



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Zielonej Górze

LZG.410.016.02.2018

Bożena Osińska
Dyrektor Wielospecjalistycznego Szpitala
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki
Zdrowotnej w Nowej Soli

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Wielospecjalistyczny Szpital Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowej Soli (dalej: Szpital)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Bożena Osińska, dyrektor Szpitala
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Realizacja świadczeń ambulatoryjnych, szpitalnych i rehabilitacyjnych. 2. Zmiany w organizacji wewnętrznej szpitala oraz alokacji zasobów. 3. Sytuacja ekonomiczno-finansowa szpitala z uwzględnieniem poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej.
Okres objęty kontrolą	Lata 2017-2018 oraz lata 2015-2016 w zakresie spełniania warunków kwalifikacji do poszczególnych poziomów zabezpieczenia oraz danych finansowych i statystycznych dla celów porównawczych.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Zielonej Górze
Kontrolerzy	1. Natalia Kajzer, główny specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr LZG/99/2018 z 21 września 2018 r. 2. Andrzej Misa, specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr LZG/126/2018 z 23 listopada 2018 r.

(akta kontroli str.1-20)

¹ Dz. U. z 2017 r. poz. 524, ze zm. (dalej: ustawa o NIK).

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Wprowadzenie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (dalej: PSZ lub *sieć szpitali*) nie spowodowało znaczących zmian w sposobie funkcjonowania Szpitala. Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej, także w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, odbywała się w sposób nieprzerwany oraz w stopniu pozwalającym na niezmniejszenie kwoty ryczałtu w kolejnych okresach.

Szpital zapewnił pacjentom kompleksowe i koordynowane świadczenia ambulatoryjne i szpitalne stosownie do ich potrzeb, choć nie wszyscy pacjenci z nich skorzystali, zwłaszcza Oddziału Reumatologii.

W ocenie NIK, szczegółowej analizy ze strony Szpitala wymaga wzrost średniego czasu oczekiwania na świadczenia w komórkach organizacyjnych, w których odnotowano jego wydłużenie (np. w Oddziałach Kardiologicznym, Reumatologicznym).

Wdrożenie sieci szpitali nie spowodowało konieczności wprowadzenia zmian organizacyjnych w Szpitalu. W większości oddziałów nie zaszły także znaczące zmiany w zakresie wykorzystania łóżek szpitalnych, czy ich przelotowości.

W kolejnych latach 2015-2018 wynik finansowy Szpitala pogarszał się, co miało związek w szczególności ze wzrostem kosztów oraz zbyt niską wyceną świadczeń. Pomimo odnotowanej na koniec III kw. 2018 r. straty netto, w zakresie wiarygodności finansowej, efektywności oraz zdolności do regulowania zobowiązań osiągnięto dobre wskaźniki ekonomiczno-finansowe. Szpital podejmował też skuteczne działania w celu uzyskania wyższej kwoty ryczałtu PSZ.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej³ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Realizacja świadczeń ambulatoryjnych, szpitalnych i rehabilitacyjnych

Opis stanu faktycznego

1.1. Szpital został zakwalifikowany od 1 października 2017 r. do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (dalej: PSZ lub *sieć szpitali*) jako szpital III stopnia⁴.

Świadczenia opieki zdrowotnej realizowane były, w oparciu o umowę zawartą z Lubuskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: LOW NFZ) nr 0403/0024/17/PSZ z dnia 29 września 2017 r. (dalej: umowa PSZ), w następujących profilach i zakresach objętych wynagrodzeniem ryczałtowym (ryczałt PSZ):

- świadczenia w zakresie alergologii, diabetologii, endokrynologii, gastroenterologii, kardiologii, leczenia chorób naczyni, nefrologii, neurologii, neurologii dziecięcej, onkologii, reumatologii, neonatologii, położnictwa i ginekologii, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, proktologii, chirurgii

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

³ 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.

⁴ Stosownie do art. 95l ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, ze zm.), zwanej dalej ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej.

plastycznej, neurochirurgii, ortopedii i traumatologii narządów ruchu, preluksacji, urologii;

- hospitalizacje w zakresie chorób wewnętrznych, endokrynologii, kardiologii, nefrologii, neurologii, neurologii dziecięcej, anestezjologii i intensywnej terapii, reumatologii, pediatrii, położnictwie i ginekologii, chirurgii ogólnej, chirurgii naczyniowej, chirurgii onkologicznej, chirurgii plastycznej, neurochirurgii, ortopedii i traumatologii narządów ruchu, urologii.

(dowód: akta kontroli str. 44-106)

Do umowy PSZ nie zostały włączone hospitalizacje z zakresu gastroenterologii oraz świadczenia w Poradni Ginekologiczno-Położniczej w Koźuchowie. Na ww. świadczenia Szpital zawarł odrębne umowy z LOW NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 24)

Finansowanie świadczeń w ramach ryczału PSZ⁵ kształtowało się następująco:

- IV kwartał 2017 r. – wartość ryczału 22.072,3 tys. zł, wartość świadczeń sprawozdanych 22.934,4 tys. zł, tj. 104%;
- I półrocze 2018 r. – wartość ryczału 45.483,5 tys. zł, wartość świadczeń sprawozdanych 47.770,2 tys. zł, tj. 105%;
- II półrocze 2018 r. – wartość ryczału 46.172,7 tys. zł, natomiast wartość świadczeń sprawozdanych za III kw. 2018 r. wyniosła 23.758,2 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 44-123)

Świadczenia w ramach ww. zakresów realizowane były przez Szpital przez cały okres umowy PSZ nieprzerwanie.

