



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura we Wrocławiu

LWR.410.031.03.2018

Zofia Barczyk - Dyrektor
Wielospecjalistyczny Szpital Samodzielny Publiczny
Zespół Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu
Ul. Lubańska 11-12
59-900 Zgorzelec

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	Wielospecjalistyczny Szpital Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej Zgorzelec (dalej: „WS SPZOZ”, lub: „Szpital”).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Zofia Barczyk, Dyrektor od dnia 13 maja 1999 r. i 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 (dalej: „ustawa o NIK”).
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura we Wrocławiu
Kontroler	Maria Ossowska, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LWR/222/2018 z dnia 11 października 2018 r.

(akta kontroli str. 1-2)

¹ Do dnia zakończenia czynności kontrolnych, tj. do dnia 28 listopada 2018 r.

² Dz. U. z 2017 r. poz. 524, ze zm.

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Wprowadzenie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (dalej: „PSZ”) nie miało znaczącego wpływu na funkcjonowanie WS SPZOZ i poprawę dostępu pacjentów do tych świadczeń. Nie spowodowało bowiem zmian w zakresie udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej i strukturze organizacyjnej Szpitala. 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 z profili działalności Szpitala. WS SPZOZ zapewnił także możliwość realizacji większości świadczeń pohospitalizacyjnych oraz prowadził nocną i świąteczną opiekę zdrowotną (dalej: „NiŚOZ”), zgodnie z zapisami kontraktu zawartego z Narodowym Funduszem Zdrowia (dalej: „NFZ”).

Chociaż Szpital realizował świadczenia opieki zdrowotnej w wysokości od 100,2% do 105,7% przyznawanej kwartalnie kwoty ryczałtu PSZ, to w przypadku sześciu z dwunastu oddziałów szpitalnych oraz trzynastu poradni specjalistycznych pacjenci oczekiwali na udzielenie świadczenia, a ich liczba i czas oczekiwania na świadczenie w większości przypadków wzrosły po wprowadzeniu PSZ. Spowodowane to było przede wszystkim przestrzeganiem ograniczeń wynikających z przyznanej kwoty ryczałtu PSZ oraz dużą ilością pacjentów długotrwale leczonych. Po wprowadzeniu ryczałtu, nastąpił także spadek wartości wskaźników dotyczących średniego wykorzystania łóżek oraz przelotowości w pięciu z 12 oddziałów Szpitala. Jednocześnie w pięciu kolejnych oddziałach nastąpiła poprawa tych wskaźników, a w dwóch pozostałych nie uległy one zmianie.

Po wprowadzeniu ryczałtu PSZ przychody WS SPZOZ z działalności leczniczej wzrosły o 12,5%. Mniej, bo o 12,0% wzrosły koszty działalności leczniczej, czego skutkiem było ograniczenie straty ponoszonej na tej działalności. Z kolei analiza wskaźnikowa – sporządzona w oparciu o sprawozdania finansowe Szpitala z zastosowaniem metody punktowej, przewidzianej w rozporządzeniu 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 zdrowotnej (dalej: „rozporządzenie w sprawie wskaźników”) – wykazała, że najwyższy poziom wskaźników ekonomiczno-finansowych osiągnięty został na koniec IV kwartału 2016 r., kiedy to wyniósł 60%, natomiast już po wprowadzeniu PSZ, tj. na koniec III kwartału 2018 r., zmniejszył się do 50% liczby punktów możliwych do uzyskania.

Szpital podjął skuteczne działania w celu otrzymania wyższego ryczałtu PSZ na II półrocze 2018 r. poprzez uzyskanie dodatnich współczynników korygujących z tytułu przekazania do Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: „NFZ”) świadectw potwierdzających jakość procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnych oraz wzrostu liczby jednostek sprawozdawczych świadczeń ambulatoryjnych.

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

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe⁴ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Realizacja świadczeń ambulatoryjnych, szpitalnych i rehabilitacyjnych

Opis stanu faktycznego

1.1. Szpital w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (dalej: „PSZ”), zgodnie z art. 95l ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁵ (dalej: „ustawa o świadczeniach”), został zaliczony do poziomu szpitali II stopnia. W ramach PSZ, nieprzerwanie od jego wprowadzenia, funkcjonowały w nim profile:

- anestezjologia i intensywna terapia,
- chemioterapia – hospitalizacja,
- chirurgia ogólna,
- choroby wewnętrzne,
- kardiologia,
- neonatologia,
- neurologia,
- okulistyka,
- ortopedia i traumatologia narządu ruchu,
- otolaryngologia,
- pediatria,
- położnictwo i ginekologia,
- szpitalny oddział ratunkowy.

Szpital w okresie IV kwartał 2017 r. – III kwartał 2018 r. realizował następujące świadczenia w ramach poszczególnych profili zabezpieczenia PSZ⁶:

- anestezjologia i intensywna terapia – hospitalizacja, w ramach której wartość punktowa wahała się od 742 343,00 zł w III kwartale 2018 r. do 926 902,50 zł w I kwartale 2018 r.;
- świadczenia w zakresie onkologii, których wartość punktowa wynosiła od 36 700,00 zł w III kwartale 2018 r. do 42 748,00 zł w IV kwartale 2017 r.;
- świadczenia w zakresie onkologii pierwszorazowe, których wartość punktowa wynosiła od 19 534,80 zł w IV kwartale 2017 r. do 27 724,40 zł w III kwartale 2018 r.;
- chirurgia ogólna - hospitalizacja, w ramach której wartość punktowa wahała się od 997 587,40 zł w II kwartale 2018 r. do 1 371 980,04 zł w III kwartale 2018 r.;
- świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej, których wartość punktowa wynosiła od 59 708,00 zł w IV kwartale 2017 r. do 74 625,00 zł w II kwartale 2018 r.;
- świadczenia zabiegowe w chirurgii ogólnej, których wartość punktowa wynosiła od 46 676,00 zł w IV kwartale 2017 r. do 85 535,20 zł w III kwartale 2018 r.;
- choroby wewnętrzne- hospitalizacja, w ramach której wartość punktowa wahała się od 811 510,06 zł w IV kwartale 2017 r. do 995 740,88 zł w II kwartale 2018 r.;
- świadczenia w zakresie diabetologii, których wartość punktowa wynosiła od 13 106,00 zł w I kwartale 2018 r. do 17 492,00 zł w IV kwartale 2017 r.;

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

⁵ Dz. U. z 2018 r. poz.1510, ze zm.

⁶ Poza PSZ funkcjonowały oddziały: urologiczny i onkologii klinicznej (więcej w części 2.2 niniejszego wystąpienia).

- świadczenia w zakresie diabetologii pierwszorazowe, których wartość punktowa wynosiła od 3 141,60 zł w III kwartale 2018 r. do 4 188,80 zł w I kwartale 2018 r.;
- świadczenia w zakresie endokrynologii, których wartość punktowa wynosiła od 104 757,20 zł w III kwartale 2018 r. do 129 384,00 zł w II kwartale 2018 r.;
- świadczenia w zakresie endokrynologii pierwszorazowe, których wartość punktowa wynosiła od 5 901,50 zł w II kwartale 2018 r. do 11 579,70 zł w III kwartale 2018 r.;
- świadczenia w zakresie hematologii, których wartość punktowa wynosiła od 15 859,00 zł w III kwartale 2018 r. do 19 256,00 zł w IV kwartale 2017 r.;
- świadczenia w zakresie hematologii pierwszorazowe, których wartość punktowa wynosiła od 2 833,60 zł w I i III kwartale 2018 r. do 3 819,20 zł w IV kwartale 2017 r.;
- świadczenia w zakresie gruźlicy i chorób płuc, których wartość punktowa wynosiła od 11 325,00 zł w I kwartale 2018 r. do 18 268,00 zł w IV kwartale 2017 r.;
- świadczenia w zakresie gruźlicy i chorób płuc pierwszorazowe, których wartość punktowa wynosiła od 22 848,10 zł w I kwartale 2018 r. do 30 905,60 zł w II kwartale 2018 r.;
- świadczenia w zakresie reumatologii, których wartość punktowa wynosiła od 25 682,00 zł w III kwartale 2018 r. do 30 910,00 zł w IV kwartale 2017 r.;
- świadczenia w zakresie reumatologii pierwszorazowe, których wartość punktowa wynosiła od 4 681,60 zł w IV kwartale 2017 r. i I kwartale 2018 r. do 5 359,20 zł w II kwartale 2018 r.;
- świadczenia w zakresie urologii, których wartość punktowa wynosiła od 37 483,00 zł w I kwartale 2018 r. do 43 228,00 zł w IV kwartale 2017 r.;
- kardiologia – hospitalizacja, w ramach której wartość punktowa wahała się od 1 290 159,76 zł w III kwartale 2018 r. do 1 512 727,00 zł w IV kwartale 2017 r.;
- świadczenia w zakresie kardiologii, których wartość punktowa wynosiła od 64 928,00 zł w I kwartale 2018 r. do 78 208,00 zł w IV kwartale 2017 r.;
- świadczenia w zakresie kardiologii pierwszorazowe, których wartość punktowa wynosiła od 22 901,40 zł w II kwartale 2018 r. do 30 834,30 zł w I kwartale 2018 r.;
- neurologia – hospitalizacja, w ramach której wartość punktowa wahała się od 421 075,52 zł w III kwartale 2018 r. do 587 493,00 zł w I kwartale 2018 r.;
- neurologia – hospitalizacja A48 i A51 w ramach której wartość punktowa wahała się od 507 811,06 zł w I kwartale 2018 r. do 802 765,44 zł w III kwartale 2018 r.;
- świadczenia w zakresie neurologii, których wartość punktowa wynosiła od 20 543,00 zł w III kwartale 2018 r. do 22 570,00 zł w II kwartale 2018 r.;
- świadczenia w zakresie neurologii pierwszorazowe, których wartość punktowa wynosiła od 15 400,00 zł w I kwartale 2018 r. do 21 904,96 zł w III kwartale 2018 r.;
- okulistyka – hospitalizacja, w ramach której wartość punktowa wahała się od 342 531,00 zł w I kwartale 2018 r. do 919 168,00 zł w II kwartale 2018 r.;
- świadczenia w zakresie okulistyki, których wartość punktowa wynosiła od 143 553,00 zł w IV kwartale 2017 r. do 155 966,00 zł w II kwartale 2018 r.;
- świadczenia zabiegowe w okulistyce, których wartość punktowa wynosiła od 34 127,00 zł w IV kwartale 2017 r. do 44 844,00 zł w II kwartale 2018 r.;
- ortopedia i Traumatologia Narządu Ruchu – hospitalizacja, w ramach której wartość punktowa wahała się od 942 825,96 zł w IV kwartale 2017 r. do 1 184 235,00 zł w I kwartale 2018 r.;

