



KZD.430.006.2022
Nr ewid. 162/2022/P/22/048/KZD

Informacja o wynikach kontroli

FUNKCJONOWANIE SZPITALI POWIATOWYCH

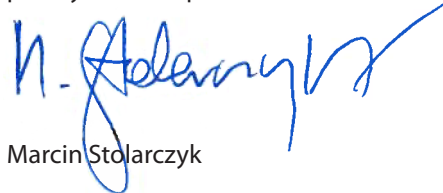
DEPARTAMENT ZDROWIA

MISJA

Najwyższej Izby Kontroli jest niezależna, profesjonalna kontrola zadań publicznych w interesie obywateli i państwa

Informacja o wynikach kontroli Funkcjonowanie szpitali powiatowych

p.o. Dyrektor Departamentu Zdrowia



Marcin Stolarczyk

Akceptuję:

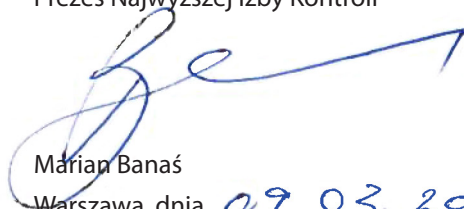
Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli



Małgorzata Motylow

Zatwierdzam:

Prezes Najwyższej Izby Kontroli



Marian Banaś

Warszawa, dnia 09.03.2023r

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	8
3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI.....	9
4. WNIOSKI.....	17
5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI	18
5.1. Organizacja i realizacja świadczeń zdrowotnych	18
5.2. Sytuacja ekonomiczno-finansowa szpitala	38
5.3. Badanie kwestionariuszowe	60
6. ZAŁĄCZNIKI.....	62
6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe.....	62
6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych.....	69
6.3. Wyniki z badania kwestionariuszowego dotyczącego funkcjonowania szpitali powiatowych	76
6.4. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności.....	83
6.5. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli.....	85
6.6. Stanowisko Ministra do informacji o wynikach kontroli	86
6.7. Opinia Prezesa NIK do stanowiska Ministra	91

Wykaz stosowanych skrótów, skrótowców i pojęć

Udl	Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej ¹ .
Ustawa o świadczeniach	Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ² .
Ustawa o NIK	Ustawa z 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ³ .
Dostępność świadczeń	Osiągalność świadczenia opieki zdrowotnej i dogodność (łatwość) korzystania z niego. Osiągalność zależy przede wszystkim od tego, czy dana usługa jest świadczona w ramach systemu opieki zdrowotnej i jakie przyjęto zasady korzystania z niej. Dogodność natomiast jest wyznaczona przez wiele czynników, takich jak: czas oczekiwania na wizytę u lekarza, wysiłek pacjenta związany z dotarciem do miejsca udzielania świadczeń i sposobem umówienia wizyty oraz szeroko rozumiane koszty jakie ponosi on w celu uzyskania świadczenia medycznego ⁴ .
Jst	Jednostka samorządu terytorialnego.
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia.
OWU	Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiące załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ⁵ .
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 udl).
Ryczałt PSZ	Ryczałt systemu zabezpieczenia, o którym mowa w art.136c ustawy o świadczeniach, stanowiący kwotę zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy określoną w umowie zawieranej w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.
PSZ	System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, wynikający z art. 95l ustawy o świadczeniach;
Spzoz	Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej.
Standard rachunku kosztów	Standard rachunku kosztów stosowany jest obowiązkowo u świadczeniodawców, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Ma na celu ujednoczenie sposobu identyfikowania, gromadzenia, przetwarzania, prezentowania i interpretowania informacji o kosztach świadczeń opieki zdrowotnej (art. 31lc ust. 7 ustawy o świadczeniach).
Szpital	Zakład leczniczy, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne (art. 2 ust. 1 pkt 9 udl).

¹ Dz. U. z 2022 r. poz. 633, ze zm.

² Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, ze zm.

³ Dz. U. z 2022 r. poz. 623.

⁴ Informacja Ministra Zdrowia o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w 2004 r. Ministerstwo Zdrowia, 2004, str. 59–60.

⁵ Dz. U. z 2022 r. poz. 787, ze zm.

Świadczenia zdrowotne Działania służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania (art. 5 pkt 40 ustawy o świadczeniach).

Świadczeniodawca Podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, osoba fizyczna, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej lub podmiot realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne (art. 5 pkt 41 ustawy o świadczeniach).

1. WPROWADZENIE

Pytanie definiujące cel główny kontroli

Czy szpitale powiatowe funkcjonowały prawidłowo i bilansowały swoją działalność?

Pytania definiujące cele szczegółowe kontroli

1. Czy organizacja i realizacja świadczeń zdrowotnych była prawidłowa?
2. Czy szpitale prawidłowo prowadziły gospodarkę majątkowo-finansową?

Jednostki kontrolowane

22 podmioty lecznicze funkcjonujące w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, utworzone przez jst.

Okres objęty kontrolą

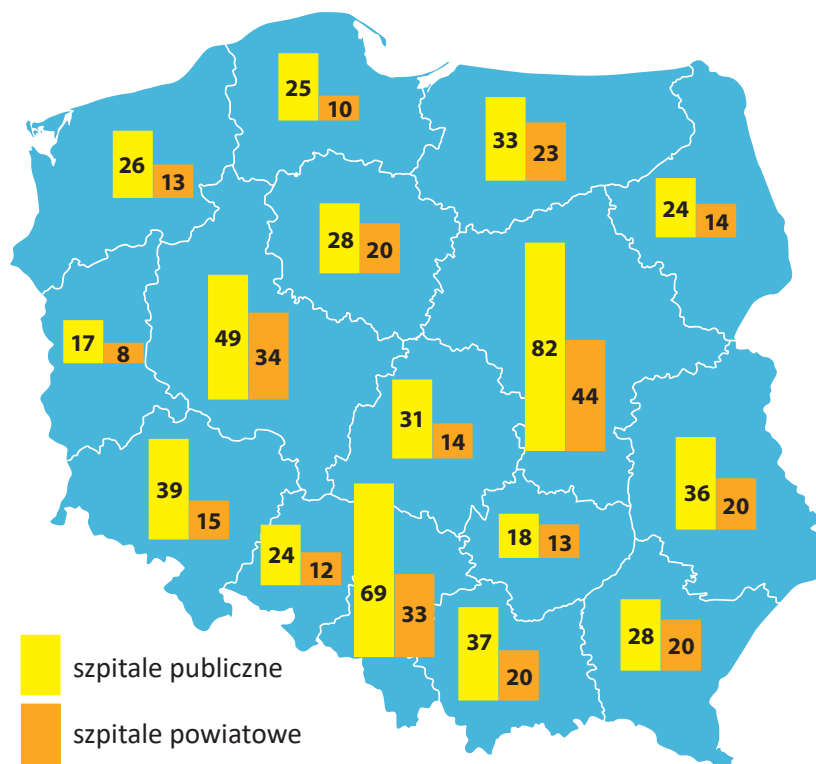
Lata 2020–2022 (I półrocze), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeśli zdarzenia mające wówczas miejsce miały wpływ na okres objęty kontrolą.

Kontrola P/22/048 „Funkcjonowanie szpitali powiatowych” została podjęta z inicjatywy własnej Najwyższej Izby Kontroli.

Na dzień 30 czerwca 2022 r. było 313 szpitali powiatowych, które udzielały świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez NFZ na dzień 30 czerwca 2022 r. było 313. Spośród nich 297 wykazywało zobowiązania. Liczba szpitali powiatowych zlokalizowanych na terenie kraju jest bardzo zróżnicowana i wynosi od ośmiu w województwie lubuskim do 44 w województwie mazowieckim.

Infografika nr 1

Liczba szpitali powiatowych na tle ogólnej liczby szpitali publicznych



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ według stanu na dzień 30 czerwca 2022 r.

Wartość umów z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez szpitale powiatowe wyniosła w latach 2019–2021 od 16 888,1 mln zł do 17 577,2 mln zł (wzrost o 4,08%). W I półroczu 2022 r. wartość umów o których wyżej mowa zawartych ze szpitalami powiatowymi wyniosła 10 084,1 mln zł⁶.

Podstawowym problemem utrudniającym funkcjonowanie szpitali powiatowych jest ich pogarszająca się sytuacja finansowa, przejawiająca się głównie rosnącym zadłużeniem. W latach 2019–2021 zobowiązania ogółem szpitali powiatowych stale rosły i wynosiły na koniec lat objętych analizą – odpowiednio – 6030,4 mln zł, 6882,8 mln zł i 7256,0 mln zł. Natomiast zobowiązania wymagalne szpitali powiatowych nieznacznie malały na przestrzeni tych lat i wynosiły – odpowiednio – 803,2 mln zł, 724,0 mln zł

⁶ Na podstawie informacji otrzymanej z Narodowego Funduszu w trybie art.29 ust. 1 ustawy o NIK – pismo znak: DEF-WSiKF.401.7.215.2022 / 2022.368029.BE z dnia 20 października 2022 r.

i 601,8 mln zł. Według stanu na 30 czerwca 2022 r., zobowiązania ogółem szpitali powiatowych wyniosły 7333,7 mln zł, w tym zobowiązania wymagalne – 776,8 mln zł⁷.

Poza kwestiami finansowymi, wśród najistotniejszych problemów w działalności szpitali powiatowych wymienić należy: odejście od modelu opartego na stopniach referencji (szpital powiatowy powinien zapewnić podstawową opiekę, a nie szukać nisz rynkowych i rentownych usług w wąskich, specjalistycznych zakresach); brak spójnej polityki zdrowotnej i jej koordynatora; nieracjonalna polityka inwestycyjna; zbyt duża liczba szpitali powiatowych; szpitale zbyt duże w stosunku do potrzeb. Kluczowym problemem niemal każdego szpitala powiatowego jest niska efektywność wykorzystania posiadanych zasobów. Innymi słowy – szpitale te mają za duży potencjał łóżkowy, a często także za duży potencjał ludzki w stosunku do aktualnych możliwości płatnika⁸.

Wpływ na funkcjonowanie szpitali miał również wprowadzony od 20 marca 2020 r. stan epidemii COVID-19. Szpitale dostosowały swoje funkcjonowanie do zaleceń Ministra Zdrowia i Centrali NFZ, dotyczących ograniczenia do niezbędnego minimum lub czasowego zawieszenia udzielania świadczeń wykonywanych planowo.

⁷ Na podstawie informacji otrzymanej z Ministerstwa Zdrowia w trybie art. 29 ust. 1 ustawy o NIK – pismo znak NKF.313.78.2022.RP z dnia 24 września 2022 r

⁸ K. Czerkas, *Siedem grzechów przeciwko szpitalom powiatowym*, Menedżer Zdrowia kwiecień 2016 r., str. 46–50.

2. OCENA OGÓLNA

Szpital powiatowy nie funkcjonował prawidłowo i miał problemy z bilansowaniem swojej działalności

Szpital powiatowy nie funkcjonował prawidłowo i miał problemy z bilansowaniem swojej działalności.

Organizacja i realizacja świadczeń zdrowotnych nie była prawidłowa.

W skontrolowanych szpitalach powiatowych stwierdzono liczne nieprawidłowości organizacyjne, dotyczące: nieaktualizowania wpisów do Krajowego Rejestru Sądowego i do Rejestrów Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonych przez wojewodów; niekompletności i nieaktualności regulaminów organizacyjnych; nieudostępniania pacjentom wszystkich obligatoryjnych informacji; niezapewnienia pacjentom możliwości umawiania się drogą elektroniczną na wizyty; niespełnienia norm zatrudnienia personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych; niezgłaszania do NFZ zmian dotyczących personelu lekarskiego; nieustalania bądź nieprawidłowego ustalenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych; naruszeń obowiązujących regulacji przy udzielaniu zamówień na wykonywanie świadczeń zdrowotnych.

Blisko 1/3 poddanej kontroli aparatury medycznej, którą poddano kontroli, była wykorzystywana w procesie leczenia pacjentów bez ważnych przeglądów technicznych.

Równie Niebezpieczne dla pacjentów było również kilkudobowe, nieprzerwane świadczenie pracy przez lekarzy, w skrajnym przypadku nawet przez 73 godziny. Nadmierne obciążenie pracą personelu medycznego mogło powodować ich przemęczenie i również negatywnie wpływać na sposób udzielania świadczeń zdrowotnych, a w skrajnych przypadkach – stwarzać także zagrożenia zdrowia dla samych lekarzy.

Szpital nieprawidłowo prowadziły gospodarke majątkowo-finansową.

Nieprawidłowości stwierdzone w skontrolowanych szpitalach dotyczyły w szczególności nieuwzględnienia w zasadach rachunkowości wszystkich wymaganych elementów, nieprawidłowego wdrażania standardu rachunku kosztów, opóźnień w ustalaniu planu finansowego, uniemożliwiających prawidłową gospodarke finansową, niedokonywania obligatoryjnych zmian w planie finansowym, opieszałości i niskiej skuteczności działań windykacyjnych, nieterminowego regulowania płatności skutkującego zapłatą odsetek (koszty finansowe) i nienależytego zarządzania mieniem.

W związku ze zmianą sposobu finansowania funkcjonowania szpitali, która wynikała z ogłoszonego stanu epidemii, nastąpiła poprawa wyników finansowych szpitali powiatowych. Najbardziej dochodowymi komórkami organizacyjnymi skontrolowanych szpitali były oddziały utworzone w związku ze stanem epidemii COVID-19. Podczas gdy w 2019 r. tylko osiem ze skontrolowanych szpitali osiągnęło dodatni wynik finansowy, to w 2020 r. było ich już 13, a w 2021 r. – 16. Jednocześnie zaobserwowano negatywne zjawisko, związane z epidemią COVID-19, jakim było zmniejszenie w 2020 r., w porównaniu do roku 2019, ogólnej liczby pacjentów hospitalizowanych oraz ogólnej liczby pacjentów leczonych ambulatoryjnie.

Natomiast już po pierwszym półroczu 2022 r. tylko trzy skontrolowane szpitale odnotowały zysk netto, zaś 19 poniosło stratę netto. Problemy finansowe szpitali powiatowych dodatkowo będą się pogłębiały na skutek obligatoryjnych podwyżek wynagrodzeń personelu leczniczego, wprowadzonych od 1 lipca 2022 r.⁹, oraz wysokiej inflacji.

Skala stwierdzonych nieprawidłowości (217 wniosków dotyczących usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości w 22 skontrolowanych podmiotach oraz blisko 500 mln zł finansowych skutków nieprawidłowości) świadczy o niewystarczającym nadzorze podmiotów tworzących skontrolowane szpitale.

⁹ Ustawa z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1352).

3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

Wszystkie 22 podmioty lecznicze objęte kontrolą były wpisane do Krajowego Rejestru Sądowego¹⁰ i do Rejestrów Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą¹¹ prowadzonych przez wojewodów.

Nierzetelne dane
zawarte w KRS i RPWDL

W przypadku 15 szpitali stwierdzono, że dane zawarte w KRS i w RPWDL nie odzwierciedlały stanu faktycznego. Szpitale te nie zgłaszały organowi prowadzącemu rejestr wszystkich zmian danych objętych RPWDL i/lub czyniły to z przekroczeniem 14 dniowego terminu na ich zgłoszenie.
[str. 18–19]

W 10 podmiotach, w regulaminach organizacyjnych nie uwzględniono wszystkich wskazanych w art. 24 udl informacji oraz nie były one aktualizowane stosownie do zachodzących zmian w strukturze organizacyjnej tych podmiotów. Tym samym dokumenty te nie stanowiły rzetelnego źródła informacji o podmiocie wykonującym działalność leczniczą.
[str. 19–20]

Nierzetelne regulaminy
organizacyjne

W żadnym spośród 22 skontrolowanych podmiotów leczniczych, kadra zarządzająca, wymieniona w art. 49 ust. 1 udl – tj. kierownik, zastępca kierownika (w przypadku gdy kierownik nie jest lekarzem), ordynator, naczelną pielęgniarka lub przełożona pielęgniarek i pielęgniarka oddziałowa – nie została wyłoniona w konkursach.

Unikanie procedur
konkursowych
przy wyborze kadry
zarządzającej

W części szpitali organizowano wprawdzie konkursy na stanowiska wymienione w art. 49 ust. 1 udl, ale ze względu na ich nierozstrzygnięcie powierzano obowiązki wybranym pracownikom.

W kontrolowanych podmiotach zwracano uwagę, że zauważalna jest niechęć kandydatów do udziału w procedurze konkursowej. Ponadto wskazywano, że postępowania konkursowe są procesem czasochłonnym i problematycznym, a także generują znaczne koszty, nie przynosząc oczekiwanych rezultatów w postaci wyłonienia kandydatów do zatrudnienia na stanowiskach kierowniczych.
[str. 20–21]

Łączna liczba łóżek, którymi dysponowały skontrolowane szpitale nieznacznie wzrosła w okresie objętym kontrolą (z 5918 w 2019 r. do 5996 – na koniec I półrocza 2022 r.).

Zmniejszenie ogólnej
liczby pacjentów
– hospitalizowanych
i ambulatoryjnych
– spowodowane
epidemią COVID-19

Zmniejszenie od 2020 r. ogólnej liczby pacjentów hospitalizowanych (o 37,5%) i ogólnej liczby pacjentów leczonych ambulatoryjnie (o 23,5%) w porównaniu z 2019 r. związane było z wprowadzonym w kraju stanem epidemii COVID-19, ogłoszonym w marcu 2020 r.

Natomiast udział pracowników medycznych w zatrudnieniu ogółem nieznacznie, ale sukcesywnie malał i wynosił: w 2019 r. – 68,4%, w 2020 r. – 67,6%, w 2021 r. – 66,8% oraz 66,0% na koniec I półrocza 2022 r.
[str. 22–23]

Obowiązku udostępniania świadczeniobiorcom informacji określonych w § 11 OWU nie zrealizowało 12 podmiotów lub zrealizowały go tylko częściowo. Dwa podmioty lecznicze (spośród 12 w których stwierdzono

Nieudostępnianie
pacjentom wszystkich
obligatoryjnych
informacji

¹⁰ Krajowy Rejestr Sądowy – zwany dalej: *KRS*. Ustawa z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym (Dz. U. z 2022 r. poz. 1683, ze zm.)

¹¹ Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą – zwany dalej: *RPWDL*, *Księgą rejestrową* lub *Rejestrem*.

nieprawidłowości w analizowanym zakresie) nie umieściły na zewnątrz budynku, w miejscu ogólnie dostępnym, tablicy ze znakiem Narodowego Funduszu Zdrowia, co było niezgodne z § 11 ust. 2 OWU. [str. 23–24]

Zapewnianie pacjentom przejrzystych zasady, opartych na kryteriach medycznych, ustalających kolejność dostępu do świadczeń medycznych

Zapewniono pacjentom przejrzyste, oparte na kryteriach medycznych, zasady ustalające kolejność dostępu do świadczeń medycznych – zgodnie z art. 6 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta, których przestrzegano w praktyce. Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnego określone zostały w regulaminach organizacyjnych lub zarządzeniach wydanych przez dyrektorów.

Najwięcej osób w stanie stabilnym oczekiwało na świadczenia w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS) do poradni: kardiologicznej, okulistycznej i neurologicznej. Natomiast w przypadku hospitalizacji najwięcej osób w stanie stabilnym oczekiwało na leczenie w oddziale: okulistycznym, chirurgii urazowo-ortopedycznej i chorób wewnętrznych. [str. 24–27]

Niezapewnianie pacjentom możliwości umawiania się drogą elektroniczną na wizyty

Dwanaście podmiotów leczniczych nie zapewniło pacjentom możliwości umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie wizyty. Stanowiło to naruszenie art. 23a ustawy o świadczeniach. [str. 25]

Niespełnianie norm zatrudnienia personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych

W 18 skontrolowanych szpitalach zatrudnienie personelu lekarskiego i pielęgniarskiego było niższe niż określone w Załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹². Normy zatrudnienia nie były spełnione przeważnie w odniesieniu do pielęgniarek. Ponadto w trzech szpitalach zatrudniono opiekunów medycznych w miejsce brakujących pielęgniarek, pomimo że w obecnym stanie prawnym takie zastępstwo jest niemożliwe. [str. 27–28]

Niezgłaszanie do NFZ zmian dotyczących personelu lekarskiego

W pięciu szpitalach stan faktyczny zatrudnienia w analizowanych oddziałach był niezgodny z wykazanim w załączniku nr 2 „Harmonogram – zasoby” do umowy z NFZ, co było niezgodne z § 6 ust. 2 OWU.

Wykazane rozbieżności wynikały przede wszystkim z tego, że w wykazie nie uwzględniono osób, z którymi rozwiązano umowę lub zostały przeniesione do innej komórki organizacyjnej, a także czasu pracy personelu w oddziale szpitalnym.

Ponadto udzielanie świadczeń przez osoby nie wymienione w dokumencie „Harmonogram – zasoby” było niezgodne z § 6 ust. 1 OWU, według którego świadczenia są udzielane osobiście przez osoby wykonujące zawody medyczne zgodnie z dokumentem „Harmonogram – zasoby”. [str. 29]

Nieprawidłowości przy ustalaniu minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych

W 17 szpitalach nie ustalano minimalnych norm zatrudnienia bądź doszło do nieprawidłowości przy ich ustalaniu, wbrew wymogom art. 50 udl, dotyczącego procedury ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Art. 50 udl stanowi, że kierownik placówki ustala normy zatrudnienia po zasięgnięciu opinii osób kierujących jednostkami lub komórkami organizacyjnymi, określonymi w regulaminie organizacyjnym oraz przedsta-

¹² Dz. U. z 2021 r. poz. 290, ze zm., zwane dalej: *rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego*.

wicieli organów samorządu pielęgniarek oraz związków zawodowych pielęgniarek i położnych, działających na terenie podmiotu. Kierownik podmiotu leczniczego jest zobowiązany do ustalania minimalnych norm zatrudnienia – co najmniej raz na trzy lata z tytułu zasady określonej w § 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami¹³). [str. 29–31]

Z opóźnieniem wynoszącym do 484 dni, a nawet 767 dni, przeprowadzono przeglądy stanu technicznego aparatury medycznej 62 urzędów (spośród 197 które podlegały przeglądom technicznym). Było to niezgodne z art. 90 ust. 1 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych¹⁴.

Opóźnienia
w wykonywaniu
przeглядów sprzętu
i aparatury medycznej

Pomimo braku aktualnych przeglądów technicznych sprzętu i aparatury medycznej były one wykorzystywane w procesie leczenia pacjentów, co mogło stwarzać zagrożenie dla pacjentów.

Obowiązujące w trakcie kontroli przepisy, dotyczące stanu epidemii, nie zwalniały szpitali z obowiązku dokonywania przeglądów technicznych użytkowanego sprzętu i aparatury medycznej. [str. 31–32]

Szpitaly zlecały podmiotom zewnętrznym wykonywanie świadczeń zdrowotnych z zakresu m.in. usług lekarskich, usług pielęgniarskich i położniczych, badań laboratoryjnych i diagnostyki obrazowej.

Nieprawidłowe
udzielanie zamówień
na wykonywanie
świadczeń zdrowotnych

W dziewięciu szpitalach nie przestrzegano obowiązku, aby przed dniem wszczęcia postępowania konkursowego dokonać szacowania wartości przedmiotu zamówienia, co było niezgodne z art. 26a udl.

Przedmiot zamówienia w ramach postępowań konkursowych opisywany był ogólnikowo, co naruszało art. 140 ust. 1 ustawy o świadczeniach w związku z art. 26 ust. 4 udl¹⁵. Ponadto nie stosowano wszystkich kryteriów ofert określonych w art. 148 ust. 1 ustawy o świadczeniach oraz nie zastosowano nazw i kodów określonych we Wspólnym Słowniku Zamówień¹⁶, pomimo takiego obowiązku określonego w art. 141 ust 4 ustawy o świadczeniach w związku z art. 26 ust. 4 udl. Takie naruszenia przepisów stwierdzono w 10 szpitalach.