(dowód: akta kontroli str. 21)

Szpital wykonywał świadczenia w stopniu pozwalającym na niezmnieszenie kwoty ryczału w kolejnych okresach.

Jak wynikało z wyjaśnień dyrektora Szpitala, poprzez wprowadzenie wynagrodzenia ryczałtowego na znaczny zakres różnego rodzaju świadczeń medycznych stacjonarnych i ambulatoryjnych zamknęto ilościowo możliwość finansowania leczenia zwiększonej liczby pacjentów. Szpital dokonał przeliczenia kwot wewnętrznych limitów udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach objętych wynagrodzeniem ryczałtowym. Kierownicy działów na podstawie szacowanych kwot zobligowani są do przestrzegania wyznaczonych im limitów kwotowych (do wysokości, których świadczenia finansuje Narodowy Fundusz Zdrowia).

Z uwagi na fakt, iż do wyznaczenia kwoty ryczałtowego wynagrodzenia NFZ przyjął realizację umów za 2015 r. całkowicie został pominięty i utracony wzrost wykonania umów w 2016 r. i w okresie styczeń-wrzesień 2017 r., przez co ograniczono dostępność pacjentów do świadczeń do poziomu przyjęć z 2015 r.

(dowód: akta kontroli str. 23-27, 107)

1.2. W zakresie liczby leczonych pacjentów oraz liczby i wartości udzielonych świadczeń w ramach PSZ⁶ badaniem objęto oddziały: Chirurgii Ogólnej i Neonatologiczny (I poziom zabezpieczenia), Reumatologiczny i Chirurgii

⁵ Ustalonego na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczału systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na pierwszy okres rozliczeniowy (Dz. U. poz. 1242) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczału systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1783, ze zm.).

⁶ Badaniem, oprócz zakresów podstawowych, objęto świadczenia pierwszorazowe oraz świadczenia onkologiczne realizowane w ramach i poza pakietem onkologicznym.

Plastycznej (II poziom zabezpieczenia), Neurologii Dziecięcej i Chirurgii Naczyniowej (III poziom zabezpieczenia) wraz z odpowiadającymi im poradniami – według stanu na koniec półrocza w latach 2015-2018.

- a) Liczba pacjentów leczonych stacjonarnie w Oddziale Chirurgii Ogólnej po wprowadzeniu PSZ (w I półroczu 2018 r. – 748 osób) wyniosła 92% liczby pacjentów leczonych w I półroczu 2015 r., 96,9% liczby pacjentów przyjętych w I półroczu 2016 r. i 100,1% liczby pacjentów przyjętych w I półroczu 2017 r. Liczba pacjentów przyjętych w trybie ambulatoryjnym oscylowała na poziomie 95% osób leczonych w poszczególnych okresach lat 2015-2017. Liczba świadczeń stacjonarnych zrealizowanych w rodzaju chirurgia ogólna w latach 2015-2018 miała tendencję spadkową (od 844 świadczeń w 2015 r. do 775 świadczeń wykonanych w 2018 r.). Pomimo to, kolejki pacjentów oczekujących na świadczenia stacjonarne w przypadkach pilnych i stabilnych w Oddziale Chirurgii Ogólnej uległy skróceniu⁷. Natomiast liczba świadczeń ambulatoryjnych zrealizowanych w I półroczu 2018 r. (tj. 2556) stanowiła około 92% liczby świadczeń realizowanych w latach poprzednich. W powyższym zakresie odnotowano wzrost liczby oczekujących na świadczenia ambulatoryjne w przypadkach stabilnych (z 80 osób w 2015 r. do 117 w 2018 r.). Kolejka w przypadkach pilnych pozostawała w tym okresie bez znaczących zmian na poziomie od 2 do 4 osób. W zakresie liczby pacjentów oraz liczby i wartości świadczeń w rodzaju neonatologia zrealizowanych w I półroczu 2018 r. odnotowano wzrost wszystkich wskaźników w stosunku do poszczególnych okresów lat poprzednich. Pacjenci Oddziału, jak i Poradni Neonatologicznej przyjmowani byli na bieżąco.
- b) W I półroczu 2018 r. świadczenia w rodzaju reumatologia realizowano na poziomie ponad 90% zarówno w zakresie liczby pacjentów, jak i liczby oraz wartości świadczeń wykonanych w latach 2015 i 2017. W stosunku do I półrocza 2016 r. odsetek ten wyniósł 83% liczby przyjętych pacjentów i zrealizowanych świadczeń. Od 1 października 2017 r. stwierdzono jednak spadek liczby pacjentów oczekujących na świadczenia, tak ambulatoryjne (136 osób oczekujących wg stanu na 30.06.2015 r. i 123 osoby wg stanu na 30.06.2018 r.), jak i stacjonarne (spadek ze 120 osób oczekujących wg stanu na 30.06.2015 r. do 34 osób wg stanu na 30.06.2018 r.). W odniesieniu do świadczeń z zakresu chirurgii plastycznej po wprowadzeniu sieci szpitali nastąpił wzrost liczby przyjętych pacjentów, jak i zrealizowanych świadczeń⁸. Pomimo to w badanym okresie odnotowano wydłużenie kolejki pacjentów stacjonarnych (z poziomu 38 osób w 2015 r. do 137 w 2018 r.). Pacjenci zarejestrowani do Poradni przyjmowani byli na bieżąco.
- c) W zakresie profilu neurologia dziecięca w I półroczu 2018 r. stwierdzono znaczący wzrost liczby leczonych pacjentów oraz realizowanych świadczeń w stosunku do lat poprzednich⁹, z wyjątkiem I półrocza 2017 r., w którym przyjęto 1,5% pacjentów więcej i wykonano o 3% więcej świadczeń. Wzrosła jednak liczba oczekujących na świadczenia ambulatoryjne (np. w przypadkach stabilnych wzrost z poziomu 61 osób w 2015 r. do 118 w 2018 r.) oraz na świadczenia stacjonarne (liczba oczekujących wzrosła z 0 do 37 osób).

