwo i ginekologia – hospitalizacja III poziom referencyjny, w ramach której wartość punktowa wahała się od 1 251 139,25 zł w III kwartale 2018 r. do 1 441 104,18 zł;
- świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii, których wartość punktowa osiągnęła od 55 942,00 zł w IV kwartale 2017 r. do 63 893,00 zł w I kwartale 2018 r.;
- świadczenia zabiegowe w położnictwie i ginekologii, których wartość punktowa wynosiła od 1 490,00 zł w IV kwartale 2017 r. do 2 453,00 zł w III kwartale 2018 r.;
- choroby wewnętrzne – hospitalizacja, gdzie wartość punktowa wahała się od 727 659,88 zł w III kwartale 2018 r. do 1 227 115,70 zł w I kwartale 2018 r.;
- geriatrya – hospitalizacja, w ramach której wartość punktowa osiągnęła od 790 826,58 zł w I kwartale 2018 r. do 900 161,90 zł w IV kwartale 2017 r.;
- świadczenia w zakresie geriatryi, których wartość punktowa wynosiła od 1 902,00 zł w I kwartale 2018 r. do 3 077,00 zł w II kwartale 2018 r.;
- świadczenia w zakresie geriatryi – świadczenia pierwszorazowe, których wartość punktowa wynosiła od 1 309,00 zł w III kwartale 2018 r. do 1 699,50 zł w I kwartale 2018 r.;
- reumatologia dziecięca – hospitalizacja, której wartość punktowa wynosiła od 331 265,00 zł w I kwartale 2018 r. do 374 494,53 zł w IV kwartale 2017 r.;
- pediatria – hospitalizacja, gdzie wartość punktowa zawierała się w przedziale od 468 955,00 zł w II kwartale 2018 r. do 728 332,00 zł w I kwartale 2018 r.

⁵ 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.

⁶ Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, ze zm.

⁷ Ponadto Szpital w ramach umowy ogólnej z NFZ realizował świadczenia: neonatologia – hospitalizacja III poziom referencyjny (w tym N20-N26); położnictwo i ginekologia – hospitalizacja – III poziom referencyjny N01-03, 09, 11, 13, 20; świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii (diagnostyka onkologiczna; diagnostyka poza pakietem onkologicznym); programy lekowe w zakresie reumatologii dziecięcej oraz w ramach umowy na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną – świadczenia w zakresie reumatologii dziecięcej oraz świadczenia w zakresie neonatologii.

Wartość ryczałtu przypadającego Szpitalowi zgodnie z umową z NFZ na świadczenia finansowane w ramach PSZ wyniosła 4 431 192,00 zł w IV kwartale 2017 r. oraz po 4 271 028,00 zł w I, II i III kwartale 2018 r. Natomiast łączne świadczenia finansowane w ramach ryczałtu wyniosły: 4 278 484,07 zł w IV kwartale 2017 r., 4 588 478,96 zł w I kwartale 2018 r., 3 985 636,40 zł w II kwartale 2018 r. i 3 755 041,08 zł w III kwartale 2018 r., co stanowiło odpowiednio 96,55%; 107,43%, 93,32% i 87,92% wartości ryczałtu za ten okres (wykonanie za I półrocze 2018 r. wyniosło 100,38%).

Niepełne wykonanie ryczałtu za IV kwartał 2017 r. skutkowało zmniejszeniem ryczałtu na I półrocze 2018 r. zgodnie z § 3 pkt 9 i 10 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej⁸ (dalej: „rozporządzenie w sprawie ryczałtu PSZ”).

Zgodnie z wyjaśnieniami złożonymi przez Dyrektora, niepełne wykonanie ryczałtu za IV kwartał 2017 r. było wynikiem zmian wdrożeniowych związanych z wprowadzeniem PSZ. Stosowna umowa wraz z planem rzeczowo-finansowym została podpisana dopiero w dniu 26 października 2017 r., pozostało więc mało czasu na planową realizację ryczałtu. Dyrektor wskazał także, że niskie wykonanie ryczałtu w III kwartale 2018 r. wynika ze specyfiki posiadanych oddziałów szpitalnych, które w okresie wakacyjnym notują spadek pacjentów hospitalizowanych (mniejsza zachorowalność dzieci oraz mniej pacjentek na planowane zabiegi ginekologiczne w tym okresie). Zaznaczył także, że w związku z faktem, iż okres rozliczeniowy ryczałtu PSZ to II półrocze 2018 r., w budżetach poszczególnych oddziałów podniesione zostały limity ryczałtów do realizacji.

(akta kontroli str. 6; 111-168; 354)

1.2. Liczba leczonych pacjentów oraz liczba i wartość udzielonych świadczeń na podstawie umowy PSZ w ramach ryczałtu oraz przed wprowadzeniem sieci szpitali została określona na podstawie szczegółowego badania obejmującego świadczenia realizowane w latach 2015-2018 (III kwartały) w ramach dwóch zakresów świadczeń/profilu udzielanych stacjonarnie (w leczeniu szpitalnym) oraz ambulatoryjnie. Do tego badania wybrano dwa profile o najwyższej wartości świadczeń, tj.: położnictwo i ginekologia – hospitalizacja III poziom referencyjny wraz ze świadczeniami w zakresie położnictwa i ginekologii oraz choroby wewnętrzne-hospitalizacja wraz ze świadczeniami w zakresie geriatрії. W pierwszym z tych profili, po wprowadzeniu PSZ wzrosła o 7,80%⁹ liczba pacjentów ogółem oraz zanotowano wzrost liczby świadczeń jednostkowych o 4,57%¹⁰, przy spadku ich wartości o 1,79%¹¹. Po wprowadzeniu PSZ nastąpił natomiast spadek liczby pacjentów leczonych stacjonarnie o 5,66%¹², przy jednoczesnym wzroście liczby pacjentów leczonych ambulatoryjnie o 19,88%¹³. W wyniku tego trendu udział pacjentów leczonych ambulatoryjnie zwiększył się z 52,70%¹⁴ przed wprowadzeniem PSZ do 58,61%¹⁵ po wprowadzeniu tych zmian. Jednocześnie

⁸ Dz. U. poz. 1783, ze zm.