- świadczenia w zakresie Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu, których wartość punktowa wynosiła od 95 586,00 zł w I kwartale 2018 r. do 109 642,20 zł w III kwartale 2018 r.;
- świadczenia zabiegowe w Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu, których wartość punktowa wynosiła od 35 737,00 zł w IV kwartale 2017 r. do 44 850,90 zł w III kwartale 2018 r.;
- Otolaryngologia – hospitalizacja, w ramach której wartość punktowa wahała się od 652 752,00 zł w III kwartale 2018 r. do 739 667,00 zł w I kwartale 2018 r.;
- świadczenia w zakresie otolaryngologii, których wartość punktowa wynosiła od 44 386,00 zł w II kwartale 2018 r. do 48 291,00 zł w I kwartale 2018 r.;
- świadczenia zabiegowe w otolaryngologii, których wartość punktowa wynosiła od 2 110,00 zł w I kwartale 2018 r. do 7 100,00 zł w IV kwartale 2017 r.;
- pediatria – hospitalizacja, w ramach której wartość punktowa wahała się od 716 042,06 zł w II kwartale 2018 r. do 1 047 480,68 zł w I kwartale 2018 r.;
- położnictwo i ginekologia – hospitalizacja, w ramach której wartość punktowa wahała się od 369 209,02 zł w IV kwartale 2017 r. do 425 687,14 zł w I kwartale 2018 r.;
- świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii, których wartość punktowa osiągnęła od 89 819,68 zł w III kwartale 2018 r. do 138 067,44 zł w II kwartale 2018 r.;
- świadczenia zabiegowe w położnictwie i ginekologii, których wartość punktowa wynosiła od 474,00 zł w III kwartale 2018 r. do 1 254,00 zł w IV kwartale 2017 r.;
- świadczenia w zakresie pobrania materiału do przesiewowego badania cytologicznego, których wartość punktowa wynosiła od 4 788,00 zł w III kwartale 2018 r. do 12 420,00 zł w IV kwartale 2017 r.

Wartość ryczałtu przypadającego Szpitalowi zgodnie z umową z NFZ na świadczenia finansowane w ramach PSZ wyniosła 9 624 109,00 zł w IV kwartale 2017 r. oraz po 9 851 787,00 zł w I, II i III kwartale 2018 r. Natomiast łączne świadczenia finansowane w ramach ryczałtu wyniosły: 10 272 001,94 zł w IV kwartale 2017 r., 10 272 001,94 zł w I kwartale 2018 r., 9 874 811,44 zł w II kwartale 2018 r. oraz 10 417 773,60 zł w III kwartale 2018 r., co stanowiło odpowiednio 105,6%; 104,3%, 100,2% i 105,7% wartości ryczałtu za ten dany okres.

(akta kontroli str. 6-7, 102-161, 353-371)

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, tj.: otolaryngologia i kardiologia. W badanym okresie na Oddziale Kardiologicznym nie wystąpiły przypadki oczekiwania pacjentów na przyjęcie, natomiast na Oddziale Otolaryngologicznym, na koniec III kwartału 2018 r. zmniejszyła się liczba pacjentów pilnych i stabilnych oczekujących na udzielenie świadczenia⁷ oraz czas oczekiwania w przypadkach pilnych⁸, przy wzroście czasu oczekiwania w przypadkach stabilnych⁹. W pierwszym z tych profili, po wprowadzeniu PSZ, zmniejszyła się

⁷ Z 548 w II kwartale 2015 r. do 458, tj. o 16,4%, w przypadkach stabilnych i z 10 do 5, tj. o 50% w przypadkach pilnych.

⁸ Z 19 do 11 dni, tj. o 42,1% w przypadkach pilnych.

⁹ Z 76 do 87 dni, tj. o 12,6% w przypadkach stabilnych.

o 7,8%¹⁰ liczba pacjentów ogółem oraz zanotowano spadek liczby świadczeń jednostkowych o 7,8%¹¹, przy spadku ich wartości o 7,7%¹². Po wprowadzeniu PSZ nastąpił spadek o 8% liczby pacjentów leczonych stacjonarnie¹³ oraz o 8% liczby pacjentów leczonych ambulatoryjnie¹⁴. Udział pacjentów leczonych ambulatoryjnie zarówno przed wprowadzeniem PSZ, jak i po wprowadzeniu tych zmian, wynosił 70%¹⁵. Jednocześnie w obu badanych okresach zanotowano 70%¹⁶ udział świadczeń jednostkowych udzielanych ambulatoryjnie w stosunku do świadczeń jednostkowych ogółem oraz 6%¹⁷ udział świadczeń ambulatoryjnych w wartości świadczeń ogółem.

W przypadku drugiego z badanych profili, po wprowadzeniu PSZ nastąpił spadek liczby pacjentów ogółem o 5,9%¹⁸, przy jednoczesnym spadku liczby świadczeń jednostkowych o 5,8%¹⁹ oraz wzroście ich wartości o 3,9%²⁰. Po wprowadzeniu PSZ nastąpił spadek liczby pacjentów leczonych stacjonarnie o 10%²¹, przy spadku o 4,5%²² liczby pacjentów leczonych w trybie ambulatoryjnym. W wyniku tego trendu udział pacjentów leczonych ambulatoryjnie zwiększył się z 74%²³ przed wprowadzeniem PSZ do 75,8%²⁴ po wprowadzeniu tych zmian. Jednocześnie zanotowano wzrost z 73,6%²⁵ do 74,6%²⁶ udziału świadczeń jednostkowych udzielanych ambulatoryjnych w stosunku do świadczeń jednostkowych ogółem, przy niewielkim spadku z 6,64%²⁷ do 6,61%²⁸ ich udziału w wartości świadczeń ogółem. Według Dyrektora Szpitala różnice pomiędzy analizowanymi okresami wynikały z dostosowania ilości świadczeń do przyznanego ryczałtu.

(akta kontroli str. 8-13, 14, 43-54)

1.3. Badanie zapewnienia przez Szpital pacjentom kompleksowego oraz koordynowanego świadczenia ambulatoryjnego, szpitalnego i rehabilitacyjnego,

¹⁰ Przed wprowadzeniem PSZ – średnio kwartalnie 1 928 pacjentów, po wprowadzeniu PSZ – średnio kwartalnie 1 779 pacjentów.

¹¹ Przed wprowadzeniem PSZ – średnio kwartalnie 1 931 świadczeń, po wprowadzeniu PSZ – średnio kwartalnie 1 780 świadczeń.

¹² Przed wprowadzeniem PSZ – średnio kwartalna wartość świadczeń wynosiła 794 436,36 zł, po wprowadzeniu PSZ – średnio kwartalna wartość świadczeń wynosiła 733 452,00 zł.

