



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura we Wrocławiu

LWR.410.031.05.2018

Pan Janusz Jerzak – Dyrektor
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
im. J. Gromkowskiego
we Wrocławiu

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław (dalej: „Szpital”).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Pan Janusz Jerzak, Dyrektor Szpitala od dnia 2 sierpnia 1996 r. i nadal.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Realizacja świadczeń ambulatoryjnych, szpitalnych i rehabilitacyjnych. 2. Zmiany w organizacji wewnętrznej szpitala oraz w alokacji zasobów. 3. Sytuacja ekonomiczno-finansowa szpitala z uwzględnieniem poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej.
Okres objęty kontrolą	Lata 2017-2018 oraz lata 2015-2016 w zakresie spełniania warunków kwalifikacji do poszczególnych poziomów zabezpieczenia oraz danych finansowych i statystycznych dla celów porównawczych.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o <i>Najwyższej Izbie Kontroli</i> ¹ (dalej: „ustawa o NIK”).
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura we Wrocławiu
Kontrolerzy	Magdalena Barzęc, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LWR/231/2018 z dnia 7 listopada 2018 r. Ryszard Puchała, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LWR/232/2018 z dnia 7 listopada 2018 r. Jerzy Skowroński, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LWR/223/2018 z dnia 11 października 2018 r.

(akta kontroli str. 1-6)

¹ Dz. U. z 2017 r. poz. 524, ze zm.

II. Ocena ogólna² 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 Szpitalu funkcjonowały oddziały i poradnie specjalistyczne odpowiadające większości z realizowanych profili objętych ryczałtem PSZ. Szpital nie prowadził i nie udzielał bowiem świadczeń w poradniach przyszpitalnych w trzech profilach, tj. chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych oraz pediatrii, ze względu na nieogłoszenie dla nich postępowań konkursowych przez Dolnośląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: „OW NFZ”). Szpital zapewnił możliwość realizacji świadczeń w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (dalej: „NiŚOZ”), co odpowiadało wymogom kontraktów zawartych z OW NFZ.

Wzrost o 17,7% wartości umów zawartych z OW NFZ na lata 2015-2018 nie przełożył się na poprawę dostępności świadczeń opieki zdrowotnej dla świadczeniobiorców. Zmiana sposobu finansowania działalności Szpitala nie wpłynęła również na poprawę dostępności pacjentów do świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (dalej: „AOS”) oraz stacjonarnych. W przypadku dwóch, objętych szczegółowym badaniem kontrolnym, poradniach specjalistycznych, tj. chorób zakaźnych i gastroenterologicznej, odnotowano spadek liczby pacjentów, którym udzielono świadczenia. Zmniejszeniu uległa ponadto ilość wykonanych świadczeń zdrowotnych, a wydłużeniu uległ czas oczekiwania na realizację świadczenia. Jednocześnie nastąpił wzrost liczby pacjentów oczekujących w tych poradniach, przy jednoczesnym wzroście wydatków z OW NFZ na obsługę tych świadczeń, co NIK uznaje za zjawisko niekorzystne dla świadczeniobiorców.

Zwiększenie liczby pacjentów oczekujących oraz wydłużenie średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia medycznego (wzrost powyżej 5 dni w porównaniu do okresu przed wprowadzeniem ryczałtu PSZ) odnotowano także w trzech oddziałach szpitalnych, tj. w I Oddziale Chorób Zakaźnych, VII Oddziale Gastroenterologii i w XIII Oddziale Rehabilitacji Ogólnoustrojowej oraz w trzech kolejnych poradniach specjalistycznych, tj. w Poradni Chorób Zakaźnych dla Dzieci, w Poradni Gastroenterologicznej dla Dzieci i Poradni Neurologicznej.

Ponadto, w okresie I-III kwartału 2018 r. w porównaniu do analogicznych okresów lat 2015-2017 r., nastąpił spadek wartości wskaźników dotyczących średniego wykorzystania łóżek oraz przelotowości na 11 oddziałach szpitalnych, co wskazuje na obniżenie efektywności wykorzystania potencjału Szpitala.

Od momentu wprowadzenia ryczałtu PSZ w skali roku przychody Szpitala z działalności leczniczej wzrosły o 8,4%, jednocześnie jednak o 11,1% wzrosły koszty tej działalności, czego skutkiem było dalsze ponoszenie strat na działalności leczniczej. Z kolei analiza wskaźnikowa – sporządzona na podstawie sprawozdań finansowych 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 zdrowotnej³ (dalej: „rozporządzenie w sprawie wskaźników”) – wykazała, że najwyższy ich poziom osiągnięty został na koniec III kwartału 2018 r., kiedy to

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

³ Dz. U. poz. 832.

wyniósł 24,3% wartości maksymalnej. Wieloletnie straty Szpitala na działalności spowodowały także, że jego kapitał własny osiągnął wartość ujemną, co – mimo podjętych działań naprawczych – stanowiło ekonomiczne zagrożenie dla jego dalszej działalności.

Szpital nie gromadził danych na potrzeby sporządzenia sprawozdania MZ-29⁴ w zakresie liczby odmów przyjęcia do Szpitala z powodu braku miejsc, co stanowiło naruszenie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o *statystyce publicznej*⁵ (dalej: „*ustawa o statystyce publicznej*”), oraz § 1 rozporządzeń Rady Ministrów w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej⁶.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej⁷ 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 publicznych⁸ (dalej: „*ustawa o świadczeniach*”), został zaliczony do poziomu szpitali III stopnia. W ramach PSZ nieprzerwanie funkcjonowało w nim 14 następujących profili: Anestezjologia i Intensywna Terapia, Anestezjologia i Intensywna Terapia Dzieci, Chirurgia Ogólna, Choroby Płuc dla Dzieci, Choroby Wewnętrzne, Choroby Zakaźne, Gastroenterologia, Immunologia Kliniczna dla Dzieci, Izba Przyjęć – IP, Nefrologia dla Dzieci, Neonatologia – trzeci poziom referencyjny, Neurologia, Neurologia dla Dzieci, Pediatria.

Wartość ryczałtu przypadającego Szpitalowi zgodnie z umową zawartą z OW NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (dalej: „*umowa PSZ*”), wyniosła 19 365 849,00 zł w IV kwartale 2017 r. oraz po 19 913 751,00 zł w I, II i III kwartale 2018 r. Natomiast łączne zrealizowane świadczenia finansowane w ramach ryczałtu wyniosły: 20 070 299,12 zł w IV kwartale 2017 r., 21 825 879,89 zł w I kwartale 2018 r., 19 540 899,47 zł w II kwartale 2018 r. i 19 807 488,63 zł w III kwartale 2018 r., co odpowiednio stanowiło 103,64%, 109,60%, 98,13%, 99,47% wartości ryczałtu za ten okres (wykonanie ryczałtu za I półrocze 2018 r. wyniosło 98,80%).

Szpital w okresie IV kwartał 2017 r. – III kwartał 2018 r. realizował nieprzerwanie świadczenia zdrowotne w ramach poszczególnych profili zabezpieczenia, w 128 zakresach świadczeń.

Poziom realizacji ryczałtu PSZ nie dawał podstaw do korekty (zmniejszenia) jego wysokości w kolejnych okresach rozliczeniowych⁹.

(akta kontroli str. 11-114, 191, 564, 572-573)

⁴ Sprawozdanie o działalności szpitala ogólnego.

⁵ Dz. U. z 2018 r. poz. 997, ze zm.

⁶ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 sierpnia 2014 r. w sprawie programu badań statystyki publicznej na rok 2015 r., (Dz. U. z 2014 r. poz. 1330), rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 21 lipca 2015 r. w sprawie programu badań statystyki publicznej na rok 2016 r., (Dz. U. z 2015 r. poz. 1304), rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 lipca 2016 r. w sprawie programu badań statystyki publicznej na rok 2017 r. (Dz. U. z 2016 r. poz. 1426), rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 19 grudnia 2017 r. w sprawie programu badań statystyki publicznej na rok 2018 (Dz. U. z 2017 r., poz. 2471).

⁷ 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.

⁸ Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, ze zm.

⁹ Zgodnie z § 3 pkt 9 i 10 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2017 r. poz. 1783).

1.2. Liczba leczonych pacjentów oraz liczba i wartość udzielonych świadczeń na podstawie umowy PSZ w ramach ryczałtu oraz przed wprowadzeniem sieci szpitala 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 badania w Szpitalu wybrano dwa profile, w przypadku których nastąpiło pogorszenie dostępności do świadczeń, występował wzrost liczby osób oczekujących oraz wydłużenie średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia powyżej 5 dni¹⁰, tj. choroby zakaźne oraz gastroenterologia.

W pierwszym z tych profili (choroby zakaźne¹¹), po wprowadzeniu PSZ zmniejszyła się o 18,8%¹² liczba pacjentów ogółem, którym udzielono świadczenia oraz zanotowano spadek liczby świadczeń jednostkowych o 16,7%¹³, przy spadku ich wartości o 1,8%¹⁴. Po wprowadzeniu PSZ w zasadzie bez zmian pozostała liczba pacjentów leczonych stacjonarnie¹⁵, przy jednoczesnym spadku ilości pacjentów leczonych ambulatoryjnie o 23,7%¹⁶. Udział pacjentów leczonych ambulatoryjnie zmniejszył się z 65,8%¹⁷ przed wprowadzeniem PSZ do 59,5%¹⁸ po wprowadzeniu tych zmian. Jednocześnie zanotowano zmniejszenie z 67,4%¹⁹ do 61,8%²⁰ udziału świadczeń jednostkowych udzielanych ambulatoryjnie w stosunku do świadczeń jednostkowych ogółem, przy niewielkim zmniejszeniu się z 1,3%²¹ do 1,2%²² ich udziału w wartości świadczeń ogółem.

W przypadku drugiego z badanych profili (gastroenterologia)²³, po wprowadzeniu PSZ nastąpił spadek ilości pacjentów ogółem o 8,6%²⁴, przy jednoczesnym spadku ilości świadczeń jednostkowych o 5,2%²⁵ oraz spadku ich wartości o 4,81%²⁶. Po wprowadzeniu PSZ nastąpił spadek liczby pacjentów leczonych stacjonarnie o 2,67%²⁷, oraz spadek ilości pacjentów leczonych ambulatoryjnie o 13,04%. Udział pacjentów leczonych ambulatoryjnie zwiększył w stosunku do liczby pacjentów tego profilu ogółem się z 44,8% przed wprowadzeniem PSZ do 47,1% po wprowadzeniu tych zmian.