Ustalono, że osiem podmiotów leczniczych udzielało zamówień na udzielenie świadczeń zdrowotnych o wartości przekraczającej każdorazowo kwotę 30,0 tys. euro bez przeprowadzenia konkursu ofert, co było niezgodne z art. 26 ust. 3 udl. [str. 32–35]

¹³ Dz. U. z 2012 r. poz. 1545.

¹⁴ Dz. U. z 2021 r. poz. 1565, uchylona z dniem 26 maja 2022 r. Obecnie kwestie te reguluje art. 63 ust. 1 ustawy z 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. poz. 974).

¹⁵ Zgodnie z którym przedmiot zamówienia opisuje się w sposób jednoznaczny i wyczerpujący, za pomocą dostatecznie dokładnych i zrozumiałych określeń, uwzględniając wszystkie wymagania i okoliczności mogące mieć wpływ na sporządzenie oferty

¹⁶ Określonym w rozporządzeniu (WE) NR 2195/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (CPV) – Dz. U. UE L poz. 340 z 16.12. 2002, str.1, ze zm.

Kilkudobowe nieprzerwane świadczenie pracy przez lekarzy

Kontrola weryfikacji norm czasu pracy i obsady dyżurów przez personel lekarski wykazała, że w trzech szpitalach, spośród 22 skontrolowanych, nie zapewniono należyte bezpieczeństwa zdrowia pacjentów, jak i lekarzy. Dopuszczono do pełnienia przez lekarzy zatrudnionych na umowach cywilnoprawnych kilkudniowych, nieprzerwanych dyżurów, a tym samym nie zapewniono im właściwego odpoczynku. Regulacja dotycząca odpoczynku lekarzy pełniących dyżur medyczny określona w art. 97 udl nie obowiązuje lekarzy udzielających świadczeń na podstawie umów cywilnoprawnych.

Lekarze świadczyli pracę bez przerw na odpoczynek nawet do 73 godzin.
[str. 34–35]

Finansowanie świadczeń bezpośrednio przez pacjentów

Podmioty lecznicze realizowały – oprócz świadczeń finansowanych przez NFZ – również świadczenia finansowane bezpośrednio przez pacjentów nieuprawnionych do świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Opłaty wnoszone przez pacjentów „komercyjnych” i/lub przez pacjentów bez skierowania lub ze skierowaniem, ale wystawionym przez nieuprawnionego lekarza, stanowiły dodatkowe źródło przychodów dla podmiotów leczniczych.

W jednym szpitalu stwierdzono przypadki pobierania opłaty od pacjentów ubezpieczonych za udzielanie gwarantowanych świadczeń zdrowotnych objętych kontraktem zawartym z NFZ. Było to sprzeczne z art. 132 ust. 1 w związku z art. 2 ust. 1 pkt 1 i art. 15 ust. 2 pkt 3 ustawy o świadczeniach.

W dwóch szpitalach wysokość wykonywanych odpłatnie świadczeń medycznych nie została określona w cenniku, ale była ustalana indywidualnie po zrealizowaniu danego świadczenia i dopiero wtedy pacjent dowiadywał się jakie koszty musi ponieść. Pacjent w momencie przyjęcia do Szpitala nie znał kosztów hospitalizacji i możliwych do wykonania procedur medycznych. Cenę jaką musi zapłacić za leczenie i pobyt w szpitalu poznawał dopiero po zakończenia pobytu w Szpitalu.

Indywidualne ustalanie kwot za leczenie i pobyt w szpitalu świadczy o dowolności postępowania, braku jawności i przejrzystości postępowania w określaniu kwot za leczenie i pobyt w szpitalu, co może prowadzić do korupcji.
[str. 35–36]

Nieprawidłowości stwierdzone przez NFZ

Kontrole Narodowego Funduszu Zdrowia (53) przeprowadzone w kontrolowanych przez NIK podmiotach dotyczyły:

- udzielania świadczeń zdrowotnych związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 w zakresie zapewnienia łóżek dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem COVID-19;
- prawidłowości i zasadności rozliczania hospitalizacji pacjenta związanej z leczeniem COVID-19;
- jakości świadczeń rehabilitacyjnych dla osób z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności;
- realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie prawidłowości rozliczenia hospitalizacji wybranych grupą JGP¹⁷.

¹⁷ System Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP) został wprowadzony w Polsce 1 lipca 2008 r. na mocy zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 32/2008/DSOZ z dnia 11 czerwca 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne.

Wyniki tych kontroli wykazały nieprawidłowości i skutkowały poniesieniem kosztów finansowych z tytułu nałożonych kar. [str. 36–37]

W dziewięciu podmiotach leczniczych dokumentacja opisująca przyjęte *zasady (politykę) rachunkowości* nie zawierała wszystkich wymaganych elementów określonych w art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości¹⁸. W *zasadach* nie wskazywano m.in.: wersji oprogramowania komputerowego wykorzystywanego do prowadzenia ksiąg rachunkowych i daty rozpoczęcia jego eksploatacji; zakładowego planu kont, ustalającego wykaz kont księgi głównej, przyjęte zasady klasyfikacji zdarzeń, zasady prowadzenia kont ksiąg pomocniczych oraz ich powiązania z kontami księgi głównej; opisu systemu informatycznego, zawierającego wykaz programów, procedur lub funkcji, w zależności od struktury oprogramowania, wraz z opisem algorytmów i parametrów oraz programowych zasad ochrony danych, w tym metod zabezpieczenia dostępu do danych i systemu ich przetwarzania.

Nieuwzględnianie w zasadach rachunkowości wszystkich obligatoryjnych elementów

W 14 szpitalach nie doprecyzowano zasad szacowania prawdopodobnych przyszłych rezerw na odszkodowania z tytułu zdarzeń medycznych i szacowania rezerw na świadczenia na rzecz pracowników lub nie utworzono rezerwy na przyszłe, możliwe zobowiązania wynikające z toczących się sporów sądowych, co było niezgodne z art. 35d ust. 1 pkt 1 uor. Brak utworzenia rezerwy skutkuje tym, że wynik finansowy Szpitala nie odzwierciedla jego aktualnej sytuacji finansowej i majątkowej. Utworzona rezerwa powinna stanowić koszt, a jej brak zniekształca wynik finansowy Szpitala. [str. 38–40]

W 13 szpitalach wdrażanie standardu rachunku kosztów odbywało się niezgodnie z wytycznymi zawartymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców¹⁹. Nie wdrożono wszystkich wymaganych rozwiązań bądź wystąpiły opóźnienia w ich wdrażaniu. [str. 40–41]

Nieprawidłowe wdrażanie standardu rachunku kosztów

W 14 szpitalach plany finansowe zostały opracowane i przedstawione do zaopiniowania radzie społecznej z opóźnieniem, w terminie uniemożliwiającym ich wykorzystanie w gospodarce finansowej od 1 stycznia danego roku. Dopiero pozytywna opinia rady społecznej daje podstawę Dyrektorowi Szpitala do prowadzenia gospodarki finansowej. Stanowiło to naruszenie z art. 44 ust. 1 pkt 3 ustawy z 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych²⁰.

Opóźnienia w ustaleniu planu finansowego

Ponadto sześć szpitali nierzetelnie sporządziło plany finansowe, które nie zawierały wszystkich wymaganych elementów wyszczególnionych w art. 31 ustawy o finansach publicznych. [str. 41–43]

¹⁸ Dz. U. z 2021 r. poz. 217, ze zm., zwana dalej również uor.

¹⁹ Dz. U. poz. 2045.

²⁰ Dz. U. z 2022 r. poz. 1634, ze zm.

SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

Niedokonywanie obowiązkowych zmian w planie finansowym

W roku 2020 i 2021, w 13 szpitalach, w sytuacji zwiększenia przychodów i kosztów w stosunku do planu nie dokonano zmian w rocznym planie finansowym, co było niezgodne z art. 52 ust. 3 ustawy o finansach publicznych, który stanowi, że zmiany w zakresie przychodów i kosztów wymagają dokonania zmian w rocznym planie finansowym.

Stosownie do art. 46 ust. 1 ustawy o finansach publicznych, jednostki sektora finansów publicznych mogą zaciągać zobowiązania do sfinansowania w danym roku do wysokości wynikającej z planu wydatków lub kosztów jednostki, pomniejszonej o wydatki na wynagrodzenia i uposażenia, składki na ubezpieczenie społeczne i Fundusz Pracy, inne składki i opłaty obowiązkowe oraz płatności wynikające z zobowiązań zaciągniętych w latach poprzednich. [str. 43–44]

Poprawa wyników finansowych szpitali związana ze zmianą ich finansowania, wynikającą ze stanu epidemii

Podczas gdy w 2019 roku tylko osiem szpitali osiągnęło dodatni wynik finansowy, to w 2020 r. było ich już 13, a w 2021 r. – 16. Natomiast I półrocze 2022 r. tylko trzy szpitale zakończyły z wynikiem dodatnim, a 19 z wynikiem ujemnym.

W poszczególnych latach objętych kontrolą liczba komórek organizacyjnych działalności leczniczej z dodatnim wynikiem finansowym wynosiła: w 2019 r. – 364 (39,8% ogółem), w 2020 r. – 393 (41,2%), w 2021 r. – 440 (40,1%), a w I półroczu 2022 r. – 395 (37,3%). W tym okresie, w poszczególnych szpitalach udział komórek „dochodowych” w ogólnej liczbie komórek wynosił średnio od 18,2% do 62,3%.

Najbardziej opłacalnymi komórkami organizacyjnymi skontrolowanych szpitali były oddziały utworzone w związku ze stanem epidemii COVID-19, podstawowa opieka zdrowotna i okulistyka. Z kolei najbardziej deficytowe to te związane z: chirurgią, pediatrią i neurologią. [str. 44–47]

Opieszałość i niska skuteczność działań windykacyjnych

W przypadku 14 szpitali opieszale i mało skutecznie odzyskiwano należności. W sześciu szpitalach nie było formalnie opracowanych procedur prowadzenia windykacji należności.

Szpitale które podejmowały działania – z różnym skutkiem – w celu egzekwowania należności, w przypadku nieterminowego ich regulowania naliczały odsetki za zwłokę. Odsetki naliczone przez szpitale od przeterminowanych należności wyniosły: w 2019 r. łącznie 1333,0 tys. zł co stanowiło 87,9% przychodów finansowych wszystkich szpitali, w 2020 r. – 1515,6 tys. zł (90,2%), w 2021 r. – 609,8 tys. zł (88,2%) i w I półroczu 2022 r. – 411,9 tys. zł. [str. 47–51]

Nieterminowe regulowanie płatności skutkujące zapłatą odsetek

Według stanu na 30 czerwca 2022 r., zobowiązania kontrolowanych szpitali wynosiły łącznie 375 811,6 tys. zł, w tym zobowiązania przeterminowane – 34 495,8 tys. zł (9,2% zobowiązań ogółem). Zobowiązania wymagalne wystąpiły w 18 skontrolowanych szpitalach. Największe kwotowo zobowiązania ogółem były w szpitalu w Pile (58 969,9 tys. zł), Łęborku (35 503,5 tys. zł) i Wieluniu (35 199,0 tys. zł).

Szpitale nie regulowały terminowo płatności z tytułu zaciągniętych zobowiązań, co było niezgodne z art. 44 ust. 3 pkt 3 ustawy o finansach publicznych. Tym samym ponosiły koszty finansowe z tego tytułu. Nieterminowe regulowanie zobowiązań, skutkujące zapłatą odsetek, jest działaniem

niegospodarnym i naruszeniem dyscypliny finansów publicznych, zgodnie z art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych²¹.

Mimo nieterminowych płatności, kontrahenci nie wstrzymywali dostaw ani świadczenia usług niezbędnych do funkcjonowania skontrolowanych szpitali. [str. 51–53]

W latach 2020–2021 11 szpitali, które w sprawozdaniu finansowym za dany rok (2020 r. i/lub 2021 r.) wykazywały stratę netto, sporządziło programy naprawcze na lata 2021–2023 i/lub 2022–2024, zgodnie z art. 59 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej.

Niebilansowanie
przychodów z kosztami

Nieprawidłowości w opracowaniu programów naprawczych stwierdzono w dwóch szpitalach. [str. 53–56]

Dziewiętnaście podmiotów leczniczych nie zamieściło w terminie raportów o sytuacji ekonomiczno-finansowej w swoim Biuletynie Informacji Publicznej (dalej: *BIP*). Naruszało to art. 53a ust. 1 udl.

Nieumieszczanie
raportów o sytuacji
ekonomiczno-
finansowej w BIP

Dziesięć szpitali opublikowało raporty w BIP dopiero w trakcie kontroli NIK. Sześć szpitali przesłało raporty o sytuacji ekonomiczno-finansowej tylko do podmiotu tworzącego (starostwa powiatowego) i zostały one opublikowane na stronie BIP powiatu, a nie szpitala. [str. 56–57]

W latach 2020–2022 (I półrocze) majątek skontrolowanych szpitali był wykorzystywany przez inne podmioty zewnętrzne na podstawie zawartych 415 umów najmu i dzierżawy.

Nienależyte
zarządzanie mieniem

Dziesięć szpitali nienależycie zarządzało posiadanym mieniem, w tym w sposób niewłaściwy zabezpieczało swoje interesy.

Siedem szpitali zawierając umowy najmu/dzierżawy mienia, nie przestrzegało postanowień zawartych w uchwałach podmiotów je tworzących, a dotyczących gospodarowania mieniem. Nie przestrzegano nawet obowiązku uzyskania zgody podmiotu tworzącego na postępowanie z mieniem. [str. 57–60]

W celu uzyskania informacji dotyczących funkcjonowania szpitali powiatowych, Departament Zdrowia wystosował, na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK, zapytanie do 275 starostw powiatowych, które były dla nich organem tworzącym.

Badanie
kwestionariuszowe

Kwestionariusz został wypełniony przez 223 starostwa (tj. 81,1% jednostek objętych badaniem), które wskazały, że na ich terenie funkcjonuje 249 szpitali powiatowych: 178 SPZOZ i 71 spółek prawa handlowego.

Choć wyniki finansowe szpitali powiatowych w okresie 2018–2021 poprawiły się, to rok 2021 blisko połowa szpitali powiatowych zamknęła stratą netto. Lepsze wyniki finansowe odnotowywały szpitale prowadzone w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

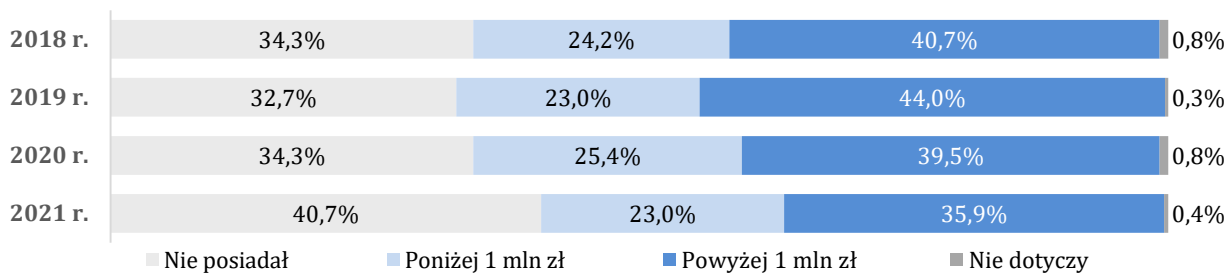
²¹ Dz. U. z 2021 r. poz. 289, ze zm.

SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

Na koniec 2021 r. blisko 60% szpitali powiatowych miało zobowiązania wymagalne, z czego 36% stanowiły zobowiązania powyżej 1 mln zł. Poniżej zaprezentowano dane z lat 2018–2021:

Wykres nr 1

Odsetek szpitali z zobowiązaniami wymagalnymi



Źródło: opracowanie własne NIK.

W latach 2018–2022 (I półrocze) 30% skontrolowanych szpitali prowadziło jednostkową inwestycję budowlaną o wartości kosztorysowej powyżej 10 mln zł. Na niedobór lekarzy wskazywało blisko 80% skontrolowanych szpitali. [str. 60–61]

4. WNIOSKI

Najwyższa Izba Kontroli w związku z ustaleniami kontroli, mając na celu poprawę funkcjonowania szpitali powiatowych oraz zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów i personelu medycznego, wnioskuje o:

- 1) Podjęcie działań legislacyjnych zmierzających do określenia w przepisach ustawy o działalności leczniczej maksymalnego dopuszczalnego nieprzerwanego czasu pracy personelu lekarskiego zatrudnionego na podstawie umów cywilnoprawnych, w celu wyeliminowania przypadków nadmiernie długiego czasu udzielania świadczeń zdrowotnych (nieprzerwanie przez kilka dni) przez lekarzy. Minister Zdrowia
- 1) Zwiększenie nadzoru nad prowadzonym rejestrem podmiotów wykonujących działalność leczniczą, w celu zapewnienie zgodności danych w nim zawartych ze stanem faktycznym szczególnie w zakresie liczby i rodzaju funkcjonujących komórek organizacyjnych. Wojewodowie
- 1) Zwiększenie nadzoru nad prowadzonymi szpitalami, w celu zapewnienia ich prawidłowego funkcjonowania i bilansowania działalności. Zarządy powiatów
- 1) Zapewnienie minimalnych norm zatrudnienia personelu lekarskiego i pielęgniarskiego, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Kierownicy podmiotów leczniczych
- 2) Zapewnienie świadczeniobiorcom możliwości umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia.
- 3) Planowanie pełnienia dyżurów personelu lekarskiego, niezależnie od formy zatrudnienia w sposób zapewniający odpowiedni czas odpoczynku.
- 4) Stosowanie w umowach zlecenia usług podmiotom zewnętrznym postanowień zabezpieczających interes Szpitala, w szczególności opisu przedmiotu usługi, sposobu jej realizacji, powiązania wypłaty wynagrodzenia z faktycznym stanem realizacji usługi oraz kar umownych za niepełne, nieprawidłowe lub nieterminowe jej wykonanie.
- 5) Aktualizowanie planów finansowych SP ZOZ w sposób zapewniający dokonywanie wydatków za środków publicznych na podstawie upoważnienia określonego planem finansowym.
- 6) Zintensyfikowanie działań na rzecz zminimalizowania kosztów finansowych wynikających z zapłaty odsetek od nieterminowego regulowania zobowiązań.

5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

5.1. Organizacja i realizacja świadczeń zdrowotnych

Organizacja i realizacja świadczeń zdrowotnych nie była prawidłowa (stwierdzono liczne nieprawidłowości dotyczących tej sfery działalności szpitali).

Blisko 1/3 aparatury medycznej poddanej kontroli była wykorzystywana w procesie leczenia pacjentów bez ważnych przeglądów technicznych, co stwarza bezpośrednio zagrożenie dla zdrowia pacjentów.

Równie niebezpiecznym dla pacjentów było kilkudobowe nieprzerwane świadczenie pracy przez lekarzy, w skrajnym przypadku nawet przez 73 godziny.

Niekorzystnym zjawiskiem – spowodowanym przez epidemię COVID-19 – było zmniejszenie w 2020 r., w porównaniu do roku 2019, ogólnej liczby pacjentów hospitalizowanych (o 37,5%) i ogólnej liczby pacjentów leczonych ambulatoryjnie (o 23,5%).

Wpis do rejestru
podmiotów
wykonujących
działalność leczniczą

Wszystkie podmioty lecznicze objęte kontrolą (22) były wpisane do KRS i do RPWDL prowadzonych przez wojewodów.

Tylko w przypadku siedmiu podmiotów leczniczych²² dane zawarte w tych rejestrach były zgodne ze stanem faktycznym. Zmiany podlegające zgłoszeniu do rejestru (dotyczące m.in. komórek organizacyjnych szpitala, miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych, zmiany liczby łóżek na poszczególnych oddziałach szpitala) zgłaszane były w terminie wskazanym w art. 107 ust. 1 udl, który stanowi, że 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.

Natomiast w przypadku pozostałych 15 szpitali stwierdzono, że dane zawarte w KRS i w RPWDL nie odzwierciedlały stanu faktycznego. Szpitale te nie zgłaszały organowi prowadzącemu rejestr wszystkich zmian danych objętych RPWDL i/lub czyniły to z przekroczeniem 14-dniowego terminu na ich zgłoszenie.

Przykłady

SP ZOZ w Chojnicach²³ – w księdze rejestrowej Szpitala wykazano 35 niefunkcjonujących jednostek organizacyjnych (w tym 29 poradni udzielających świadczeń w trybie ambulatoryjnym, dwa oddziały szpitalne tj. onkologii klinicznej/chemioterapii i oddział diabetologiczny, a także oddział dzienny chirurgii onkologicznej).

Szpital Matki Bożej Nieustającej Pomocy w Wołominie²⁴ – w rejestrze wykazano cztery poradnie i jedną pracownię, które faktycznie nie funkcjonowały.

SP ZOZ Szpital Powiatowy im. E. Biernackiego w Opocznie – w 2020 r. skierował do Wojewody wnioski dotyczące zakończenia działalności przez 19 komórek organizacyjnych (w tym 17 które zakończyły działalność w 2019 r. i dwie pracownie wygaszane formalnie w 2020 r.) z przekroczeniem 14-dnio-

²² Podmiot leczniczy – zwany dalej dla uproszczenia *Szpitałem w ...*.

²³ SP ZOZ w Chojnicach – zwany dalej również: *Szpitałem w Chojnicach*.

²⁴ Szpital Matki Bożej Nieustającej Pomocy w Wołominie – zwany dalej: *Szpitałem w Wołominie*.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

wego terminu na zgłaszanie zmiany danych objętych RPWDL tj. po upływie 184, 123 i 93 dni od daty wskazanej jako ustanie udzielania świadczeń w danej jednostce. Przekroczenie terminu, o którym mowa w art. 107 ust. 1 udl, wyniosło odpowiednio: 170, 109 i 79 dni.

Szpital nie dochował również należytej staranności przy sporządzaniu dokumentacji dotyczącej zgłaszania zmian w księdze rejestrowej kierowanej do Wojewody, o czym świadczy to, że zgłosił rejestrację nowej jednostki (Gabinetu Diagnostyczno-Zabiegowego w Żarnowie) z dniem 25 października 2021 r., podczas gdy nigdy nie została ona utworzona. Natomiast w zgłoszeniu o zakończeniu działalności dwóch Pracowni Fizjoterapii wskazał datę 20 października 2020 r., podczas gdy oba ośrodki zdrowia (w których funkcjonowały te poradnie) zakończyły działalność z dniem 31 października 2019 r.

W regulaminie organizacyjnym 12 podmiotów leczniczych określono wszystkie obligatoryjne elementy wskazane w art. 24 udl. Między innymi jego strukturę organizacyjną, rodzaj działalności leczniczej oraz zakres i miejsce udzielanych świadczeń, wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej, wysokość opłaty za przechowywanie zwłok, wysokość opłat za świadczenia zdrowotne udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością.

Regulamin organizacyjny

Natomiast w pozostałych 10 podmiotach regulaminy organizacyjne nie zawierały wszystkich wymaganych informacji oraz nie były aktualizowane stosownie do zachodzących zmian w strukturze organizacyjnej tych podmiotów. Tym samym dokumenty te nie stanowiły rzetelnego źródła informacji o podmiocie wykonującym działalność leczniczą.

Przykłady

Nowodworskie Centrum Medyczne w Nowym Dworze Mazowieckim²⁵ – w Regulaminie organizacyjnym nie ujęto 13 komórek organizacyjnych²⁶ oraz nie określono organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat, wysokości opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością, informacji o wysokości opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny. Natomiast opracowane cenniki badań nie stanowiły załącznika do regulaminu organizacyjnego. Ponadto cenniki za badania tomografii komputerowej (TK) i Pracowni Endoskopowej wprowadzono bez daty wejścia w życie, a cenniki opłat za wydanie dokumentacji medycznej były nieaktualne.

