KZD.430.002.2019
Nr ewid. 29/2019/P/18/059/KZD

Informacja o wynikach kontroli

FUNKCJONOWANIE SYSTEMU PODSTAWOWEGO SZPITALNEGO ZABEZPIECZENIA ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

DEPARTAMENT ZDROWIA

MISJĄ

Najwyższej Izby Kontroli jest dbałość o gospodarność i skuteczność w służbie publicznej dla Rzeczypospolitej Polskiej

WIZJĄ

Najwyższej Izby Kontroli jest cieszący się powszechnym autorytetem najwyższy organ kontroli państwowej, którego raporty będą oczekiwanym i poszukiwanym źródłem informacji dla organów władzy i społeczeństwa

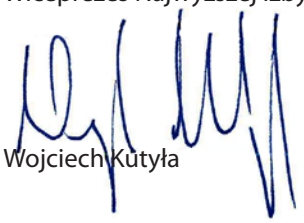
Informacja o wynikach kontroli
Funkcjonowanie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej

Dyrektor Departamentu Zdrowia

Piotr Wasilewski

Akceptuję:

Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli



Wojciech Kutyła

Zatwierdzam:

Prezes Najwyższej Izby Kontroli

Krzysztof Kwiatkowski

Warszawa, dnia 19.06.2019 r.

Najwyższa Izba Kontroli
ul. Filtrowa 57
02-056 Warszawa
T/F +48 22 444 50 00

www.nik.gov.pl

SPIS TREŚCI

WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ 4

1. WPROWADZENIE 6

2. OCENA OGÓLNA 9

3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI 10

4. WNIOSKI 17

5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI 18
   - 5.1. Realizacja świadczeń ambulatoryjnych, szpitalnych i rehabilitacyjnych 18
     - 5.1.1. Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej w ramach PSZ 18
     - 5.1.2. Organizacja nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w szpitalach 30
   - 5.2. Zmiany w organizacji wewnętrznej szpitali oraz w alokacji zasobów 35
     - 5.2.1. Zmiany struktury i organizacja wewnętrzna szpitali 35
     - 5.2.2. Wykorzystanie łóżek szpitalnych 44
   - 5.3. Sytuacja ekonomiczno-finansowa szpitala z uwzględnieniem poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej 51

6. ZAŁĄCZNIKI 69
   - 6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe 69
     - 6.1.1. Wykaz ocen kontrolowanych jednostek 73
   - 6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych 94
   - 6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności 102
   - 6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli 105
   - 6.5. Stanowisko Ministra do informacji o wynikach kontroli 106

Zdjęcie na okładce:
©xy - stock.adobe.com

Wykaz stosowanych skrótów, skrótowców i pojęć

IP	izba przyjęć;
JGP	system jednorodnych grup pacjentów, kwalifikowanie zakończonej hospitalizacji do jednej z grup, wyodrębnionych według kryterium spójności postępowania medycznego, porównywalnego stopnia zużycia zasobów, standaryzowanego czasu pobytu i innych uznanych parametrów (§ 2 pkt 19 zarządzenia Nr 66/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 czerwca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne). Grupa JGP jest jedną z kategorii hospitalizacji, posiadającą kod, nazwę oraz charakterystykę opisaną określonymi parametrami. Zbiór parametrów służących do wyznaczenia grupy, zawiera w szczególności: rozpoznania według klasyfikacji ICD-10, procedury medyczne według klasyfikacji ICD-9, wiek pacjenta, czas pobytu;
Kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej	możliwość realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w zakresach, o których mowa w art. 15 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, obejmująca niezbędne etapy i elementy procesu ich realizacji, w szczególności strukturę świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie albo zakresach (art. 5 pkt 7a ustawy o świadczeniach);
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia;
MZ	Ministerstwo Zdrowia;
Oddział, OW NFZ	Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia;
Podmiot tworzący	podmiot albo organ, który utworzył podmiot leczniczy w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jednostki budżetowej albo jednostki wojskowej (art. 2 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, ze zm.). Ponadto zgodnie z art. 6 ust. 2 ww. ustawy, jednostka samorządu terytorialnego może utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie: spółki kapitałowej, jednostki budżetowej, samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej;
Poradnia przyszpitalna	komórka organizacyjna podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, zlokalizowana w tej samej co szpital dzielnicy, o której mowa w ustawie z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2019 r. poz. 506) albo w ustawie z dnia 15 marca 2002 r. o ustroju miasta stołecznego Warszawy (Dz. U. z 2018 r. poz. 1817), a w przypadku gmin, w których nie wprowadzono podziału na dzielnice – w tej samej gminie, i tworząca funkcjonalną całość ze szpitalem, w której są udzielane ambulatoryjne świadczenia zdrowotne odpowiadające, co do rodzaju udzielanych świadczeń, świadczeniom szpitalnym (art. 5 pkt 28a ustawy o świadczeniach);
Poziom systemu zabezpieczenia	jeden z sześciu poziomów zabezpieczenia: szpitale I stopnia, szpitale II stopnia, szpitale III stopnia, szpitale onkologiczne lub pulmonologiczne, szpitale pediatryczne, szpitale ogólnopolskie (art. 95l ust. 2 ustawy o świadczeniach). Poziomy zabezpieczenia są wyznaczane przez rodzaje udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej i określane przez wskazanie profili lub rodzajów komórek organizacyjnych, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach, w których te świadczenia są udzielane w trybie hospitalizacji określonym w tych przepisach (art. 95l ust. 3 i 4 ustawy o świadczeniach);

Profile systemu zabezpieczenia	profile lub rodzaje komórek organizacyjnych, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d, według których wyznaczany jest poziom systemu zabezpieczenia, zgodnie z art. 95l ust. 3 i 4 ustawy o świadczeniach. Należy przez to rozumieć oddziały szpitalne oraz odpowiadające im poradnie specjalistyczne, wymienione w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1163);
Ryczałt PSZ	ryczałt systemu zabezpieczenia, o którym mowa w art. 136c ustawy o świadczeniach, stanowiący kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy określoną w umowie zawieranej w ramach podstawowego systemu zabezpieczenia szpitalnego;
SOR	szpitalny oddział ratunkowy;
PSZ, system zabezpieczenia	podmioty lecznicze zakwalifikowane do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, wprowadzonego ustawą z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
Świadczenia wymagające określenia odrębnego sposobu finansowania	świadczenia opieki zdrowotnej wymienione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2017 r. w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania (Dz. U. poz. 1225, ze zm.);
Ustawa o świadczeniach	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, ze zm.);
Ustawa wprowadzająca PSZ	ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 844);
Współczynnik jakościowy korygujący ryczałt PSZ	współczynniki korygujące (ql,j), związane z jakością procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, wyznaczane dla świadczeniodawcy na okres planowania, zgodnie z tabelą nr 2 określoną w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1783, ze zm.).

1. WPROWADZENIE

Pytanie definiujące cel główny kontroli

Czy funkcjonowanie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej poprawiło dostęp pacjentów do świadczeń zdrowotnych oraz sytuację finansową szpitali?

Pytania definiujące cele szczegółowe kontroli

1. Czy zapewniono pacjentom kompleksowe i koordynowane świadczenia ambulatoryjne, szpitalne i rehabilitacyjne, stosownie do ich potrzeb?
2. Czy wprowadzono zmiany w organizacji wewnętrznej szpitali oraz w alokacji zasobów, powodujące uelastycznienie zarządzania i optymalizację struktury kosztów leczenia?
3. Czy zagwarantowano odpowiedni poziom finansowania świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w szpitalach?

Jednostki kontrolowane

29 podmiotów leczniczych, włączonych do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, w tym:

12 szpitali I stopnia,

12 szpitali II stopnia,

5 szpitali III stopnia.

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.

System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej został wprowadzony z dniem 1 października 2017 r., ustawą z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zgodnie z uzasadnieniem do ustawy wprowadzającej PSZ[1], konieczność wprowadzenia zmian wynikała z identyfikacji następujących zjawisk systemowych:

- zachwianie zasady udzielania świadczeń zdrowotnych w sposób kompleksowy i ciągły. Okresowo przeprowadzane postępowania konkursowe, dotyczące poszczególnych zakresów świadczeń oraz system rozliczeń świadczeń, oparty na systemie jednorodnych grup pacjentów (JGP), promowały fragmentację procesu udzielania świadczeń. W efekcie zasadnicze znaczenie uzyskiwało rozliczenie wyodrębnionego zakresu świadczeń, czy poszczególnych procedur medycznych, kosztem udzielania świadczeń w sposób skoordynowany, gdzie pacjent miałby zapewniony dostęp do kompleksowych świadczeń zdrowotnych, obejmujących nie poszczególne procedury, ale cały cykl leczenia;
- kształtowanie sieci świadczeniodawców funkcjonujących w systemie publicznym, jak i ich wewnętrznej struktury organizacyjnej, przede wszystkim w oparciu o zakresy świadczeń i produkty rozliczeniowe;
- niepewność, co do przyszłych warunków finansowania działalności poszczególnych szpitali (poddawanie szpitali okresowym zmianom wynikającym z postępowań konkursowych), utrudniająca racjonalne inwestycje oraz długofalową politykę kadrową, a także przyczyniająca się do marnotrawstwa zasobów;
- nieefektywne zachowania w zakresie kształtowania wewnętrznych struktur organizacyjnych. Świadczeniodawcy często, aby uzyskać zwiększone finansowanie, tworzyli dodatkowe oddziały i pododdziały szpitalne, co powodowało komplikację struktury organizacyjnej, a tym samym zarządczej jednostek. Łączna kwota kontraktu powstawała w wyniku sumowania kwot cząstkowych, które z kolei były wynikiem odrębnych postępowań konkursowych. Możliwość dokonywania przesunięć środków między kwotami cząstkowymi była ograniczona, co trudno uznać za podstawę do racjonalnego i efektywnego zarządzania wielooddziałowym szpitalem jako całością.

Punktem wyjścia wprowadzonych zmian było założenie, że szpitalna opieka specjalistyczna wymaga szczególnego traktowania w systemie opieki zdrowotnej, m.in. z uwagi na takie aspekty jak:

- kompleksowość i ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, w tym wprowadzenie mechanizmów stymulujących integrację i koordynację świadczeń udzielanych w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym;
- kosztochłonność inwestycji w infrastrukturę medyczną;
- konieczność zapewnienia stabilnej bazy szpitalnej na terytorium kraju i w poszczególnych regionach;
- konieczność planowania w celu zapewnienia optymalnego zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych populacji oraz wykorzystania zasobów;
- funkcjonowanie wspólnoty lokalnej i regionalnej.

[1] Numer projektu w wykazie prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów: UD116, https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12290303/katalog/12380811 (dostęp z dnia 3 kwietnia 2019).

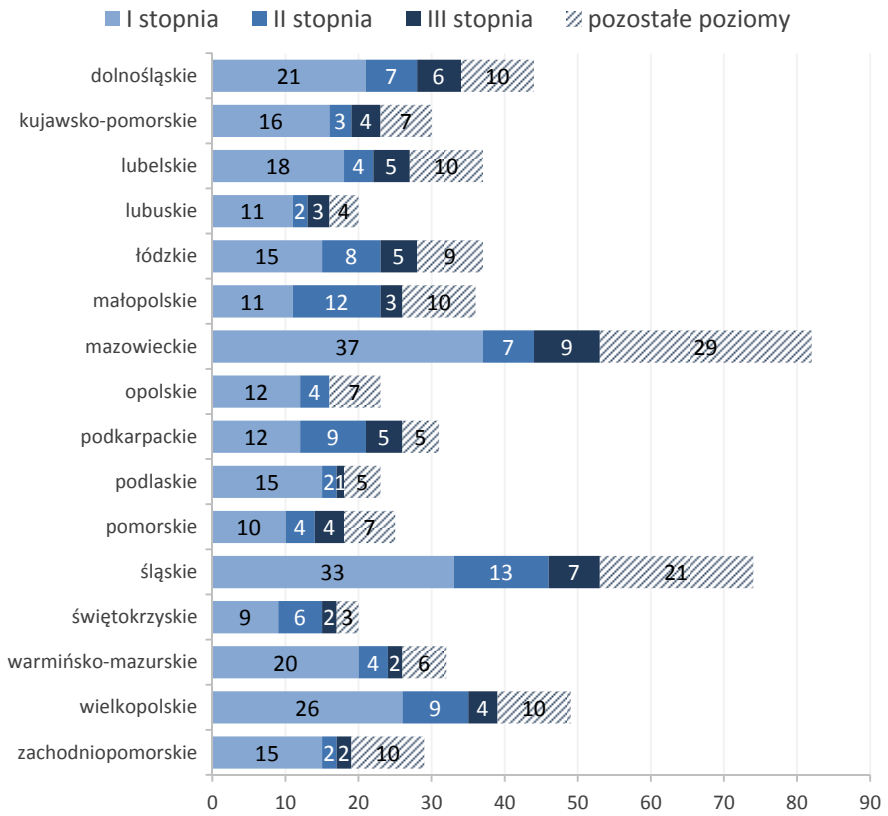
Zgodnie z art. 95l ust. 1 ustawy o świadczeniach, system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej zapewnia świadczeniobiorcom dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie:

- leczenia szpitalnego,
- świadczeń wysokospecjalistycznych,
- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanej w poradniach przyszpitalnych,
- rehabilitacji leczniczej,
- programów lekowych,
- leków stosowanych w chemioterapii oraz
- nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej,

przy jednoczesnym zagwarantowaniu ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń oraz stabilności ich finansowania.

W ramach systemu zabezpieczenia wyróżnione zostało sześć poziomów zabezpieczenia, które są wyznaczane przez rodzaje udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej i określane przez wskazanie profili lub rodzajów komórek organizacyjnych, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach, w których te świadczenia są udzielane w trybie hospitalizacji określonym w tych przepisach (art. 95l ust. 2 i 3 ustawy o świadczeniach).

Wykres nr 1
Liczba podmiotów zakwalifikowanych do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia w podziale na poziomy zabezpieczenia oraz oddziały wojewódzkie NFZ



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ. Do pozostałych poziomów zabezpieczenia należą: szpitale ogólnopolskie, onkologiczne i pediatryczne.

Z ustaleń kontroli przeprowadzonej w Centrali NFZ[2] wynika, że do podstawowego szpitalnego systemu zabezpieczenia szpitalnego zostały zakwalifikowane 592 podmioty lecznicze[3], w tym:

- 281 szpitali I stopnia,
- 96 szpitali II stopnia,
- 62 szpitale III stopnia,
- 91 szpitali ogólnopolskich,
- 19 szpitali onkologicznych,
- 12 szpitali pediatrycznych,
- 31 szpitali pulmonologicznych.

Największą liczbę szpitali włączono do systemu PSZ w województwach: mazowieckim i śląskim (łącznie 156, co stanowi 26,35% całej sieci szpitali).

[2] P/18/055 Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2017 r.

[3] Tj. 591 podmiotów, dla których obliczono ryczałt PSZ na I półrocze 2018 r. oraz jeden podmiot, który realizuje jedynie świadczenia wymagające ustalenia odrębnego sposobu finansowania (Kliniki Neuroradiochirurgii Sp. z.o.o. w Warszawie).

2. OCENA OGÓLNA

Brak poprawy dostępu pacjentów do świadczeń zdrowotnych oraz polepszenia sytuacji finansowej szpitali

Wprowadzenie i funkcjonowanie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej nie poprawiło dostępu pacjentów do świadczeń zdrowotnych oraz nie polepszyło sytuacji finansowej większości kontrolowanych szpitali.

Projektując i wprowadzając systemowe zmiany w finansowaniu szpitali, nie uwzględniono sytuacji demograficznej oraz epidemiologicznej na obszarze ich funkcjonowania. Jako kryterium tworzenia systemu nie wzięto pod uwagę również znaczenia placówki w zapewnieniu bezpieczeństwa zdrowotnego danej społeczności, stopnia dostosowania jej infrastruktury do obowiązujących przepisów, czy jakości udzielanych świadczeń. Nie uwzględniono także potencjału szpitali, w tym ich możliwości diagnostycznych i terapeutycznych.

Nie zapewniono wszystkim pacjentom kompleksowych świadczeń ambulatoryjnych, szpitalnych i rehabilitacyjnych, stosownie do ich potrzeb. Było to spowodowane przede wszystkim niezgłaszaniem się pacjentów na kontynuację leczenia do szpitala, w którym byli hospitalizowani, ale również nieudzielaniem świadczeń w zakresach niezbędnych tym pacjentom.

Szpitale, w związku z kwalifikacją do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, nie wprowadziły istotnych zmian w organizacji wewnętrznej oraz w alokacji zasobów, w celu uelastycznienia zarządzania i optymalizacji struktury kosztów leczenia. Działania podejmowane przez kierownictwa poszczególnych szpitali były związane przede wszystkim z potrzebą ograniczenia strat finansowych, występującymi problemami kadrowymi, a także staraniami dotyczącymi rozszerzenia zakresu udzielanych świadczeń.

Warunki kwalifikacji poszczególnych profili leczenia szpitalnego do podstawowego systemu zabezpieczenia nie obejmowały takich kryteriów jak liczba i wartość realizowanych świadczeń, czy stopień wykorzystania łóżek na poszczególnych oddziałach. W rezultacie do PSZ zostały włączone również oddziały szpitalne zaspokajające potrzeby zdrowotne populacji jedynie w niewielkim stopniu, co potwierdza niski stopień wykorzystania łóżek szpitalnych w kontrolowanych szpitalach. Taki stan przekłada się na nieuzasadnione i nadmierne koszty dla podmiotów leczniczych, a w skali kraju generuje większe koszty dla całego systemu ochrony zdrowia.

Nie zagwarantowano odpowiedniego poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w szpitalach. Pomimo wzrostu przychodów z tytułu realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia, większość skontrolowanych szpitali osiągnęła stratę na działalności leczniczej na koniec III kwartału 2018 r., a ich wynik finansowy pogorszył się w stosunku do roku poprzedniego.

Działalność szpitali nie bilansowała się z uwagi na znacznie szybszy wzrost kosztów działalności leczniczej w odniesieniu do przychodów. Rosnąca różnica w poziomie uzyskiwanych przychodów i ponoszonych kosztów skutkowała wzrostem zobowiązań szpitali, jak również przełożyła się na pogorszenie ich wyników finansowych.

Wartość zobowiązań SPZOZ ogółem na koniec III kwartału 2018 r. wynosiła 12 685,6 mln zł i była najwyższa od 15 lat[4].

[4] Według danych publikowanych przez Ministra Zdrowia, wartość zobowiązań ogółem na koniec III kwartału 2017 r. wynosiła 11 858,5 mln zł, na koniec III kwartału 2016 r. – 11 154,7 mln zł, na koniec III kwartału 2015 r. – 10 885,2 mln zł.

3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

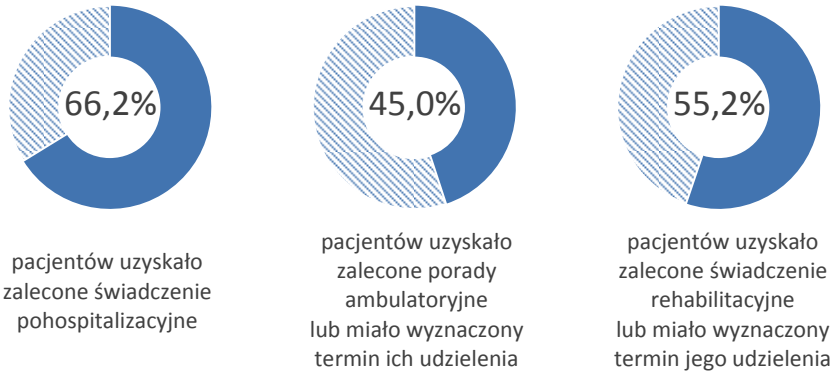
Zapewnienie dalszego leczenia pacjentom hospitalizowanym

Wprowadzenie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej miało przynieść szereg korzyści pacjentom, w tym m.in. zapewnić im kompleksową i koordynowaną opiekę na każdym etapie leczenia. Jednakże z przeprowadzonej kontroli wynika, że jedynie 66,2% pacjentów uzyskało zalecone świadczenia pohospitalizacyjne w szpitalu, w którym odbyli hospitalizację, a pozostali nie zgłosili się na kontynuację leczenia. Mniej, bo 42,3% pacjentów uzyskało zalecone porady ambulatoryjne w tym samym szpitalu, w którym odbyło hospitalizację (kolejnych 2,6% pacjentów miało wyznaczony termin takich świadczeń) oraz 53,8% pacjentów uzyskało zalecone świadczenia rehabilitacyjne (kolejnych 1,4% pacjentów miało wyznaczony termin takich świadczeń).

Głównym powodem nieuzyskania świadczeń w kontrolowanych podmiotach było niezgłoszenie się pacjenta w celu wyznaczenia terminu ich udzielenia, bowiem, zgodnie z art. 29 i 30 ustawy o świadczeniach, pacjent ma prawo wyboru dowolnej poradni ambulatoryjnej, jak również szpitala spośród tych, które zawarły umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W części przypadków, szpitale nie udzielały jednak świadczeń w zaleconych pacjentom zakresach. [str. 23–27]

Wykres nr 2

Odsetek pacjentów, którzy uzyskali zalecone przy wypisie świadczenia opieki zdrowotnej w podmiocie leczniczym, w którym odbyli hospitalizację



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli przeprowadzonej w 26 podmiotach leczniczych, w tym 11 zakwalifikowanych do I stopnia, 11 do II stopnia oraz czterech do III stopnia zabezpieczenia.

Zapewnienie kompleksowego leczenia

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że w ustawie wprowadzającej system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia nie uregulowano w pełni kwestii zapewnienia, przez szpitale zakwalifikowane do PSZ, pacjentom niezbędnych im świadczeń ambulatoryjnych i rehabilitacyjnych. Do PSZ zostały włączone zakresy świadczeń, w których świadczeniodawcy udzielali świadczeń przez co najmniej dwa lata kalendarzowe przed dniem ogłoszenia wykazu świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów PSZ[5]. Utworzenie nowych poradni ambulatoryjnych,

[5] Art. 95m ust. 10 ustawy o świadczeniach stanowi, że w celu zagwarantowania ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, ustala się zakresy i rodzaje świadczeń, w ramach których świadczeniodawcy udzielają świadczeń gwarantowanych:
1) na każdym z poziomów systemu zabezpieczenia:
   a) z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 31d, realizowanych w poradniach przyszpitalnych, z wyjątkiem dializy

czy komórek udzielających świadczeń z zakresu rehabilitacji, zgodnych z posiadanymi profilami PSZ, było możliwe jedynie po przeprowadzeniu przez oddział wojewódzki NFZ postępowania o zawarcie umowy w trybie konkursu ofert bądź rokowań, zgodnie z art. 139 ustawy o świadczeniach. Powyższe spowodowało, że w przypadku sześciu szpitali do PSZ zostały włączone oddziały szpitalne, bez zapewnienia co najmniej jednego odpowiadającego im zakresu świadczeń ambulatoryjnych, a tym samym bez możliwości udzielania kompleksowych świadczeń pacjentom hospitalizowanym w tych podmiotach leczniczych.

NIK zauważa ponadto, że projektując i wprowadzając systemowe zmiany w finansowaniu szpitali i oddziałów szpitalnych nie uwzględniono sytuacji demograficznej oraz epidemiologicznej na obszarze ich funkcjonowania, jak również nie wzięto pod uwagę znaczenia placówki w zapewnieniu bezpieczeństwa zdrowotnego danej społeczności, jakości udzielanych świadczeń, czy stopnia dostosowania jej infrastruktury do obowiązujących przepisów. [str. 35–37]

Brak możliwości utworzenia poradni chorób wewnętrznych i pediatrycznych

W celu zapewnienia kompleksowych świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów hospitalizowanych na oddziałach chorób wewnętrznych oraz pediatrycznych, Minister Zdrowia, z dniem 1 stycznia 2018 r., wprowadził do koszyka świadczeń gwarantowanych porady specjalistyczne z tych zakresów. Jednocześnie do tzw. rozporządzenia kryterialnego[6] nie zostały wprowadzone kryteria wyboru ofert, co uniemożliwiało zakontraktowanie i udzielanie ww. świadczeń. Nowelizacja przepisów w tym zakresie weszła w życie dopiero 22 maja 2019 r[7], tj. po upływie roku i blisko pięciu miesięcy od rozszerzenia koszyka świadczeń gwarantowanych. [str. 37–38]

Brak konieczności wprowadzenia zmian organizacyjnych w szpitalach, w związku z zakwalifikowaniem do systemu zabezpieczenia

Żaden z kontrolowanych podmiotów nie dokonał zmian organizacyjnych mających na celu dostosowanie do funkcjonowania w ramach systemu zabezpieczenia, gdyż jak wyjaśniano nie było takiej potrzeby. Jedynie w ośmiu szpitalach (27,6% skontrolowanych podmiotów) zmienił się zakres udzielanych świadczeń szpitalnych lub ambulatoryjnych. Zmiany dotyczyły przede wszystkim: rezygnacji z udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach, w tym w związku z brakiem lekarzy, wygaśnięcia umowy o udzielanie świadczeń w poszczególnych zakresach leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (poza PSZ) oraz rozpoczęcia udzielania świadczeń w nowych zakresach w wyniku postępowań o zawarcie umowy.

---

otrzewnowej lub hemodializy, z zastrzeżeniem, że w przypadku porad specjalistycznych, dotyczy to porad specjalistycznych odpowiadających profilom systemu zabezpieczenia wskazanym zgodnie z ust. 12 pkt 4;
b) z zakresu rehabilitacji leczniczej, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d, realizowane w warunkach: ośrodka lub oddziału dziennego lub stacjonarnych;

2) w przypadku poziomu systemu zabezpieczenia, o którym mowa w art. 95l ust. 2 pkt 3 – w ramach wszystkich profili systemu zabezpieczenia, w zakresie leczenia szpitalnego w trybie hospitalizacji, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d – pod warunkiem posiadania do dnia ogłoszenia wykazu, o którym mowa w art. 95n ust. 1, umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej co do świadczeń gwarantowanych wskazanych w pkt 1 i 2, której okres trwania wynosi co najmniej dwa ostatnie lata kalendarzowe.

6 Rozporządzenie z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1372, ze zm.).

7 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 kwietnia 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 832).

W pięciu podmiotach leczniczych, kontrola NIK wykazała brak bieżącej aktualizacji danych zgłoszonych do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, dotyczących prowadzonej działalności leczniczej, co było niezgodne z art. 107 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej[8]. W rezultacie w księgach rejestrowych podmiotów były uwidocznione oddziały lub poradnie, w których w rzeczywistości nie udzielano świadczeń lub była wykazana większa liczba łóżek niż faktycznie istniała. [str. 38–41, 43–44]

Informowanie o zaprzestaniu udzielania świadczeń

W żadnym z sześciu kontrolowanych podmiotów leczniczych, w których zlikwidowano poradnię ambulatoryjną, oddział szpitalny lub zaprzestano udzielania świadczeń, na które prowadzone są odrębne listy oczekujących nie stwierdzono nieprawidłowości wynikających z niedochowania obowiązków określonych w art. 20 ust 2b i 10c ustawy o świadczeniach, tj. poinformowania pacjentów o zakończeniu udzielania świadczeń, a w szczególności wydania zaświadczenia o wpisaniu na listę oczekujących lub zwrócenia oryginału skierowania. [str. 41–42]

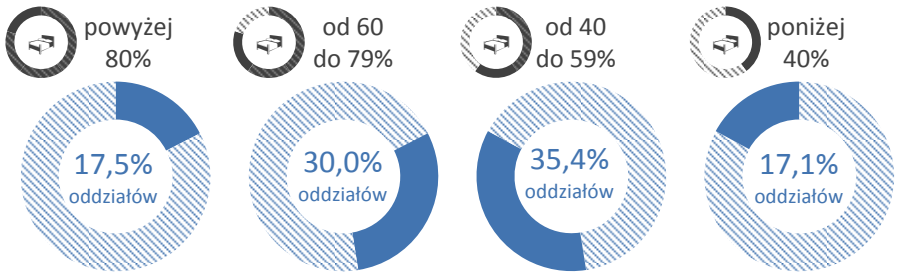
Trwałość zrealizowanych inwestycji

Utrzymana została trwałość wszystkich zrealizowanych przez kontrolowane szpitale w latach 2015–2018 (do końca III kwartału) inwestycji remontowych i budowlanych oraz zakupów środków trwałych. W jednym przypadku zakupiony ze środków własnych szpitala aparat medyczny nie był wykorzystywany od roku z uwagi na rezygnację z pracy lekarza specjalisty. [str. 43]

Niezadowalający poziom wykorzystania łóżek szpitalnych

Stopień wykorzystania łóżek szpitalnych w kontrolowanych podmiotach był niski, a dodatkowo w I–III kwartale 2018 r. odnotowano niekorzystny jego spadek w 58,3% analizowanych oddziałów szpitalnych[9]. W tym okresie średnie wykorzystanie łóżek na poziomie poniżej 60% odnotowano łącznie na 126 oddziałach szpitalnych (52,5% oddziałów objętych analizą), w tym na poziomie od 40 do 59% na 85 oddziałach (35,4% analizowanych), zaś poniżej 40% na 41 oddziałach (17,1% analizowanych).

Wykres nr 3
Średnie wykorzystanie łóżek w I–III kwartale 2018 r.



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli przeprowadzonej w 29 podmiotach leczniczych, w tym 12 zakwalifikowanych do I stopnia, 12 do II stopnia oraz pięciu do III stopnia zabezpieczenia.

Nawet po uwzględnieniu konieczności utrzymania odpowiedniej rezerwy wolnych łóżek na wypadek sytuacji nadzwyczajnych oraz uwzględniając specyfikę wybranych specjalności (np. wynikającą z sezonowości zacho-

[8] Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, ze zm.

[9] W porównaniu do analogicznego okresu 2017 r.

rowań), wartość wskaźnika, w ocenie NIK, jest zbyt niska i przekłada się na większe koszty funkcjonowania podmiotów leczniczych. Najniższy stopień wykorzystania łóżek występował na oddziałach ginekologiczno-położniczych, neonatologicznych, pediatrycznych oraz okulistycznych.

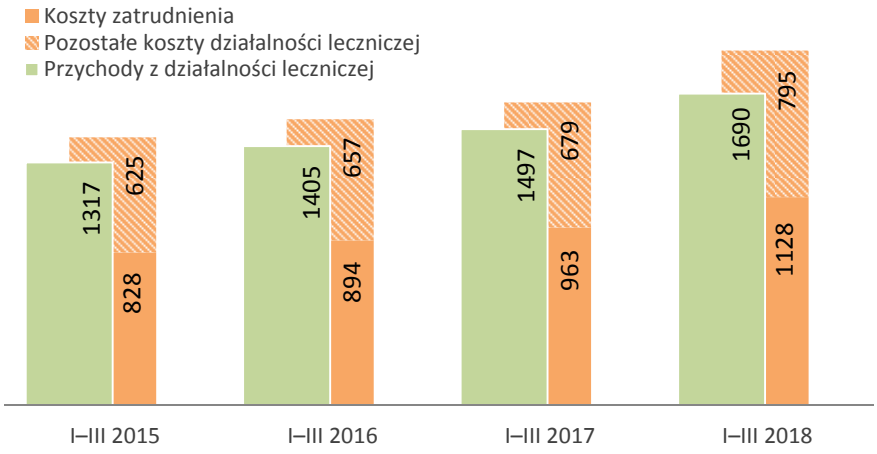
W ocenie NIK, należy podjąć działania w celu poprawy wykorzystania zasobów łóżkowych, w tym m.in. przesunięcia z oddziałów o specjalności, gdzie występuje ich nadmiar do tych, które mają niewystarczająco rozwinięte zaplecze infrastrukturalne, a także przekwalifikowania części z nich na łóżka o charakterze długoterminowym[10].

Należy przy tym podkreślić, że warunki kwalifikacji poszczególnych profili leczenia szpitalnego do systemu zabezpieczenia nie obejmowały takich kryteriów jak liczba i wartość realizowanych świadczeń, jak również stopień wykorzystania łóżek na poszczególnych oddziałach. W rezultacie do PSZ zostały włączone również oddziały szpitalne zaspokajające potrzeby zdrowotne populacji jedynie w niewielkim stopniu. [str. 44–50]

Niezadowalający poziom finansowania świadczeń

W badanym okresie rosła wartość zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a co za tym idzie rosły przychody z działalności leczniczej. Jednocześnie działalność szpitali nie bilansowała się z uwagi na znacznie szybszy wzrost kosztów działalności leczniczej. Przychody uzyskane przez kontrolowane szpitale, w okresie od I do III kwartału 2018 r., były wyższe niż w analogicznym okresie 2017 r. o 12,9%, zaś koszty o 17,1%.

Wykres nr 4
Przychody i koszty działalności leczniczej, z uwzględnieniem kosztów zatrudnienia w I–III kwartale lat 2015–2018 ogółem (w mln zł)



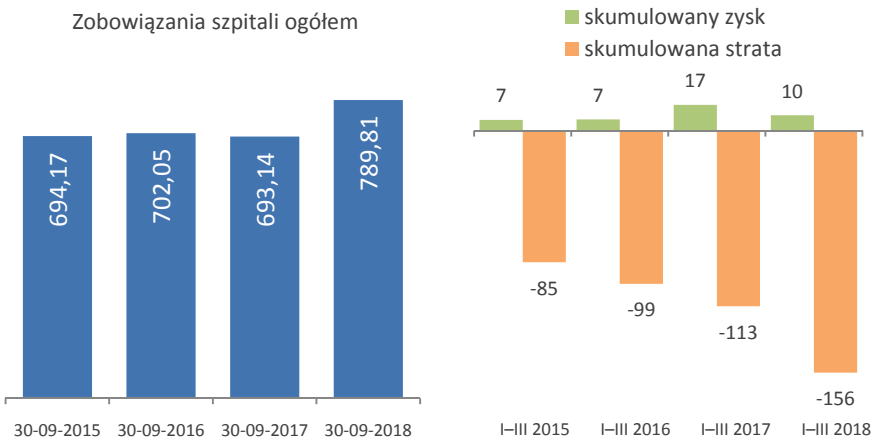
Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli przeprowadzonej w 29 podmiotach leczniczych, w tym 12 zakwalifikowanych do I stopnia, 12 do II stopnia oraz pięciu do III stopnia zabezpieczenia. Do kosztów zatrudnienia włączono koszty wynagrodzeń, wynagrodzeń bezosobowych oraz medycznych usług obcych.

[10] Wnioski te potwierdza również opublikowana przez NFZ „Prognoza korzystania ze świadczeń szpitalnych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w kontekście zmian demograficznych w Polsce" (2016 r.). https://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/_public/o_nfz/publikacje/prognoza_korzystania_ze_swiadczen_szpitalnych_finansowanych_przez_nfz_w_kontekscie_zmian_demograficznych_w_polsce.pdf, dostęp z dnia 3 kwietnia 2019 r.

Na wzrost kosztów złożył się m.in. wzrost kosztów wynagrodzeń o 15,4% (99,2 mln zł) oraz medycznych usług obcych[11] o 19,8% (58,5 mln zł). Wynikało to przede wszystkim z regulacji prawnych dotyczących wzrostu wynagrodzeń w ochronie zdrowia oraz w gospodarce narodowej. Temu wzrostowi nie towarzyszyła odpowiadająca mu wysokością zmiana wyceny świadczeń – w analizowanym okresie wycena została podniesiona przez NFZ o 4% w 2017 r.[12] [str. 51–56]

Rosnąca różnica w poziomie uzyskiwanych przychodów i ponoszonych kosztów skutkowała wzrostem zobowiązań szpitali na koniec III kwartału 2018 r. w stosunku do lat 2015–2017, jak również przełożyła się na pogorszenie ich wyników finansowych. Łączna wartość zobowiązań, według stanu na dzień 30 września 2018 r., wzrosła o 13,9% w stosunku do 30 września 2017 r., a w 23 szpitalach na 29 objętych kontrolą odnotowano ujemny wynik finansowy. W porównaniu do roku poprzedniego na koniec III kwartału 2018 r. wynik finansowy pogorszył się w 22 podmiotach. [str. 56–63]

Wykres nr 5
Wartość zobowiązań kontrolowanych szpitali według stanu na koniec III kwartału lat 2015–2018 oraz skumulowane wyniki finansowe szpitali za okres I–III kwartału lat 2015–2018 (w mln zł)



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli przeprowadzonej w 29 podmiotach leczniczych, w tym 12 zakwalifikowanych do I stopnia, 12 do II stopnia oraz pięciu do III stopnia zabezpieczenia.

Pogorszenie sytuacji finansowej szpitali potwierdzają wyniki analizy wskaźników ekonomiczno-finansowych, przeprowadzonej z użyciem metodologii określonej 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[13]. Za trzy pierw-

[11] Między innymi koszty zasobów ludzkich, w tym lekarzy i pielęgniarek, wykonujących swoje usługi w ramach prowadzenia działalności gospodarczej oraz kontraktów.

[12] Patrz: Informacja o wynikach kontroli P/18/055 „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2017 roku". Zwiększono wycenę jednostek rozliczeniowych od 1 lipca 2017 r. o 2%, a następnie od 1 października 2017 r. o kolejne 2% (łącznie o 4%). Ponadto wycena świadczeń jest korygowana zgodnie z obwieszczeniami Prezesa AOTMiT w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych, wydawanymi na podstawie art. 31lb ust. 1 ustawy o świadczeniach.

[13] Dz. U. poz. 832.

sze kwartały 2018 r. ocenę sytuacji finansowej poniżej 35 punków na 70 możliwych uzyskało 17 szpitali, w tym pięć szpitali uzyskało poniżej 10 punktów. [str. 63–65]

Wykres nr 6
Średnia liczba punktów uzyskanych w wyniku analizy wskaźników ekonomiczno-finansowych, przeprowadzonej z użyciem metodologii określonej w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. przez szpitale zakwalifikowane do poszczególnych poziomów PSZ za okres od I do III kwartału lat 2015–2018

Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli przeprowadzonej w 29 podmiotach leczniczych, w tym 12 zakwalifikowanych do I stopnia, 12 do II stopnia oraz pięciu do III stopnia zabezpieczenia.

Jakościowe współczynniki korygujące wysokość ryczałtu PSZ

W przepisach dotyczących finansowania świadczeń w ramach ryczałtu PSZ[14] dano szpitalom możliwość starania się o uzyskanie jego zwiększenia w postaci jakościowych współczynników korygujących. Zwiększenie ryczałtu PSZ uzyskało m.in. siedem szpitali za zwiększenie liczby udzielanych świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, osiem szpitali za posiadanie certyfikatu akredytacyjnego, 19 szpitali za posiadanie ważnego świadectwa jakości w diagnostyce mikrobiologicznej i/lub diagnostyce laboratoryjnej. [str. 65–68]

Udzielanie świadczeń w ramach ryczałtu PSZ

Większość kontrolowanych podmiotów leczniczych rzetelnie wywiązała się z realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresie świadczeń finansowanych w ramach ryczałtu PSZ. W analizowanym okresie udzielone zostały świadczenia o wartości niepowodującej jego zmniejszenia, bądź przekraczającej kwotę ryczałtu. I tak: w IV kwartale 2017 r. w 22 podmiotach leczniczych (75,9%), w I półroczu 2018 r. w 28 podmiotach leczniczych (96,6%), w III kwartale 2018 r. w 13 podmiotach leczniczych (44,8%), przy czym okres rozliczeniowy nie był jeszcze zakończony. [str. 18–23]

Odmowy przyjęć do szpitala

Po wprowadzeniu podstawowego systemu zabezpieczenia zdrowotnego nie wystąpiły znaczące zmiany liczby odmów przyjęcia do szpitala. Jednocześnie w dwóch podmiotach leczniczych stwierdzono nieprawidłowość polegającą na nierzetelnym sprawozdawaniu danych o liczbie odmów przyjęcia do szpitala, wykazanych w dziale 4 sprawozdania MZ-29 „Sprawozdanie

[14] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1783, ze zm.).

o działalności szpitala ogólnego”[15], a tym samym naruszeniu art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej[16] oraz rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej[17]. [str. 27–30]

Wpływ utworzenia NiŚOZ w szpitalu na liczbę pacjentów SOR i IP

We wszystkich 13 kontrolowanych podmiotach leczniczych, które przed utworzeniem PSZ nie realizowały świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, rozpoczęcie ich udzielania nastąpiło bez opóźnień, tj. z dniem 1 października 2017 r. Wyniki kontroli nie wskazują na to, by utworzenie NiŚOZ w tych szpitalach spowodowało skrócenie czasu oczekiwania w SOR i w izbach przyjęć. [str. 30–35]

[15] Wzór sprawozdania został określony w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie określenia wzorów formularzy sprawozdawczych, objaśnień co do sposobu ich wypełniania oraz wzorów kwestionariuszy i ankiet statystycznych stosowanych w badaniach statystycznych ustalonych w programie badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2017 (Dz. U. poz. 837).