¹³ Przed wprowadzeniem PSZ – średnio kwartalnie – 576 pacjentów, po wprowadzeniu PSZ – średnio kwartalnie 529 pacjentów.

¹⁴ Przed wprowadzeniem PSZ – średnio kwartalnie 1 353 pacjentów, po wprowadzeniu PSZ – średnio kwartalnie 1 249 pacjentów.

¹⁵ Przed wprowadzeniem PSZ - średnio kwartalnie 1 353 pacjentów leczonych ambulatoryjnie z 1 928 pacjentów ogółem, po wprowadzeniu PSZ - średnio kwartalnie 1 249 pacjentów leczonych ambulatoryjnie z 1 779 pacjentów ogółem.

¹⁶ Przed wprowadzeniem PSZ - średnio kwartalnie 1 353 świadczeń jednorazowych z 1 931 świadczeń, po wprowadzeniu PSZ – średnio kwartalnie 1 249 świadczeń jednorazowych z 1 780 świadczeń.

¹⁷ Przed wprowadzeniem PSZ - średnio kwartalna wartość świadczeń – 46 852,00 zł z 794 436,36 zł ogółem, po wprowadzeniu PSZ - średnio kwartalna wartość świadczeń – 46 212,00 zł z 733 452,00 zł ogółem.

¹⁸ Przed wprowadzeniem PSZ – średnio kwartalnie 1 622 pacjentów, po wprowadzeniu PSZ – średnio kwartalnie 1 526 pacjentów.

¹⁹ Przed wprowadzeniem PSZ – średnio kwartalnie 1 648 świadczeń, po wprowadzeniu PSZ – średnio kwartalnie 1 552 świadczeń.

²⁰ Przed wprowadzeniem PSZ – średnio kwartalna wartość świadczeń wynosiła 1 419 006,00 zł, a po wprowadzeniu PSZ – średnio kwartalna wartość świadczeń wynosiła 1 475 625,00 zł.

²¹ Przed wprowadzeniem PSZ – średnio kwartalnie 408 pacjentów, po wprowadzeniu PSZ – średnio kwartalnie 367 pacjentów.

²² Przed wprowadzeniem PSZ – średnio kwartalnie 1 213 pacjentów, po wprowadzeniu PSZ – średnio kwartalnie 1 158 pacjentów.

²³ Średnio kwartalnie 1 213 pacjentów leczonych ambulatoryjnie z 1 622 pacjentów ogółem.

²⁴ Średnio kwartalnie 1 158 pacjentów leczonych ambulatoryjnie z 1 526 pacjentów ogółem.

²⁵ Średnio kwartalnie 1 213 świadczeń jednorazowych z 1 648 świadczeń.

²⁶ Średnio kwartalnie 1 158 świadczeń jednorazowych z 1 552 świadczeń.

²⁷ Średnio kwartalnie 94 297,00 zł wartości świadczeń z 1 419 006,00 zł wartości świadczeń ogółem.

²⁸ Średnio kwartalnie 97 565,00 zł wartości świadczeń z 1 475 625,00 zł wartości świadczeń ogółem.

stosowanie do ich potrzeb, zostało przeprowadzone na próbie 80 pacjentów wypisanych w miesiącu listopadzie 2017 r. i kwietniu 2018 r.²⁹. W badanej próbie:

- 31 pacjentów (38,75% próby) potrzebowało świadczeń pohospitalizacyjnych, realizowanych w okresie nie dłuższym niż 30 dni od zakończenia hospitalizacji, z czego: wszyscy pacjenci uzyskali potrzebne świadczenie pohospitalizacyjne w kontrolowanej jednostce w terminie do 30 dni;
- 36 pacjentów (45% próby) wymagało dalszego leczenia w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, z czego 27 uzyskało świadczenie w kontrolowanym podmiocie, a w pozostałych przypadkach – nie zgłosiło się;
- 33 pacjentów (41,25%) wymagało rehabilitacji po opuszczeniu Szpitala, z czego 23 pacjentów uzyskało świadczenie w kontrolowanym podmiocie, w dwóch przypadkach wpisano na listę oczekujących i ustalono termin udzielenia świadczenia, a w pozostałych ośmiu przypadkach – nie zgłosiło się.

(akta kontroli str. 15-24)

1.4. Liczba odmów odnotowanych w Księdze odmów, przyjęć i porad ambulatoryjnych prowadzonych w SOR Szpitala została objęta badaniem na koniec marca oraz września lat 2015 – 2018. W wyniku tego badania stwierdzono, że ilość odmów była na porównywalnym poziomie zarówno przed jak i po wprowadzeniu PSZ, i wyniosła: w marcu 2015 r. - 29; we wrześniu 2015 r. - 244; w marcu 2016 r. - 344, we wrześniu 2016 r. - 324, w marcu 2017 r. - 302, we wrześniu 2017 r. - 231, w marcu 2018 r. - 307, a we wrześniu 2018 r. - 210. W toku badania stwierdzono także, że w następujących miesiącach wystąpiły przypadki odmowy przejęcia pacjenta związane z brakiem miejsc w Szpitalu:

- we wrześniu 2015 r. – jeden przypadek, gdzie pacjent został przewieziony do innego szpitala;
- w marcu 2016 r. - dziewięć przypadków, z czego trzech pacjentów zostało przewiezionych do innego szpitala;
- we wrześniu 2016 r. - cztery przypadki, z czego dwóch pacjentów zostało przewiezionych do innego szpitala;
- w marcu 2017 r. - siedem przypadków, z czego pięciu pacjentów zostało przewiezionych do innego szpitala;
- we wrześniu 2017 r. - dwa przypadki, z czego jeden z pacjentów został przewieziony do innego szpitala;
- w marcu 2018 r. - osiem przypadków, z czego sześciu pacjentów zostało przewiezionych do innego szpitala;
- we wrześniu 2018 r. - cztery przypadki, gdzie każdy z pacjentów został przewieziony do innego szpitala.

Zgodnie z wyjaśnieniami Dyrektora Szpitala, w przypadkach odmów związanych z brakiem miejsc w Szpitalu, pacjentom zalecano leczenie zachowawcze³⁰, kierowano go do innego szpitala³¹ lub wykonywano badania diagnostyczne i wyznaczano inny dzień zgłoszenia się do Szpitala³².

(akta kontroli str. 25-28)

1.5. W badanym okresie na sześciu z dwunastu oddziałów szpitalnych i w trzynastu poradniach pacjenci oczekiwali na udzielenia świadczenia. Po wprowadzeniu PSZ nie poprawił się dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w szpitalu,

²⁹ 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, tj. chirurgii urazowo-ortopedycznej oraz oddziału o charakterze zachowawczym, tj. neurologicznego.

³⁰ Pięć przypadków w marcu 2016 r.; jeden we wrześniu 2016 r.; jeden w marcu 2017 r.; jeden we wrześniu 2017 r. oraz jeden w marcu 2018 r.

³¹ Jeden przypadek w marcu 2016 r. oraz jeden w marcu 2017 r.

³² Jeden przypadek we wrześniu 2016 r. oraz jeden w marcu 2018 r.

finansowanych w ramach ryczału PSZ oraz do świadczeń rehabilitacyjnych, ponieważ w większości przypadków zwiększyła się liczba oczekujących pacjentów oraz czas oczekiwania na udzielenie świadczenia.

W okresie od II kwartału 2015 r. do III kwartału 2018 r. nastąpił wzrost czasu oczekiwania na świadczenie [1] na oddziałach: otolaryngologii (przypadki stabilne – z 76 do 87 dni, tj. o 11 dni); okulistycznym (przypadki stabilne - z 68 do 103 dni, tj. o 35 dni), chirurgii urazowo-ortopedycznej (przypadki pilne ze 129 do 211 dni, tj. o 82 dni; przypadki stabilne - z 667 do 942 dni, tj. o 277 dni); [2] poradniach: okulistycznej (przypadki pilne – z 13 do 25 dni, tj. o 12 dni), przeciwgruźliczej (przypadki stabilne, w okresie od IV kwartału 2017 r. do III kwartału 2018 r., z 15 do 42 dni, tj. o 27 dni), diabetologicznej (przypadki pilne, w okresie od III kwartału 2017 r. do III kwartału 2018 r., z 47 do 177 dni, tj. o 130 dni), neurologicznej (przypadki stabilne, w okresie od III kwartału 2017 r. do III kwartału 2018 r. ze 125 do 166 dni, tj. o 41 dni), chirurgii urazowo-ortopedycznej (przypadki stabilne, w okresie od I kwartału 2018 r. do III kwartału 2018 r., ze 155 do 199 dni, tj. o 44 dni), endokrynologicznej (przypadki stabilne w okresie od II kwartału 2017 r. do III kwartału 2018 r. z 851 do 1 241 dni, tj. o 390 dni), kardiologicznej (przypadki pilne z 82 dni do 196 dni, tj. o 114 dni; a w okresie od I kwartału 2018 r. do III kwartału 2018 r. ze 107 do 196 dni, tj. o 69 dni, przypadki stabilne z 469 do 540 dni, tj. o 71 dni), urologicznej (przypadki pilne z 23 do 51 dni, tj. o 28 dni); hematologicznej z 34 dni w II kwartale 2015 r. do 73 dni w III kwartale 2018 r. (tj. o 39 dni) w przypadkach pilnych i odpowiednio z 200 dni do 204 dni (tj. o 4 dni) w przypadkach stabilnych. W badanym okresie wydłużył się także czas oczekiwania na świadczenie w Oddziale Rehabilitacji Ogólnoustrojowej z 233 dni w II kwartale 2015 r. do 371 dni w III kwartale 2018 r. (tj. o 138 dni) w przypadkach stabilnych i odpowiednio z 1 442 dni do 1 470 dni (tj. o 28 dni) w przypadkach pilnych.