⁹ Przed wprowadzeniem PSZ – średnio kwartalnie 1 652,82 pacjentów, po wprowadzeniu PSZ – średnio kwartalnie 1 781,75 pacjentów.

¹⁰ Przed wprowadzeniem PSZ – średnio kwartalnie 2 032,36 świadczeń, po wprowadzeniu PSZ – średnio kwartalnie 2 125,25 świadczeń.

¹¹ Przed wprowadzeniem PSZ – średnio kwartalna wartość świadczeń wynosiła 1 433 045 zł, po wprowadzeniu PSZ – średnio kwartalna wartość świadczeń wynosiła 1 407 345 zł.

¹² Przed wprowadzeniem PSZ – średnio kwartalnie 781,73 pacjentów, po wprowadzeniu PSZ – średnio kwartalnie 737,5 pacjentów.

¹³ Przed wprowadzeniem PSZ – średnio kwartalnie 871,1 pacjentów, po wprowadzeniu PSZ – średnio kwartalnie 1 044,25 pacjentów.

¹⁴ Średnio kwartalnie 871,09 pacjentów leczonych ambulatoryjnie z 1 652,82 pacjentów ogółem.

¹⁵ Średnio kwartalnie 1 044,25 pacjentów leczonych ambulatoryjnie z 1 781,75 pacjentów ogółem.

zanotowano wzrost z 58,95%¹⁶ do 63,57%¹⁷ udziału świadczeń jednostkowych udzielanych ambulatoryjnie w stosunku do świadczeń jednostkowych ogółem, przy wzroście z 3,45%¹⁸ do 4,18%¹⁹ ich udziału w wartości świadczeń ogółem.

W przypadku drugiego z badanych profili, po wprowadzeniu PSZ nastąpił spadek liczby pacjentów ogółem o 17,07%²⁰, przy jednoczesnym spadku liczby świadczeń jednostkowych o 17,16%²¹ oraz spadku ich wartości o 25,07%²². Po wprowadzeniu PSZ nastąpił spadek liczby pacjentów leczonych stacjonarnie o 19,14%²³, przy wzroście o 3,72%²⁴ liczby pacjentów leczonych w trybie ambulatoryjnym. W wyniku tego trendu udział pacjentów leczonych ambulatoryjnie zwiększył się z 9,04%²⁵ przed wprowadzeniem PSZ do 11,31%²⁶ po wprowadzeniu tych zmian. Jednocześnie zanotowano wzrost z 10,10%²⁷ do 11,91%²⁸ udziału świadczeń jednostkowych udzielanych ambulatoryjnych w stosunku do świadczeń jednostkowych ogółem, przy wzroście z 0,17%²⁹ do 0,24%³⁰ ich udziału w wartości świadczeń ogółem. Powodem zmniejszenia liczby pacjentów leczonych stacjonarnie w obu badanych profilach była niższa liczba potrzebujących tego typu świadczeń.

Opisane powyżej zmiany struktury udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej nie powodowały powstania kolejek, bowiem w obu tych profilach w badaniu opisanym w pkt 1.6 nie stwierdzono pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia.

(akta kontroli str. 7-9; 337-348; 355)

1.3. Badanie zapewnienia przez Szpital pacjentom kompleksowego oraz koordynowanego świadczenia ambulatoryjnego, szpitalnego i rehabilitacyjnego, stosowanie do ich potrzeb, zostało przeprowadzone na próbie 80 pacjentów wypisanych w miesiącu listopadzie 2017 r. i kwietniu 2018 r.³¹. W badanej próbie:

- 31 pacjentów (38,75% próby) potrzebowało świadczeń pohospitalizacyjnych, realizowanych w okresie nie dłuższym niż 30 dni od zakończenia hospitalizacji, z czego: 25 pacjentów uzyskało potrzebne świadczenie pohospitalizacyjne w kontrolowanej jednostce w terminie do 30 dni, a w pozostałych 4 przypadkach pacjenci nie zgłosili się;
- 10 pacjentów (12,5%) wymagało dalszego leczenia w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, z czego 4 uzyskało świadczenie w kontrolowanym podmiocie, a w pozostałych 6 przypadkach Szpital nie prowadził poradni o tym profilu;

¹⁶ Średnio kwartalnie 1 198,09 świadczeń jednorazowych z 2 032,36 świadczeń.

¹⁷ Średnio kwartalnie 1 351 świadczeń jednorazowych z 2 125,25 świadczeń.

¹⁸ Średnio kwartalna wartość świadczeń – 49 412 zł z 1 433 045 zł ogółem.

¹⁹ Średnio kwartalna wartość świadczeń – 58 859 zł z 1 407 345 zł ogółem.

²⁰ Przed wprowadzeniem PSZ – średnio kwartalnie 466,36 pacjentów, po wprowadzeniu PSZ – średnio kwartalnie 386,75 pacjentów.

²¹ Przed wprowadzeniem PSZ – średnio kwartalnie 519,36 świadczeń, po wprowadzeniu PSZ – średnio kwartalnie 430,25 świadczeń.

²² Przed wprowadzeniem PSZ – średnio kwartalna wartość świadczeń wynosiła 1 293 044 zł, a po wprowadzeniu PSZ – średnio kwartalna wartość świadczeń wynosiła 968 829 zł.

²³ Przed wprowadzeniem PSZ – średnio kwartalnie 424,18 pacjentów, po wprowadzeniu PSZ – średnio kwartalnie 343 pacjentów.