Nieznacznie, bo o 0,1%, zwiększył się w okresie po wprowadzeniu PSZ udział świadczeń jednostkowych ambulatoryjnych w stosunku do świadczeń

¹⁰ Zagadnienia związane z kolejką oczekujących zostały opisane w punkcie 1.6. wystąpienia pokontrolnego.

¹¹ Obejmującym następujące zakresy świadczeń: choroby zakaźne hospitalizacja, świadczenia w zakresie chorób zakaźnych (AOS).

¹² Przed wprowadzeniem PSZ 1210, a po wprowadzeniu PSZ średniokwartalnie 982 pacjentów.

¹³ Przed wprowadzeniem PSZ – średniokwartalnie 1524 świadczenia, po wprowadzeniu PSZ – średniokwartalnie 1269 świadczeń.

¹⁴ Przed wprowadzeniem PSZ – średniokwartalna wartość świadczeń wynosiła 961 180,55 zł, po wprowadzeniu PSZ – średniokwartalna wartość świadczeń wynosiła 944 269,07 zł.

¹⁵ Przed wprowadzeniem PSZ – średniokwartalnie 749 pacjentów, po wprowadzeniu PSZ – średniokwartalnie 748 pacjentów.

¹⁶ Przed wprowadzeniem PSZ – średniokwartalnie 1099 pacjentów, po wprowadzeniu PSZ – średniokwartalnie 1441 pacjentów.

¹⁷ Średniokwartalnie 1441 pacjentów leczonych ambulatoryjnie (na 2189 pacjentów ogółem).

¹⁸ Średniokwartalnie 1099 pacjentów leczonych ambulatoryjnie (na 1847 pacjentów ogółem).

¹⁹ Średniokwartalnie 1841 świadczeń jednorazowych (z 2733 świadczeń).

²⁰ Średniokwartalnie 1455 świadczeń jednorazowych z 2353 świadczeń.

²¹ Średniokwartalna wartość świadczeń: 132 140,00 zł (na 10 609 180,73 zł ogółem).

²² Średniokwartalna wartość świadczeń: 121 928,00 zł (na 10 477 728,18 zł ogółem).

²³ Obejmującym następujące zakresy świadczeń: gastroenterologia – hospitalizacja, świadczenie w zakresie gastroenterologii (AOS).

²⁴ Przed wprowadzeniem PSZ – średniokwartalnie 279 pacjentów, po wprowadzeniu PSZ – średniokwartalnie 255 pacjentów.

²⁵ Przed wprowadzeniem PSZ – średniokwartalnie 327 świadczeń, po wprowadzeniu PSZ – średniokwartalnie 310 świadczeń.

²⁶ Przed wprowadzeniem PSZ – średniokwartalna wartość świadczeń to 461 208,43 zł, po wprowadzeniu PSZ – średniokwartalna wartość świadczeń to 439 018,95 zł.

²⁷ Przed wprowadzeniem PSZ – średniokwartalnie 375 pacjentów, po wprowadzeniu PSZ – średniokwartalnie 365 pacjentów.

jednostkowych ogółem przy zmniejszeniu się z 1,7%²⁸ do 1,3%²⁹ ich udziału w wartości świadczeń ogółem.

(akta kontroli str. 570-571)

Wyjaśniając przyczyny dotyczące zmniejszenia średniej liczby pacjentów oraz ilości świadczeń udzielanych w porównywanych okresach, Dyrektor Szpitala podał, że liczba świadczeń wykonana na rzecz jednego pacjenta uzależniona była od jego stanu medycznego i sposobu finansowania udzielonych świadczeń określonego przez płatnika. Na liczbę świadczeń świadczeniodawca nie miał większego wpływu. Dyrektor Szpitala wskazał również, że w 2018 r. zauważalny był spadek liczby pacjentów zgłaszających się do IP Szpitala. Liczba odmów w okresie poddanym kontroli również malała, co przełożyło się na niższą ilość hospitalizacji. Ponadto nastąpiła zmiana wyceny grup JGP zwłaszcza u pacjentów hospitalizowanych do 3 dni. Według Dyrektora Szpitala skutkowało to wykonaniem świadczeń u mniejszej liczby pacjentów do wartości limitu przyznanego ryczałtu. Obecnie zmniejszyło się obłożenie łóżek we wszystkich oddziałach w porównaniu do lat ubiegłych. Natomiast zmniejszenie ilości udzielanych świadczeń w trybie ambulatoryjnym związane było z problemami kadrowymi.

(akta kontroli str. 629)

1.3. Badanie zapewnienia przez Szpital pacjentom kompleksowego oraz koordynowanego świadczenia ambulatoryjnego, szpitalnego i rehabilitacyjnego, stosowanie do ich potrzeb, zostało przeprowadzone na próbie losowo wybranych 80 pacjentów wypisanych w miesiącu listopadzie 2017 r. i kwietniu 2018 r.³⁰. W badanej próbie:

- 13 pacjentów (16,3% wszystkich zbadanych) potrzebowało świadczeń pohospitalizacyjnych, realizowanych w okresie nie dłuższym niż 30 dni od zakończenia hospitalizacji, z czego: 3 pacjentów uzyskało potrzebne świadczenie pohospitalizacyjne w kontrolowanej jednostce w terminie nie dłuższym niż 30 dni, a w pozostałych 10 przypadkach pacjenci nie zgłosili się do poradni przyszpitalnej (nie zarejestrowali się);
- 25 pacjentów (31,3%) wymagało dalszego leczenia w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, z czego 1 uzyskał świadczenie w kontrolowanym podmiocie, a w pozostałych 18 przypadkach Szpital nie prowadził poradni o tym charakterze, w 7 przypadkach pacjent nie zgłosił się do poradni specjalistycznej prowadzonej przez Szpital;
- żaden z pacjentów nie wymagał rehabilitacji po opuszczeniu Szpitala.

(akta kontroli str. 248-297)

1.4. Liczba odmów odnotowanych w księdze odmów, przyjęć i porad ambulatoryjnych prowadzonych w Izbie Przyjęć Szpitala (dalej: „IP”), została objęta badaniem na koniec marca oraz września lat 2015-2018. W jego wyniku stwierdzono, że średnia ilość odmów ogółem w marcu w latach 2015-2017, czyli przed wprowadzeniem PSZ, wynosiła 4 340, natomiast w marcu 2018 r. wyniosła 4 215. Podobny spadek wystąpił w miesiącu wrześniu w latach 2015-2017, gdzie średnia liczba odmów dla tego okresu, przed wprowadzeniem PSZ, wynosiła 4 075, a we wrześniu 2018 r. wyniosła 3 769.

²⁸ W sumie 95 077,85 zł wartości świadczeń z 5 534 501,13 zł wartości świadczeń ogółem.

²⁹ W sumie 69 594,60 zł wartości świadczeń z 5 268 227,44 zł wartości świadczeń ogółem.

³⁰ 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 (V Oddział Chirurgii Ogólnej), oraz oddziału o charakterze zachowawczym, tj. gastroenterologii (VII Oddział Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Klinicznego).

Szpital nie gromadził danych dotyczących liczby odmów na IP związanych z brakiem miejsc w Szpitalu, co było stanem nieprawidłowym. Zagadnienie zostało szczegółowo opisane w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str. 563)

1.5. Badanie wpływu wprowadzenia ryczałtu 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 świadczenia PSZ. W wyniku tego badania stwierdzono, że po wprowadzeniu PSZ dostępność świadczeń zdrowotnych w placówce zmieniła się w sposób następujący:

a) Średni czas oczekiwania i liczba oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej w przypadku 7 oddziałów³¹ oraz 10 poradni specjalistycznych³² nie zmieniły się lub uległy skróceniu.

Wydłużenie liczby pacjentów oczekujących i średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia medycznego (wzrost w porównaniu do okresu przez wprowadzeniem ryczałtu PSZ powyżej 5 dni) odnotowano w następujących komórkach organizacyjnych Szpitala:

- przypadki stabilne: wzrost liczby pacjentów oraz czasu oczekiwania powyżej 5 dni odnotowano na 1 oddziale, tj. I Oddział Chorób Zakaźnych³³ oraz w 5 poradniach specjalistycznych (Poradnia Chorób Zakaźnych³⁴, Poradnia Chorób Zakaźnych dla dzieci³⁵, Poradnia Gastroenterologiczna³⁶, Poradnia Gastroenterologiczna dla Dzieci³⁷, Poradnia Neurologiczna³⁸);
- przypadki stabilne i pilne: wzrost liczby pacjentów oraz czasu oczekiwania powyżej 5 dni odnotowano na 1 oddziale, tj. VII Oddział Gastroenterologii³⁹.

(akta kontroli str. 560-562)

b) Średni czas oczekiwania i liczba oczekujących na udzielenie świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej po wprowadzeniu ryczałtu PSZ kształtowały się następująco:

- w Ośrodku Rehabilitacji Diennej dla przypadków stabilnych nastąpił spadek średniej liczby oczekujących o 10 osób i spadek średniego czasu oczekiwania o 16 dni; dla przypadków pilnych liczba pacjentów oczekujących nie zmieniła się, a średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia obniżył się o 2 dni;
- w XIII Oddziale Rehabilitacji Ogólnoustrojowej, dla przypadków stabilnych nastąpił wzrost liczby oczekujących o 70 osób i spadek średniego czasu oczekiwania na świadczenie o 1 dzień; dla przypadków pilnych nastąpił wzrost średniej liczby oczekujących o 41 osób i jednocześnie średni okres oczekiwania na udzielenie świadczenia wydłużył się o 57 dni.

(akta kontroli str. 560-562)

³¹ III Oddział Neurologiczny, V Oddział Chirurgii Ogólnej - wzrost liczby pacjentów oczekujących, XI Oddział Pediatriczny, XV Oddział Pediatriczny – Nefrologii, XV Pododdział Neurologii, XVI Oddział Immunologii Klinicznej i Pediatrii, XVIII Oddział Neonatologiczny.