W tym okresie czas oczekiwania na świadczenie uległ zmniejszeniu jedynie w Oddziałach: Rehabilitacji Neurologicznej z 31 dni w II kwartale 2015 r. do 11 dni w III kwartale 2018 r. (tj. o 20 dni) w przypadkach stabilnych i odpowiednio z 757 do 374 dni w przypadkach pilnych (tj. o 383 dni); Chirurgii Ogólnej w przypadkach stabilnych z 42 w II kwartale 2015 r. do 30 dni w III kwartale 2018 r., tj. o 12 dni, oraz w drugiej z dwóch Poradni Okulistycznej ze 112 dni w II kwartale 2017 r. do 74 dni w III kwartale 2018 r., tj. o 38 dni.

(akta kontroli str. 29-42)

Składając wyjaśnienia w sprawie przyczyn pogorszenia dostępności świadczeń (wzrost czasu oczekiwania na świadczenie w okresie od II kwartału 2015 r. do III kwartału 2018 r.) Dyrektor Szpitala wskazała, że powodem tego stanu było przestrzeganie wynikających z ryczału limitów, duża zgłaszalność pacjentów ze skierowaniem na leczenie, długotrwałość leczenia oraz przesuwanie przez pacjentów pierwotnie wyznaczonego terminu ze względów medycznych, np. nagłe zachorowanie, pogorszenie stanu zdrowia itp.

(akta kontroli str. 43-55)

1.6. WS SPZOZ prowadził od dnia 1 stycznia 2000 r. NiŚOZ³³ w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (dalej: „POZ”), a po wejściu PSZ realizował ten zakres świadczeń w ramach umowy ryczału PSZ. NiŚOZ działała w ramach odrębnej komórki organizacyjnej z własnym personelem i zasobami sprzętowymi. Świadczenia udzielane były przez dwóch lekarzy oraz dwie pielęgniarki (bez udziału podwykonawców) w czasie określonym wymogami Ministerstwa Zdrowia oraz NFZ, tj. od poniedziałku do piątku

³³ WS SPZOZ był jedynym podmiotem udzielającym świadczeń NiŚOZ na wskazanym obszarze zabezpieczenia.

w godzinach od 18.00 do 8.00 dnia następnego oraz całodobowo w dni ustawowo wolne od pracy³⁴. Świadczenia w ramach NiŚOZ udzielane były w jednej lokalizacji (Zgorzelec, ul. Lubańska 11-12), w której stacjonował także personel wykonujący wizyty domowe, tj. zostały zlokalizowane na obszarze terytorialnym wskazanym dla kontrolowanego świadczeniodawcy.

(akta kontroli str. 5, 102-161)

1.7. W okresie od I kwartału 2015 r. do III kwartału 2018 r. Szpital w zakresie NiŚOZ udzielił następujących ilości świadczeń:

- porady lekarskie ambulatoryjnie - od 2 243 w I kwartale 2015 r. do 32 w III kwartale 2018 r.³⁵;
- porady lekarskie w trybie wyjazdowym – od 150 w I kwartale 2015 r. do 124 w III kwartale 2018 r.³⁶;
- nie odnotowano porad lekarskich udzielonych telefonicznie;
- wizyty pielęgniarskie ambulatoryjnie – od 2 008 w I kwartale 2015 r. do 425 w III kwartale 2018 r.³⁷;
- wizyty pielęgniarskie w trybie wyjazdowym – od 7 w I kwartale 2015 r. do 4 w III kwartale 2018 r.³⁸.

W toku kontroli dokonano także sprawdzenia ewidencji czasu pracy za wrzesień 2018 r., które potwierdziło świadczenie pracy przez dwóch lekarzy i dwie pielęgniarki w zakresie NiŚOZ w tym okresie. W złożonych wyjaśnieniach Dyrektor Szpitala wskazała, że po wejściu szpitali do sieci – NiŚOZ została zorganizowana przy Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (dalej: „SOR”), w związku z powyższym pacjent zgłaszający się z zachorowaniem do Szpitala częściej trafiał do SOR a nie do NiŚOZ, przede wszystkim kierując się koniecznością wykonania rozszerzonej diagnostyki laboratoryjnej, radiologicznej tj. np. badania laboratoryjne, badania RTG, TK. Zmniejszenie ilości pacjentów spowodowane jest również coraz lepszą pracą lekarzy rodzinnych POZ oraz wydłużeniem ich godzin pracy – to znaczy pacjent jest w pełnym zakresie zabezpieczony u swojego lekarza rodzinnego. Nie ma konieczności korzystania ze świadczeń NiŚOZ.

(akta kontroli str. 26-28, 56,372-373)

1.8. Liczba pacjentów SOR Szpitala w badanym okresie wyniosła kolejno: 11 951 w 2015 r., 16 366 w 2016 r., 18 468 w 2017 r. i 13 651 po III kwartałach 2018 r., z czego liczba pacjentów zakwalifikowanych do I kategorii stanu zdrowia³⁹ wynosiła odpowiednio: 2 056, 4 138, 4 946 i 3 079. W związku z powyższym udział pacjentów I kategorii stanu zdrowia w liczbie pacjentów ogółem wynosił: 17,2% w 2015 r., 25,0% w 2016 r., 26,2% w 2017 r. oraz 22,5% po III kwartałach 2018 r. Natomiast ilość procedur wykonanych w SOR Szpitala wyniosła kolejno: 77 564 w 2015 r.,

³⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej – Załącznik nr 5; Dz.U. z 2016 r. poz. 86, ze zm.

³⁵ W 2015 r.: 2 392 w II kwartale, 1 669 w III kwartale i 1 775 w IV kwartale; w 2016 r.: 2015 w I kwartale, 1 050 w II kwartale, 695 w III kwartale i 420 w IV kwartale; w 2017 r.: 143 w I kwartale, 98 w II kwartale, 131 w III kwartale i 337 w IV kwartale; w 2018 r.: 57 w I kwartale i 42 w II kwartale.

³⁶ W 2015 r.: 133 w II kwartale, 110 w III kwartale i 152 w IV kwartale; w 2016 r.: 117 w I kwartale, 105 w II kwartale, 91 w III kwartale i 99 w IV kwartale; w 2017 r.: 101 w I kwartale, 56 w II kwartale, 132 w III kwartale i 96 w IV kwartale; w 2018 r.: 153 w I kwartale i 114 w II kwartale.

³⁷ W 2015 r.: 490 w II kwartale, 54 w III kwartale i 453 w IV kwartale; w 2016 r.: 66 w I kwartale, 75 w II kwartale, 40 w III kwartale i 118 w IV kwartale; w 2017 r.: 91 w I kwartale, 48 w II kwartale, 96 w III kwartale i 347 w IV kwartale; w 2018 r.: 360 w I kwartale i 438 w II kwartale.

³⁸ W 2015 r.: 11 w II kwartale, 77 w III kwartale i 6 w IV kwartale; w 2016 r.: nie odnotowano w I, II i IV kwartale, 14 w III kwartale; w 2017 r. nie odnotowano; w 2018 r.: 3 w I kwartale i 14 w II kwartale.

³⁹ Pacjenci zakwalifikowani do kategorii I stanu zdrowia w SOR udziela się następujących świadczeń: opieka pielęgniarska, ocena stanu pacjenta (triage), badanie, porada lekarska, farmakoterapia (dawka leku przeciwbólowego, rozkurczowego), recepta, podstawowa diagnostyka (badania laboratoryjne - pakiet podstawowy, EKG).

86 329 w 2016 r., 113 070 w 2017 r. i 86 725 po III kwartałach 2018 r., z czego liczba procedur I kategorii stanu zdrowia wyniosła odpowiednio: 6 168, 12 414, 14 838 i 9 246. Taki rozkład udzielonych świadczeń sprawił, że procedury medyczne I kategorii stanu zdrowia stanowiły: 7,9% w 2015 r., 14,3% w 2016 r., 13,1% w 2017 r. oraz 10,6% po III kwartałach 2018 r. w liczbie procedur ogółem.