²⁴ Przed wprowadzeniem PSZ – średnio kwartalnie 42,18 pacjentów, po wprowadzeniu PSZ – średnio kwartalnie 43,75 pacjentów.

²⁵ Średnio kwartalnie 42,18 pacjentów leczonych ambulatoryjnie z 466,36 pacjentów ogółem.

²⁶ Średnio kwartalnie 43,75 pacjentów leczonych ambulatoryjnie z 386,75 pacjentów ogółem.

²⁷ Średnio kwartalnie 52,45 świadczeń jednorazowych z 519,36 świadczeń.

²⁸ Średnio kwartalnie 51,25 świadczeń jednorazowych z 430,25 świadczeń.

²⁹ Średnio kwartalnie 2 235,70 zł wartości świadczeń z 1 293 044 zł wartości świadczeń ogółem.

³⁰ Średnio kwartalnie 2 329,25 zł wartości świadczeń z 968 829 zł wartości świadczeń ogółem.

³¹ Na próbę tą składało się wybranych losowo po 20 pacjentów wypisanych w listopadzie 2017 r. i kwietniu 2018 r. z oddziału szpitalnego o charakterze zabiegowym (Oddział Ginekologiczno-Położniczy) oraz oddziałów o charakterze zachowawczym (Oddział Chorób Wewnętrznych i Geriatrii oraz Oddział Pediatriczny).

- 3 pacjentów (3,75%) wymagało rehabilitacji po opuszczeniu Szpitala, żaden z nich nie uzyskał tego świadczenia w kontrolowanym podmiocie, ponieważ nie prowadził on rehabilitacji pohospitalizacyjnej.

(akta kontroli str. 9-17)

1.4. Liczba odmów odnotowanych w Księdze odmów, przyjęć i porad ambulatoryjnych prowadzonych w Izbie Przyjęć Szpitala została objęta badaniem na koniec marca oraz września lat 2015-2018. W wyniku tego badania stwierdzono, że średnia ilość odmów w marcu 2015-2017, czyli przed wprowadzeniem PSZ, wynosiła 517, natomiast w marcu 2018 r. takich odmów odnotowano 454. Podobny trend malejący dotyczył miesiąca września, kiedy to średnia liczba odmów dla okresu przed wprowadzeniem PSZ wynosiła 389, a we wrześniu 2018 r. - 342.

W okresie objętym badaniem nie zanotowano odmów związanych z brakiem miejsc w Szpitalu.

(akta kontroli str. 18)

1.5. Badanie wpływu wprowadzenia PSZ na zmianę dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w Szpitalu zostało przeprowadzone poprzez porównanie na koniec II i IV kwartału lat 2015-2017 r. oraz I-III kwartału 2018 r. liczby pacjentów, średniego czasu oczekiwania i pierwszego wolnego terminu udzielenia świadczenia w komórkach organizacyjnych realizujących obecnie świadczenia PSZ. W wyniku tego badania stwierdzono, że pacjenci oczekiwali na wolny termin udzielenia świadczenia finansowanego w ramach ryczałtu PSZ jedynie na Oddziale Pediatrycznym. Na koniec IV kwartału 2016 r. wystąpił na tym Oddziale pojedynczy przypadek oczekiwania pacjenta pilnego na udzielenie świadczenia, które trwało 13 dni. Pozostali oczekujący to pacjenci stabilni, których przed wprowadzeniem PSZ oczekiwało średnio 27, a po jego wprowadzeniu średnia liczba oczekujących spadła do 16. W tym samym czasie zmniejszył się także czas oczekiwania z 57,8 dnia przed wprowadzeniem PSZ do 50,75 dnia po wprowadzeniu tych zmian.

Badana jednostka w okresie objętym kontrolą nie udzielała świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej.

W udzielonych wyjaśnieniach Dyrektor wskazał, że kolejka pacjentów na Oddziale Pediatrycznym wynikała ze specyfiki tego oddziału, który realizuje zakontraktowane świadczenia z dwóch zakresów: Pediatria – hospitalizacja oraz Reumatologia dla dzieci – hospitalizacja. Ze względów medycznych i reżimu sanitarnego realizacja tych świadczeń jest podzielona i obejmuje 16 łóżek pediatrycznych oraz 10 łóżek reumatologicznych. Kolejka dotyczy tylko pacjentów części reumatologicznej, który wynika z charakteru schorzeń, charakterystyki prowadzonego w Szpitalu programu lekowego oraz obowiązku monitorowania poszczególnych pacjentów.

(akta kontroli str. 19-22; 337-348; 355)

1.6. Szpital realizował umowę z NFZ na świadczenia NiŚOZ samodzielnie, bez pośrednictwa podwykonawców. Świadczenia te rozpoczęto udzielać od dnia 1 października 2017 r.³² w czasie określonym wymogami Ministerstwa Zdrowia oraz NFZ, tj. od poniedziałku do piątku w godzinach od 18.00 do 8.00 dnia następnego oraz całodobowo w dni wolne od pracy³³. Do ich realizacji Szpital wykorzystywał położone na parterze budynku: miejsce rejestracji NiŚOZ, pokój zespołu wyjazdowego, gabinet zabiegowy/pielęgniarski NiŚOZ oraz dwa gabinety lekarskie.

³² Pierwszy zapis w Księdze zabiegów został dokonany w dniu 1 października 2017 r.; w Dzienniku Wyjazdów i Porad Medycznych – pierwszy wpis z dnia 1 października 2017 r. z godz. 08.45; pierwszy wpis z Księgi Przyjęć i Porad Ambulatoryjnych (gabinet nr 5) z dnia 1 października 2017 r. z godz. 09.13.

³³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 86, ze zm.).

Zespoły wyjazdowe z terenu Szpitala obsługiwały tereny dzielnicy Krzyki we Wrocławiu oraz gmin: Czernica, Siechnice i Żurawina.