⁷ Liczba oczekujących w przypadkach pilnych spadła z 5 osób oczekujących w 2015 r. do 1 osoby oczekującej w 2018 r., natomiast liczba oczekujących w przypadkach stabilnych spadła ze 171 osób w 2015 r. do 124 osób do 2018 r.

⁸ Liczba pacjentów leczonych stacjonarnie w 2015 r. wyniosła 177 osób, a ambulatoryjnie – 801 osób; natomiast w 2018 r., odpowiednio 219 i 863 osoby. Liczba wykonanych świadczeń stacjonarnych wzrosła z poziomu 178 w 2015 r. do 222 w 2018 r., zaś ambulatoryjnie, odpowiednio – z 1313 do 1427.

⁹ Np. w I półroczu 2018 r. przyjęto 336 pacjentów w trybie stacjonarnym i 1008 w trybie ambulatoryjnym, podczas gdy w I półroczu 2017 r. odpowiednio: 3316 i 645 pacjentów.

Natomiast w zakresie profilu chirurgia naczyniowa liczba leczonych pacjentów oraz liczba i wartość udzielonych świadczeń po wprowadzeniu sieci szpitali kształtowała się na podobnym poziomie jak w latach poprzednich, z wyjątkiem wartości świadczeń stacjonarnych zrealizowanych w latach 2015-2016 (w I półroczu 2018 r. ich wartość wyniosła 4.537,3 tys. zł, podczas gdy w I półroczu 2015-2016 odpowiednio 5.812,4 tys. zł i 5.964,7 tys. zł). Znacząco jednak wydłużyły się kolejki zarówno do Poradni, jak i do Oddziału Chirurgii Naczyniowej¹⁰.

Odsetek liczby świadczeń udzielanych w trybie ambulatoryjnym w stosunku do świadczeń stacjonarnych w ramach profilu:

- chirurgia ogólna pozostawał na podobnym poziomie i wynosił około 470% (około 490% w latach 2016-2017 oraz około 470%);
- neonatologia – nie stwierdzono znaczących zmian (około 60% w latach 2016-2017, niemal 75% w 2015 r. i niespełna 70% w 2018 r.);
- reumatologia kształtował się na poziomie od 390% w I półroczu 2015 r. do około 410% w I półroczu 2018 r.;
- chirurgia plastyczna wykazał tendencję spadkową z około 740% w I półroczu 2015-2016 do około 640% w 2018 r.;
- neurologia dziecięca wzrósł po wprowadzeniu PSZ (odsetek ten w 2015 r. wyniósł około 210%, a w 2018 – około 290%);
- chirurgia naczyniowa – nie odnotowano znaczących zmian (świadczenia ambulatoryjne stanowiły około 250% świadczeń udzielanych stacjonarnie).

(dowód: akta kontroli str. 124-239, 248-332)

Wyjaśnienia w powyższym zakresie zamieszczono w punkcie 1.5. niniejszego wystąpienia w części dotyczącej liczby oczekujących oraz średniego czasu oczekiwania na świadczenia.

1.3. W ramach posiadanych profili zabezpieczenia świadczeń, Szpital zapewniał pacjentom kompleksowe i koordynowane świadczenia ambulatoryjne, szpitalne i rehabilitacyjne, stosownie do ich potrzeb. Analiza dokumentacji medycznej 80 pacjentów wypisanych ze szpitala z oddziałów chirurgii ogólnej oraz chorób wewnętrznych w listopadzie 2017 r. oraz kwietniu 2018 r. wykazała, że:

- 33 pacjentów wymagało świadczeń pohospitalizacyjnych, z czego 29 uzyskało je w Szpitalu w okresie do 30 dni od dnia zakończenia hospitalizacji;
- czterech pacjentów wymagało świadczeń pohospitalizacyjnych w Poradni Chirurgicznej Szpitala, jednakże nie zgłosiło się do Poradni;
- dwóch pacjentów wymagało dalszego leczenia w AOS i uzyskało je w Szpitalu;
- 24 pacjentów wymagało dalszego leczenia w poradniach AOS, jednakże tych świadczeń nie uzyskało w Szpitalu z dwóch przyczyn: w 22 przypadkach pacjent nie zarejestrował się w Poradni AOS Szpitala, w pozostałych dwóch przypadkach Szpital nie prowadził poradni AOS (dermatologicznej i hematologicznej), na które wystawiono skierowania;
- żadnemu z analizowanych pacjentów nie zalecono rehabilitacji.

¹⁰ Liczba oczekujących (przypadki stabilne) do Poradni wzrosła z 242 osób w 2015 r. do 515 osób w 2018 r.; natomiast na świadczenie stacjonarne kolejka wzrosła ze 162 osób w 2015 r. do 371 w 2018 r. Kolejki wydłużyły się także w przypadkach pilnych: z 13 osób w 2015 r. do 29 w 2018 r. do Poradni oraz z 6 osób w 2015 r. do 111 w 2018 r. do Oddziału.