(akta kontroli str. 57)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

W IV kwartale 2017 r. oraz w I, II i III kwartale 2018 r. Szpital zrealizował świadczenia opieki zdrowotnej w wysokości wynoszącej odpowiednio 105,6%, 104,3%, 100,2% i 105,7% przyznanego ryczałtu PSZ. Na sześciu z dwunastu oddziałów szpitalnych i w trzynastu poradniach specjalistycznych pacjenci oczekiwali na udzielenia świadczenia, przy czym ilość pacjentów oczekujących w większości przypadków wyraźnie wzrosła po wprowadzeniu PSZ. Szpital zapewnił możliwość realizacji większości świadczeń po hospitalizacji, a także NiŚOZ, którą prowadził zgodnie z zapisami kontraktowymi.

OBSZAR

2. Zmiany w organizacji wewnętrznej Szpitala oraz w alokacji jego zasobów

Opis stanu
faktycznego

2.1. W momencie wprowadzenia PSZ w Szpitalu funkcjonowały poradnie specjalistyczne odpowiadające każdemu z realizowanych profili objętych ryczałtem PSZ (chirurgia ogólna, choroby wewnętrzne, otolaryngologia, neurologia, okulistyka, neonatologia, chirurgia urazowo-ortopedyczna, kardiologia, pediatria, położnictwo i ginekologia)⁴⁰.

(akta kontroli str. 59-60)

2.2. W wyniku wprowadzenia PSZ Szpital został zakwalifikowany do szpitali II stopnia zabezpieczenia. Wdrożenie PSZ nie spowodowało zmian w zakresie udzielanych świadczeń, jak również zmian w strukturze organizacyjnej Szpitala⁴¹. W latach 2015-2017 (do końca III kwartału) w WS SPZOZ nie zostały utworzone nowe profile działalności, nie zrezygnowano także z udzielania świadczeń w żadnych profilach działalności, które miałyby związek z wprowadzeniem PSZ.

Do PSZ nie włączono dwóch oddziałów: urologicznego i onkologii klinicznej oraz świadczeń w zakresie programów lekowych⁴². Szpital kontynuował jednak realizację

⁴⁰ Poradnie prowadzone w latach 2015-2018 przez WS SPZOZ odpowiadające realizowanym profilom: Poradnia Kardiologiczna, Poradnia Endokrynologiczna, Poradnia Neurologiczna, Poradnia Ginekologiczno-Położnicza, Poradnia Chirurgiczna, Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Poradnia Urologiczna, Poradnia Diabetologiczna, Poradnia Chorób Wewnętrznych, Poradnia Onkologiczna, Poradnia Reumatologiczna, Poradnia Diabetologiczna, Poradnia Otolaryngologiczna, Poradnia Okulistyczna, Poradnia Hematologii.

⁴¹ Zgodnie z Księgą rejestrową (nr księgi: 000000001038) WS SPZOZ rozpoczął działalność 23 grudnia 1992 r., od tej daty funkcjonowały oddziały: Kardiologiczny, Chirurgii Ogólnej, Położniczo-Ginekologiczny, Pediatryczny i Neonatologiczny, odpowiadające im poszczególne poradnie oraz poradnie Przeciwgruźlicza i Chorób Płuc i Diabetologiczna - objęte finansowaniem w ramach ryczałtu PSZ. Objęte finansowaniem w ramach ryczałtu PSZ inne oddziały, tj.: Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Otolaryngologiczny, Neurologiczny i Okulistyczny wraz z odpowiadającymi im poradniami rozpoczęły działalność kolejno od: 1 stycznia 1999 r., 1 września 2000 r., 15 stycznia 2001 r., 1 stycznia 2012 r. oraz 1 stycznia 2012 r. Pozostałe komórki organizacyjne Szpitala objęte finansowaniem w ramach ryczałtu PSZ tj. SOR, Oddział Chorób Wewnętrznych, Poradnie: Urologiczna, Onkologiczna, Reumatologiczna, Hematologiczna i Endokrynologiczna działają kolejno od: 1 maja 2001 r., 1 stycznia 2003 r., 1 lutego 2001 r., 1 stycznia 2004 r., 1 stycznia 2007 r., 10 kwietnia 2012 r. i 10 kwietnia 2012 r.

⁴² Leczenie zaawansowanego leczenia raka jelita grubego, leczenie niedrobnokomórkowego raka płuca, leczenie raka piersi, leczenie raka nerki, leczenie chłoniaków złośliwych, leczenie wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów hemodializowanych, leczenie chorych na zaawansowanego raka jajnika, leczenie chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka mnogiego, leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego, leczenie przewlekłej białaczki limfocytowej obinutuzumabem, leczenie pacjentów z przerzutowym gruczolakorakiem trzustki

świadczeń z zakresu urologii i onkologii klinicznej w ramach umowy zawartej z NFZ w wyniku wygrania postępowania konkursowego⁴³. Realizacja świadczeń w zakresie programów lekowych była natomiast kontynuowana w ramach umowy w rodzaju leczenie szpitalne – programy lekowe⁴⁴.

WS SPZOZ podjął próbę włączenia do PSZ świadczeń realizowanych w ramach wskazanych oddziałów i programów lekowych, poprzez złożenie protestu w związku z ogłoszeniem przez Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ wykazu świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia. Protest ten nie został jednak uwzględniony, ponieważ zgodnie z przepisami prawa⁴⁵ podmiot nie mógł zostać zakwalifikowany do szpitala z wyższego poziomu zabezpieczenia (onkologia kliniczna) oraz nie spełniono wymogu dysponowania umową z NFZ przez co najmniej dwa ostatnie lata kalendarzowe (urologia).

(akta kontroli str. 43-54, 58-60, 162-325)

2.3. W latach 2015-2018 (III kwartał) Szpital zrealizował inwestycje na łączną kwotę 48 753 748,87 zł. W ich ramach dokonano m.in.: zakupu wysoko cennej aparatury medycznej, budowy nowego skrzydła Szpitala, termomodernizacji budynku Szpitala, modernizacji kotłowni Szpitala, modernizacji klatek schodowych, modernizacji oddziałów szpitalnych, tj. Otolaryngologicznego i Anestezjologicznego, pracowni diagnostycznych, zakupiono sprzęt IT oraz wdrażano nowy system IT. Źródłami finansowania tych inwestycji były środki własne Szpitala w wysokości 31 382 815,72 zł, dotacje Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego w wysokości 4 612 655,63 zł, fundusze unijne w wysokości 11 010 262,53 zł, środki Ministerstwa Zdrowia w wysokości 747 472,00 zł oraz środki pozyskane od sponsorów w wysokości 1 000 542,98 zł. Ocenie w IOWISZ⁴⁶ poddane zostały trzy zadania inwestycyjne zrealizowane w 2018 r. (dotyczące zakupu sprzętu diagnostycznego), uzyskując ocenę pozytywną. W badanym okresie w WS SPZOZ nie został zlikwidowany żaden profil działalności. W związku z powyższym nie wystąpiły przypadki utraty trwałości inwestycji.

(akta kontroli str. 43-54, 61-67)

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. 43-54)

2.5. W kontrolowanym okresie zatrudnienie w Szpitalu (w przeliczeniu na pełne etaty) wynosiło 707,65 na koniec 2015 r., 748,85 na koniec 2016 r., 774,5 na koniec 2017 r. oraz 792,4 na koniec III kwartału 2018 r. Na koniec tego ostatniego okresu

⁴³ Do końca 2017 r. WS SPZOZ kontynuował świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego na mocy aneksu nr 149 do umowy nr 03/1/3401029/01/2017/01 zawartego w dniu 7 listopada 2017 r. z OW NFZ, następnie od stycznia do marca 2018 r., na podstawie aneksu nr 153 z dnia 24 stycznia 2018 r. do wskazanej umowy. W okresie od dnia 1 kwietnia 2018 r. świadczenia we wskazanym zakresie udzielane są w ramach umowy nr 03/1/3401029/01/2018/02 z dnia 16 kwietnia 2018 r.

⁴⁴ Do końca 2017 r. WS SPZOZ kontynuował świadczenia z zakresu programów lekowych: na mocy aneksu nr 38 do umowy nr 03/5/3401029/01/2017/01 zawartego w dniu 27 października 2017 r. z OW NFZ, następnie, od stycznia do marca 2018 r. na podstawie aneksu nr 41 z dnia 5 lutego 2018 r. do wskazanej umowy. W okresie od 1 kwietnia 2018 r. świadczenia we wskazanych zakresach udzielane są w ramach umowy nr 03/5/3401029/01/2018/03 z dnia 20 kwietnia 2018 r.