(akta kontroli str. 5; 39-51; 255-259; 337-348)

1.7. Ze względu na fakt, że po utworzeniu PSZ zmienił się obszar zabezpieczenia świadczeń z zakresu NiŚOZ oraz na tym obszarze, oprócz kontrolowanego Szpitala świadczeń udzielali także inni świadczeniodawcy, nie było możliwe rzetelne porównanie ich liczby przed i po dniu 1 października 2017 r.³⁴.

W okresie IV kwartału 2017 r. – III kwartału 2018 r. Szpital w zakresie NiŚOZ udzielił następującą liczbę świadczeń:

- porady lekarskie ambulatoryjnie - od 4 090 w II kwartale 2018 r. do 6 384 w I kwartale 2018 r.;
- porady lekarskie w trybie wyjazdowym – od 199 w III kwartale 2018 r. do 290 w I kwartale 2018 r.;
- porady lekarskie udzielone telefonicznie – od 81 w II kwartale 2018 r. do 326 w IV kwartale 2017 r.;
- wizyty pielęgniarskie ambulatoryjnie – od 734 w II kwartale 2018 r. do 1613 w III kwartale 2018 r.;
- wizyty pielęgniarskie w trybie wyjazdowym – od 59 w II kwartale 2018 r. do 349 w III kwartale 2018 r.

(akta kontroli str. 23; 337-348)

1.8. Zorganizowanie NiŚOZ w Szpitalu nie miało znaczącego wpływu na zmiany liczby pacjentów i świadczeń (procedur medycznych) udzielonych w Izbie Przyjęć w badanym okresie. Liczba pacjentów Izby Przyjęć Szpitala wyniosła bowiem kolejno: 4 426 w 2015 r., 4 570 w 2016 r., 4 668 w 2017 r. i 3 355 po III kwartałach 2018 r., z czego liczba pacjentów zakwalifikowanych do I kategorii stanu zdrowia³⁵ wyniosła odpowiednio: 2 523, 1 675, 1 988 i 1 334. W związku z powyższym udział pacjentów I kategorii stanu zdrowia w liczbie pacjentów ogółem wynosił od 36,7% w 2016 r. do 57,0% w 2015 r. Natomiast ilość procedur wykonanych w Izbie Przyjęć Szpitala wyniosła kolejno: 11 875 w 2015 r., 20 348 w 2016 r., 18 741 w 2017 r. i 13 800 po III kwartałach 2018 r., z czego liczba procedur I kategorii stanu zdrowia wyniosła odpowiednio: 7 182, 8 829, 8 633 i 6 197. Taki rozkład udzielonych świadczeń sprawił, że procedury medyczne I kategorii stanu zdrowia stanowiły od 43,4% w 2016 r. do 60,5% w 2015 r.

(akta kontroli str. 24)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital zrealizował w IV kwartale 2017 r. ryczałt PSZ w 96,55%, co skutkowało obniżeniem jego kwoty na I półrocze 2018 r. Nie spowodowało to jednak zmian w zakresie udzielanych świadczeń w poszczególnych zakresach finansowanych tym ryczałtem. W badanym okresie poza jednym oddziałem nie było kolejki pacjentów oczekujących na udzielenia świadczenia, a na Oddziale Pediatrycznym ulegała ona zmniejszeniu o 11 pacjentów (do 16 pacjentów) i 7 dni (do 50,75 dnia). Szpital zapewnił także możliwość realizacji większości świadczeń po hospitalizacji oraz prowadził NiŚOZ, zgodnie z zapisami kontraktowymi.

³⁴ Oddział Wojewódzki NFZ odpowiadając na pismo skierowane w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK nie podał żadnych danych dotyczących świadczeń NiŚOZ udzielanych do dnia 1 października 2017 r. na obszarze obsługiwanym po tym terminie przez Szpital.

³⁵ Pacjenci zakwalifikowani do kategorii I stanu zdrowia w Izbie Przyjęć udziela się następujących świadczeń: porada lekarska, opieka pielęgniarska, wstępna ocena zdrowia pacjenta.

2. Zmiany w organizacji wewnętrznej Szpitala oraz w alokacji zasobów

Opis stanu faktycznego

2.1. W latach 2017-2018 w Szpitalu funkcjonowały następujące oddziały oraz poradnie, odpowiadające każdemu z realizowanych profili PSZ:

- Oddział Chorób Wewnętrznych i Geriatrii wraz z Poradnią Geriatryczną;
- Oddział Neonatologiczny wraz z Poradnią Neonatologiczną;
- Oddział Ginekologiczno-Położniczy wraz z Poradnią Ginekologiczno-Położniczą;
- Oddział Pediatriczny wraz z Poradnią Reumatologii Dziecięcej.

Szpital nie posiadał w tym okresie innych oddziałów i poradni niż wyżej wskazane.

(akta kontroli str. 239-259)

2.2. W związku z wprowadzeniem PSZ w Szpitalu nie zmienił się zakres udzielanych świadczeń, a także struktura organizacyjna kontrolowanej jednostki. Szpital, jeszcze przed wprowadzeniem PSZ, utworzył Pododdział Przewlekłej Wentylacji Pacjenta w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Geriatrii³⁶, Poradnię Neonatologii³⁷ oraz Poradnię Reumatologii Dziecięcej³⁸. Jednocześnie z dniem 10 lutego 2016 r. zlikwidowano Poradnię Patologii Ciąży. Po tym okresie nie dokonywano likwidacji oddziałów, poradni czy też ich połączenia z innymi komórkami organizacyjnymi.