³² Poradnia Alergologiczna dla Dzieci, Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc dla Dzieci - wzrost liczby oczekujących, Poradnia HIV i AIDS; Poradnia Nefrologiczna dla Dzieci, Poradnia Neonatologiczna, Poradnia Neurologiczna dla Dzieci; Poradnia Reumatologiczna dla Dzieci; Poradnia Zaburzeń Odporności; Poradnia domowego żywienia dojelitowego; Poradnia Hepatologiczna.

³³ Średni wzrost liczby oczekujących o 45 osób, średni wzrost czasu oczekiwania o 16 dni.

³⁴ Średni wzrost liczby oczekujących o 46 osób, średni wzrost czasu oczekiwania o 104 dni.

³⁵ Średni wzrost liczby oczekujących o 60 osób; średni wzrost czasu oczekiwania o 36 dni.

³⁶ Średni wzrost liczby oczekujących o 8 osób; średni wzrost czasu oczekiwania o 73 dni.

³⁷ Średni wzrost liczby oczekujących o 19 osób; średni wzrost czasu oczekiwania o 7 dni.

³⁸ Średni wzrost liczby oczekujących o 12 osób; średni wzrost czasu oczekiwania o 23 dni.

³⁹ Przypadki stabilne; średni wzrost liczby oczekujących o 8 osób; średni wzrost czasu oczekiwania 11 dni. Przypadki pilne; średni wzrost liczby oczekujących o 6 osób; średni wzrost czasu oczekiwania 11 dni.

c) data pierwszego wolnego terminu na udzielenie świadczenia po wprowadzeniu ryczałtu PSZ w przypadku 9 poradni specjalistycznych⁴⁰, 10 oddziałów szpitalnych⁴¹ oraz w Ośrodku Rehabilitacji Diennej⁴² uległa skróceniu. W przypadku IX Oddziału Wewnętrznego (przypadki pilne) data pierwszego wolnego terminu nie uległa zmianie.

Czas oczekiwania wg sprawozdawanych pierwszych wolnych terminów uległ wydłużeniu w 4 poradniach specjalistycznych⁴³ oraz w 4 oddziałach szpitalnych⁴⁴, w tym w XIII Oddziale Rehabilitacji Ogólnoustrojowej.

(akta kontroli str. 630-633)

Wyjaśniając przyczyny dotyczące wydłużenia kolejek Dyrektor Szpitala wskazał, że kolejka oczekujących na świadczenia w XIII Oddziale Rehabilitacji Ogólnoustrojowej znacznie wzrosła z uwagi na fakt, że jest to nowopowstały oddział dedykowany dzieciom. Informacja o możliwości rehabilitacji dziecka w warunkach szpitalnych z możliwością przebywania rodzica/opiekuna z nim w czasie hospitalizacji wywołuje duże zainteresowanie pacjentów. Ponadto zmiana przepisów umożliwiająca skorzystanie poza kolejnością ze świadczeń zdrowotnych na mocy ustawy „za życiem” spowodowała wydłużenie kolejki pozostałych dzieci.

Celem zatrzymania trendu wzrostu oczekujących na świadczenia oraz wydłużania się czasu oczekiwania Szpital realizuje kontrakt ponad limit określony w umowie do wysokości wolnych środków finansowych zaplanowanych w innych komórkach organizacyjnych, które nie zostały wykorzystane.

Wydłużenie się czasu oczekiwania w poradniach specjalistycznych spowodowane jest brakami kadrowymi na rynku pracy. Personel lekarski zatrudniony jest na podstawie umów cywilno-prawnych i istnieje duże utrudnienie zwiększenia liczby zleconych godzin (wydłużenie czasu pracy poradni).

⁴⁰ Poradnia Alergologiczna dla Dzieci: przypadek pilny skrócenie pierwszego wolnego terminu o 18 dni, przypadek stabilny o 16 dni; Poradnia Gastroenterologiczna dla Dzieci przypadek pilny skrócenie pierwszego wolnego terminu o 21 dni, przypadek stabilny 20 dni; Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc dla Dzieci przypadek pilny skrócenie pierwszego wolnego terminu o 17 dni, przypadek stabilny o 11 dni; Poradnia HIV i AIDS przypadek pilny skrócenie pierwszego wolnego terminu o 17 dni, przypadek stabilny o 17 dni; Poradnia Nefrologiczna dla Dzieci przypadek pilny skrócenie pierwszego wolnego terminu o 16 dni, przypadek stabilny o 28 dni; Poradnia Neurologiczna przypadek pilny skrócenie pierwszego wolnego terminu o 28 dni, przypadek stabilny o 18 dni; Poradnia Neurologiczna dla Dzieci przypadek pilny skrócenie pierwszego wolnego terminu o 39 dni, przypadek stabilny 25 dni; Poradnia Reumatologiczna dla Dzieci przypadek pilny skrócenie pierwszego wolnego terminu o 18 dni, przypadek stabilny 43 dni, Poradnia Zaburzeń Odporności przypadek pilny skrócenie pierwszego wolnego terminu o 12 dni, przypadek stabilny 48 dni.

⁴¹ II Oddział Chorób Zakaźnych przypadek pilny skrócenie pierwszego wolnego terminu o 37 dni, przypadek stabilny o 53 dni; III Oddział Neurologiczny przypadek pilny skrócenie pierwszego wolnego terminu o 117 dni, przypadek stabilny o 305 dni; VI Oddział Chorób Wewnętrznych przypadek pilny skrócenie pierwszego wolnego terminu o 9 dni, przypadek stabilny o 10 dni; X Oddział Chorób Wewnętrznych przypadek pilny skrócenie pierwszego wolnego terminu o 22 dni, przypadek stabilny o 16 dni; XI Oddział Pediatriczny przypadek pilny skrócenie pierwszego wolnego terminu o 17 dni, przypadek stabilny o 17 dni; XIV Oddział Pediatriczny - Pulmonologii i Alergologii przypadek pilny skrócenie pierwszego wolnego terminu o 17 dni, przypadek stabilny o 17 dni; XV Oddział Pediatriczny - Nefrologii 17 dni, przypadek stabilny o 0 dni; XV Pododdział Neurologii 27 dni, przypadek stabilny o 42 dni; XVI Oddział Immunologii Klinicznej i Pediatrii 40 dni, przypadek stabilny o 53 dni; XVIII Oddział Neonatologiczny 17 dni, przypadek stabilny o 33 dni.

⁴² Przypadek pilny skrócenie pierwszego wolnego terminu o 16 dni, przypadek stabilny o 69 dni.

⁴³ Poradnia Chorób Zakaźnych: przypadek pilny wydłużenie pierwszego wolnego terminu o 59 dni, przypadek stabilny wydłużenie o 95 dni; Poradnia Chorób Zakaźnych dla dzieci: przypadek stabilny wydłużenie pierwszego wolnego terminu o 47 dni, Poradnia domowego żywienia dojelitowego przypadek pilny wydłużenie pierwszego wolnego terminu o 94 dni; Poradnia Gastroenterologiczna przypadek pilny wydłużenie pierwszego wolnego terminu o 42 dni, przypadek stabilny wydłużenie o 134 dni; Poradnia Hepatologiczna przypadek pilny wydłużenie pierwszego wolnego terminu o 136 dni, przypadek stabilny wydłużenie o 16 dni.

⁴⁴ V Oddział Chirurgii Ogólnej: przypadek pilny wydłużenie pierwszego wolnego terminu o 33 dni, VII Oddział Gastroenterologii: przypadek pilny wydłużenie pierwszego wolnego terminu o 22 dni, I Oddział Chorób Zakaźnych (kliniczny): przypadek stabilny wydłużenie pierwszego wolnego terminu o 80 dni, XIII Oddział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej: przypadek pilny wydłużenie pierwszego wolnego terminu o 387 dni, przypadek stabilny o 247 dni.

Wydłużenie się czasu oczekiwania na świadczenia w oddziałach specjalistycznych było ponadto wynikiem wzrostu liczby pacjentów przyjmowanych w trybie nagłym.

(akta kontroli str. 622-625)

1.6. Przed wejściem w życie PSZ Szpital prowadził Nocną i Świąteczną Opiekę Zdrowotną (dalej: „NiŚOZ”)⁴⁵ w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (dalej: „POZ”), a po wejściu PSZ ten zakres świadczeń realizowany był w ramach umowy PSZ.

Szpital udzielał świadczeń w zakresie NiŚOZ po wprowadzeniu PSZ za pośrednictwem podwykonawców oraz własnych zasobów kadrowych (na podstawie umów indywidualnych z lekarzami i pielęgniarkami). Świadczenia udzielano w trybie ciągłym, nie wystąpiły przerwy w udzielaniu świadczeń, zarówno przed wprowadzeniem PSZ jak i po jego wdrożeniu. Do realizacji świadczeń NiŚOZ Szpital wykorzystywał pomieszczenia położone na parterze w budynku A2 Szpitala: miejsce rejestracji NiŚOZ⁴⁶. Zespoły wyjazdowe z terenu Szpitala obsługiwały tereny: Powiat m. Wrocław oraz gminy Długoleka, Czernica, Siechnice i Żórawina⁴⁷, tj. cały obszar zabezpieczenia.

(akta kontroli str. 383-508)

1.7. Ze względu na fakt, że po utworzeniu PSZ zwiększył się obszar zabezpieczenia świadczeń z zakresu NiŚOZ, nie było możliwe rzetelne porównanie ich ilości przed i po dniu 1 października 2018 r.⁴⁸.

W badanym okresie (2015-2018 I-III kwartał) średnia ilość udzielonych świadczeń lekarskich⁴⁹ w ramach NiŚOZ w I kwartale 2018 r. wynosiła 3 291 i była o 25,8% niższa od średniej liczby udzielonych świadczeń w I kwartałach w latach 2015-2017⁵⁰. Ilość świadczeń udzielona w II kwartale 2018 r. wynosiła odpowiednio 4 247 i była o 14,3% wyższa od ilości świadczeń udzielonych średnio w II kwartałach w latach 2015-2017⁵¹. W III kwartale 2018 r. liczba udzielonych świadczeń kształtowała się na poziomie 3 369 i była o 5,5% wyższa od średniej liczby udzielonych świadczeń w tym okresie w latach 2015-2017⁵². W IV kwartale 2017 r. ilość udzielonych świadczeń wyniosła 3 544 i była o 3,8% niższa od średniej liczby w analogicznym okresie w latach 2015-2016.