⁴⁵ Art. 95i ustawy o świadczeniach.

⁴⁶ System teleinformatyczny o którym mowa w art. 31a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2017 r. poz. 1845, ze zm.). Zasady wydawania opinii o celowości inwestycji polegającej na utworzeniu na obszarze województwa nowego podmiotu leczniczego, nowych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego lub innej inwestycji dotyczącej wykonywania działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych zostały określone w art. 95d-95g oraz 95i ustawy o świadczeniach.

274 etaty zajmowali lekarze i rezydenci (34,6% ogółu), 342,5 pielęgniarki (43,2% ogółu), a 175,9 pozostali personel (22,2% ogółu). Największe zmiany w zatrudnieniu jakie zaszły w komórkach organizacyjnych udzielających świadczeń w leczeniu szpitalnym po utworzeniu PSZ nastąpiły na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Opieki Medycznej, gdzie zatrudnienie uległo zwiększeniu o 7,8 etatów⁴⁷ oraz na Oddziale Kardiologicznym, gdzie zatrudnienie uległo zmniejszeniu o 6 etatów⁴⁸. Wśród poradni – jedynie w Poradni Okulistycznej nastąpiły zmiany w zatrudnieniu po utworzeniu PSZ, gdzie zatrudnienie uległo zwiększeniu o 1,3 etatu⁴⁹.

(akta kontroli str. 68-75)

2.6. W zakresie świadczeń realizowanych w ramach ryczału PSZ, średni czas hospitalizacji na poszczególnych oddziałach szpitalnych pozostawał na tych samych poziomach (w poszczególnych kwartałach lat 2015-2018 różnica w dniach hospitalizacji nie przekraczała 3 dni), a liczba łóżek, w poszczególnych oddziałach Szpitala nie uległa zmianie na przestrzeni lat 2015-2018⁵⁰.

W okresie I-III kwartał 2018 r. w porównaniu do okresu I kwartał 2017 r. - III kwartał 2017 r. wskaźnik średniego wykorzystania łóżek obniżył się w pięciu oddziałach szpitalnych⁵¹, wzrósł także w pięciu oddziałach szpitalnych⁵². Nie uległ zmianie we wskazanym okresie w dwóch oddziałach szpitalnych⁵³. Niższe wartości w okresie I-III kwartał 2018 r., niż w okresie I kwartał 2017 r. - III kwartał 2017 r. wykazywały wskaźniki przelotowości w czterech oddziałach szpitalnych⁵⁴, wyższe również w czterech oddziałach szpitalnych⁵⁵. W pozostałych czterech oddziałach szpitalnych⁵⁶ wskaźniki przelotowości we wskazanym okresie nie uległy zmianie.

Należy zauważyć, że w kontrolowanym okresie, łóżka na poszczególnych oddziałach Szpitala nie były w pełni wykorzystywane, co potwierdzają niskie poziomy wskaźników wykorzystania oraz przelotowości. Według wyjaśnień Dyrektor Szpitala przyczyną niepełnego obłożenia łóżek na oddziale chirurgicznym, ortopedycznym oraz otolaryngologicznym była dyscyplina dostosowania się do parametrów przyznanego przez NFZ ryczału zawartego w umowie PSZ, a w przypadku oddziału urologicznego do limitu wartości umowy z NFZ w rodzaju leczenie szpitalne. Ilość posiadanej bazy łóżkowej na tych oddziałach mogłaby stanowić podstawę do przyjmowania pacjentów bez konieczności oczekiwania, jednak limitowanie świadczeń przez NFZ powoduje konieczność przestrzegania nałożonej dyscypliny ilości hospitalizacji. Dyrektor zauważa w tym wypadku konflikt

⁴⁷ 30,4 etatu na koniec 2017 r. i 38,2 etatu na koniec III kwartału 2018 r.

⁴⁸ 48,00 etatów na koniec 2017 r. i 42 etaty na koniec III kwartału 2018 r.

⁴⁹ 5,2 etatu na koniec 2017 r. i 6,5 etatu na koniec III kwartału 2018 r.

⁵⁰ W Oddziałach: Kardiologicznym, Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i Pediatricznym 35 łóżek; Położniczo-Ginekologicznym – 50 łóżek; Otolaryngologicznym - 21 łóżek; Neurologicznym - 28 łóżek, Anestezjologii i Intensywnej Terapii – 8 łóżek, Chorób Wewnętrznych oraz Okulistycznym - 27 łóżek; Onkologii Klinicznej – 29 łóżek; Urologicznym-25 łóżek.

⁵¹ W Oddziale Kardiologicznym z 49,15% do 43,82%, w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym z 27,10% do 26,24%, w Oddziale Otolaryngologicznym z 50,53% do 48,65%, w Oddziale Okulistycznym z 36,91% do 22,25%, w Oddziale Onkologii Klinicznej z 55,6% do 47,1%.

⁵² W Oddziale Chirurgii Ogólnej z 50,09% do 51,54%, w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej z 30,87% do 40,54%, w Oddziale Neurologicznym z 72,40% do 76,04%, w Oddziale Chorób Wewnętrznych z 60,35% do 64,17%, w Oddziale Urologicznym z 29,56% do 33,21%.

⁵³ W Oddziale Pediatricznym – 37,34% i 37,48%; w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii 45,36% i 45,17%.

⁵⁴ Wskaźnik przelotowości obniżył się w Oddziale Kardiologicznym z 49,74 do 38,94, w Oddziale Chirurgii Ogólnej z 39,23 do 36,17, w Anestezjologii i Intensywnej Terapii z 8,75 do 7,35, w Oddziale Onkologii Klinicznej z 72,55 do 70,48.

⁵⁵ Wskaźnik przelotowości wzrósł w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej z 45,23 do 66,06, w Oddziale Chorób Wewnętrznych z 37,59 do 40,04, w Oddziale Pediatricznym z 27,6 do 29,26, w Oddziale Urologicznym z 45,48 do 53,52.

⁵⁶ W Oddziale Położniczo-Ginekologicznym - 25,04 i 25,00, w Oddziale Otolaryngologicznym - 83,48 i 83,71, w Oddziale Neurologicznym - 27,57 i 27,71, w Oddziale Okulistycznym – 129,81 i 130,41.

interesów pacjentów i szpitala, który z jednej strony powinien wypełniać cele użyteczności publicznej związane z realizacją świadczeń medycznych dla wszystkich potrzebujących osób, a z drugiej strony - być jednostką, która prowadzi gospodarkę finansową zgodnie z zasadami rachunku ekonomicznego.

(akta kontroli str. 43-54, 76-77)

2.7. Po utworzeniu PSZ do Szpitala wpłynęło 6 skarg pacjentów, związanych z odmową udzielenia pomocy medycznej, z których jedną uznano za zasadną i pacjenta przeproszono. W pozostałych przypadkach skargi po zbadaniu uznano za nieuzasadnione i udzielono na nie odpowiedzi.

(akta kontroli str. 43-54, 76-77)

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 w WS SPZOZ funkcjonowały oddziały i poradnie specjalistyczne odpowiadające każdemu z realizowanych profili działalności objętych ryczałtem PSZ. W kontrolowanym okresie nie doszło do likwidacji żadnego profilu działalności leczniczej. Szpital utrzymał także finansowanie dla oddziałów, które nie zostały włączone do PSZ. W badanym okresie nie wystąpiły przypadki utraty trwałości zrealizowanych działań inwestycyjnych. NIK zwraca jednocześnie uwagę, że po wprowadzeniu ryczałtu PSZ nastąpił spadek wartości wskaźników dotyczących średniego wykorzystania łóżek oraz przelotowości w przypadku pięciu z 12 oddziałów Szpitala, z kolei w pięciu kolejnych oddziałach wystąpiła poprawa tych wskaźników, a w dwóch pozostałych nie uległy one zmianie.

OBSZAR

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

Opis stanu
faktycznego

3.1. Wartość umów zawartych przez Szpital z OW NFZ⁵⁷ zwiększała się corocznie z 101 973 088,64 zł w 2015 r., poprzez 114 645 006,09 zł w 2016 r. i 126 854 325,25 zł⁵⁸ w 2017 r., aż do 135 519 456,55 zł⁵⁹ w 2018 r. Odnotowano w związku z tym wzrost przychodów z tytułu zawartych umów pomiędzy rokiem 2017 a rokiem 2018 o 7%, przy czym dynamika wzrostu przychodów w latach wcześniejszych była wyższa (10%-12% w okresie lat 2016-2017).

W działalności oddziałów szpitalnych w ramach umowy PSZ w latach 2017-2018 nastąpił wzrost przychodów o kwotę 6 531 929,60 zł, tj. o 12,1%⁶⁰. Największy wzrost przychodów miał miejsce na Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, tj.