[16] Dz. U. z 2018 r. poz. 997, ze zm.

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

4. WNIOSKI

Minister Zdrowia

1) Podjęcie działań systemowych stymulujących lepsze wykorzystanie łóżek szpitalnych oraz powiązanie ich liczby z sytuacją demograficzną i epidemiologiczną na danym obszarze geograficznym, z uwzględnieniem map potrzeb zdrowotnych, o których mowa w art. 95a ust. 1 i 6 ustawy o świadczeniach.
2) Zapewnienie finansowania działalności szpitali w sposób adekwatny do tempa wzrostu kosztów leczenia, z przyczyn od nich niezależnych, umożliwiającego bilansowanie się działalności szpitali.
3) Podjęcie działań mających na celu uregulowanie w ustawie o świadczeniach, możliwości zawarcia przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia umowy o udzielanie świadczeń w poszczególnych zakresach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub rehabilitacji leczniczej przez szpital zakwalifikowany do PSZ, z pominięciem trybu, o którym mowa w art. 139 ustawy o świadczeniach, w celu wyeliminowania zjawiska polegającego na funkcjonowaniu oddziałów szpitalnych, bez zapewnienia co najmniej jednego odpowiadającego im zakresu świadczeń ambulatoryjnych lub rehabilitacyjnych.

Kierownicy podmiotów tworzących podmioty lecznicze

1) Podjęcie działań mających na celu zracjonalizowanie wykorzystania łóżek szpitalnych, z uwzględnieniem w szczególności regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych, o której mowa w art. 95a ust. 1 ustawy o świadczeniach, priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 95c ww. ustawy oraz stanu dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze regionu.

Kierownicy podmiotów leczniczych

1) Podjęcie, we współpracy z podmiotem tworzącym, działań mających na celu zracjonalizowanie wykorzystania łóżek w szpitalu.
2) Podjęcie działań mających na celu zapewnienie zgodności danych zgłoszonych do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą z faktyczną strukturą organizacyjną podmiotu oraz liczbą posiadanych łóżek.
3) Zapewnienie nadzoru nad poprawnością danych przekazywanych do Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia w „Sprawozdaniu o działalności szpitala ogólnego" w formularzu MZ-29 w zakresie liczby odmów przyjęć do szpitala.

5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

5.1. Realizacja świadczeń ambulatoryjnych, szpitalnych i rehabilitacyjnych

Funkcjonowanie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej nie wpłynęło istotnie na dostęp pacjentów do świadczeń zdrowotnych. Ponadto, w większości kontrolowanych podmiotów leczniczych, pacjenci nie w pełni korzystali z możliwości uzyskania kompleksowych i koordynowanych świadczeń ambulatoryjnych, szpitalnych i rehabilitacyjnych, stosownie do swoich potrzeb. Było to spowodowane głównie niezgłaszaniem się tych pacjentów na kontynuację leczenia do szpitala, w którym odbyli hospitalizację.

5.1.1. Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej w ramach PSZ

Realizacja świadczeń finansowanych w ramach ryczałtu

W analizowanym okresie 29 podmiotów leczniczych objętych kontrolą:

- w IV kwartale 2017 r. zrealizowało świadczenia o wartości 275 981,86 tys. zł, zaś kwota ryczałtu na ten okres wynosiła 268 988,00 tys. zł;
- w I półroczu 2018 r. zrealizowało świadczenia o wartości 572 067,30 tys. zł zaś kwota ryczałtu na ten okres wynosiła 551 290,42 tys. zł;
- w III kwartale 2018 r. zrealizowało świadczenia o wartości 272 285,10 tys. zł, zaś kwota ryczałtu na ten okres wynosiła 278 936,18 tys. zł[18].

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[19], wysokość ryczałtu w kolejnych okresach rozliczeniowych koryguje się dla świadczeniodawców, którzy sprawozdali wykonanie świadczeń o wartości poniżej 98% (zmniejszenie) lub powyżej 100% kwoty ryczałtu (zwiększenie).

Większość kontrolowanych podmiotów leczniczych rzetelnie wywiązała się z realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresie świadczeń finansowanych w ramach ryczałtu PSZ. W analizowanym okresie udzielone zostały świadczenia o wartości niepowodującej jego zmniejszenia, bądź przekraczającej kwotę ryczałtu:

- w IV kwartale 2017 r. w 22 podmiotach leczniczych (75,9%);
- w I półroczu 2018 r. w 28 podmiotach leczniczych (96,6%);
- w III kwartale 2018 r. w 13 podmiotach leczniczych (44,8%), przy czym okres rozliczeniowy (tj. II półrocze 2018 r.) nie był jeszcze zakończony.

Najniższy poziom zrealizowanych świadczeń, w stosunku do przyznanego ryczałtu PSZ, w:

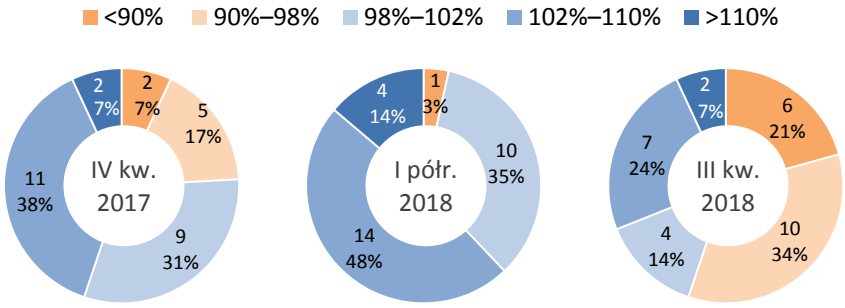
- IV kwartale 2017 r. odnotowano w Szpitalu Miedzyrzeckim sp. z o.o. (77,5%), Samodzielnym Publicznym Specjalistycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Lęborku (88,0%) oraz w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Myszkowie (93,2%);

[18] Dla III kwartału 2018 r. podano ½ wartości ryczałtu PSZ, wyliczoną dla szpitali na II półrocze 2018 r., według stanu na dzień przeprowadzania kontroli.

[19] Dz. U. poz. 1783, ze zm.

- I półroczu 2018 r. odnotowano w Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pruszkowie (86,8%), a kolejno w Szpitalu Na Wyspie sp. z o.o. w Żarach (98,5%) oraz Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku (99,6%);
- III kwartale 2018 r. w Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pruszkowie (79,7%), Lubuskim Centrum Ortopedii im. dr. Lecha Wierusza sp. z o.o w Świebodzinie (87,3%), Szpitalu Specjalistycznym im. Falkiewicza we Wrocławiu (87,9%).

Wykres nr 7
Stopień realizacji świadczeń w ramach ryczałtu PSZ przez kontrolowane podmioty lecznicze w poszczególnych okresach rozliczeniowych, na które był wyliczany



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli przeprowadzonej w 29 podmiotach leczniczych, w tym 12 zakwalifikowanych do I stopnia, 12 do II stopnia oraz pięciu do III stopnia zabezpieczenia.

Duża liczba podmiotów realizujących świadczenia na poziomie powyżej 98% wartości ryczałtu PSZ w I półroczu 2018 r. w przypadku części szpitali świadczy o dostosowaniu liczby udzielanych świadczeń do wysokości otrzymywanego finansowania, w przypadku pozostałych, do poziomu stwarzającego szansę na uzyskanie wyższego finansowania w kolejnych okresach.

Jednocześnie należy podkreślić, że w przypadku świadczeń finansowanych ryczałtowo nie ma możliwości zapłaty za świadczenia wykonane ponad określoną w umowie kwotę ryczałtu PSZ, a ewentualne podwyższenie ryczałtu dla podmiotów, których wartość wykonania przewyższała kontrakt są możliwe jedynie w przypadku, gdy w województwie będą szpitale, których ryczałt danym okresie rozliczeniowym nie zostanie wykorzystany (tj. wykonane zostaną świadczenia o wartości poniżej 98% ryczałtu). Jeżeli wystąpi sytuacja, że wszystkie szpitale zakwalifikowane do podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w województwie wykonają świadczenia w ryczałcie PSZ w danym okresie rozliczeniowym o wartości minimum 98% ryczałtu PSZ, wówczas w żadnym podmiocie, który wykona świadczenia powyżej 100% wartości ryczałtu, nie nastąpi wzrost wartości z tego tytułu na kolejny okres rozliczeniowy. Taki wzrost mógłby nastąpić, gdyby OW NFZ dysponował wolnymi środkami, pozwalającymi na zwiększenie ryczałtu dla tych świadczeniodawców.

Przykłady

Szpital Międzyrzecki sp. z o.o. w Międzyrzeczu został zakwalifikowany do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej jako szpital II stopnia. Realizowane są w nim świadczenia w następujących profilach i zakresach objętych wynagrodzeniem ryczałtowym:

- porady specjalistyczne w zakresie alergologii, endokrynologii, kardiologii, nefrologii dziecięcej, neurologii, leczenia bólu, neonatologii, położnictwa i ginekologii, chirurgii ogólnej, proktologii, ortopedii i traumatologii narządów ruchu, preluksacji, urologii;
- leczenie szpitalne w zakresie chorób wewnętrznych, kardiologii, anestezjologii i intensywnej terapii, pediatrii, położnictwa i ginekologii, chirurgii ogólnej, ortopedii i traumatologii narządów ruchu, urologii;
- tlenoterapia domowa.

Do umowy PSZ nie zostały włączone Poradnia Rehabilitacyjna, Laryngologiczna, Okulistyczna, Psychologiczna, Położniczo-Ginekologiczna w Pszczewie i Trzcielu, Hospicjum Domowe, Zakład Fizjoterapii i Rehabilitacji. Na ww. świadczenia Szpital zawarł odrębne umowy z LOW NFZ.

Finansowanie świadczeń w ramach ryczałtu PSZ kształtowało się następująco:

- IV kwartał 2017 r. – wartość ryczałtu 4429,7 tys. zł, wartość świadczeń sprawozdanych 3432,2 tys. zł , tj. 77,5%;
- I półrocze 2018 r. – wartość ryczałtu 7,082,8 tys. zł, wartość świadczeń sprawozdanych 8939,1 tys. zł, tj. 126,2%;
- II półrocze 2018 r. – wartość ryczałtu 7600,7 tys. zł, natomiast wartość świadczeń sprawozdanych za III kw. 2018 r, wyniosła 3800,3 tys. zł.

Szpital nie zrealizował w IV kw. 2017 r. świadczeń w stopniu pozwalającym na niezmniejszenie kwoty ryczałtu w kolejnych okresach rozliczeniowych. Zmniejszenie ryczałtu PSZ na kolejny okres rozliczeniowy wynosiło łącznie 3036,0 tys. zł, tj. o 296,0 tys. zł miesięcznie na I półrocze 2018 r. Utraconej kwoty ryczałtu nie udało się odzyskać, pomimo zwiększonego wykonania świadczeń w I półroczu 2018 r. Wartość świadczeń opieki zdrowotnej wykonanych ponad wartość ryczałtu PSZ w tym okresie wyniosła 1856,3 tys. zł, a z kolei uzyskane z tego tytułu zwiększenie wartości ryczałtu na II półrocze 2018 r. wyniosło łącznie 553,0 tys. zł, co pokryło jedynie 29,8% wartości świadczeń udzielonych ponad wartość ryczałtu.

Szpital Na Wyspie sp. z o.o. w Żarach został zakwalifikowany do systemu PSZ jako szpital I stopnia. Świadczenia realizowane były w następujących profilach i zakresach objętych wynagrodzeniem ryczałtowym:

- leczenie szpitalne (świadczenia stacjonarne) – choroby wewnętrzne, geriatria, anestezjologia i intensywna terapia, pediatria, położnictwo i ginekologia, chirurgia ogólna;
- ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS) – poradnie chirurgii ogólnej, dermatologiczna, diabetologiczna, neurologiczna, położniczo-ginekologiczna.

Finansowanie świadczeń w ramach ryczałtu PSZ kształtowało się następująco:

- IV kwartał 2017 r. – wartość ryczałtu 4907,6 tys. zł, wartość świadczeń sprawozdanych 5019,0 tys. zł, tj. 102,3%;
- I półrocze 2018 r. – wartość ryczałtu 9996,3 tys. zł, wartość świadczeń sprawozdanych 9842,8 tys. zł, tj. 98,5%;
- II półrocze 2018 r. – wartość ryczałtu 10 237,9 tys. zł, natomiast wartość świadczeń sprawozdanych za III kw. 2018 r., wyniosła 4886,9 tys. zł.

Jak wynikało z wyjaśnień Prezes Szpitala, nowy sposób finansowania świadczeń zdrowotnych udzielanych w ramach PSZ, ogranicza możliwości w zakresie świadczenia usług w sposób gwarantujący nieograniczoną dostępność. Dolna wartość brzegowa wykonania założenia ryczałtowego, tj. 98% jest swoistym progiem rentowności, którego przekroczenie przez szpital nie daje gwarancji rozliczenia wykonanych procedur, jak również uzyskania wyższego ryczałtu w kolejnym okresie. Szpital, kierując się rachunkiem ekonomicznym, zmuszony jest do stałego monitorowania realizacji ryczałtu, a tym samym do racjonalnego zarządzania posiadanym potencjałem podczas świadczenia usług swoim pacjentom. Jednakże, niskie wykonanie procedur w zakresie jednej komórki pozwala na zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych w innej.

Szpital Powiatowy w Zawierciu (II poziom zabezpieczenia) w badanym okresie realizował łącznie 68 zakresów świadczeń, w tym: 10 w trybie hospitalizacji finansowanych w ramach ryczałtu PSZ oraz 23 zakresy świadczeń, w tym: nocną i świąteczną opiekę zdrowotną, sześć w trybie hospitalizacji i dwa zakresy rehabilitacji, dla których wyodrębniono finansowanie.

Szpital zrealizował świadczenia finansowane w ramach ryczałtu PSZ o wartości:

- 11 697,8 tys. zł w IV kwartale 2017 r. (co stanowiło 102,2% wartości ryczałtu na ten okres, tj. kwoty 11 463,3 tys. zł);
- 12 722,3 tys. zł w I kwartale 2018 r. (co stanowiło 109,0% wartości ryczałtu na ten okres, tj. kwoty 11 675,5 tys. zł);
- 11 619,3 tys. zł w II kwartale 2018 r. (co stanowiło 99,5% wartości ryczałtu na ten okres, tj. kwoty 11.675,5 tys. zł;
- 10 852,1 tys. zł w III kwartale 2018 r. (co stanowiło 89,0% wartości ryczałtu na ten okres, tj. kwoty 12 188,3 tys. zł).

W wyniku przekroczenia wartości ryczałtu w IV kwartale 2017 r. szpital uzyskał większy ryczałt na I półrocze 2018 r. o kwotę 424,3 tys. zł.

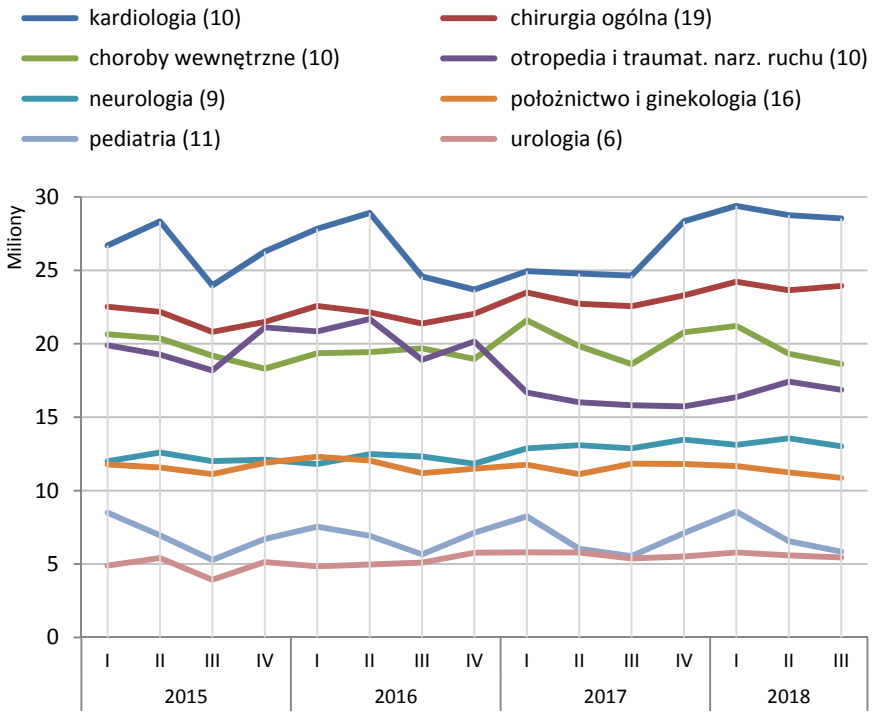
Odnośnie niskiego wykonania ryczałtu PSZ w III kwartale 2018 r. Zastępca Dyrektora wskazała, że jest on charakterystyczny dla okresu letniego i związany jest z niskim obłożeniem oddziałów szpitalnych w tzw. miesiącach wakacyjnych.

Liczba pacjentów oraz udzielonych świadczeń oraz zmiany dostępu do świadczeń

Wprowadzenie PSZ, zgodnie z uzasadnieniem ustawy tworzącej sieć szpitali, miało na celu poprawienie dostępu dla pacjentów do świadczeń specjalistycznych oraz rehabilitacyjnych. Liczba leczonych pacjentów oraz liczba i wartość udzielonych świadczeń na podstawie umowy PSZ w ramach ryczałtu oraz przed wprowadzeniem sieci szpitali nie wykazywała jednoznacznych tendencji spadkowych, czy wzrostowych. Potwierdza to analiza przeprowadzona dla ośmiu rodzajów oddziałów szpitalnych najliczniej występujących w kontrolowanych podmiotach leczniczych[20], co przedstawiono na poniższym wykresie.

[20] W toku kontroli szczegółowym badaniem objęto m.in. prawidłowo sprawozdane świadczenia, finansowane w ramach ryczałtu PSZ, udzielane stacjonarnie (w leczeniu szpitalnym) w ramach dwóch wybranych zakresów świadczeń z każdego poziomu zabezpieczenia (tj. I, II i III).

Wykres nr 8
Wartość sprawozdanych świadczeń, zrealizowanych na poszczególnych oddziałach szpitalnych od I kwartału 2015 do III kwartału 2018 r. (w mln zł)



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli przeprowadzonej w 29 podmiotach leczniczych. W legendzie w nawiasach podano liczbę oddziałów szpitalnych objętych analizą.

Przykład

W **Kociewskim Centrum Zdrowia sp. z o.o. w Starogardzie Gdańskim** zmalała średnia liczba pacjentów leczonych kwartalnie w ramach ryczałtu oraz wzrosła średnia liczba udzielonych im świadczeń jednostkowych, po wprowadzeniu sieci szpitali (z 7925 pacjentów i 12 829 świadczeń w latach 2015–2017 (IV kwartał) do 7859 pacjentów i 13 021 świadczeń, tj. odpowiednio o 0,8% i 1,5%).

Szczegółowa analiza zmian liczby leczonych pacjentów, udzielonych im świadczeń w wybranych do badania profilach wykazała, że:

1) w profilu kardiologia:
   - zwiększyła się liczba pacjentów leczonych w trybie stacjonarnym (hospitalizacja) o 17,0% i liczba udzielonych świadczeń jednostkowych o 20,7%, a liczba oczekujących na udzielenie świadczeń zmniejszyła się z sześciu do dwóch osób, ale czas oczekiwania na udzielenie świadczeń w przypadkach pilnych nie zmienił się (wyniósł dwa dni), a w przypadkach stabilnych wydłużył się z 11 do 18 dni;
   - mimo zwiększenia liczby pacjentów leczonych w trybie ambulatoryjnym o 134,7% i liczby udzielonych świadczeń jednostkowych o 157,9%, liczba oczekujących na udzielenie świadczeń także się zwiększyła z 54 do 176, a czas oczekiwania na udzielenie świadczeń w przypadkach pilnych wydłużył się z 17 do 108 dni, przy czym w przypadkach stabilnych skrócił się ze 180 do 145 dni;

2) w profilu ortopedia i traumatologia narządu ruchu:
   - mimo zwiększenia liczby pacjentów leczonych w trybie stacjonarnym o 3,3% i liczby udzielonych świadczeń jednostkowych o 7,6%, zwiększyła się także liczba oczekujących na udzielenie świadczeń z 342 do 426 osób i wydłużył się czas oczekiwania na udzielenie świadczeń: w przypadkach pilnych – z 41 do 64 dni, a w przypadkach stabilnych – z217 do 285 dni;
   - zwiększyła się liczba pacjentów leczonych w trybie ambulatoryjnym o 4,2% i liczba udzielonych świadczeń jednostkowych o 3,1%, a liczba oczekujących na udzielenie świadczeń zmniejszyła się ze 116 do 95 osób, ale czas oczekiwania na udzielenie świadczeń wydłużył się: w przypadkach pilnych – z 45 do 48 dni, a w przypadkach stabilnych – ze 172 do 182 dni;
3) w profilu chirurgia ogólna:
   - zmniejszyła się liczba pacjentów leczonych w trybie stacjonarnym o 3,7% i liczba udzielonych świadczeń jednostkowych o 10,1%, a liczba oczekujących na udzielenie świadczeń zwiększyła się z 13 do 35 osób i wydłużył się czas oczekiwania na udzielenie świadczeń: w przypadkach pilnych – do czterech dni (według stanu na koniec 2017 r. nie było oczekujących), a w przypadkach stabilnych – z 14 do 18 dni;
   - zmniejszyła się: liczba pacjentów leczonych w trybie ambulatoryjnym z o 12,5% i liczba udzielonych świadczeń jednostkowych o 6,8%, liczba oczekujących na udzielenie świadczeń – z 11 do siedmiu osób, ale wydłużył się czas oczekiwania na udzielenie świadczeń: w przypadkach pilnych – z jednego do dwóch dni, a w przypadkach stabilnych – z pięciu do ośmiu dni;
4) w profilu położnictwo i ginekologia:
   - zmniejszyła się liczba pacjentów leczonych w trybie stacjonarnym o 15,1% i liczba udzielonych świadczeń jednostkowych o 15,2%, liczba oczekujących na udzielenie świadczeń zwiększyła się z 55 do 68 osób, czas oczekiwania na udzielenie świadczeń w przypadkach pilnych wydłużył się do jednego dnia, a w przypadkach stabilnych skrócił się z 20 do 19 dni;
   - liczba pacjentów leczonych w trybie ambulatoryjnym zmniejszyła się o 1,1%, przy czym liczba udzielonych świadczeń jednostkowych zwiększyła się o 0,9%, a świadczeń w przypadkach pilnych udzielano na bieżąco, zaś w przypadkach stabilnych czas oczekiwania na udzielenie świadczeń skrócił się z 17 dni do zera.

Prezes Zarządu wyjaśnił, że liczba udzielanych w KCZ świadczeń i liczba pacjentów jest dostosowana do możliwości oddziałów i poradni w zakresie posiadanego ryczałtu PSZ.

Kompleksowość udzielanych świadczeń

Zgodnie z uzasadnieniem do ustawy wprowadzającej sieć szpitali, celem wprowadzanych regulacji była poprawa dostępu pacjentów do świadczeń specjalistycznych, w szczególności przez zapewnienie kompleksowości i koordynacji świadczeń ambulatoryjnych, szpitalnych i rehabilitacyjnych. Pacjent posiadający skierowanie do szpitala powinien móc uzyskać świadczenia, w zależności od oceny lekarza specjalisty, zarówno w formie ambulatoryjnej, jak i szpitalnej oraz skorzystać ze świadczeń rehabilitacyjnych. Jednocześnie kwalifikacja pacjenta powinna być podyktowana przede wszystkim potrzebami zdrowotnymi (cyklem leczenia pacjenta),

a nie finansowymi. I tak, zgodnie z art. 95l ust. 1 ustawy o świadczeniach, system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia miał zapewniać świadczeniobiorcom dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej przy jednoczesnym zagwarantowaniu ich ciągłości i kompleksowości. Zaś kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z art. 5 pkt 7a ustawy o świadczeniach, definiowana jest jako możliwość realizacji świadczeń opieki zdrowotnej, obejmująca niezbędne etapy i elementy procesu ich realizacji, w szczególności strukturę świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie albo zakresach.

W celu zweryfikowania, czy kontrolowane podmioty lecznicze zapewniały swoim pacjentom kompleksowe świadczenia ambulatoryjne, szpitalne i rehabilitacyjne, stosownie do ich potrzeb, poddano badaniu próbę po 20 pacjentów wypisanych z dwóch oddziałów szpitalnych każdego podmiotu leczniczego (jednym zachowawczym i jednym zabiegowym) w miesiącach: listopadzie 2017 r. oraz kwietniu 2018 r. (łącznie 80 pacjentów). W dokumentacji medycznej pacjentów, w części dotyczącej wypisania pacjenta ze szpitala, zawierającej m.in. epikryzę[21], sprawdzono, czy wydano, a jeśli tak, to jakie zalecenia dotyczące dalszego postępowania, w tym dalszego leczenia. Następnie dla pacjentów, którym: zalecono świadczenia pohospitalizacyjne[22] i/lub dalsze leczenie w opiece ambulatoryjnej i/lub zlecono rehabilitację, sprawdzono czy zostały im udzielone takie świadczenia w szpitalu, w którym odbyli hospitalizację lub czy miały wyznaczony termin udzielenia takiego świadczenia w kontrolowanym podmiocie leczniczym.

[21] Epikryza (łac. epicrisis), termin medyczny, służący do określenia analizy postępowania lekarskiego, wydawanego po zakończeniu całego postępowania z chorym na wszystkich etapach procesu diagnostyczno-leczniczego. Obejmuje on zwięzłe podsumowanie danych z: wywiadu lekarskiego, badania przedmiotowego, badań dodatkowych, leczenia, oraz zalecenia dalszego postępowania, w tym dotyczące: modyfikacji stylu życia (np. zalecenia dietetyczne), dalszego postępowania medycznego (np. kontrolne badania lekarskie lub laboratoryjne), dalszego leczenia.

[22] Zgodnie z § 2 pkt 26 zarządzenia Nr 22/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 14 marca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna (Dz. Urz. NFZ, poz. 22, ze zm.), pacjentom może być udzielane świadczenie pohospitalizacyjne, tj. świadczenie realizowane w poradni przyszpitalnej, w okresie nie dłuższym niż trzydzieści dni od dnia zakończenia hospitalizacji, hospitalizacji planowej albo świadczenia udzielonego w ramach „leczenia jednego dnia" w rozumieniu przepisów w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, przez tego świadczeniodawcę, który udzielił danemu świadczeniobiorcy świadczenia gwarantowanego z zakresu leczenia szpitalnego, związane z nim przyczynowo, obejmujące ocenę przebiegu procesu leczenia po zakończeniu hospitalizacji w zakresie z niej wynikającym, w oparciu o badanie i posiadane lub przedstawione wyniki badań dodatkowych, uwzględniające w uzasadnionych medycznie przypadkach:

- realizację procedur medycznych: diagnostycznych (w tym laboratoryjnych) lub terapeutycznych, według aktualnej wersji klasyfikacji ICD-9, będących kontynuacją procedur rozpoczętych wcześniej, lub
- pozyskiwanie w drodze skierowania niezbędnych, uzupełniających wyników badań dodatkowych, lub
- wydanie orzeczenia lub zaświadczenia, z prawa do uzyskania którego świadczeniobiorca nie jest wykluczony na podstawie art. 16 ust. 1–4 ustawy o świadczeniach.

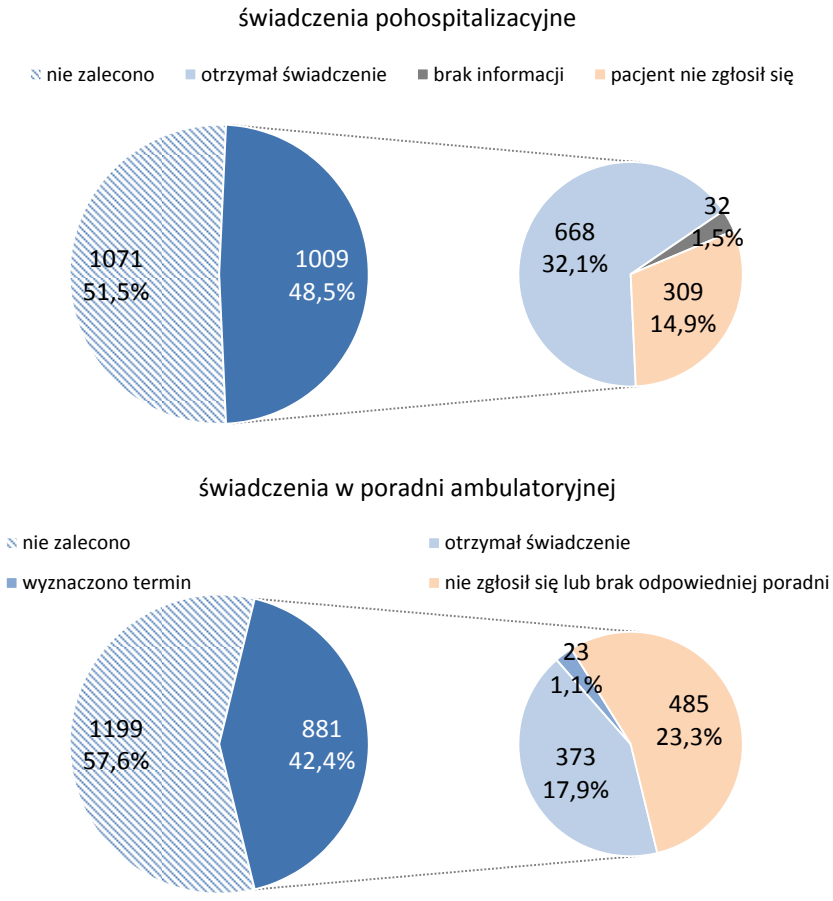
Uprzednio kwestie te były określone w § 2 pkt 26 zarządzenia Nr 62/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna (uchylone z dniem 14 marca 2018 r., Dz. Urz. NFZ, poz. 62, ze zm.).

W wyniku kontroli ustalono, że spośród 2080 pacjentów[23]:

- 1009 pacjentom (48,5%) zalecono świadczenia pohospitalizacyjne, realizowane w okresie nie dłuższym niż 30 dni od zakończenia hospitalizacji. Spośród nich 668 pacjentów (66,2%) uzyskało niezbędne świadczenie pohospitalizacyjne w kontrolowanym szpitalu[24];
- 881 pacjentów (42,4%) wymagało dalszego leczenia w poradni ambulatoryjnej. Spośród nich potrzebne świadczenie w kontrolowanym podmiocie uzyskało 373 pacjentów (42,3%), a wyznaczony termin udzielenia takiego świadczenia miało 23 pacjentów (2,6%);
- 210 pacjentom (10,1%) zalecono rehabilitację. Spośród nich 113 pacjentów (53,8%) uzyskało zalecone świadczenie rehabilitacyjne w kontrolowanym podmiocie, zaś trzech pacjentów (1,4%) miało wyznaczony termin udzielenia takiego świadczenia.

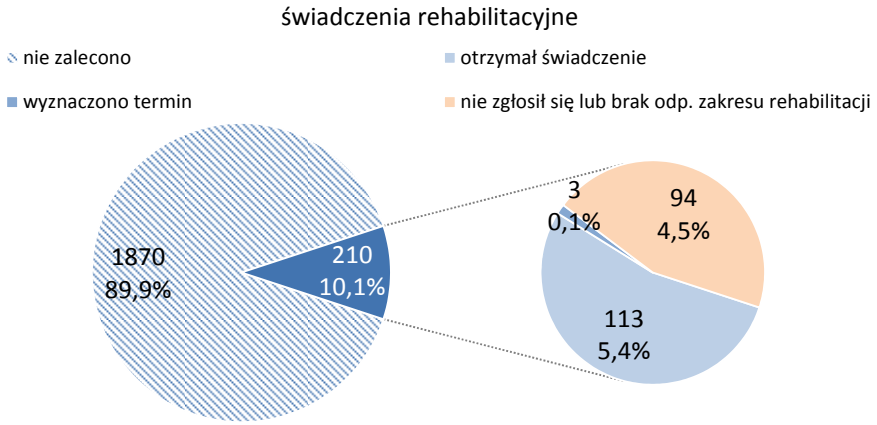
Wykres nr 9

Uzyskiwanie przez pacjentów kompleksowych świadczeń ambulatoryjnych, szpitalnych i rehabilitacyjnych w kontrolowanych szpitalach, stosownie do zaleceń odnośnie dalszego postępowania po hospitalizacji



[23] Pacjenci po hospitalizacji mogli uzyskać zalecenie zarówno świadczeń pohospitalizacyjnych, dalszego leczenia w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, jak i rehabilitacji (świadczenia te nie wykluczają się nawzajem).

[24] Odnośnie 32 pacjentów hospitalizowanych na oddziale Chirurgii Ogólnej Szpitala Specjalistycznego w Kościerzynie sp. z o.o. brak było możliwości weryfikacji czy pacjent otrzymał zalecone świadczenie pohospitalizacyjne, ze względu na nieprowadzenie księgi zabiegów na oddziale.



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli przeprowadzonej w 26 podmiotach leczniczych, w tym 11 zakwalifikowanych do I stopnia, 11 do II stopnia oraz czterech do III stopnia zabezpieczenia.

Głównymi powodami nieuzyskania zaleconych świadczeń przez pacjentów w szpitalu, w którym uprzednio odbyli hospitalizację, wskazywanym przez podmioty kontrolowane, było niezgłoszenie się pacjenta do szpitala w celu uzyskania świadczenia, a w przypadku porad ambulatoryjnych i świadczeń rehabilitacyjnych również nieposiadanie w strukturze szpitala komórki organizacyjnej, w której pacjent mógłby kontynuować leczenie.

Przykłady

W **Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Hajnówce** (I poziom zabezpieczenia) przeprowadzono badanie na próbie 80 losowo wybranych pacjentów Oddziału Chorób Zakaźnych z Izbą Przyjęć i Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej:

- w przypadku 34 pacjentów w dokumentacji medycznej wskazano potrzebę wykonania świadczenia pohospitalizacyjnego, z czego 15 świadczeń zostało udzielonych, a 19 pacjentów nie zgłosiło się ponownie do Szpitala;
- z wydanych przez lekarzy zaleceń wynikało, że kolejnych 25 pacjentów wymagało dalszego leczenia, korzystając z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z czego udzielona ona została przez ZOZ 19 pacjentom. Pozostałych sześciu pacjentów nie zgłosiło się na kontynuację leczenia;
- świadczenia rehabilitacyjne zalecone zostały trzem pacjentom, z których dwie osoby otrzymały świadczenia, a jedna nie zgłosiła się ponownie do Szpitala.

Spośród 40 pacjentów hospitalizowanych na Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, ośmiu stanowili mieszkańcy powiatu hajnowskiego, 17 kolejnych było mieszkańcami innych powiatów województwa podlaskiego, a 15 pochodziło z innych województw. Miejsce zamieszkania w innym powiecie bądź innym województwie mogło mieć wpływ na kontynuację leczenia w ZOZ, gdyż 20 pacjentów tego oddziału nie zgłosiło się ponownie do Szpitala. W myśl art. 30 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, pacjent ma prawo wyboru szpitala spośród tych, które zawarły umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W **SPS Szpitalu Zachodnim im. św. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim** (II poziom zabezpieczenia) badaniem szczegółowym objęto dokumentację medyczną 80 losowo wybranych pacjentów oddziałów Chirurgii Ogólnej i Kardiologii. Spośród 40 pacjentów hospitalizowanych w Oddziale Chirurgii Ogólnej:

- 26 pacjentów wymagało świadczeń pohospitalizacyjnych, z tego 18 pacjentom udzielono zaleconych świadczeń w okresie nie dłuższym niż 30 dni od zakończenia hospitalizacji. Ośmiu pacjentom świadczenie nie zostało udzielone z powodu niezgłoszenia się pacjenta do poradni w wyznaczonym terminie (siedem osób) oraz odwołania wizyty przez pacjenta (jedna osoba);
- czterech pacjentów wymagało dalszego leczenia w warunkach ambulatoryjnych. Żaden z tych pacjentów nie zgłosił się do poradni w celu ustalenia terminu wizyty;
- żadnemu pacjentowi nie zalecono rehabilitacji.

W Oddziale Kardiologii, spośród 40 hospitalizowanych pacjentów:

- 13 wymagało świadczeń pohospitalizacyjnych, z tego 12 pacjentom udzielono wymaganych świadczeń w okresie nie dłuższym niż 30 dni od zakończenia hospitalizacji. Jednemu pacjentowi świadczenie nie zostało udzielone z powodu niezgłoszenia się do poradni w wyznaczonym terminie;
- 12 pacjentów wymagało dalszego leczenia w warunkach ambulatoryjnych. W dziewięciu przypadkach pacjenci otrzymali w wymagane świadczenie w kontrolowanym podmiocie, w jednym przypadku pacjent nie zgłosił się w celu ustalenia terminu i w dwóch przypadkach pacjenci otrzymali skierowania do poradni, które nie funkcjonowały w strukturze szpitala (poradnia gastroenterologiczna);
- żadnemu spośród 40 pacjentów nie zalecono rehabilitacji.