Podobna tendencja występowała się w obszarze udzielonych wizyt pielęgniarskich⁵³. Średnia ilość udzielonych wizyt pielęgniarskich⁵⁴ w I kwartale 2018 r. równała się 977 i była o 19,3% niższa od średniej liczby udzielonych świadczeń w I kwartałach w latach 2015-2017⁵⁵. Ilość świadczeń udzielona w II kwartale 2018 r. wynosiła odpowiednio 1 568 i była o 13,2% wyższa od ilości świadczeń udzielonych średnio w III kwartałach w latach 2015-2017⁵⁶. W III kwartale 2018 r. liczba udzielonych świadczeń kształtowała się na poziomie 1 420 i była o 22,6% wyższa od średniej liczby udzielonych świadczeń w tym okresie w latach

⁴⁵ Szpital był jednym z czterech podmiotów udzielającym świadczeń NiŚOZ na wskazanym obszarze zabezpieczenia, tj. Powiat m. Wrocław oraz gminy Długoleka, Czernica, Siechnice i Żórawina.

⁴⁶ Pokój zespołu wyjazdowego, gabinet zabiegowy/pielęgniarski NiŚOZ oraz dwa gabinety lekarskie.

⁴⁷ Przed wprowadzeniem PSZ Szpital obsługiwał obszar: Dzielnica Wrocław-Psie Pole oraz gmina Długoleka.

⁴⁸ Po 1 października 2017 r. (po wprowadzeniu PSZ) obszar obejmował Powiat m. Wrocław oraz gminy Długoleka, Czernica, Siechnice i Żórawina, przed utworzeniem sieci szpitali obszar był podzielony na: Dzielnica Wrocław-Psie Pole oraz gmina Długoleka.

⁴⁹ Ambulatoryjnie, wyjazdowo i telefonicznie.

⁵⁰ Gdzie udzielono ich średnio 4 435 świadczeń lekarskich.

⁵¹ Gdzie udzielono ich średnio 3 716 świadczeń lekarskich.

⁵² Gdzie udzielono ich średnio 3195 świadczeń lekarskich.

⁵³ Ambulatoryjnie i wyjazdowo.

⁵⁴ Ambulatoryjnie, wyjazdowo i telefonicznie.

⁵⁵ Gdzie udzielono ich średnio 1210.

⁵⁶ Gdzie udzielono ich średnio 1385

2015-2017⁵⁷. W IV kwartale 2017 r. ilość udzielonych świadczeń wyniosła 1 220 i kształtowała się na podobnym poziomie jak w analogicznym okresie w latach 2015-2016.

(akta kontroli str. 559, 586-588)

Dyrektor Szpitala podał, że liczba porad udzielanych w ramach nocnej i świątecznej opieki charakteryzuje się sezonowością związaną często z występowaniem chorób infekcyjnych. Szpital udziela wszystkim pacjentom zgłaszającym się do NiŚOZ świadczeń lekarskich czy pielęgniarskich w zależności od potrzeby.

(akta kontroli str. 611-614)

1.8. W badanym okresie udzielano świadczeń w Izbie Przyjęć (IP)⁵⁸ oraz równolegle w NiŚOZ. Obie te komórki organizacyjne, tj. IP i NiŚOZ funkcjonowały w Szpitalu zarówno przed, jak i po wprowadzeniu PSZ.

(akta kontroli str. 309-353)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

Szpital nie przedłożył danych dotyczących liczby odmów związanej z brakiem miejsc w szpitalu za okresy: I kwartał 2015 r., III kwartał 2015 r., I kwartał 2016 r., III kwartał 2016 r., I kwartał 2017 r., III kwartał 2017 r., I kwartał 2018 r., III kwartał 2018 r., których gromadzenie było niezbędne do sporządzenia sprawozdania MZ-29⁵⁹, zgodnie z art. 7 ust. 1 *ustawy o statystyce publicznej* oraz § 1 rozporządzeń Rady Ministrów w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej (na kolejne lata).

(akta kontroli str. 375-380, 563)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych⁶⁰ (dalej: „rozporządzenie w sprawie informacji”), zostały określone tryby wypisu, m.in. „3” – skierowanie do dalszego leczenia w innym szpitalu, lub „4” – skierowanie do dalszego leczenia w innym niż szpital przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne. Szpital nie prowadził odrębnych statystyk.

(akta kontroli str. 609-610)

Wprawdzie *rozporządzenie w sprawie informacji* nie nakładało na Szpital obowiązku gromadzenia danych dotyczących liczby odmów z powodu braku miejsc oraz do rejestracji liczby odmów związanej z brakiem miejsc, w przypadku których pacjenci zostali przewiezieni do innego szpitala, jednakże zgodnie z art. 7 ust. 1 *ustawy o statystyce publicznej* oraz kolejnymi wersjami rozporządzeń Rady Ministrów w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej (na kolejne lata), istniał obowiązek przekazywania sprawozdania statystycznego Mz-29 stanowiącego element programu badań statystyki publicznej.

⁵⁷ Gdzie udzielono ich średnio 1158.

⁵⁸ Zgodnie z definicją zawartą w § 2 ust. 1 pkt 7 i 8 Zarządzenia Nr 16/2018/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 lutego 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w zakresie: świadczenia w izbie przyjęć (Dz. Urz. Prezesa NFZ z 2018 r. nr 18, ze zm.).

⁵⁹ Sprawozdanie o działalności szpitala ogólnego, w Dziale 4 oddział ratunkowy/ izba przyjęć/ ambulatoryjna opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej

⁶⁰ Dz. U. 2008 r. Nr 123 poz. 801.

OCENA CZĄSTKOWA

Po wprowadzeniu PSZ w części prowadzonych przez Szpital oddziałach szpitalnych i poradniach specjalistycznych zwiększyła się liczba pacjentów oczekujących i średni czas ich oczekiwania na udzielenie świadczenia. W dwóch objętych szczegółową kontrolą profilach działalności Szpitala (choroby zakaźne i gastroenterologia) wystąpił także spadek ilości świadczeń realizowanych w ramach AOS, czego nie można uznać za zjawisko pozytywne. Szpital zapewnił przy tym możliwość realizacji większości świadczeń po hospitalizacji w poradniach przyszpitalnych, za wyjątkiem poradni chirurgii ogólnej, poradni pediatricznej i poradni chorób wewnętrznych. Ponadto zgodnie z postanowieniami umowy w sprawie PSZ realizował świadczenia NiSOZ.

Jednocześnie Szpital nie gromadził informacji dotyczących liczby odmów związanych z brakiem miejsc dla pacjentów, do czego był zobowiązany na mocy art. 7 ust. 1 ustawy o statystyce publicznej oraz rozporządzeń Rady Ministrów w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej.

OBSZAR

2. Zmiany w organizacji wewnętrznej Szpitala oraz w alokacji zasobów

Opis stanu faktycznego

2.1. W latach 2017-2018 (I-III kwartał) w Szpitalu funkcjonowały następujące oddziały oraz poradnie, odpowiadające każdemu z realizowanych profili PSZ, za wyjątkiem poradni chirurgicznej, poradni chorób wewnętrznych i poradni pediatricznej, które nie zostały uruchomione przed dniem 1 października 2017 r. i nadal nie funkcjonują. I tak:

- w ramach profilu chirurgia ogólna: V Oddział Chirurgii Ogólnej - brak poradni
- w ramach profilu choroby płuc dla dzieci: XIV Oddział Pediatriczny - Pulmonologii i Alergologii wraz z Poradnią Alergologiczną dla Dzieci, Poradnią Gruźlicy i Chorób Płuc dla Dzieci;
- w ramach profilu choroby zakaźne: I Oddział Chorób Zakaźnych (kliniczny), II Oddział Chorób Zakaźnych wraz z: Poradnią Chorób Zakaźnych, Poradnią Hepatologiczną i Poradnią HIV i AIDS;
- w ramach profilu choroby wewnętrzne: VI Oddział Chorób Wewnętrznych, X Oddział Chorób Wewnętrznych, IX Oddział Wewnętrzny – brak poradni;
- w ramach profilu neurologia: III Oddział Neurologiczny wraz z Poradnią Neurologiczną;
- w ramach profilu gastroenterologia: VII Oddział Gastroenterologii wraz z Poradnią Gastroenterologiczną oraz Ośrodkiem Żywienia Klinicznego;
- w ramach profilu immunologia kliniczna dla dzieci: XVI Oddział Immunologii Klinicznej i Pediatrii wraz z Poradnią Zaburzeń Odporności;
- w ramach profilu pediatria: XI Oddział Pediatriczny wraz z Poradnią Chorób Zakaźnych dla Dzieci, Poradnią Gastroenterologiczną dla Dzieci i Poradnią Reumatologiczną dla Dzieci, brak poradni pediatricznej
- w ramach profilu pediatria neurologia dla dzieci: XV Pododdział Neurologii wraz z Poradnią Neurologiczną dla Dzieci;
- w ramach profilu pediatria nefrologia dla dzieci: XV Oddział Pediatriczny – Nefrologii wraz z Poradnią Nefrologiczną dla Dzieci;
- w ramach profilu neonatologia III poziom referencyjny: XVIII Oddział Neonatologiczny wraz z Poradnią Neonatologiczną.

Poza wyżej wskazanymi Szpital posiadał następujące komórki organizacyjne, będące w systemie PSZ, ale rozliczane w ramach wyodrębnionych środków finansowych w ramach PSZ (poza ryczałtem): XIII Oddział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej wraz z Ośrodkiem Rehabilitacji Diennej, poradnia leczenia ran, pracownia endoskopowa, pracownia tomografii komputerowej.

(akta kontroli str. 309-353)

Dyrektor Szpitala wyjaśniając przyczyny niezapewnienia opieki pohospitalizacyjnej w ramach wyżej wskazanych trzech profili podał, że Szpital nie realizuje świadczeń w tych profilach z powodu braku kontraktu z OW NFZ. Świadczenia w poradni chorób wewnętrznych oraz poradni pediatrycznej znalazły się w katalogu świadczeń dopiero w marcu 2018 r. i do chwili obecnej OW NFZ nie ogłosił postępowania konkursowego. Szpital będzie składał swoją ofertę w postępowaniu poprzedzającym zawarcie umowy w momencie ogłoszenia takiego konkursu przez OW NFZ.