(akta kontroli str. 239-241; 355)

2.3. W latach 2015-2018 (III kwartał) Szpital zrealizował inwestycje na łączną kwotę 15 330 330,00 zł. W ich ramach dokonano m.in.: zakupu wysoko cennej aparatury medycznej, zmodernizowano Sterylizatornię, dokonano termomodernizacji budynku Szpitala, zakupiono sprzęt IT oraz wdrażano nowy system IT. Źródłami finansowania tych inwestycji były środki własne Szpitala, Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego, dotacje i pożyczki Narodowego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej, fundusze unijne i norweskie, środki Ministerstwa Zdrowia oraz środki pozyskane od sponsorów. W badanym okresie nie doszło do utraty wartości tych inwestycji ze względu na likwidację profilu działalności leczniczej lub niemożność uruchomienia nowego profilu działalności.

(akta kontroli str. 25-28; 169-238)

2.4. W latach 2017-2018 nie było przypadku zakończenia działalności przez oddział lub poradnię prowadzone przez Szpital, w związku z tym nie zaistniała potrzeba poinformowania pacjentów o likwidacji działalności leczniczej lub jej części.

(akta kontroli str. 354; 359)

2.5. W okresie objętym kontrolą zatrudnienie w Szpitalu (w przeliczeniu na pełne etaty) wynosiło od 419,725 na koniec 2016 r. do 437,470 na koniec 2015 r. Natomiast na koniec III kwartału 2018 r. wyniosło ono 426,575 etatu, z czego 81,025 stanowili lekarze i rezydenci (19% ogółu), 230,25 pielęgniarki (54% ogółu), a 115,3 pozostały personel (27% ogółu). Największe zmiany w zatrudnieniu jakie zaszły w komórkach organizacyjnych udzielających świadczeń w leczeniu szpitalnym i w poradniach ambulatoryjnych po utworzeniu PSZ nastąpiły na Oddziale Chorób Wewnętrznych i Geriatrii, gdzie zatrudnienie uległo zmniejszeniu o 7 etatów³⁹ oraz

³⁶ 5 łóżek szpitalnych od dnia 1 listopada 2015 r., finansowane w ramach PSZ.

³⁷ Od dnia 1 sierpnia 2016 r. finansowane poza ryczałtem PSZ w ramach umowy z NFZ na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną.

³⁸ Od dnia 1 sierpnia 2016 r. finansowane poza ryczałtem PSZ w ramach umowy z NFZ na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną.

³⁹ 78,125 etatu na koniec 2016 r. i 71,125 etatu na koniec III kwartału 2018 r.

Oddziale Ginekologiczno-Położniczym, gdzie zatrudnienie uległo zwiększeniu o 3,60 etatu⁴⁰.

Wraz ze zmniejszeniem zatrudnienia na Oddziale Chorób Wewnętrznych i Geriatrii zredukowana została także liczba łóżek, tj. z 76 do 54, czyli o 29%, a to w związku z dostosowywaniem ich ilości do istniejących potrzeb i wyłączeniem z bieżącej działalności części powierzchni tego Oddziału. Kontrola nie stwierdziła negatywnych następstw tej redukcji.

(akta kontroli str. 32; 350)

2.6. W latach 2015-2018 tylko na Oddziale Chorób Wewnętrznych i Geriatrii spadła z 76 do 54 liczba łóżek⁴¹, w pozostałych przypadkach ich ilość była stała i wynosiła kolejno: 64 łóżka na Oddziale Neonatologii, 112 łóżek na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym i 26 łóżek na Oddziale Pediatrycznym.

Średni czas hospitalizacji na każdym z Oddziałów Szpitala w pierwszych trzech kwartałach lat 2015-2018 wynosił poniżej 10 dni, przy czym w tym okresie zmniejszył się na trzech z czterech Oddziałów, tj. z:

- 5,4 dnia do 4,8 dnia na Oddziale Neonatologicznym;
- 5,4 dnia do 4,9 dnia na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym;
- 3,6 dnia do 3,1 dnia na Oddziale Pediatrycznym.

Jedynie na Oddziale Chorób Wewnętrznych i Geriatrii czas ten wzrósł z 6,6 dnia w 2015 r. do 8,1 dnia w 2016 r., by ulec skróceniu do 7,6 dnia w 2018 r.

Natomiast średnie wykorzystanie łóżek w Szpitalu we wskazanym wyżej okresie wyniosło od 51,60% do 98,50%. Wskaźnik ten na Oddziale Neonatologicznym oraz Oddziale Ginekologiczno-Położniczym początkowo rósł, by następnie zmaleć, tj.:

- w pierwszym przypadku z 53,9% w 2015 r. do 63,9% w roku następnym, oraz do 57,3% w roku 2018;
- w drugim przypadku z 63,1% w 2015 r. do 70,3% w roku następnym, oraz do 60,4% w roku 2018.

Inna tendencja wystąpiła na Oddziale Pediatrycznym, gdzie średnie wykorzystanie łóżek zmniejszyło się z 63,7% w 2015 r. do 54,4% w roku następnym i do 51,6% w 2016 r., by wzrosnąć do 52,6% w 2018 r. W przypadku ostatniego, Oddziału Chorób Wewnętrznych i Geriatrii, na wielkość tego wskaźnika miało wpływ zmniejszenie liczby łóżek w roku 2017, w wyniku czego wskaźnik ten z 69,80% w 2015 r. początkowo wzrósł w roku następnym do 75,9% i 98,5% w 2017 r., by spaść do 80,8% w 2018 r.

W przypadku trzeciego wskaźnika opisującego wykorzystanie łóżek szpitalnych, tj. wskaźnika przelotowości⁴², najniższa jego wielkość wystąpiła na Oddziale Chorób Wewnętrznych i Geriatrii, gdzie w 2016 r. osiągnął 25,75, a najwyższy na Oddziale Pediatrycznym, gdzie w 2015 r. wyniósł 48,3⁴³.