(dowód: akta kontroli str. 240-246)

1.4. Po wprowadzeniu finansowania świadczeń w ramach ryczałtu PSZ odnotowano nieznaczny spadek liczby odmów przyjęć do Szpitala¹¹. W marcu i wrześniu 2016 r. odnotowano odpowiednio 96 i 83 odmów, w marcu i wrześniu 2017 r. odnotowano odpowiednio 94 i 87 odmów, natomiast w tych samych miesiącach w 2018 r. tych odmów było odpowiednio 92 i 70. W porównaniu do analogicznych okresów w 2015 r. jest to znaczący spadek (odmów przyjęć do Szpitala było odpowiednio 201 i 132). Z powodu braku miejsc w Szpitalu w ww. okresach odnotowano następującą liczbę odmów: 2015 r. - łącznie 5, w 2016 r. - łącznie 11, 2017 r. - łącznie 9 oraz w 2018 r. - łącznie 11.

Główne przyczyny odmów przyjęcia do Szpitala to: brak miejsca, przy jednoczesnym wskazaniu innej placówki realizującej odpowiedni zakres świadczeń, brak wskazań do hospitalizacji z zaleceniem dalszego leczenia ambulatoryjnego lub w POZ, przyczyny medyczne dyskwalifikujące pacjenta z zabiegu operacyjnego, przy jednoczesnym ustaleniu nowego terminu przyjęcia.

(dowód: akta kontroli str. 355-356)

1.5. Analiza porównawcza w zakresie dostępu do wybranych świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w ramach PSZ (według stanu na koniec II kwartału 2017 i 2018 r.) wykazała, że:

- a) w przypadkach stabilnych kolejki zmniejszyły się w 14 z 34 komórek organizacyjnych Szpitala, a w 4 pozostały bez zmian; w przypadkach pilnych kolejki zmniejszyły się w 4 komórkach, a 16 nie uległy zmianom; największy spadek liczby oczekujących na świadczenia odnotowano w oddziałach: Urologicznym (spadek o 89 osób z poziomu 190 pacjentów w przypadkach stabilnych), Reumatologicznym (spadek o 68 osób z poziomu 102 oczekujących w przypadkach stabilnych) oraz Poradni Urologicznej (spadek o 58 osób z poziomu 247 oczekujących w przypadkach stabilnych);
- b) wydłużenie kolejek stwierdzono w 14 komórkach w przypadkach stabilnych i przypadkach pilnych; największy wzrost liczby oczekujących stwierdzono w Poradni Neurologicznej (wzrost o 184 osoby z poziomu 143 pacjentów w przypadkach stabilnych) oraz w Oddziale Chirurgii Naczyniowej (wzrost o 63 osoby z poziomu 308 oczekujących w przypadkach stabilnych oraz o 58 osób z poziomu 53 oczekujących w przypadkach pilnych);
- c) średni czas oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej w największym stopniu poprawił się w Poradni Położniczo-Ginekologicznej (spadek o 232 z 290 dni w przypadkach stabilnych) oraz w oddziałach Chirurgicznym Ogólnym (spadek o 99 dni w przypadkach pilnych), Chirurgii Onkologicznej (spadek o 68 dni w przypadkach pilnych) i Kardiologicznym (spadek o 49 dni w przypadkach stabilnych); po wprowadzeniu sieci szpitali pacjenci krócej czekali w 7 komórkach w przypadkach stabilnych oraz w przypadkach pilnych; brak zmian odnotowano w 6 komórkach w przypadkach stabilnych i w 12 komórkach w przypadkach pilnych;
- d) wydłużenie średniego czasu oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej odnotowano w 21 komórkach w przypadkach stabilnych oraz w 15 w przypadkach pilnych; wydłużenie czasu nastąpiło przede wszystkim w poradniach Chirurgii Naczyniowej (wzrost o 240 dni w przypadkach

¹¹ Analiza liczby odmów zarejestrowanych w księdze odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych za miesiące marzec i wrzesień kolejnych lat (2015-2018) Izby Przyjęć podległej organizacyjnie pod Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR).

stabilnych), Diabetologicznej (wzrost o 80 dni w przypadkach stabilnych), Neurochirurgicznej i Reumatologicznej, w których średni czas oczekiwania zwiększył się o odpowiednio 57 i 56 dni w przypadkach stabilnych oraz w oddziałach Chirurgii Plastycznej, Urazowo-Ortopedycznej i Naczyniowej (wzrost o odpowiednio 80, 74 i 58 dni w przypadkach stabilnych), Kardiologicznym (wzrost o 71 dni w przypadkach pilnych);

Po wprowadzeniu sieci szpitali okres oczekiwania na pierwszy wolny termin (badaniem objęto stany na 30.06 w latach 2017-2018) w większości komórek organizacyjnych Szpitala uległ wydłużeniu. Dłużej na świadczenia oczekiwali przede wszystkim pacjenci oddziałów Chirurgii Onkologicznej (150 dni), Urologiczny (148 dni), Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej (138 dni) oraz w poradniach Chirurgii Naczyniowej (142 dni), Neurologicznej (100 dni). Natomiast skrócenie okresu oczekiwania na pierwszy wolny termin w największym stopniu odnotowano w oddziałach Reumatologicznym (115 dni) i Neurochirurgicznym (36 dni) oraz w Poradni Neurologicznej dla Dzieci (36 dni).

Z analizy dostępu do świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza (Oddział Rehabilitacyjny) według stanu na koniec II kwartału lat 2015-2018 wynika, że:

- a) w przypadkach pilnych średni czas oczekiwania na świadczenia oraz liczba oczekujących pacjentów nie uległa znaczącym zmianom (brak oczekujących);
- b) w przypadkach stabilnych:
 - liczba oczekujących w 2018 r. (321 osób) wzrosła względem lat 2015-2016 o odpowiednio 34 i 12, natomiast w stosunku 2017 r. nie uległ znaczącym zmianom,
 - średni czas oczekiwania w 2018 r. (919 dni) uległ wydłużeniu w stosunku do lat 2015-2017 o odpowiednio 374, 160 i 65 dni;
- c) w związku z powyższym pierwszy wolny termin stawał się coraz bardziej odległy w przypadkach stabilnych (od 983 dni w 2015 r. do 1350 dni w 2018 r.).