Od 2012 r. OW NFZ nie ogłaszał postępowania konkursowych poprzedzających zawarcie umowy na świadczenia realizowane w poradniach specjalistycznych. Według wyjaśnień Dyrektora, Szpital będzie składał swoją ofertę w postępowaniu poprzedzającym zawarcie umowy w momencie ogłoszenia takiego konkursu przez OW NFZ.

(akta kontroli str. 615-621)

2.2. Wdrożenie PSZ nie spowodowało zmian w zakresie udzielanych świadczeń, jak również zmian w strukturze organizacyjnej Szpitala. W latach 2015-2017 (do końca III kwartału) w Szpitalu nie zostały utworzone nowe profile działalności⁶¹, nie zrezygnowano z udzielania świadczeń w żadnym z profili, które miały związek z wprowadzeniem PSZ.

W Szpitalu do PSZ nie została włączona Poradnia Okulistyczna dla Dzieci, gdyż Szpital nie prowadził oddziału okulistycznego dla dzieci. Szpital zachował ten zakres i kontynuował udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach umów zawartych z OW NFZ po wygraniu postępowania konkursowego.

(akta kontroli str. 309-353, 509-553)

2.3. W latach 2015-2018 (do końca III kwartału) Szpital zrealizował inwestycje na łączną sumę 32 257 560,39 zł, z czego środki własne Szpitala stanowiły 25 294 653,88 zł, a środki z darowizn i dotacji 7 152 236,90 zł. W ich ramach dokonano m.in.: zakupu wysoko cennej aparatury medycznej, remontów na oddziałach szpitalnych, wykonano elewację przy budynku A1, wymieniono dźwigi osobowe, dokonano budowy bloku operacyjnego i apteki szpitalnej z wyposażeniem, przebudowano parter budynku A – Oddział Chirurgii i Pracownię Endoskopii, dokonano remontu kanału ciepłowniczego wraz z wymianą instalacji i montażem pompy, wyremontowano oddziały zakaźne. Ponadto zrealizowano trzy projekty współfinansowane ze środków UE: „Dolnośląskie e-Zdrowie – Usługi dla Obywateli”, „Wdrożenie elektronicznych usług w obszarze e-Zdrowia oraz rozwój systemów informacji medycznej w podmiotach leczniczych o zasięgu wojewódzkim”, „Zakup sprzętu do pracowni endoskopii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. J. Gromkowskiego”.

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.242-247)

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

(akta kontroli str. 11-114, 309-353, 572-573, 592-606)

2.5. W badanym okresie zatrudnienie w Szpitalu (w przeliczeniu na pełne etaty) wynosiło od 705,11 na koniec 2015 r. do 723,99 na koniec 2017 r. Natomiast na

⁶¹ Zgodnie ze stanem faktycznym przedstawionym w księdze rejestrowej Szpitala Nr księgi 000000001264, Oznaczenie organu: W-02.

koniec III kwartału 2018 r. ukształtowało się na poziomie 737,28 etatów (wzrost zatrudnienia w porównaniu do 2017 r. o 1,8%), z czego 224,87 stanowili lekarze i rezydenci (30,5% ogółu), 381,25 pielęgniarki (51,7% ogółu), a 131,16 pozostały personel (17,8% ogółu). Po wprowadzeniu PSZ liczba lekarzy zwiększyła się o 10,54, liczba pielęgniarek o 1,75, a pozostałego personelu o 1 etat. Wzrost lub spadek liczby personelu medycznego po wprowadzeniu PSZ w poszczególnych komórkach organizacyjnych nie przekraczał 1 etatu w przypadku lekarzy i 1 etatu w przypadku pielęgniarek, za wyjątkiem XIV Oddziału Pediatrycznego - Pulmonologii i Alergologii, gdzie nastąpił wzrost liczby zatrudnionych lekarzy o 3 etaty oraz Oddział Neurologii z Pododdziałem Udarowym, gdzie nastąpił spadek zatrudnienia pielęgniarek o 1,75 etatu.

(akta kontroli str. 554-556)

Dyrektor Szpitala wskazał, że wzrost zatrudnienia personelu lekarskiego o 3 etaty na Oddziale Pulmonologii i Alergologii wynikał z zatrudnienia skierowanych do Szpitala lekarzy rezydentów, którzy odbywali specjalizację w ramach umowy o pracę. Również ogólny wzrost zatrudnienia lekarzy w badanym okresie o 10,54 etatów wynikał przede wszystkim z ruchów kadrowych lekarzy rezydentów. Lekarze kierowani byli do Szpitala dwa razy w roku (wiosną i pod koniec jesieni), najczęściej ich umowy kończyły się w terminach zbliżonych do terminów rozpoczynania stażu specjalizacyjnego.

Pozostałe wzrosty zatrudnienia wiązały się z naturalnymi ruchami kadrowymi i zatrudnianiem dodatkowego personelu w związku z absencjami pracowników poszczególnych grup zawodowych. Ponadto w personelu pielęgniarskim wzrost nastąpił w 2018 r. w stosunku do roku 2017 r. o 1,75 etatu. W porównaniu 2015 r. liczba etatów zmalała o 2,45, a do 2014 r. aż o 18,85 etatu. Wzrost zatrudnienia w 2018 r. roku spowodowany był próbą przywrócenia zatrudnienia do poziomu, który pozwala na zabezpieczenie pracy oddziałów w obsadę pielęgniarską zgodną z normami w sposób pozwalający na zmniejszenie liczby nadgodzin wypracowywanych przez ten personel. W szpitalu można zaobserwować stały spadek liczby zatrudnionych pielęgniarek, a te pracujące coraz częściej chorują, są w wieku przedemerytalnym, co powoduje konieczność zatrudniania nowych osób, a w przypadku ich braku na rynku pracy, co jest już normą od kilku lat, generuje powstawanie godzin nadliczbowych.

(akta kontroli str. 615-621)

2.6. W 2018 r. w porównaniu do 2015 r. liczba łóżek zwiększyła się na trzech oddziałach, tj. na V Oddziale Chirurgii Ogólnej o 2 łóżka (z 26 do 28), na VI Oddziale Chorób Wewnętrznych, Reumatologii i Geriatrii o 4 łóżka (z 62 do 66), na XIII Oddziale Rehabilitacji Ogólnoustrojowej o 2 łóżka (z 25 do 27). Natomiast na I Oddziale Chorób Zakaźnych liczba łóżek została zmniejszona o 1 łóżko, tj. z 38 do 37. W pozostałych oddziałach liczba łóżek nie uległa zmianie⁶².

(akta kontroli str. 565-567)

Wskazując przyczyny zmian w ilości łóżek na poszczególnych oddziałach, Dyrektor podał, że zwiększenie łóżek na trzech oddziałach spowodowane było

⁶² Wynosiła: II Oddział Chorób Zakaźnych (39 łóżek), III Oddział Neurologii z Pododdziałem Udarowym (35 łóżek), IV Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii (8 łóżek), IX Oddział Chorób Wewnętrznych (35 łóżek), VII Oddział Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Klinicznego (36 łóżek), X Oddział Chorób Wewnętrznych (36 łóżek), XI Oddział Pediatryczny (23 łóżka), XII Oddział Psychiatryczny Dla Dzieci i Młodzieży (29 łóżek), XIV Oddział Pediatryczny - Pulmonologii i Alergologii (27 łóżek), XV Oddział Pediatryczny - Nefrologii (14 łóżek), XV Pododdział Neurologii (13 łóżek), XVI Oddział Immunologii Klinicznej i Pediatrii (26 łóżek), XVII Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Noworodków i Dzieci (11 łóżek), XVIII Oddział Neonatologiczny (26 łóżek).

przeprowadzeniem remontów w oddziałach i adaptacją pomieszczeń w związku z koniecznością zwiększenia dostępności do świadczeń.

Zmniejszenie ilości łóżek w I Oddziale Chorób Zakaźnych spowodowane było koniecznością utworzenia izolátky.

(akta kontroli str. 615-621)

W okresie I-III kwartału 2018 r. w porównaniu do I-III kwartału lat 2015-2017, średniokwartalny czas hospitalizacji nie uległ zmianie w przypadku siedmiu oddziałów szpitalnych⁶³.

Średni czas hospitalizacji uległ skróceniu na 5 oddziałach szpitalnych funkcjonujących w ramach PSZ⁶⁴ tj.: III Oddziale Neurologii z Pododdziałem Udarowym o 2,4 dnia⁶⁵, IX Oddziale Chorób Wewnętrznych o 0,5 dnia⁶⁶, V Oddziale Chirurgii Ogólnej o 0,6 dnia⁶⁷, VII Oddziale Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Klinicznego o 0,7 dnia⁶⁸, XVI Oddziale Immunologii Klinicznej i Pediatrii o 0,5 dnia⁶⁹.

Średni czas hospitalizacji wydłużył się na 5 oddziałach szpitalnych⁷⁰: IV Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii o 3,4 dnia⁷¹, X Oddziale Chorób Wewnętrznych o 2,0 dni⁷², XIII Oddziale Rehabilitacji Ogólnoustrojowej (dziecięcej) o 4,5 dnia⁷³, XVII Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Noworodków i Dzieci o 3,7 dnia⁷⁴, XV Pododdziale Neurologii (dziecięcej) o 1 dzień⁷⁵.

(akta kontroli str. 565-567)

Wyjaśniając przyczyny wydłużenia czasu hospitalizacji X Oddział Chorób Wewnętrznych o 2,0 dni, Dyrektor Szpitala podał, że na wydłużenie się czasu hospitalizacji spowodowane było brakiem możliwości wypisania pacjentów, którzy wymagali dalszego świadczenia w ramach stacjonarnych i całodobowych świadczeń innych niż szpitalne. Szpital bardzo często boryka się z problemami wypisania pacjentów (niewymagających leczenia w oddziałach szpitalnych a wymagających dalszej opieki pielęgnacyjnej), którzy nie mają wsparcia ze strony najbliższych. W takiej sytuacji Szpital uruchamia procedury przekazania pacjenta do zakładu opiekuńczo- leczniczego, jednakże procedura ta wydłuża czas hospitalizacji.