Powiatowy Zespół Szpitali w Oleśnicy²⁷ – w Regulaminie organizacyjnym nie określono organizacji i zadań poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych udzielających świadczeń oraz warunków współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym. Regulamin organizacyjny

²⁵ Nowodworskie Centrum Medyczne w Nowym Dworze Mazowieckim – zwane dalej: *Szpitałem w Nowym Dworze Mazowieckim*.

²⁶ Pracownia tomografii komputerowej (w regulaminie Zakład Diagnostyki Obrazowej), Poradnia Onkologiczna, Pracownia EMG, Zespół Rehabilitacji Domowej, Poradnia Chorób Wewnętrznych, Poradnia Pediatryczna, Zespół wyjazdowy dodatkowy, tworzony w celu zabezpieczenia imprez masowych, Poradnia Kardiologiczna przyszpitalna dla pacjentów, Gabinet diagnostyczno-zabiegowy (Paderewskiego 7), Poradnia alergologiczna, Poradnia alergologiczna Punkt pobrań Miodowa 2, Dom Opieki Medycznej.

²⁷ Powiatowy Zespół Szpitali w Oleśnicy – zwany dalej: *Szpitałem w Oleśnicy*.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

nie został uzupełniony w zakresie wskazanym powyżej, pomimo sformułowania przez NIK wniosku pokontrolnego, po zrealizowanej w 2015 r. kontroli²⁸. Wniosek ten Szpital przyjął do realizacji.

Regulamin nie był aktualizowany, przez co nie odpowiadał rzeczywistym zadaniom realizowanym przez Szpital o czym świadczy to, że nie wykazano w nim funkcjonujących oraz ujawnionych w rejestrze dziewięciu komórek organizacyjnych, a wykazano natomiast komórki, które zaprzestały działalności (np. Dyspozytornia Medyczna w Oleśnicy).

Szpital w Opcznie – nie określił w obowiązujących w latach 2020–2022 (I półrocze) Regulaminach organizacyjnych miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych, tj. obligatoryjnego elementu tych dokumentów, wymaganych art. 24 ust. 1 pkt 5 udl, pomimo iż we wskazanym okresie udzielał świadczeń łącznie w 11 lokalizacjach. Dokładne adresy tych jednostek nie zostały wykazane także w Statucie Szpitala.

SP ZOZ w Obornikach²⁹ – Regulamin Organizacyjny ustalony przez Dyrektora 25 września 2018 r. nie był do czasu kontroli NIK (wrzesień 2022 r.) aktualizowany i nie zawierał wszystkich obligatoryjnych elementów określonych w art. 24 udl, a w szczególności aktualnej struktury organizacyjnej. Nie uwzględniono w nim dwóch poradni (pediatrycznej i chorób wewnętrznych), które zgodnie z RPWDL rozpoczęły działalność od 10 listopada 2019 r. W Statucie Szpitala zostały umieszczone 26 września 2019 r., oraz pięciu poradni (neurologicznej, reumatologicznej, dermatologicznej, nefrologicznej i leczenia bólu), które rozpoczęły działalności zgodnie z Księgą Rejestrową od 1 maja 2022 r. a w Statucie zostały umieszczone 30 czerwca 2022 r.

SP ZOZ w Głubczycach³⁰ – obowiązujący regulamin organizacyjny zawierał wszystkie elementy określone w art. 24 udl, ale wskazane w nim kwoty opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej były wyższe niż maksymalne kwoty określone w art. 28 ust. 4 ustawy o prawach pacjenta.

Kadra zarządzająca

W żadnym spośród skontrolowanych podmiotów leczniczych całość kadry zarządzającej wymienionej w art. 49 ust. 1 udl – tj. kierownik, zastępca kierownika (w przypadku gdy kierownik nie jest lekarzem), ordynator, naczelną pielęgniarką lub przełożoną pielęgniarek i pielęgniarka oddziałowa – nie została wyłoniona w konkursach.

Po zwolnieniu stanowiska objętego konkursem (przez dotychczasowego pracownika np. w wyniku zakończenia kadencji) nie powoływano komisji konkursowych mających na celu wyłonienie następcy, tylko od razu powierzano obowiązki innemu wskazanemu pracownikowi.

Przykład

Warszawski Szpital dla Dzieci w Warszawie Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej³¹ – nie powołano Komisji konkursowej do przeprowadzenia konkursu na stanowisko zastępcy dyrektora ds. lecznictwa i pielęgniarek oddziałowych, co było niezgodne z § 3 ust. 2 rozporządzenia Ministra

²⁸ Dotyczy wniosku pokontrolnego nr 7, zamieszczonego w wystąpieniu pokontrolnym P/15/092 *Restrukturyzacja wybranych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej korzystających z pomocy ze środków publicznych* z 14 grudnia 2015 r.

²⁹ SP ZOZ w Obornikach – zwany dalej: *Szpitałem w Obornikach*.

³⁰ SP ZOZ w Głubczycach – zwany dalej: *Szpitałem w Głubczycach*.

³¹ Warszawski Szpital dla Dzieci w Warszawie SPZOZ – zwany dalej: *Szpitałem w Warszawie*.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą³², który stanowi, że *komisję konkursową powołuje się w terminie dwóch miesięcy od dnia zwolnienia stanowiska objętego konkursem*. Przy czym art. 49 ust. 1 pkt. 2 i 5 udl stanowi, że *w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą przeprowadza się konkurs na stanowisko zastępcy kierownika, w przypadku, gdy kierownik nie jest lekarzem, oraz na stanowisko pielęgniarki oddziałowej*. Stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa zostało zwolnione od 1 listopada 2019 r. Wakat na tym stanowisku był do 31 stycznia 2020 r., i dopiero od 1 lutego 2020 r. została zatrudniona osoba p.o. Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa. Kadencja Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Pediatrycznego zakończyła się 11 maja 2021 r., a od 12 maja 2021 r. zatrudniono osobę p.o. Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Pediatrycznego. Kadencja Pielęgniarki Oddziałowej Izby Przyjęć i Przychodni Przychodni Przychodni zakończyła się 9 lipca 2021 r. i od 10 lipca 2021 r. zatrudniono osobę p.o. Pielęgniarki Oddziałowej Izby Przyjęć i Przychodni Przychodni Przychodni.

Podobną sytuację stwierdzono w Powiatowym Zespole Szpitali w Oleśnicy³³, w Wielospecjalistycznym Szpitalu SP ZOZ w Zgorzelcu³⁴, w Szpitalu w Chojnicach.

W niektórych szpitalach³⁵ organizowano wprawdzie konkursy na stanowiska wymienione w art. 49 ust. 1 udl, ale ze względu na ich nierozstrzygnięcie powierzano obowiązki wybranym pracownikom.

Przykład

Szpital w Wieluniu – 1 lipca 2021 r. powierzono pełnienie obowiązków pielęgniarki oddziałowej na Oddziale Noworodkowym i Patologii Noworodka ponieważ nie wyłoniono w drodze konkursu ogłoszonego 21 kwietnia 2022 r. osoby na to stanowisko (w pierwszym terminie ogłoszenia o konkursie ofertę złożyła jedna osoba, a w drugim terminie nie wpłynęła żadna oferta).

W czterech szpitalach³⁶ zostały zawieszona postępowania konkursowe – w związku z art. 49 ust. 6a udl – na okres ogłoszenia na obszarze kraju stanu epidemii³⁷ i dalej stanu zagrożenia epidemiologicznego³⁸.

³² Dz. U. z 2021 r. poz. 430.

³³ Powiatowy Zespół Szpitali w Oleśnicy – zwany dalej: *Szpitałem w Oleśnicy*.

³⁴ Wielospecjalistyczny Szpital SP ZOZ w Zgorzelcu – zwany dalej: *Szpitałem w Zgorzelcu*.

³⁵ Np. w SP ZOZ w Wieluniu (zwany dalej: *Szpitałem w Wieluniu*), ZOZ w Łęczycy (zwany dalej: *Szpitałem w Łęczycy*).

³⁶ Szpital w Bolesławcu, SP ZOZ w Kościanie (zwany dalej: *Szpitałem w Kościanie*), Samodzielny Publiczny Specjalistyczny ZOZ w Łęborku (zwany dalej: *Szpitałem w Łęborku*), Szpital w Zgorzelcu.

³⁷ Wprowadzonego od 20 marca 2020 r. (rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii – Dz. U. z 2022 r. poz. 340) i odwołanego z dniem 16 maja 2022 r. (rozporządzenie Ministra Zdrowia z 12 maja 2022 r. w sprawie odwołania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii – Dz. U. poz. 1027).

³⁸ Wprowadzonego od 16 maja 2022 r. (Rozporządzenie Rady Ministrów z 25 marca 2022 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu zagrożenia epidemicznego – Dz. U. poz. 679 oraz Rozporządzenie Rady Ministrów z 13 maja 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii – Dz. U. poz. 1025, ze zm.) i obowiązującego do, co najmniej, 31 grudnia 2022 r.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W kilku szpitalach³⁹ nie przeprowadzono konkursów na ordynatorów oddziałów szpitalnych, ponieważ zgodnie z postanowieniami w ich regulaminach organizacyjnych, oddziałami kierują lekarze niebędący ordynatorami i w tych przypadkach na podstawie art. 49 ust.7 udl nie przeprowadza się konkursów na te stanowiska.

Generalnie dyrektorzy szpitali twierdzili, że *nie ma zainteresowania objęciem stanowisk konkursowych i zauważalna jest niechęć do udziału w procedurze konkursowej. Poza tym postępowania konkursowe są procesem czasochłonnym i problematycznym, a także generują znaczne koszty, nie przynosząc oczekiwanych rezultatów w postaci wyłonienia kandydatów do zatrudnienia na stanowiskach kierowniczych.*

Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

Wszystkie skontrolowane podmioty lecznicze miały zawarte z NFZ umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie leczenia szpitalnego, podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), AOS, świadczeń wymagających odrębnego sposobu finansowania w ramach kwoty zobowiązania⁴⁰ (np. rehabilitacji leczniczej, świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej) oraz – w przypadku niektórych szpitali⁴¹ – świadczeń zdrowotnych kontraktowanych odrębnie (m.in. dializoterapii, programów lekowych, kompleksowego leczenia ran przewlekłych).

Wartość tych umów wynosiła łącznie w 2019 r. 1 417 625,9 tys. zł, w 2020 r. 1 537 210,6 tys. zł, w 2021 r. 1 757 708,5 tys. zł i w I półroczu 2022 r. 1 056 082,7 tys. zł.

W okresie objętym kontrolą, w 14 szpitalach, wartość tych umów sukcesywnie rosła a w ośmiu – utrzymywała się na zbliżonym poziomie.

Przykłady

Szpital w Pile⁴² – wartość umów rosła w poszczególnych latach objętych kontrolą od poziomu 133 279,2 tys. zł w 2019 r. do 173 012,9 tys. zł w 2021 r.

Szpital w Człuchowie⁴³ – wartość umów utrzymywała się na zbliżonym poziomie i wynosiła według stanu na 31 grudnia 2019, 2020 i 2021 r. odpowiednio: 32 438,8 tys. zł, 29 953,4 tys. zł i 33 245,6 tys. zł.

Łączna liczba łóżek, którymi dysponowały skontrolowane szpitale, sukcesywnie rosła i wynosiła: w 2019 r. 5918, w 2020 r. 5937, w 2021 r. 5948, a na dzień 30 czerwca 2022 r. 5996 łóżek.

W 18 szpitalach liczba łóżek pozostawała na zbliżonym poziomie w całym okresie objętym kontrolą. Natomiast w trzech szpitalach liczba łóżek wzrosła. W Szpitalu w Bolesławcu (z 170 w 2019 r do 311 na dzień 30 czerwca 2022 r., tj. o 82,94 %), o 30 łóżek w Szpitalu w Zgorzelcu (z 783 do 813,

³⁹ W szpitalach w: Chojnicach, Łęborku, ZOZ w Łowiczu (zwanym dalej: Szpitalem w Łowiczu), Warszawie, Wieluniu.

⁴⁰ Kwoty zobowiązania o której mowa w art. 136 ust. 5 ustawy o świadczeniach.

⁴¹ SP ZOZ w Mińsku Mazowieckim (zwanym dalej: Szpitalem w Mińsku Mazowieckim), Szpitala w Wołominie.

⁴² Szpital Specjalistyczny w Pile im. S. Staszica – zwany dalej: Szpitalem w Pile.

⁴³ SP ZOZ w Człuchowie – zwany dalej Szpitalem w Człuchowie.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

tj. o 3,84 %) i o 22 łóżka w Szpitalu w Kędzierzynie-Koźlu⁴⁴ (ze 337 do 359, tj. o 6,53%). Z kolei w jednym szpitalu (w Pile) liczba łóżek znacznie zmalała, tj. o 82 łóżka (z 527 do 445 tj. o 15,56%).

Liczba pacjentów hospitalizowanych w skontrolowanych szpitalach wynosiła łącznie: w 2019 r. 385 778 osób, w 2020 r. 280 590 osób (o 37,5% mniej niż w 2019 r.), w 2021 r. 320 090 osób (mniej o 17% niż w 2019 r.). Natomiast w I półroczu 2022 r. leczeniem szpitalnym objęto 177 551 osób.

Liczba pacjentów leczonych w trybie ambulatoryjnym wyniosła: w 2019 r. 1 908 135 osób, w 2020 r. 1 459 260 osób (o 23,52% mniej niż w 2019 r.), w 2021 r. 1 719 759 osób (o 9,87% mniej niż w 2019 r.), a w I półroczu 2022 r. 960 417 osób.

Zmniejszenie od 2020 r. liczby pacjentów hospitalizowanych i liczby pacjentów leczonych ambulatoryjnie (w porównaniu z 2019 r.) związana była z panującą w kraju epidemią COVID-19 ogłoszoną w marcu 2020 r.

W skontrolowanych podmiotach leczniczych liczba osób zatrudnionych ogółem na podstawie umowy o pracę oraz umów cywilnoprawnych sukcesywnie rosła i wynosiła: w 2019 r. 14 775 osób, w 2020 r. 15 568 osób (o 5,37% więcej niż w 2019 r.), w 2021 r. 16 238 osób (o 9,90% więcej niż w 2019 r.). Liczba pracowników medycznych⁴⁵ zatrudnionych na podstawie umowy o pracę oraz umów cywilnoprawnych również sukcesywnie rosła i wynosiła: w 2019 r. 10 110 osób, w 2020 r. 10 519 osób (wzrost o 4,05%), w 2021 r. 10 853 osoby (o 7,35% więcej niż w 2019 r.). Według stanu na 30 czerwca 2022 r., zatrudnionych było łącznie – w trybie o którym wyżej mowa – 16 097 osób, w tym 10 624 pracowników medycznych.

Udział pracowników medycznych w zatrudnieniu ogółem nieznacznie, ale sukcesywnie malał i wynosił: w 2019 r. 68,4%, w 2020 r. 67,6%, w 2021 r. 66,8% i 66,0% na koniec I półrocza 2022 r.

Podmioty lecznicze (jako świadczeniodawcy), zgodnie z postanowieniami § 11 ust. 1 OWU, zobowiązane są do podania do wiadomości świadczeniobiorców informacji o godzinach i miejscach udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach świadczeń, a także informacji na temat udogodnień dla osób niepełnosprawnych.

Natomiast 12 podmiotów⁴⁶ nie zrealizowało lub zrealizowało tylko częściowo, postanowienia § 11 ust. 4 OWU, tzn. nie udostępniło pacjentom we wszystkich swoich jednostkach organizacyjnych wszystkich wymaganych informacji, w tym o godzinach udzielania świadczeń, o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, adresu oraz numeru telefonu najbliższego miejsca w którym są udzielane świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, numerów telefonów

Informacje
dla świadczeniobiorców

⁴⁴ SP ZOZ w Kędzierzynie-Koźlu, zwany dalej: *Szpitalem w Kędzierzynie-Koźlu*.

⁴⁵ O których mowa w Centralnym Wykazie Pracowników Medycznych, tj.: lekarzy, lekarzy dentyistów, felczerów, starszych felczerów, pielęgniarek, położnych, diagnostów laboratoryjnych, fizjoterapeutów oraz farmaceutów. Patrz art. 17 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2022 r. poz. 1555, ze zm.).

⁴⁶ W Chojnicach, Kościanie, Łęczycy, Mińsku Mazowieckim, Nowym Dworze Mazowieckim, Nowym Tomysłu, Nysie, Obornikach, Oleśnicy, Opocznie, Wieluniu, Wołominie.

alarmowych 112 i 999 obsługiwanych w ramach systemu powiadamiania ratunkowego, adresu i numeru bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta, trybu składania skarg i wniosków, oraz informacji na temat udogodnień dla osób niepełnosprawnych (§ 11 ust. 1).

Dwa podmioty lecznicze⁴⁷ (spośród 12 w których stwierdzono nieprawidłowości w okresie objętym kontrolą) nie umieściły na zewnątrz budynku w miejscu ogólnie dostępnym tablicy ze znakiem Narodowego Funduszu Zdrowia (co było niezgodne z § 11 ust. 2 OWU).

Natomiast w jednym szpitalu⁴⁸, na tablicy informacyjnej Oddziału Ortopedycznego zamieszczono dane teleadresowe przychodni i prywatnego gabinetu lekarskiego, w którym działalność poza szpitalem prowadziło trzech lekarzy tego oddziału, w tym zastępca dyrektora ds. Medycznych. Dyrektor wyjaśnił, że *dane te zostały umieszczone na tablicy informacyjnej bez wiedzy personelu Działu Organizacji i Nadzoru odpowiedzialnego za umieszczanie informacji na tablicy* i nadmienił, że *zostały one natychmiast usunięte*.

Dyrektorzy podmiotów leczniczych w których stwierdzono brakujące informacje, deklarowali, że zostaną one niezwłocznie uzupełnione.

Kolejność dostępu
do świadczeń
zdrowotnych

Zapewniono pacjentom przejrzyste, oparte na kryteriach medycznych, zasady ustalające kolejność dostępu do świadczeń medycznych – zgodnie z art. 6 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta.

Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnego określone zostały w regulaminach organizacyjnych lub zarządzeniach wydanych przez dyrektorów.

Harmonogramy przyjęć pacjentów oraz listy oczekujących na przyjęcie prowadzone były w komórkach organizacyjnych podmiotów leczniczych, (z wyjątkiem Szpitala w Obornikach – w którym nie prowadzono harmonogramu) a osobami odpowiedzialnymi za ich prowadzenie byli Ordynatorzy/Kierownicy tych komórek.

Rejestracja pacjentów na planowe leczenie w szpitalu odbywała się w oddziałach szpitalnych i poprzedzona była ustaleniem terminu hospitalizacji przez lekarza oddziału, do którego skierowany był pacjent (przyjęcie pacjenta do szpitala w trybie pilnym odbywała się poprzez Szpitalny Oddział Ratunkowy lub Izbę Przyjęć). Natomiast rejestracja na leczenie w ramach AOS odbywała się w placówkach lecznictwa „otwartego” (np. w przychodniach) według kolejności zgłaszania się pacjentów (osobiście, telefonicznie, za pośrednictwem osób trzecich lub elektronicznie).

Część podmiotów leczniczych⁴⁹ nie sformalizowało wewnętrznej procedury ustalania kolejności dostępu do świadczeń zdrowotnych, zasad prowadzenia list oczekujących na te świadczenia oraz harmonogramów przyjęć pacjentów.

⁴⁷ W Mińsku Mazowieckim, Wołominie.

⁴⁸ SP ZOZ im. dr. K. Hołogi w Nowym Tomysłu – zwany dalej: *Szpitalem w Nowym Tomysłu*.

⁴⁹ Np. Szpitale w Opocznie, Pile, Wieluniu.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Dziewięć podmiotów leczniczych⁵⁰ zostało wyznaczonych przez wojewodów do realizacji szpitalnych świadczeń związanych z COVID-19 – na podstawie art. 7b ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych ustawy covidowej⁵¹ oraz art. 7ab tej ustawy (który wszedł w życie 29 listopada 2020 r.). Wówczas funkcjonowały one jako „szpitale covidowe”, gdyż oddziały szpitalne zostały przekształcone w „oddziały covidowe”. W tym okresie listy pacjentów oczekujących na planową hospitalizację nie były tworzone ponieważ na podstawie tych przepisów zawieszono obowiązek przekazywania NFZ informacji o listach oczekujących.

Przykłady

Szpital w Pile – pełnił funkcję szpitala covidowego w okresie od 4 września 2020 r. do 31 marca 2021 r.

Szpital w Nowym Dworze Mazowieckim – pełnił funkcję szpitala covidowego w okresie od 14 grudnia 2020 r. do 31 marca 2022 r.

Dwanaście podmiotów leczniczych nie zapewniło świadczeniobiorcom możliwości umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia. Stanowiło to naruszenie art. 23a ustawy o świadczeniach, zgodnie z którym *od 1 stycznia 2020 r. świadczeniodawca udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach lub świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej jest obowiązany umożliwić świadczeniobiorcom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowanie statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamianie o terminie udzielenia świadczenia.*

Liczba osób oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego wynosiła na koniec 2019 r. 81 472 osoby (w tym 75 326 w stanie stabilnym i 6146 w stanie pilnym), na koniec 2020 r. 53 335 osób (w tym odpowiednio 49 003 i 4332), na koniec 2021 r. – 71 143 osoby (w tym odpowiednio 64 274 i 6869). Natomiast na koniec I półrocza 2022 r. na świadczenia oczekiwało 83 730 osób (w tym odpowiednio 73 951 i 9779)⁵².

Pacjenci oczekujący na świadczenie zdrowotne wpisywani byli na tzw. „listy kolejkowe”. W 2019 r. wpisani oni byli na 574 takie listy spośród wszystkich 906 istniejących w tym roku w 22 podmiotach leczniczych objętych kontrolą. W 2020 r. wpisani byli na 557 list spośród 908 istniejących. W 2021 r. wpisani byli na 603 listy spośród 917, a w 2022 r. (w I półroczu) – na 621 list spośród 932 funkcjonujących.

⁵⁰ Szpitale w Bolesławcu, Kędzierzynie-Koźlu, Nowym Dworze Mazowieckim, Nowym Tomysłu, Obornikach, Oleśnicy, Oławie, Pile i Zgorzelcu.

⁵¹ Dz. U. z 2020 r. poz. 374, ze zm., zwana dalej: *ustawą covidową*.

⁵² Na pozostałych listach kolejkowych nie było osób oczekujących na świadczenie.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Na przestrzeni lat objętych analizą zwiększała się liczba list kolejkowych, przy czym zmieniała się na nich liczba pacjentów oczekujących na świadczenie (co świadczyło o skróceniu lub wydłużeniu kolejki), jak i czas oczekiwania na świadczenie (skrócenie lub wydłużenie się czasu oczekiwania na świadczenie).

Najwięcej osób w stanie stabilnym oczekiwało na świadczenia w AOS do:

- **poradni kardiologicznej**⁵³ – w 2019 r. było ich 3919, w 2020 r. 2837 osób, w 2021 r. 3964 osoby i na koniec I półrocza 2022 r. 4227 osób. Średni czas oczekiwania wynosił odpowiednio w kolejnych latach 210, 177, 171 i 153 dni (według stanu na 30 czerwca 2022 r. – liczba pacjentów oczekujących na świadczenie wzrosła o 7,9% w porównaniu z rokiem 2019 ale czas oczekiwania uległ skróceniu o 27,1%);
- **do poradni okulistycznej**⁵⁴ odpowiednio w latach – 3535, 1856, 2425 i 2946. Średni czas oczekiwania wynosił – 115, 113, 78 i 74 dni (w analizowanym czasie liczba pacjentów oczekujących na świadczenie zmniejszyła się o 16,7% a czas oczekiwania uległ skróceniu o 35,7%);
- **do poradni neurologicznej**⁵⁵ odpowiednio w latach – 3434, 1974, 2278 i 2497. Średni czas oczekiwania wynosił – 82, 62, 55 i 78 dni (liczba pacjentów oczekujących zmniejszyła się o 27,3% i czas oczekiwania skrócił się o 4,9%).