(dowód: akta kontroli str. 248-332)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że od kilku lat Szpital obserwuje zmianę struktury zachorowań (choroby populacyjne, starzejące się społeczeństwo) na rzecz bardziej powikłanych, wymagających dłuższej hospitalizacji i tym samym bardziej kosztownych procedur. Ograniczenie ryczałtem i niezmienną od lat wyceną punktu rozliczeniowego powoduje, że Szpital nie ma żadnych możliwości poprawy efektywności funkcjonowania oraz dostępu do świadczeń medycznych. Pomimo przekraczania wartości ryczałtu PSZ na poziomie 3-4% Szpital nie jest w stanie zapewnić płynnej dostępności, a co za tym idzie skrócić okresu oczekiwania. Jak wyjaśniła Dyrektor, Szpitala nie stać na ponoszenie dodatkowych kosztów bez zapewnienia ich sfinansowania. Nie bez znaczenia było również ułatwienie dostępu do świadczeń medycznych osobom niepełnosprawnym. Liczba tych pacjentów, jak i pacjentów przyjmowanych w trybie nagłym, sprawia, że szybko wyczerpuje się ustalony ryczałt i tym samym wydłuża czas oczekiwania dla pozostałych pacjentów.

(dowód: akta kontroli str. 355-356)

1.6. Udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej zostało objęte umową PSZ zawartą pomiędzy Szpitalem a LOW NFZ. Świadczenia te Szpital realizował nieprzerwanie, bez pośrednictwa podwykonawców zarówno po wejściu w życie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia, jak i przed dniem 1 października 2017 r.

Świadczenia realizowane były w Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej (wcześniej Oddział Pomocy Doraźnej) podległej organizacyjnie SOR. Miejscem

udzielania świadczeń oraz miejscem wyczekiwania zespołu wyjazdowego była siedziba Szpitala w Nowej Soli (wydzielony obszar w ramach SOR).

(dowód: akta kontroli str. 36-43)

Analiza danych w zakresie liczby świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej zrealizowanych na obszarze zabezpieczenia właściwym dla Szpitala w latach 2015-2018 (30 września) wykazała, że:

- w kolejnych latach 2015-2016 ogólne liczby porad ambulatoryjnych lekarskich i pielęgniarskich kształtowały się na tym samym poziomie¹², następnie w 2017 r. nastąpił spadek liczby tych porad o odpowiednio: 846 (6%) oraz 904 (10%). Wykonanie po III kwartałach 2018 r. kształtowało się na poziomie 2017 r.
- liczba porad pielęgniarskich wyjazdowych w latach 2015-2017 kształtowała się na zbliżonym poziomie, tj. odpowiednio: 257, 299, 301, natomiast w III kw. 2018 r. udzielono ich 271.

(dowód: akta kontroli str. 333)

Z wyjaśnień dyrektora wynikało, że Szpital nie ma żadnego wpływu na liczbę zgłaszających się pacjentów zwłaszcza w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. W latach 2015-2018 nastąpił wzrost przyjęć pacjentów w SOR, który również miał wpływ na spadek przyjęć w nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej.

W sprawie nagłego spadku w 2018 r. liczby porad lekarskich udzielonych w trybie wyjazdowym dyrektor Szpitala wyjaśniła, że spowodowane to było ogromnym obciążeniem w miejscu udzielania świadczeń. Długi okres oczekiwania na przyjazd lekarza sprawił, że pacjenci, aby skrócić czas oczekiwania na otrzymanie świadczenia medycznego sami lub przy pomocy innych osób zgłaszali się do miejsca udzielania świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 355-356)

1.7. Po zorganizowaniu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej liczba procedur zakwalifikowanych do I kategorii stanu zdrowia¹³ udzielonych w Izbie Przyjęć w III kw. 2018 r. wzrosła w porównaniu do III kw. 2017 r. z 16.415 do 18.024, a odsetek tych procedur w ogólnej liczbie wykonanych procedur w III kw. 2018 r. wyniósł 65,5%, natomiast w III kw. 2017 r. 63,7%.

(dowód: akta kontroli str. 334)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej, także w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, odbywała się w sposób nieprzerwany oraz w stopniu pozwalającym na niezmnieszenie kwoty ryczałtu w kolejnych okresach. Szpital zapewniał pacjentom możliwość uzyskania kompleksowych i koordynowanych świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych stosownie do ich potrzeb, choć nie wszyscy pacjenci z nich skorzystali, zwłaszcza Oddziału Reumatologicznego. Szczegółowej analizy ze strony Szpitala wymaga wzrost średniego czasu oczekiwania na świadczenia

¹² Liczba porad ambulatoryjnych lekarskich: 2015 r. – 14.717, 2016 r. – 14.574, 2017 r. – 13.728, III kw. 2018 r. – 10.006. Liczba porad ambulatoryjnych pielęgniarskich: 2015 r. – 8.952, 2016 r. – 8.939, 2017 r. – 8.035, III kw. 2018 r. – 5.778.