W **Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie** (III poziom zabezpieczenia) badaniem szczegółowym objęto próbę 80 losowo wybranych pacjentów oddziałów Chirurgii Ogólnej i Neurologicznego:

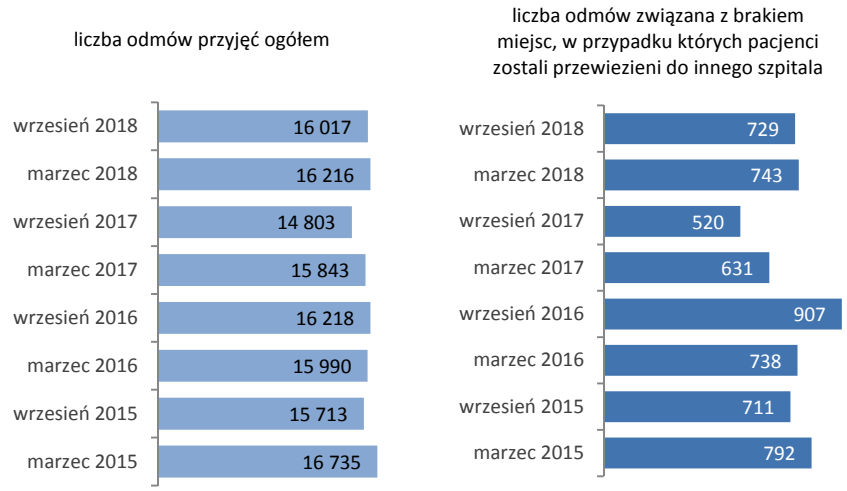
- dla 38 pacjentów zalecono odbycie porady pohospitalizacyjnej (tj. 47,5%), z tego dla 34 pacjentów z Oddziału Chirurgii Ogólnej oraz dla czterech z Oddziału Neurologicznego. Poradę uzyskało 28 pacjentów Oddziału Chirurgii Ogólnej, tj. 71,7%. Spośród 10 pacjentów, którzy nie uzyskali świadczenia: dwóch zostało ponownie przyjętych do Szpitala przed upływem 30 dni, trzech nie stawiło się w ustalonym terminie (ale tylko jeden odwołał poradę), trzech nie ustaliło terminu udzielenia porady , a dwóch zostało objętych opieką w innych poradniach;
- w stosunku do 16 pacjentów zalecono kontynuację leczenia w poradniach o innym profilu, z czego 14 uzyskało świadczenie w Szpitalu. W dwóch pozostałych przypadkach pacjenci zostali skierowani do poradni, które nie funkcjonowały w strukturze Szpitala. Dla jednego z nich Szpital ustalił termin kontynuacji leczenia w innym podmiocie leczniczym;
- ośmiu pacjentom zalecono odbycie rehabilitacji, z czego świadczenie rehabilitacyjne w Szpitalu uzyskało trzech pacjentów. Z pozostałych pięciu: jeden pacjent został przetransportowany do innego podmiotu leczniczego celem podjęcia rehabilitacji poudarowej, jeden pacjent otrzymał skierowanie do poradni rehabilitacyjnej (szpital nie prowadzi takiej poradni), dwóch zalecenie rehabilitacji w warunkach domowych (szpital nie prowadzi takiej rehabilitacji), a jeden skierowanie do rehabilitacji ambulatoryjnej (pacjent nie wpisał się na listę oczekujących w Szpitalu).

Odmowy przyjęcia do szpitala

Po wprowadzeniu podstawowego systemu zabezpieczenia zdrowotnego nie wystąpiły znaczące zmiany liczby odmów przyjęcia do szpitala, ogółem oraz związanych z brakiem miejsc, w przypadku których pacjenci następnie zostali przewiezieni do innego szpitala. W miesiącach marcu i wrześniu

kolejnych lat 2015–2018 liczba odmów wahała się od 16 765 w marcu 2015 r. do 14 803 we wrześniu 2017 r. Natomiast liczba odmów związanych z brakiem miejsc, w przypadku których, pacjenci następnie zostali przewiezieni do innego szpitala przyjmowała wartości w przedziale od 907 we wrześniu 2016 r. do 520 we wrześniu 2017 r.

Wykres nr 10
Liczba odmów przyjęć do szpitala ogółem, w tym liczba odmów związana z brakiem miejsc, w przypadku których pacjenci zostali przewiezieni do innego szpitala



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli przeprowadzonej w 28 podmiotach leczniczych, w tym 11 zakwalifikowanych do I stopnia, 12 do II stopnia oraz pięciu do III stopnia zabezpieczenia.

Przykłady

Analiza odmów przyjęć do **Lubuskiego Centrum Ortopedii im. dr Lecha Wierusza sp. z o.o. w Świebodzinie** w marcu i wrześniu kolejnych lat: 2015–2018 wykazała ich spadek z ośmiu do jednej. W marcu i we wrześniu 2015 r. odnotowano po osiem odmów, w marcu i we wrześniu 2016 r. odpowiednio dwie i pięć, w 2017 r. jedną i dwie, a w 2018 r. jedną odmowę (brak odmowy w marcu 2018 r.). Głównymi przyczynami odmowy przyjęcia były m.in.: ciąża, przebyte choroby, przeziębienia, rany i ropienie na stopie, kuracja antybiotykowa, wysokie ciśnienie czy zakrzep w kończynie dolnej.

W **Szpitalu Na Wyspie sp. z o.o. w Żarach** w marcu i wrześniu 2017 r. odnotowano odpowiednio 58 i 70 odmów, natomiast w marcu i wrześniu 2018 r. tych odmów było odpowiednio 59 i 37. W 2015 r. odnotowano łącznie 52 odmowy, zaś w 2016 r. było ich 12.

Jak wyjaśniono, wzrost liczby odmów w porównaniu do 2016 r. wynikał ze wzrostu nieuzasadnionych skierowań do szpitala, gdzie lekarz w Izbie Przyjęć po wykonaniu badań fizykalnych oraz badań diagnostycznych stwierdził, że pacjent nie musi być hospitalizowany. Także zaopatrzenie pacjenta w warunkach ambulatoryjnych (np. opracowanie rany) nie wymaga przyjęcia pacjenta w oddział. W takich sytuacjach lekarz wpisuje odmowę przyjęcia w książkę odmów i porad ambulatoryjnych.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W dwóch podmiotach kontrolowanych[25] stwierdzono nieprawidłowość polegającą na nierzetelnym sprawozdawaniu danych o liczbie odmów przyjęcia do szpitala, wykazanych w sprawozdaniu MZ-29 w poz. 1–3 tabeli w dziale 4 „Oddział ratunkowy/izba przyjęć/ambulatoryjna opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej". Tym samym naruszono:

- art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej[26], stanowiący, że jeżeli badanie statystyczne jest prowadzone na zasadzie obowiązku, respondenci są obowiązani do udzielenia i przekazania prowadzącemu badanie pełnych, zgodnych ze stanem faktycznym, rzetelnych i wyczerpujących danych, zgodnie ze szczegółowym zakresem, w formie, postaci i terminach określonych w programie badań statystycznych statystyki publicznej, oraz
- rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej (na kolejne lata)[27], zgodnie z którymi istniał obowiązek zbierania i przekazywania danych za pośrednictwem formularza MZ-29 „Sprawozdanie o działalności szpitala ogólnego".

Przykłady

W **Samodzielnym Publicznym Specjalistycznym Szpitalu Zachodnim im. św. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim**, liczba odmów przyjęć za okres 2015–2017 wykazanych w sprawozdaniu MZ-29 była niezgodna ze stanem faktycznym. W sprawozdaniu w całym okresie za lata 2015–2017 Szpital Zachodni wykazał zero odmów, zaś faktycznie w 2015 r. odnotowano 142 odmowy, w 2016 r. 140 odmów, w 2017 r. 475 odmów. Tym samym naruszono art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że przyczyną tego było przekazywanie przez SOR faktycznych danych o odmowach do innej komórki organizacyjnej Szpitala Zachodniego, niż ta, która zajmuje się sprawozdawczością.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu 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-29, zgodnie z art. 7 ust. 1 ustawy o statystyce publicznej oraz rozporządzeniami Rady Ministrów w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej (na kolejne lata).

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

[25] Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital Zachodni im. św. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim oraz Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu.

[26] Dz. U. z 2018 r. poz. 997, ze zm.

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

tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, 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.

5.1.2. Organizacja nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w szpitalach

Zmiany w organizacji NiŚOZ

Począwszy od 1 października 2017 r. wprowadzono zmiany w finansowaniu i organizacji realizacji świadczeń NiŚOZ[28] oraz zobowiązano świadczeniodawców zakwalifikowanych do poziomu szpitali I, II, III stopnia zabezpieczenia oraz szpitali pediatrycznych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Podstawą prawną przedmiotowej zmiany jest art. 132b ustawy o świadczeniach[29] oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej[30].

Z przeprowadzonej kontroli w 29 szpitalach wynika, że:

- w 13 kontrolowanych podmiotach leczniczych rozpoczęcie udzielania świadczeń NiŚOZ nastąpiło bez opóźnień, tj. z dniem 1 października 2017 r. (w szpitalach tych uprzednio nie udzielano świadczeń w tym zakresie). Szpitale te zapewniły na wskazanym dla siebie obszarze terytorialnym miejsca udzielania świadczeń[31], dodatkowe miejsca udzielania świadczeń oraz miejsca wyczekiwania zespołu wyjazdowego;
- 15 kontrolowanych podmiotów leczniczych udzielało świadczeń NiŚOZ już przed 1 października 2017 r., na podstawie umów o udzielanie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (POZ);
- w jednym podmiocie leczniczym, tj. Lubuskim Centrum Ortopedii im. dr. Lecha Wierusza sp. z o.o. w Świebodzinie, nie utworzono NiŚOZ.

Spośród 28 skontrolowanych podmiotów, siedmiu udzielało świadczeń NiŚOZ z udziałem podwykonawcy (w tym jeden, w którym NiŚOZ funkcjonowała przed 1 października 2017 r.).

[28] Przed 1 października 2017 r. świadczenia w zakresie NiŚOZ były realizowane przez podmioty udzielające świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ).

[29] Dodany przez art. 29 pkt 8 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. 2217, ze zm.), zmieniającej ustawę o świadczeniach z dniem 1 grudnia 2017 r. Uprzednio art. 55 ust. 3 ustawy o świadczeniach, zmieniony z dniem 4 maja 2017 r. przez art. 1 pkt 2 lit. a ustawy wprowadzającej sieć szpitali (jednocześnie ustawa ta dodała w art. 55 ust. 3a).

[30] Dz. U. poz. 1300.

[31] Obszar zabezpieczenia to spójny terytorialnie obszar (powiat/powiaty, gmina/gminy, dzielnica/dzielnice, osiedle/osiedla lub inny obszar jednoznacznie określony) wyodrębniony ze względu na konieczność właściwego zabezpieczenia świadczeń NiŚOZ (§ 2 pkt 8 zarządzenia Nr 71/2017/DSM Prezesa NFZ z dnia 11 sierpnia 2017 r.).

Przykłady

W ramach organizacji nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w **Powiatowym Centrum Zdrowia sp. z o.o. w Malborku** podjęto następujące działania:

- przygotowano i wyposażono pomieszczenie socjalne dla personelu dyżurującego;
- zakupiono wyposażenie gabinetu zabiegowego (aparatura medyczna oraz leki), wykorzystano gabinety funkcjonujące w poradniach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
- zatrudniono dodatkowy personel (lekarze i pielęgniarki);
- zamieszczono informację w lokalnych mediach o nowej lokalizacji nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, a także o zasadach funkcjonowania i korzystania przez pacjentów z tych świadczeń; na budynku przychodni przyszpitalnej umieszczono tablicę informacyjną;
- z uwagi na zwiększenie liczby pacjentów zmieniono godziny pracy rejestratorów medycznych;
- przeorganizowano pracę działów higieny oraz technicznego, aby zapewnić sprzątanie przychodni i odbiór odpadów w nocy i w dni wolne od pracy.

Umowę z OW NFZ w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej PCZ realizowało samodzielnie, bez udziału podwykonawców. Rozpoczęcie udzielania świadczeń nastąpiło bez opóźnień, tj. z dniem 1 października 2017 r. Spółka zapewniła na wskazanym dla niej obszarze terytorialnym miejsca udzielania świadczeń, dodatkowe miejsca udzielania świadczeń oraz miejsca wyczekiwania zespołu wyjazdowego.

Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Warszawie realizował świadczenia w powyższym zakresie za pośrednictwem podwykonawcy, na mocy umowy zawartej z Samodzielnym Publicznym ZOZ Warszawa-Wola, na terenie obszaru zabezpieczenia, w Poradni nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej przy ul. Leszno 17. Podwykonawca w ramach zawartej umowy zapewniał m.in.: świadczenia usług w dni robocze od 18:00 do 8:00 dnia następnego oraz całodobowo w soboty, niedziele i dni wolne od pracy; personel (trzy zespoły lekarsko-pielęgniarskie) z dostosowaniem do bieżącego zapotrzebowania. Świadczenia wykonywane były w komórkach organizacyjnych podwykonawcy. Jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala realizacja umowy była na bieżąco monitorowana i nie stwierdzono nieprawidłowości w jej wykonywaniu.

Świadczenia z zakresu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na obszarze zabezpieczenia właściwym dla Szpitala Wolskiego były realizowane od 1 października 2017 r. przez trzech świadczeniodawców.

Udzielanie świadczeń w ramach NiŚOZ

Liczba udzielonych świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielnych w okresie od IV kwartału 2017 r. do III kwartału 2018 r., przez kontrolowane podmioty lecznicze[32] wynosiła:

- 349 679 porad lekarskich, udzielonych ambulatoryjnie,
- 16 801 porad lekarskich, udzielonych w trybie wyjazdowym,
- 8902 porad lekarskich, udzielonych telefonicznie,
- 138 050 porad pielęgniarskich, udzielonych ambulatoryjnie,
- 24 540 porad pielęgniarskich, udzielonych w trybie wyjazdowym.

[32] Dane dotyczące liczby porad lekarskich udzielonych telefonicznie oraz wizyt pielęgniarskich udzielanych ambulatoryjnie lub w trybie wyjazdowym są niepełne, ponieważ ZOZ w Oławie nie sprawozdawał do NFZ danych o poradach lekarskich udzielonych telefonicznie do końca 2017 r., a danych o wizytach pielęgniarskich udzielanych ambulatoryjnie – od października 2017 r.

Przykłady

Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie w okresie od I kwartału 2015 r. do końca III kwartału 2017 r. udzielał świadczeń z zakresu nocnej i świątecznej pomocy mieszkańcom gmin: Cieszyn, Goleszów, Haźlach, Zebrzydowice i Ustroń. Od IV kwartału 2017 r. zmieniony został właściwy mu obszar zabezpieczenia na gminy: Cieszyn, Goleszów, Haźlach, Zebrzydowice. Na pozostałym obszarze Powiatu Cieszyńskiego świadczeń NiŚOZ udzielało Cieszyńskie Pogotowie Ratunkowe.

W okresie od IV kwartału 2017 r. do III kwartału 2018 r. odnotowano wzrost liczby porad lekarskich (z 1986 do 2346) i wizyt pielęgniarskich udzielonych ambulatoryjnie (z 633 do 706) i telefonicznie (z 0 do 62) oraz spadek liczby porad lekarskich (z 94 do 84) i wizyt pielęgniarskich (z 25 do 22) udzielonych w trybie wyjazdowym.

Kociewskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Starogardzie Gdańskim w okresie od IV kwartału 2017 r. do III kwartału 2018 r. w zakresie NiŚOZ udzieliło średnio w kwartale:

- 3567 porad lekarskich ambulatoryjnie, 140 w trybie wyjazdowym i 20 porad lekarskich telefonicznie;
- 1444 wizyt pielęgniarskich ambulatoryjnych i 258 wizyt pielęgniarskich w trybie wyjazdowym.

W latach 2015–2017 (III kwartały) świadczeń NiŚOZ na terenie zabezpieczenia właściwym dla KCZ (tj. powiatu starogardzkiego) udzielały dwa inne podmioty, przy czym teren zabezpieczenia jednego z nich wykraczał poza powiat starogardzki (obejmował także: powiat gdański, miasto i gminę Gniew, miasto i gminę Pelplin oraz gminę Morzeszczyn).

Wpływ utworzenia NiŚOZ w szpitalu na liczbę pacjentów SOR i IP

Zgodnie z uzasadnieniem do ustawy wprowadzającej PSZ, celem zmiany organizacji NiŚOZ było zapewnienie realizacji ww. świadczeń przede wszystkim przez podmioty prowadzące izby przyjęć (IP) lub szpitalne oddziały ratunkowe (SOR). Miało to sprzyjać racjonalizacji udzielania świadczeń przez zmniejszenie zjawiska korzystania z IP/SOR w sytuacjach, w których wystarczająca powinna być interwencja na poziomie ambulatoryjnym.

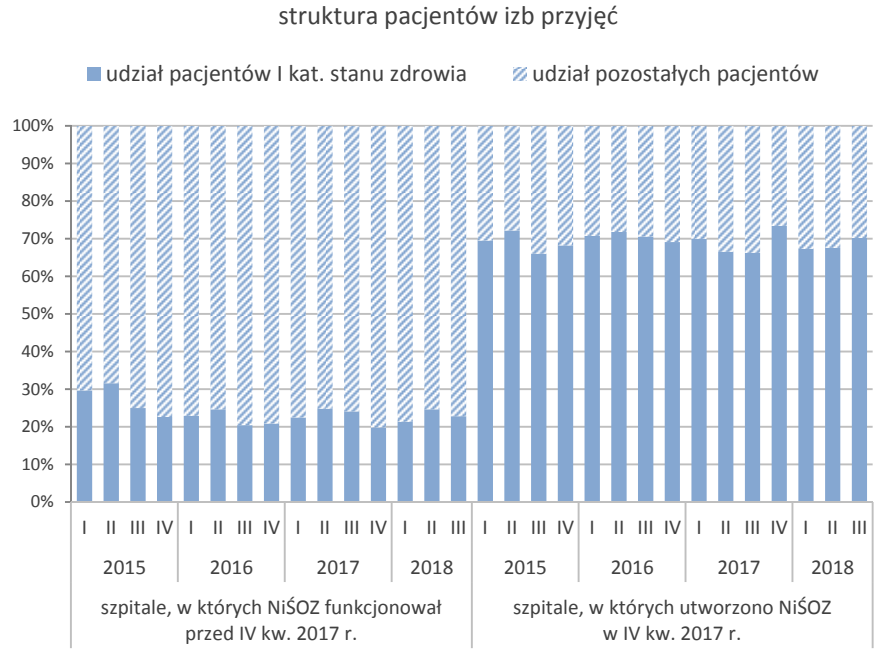
Jednakże z przeprowadzonej kontroli[33] wynika, że zorganizowanie NiŚOZ w szpitalach nie wpłynęło na zmniejszenie odsetka najlżej chorych pacjentów, tj. kategorii I stanu zdrowia[34] w izbie przyjęć, natomiast udział

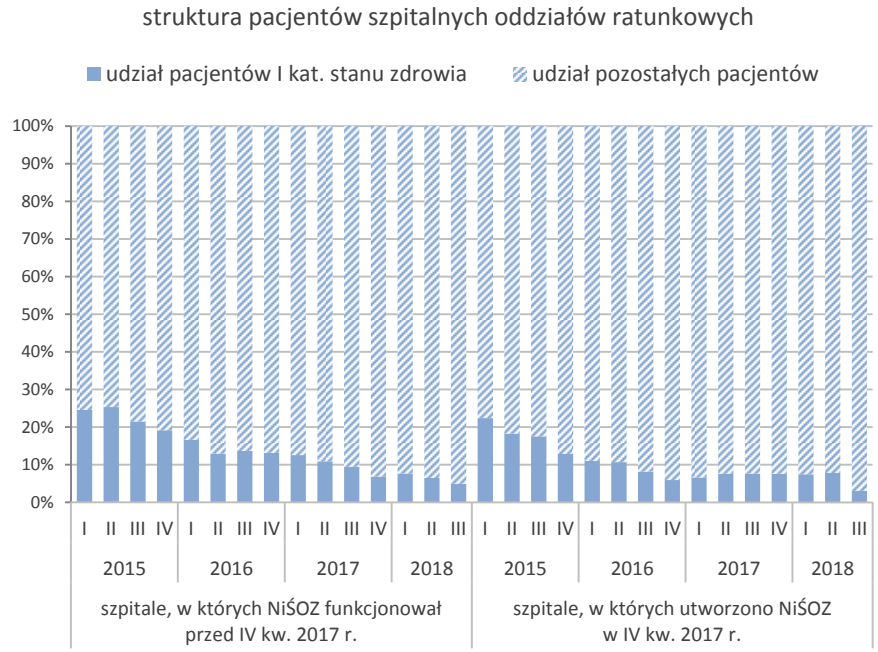
[33] Analizą objęto dane o liczbie pacjentów 23 szpitali, w których było możliwe podanie liczby pacjentów zakwalifikowanych do I kategorii stanu zdrowia. Z analizy wyłączono: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mońkach, Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pruszkowie, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulechowie, Szpital Wojewódzki im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach, Wielospecjalistyczny Szpital Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowej Soli, gdzie nie było możliwe ustalenie takich danych, oraz Lubuskie Centrum Ortopedii im. dr Lecha Wierusza sp. z o.o. w Świebodzinie, w którym nie utworzono NiŚOZ.

[34] Pacjentowi zakwalifikowanemu do kategorii I stanu zdrowia w IP udziela się następujących świadczeń: porada lekarska, opieka pielęgniarska, wstępna ocena stanu zdrowia pacjenta.
Pacjent zakwalifikowany do kategorii I stanu zdrowia w SOR, to tzw. chory „niebieski" (POZ). Udziela się mu następujących świadczeń (procedur medycznych): opieka pielęgniarska, ocena stanu pacjenta (triage), badanie, porada lekarska, farmakoterapia (dawka leku przeciwbólowego, rozkurczowego), recepta, podstawowa diagnostyka (badania laboratoryjne – pakiet podstawowy, EKG).
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. Powołane zarządzenia Nr 69/2016/DSM Prezesa NFZ z dnia 30 czerwca 2016 r. zostało uchylone z dniem 31 marca 2018 r. przez zarządzenie Nr 16/2018/DSM Prezesa NFZ z dnia 28 lutego 2018 r. w przedmiotowym zakresie.

średniej liczby takich pacjentów w szpitalnym oddziale ratunkowym wykazywał tendencję malejącą już przed zorganizowaniem NiŚOZ w szpitalach.

Wykres nr 11
Udział pacjentów kategorii I stanu zdrowia w liczbie pacjentów ogółem w poszczególnych kwartałach w podmiotach leczniczych, w których NiŚOZ utworzono w IV kwartale 2017 r. oraz w których NiŚOZ funkcjonował już wcześniej





Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli przeprowadzonej w 23 podmiotach leczniczych, w tym: w 15 szpitalach, w których funkcjonowały szpitalne oddziały ratunkowe (w tym w siedmiu szpitalach, w których NiŚOZ utworzono z dniem 1 października 2017 r.) oraz w ośmiu szpitalach, w których funkcjonowały izby przyjęć (w tym w pięciu szpitalach, w których NiŚOZ utworzono z dniem 1 października 2017 r.).

Przykłady

Liczba pacjentów I kategorii stanu zdrowia, którym udzielono świadczeń na SOR w **Samodzielnym Publicznym Specjalistycznym Szpitalu Zachodnim im. św. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim** w pierwszych trzech kwartałach w latach 2015–2018 sukcesywnie malała. W 2018 r. wynosiła 1500 pacjentów, zaś w 2017 r. 1615 pacjentów, w 2016 r. 2993 pacjentów, a w 2015 r. 5258 pacjentów. Wraz ze spadkiem liczby pacjentów odnotowano też spadek procentowego udziału pacjentów kategorii I stanu zdrowia w liczbie pacjentów ogółem. W 2018 r. wynosił on 6,2%, w 2017 r. 6,5%, w 2016 r. 11,3% i w 2015 r. 18,9%. W ocenie Ordynatora Oddziału SOR przesunięcia pacjentów I kategorii stanu zdrowia z SOR do NiŚOZ spowodowane były usprawnieniem działania NiŚOZ w Szpitalu Zachodnim (NiŚOZ funkcjonowała w szpitalu od 2005 r.), a także zwiększeniem zgłaszalności pacjentów w I kategorii stanu zdrowia do NiŚOZ.

Utworzenie NŚOZ z dniem października 2017 r. w **Szpitalu Wojewódzkim im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach** nie spowodowało zmniejszenia liczby pacjentów przyjmowanych do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, a także liczby udzielanych tam świadczeń. W ostatnim kwartale 2017 r. przyjęto w nim 4100 pacjentów, podczas gdy w poprzednich latach było to: 3849 pacjentów (IV kwartał 2015 roku) oraz 3967 pacjentów (IV kwartał 2016 roku). Z kolei od I do III kwartału 2018 roku było to 14 032 pacjentów wobec 12 839 pacjentów od I do III kwartału 2015 roku, 12 932 pacjentów od I do III kwartału 2016 roku, 13 098 pacjentów od I do III kwartału 2017 roku.

Z danych POW NFZ wynika m.in., że liczba pacjentów zakwalifikowanych do I kategorii stanu zdrowia przyjmowanych do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego po wprowadzeniu w Szpitalu NŚOZ zwiększyła się – od IV kwartału 2017 r. do II kwartału 2018 r. było 852 pacjentów, podczas gdy w analogicznych okresach lat 2015–2017 było odpowiednio: 290 i 302 pacjentów. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że można się domyślać, że wzrost spowodowany był głównie lokalizacją Szpitala i związaną z tym obsługą pacjentów w ościennych szpitalach powiatowych (Augustów, Sejny, Olecko). Ulokowanie NŚOZ przy Szpitalu zwiększyło liczbę pacjentów (na miejscu funkcjonuje SOR, apteka i można wykonać badania). Wcześniej, gdy NŚOZ znajdowała się w centrum, większość pacjentów rezygnowała z tych świadczeń.

W analizowanym okresie zmniejszyła się liczba pacjentów zakwalifikowanych do kategorii I stanu zdrowia w izbie przyjęć **Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Myszkowie** oraz zmalał udział takich pacjentów w liczbie pacjentów IP ogółem:

- w 2015 r. wynosiła ona średnio na kwartał 741 pacjentów, co stanowiło 32,9% ogólnej liczby pacjentów;
- w 2016 r. – odpowiednio 456 pacjentów, tj. 20,6% pacjentów ogółem;
- w ciągu trzech pierwszych kwartałów 2017 r. średnio na kwartał było 413 takich pacjentów, tj. 19,3% pacjentów ogółem;
- w czwartym kwartale 2017 r. – 292 pacjentów, tj. 15,5% pacjentów ogółem, w ciągu trzech pierwszych kwartałów 2018 r. średnio na kwartał było 347 takich pacjentów, tj. 16,6% pacjentów ogółem.

W **Szpitalu Miejskim Nr 4 w Gliwicach sp. z o.o.**, w analizowanym okresie zmniejszyła się liczba pacjentów zakwalifikowanych do kategorii I stanu zdrowia w izbie przyjęć, jednak udział takich pacjentów w liczbie pacjentów IP ogółem utrzymywał się na zbliżonym poziomie:

- w 2015 r. liczba pacjentów wynosiła średnio na kwartał 9311, co stanowiło 87,2% w ogólnej liczbie pacjentów;

- w 2016 r. średnio na kwartał 9592 pacjentów, tj. 91,9% pacjentów ogółem;
- w ciągu trzech pierwszych kwartałów 2017 r. średnio na kwartał 7928 pacjentów, tj. 89,3% pacjentów ogółem;
- w czwartym kwartale 2017 r. 7665 pacjentów, tj. 97,4% pacjentów ogółem,
- w ciągu trzech pierwszych kwartałów 2018 r. średnio na kwartał 8562 pacjentów, tj. 91,0% pacjentów ogółem.

5.2. Zmiany w organizacji wewnętrznej szpitali oraz w alokacji zasobów

Zgodnie z uzasadnieniem do ustawy wprowadzającej PSZ, wprowadzone zmiany miały pozwolić zarządzającemu szpitalem na optymalizację struktury organizacyjnej podmiotu. Przed wprowadzeniem PSZ, świadczeniodawcy często, aby uzyskać dodatkowe finansowanie, tworzyli nowe oddziały i pododdziały szpitalne, co powodowało komplikację struktury organizacyjnej, a tym samym struktury zarządczej jednostek. Jednakże wyniki przeprowadzonej kontroli nie wskazują na to, by w związku z kwalifikacją do PSZ w szpitalach wprowadzone zostały istotne zmiany w organizacji wewnętrznej czy w alokacji zasobów.

5.2.1. Zmiany struktury i organizacja wewnętrzna szpitali

Kompleksowość udzielanych świadczeń

Spośród 29 podmiotów leczniczych objętych kontrolą, 23 udzielały porad ambulatoryjnych w co najmniej jednym zakresie świadczeń, odpowiadającym każdemu z posiadanych profili systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, jakie zostały wskazane w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej[35].

Przykłady

W momencie ogłoszenia wykazu w województwie śląskim, w zakwalifikowanym do II poziomu zabezpieczenia **Szpitalu Powiatowym w Zawierciu** funkcjonowały poradnie specjalistyczne odpowiadające każdemu z realizowanych profili PSZ, w tym m.in.:

- dla profilu „chirurgia ogólna" – sześć poradni specjalistycznych, w tym m.in.: chirurgii ogólnej, onkologiczna i urologiczna;
- dla profilu „choroby wewnętrzne" – 10 poradni specjalistycznych, w tym m.in.: alergologiczna, diabetologiczna, endokrynologiczna, urologiczna, onkologiczna, gruźlicy i chorób płuc, reumatologiczna, neurologiczna i chorób zakaźnych;
- dla profilu „choroby zakaźne" – dwie poradnie specjalistyczne: chorób zakaźnych oraz dermatologiczna;
- dla profilu „neonatologia" – cztery poradnie specjalistyczne, w tym m.in.: neonatologiczna oraz preluksacyjna;

[35] Dz. U. poz. 1163.

- dla profilu „ortopedia i traumatologia" – trzy poradnie specjalistyczne, w tym m.in.: preluksacyjna oraz leczenia wad postawy;
- dla profilu „rehabilitacji leczniczej" – dwie poradnie specjalistyczne: neurologiczna oraz rehabilitacyjna.

W chwili ogłoszenia wykazu dla województwa dolnośląskiego w **Szpitalu Specjalistycznym im. Falkiewicza we Wrocławiu** (I poziom zabezpieczenia) funkcjonowały następujące oddziały oraz poradnie:

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

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

W **Samodzielnym Publicznym Specjalistycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Lęborku** (I poziom zabezpieczenia) m.in.:

- w okresie 2015–2017 (do III kwartału) w Szpitalu utworzone zostały nowe profile działalności, które nadal funkcjonowały po wejściu sieci szpitali (m.in. koordynowana opieka nad kobietą w ciąży oraz oddział geriatryczny);
- wszystkie posiadane profile działalności, które nie zostały włączone do PSZ były kontynuowane na podstawie odrębnych umów;
- składane do NFZ POW przez Dyrektor Szpitala odwołania w zakresie kwalifikacji do PSZ dotyczyły utrzymania kontraktu w zakresie kardiologii (skuteczne), utrzymania endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego (skuteczne).

W pozostałych sześciu podmiotach, tj. w Samodzielnym Publicznym ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Białymstoku, Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Mońkach, Szpitalu Wojewódzkim im. dr. L. Rydygiera w Suwałkach, Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu, Kociewskim Centrum Zdrowia sp. z o.o. w Starogardzie Gdańskim oraz w Samodzielnym Publicznym Specjalistycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Lęborku nie zapewniano świadczeń ambulatoryjnych, odpowiadających każdemu z posiadanych profili zabezpieczenia, z uwagi na niespełnienie warunku określonego w art. 95m ust. 10 ustawy o świadczeniach, tj. posiadania do dnia ogłoszenia wykazu świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów PSZ, umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej co do świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, której okres trwania wynosi co najmniej dwa ostatnie lata kalendarzowe.

Przykłady

W dniu ogłoszenia wykazu świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na terenie województwa podlaskiego, w **Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku** (II poziom

zabezpieczenia) nie działały poradnie specjalistyczne odpowiadające profilom: endokrynologia, reumatologia oraz anestezjologia i intensywna terapia. Szpital od 1 stycznia 2012 r. nie udzielał świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z zakresu reumatologii, endokrynologii oraz leczenia bólu, gdyż nie został wybrany do ich udzielania w postępowaniach konkursowych o zawarcie umowy z OW NFZ.

W latach 2017–2018 (I–III kwartał) w **Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu** (III poziom zabezpieczenia) nie funkcjonowały poradnie odpowiadające profilom: chirurgia ogólna oraz chorób wewnętrznych.

Dyrektor Szpitala wyjaśniając przyczyny niezapewnienia opieki ambulatoryjnej w ramach wyżej wskazanych profili podał, że Szpital nie realizuje tych świadczeń z powodu braku kontraktu z OW NFZ. Od 2012 r. OW NFZ nie ogłaszał postępowań konkursowych poprzedzających zawarcie umowy na świadczenia realizowane w poradniach specjalistycznych.

Wprowadzenie porad specjalistycznych z zakresu pediatrii oraz chorób wewnętrznych

Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2017 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej[36], do koszyka świadczeń gwarantowanych z dniem 1 stycznia 2018 r. zostały dodane: porada specjalistyczna – choroby wewnętrzne oraz porada specjalistyczna – pediatria.

Zgodnie z uzasadnieniem do powyższej zmiany[37], wyodrębnienie warunków realizacji dla tych porad miało umożliwić świadczeniodawcom objęcie opieką chorych, w ramach kontynuacji leczenia poszpitalnego, którzy wymagają po wypisie ze szpitala badań kontrolnych i ewentualnej korekty leczenia specjalistycznego. Zapewnienie lepszej kontroli choroby w ramach odpowiedniej specjalistycznej opieki ambulatoryjnej powinno pozwolić na skrócenie czasu hospitalizacji oraz zmniejszenie powikłań lub progresji choroby, a tym samym na obniżenie kosztów leczenia pacjenta.

Porada specjalistyczna w obszarze chorób wewnętrznych miała także pozwolić na interdyscyplinarne podejście do pacjentów i przyczynić się do zmniejszenia obciążenia innych specjalistów, do których są kierowani pacjenci po hospitalizacji, a w konsekwencji zwiększyć ich dostępność dla chorych wymagających specjalistycznych porad i skrócić okres oczekiwania dla pacjentów oczekujących na wizyty u tych specjalistów.

Następnie poprzez dodanie pkt 27 w § 2 zarządzenia Nr 22/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 14 marca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna[38], wprowadzono definicję świadczeń kontrolnych pohospitalizacyjnych udzielanych pacjentom i rozliczanych w ciągu 90 dni od dnia zakończenia hospitalizacji na oddziałach

[36] Dz. U. poz. 2423. Dodano m.in. lp. 66 i 67 załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357, ze zm.).

[37] Numer z wykazu prac: MZ 522, https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12299010 (dostęp z dnia 19 marca 2019 r.).

[38] Dz. Urz. NFZ poz. 22, ze zm. Zarządzeniem tym w pkt 27 dodano definicję świadczeń kontrolnych pohospitalizacyjnych i określono termin ich realizacji.

o profilu choroby wewnętrzne i pediatria. Zdefiniowano je jako świadczenie kontrolne wykonywane po zakończeniu hospitalizacji w oddziale o profilu: choroby wewnętrzne lub pediatria, realizowane zgodnie z warunkami określonymi przez Ministra Zdrowia dla porad specjalistycznych z zakresu chorób wewnętrznych i pediatrii, rozliczane w okresie nie dłuższym niż 90 dni od dnia zakończenia hospitalizacji. Świadczeniodawca przyjmuje takiego pacjenta w terminie wskazanym na skierowaniu, bez umieszczania go w kolejce oczekujących pierwszorazowych (jest to pacjent tzw. „w planie leczenia").

Późne określenie przez Ministra Zdrowia kryteriów wyboru ofert dla porad z zakresu pediatrii oraz chorób wewnętrznych

Jednakże nie było możliwe zakontraktowanie i udzielanie ww. świadczeń z uwagi na fakt, iż Minister Zdrowia rozszerzając koszyk świadczeń gwarantowanych, jednocześnie nie określił kryteriów wyboru ofert w tym zakresie. Nowelizacja rozporządzenia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej[39], określająca m.in. te kryteria weszła w życie dopiero w dniu 22 maja 2019 r.[40].

Zmiany struktury udzielanych świadczeń oraz organizacyjnej

Zgodnie z zasadami kwalifikacji do PSZ, określonymi w art. 95m ust. 3 ustawy o świadczeniach, okres trwania umowy w zakresie profili systemu zabezpieczenia kwalifikujących danego świadczeniodawcę do danego poziomu systemu zabezpieczenia, powinien wynosić co najmniej dwa ostatnie lata kalendarzowe. Ponadto niespełnianie warunków kwalifikacji określonych w art. 95m ustawy o świadczeniach oraz w przepisach wydanych na podstawie art. 95m ust 12 ustawy powoduje, że poszczególne profile działalności szpitala nie mogły zostać włączone do PSZ. W związku z powyższym mogło dojść do sytuacji, gdy szpital nie otrzymał możliwości realizacji świadczeń w poszczególnych komórkach organizacyjnych w ramach PSZ. W takich przypadkach, kierownictwo szpitala miało możliwość albo przeniesienia udzielania świadczeń rozliczanych w ramach niektórych grup JGP do innego, zakwalifikowanego oddziału, bądź zachowania profilu i dalszego ubiegania się o jego finansowanie w postępowaniach konkursowych[41].

Z kontroli przeprowadzonej w podmiotach leczniczych wynika, że po utworzeniu sieci szpitali jedynie w ośmiu szpitalach zmienił się zakres udzielanych świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne lub ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Wprowadzone zmiany nie wynikały bezpośrednio z utworzenia PSZ i dotyczyły przede wszystkim:

[39] Dz. U. poz. 1372, ze zm.

[40] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 kwietnia 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 832). Numer z wykazu prac: MZ 722, https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12321206 (dostęp z dnia 19 marca 2019 r.).

[41] Przykładowo jeżeli funkcjonujący oddział chorób płuc nie został zakwalifikowany do PSZ, a jednocześnie szpital posiadał w strukturze oddział chorób wewnętrznych kierownictwo szpitala mogło pojąć decyzję o:

- połączeniu oddziałów i ograniczeniu realizacji świadczeń z zakresu chorób płuc (przeniesienie możliwych do rozliczenia grup JGP z oddziału chorób płuc do oddziału wewnętrznego) lub
- zachowaniu oddziału chorób płuc (decyzja podejmowana zwłaszcza w przypadku wykonywania dużej liczby procedur specjalistycznych, niemożliwych do rozliczania na oddziale wewnętrznym).

- rezygnacji z udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach, w tym w związku z brakiem lekarzy;
- wygaśnięcia umowy o udzielanie świadczeń w poszczególnych zakresach leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (poza PSZ);
- nieprzedłużenia umowy o realizację świadczeń, z uwagi na zmianę zasad kontraktowania świadczeń przez NFZ (np. świadczenia z zakresu endoprotezoplastyki);
- rozpoczęcia udzielania świadczeń w nowych zakresach w wyniku zawarcia nowych umów z OW NFZ, poza systemem PSZ.

Przykłady

Szpital Czerniakowski sp. z o.o w Warszawie (II poziom zabezpieczenia) zaprzestał udzielania świadczeń w ramach poradni alergologicznej i poradni chorób naczyń, co zostało zgłoszone do MOW NFZ wnioskiem z dnia 12 grudnia 2017 r., a 23 stycznia 2018 r. został podpisany stosowny aneks do umowy. W uzasadnieniu wniosku wskazano na brak spójności z podstawową działalnością leczniczą szpitala oraz brak kompleksowości w rozumieniu lecznictwa ambulatoryjnego i stacjonarnego. Likwidacja tych poradni nie miała związku z wprowadzeniem PSZ.

W **Zespole Opieki Zdrowotnej w Oławie** (I poziom zabezpieczenia) do końca 2017 r. realizowane były świadczenia endoprotezoplastyki, jednak w wyniku zmian przepisów dotyczących świadczeń gwarantowanych, wprowadzających z dniem 1 stycznia 2018 r. wymogi ilościowe wykonania procedur w ciągu roku, których szpital nie mógł spełnić, zakończono działalność w tym zakresie. W momencie zaprzestania ww. działalności na liście oczekujących znajdowało się 27 pacjentów. We wszystkich przypadkach pacjenci zostali telefonicznie poinformowani o konieczności odebrania skierowania oraz wydanego zaświadczenia o wpisie do listy oczekujących . Pacjenci odbierali ww. dokumenty w ZOZ Oława osobiście lub na ich wniosek były one wysyłane do nich pocztą.