Natomiast, najwięcej osób w stanie stabilnym oczekiwało na hospitalizację w:

- **oddziale okulistycznym**⁵⁶ odpowiednio w latach – 6966 osób, 3941 osoby, 3026 osób i 2784 osoby, a średni czas oczekiwania wynosił – 73, 54, 28 i 25 dni;
- **oddziale chirurgii urazowo-ortopedycznej**⁵⁷ odpowiednio w latach ww- 6881 osób, 5870 osób, 6110 osób i 5684 osoby, a średni czas oczekiwania wynosił – 243, 242, 249 i 224 dni;
- **oddziale chorób wewnętrznych**⁵⁸ odpowiednio w latach – 252, 128, 389 i 490. Średni czas oczekiwania wynosił – 14, 14, 15 i 11 dni.

Liczba pacjentów oczekujących na świadczenia zdrowotne była zróżnicowana między poszczególnymi podmiotami leczniczymi i wynikała m.in. z wielkości danego podmiotu, zakresu udzielanych świadczeń oraz czasowego funkcjonowania jako „szpital covidowy”.

⁵³ Do 16 poradni kardiologicznych spośród 17 funkcjonujących w podmiotach leczniczych (nie było osób oczekujących na świadczenie w poradni w Pile).

⁵⁴ Do 10 poradni okulistycznych spośród 12 funkcjonujących w podmiotach leczniczych (nie było osób oczekujących na świadczenie w poradni w Wołominie i w Zgorzelcu).

⁵⁵ Do 15 poradni neurologicznych spośród 18 funkcjonujących w podmiotach leczniczych (nie było osób oczekujących na świadczenie w poradni w Wołominie, Chojnicach i Kędzierzynie-Koźlu).

⁵⁶ Do pięciu oddziałów okulistycznych spośród dziewięciu funkcjonujących w podmiotach leczniczych (nie było osób oczekujących na hospitalizację w Szpitalu w Wołominie, Chojnicach, Nysie i w Pile).

⁵⁷ Do 12 oddziałów chirurgii urazowo-ortopedycznej spośród 12 funkcjonujących w podmiotach leczniczych.

⁵⁸ Do dziewięciu oddziałów chorób wewnętrznych spośród 18 funkcjonujących w podmiotach leczniczych.

Przykłady

Szpital w Wołominie – liczba oczekujących na udzielenie świadczenia według stanu na 31 grudnia wynosiła w 2019 r. 4063 osób, w tym 3386 przypadków stabilnych oraz 677 pilnych; w 2020 r. 2391 osób, w tym 1945 przypadków stabilnych oraz 446 pilnych, w 2021 r. 2734 osób, w tym 2412 przypadków stabilnych oraz 322 pilnych. Według stanu na 30 czerwca 2022 r. oczekiwało 3286 pacjentów, w tym 2955 stabilnych oraz 331 pilnych.

Najdłuższy czas oczekiwania dotyczył poradni okulistycznej, który wynosił w 2019 r. – 388 dni, w 2020 r. – 595 dni, w 2021 r. – 301 dni i w I półroczu 2022 r. – 144 dni oraz poradni okulistycznej dla dzieci, gdzie analogicznie czas oczekiwania wynosił 358, 129, 147 oraz 176 dni.

Szpital w Nysie – liczba oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych w Szpitalu wynosiła na: 31 grudnia 2019 r. 4533 osoby, w tym 4411 (97,3%) przypadków stabilnych i 122 (2,7%) przypadków pilnych; 31 grudnia 2020 r. 3159 osób, w tym 3050 (96,5%) przypadków stabilnych i 109 (3,5%) przypadków pilnych; 31 grudnia 2021 r. 4299 osób, w tym 4171 (97%) przypadków stabilnych i 128 (3%) przypadków pilnych; 30 czerwca 2022 r. 4874 osoby, w tym 4688 przypadków stabilnych i 186 (3,8%) przypadków pilnych.

Na 31 grudnia 2019 r. świadczeniobiorcy oczekiwać musieli na udzielenie 25 rodzajów świadczeń dla przypadków stabilnych (czas oczekiwania od 18 do 1397 dni) i dziewięciu rodzajów świadczeń dla przypadków pilnych (czas oczekiwania od dwóch do 568 dni). Na 31 grudnia 2020 r. świadczeniobiorcy oczekiwać musieli na udzielenie 20 rodzajów świadczeń dla przypadków stabilnych (czas oczekiwania od czterech do 1472 dni) i siedmiu rodzajów świadczeń dla przypadków pilnych (czas oczekiwania od jednego do 47 dni). Na 31 grudnia 2021 r. świadczeniobiorcy oczekiwać musieli na udzielenie 32 rodzajów świadczeń dla przypadków stabilnych (czas oczekiwania od pięciu do 1569 dni) i 17 rodzajów świadczeń dla przypadków pilnych (czas oczekiwania od dwóch do 624 dni). Na 30 czerwca 2022 r. świadczeniobiorcy musieli oczekiwać na udzielenie 33 rodzajów świadczeń dla przypadków stabilnych (czas oczekiwania od pięciu do 1556 dni) i 15 rodzajów świadczeń dla przypadków pilnych (czas oczekiwania od sześciu do 679 dni).

Badanie realizacji świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpitale pod kątem zgodności zawartych umów i warunków realizacji świadczeń ze stanem rzeczywistym w zakresie liczby personelu i jego kwalifikacji, dokonano na podstawie badania przeprowadzonego w każdym szpitalu dla dwóch oddziałów (o największej liczbie łóżek) w okresie trzech losowo wybranych miesięcy⁵⁹.

Tylko w czterech szpitalach⁶⁰ spełnione zostały normy zatrudnienia personelu lekarskiego i pielęgniarskiego określone w Załączniku nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. W pozostałych normy te nie były spełnione przeważnie w odniesieniu do pielęgniarek.

Personel udzielający świadczeń zdrowotnych

⁵⁹ Szczegółowym badaniem objęto (w każdym podmiocie leczniczym) po dwa oddziały szpitalne o największej liczbie łóżek, w których udzielane są całodobowe świadczenia szpitalne. Badania przeprowadzono dla dowolnego miesiąca z poszczególnych lat objętych kontrolą

⁶⁰ W szpitalach w Lęborku, Wieluniu, Wołominie, Zgorzelcu.

Przykład

Szpital w Warszawie – Szpital nie zapewnił zatrudnienia pielęgniarek na minimalnym poziomie określonym w Załącznik nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek dla oddziału pediatrycznego to równoważnik co najmniej 0,8 etatu na jedno łóżko, dla oddziału chirurgii dziecięcej równoważnik co najmniej 0,9 etatu na jedno łóżko i dla oddziału ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci 0,9 etatu przeliczeniowego.

W Oddziale Pediatrycznym w czerwcu 2020 r. zatrudniano pielęgniarki w równoważniku 19,56 etatu, a w czerwcu 2022 r. w równoważniku 22,95 etatu, w sytuacji gdy minimalna norma zatrudnienia dla oddziału 34 łóżkowego wynosiła 27,2 etatu.

W Oddziale Chirurgii i Ortopedii w czerwcu 2020 r. zatrudniano pielęgniarki w równoważniku 20,35 etatu, a w czerwcu 2022 r. w równoważniku 23,18 etatu, w sytuacji gdy minimalna norma zatrudnienia dla oddziału 34 łóżkowego wynosiła 30,6 etatu.

Ponadto w trzech szpitalach⁶¹ zatrudniono w miejsce brakujących pielęgniarek opiekunów medycznych. Stanowiło to naruszenie § 6 ust. 1 OWU⁶², według którego świadczenia są udzielane osobiście przez osoby wykonujące zawody medyczne w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej⁶³, zgodnie z harmonogramem. W obecnym stanie prawnym nie jest możliwe zastępowanie pielęgniarki opiekunem medycznym.

Przykład

Szpital w Oławie – Szpital nie zapewnił zatrudnienia pielęgniarek w wymaganej liczbie etatów w Oddziale Wewnętrznym (w czerwcu 2020 r. oraz w czerwcu 2021 r.), a także w Oddziale Chirurgii (w czerwcu 2020 r., czerwcu 2021 r. i czerwcu 2022 r.). Zgodnie z załącznikiem nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego w przypadku chorób wewnętrznych równoważnik zatrudnienia pielęgniarek wynosi co najmniej 0,6 etatu pielęgniarskiego na 1 łóżko, co przy 55 łóżkach w Oddziale Wewnętrznym, nakładało wymóg zapewnienia 33 etatów, natomiast Szpital zapewnił zatrudnienie pielęgniarek w łącznym wymiarze odpowiednio 27 i 28 etatów, tj. kolejno 0,49 i 0,51 etatu na łóżko. Natomiast w przypadku oddziału chirurgii ogólnej równoważnik zatrudnienia pielęgniarek wynosi co najmniej 0,7 etatu pielęgniarskiego na 1 łóżko, co przy 42 łóżkach w Oddziale Chirurgii, nakładało wymóg zapewnienia 29,4 etatu, natomiast Szpital zapewnił zatrudnienie pielęgniarek w łącznym wymiarze odpowiednio 25, 26 i 26 etatów, tj. kolejno 0,60, 0,62 i 0,62 etatu na łóżko. Tym samym na Oddziale Wewnętrznym, według stanu na 30 czerwca 2020 r. i 30 czerwca 2021 r. liczba brakujących etatów wynosiła odpowiednio sześć oraz pięć. Natomiast na Oddziale Chirurgii liczba brakujących etatów wyniosła 4,4 na dzień 30 czerwca 2020 r. oraz 3,4 według stanu na 30 czerwca 2021 r. i 30 czerwca 2022 r.

Jak wyjaśniono ze względu na przedmiotowe braki, zatrudnieni zostali opiekunowie medyczni, którzy ukończyli roczną szkołę, kształcąca do wykonywania zadań zawodowych w zakresie kwalifikacji MED.3.

⁶¹ W Szpitalu w Człuchowie, Oleśnicy, Oławie.

⁶² Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiące załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 787, ze zm.).

⁶³ Dz. U. z 2022 r. poz. 633, ze zm. Dalej: *ustawa o działalności leczniczej*.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W niektórych szpitalach⁶⁴ stan faktyczny zatrudnienia w analizowanych oddziałach był niezgodny z wykazanym w załączniku nr 2 „Harmonogram-zasoby” do umowy z NFZ, co było niezgodne z § 6 ust. 2 OWU, który stanowi, że zmiany w harmonogramie dotyczące osób, o których mowa w ust. 1, *wymagają zgłoszenia Prezesowi Funduszu albo dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym świadczeniodawca zawarł umowę, najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo w przypadkach losowych, niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia.*

Wykazane rozbieżności wynikały w szczególności z nie uwzględnienia w wykazie osób, z którymi nastąpiło rozwiązanie umowy lub przeniesienia do innej komórki organizacyjnej, a także czasu pracy personelu w oddziale szpitalnym.

Nieprawidłowości te miały miejsce przed 14 marca 2020 r. Od 14 marca 2020 r. stosownie do postanowień § 4 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 kwietnia 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁶⁵ w okresie trwania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii przepisów § 6 ust. 2 nie stosuje się.

Przykłady

Szpital w Mińsku Mazowieckim – do czasu kontroli NIK (wrzesień 2022 r.) nie zgłosił do NFZ dwóch lekarzy zatrudnionych od 1 stycznia 2020 r.

Szpital w Wieluniu – w jednym z objętych analizą miesięcy dwóch lekarzy udzielało świadczeń zdrowotnych, mimo iż nie byli ujęci w „Harmonogramie-zasoby”, a w innych dwóch analizowanych miesiącach świadczeń udzielały pielęgniarki (2 i 3), które również nie były ujęte w tym „Harmonogramie”.

W 17 szpitalach nie ustalano bądź doszło do nieprawidłowości przy ustalaniu, wbrew wymogom art. 50 udl, minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych wg zasad określonych w rozporządzeniu w sprawie norm zatrudnienia. Zgodnie z § 7 tego rozporządzenia minimalne normy ustalają się co najmniej raz na trzy lata. Minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek – zgodnie z art. 50 ust. 1 udl – ustala kierownik podmiotu leczniczego po zasięgnięciu opinii kierujących jednostkami lub komórkami organizacyjnymi określonymi w regulaminie organizacyjnym oraz przedstawicieli organów samorządu pielęgniarek oraz związków zawodowych pielęgniarek i położnych działających na terenie podmiotu.

Przykłady

Szpital w Obornikach – Dyrektor nie ustalała minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Normy te były ustalane przez p.o. Przełożoną Pielęgniarek w oparciu o załącznik nr 3 do rozporządzenia dot. świadczeń gwarantowanych, która przekazywała je do wiadomości Dyrektora Szpitala. Przed ich opracowaniem nie zasięgnięto opinii na piśmie kierujących jednostkami

⁶⁴ Np. w Szpitalu w Kościanie, Mińsku Mazowieckim, Nowym Tomysłu, Obornikach, Opocznie, Pile.

⁶⁵ Dz. U. poz. 696.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

lub komórkami organizacyjnymi określonymi w regulaminie organizacyjnym i przedstawicieli organów samorządu pielęgniarek oraz związków zawodowych pielęgniarek i położnych działających na terenie podmiotu.

Szpital w Kościanie – ostatnie minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek, określono 25 listopada 2016 r.

Szpital w Pile – do 6 października 2022 r. w Szpitalu obowiązywały nadal minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych ustalone 10 lipca 2018 r. Oznacza to, że termin ich aktualizacji został przekroczony o 454 dni. Dopiero w trakcie kontroli NIK Dyrektor zaktualizował te normy, wydając w dniu 7 października 2022 r. zarządzenie w tej sprawie.

Szpital w Warszawie – ostatnie normy zostały ustalone Zarządzeniem wewnętrznym nr 13/2017 z dnia 31.03.2017 r. Dyrektora, na okres trzech lat.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że *Szpital zobowiązany jest do stosowania się do wymogów wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego i dlatego zostały one przyjęte jako akt regulujący obsadę personelu pielęgniarstwa w oddziałach szpitalnych.*

Zgodnie z § 5 ust. 2 rozporządzenia o którym wyżej mowa, liczba i kwalifikacje personelu niezbędnego dla zapewnienia opieki są ustalane przez świadczeniodawcę, z uwzględnieniem: 1) profili i specyfiki oraz intensywności pracy komórek organizacyjnych; 2) liczby i bieżącego wykorzystania łóżek; 3) wielkości i warunków lokalowych komórek organizacyjnych. Jednak minimalne normy zatrudnienia określone w art. 50 ustawy o działalności leczniczej muszą być ustalone.

Minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek opracowano w Szpitalu w Mińsku Mazowieckim, Wołominie, Oleśnicy, Bolesławcu, Człuchowie. Nie stwierdzono nieprawidłowości w ich opracowaniu.

W dwóch podmiotach leczniczych (w Wołominie i Opocznie) stwierdzono, że kierownicy komórek organizacyjnych nie sprawowali dostatecznego nadzoru nad potwierdzaniem przez pracowników ich obecności w pracy, jak również dokumentacja stanowiąca potwierdzenie czasu, w jakim udzielano świadczeń zdrowotnych była prowadzona nierzetelnie i zawierała błędne zapisy.

Przykłady

W Szpitalu w Wołominie – stwierdzono, że 1 kwietnia 2021 r. w grafiku widniał pracownik, który na liście obecności był oznaczony jako nieobecny, podczas gdy w tym dniu był oddelegowany przez pracodawcę na staż, co nie zostało w należyty sposób zweryfikowane i oznaczone.

Natomiast w odniesieniu do siedmiu pracowników brak było na liście obecności w poszczególnych dniach potwierdzenia przez nich własnoręcznym podpisem stawienia się przez nich w pracy.

W Szpitalu w Opocznie – nierzetelnie prowadzono dokumentację dot. czasu pracy i udzielanych świadczeń zdrowotnych przez podmioty, którym zlecono takie czynności.

Na przykład ewidencja czasu pracy (rozliczenie czasu pracy w systemie kadrowym) wykazywała błędnie wśród zatrudnionych na umowę o pracę osoby, które nie świadczyły pracy na podstawie stosunku pracy w tych jednostkach we wskazanym okresie:

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- w czerwcu 2021 r. jedną spośród 30 pielęgniarek Oddziału Wewnętrznego,
- w czerwcu 2022 r. dwie spośród 30 pielęgniarek i dwoje z siedmiu lekarzy Oddziału Wewnętrznego, a także dwie spośród 21 pielęgniarek i położnych Pionu Ginekologiczno-Położniczego.

Także *Księga raportów lekarskich SOR* prowadzona była w sposób uniemożliwiający jednoznaczne ustalenie lekarza dyżurującego (z 25 na 26 września) ponieważ były w niej skreślenia i podpis innego lekarza dyżurującego, niż wykazanego jako sprawującego opiekę medyczną w tym czasie.

We wszystkich podmiotach leczniczych stwierdzono, że kwalifikacje personelu lekarskiego odpowiadały wymogom rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

Bezpieczeństwo użytkowania sprzętu i aparatury medycznej wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych zbadano na przykładzie 220 urządzeń o najwyższej wartości stanowiących wyposażenie oddziałów szpitalnych o największej liczbie łóżek w danym szpitalu⁶⁶.

W przypadku 135 urządzeń (spośród 197 które podlegały przeglądom technicznym) przeglądy przeprowadzone zostały w terminach zgodnie z zaleceniami producentów lub serwisu autoryzowanego.

Natomiast z opóźnieniem wynoszącym nawet 767 dni przeprowadzono przeglądy 62 urządzeń (31,5% badanych) w 19 szpitalach, co było niezgodne z art. 90 ust. 1 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych⁶⁷, który zobowiązuje świadczeniodawcę do prawidłowego utrzymywania sprzętu, tj. przestrzegania terminów przeglądów i bieżącej konserwacji.

Przykłady

Szpital w Nysie – opóźnienia w terminowym przeprowadzeniu przeglądów technicznych sprzętu i aparatury stwierdzono w przypadku siedmiu badanych urządzeń; opóźnienia wyniosły od siedmiu do 767 dni (średnio 170 dni).

Szpital w Oleśnicy – opóźnienia stwierdzono w przypadku czterech urządzeń; wyniosły one od 32 do 734 dni (średnio 314 dni).

Szpital w Bolesławcu – opóźnienia stwierdzono w przypadku czterech urządzeń; wyniosły one od 362 do 484 dni (średnio 393 dni).

Szpital w Chojnicach – opóźnienia stwierdzono w przypadku pięciu urządzeń, wyniosły one od 12 do 191 dni (średnio 98 dni).

Mimo braku aktualnych przeglądów technicznych sprzętu i aparatury medycznej były one wykorzystywane w procesie leczenia pacjentów.

Dyrektorzy wyjaśniali, że w badanym okresie szpitale były przekształcane w tzw. szpitale covidowe, a to ograniczało wejście osób z zewnątrz na teren szpitala, w tym również serwisujących sprzęt. Ponadto w firmach serwi-

Użytkowanie sprzętu i aparatury medycznej wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych

⁶⁶ W każdym szpitalu badaniami objęto po 10 sztuk sprzętu i/lub aparatury medycznej o najwyższej wartości wykorzystywanej na dwóch wybranych oddziałach szpitalnych o największej liczbie łóżek (po pięć urządzeń z każdego oddziału).

⁶⁷ Dz. U. z 2021 r. poz. 1565, uchylona z dniem 26 maja 2022 r. Obecnie kwestie te reguluje art. 63 ust. 1 ustawy z 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. poz. 974).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

sowych występowały braki kadrowe powodowane chorobami personelu jak również serwisanci odmawiali przyjazdu w obawie przed zarażeniem koronawirusem.

Używanie aparatury medycznej bez ważnych przeglądów technicznych stwarza jednak ryzyko uzyskania błędnych wyników badań i podjęcia złej decyzji lekarskiej dotyczącej rozpoznania choroby, leczenia czy monitorowania jej przebiegu, a tym samym stwarza bezpośrednio zagrożenie dla zdrowia pacjentów.

Obowiązujące w trakcie kontroli przepisy, w związku z zagrożeniem epidemicznym na terenie kraju, nie zwalniały szpitali z obowiązku dokonywania przeglądów technicznych użytkowanego sprzętu i aparatury medycznej.

W dwóch szpitalach⁶⁸ nierzetelnie prowadzono paszporty techniczne aparatury i sprzętu medycznego wykorzystywanego do udzielania świadczeń zdrowotnych. Zawarte w nich informacje były niepełne, ponieważ nie zawierały podstawowych danych, parametrów pracy i obsługi tych urządzeń.

Przykład

Szpital w Bolesławcu – w paszportach technicznych prowadzonych dla objętych szczegółowym badaniem 10 urządzeń wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych (sprzęt/aparatura medyczna) nie odnotowano wpisów dotyczących numeru księgi inwentarzowej (w dziewięciu przypadkach) oraz daty rozpoczęcia eksploatacji (w sześciu przypadkach). Ponadto w jednym przypadku nie wpisano terminu następnego przeglądu technicznego. Powyższe świadczyło o braku rzetelności prowadzenia dokumentacji, ponieważ nie zawierała ona danych niezbędnych do zapewnienia identyfikowalności dokumentacji sprzętu/aparatury z jego oznaczeniem w systemie finansowo-księgowym oraz możliwości określenia daty przeprowadzenia pierwszego przeglądu. Natomiast brak wyznaczenia kolejnego terminu przeglądu stanowił dodatkowo naruszenie wymogu określonego w art. 90 ust. 7 ustawy z 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych.

Wszystkie braki w zapisach paszportów technicznych ww. urządzeń zostały uzupełnione przez Szpital w trakcie prowadzenia czynności kontrolnych.

Udzielanie zamówień na wykonywanie świadczeń zdrowotnych

W latach 2020–2022 (I półrocze) na zlecenie podmiotów leczniczych objętych kontrolą, świadczeń zdrowotnych udzielano na podstawie 6802 umów o łącznej wartości zrealizowanych zamówień 978 951,6 tys. zł. W tym 43,1% umów (2932) zawarto bez postępowania konkursowego. Wartość zrealizowanych zamówień wyniosła 216 609,8 tys. zł. Umowy zawarte zostały z podmiotami wykonującymi działalność leczniczą i/lub z osobami legitymującymi się fachowymi kwalifikacjami do udzielania świadczeń zdrowotnych.

Szpitaly zlecały podmiotom zewnętrznym wykonywanie świadczeń zdrowotnych z zakresu m.in. usług lekarskich, usług pielęgniarских i położni-czych, badań laboratoryjnych i diagnostyki obrazowej.

⁶⁸ W Bolesławcu i Oleśnicy.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Przeprowadzona w toku kontroli analiza postępowań konkursowych zakończonych zawarciem umów oraz analiza umów zawartych bez przeprowadzonego postępowania konkursowego⁶⁹, wykazała nieprawidłowości w tym zakresie.

W dziewięciu szpitalach⁷⁰ nie przestrzegano obowiązku, aby przed dniem wszczęcia postępowania konkursowego dokonać szacowania wartości przedmiotu zamówienia, co było niezgodne z art. 26a udl.

Przykład

Szpital w Wołominie – cztery umowy zawarte po przeprowadzonych postępowaniach konkursowych nie zostały poprzedzone oszacowaniem ich wartości, co tłumaczono zmienną sytuacją rynkową, dużą rotacją personelu medycznego oraz ich roszczeniami w zakresie wynagrodzeń.

Przedmiot zamówienia w ramach postępowań konkursowych opisywany był ogólnikowo, co naruszało art. 140 ust. 1 ustawy o świadczeniach w zw. z art. 26 ust. 4 udl, zgodnie z którym przedmiot zamówienia opisuje się w sposób jednoznaczny i wyczerpujący, za pomocą dostatecznie dokładnych i zrozumiałych określeń, uwzględniając wszystkie wymagania i okoliczności mogące mieć wpływ na sporządzenie oferty. Ponadto nie stosowano wszystkich kryteriów ofert określonych w art. 148 ust. 1 ustawy o świadczeniach oraz nie zastosowano nazw i kodów określonych we Wspólnym Słowniku Zamówień⁷¹, pomimo takiego obowiązku określonego w art. 141 ust 4 ustawy o świadczeniach w zw. z art. 26 ust. 4 udl. Naruszenia te stwierdzono w 10 szpitalach⁷².