⁵⁷ Przed wprowadzeniem systemu PSZ, WS-SPZOZ miał zawarte umowy z OW NFZ na następujące zakresy świadczeń: Ratownictwo medyczne, Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, Podstawowa opieka zdrowotna, Rehabilitacja lecznicza, Profilaktyczne programy zdrowotne, Świadczenia zdrowotne odrębnie kontraktowane, Ambulatoryjna opieka specjalistyczna, Leczenie szpitalne, Leczenie stomatologiczne, Leczenie szpitalne – PROGRAMY LEKOWE, Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, Leczenie szpitalne - CHEMIOTERAPIA

⁵⁸ Zakresy świadczeń finansowanych w ramach umowy PSZ – 74 989 361,06 zł w tym kwota 36 231 970,00 zł to zakres świadczeń finansowanych w ramach ryczałtu PSZ i kwota 38 757 391,66 zł z tytułu zakresu świadczeń finansowanych poza ryczałtem PSZ.

⁵⁹ Zakresy świadczeń finansowanych w ramach umowy PSZ – 81 401 103,98 zł, w tym kwota 39 769 854 zł to zakres świadczeń finansowanych w ramach ryczałtu PSZ, a kwota 41 632 249,98 zł z tytułu zakresu świadczeń finansowanych poza ryczałtem PSZ.

⁶⁰ Z kwoty 53 952 610,00 zł w 2017 r. do kwoty 60 484 539,60 zł w 2018 r. Wzrost przychodów odnotowano w Oddziałach: Pediatricznym o 11,2%, Anestezjologii i Intensywnej Terapii o 6,4%, Chirurgii Ogólnej o 1,2%, Chorób Wewnętrznych o 11,0%, Neurologicznym o 7,4%, Położniczo-Ginekologicznym o 4,7%, Okulistycznym o 17,3% i Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej o 45,8%. Spadek przychodów odnotowano w Oddziałach: Kardiologicznym i Otolaryngologicznym

o kwotę 4 585 422,20 zł (45%)⁶¹, a największy spadek przychodów odnotowano na Oddziałach: Kardiologicznym – o kwotę 1 052 675,20 zł, tj. o 11,3%⁶² i Otolaryngologicznym – o kwotę 137 641,60 zł, tj. o 4,6%⁶³.

W działalności przychodni szpitalnych specjalistycznych w ramach umowy PSZ w latach 2017-2018 nastąpił wzrost przychodów o kwotę 210 701,00 zł, tj. o 4,3%⁶⁴. Największy wzrost przychodów miał miejsce w Przychodni Chirurgii Ogólnej, tj. o kwotę 234 438,40 zł (64,8%)⁶⁵, a największy spadek przychodów odnotowano w Przychodni Diabetologicznej – o kwotę 18 781,00 zł, tj. o 19,5%⁶⁶.

(akta kontroli str. 80)

3.2. W latach 2015-2018⁶⁷ nastąpił wzrost uzyskanych przez Szpital przychodów z działalności leczniczej⁶⁸ przy jednoczesnym wzroście kosztów tej działalności⁶⁹. Przychody z OW NFZ stanowiły od 79% do 84% przychodów ogółem jednostki. Spośród kosztów na dzień 30 września każdego z badanych lat koszty zatrudnienia personelu – z tytułu umów o pracę, zlecenia i kontraktów lekarskich oraz pielęgniarskich stanowiły od 57% do 59% kosztów ogółem. Wynik na działalności leczniczej WS SPZOZ na dzień 30 września we wszystkich badanych latach był ujemny, jednakże strata w kolejnych latach malała od -5 959 429,22 zł w 2015 r. do -912 164,53 zł w 2018 r. Po uwzględnieniu pozostałych przychodów i kosztów operacyjnych oraz finansowych, przez wszystkie badane lata na dzień 30 września jednostka odnotowała dodatnie wyniki finansowe⁷⁰.

Stan zobowiązań długoterminowych w badanym okresie kształtował się na zbliżonym poziomie i związany był głównie z realizacją zadań inwestycyjnych przez WS SPZOZ⁷¹. W okresie 30 września 2015 r. do 30 września 2018 r. nastąpił wzrost

⁶¹ Z kwoty 10 015 681,00 zł w 2017 r. do kwoty 14 601 103,20 zł w 2017 r.

⁶² Z kwoty 9 319 966,00 zł w 2017 r. do kwoty 8 267 290,80 zł w 2018 r.

⁶³ Z kwoty 2 964 628,00 zł w 2017 r. do kwoty 2 826 986,20 zł w 2018 r.

⁶⁴ Z kwoty 4 952 116,80 zł w 2017 r. do kwoty 5 162 817,80 zł w 2018 r. Wzrost przychodów odnotowano w Poradniach Chirurgii Ogólnej o 64,8%, Otolaryngologicznej o 1,4%, Położniczo-Ginekologicznej o 5,8%, Kardiologicznej o 0,7%, Okulistycznej przyszpitalnej o 3,5%, Ortopedycznej o 0,9%, Onkologicznej o 5,3% i Neurologicznej o 9,5%. Spadek przychodów odnotowano w Poradniach: Urologicznej o 5,4%, Przeciwwgruźliczej o 7,6%, Diabetologicznej o 19,5%, Okulistycznej o 2,6%, Endokrynologicznej o 1,3%, Reumatologicznej o 9,3% i Hematologicznej o 7%.

⁶⁵ Z kwoty 361 658,00 zł w 2017 r. do kwoty 596 096,4 zł w 2017 r.

⁶⁶ Z kwoty 96 076,00 zł w 2017 r. do kwoty 77 295,00 zł w 2018 r.

⁶⁷ Według stanu na dzień: 30 września 2015 r., 30 września 2016 r., 30 września 2017 r., 30 września 2018 r. w oparciu o kwartalne sprawozdania Rachunku Zysków i Strat oraz wydruki zestawienia obrotów i sald dla poszczególnych kont przychodów i kosztów (konta zespołu 4 i 7) z ewidencji księgowej WS SPZOZ prowadzonej w systemie finansowo-księgowo-kosztowym Szpitala.

⁶⁸ 81 268 316,97 zł (30 września 2015 r.), 92 529 196,07 zł (30 września 2016 r.), 101 899 194,22 zł (30 września 2017 r.), 117 082 760,81 zł (30 września 2018 r.).

⁶⁹ 87 227 746,19 zł (30 września 2015 r.), 96 902 643,53 zł (30 września 2016 r.), 104 145 066,81 zł (30 września 2017 r.), 117 994 925,34 zł (30 września 2018 r.).

⁷⁰ Wynik finansowy na działalności (dodatni): 55 042,61 zł – na dzień 30 września 2015 r., 105 577,58 zł na dzień 30 września 2016 r., 89 771,38 zł na dzień 30 września 2017 r., 70 755,87 zł na dzień 30 września 2018 r.

⁷¹ Zobowiązania długoterminowe wynikały z następujących tytułów: Umowa Nr 365/2011/Wn-01/OA-TR-KU/P o dofinansowanie w formie pożyczki ze środków NFOŚiGW na zadanie pn. "Kompleksowa termomodernizacja Zakładu dla Psychicznie i Nerwowo Chorych w Sieniewce, Wielospecjalistycznego Szpitala-SPZOZ w Zgorzelcu zawarta w dniu 29 lipca 2011 r. pomiędzy Narodowym Funduszem Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej z siedzibą w Warszawie, a Wielospecjalistycznym Szpitalem-SPZOZ w Zgorzelcu na kwotę 7 134 677,00 zł, Umowa pożyczki nr 290/P/OA/JG/2014 z WFOŚiGW we Wrocławiu – na dofinansowanie zadania „Termomodernizację budynku użyteczności publicznej – przychodni rejonowej w Zawidowie” w wysokości 448 700,00 zł, Umowa kredytu na kwotę 16 000 000,00 zł, ze środków pożyczki Europejskiego Banku Inwestycyjnego nr 13/1737 i środków własnych BGK nr 13/1171, podpisana w dniu 23 lipca 2013 r. z Bankiem Gospodarstwa Krajowego Oddział we Wrocławiu. Kredyt przeznaczony jest na finansowanie przedsięwzięcia pn: „Budowa nowego skrzydła budynku szpitalnego WS-SPZOZ w Zgorzelcu z wyposażeniem”, Umowa pożyczki nr 130/P/OA/JG/2016 z WFOŚiGW we Wrocławiu – na dofinansowanie zadania „Poprawa efektywności energetycznej i ekologicznej sterylizacji WS-SPZOZ w Zgorzelcu poprzez wymianę sterylizatorów” w wysokości 191 300,00 zł z zawarta dnia 23 marca 2016 r., Umowa pożyczki nr 332/P/OA/JG/2016 z WFOŚiGW we Wrocławiu – na dofinansowanie zadania „Poprawa efektu energetycznego w obiektach WS-SPZOZ w Zgorzelcu” w wysokości 3 972 588,81 zł, Umowa kredytu inwestycyjnego na kwotę 1 200 208,00 zł nr 18/4073, podpisana

zobowiązań krótkoterminowych⁷² oraz jednocześnie na dzień 30 września 2018 r. odnotowano spadek zobowiązań ogółem w stosunku do 30 września 2017 r. o 6%, tj. o 3 438 785,00 zł. Udział zobowiązań wymagalnych w zobowiązaniach ogółem wyniósł od 8% do 18%, jednak we wszystkich badanych okresach wskaźnik handlowej zdolności rozliczeniowej liczony jako stosunek należności z tytułu dostaw i usług do zobowiązań z tytułu dostaw i usług oscylował wokół jedności, co oznacza, że zobowiązania wobec dostawców mają pokrycie w należnościach od odbiorców⁷³.