W **Szpitalu Miedzyrzeckim sp. z o.o.** (II poziom zabezpieczenia), pomimo włączenia do umowy PSZ, doszło do likwidacji Poradni Nefrologii Dziecięcej. Przyczyną zakończenia działalności była rezygnacja lekarzy z pracy. Od IV kw. 2017 r. nie udzielano już świadczeń, a z dniem 12 marca 2018 r. umowa PSZ w części dotyczącej tej poradni została rozwiązana przez LOW NFZ.

Od 1 marca 2018 r. **Szpital Wojewódzki im. dr. L. Rydygiera w Suwałkach** (II poziom zabezpieczenia) poza PSZ podpisał umowę z POW NFZ na realizację świadczeń z zakresu nefrologii (hospitalizacja). Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w momencie kwalifikacji realizowany na tym oddziale nefrologicznym zakres świadczeń odpowiadał profilowi choroby wewnętrzne, w związku z tym nie uzyskano kwalifikacji do III poziomu zabezpieczenia. Od 1 marca 2018 r. szpital realizuje już świadczenia w pełni odpowiadające profilowi nefrologicznemu, przez co prawdopodobnie będzie on brany pod uwagę przy kolejnej kwalifikacji.

Niezgodność danych zgłoszonych do RPWDL z prowadzoną działalnością leczniczą

Jednocześnie w toku kontroli w pięciu szpitalach[42] stwierdzono niezgodność danych zgłoszonych do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą z prowadzoną działalnością leczniczą, w zakresie funkcjono-

[42] Zespół Opieki Zdrowotnej w Kłodzku, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zespolony im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku, Lubuskie Centrum Ortopedii im. dr Lecha Wierusza sp. z o.o. w Świebodzinie, Szpital Czerniakowski sp. z o.o. w Warszawie, Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie.

wania poszczególnych komórek organizacyjnych szpitala lub brak bieżącej aktualizacji tych danych. Stanowiło to naruszenie art. 107 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej[43], zgodnie z którym podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do rejestru jest obowiązany zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania.

Przykłady

W okresie objętym kontrolą w **Zespole Opieki Zdrowotnej w Kłodzku** zmniejszono liczbę łóżek na oddziałach szpitalnych, ale nie dopełniono w tym zakresie obowiązku, wynikającego z art. 107 ust. 1 i 2 ustawy o działalności leczniczej, tj. zgłoszenia do Rejestru, prowadzonego przez Wojewodę Dolnośląskiego, aktualnej liczby łóżek Szpitala. Według stanu na dzień 30 listopada 2018 r. do Rejestru zgłoszonych było 234 łóżek, natomiast ZOZ Kłodzko posiadał 161 łóżek , tj. o 31,2% mniej niż to wynikało z Księgi Rejestrowej. Niezgodność pomiędzy danymi upublicznionymi w Rejestrze a stanem faktycznym występowała już na koniec IV kwartału 2017 r., co stwierdzono na podstawie przedstawionych przez Szpital danych statystycznych za ten okres.

Dyrektor ZOZ Kłodzko wyjaśniła, że rozbieżności pomiędzy faktyczną a zgłoszoną w Rejestrze liczbą łóżek wynikały z oczekiwania na zwiększenie wartości umowy zawartej z NFZ i otrzymanymi zapewnieniami o dostosowaniu wysokości kontraktu do możliwości organizacyjnych Szpitala (który dysponuje zmagazynowanymi, niewykorzystanymi łóżkami). W dniu 3 grudnia 2018 r., tj. w trakcie kontroli NIK, Dyrektor Szpitala przesłała wniosek o wpis zmian w Rejestrze dostosowując zgłoszoną liczbę łóżek do stanu faktycznego.

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zespolony im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku od 1 stycznia 2012 r. nie udziela świadczeń w rodzaju AOS z zakresu reumatologii, endokrynologii oraz leczenia bólu. Poradni odpowiadających tym zakresom świadczeń nie wykreślono jednak ze struktur organizacyjnych WSZ. Ponadto poradnie te nadal widniały w Księdze rejestrowej WSZ jako aktywne, chociaż zmiany danych objętych rejestrem powinny być zgłoszone w ciągu 14 dni od ich zaistnienia. Dyrektor wyjaśnił, że w związku z brakiem kontraktu na świadczenia z zakresu reumatologii i endokrynologii oraz w zakresie leczenia bólu Szpital zgłaszał do POW NFZ gotowość realizacji świadczeń. Stosowne pisma w tej kwestii były przekazywane w kolejnych latach do OW NFZ. W odpowiedzi OW NFZ wskazał, że postępowania konkursowe na świadczenia z tych zakresów zostaną ogłoszone po wygaśnięciu umów zawartych z dotychczasowymi świadczeniodawcami.

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

[43] Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, ze zm.

W księdze rejestrowej **Lubuskiego Centrum Ortopedii im. dr. Lecha Wieruszа sp. z o.o. w Świebodzinie** wymieniony był nieistniejący Dział rehabilitacji dziennej. Prezes Zarządu wyjaśniła, że dział ten został zgłoszony do Księgi Rejestrowej prowadzonej przez Wojewodę Lubuskiego, w związku z ogłoszonym konkursem przez LOW NFZ. Oferta LCO nie została wybrana, a umowa na Dział rehabilitacji dziennej nie została podpisana. LCO z uwagi na posiadane zasoby, a także listy oczekujących pacjentów zamierza złożyć ofertę na prowadzenie Działu Rehabilitacji Dziennej w kolejnym postępowaniu konkursowym.

W **Szpitalu Czerniakowskim sp. z o.o. w Warszawie** pomimo, że z dniem 23 stycznia 2018 r. zaprzestano udzielania świadczeń w poradniach: alergologicznej i poradni chorób naczyń, Zarząd Szpitala nie wykreślił ich z obowiązującego Regulaminu organizacyjnego, a także nie dopełnił obowiązku wykreślenia tych poradni z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.

Jak wyjaśniono, Zarząd Szpitala Czerniakowskiego jest w trakcie przygotowywania wniosku do Rady Nadzorczej o wyrażenie zgody na zmianę regulaminu organizacyjnego Spółki, dotyczącą zakresu udzielanych świadczeń oraz struktury organizacyjnej komórek działalności podstawowej. Zmiana regulaminu organizacyjnego, której przedmiotem jest modyfikacja zakresu udzielanych świadczeń oraz zmiana struktury organizacyjnej w zakresie komórek działalności medycznej, jest z kolei czynnością niezbędną przed złożeniem wniosku do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.

Z dniem 15 września 2017 r., racjonalizując i porządkując zakres działalności w **Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie**, wykreślono z Księgi rejestrowej kilka poradni specjalistycznych w ramach Ośrodka Specjalistki Ambulatoryjnej Szpitala, na które Szpital nie posiadał w latach 2015–2017 zawartej umowy o udzielanie świadczeń. Ponadto z dniem 1 sierpnia 2018 r. wykreślono pododdziały szpitalne: endokrynologiczny, gastroenterologiczny diabetologiczny i reumatologiczny, które organizacyjnie podlegały Oddziałowi Wewnętrznemu. Szpital nie miał zawartej umowy o udzielanie świadczeń na te zakresy leczenia szpitalnego, a likwidacja pododdziałów miała charakter porządkujący.

Informowanie pacjentów o zmianie zakresu udzielanych świadczeń

W żadnym z sześciu kontrolowanych podmiotów leczniczych[44], w których zlikwidowano poradnię ambulatoryjną, oddział szpitalny lub zaprzestano udzielania świadczeń, na które prowadzone są odrębne listy oczekujących nie stwierdzono nieprawidłowości w zakresie:

- zaniechania wydania pacjentowi zaświadczenia o wpisaniu na listę oczekujących wraz z podaniem daty zgłoszenia się świadczeniobiorcy, zgodnie z art. 20 ust. 10c ustawy o świadczeniach,
- zaniechania zwrotu oryginału skierowania, zgodnie z art. 20 ust. 2b ustawy o świadczeniach.

[44] Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Warszawie, Szpital Czerniakowski sp. z o.o. w Warszawie, Szpital Miejski nr 4 w Gliwicach sp. z o.o., Zespół Opieki Zdrowotnej w Oławie, Szpital Na Wyspie sp. z o.o. w Żarach, Szpital Międzyrzecki sp. z o.o. w Międzyrzeczu.

Przykłady

W **Szpitalu Wolskim im. dr A. Gostyńskiej SPZOZ w Warszawie** funkcję i pacjentów zlikwidowanego pododdziału endokrynologicznego częściowo przejął I Oddział Chorób Wewnętrznych, który został przekształcony w I Oddział Chorób Wewnętrznych i Endokrynologii. Nie było potrzeby informowania pacjentów o zakończeniu działalności profilu. Jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala, MOW NFZ nie widział możliwości i potrzeby dalszego finansowania świadczeń w zakresie endokrynologii (hospitalizacji), wskazując jednocześnie na możliwość diagnostyki i leczenia pacjentów ze schorzeniami endokrynologicznymi w ramach profilu choroby wewnętrzne.

W **Szpitalu Na Wyspie sp. z o.o. w Żarach**, z dniem 30 czerwca 2018 r. zakończyła działalność Poradnia Neurologiczna, zlokalizowana w Lubsku (funkcjonująca poza PSZ), z uwagi na rezygnację z pracy złożoną przez lekarza neurologa. Pacjenci pierwszorazowi oraz pozostający w planie leczenia zostali poinformowani telefonicznie o możliwości rejestracji w również działającej w strukturze szpitala Poradni Neurologicznej w Żarach, bądź innych tego typu poradniach. W planie leczenia Poradni Neurologicznej w Lubsku na dzień zakończenia rejestracji pozostawało 25 pacjentów, wszyscy oni uzyskali świadczenia w Poradni w Żarach. Nie było potrzeby wydawania pacjentom zaświadczeń, o których mowa w art. 20 ust. 10c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

W jednym podmiocie leczniczym (Szpitalu Czerniakowskim sp. z o.o. w Warszawie) stwierdzono nieprawidłowość, polegającą na niedokumentowaniu faktu wydania pacjentom zaświadczenia o wpisaniu na listę oczekujących w likwidowanych poradniach oraz oryginału złożonych przez tych pacjentów skierowań.

Przykład

W **Szpitalu Czerniakowskim sp. z o.o. w Warszawie**, w związku z zaprzestaniem udzielania świadczeń w poradni alergologicznej i poradni chorób naczyń, nie dokumentowano faktu wydania pacjentom zaświadczenia o wpisaniu na listę oczekujących w likwidowanych poradniach oraz oryginału złożonych przez tych pacjentów skierowań. Szpital informował pacjentów o zaistniałej zmianie poprzez ogłoszenia umieszczone na terenie szpitala i w poradniach specjalistycznych.

Jak wyjaśniono, pacjenci byli informowani o tym fakcie drogą telefoniczną lub listownie. Pacjentom pierwszorazowym zwracane były skierowania po zamknięciu Poradni. System używany do rejestracji pacjentów nie daje możliwości zachowania śladu rewizyjnego w odniesieniu do zwróconych skierowań z jednoczesnym wykreśleniem z kolejki oczekujących. Pacjentom przebywającym pod stałą opieką poradni wydawane były skierowania do innych placówek oraz, na życzenie, kserokopie dokumentacji medycznej lub krótka informacja o dotychczasowym leczeniu i wykonanych badaniach. Dodatkowo pacjenci otrzymywali zaświadczenie zawierające termin wyznaczonej wizyty oraz telefon do NFZ, pod którym mogli uzyskać informacje o poradniach w innych placówkach. W chwili prowadzenia kontroli nie było możliwości określenia grupy pacjentów, którym wydano zaświadczenia, gdyż ten fakt nie był rejestrowany.

Utrzymanie trwałości zrealizowanych inwestycji

W latach 2015–2018 (do 30 września) w 29 kontrolowanych podmiotach leczniczych zrealizowane zostało 625 inwestycji remontowych i budowlanych oraz zakupów środków trwałych na łączną kwotę 515 243,90 tys. zł. Wszystkie ww. inwestycje i zakupy zostały oddane do użytkowania i były wykorzystywane, za wyjątkiem jednego urządzenia medycznego, zakupionego w 2016 r. ze środków własnych szpitala o wartości 168,61 tys. zł. Urządzenie to było niewykorzystywane z przyczyn kadrowych, niezwiązanych z wprowadzeniem PSZ.

Przykład

W **Lubuskim Centrum Ortopedii im. dr. Lecha Wierusza sp. z o.o. w Świebodzinie** w okresie kontrolowanym na inwestycje związane z zakupem aparatury medycznej, inwestycje budowlane i remontowe oraz pozostałe zakupy wydano łącznie 4763,8 tys. zł, w tym m.in. na zakup aparatury medycznej 1561,6 tys. zł oraz inwestycje budowlane i remontowe 2928,9 tys. zł. W jednym przypadku śródoperacyjny system monitoringu neurofizjologicznego w chirurgii kręgosłupa o wartości 168,61 tys. zł nie jest od roku użytkowany.

Prezes Zarządu wyjaśniła, że aparatura ta nie jest od roku użytkowana z uwagi na fakt, iż zajmujący się chirurgią kręgosłupa lekarz specjalista ortopedii i traumatologii narządu ruchu, z dniem 30 września 2017 r. zrezygnował z zatrudnienia w LCO, zaś pozostali lekarze nie wykorzystują tego urządzenia.

Ponadto, jak wynika z wyjaśnień, Zarząd LCO podjął decyzję o sprzedaży urządzenia, uzyskując zgodę Rady Nadzorczej, a informację o sprzedaży zamieszczono na stronie internetowej.

Optymalizacja pracy oddziałów i poradni

Po utworzeniu PSZ w większości podmiotów leczniczych nie dokonano zmian organizacji pracy poradni i oddziałów, ani struktury zatrudnienia. Wprowadzane w kilku podmiotach leczniczych zmiany wynikały z dążenia do ograniczenia ujemnego wyniku finansowego, bądź usprawnienia pracy oddziałów czy poradni.

Przykłady

Po utworzeniu PSZ, **Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lęborku** dokonał zmian organizacji pracy poradni i oddziałów oraz struktury zatrudnienia, w celu uniknięcia niepotrzebnych hospitalizacji poprzez poszerzenie dostępności i jakości świadczeń ambulatoryjnych. Między innymi zwiększono dostępność Poradni Chirurgii Ogólnej z trzech razy w tygodniu przed 30 września 2017 r., w tym jeden raz w godzinach popołudniowych, do czterech razy w tygodniu, w tym dwa razy po południu w okresie od 1 października 2017 r. i do pięciu razy w tygodniu w tym dwa razy popołudniu od 6 lipca 2018 r.

W **Szpitalu Miejskim Nr 4 w Gliwicach sp. z o.o.**, w ramach optymalizacji pracy oddziałów szpitalnych i poradni, po utworzeniu sieci szpitali podjęto m.in. następujące działania:

- w oddziale urologii wprowadzono oddzielny dyżur stacjonarny lekarzy urologów oraz wprowadzono dyżur drugiego zespołu anestezjologicznego,
- połączono dwa oddziały chirurgii urazowo-ortopedycznej.

Prezes Zarządu **Lubuskiego Centrum Ortopedii im. dr. Lecha Wierusza sp. z o.o. w Świebodzinie** wyjaśniła, że praca oddziałów szpitalnych jak i poradni jest zorganizowana w sposób optymalny. Po utworzeniu sieci szpitali nie było podstaw do przeprowadzenia zmian organizacyjnych, zaś liczba lekarzy w poszczególnych komórkach organizacyjnych była wystarczająca.

Ponadto z wyjaśnień Prezes Zarządu wynikało, że baza sprzętowo-lokalowa jest optymalna biorąc pod uwagę obowiązującą wartość umów zawartych z LOW NFZ, jak również możliwość realizacji świadczeń ponad kwotę ryczałtu PSZ. Prezes zaznaczyła także, że celem zmniejszenia liczby oczekujących możliwe jest ze strony LCO przygotowanie i uruchomienie kolejnej sali lub sal operacyjnych, przy zatrudnieniu dodatkowej kadry lekarskiej i pielęgniarskiej oraz administracyjno-technicznej obsługi, jednak posiadany kontrakt z LOW NFZ nie pozwala na ww. inwestycję, a jej realizacja byłaby możliwa tylko w przypadku zabezpieczenia dodatkowych środków przez LOW NFZ.

Utworzenie tzw. sieci szpitali nie miało wpływu na zmianę organizacji pracy oraz struktury zatrudnienia **Szpitala Czerniakowskiego sp. z o.o.** Wprowadzone po utworzeniu sieci szpitali zmiany w organizacji pracy poradni i oddziałów, wynikały częściowo z realizacji Planu Naprawczego. Zgodnie z jego założeniami, w drugim półroczu 2017 r. planowano zwiększenie liczby i zakresu realizowanych usług medycznych w zakresie chirurgii ogólnej, ortopedii, chorób wewnętrznych, neurologii, laryngologii i okulistyki.

Na przestrzeni lat 2015–2018 liczba personelu medycznego zatrudnionego w poszczególnych komórkach organizacyjnych szpitala udzielających świadczeń w leczeniu szpitalnym nie ulegała większym zmianom. Wejście Spółki do PSZ nie miało wpływu na zmianę przyjętych form zatrudnienia pracowników, a zmiany, które wystąpiły w tym zakresie miały charakter jednostkowy.

Utworzenie sieci szpitali nie wpłynęło na zmianę organizacji pracy oddziałów szpitalnych i poradni w **Szpitalu Wolskim im. A. Gostyńskiej w Warszawie**, poza jedną zmianą związaną z likwidacją pododdziału endokrynologicznego i włączeniem jego zasobów bezpośrednio do struktury oddziału chorób wewnętrznych. Jak wskazał Dyrektor szpitala, nie było konieczności ani potrzeby zamian organizacji pracy ani struktury zatrudnienia personelu medycznego w związku z powstaniem PSZ.

Skargi pacjentów

Do żadnego z 29 kontrolowanych podmiotów leczniczych, ich organów założycielskich ani właściwych im oddziałów wojewódzkich NFZ po utworzeniu PSZ nie wpłynęły skargi związane z ograniczeniem zakresu udzielanych świadczeń.

5.2.2. Wykorzystanie łóżek szpitalnych

Skracanie czasu hospitalizacji umożliwia zwiększenie wskaźnika przelotowości łóżek szpitalnych, a jeśli jednocześnie w szpitalu wykorzystanie łóżek szpitalnych jest na poziomie pełnym lub oczekiwanym, pozwala to na maksymalizowanie efektów działalności szpitala, a tym samym na podniesienie efektywności usługowej szpitala i zwiększenie dostępności do usług medycznych.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Zakres analizy

Analizie kontrolnej poddano dane statystyczne:

- średni czas hospitalizacji,
- wskaźnik przelotowości,
- średnie wykorzystanie łóżek,

obliczone za okres pierwszych trzech kwartałów lat 2015–2018, dla 242 oddziałów szpitalnych[45], finansowanych w ramach systemu PSZ, zlokalizowanych w 29 podmiotach leczniczych.

Średni czas hospitalizacji

Średni czas hospitalizacji, liczony jako iloraz wszystkich tzw. osobodni i liczby hospitalizowanych, na oddziałach szpitalnych objętych badaniem w I–III kwartale 2018 r. nie różnił się znacząco w stosunku do lat poprzednich i wynosił:

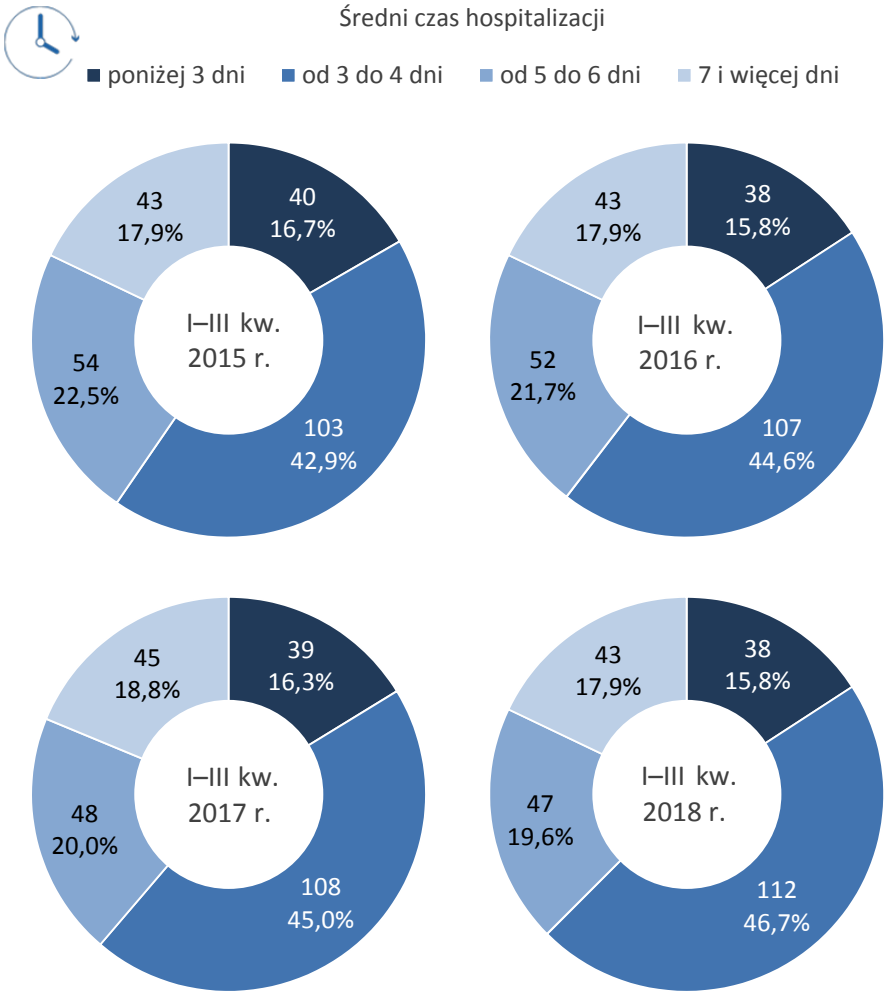
- poniżej trzech dni w 38 oddziałach (15,8%),
- od trzech do czterech dni w 112 oddziałach (46,7%),
- od pięciu do sześciu dni w 47 oddziałach (19,6%),
- siedem i więcej dni w 43 oddziałach (17,9%).

Jednakże należy zwrócić uwagę na pozytywny trend wzrostu liczby oddziałów, na których średni czas hospitalizacji wynosił od trzech do czterech dni (z kolejno 103 w I–III kwartale 2015 r., przez 107 w I–III kwartale 2016 r. i 108 w I–III kwartale 2017 r.). Spośród oddziałów szpitalnych poddanych analizie w I–III kwartale 2018 r., w porównaniu do roku poprzedniego, w 124 skrócił się czas hospitalizacji (maksymalnie o 4,3 dna), w 102 wydłużył się (maksymalnie o 2,2 dnia), a w pozostałych pozostał bez zmian.

Należy podkreślić, że krótszy czas hospitalizacji pacjenta pozwala na bardziej efektywne wykorzystanie zasobów, przyjmowanie większej liczby pacjentów i zmniejszanie wydatków ponoszonych w związku z ich wydłużonym pobytem. Jednocześnie krótsze hospitalizacje zazwyczaj oznaczają bardziej zintensyfikowane świadczenia zdrowotne, a z tego względu skracanie czasu hospitalizacji ściśle zależne jest od możliwości danego podmiotu leczniczego, w tym posiadanych przez niego zasobów kadrowych i technologii medycznych (w tym możliwości udzielania świadczeń w trybie jednego dnia).

[45] Z badania wyłączono m.in. oddziały anestezjologii i intensywnej terapii, rehabilitacyjne, zakaźne, geriatryczne, szpitalne oddziały ratunkowe.

Wykres nr 12
Liczba oddziałów szpitalnych, na których odnotowano poszczególne wartości średniego czasu hospitalizacji w I–III kwartale lat 2015–2018 (ogółem i w podziale na poziomy zabezpieczenia)



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli przeprowadzonej w 29 podmiotach leczniczych, w tym 12 zakwalifikowanych do I stopnia, 12 do II stopnia oraz pięciu do III stopnia zabezpieczenia.

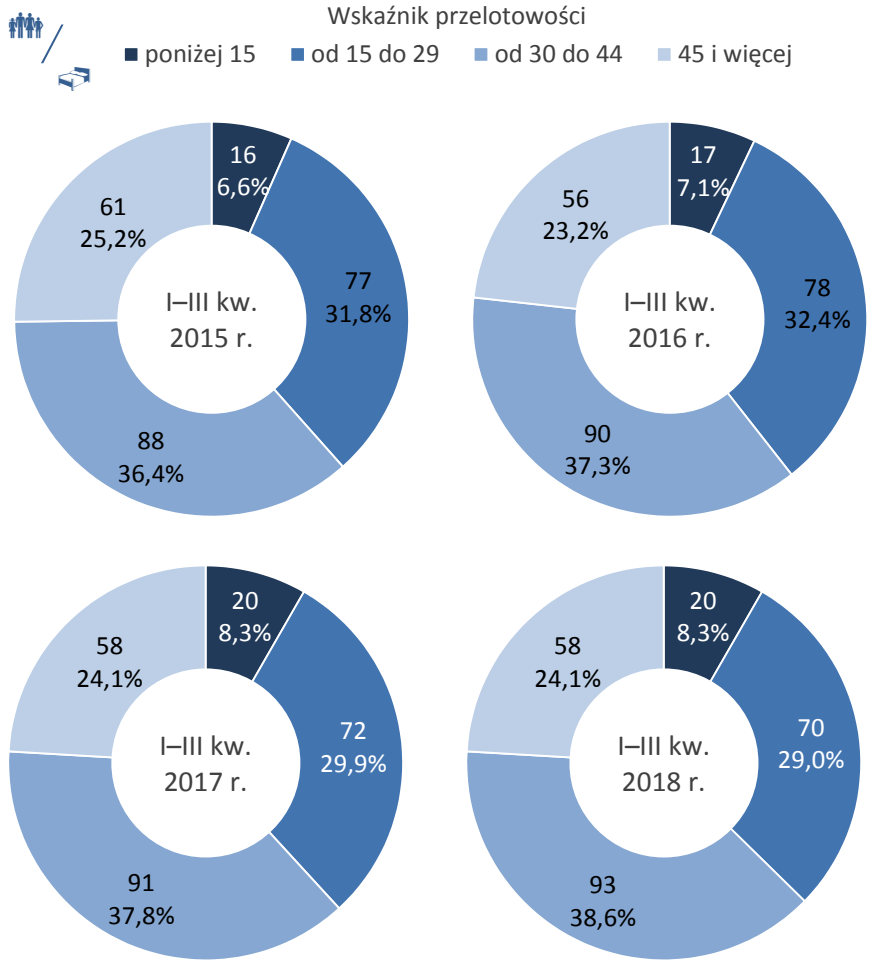
Wskaźnik przelotowości

Z kolei wskaźnik przelotowości obliczany jest jako iloraz liczby hospitalizowanych w analizowanym okresie i liczby posiadanych w tym czasie łóżek (określa, ilu chorych korzystało kolejno z jednego łóżka szpitalnego). Na jego wartość przekłada się kilka zjawisk: liczba dostępnych łóżek i liczba mieszkańców, chorobowość mieszkańców, skłonność do leczenia szpitalnego. W tym kontekście należy uznać, że im większa przelotowość łóżek, tym lepiej, ponieważ istniejąca baza szpitalna jest bardziej intensywnie wykorzystywana. Na oddziałach szpitalnych objętych badaniem w I–III kwartale 2018 r. wskaźnik przelotowości wynosił:

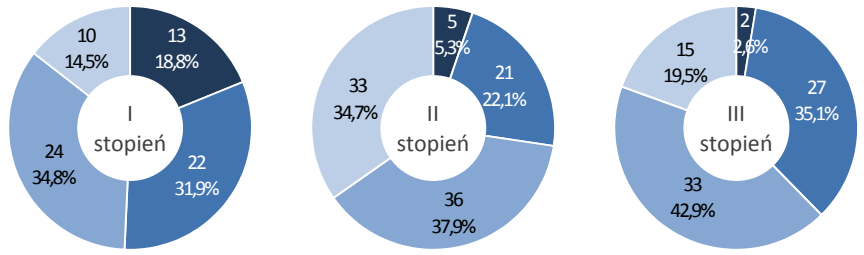
- poniżej 15 pacjentów na łóżko w 20 oddziałach (8,3%),
- od 15 do 29 pacjentów na łóżko w 70 oddziałach (29,0%),
- od 30 do 44 pacjentów na łóżko w 93 oddziałach (38,6%),
- 45 i więcej pacjentów na łóżko w 58 oddziałach (24,1%).

Spośród oddziałów szpitalnych poddanych analizie w I–III kwartale 2018 r., w porównaniu do roku poprzedniego, w 133 zmniejszyła się liczba pacjentów przypadających na jedno łóżko, w 107 zwiększyła się, a w pozostałych pozostała bez zmian.

Wykres nr 13
Liczba oddziałów szpitalnych, na których odnotowano poszczególne wartości wskaźnika przelotowości w I–III kwartale lat 2015–2018 (ogółem i w podziale na poziomy zabezpieczenia)



Dane za I–III kw. 2018 r. w podziale na poziomy zabezpieczenia



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli przeprowadzonej w 29 podmiotach leczniczych, w tym 12 zakwalifikowanych do I stopnia, 12 do II stopnia oraz pięciu do III stopnia zabezpieczenia.

Średnie wykorzystanie łóżek

Średnie wykorzystanie łóżek szpitalnych oznacza przez ile przeciętnie dni w ciągu analizowanego okresu łóżko było wykorzystywane dla hospitalizacji. Wskaźnik ten, wyrażony w procentach, jest liczony jako iloraz średniej liczby dni, przez które łóżko było zajęte i liczby dni analizowanego okresu[46], którą przyjmuje się za 100. Przyjmuje się pożądaną do osiągnięcia wartość tego współczynnika na poziomie około 80%[47], jednakże jak wskazują wyniki kontroli w podmiotach leczniczych częstokroć wykorzystanie łóżek szpitalnych było znacznie niższe.

W pierwszych trzech kwartałach 2018 r. średnie wykorzystanie łóżek na poziomie poniżej 60% odnotowano łącznie na 126 oddziałach szpitalnych (52,1%), w tym na poziomie poniżej 40% na 41 oddziałach (16,9%). Najniższe wykorzystanie łóżek występowało przede wszystkim na oddziałach ginekologiczno-położniczych, neonatologicznych, pediatrycznych oraz okulistycznych.

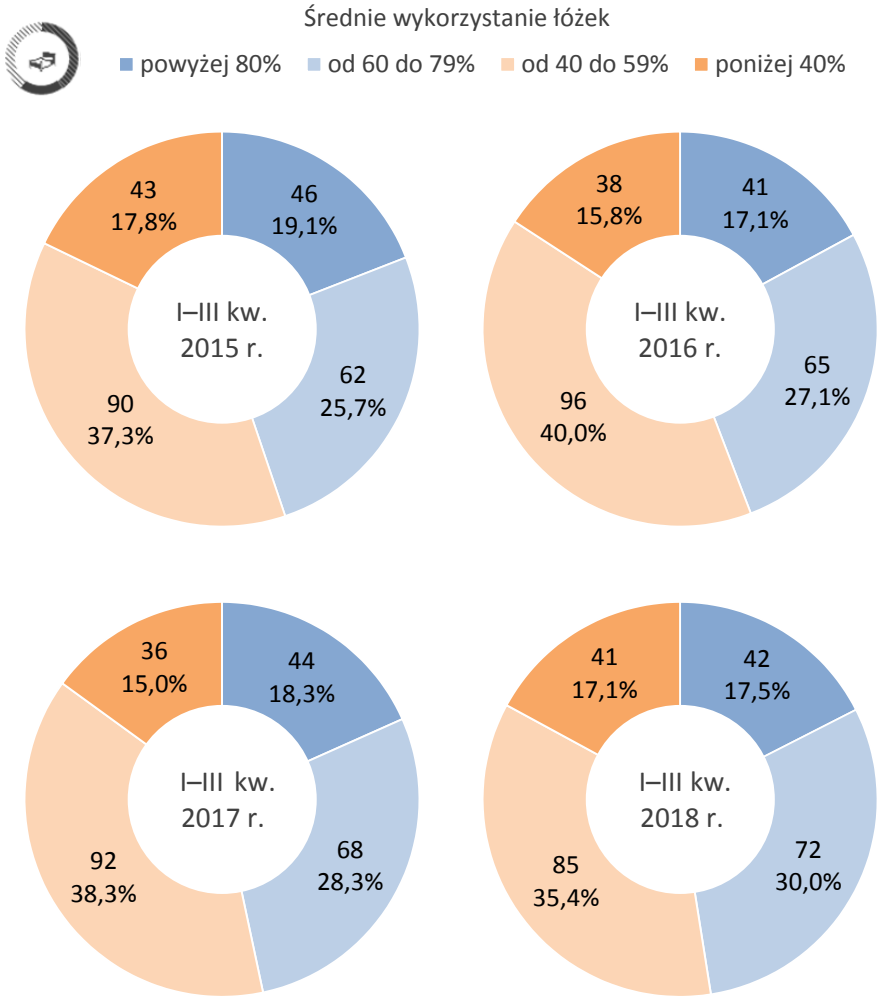
Wykorzystanie łóżek w stosunku do I–III kwartału roku poprzedniego:

- w I–III kwartale 2018 r. zmniejszyło się na 141 oddziałach (58,3%), zwiększyło na 96 (39,7%), a na pozostałych zostało bez zmian;
- w I–III kwartale 2017 r. zmniejszyło się na 110 oddziałach (45,5%), zwiększyło na 130 (53,7%), a na pozostałych zostało bez zmian;
- w I–III kwartale 2016 r. zmniejszyło się na 117 oddziałach (48,3%), zwiększyło na 124 (51,2%), a na pozostałych zostało bez zmian.

[46] Dla potrzeb tej kontroli średnio w trzech pierwszych trzech kwartałach każdego roku 272 dni kalendarzowych.

[47] „Wskaźniki do projektu tworzenia sieci szpitali z elementami analizy sytuacji demograficznej i stanu zdrowia ludności", Warszawa grudzień 2006 r., str. 22 (Materiał przygotowany dla Ministra Zdrowia przez Państwowy Zakład Higieny na podstawie baz danych Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia i Państwowego Zakładu Higieny, dotyczących infrastruktury szpitali i ich działalności).

Wykres nr 14
Średnie wykorzystanie łóżek szpitalnych w I–III kwartale lat 2015–2018 ogółem i w podziale na poziomy zabezpieczenia



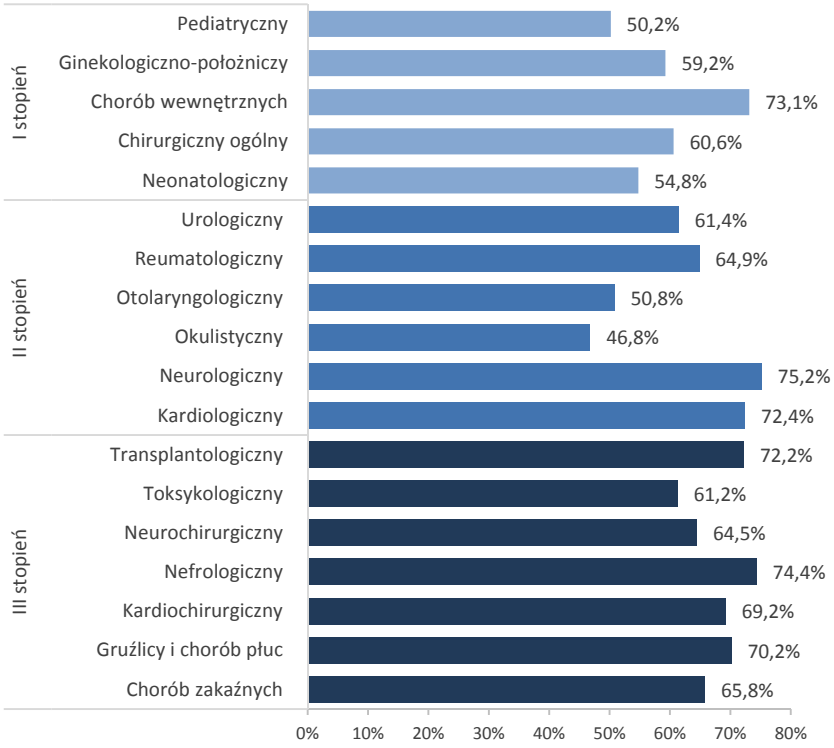
Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli przeprowadzonej w 29 podmiotach leczniczych, w tym 12 zakwalifikowanych do I stopnia, 12 do II stopnia oraz pięciu do III stopnia zabezpieczenia.

Powyższe potwierdzają również dane Głównego Urzędu Statystycznego, zawarte w publikacji „Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 r."[48]. Przeciętne wykorzystanie łóżek w ciągu roku dla wszystkich szpitali w Polsce w 2017 r.

[48] Https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2017-r-,1,8.html (dostęp z dnia 21 marca 2019 r.).

wyniosło 65,8% (240 dni w roku) i było o dwa dni mniej niż w 2016 r. i o dziewięć dni mniej niż w 2010 r. W przekroju wojewódzkim baza łóżkowa szpitali ogólnych była w największym stopniu wykorzystana w województwach: lubelskim (71,4%), małopolskim (70,5%) i zachodniopomorskim (68,7%), a najniższe wykorzystanie łóżek odnotowano w województwach: wielkopolskim (56,9%), opolskim (63,8%) i podlaskim (63,9%).

Wykres nr 15
Średnie wykorzystanie łóżek w wybranych oddziałach przypisanych do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia szpitalnego w 2017 r. w Polsce



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych GUS, „Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 r.". Dane nie uwzględniają szpitali prowadzących wyłącznie działalność dzienną.

Podsumowanie

Jak wynika z przedstawionych w tym rozdziale danych dotyczących wykorzystania łóżek szpitalnych w 29 kontrolowanych podmiotach, najgorzej sytuacja przedstawiała się w szpitalach zakwalifikowanych do I poziomu zabezpieczenia, gdzie odnotowano najniższe poziomy średniego wykorzystania łóżek przy jednoczesnym niskim wskaźniku przelotowości. Utrzymywanie dużej liczby łóżek przy ich niskim wykorzystaniu jest nieekonomiczne i powoduje nadmierne koszty.

Jednakże dokonując oceny działalności oddziałów poprzez wyżej wymienione wskaźniki, należy uwzględnić specyfikę poszczególnych oddziałów, ich funkcje w strukturze szpitala i przeznaczenie w procesie leczenia. Inny charakter mają oddziały intensywnej terapii, pełniące szczególną rolę w stanach bezpośredniego zagrożenia życia, a inny oddziały kardiochirurgiczne, w których wykonywane są operacje, a także prowadzona jest diagnostyka, sprawowana jest szeroka opieka przed – i pooperacyjna.

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

Jedną z przesłanek zmian w zakresie funkcjonowania i sposobu finansowania szpitali, w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, było zwiększenie przychodów szpitali z tytułu zawartych umów z NFZ. Wyniki kontroli wskazują na zwiększenie finansowania, jednakże w zbyt niskim stopniu w stosunku do wzrostu kosztów działalności. Co więcej, rosnąca różnica we wzroście przychodów i kosztów przełożyła się na pogorszenie sytuacji finansowej szpitali.

Wartość umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

W badanym okresie rosła wartość zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w 29 kontrolowanych podmiotach leczniczych, w tym m.in. wartość umów zawartych na 2018 r.[49] była wyższa od wartości umów obowiązujących w 2017 r. o 8,2% (tj. o 162 180,28 tys. zł), od umów na 2016 r. o 15,5% (o 287 662,13 tys. zł) oraz umów na 2015 r. o 21,5% (tj. o 382 725,04 tys. zł), zaś w porównaniu do roku poprzedniego wartość zawartych umów wzrosła o:

- 6,8% (o 125 481,8 tys. zł) w I–III kwartale 2017 r. w stosunku do I–III kwartału 2016 r.;
- 5,4% (o 95 062,9 tys. zł) w I–III kwartale 2016 r. w stosunku do I–III kwartału 2015 r.