Przykłady

Szpital w Wołominie – cztery spośród siedmiu badanych postępowań konkursowych o udzielenie zamówienia na wykonywanie świadczeń zdrowotnych zostały opisane w sposób zbyt ogólny, tj. w szczególności bez określenia dokładnego zakresu ilościowego zamówienia (bez podania minimalnej liczby osób niezbędnych do realizacji zamówienia i maksymalnej liczby godzin świadczenia usług).

Ponadto do opisu przedmiotu zamówienia w szczegółowych warunkach konkursu ofert w czterech postępowaniach nie zastosowano nazw i kodów określonych we Wspólnym Słowniku Zamówień⁷³, pomimo takiego obowiązku określonego w art. 141 ust. 4 ustawy o świadczeniach w zw. z art. 26 ust. 4 udl.

Szpital w Warszawie – w konkursach ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych, jako kryteria wyboru ofert zastosowano kryterium „kwalifikacje i uprawnienia”, „oferowana stawka (cena)” i „doświadczenie w udzielaniu świadczeń

⁶⁹ Kryteria doboru celowego umów do analizy: najwyższa wartość zawartej umowy lub najwyższa wartość zrealizowanych zamówień.

⁷⁰ W Szpitalu w Człuchowie, Głubczycach, Nowym Dworze Mazowieckim, Nowym Tomysłu, Nysie, Obornikach, Opocznie, Warszawie, Wołominie.

⁷¹ Określonym w rozporządzeniu (WE) NR 2195/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (CPV) – Dz. U. UE L poz. 340, z 16.12.2002, str. 1, ze zm.

⁷² Szpitale w Chojnicach, Człuchowie, Kędzierzynie-Koźlu, Łowiczu, Mińsku Mazowieckim, Nysie, Oleśnicy, Opocznie, Warszawie, Wołominie,

⁷³ Określonym w rozporządzeniu (WE) NR 2195/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (CPV) – Dz. U. UE L poz. 340.1, ze zm.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

zdrowotnych”, co było niezgodne z art. 148 ust. 1 ustawy o świadczeniach, który stanowi, że porównania ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonuje się według kryterium jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości i ceny udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

Ustalono, że osiem podmiotów leczniczych⁷⁴ udzielało zamówień na udzielanie świadczeń zdrowotnych o wartości przekraczającej każdorazowo kwotę 30,0 tys. euro bez przeprowadzenia konkursu ofert, co było niezgodne z art. 26 ust. 3 udl.

Przykłady

Szpital w Warszawie – dwie umowy (spośród sześciu objętych kontrolą) zawarte zostały z lekarzami wykonującymi działalność leczniczą bez przeprowadzenia konkursu ofert, mimo iż wartość zamówienia jednej z nich wynosiła 156,2 tys. zł, a drugiej – 283,4 tys. zł.

Szpital w Mińsku Mazowieckim – udzielił trzem lekarzom prowadzącym działalność leczniczą zamówień (wszystkich badanych w toku kontroli) na udzielanie świadczeń zdrowotnych o wartości przekraczającej każdorazowo kwotę 30 tys. euro bez przeprowadzenia konkursu ofert, łączna wartość zrealizowanych zamówień od stycznia do lipca 2022 wyniosła 1159,5 tys. zł.

Szpital w Nowym Dworze Mazowieckim – udzielił 79 zamówień na udzielanie świadczeń zdrowotnych o wartości przekraczającej każdorazowo kwotę 30,0 tys. euro bez przeprowadzenia konkursu ofert. Wartość udzielonych zamówień dla każdej z umów wynosiła od 139,5 tys. zł do 983,9 tys. zł. łączna wartość udzielonych zamówień wyniosła 25 804,7 tys. zł.

Kontrola weryfikacji norm czasu pracy i obsady dyżurów przez personel lekarski wykazała, że w trzech szpitalach⁷⁵ nie zapewniono należyście bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów, jak i lekarzy, dopuszczając do pełnienia przez nich nieprzerwanie dyżurów na podstawie umów cywilnoprawnych. Tym samym nie zapewniono lekarzom nieprzerwanego odpoczynku. Obciążenie lekarzy pracą, może prowadzić do niewłaściwego zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentom. Mimo że regulacje dotyczące odpoczynku lekarzy pełniących dyżur medyczny określone w art. 97 udl nie obowiązują lekarzy udzielających świadczeń na podstawie umów cywilnoprawnych, to niezapewnienie im odpowiedniego czasu na odpoczynek mogło powodować ich przemęczenie i również negatywnie wpływać na sposób udzielania świadczeń zdrowotnych, a w skrajnych przypadkach – stwarzać także zagrożenia zdrowia samych lekarzy.

Przykłady

Szpital w Wołominie – czterech lekarzy świadczyło pracę ponad dwie doby bez przerw na odpoczynek (trzech lekarzy pełniło dyżury przez 52 godziny i jeden lekarz przez 66 godzin).

⁷⁴ Szpitale w: Bolesławcu, Głubczycach, Mińsku Mazowieckim, Nowym Dworze Mazowieckim, Nowym Tomysłu, Opocznie. Warszawie, Wieluniu.

⁷⁵ Szpitale w: Nowym Dworze Mazowieckim, Wieluniu, Wołominie.

Szpital w Wieluniu – jeden lekarz pracował bez przerwy 73 godziny (od godz. 8:00 w dniu 16 kwietnia 2022 r. do godz. 9:00 w dniu 19 kwietnia 2022 r.), pełniąc obowiązki Kierownika Oddziału Noworodkowego z Pododdziałem Patologii Noworodka.

Podmioty lecznicze realizowały – oprócz świadczeń finansowanych przez NFZ – również świadczenia finansowane bezpośrednio przez pacjentów nieuprawnionych do świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Pobieranie opłat od pacjentów

Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat, katalog zakresu świadczeń oraz zasady pobierania opłat za świadczenia określone zostały w ich regulaminach organizacyjnych⁷⁶. Wysokość opłat za udzielone świadczenia zdrowotne określono również w tych regulaminach lub w załącznikach do nich lub w zarządzeniach wewnętrznych wydanych przez dyrektorów jak również udostępniona była na ich stronie internetowej.

W **Szpitalu w Wołominie** stwierdzono przypadki pobierania opłaty za udzielanie gwarantowanych świadczeń zdrowotnych objętych umową zawartą z NFZ osobom ubezpieczonym, które miały prawo do uzyskania świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Było to sprzeczne z art.132 ust. 1 w związku z art. 2 ust. 1 pkt 1 i art. 15 ust. 2 pkt 3 ustawy o świadczeniach, stosownie do których, świadczeniobiorcy będącemu osobą ubezpieczoną przysługują świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego. W kontrolowanej próbie świadczeniobiorców, od których pobierano opłaty, 187 ze 199 miało uprawnienia do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Łączna kwota wniesionych przez nich opłat wyniosła 38,5 tys. zł.

Opłaty wnoszone przez pacjentów „komercyjnych” i/lub przez pacjentów bez skierowania lub ze skierowaniem, ale wystawionym przez nieuprawnionych lekarzy, stanowiły dodatkowe źródło przychodów dla podmiotów leczniczych. Łączna wysokość tych opłat wynosiła – odpowiednio w latach objętych kontrolą – np.:

- w Szpitalu w Głubczycach – 1373,3 tys. zł, 2180,6 tys. zł i 967,5 tys. zł;
- w Szpitalu w Łowiczu – 415,0 tys. zł, 695,0 tys. zł i 350,0 tys. zł;
- w Szpitalu w Mińsku Mazowieckim – 547,8 tys. zł, 364,4 tys. zł, 115,1 tys. zł;
- w Szpitalu w Pile – 111,6 tys. zł, 137,2 tys. zł, 146,3 tys. zł.

W dwóch szpitalach⁷⁷ wysokość wykonywanych odpłatnie świadczeń zdrowotnych nie została określona w cenniku, ale była ustalana indywidualnie po zrealizowaniu danego świadczenia i dopiero wtedy pacjent dowiadywał się jakie koszty musi ponieść. Pacjent w momencie przyjęcia do szpitala nie znał kosztów hospitalizacji i możliwych do wykonania procedur medycznych. Cenę jaką będzie musiał zapłacić za zrealizowane świadczenie, poznawał dopiero po zakończenia pobytu w szpitalu.

⁷⁶ Z wyjątkiem Szpitala w Obornikach w którym to w Regulaminie Organizacyjnym niezgodnie z art.24. ust. 1 pkt. 10 udl nie określono organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat.

⁷⁷ Szpital w: Kościanie, Obornikach.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Zgodnie z art. 45 ust. 1 i 2 udl, wysokość opłat za świadczenia zdrowotne udzielane osobom innym niż wymienione w art. 44 udl ustala kierownik podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą. Przy ustalaniu wysokości opłaty kierownik uwzględnia rzeczywiste koszty udzielenia świadczenia zdrowotnego. Ponadto stosownie do art. 24a ust. 1 i 2 udl, za świadczenia zdrowotne udzielone odpłatnie, w sytuacjach, w których ustawa oraz przepisy odrębne dopuszczają taką odpłatność, podmiot wykonujący działalność leczniczą wystawia rachunek, który powinien być zgodny z aktualną wysokością opłat podaną do wiadomości, zgodnie z art. 24 ust. 2 udl. Ustalone przez Dyrektora stawki powinny zostać upublicznione w Regulaminie, co wynika z art. 24 ust. 1 pkt 12 udl.

Indywidualne ustalanie kwot wskazanych za zrealizowane świadczenia medyczne w Szpitalu, które nie zostały ujęte w obowiązującym cenniku ustalonym przez Dyrektora świadczy o dowolności postępowania, braku jawności postępowania i przejrzystości w określaniu kwot za odbyłą hospitalizację, co może prowadzić do korupcji.

Przykład

W Szpitalu w Obornikach analiza 17 faktur wystawionych za hospitalizację 17 pacjentów wykazała, że na każdej z nich podano taką samą nazwę produktu tj. Pobyt na oddziale (ze wskazaniem tylko na 11 z nich nazwy oddziału) i kwotę do zapłaty (bez wyszczególnienia jakie świadczenia zdrowotne zostały wykonane).

W dokumentach dotyczących zapłaty za wykonane świadczenia nie było informacji o zastosowaniu do ich wyceny grup JPG z katalogu zawartego w zarządzeniu Prezesa NFZ, a ich nazwy nie odpowiadały nazwom produktów umieszczonym na fakturach.

W regulaminach organizacyjnych podmiotów leczniczych określono również kwoty opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej. W **Szpitalu w Głubczycach** wskazane wysokości tych opłat były wyższe niż maksymalne określone w art. 28 ust. 4 ustawy o prawach pacjenta.

W latach 2020–2022 (I półrocze), we wszystkich skontrolowanych podmiotach leczniczych przeprowadzono łącznie 347 kontroli przez podmioty zewnętrzne. W tym okresie były one kontrolowane głównie przez organy inspekcji sanitarnej, tj. wojewódzkie/powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne które przeprowadziły łącznie 149 kontroli (co stanowiło 42,9 % wszystkich kontroli). Dotyczyły one m.in. stanu sanitarnego obiektów wchodzących w skład podmiotu leczniczego (w tym pomieszczeń oddziałów szpitalnych), zabezpieczenia epidemiologicznego, gospodarki odpadami komunalnymi i medycznymi, procedury postępowania z osobami podejrzanymi o zakażenie koronawirusem COVID-19, oceny warunków higieniczno-sanitarnych i technicznych prowadzonej działalności leczniczej).

Kontrole przeprowadzał również Narodowy Fundusz Zdrowia⁷⁸ (53 kontrole, tj. 15,3% wszystkich kontroli). Dotyczyły one m.in.:

⁷⁸ Departament Kontroli NFZ – Terenowe Wydziały Kontroli.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- udzielania świadczeń zdrowotnych związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 w zakresie zapewnienia łóżek dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem COVID-19;
- prawidłowości i zasadności rozliczania hospitalizacji pacjenta związanej z leczeniem COVID-19;
- jakości świadczeń rehabilitacyjnych dla osób z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności;
- realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie prawidłowości rozliczenia hospitalizacji wybranych grupą JGP.

Wyniki tych kontroli wykazały nieprawidłowości które skutkowały poniesieniem kosztów finansowych z tytułu nałożonych kar.

Przykłady

Szpital w Wołominie – kontrola NFZ wykazała nieprawidłowości w zakresie zgodności z zawartą umową sposobu rozliczania kwoty 2,5 tys. zł tytułem nienależnie przekazanych środków finansowych naliczonych na podstawie § 28 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie OWU o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. NFZ nałożył karę umowną w wysokości 16,4 tys. zł.

Szpital w Nowym Dworze Mazowieckim – kontrola NFZ w sierpniu 2020 r., wykazała, że nieprawidłowo sprawozdawano procedury medyczne i kwalifikowano świadczenia opieki zdrowotnej do właściwych grup JGP H42 – Duże zabiegi na kończynie górnej i JGP H83 – Średnie zabiegi na tkankach miękkich. Kontrola objęła wpisy 360 udzielonych świadczeń w latach 2016–2017. W wyniku tej kontroli Szpital zapłacił karę umowną w kwocie 82,3 tys. zł i zwrócił nienależnie przekazane środki finansowe w kwocie 951,0 tys. zł.

Szpital w Łęborku – w kontroli NFZ z 2022 r. sformułowano negatywną ocenę ogólną (m.in. świadczenia objęte kontrolą rozliczono nieprawidłowo, niezgodnie z zasadami kwalifikacji świadczeń). NFZ nałożył kary umowne z tytułu stwierdzonych nieprawidłowości. NFZ zalecił m.in.: korektę danych rozliczeniowych, kwalifikowanie wykonanych procedur do prawidłowego produktu rozliczeniowego, prowadzenie rejestru świadczeń zgodnie z obowiązującymi przepisami. Łączny skutek finansowy omawianej kontroli wyniósł 196,5 tys. zł.

Szpital w Nysie – jedna z czterech kontroli przeprowadzonych przez NFZ w okresie wrzesień–październik 2021 r. (za lata 2017–2020) wykazała nieprawidłowości w rozliczaniu świadczeń z rozpoznaniem niedoboru żelaza. Stwierdzono, że Szpital otrzymał z NFZ nienależne środki finansowe w kwocie 17,5 tys. zł (nieprawidłowe rozliczenie 32 hospitalizacji) za co NFZ nałożył na Szpital karę umowną w kwocie 72,2 tys. zł. Szpital 22 października 2021 r. przelał na konto NFZ ww. kwoty (łącznie 89,7 tys. zł).

Kontrole przeprowadzali również konsultanci wojewódzcy (w dziedzinie chorób zakaźnych, pediatrii, ginekologii i położnictwa, otolaryngologii, perinatologii, farmacji) – łącznie 12 kontroli, Państwowa Inspekcja Pracy (11 kontroli), urzędy wojewódzkie (siedem kontroli), organy założycielskie tj. starostwa powiatowe (16 kontroli), stacje krwiodawstwa i krwiolecznictwa (siedem). Pojedyncze kontrole przeprowadziło również Ministerstwo Zdrowia (trzy), Administracja Skarbowa (cztery), Inspektorat Farmaceutyczny (dwie), Lotnicze Pogotowie Ratunkowe (jedna)⁷⁹.

⁷⁹ Ustalenie na podstawie *Książki kontroli* prowadzonej w podmiotach leczniczych i protokołów z przeprowadzonych kontroli.

5.2. Sytuacja ekonomiczno-finansowa szpitala

Szpitala nieprawidłowo prowadziły gospodarkę majątkowo-finansową. Stwierdzono liczne nieprawidłowości, w tym w zakresie nienależytego zarządzania mieniem.

W związku ze zmianą sposobu finansowania funkcjonowania szpitali – wynikającą ze stanem epidemii ogłoszonego z powodu COVID-19 – nastąpiła poprawa wyników finansowych szpitali powiatowych. **Najbardziej dochodowymi komórkami organizacyjnymi skontrolowanych szpitali były oddziały utworzone w związku ze stanem epidemii COVID-19.**

Podczas gdy w 2019 roku tylko osiem szpitali osiągnęło dodatni wynik finansowy, to w 2020 r. było ich już 13, a w 2021 r. – 16.

Z tej grupy podmiotów po pierwszym półroczu 2022 r. tylko trzy szpitale osiągnęły dodatni wynik finansowy (zysk netto), zaś 19 poniosło stratę netto.

Dokumentacja opisująca przyjęte zasady rachunkowości

W podmiotach leczniczych objętych kontrolą wprowadzono zasady (politykę) rachunkowości. Dokumentacja opisująca przyjęte Zasady w większości szpitali⁸⁰ spełniała wymogi określone w art. 10 ust.1 i 2 uor, tj. zawierała wszystkie elementy określone w tym artykule. W Zasadach określano m.in. rok obrotowy i wchodzące w jego skład okresy sprawozdawcze, metody wyceny aktywów i pasywów oraz ustalania wyniku finansowego, zakładowy plan kont oraz rachunek kosztów.

Jednak w dziewięciu szpitalach stwierdzono nieprawidłowości w tym zakresie polegające na nieuwzględnieniu w Zasadach wszystkich obligatoryjnych elementów.

Przykłady

Szpital w Warszawie – w Zasadach nie wskazano wersji oprogramowania komputerowego wykorzystywanego do prowadzenia ksiąg rachunkowych i daty rozpoczęcia jego eksploatacji, nie opisano metod zabezpieczenia dostępu do danych ani systemu służącego ochronie danych i ich zbiorów, w tym dowodów księgowych, ksiąg rachunkowych i innych dokumentów stanowiących podstawę dokonanych w nich zapisów.

Nieprawidłowość została usunięta w trakcie trwania czynności kontrolnych. W dniu 26 września 2022 r. wprowadzono Zasady uzupełnione o brakujące elementy.

Szpital w Lęborku – obowiązujące Zasady nie zawierały opisu systemu informatycznego, zawierającego wykaz programów, procedur lub funkcji, w zależności od struktury oprogramowania, wraz z opisem algorytmów i parametrów oraz programowych zasad ochrony danych, w tym metod zabezpieczenia dostępu do danych i systemu ich przetwarzania, a ponadto określenie wersji oprogramowania i daty rozpoczęcia jego eksploatacji. Powyższy obowiązek wynikał z art. 10 ust. 1 pkt 3 c) uor, w związku z prowadzeniem przez Szpital ksiąg rachunkowych przy użyciu komputera.

⁸⁰ W Szpitalu w: Bolesławcu, Chojnicach, Głubczycach, Kościanie, Łowiczu, Mińsku Mazowieckim, Nowym Dworze Mazowieckim, Nowym Tomysłu, Oleśnicy, Opocznie, Wieluniu, Wołominie, Zgorzelcu.

Nieprawidłowość została usunięta w trakcie trwania czynności kontrolnych. W dniu 27 września 2022 r. uzupełniono Zasady o brakujące elementy.

Szpital w Obornikach – Zasady nie zawierały wszystkich elementów przewidzianych w art. 10 ust. 1 uor, tj.:

- zakładowego planu kont, ustalającego wykaz kont księgi głównej, przyjęte zasady klasyfikacji zdarzeń, zasady prowadzenia kont ksiąg pomocniczych oraz ich powiązania z kontami księgi głównej (art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. a);
- wykazu ksiąg rachunkowych, a przy prowadzeniu ksiąg rachunkowych przy użyciu komputera - wykazu zbiorów danych tworzących księgi rachunkowe na informatycznych nośnikach danych z określeniem ich struktury, wzajemnych powiązań oraz ich funkcji w organizacji całości ksiąg rachunkowych i w procesach przetwarzania danych (art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. b);
- opisu systemu przetwarzania danych, a przy prowadzeniu ksiąg rachunkowych przy użyciu komputera – opisu systemu informatycznego, zawierającego wykaz programów, procedur lub funkcji, w zależności od struktury oprogramowania, wraz z opisem algorytmów i parametrów oraz programowych zasad ochrony danych, w tym metod zabezpieczenia dostępu do danych i systemu ich przetwarzania, a ponadto określenie wersji oprogramowania i daty rozpoczęcia jego eksploatacji (art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. c).

W 14 szpitalach⁸¹ w Zasadach nie doprecyzowano zasad szacowania prawdopodobnych przyszłych rezerw na odszkodowania z tytułu zdarzeń medycznych i szacowania rezerw na świadczenia na rzecz pracowników lub nie utworzono rezerwy na przyszłe, możliwe zobowiązania wynikające z toczących się sporów sądowych, co było niezgodne z art. 35d ust. 1 pkt 1 uor, który stanowi, że *rezerwy tworzy się na pewne lub o dużym stopniu prawdopodobieństwa przyszłe zobowiązania, których kwotę można w sposób wiarygodny oszacować, a w szczególności na straty z transakcji gospodarczych w toku, w tym z tytułu udzielonych gwarancji, poręczeń, operacji kredytowych, skutków toczącego się postępowania sądowego.*

Brak utworzenia rezerwy skutkuje tym, że wynik finansowy Szpitala nie odzwierciedla jego aktualnej sytuacji finansowej i majątkowej. Utworzona rezerwa stanowiłaby koszt, a jej brak zniekształca wynik finansowy Szpitala.

Przykłady

Szpital w Kościanie – toczyły się trzy postępowania sądowe, w których pozwany był Szpital. Pomimo tego nie utworzono rezerw na przyszłe, ewentualne zobowiązania.

Szpital w Opocznie – w księgach rachunkowych Szpitala nie tworzone rezerw na odszkodowania z tytułu zdarzeń medycznych oraz ewentualnych skutków toczących się postępowań spornych i sądowych.

Według stanu na 30 czerwca 2022 r. toczyło się 10 postępowań przeciwko Szpitalowi, w tym:

- pięć spraw na łączną kwotę (pretensja główna) 6828,5 tys. zł zostało wniesionych w latach 2017–2019 i dotyczyło błędów medycznych. We wszystkich sprawach Szpital kwestionował roszczenie co do zasady i wysokości;

⁸¹ Np. w Szpitalu w Chojnicach, Człuchowie, Głubczycach, Kędzierzynie-Koźlu, Kościanie, Lęborku, Łowiczu, Nysie, Obornikach, Oleśnicy, Oławie, Opocznie, Wieluniu, Zgorzelcu.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

– pięć postępowań dotyczyło roszczeń wniesionych w 2021 r. o zapłatę za dostarczone wyroby bądź uregulowanie odsetek od nieterminowej płatności. Łączna wysokość kosztów toczących się postępowań wynosiła 5,8 tys. zł, a rekompensat 2,5 tys. zł.

Szpital wypłacił łącznie 165,7 tys. zł tyt. odszkodowań, rent, zadośćuczynień oraz ugody, w tym: 128,0 tys. zł w 2020 r., 37,5 tys. zł w 2021 r. oraz 0,2 tys. zł w I połowie 2022 r.

W jednym ze szpitali (w Wołominie) stwierdzono rozbieżności pomiędzy zakładowym planem kont określonym w *zasadach* (polityce) rachunkowości a systemem finansowo-księgowym (FK).

W **Szpitalu w Wołominie** w 2020 r. funkcjonowały w systemie FK konta 242 – rozrachunki z tytułu zakupów inwestycyjnych z UE i 846 – rozliczenie międzyokresowe przychodów zw. z projektem UE, które nie zostały wyszczególnione w zakładowym planie kont. Stosownie do art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. a) uor zakładowy plan kont ustalający m.in. wykaz kont księgi głównej jest częścią zasad (polityki) rachunkowości Szpitala i niedopuszczalne jest księgowanie operacji na kontach w nim nieujętych. W sytuacji konieczności utworzenia nowych kont niezbędne jest uprzednie znowelizowanie zasad (polityki) rachunkowości.