Natomiast po wprowadzeniu PSZ wskaźnik przelotowości i średnie wykorzystanie łóżek szpitalnych uległy zmniejszeniu na Oddziale Chorób Wewnętrznych i Geriatrii⁴⁴, Oddziale Neonatologii⁴⁵ i Oddziale Ginekologiczno-Położniczym⁴⁶.

⁴⁰ 61,00 etatu na koniec 2016 r. i 64,60 etatu na koniec III kwartału 2018 r.

⁴¹ W czerwcu 2017 r.

⁴² Iloraz liczby hospitalizowanych i liczby posiadanych łóżek (określa, ilu chorych korzystało kolejno z jednego łóżka szpitalnego).

⁴³ Dla poszczególnych Oddziałów kształtował się on w okresach I-III kwartału lat 2015 – 2018 r. następująco:

- Oddział Chorób Wewnętrznych i Geriatrii – 28,77; 25,75; 33,68 i 29,19.
- Oddział Neonatologii – 27,27; 32,44; 34,73 i 32,86;
- Oddział Ginekologiczno-Położniczy – 31,7; 35,51; 34,21 i 33,8;
- Oddział Pediatryczny – 48,3; 47,19; 44,5 i 46,19.

⁴⁴ Wykorzystanie łóżek z 98,50% do 80,80%, a wskaźnik przelotowości z 33,68 do 29,19.

⁴⁵ Wykorzystanie łóżek z 63,00% do 57,30%, a wskaźnik przelotowości z 34,73 do 32,86.

Według wyjaśnień złożonych przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa trudno jednoznacznie określić przyczyny zmniejszenia stopnia wykorzystania łóżek i przelotowości. Szpital nie odmawiał bowiem przyjąć pacjentów na hospitalizację, odmowa przyjęcia wynikała tylko z brakiem wskazań do tego typu świadczenia, a na tych oddziałach nie były tworzone kolejki oczekujących.

(akta kontroli str. 32; 408)

2.7. Po utworzeniu PSZ zarówno do Szpitala, jak i Oddziału Wojewódzkiego NFZ nie wpływały skargi pacjentów, związane z ograniczeniem dostępności do świadczeń.

(akta kontroli str. 337; 359)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Wdrożenie PSZ nie spowodowało zmian w zakresie udzielanych świadczeń oraz strukturze organizacyjnej Szpitala. W momencie jego wprowadzenia, funkcjonowały oddziały i poradnie specjalistyczne odpowiadające każdemu z realizowanych profili objętych ryczałtem, a w kontrolowanym okresie nie doszło do likwidacji żadnego profilu działalności. Szpital utrzymał także finansowanie dla poradni, które nie zostały włączone do PSZ. W badanym okresie nie wystąpiły także przypadki utraty trwałości zrealizowanych działań inwestycyjnych. Po wprowadzeniu ryczałtu PSZ, nastąpił jednak spadek wartości wskaźników dotyczących średniego wykorzystania łóżek oraz przelotowości w trzech z czterech oddziałów Szpitala.

OBSZAR

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

Opis stanu
faktycznego

3.1. W badanym okresie wartość zawartych przez Szpital umów z NFZ rosła corocznie z 37 566 709,80 zł w 2015 r. do 46 652 336,95 zł w 2018 r. Najwyższy wzrost nastąpił w 2017 r., kiedy to wartość umów w porównaniu do roku poprzedniego była wyższa o 10,77%, tj. o 4 386 615,87 zł. Zmiana ta spowodowana została przede wszystkim wprowadzeniem świadczeń finansowanych ryczałtem PSZ oraz uruchomieniem w Szpitalu świadczeń NiŚOZ. W 2018 r. działalność Oddziału Chorób Wewnętrznych i Geriatrii wraz z Poradnią Geriatryczną oraz Oddziału Pediatrycznego i Poradni Ginekologiczno-Położniczej finansowane były w całości ze środków pochodzących z ryczałtu PSZ. Natomiast funkcjonowanie pozostałych oddziałów i poradni było zapewnione także poprzez inne, niż ten ryczałt, środki wynikające z umowy z NFZ, np. w przypadku Oddziału Neonatologii środki te stanowiły 99,75% wartości finansowania tego oddziału w 2015 r., a w przypadku Oddziału Ginekologiczno-Położniczego 78,53%.

Dla potrzeb analizy wyników ekonomicznych funkcjonowania komórek organizacyjnych Szpital dokonywał wyliczeń dla wszystkich czterech oddziałów. Przychody w pierwszych trzech kwartałach 2018 r. w porównaniu do tego samego okresu 2015 r. były wyższe w każdym z nich, tj. przychody Oddziału Pediatrycznego wzrosły o 4,97%, Oddziału Neonatologicznego o 9,10%, Oddziału Chorób Wewnętrznych i Geriatrii o 10,57%, a Oddziału Ginekologiczno-Położniczego o 24,64%. Tylko w przypadku Oddziału Pediatrycznego przychody z NFZ pozwalały na pokrycie kosztów jego działalności.

(akta kontroli str. 33; 37-38; 52-168)

⁴⁶ Wykorzystanie łóżek z 63,80% do 60,40%, a wskaźnik przelotowości z 34,21 do 33,8.