(akta kontroli str. 615-621)

Natomiast średnie wykorzystanie łóżek szpitalnych we wskazanym wyżej okresie (I-III kwartał w latach 2015-2018) na 17 funkcjonujących w ramach PSZ oddziałach wyniosło średnio⁷⁶ od 22,3% na XVII Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii

⁶³ Tj. I Oddział Chorób Zakaźnych średni czas hospitalizacji wynosił 5,7 dnia, II Oddział Chorób Zakaźnych 5,2 dnia, VI Oddział Chorób Wewnętrznych, Reumatologii i Geriatrii 8,4 dnia, XI Oddział Pediatryczny 3,3 dnia, XIV Oddział Pediatryczny - Pulmonologii i Alergologii 4,0 dnia, XV Oddział Pediatryczny - Nefrologii 3,8 dnia, XVIII Oddział Neonatologiczny 8,8 dnia.

⁶⁴ W okresie I-III kwartał 2018 r. w porównaniu do I-III kwartału w latach 2015-2017.

⁶⁵ Z 10 dni do 7,6 dnia.

⁶⁶ Z 9,3 do 8,8 dnia.

⁶⁷ Z 5,8 do 5,2 dnia.

⁶⁸ Z 7,2 do 6,5 dnia.

⁶⁹ Z 3,2 do 2,7 dnia.

⁷⁰ W okresie I-III kwartał 2018 r. w porównaniu do I-III kwartału w latach 2015-2017.

⁷¹ Z 11,3 dnia do 14,7 dnia.

⁷² Z 7,5 dnia do 9,5 dnia.

⁷³ Z 27,7 dnia do 32,2 dnia.

⁷⁴ Z 9,7 dnia do 13,4 dnia.

⁷⁵ Z 3,6 dnia do 4,6 dnia.

⁷⁶ W poszczególnych oddziałach szpitalnych wskaźnik średniego wykorzystania łóżek wynosił: I Oddział Chorób Zakaźnych w okresie I-III kwartał 2015 r. 65,1%, a w okresie I-III kwartał 2018 r. 61,0%, II Oddział Chorób Zakaźnych odpowiednio 58,8% i 55,0%, III Oddział Neurologii z Pododdziałem Udarowym 103,0% i 92,2%, IV Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii 83,2% i 75,5%, IX Oddział Chorób Wewnętrznych 71,5% i 71,0%, V Oddział Chirurgii Ogólnej 76,5% i 73,7%, VI Oddział Chorób Wewnętrznych, Reumatologii i Geriatrii 81,1% i 72,4%, VII Oddział Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Klinicznego 80,4% i 76,0%, X Oddział Chorób Wewnętrznych 82,5% i 74,3%, XI Oddział Pediatryczny 59,4% i 45,0%, XIII Oddział Rehabilitacji

Noworodków i Dzieci w I-III kwartale 2018 r. do 103,0% na III Oddziale Neurologii z Pododdziałem Udarowym w I-III kwartale 2015 r. Wskaźnik średniego wykorzystania łóżek w okresie I-III kwartału 2018 r. w porównaniu do I-III kwartału 2015 r. spadł na 16 spośród 17 oddziałów prowadzonych przez Szpital w ramach umowy PSZ⁷⁷ i spadek ten wahał się od 0,5% na IX Oddziale Chorób Wewnętrznych do 18% na IV Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Noworodków i Dzieci⁷⁸.

(akta kontroli str. 565-567)

W przypadku trzeciego wskaźnika opisującego wykorzystanie łóżek szpitalnych, tj. wskaźnika przelotowości⁷⁹, najniższy był na XIII Oddziale Rehabilitacji Ogólnoustrojowej, gdzie w 2017 r. (I-III kwartał) osiągnął 7,9, a najwyższy na XI Oddziale Pediatrycznym, gdzie w 2015 r. (I-III kwartał) wyniósł 50,0⁸⁰.

Natomiast po wprowadzeniu PSZ, porównując średnie wskaźnik przelotowości i średnie wykorzystanie łóżek szpitalnych w okresie I-III kwartał w latach 2015-2017 w porównaniu do I-III kwartału 2018 r. uległy one zmniejszeniu na następujących 11 oddziałach szpitalnych: II Oddziale Chorób Zakaźnych⁸¹, IV Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii⁸², VI Oddziale Chorób Wewnętrznych, Reumatologii i Geriatrii⁸³, X Oddziale Chorób Wewnętrznych⁸⁴, XI Oddziale Pediatrycznym⁸⁵, XIII Oddziale Rehabilitacji Ogólnoustrojowej⁸⁶, XIV Oddziale Pediatrycznym Pulmonologii i Alergologii⁸⁷, XV Oddziale Pediatrycznym Nefrologii⁸⁸,

Ogólnoustrojowej 96,6% i 74,2%, XIV Oddział Pediatryczny - Pulmonologii i Alergologii 58,1% i 44,7%, XV Oddział Pediatryczny - Nefrologii 58,7% i 51,4%, XV Pododdział Neurologii 61,0% i 58,2%, XVI Oddział Immunologii Klinicznej i Pediatrii 59,2% i 43,8%, XVII Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Noworodków i Dzieci 41,3% i 22,9%, XVIII Oddział Neonatologiczny 49,4% i 47,6%.

⁷⁷ Za wyjątkiem XIII Oddziału Rehabilitacji Ogólnoustrojowej, gdzie wskaźnik wykorzystania łóżek wzrósł o 3,1%.

⁷⁸ Na poszczególnych oddziałach spadki wynosiły: I Oddział Chorób Zakaźnych o 4,1%, II Oddział Chorób Zakaźnych o 3,8%, III Oddział Neurologii z Pododdziałem Udarowym o 10,7%, IV Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii o 7,7%, IX Oddział Chorób Wewnętrznych o 0,5%, V Oddział Chirurgii Ogólnej o 2,8%, VI Oddział Chorób Wewnętrznych, Reumatologii i Geriatrii o 8,6%, VII Oddział Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Klinicznego o 4,4%, X Oddział Chorób Wewnętrznych o 8,2%, XI Oddział Pediatryczny o 14,4%, XII Oddział Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży o 1,9%, XIV Oddział Pediatryczny - Pulmonologii i Alergologii o 13,4%, XV Oddział Pediatryczny - Nefrologii o 7,3%, XV Pododdział Neurologii o 2,8%, XVI Oddział Immunologii Klinicznej i Pediatrii o 15,4%, XVII Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Noworodków i Dzieci o 18,4%, XVIII Oddział Neonatologiczny o 1,8%.

⁷⁹ Iloraz liczby hospitalizowanych i liczby posiadanych łóżek (określa, ilu chorych korzystało kolejno z jednego łóżka szpitalnego).

⁸⁰ Dla poszczególnych Oddziałów kształtował się on w okresach I-III kwartału lat 2015-2018 r. następująco:

- I Oddział Chorób Zakaźnych - 32,0; 29,8; 28,0; 30,7;
- II Oddział Chorób Zakaźnych - 32,4; 27,3; 30,4; 29,9;
- III Oddział Neurologii z Pododdziałem Udarowym - 28,1; 28,4; 32,3; 33,0;
- IV Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii - 20,0; 16,6; 18,0; 14,1;
- IX Oddział Chorób Wewnętrznych - 20,9; 19,7; 17,4; 22,0;
- V Oddział Chirurgii Ogólnej - 35,7; 37,2; 30,9; 38,6;
- VI Oddział Chorób Wewnętrznych, Reumatologii i Geriatrii - 26,1; 25,7; 24,7; 24,0;
- VII Oddział Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Klinicznego - 30,3; 30,9; 32,6; 31,8;
- X Oddział Chorób Wewnętrznych - 29,7; 30,7; 28,8; 21,3;
- XI Oddział Pediatryczny - 50,0; 46,2; 48,2; 38,3;
- XII Oddział Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży - 5,4; 5,7; 4,9; 7,5;
- XIII Oddział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej - 9,5; 9,4; 7,9; 8,6;
- XIV Oddział Pediatryczny - Pulmonologii i Alergologii - 37,7; 38,7; 38,2; 31,2;
- XV Oddział Pediatryczny - Nefrologii - 40,6; 44,8; 43,2; 39,9;
- XV Pododdział Neurologii - 45,7; 42,9; 39,6; 34,4;
- XVI Oddział Immunologii Klinicznej i Pediatrii - 49,9; 49,1; 49,8; 44,1;
- XVII Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Noworodków i Dzieci - 11,6; 8,6; 10,7; 8,0;
- XVIII Oddział Neonatologiczny - 15,1; 16,3; 17,0; 13,8;

⁸¹ Wykorzystanie łóżek z 64,0% do 61%, tj. o 3,1%, a wskaźnik przelotowości z 30,0 do 29,9, tj. o 0,1.

⁸² Wykorzystanie łóżek z 82,4% do 50,1%, tj. o 32,3%, a wskaźnik przelotowości z 18,2 do 14,1, tj. o 4,1.

⁸³ Wykorzystanie łóżek z 79,4% do 72,4%, tj. o 6,9%, a wskaźnik przelotowości z 25,5 do 24,0, tj. o 1,5.

⁸⁴ Wykorzystanie łóżek z 85,1% do 74,3%, tj. o 10,8%, a wskaźnik przelotowości z 29,7 do 21,3, tj. o 8,5.

⁸⁵ Wykorzystanie łóżek z 58,2% do 45,0%, tj. o 13,2%, a wskaźnik przelotowości z 48,1 do 38,3, tj. o 9,8.

⁸⁶ Wykorzystanie łóżek z 92,1% do 74,2%, tj. o 17,9%, a wskaźnik przelotowości z 8,9 do 8,6, tj. o 0,3.

⁸⁷ Wykorzystanie łóżek z 56,4% do 44,7%, tj. o 11,7%, a wskaźnik przelotowości z 38,2 do 31,2, tj. o 7,1.

⁸⁸ Wykorzystanie łóżek z 60,8% do 51,4%, tj. o 9,4%, a wskaźnik przelotowości z 42,8 do 39,9, tj. o 2,9.

XVI Oddziale Immunologii Klinicznej i Pediatrii⁸⁹, XVII Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Noworodków i Dzieci⁹⁰, XVIII Oddziale Neonatologicznym⁹¹.