¹³ Kategorie pacjentów oraz kategorie świadczeń zostały uregulowane w zarządzeniu Nr 69/2016/DSM Prezesa NFZ z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w zakresie: świadczenia w izbie przyjęć (uchylonym z dniem 31 marca 2018 r.), oraz w zarządzeniu Nr 16/2018/DSM Prezesa NFZ z dnia 28 lutego 2018 r. w przedmiotowym zakresie.

w komórkach organizacyjnych, w których odnotowano jego wydłużenie (np. oddziałach: Kardiologicznym, Reumatologicznym, Chirurgii Plastycznej).

OBSZAR

2. Zmiany w organizacji wewnętrznej Szpitala oraz alokacji zasobów

Opis stanu faktycznego

2.1. Zmiany związane z wdrożeniem sieci szpitali z dniem 1 października 2017 r. nie spowodowały w Szpitalu zmian organizacyjnych, likwidacji lub łączenia komórek organizacyjnych (zachowanie struktury organizacyjnej oraz wszystkich obszarów działalności sprzed wprowadzenia PSZ). Nie wystąpiła konieczność tworzenia nowych poradni przyszpitalnych.

Poza PSZ w Szpitalu nadal funkcjonują zakresy, w których realizowane są świadczenia w ramach umów aneksowanych z LOW NFZ, tj. hospitalizacja z zakresu gastroenterologii oraz Poradnia Ginekologiczno-Położnicza w Koźuchowie.

(dowód: akta kontroli str. 22, 24)

2.2. W latach 2015-2018 (30 września) Szpital ponosił nakłady inwestycyjne o łącznej wartości 15.212,7 tys. zł, polegające m.in. na: rozbudowie, przebudowie lub modernizacji pomieszczeń Szpitala (największe dotyczące budowy hybrydowej Sali operacyjnej) oraz liczne zakupy sprzętu medycznego. Większość inwestycji zrealizowano ze środków własnych, na niektóre uzyskano dofinansowanie m.in. z PFRON oraz Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2017-2020.

Po wprowadzeniu PSZ wszystkie obszary działalności Szpitala zostały zachowane oraz nie doszło do utraty trwałości zrealizowanych inwestycji.

(dowód: akta kontroli str. 335-338)

2.3. Stan zatrudnienia personelu lekarskiego w latach 2015-2018 (30 września) zmniejszył się od odpowiednio: 259,68 etatu w 2015 r. do 235,33 etatów w 2018 r., stan zatrudnienia personelu pielęgniarskiego odpowiednio: od 450,53 etatu w 2015 r. do 458,17 etatów pielęgniarek w 2018 r., a pozostałego personelu wzrósł z 185,44 etatu w 2015 r. do 190,66 etatów w 2018 r.

Największe spadki zatrudnienia w porównaniu do lat 2016-2017 odnotowano w 2018 r. w: Oddziale Chirurgii Ogólnej – o dziewięć lekarzy. Z kolei wzrosty zatrudnienia liczby pielęgniarek wiązał się m.in. z uruchomieniem Poradni Geriatrycznej oraz rozpoczęciem udzielania świadczeń Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej.

(dowód: akta kontroli str. 339-343)

2.4. Najwyższy wskaźnik średniego wykorzystania łóżek szpitalnych w latach 2015-2017 oraz za trzy kwartały 2018 r. (powyżej 80%) występował w Oddziałach: Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Diabetologicznym (spadek z 106,8% w 2015 r. do 85,5% w 2018 r. przy jednoczesnym wzroście liczby łóżek o osiem), Chirurgii Ogólnej (wzrost z 71% w 2015 r. do 81% w 2018 r.), Chirurgii Naczyniowej (spadek z 83,5% w 2015 r. do 80% w 2018 r.), Neurologicznym (wzrost z 46% w 2015 r. do 84% w 2018 r. przy jednoczesnym zmniejszeniu liczby łóżek o sześć), Rehabilitacji Kardiologicznej (wzrost z 98,7% w 2015 r. do 108,2% w 2018 r.), Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (wzrost odpowiednio z 220,9% do 288,4%), Rehabilitacji Ogólnoustrojowej (wzrost z 88% w 2015 r. do 97% w 2018 r.) oraz Rehabilitacji Neurologicznej (spadek odpowiednio z 85,6% do 83,8%).

Średnie wykorzystanie łóżek szpitalnych w Oddziałach: Nefrologii, Endokrynologii, Gastroenterologii oraz Chirurgii Onkologicznej w kolejnych analizowanych okresach kształtowało się na bardzo niskim poziomie (odpowiednio za III kw. 2018 r.: 40,1%,

37%, 10,9% oraz 42,4%). Dodatkowo w kolejnych latach (trzy pierwsze kwartały 2015-2018) nastąpił spadek wskaźnika średniego wykorzystania łóżek w Oddziałach: Endokrynologii, Gastroenterologii, Chirurgii Onkologicznej, Reumatologicznym, Urazowo-Ortopedycznym oraz Położniczo-Ginekologicznym.

W przypadku średnich czasów hospitalizacji w latach 2015-2018 nie odnotowano znaczących zmian, pozostawały one w poszczególnych oddziałach na zbliżonym poziomie. Najkrótsze czasy odnotowano w Oddziale Gastroenterologii (ok. jednego dnia) oraz Chirurgii Naczyniowej (około dwóch dni). Najdłuższy średni czas hospitalizacji wystąpił w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej (powyżej 53 dni), Rehabilitacji Ogólnoustrojowej (powyżej 26 dni), Anestezjologii i Intensywnej Terapii (powyżej 16 dni).

Wskaźnik przeletowości w Oddziałach Chirurgii Onkologicznej uległ znacznemu zmniejszeniu z 103,6 w 2015 r. do 21 w 2018 r., jednocześnie nastąpiło ponad dwukrotne zwiększenie liczby łóżek – z 5 w 2015 r. do 13 w 2018 r. W pozostałych oddziałach nie stwierdzono znaczących zmian.