W 2018 r., w stosunku do 2015 r., wartość zawartych umów najbardziej wzrosła w grupie 12 podmiotów leczniczych zakwalifikowanych do II poziomu zabezpieczenia, tj. o 26,4%. W przypadku 12 szpitali zakwalifikowanych do I poziomu zabezpieczenia wzrost ten wyniósł 19,6%, zaś pięciu podmiotów będących na III poziomie – 16,7%.

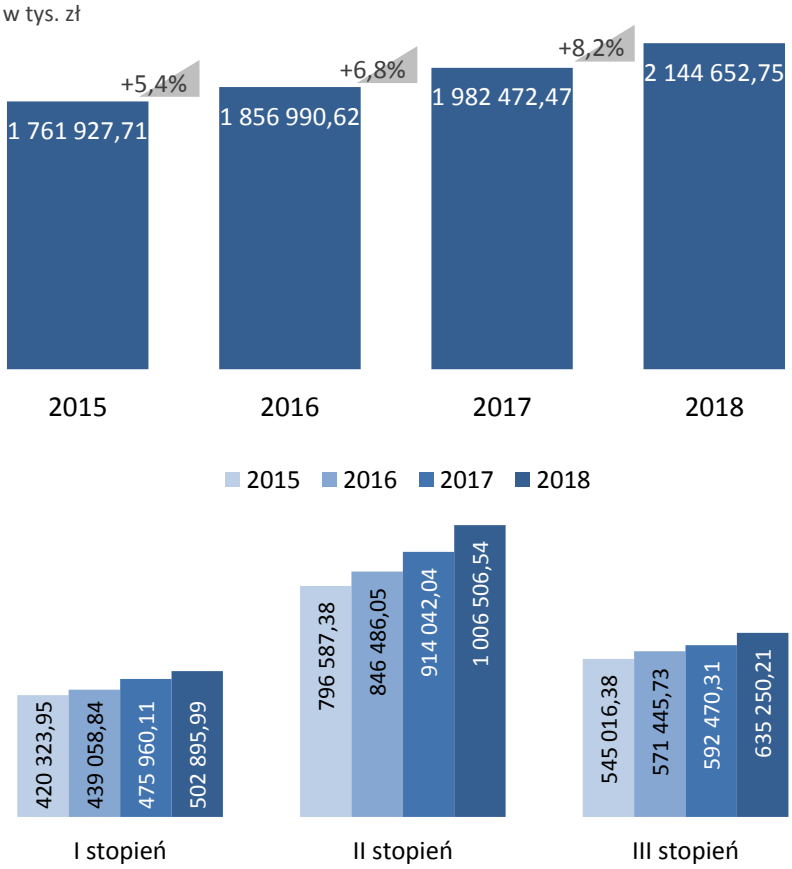
Wartość zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w 2018 r.:

- w stosunku do 2015 r. zmalała jedynie w jednym podmiocie leczniczym – Szpitalu Międzyrzeckim sp. z o.o. (o 0,2%),
- w stosunku do 2016 r. zmalała w dwóch podmiotach – Szpitalu Międzyrzeckim sp. z o.o. (o 2,5%) oraz w Szpitalu Miejskim nr 4 w Gliwicach sp. z o.o. (o 0,3%),
- w stosunku do 2017 r. zmalała w dwóch podmiotach: Szpitalu Międzyrzeckim sp. z o.o. (o 3,7%) oraz Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Sulechowie (o 1,2%).

Najwyższe wzrosty wartości umów w 2018 r., w stosunku do 2015 r. odnotowano w: Kociewskim Centrum Zdrowia sp. z o.o. w Starogardzie Gdańskim (o 41,7%), Szpitalu Wojewódzkim im. dr. L. Rydygiera w Suwałkach (o 33,8%) oraz w Szpitalu Czerniakowskim sp. z o.o. w Warszawie (o 33,4%).

[49] Dane o wartości zawartych umów na 2018 r. przedstawiono według stanu na dzień zakończenia poszczególnych kontroli w podmiotach leczniczych.

Wykres nr 16
Wartość umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia przez 29 kontrolowanych podmiotów leczniczych w latach 2015-2018 ogółem i w podziale na poziomy zabezpieczenia



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli przeprowadzonej w 29 podmiotach leczniczych, w tym 12 zakwalifikowanych do I stopnia, 12 do II stopnia oraz pięciu do III stopnia zabezpieczenia.

Wartość ryczałtu PSZ wynosiła łącznie 1 140 910,33 tys. zł, tj. 53,2% wartości umów zawartych przez kontrolowane szpitale na 2018 r. Udział ten kształtował się na podobnym poziomie dla poszczególnych grup kontrolowanych szpitali, tj.:

- 56,3% w grupie szpitali I stopnia;
- 50,1% w grupie szpitali II stopnia;
- 55,7% w grupie szpitali III stopnia.

Natomiast dla poszczególnych szpitali udział świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych w ramach ryczałtu PSZ przyjmował wartości od 29,4% w Wielospecjalistycznym Szpitalu Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu (szpital II stopnia) do 99,3% w Lubuskim Centrum Ortopedii im. dr. Lecha Wierusza sp. z o.o. w Świebodzinie (szpital II stopnia).

Przychody i koszty działalności leczniczej

Pomimo wzrostu przychodów z NFZ sytuacja finansowa szpitali objętych kontrolą nie poprawiła się. Spowodowane to było przede wszystkim niebilansowaniem się działalności leczniczej oraz większą dynamiką wzrostu kosztów działalności leczniczej względem przychodów.

Z danych uzyskanych w toku kontroli w 29 kontrolowanych podmiotach wynika, że przychody z działalności leczniczej, uzyskiwane w trzech pierwszych kwartałach kolejnych analizowanych lat[50] wzrosły o:

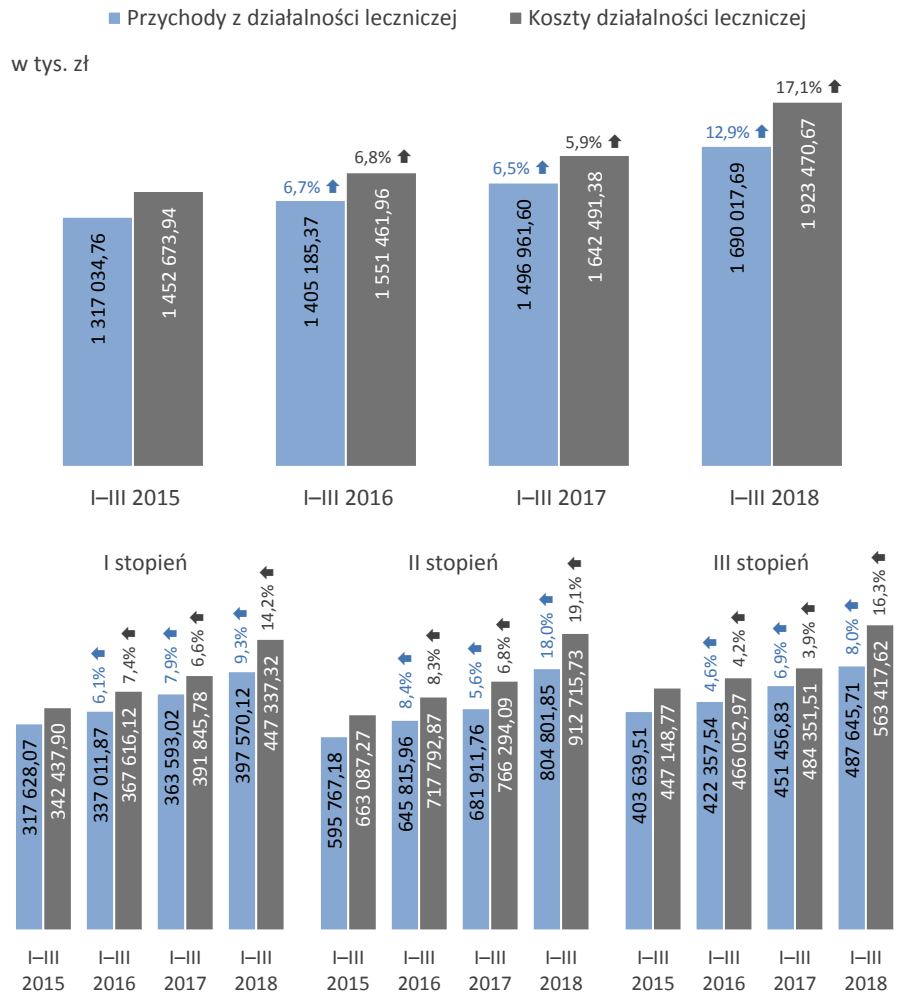
- 12,9% w I–III kwartale 2018 r. w stosunku do I–III kwartału 2017 r.;
- 6,5% w I–III kwartale 2017 r. w stosunku do I–III kwartału 2016 r.;
- 6,7% w I–III kwartale 2016 r. w stosunku do I–III kwartału 2015 r.

Jednakże w tym samym czasie koszty działalności leczniczej rosły o:

- 17,1% w I–III kwartale 2018 r. w stosunku do I–III kwartału 2017 r.;
- 5,9% w I–III kwartale 2017 r. w stosunku do I–III kwartału 2016 r.;
- 6,8% w I–III kwartale 2016 r. w stosunku do I–III kwartału 2015 r.

Największy wzrost zarówno przychodów jak i kosztów działalności w 2018 r., w stosunku do 2017 r., wystąpił w grupie szpitali II poziomu zabezpieczenia – odpowiednio o 18,0 i 19,1%.

Wykres nr 17
Przychody i koszty działalności leczniczej w I–III kwartale lat 2015–2018 ogółem i w podziale na poziomy zabezpieczenia



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli przeprowadzonej w 29 podmiotach leczniczych, w tym 12 zakwalifikowanych do I stopnia, 12 do II stopnia oraz pięciu do III stopnia zabezpieczenia.

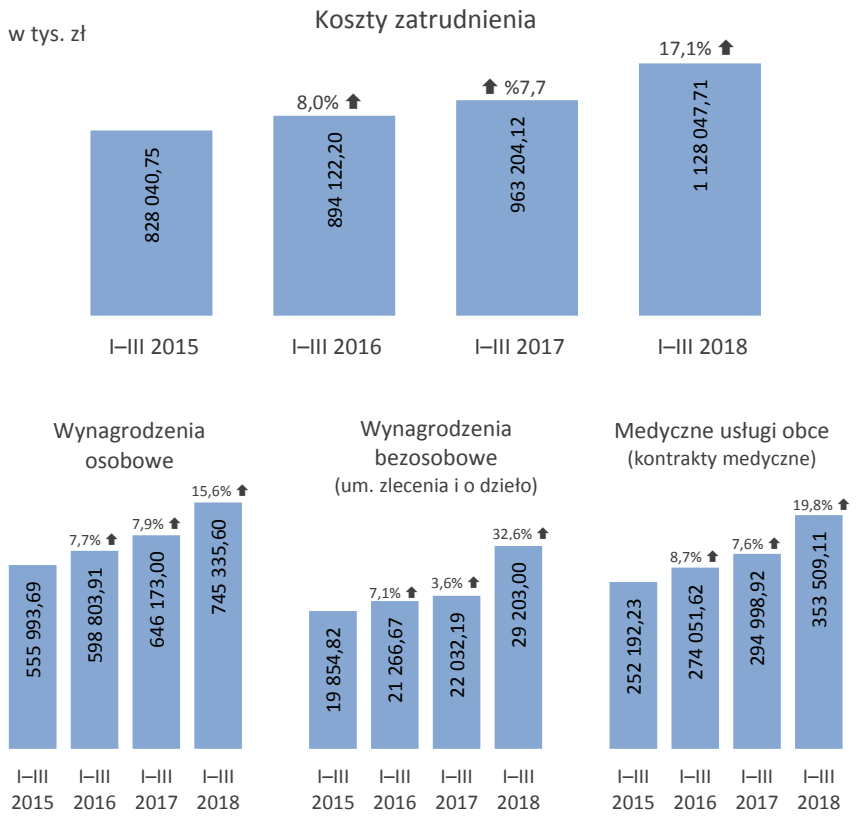
[50] Z uwagi na terminy przeprowadzania kontroli w podmiotach leczniczych i niemożność uzyskania danych za pełny rok 2018 – analizą objęto dane za pierwsze trzy kwartały kolejnych lat.

Koszty zatrudnienia

Największy udział w kosztach działalności leczniczej miały koszty zatrudnienia, w tym koszty wynagrodzeń oraz medycznych usług obcych (kontrakty). Stanowiły one od 57,0% w I–III kwartale 2015 r. do 58,7% w I–III kwartale 2018 r. kosztów działalności leczniczej kontrolowanych szpitali. W trzech pierwszych kwartałach kolejnych analizowanych lat koszty zatrudnienia wzrosły łącznie o:

- 17,1% w I–III kwartale 2018 r. w stosunku do I–III kwartału 2017 r.;
- 7,7% w I–III kwartale 2017 r. w stosunku do I–III kwartału 2016 r.;
- 8,0% w I–III kwartale 2016 r. w stosunku do I–III kwartału 2015 r.

Wykres nr 18
Koszty wynagrodzeń w 29 kontrolowanych podmiotach leczniczych w I-III kwartale lat 2015–2018



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli przeprowadzonej w 29 podmiotach leczniczych, w tym 12 zakwalifikowanych do I poziomu, 12 do II poziomu oraz pięciu do III poziomu zabezpieczenia.

Wzrost kosztów wynagrodzeń osobowych i bezosobowych oraz medycznych usług obcych, w tym wzrost w I–III kwartale 2018 r. w stosunku do I–III kwartału 2017 r. kosztów wynagrodzeń osobowych o 15,6%, wynagrodzeń bezosobowych o 32,6% oraz medycznych usług obcych o 19,8%, wynikał przede wszystkim z regulacji prawnych dotyczących wzrostu wynagrodzeń w ochronie zdrowia oraz w gospodarce narodowej, w tym regulacji, których skutki finansowe ponoszą podmioty lecznicze samodzielnie, w ramach otrzymywanego finansowania z NFZ:

- ustawy z 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w pod-

miotach leczniczych[51], którą ustalono najniższe wynagrodzenie zasadnicze przysługujące pracownikowi wykonującemu zawód medyczny, zatrudnionemu w podmiocie leczniczym oraz sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego zatrudnionych pracowników w stosunku do ustalonych kwot bazowych[52];
- ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę[53], na podstawie której określana jest wysokość minimalnego wynagrodzenia za pracę[54] oraz minimalnej stawki godzinowej[55],

oraz z regulacji, których skutki finansowe są w części pokrywane przez Ministra Zdrowia bądź NFZ (wyodrębnione środki w umowach o udzielanie świadczeń):

- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej[56], zgodnie z którym podmioty lecznicze były zobowiązane przeznaczyć dodatkowe środki na wynagrodzenia pielęgniarek i położnych;
- ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw[57], która gwarantowała podwyższenie wynagrodzeń zasadniczych lekarzy specjalistów zatrudnionych na umowie o pracę do poziomu 6750 zł brutto (art. 4 ustawy);
- rozporządzeń Ministra Zdrowia z dnia 27 października 2017 r.[58] oraz z dnia 6 września 2018 r.[59] w sprawie wysokości zasadniczego wyna-

[51] Dz. U. poz. 1473, ze zm. Ustawą z dnia 13 września 2018 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1942) rozszerzono zakres podmiotowy ustawy z 8 czerwca 2017 r. także na inne, poza osobami wykonującymi zawody medyczne, osoby uczestniczące w działalności podstawowej (m.in. sanitariuszy, fizyków medycznych, techników). Wynagrodzenie zasadnicze dla pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny w 2021 r. nie będzie mogło być niższe niż 2664 zł.

[52] Zgodnie z art. 3 ust. 12 i art. 7 ustawy do 31 grudnia 2019 r. kwota bazowa wynosi 3,9 tys. zł, zaś od 1 stycznia 2020 r. ma zostać odmrożona i być równa przeciętnemu miesięcznemu wynagrodzeniu brutto w gospodarce narodowej w roku poprzedzającym.

[53] Dz. U. z 2018 r. poz. 2177.

[54] Minimalne wynagrodzenie za pracę wynosiło: 2100 zł w 2018 r., 2000 zł w 2017 r., 1850 zł w 2016 r. oraz 1750 zł w 2015 r.

[55] Minimalna stawka godzinowa wynosiła: 13,70 zł w 2018 r. oraz 13,00 zł w 2017 r.

[56] Dz. U. poz. 1628, ze zm. Od 1 stycznia 2016 r. obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Dz. U. z 2016 r. poz. 1146, ze zm. Zgodnie z ustaleniami kontroli P/18/055 „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2017 r., NFZ w 2017 r. na pokrycie zwiększonych kosztów świadczeń realizowanych przez pielęgniarki i położne w 2017 r. wydatkował 2603 mln zł, w 2016 r. 1467,7 mln zł, w 2015 r. 306,6 mln zł.

[57] Dz. U. poz. 1532, ze zm.

[58] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 27 października 2017 r. w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizacje w ramach rezydentury, Dz. U. poz. 2017 (uchylone z dniem 1 lipca 2018 r.). Uprzednio obowiązywało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizacje w ramach rezydentury, Dz. U. poz. 1498.

[59] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 września 2018 r. w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizacje w ramach rezydentury, Dz. U. poz. 1737.

grodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizacje w ramach rezydentury, którymi to m.in. od 1 stycznia 2018 r., a następnie od 1 lipca 2018 r. zwiększone zostało zasadnicze wynagrodzenie miesięczne lekarza i lekarza dentysty odbywającego specjalizację w ramach rezydentury:

- w dziedzinach priorytetowych w dwóch pierwszych latach z 3602 zł przez 4190 zł do 4700 zł, a po dwóch latach z 3890 zł, przez 4520 zł do 5300 zł,
- w pozostałych dziedzinach w dwóch pierwszych latach z 3170 zł, przez 3675 zł do 4000 zł, a po dwóch latach z 3458 zł, przez 4006 zł do 4500 zł.

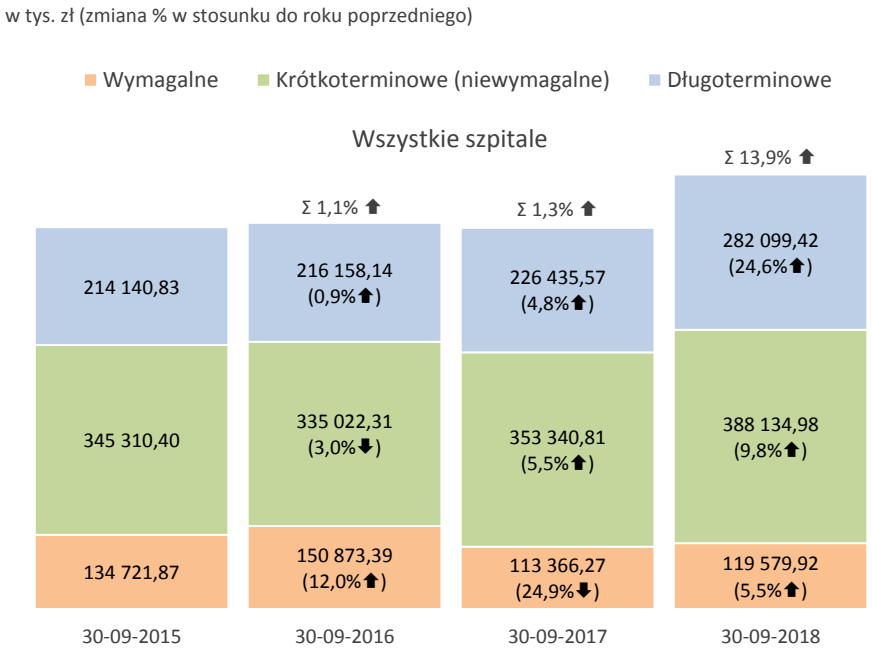
Zobowiązania podmiotów leczniczych

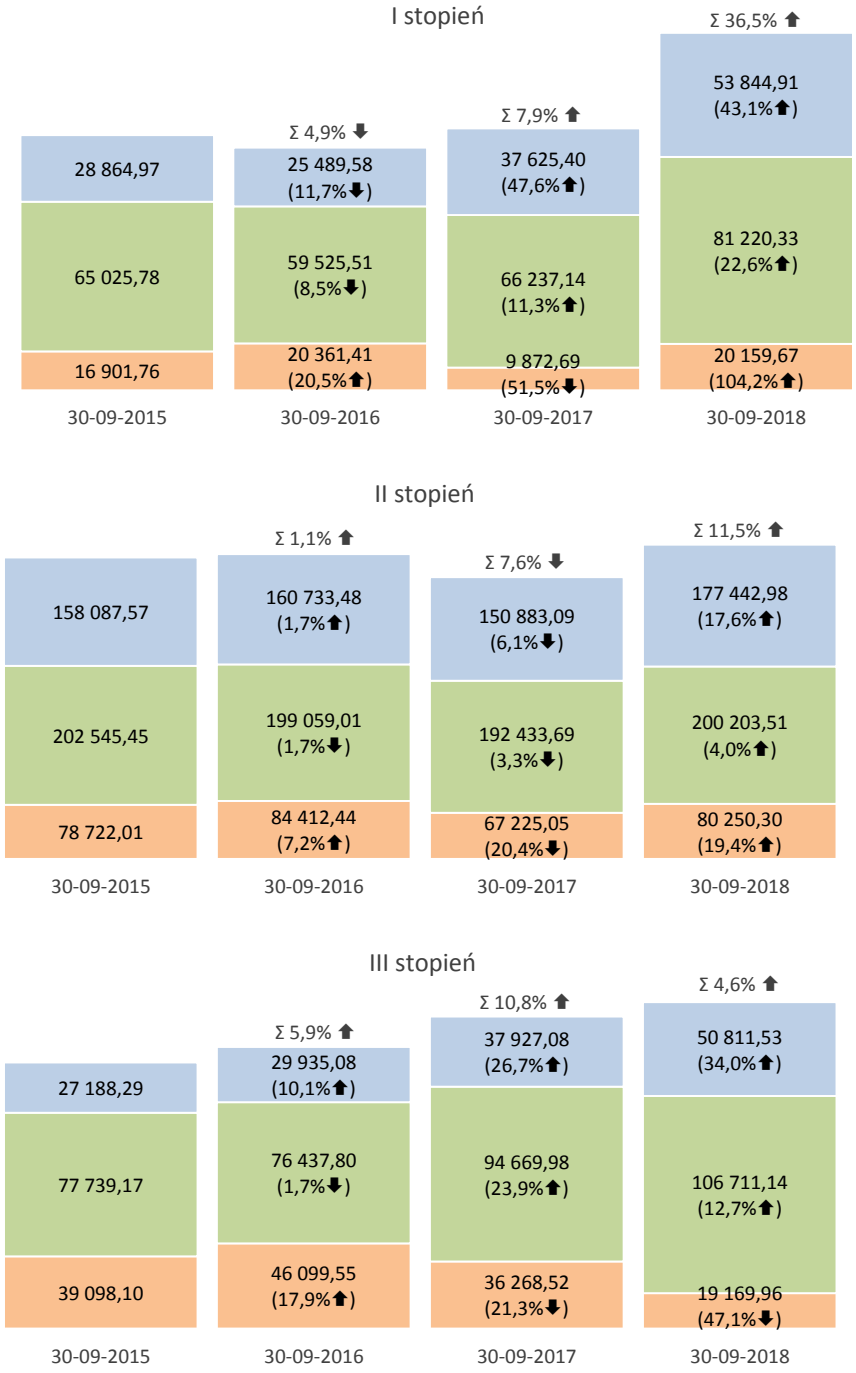
Rosnąca różnica w poziomie uzyskiwanych przychodów i ponoszonych kosztów skutkowała wzrostem zobowiązań skontrolowanych szpitali. Łączna wartość zobowiązań według stanu na dzień 30 września 2018 r. wzrosła o 13,9% w stosunku do 30 września 2017 r., w tym:

- łączna wartość zobowiązań wymagalnych wzrosła o 5,5%;
- łączna wartość zobowiązań krótkoterminowych (wymagalnych i niewymagalnych) wzrosła o 8,8%;
- łączna wartość zobowiązań długoterminowych wzrosła o 24,6%.

Łączna kwota zobowiązań w tym okresie wzrosła najbardziej w grupie podmiotów leczniczych zakwalifikowanych do I stopnia zabezpieczenia, tj. o 36,5% w stosunku do roku poprzedniego (dla szpitali II stopnia był to wzrost o 11,5%, zaś III stopnia o 4,6%).

Wykres nr 19
Struktura oraz dynamika zobowiązań w kontrolowanych szpitalach według stanu na koniec 30 września lat 2015–2018





Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli przeprowadzonej w 29 podmiotach leczniczych, w tym 12 zakwalifikowanych do I stopnia, 12 do II stopnia oraz pięciu do III stopnia zabezpieczenia.

Według stanu na 30 września 2018 r., w porównaniu do roku poprzedniego, spośród 29 kontrolowanych podmiotów leczniczych:

- zobowiązania krótkoterminowe zwiększyły się w 22 podmiotach leczniczych;
- zobowiązania wymagalne zwiększyły się w 14 podmiotach, a w siedmiu nie wystąpiły;
- zobowiązania długoterminowe zwiększyły się w ośmiu podmiotach, a w 10 nie wystąpiły.

Zmiany wartości zobowiązań w poszczególnych kontrolowanych podmiotach wynikały zarówno z pogarszającej się sytuacji finansowej, restrukturyzacji zadłużenia, jak i z udzielonej pomocy finansowej ze strony podmiotów tworzących, jak również z decyzji inwestycyjnych.

Przykłady

Zobowiązania **Szpitala Zachodniego im. św. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim** według stanu na dzień 30 września 2018 r. wyniosły 40 561,6 tys. zł, w tym zobowiązania krótkoterminowe stanowiły 98,6%. W badanym okresie wartość zobowiązań wymagalnych, sukcesywnie rosła, osiągając na koniec trzeciego kwartału 2018 r. wartość 16 334,9 tys. zł, co stanowiło 40,3% zobowiązań ogółem.

Zastępca Dyrektora ds. Administracyjnych oraz Główna Księgowa wyjaśnili, że na pogarszającą się sytuację finansową Szpitala największy wpływ od strony przychodów miał brak zapłaty za świadczenia wykonane ponad limit określony w umowach. Od strony kosztowej, negatywnie na sytuację finansową wpłynął wzrost kosztów usług obcych, który był pochodną zmian w systemie zatrudnienia pracowników oraz wzrostu najniższego wynagrodzenia.

Zobowiązania długoterminowe **Szpitala Czerniakowskiego w Warszawie**, wynoszące 2426,8 tys. zł na koniec trzeciego kwartału 2015 r., spadły do poziomu 1519,4 tys. zł w roku 2016, a w kolejnych analizowanych okresach już nie występowały.

Z kolei zobowiązania krótkoterminowe przyjmowały wartości w przedziale od 77 951,6 tys. zł na koniec trzeciego kwartału 2015 r. do 11 963,0 tys. zł na koniec trzeciego kwartału 2018 r. W szpitalu występowały zobowiązania wymagalne, które w badanym okresie roku 2015 wynosiły 38 400,6 tys. zł., w roku 2016 wynosiły 45 718,9 tys. zł., zaś na dzień przekształcenia Szpitala w spółkę prawa handlowego, tj. 16 maja 2017 r. wynosiły 17 876,8 tys. zł.

Spadek wartości zobowiązań był spowodowany przejęciem przez Miasto Stołeczne Warszawa zobowiązań szpitala o wartości ok. 64 mln zł. Ponadto, w lipcu 2017 r. Miasto Stołeczne Warszawa, pokryło ujemny wynik finansowy Szpitala, w wysokości 11 063,6 tys. zł. oraz przekazało środki na dokapitalizowanie w kwocie 10 842,0 tys. zł. Skutkiem działań jakie zostały podjęte przez Szpital w celu dalszej redukcji zadłużenia było uzyskanie kolejnego dokapitalizowania w dniu 18 października 2018 r. w wysokości 14 250,0 tys. zł.

W **Kociewskim Centrum Zdrowia sp. z o.o. w Starogardzie Gdańskim** zobowiązania krótkoterminowe na koniec września lat 2015–2018 wyniosły odpowiednio: 6812,1 tys. zł, 6725,8 tys. zł, 11 739,1 tys. zł i 7425,6 tys. zł, w tym zobowiązania wymagalne – odpowiednio: 1325,9 tys. zł, 338,8 tys. zł, 30,0 tys. zł i 46,3 tys. zł. Zobowiązania długoterminowe w latach 2015–2017 nie wystąpiły, a w 2018 r. wyniosły 1055,2 tys. zł.

Głównymi przyczynami wzrostu zobowiązań krótkoterminowych w IV kwartale 2017 r. były inwestycje związane z rozszerzeniem działalności o zakres kardiologii inwazyjnej i z budową lądowiska dla śmigłowców. Wzrost zobowiązań wymagalnych w III kwartale 2018 r. wystąpił wskutek ujęcia w księgach rachunkowych faktury, która wpłynęła do działu księgowego w dniu, w którym przypadał termin zapłaty, natomiast zobowiązania długoterminowe wynikały z zaciągniętego przez KCZ kredytu inwestycyjnego, przeznaczonego na finansowanie wydatków związanych z utworzeniem kardiologii inwazyjnej.

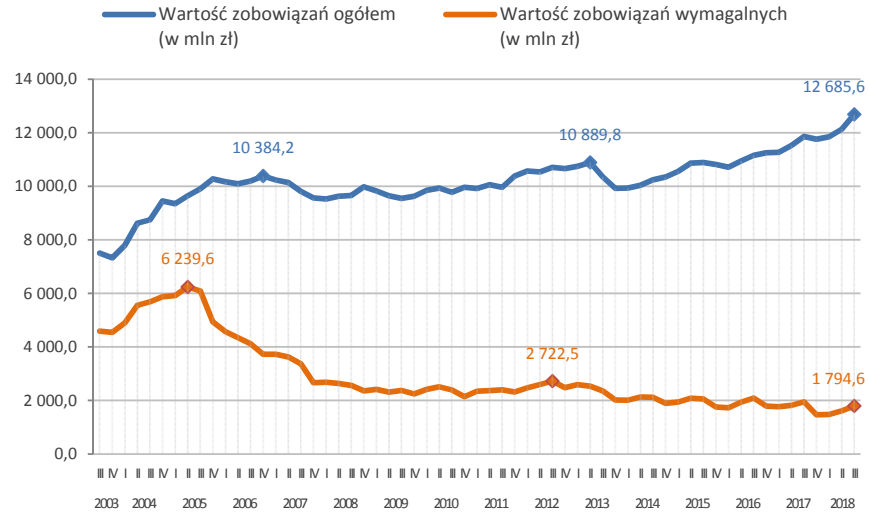
Powyższe potwierdzają również opublikowane przez Ministra Zdrowia dane o zobowiązaniach samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej[60]. Wartość zobowiązań SPZOZ ogółem w ostatnich latach

[60] Https://www.gov.pl/web/zdrowie/zadluzenie-spzoz, dostęp z dnia 18 marca 2019 r.

wykazywała tendencję rosnącą, a na koniec III kwartału 2018 r. wynosiła 12 685,6 mln zł i była najwyższa w ciągu ostatnich 15 lat[61]. Jednocześnie należy zauważyć, że wartość zobowiązań wymagalnych SPZOZ począwszy od 2007 r. pozostawała na stabilnym poziomie. Szczegółowe dane w tym zakresie przedstawiono na poniższych wykresach:

Wykres nr 20

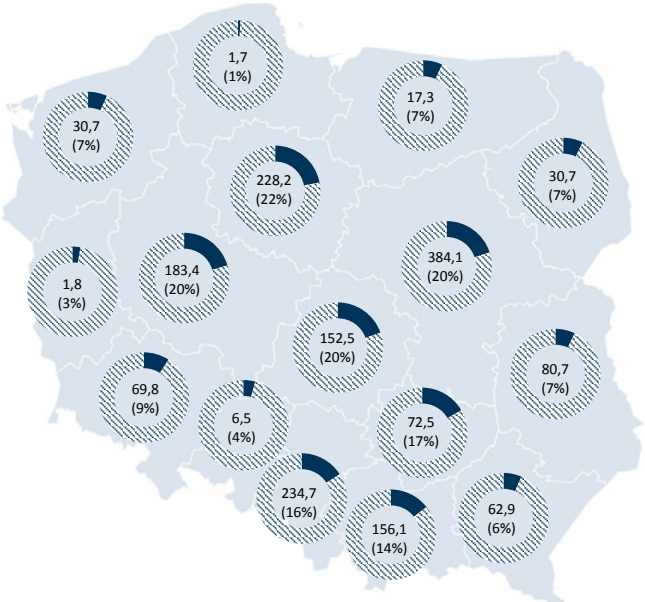
Wysokość zobowiązań wymagalnych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w okresie od III kwartału 2003 r. do III kwartału 2018 r (w mln zł)



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych o zobowiązaniach samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, opublikowanych przez Ministra Zdrowia na stronie internetowej: https://www.gov.pl/web/zdrowie/zadluzenie-spzoz, dostęp z dnia 18 marca 2019 r.

Wykres nr 21

Wartość i udział zobowiązań wymagalnych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w zobowiązaniach ogółem tych podmiotów na koniec III kwartału 2018 r. (w mln zł)



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych o zobowiązaniach samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, publikowanych przez Ministra Zdrowia na stronie internetowej: https://www.gov.pl/web/zdrowie/zadluzenie-spzoz, dostęp z dnia 18 marca 2019 r.

[61] Wartość zobowiązań ogółem na koniec III kwartału 2017 r. wynosiła 11 858,5 mln zł, na koniec III kwartału 2016 r. – 11 154,7 mln zł, na koniec III kwartału 2015 r. – 10 885,2 mln zł.

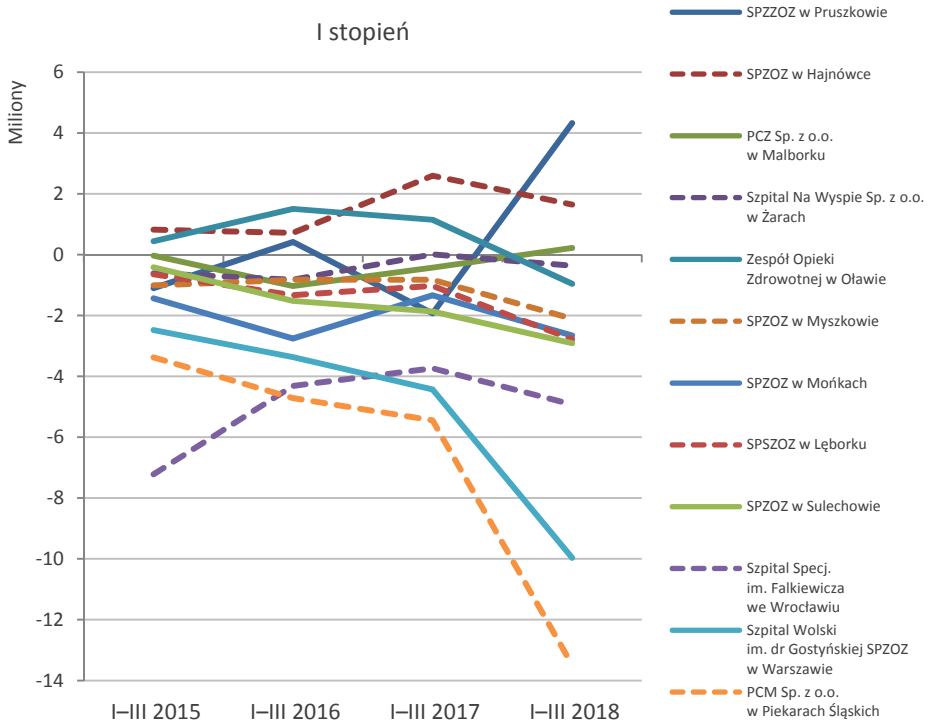
Wynik finansowy

Spośród 29 podmiotów leczniczych na koniec września 2018 r. w 23 podmiotach (79,3%) odnotowano ujemny wynik finansowy, w tym największą stratę:

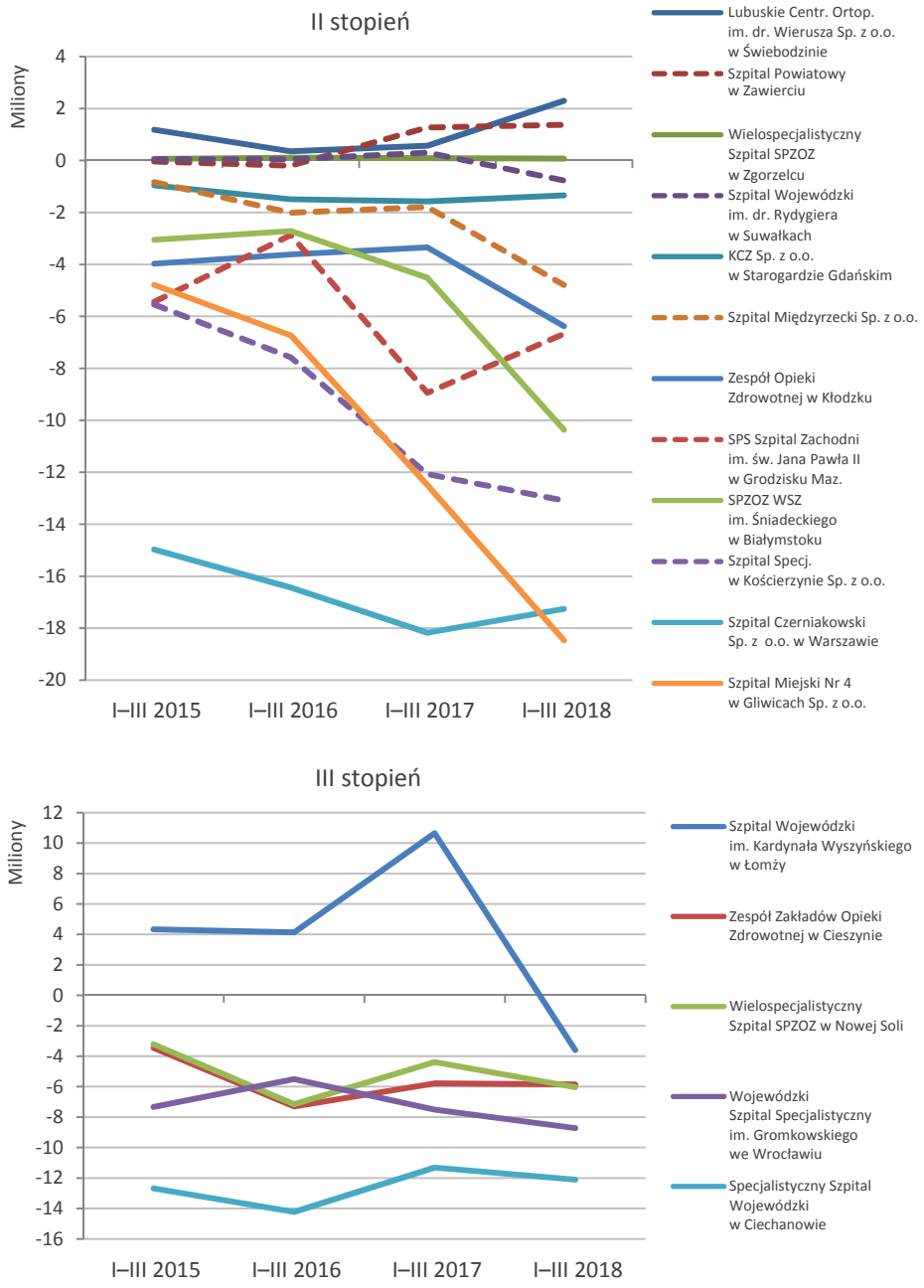
- wśród 12 szpitali zakwalifikowanych do I poziomu zabezpieczenia: (-)13 486,02 tys. zł w Piekarskim Centrum Medycznym sp. z o.o., (-)9964,63 tys. zł w Szpitalu Wolskim im. dr. Anny Gostyńskiej SPZOZ w Warszawie, (-)4925,16 tys. zł w Szpitalu Specjalistycznym im. Falkiewicza we Wrocławiu;
- wśród 12 szpitali zakwalifikowanych do II poziomu zabezpieczenia: (-)18 472,15 tys. zł w Szpitalu Miejskim nr 4 w Gliwicach sp. z o.o., (-)17 256,77 tys. zł w Szpitalu Czerniakowskim sp. z o.o. w Warszawie, (-)13 085,09 tys. zł w Szpitalu Specjalistycznym w Kościerzynie sp. z o.o.;
- wśród pięciu szpitali zakwalifikowanych do III poziomu zabezpieczenia: (-)12 106,91 tys. zł w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie, (-)8721,97 tys. zł w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu[62], (-)6036,60 tys. zł w Wielospecjalistycznym Szpitalu SPZOZ w Nowej Soli.