Wdrożenie standardów rachunku kosztów

Standardy Rachunku Kosztów zostały wdrożone w Szpitalach od 1 stycznia 2021 r. zgodnie z wytycznymi zawartymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców⁸². Wyodrębniono ośrodki powstawania kosztów (OPK) działalności podstawowej, działalności pomocniczej i zarządu, zgodnie z kodami funkcji ośrodków powstawania kosztów określonymi w załączniku nr 1 do rozporządzenia. Dla OPK proceduralnych sporządzono wykazy procedur w nich wykonywanych. Zaktualizowano *Zasady rachunkowości* dostosowując plan kont zespołu 4 (koszty rodzajowe) i zespołu 5 (miejsce powstawania kosztów) do wytycznych standardu rachunku kosztów.

Nieprawidłowości związane z wdrażaniem standardu rachunku kosztów stwierdzono w 13 szpitalach⁸³. Polegały one na niewdrożeniu wszystkich wymaganych rozwiązań bądź opóźnieniu w ich wdrażaniu. Podmioty te tłumaczyły występującą nieprawidłowość sytuacją epidemiczną lub/i zmianą systemu informatycznego. Problemy w funkcjonowaniu szpitali spowodowane epidemią COVID-19 oraz zmianą systemu informatycznego nie mogą jednak uzasadniać opóźnienia we wdrażaniu standardu rachunku kosztów.

⁸² Dz. U. poz. 2045.

⁸³ W Szpitalu w; Bolesławcu, Chojnicach, Człuchowie, Łęczycy, Łowiczu, Nowym Dworze Mazowieckim, Nowym Tomyślu, Obornikach, Oleśnicy, Oławie, Opocznie, Pile, Wieluniu.

Przykłady

Szpital w Nowym Dworze Mazowieckim – nie rozpoczęto wyceny procedur medycznych oraz podziału i przenoszenia kosztów medycznych pomiędzy usługami komercyjnymi i finansowanymi z NFZ.

Szpital w Chojnicach – nie dostosował planu kont do Zasad standardów rachunku kosztów. Dyrektor Szpitala w trakcie kontroli, tj. 29 sierpnia 2022 r., wprowadził wymagane zmiany.

Szpital w Opocznie – nie dostosowano procedur wewnętrznych dotyczących ewidencji i rozliczania kosztów do obowiązujących wymogów.

Szpital nie wdrożył całościowo rachunku kosztów. Na dzień 30 czerwca 2022 r. Szpital wprowadził prawidłowe konta zespołu 5¹ w planie kont, jednak analityka do kont zespołu 5 nie pozwalała na prawidłowe rozdzielanie kosztów przypadających na poszczególne ośrodki powstawania kosztów. Jak zadeklarowano bieżące księgowania w tym zespole zostaną prawidłowo wprowadzone (zaksięgowane) do 31 grudnia 2022 r. Ponadto Szpital nie wdrożył jeszcze wyceny procedur medycznych. Dział Finansowo-Księgowy był w trakcie prac nad wyceną procedur medycznych oraz analizą i aktualizacją kluczy podziałowych. Szpital planuje zakończenie wdrożenia rachunku kosztów do końca 2022 r.

Szpital w Pile – od stycznia 2021 r. nie wdrożono w pełni standardu rachunku kosztów. Ośrodki powstawania kosztów i klucze podziałowe kosztów zostały określone dopiero w 2022 r. (odpowiednio 18 maja i 28 czerwca), a koszty procedur medycznych wykonywanych w Szpitalu nie podlegały kalkulacji i ich wartość nie była znana.

Szpital w Człuchowie – nie dokonano wyceny procedur medycznych (według sposobu określonego w załączniku nr 9 do rozporządzenia), nie stworzono narzędzia informatycznego do ewidencjonowania wykonanych procedur medycznych zgodnie z przyjętym wykazem z uwzględnieniem jednostki zlecającej, nie sporządzono wykazu realizowanych w poszczególnych komórkach procedur medycznych zgodnie z klasyfikacją ICD-9, nie dokonano zmian w Zasadach wynikających z wprowadzenia standardu rachunku kosztów, o których mowa w rozporządzeniu.

Szpital w Obornikach – nie ustalono szczegółowego wykazu OPK dla wszystkich komórek organizacyjnych Szpitala (oddziały, poradnie), biorąc pod uwagę swoją strukturę organizacyjną i zasady wyodrębniania OPK określone w załączniku nr 2 do ww. rozporządzenia, OPK wprowadzono tylko dla Bloku Operacyjnego, Oddziału Ginekologiczno-Położniczego i Izby Przyjęć; nie dokonano wyceny procedur medycznych (według sposobu określonego w załączniku nr 9 do rozporządzenia); nie prowadzono ilościowej ewidencji wykonań dla wszystkich procedur realizowanych w OPK proceduralnym; nie sporządzano ilościowego zestawienia zasobów materiałowych zużywanych podczas wykonywania procedur medycznych umieszczonych w wykazie OPK proceduralnego; nie ustalano kosztów osobowych personelu Szpitala zaangażowanego w wykonanie procedury medycznej.

W latach 2019–2022 podstawą gospodarki podmiotów leczniczych były plany finansowe ustalane przez ich dyrektorów na podstawie art. 53 udl.

Plan finansowy

Tylko w ośmiu szpitalach⁸⁴ plany finansowe zostały opracowane i przedstawione do zaopiniowania radzie społecznej w terminie umożliwiającym gospodarkę finansową na ich podstawie od 1 stycznia danego roku.

⁸⁴ Szpital w: Głubczycach, Kościanie, Łęczycy, Nowym Tomysłu, Nysie, Oleśnicy, Warszawie i Zgorzelcu.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Dopiero pozytywna opinia rady społecznej daje podstawę Dyrektorowi Szpitala do prowadzenia gospodarki finansowej. Dyrektor samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej ma obowiązek uzyskania stanowiska rady społecznej przed jego ostatecznym wprowadzeniem (zadanie rady społecznej dotyczące opiniowania planu finansowego wynika z art. 48 ust. 2 pkt 2 lit. a) ustawy o działalności leczniczej).

Zgodnie z art. 44 ust. 1 pkt 3 ustawy o finansach publicznych, wydatki publiczne mogą być ponoszone na cele i w wysokościach ustalonych w planie finansowym jednostki sektora finansów publicznych.

Przykłady

Szpital w Wołominie – plany finansowe na rok 2020, 2021 i 2022, ustalone przez Dyrektora Szpitala odpowiednio 9 marca 2020 r., 31 grudnia 2020 r. i 31 grudnia 2021 r. zostały złożone w Starostwie Powiatowym odpowiednio – 9 marca 2020 r., 15 czerwca 2021 r. i 12 kwietnia 2022 r. Zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną uchwałami dopiero odpowiednio – z 9 czerwca 2020 r., z 22 czerwca 2021 r. i z 21 kwietnia 2022 r.

Szpital w Pile – plan finansowy na 2020 r. opracowany został dopiero 9 czerwca 2020 r., przekazano go do zaopiniowania Radzie 16 czerwca 2020 r. i Rada zaopiniowała pozytywnie plan uchwałą z 23 czerwca 2020 r. W tym okresie, tj. od 1 stycznia do 8 czerwca 2020 r. obroty na koncie 130 Rachunek bankowy po stronie Ma wyniosły 86 960,57 tys. zł. (wypłaty z konta). Plan finansowy na 2021 r., opracowany w styczniu 2021 r., nie był zaopiniowany przez Radę,

Szpital w Oleśnicy – plany na lata objęte kontrolą zostały sporządzane przez Dyrektora i każdorazowo przedstawione Staroście Oleśnickiemu/Zarządowi Powiatu Oleśnickiego i Radzie Społecznej Szpitala – odpowiednio – 30 października 2019 r. (plan na rok 2020), 3 listopada 2020 r. (plan na rok 2021) i 30 listopada 2021 r. (plan na rok 2022). W żadnym jednak przypadku Rada Społeczna nie wyraziła opinii na ich temat w formie uchwały przyjętej w drodze głosowania, mimo iż były omówione na posiedzeniach Rady i żaden z jej członków nie wniósł do nich uwag ani zastrzeżeń.

Szpital w Bolesławcu – Dyrektor sporządzał plany finansowe i przedstawiał je kadrze kierowniczej, ale nie przekazywał ich do opiniowania Radzie Społecznej.

Szpital w Łowiczu – plany zostały przyjęte w Szpitalu odpowiednio: 1 czerwca 2020 r., 20 kwietnia 2021 r. i 6 kwietnia 2022 r., a zaopiniowane przez Radę Społeczną odpowiednio w dniach: 25 czerwca 2020 r., 13 września 2021 r. i 13 maja 2022 r.

Szpital w Oławie – roczne plany finansowe zostały sporządzone i podpisane przez Dyrektora w dniach 17 kwietnia 2020 r. - na 2020 r., 30 marca 2021 r. - na 2021 r. oraz 15 kwietnia 2022 r. - na 2022 r. Zatem Szpital w okresie od 1 stycznia do 16 kwietnia 2020 r., od 1 stycznia do 29 marca 2021 r. i od 1 stycznia do 14 kwietnia 2022 r. nie prowadził gospodarki finansowej na podstawie planu finansowego ustalonego przez Dyrektora.

Szpital w Opocznie – w 2020 r. Plan finansowy został sporządzony i zatwierdzony przez p.o. Dyrektora w dniu 31 stycznia 2020 r., a następnie 17 września 2020 r. zastąpiono go nowym dokumentem. Żaden z powyższych planów nie został przekazany do zaopiniowania Radzie Społecznej. W 2021 r. do momentu pozytywnego zaopiniowania przez Radę Społeczną planu finansowego, tj. 24 czerwca 2021 r., obowiązywał dokument „Plan finansowy 2021 r. – wersja robocza” sporządzony przez Główną Księgową i zatwierdzony

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

31 grudnia 2020 r. przez p.o. Dyrektora. W 2022 r. do momentu pozytywnego zaopiniowania przez Radę Społeczną planu finansowego w dniu 29 czerwca 2022 r. obowiązywał „Plan finansowy 2022 r. – wersja robocza” sporządzony przez Główną Księgową i zatwierdzony 22 grudnia 2021 r. przez Zastępcę Dyrektora ds. Finansowo-Księgowych.

Trzydzieści szpitali nie przestrzegało obowiązku dokonywania zmian w rocznych planach finansowych w sytuacji przekroczenia zaplanowanych przychodów i kosztów – co było niezgodne z art. 52 ust. 3 ustawy o finansach publicznych, który stanowi, że zmiany w zakresie przychodów i kosztów wymagają dokonania zmian w rocznym planie finansowym.

Stosownie do art. 46 ust. 1 ustawy o finansach publicznych, jednostki sektora finansów publicznych mogą zaciągać zobowiązania do sfinansowania w danym roku do wysokości wynikającej z planu wydatków lub kosztów jednostki, pomniejszonej o wydatki na wynagrodzenia i uposażenia, składki na ubezpieczenie społeczne i Fundusz Pracy, inne składki i opłaty obligatoryjne oraz płatności wynikające z zobowiązań zaciągniętych w latach poprzednich.

Przykłady

Szpital w Wołominie – w roku 2020 i w 2021 przekroczone zostały zaplanowane przychody i koszty ale nie dokonano zmian w rocznym planie finansowym.

W 2020 r. wykonano przychody o 2239,2 tys. zł wyższe od zaplanowanych, tj. 102,1% planu. Z kolei łączne koszty zrealizowano na poziomie wyższym od zakładanego o 7445,8 tys. zł, tj. o 7% (wg sprawozdania z wykonania planu finansowego za rok 2020 z 26 lutego 2021 r.).

Na 2020 r. przychody zaplanowano w kwocie 106 417,9 tys. zł. Faktyczne wykonanie przychodów zgodnie ze sprawozdaniem finansowym wyniosło 112 205,9 tys. zł (przekroczenie planu o 5788,0 tys. zł). Z kolei koszty zaplanowane zostały w kwocie 106 123,4 tys. zł. Faktyczne wykonanie kosztów zgodnie ze sprawozdaniem finansowym wyniosło 114 318,5 tys. zł (przekroczenie planu o 8195,1 tys. zł).

W 2021 r. wykonano przychody o 20 663,9 tys. zł wyższe od zaplanowanych, tj. 117,64% planu. Z kolei łączne koszty zrealizowano na poziomie wyższym od zakładanego o 17 345,2 tys. zł, tj. o 14,3% (wg sprawozdania z wykonania planu finansowego za rok 2021 z 28 lutego 2021 r.).

Na 2021 r. przychody zaplanowano w kwocie 117 131,0 tys. zł. Faktyczne wykonanie przychodów zgodnie ze sprawozdaniem finansowym wyniosło 141 500,4 tys. zł (przekroczenie planu o 24 369,4 tys. zł). Z kolei koszty zaplanowane zostały w kwocie 122 485,0 tys. zł. Faktyczne wykonanie kosztów zgodnie ze sprawozdaniem finansowym wyniosło 137 299,6 tys. zł (przekroczenie planu o 14 814,6 tys. zł).

Szpital w Warszawie – w roku 2020 i 2021 w sytuacji zwiększenia przychodów i kosztów, w stosunku do planu, nie dokonano zmian w rocznym planie finansowym.

W 2020 r. wykonano przychody o 4744,4 tys. zł wyższe od zaplanowanych, tj. 111,5% planu. Z kolei łączne koszty zrealizowano na poziomie wyższym od zakładanego o 2946,0 tys. zł, tj. o 7% (dane na podstawie sprawozdania z wykonania planu finansowego za rok 2020).

W 2021 r. wykonano przychody o 7362,9 tys. zł wyższe od zaplanowanych, tj. 116,5% planu, natomiast łączne koszty zrealizowano na poziomie wyższym od zakładanego o 7947,7 tys. zł, tj. o 17,4% (dane na podstawie sprawozdania z wykonania planu finansowego za rok 2021).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Sześć szpitali⁸⁵ nierzetelnie sporządziło plany finansowe, gdyż nie zawierały one wszystkich obligatoryjnych elementów wyszczególnionych w art. 31 ustawy o finansach publicznych, którymi są: 1) przychody z prowadzonej działalności; 2) dotacje z budżetu państwa lub budżetów jednostek samorządu terytorialnego; 3) koszty, w tym: a) wynagrodzenia i składki od nich naliczane, b) płatności odsetkowe wynikające z zaciągniętych zobowiązań, c) zakup towarów i usług; 4) środki na wydatki majątkowe; 5) środki przyznane innym podmiotom; 6) stan należności i zobowiązań na początek i koniec roku; 7) stan środków pieniężnych na początek i koniec roku.

Przykłady

Szpital w Nysie – plany finansowe na lata 2020–2022 nie uwzględniały środków na wydatki majątkowe; środków przyznanych innym podmiotom; stanu należności i zobowiązań na początek i koniec roku oraz stanu środków pieniężnych na początek i koniec roku.

Szpital w Człuchowie – w sporządzanych planach finansowych na rok 2020, 2021 i 2022 nie wyodrębniono planowanych przychodów, dotacji z budżetu państwa lub budżetów jednostek samorządu terytorialnego, planowanych kosztów, środków na wydatki majątkowe oraz środków przyznanych innym podmiotom.

Struktura przychodów i kosztów

Przychody ogółem szpitali sukcesywnie rosły w okresie 2019–2021 i wynosiły odpowiednio w latach: 1 629 952,5 tys. zł, 1 907 961,0 tys. zł, 2 381 334,9 tys. zł (wzrost o 46,1%), a na koniec I półrocza 2022 r. wyniosły 1 129 918,1 tys. zł.

Największy udział w przychodach stanowiły środki z NFZ – odpowiednio – 1 450 115,4 tys. zł (co stanowiło 88,97% przychodów ogółem), 1 670 288,3 tys. zł (87,54%), 2 111 451,6 tys. zł (88,67%) i 990 698,3 tys. zł (87,68%).

Koszty ogółem w analogicznym okresie 2019–2021 wyniosły odpowiednio w latach: 1 655 330,4 tys. zł, 1 876 566,0 tys. zł, 2 337 552,2 tys. zł (wzrost o 41,2%), a na koniec I półrocza 2022 r. wyniosły 1 187 426,1 tys. zł.

Największą pozycję w kosztach stanowiły wynagrodzenia, w tym wynagrodzenia z tytułu umów o pracę.

Wynagrodzenia, w tym z tytułu umów o pracę wynosiły:

- w 2019 r.: 683 493,1 tys. zł (tj. 41,3 % kosztów ogółem), w tym z tytułu umów o pracę – 631 525,4 tys. zł (co stanowiło 92,4% wynagrodzenia ogółem);
- w 2020 r.: 775 199,9 tys. zł (41,3% kosztów ogółem), w tym z tytułu umów o pracę – 712 245,3 tys. zł (91,9% wynagrodzenia ogółem);
- w 2021 r.: 984 669,5 tys. zł (42,1 % kosztów ogółem), w tym z tytułu umów o pracę – 875 950,0 tys. zł (89,0 % wynagrodzenia ogółem);
- w 2022 r. (I półrocze) – 489 171,6 tys. zł (41,2 % kosztów ogółem), w tym z tytułu umów o pracę – 434 225,1 tys. zł (88,8 % wynagrodzenia ogółem).

⁸⁵ Szpital w: Bolesławcu, Człuchowie, Łęczycy, Łowiczu, Nysie, Opocznie.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Drugą pozycję co do wielkości w kosztach stanowiły usługi obce medyczne. Wynosiły one odpowiednio – 351 350,0 tys. zł (co stanowiło 21,2% kosztów ogółem, a zarazem 75,1% usług obcych), 399 308,0 tys. zł (21,3% kosztów ogółem i 75,1% usług obcych), 577 308,8 tys. zł (24,7% kosztów ogółem i 85,1% usług obcych) i 296 920,5 tys. zł (25 % kosztów ogółem i 85,0% usług obcych).

W poszczególnych latach, liczba szpitali kończących działalność w danym roku z dodatnim i ujemnym wynikiem finansowym ulegała zmianom.

W 2019 roku tylko osiem szpitali osiągnęło dodatni wynik finansowy. W 2020 r. sytuacja uległa poprawie i 13 szpitali osiągnęło dodatni wynik finansowy. W 2021 r. dane te wynosiły odpowiednio – 16 i sześć. Natomiast I półrocze 2022 r. tylko trzy szpitale zakończyły z wynikiem dodatnim, a 19 z wynikiem ujemnym.

W latach 2019–2022 (I półrocze) funkcjonowało łącznie 1256 komórek organizacyjnych działalności leczniczej dla których prowadzono w szpitalach rachunek kosztów. Spośród nich tylko 474 komórki (37,7%) odnotowały w całym okresie objętym kontrolą dodatni wynik finansowy, tj. generowały przychody przewyższające koszty. Natomiast 768 komórek organizacyjnych (61,2%) generowało straty i tylko 14 komórek bilansowało przychody z kosztami.

Łączne przychody wszystkich komórek organizacyjnych (o których wyżej mowa) w badanym okresie wyniosły 6 126 121,8 tys. zł, a koszty – 6 744 638,8 tys. zł, tak więc ogółem wynik finansowy ich działalności wykazał stratę w wysokości 618 517,0 tys. zł

Przychody wszystkich komórek organizacyjnych (o których wyżej mowa), które odnotowywały zyski, wyniosły, według stanu na 30 czerwca 2022 r., 2 248 743,7 tys. zł, a koszty – 1 773 521,6 tys. zł. Ich wynik finansowy wyniósł więc 475 222,1 tys. zł.

Natomiast przychody wszystkich komórek (o których wyżej mowa), które wykazywały stratę wyniosły 3 877 378,1 tys. zł, a koszty – 4 971 117,2 tys. zł. Działalność tych komórek wykazała zatem stratę na kwotę 1 093 739,0 tys. zł.

Liczba komórek organizacyjnych działalności leczniczej z dodatnim wynikiem finansowym wynosiła: w 2019 r. – 364 komórki spośród 914 ogółem w danym roku (tj. 39,8%), w 2020 r. – 393 takie komórki spośród 953 (tj. 41,2%), w 2021 r. – 440 spośród 1096 (40,1%), a w I półroczu 2022 r. – 395 spośród 1058 (37,3%).

W poszczególnych szpitalach udział komórek „dochodowych” w ogólnej liczbie komórek wynosił średnio od 18,2% w Szpitalu w Nowym Tomysku do 62,3% w Szpitalu w Człuchowie.

Liczba i rodzaj komórek organizacyjnych wykazujących zysk lub stratę ze swej działalności była zmienna w danym szpitalu w poszczególnych latach, podobnie jak wielkość deficytu lub dochód danej komórki organizacyjnej.

Najbardziej dochodowymi komórkami organizacyjnymi skontrolowanych szpitali były:

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- oddziały tworzone w związku ze stanem epidemii COVID-19 z łącznym zyskiem per saldo 53 797,1 tys. zł,
- podstawowa opieka zdrowotna z łącznym zyskiem per saldo 44 279,5 tys. zł,
- okulistyka z łącznym zyskiem per saldo 25 736,6 tys. zł.

Z kolei najbardziej deficytowe to te związane z:

- chirurgią z łączną stratą per saldo 74 865,8 tys. zł,
- pediatrią z łączną stratą per saldo 13 563,8 tys. zł,
- neurologią z łączną stratą per saldo 9384,5 tys. zł.

Przykłady

Szpital w Zgorzelcu – zgodnie z prowadzonym rachunkiem kosztów, dodatni wynik osiągnęło odpowiednio 43 ze 102 wyodrębnionych komórek organizacyjnych działalności leczniczej Szpitala w 2019 r., 44 ze 106 komórek w 2020 r., 50 ze 105 komórek w 2021 r. oraz 48 ze 103 komórek w I półroczu 2022 r. Najwyższy dodatni wynik z działalności w latach 2019–2022 osiągał Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej⁸⁶, Natomiast największy ujemny wynik z działalności w tym okresie odnotowano dla Oddziału Ginekologiczno-Położniczym za 2019 r., 2020 r. i I półrocze 2022 r.⁸⁷ oraz dla Oddziału Chirurgii Ogólnej za 2021 r.⁸⁸

Szpital w Oławie – zgodnie z prowadzonym rachunkiem kosztów, dodatki wynik osiągnęło odpowiednio 10 z 36 wyodrębnionych komórek organizacyjnych działalności leczniczej w I półroczu 2022 r., 14 z 36 komórek w 2021 r., 14 z 35 komórek w 2020 r. oraz 12 z 35 komórek w 2019 r. Najbardziej dochodowymi komórkami były: Oddział Wewnętrzny w 2020 r.⁸⁹, Podstawowa Opieka Zdrowotna w 2020 r. i 2019 r.⁹⁰ oraz Oddział Chirurgiczny w 2020 r.⁹¹ Natomiast największą stratę przyniosła działalność w I połowie 2022 r. i w 2021 r. Oddziału Wewnętrznego⁹², Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii⁹³ oraz Szpitalnego Oddziału Ratunkowego⁹⁴.

Szpital w Bolesławcu – zgodnie z prowadzonym rachunkiem kosztów, dodatni wynik osiągnęło odpowiednio 10 z 32 wyodrębnionych komórek organizacyjnych działalności leczniczej Szpitala w 2019 r., 15 z 38 komórek w 2020 r., dziewięć z 40 komórek w 2021 r. oraz 13 z 39 komórek w I półroczu 2022 r. Najbardziej dochodowymi komórkami organizacyjnymi Szpitala były:

⁸⁶ Wynik (różnica pomiędzy przypisanymi przychodami a kosztami) za 2019 r. wyniósł 5114,04 tys. zł, za 2020 r. wyniósł 4599,6 tys. zł, za 2021 r. wyniósł 5071,2 tys. zł oraz za I półrocze 2022 r. wyniósł 2225,1 tys. zł.

⁸⁷ Wynik (różnica pomiędzy przypisanymi przychodami a kosztami) za 2019 r. wyniósł (-)2011,5 tys. zł, za 2020 r. wyniósł (-)2448,0 tys. zł oraz za I półrocze 2022 r. wyniósł (-)1405,5 tys. zł.