(dowód: akta kontroli str. 351-353)

W sprawie działań zmierzających do optymalizacji wykorzystania bazy szpitalnej Dyrektor Szpitala wyjaśniła m.in., że zakresy szpitalne endokrynologii i nefrologii występują jako pododdziały w większej strukturze organizacyjnej, jaką jest dział chorób wewnętrznych. Wskaźnik wykorzystania łóżek w całym dziale chorób wewnętrznych w okresie styczeń - wrzesień 2018 r. wynosi blisko 75%.

Łączna liczba łóżek w dziale wynosi 54 i stanowi zabezpieczenie dla pacjentów z chorobami wewnętrznymi. Priorytet przyjęcia do oddziału wewnętrznego mają pacjenci przyjęci w trybie pilnym o statusie choroby "ostрым". Natomiast pacjenci nefrologii i endokrynologii są pacjentami przyjmowanymi w trybie planowym. W przypadku braku miejsc - łóżek oraz wyczerpania wydzielonego limitu ryczałtowego pierwszeństwo przyjęcia mają przypadki ostre. Natomiast pozostałym pacjentom przesuwają się terminy przyjęć. Stąd łóżka pododdziałów nefrologii i endokrynologii wykorzystywane są dla pacjentów ostrych z zakresem chorób wewnętrznych.

Ponadto Szpital zmuszony został do podjęcia działań zmieniających strategię mającą na celu zwiększenie wzrostu przychodów. Jest to zwiększenie dostępności do usług z zakresu: onkologii zabiegowej – urologia, chirurgii ogólnej i onkologicznej, ginekologii onkologicznej, neurochirurgii oraz ortopedii – zakres wszczepień endoprotez. Przeorganizowany został sposób udzielania usług z zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej (m.in. dla pacjentów po wszczepie endoprotez) wprowadzając tryb kompleksowości leczenia (poradnia + zabieg szpitalny + rehabilitacja). W związku z tym rozszerzono zakres świadczeń oddziału rehabilitacji o świadczenia wykonywane na wolnych łóżkach oddziału ortopedii. W najbliższym czasie planowane jest podobne rozszerzenie zakresu rehabilitacji na inne oddziały z wolnymi łózkami. Zmiana organizacji pracy dwóch oddziałów (ortopedia i rehabilitacja) przy praktycznie niezmiennych kosztach ich funkcjonowania rozpoczęła już zmianę zwiększającą przychody na ww. oddziałach przy jednoczesnej poprawie wskaźnika wykorzystania łóżek.

(dowód: akta kontroli str. 23-29)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Wprowadzenie PSZ nie spowodowało zmian w zakresie udzielanych świadczeń oraz nie wiązało się z koniecznością zmian w organizacji Szpitala. Nie doszło również do utraty trwałości zrealizowanych działań inwestycyjnych. Szpital

podejmował właściwe działania w celu optymalizacji pracy oddziałów, a niższe wskaźniki wykorzystania łóżek w niektórych oddziałach szpitalnych uwarunkowane były okolicznościami niezależnymi od Szpitala.

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

Opis stanu faktycznego

3.1. Wysokość przychodów Szpitala z tytułu umów zawartych z LOW NFZ systematycznie rosła i wynosiła odpowiednio: za 2015 r. – 140.190,1 tys. zł, w 2016 r. – 143.448,9 tys. zł, w 2017 r. – 147.786,8 tys. zł, a w 2018 r. (ostatni aneks) – 157.492,0 tys. zł (co stanowiło wzrost w stosunku do kolejnych lat o odpowiednio 12,3%, 9,8% oraz 6,6%).

Wartość świadczeń finansowanych ryczałtem PSZ w 2017 r. wynosiła 22.072,3 tys. zł, zaś w 2018 r. – 91.656,2 tys. zł.

Wysokość przychodów ze świadczeń finansowanych poza ryczałtem w 2018 r. wynosiła 65.835,8 tys. zł i stanowiła ok. 45-46% przychodów zrealizowanych w latach 2015-2017.

(dowód: akta kontroli str. 107, 344)

3.2. Przychody z działalności leczniczej Szpitala w wysokości 117.095,9 tys. zł nie były wystarczające do pokrycia kosztów tej działalności, które na koniec III kw. 2018 r. były wyższe o 6% i wyniosły 124.111,0 tys. zł. Przychody z działalności leczniczej w III kw. 2018 r., w porównaniu do analogicznego okresu w latach 2015-2017 wzrosły odpowiednio o: 17,7%, 14,8% oraz 9,1%. Natomiast koszty działalności leczniczej w tym samym okresie wzrastały odpowiednio o: 19,1%, 12% oraz 10,2%. Koszty wynagrodzeń osobowych, bezosobowych oraz kontraktów wg stanu na koniec września 2018 r. wynosiły łącznie 65.911,7 tys. zł i stanowiły 53% kosztów działalności leczniczej (w poprzednich latach również na podobnym poziomie – ok. 51-52%).

Szpital nie posiadał zobowiązań długoterminowych ani zobowiązań wymagalnych. Natomiast wartość zobowiązań krótkoterminowych w kolejnych latach wzrosła z 10.569,6 tys. zł w III kw. 2015 r. do 12.584,8 tys. zł w III kw. 2018 r. (tj. o 19%).

Na koniec III kwartału 2018 r. Szpital odnotował stratę w wysokości 6.036,6 tys. zł (na koniec III kwartału 2017 r. strata wynosiła 4.386,8 tys. zł, 2016 r. – 7.158,5 tys. zł, 2015 r. – 3.220,1 tys. zł).