(akta kontroli str. 565-567)

Wyjaśniając przyczyny wysokiego obłożenia na III Oddziale Neurologii z Pododdziałem Udarowym, Dyrektor Szpitala wskazał, że średnie wykorzystanie łóżek w III Oddziale Neurologii z Pododdziałem Udarowym kształtuje się na poziomie 103%, a powodem tak wysokiego obłożenia jest fakt, że Oddział ten posiada w swojej strukturze tylko 35 łóżek (brak lokalowych możliwości zwiększenia), stan przywożonych przez zespoły ratownictwa medycznego pacjentów niejednokrotnie nie pozwala na przekazanie chorego do innego szpitala, chociażby z powodu rozpoczętego leczenia trombolitycznego, którego warunkiem jest czas od wystąpienia udaru. Szpital informuje każdorazowo wojewódzkiego lekarza - koordynatora o ilości zajętych łóżek i braku możliwości przyjęcia pacjenta.

Średnie wykorzystanie łóżek w I-III kwartale 2018 r. zmniejszyło się w związku z:

- przeprowadzonymi remontami w niektórych oddziałach, które spowodowały zwiększenie liczby łóżek (kontrakt pozostał na tym samym poziomie);
- koniecznością dekontaminacji sal szpitalnych;
- wzrostem wyceny niektórych procedur (grup JGP) przy jednoczesnym zachowaniu wysokości kontraktu (ryczałtu).

(akta kontroli str. 615-621)

2.7. Od 1 października 2017 r. do 31 października 2018 r. (po wprowadzeniu PSZ) do Szpitala wpłynęły 32 skargi, w tym dwie dotyczące dostępności do świadczeń zdrowotnych. Obie te skargi zostały rozpatrzone zgodnie z wymogami ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. *Kodeks postępowania administracyjnego*⁹² i uznane za niezasadne.

Jedna ze skarg dotyczyła decyzji lekarza o zaprzestaniu leczenia w kierunku WZW B. Skarga była niezasadna, gdyż pacjent spełniał kryteria dyskwalifikacji z programu WZW B ze względu na niski poziom wirerii. Postępowanie wyjaśniające wykazało, że pacjent był cały czas objęty systematyczną opieką ww. poradni.

Druga skarga dotyczyła trudności w uzyskaniu pilnej kontroli stanu zdrowia w poradni chorób zakaźnych. Postępowanie wyjaśniające wykazało, że w stosunku do świadczeniobiorcy podjęto niezbędne działania w celu umożliwienia mu dostępu do kompleksowej opieki medycznej. Usługa zdrowotna została udzielona.

Do OW NFZ i Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego (organ założycielski) nie wpływały skargi pacjentów związane z ograniczeniem dostępności do świadczeń.

(akta kontroli str. 354-373)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

W objętym kontrolą okresie lat 2015-2017 i na przestrzeni I-III kwartału 2018 r. nie doszło do likwidacji żadnego profilu działalności Szpitala. Wdrożenie PSZ nie spowodowało zmian w zakresie udzielanych świadczeń oraz w strukturze organizacyjnej Szpitala. W momencie wprowadzenia PSZ funkcjonowały oddziały i poradnie specjalistyczne odpowiadające każdemu z realizowanych profili objętych ryczałtem, za wyjątkiem poradni przyszpitalnej dla trzech profili, tj. chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych oraz pediatrii. Nie wystąpiły także przypadki utraty trwałości

⁸⁹ Wykorzystanie łóżek z 56,6% do 43,8%, tj. o 12,9%, a wskaźnik przelotowości z 49,6 do 44,1, tj. o 5,5.

⁹⁰ Wykorzystanie łóżek z 42,9% do 22,9%, tj. o 20,0%, a wskaźnik przelotowości z 10,3 do 8,0, tj. o 2,3.

⁹¹ Wykorzystanie łóżek z 50,3% do 47,6%, tj. o 2,7%, a wskaźnik przelotowości z 16,1 do 13,8, tj. o 2,3.

⁹² Dz. U. z 2018 r. poz. 2096.

zrealizowanych działań inwestycyjnych. NIK zauważa, że w całym kontrolowanym okresie systematycznie spadała wartość wskaźnika wykorzystania łóżek szpitalnych na wszystkich 18 oddziałach Szpitala. Ponadto, po wprowadzeniu PSZ, tj. w okresie I-III kwartału 2018 r. (w porównaniu do analogicznych okresów lat 2015-2017), nastąpiło zmniejszenie wartości wskaźników dotyczących przelotowości i średniego wykorzystania łóżek szpitalnych na 11 spośród 17 oddziałów szpitalnych funkcjonujących w ramach PSZ.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

3.1. W latach 2015-2018 wartość ogółem zawieranych przez Szpital umów z OW NFZ wzrastała rokrocznie. W 2015 r. było to 110 697 801,50 zł, w 2016 r. 118 572 717,14 zł, w 2017 r. 122 998 579,39 zł, a w 2018 r. 130 329 624,13 zł⁹³. W latach 2017 i 2018 w ramach ryczału finansowano świadczenia o wartości odpowiednio 19 365 849,00 zł i 81 544 482,00 zł, co stanowiło odpowiednio 15,7% i 62,6% wartości udzielonych świadczeń medycznych ogółem. Dysproporcja w wielkości ryczału na lata 2017 i 2018 wynikała z ilości miesięcy, których dotyczył ryczałt PSZ, gdyż w 2017 r. ryczałtem finansowano świadczenia wyłącznie w czwartym kwartale tego roku, natomiast w 2018 r. cały rok kalendarzowy. Uwzględniając różne okresy ryczałtowego finansowania świadczeń w 2017 r. i 2018 r., udział środków ryczału w finansowaniu świadczeń ogółem pozostawał w tych okresach na zbliżonym poziomie i wynosił około 63%.

(dowód akta kontroli str. 190, 191)

W 2018 r. w ramach ryczału PSZ w kwocie ogółem 81 544 482,00 zł finansowano 14 profili, ponadto realizowano świadczenia finansowane odrębnie, ogółem 128 zakresów świadczeń medycznych, o wartości planowanej ogółem 37 565 607,24 zł.

(dowód akta kontroli str. 37-113)

3.2. Z analizy sytuacji ekonomicznej Szpitala (według stanu na koniec trzeciego kwartału lat 2015-2018) wynikało, że przychody z OW NFZ⁹⁴ za udzielone świadczenia nie pozwalały na pokrycie kosztów działalności leczniczej w tych okresach, a Szpital ponosił stratę na tego rodzaju działalności. Wynik na działalności leczniczej ukształtował się w kolejnych latach badanego okresu na poziomie (-) 15 150 255 zł, (-) 11 209 69 zł (-) 12 900 240 zł i (-) 13 325 626 zł. Przychody Szpitala z działalności leczniczej według stanu na III koniec kwartał 2015 r. w porównaniu do stanu na koniec III kwartału 2018 r. wzrosły o 14,7%, tj. z kwoty 90 823 985 zł do 104 191 389 zł⁹⁵, w tym przychody z NFZ za udzielone świadczenia zdrowotne wzrosły odpowiednio o 23,9% i stanowiły w poszczególnych latach 82,7%, 84,8%, 87,2% oraz 89,3% przychodów z działalności leczniczej Szpitala⁹⁶. Jednocześnie koszty działalności leczniczej w badanym okresie wzrosły o 10,9%, tj. z 105 974 240 zł do 117 517 015 zł. Największą kategorią kosztów działalności leczniczej były koszty wynagrodzeń osobowych stanowiące

⁹³ Ogółem w latach 2015-2018 nastąpił wzrost wartości o 17,7%.

⁹⁴ Z uwzględnieniem przychodów z NFZ za świadczenia udzielone w latach ubiegłych w wysokości 22 406 zł, 1 970 644 zł, 3 638 715 zł, (-) 6 857 zł.

⁹⁵ W roku 2016 było to 91 644 819 zł, a w 2017 r. 95 585 677 zł.

⁹⁶ 75 104 387 zł w I-III kw. 2015 r., co stanowiło 82,7% przychodów z działalności leczniczej w tym okresie; 77 742 528 zł w I-III kw. 2016 r., co stanowiło 84,8% przychodów z działalności leczniczej Szpitala; 83 356 586 zł w I-III kw. 2017 r., co stanowiło 87,2% przychodów z działalności leczniczej Szpitala; 93 083 731 zł w I-III kw. 2018 r., co stanowiło 89,3% przychodów z działalności leczniczej Szpitala w tym okresie.

odpowiednio 34,2%, 37,41%, 37,30% oraz 39,19%⁹⁷ kosztów ogółem⁹⁸. W analizowanym okresie koszty wynagrodzeń osobowych wzrosły o 27,1%, z kwoty 36 249 585 zł do kwoty 46 056 821 zł. Koszt medycznych usług obcych stanowił 1,2% w omawianej kategorii kosztów i zamykał się, średnio rocznie, kwotą 1 191 051 zł.

(dowód akta kontroli str. 299)

W analizowanym okresie, Szpital terminowo regulował swoje zobowiązania⁹⁹, nie wystąpiły też zobowiązania długoterminowe. W okresie pierwszych trzech kwartałów lat 2015-2018 zwiększała się wartość zobowiązań krótkoterminowych i wynosiły one kolejno 11 466 315 zł, 12 388 852 zł, 16 000 300 zł i 18 484 060 zł.

Główna księgowa wyjaśniła, że poziom zobowiązań wynikał z zaspokajania bieżących potrzeb działalności podstawowej Szpitala. Szpital w analizowanym okresie nie miał zobowiązań przeterminowanych. Ponadto Główna Księgowa podała, że wzrost wartości zobowiązań, o których mowa wyżej wynikał min. z terminu wypłaty wynagrodzeń oraz pochodnych od wynagrodzeń. Zobowiązania te ujmowane są w księgach rachunkowych w ostatnim dniu miesiąca, a wypłacane pracownikom Szpitala do 10 dnia każdego miesiąca. Natomiast pochodne wynagrodzeń regulowane były zgodnie z terminami urzędowymi. W badanych latach nastąpił 36% wzrost zobowiązań z tytułu wynagrodzeń oraz ich pochodnych (ZUS, PIT) w stosunku do 2015 r. Widoczne było to szczególnie w latach 2017 i 2018. Udział zobowiązań z tytułu zakupów materiałów (leki, sprzęt jednorazowy i środki opatrunkowe) do Apteki Szpitala w wartości zobowiązań z tytułu dostaw i usług kształtował się na poziomie ok. 50% w poszczególnych latach na koniec badanych okresów sprawozdawczych.