(akta kontroli str. 81-94)

3.3. Wprowadzenie PSZ nie spowodowało konieczności poniesienia przez Szpital dodatkowych kosztów związanych z dostosowaniem podmiotu do funkcjonowania w nowych warunkach. Wymogi przewidziane dla szpitala II poziomu systemu zabezpieczenia WS SPZOZ spełniał w chwili uruchomienia PSZ.

(akta kontroli str. 43-54)

3.4. W oparciu o *rozporządzenie w sprawie wskaźników* dokonano w toku kontroli obliczenia, analizy i oceny wskaźników ekonomiczno-finansowych za pierwsze trzy kwartały lat 2015-2018 (stan na dzień 30 września)⁷⁴. WS SPZOZ osiągnął dodatnie wskaźniki zyskowności, kształtujące się w tych okresach w przedziale pomiędzy 0,06% a 0,64% w zależności od rodzaju wskaźnika. Ocena punktowa wskaźników zyskowności w badanych latach nie uległa zmianie. Wskaźniki płynności w badanym okresie osiągnęły wartości przeciętne, co oznacza, że w WS SPZOZ nie występowało ryzyko utraty zdolności terminowego regulowania zobowiązań. Odnośnie wskaźnika rotacji należności, na przestrzeni lat 2015-2018 zauważalny był nieznaczny wzrost wartości ww. wskaźnika, przy czym jego wartości utrzymywały się w dolnych granicach określonych przez *rozporządzenie w sprawie wskaźników*, na tej podstawie stwierdzono, że placówka nie miała większych trudności ze ściąganiem swoich należności. Wskaźnik rotacji zobowiązań również wzrastał na przestrzeni lat, przekraczając nieznacznie 60 dni (o 4,4 dni) w 2018 r., co wskazuje, że w WS SPZOZ nie występowały znaczące trudności w regulowaniu zobowiązań. Obliczone wskaźniki wypłacalności w badanym okresie były na poziomie niskim bądź średnim, co nie wskazywało na ryzyko utraty zdolności regulowania zobowiązań przez Szpital. Wskaźnik zadłużenia aktywów w badanym okresie był na poziomie średnim (48,48%, 51,05%, 56,08% i 52,33%). Takie wartości wskaźnika, zgodnie z zapisami *rozporządzenia w sprawie wskaźników*, dawały podstawy do oceny WS SPZOZ, jako podmiotu wiarygodnego finansowo.

Za poszczególne okresy w latach 2015-2018 dokonano analizy wskaźników i oceny punktowej zgodnie z *rozporządzeniem w sprawie wskaźników*. Stwierdzono, że w latach 2015-2017 WS SPZOZ osiągnął ponad 50% punktów, gdzie najkorzystniej należy ocenić rok 2016, gdzie w oparciu o *rozporządzenie w sprawie wskaźników* działalność placówki oceniono na 42 punkty (przy maksimum 70 punktów). Natomiast na koniec III kwartału 2018 r. wskaźnik ten osiągnął poziom 35 punktów,

w dniu 06 września 2018 r. z Bankiem Gospodarstwa Krajowego Oddział we Wrocławiu. Kredyt przeznaczony jest na finansowanie i refinansowanie udziału własnego w trzech projektach współfinansowanych ze środków unijnych.

⁷² Na podstawie Rb-Z kwartalnych sprawozdań o stanie zobowiązań oraz wydruków zestawień obrotów i sald z ewidencji księgowej WS-SPZOZ prowadzonej w systemie Finansowo – księgowo- kosztowym Szpitala.

⁷³ Wskaźnik handlowej zdolności rozliczeniowej na dzień 30 września 2015 r. wyniósł 0,84, na dzień 30 września 2016 r. – 1,03, na dzień 30 września 2017 r. – 0,95, na dzień 30 września 2018 r. – 0,87.

⁷⁴ Obliczeń dokonano na podstawie kwartalnych informacji o sytuacji finansowej Zakładu Opieki Zdrowotnej zgodnie z formularzem MA-BFA, wydruków zestawień obrotów i sald dla poszczególnych kont przychodów i kosztów (konta zespołu 4 i 7), zestawienia wybranych pozycji bilansowych przygotowanego przez Główną księgową ZOZ, sprawozdań dot. Struktury zobowiązań w poszczególnych podmiotach leczniczych oraz wydruków zestawień obrotów i sald dla kont zespołu 2 „Rozrachunki i roszczenia”, konta 137 „Kredyt bankowy”, konta 840 „Rezerwy” oraz konta 851 „ZFŚS” – wydruki z ewidencji księgowej prowadzonej w systemie komputerowym Szpitala.

tj. 50% punktów możliwych do uzyskania, zgodnie z metodyką określoną w ww. rozporządzeniu. Powodem tego spadku było pogorszenie wskaźnika bieżącej płynności⁷⁵ oraz wskaźnika rotacji zobowiązań (o 16 dni⁷⁶), wynikające ze zwiększenia wielkości zadłużenia Szpitala.

(akta kontroli str. 95-98)

3.5. Szpital podjął działania w celu uzyskania wyższego ryczałtu w ramach PSZ w I i II półroczu 2018 r. i uzyskał zwiększenie ryczałtu o 1,8%⁷⁷, na co wpływ miał współczynnik (ql,j), będący współczynnikiem korygującym związanym z jakością procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej i mającym na celu promowanie określonych sposobów udzielania świadczeń. Do wyliczenia ryczałtu PSZ na II półroczu 2018 r. zastosowano współczynniki korygujące wynikające ze wzrostu liczby jednostek sprawozdawczych świadczeń ambulatoryjnych oraz na I i II półroczu 2018 r. współczynniki wynikające z przekazania do OW NFZ: świadectwa wydanego w dniu 31 grudnia 2017 r. przez Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej w Warszawie i świadectwa wydanego w dniu 8 stycznia 2018 r. przez Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej w Łodzi.

(akta kontroli str. 43-54, 99-101, 326-352)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Sytuacja ekonomiczna Szpitala w badanym okresie była stabilna i nie wskazywała na zagrożenie dla dalszego jego funkcjonowania, a wprowadzenie PSZ miało na nią ograniczony wpływ. W ślad za pozyskaniem ryczałtu PSZ wzrosły o 12,5% przychody WS SPZOZ z działalności leczniczej. Niższa, bo wynosząca 12,0%, była natomiast skala wzrostu kosztów tej działalności. Analiza wskaźnikowa, sporządzona na podstawie danych ze sprawozdań finansowych i zgodnie z wymogami *rozporządzenia w sprawie wskaźników* wykazała, że najwyższy poziom wskaźników ekonomiczno-finansowych, tj. 60% wartości maksymalnej Szpital osiągnął na koniec IV kwartału 2016 r. Natomiast po wprowadzeniu PSZ osiągnęły one poziom 50% punktów możliwych do uzyskania, głównie w związku ze zwiększeniem się wielkości zadłużenia WS SPZOZ. Szpital podjął skuteczne działania w celu otrzymania w II półroczu 2018 r. od NFZ wyższego ryczałtu PSZ poprzez uzyskanie dodatknych współczynników korygujących w wyniku zrealizowania świadczeń opieki zdrowotnej na odpowiednim poziomie.

IV. Uwagi i wnioski

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



⁷⁵ Z 1,01 na 0,87.

⁷⁶ Z 48 na 64 dni.

⁷⁷ W stosunku do I półroczu 2018 r.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

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, 10 grudnia 2018 r.

Kontroler:
Maria Ossowska
Główny specjalista kontroli
państwowej

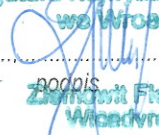

.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura we Wrocławiu

Dyrektor

DYREKTOR
Delegatura Najwyższej Izby Kontroli
we Wrocławiu

z up.


.....
podpis
Zdzisław Florjowski
Wicedyrektor