W porównaniu do roku poprzedniego, na koniec III kwartału 2018 r., wynik finansowy pogorszył się w 22 podmiotach (75,9%), na koniec III kwartału 2017 r. w 13 (44,8%), zaś na koniec III kwartału 2016 r. w 20 (69,0%).

Wykres nr 22
Wynik finansowy odnotowany w kontrolowanych podmiotach leczniczych na koniec 30 września lat 2015–2018, w podziale na stopnie zabezpieczenia



[62] Szpital mimo ponoszonych strat na koniec III kwartału lat 2015–2018, kolejno:(-)7 337 496 zł, (-)5 504 857 zł, (-)7 .505 760 zł oraz (-)8 791 170 zł, na koniec pełnego roku w okresie 2015–2017 r. każdorazowo wykazywał zysk netto w wysokości odpowiednio: 209 222,81 zł, 90 834,69 zł oraz 249 543,86 zł.



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli przeprowadzonej w 29 podmiotach leczniczych, w tym 12 zakwalifikowanych do I poziomu, 12 do II poziomu oraz pięciu do III poziomu zabezpieczenia.

Przykłady

Wynik na działalności leczniczej **Samodzielnego Publicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lęborku** liczony dla pierwszych trzech kwartałów z lat 2015–2018 był zawsze ujemny i wynosił odpowiednio (-)3170,2 tys. zł; (-)4337,9 tys. zł; (-)4085,7 tys. zł i (-)5951,5 tys. zł. Wynik finansowy Szpitala za trzy kwartały lat 2015–2018 był również ujemny i wynosił odpowiednio (-)647,9 tys. zł, (-)1329,6 tys. zł, (-)1026,0 tys. zł i (-)2784,8 tys. zł.

Z wyjaśnień Zastępcy Dyrektora ds. Finansowych wynika m.in., że ww. bilans kosztów i przychodów był niekorzystny ze względu na:

- rozliczanie przed wejściem PSZ niemal wszystkich świadczeń wykonanych ponad limity kontraktów na podstawie ugód z Pomorskim OW NFZ dopiero po zakończeniu umowy, czyli z reguły w I kwartale kolejnego roku;
- ponoszone koszty inwestycyjne – Szpital chcąc rozwijać swoją działalność i przystępując do konkursów NFZ, musi posiadać odpowiednią infrastrukturę, sprzęt i personel. Oznacza to konieczność ponoszenia kosztów, bez gwarancji szybkiego uzyskania finansowania. Przykładowo Oddział Geriatryczny oddano do użytkowania 1 stycznia 2017 r., a jego częściowe finansowanie z NFZ uzyskano dopiero od 1 października 2017 r.;
- rosnące koszty usług obcych w szczególności wartości umów cywilno-prawnych, wynikające z rosnących oczekiwań płacowych środowiska medycznego. W Szpitalu, podobnie jak w innych niedużych szpitalach powiatowych, w porównaniu do szpitali wojewódzkich, występuje niekorzystna relacja liczby zatrudnionych na umowę o pracę do zatrudnionych na umowy cywilno-prawne (19,4% do 80,6%),
- brak aktualizacji wyceny świadczeń szpitalnych opartych na Jednorodnych Grupach Pacjentów.

Szpital Powiatowy w Zawierciu po trzech kwartałach lat 2016–2018 odnotowywał straty na działalności leczniczej wynoszące odpowiednio: (-)1435,9 tys. zł, (-)564,4 tys. zł i (-)1640,0 tys. zł, wobec wypracowania przez Szpital po trzech kwartałach 2015 r. zysku na działalności leczniczej w kwocie 1589,9 tys. zł. Pomimo ww. strat na działalności leczniczej, Szpital na koniec trzech kwartałów lat 2017–2018 osiągnął dodatni wynik finansowy na poziomie odpowiednio: 1268,6 tys. zł i 1377,0 tys. zł, przy stracie na koniec trzech kwartałów lat 201–2016 na poziomie odpowiednio: 43,3 tys. zł i 196,7 tys. zł.

Zastępca Dyrektora Szpitala ds. Ekonomicznych wyjaśniła, że głównymi przyczynami wystąpienia ww. strat na działalności medycznej po trzech kwartałach w latach 2016–2017, było: nierozliczenie na koniec tych okresów wszystkich zrealizowanych świadczeń zdrowotnych. Wyniosły one na dzień 30 września 2016 r. 1165,9 tys. zł, a na dzień 30 września 2017 r. 1226,1 tys. zł. Ponadto na ww. wynik finansowy wpływ miała amortyzacja oraz podwyższenie kosztów wynagrodzeń w związku ze wzrostem płacy minimalnej i konieczność realizacji ustawy o minimalnym wynagrodzeniu pracowników w ochronie zdrowia. Pogłębienie się straty na działalności leczniczej na koniec III kwartału 2018 r., wyjaśniła dodatkowo wzrostem wynagrodzeń lekarzy (w związku z nowelizacją ustawy o świadczeniach) oraz pielęgniarek i położnych (wynikającym z roszczeń związków zawodowych).

Na koniec III kwartału 2018 r. **Wielospecjalistyczny Szpital Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowej Soli** odnotował stratę w wysokości (-)6036,6 tys. zł, zaś na koniec III kwartału 2017 r. strata wynosiła (-)4386,8 tys. zł, 2016 r. (-)7158,5 tys. zł, 2015 r. (-)3220,1 tys. zł. Natomiast według stanu na 31 grudnia w latach 2015–2016 zysk netto Szpitala wynosił odpowiednio: 2816,5 tys. zł oraz 1363,1 tys. zł. Na koniec 2017 r. Szpital odnotował stratę netto w wysokości (-)3095,5 tys. zł.

Dyrektor wyjaśniła, że do 2016 r. Szpital, przy równoczesnym wdrażaniu wielu działań restrukturyzacyjnych osiągał dodatni wynik finansowy pozwalający na samodzielne prowadzenie wszelkich inwestycji i procesów dostosowaw-

czych. Jednym z czynników negatywnie oddziałowujących na wynik finansowy jest fakt, iż przez blisko siedem lat utrzymana była bez zmian wycena świadczeń. Przy niezmienionej wycenie koszty jednostkowe ponoszone przy realizacji świadczeń w tym okresie znacznie zwiększyły się (m.in. płace, koszty materiałowe, energia elektryczna), co spowodowało utratę rentowności większości udzielanych przez szpital świadczeń. Ponadto w połowie 2017 r. weszła w życie ustawa o minimalnym wynagrodzeniu pracowników medycznych, której skutki finansowe zostały w całości przerzucone na podmioty lecznicze, a niedobór personelu medycznego spowodował zjawisko podbierania znacznie wyższymi płacami pracowników, głównie lekarzy.

W celu ograniczenia strat w szpitalu ograniczono realizację świadczeń ponad wartość ryczałtu PSZ, poprzez wyznaczenie limitu wartości świadczeń do wykonania w poszczególnych komórkach organizacyjnych szpitala.

Analiza sytuacji ekonomiczno-finansowej

W toku kontroli dla wszystkich podmiotów leczniczych[63] (niezależnie od formy prawnej) przeprowadzono analizę w oparciu o wskaźniki ekonomiczno-finansowe, określone 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[64].

Wyniki tej analizy wskazują, że na koniec III kwartału 2018 r. 16 kontrolowanych podmiotów leczniczych uzyskało gorszą łączną ocenę punktową niż na koniec III kwartału 2017 r., w przypadku czterech podmiotów sytuacja nie zmieniła się, a w przypadku ośmiu poprawiła się. Ocenę poniżej 35 punktów na 70 możliwych uzyskało 17 szpitali, w tym pięć poniżej 10 punktów. W poprzednich latach ocenę poniżej 35 punktów, w tym poniżej 10 punktów otrzymało odpowiednio:

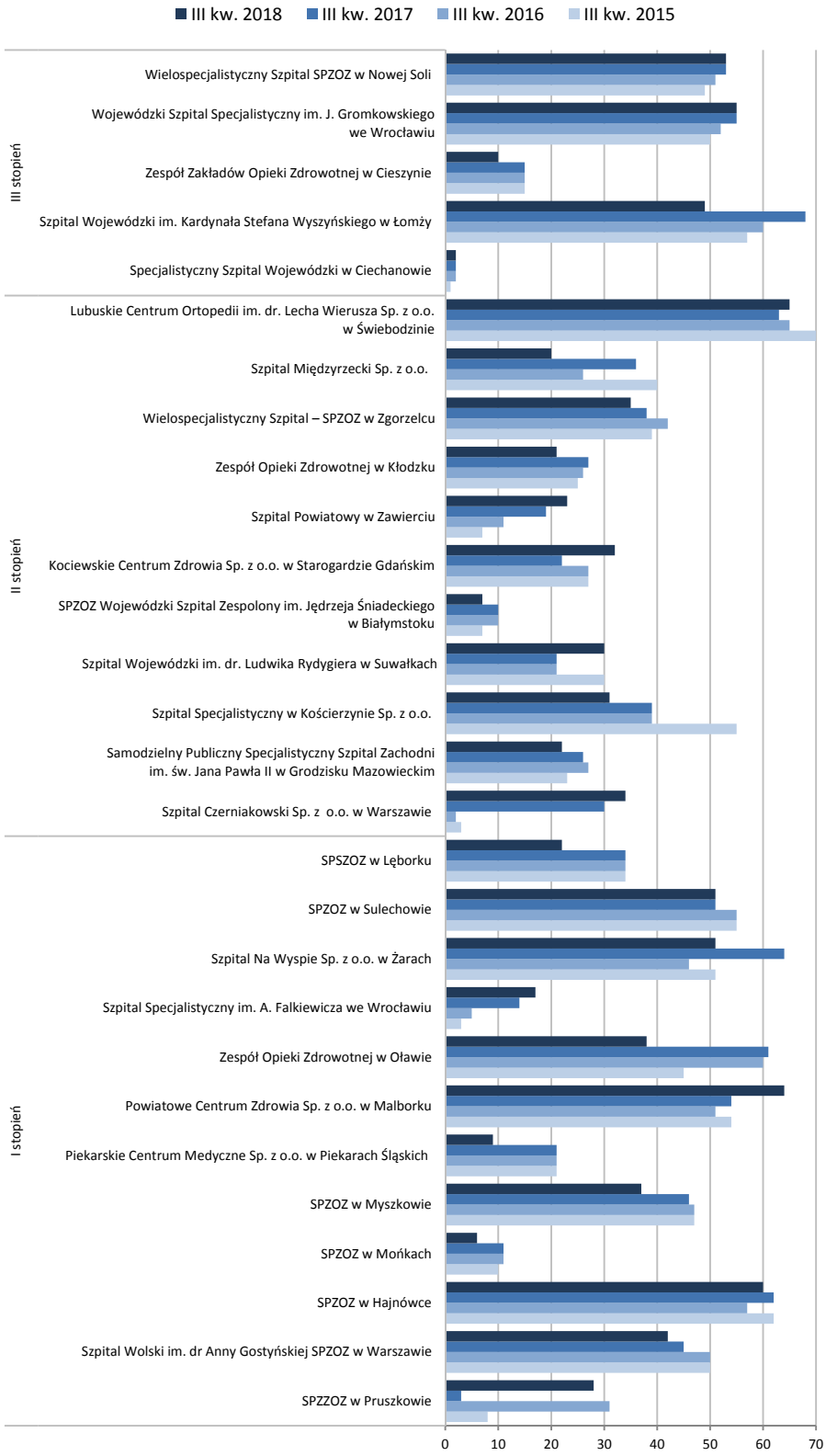
- na koniec III kwartału 2017 r. – 14 i dwa szpitale,
- na koniec III kwartału 2016 r. – 15 i trzy szpitale,
- na koniec III kwartału 2015 r. – 14 i sześć szpitali.

[63] Z badania wyłączono Szpital Miejski nr 4 w Gliwicach sp. z o.o. z uwagi na: przekształcenie Szpitala Miejskiego Nr 4 z Przychodnią Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Gliwicach w spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością w dniu 1 września 2015 r. oraz przejęcie z dniem 8 maja 2017 r. przez Spółkę (poprzez połączenie) Gliwickiego Centrum Medycznego sp. z o.o.

[64] Dz. U. poz. 832.

Wykres nr 23

Łączna liczba punktów uzyskana w wyniku analizy wskaźnikowej, przeprowadzonej według metodologii określonej 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 przez podmioty lecznicze na koniec III kwartałów poszczególnych lat 2015–2018



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli przeprowadzonej w 29 podmiotach leczniczych, w tym 12 zakwalifikowanych do I poziomu, 12 do II poziomu oraz pięciu do III poziomu zabezpieczenia.

Przykłady

W **Zespole Opieki Zdrowotnej w Kłodzku**, w okresie pierwszych trzech kwartałów lat 2015–2018, suma ocen wskaźników ekonomiczno-finansowych wzrosła z 25 pkt po III kwartale 2015 r. do 26 pkt i 27 pkt na koniec III kwartału kolejno 2016 r. i 2017 r., a następnie obniżyła się do 21 pkt po III kwartale 2018 r., przy maksymalnej możliwej sumie punktów wynoszącej 70 pkt. Kształtowanie się poziomu tych wskaźników nie było skorelowane z wprowadzeniem PSZ, ale wynikało w szczególności z nierentowności prowadzonej działalności przez ZOZ Kłodzko w tym okresie i wysokim zadłużeniem, a ponadto z ujemną wartością funduszu własnego na koniec III kwartału 2018 r.

Dyrektor wskazała, że kształtowanie się badanych wskaźników, odzwierciedlało trudną sytuację finansową ZOZ Kłodzko, wynikającą z dużej różnicy pomiędzy osiąganymi przez jednostkę przychodami, a ponoszonymi przez Szpital kosztami. Zaznaczyła przy tym, że Szpital nie ma wpływu na obowiązującą jednostkową wartość punktu rozliczeniowego udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, nie ma możliwości dywersyfikacji udzielanych świadczeń, nie może zrezygnować z grupy realizacji grupy świadczeń nierentownych oraz nie ma możliwości udzielania świadczeń powyżej wartości zawartych umów z NFZ w związku z nierealizowaniem płatności przez płatnika za ich wykonanie (z wyłączeniem świadczeń nielimitowanych).

Ocena punktowa wskaźników ekonomiczno-finansowych uzyskana przez **Szpital Międzyrzecki sp. z o.o. w Międzyrzeczu** po trzech pierwszych kwartałach w latach 2015–2018 była na bardzo niskim poziomie i przedstawiała się następująco:

- w 2015 r. 20 pkt na 70 możliwych do uzyskania (tj. 29%);
- w 2016 r. 13 pkt na 70 możliwych do uzyskania (tj. 19%);
- w 2017 r. 18 pkt na 70 możliwych do uzyskania (tj. 26%);
- w 2018 r. 10 pkt na 70 możliwych do uzyskania (tj. 14%).

W związku z ustaloną na 30 września w latach 2015–2018 stratą, Szpital osiągał ujemne wskaźniki zyskowności. Wskaźniki płynności bieżącej i szybkiej oraz zadłużenia osiągnęły niskie wartości i/lub zero punktów.

W sprawie stopnia realizacji „Programu naprawczego Szpitala na lata 2018–2019 i kolejne" były Prezes wyjaśnił, że: Szpital realizuje zmiany w zakresie kadrowo-organizacyjnym. Została ograniczona liczba pracowników w administracji o cztery etaty, przy czym mierzalny skutek wprowadzanych zmian będzie miał odzwierciedlenie od miesiąca grudnia. Na części oddziałów szpitalnych ograniczono personel lekarski w godzinach dopołudniowych, a w godzinach nocnych personel pielęgniarek i położnych. W oddziałach zostały zlikwidowane stanowiska zastępców kierowników/ordynatorów, a co za tym idzie zlikwidowano dodatki za pełnienie tych funkcji. Wprowadzono szczegółową kontrolę czasu udzielania świadczeń przez personel lekarski. Przeprowadzono szczegółową kontrolę posiadanych zasobów leków i sprzętu jednorazowego, co wpłynęło na optymalizację kosztów w tym okresie. Wprowadzono dodatkowy nadzór nad personelem lekarskim i pielęgniarskim w kwestii rozliczania i sprawozdawania zrealizowanych świadczeń. W celu poprawy sytuacji finansowej Szpital stara się, przy wsparciu Starostwa Powiatowego, o pozyskanie kredytu długoterminowego konsolidacyjnego na spłatę wcześniej zaciągniętych zobowiązań oraz spłatę zobowiązań wymagalnych.

Współczynniki korygujące wysokość ryczałtu PSZ

Podmioty lecznicze mogą podejmować starania w celu uzyskania wyższego ryczałtu przez zastosowanie współczynników korygujących (ql,j), związanych z jakością procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, wyzna-

czanych dla świadczeniodawcy na okres planowania, zgodnie z tabelą nr 2 określoną w załączniku do rozporządzenia w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej[65].

Z ustaleń kontroli wynika, że dodatnie współczynniki korygujące zostały zastosowane do obliczenia ryczałtu PSZ w przypadku 22 podmiotów leczniczych, w tym m.in.:

- osiem szpitali[66] za posiadanie certyfikatu akredytacyjnego, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia[67], dotyczącego profili systemu zabezpieczenia, ważnego przynajmniej przez jeden dzień w okresie planowania;
- 19 szpitali za posiadanie ważnego świadectwa jakości w okresie obejmującym okres planowania, w tym:
  - 13 szpitali[68] za świadectwo wydane przez Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej medycznemu laboratorium diagnostycznemu lub mikrobiologicznemu, będącemu jednostką organizacyjną świadczeniodawcy, zapewniającą realizację w lokalizacji udzielania świadczeń czynności laboratoryjnej diagnostyki mikrobiologicznej,
  - 18 szpitali[69] za świadectwo wydane przez Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej w zakresie chemii klinicznej medycznemu laboratorium diagnostycznemu, będącemu jednostką

[65] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1783, ze zm.).

[66] Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Warszawie, Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie, Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie sp. z o.o., Kociewskie Centrum Zdrowia sp. z o.o. w Starogardzie Gdańskim, Szpital Powiatowy w Zawierciu, Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie, Powiatowe Centrum Zdrowia sp. z o.o. w Malborku, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu.

[67] Dz. U. z 2016 r. poz. 2135.

[68] Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital Zachodni im. św. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim, Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie sp. z o.o., Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce, Szpital Wojewódzki im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach, Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lęborku, Kociewskie Centrum Zdrowia sp. z o.o. w Starogardzie Gdańskim, Zespół Opieki Zdrowotnej w Oławie, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu, Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza we Wrocławiu, Wielospecjalistyczny Szpital – Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu, Wielospecjalistyczny Szpital Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowej Soli, Szpital Międzyrzecki sp. z o.o. w Międzyrzeczu.

[69] Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital Zachodni im. św. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim, Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie, Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie sp. z o.o., Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mońkach, Szpital Wojewódzki im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach, Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lęborku, Powiatowe Centrum Zdrowia sp. z o.o. w Malborku, Zespół Opieki Zdrowotnej w Oławie, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu, Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza we Wrocławiu, Zespół Opieki Zdrowotnej w Kłodzku, Szpital Miejski nr 4 w Gliwicach sp. z o.o., Wielospecjalistyczny Szpital – Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu, Szpital Na Wyspie sp. z o.o. w Żarach, Wielospecjalistyczny Szpital Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowej Soli, Szpital Międzyrzecki sp. z o.o. w Międzyrzeczu.

organizacyjną świadczeniodawcy zapewniającą realizację w lokalizacji udzielania świadczeń czynności diagnostyki laboratoryjnej;

- siedem szpitali[70] za zmianę parametrów świadczeń opieki zdrowotnej sprawozdawanych w ryczałcie w okresie obliczeniowym, w porównaniu do okresu porównawczego, obliczoną na podstawie dokumentów rozliczeniowych, polegającą na wzroście liczby jednostek sprawozdawczych świadczeń ambulatoryjnych o co najmniej 10% (współczynniki miały zastosowanie od II półrocza 2018 r.).

W przypadku dwóch szpitali[71] do wyliczenia ryczałtu na II półrocze 2018 r. zastosowano ujemy współczynnik korygujący za zmianę parametrów świadczeń opieki zdrowotnej sprawozdawanych w ryczałcie w okresie obliczeniowym, w porównaniu do okresu porównawczego, obliczoną na podstawie dokumentów rozliczeniowych, polegającą na spadku liczby jednostek sprawozdawczych świadczeń ambulatoryjnych o ponad 5%.

W przypadku wszystkich pięciu kontrolowanych szpitali, zakwalifikowanych do III poziomu zabezpieczenia, do obliczenia ryczałtu nie zastosowano współczynników korygujących: za wzrost średniej wartości hospitalizacji, w jednostkach sprawozdawczych, o ponad 3% (współczynnik dodatni) lub za spadek średniej wartości hospitalizacji, w jednostkach sprawozdawczych, o ponad 3% (współczynnik ujemny).

Przykłady

Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital Zachodni im. św. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim w 2018 r. uzyskał zwiększenie wartości ryczałtu na podstawie współczynników korygujących Q związanych z jakością procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej: za posiadanie certyfikatu akredytacyjnego wydanego przez Ministra Zdrowia, świadectwa wydanego przez Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej i świadectwa Centralnego Ośrodka Badań Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej w Łodzi w zakresie chemii klinicznej Szpital uzyskał współczynnik korygujący o wartości Q=1,025. Umożliwiło to zwiększenie ryczałtu, wynoszącego w I półroczu 2018 r. 33 882,7 tys. zł, o kwotę 847,1 tys. zł oraz ryczałtu na II półrocze 2018 r. o 852,4 tys. zł, tj. do kwoty 34 948,6 tys. zł.

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mońkach na I i II półrocze 2018 r. uzyskał dodatni współczynnik korygujący Q3, związany z jakością procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej za pozsiadanie świadectwa wydanego przez Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej w Lodzi w zakresie chemii klinicznej. Jednocześnie w III kwartale 2018 r. przy wyliczaniu ryczałtu należnego SPZOZ zastosowano negatywny współczynnik jakościowy Q5, dotyczący spadku liczby jednostek sprawozdawczych świadczeń ambulatoryjnych o ponad 5% (-0,0125).

[70] Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lęborku, Kociewskie Centrum Zdrowia sp. z o.o. w Starogardzie Gdańskim, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu, Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza we Wrocławiu, Wielospecjalistyczny Szpital – Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu, Szpital Na Wyspie sp. z o.o. w Żarach, Szpital Międzyrzecki sp. z o.o. w Międzyrzeczu.

[71] Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pruszkowie, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mońkach.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Zakład Diagnostyki Bakteriologicznej funkcjonujący w strukturze **Kociewskiego Centrum Zdrowia sp. z o.o. w Starogardzie Gdańskim** 31 grudnia 2017 r. uzyskał świadectwo Centralnego Ośrodka Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej potwierdzające uzyskanie pozytywnych wyników w Ogólnopolskim Sprawdzianie Wiarygodności Badań Mikrobiologicznych „POLMICRO 2017", w zakresie oceny preparatów mikroskopowych, identyfikacji, lekowrażliwości i mechanizmów oporności na leki bakteryjnych czynników etiologicznych zakażeń. Dzięki temu KCZ uzyskało współczynnik korygujący o wartości 0,005, zwiększający wysokość ryczałtu PSZ na I i II półrocze 2018 r. Ponadto 7 maja 2018 r. KCZ uzyskało certyfikat akredytacyjny Ministra Zdrowia, potwierdzający spełnianie standardów akredytacyjnych dla lecznictwa szpitalnego, dzięki któremu uzyskało współczynnik korygujący o wartości 0,01, zwiększający wysokość ryczałtu PSZ na II półrocze 2018 r.

W związku ze zmianą parametrów świadczeń opieki zdrowotnej sprawozdawanych w ryczałcie w okresie obliczeniowym, w porównaniu do okresu porównawczego, polegającą na wzroście liczby jednostek sprawozdawczych świadczeń ambulatoryjnych o co najmniej 10%, KCZ uzyskało współczynnik korygujący o wartości 0,01, zwiększający wysokość ryczałtu na II półrocze 2018 r.

6. ZAŁĄCZNIKI

6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe

Cel główny kontroli

Celem kontroli była ocena czy funkcjonowanie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej poprawiło dostęp pacjentów do świadczeń zdrowotnych oraz sytuację finansową szpitali.

Cele szczegółowe

Założono, że badania kontrolne umożliwią udzielenie odpowiedzi na następujące pytania szczegółowe:

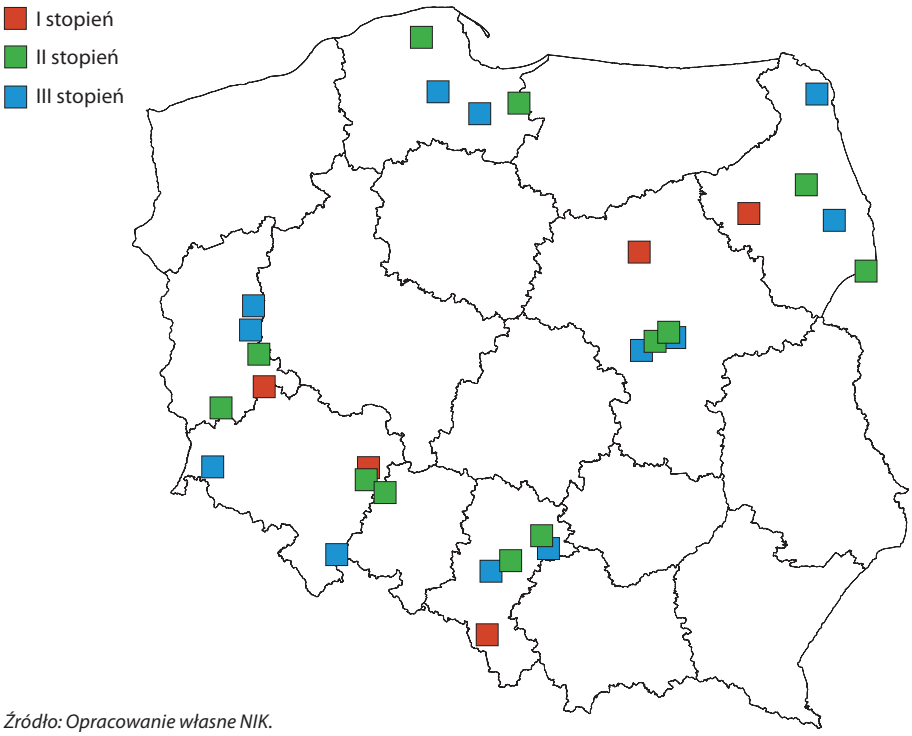
1. Czy zapewniono pacjentom kompleksowe i koordynowane świadczenia ambulatoryjne, szpitalne i rehabilitacyjne, stosownie do ich potrzeb?
2. Czy wprowadzono zmiany w organizacji wewnętrznej szpitali oraz w alokacji zasobów, powodujące uelastycznienie zarządzania i optymalizację struktury kosztów leczenia?
3. Czy zagwarantowano odpowiedni poziom finansowania świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w szpitalach?

Zakres podmiotowy

Kontrolą objęto 29 podmiotów leczniczych, włączonych systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, w tym:

- 12 szpitali I stopnia,
- 12 szpitali II stopnia,
- pięć szpitali III stopnia.

Rysunek nr 1
Rozmieszczenie geograficzne kontrolowanych podmiotów leczniczych z uwzględnieniem poziomu systemu szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej



Źródło: Opracowanie własne NIK.

Kryteria kontroli

Podstawą prawną przeprowadzenia kontroli w:

- samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej, utworzonych przez jednostki samorządu terytorialnego oraz
- spółkach prawa handlowego z udziałem jednostek samorządu terytorialnego (100% własność JST),

był art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli[72]. Zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy o NIK, kontrola została przeprowadzona z uwzględnieniem kryteriów legalności, rzetelności i gospodarności.

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.

Pozostałe informacje

Kontrola została podjęta z inicjatywy własnej Najwyższej Izby Kontroli i ujęta w planie pracy na 2018 r. W ramach przygotowania przedkontrolnego zostały przeanalizowane dane i informacje dotyczące realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w ramach podstawowego szpitalnego systemu zabezpieczenia, uzyskane w toku kontroli P/18/055 Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2017 r., dane GUS dotyczące działalności szpitali, a także przeprowadzono analizę stanu prawnego regulującego przedmiotowe zagadnienia.

Terminy realizacji kontroli

Kontrolę przeprowadzono w okresie od 24 września 2018 r. do 18 stycznia 2019 r. (data podpisania ostatniego wystąpienia pokontrolnego).

Wykaz jednostek kontrolowanych

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
1.	Departament Zdrowia	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pruszkowie	Tomasz Sławatyniec Uprzednio: Mieczysław Brągoszewski
2.	Departament Zdrowia	Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, Warszawa	Robert Mazur
3.	Departament Zdrowia	Szpital Czerniakowski sp. z o.o., Warszawa	Elżbieta Makulska-Gertruda (Prezes Zarządu), Damian Raczkowski (Członek Zarządu) Uprzednio: Roman Nojszewski, Elżbieta Makulska-Gertruda
4.	Departament Zdrowia	Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital Zachodni im. św. Jana Pawła II, Grodzisk Mazowiecki	Krystyna Płukis
5.	Departament Zdrowia	Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie	Andrzej Kamasa Uprzednio: Małgorzata Turowska, Tadeusz Bochnia, Hanna Jaroszewska
6.	Departament Zdrowia	Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie sp. z o.o.	Marzena Mrozek (Prezes Zarządu), Adam Główczewski (Wiceprezes Zarządu) Uprzednio: Wiktor Hajdenrajch (Prezes Zarządu)

[72] Dz. U. z 2019 r. poz. 489.

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
7.	Delegatura NIK w Białymstoku	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce	Grzegorz Tomaszuk
8.	Delegatura NIK w Białymstoku	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mońkach	Jarosław Pokoleńczuk
9.	Delegatura NIK w Białymstoku	Szpital Wojewódzki im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach	Adam Szałanda
10.	Delegatura NIK w Białymstoku	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zespolony im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku	Cezary Ireneusz Nowosielski Uprzednio: Urszula Łapińska
11.	Delegatura NIK w Białymstoku	Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży	Roman Nojszewski Uprzednio: Krzysztof Bałata
12.	Delegatura NIK w Gdańsku	Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lęborku	Lidia Kodłubańska Uprzednio: Andrzej Sapiński
13.	Delegatura NIK w Gdańsku	Kociewskie Centrum Zdrowia sp. z o.o., Starogard Gdański	Adam Magiełka
14.	Delegatura NIK w Katowicach	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Myszkowie	Kalid Hagar Uprzednio: Jacek Kret
15.	Delegatura NIK w Katowicach	Piekarskie Centrum Medyczne sp. z o.o. w Piekarach Śląskich	Zbigniew Żołnierczyk
16.	Delegatura NIK w Katowicach	Szpital Miejski Nr 4 w Gliwicach sp. z o.o.	Renata Bryła Uprzednio: Marian Jarosz
17.	Delegatura NIK w Katowicach	Szpital Powiatowy w Zawierciu	Anna Pilarczyk-Sprycha Uprzednio: Małgorzata Guzik, Piotr Grazda, Marek Walewski
18.	Delegatura NIK w Katowicach	Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie	Czesław Pługawko
19.	Delegatura NIK w Olsztynie	Powiatowe Centrum Zdrowia sp. z o.o. w Malborku	Paweł Chodyniak Uprzednio: Ewa Karamon, Artur Piotrowicz
20.	Delegatura NIK we Wrocławiu	Zespół Opieki Zdrowotnej w Oławie	Andrzej Dronsejko
21.	Delegatura NIK we Wrocławiu	Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza we Wrocławiu	Janusz Wróbel
22.	Delegatura NIK we Wrocławiu	Wielospecjalistyczny Szpital – Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu	Zofia Barczyk
23.	Delegatura NIK we Wrocławiu	Zespół Opieki Zdrowotnej w Kłodzku	Jadwiga Radziejewska
24.	Delegatura NIK we Wrocławiu	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego, Wrocław	Janusz Jerzak

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
25.	Delegatura NIK w Zielonej Górze	Szpital Na Wyspie sp. z o.o., Żary	Jolanta Dankiewicz Uprzednio: Wiesław Olszański
26.	Delegatura NIK w Zielonej Górze	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulechowie	Beata Kucuń
27.	Delegatura NIK w Zielonej Górze	Szpital Międzyrzecki sp. z o.o.	Michał Libera Uprzednio: Kamil Jakubowski
28.	Delegatura NIK w Zielonej Górze	Lubuskie Centrum Ortopedii im. dr. Lecha Wierusza sp. z o.o., Świebodzin	Elżbieta Kozak
29.	Delegatura NIK w Zielonej Górze	Wielospecjalistyczny Szpital Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowej Soli	Bożena Osińska

Stan realizacji wniosków pokontrolnych

W wystąpieniach pokontrolnych, skierowanych do kierowników 29 kontrolowanych jednostek, sformułowano łącznie 13 wniosków pokontrolnych.

Żaden z kierowników jednostek kontrolowanych nie skorzystał z prawa do zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, zgodnie z art. 54 ustawy o NIK.

Adresaci wystąpień pokontrolnych, zgodnie z art. 62 ustawy o NIK, poinformowali Najwyższą Izbę Kontroli o sposobie wykorzystania uwag i wykonaniu wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań. Według stanu na dzień 18 marca 2019 r. zostało zrealizowanych dziewięć wniosków, dwa wnioski były w trakcie realizacji oraz dwóch wniosków nie zrealizowano.

Rezultaty finansowe kontroli

Stwierdzone w toku kontroli finansowe lub sprawozdawcze skutki nieprawidłowości wyniosły łączne 161 157 584,40 zł. Kwota ta obejmowała:

- kwoty wydatkowane z naruszeniem zasad należytego zarządzania finansami w wysokości 635 500,00 zł,
- sprawozdawcze skutki nieprawidłowości w wysokości 160 522 084,40 zł.

6.1.1. Wykaz ocen kontrolowanych jednostek

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena ogólna kontrolowanej działalności*	Stany mające wpływ na wydaną ocenę	
			prawidłowe	nieprawidłowe
1.	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pruszkowie	Ocena w formie opisowej	Zmiana sposobu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej po utworzeniu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej nie spowodowała znaczących zmian w sposobie funkcjonowania ZOZ. Pacjenci mogli korzystać, stosownie do ich potrzeb, z kompleksowych świadczeń szpitalnych oraz ambulatoryjnych w poradniach i na oddziałach odpowiadających każdemu z posiadanych profili zabezpieczenia. Pozytywnie należy ocenić skrócenie czasu hospitalizacji, zwiększenie średniego (za wyjątkiem chirurgii) wykorzystania łóżek oraz wzrost wskaźnika przelotowości. Należy także podkreślić, iż w Szpitalu, po wprowadzeniu nowych regulacji, nie wystąpiła utrata trwałości inwestycji. Skutkiem wprowadzenia Planu Naprawczego na lata 2017–2020 była m.in. rezygnacja z części kadry lekarskiej zatrudnionej na umowy cywilno-prawne z jednoczesnym większym wykorzystaniem lekarzy zatrudnionych na umowy o pracę i nałożeniem na nich dodatkowych zadań. NIK zauważa również, iż kierownictwo Szpitala stosowało elastyczne zarządzanie zasobami w przypadkach zwiększania się liczby pacjentów i tym samym tworzenia się kolejek. Wprawdzie wartość umów z POW NFZ systematycznie rosła, to poziom ten nie pozwalał na osiągnięcie zysku z działalności leczniczej. Niepokojącym zjawiskiem jest duży wzrost zobowiązań wymagalnych oraz niewywiązywanie się z płatności za medyczne usługi obce wykonywane na rzecz Szpitala.	Negatywnie oceniono niskie wykonanie ryczałtu w I półroczu 2018 r., co skutkowało zmniejszeniem ryczałtu na II półrocze, jak również uzyskanie negatywnego współczynnika korygującego w związku ze spadkiem liczby jednostek sprawozdawczych świadczeń ambulatoryjnych.
2.	Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, Warszawa	Ocena w formie opisowej	Zmiana sposobu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej po utworzeniu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej nie spowodowała znaczących zmian w sposobie funkcjonowania Szpitala Wolskiego. Pacjentom została zapewniona możliwość uzyskania kompleksowych świadczeń ambulatoryjnych, szpitalnych i rehabilitacyjnych, stosownie do ich potrzeb, w poradniach i na oddziałach odpowiadających każdemu z posiadanych profili zabezpieczenia. Pozytywnie należy również ocenić sposób postępowania z pacjentami wymagającymi świadczeń pohospitalizacyjnych, chociaż nie każdy z nich korzystał. Wartość umów z Mazowieckim Oddziałem Wojewódzkim NFZ rosła, jednakże uzyskiwane przychody nie pozwalały na osiągnięcie zysku z działalności leczniczej. NIK zauważa, że wynik finansowy Szpitala pogarszał się w kolejnych latach. Pogorszenie sytuacji finansowej Szpitala było spowodowane m.in. wzrostem kosztów zatrudnienia oraz usług obcych, a także utratą finansowania części oddziałów szpitalnych, które znalazły się poza systemem PSZ.	NIK zwróciła uwagę, iż na niektórych oddziałach szpitalnych wskaźnik średniego wykorzystania łóżek był niezadawalający.