(dowód akta kontroli str. 190-242, 300)

We wszystkich latach badanego okresu Szpital, pierwsze trzy kwartały, zamykał stratą netto w wysokości odpowiednio: (-) 7 337 496 zł¹⁰⁰, (-) 5 504 857 zł, (-) 7 505 760 zł oraz (-) 8 791 170 zł na 30 września 2018 r. Największy wpływ na pogorszenie się wyniku na działalności po wprowadzeniu PSZ miał wzrost kosztów wynagrodzeń osobowych.

(dowód akta kontroli str. 299)

W ujęciu rocznym, tj. według stanu na 31 grudnia, w wyniku prowadzonej działalności pozaleczniczej, Szpital osiągał dodatni wynik finansowy netto. W latach 2014-2017 zysk netto Szpitala zamykał się kwotami w wysokości kolejno: 151 789,37 zł, 209 222,81 zł, 90 834,69 zł oraz 249 543,86 zł. Wypracowany zysk przeznaczano rokrocznie na pokrycie strat z lat ubiegłych.

(dowód akta kontroli str. 179-189)

Dyrektor Szpitala podał, że przyczyną strat na działalności leczniczej były niedoszacowanie wyceny świadczeń medycznych, wzrost kosztów wynagrodzeń personelu medycznego oraz kwoty wynagrodzenia minimalnego, a także ogólny wzrost kosztów utrzymania, w tym ceny mediów i zewnętrznych usług medycznych. Dyrektor wskazał również, że Szpital kompensuje straty ponoszone na działalności leczniczej przychodami z pozostałej działalności operacyjnej i finansowej. Największy udział w tzw. pozostałych przychodach miały w latach 2015-2017 przychody równoważące koszty amortyzacji środków trwałych pozyskanych z innych

⁹⁷ W 2016 r. było to 102 854 516 zł, a w 2017 r. 108 485 917 zł.

⁹⁸ W pierwszych trzech kwartałach kolejnych lat badanego okresu. Było to kolejno: 36 249 585 zł; 38 473 317 zł, 40 465 123 zł, 46 056 821 zł.

⁹⁹ Nie wystąpiły zobowiązania wymagalne według stanu na 30 września kolejnych lat badanego okresu.

¹⁰⁰ W 2015 r.

źródeł lub z zakupu refinansowanego¹⁰¹, przychody ze sprzedaży usług niemedycznych (np. czynsze) oraz przychody finansowe w postaci odsetek od lokat terminowych.

Zdaniem Dyrektora wprowadzenie ryczałtów PSZ stabilizowało sytuację finansową Szpitala na okres czterech lat oraz ułatwiało działalność ze względu na terminowe zabezpieczenie środków.

(dowód akta kontroli str. 242)

3.3. Szpital w ramach działań związanych z wprowadzeniem PSZ nie ponosił dodatkowych kosztów.

(dowód akta kontroli str. 190)

3.4. W okresie pierwszych trzech kwartałów lat 2015-2018 suma wskaźników ekonomiczno-finansowych Szpitala wyliczonych na podstawie *rozporządzenia w sprawie wskaźników* wzrosła z 50 pkt po III kwartale 2015 r. do 55 pkt po III kwartale 2018 r., przy maksymalnym możliwym wskaźniku wynoszącym 70 pkt. Wzrost ten następował corocznie i był niezwiązany z wprowadzeniem PSZ.

(dowód akta kontroli str. 308)

Analiza wskaźnikowa wykazała, że Szpital w badanym okresie (według stanu na dzień 30 września kolejnych lat badanego okresu) prowadził działalność nierentowną. Wskaźniki zyskowności Szpitala osiągnęły w latach 2015-2018 wartości ujemne, tj. wskaźnik zyskowności netto odpowiednio: (-) 7,39%, (-) 5,59%, (-) 7,38%, (-) 7,95%; wskaźnik zyskowności operacyjnej: (-) 15,25%, (-) 11,37%, (-) 12,68%, (-) 12,05% i ostatecznie wskaźnik zyskowności aktywów: (-) 4,41%, (-) 3,38%, (-) 4,67%, (-) 5,37%. Z przedstawionych analiz wynikało, że Szpital podejmował działania w kierunku poprawy gospodarowania aktywami jednak sytuacja na rynku usług medycznych, w związku ze wzrostem kosztów działalności, nie dawała perspektywy planowania wyniku finansowego na 2018 r. i lata kolejne na poziomie dodatnim.

Analizując uzyskany w kontrolowanym okresie poziom wskaźników płynności stwierdzić należy, że pozostawał on wprawdzie w przedziałach akceptowalnych jednak wyższych niż standardowe. I tak wskaźnik płynności bieżącej kształtował się w 2018 r. na poziomie 2,3, a wskaźnik płynności szybkiej na poziomie 2,17. Taki poziom wskaźników świadczył o wysokiej zdolności Szpitala do spłacania zobowiązań krótkoterminowych.

Wskaźniki efektywności, tj.: wskaźnik rotacji należności i wskaźnik rotacji zobowiązań, wyniosły średnio odpowiednio 28 dni i 39 dni, co oznacza, że w przypadku Szpitala ukształtowały się na poziomie zadowalającym. Należności nieuregulowane lub opłacone z opóźnieniem dotyczyły przede wszystkim zafakturowanych świadczeń medycznych udzielonych osobom nieubezpieczonym. Wskaźnik rotacji zobowiązań kształtował się na poziomie wynikającym z umownych terminów płatności.

Z zaprezentowanych w raportach o sytuacji ekonomicznej danych wynikało, że wskaźniki zadłużenia Szpitala kształtowały się na optymalnym dla sektora ochrony zdrowia poziomie. Wskaźnik zadłużenia aktywów był stabilny w badanym okresie i nie przekraczał 20%. Wartość wskaźnika wypłacalności wzrastała w analizowanym okresie z 0,16 do 0,22.

(dowód akta kontroli str. 192 -241, 308)

3.5. Wartość ryczałtu PSZ przyznanego Szpitalowi za I półrocze 2018 r. była wyższa niż IV kwartale 2017 r. o 2,8% w związku z wykonaniem w IV kwartale 2017 r.

¹⁰¹ Np. z dotacji.

świadczeń o wartości punktowej przekraczającej wartość ryczałtu oraz przedłożeniem w DOW NFZ następujących certyfikatów jakości:

- 1) certyfikatu akredytacyjnego z dnia 11 września 2017 r.¹⁰²
- 2) świadectwa z dnia 31 grudnia 2017 r. wydanego przez Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej szpitalnemu Działowi Diagnostyki Laboratoryjnej zapewniającemu realizację w lokalizacji laboratoryjnej diagnostyki mikrobiologicznej,
- 3) świadectwa z dnia 11 listopada 2017 r. wydanego przez Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej w zakresie chemii klinicznej szpitalnemu Działowi Diagnostyki Laboratoryjnej zapewniającemu realizację w lokalizacji diagnostyki laboratoryjnej.

Wysokość ryczałtu na II półrocze 2018 r. była o 4,74% wyższa niż w I półroczu 2018 r. Szpital w I półroczu 2018 r. wykonał świadczenia ponad limit przyznany w umowie z OW NFZ, utrzymał certyfikaty jakości oraz zwiększył ilość zrealizowanych świadczeń ambulatoryjnych o 11%. W związku z tym otrzymał współczynniki korygujące jakościowe oraz za zwiększenie wartości wykonanych świadczeń w AOS.

(dowód akta kontroli str. 190)

Stwierdzone
nieprawidłowości

OCENA CZĄSTKOWA

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

W latach 2015-2017 łączny wynik Szpitala na działalności leczniczej i pozaleczniczej był dodatni, na który wprowadzenie ryczałtu PSZ miało ograniczony wpływ. Analiza wskaźnikowa, sporządzona na podstawie danych ze sprawozdań finansowych i zgodnie z wymogami *rozporządzenia w sprawie wskaźników* wykazała, że Szpital znajdował się w ogólnie dobrej kondycji finansowej. Kolejne lata okresu objętego kontrolą zamknęły się bowiem zyskiem netto w wysokości odpowiednio 209,2 tys. zł, 90,8 tys. zł i 249,5 tys. zł.

NIK zauważa jednak, że podstawowa działalność Szpitala, tj. działalność lecznicza, rokrocznie przynosiła stratę¹⁰³. Analiza kosztów i przychodów Szpitala za okres od początku 2015 r. do dnia 30 września 2018 r. w powiązaniu ze sposobem finansowania świadczeń medycznych wskazuje bowiem, w ocenie NIK, na trwałą nierentowność działalności leczniczej (operacyjnej) Szpitala.

IV. Uwagi i wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 *ustawy o NIK*, nie formułuje uwag, natomiast przedstawia następujący wniosek:

Wnioski

Stworzenie w ramach istniejącego systemu informatycznego, procedur umożliwiających gromadzenie i prezentację rzetelnych danych w zakresie ilości osób, którym odmówiono przyjęcia do Szpitala z powodu braku miejsc, a to w celu wypełnienia obowiązków wynikających z programu badań statystycznych statystyki publicznej.

¹⁰² O którym mowa w przepisach wydanych na podstawie ustawy o akredytacji w ochronie zdrowia wraz z potwierdzeniem uzyskanego wyniku.

¹⁰³ Wynik na działalności operacyjnej, tj. działalności związanej z bezpośrednim świadczeniem usług medycznych zamykał się stratą w wysokości 554,9 tys. zł w 2015 r., 585,2 tys. zł w 2016 r. oraz 457,3 tys. zł w 2017 r.

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.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

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

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

Wrocław, 12 grudnia 2018 r.

Kontrolerzy:

Magdalena Barzęc

Główny specjalista kontroli
państwowej


.....
podpis

Ryszard Puchała

Główny specjalista kontroli
państwowej


.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura we Wrocławiu
Dyrektor


DYREKTOR
Delegatura Najwyższej Izby Kontroli
we Wrocławiu
Z. FD.
.....
podpis
Zdzisław Florowski
Wicedyrektor

R. Kobyliński