⁸⁸ Wynik (różnica pomiędzy przypisanymi przychodami a kosztami) za 2021 r. wyniósł (-)2224,9 tys. zł.

⁸⁹ Różnica pomiędzy przypisanymi jemu przychodami i kosztami wyniosła 1065,1 tys. zł.

⁹⁰ Różnica pomiędzy przypisanymi jej przychodami i kosztami wyniosła odpowiednio 804,4 tys. zł i 555,7 tys. zł.

⁹¹ Różnica pomiędzy przypisanymi jemu przychodami i kosztami wyniosła 572,4 tys. zł.

⁹² Różnica pomiędzy przypisanymi jemu przychodami i kosztami wyniosła odpowiednio 3774,9 tys. zł i 2881,8 tys. zł.

⁹³ Różnica pomiędzy przypisanymi jemu przychodami i kosztami wyniosła odpowiednio 3481,1 tys. zł i 2958,9 tys. zł.

⁹⁴ Różnica pomiędzy przypisanymi jemu przychodami i kosztami wyniosła odpowiednio – 2592,9 tys. zł i 2676,8 tys. zł.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Podstawowa Opieka Zdrowotna w 2019 r.⁹⁵ i Laboratorium (w 2020 r., w 2021 r. i w I półroczu 2022 r.)⁹⁶. Największą stratę we wszystkich latach objętych kontrolą przyniosła natomiast działalność Szpitalnego Oddziału Ratunkowego⁹⁷.

Dyrektorzy szpitali wyjaśniali, że *zbyt niska wycena procedur medycznych świadczonych przez jednostki organizacyjne powoduje ponoszenie kosztów, które nie znajdują dostatecznego odzwierciedlenia w przychodach, co przyczynia się do ponoszenia przez większość z nich straty na działalności*.

Według stanu na 30 czerwca 2022 r., należności ogółem wszystkich szpitali objętych kontrolą wyniosły 174 105,2 tys. zł.

Należności

Należności nieprzeterminowane wyniosły 164 228,1 tys. zł i stanowiły 94,3% należności ogółem, a należności przeterminowane wyniosły 9877,1 tys. zł i stanowiły 5,7% należności ogółem

Wśród należności przeterminowanych, w 19 szpitalach największy udział miały należności przeterminowane powyżej 12 miesięcy (wynosiły łącznie 6842,0 tys. zł) co stanowiło 69,3% należności przeterminowanych (a jednocześnie 3,9% należności ogółem).

W dwóch szpitalach (tj. w Kościanie i Zgorzelcu), największy udział należności przeterminowanych stanowiły te, które przekroczyły termin płatności od 181 do 365 dni (odpowiednio do szpitala – 75% i 34,9%), a w jednym szpitalu (w Warszawie) – z przekroczeniem terminu płatności od 31 do 90 dni (63,4% należności).

Największy udział należności przeterminowanych w należnościach ogółem miały cztery szpitale tj. w Opocznie (26,38%), w Łęborku (18,63%), w Wołominie (15,44%) i w Obornikach (12,06%).

W pozostałych 18 skontrolowanych szpitalach należności przeterminowane nie przekroczyły 10%, a najmniejsze miał Szpital w Zgorzelcu (0,57%) i w Kościanie (1,15%).

W przypadku 14 szpitali odzyskiwanie należności było opieszale i mało skuteczne⁹⁸.

W sześciu szpitalach nie było formalnie opracowanych procedur związanych z windykacją należności. Windykację rozpoczynano od kontaktu telefonicznego z dłużnikiem z informacją o upływie terminu płatności i konieczności zapłaty. Jeżeli ponaglenie telefoniczne nie przyniosłożądanego efektu wysyłane było wezwanie do zapłaty należności, a następnie przekazywano sprawę do współpracującej ze szpitalem kancelarii prawnej.

⁹⁵ Różnica pomiędzy przypisanymi komórce przychodami i kosztami wyniosła 1082,5 tys. zł.

⁹⁶ Różnica pomiędzy przypisanymi komórce przychodami i kosztami wyniosła odpowiednio: 10 744,6 tys. zł w 2020 r., 31 840,5 tys. zł w 2021 r. oraz 6950,4 tys. zł w I półroczu 2022 r.

⁹⁷ Różnica pomiędzy przypisanymi komórce przychodami i kosztami wyniosła odpowiednio: 2224,5 tys. zł w 2019 r., 5850,0 tys. zł w 2020 r., 9894,2 tys. zł w 2021 r. oraz 4472,4 tys. zł w I półroczu 2022 r.

⁹⁸ Badaniem kontrolnym objęto w każdym szpitalu po trzy największe kwotowo pozycje należności przeterminowanych.

Przykłady

Szpital w Wołominie – w przypadku jednej spośród trzech analizowanych przeterminowanych należności, ustalono, że nastąpiła 10-miesięczna zwłoka w skierowaniu sprawy na drogę sądową. Termin zapłaty należności mijał 5 sierpnia 2021 r. Wezwanie do zapłaty nastąpiło 19 sierpnia 2021 r., a pozew o zapłatę do Sądu Rejonowego w Wołominie skierowano dopiero 29 czerwca 2022 r.

Szpital w Głubczycach – działania podejmowane i prowadzone w ramach dochodzenia należności na łączną kwotę 12 643,80 zł były opieszale, gdyż:

- w odniesieniu do jednej z analizowanych faktur z 31 grudnia 2020 r. (kwota brutto 3,7 tys. zł), pierwsze wezwanie do płatności nastąpiło dopiero 11 marca 2021 r., a drugie – 26 lipca 2022 r., tym samym liczba dni od daty wystawienia faktury do daty wysłania drugiego wezwania wyniosła 571 dni;
- w odniesieniu do faktury z 16 stycznia 2020 r. (kwota brutto 3,6 tys. zł), pierwsze wezwanie do płatności nastąpiło dopiero 11 marca 2021 r., tj. po upływie 420 dni od daty wystawienia faktury (drugie wezwanie wystawiono 28 września 2022 r., tj. po ujawnieniu nieprawidłowości przez NIK), tym samym liczba dni od daty wystawienia faktury do 30 czerwca 2022 r. wyniosła 895;
- w odniesieniu do faktury z 7 września 2020 r. (kwota brutto 2,6 tys. zł), pierwsze wezwanie do zapłaty nastąpiło dopiero 11 marca 2021 r., tj. 185 dni od daty wystawienia faktury (drugie wezwanie wystawiono 28 września 2022 r., tj. po ujawnieniu nieprawidłowości przez NIK), tym samym liczba dni od daty wystawienia faktury do 30 czerwca 2022 r. wyniosła 661;
- w odniesieniu do faktury z 14 października 2020 r. (kwota brutto 2,7 tys. zł), pierwsze wezwanie do zapłaty nastąpiło dopiero 11 marca 2021 r., tj. 148 dni od daty wystawienia faktury (drugie wezwanie wystawiono 28 września 2022 r., tj. po ujawnieniu nieprawidłowości przez NIK), tym samym liczba dni od daty wystawienia faktury do 30 czerwca 2022 r. wyniosła 624.

Szpital w Łowiczu – w księgach Szpitala na dzień 30 czerwca 2022 r. znajdowały się:

- należności w kwocie 236,3 tys. zł za lata 2004–2010 (54 pozycje), wobec których od 2010 r. nie podejmowano żadnych czynności w celu ich wyegzekwowania,
- należności w kwocie 9,5 tys. zł powstałe w latach 2011–2015 (27 pozycji), wobec których poza wysłaniem pierwszego wezwania do zapłaty nie podjęto żadnej czynności przerywającej bieg przedawnienia,

Szpital w Oławie – we wszystkich trzech objętych szczegółowym badaniem wierzytelności Szpitala o łącznej wartości 17,3 tys. zł stwierdzono, że Szpital prowadził opóźnione i niewystarczające działania zmierzające do ich odzyskania. W rezultacie nastąpiło przedawnienie możliwości ich dochodzenia. Dotyczyło to należności:

- w kwocie 7,0 tys. zł płatnej do 9 sierpnia 2017 r., w odniesieniu do której w dniach 26 maja 2020 r., a następnie 16 października 2020 r. wezwano dłużnika do zapłaty, tj. dopiero po upływie dwóch lat i dziewięciu miesięcy od terminu jej zapłaty;
- w kwocie 5,7 tys. zł płatnej do 17 maja 2018 r., w odniesieniu do której w dniu 16 października 2020 r. wezwano dłużnika do zapłaty, tj. po upływie trzech lat i pięciu miesięcy od terminu jej zapłaty;
- w kwocie 4,5 tys. zł płatnej do 4 maja 2018 r., w odniesieniu do której w dniach 15 października 2020 r., a następnie 22 lipca 2021 r. wezwano dłużnika do zapłaty, tj. po upływie dwóch lat i pięciu miesięcy od daty jej zapłaty. W powyższych sprawach Szpital nie podjął innych działań mających na celu dochodzenie należności.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Szpital w Człuchowie – nie podejmował czynności przewidzianych prawem zmierzających lub mogących się przyczynić do odzyskania należności w kwocie 95,8 tys. zł, czyli nie przesłał dłużnikom wezwania i przedsądowego wezwania do zapłaty oraz nie skierował sprawy do odpowiedniego sądu w myśl art. 455 i 476 Kodeksu Cywilnego, nie ustalił przypadających należności z tytułu odsetek od ww. należności, co było niezgodne z art. 42 ust. 5 ufp.

Szpital w Obornikach – dopuścił do przeterminowania należności i nie podejmował działań w celu egzekwowania należności, a w przypadku nieterminowego ich regulowania nie naliczał odsetek.

Według stanu na 30 czerwca 2022 r., w SPZOZ kwota należności przeterminowanych wynosiła 366,1 tys. zł – od 534 dłużników (w tym powyżej 12 miesięcy 331,5 tys. zł od 489 dłużników). Wobec tych należności nie naliczono odsetek z tytułu opóźnień w spłacie.

W przypadku trzech poddanych szczegółowemu badaniu należności od kontrahentów indywidualnych, na łączną kwotę 35,3 tys. zł, ustalono, że w przypadku tych osób nie wystawiano not odsetkowych z tytułu opóźnień w zapłacie i nie podejmowano wystarczających działań w celu wyegzekwowania zaległych należności. W dwóch przypadkach przekazano wezwanie do zapłaty w 2015 r. i w 2017 r. tytułem spłaty należności powstałych w 2011 r. i w latach 2016-2017 i do czasu trwania czynności kontrolnych NIK nie naliczono odsetek. Natomiast w stosunku do należności powstałej we wrześniu 2017 r. Szpital uzyskał w lutym 2018 r. sądowy nakaz zapłaty przez pozwanego kwoty przeterminowanej należności (bez uwzględnienia odsetek), która nie została od dłużnika wyegzekwowana.

Szpital nie podejmował działań w kierunku wyegzekwowania należności przeterminowanych i niezapłaconych na łączną kwotę 33,3 tys. zł (na podstawie 73 faktur), powstałych w okresie od stycznia 2020 r. do czerwca 2022 r. od pacjentów nieubezpieczonych, w stosunku do których wykonano świadczenie medyczne. W ich przypadku nie wystawiano też not odsetkowych z tytułu opóźnień w zapłacie.

Szpitaly które podejmowały działania – z różnym skutkiem – w celu egzekwowania należności, w przypadku nieterminowego ich regulowania naliczały odsetki za zwłokę.

Odsetki naliczone przez szpitale od przeterminowanych należności wyniosły: w 2019 r. łącznie 1333,0 tys. zł co stanowiło 87,9% przychodów finansowych wszystkich szpitali, w 2020 r. – 1515,6 tys. zł (90,2%), w 2021 r. – 609,8 tys. zł (88,2%) i w I półroczu 2022 r. – 411,9 tys. zł.

Największą kwotę odsetek wyegzekwował Szpital w Wołominie – odpowiednio: 653,6 tys. zł, 553,1 tys. zł, 345,7 tys. zł i 55,2 tys. zł, których udział w przychodach ogółem w danym roku wynosił – odpowiednio: 0,62%, 0,49%, 0,24% i 0,09%.

Umarzano należności w sytuacjach, kiedy pomimo podjętych działań windykacyjnych były one nieskuteczne.

Przykłady

Szpital w Nysie – zaniechał naliczania i dochodzenia odsetek z tytułu opóźnień w zapłacie należności wynikających z faktury z 31 maja 2020 r. na kwotę 30,5 tys. zł, z terminem płatności do 17 czerwca 2022 r., a zapłaconą 19 sierpnia 2022 r., tj. 63 dni po terminie; z faktury z 30 kwietnia 2022 r. na kwotę 17,9 tys. zł, z terminem płatności do 18 maja 2022 r., a zapłaconą 19 sierpnia 2022 r., tj. 93 dni po terminie; z faktury z 26 maja 2020 r. na kwotę 15,6 tys. zł, z terminem płatności 9 czerwca 2020 r. i do 30 czerwca 2022 r. niezapłaconą, tj. 751 dni po terminie.

Jak wyjaśniono, od przeterminowanych należności nie naliczono odsetek. Kierując się zasadą ostrożności, główny księgowy podejmuje decyzje o zasadności naliczenia odsetek od kwoty należności szczególnie tych, których jest niskie prawdopodobieństwo zapłaty. Na podstawie doświadczenia z lat ubiegłych główny księgowy nie dokonywał i nie dokonuje naliczeń odsetek, gdyż dużym prawdopodobieństwem było, że podmiot, który nie uregulował należności głównej, nie ureguluje kwot odsetek. Tym samym nie zawyżano przychodów z tytułu mało prawdopodobnych do odzyskania należności.

Szpital w Oleśnicy – w latach 2020–2022 (I półrocze) z ewidencji księgowej Szpitala spisano (umorzono) należności w łącznej kwocie 17,0 tys. zł (siedem pozycji), w dwóch przypadkach z uwagi na bezpodstawne lub błędnie ich naliczenie (kary umowne), w pięciu przypadkach z uwagi na niską ich wartość przez co koszty procesowe i egzekucyjne związane z ich dochodzeniem byłyby wyższe od kwot należności.

Szpital w Wieluniu – umarzanie należności lub uznanie za nieściągalne następowało na podstawie decyzji Dyrektora. Każdorazowo do decyzji dołączony był protokół z opisem przyczyn umorzenia każdej należności oraz dokument księgowy (PK), potwierdzający ujęcie umorzeń w księgach rachunkowych jednostki.

W 2020 r. wydano cztery decyzje umorzeniowe na łączną kwotę 59,5 tys. zł, w 2021 r. – trzy decyzje umorzeniowe na łączną kwotę 59,6 tys. zł, a w 2022 r., do dnia zakończenia kontroli, wydano jedną decyzję umorzeniową, na podstawie której umorzono 43 należności na łączną kwotę 18,8 tys. zł.

97% umorzonych należności dotyczyło osób fizycznych, w większości były to osoby nieubezpieczone, głównie obcokrajowcy.

Szpital w Łęczycy – dokonano odpisów aktualizujących należności, których termin płatności upłynął i przekroczył okres trzech lat. W trakcie sporządzania sprawozdań finansowych za 2020 rok umorzono kwotę ogółem 119,7 tys. zł, a decyzja Dyrektora poprzedzona była analizą dokonaną przez służby księgowo, jak i przez Radcę Prawnego zatrudnionego w Szpitalu. Kolejną aktualizację należności przygotowywano na dzień sporządzenia sprawozdań finansowych za 2022 rok (25,5 tys. zł – należności z okresu 2015–2016).

Szpital w Zgorzelcu – dokonał 1165 umorzeń należności na łączną kwotę 454,3 tys. zł, z czego: 1147 należności na kwotę 446,5 tys. zł dotyczyło osób fizycznych, a 18 należności na kwotę 7,8 tys. zł dotyczyło podmiotów gospodarczych. Powyższe należności powstały na skutek: leczenia osób nieubezpieczonych (952 należności na kwotę 422,0 tys. zł), pobytu opiekuna osób leczonych (193 należności na kwotę 24,4 tys. zł), świadczenia usług (20 należności na kwotę 7,9 tys. zł).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Powodem dokonania umorzeń były:

- uzasadnione przypuszczenie, że w postępowaniu egzekucyjnym nie użyta się kwoty wyższej od kosztów dochodzenia i egzekucji lub postępowanie egzekucyjne okaże się nieskuteczne – w 1096 przypadkach na kwotę 421,4 tys. zł (w tym 15 dotyczyło podmiotów gospodarczych);
- dłużnik zmarł i nie pozostawił majątku – w 59 przypadkach na kwotę 32,3 tys. zł;
- kwota wraz z odsetkami nie przekraczała 100,00 zł – w dziewięciu przypadkach na kwotę 0,5 tys. zł (w tym dwa dotyczyły podmiotów gospodarczych);
- interes publiczny – jeden przypadek dotyczący podmiotu gospodarczego na kwotę 0,1 tys. zł.

Szpital w Obornikach – ustalono, że księgi rachunkowe prowadzone były nierzetelnie, gdyż dokonane w nich zapisy dotyczące należności nie odzwierciedlały stanu rzeczywistego. Szpital nie dokonywał rzetelnej aktualizacji odpisów należności z uwzględnieniem stopnia prawdopodobieństwa ich zapłaty poprzez dokonanie odpisu aktualizującego lub rozwiązania tego odpisu w sytuacji przedawnienia i nieściągalności należności. W latach 2020–2022 (I półrocze) nie dokonano umorzeń należności przedawnionych i nieściągalnych na łączną kwotę 291,3 tys. zł poprzez rozwiązanie odpisów aktualizujących ich wartość. Nie dokonano też odpisu aktualizującego wartość w stosunku do należności przeterminowanych o znacznym stopniu prawdopodobieństwa nieściągalności, z terminem płatności od 1 lipca 2019 r. do 31 grudnia 2021 r., na łączną kwotę 21,7 tys. zł. Dyrektor wyjaśniła, że niezbyt często dokonujemy analizy ściągalności należności, ponieważ jest to czasochłonne.

W trakcie trwania czynności kontrolnych NIK, Dyrektor SPZOZ, 3 października 2022 r. wyraziła pisemną zgodę na umorzenie należności przedawnionych od kontrahentów indywidualnych z terminem płatności do 30 czerwca 2019 r. oraz na dokonanie odpisu aktualizującego należności przeterminowane z terminem płatności do 1 lipca 2019 r. W dniu 7 października 2022 r. Szpital dokonał tego umorzenia i odpisu aktualizacyjnego.

Zgodnie z art. 24 ust. 1 i 2 uor, księgi rachunkowe powinny być prowadzone rzetelnie, bezbłędnie, sprawdzalnie i bieżąco i uznaje się je za rzetelne, jeżeli dokonane w nich zapisy odzwierciedlają stan rzeczywisty. Natomiast zgodnie z art. 35b ust. 3 tej ustawy, należności umorzone, przedawnione lub nieściągalne zmniejszają dokonane uprzednio odpisy aktualizujące ich wartość.

Według stanu na 30 czerwca 2022 r., zobowiązania szpitali wynosiły łącznie 375 811,6 tys. zł, w tym zobowiązania niewymagalne wyniosły 341 401,6 tys. zł (tj. stanowiły 90,8% zobowiązań ogółem), a wymagalne – 34 495,8 tys. zł (9,2% zobowiązań ogółem).

Zobowiązania

Zobowiązań wymagalnych nie miały tylko cztery szpitale⁹⁹, natomiast wystąpiły one w pozostałych 18 szpitalach.

Największe kwotowo zobowiązania ogółem miał Szpital w Pile (58 969,9 tys. zł), Łęborku (35 503,5 tys. zł) i w Wieluniu (35 199,0 tys. zł).

Największy udział zobowiązań wymagalnych w zobowiązaniach ogółem miał Szpital w Zgorzelcu, tj. 46,2% (12 166,7 tys. zł) zobowiązań ogółem (26 325,6 tys. zł) i Szpital w Opocznie, tj. 41,1% (1830,8 tys. zł) w zobowiązaniach ogółem (4452,6 tys. zł).

⁹⁹ Szpital w Głubczycach, Mińsku Mazowieckim, Nowym Tomysłu, Nowym Dworze Mazowieckim.

Szpital nie regulowały terminowo płatności z tytułu zaciągniętych zobowiązań, co było niezgodne z art. 44 ust. 3 pkt 3 ustawy o finansach publicznych, który stanowi, że *wydatki publiczne powinny być dokonywane w wysokości i terminach wynikających z wcześniej zaciągniętych zobowiązań*. Tym samym ponosiły koszty finansowe z tego tytułu.

Nieterminowe regulowanie przez szpitale zobowiązań, skutkujące zapłatą odsetek, było działaniem niegospodarnym. Zgodnie z art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych naruszeniem *dyscypliny finansów publicznych* jest niewykonanie w terminie zobowiązania jednostki sektora finansów publicznych, w tym obowiązku zwrotu należności celnej, podatku, nadpłaty lub nienależnie opłaconych składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne, którego skutkiem jest zapłata odsetek, kar lub opłat albo oprocentowanie tych należności.

Przykłady

Szpital w Wołominie – koszty zapłaconych odsetek z tytułu nieuregulowanych w terminie zobowiązań wyniosły w 2020 r. 128,3 tys. zł, w 2021 r. – 511,7 tys. zł i w I połowie 2022 r. – 218,7 tys. zł.

Szpital w Warszawie – według stanu na 30 czerwca 2022 roku miał zobowiązania wymagalne z tytułu dostaw i usług w kwocie 1913,3 tys. zł. Nieterminowe regulowanie zobowiązań skutkowało zapłatą odsetek w kwocie łącznej 53,0 tys. zł, w tym 27,0 tys. zł w 2020 r., 14,9 tys. zł w 2021 r. i 11,0 tys. w I półroczu 2022 r.

Szpital w Zgorzelcu – z tytułu nieterminowo regulowanych zobowiązań, zapłacił w latach 2020–2022 (I półrocze) odsetki w łącznej wysokości 416,2 tys. zł.

Szpital w Wieluniu – zapłacił 145,5 tys. zł z tytułu odsetek od przeterminowanych zobowiązań, w tym 43,5 tys. zł stanowiły odsetki od zobowiązań publicznoprawnych (tj. składek ZUS, FP oraz PFRON), zaś 101,9 tys. zł stanowiły odsetki od pozostałych, przeterminowanych zobowiązań.

Szpital w Nowym Tomyślu – zapłacił odsetki z tytułu nieterminowego regulowania zobowiązań w łącznej kwocie 153,4 tys. zł, a **Szpital w Opocznie** – 143,1 tys. zł.

Dyrektorzy szpitali wyjaśniali, że zadłużenie i problemy z terminowym regulowaniem zobowiązań wynikają przede wszystkim z niedostatecznego, zaniżonego w stosunku do potrzeb poziomu finansowania przez NFZ, zwłaszcza w obliczu regulacji wynagrodzeń. Zbyt niskie wyceny procedur medycznych powodują od wielu lat straty, które mają bezpośrednie przełożenie na płynność finansową.

W celu zminimalizowania kosztów odsetek od nieterminowych zobowiązań szpitale zawierały porozumienia z wierzycielami w celu całkowitego lub częściowego umorzenia tych kosztów a także za zgodą wierzycieli przesuwali terminy płatności zobowiązań (w celu uniknięcia konieczności płacenia odsetek za opóźnienia).

Przykłady

Szpital w Zgorzelcu – podejmował działania w celu przesunięcia terminów zobowiązań wymagalnych, zawierając porozumienia z kontrahentami, i tak:

- w 2020 r. zawarto porozumienia z 21 kontrahentami obejmujące zobowiązania o wartości 15 466,8 tys. zł, z czego 9917,1 tys. zł (64,12%) bez konieczności płatności odsetek;
- w 2021 r. zawarto porozumienia z 20 kontrahentami obejmujące zobowiązania o wartości 19 714,6 tys. zł, z czego 13 296,3 tys. zł (67,44%) bez konieczności płatności odsetek;
- w I półroczu 2022 r. zawarto porozumienia z 15 kontrahentami obejmujące zobowiązania o wartości 12 161,4 tys. zł, z czego 6472,5 tys. zł (53,22%) bez konieczności płatności odsetek.