(dowód: akta kontroli str. 346, 354)

Należy podkreślić, że wg stanu na 31 grudnia w latach 2015-2016 zysk netto Szpitala wynosił odpowiednio: 2.816,5 tys. zł oraz 1.363,1 tys. zł. Na koniec 2017 r. Szpital odnotował stratę netto w wysokości 3.095,5 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 357-360)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że do 2016 r. Szpital przy równoczesnym wdrażaniu wielu działań restrukturyzacyjnych osiągał dodatni wynik finansowy pozwalający na samodzielne prowadzenie wszelkich inwestycji i procesów dostosowawczych. Jednym z czynników najbardziej negatywnie oddziałujących na wynik finansowy jest fakt, iż do dnia dzisiejszego (pełnych siedem lat), a także na rok następny, utrzymana została bez zmian wycena 1 punktu, w oparciu o który mnożona jest ilość punktów z każdej wykonanej procedury. Przy niezmiennych katalogach wycen świadczeń koszty jednostkowe ponoszone przy ich realizacji w okresie ostatnich siedmiu lat uległy znacznemu zwiększeniu (płace, koszty materiałowe, energii i wszystkie inne), co spowodowało utratę jakiegokolwiek rentowności większości

wykonywanych świadczeń. W połowie 2017 r. weszła w życie ustawa o minimalnym wynagrodzeniu pracowników medycznych, której skutki zostały w całości przerzucone na spzoz-y (bez zapewnienia jakiegokolwiek rekompensaty). Brak lekarzy w szpitalach o podstawowym – pierwszym stopniu zabezpieczenia wygenerował zjawisko podbierania znacznie wyższymi płacami pracowników medycznych, głównie lekarzy (przekroczona została granica tzw. zdrowego rozsądku).

Działaniami bezpośrednio związanymi z wprowadzeniem wynagrodzenia ryczałtowego w ramach umowy PSZ było ograniczenie realizacji wszelkich tzw. nadwykonań świadczeń objętych ryczałtem, poprzez wyznaczenie limitu wartości świadczeń do wykonania w poszczególnych zakresach.

(dowód: akta kontroli str. 23-29)

3.3. Szpital nie ponosił dodatkowych kosztów bezpośrednio związanych z wprowadzeniem systemu w ramach umowy PSZ. Jak wynikało z wyjaśnień dyrektora Szpitala, od wielu lat stale ponoszone są koszty związane z procesem dostosowawczym opisanym w programach przyjętych przez Wojewodę Lubuskiego. Ponoszone skutki finansowe wpływają na przewlekłość realizacji inwestycji związanych z programem.

(dowód: akta kontroli str. 23-29)

3.4. Ocena punktowa wskaźników ekonomiczno-finansowych¹⁴ uzyskana przez Szpital po trzech pierwszych kwartałach w latach 2015-2018 przedstawiała się następująco:

- a) w latach 2017 i 2018: po 53 pkt na 70 możliwych do uzyskania (tj. 76%),
- b) w 2016 r.: 51 pkt na 70 możliwych do uzyskania (tj. 73%),
- c) w 2015 r.: 64 pkt (tj. 70% pkt możliwych do uzyskania).

Z związku z ustaloną na 30 września w latach 2015-2018 stratą, Szpital osiągał ujemne wskaźniki zyskowności. Wskaźniki efektywności i zadłużenia oraz wskaźnik szybkiej płynności w kolejnych latach osiągnęły wysokie lub maksymalne oceny punktowe.

(dowód: akta kontroli str. 347-348)

3.5. Szpital uzyskał wyższą kwotę ryczałtu PSZ w związku z zastosowaniem dodatnich współczynników korygujących zgodnie z tabelą nr 2 określoną w załączniku do rozporządzenia w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej poprzez złożenie świadectw dotyczących jakości laboratorium analitycznego oraz bakteriologicznego (wzrost o 0,5% dla każdego laboratorium) o łączną kwotę 441,5 tys. zł.

Wzrost ryczałtu PSZ na I półrocze 2018 r. o kwotę 897,4 tys. zł wynikał również z wykonania ponadplanowej liczby jednostek sprawozdawczych (świadczeń) w ramach ryczałtu PSZ i z rozdzielenia tzw. niedowykonań ryczałtu przez szpitale z terenu województwa lubuskiego.

(dowód: akta kontroli str. 31-35)

Szpital nie posiadał certyfikatu akredytacji, o którym mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia¹⁵, jednakże w połowie 2018 r. podjął działania mające na celu uzyskanie ww. certyfikatu.

(dowód: akta kontroli str. 30)

¹⁴ Obliczone w oparciu o metodologię przyjętą 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 (Dz. U. z 2017 r. poz. 832).

¹⁵ Dz. U. z 2016 r. poz. 2135.

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

W kolejnych latach 2015-2018 wynik finansowy Szpitala pogarszał się, co miało związek w szczególności ze wzrostem kosztów oraz zbyt niską wyceną świadczeń. Pomimo odnotowanej na koniec III kw. 2018 r. straty netto, w zakresie wiarygodności finansowej, efektywności oraz zdolności do regulowania zobowiązań osiągnęto dobre wskaźniki ekonomiczno-finansowe. Szpital podejmował skuteczne działania w celu uzyskania wyższej kwoty ryczałtu PSZ.

IV. Uwagi i wnioski

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

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Zielonej Górze. 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.

Zielona Góra, 21 grudnia 2018 r.

Kontrolerzy
Natalia Kajzer
główny specjalista k.p.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Zielonej Górze
p.o. Dyrektora
Włodzimierz Stobrawa

.....
podpis

.....
podpis