3.2. W okresie pierwszych trzech kwartałów lat 2015-2018 przychody z NFZ nie pozwalały na pokrycie kosztów działalności leczniczej, wynikiem czego było ponoszenie przez Szpital straty na tego rodzaju działalności. Strata ta początkowo zmalała z -6 019 498,00 zł po III kwartałach 2015 r. do -4 670 645,00 zł po III kwartałach 2017 r., by po III kwartałach 2018 r. ponownie wzrosnąć, tym razem do -6 118 231,00 zł. W tym okresie Szpital zanotował wprawdzie wzrost przychodów z działalności leczniczej o 31,30%, tj. z 27 873 923,00 zł do 36 599 176,00 zł, w tym przychody z FZ wzrosły o 30,83% i stanowiły około 95% przychodów z działalności leczniczej Szpitala⁴⁷. Jednocześnie jednak koszty działalności leczniczej w badanym okresie wzrosły o 26,03%, tj. z 33 893 421,00 zł do 42 717 407,00 zł. Największą kategorią kosztów działalności leczniczej ponoszoną przez Szpital były koszty wynagrodzeń oraz medycznych usług obcych, które stanowiły od 63,96% całości tych kosztów na początku badanego okresu do 62,67% na koniec tego okresu. W badanym okresie wynik finansowy netto wykazywał podobny trend jak wynik działalności leczniczej, tj. strata netto Szpitala zmniejszyła się początkowo z -7 221 504,00 zł do -3 738 755,00 zł po III kwartałach 2017 r., by następnie wzrosnąć do -4 925 163,00 zł. Największy wpływ na pogorszenie wyniku działalności po wprowadzeniu PSZ miał wzrost kosztów wynagrodzeń pielęgniarek i lekarzy oraz kosztów usług obcych.

W okresie pierwszych trzech kwartałów lat 2015-2018 zwiększyły się zobowiązania ogółem Szpitala z 17 465 724,00 zł do 24 709 658,00 zł, zmianie uległa natomiast ich struktura, gdyż zwiększył się w nich udział zobowiązań długoterminowych z 16,26% na początku tego okresu do 50,48% na koniec tego okresu. W tym samym okresie zobowiązania wymagalne Szpitala początkowo spadły z 8 327 373,00 zł po III kwartałach 2015 r. do 1 545 650,00 zł po III kwartałach 2017 r., by ponownie wzrosnąć do 3 858 079,00 zł po III kwartałach 2018 r.

Według informacji udzielonych przez Dyrektora podejmowane w latach 2015-2018 działania naprawcze i reorganizacyjne zmierzające do poprawy sytuacji finansowej Szpitala, obejmowały:

- uruchomienie w 2015 r. w ramach Oddziału Chorób Wewnętrznych i Geriatrii sali z 5 łózkami wentylacji mechanicznej, które pozwala na zdobycie doświadczenia, które ma być wykorzystane w 2019 r. w powoływanym do życia Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym oraz zmniejszenie w 2017 r. ilości łóżek na tym Oddziale;
- optymalizację od września 2016 r. zadań związanych z utrzymaniem czystości;
- konwersję w grudniu 2016 r. zobowiązań krótkoterminowych, na zobowiązania długoterminowe, w wyniku zaciągnięcia pożyczki w wysokości 12 000 000,00 zł na okres 120 miesięcy z rocznym okresem karencji w spłacie kapitału;
- ustanowienie pod koniec 2017 r. konsorcjum w zakresie wspólnego żywienia pacjentów wraz z Uniwersyteckim Szpitalem Klinicznym we Wrocławiu, co ma przynieść od 2019 r. oszczędności na usługach obcych związanych z cateringiem zewnętrznym.

(akta kontroli str. 34; 263-336; 349-351; 357-358)

3.3. Szpital w ramach działań związanych z wprowadzeniem PSZ poniósł jedynie niezbędne koszty związane z uruchomieniem świadczeń NiŚOZ w łącznej kwocie

⁴⁷ 26 511 493,00 zł w I-III kw. 2015 r., co stanowiło 95,11% przychodów z działalności leczniczej w tym okresie; 29 706 742,00 zł w I-III kw. 2016 r., co stanowiło 94,5% przychodów z działalności leczniczej Szpitala; 32 233 264,00 zł w I-III kw. 2017 r. co stanowiło 95,47% przychodów z działalności leczniczej Szpitala; 34 684 406,00 zł w I-III kw. 2018 r., co stanowiło 94,77% przychodów z działalności leczniczej Szpitala w tym okresie.

57 908,02 zł⁴⁸. W ich ramach dokonano zakupu m.in.: elektrokardiografu, kardiomonitora, rejestratora rozmów, neseserów z wyposażeniem dla pielęgniarek, zestawów komputerowych, drukarki oraz wyposażono pomieszczenia dwóch gabinetów lekarskich, gabinetu zabiegowego, pokoju socjalnego i rejestracji.

(akta kontroli str. 356)

3.4. W okresie pierwszych trzech kwartałów lat 2015-2018 suma wskaźników ekonomiczno-finansowych Szpitala wyliczonych na podstawie *rozporządzenia w sprawie wskaźników* wzrosła z 3 pkt⁴⁹ po III kwartale 2015 r. do 17 pkt⁵⁰ po III kwartale 2018 r., przy maksymalnym możliwym wskaźniku wynoszącym 70 pkt. Wzrost ten następował corocznie i nie był skorelowany z wprowadzeniem PSZ. Powodem osiągania takiego poziomu wskaźników była przede wszystkim nierentowność Szpitala w tym okresie oraz wysokie zadłużenie połączone z ujemną wartością funduszu własnego.

W udzielonych wyjaśnieniach Dyrektor wskazał, że wielkość badanych wskaźników, a także szerzej sytuacja finansowa Szpitala, wynikała z dużej różnicy pomiędzy osiąganymi przez jednostkę przychodami, a ponoszonymi przez nią kosztami. Zaznaczył przy tym, że Szpital jednocześnie nie ma wpływu na obowiązującą jednostkową wartość punktu rozliczeniowego udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, nie ma możliwości dywersyfikacji udzielanych świadczeń, nie może zrezygnować z grupy realizacji grupy świadczeń nierentownych oraz nie ma możliwości udzielania świadczeń powyżej wartości zawartych umów z NFZ w związku z nierealizowaniem płatności przez płatnika za ich wykonanie (z wyłączeniem świadczeń nielimitowanych). Dyrektor poinformował także, że w związku z sytuacją ekonomiczną Szpitala, organ tworzący⁵¹, zgodnie z art. 59 pkt 2 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej*⁵² (dalej: „u.d.l.”) w okresie 2015-2018 pokrył stratę kontrolowanej jednostki⁵³. Dodał także, że w tym okresie zgodnie z art. 59 pkt 4 u.d.l. został przedłożony organowi tworzącemu „Program rozwoju Szpitala Specjalistycznego im. A. Falkiewicza we Wrocławiu na lata 2016-2026”, w którym zostały ujęte planowane działania naprawcze. Z realizacji tego planu Szpital przekazuje sprawozdania z realizacji zaplanowanych działań restrukturyzacyjnych.