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena ogólna kontrolowanej działalności*	Stany mające wpływ na wydaną ocenę	
			prawidłowe	nieprawidłowe
3.	Szpital Czerniakowski sp. z o.o., Warszawa	Ocena w formie opisowej	Zmiana sposobu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej po utworzeniu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej nie spowodowała znaczących zmian w sposobie funkcjonowania Szpitala Czerniakowskiego. Pacjentom została zapewniona możliwość uzyskania kompleksowych świadczeń ambulatoryjnych, szpitalnych i rehabilitacyjnych, stosownie do ich potrzeb, w poradniach i na oddziałach odpowiadających każdemu z posiadanych profili zabezpieczenia. Pozytywnie oceniony został sposób postępowania z pacjentami wymagającymi świadczeń pohospitalizacyjnych, chociaż nie każdy z pacjentów z nich korzystał. Wprawdzie wartość umów zawartych z Mazowieckim Oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia systematycznie rosła, jednakże poziom finansowania świadczeń nie pozwalał na osiągnięcie zysku z działalności leczniczej. Szpital corocznie osiągał stratę, kompensując ją głównie środkami pochodzącymi z budżetu miasta stołecznego Warszawa.	NIK zwróciła uwagę na potrzebę zapewnienia wiarygodnej informacji o zakresie realizowanych świadczeń poprzez bieżącą aktualizację danych w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczych. Ponadto należy dołożyć starań, aby informacja o zamkniętych poradniach trafiała bezpośrednio do każdego pacjenta zapisanego na wizytę w takiej poradni, a w Szpitalu pozostał ślad rewizyjny podjętych działań w tym zakresie.
4.	Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital Zachodni im. św. Jana Pawła II, Grodzisk Mazowiecki	Ocena w formie opisowej	W Szpitalu Zachodnim wprowadzenie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej nie spowodowało znaczących zmian w dostępie pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej oraz nie wpłynęło na sytuację finansową. Na dzień wprowadzenia PSZ w Szpitalu Zachodnim funkcjonowały poradnie i oddziały odpowiadające każdemu z realizowanych profili. Wprowadzenie PSZ nie wymagało wprowadzenia zmian w strukturze organizacyjnej Szpitala, w tym nie skutkowało likwidacją poradni ani oddziałów. W ramach posiadanych, przed wprowadzeniem PSZ, komórek organizacyjnych pacjentom zapewniono możliwość uzyskania kompleksowych świadczeń ambulatoryjnych, szpitalnych i rehabilitacyjnych. Wartość umów zawartych z Mazowieckim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2015–2018 systematycznie rosła, jednak poziom finansowania świadczeń nie pozwalał na wypracowanie zysku z działalności leczniczej, ani z działalności ogółem. Wzrost kosztów nie wiązał się z wprowadzeniem PSZ.	Stwierdzone w trakcie kontroli nieprawidłowości polegały na wykorzystywaniu sprzętu medycznego bez ważnych przeglądów technicznych oraz na nierzetelnym sporządzaniu sprawozdania MZ-29. Ponadto stwierdzono, że nakłady inwestycyjne w kwocie 160 522,1 tys. zł, związane z budową Szpitala Zachodniego, nie zostały rozliczone i wprowadzone do ewidencji środków trwałych po zakończeniu inwestycji i przekazaniu jej do użytkowania.

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena ogólna kontrolowanej działalności*	Stany mające wpływ na wydaną ocenę	
			prawidłowe	nieprawidłowe
5.	Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie	Ocena w formie opisowej	Utworzenie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej nie wpłynęło w zasadniczy sposób na funkcjonowanie Szpitala, proces udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz jego sytuację finansową. Struktura świadczeń udzielanych przez Szpital odpowiadała oczekiwaniom ustawodawcy, a w szczególności nie było konieczności tworzenia komórek organizacyjnych udzielających świadczeń w nowych zakresach świadczeń. Wprowadzane zmiany organizacyjne wynikały przede wszystkim z dążenia kierownictwa Szpitala do ograniczenia kosztów prowadzonej działalności, a w ograniczonym zakresie wpływały na dostępność do świadczeń. Wprowadzenie PSZ nie wpłynęło również w istotny sposób na sytuację finansową Szpitala. Szpital miał problemy z płynnością i wypłacalnością, a co za tym idzie z regulowaniem swoich zobowiązań. Podjęte i zaplanowane działania naprawcze, jakkolwiek zmierzające do poprawy sytuacji finansowej Szpitala, nie dają rękojmi zapewnienia jego sprawnego i niezakłóconego funkcjonowania.	Nie stwierdzono istotnych nieprawidłowości mających wpływ na ocenę.
6.	Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie sp. z o.o.	Ocena w formie opisowej	NIK pozytywnie oceniła wywiązywanie się przez Szpital z umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Świadczenia były realizowane we wszystkich zakresach finansowanych w ramach ryczałtu nieprzerwanie przez cały okres umowy. Szpital zapewnił hospitalizowanym pacjentom możliwość uzyskania kompleksowych świadczeń ambulatoryjnych i rehabilitacyjnych. Zapewniono również właściwe udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Wprowadzenie PSZ nie spowodowało znacznych zmian organizacyjnych ani zmian w sposobie funkcjonowania Szpitala. Pomimo systematycznego wzrostu przychodów z NFZ, koszty działalności Szpitala przewyższały przychody i osiągano corocznie stratę finansową, która na koniec III kwartału 2018 r. wyniosła 13,1 mln zł. NIK zwróciła uwagę na pogarszający się wynik finansowy i rosnące zobowiązania krótkoterminowe, w tym wymagalne, a także tendencję spadkową wskaźników ekonomiczno-finansowych. Pozytywnie należy ocenić podjęcie przez Szpital działań w celu uzyskania wyższego ryczałtu i uzyskanie pozytywnego współczynnika korygującego.	Nie stwierdzono istotnych nieprawidłowości mających wpływ na ocenę.

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena ogólna kontrolowanej działalności*	Stany mające wpływ na wydaną ocenę	
			prawidłowe	nieprawidłowe
7.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce	Ocena w formie opisowej	Zmiana sposobu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej po utworzeniu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia nie spowodowała znaczących zmian w sposobie funkcjonowania ZOZ. Pacjentom została zapewniona możliwość uzyskania kompleksowych świadczeń ambulatoryjnych, szpitalnych i rehabilitacyjnych, w poradniach i na oddziałach odpowiadających każdemu z posiadanych profili zabezpieczenia. Pozytywnie oceniono sposób postępowania z pacjentami wymagającymi świadczeń pohospitalizacyjnych, chociaż nie każdy z pacjentów z nich korzystał. Systematycznie rosła wartość umów z Podlaskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia, nie pozwalała ona jednak na osiągnięcie zysku z działalności leczniczej. Straty z tej działalności kompensowano pozostałą działalnością, co pozwalało na wypracowanie zysku i wysokich wskaźników ekonomiczno-finansowych.	NIK zwróciła uwagę na potrzebę szczegółowej analizy świadczeń udzielanych w profilu ortopedia i traumatologia narządu ruchu, gdzie wraz ze spadkiem średniej kwartalnej liczby pacjentów i świadczeń w poradni utworzyły się kolejki oczekujących. Ponadto na niektórych oddziałach szpitalnych wskaźnik średniego wykorzystania łóżek był niższy niż rekomendowany w literaturze fachowej.
8.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mońkach	Ocena w formie opisowej	Zmiana sposobu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej po utworzeniu PSZ nie spowodowała istotnych zmian w sposobie funkcjonowania SPZOZ. Pacjentom zapewniono możliwość uzyskania kompleksowych świadczeń ambulatoryjnych, szpitalnych i rehabilitacyjnych, w poradniach i w oddziałach odpowiadających każdemu z posiadanych profili zabezpieczenia. Pacjentom zagwarantowano też możliwość otrzymania świadczeń pohospitalizacyjnych, jednak nie wszyscy z nich korzystali. Pomimo stałego wzrostu wartości umów zawartych z Podlaskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Białymstoku, wynik finansowy SPZOZ na działalności leczniczej oraz wynik finansowy były ujemne przez wszystkie lata objęte kontrolą. Szpital posiadał też stale rosnące zobowiązania wymagalne, a uzyskane wskaźniki ekonomiczno-finansowe były bardzo niskie.	NIK zwróciła uwagę na niski wskaźnik średniego wykorzystania łóżek w oddziałach szpitalnych, niższy od rekomendowanego w literaturze fachowej.

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena ogólna kontrolowanej działalności*	Stany mające wpływ na wydaną ocenę	
			prawidłowe	nieprawidłowe
9.	Szpital Wojewódzki im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach	Ocena w formie opisowej	Zmiana sposobu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej po utworzeniu PSZ nie spowodowała znaczących zmian w sposobie funkcjonowania Szpitala. Pacjentom została zapewniona możliwość uzyskania kompleksowych świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych, w poradniach i na oddziałach odpowiadających każdemu z posiadanych profili zabezpieczenia, a zakres realizowanych świadczeń był stopniowo rozszerzany. Terminowo uruchomiona została Poradnia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej. Pozytywnie oceniono sposób postępowania z pacjentami wymagającymi świadczeń pohospitalizacyjnych, chociaż nie każdy z nich korzystał. Wprawdzie wartość umów z Podlaskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia systematycznie rosła, to poziom ten nie pozwalał na osiągnięcie zysku z działalności leczniczej, a Szpital nadal osiągał niskie wskaźniki ekonomiczno-finansowe.	NIK zwróciła uwagę na potrzebę szczegółowej analizy wydłużenia się czasu oczekiwania na świadczenia w większości poradni specjalistycznych oraz zauważył, że w profilu otolaryngologia, wraz ze spadkiem przeciętnej kwartalnej liczby pacjentów oraz świadczeń na oddziale, zwiększyły się kolejki oczekujących. Ponadto na większości oddziałów szpitalnych wskaźnik przeciętnego wykorzystania łóżek był niższy niż rekomendowany w literaturze fachowej
10.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zespolony im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku	Ocena w formie opisowej	Utworzenie PSZ, zmieniające zasady finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, nie wpłynęło w znaczący sposób na funkcjonowanie WSZ, w tym na poprawę jego sytuacji ekonomicznej. Pacjentom zapewniono możliwość uzyskania kompleksowych świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych w ramach poradni i oddziałów działających w kontrolowanej jednostce. Pozytywnie ocenić należy zarówno sposób postępowania z pacjentami wymagającymi świadczeń pohospitalizacyjnych, chociaż nie każdy z nich korzystał, jak i prawidłowe oraz terminowe zorganizowanie udzielania świadczeń z zakresu Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej.	NIK zwróciła uwagę, że WSZ w związku z brakiem Poradni Rehabilitacyjnej i poradni specjalistycznych odpowiadających profilom: endokrynologia, reumatologia oraz anestezjologia i intensywna terapia, Szpital nie mógł zapewnić udzielania kompleksowych świadczeń w tych zakresach. Na niektórych oddziałach szpitalnych wskaźnik średniego wykorzystania łóżek był niższy niż rekomendowany w literaturze fachowej. Negatywnie NIK oceniła pogorszenie się dostępności do znacznej części świadczeń zdrowotnych. Jako nieprawidłowe oceniono również wykorzystanie niezgodnie z przeznaczeniem ambulansu zakupionego ze środków dotacji celowej otrzymanej z budżetu Samorządu Województwa Podlaskiego, który miał służyć do obsługi świadczeń udzielanych w ramach NiŚOZ, a faktycznie był wykorzystywany do transportu sanitarnego.

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena ogólna kontrolowanej działalności*	Stany mające wpływ na wydaną ocenę	
			prawidłowe	nieprawidłowe
11.	Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży	Ocena w formie opisowej	Zmiana sposobu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej po utworzeniu PSZ nie spowodowała znaczących zmian w sposobie funkcjonowania ZOZ. Pacjentom zapewniono, na oddziałach i w poradniach odpowiadających każdemu z profili zabezpieczenia, kompleksowe świadczenia szpitalne, ambulatoryjne i rehabilitacyjne. Pozytywnie należy również ocenić opiekę nad pacjentami wymagającymi świadczeń pohospitalizacyjnych, chociaż nie każdy z nich korzystał. Mimo systematycznego wzrostu wartości umów z Podlaskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia, Szpital notował straty z działalności leczniczej w trzech pierwszych kwartałach lat 2015–2016. Kompensowano je przychodami z pozostałej działalności, co pozwalało na wypracowanie w latach 2015–2017 zysku i osiągnięcie wysokich wskaźników ekonomiczno-finansowych. NIK zwróciła uwagę na pogarszającą się w III kwartale 2018 r. sytuację ekonomiczną ZOZ, spowodowaną głównie realizacją zobowiązań płacowych wobec pracowników.	NIK zwróciła uwagę na potrzebę szczegółowej analizy świadczeń udzielanych w profilu ortopedia i traumatologia narządu ruchu, gdzie wraz ze spadkiem średniej kwartalnej liczby pacjentów i udzielonych świadczeń wzrosły kolejki oczekujących na przyjęcie do oddziału. Ograniczeniu uległa także dostępność do świadczeń ambulatoryjnych z zakresu endokrynologii. Poza tym na niektórych oddziałach szpitalnych wskaźnik średniego wykorzystania łóżek był niższy niż rekomendowany w literaturze fachowej.
12.	Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lęborku	Ocena w formie opisowej	Funkcjonowanie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej nie wpłynęło istotnie na dostęp pacjentów do świadczeń zdrowotnych oraz nie poprawiło sytuacji finansowej Samodzielnego Publicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lęborku. Szpital zapewnił pacjentom możliwość uzyskania kompleksowych świadczeń oceny ogólnej ambulatoryjnych, szpitalnych i rehabilitacyjnych, jednak nie zagwarantowało to odpowiedniego poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w Szpitalu. Prawidłowo i bez opóźnień zorganizowano udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej z dniem 1 października 2017 r., tym samym odciążając szpitalny oddział ratunkowy. Przychody Szpitala wprawdzie rosły w badanym okresie, ale nie dorównywały, z przyczyn obiektywnych (niezależnych od sposobu zarządzania Szpitalem), dynamice wzrostu kosztów, w szczególności kontraktów medycznych. Dyrektor Szpitala podejmowała działania mające na celu uzyskanie wyższych przychodów z Narodowego Funduszu Zdrowia, m.in. w ramach ryczałtu PSZ. W Szpitalu po utworzeniu sieci szpitali z dniem 1 października 2017 r. wprowadzano zmiany w organizacji wewnętrznej oraz w alokacji zasobów powodujące efektywniejsze zarządzanie zasobami i optymalizujące strukturę kosztów leczenia, jednak nie w pełni osiągając w badanym (rocznym) okresie wykorzystanie bazy szpitalnej. Mimo trudnej sytuacji finansowej, Szpital w okresie objętym kontrolą znacząco zmniejszył swoje długoterminowe zadłużenie (wartość zaciągniętych kredytów), a zobowiązania wymagalne nie wystąpiły.	Uzyskanie dostępu do niektórych świadczeń, głównie wskutek problemów związanych z brakiem kompletnej kadry lekarskiej, wymagało dłuższego oczekiwania niż przed wprowadzeniem systemu zabezpieczenia. Częściowo natomiast dostępność poprawiła się – np. w Poradni Chirurgii Ogólnej, mimo wzrostu liczby pacjentów i świadczeń, zarówno w przypadkach pilnych, jak i stabilnych, średnia liczba oczekujących, jak i średni czas oczekiwania, uległy istotnemu zmniejszeniu.

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena ogólna kontrolowanej działalności*	Stany mające wpływ na wydaną ocenę	
			prawidłowe	nieprawidłowe
13.	Kociewskie Centrum Zdrowia sp. z o.o., Starogard Gdański	Ocena w formie opisowej	Funkcjonowanie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia opieki zdrowotnej nie wpłynęło istotnie na dostęp pacjentów do świadczeń zdrowotnych oraz nie poprawiło sytuacji finansowej KCZ. KCZ zapewniło pacjentom możliwość uzyskania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym umową z Narodowym Funduszem Zdrowia, której przedmiotem było udzielanie gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej w ramach PSZ, a ich wartość była zbliżona do wysokości przyznanego ryczałtu. Po wprowadzeniu sieci szpitali nastąpił wzrost średniej liczby pacjentów leczonych kwartalnie w ramach zakresów świadczeń finansowanych ryczałtem PSZ i średniej liczby udzielonych im świadczeń jednostkowych. Prawidłowo i bez opóźnień zorganizowano udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. W związku z wprowadzeniem sieci szpitali, w KCZ utworzono nowe komórki organizacyjne: Poradnię NiŚOZ oraz Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, a także podjęło działania zmierzające do zapewnienia pacjentom także świadczeń rehabilitacji leczniczej i świadczeń ambulatoryjnych w specjalnościach niewłączonych do PSZ (neurologia, choroby wewnętrzne i pediatria). Stwierdzono natomiast niepełne wykorzystanie bazy szpitalnej (łóżek) w większości oddziałów. Wprawdzie poziom finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w KCZ systematycznie rósł, a dynamika tego przyrostu była coraz większa, jednakże nie pozwoliło to na osiągnięcie w latach 2015–2018 dodatniego wyniku finansowego na koniec III kwartału poszczególnych lat, a strata na działalności leczniczej rosła. Należy jednak zauważyć, że na koniec lat 2015–2017 KCZ osiągało dodatni wynik finansowy. NIK pozytywnie ocenia uzyskanie przez KCZ dodatnich wskaźników korygujących związanych z jakością procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz wzrostem liczby jednostek sprawozdawczych świadczeń ambulatoryjnych, umożliwiających zwiększenie wysokości ryczałtu PSZ w 2018 r.	W niektórych profilach dostępność uległa pogorszeniu, m.in. w poradni kardiologicznej i w oddziale ortopedii, gdzie istotnie wzrosła liczba oczekujących i czas oczekiwania. Nie stwierdzono przy tym przypadków odmowy przyjęcia do szpitala lub odmowy kontynuacji leczenia w trybie ambulatoryjnym pacjentom, których wypisano ze szpitala.

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena ogólna kontrolowanej działalności*	Stany mające wpływ na wydaną ocenę	
			prawidłowe	nieprawidłowe
14.	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Myszkowie	Ocena w formie opisowej	Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działania Szpitala w zakresie realizacji zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia – Śląskim Oddziałem Wojewódzkim w Katowicach, umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresie świadczeń finansowanych w ramach ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia. Poziom realizacji tych świadczeń w okresie od 1 października 2017 r. do 30 września 2018 r. wyniósł 110,7% wartości zakontraktowanej w umowie, przy czym w IV kwartale 2017 r. Szpital zapewnił pacjentom po hospitalizacji możliwość uzyskania niezbędnych im świadczeń ambulatoryjnych oraz rehabilitacyjnych, przy czym jedynie 33,8% objętych badaniem pacjentów skorzystało z zaleconej wizyty kontrolnej pohospitalizacyjnej w Szpitalu, a żaden z pacjentów objętych badaniem nie skorzystał z zaleconych świadczeń ambulatoryjnych lub rehabilitacyjnych. Pacjenci zlikwidowanej w 2017 r. poradni reumatologii zostali odpowiednio poinformowani o jej zamknięciu i możliwości kontynuacji leczenia w innych poradniach. Na sześciu poddanych analizie oddziałach Szpitala czas oczekiwania pacjentów na udzielenie świadczeń finansowanych w ramach ryczałtu PSZ był krótki dla pacjentów pilnych i nie wydłużał się dla pacjentów stabilnych. Wdrożenie PSZ nie doprowadziło do wystąpienia przypadków utraty trwałości zrealizowanych w latach 2015-2018 inwestycji związanych z pracami budowlanymi i remontowymi oraz zakupami aparatury medycznej. Po wprowadzeniu systemu zabezpieczenia nadal pogarszała się sytuacja finansowa Szpitala. W okresie objętym kontrolą Szpital co roku powiększał poniesioną stratę ogółem (do kwoty (-) 2105,2 tys. zł na koniec trzeciego kwartału 2018 r.) oraz stratę na działalności leczniczej (do kwoty (-)4347,8 tys. zł). Ponadto, Szpital rokrocznie uzyskiwał gorsze wyniki analizy wskaźnikowej sporządzonej przy zastosowaniu metody punktowej: na 70 możliwych do uzyskania punktów, w latach 2015–2016 Szpital zdobył 47 punktów (tj. 67,1% możliwych), w 2017 r. 46 punktów (tj. 65,7%) oraz w 2018 r. 37 punktów (tj. 52,8%). Podejmowane przez Szpital działania (samodzielnie oraz wspólnie ze związkami pracodawców) w celu uzyskania wyższych przychodów z NFZ w ramach ryczałtu PSZ nie przyniosły zamierzonych efektów.	NIK zwróciła uwagę na znaczny wzrost liczby pacjentów (zarówno pilnych, jak i stabilnych) oczekujących na leczenie na oddziale rehabilitacji oraz wydłużenie się czasu oczekiwania tych pacjentów, który na 30 września 2018 r. wynosił 96 dni dla przypadków pilnych i 500 dni dla przypadków stabilnych. NIK zwróciła również uwagę na niski poziom wykorzystania łóżek w Szpitalu, który na żadnym z objętych badaniem oddziałów nie osiągnął pożądanej wartości 80%. W trzecim kwartale 2018 r. średnie wykorzystanie łóżek szpitalnych wyniosło maksymalnie 75% na oddziale rehabilitacji, a najniższy poziom (38–39%) odnotowano na oddziale pediatrycznym i położniczo-ginekologicznym. Szpital zrealizował świadczenia w wysokości odpowiadającej 93,2% wartości ryczałtu PSZ, co skutkowało obniżeniem jego kwoty na I półrocze 2018 r.

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena ogólna kontrolowanej działalności*	Stany mające wpływ na wydaną ocenę	
			prawidłowe	nieprawidłowe
15.	Piekarskie Centrum Medyczne sp. z o.o. w Piekarach Śląskich	Ocena w formie opisowej	Wprowadzenie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej nie spowodowało znaczących zmian w sposobie funkcjonowania Centrum oraz nie skutkowało zmianami organizacyjnymi w tym podmiocie, nie było też potrzeby tworzenia nowych poradni przyszpitalnych, gdyż działały one już w strukturze organizacyjnej Szpitala. NIK oceniła pozytywnie wywiązywanie się przez Centrum w latach 2017–2018 z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych w ramach ryczałtu PSZ. Świadczenia były realizowane we wszystkich zakresach objętych ryczałtem PSZ, nieprzerwanie przez cały okres umowy. Po wprowadzeniu sieci szpitali, wzrosła liczba pacjentów Centrum oraz wartość udzielonych świadczeń medycznych. NIK zauważyła, że hospitalizowani pacjenci mieli zapewnioną przez Szpital możliwość realizacji świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Od momentu wprowadzenia Centrum do sieci szpitali, odnotowano spadek liczby oczekujących pacjentów kategorii „pilnej" na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej oraz wzrost liczby oczekujących pacjentów kategorii „stabilnej", jednocześnie odnotowano obniżenie średniego rzeczywistego czasu oczekiwania pacjentów na udzielenie świadczeń. Prawidłowo zorganizowano udzielanie świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na obszarze zabezpieczenia Centrum. W okresie objętym kontrolą następował systematyczny wzrost przychodów uzyskanych z działalności leczniczej, w tym z NFZ, przy czym najwyższe ich zwiększenie (o ponad 20%) wystąpiło po wprowadzeniu systemu zabezpieczenia. Pomimo systematycznego wzrostu przychodów, w okresie objętym kontrolą koszty działalności przewyższały przychody i osiągano corocznie stratę finansową. NIK zauważa, że pomimo podejmowania działań zmierzających do poprawy sytuacji ekonomiczno-finansowej Centrum, osiągane przez Szpital wyniki analizy wskaźnikowej, przy zastosowaniu metody punktowej były niezadawalające i wykazywały tendencję spadkową.	Nie stwierdzono istotnych nieprawidłowości mających wpływ na ocenę.

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena ogólna kontrolowanej działalności*	Stany mające wpływ na wydaną ocenę	
			prawidłowe	nieprawidłowe
16.	Szpital Miejski nr 4 w Gliwicach sp. z o.o.	Ocena w formie opisowej	Najwyższa Izba Kontroli oceniła pozytywnie działania Szpitala w zakresie realizacji zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia –Śląskim Oddziałem Wojewódzkim w Katowicach, umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych w ramach ryczałtu PSZ. Poziom realizacji tych świadczeń w okresie od 1 października 2017 r. do 30 września 2018 r. wyniósł 109,0% wartości zakontraktowanej w umowie. Podejmowane przez Spółkę działania spowodowały, że w drugim półroczu 2018 r. Szpital uzyskał wyższy ryczałt na udzielanie świadczeń. Prawidłowo zorganizowano udzielanie świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na obszarze zabezpieczenia Szpitala. W momencie przystąpienia Szpitala do sieci szpitali nie było potrzeby tworzenia nowych poradni przyszpitalnych, gdyż działały one już w strukturze organizacyjnej Szpitala. Nie wystąpił też przypadek likwidacji żadnego profilu medycznego prowadzonego przed przystąpieniem do PSZ. NIK zauważa, że pomimo podejmowania przez Zarząd Spółki działań zmierzających do poprawy, sytuacja ekonomiczno-finansowa Szpitala była bardzo zła – w okresie objętym kontrolą Szpital co roku powiększał poniesioną stratę ogółem oraz stratę na działalności leczniczej. Powyższe potwierdziły również wyniki analizy wskaźnikowej sporządzonej na podstawie sprawozdań finansowych przy zastosowaniu metody punktowej: na 70 punktów możliwych do uzyskania, Szpital osiągnął dwa punkty w III kwartale 2017 r. oraz 13 w III kwartale 2018 r.	W IV kwartale 2017 r. Szpital zrealizował świadczenia w wysokości odpowiadającej 96,3% wartości ryczałtu PSZ, co skutkowało obniżeniem jego kwoty na I półrocze 2018 r. W okresie objętym kontrolą nastąpił znaczny wzrost średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń finansowanych w ramach ryczałtu PSZ oraz liczby pacjentów oczekujących na te świadczenia. NIK zwróciła uwagę na niski poziom wykorzystania łóżek w Szpitalu, który na niemal wszystkich objętych badaniem oddziałach, z wyjątkiem oddziału anestezjologii i intensywnej terapii oraz rehabilitacji, nie osiągnął pożądanej wartości 80%. W trzecim kwartale 2018 r. średnie wykorzystanie łóżek szpitalnych wyniosło maksymalnie 81–82% na ww. oddziałach, a najniższy poziom (9 i 15%) odnotowano na oddziale chirurgii dziecięcej i otolaryngologicznym.

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena ogólna kontrolowanej działalności*	Stany mające wpływ na wydaną ocenę	
			prawidłowe	nieprawidłowe
17.	Szpital Powiatowy w Zawierciu	Ocena w formie opisowej	Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie wywiązywanie się przez Szpital z zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia – Śląskim Oddziałem Wojewódzkim w Katowicach umowy o udzielanie świadczeń finansowanych w formie ryczałtu w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Szpital realizował świadczenia we wszystkich zakresach finansowanych w ramach ryczałtu PSZ nieprzerwanie przez cały okres umowy (za wyjątkiem trzech poradni specjalistycznych). Po wprowadzeniu sieci szpitali, pomimo spadku liczby pacjentów, wzrosła wartość udzielonych świadczeń. Szpital zapewnił możliwość realizacji świadczeń w trybie ambulatoryjnym dla uprzednio hospitalizowanych pacjentów. Od momentu włączenia Szpitala do systemu zabezpieczenia, odnotowano skrócenie średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia na czterech oddziałach i w pięciu poradniach specjalistycznych. Szpital wywiązywał się również - po utworzeniu PSZ – z zapewnienia świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na obszarze zabezpieczenia Szpitala. Przystąpienie Szpitala do sieci szpitali nie wymagało tworzenia nowych poradni przyszpitalnych, gdyż działały one już w strukturze organizacyjnej Szpitala po jego połączeniu z Zakładem Lecznictwa Ambulatoryjnego w Zawierciu. Nie wystąpił też przypadek likwidacji żadnego profilu medycznego prowadzonego przed przystąpieniem Szpitala do systemu zabezpieczenia. Po wprowadzeniu sieci szpitali w siedmiu oddziałach zanotowano wzrost średniego wykorzystania łóżek szpitalnych, przy jednoczesnym wzroście średniego czasu hospitalizacji (w 11 z 12 oddziałów) i obniżeniu wskaźnika przelotowości (w ośmiu oddziałach). Po wprowadzeniu systemu zabezpieczenia Szpital zwiększył przychody z NFZ. Pomimo systematycznego ich wzrostu, koszty działalności Szpitala przewyższały przychody i osiągano stratę na działalności leczniczej. NIK zauważa, że osiągane przez Szpital wyniki analizy wskaźnikowej (sporządzonej na podstawie sprawozdań finansowych, przy zastosowaniu metody punktowej) są niezadawalające (pomimo stałej ich poprawy). NIK pozytywnie oceniła podejmowanie przez Dyrektor działań zmierzających do poprawy sytuacji ekonomiczno-finansowej Szpitala, w tym starania zakończone uzyskaniem dodatnich współczynników korygujących, które pozwoliły zwiększyć wartość ryczałtu PSZ dla Szpitala.	Nie stwierdzono istotnych nieprawidłowości mających wpływ na ocenę.

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena ogólna kontrolowanej działalności*	Stany mające wpływ na wydaną ocenę	
			prawidłowe	nieprawidłowe
18.	Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie	Ocena w formie opisowej	Wprowadzenie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej nie spowodowało znaczących zmian w sposobie funkcjonowania ZZOZ oraz nie skutkowało zmianami organizacyjnymi w tym podmiocie. NIK pozytywnie oceniła wywiązywanie się przez ZZOZ z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresie świadczeń finansowanych w ramach ryczałtu PSZ. Świadczenia były realizowane we wszystkich zakresach finansowanych w ramach ryczałtu nieprzerwanie przez cały okres umowy. Po wprowadzeniu sieci szpitali, pomimo spadku liczby pacjentów ZZOZ, wzrosła wartość udzielonych świadczeń medycznych. Hospitalizowani pacjenci mieli zapewnioną przez Szpital możliwość realizacji świadczeń ambulatoryjnych. Od momentu wprowadzenia ZZOZ do sieci szpitali, odnotowano spadek liczby oczekujących pacjentów na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej, jednakże odnotowano wzrost średniego rzeczywistego czasu oczekiwania (w dniach) na udzielenie świadczenia. W momencie przystąpienia ZZOZ do sieci szpitali nie było potrzeby tworzenia nowych poradni przyszpitalnych, gdyż działały one już w strukturze organizacyjnej Szpitala. Nie wystąpił też przypadek likwidacji żadnego profilu medycznego prowadzonego przed przystąpieniem ZZOZ do sieci szpitali. W ZZOZ zwiększyły się przychody z NFZ po wprowadzeniu PSZ, pomimo systematycznego wzrostu przychodów, koszty działalności ZZOZ przewyższały przychody i osiągano corocznie stratę finansową. NIK zauważa, że pomimo podejmowania działań zmierzających do poprawy sytuacji ekonomiczno-finansowej ZZOZ, osiągane przez Szpital wyniki analizy wskaźnikowej sporządzonej na podstawie sprawozdań finansowych, przy zastosowaniu metody punktowej, są niezadawalające i wykazują tendencję spadkową. Podkreślić przy tym należy, że podjęcie przez ZZOZ działań w celu uzyskania dodatnich współczynników korygujących (związanych z jakością udzielania świadczeń opieki zdrowotnej) przyczyniło się do podwyższenia wartości ryczałtu PSZ w I i II półroczu 2018 r.	Nie stwierdzono istotnych nieprawidłowości mających wpływ na ocenę.

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena ogólna kontrolowanej działalności*	Stany mające wpływ na wydaną ocenę	
			prawidłowe	nieprawidłowe
19.	Powiatowe Centrum Zdrowia sp. z o.o. w Malborku	Ocena w formie opisowej	Wprowadzenie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej nie spowodowało znaczących zmian w dostępie pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez PCZ w szpitalu i poradniach w Malborku oraz Nowym Dworze Gdańskim. Spółka realizowała świadczenia opieki zdrowotnej w sposób gwarantujący niezmniejszenie finansowania ryczałtowego z Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, wprowadzonego wraz z utworzeniem od 1 października 2017 roku systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Zapewniła sobie ponadto zwiększenie ryczałtu dzięki posiadanym certyfikatom akredytacyjnym. Za poszczególne lata okresu objętego kontrolą w każdej z kategorii wskaźników ekonomiczno-finansowych uzyskała ocenę punktową przekraczającą 50%. Wszystkie inwestycje podjęte w okresie objętym kontrolą są nadal użytkowane. W zakresie realizowanych świadczeń nie stwierdzono przypadków zwiększenia średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń, ani niepełnego wykorzystania łóżek szpitalnych przy jednoczesnym wykonaniu świadczeń o wartości nieprzekraczającej otrzymanego ryczałtu. Wszystkim pacjentom, którzy potrzebowali świadczeń pohospitalizacyjnych, zostały one zapewnione – w zakresach, w których Spółka je realizowała.	Nie stwierdzono istotnych nieprawidłowości mających wpływ na ocenę.

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena ogólna kontrolowanej działalności*	Stany mające wpływ na wydaną ocenę	
			prawidłowe	nieprawidłowe
20.	Zespół Opieki Zdrowotnej w Oławie	Ocena w formie opisowej	Wprowadzenie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej miało ograniczony wpływ na działalność ZOZ Oława, nie skutkowało również zmianami organizacyjnymi w tej placówce służby zdrowia. W momencie wprowadzenia PSZ w Szpitalu funkcjonowały poradnie specjalistyczne odpowiadające każdemu z realizowanych profili objętych ryczałtem PSZ. Nie doszło także do likwidacji żadnego z profili działalności Szpitala. Zmiana sposobu finansowania działalności Szpitala nie wpłynęła na poprawę dostępności pacjentów do świadczeń ambulatoryjnych, jak i stacjonarnych. ZOZ Oława zapewnił także możliwość realizacji większości świadczeń pohospitalizacyjnych oraz prowadził nocną i świąteczną opiekę zdrowotną, zgodnie z zapisami kontraktu zawartego z Narodowym Funduszem Zdrowia - Dolnośląskim Oddziałem Wojewódzkim we Wrocławiu. Ponadto wyniki analizy wskaźnikowej pozwalają na sformułowanie pozytywnej oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej ZOZ Oława.	W dwóch, poddanych szczegółowej kontroli, poradniach specjalistycznych, tj. ginekologiczno-położniczej i chirurgicznej odnotowano niekorzystny trend polegający na spadku liczby pacjentów, którym udzielono świadczenia, wydłużeniu czasu oczekiwania na realizację świadczenia oraz na wzroście liczby pacjentów oczekujących w tych poradniach. Dyrektor szpitala nie posiadał w pełni zweryfikowanych, rzetelnych przyczyn tego stanu. Ponadto, po wprowadzeniu ryczałtu PSZ nastąpił spadek wartości wskaźników dotyczących średniego wykorzystania łóżek oraz przelotowości w Szpitalu. Przykładowo, dla oddziału wewnętrznego w III kwartale 2017 r. wskaźnik przelotowości wynosił 10, a w III kwartale 2018 r. zmniejszył się do ośmiu. Do poprawy tych wskaźników winna doprowadzić rozpoczęta już przebudowa i modernizacja oddziału chirurgicznego, w wyniku której ilość łóżek zmniejszy się o około 25%. W toku kontroli stwierdzono nieprawidłowości polegające na niewywiązywaniu się z obowiązku sprawozdawania OW NFZ informacji o liczbie pacjentów oczekujących na świadczenie, czasie oczekiwania oraz pierwszym wolnym terminie na dwóch oddziałach szpitalnych. Ewidencja na tych oddziałach była prowadzona niezgodnie z § 8 ust. 1 i 4 rozporządzenia 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 publicznych, co skutkowało niewywiązywaniem się z obowiązków wynikających z umów zawartych z OW NFZ oraz naruszało art. 20 i art. 23 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Ponadto, wbrew § 6 ust. 7 rozporządzenia w sprawie informacji oraz § 11 zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr72/2016/DSM z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki i § 11 zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 71/2017/DSM z dnia 11 sierpnia 2017 r. w tej samej sprawie, ZOZ Oława nie gromadził i nie sprawozdawał do OW NFZ danych odnośnie NiŚOZ w zakresie liczby udzielonych telefonicznie porad lekarskich (do 31 grudnia 2017 r.), jak również w zakresie zrealizowanych wizyt pielęgniarskich (od 1 października 2017 r).

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena ogólna kontrolowanej działalności*	Stany mające wpływ na wydaną ocenę	
			prawidłowe	nieprawidłowe
21.	Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza we Wrocławiu	Ocena w formie opisowej	Wprowadzenie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej miało ograniczony wpływ na funkcjonowanie Szpitala, nie spowodowało bowiem zmian w zakresie udzielanych świadczeń, strukturze organizacyjnej oraz nie poprawiło jego sytuacji ekonomicznej. W momencie wprowadzenia PSZ w kontrolowanej jednostce funkcjonowały oddziały i poradnie specjalistyczne odpowiadające każdemu z realizowanych profili objętych ryczałtem PSZ. Nie doszło także do likwidacji żadnego profilu działalności Szpitala. W badanym okresie tylko na jednym oddziale szpitalnym pacjenci oczekiwali na udzielenie świadczenia, a kolejka ta po wprowadzeniu PSZ, uległa zmniejszeniu o 41% pod względem liczby pacjentów oczekujących i o 12% pod względem czasu oczekiwania. Szpital zapewnił także możliwość realizacji większości świadczeń po hospitalizacji oraz prowadził nocną i świąteczną opiekę zdrowotną, zgodnie z zapisami kontraktu zawartego z Narodowym Funduszem Zdrowia. Kontrolowana jednostka w okresie objętym kontrolą znajdowała się w bardzo trudnej sytuacji ekonomicznej. Wprowadzenie PSZ miało na nią niewielki wpływ, gdyż przychody jednostki z działalności leczniczej wzrosły o 8,4%, jednocześnie jednak o 11,1% wzrosły koszty tej działalności, czego skutkiem było dalsze ponoszenie strat. Analiza wskaźnikowa – sporządzona na podstawie sprawozdań finansowych Szpitala przy zastosowaniu metody punktowej zgodnej z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej – wykazała, że najwyższy ich poziom Szpital osiągnął na koniec III kwartału 2018 r., uzyskując 24,3% wartości maksymalnej. Wieloletnie straty finansowe Szpitala spowodowały także, że jego kapitał własny osiągnął wartość ujemną a mimo podjętych działań naprawczych, istniało ekonomiczne zagrożenie dla dalszej jego działalności.	Po wprowadzeniu ryczałtu PSZ nastąpił natomiast spadek wartości wskaźników dotyczących średniego wykorzystania łóżek oraz przelotowości w przypadku trzech z czterech oddziałów Szpitala. W IV kwartale 2017 r. Szpital zrealizował świadczenia opieki zdrowotnej w wysokości odpowiadającej 96,55% wartości ryczałtu PSZ, co skutkowało obniżeniem jego kwoty na I półrocze 2018 r. Nie spowodowało to jednak zmian w udzielaniu świadczeń w poszczególnych zakresach finansowanych ryczałtem. Szpital podjął działania w celu otrzymania wyższego ryczałtu PSZ na II półrocze 2018 r. poprzez realizację świadczeń opieki zdrowotnej na poziomie umożliwiającym zastosowanie dodatnich współczynników korygujących przy obliczaniu ryczałtu na kolejne okresy przez NFZ.

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena ogólna kontrolowanej działalności*	Stany mające wpływ na wydaną ocenę	
			prawidłowe	nieprawidłowe
22.	Wielo-specjalistyczny Szpital – Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu	Ocena w formie opisowej	Wprowadzenie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej nie miało znaczącego wpływu na funkcjonowanie WS SPZOZ i poprawę dostępu pacjentów do tych świadczeń. Nie spowodowało bowiem zmian w zakresie udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej i strukturze organizacyjnej Szpitala. W momencie wprowadzenia PSZ w kontrolowanej jednostce funkcjonowały oddziały i poradnie specjalistyczne odpowiadające każdemu z realizowanych profili objętych ryczałtem PSZ. Nie doszło także do likwidacji żadnego z profili działalności Szpitala. WS SPZOZ zapewnił także możliwość realizacji większości świadczeń pohospitalizacyjnych oraz prowadził nocną i świąteczną opiekę zdrowotną, zgodnie z zapisami kontraktu zawartego z Narodowym Funduszem Zdrowia. Chociaż Szpital realizował świadczenia opieki zdrowotnej w wysokości od 100,2% do 105,7% przyznawanej kwartalnie kwoty ryczałtu PSZ, to w przypadku sześciu z dwunastu oddziałów szpitalnych oraz trzynastu poradni specjalistycznych pacjenci oczekiwali na udzielenie świadczenia, a ich liczba i czas oczekiwania na świadczenie w większości przypadków wzrosły po wprowadzeniu PSZ. Spowodowane to było przede wszystkim przestrzeganiem ograniczeń wynikających z przyznanej kwoty ryczałtu PSZ oraz dużą ilością pacjentów długotrwale leczonych. Po wprowadzeniu ryczałtu PSZ przychody WS SPZOZ z działalności leczniczej wzrosły o 12,5%. Mniej, bo o 12,0% wzrosły koszty działalności leczniczej, czego skutkiem było ograniczenie straty ponoszonej na tej działalności. Z kolei analiza wskaźnikowa – sporządzona w oparciu o sprawozdania finansowe Szpitala z zastosowaniem metody punktowej, przewidzianej w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej – wykazała, że najwyższy poziom wskaźników ekonomiczno-finansowych osiągnięty został na koniec IV kwartału 2016 r., kiedy to wyniósł 60%, natomiast już po wprowadzeniu PSZ, tj. na koniec III kwartału 2018 r., zmniejszył się do 50% liczby punktów możliwych do uzyskania. Szpital podjął skuteczne działania w celu otrzymania wyższego ryczałtu PSZ na II półrocze 2018 r. poprzez uzyskanie dodatnich współczynników korygujących z tytułu przekazania do Narodowego Funduszu Zdrowia świadectw potwierdzających jakość procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnych oraz wzrostu liczby jednostek sprawozdawczych świadczeń ambulatoryjnych.	Nie stwierdzono istotnych nieprawidłowości mających wpływ na ocenę.

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena ogólna kontrolowanej działalności*	Stany mające wpływ na wydaną ocenę	
			prawidłowe	nieprawidłowe
23.	Zespół Opieki Zdrowotnej w Kłodzku	Ocena w formie opisowej	Wprowadzenie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej miało ograniczony wpływ na funkcjonowanie ZOZ Kłodzko. Nie skutkowało bowiem zmianami w zakresie udzielanych świadczeń, w strukturze organizacyjnej Szpitala oraz nie poprawiło jego sytuacji ekonomicznej. W momencie wprowadzenia PSZ w ZOZ Kłodzko funkcjonowały oddziały i poradnie specjalistyczne odpowiadające każdemu z profili działalności leczniczej objętych ryczałtem PSZ, nie doszło także do likwidacji żadnego profilu działalności leczniczej. Szpital zapewnił możliwość realizacji większości świadczeń po hospitalizacji oraz prowadził nocną i świąteczną opiekę zdrowotną, co odpowiadało wymogom kontraktów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia. W latach 2015–2017 i w ciągu trzech kwartałów 2018 r. Szpital znajdował się w bardzo trudnej sytuacji finansowej ponosząc w każdym z tych okresów, tj. zarówno przed, jak i po zmianie sposobu jego finansowania, straty na działalności leczniczej oraz osiągał ujemny wynik finansowy. Po wprowadzeniu ryczałtu PSZ przychody Szpitala z działalności leczniczej wzrosły w skali roku o 8,8%, jednocześnie jednak o 12,6% 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 zdrowotnej – wykazała, że najwyższy ich poziom, wynoszący 38,6% wartości maksymalnej, Szpital osiągnął na koniec III kwartału 2017 r., natomiast w kolejnym roku, to jest na koniec III kwartału 2018 r., nastąpiło obniżenie ich poziomu do 30,0% wartości maksymalnej. Wieloletnie straty na działalności Szpitala spowodowały także, że mimo podjętych działań naprawczych, jego kapitał własny osiągnął wartość ujemną, co – mimo podjętych działań naprawczych – stanowi o ekonomicznym zagrożeniu dla jego dalszego funkcjonowania. Dokonane, po wprowadzeniu PSZ, zmniejszenie z 234 do 161, tj. o 31,2%, liczby łóżek na pięciu oddziałach szpitalnych skutkowało poprawą wykorzystania posiadanego przez ZOZ Kłodzko potencjału, odzwierciedloną w zwiększonych wielkościach wskaźników wykorzystania łóżek oraz przelotowości.	Po zmianie sposobu finansowania Szpitala w sześciu spośród 25 komórek organizacyjnych ZOZ Kłodzko rozliczanych w ramach ryczałtu PSZ, nastąpiło pogorszenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, co spowodowane było przede wszystkim niekorzystną sytuacją finansową Szpitala. Nie dopełniono, wynikającego z art. 107 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, obowiązku zgłaszania zmian w zakresie liczby łóżek we wpisie do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, prowadzonego przez Wojewodę Dolnośląskiego.

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena ogólna kontrolowanej działalności*	Stany mające wpływ na wydaną ocenę	
			prawidłowe	nieprawidłowe
24.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego, Wrocław	Ocena w formie opisowej	Wprowadzenie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej 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 zapewnił możliwość realizacji świadczeń w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, co odpowiadało wymogom kontraktów zawartych z OW NFZ. Wzrost o 17,7% wartości umów zawartych z OW NFZ na przestrzeni lat 2015–2018 nie przełożył się na poprawę dostępności świadczeń opieki zdrowotnej dla świadczeniobiorców. Od momentu wprowadzenie 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 zdrowotnej - wykazała, że najwyższy ich poziom osiągnięty został na koniec III kwartału 2018 r., kiedy to 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 dalszego funkcjonowania.	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. Zmiana sposobu finansowania działalności Szpitala nie wpłynęła na poprawę dostępności pacjentów do świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz stacjonarnych. W przypadku dwóch, objętych szczegółowym badaniem kontrolnym, poradniach specjalistycznych, tj. chorób zakaźnych i gastroenterologicznej, odnotowano spadek liczby pacjentów, którym udzielono świadczenia. Zmniejszyła się ponadto liczba 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 odnotowano także w trzech oddziałach szpitalnych, tj. w I Oddziale Chorób Zakaźnych, VII Oddziale Gastroenterologii i w XIII Oddziale Rehabilitacji Ogólnoustrojowej oraz w trzech 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. 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 (dalej: „ustawa o statystyce publicznej), oraz § 1 rozporządzeń Rady Ministrów w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej.

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena ogólna kontrolowanej działalności*	Stany mające wpływ na wydaną ocenę	
			prawidłowe	nieprawidłowe
25.	Szpital Na Wyspie sp. z o.o., Żary	Ocena w formie opisowej	Wprowadzenie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej 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 Chirurgii Ogólnej. Wdrożenie sieci szpitali nie spowodowało konieczności wprowadzenia zmian organizacyjnych w Spółce. W większości oddziałów nie zaszły także znaczące zmiany w zakresie wykorzystania łóżek szpitalnych, czy ich przelotowości. Pomimo ustalonej na koniec III kw. 2018 r. straty netto, w zakresie wiarygodności finansowej, efektywności oraz zdolności do regulowania zobowiązań Szpital osiągał dobre wskaźniki ekonomiczno-finansowe. Spółka podejmowała też skuteczne działania w celu uzyskania wyższej kwoty ryczałtu PSZ.	NIK zwróciła uwagę, że szczegółowej analizy ze strony Szpitala wymaga wzrost średniego czasu oczekiwania na świadczenia w komórkach organizacyjnych, w których odnotowano jego wydłużenie (np. w oddziałach Chirurgii Ogólnej oraz Poradni Neurologicznej).
26.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulechowie	Ocena w formie opisowej	Wprowadzenie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej nie spowodowało znaczących zmian w sposobie funkcjonowania Szpitala. Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej, w tym także w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, odbywała się w sposób nieprzerwany oraz w stopniu pozwalającym na niezmniejszenie kwoty ryczałtu w kolejnych okresach. W ramach posiadanych profili leczenia Szpital zapewniał świadczenia pohospitalizacyjne, jednak nie każdy z pacjentów, zwłaszcza Oddziału Chorób Wewnętrznych, z nich korzystał. W zakresie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w większości komórek organizacyjnych zmniejszyła się liczba oczekujących. Wdrożenie sieci szpitali nie spowodowało konieczności wprowadzenia zmian organizacyjnych SPZOZ. W większości oddziałów nie zaszły także znaczące zmiany w zakresie wykorzystania łóżek szpitalnych, czy ich przelotowości. W okresie objętym kontrolą Szpital ponosił stratę netto, która od 2015 r. ulegała stopniowemu powiększeniu. Pomimo tego, w zakresie wiarygodności finansowej, efektywności oraz zdolności do regulowania zobowiązań, SPZOZ osiągał dobre wskaźniki ekonomiczno-finansowe. Z uwagi na pogarszający się wynik finansowy, Niezbędnym jest podjęcie lub zintensyfikowanie działań wskazanych m.in. w programach naprawczych, zmierzających do odwrócenia pogarszających się tendencji, które prowadzić mogą do utraty stabilności finansowej Szpitala.	NIK zwróciła uwagę, że szczegółowej analizy ze strony Szpitala wymaga wzrost średniego czasu oczekiwania na świadczenia w poszczególnych komórkach organizacyjnych (np. w oddziałach Chirurgii Ogólnej oraz Położniczo-Ginekologicznym).

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena ogólna kontrolowanej działalności*	Stany mające wpływ na wydaną ocenę	
			prawidłowe	nieprawidłowe
27.	Szpital Międzyrzecki sp. z o.o.	Ocena w formie opisowej	Wprowadzenie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej nie spowodowało znaczących zmian w zakresie realizacji świadczeń opieki zdrowotnej, jednocześnie jednak pogłębiła się bardzo trudna już sytuacja finansowa Szpitala. Szpital zapewniał pacjentom kompleksowe świadczenia ambulatoryjne i szpitalne, chociaż nie każdy z pacjentów z nich skorzystał. Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej, także w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, odbywała się w sposób nieprzerwany. Wprowadzenie PSZ nie wiązało się z koniecznością zmian w organizacji Szpitala. Nie doszło również do utraty trwałości zrealizowanych działań inwestycyjnych. W większości oddziałów nie zaszły także znaczące zmiany w zakresie wykorzystania łóżek szpitalnych, czy ich przelotowości. Szpital w badanym okresie znajdował się w bardzo trudnej sytuacji ekonomiczno-finansowej, na którą niewielki wpływ miało wprowadzenie sieci szpitali. Szpital nadal posiadał znaczne zobowiązania, w tym wymagalne oraz osiągał bardzo niskie wartości wskaźników ekonomiczno-finansowych.	Poprzez niepełne wykonanie ryczałtu PSZ w IV kw. 2017 r., Szpital dopuścił do naliczenia negatywnych (ujemnych) współczynników przy określaniu wysokości finansowania świadczeń na 2018 r., co pogłębiło stratę na działalności leczniczej. Mimo iż w 2018 r. podjęto działania na rzecz uzyskania wyższej kwoty ryczałtu PSZ poprzez uzyskanie dodatnich współczynników korygujących, to wzrost ten w niewielkim stopniu pokrył zmniejszenie ryczałtu po IV kwartale 2017 r., a Szpital świadczenia wykonane ponad jego wartość zmuszony był sfinansować ze środków własnych. Istnieje ekonomiczne zagrożenie dla dalszego funkcjonowania Szpitala.
28.	Lubuskie Centrum Ortopedii im. dr Lecha Wierusza sp. z o.o., Świebodzin	Ocena w formie opisowej	Zmiana sposobu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej po utworzeniu tzw. sieci szpitali nie spowodowała znaczących zmian w sposobie funkcjonowania Spółki. Pacjentom zapewniono możliwość korzystania z kompleksowych świadczeń ambulatoryjnych, szpitalnych i rehabilitacyjnych, stosownie do ich potrzeb, w poradniach i na oddziałach odpowiadających każdemu z posiadanych profili zabezpieczenia. Szpital podejmował skuteczne działania w celu uzyskania wyższego ryczałtu PSZ (dodatnie współczynniki korygujące) poprzez wyższe wykonanie świadczeń oraz uzyskanie standardów akredytacyjnych. Wartość umów zawartych z Lubuskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia rosła. Działania podjęte przez Zarząd były optymalne w zakresie organizacji pracy oddziałów oraz skuteczne w celu uzyskania wyższego ryczałtu (dodatnie współczynniki korygujące) poprzez wyższe wykonanie świadczeń oraz uzyskanie standardów akredytacyjnych. Uzyskane wyniki finansowe oraz analiza wskaźnikowa sporządzona na podstawie sprawozdań finansowych wskazują na bardzo dobą sytuację ekonomiczno-finansową Spółki.	W szpitalu doszło do pogorszenia dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej (w szczególności na Oddziałach Ortopedii i Rehabilitacji). Przyczyną ograniczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej jest m.in. włączenie do ryczałtu pacjentów przyjmowanych w trybie nagłym oraz brak regularnego zwiększania ryczałtu. Stwierdzone w toku kontroli, niepełne wykorzystanie bazy szpitalnej (łóżek), wynikało ze zbyt niskiej wartości umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawartych z LOW NFZ.

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena ogólna kontrolowanej działalności*	Stany mające wpływ na wydaną ocenę	
			prawidłowe	nieprawidłowe
29.	Wielo-specjalistyczny Szpital Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowej Soli	Ocena w formie opisowej	Wprowadzenie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej 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. 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.	NIK zwróciła uwagę, że 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).

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

6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych

Najważniejszymi aktami prawnymi regulującymi funkcjonowanie podmiotów leczniczych (szpitali) są:

- ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Ustawa o działalności leczniczej

W ustawie o działalności leczniczej, określono zasady: wykonywania działalności leczniczej, funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą niebędących przedsiębiorcami, prowadzenia rejestru tych podmiotów i zasady sprawowania nadzoru nad wykonywaniem działalności leczniczej oraz podmiotami wykonującymi działalność leczniczą.

Zgodnie z art. 8 ustawy o działalności leczniczej, rodzajami działalności leczniczej są:

1) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne:
   a) szpitalne,
   b) inne niż szpitalne oraz
2) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne mogą polegać w szczególności na: udzielaniu całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji, oraz zapewnianiu im produktów leczniczych i wyrobów medycznych, pomieszczeń i wyżywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także prowadzeniu edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowaniu tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych (art. 9 ust. 1 pkt 1 ww. ustawy).

Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmują świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu (art. 10 tej ustawy).

Na podstawie art. 24 ust. 1 pkt 2, 4 i 7 tej ustawy, w regulaminie organizacyjnym podmiotu wykonującego działalność leczniczą określa się: cele i zadania podmiotu, rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielania świadczeń zdrowotnych, organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego, a także warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym.

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej określa m.in. warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zasady i tryb finansowania świadczeń, zasady i tryb kwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowa-

nych, a także zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń oraz zasady sprawowania nadzoru i kontroli nad finansowaniem i realizacją świadczeń (art. 1 pkt 1–3 i pkt 7).

Świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie (art. 15 ust. 1 ustawy o świadczeniach). Świadczeniobiorcy przysługują świadczenia gwarantowane m.in. z zakresu:

- podstawowej opieki zdrowotnej (art. 15 ust. 2 pkt 1 ustawy o świadczeniach),
- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (art. 15 ust. 2 pkt 2 ustawy o świadczeniach),
- leczenia szpitalnego (art. 15 ust. 2 pkt 3 ustawy o świadczeniach),
- rehabilitacji leczniczej (art. 15 ust. 2 pkt 5 ustawy o świadczeniach),
- świadczeń wysokospecjalistycznych (art. 15 ust. 2 pkt 12 ustawy o świadczeniach),
- programów lekowych określonych w przepisach ustawy o refundacji (art. 15 ust. 2 pkt 15 ustawy o świadczeniach),
- leków stosowanych w chemioterapii określonych w przepisach ustawy o refundacji (art. 15 ust. 2 pkt 16 ustawy o świadczeniach).

Na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach Minister Zdrowia wydaje rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w poszczególnych rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1–8 i 10–13 tej ustawy, wraz z określeniem poziomu lub sposobu finansowania danego świadczenia gwarantowanego oraz warunków realizacji danego świadczenia gwarantowanego, w tym dotyczących personelu medycznego i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, mając na uwadze konieczność zapewnienia wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej oraz właściwego zabezpieczenia tych świadczeń.

Ustawa wprowadzająca system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej

Ustawą z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wprowadzono art. 95l, 95m i 95n ustawy o świadczeniach, zawierające uregulowania definiujące tworzenie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego „systemem zabezpieczenia" lub „systemem PSZ".

Zgodnie z art. 95l ust. 1 system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zapewnia świadczeniobiorcom dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie: leczenia szpitalnego, świadczeń wysokospecjalistycznych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanej w poradniach przyszpitalnych, rehabilitacji leczniczej, programów lekowych, leków stosowanych w chemioterapii oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, przy jednoczesnym zagwarantowaniu ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń oraz stabilności ich finansowania.

Zgodnie z art. 95l ust. 2 i 3, w ramach systemu zabezpieczenia wyodrębnia się sześć poziomów zabezpieczenia świadczeń, w tym: szpitale I stopnia, szpitale II stopnia, szpitale III stopnia, szpitale onkologiczne lub pulmono-

logiczne, szpitale pediatryczne, szpitale ogólnopolskie, które wyznaczane są przez rodzaje udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej i określane przez wskazanie profili lub rodzajów komórek organizacyjnych, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach, w których te świadczenia są udzielane w trybie hospitalizacji określonym w tych przepisach, zwanych dalej profilami systemu zabezpieczenia.

Świadczeniodawcę kwalifikuje się do systemu zabezpieczenia na okres czterech lat, w zakresie dotyczącym zakładu leczniczego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, prowadzonego na terenie danego województwa. Kwalifikacja, o której mowa powyżej, obejmuje włączenie danego świadczeniodawcy do jednego z poziomów systemu zabezpieczenia oraz wskazanie profili systemu zabezpieczenia, zakresów lub rodzajów świadczeń, w ramach których będą udzielane przez tego świadczeniodawcę świadczenia opieki zdrowotnej w systemie zabezpieczenia (art. 95m ust 1 i 2 ustawy o świadczeniach). Szczegółowe kryteria kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia określone zostały w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Porady specjalistyczne odpowiadające poszczególnym profilom systemu zabezpieczenia określa załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów PSZ.

Zgodnie z postanowieniami art. 3 ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach, do dnia 30 września 2017 r. dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ został zobowiązany do zawarcia ze świadczeniodawcami wymienionymi w wykazie, o którym mowa w art. 2 ust. 4 tej ustawy, umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie art. 159a ustawy o świadczeniach, obejmującej udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie profili systemu zabezpieczenia, o których mowa w art. 95l ust. 3 ustawy o świadczeniach, zakresów lub rodzajów świadczeń wskazanych dla danego świadczeniodawcy w tym wykazie.

Schemat nr 1

Profile systemu zabezpieczenia realizowane na poszczególnych poziomach systemu zabezpieczenia (art. 95l ust. 4 ustawy o świadczeniach)

1. Poziom szpitali I stopnia

a) chirurgia ogólna,
b) choroby wewnętrzne,
c) położnictwo i ginekologia (jeden z poziomów referencyjnych),
d) neonatologia (jeden z poziomów referencyjnych),
e) pediatria.

2. Poziom szpitali II stopnia

a) chirurgia dziecięca,
b) chirurgia plastyczna, w przypadku określonym w art. 95m ust. 7 i 8,
c) kardiologia,
d) neurologia,
e) okulistyka,
f) ortopedia i traumatologia narządu ruchu,
g) otorynolaryngologia,
h) reumatologia, w przypadku określonym w art. 95m ust. 7 i 8,
i) urologia.

3. Poziom szpitali III stopnia

a) chirurgia klatki piersiowej,
b) chirurgia klatki piersiowej dla dzieci,
c) chirurgia naczyniowa (jeden z poziomów referencyjnych),
d) choroby płuc,
e) choroby płuc dla dzieci,
f) choroby zakaźne,
g) choroby zakaźne dla dzieci,
h) kardiochirurgia,
i) kardiochirurgia dla dzieci,
j) kardiologia dla dzieci,
k) nefrologia,
l) nefrologia dla dzieci,
m) neurochirurgia,
n) neurochirurgia dla dzieci,
o) neurologia dla dzieci,
p) okulistyka dla dzieci,
q) ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla dzieci,
r) otorynolaryngologia dla dzieci,
s) toksykologia kliniczna,
t) toksykologia kliniczna dla dzieci,
u) transplantologia kliniczna,
v) transplantologia kliniczna dla dzieci,
w) urologia dla dzieci.

4. Poziom szpitali onkologicznych lub pulmonologicznych

a) dla szpitali onkologicznych: brachyterapia, ginekologia onkologiczna, chemioterapia hospitalizacja, chirurgia onkologiczna, chirurgia onkologiczna dla dzieci, hematologia, onkologia i hematologia dziecięca, onkologia kliniczna, radioterapia, terapia izotopowa, transplantologia kliniczna, transplantologia kliniczna dla dzieci,
b) dla szpitali pulmonologicznych: chemioterapia hospitalizacja, chirurgia klatki piersiowej, chirurgia klatki piersiowej dla dzieci, choroby płuc, choroby płuc dla dzieci.

5. Poziom szpitali pediatrycznych

wszystkie profile systemu zabezpieczenia dla dzieci

6. Poziom szpitali ogólnopolskich

wszystkie profile systemu zabezpieczenia

Źródło: Opracowanie własne NIK.

Sposób finansowania świadczeń w ramach systemu zabezpieczenia

Finansowanie kosztów świadczeń udzielanych na podstawie umów zawartych w ramach sieci szpitali, co do zasady, odbywa się w formie ryczałtowej. Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na pierwszy okres rozliczeniowy, OW Funduszu ustaliły wartość ryczałtu na pierwszy okres rozliczeniowy dla poszczególnych podmiotów, które zostały zakwalifikowane do systemu zabezpieczenia. Wysokość ryczałtu na kolejne okresy rozliczeniowe OW NFZ określają na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Zgodnie z art. 136c ust. 3 ustawy o świadczeniach, przy ustalaniu wysokości ryczałtu dla danego świadczeniodawcy uwzględnia się:

1) wysokość środków finansowych zaplanowanych na finansowanie świadczeń w formie ryczałtu systemu zabezpieczenia, określoną w planie zakupu świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 131b ust. 1 ustawy o świadczeniach;
2) dane dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych i sprawozdanych za poprzedni okres rozliczeniowy finansowanych w formie ryczałtu systemu zabezpieczenia w zakresie:
   - liczby i rodzaju udzielonych świadczeń;
   - cen udzielonych świadczeń;
   - parametrów jakościowych, związanych z procesem udzielania tych świadczeń;
3) parametry dotyczące relacji liczby świadczeń opieki zdrowotnej wykonanych i sprawozdanych przez świadczeniodawcę w poprzednich okresach rozliczeniowych, odpowiadające wzrostowi lub spadkowi liczby tych świadczeń.

Dla świadczeniodawców, dla których współczynnik zmiany liczby jednostek sprawozdawczych wyniósł w przedziale od 0,98 do 1 nie koryguje się wysokości ryczałtu w oparciu o zmianę liczby wykonanych i sprawozdanych świadczeń opieki zdrowotnej.

W badanym okresie ryczałt PSZ był wyliczany kolejno dla:

- IV kwartału 2017 r. – na podstawie liczby świadczeń zrealizowanych i sprawozdanych do NFZ w 2015 r., z uwzględnieniem wyceny świadczeń obowiązującej w 2017 r.;
- I półrocza 2018 r. – na podstawie świadczeń zrealizowanych i sprawozdanych do NFZ w IV kwartale 2017 r.;
- II półrocza 2018 r. – na podstawie świadczeń zrealizowanych i sprawozdanych do NFZ w IV kwartale 2017 r.

Równolegle w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach systemu zabezpieczenia wyodrębniono środki na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, które ze względu na konieczność zapewnienia odpowiedniego dostępu do tych świadczeń wymagają ustalenia odrębnego sposobu finansowania. Wykaz świadczeń, wymagających odrębnego

sposobu finansowania został określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2017 r. w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania.

Zarządzenia Prezesa NFZ

W związku z wejściem w życie ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach, wprowadzającej PSZ oraz wydaniem ww. rozporządzeń ministra właściwego do spraw zdrowia, w dniu 10 sierpnia 2017 r. Prezes Funduszu wydał zarządzenie Nr 69/2017/DSOZ w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej[73]. W szczególności, stosownie do upoważnienia, w ww. zarządzeniu określono warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawieranych w ramach systemu PSZ, uwzględniając zasady udzielania i sprawozdawania świadczeń finansowanych ryczałtem oraz świadczeń finansowanych odrębnie, wskazanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania.

W celu zachowania reguły równego traktowania świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie umów z Funduszem, zawartych w systemie PSZ, jak również zawieranych w trybie postępowań konkursowych, a także w związku z potrzebą zachowania ciągłości użytkowania systemów służących do komunikacji, w tym sprawozdawania płatnikowi wykonania świadczeń przez świadczeniodawców, w ww. zarządzeniu zachowano zasady udzielania świadczeń określone w dotychczasowych regulacjach w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji świadczeń w rodzajach: leczenie szpitalne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, świadczenia odrębnie kontraktowane, rehabilitacja lecznicza, podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, pomoc doraźna i transport sanitarny.

Jednocześnie, w celu wprowadzenia porównywalności wartości jednostek rozliczeniowych (punktów) stosowanych w umowach o udzielanie świadczeń w różnych rodzajach, która była niezbędna w przypadku objęcia ich finansowaniem ryczałtowym PSZ, dokonano proporcjonalnego przeszacowania wartości punktu i odpowiedniej korekty wszystkich wycen punktowych oraz cen jednostek rozliczeniowych w obowiązujących umowach[74]. W związku z przepisami określającymi terminy rozliczeń i płatności za świadczenia, określono 90-cio dniowy termin wyliczenia wartości ryczałtu na kolejny okres rozliczeniowy dla poszczególnych świadczeniodawców w systemie zabezpieczenia, od dnia zakończenia poprzedniego okresu rozliczeniowego.

[73] Zarządzenie Nr 69/2017/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 10 sierpnia 2017 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej zostało uchylone z dniem 1 lipca 2018 r. zarządzeniem Nr 65/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 czerwca 2018 r. o tym samym tytule.

[74] Od 1 października 2017 r. oczekiwana cena punktu w umowach: SZP, AOS, REH wynosiła 1 zł.

Powyższe było kilkukrotnie modyfikowane m.in. w zakresie:

- wprowadzenia współczynnika korygującego o wartości 1,2 dla świadczeniodawców zakwalifikowanych do poziomu ogólnopolskiego albo onkologicznego lub pulmonologicznego (hospitalizacje do chemioterapii i radioterapii);
- wprowadzenia możliwości stosowania ww. współczynnika korygującego przez świadczeniodawców zakwalifikowanych do III poziomu zabezpieczenia, spełniających określone warunki w zakresie liczby i struktury udzielanych świadczeń.

Dodatkowo ujednolicono zapisy poszczególnych zarządzeń Prezesa NFZ, dotyczących ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego, świadczeń wysokospecjalistycznych, rehabilitacji leczniczej, świadczeń zdrowotnych odrębnie kontraktowanych, w zakresie stosowanych jednostek sprawozdawczych, tj. jednostek rozliczeniowych i ich wartości punktowych oraz ceny za punkt (tzw. „denominacja"). Zmiany w zakresie ceny jednostki rozliczeniowej określono z uwzględnieniem następującego wzoru:

$$C_n = \frac{C_u}{C_b},$$

gdzie: C_n – cena nowej jednostki rozliczeniowej, C_u – aktualna cena jednostki rozliczeniowej w obowiązującej umowie, C_b – cena bazowa przyjęta dla danego typu umowy do wyliczenia nowej ceny jednostki rozliczeniowej. Rozwiązanie takie umożliwiło wyliczanie wartości ryczałtów podstawowego systemu zabezpieczenia, o których mowa w art. 136c ustawy o świadczeniach.

Nocna i świąteczna opieka zdrowotna (NiŚOZ)

Począwszy od 1 października 2017 r. wprowadzono zmiany w finansowaniu i organizacji realizacji świadczeń NiŚOZ oraz zobowiązano świadczeniodawców zakwalifikowanych do poziomu szpitali I, II, III stopnia zabezpieczenia oraz szpitali pediatrycznych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Podstawą prawną przedmiotowej zmiany jest art. 132b ustawy o świadczeniach[75] oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej[76]. Przed 1 października 2017 r. świadczenia w zakresie NiŚOZ były realizowane przez podmioty udzielające świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ).

Warunki realizacji świadczeń określone zostały w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej[77], w zarządzeniu Nr 71/2017/DSM Prezesa NFZ z dnia 11 sierpnia 2017 r. w sprawie określenia warun-

[75] Dodany przez art. 29 pkt 8 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. 2217, ze zm.), zmieniającej ustawę o świadczeniach z dniem 1 grudnia 2017 r. Uprzednio art. 55 ust. 3 ustawy o świadczeniach, zmieniony z dniem 4 maja 2017 r. przez art. 1 pkt 2 lit. a ustawy wprowadzającej sieć szpitali (jednocześnie ustawa ta dodała w art. 55 ust. 3a).

[76] Dz. U. poz. 1300.

[77] Dz. U. z 2016 r. poz. 86, ze zm.

ków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej[78] oraz w umowie o udzielanie świadczeń zdrowotnych, zawartej z OW NFZ.

Zgodnie z § 8 ust. 7 zarządzenia Nr 71/2017/DSM miejsce udzielania świadczeń, dodatkowe miejsca przyjmowania pacjentów oraz miejsce wyczekiwania zespołu wyjazdowego, winny być zlokalizowane na obszarze terytorialnym wskazanym dla podmiotów PSZ. Ponadto zgodnie z art. 133 ustawy o świadczeniach oraz z § 7 zarządzenia Nr 71/2017/DSM, świadczenia w ramach NiŚOZ mogą być udzielane również za pośrednictwem podwykonawcy.

[78] Dz. Urz. NFZ poz. 71, ze zm.

6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności

1. Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli, Dz. U. z 2019 r. poz. 489.
2. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, Dz. Urz. UE L 119 z 4.05.2016, s. 1, ze zm.
3. Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. poz. 1000, ze zm.
4. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz. U. z 2017 r. poz. 1318, ze zm.
5. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, ze zm.
6. Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. poz. 844.
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, Dz. U. poz. 1163.
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na pierwszy okres rozliczeniowy, Dz. U. poz. 1242.
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, Dz. U. poz. 1783, ze zm.
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2017 r. w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania, Dz. U. poz. 1225, ze zm.
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Dz. U. z 2016 r. poz. 1146, ze zm.
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, ze zm.
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, Dz. U. z 2016 r. poz. 357, ze zm.
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, Dz. U. z 2018 r. poz. 465, ze zm.
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, Dz. U. z 2016 r. poz. 86, ze zm.

16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Dz. U. poz. 1372, ze zm.
17. Rozporządzenie 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 publicznych, Dz. U. z 2016 r. poz. 192, ze zm.
18. Rozporządzenie 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. poz. 832.
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, Dz. U. poz. 2069.
20. Zarządzenie Nr 69/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2017 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, Dz. Urz. NFZ poz. 69, ze zm. (uchylone z dniem: 1 lipca 2018 r.).
21. Zarządzenie Nr 65/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2018 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, Dz. Urz. NFZ poz. 65, ze zm.
22. Zarządzenie Nr 119/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 listopada 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, Dz. Urz. NFZ poz. 119, ze zm. (uchylone z dniem 1 lipca 2018 r.).
23. Zarządzenie Nr 66/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, Dz. Urz. NFZ poz. 66, ze zm.
24. Zarządzenie Nr 62/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, Dz. Urz. NFZ poz. 62, ze zm. (uchylone z dniem 14 marca 2018 r.).
25. Zarządzenie Nr 22/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, Dz. Urz. NFZ poz. 22, ze zm.
26. Zarządzenie Nr 130/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2016 r. w sprawie określenia warunków

zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką, Dz. Urz. NFZ poz. 130, ze zm. (uchylone z dniem 23 czerwca 2018 r.).

27. Zarządzenie Nr 42/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką, Dz. Urz. NFZ poz. 42, ze zm. (uchylone z dniem 9 marca 2019 r.).
28. Zarządzenie Nr 13/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 lutego 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką, Dz. Urz. NFZ poz. 13, ze zm.
29. Zarządzenie Nr 71/2017/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 sierpnia 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, Dz. Urz. NFZ poz. 71, ze zm.
30. Zarządzenie Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Dz. Urz. NFZ poz. 18, ze zm.

6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
6. Rzecznik Praw Obywatelskich
7. Sejmowa Komisja do Spraw Kontroli Państwowej (KOP)
8. Sejmowa Komisja Zdrowia (ZDR)
9. Senacka Komisja Zdrowia
10. Minister Zdrowia
11. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
12. Rzecznik Praw Pacjenta

6.5. Stanowisko Ministra do informacji o wynikach kontroli

Minister Zdrowia

Warszawa, 22 lipca 2019

NKA.093.4.2019.3.KCZ

Pan
Wojciech Kutyła
Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli

Szanowny Panie Prezesie,

w nawiązaniu do pisma z dnia 26 czerwca 2019 r. o znaku: KZD.430.002.2019, przy którym przekazano Informację o wynikach kontroli P/18/059 ***Funkcjonowanie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej***, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższego stanowiska do ww. dokumentu.

1. Część 2 Ocena ogólna, przypis nr 4, str. 10.

W odniesieniu do poniższego zdania umieszczonego w Informacji: *Według danych publikowanych przez Ministra Zdrowia, wartość zobowiązań ogółem na koniec III kwartału 2017 r. wynosiła 11.858,5 mln zł,* ***na koniec III kwartału 2016 r.*** *– 11.154,7 mln zł,* ***na koniec III kwartału 2016 r.*** *– 10.885,2 mln* zł, uprzejmie informuję, iż podwójnie wskazano III kwartał 2016 r. podając zarazem inne kwoty zobowiązań.

2. Część 3 Synteza, str. 14.

Odnosząc się do fragmentu Informacji na str. 14: *Na wzrost kosztów złożył się m.in. wzrost kosztów wynagrodzeń o 15,4% (99,2 mln zł) oraz medycznych usług obcych o 19,8% (58,5 mln zł). Wynikało to przede wszystkim z regulacji prawnych dotyczących wzrostu wynagrodzeń w ochronie zdrowia oraz w gospodarce narodowej. Temu wzrostowi nie towarzyszyła odpowiadająca mu wysokością zmiana wyceny świadczeń -*

Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa
Telefon: (22) 63 49 460
e-mail: kancelaria@mz.gov.pl
www.mz.gov.pl

w analizowanym okresie wycena została podniesiona przez NFZ o 4% w 2017 r., należy zauważyć, że na pokrycie kosztów wynagrodzeń wynikających ze zmian odpowiednich przepisów, w tym w szczególności:

- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej[1] – w zakresie wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych, dyspozytorów medycznych oraz ratowników medycznych i pielęgniarek systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego;
- ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw[2] – w zakresie podwyższenia wynagrodzeń lekarzy i lekarzy dentystów posiadających specjalizację,

poza środkami wynikającymi z podwyższenia wyceny niektórych świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniodawcy otrzymują również dodatkowe środki finansowe, specjalnie przeznaczone na sfinansowanie kosztów podwyżek.

3. Część 4 Wnioski, wniosek nr 2 do Ministra Zdrowia, str. 17.

W odniesieniu do wniosku o *zapewnienie finansowania działalności szpitali w sposób adekwatny do tempa wzrostu kosztów leczenia, z przyczyn od nich niezależnych, umożliwiającego bilansowanie się działalności szpitali*, uprzejmie informuję, co następuje.

Należy na wstępie zauważyć, że wartość świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (dalej „NFZ" albo „Fundusz") w danym roku, jest zdeterminowana poziomem środków zapisanych na ten cel w planie finansowym Funduszu zatwierdzonym przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów, sporządzonym zgodnie z uregulowaniami art. 120 i 121 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych[3]. Wartość środków finansowych przeznaczonych na zakup świadczeń, zgodnie z ww. planem, wynika z wartości prognozowanych przychodów NFZ, w tym w szczególności z tytułu składki na ubezpieczenie zdrowotne, będących pochodną podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz wymiaru tej składki. W ramach tych środków finansowych NFZ jest zobowiązany do zapewnienia

[1] Dz. U. z 2016 r. poz. 1146, z późn. zm.
[2] Dz. U. poz. 1532, z późn. zm.
[3] Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.

świadczeniobiorcom równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej we wszystkich rodzajach świadczeń.

Jednocześnie trzeba zaznaczyć, że aktualnie obowiązujące przepisy prawne dają Prezesowi NFZ odpowiednie instrumenty, pozwalające reagować na wzrastające koszty świadczeń opieki zdrowotnej.

W bieżącym roku, w związku z rosnącymi kosztami świadczeń opieki zdrowotnej, Prezes NFZ podjął w szczególności następujące działania:

- na mocy zarządzenia Nr 38/2019/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, zwiększono wartości punktowe większości grup JGP dedykowanych dla zakresów chirurgia ogólna i choroby wewnętrzne (o 6%, a w niektórych przypadkach nawet o 10 lub 15%),
- na mocy zarządzenia Nr 39/2019/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, wprowadzono dla świadczeniodawców zakwalifikowanych do I lub II poziomu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (dalej „PSZ") współczynnik korygujący wartości 1,20 stosowany przy rozliczaniu niektórych często wykonywanych, podstawowych procedur chirurgicznych, co wpłynie przede wszystkim na poprawę sytuacji szpitali powiatowych,
- na mocy zarządzenia Nr 77/2019/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 27 czerwca 2019 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, zmianie uległa wycena punktowa grup JGP oraz wycena świadczeń z katalogu produktów odrębnych związanych z leczeniem długoterminowym gruźlicy, mykobakterioz, gruźlicy wielolekoopornej, a także świadczeń z zakresu transplantologii klinicznej (wzrost o 3%), jak również wycena świadczeń toksykologicznych (wzrost o 10%).

4. Część 5 Ważniejsze wyniki kontroli, str. 18.

W ostatnim akapicie dot. wymienienia podmiotów o najniższym poziomie zrealizowanych świadczeń w stosunku do przyznanego ryczałtu PSZ zostały wskazane również placówki o stosunkowo wysokim, a nie niskim poziomie wykonania ryczałtu w danym kwartale

(SP ZOZ w Białymstoku – 99,6% oraz Szpital na Wyspie sp. z o.o. w Żarach – 98,5%), co stanowi nieścisłość i nieprawidłowość podania danych. Wartość tych wskaźników nie ilustruje niskiego poziomu wykonania świadczeń, gdyż mieści się w przedziale optymalnego wykonania ryczałtu, zgodnie z informacjami podanymi we wcześniejszych akapitach, gdzie wykonanie <98% powoduje zmniejszenie, a >100% zwiększenie wartości ryczałtu (przy zachowaniu odniesienia wartości również do danego okresu rozliczeniowego – kwartału).

5. Część 5 Ważniejsze wyniki kontroli, przykład, str. 22.

W Kociewskim Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Starogardzie Gdańskim średnia liczba pacjentów leczonych kwartalnie w ramach ryczałtu i średnia liczba udzielonych im świadczeń jednostkowych, po wprowadzeniu sieci szpitali nieznacznie wzrosły (z 7.925 pacjentów i 12.829 świadczeń w latach 2015-2017 (IV kwartał) do 7.859 pacjentów i 13.021 świadczeń, tj. odpowiednio o 0,8% i 1,5%).

W przedmiotowym przykładzie widać, że średnia liczba pacjentów leczonych kwartalnie w ramach ryczałtu spadła (z 7.925 pacjentów na 7.859 pacjentów), natomiast średnia liczba udzielonych im świadczeń jednostkowych nieznacznie wzrosła.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Janusz Cieszyński
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/