(akta kontroli str. 35-36; 352; 385-407)

3.5. Wartość ryczałtu PSZ przyznanego Szpitalowi na I półrocze 2018 r.⁵⁴ spadła na skutek jego wykonania na poziomie poniżej 98% w IV kwartale 2017 r.⁵⁵. Natomiast wielkość ryczałtu za II półrocze 2018 r.⁵⁶ była o 3,87% wyższa niż za I półrocze 2018 r. Szpital podejmował działania mające na celu uzyskanie wyższego ryczałtu za II kwartał 2018 r., w szczególności przez uzyskanie współczynnika korygującego (qlj) związanego z jakością udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na okres planowany. W dniu 29 grudnia 2017 r. jednostka przedstawiła dyrektorowi Oddziału Wojewódzkiego NFZ dokumenty zgodnie z tabelą nr 2 określoną w załączniku do *rozporządzenia w sprawie ryczałtu PSZ*, tj. certyfikaty i zaświadczenia:

- certyfikat uzyskania ISO 9001:2008 dla diagnostyki laboratoryjnej;

⁴⁸ 42 542,15 zł w 2017 r. i 15 365,87 zł w 2018 r.

⁴⁹ Wskaźnik rotacji należności wyniósł 41 dni – za co przyznano 3 pkt. według cytowanego rozporządzenia.

⁵⁰ Wskaźnik szybkiej płynności wyniósł 0,51 za co przyznano 8 pkt; wskaźnik rotacji należności – 52 dni (2 pkt); wskaźnik rotacji zobowiązań – 49 dni (7 pkt).

⁵¹ Województwo Dolnośląskie.

⁵² Dz. U. z 2018 r. poz. 160, ze zm.

⁵³ Pokrycie straty = wynik finansowy netto – amortyzacja.

⁵⁴ Łącznie 8 542 056,00 zł – po 4 271 028,00 zł za I i II kwartał 2018 r.

⁵⁵ Wartość ryczałtu za IV kwartał 2017 r. – 4 431 192,00 zł, wykonanie 4 278 484,07 zł, czyli 96,55%.

⁵⁶ Łącznie 8 872 752,00 zł, z czego 4 271 028 zł za III kwartał 2018 r. i 4 601 724,00 zł za IV kwartał 2018 r.

- zaświadczenie Centralnego Ośrodka Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej o pozytywnym wyniku sprawdzianu wiarygodności badań mikrobiologicznych;
- zaświadczenie Centralnego Ośrodka Badań Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej o udziale i wyniku międzylaboratoryjnej oceny jakości badań w zakresie chemii klinicznej;
- zaświadczenia Instytutu Hematologii i Transfuzjologii o udziale w krajowym programie zewnętrznej oceny jakości dla laboratoriów immunologii transfuzjologicznej.

Dla powyższego okresu wystąpiła również zmiana parametrów świadczeń opieki zdrowotnej sprawozdanych w ryczałcie w okresie obliczeniowym, w porównaniu do okresu porównawczego, obliczona na podstawie dokumentów rozliczeniowych, tj. nastąpił wzrost wartości punktowej świadczeń ambulatoryjnych o 11,1%⁵⁷.

(akta kontroli str. 6; 119-168; 360-383)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital w badanym okresie znajdował się w bardzo trudnej sytuacji ekonomicznej, na którą niewielki wpływ miało wprowadzenie PSZ. Po wprowadzeniu ryczałtu przychody jednostki z działalności leczniczej wzrosły o 8,4%, jednak koszty tej działalności wzrosły jednocześnie o 11,1%, czego skutkiem było dalsze ponoszenie wysokich strat. Analiza wskaźnikowa sporządzona na podstawie sprawozdań finansowych przy zastosowaniu metody punktowej, zgodnie z *rozporządzeniem w sprawie wskaźników* pokazała, że najwyższy ich poziom Szpital osiągnął na koniec III kwartału 2018 r., kiedy to uzyskał 24,3% wartości maksymalnej. Wieloletnie straty ponoszone przez Szpital spowodowały także, że jego kapitał własny osiągnął wartość ujemną i, mimo działań naprawczych, występowało ekonomiczne zagrożenie dla jego dalszej działalności.

Szpital podjął także działania w celu otrzymania wyższego ryczałtu PSZ na II półrocze 2018 r. poprzez uzyskanie dodatnich współczynników korygujących oraz zrealizował świadczenia na takim poziomie, aby doszło do zastosowania dodatnich współczynników korygujących przy obliczaniu tego ryczałtu przez NFZ.

IV. Uwagi i wnioski

W związku z niestwierdzeniem nieprawidłowości Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag i wniosków.

⁵⁷ Podwojona wartość IV kwartału 2017 r. – 122 413,20 zł; I półrocze 2018 r. – 136 003,86 zł.

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 we Wrocławiu. 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.

Wrocław, 26 listopada 2018 r.

Kontroler:

Cezary Mazik

Specjalista kontroli państwowej


.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli

Delegatura we Wrocławiu

Dyrektor


DYREKTOR
Delegatura Najwyższej Izby Kontroli
we Wrocławiu
z up.
Ziemowit Piotrowski
Wiceprezident
.....
podpis

R. Kobuszko