Szpital w Pile – w latach 2020–2022 (I połowa) wielokrotnie występowano do wierzycieli o przesunięcie terminów płatności, a także o umorzenie w całości lub części ewentualnych odsetek, w ostateczności o rozłożenie na raty. Od zobowiązań nieuregulowanych w terminie Szpital zapłacił w latach 2020–2022 (I połowa) odsetki w łącznej kwocie 1649,9 tys. zł, z czego 836,3 tys. zł w 2020 r., 770,4 tys. zł w 2021 r. i 43,2 tys. zł w I połowie 2022 r.

Szpital w Nowym Tomyślu – według stanu na koniec 2020 r., zobowiązania wobec dostawców wyniosły 6337,5 tys. zł. Za zgodą wierzycieli dokonano przesunięć terminów płatności zobowiązań (sześć porozumień) na łączną kwotę 3204,8 tys. zł.

Szpital podejmował również działania mające na celu umorzenie naliczanych odsetek, co skutkowało tym, iż w 2020 r. czterech kontrahentów umorzyło odsetki na kwotę 14,8 tys. zł, w roku 2021 pięciu kontrahentów na kwotę 15,4 tys. zł, a do 30 czerwca 2022 r. trzech kontrahentów umorzyło odsetki w łącznej kwocie 9,3 tys. zł.

Mimo nieterminowych płatności, kontrahenci nie wstrzymywali dostaw ani świadczenia usług niezbędnych do funkcjonowania szpitali.

W latach 2020–2021 11 spośród skontrolowanych szpitali, które w sprawozdaniu finansowym za dany rok (2020 r. i/lub 2021 r.) wykazywały stratę netto, sporządzały programy naprawcze na lata 2021–2023 i/lub 2022–2024 zgodnie z art. 59 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej, który stanowi, że *w sytuacji wystąpienia straty netto kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w terminie trzech miesięcy od upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego, sporządza program naprawczy, z uwzględnieniem raportu o sytuacji ekonomiczno-finansowej, na okres nie dłuższy niż trzy lata, i przedstawia go podmiotowi tworzącemu w celu zatwierdzenia.*

W programach naprawczych przedstawiano propozycje zwiększenia wartości pozyskiwanych przychodów i zmniejszenia ponoszonych w działalności kosztów.

Przykład

Szpital w Głubczycach – w sprawozdaniu finansowym za 2020 r. wykazał stratę netto w wysokości 1705,5 tys. zł. Dyrektor sporządził program naprawczy na lata 2021–2023 przed upływem trzech miesięcy od daty zatwierdzenia sprawozdania finansowego. Program ten został zatwierdzony przez Radę Powiatu w Głubczycach 18 listopada 2021 r. W ww. programie wskazano na konieczność kontynuowania działań naprawczych podjętych już w 2020 r., takich jak:

Bilansowanie
przychodów z kosztami

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- uzyskanie przychodów na poziomie realizacji świadczeń zdrowotnych w pełni zabezpieczających dostępność do leczenia w poszczególnych zakresach świadczeń;
- optymalizacja wydatków poprzez prowadzenie efektywnej polityki zakupowej, w oparciu o bieżące analizy finansowe oraz magazynowe;
- stała optymalizacja form zatrudnienia personelu celem ograniczenia etatów, nadgodzin i wysokości opłat na PFRON poprzez łączenie stanowisk kierowniczych dla niektórych komórek organizacyjnych, outsourcing usług (pracownie diagnostyczne) oraz zatrudnianie personelu z przyznanym stopniem niepełnosprawności;
- przywrócenie zdolności płatniczych Szpitala do regulowania bieżących zobowiązań poprzez m.in. prowadzenie działań w zakresie zmiany krótkoterminowych zobowiązań na zobowiązania długoterminowe w celu przywrócenia płynności finansowej jednostki.

Nieprawidłowości w opracowaniu programów naprawczych stwierdzono w odniesieniu do dwóch szpitali tj. w Warszawie i w Łowiczu.

Przykłady

Szpital w Warszawie – program naprawczy na lata 2021–2023 sporządzono i przesłano podmiotowi tworzącemu 12 listopada 2021 r., co było niezgodne z art. 59 ust. 4 udl, gdyż termin na zatwierdzenie sprawozdania finansowego upływał z końcem lipca 2021 r. a termin sporządzenia i przesłania programu naprawczego z końcem października 2021 r.

Szpital w Łowiczu – nie opracował programu naprawczego, pomimo wystąpienia straty netto w 2020 r. w wysokości 1456,6 tys. zł, czym naruszył art. 59 ust. 4 udl.

Dyrektor wyjaśniła, że *podjęto decyzję o kontynuowaniu założeń z Programu Naprawczego na lata 2020–2022*. Dyrektor dodała ponadto, że *sporządzenie Programu Naprawczego w roku 2021 generowałoby dodatkowe koszty związane z opracowaniem, a sytuacja epidemiologiczna nie pozwalała na wiarygodne prognozowanie, które obarczone było dużym ryzykiem niepowodzenia*. W 2022 r. Szpital opracował Program Naprawczy na lata 2023–2025.

Wskaźniki ekonomiczno-finansowe

W latach 2020–2021 14 szpitali zachowało płynność finansową, rentowność oraz efektywność działania, co wynikało z analizy sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali, przeprowadzonej na podstawie sprawozdań finansowych za 2020 r. i 2021 r., w oparciu o wskaźniki ekonomiczno-finansowe i przypisane im punktowe oceny, 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 zdrowotnej¹⁰⁰.

Przykłady

Szpital w Głubczycach – w wyniku analizy wskaźników za 2020 r. uzyskał 25 punktów, co stanowiło 36% maksymalnej liczby punktów możliwych do uzyskania, a za 2021 r. – 34 punkty, co stanowiło 49% maksymalnej liczby punktów możliwych do uzyskania. Tak więc w 2021 r., w porównaniu do roku wcześniejszego, nastąpiła poprawa sytuacji finansowej w odniesieniu do relacji przychodów i kosztów ogółem oraz zwiększenie zdolności aktywów szpitala

¹⁰⁰ Dz. U. poz. 832.

do generowania zysku przypadającego na jednostkę wartości zaangażowanych aktywów (wszystkie trzy wskaźniki zyskowności, tj. wskaźnik zyskowności netto, zyskowność operacyjna oraz zyskowność aktywów, osiągnęły w 2021 r. wartości dodatnie). W 2021 r. Szpital poprawił również zdolność do terminowego regulowania zaciągniętych zobowiązań oraz ustabilizował poziom finansowania aktywów kapitałami obcymi. Wydłużył się natomiast okres oczekiwania Szpitala na uzyskanie należności za świadczone usługi¹⁰¹.

Szpital w Oleśnicy – punktowa ocena wartości wskaźników ekonomiczno-finansowych Szpitala wskazała na spadek jego oceny z 44 punktów w 2020 r. do 40 punktów w 2021 r., przy maksymalnej liczbie 70 punktów możliwych do uzyskania. Świadczy to o pogorszeniu sytuacji finansowo-ekonomicznej Szpitala. Natomiast wysokie wskaźniki zadłużenia aktywów (86% i 82%) oraz ujemne wartości wskaźnika wypłacalności wskazują na ryzyko utraty zdolności Szpitala do spłaty długów oraz wystąpienia trudności w wywiązywaniu się z zobowiązań kredytowych.

Szpital w Opocznie – w 2020 r. uzyskał łącznie 13, zaś w 2021 r. 25 punktów (z 70 możliwych do zdobycia), co stanowiło odpowiednio 18,57% oraz 35,71% maksymalnej oceny. Powyższe świadczy o niestabilności finansowej. W okresie, o którym mowa powyżej, Szpital odnotowywał ujemne wyniki finansowe, które spowodowały, że wszystkie wskaźniki zyskowności były wartościami ujemnymi. Niewystarczająca płynność finansowa, spowodowała problemy z bieżącym regulowaniem zobowiązań krótkoterminowych jednak w 2021 r. zmniejszyły się zobowiązania krótkoterminowe co zdecydowanie poprawiło łączną ocenę Szpitala. Wskaźniki efektywności wskazały, że Szpital potrzebował średnio miesiąca do wyegzekwowania swoich należności, co mogło mieć wpływ na regulowanie zobowiązań.

Szpital w Kędzierzynie-Koźlu – analiza wskaźników ekonomiczno-finansowych wskazała, że w 2020 r. Szpital uzyskał 59 punktów, co stanowiło 84% maksymalnej liczby punktów możliwych do uzyskania a w 2021 r. – uzyskał 60 punktów, co stanowiło 86% maksymalnej liczby punktów możliwych do uzyskania.

Tak więc Szpital miał w latach 2020–2021 zachowaną płynność finansową, efektywność działalności była na zbliżonym poziomie, a rentowność była w roku 2021 niższa niż w roku poprzednim,

Szpital w Bolesławcu – łączna ocena punktowa, na podstawie analizy wskaźnikowej, wyniosła 54 punkty w 2020 r. i 62 punkty w 2021 r. (przy maksymalnej liczbie 70 punktów możliwych do uzyskania). Powyższe wyniki wskazywały na dobrą sytuację ekonomiczno-finansową Szpitala w latach 2020–2021, w tym zachowaną płynność finansową, rentowność oraz efektywność działalności.

Szpital w Obornikach – w latach 2020–2021 Szpital prowadził racjonalną gospodarkę finansową i wykazał zdolność do generowania zysków, a zatem ekonomiczną efektywność działalności, gdyż przychody SPZOZ przewyższyły koszty. Wskaźniki zyskowności wyniosły odpowiednio: netto 1,19% i 2,43%, działalności operacyjnej 1,99% i 2,72% oraz aktywów 1,39% i 3,31%.

Wskaźniki płynności w 2021 r. wzrosły w porównaniu z 2020 r. (w zakresie bieżącej płynności z 0,41 do 0,78 i szybkiej płynności z 0,36 do 0,72). W rezultacie spadło ryzyko utraty zdolności do terminowego regulowania zobowiązań.

¹⁰¹ Z 33 do 38 dni.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W Szpitalu nie wystąpiły trudności ze ściągalnością należności i w regulowaniu zobowiązań powyżej 45 dni, gdyż w latach 2020–2021 wskaźnik efektywności, czyli rotacji należności osiągnął wartość poniżej 45 dni (tj. 26 i 28 dni), a wskaźnik rotacji zobowiązań miał wartość do 60 dni (tj. 57 i 34 dni).

Wskaźnik zadłużenia aktywów w latach 2020–2021 wyniósł poniżej 40% (32% w 2020 r. i 31% w 2021 r.), co zwiększało wiarygodność finansową SPZOZ. Natomiast wskaźnik wypłacalności osiągnął poziomy minus 2,91 i minus 4,38.

Szpital w Zgorzelcu – analiza wskaźników ekonomiczno-finansowych i ocena punktowa przeprowadzona zgodnie z rozporządzeniem w sprawie wskaźników, wskazywała, że sytuacja ekonomiczno-finansowa Szpitala w 2021 r. uległa pogorszeniu, ponieważ w 2020 r. osiągnął on 39 pkt (na 70 możliwych), a w roku następnym już tylko 27 pkt. Powodem tego spadku było pogorszenie wskaźników płynności, wynikające ze zwiększenia wielkości zobowiązań krótkoterminowych Szpitala w tym okresie.

Raport o sytuacji ekonomiczno-finansowej

Dwadzieścia jeden szpitali opracowało w terminie raport o swojej sytuacji ekonomiczno-finansowej.

Raporty zawierały dane finansowe dotyczące poprzedniego roku obrotowego, bieżącego oraz kolejnych trzech lat, wskaźniki ekonomiczno-finansowe, analizę sytuacji ekonomiczno-finansowej za rok bieżący w porównaniu z rokiem poprzednim oraz założenia do prognozy na kolejne trzy lata.

Szpital w Nowym Dworze Mazowieckim nie sporządzał terminowo raportów o sytuacji ekonomiczno-finansowej za rok 2019 i 2021. Raport za 2019 r. sporządzono 3 czerwca 2020 r., tj. w następnym miesiącu po upływie terminu, a za 2021 r. – 16 września 2022 r., tj. w trzecim miesiącu po upływie terminu.

Tylko trzy szpitale¹⁰² udostępniły w terminie raporty (o których wyżej mowa) w swoim BIP, co było zgodne z art. 53a ust. 1 udl który stanowi, że *kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej każdego roku sporządza i udostępnia w Biuletynie Informacji Publicznej raport o sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w terminie dwóch miesięcy od dnia upływu terminu do sporządzenia rocznego sprawozdania finansowego.*

Dziewięć szpitali opublikowało raporty w BIP dopiero w trakcie kontroli NIK.

Przykłady

Szpital w Kościanie – raport o sytuacji ekonomiczno-finansowej za 2019 r. udostępnił na swoim BIP w dniu 18 listopada 2020 r., zamiast do dnia 30 czerwca 2020 r. (a więc po czterech miesiącach i 18 dniach). Raporty za lata 2020–2021 zostały opublikowane dopiero w trakcie trwania kontroli, tj. 13 września 2022 r. Zwłoka w publikacji raportów wyniosła dwa miesiące i 13 dni – raport za 2021 r. i 14 miesięcy i 13 dni – raport za 2020 r.

¹⁰² Szpital w Mińsku Mazowieckim, Wieluniu i Nowym Tomysłu.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Szpital w Kędzierzynie-Koźlu – raporty o sytuacji ekonomiczno-finansowej za 2019 r. i 2021 r.¹⁰³ zostały udostępnione w BIP Szpitala odpowiednio 25 listopada 2020 r. (zamiast do 31 sierpnia 2020 r. tj. ze zwłoką 86 dni) i 30 sierpnia 2022 r. (zamiast do 31 lipca 2022 r. tj. ze zwłoką 30 dni).

Szpital w Wołominie – nie opublikowano raportu o sytuacji ekonomiczno-finansowej Szpitala za lata 2019, 2020 i 2021. Nieprawidłowość została usunięta w trakcie trwania czynności kontrolnych. W dniu 6 września 2022 r. raporty opublikowano w BIP.

Sześć szpitali przesłało raporty o sytuacji ekonomiczno-finansowej tylko do podmiotu tworzącego (starostwa powiatowego) i zostały one opublikowane w BIP powiatu, a nie szpitala.

Przykłady

Szpital w Pile – raporty o sytuacji ekonomiczno-finansowej Szpitala za rok: 2019, 2020 i 2021 zostały sporządzone terminowo i przekazane do Starostwa odpowiednio: 8 czerwca 2020 r., 29 czerwca 2021 r. i 30 maja 2022 r. Natomiast raporty za 2019 r. i 2020 r. nie zostały opublikowane w BIP Szpitala, a raport z 2021 r. opublikowano – w trakcie kontroli NIK – 22 września 2022 r. tj. z opóźnieniem wynoszącym 83 dni.

Szpital w Chojnicach – nie udostępniał w BIP raportów o sytuacji ekonomiczno-finansowej za lata 2019, 2020 i 2021. Były one publikowane na stronie BIP Powiatu Chojnickiego, co nie zwalniało Szpitala z umieszczenia raportu na stronie BIP Szpitala

W trakcie trwania kontroli NIK Szpital udostępnił na stronie BIP Szpitala raporty o sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitala.

Szpital w Oławie – raport o stanie ekonomiczno-finansowym za 2020 r. nie został udostępniony w BIP Szpitala w terminie wskazanym w art. 53a ust. 1 udl. Jego publikacja nastąpiła we wrześniu 2022 r., tj. w trakcie prowadzenia czynności kontrolnych NIK.

Analiza wskaźnikowa zamieszczona w powyższych raportach zawierała błędy w obliczeniu czterech wskaźników ekonomiczno-finansowych za 2020 r. oraz dwóch wskaźników za 2021 r. Dotyczyło to wskaźników:

- zyskowności działalności operacyjnej za 2020 r. oraz 2021 r.,
- bieżącej płynności za 2020 r.,
- szybkiej płynności za 2020 r.,
- rotacji należności za 2020 r. i 2021 r.

Łączna ocena Szpitala wynikająca z analizy wskaźnikowej, w wyniku stwierdzonych błędów, została zaniżona z 49 do 34 w 2020 r. oraz z 49 do 46 w 2021 r.

W latach 2020–2022 (I półrocze) majątek skontrolowanych szpitali był wykorzystywany przez inne podmioty zewnętrzne na podstawie zawartych 415 umów najmu i dzierżawy.

Zarządzanie mieniem

Szczegółowe zasady oraz tryb gospodarowania mieniem szpitala regulowały uchwały podmiotu tworzącego¹⁰⁴.

¹⁰³ Raport za 2020 r. został upubliczniony 30 czerwca 2021 r. czyli w wymaganym terminie.

¹⁰⁴ Uchwały podmiotu tworzącego określające zasady i tryb gospodarowania mieniem szpitala – zwane dalej *uchwałami o gospodarowaniu mieniem*.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Przychody poszczególnych szpitali uzyskane z tytułu umów najmu i dzierżawy, wyniosły w badanym okresie od 331,2 tys. zł (w Szpitalu w Warszawie) do 2257,5 tys. zł (w Szpitalu w Łęczycy).

Prawidłowość gospodarowania mieniem szpitali przeprowadzono, analizując zawarte przez szpitale umowy¹⁰⁵ w tym zakresie.

Analiza wykazała, że zawarte z kontrahentami umowy, zawierały przeważnie postanowienia dotyczące czasu trwania umowy, możliwości jej natychmiastowego rozwiązania, wysokości czynszu, możliwości kontroli stanu przedmiotu umowy i sposobu rozliczenia po rozwiązaniu umowy.

Na podstawie analizy umów ustalono, że 13 skontrolowanych szpitali należycie zarządzało posiadanym mieniem. Umowy zawarte były zgodnie z wymogami i ustaleniami określonymi w uchwałach podmiotów tworzących o gospodarowaniu mieniem.

Natomiast w pozostałych szpitalach stwierdzono nieprawidłowości w tym zakresie, w tym nienależyte zabezpieczenia swoich interesów.

Przykłady

Szpital w Nowym Dworze Mazowieckim – w umowie zawartej na dzierżawę części użytkowej budynku Szpitala o powierzchni 20 m² i przyległego gruntu o powierzchni 100 m² na okres 12 lat, z przeznaczeniem na wykonywanie badań rezonansu magnetycznego, nie określono, że czynsz (3,2 tys. zł brutto miesięcznie) będzie waloryzowany stosownie do wskaźnika inflacji publikowanego przez GUS w okresach kwartalnych. W analizie korzyści wskazano, że *powstanie Pracowni Rezonansu Magnetycznego zwiększy możliwości diagnostyczne, szczególnie SOR oraz obniży koszty badań m.in. o koszty transportu pacjenta do innej placówki. W umowie o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartej ze Spółką, która dostarczyła rezonans magnetyczny, określono, że będą wykonywane badania dla pacjentów Szpitala ze zniżką 10% od ceny NFZ.*

Nie wykazano jednak, czy faktycznie Szpital osiągnął te korzyści i w jakim zakresie.

Szpital w Kędzierzynie-Koźlu – stosował jednostkowe stawki dzierżawy gruntu i pomieszczeń z przeznaczeniem na Pracownię Tomografii Komputerowej oraz Pracownię Rezonansu Magnetycznego, które nie były zaktualizowane od 2016 r.

W efekcie jednostkowa stawka dzierżawy pomieszczeń pod Pracownię Tomografii Komputerowej, obowiązująca dla spółki H. w latach 2020–2022 (I półrocze), wynosiła 7,45 zł/m² i była niższa o 4,99 zł/m² (tj. o 40%) od stawki zastosowanej w tym samym okresie dla spółki prowadzącej działalność medyczną w zakresie prowadzenia Poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej.

Tym samym w ww. przypadkach ustalenie stawki dzierżawy powierzchni pomieszczeń kontrolowanego podmiotu leczniczego nie było rzetelne, gdyż nie uwzględniało aktualnego poziomu stawek jednostkowych (stawka jednostkowa wynosiła 12,44 zł/m²).

Szpital w Obornikach – nie dokonał waloryzacji czynszu dzierżawy o wskaźnik wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych ogłoszonych przez GUS, co było niezgodne z:

¹⁰⁵ W toku kontroli analizowano w każdym szpitalu po trzy zawarte umowy najmu i/lub dzierżawy, wytypowane w sposób celowy według osądu kontrolera.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- § 5 pkt 4 umowy najmu z 2 października 2020 r., zawartej na wynajem lokalu użytkowego składającego się z pomieszczeń laboratorium o powierzchni 203,92 m²;
- § 2 Uchwały Zarządu Powiatu Obornickiego z 22 października 2020 r. w sprawie zawarcia umowy najmu z 9 marca 2021 r. dla pomieszczeń magazynowych i socjalnych dla podmiotu świadczącego usługi sprzątanania. Szpital nie umieścił w umowie zapisu o corocznej waloryzacji stawki czynszu o wskaźnik wzrostu cen towarów i usług, co było niezgodne z ww. uchwałą podmiotu tworzącego.

W pierwszym przypadku, w okresie od stycznia 2021 r. do września 2022 r. w wyniku niedokonania w 2021 r. waloryzacji stawki czynszu Szpital stracił kwotę 4,0 tys. zł brutto.

W drugim przypadku na podstawie aneksu z 27 września 2022 r. czynsz najmu został podwyższony o wskaźnik 5,1% (do kwoty 801,56 zł brutto). Dyrektor zadeklarował, że *wystawi niezwłocznie korekty faktur za cały okres, którego dotyczy sprawa.*

Szpital w Oleśnicy – nie określił zasad i sposobu ustalania stawek czynszu za dzierżawę i najem lokali w obiektach Szpitala i w efekcie w umowach wystąpiły przypadki znacznego zróżnicowania wysokości czynszu:

- w umowie najmu powierzchni użytkowej do magazynowania odpadów medycznych z 30 września 2021 r. o łącznej powierzchni 2,0 m² określono wysokość miesięcznej stawki czynszu na kwotę 200,0 zł brutto miesięcznie, tj. 100,0 zł brutto za 1 m²;
- w umowie najmu z 23 września 2021 r. na wynajem powierzchni do całodobowego udzielania świadczeń zdrowotnych badań z zakresu tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego wraz z opisem na rzecz pacjentów hospitalizowanych oraz realizujących leczenie w ramach szybkiej diagnostyki onkologicznej o łącznej powierzchni 172,46 m² stawkę czynszu określono na 65,56 zł brutto za 1 m²;
- w umowie najmu pomieszczeń na świadczenie usług zdrowotnych w zakresie diagnostyki laboratoryjnej z 31 stycznia 2019 r. o powierzchni 181,06 m² (pomieszczenia laboratorium w Oleśnicy) stawkę czynszu określono na 37,60 zł brutto za 1 m², po waloryzacji (26 stycznia 2022 r.) oraz o powierzchni 49,7 m² (pomieszczenia w laboratorium w Sycowie) określono na 49,91 zł brutto, po waloryzacji (26 stycznia 2022 r.).

Różne ceny oferowanych stawek wskazują na potrzebę wprowadzenia zasad w tym zakresie, w szczególności co do stawki minimalnej za oddawanie w najem aktywów trwałych Szpitala.

Szpital w Nowym Tomysłu – nie dokonał waloryzacji czynszu dzierżawy o wskaźnik wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych ogłoszonych przez GUS, co było niezgodne z § 4 ust. 7 umowy dzierżawy z dnia 28 października 2013 r., zawartej na dzierżawę zespołu trzech pomieszczeń o powierzchni 74,5 m² wskutek czego w okresie objętym kontrolą Szpital uzyskał niższy przychód z tego tytułu

W okresie objętym kontrolą wskaźnik wzrostu cen wynosił od 2,3% do 5,1%. Ponadto to w umowach dzierżawy określono, że czynsz dzierżawy będzie corocznie waloryzowany o wskaźnik wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych ogłoszonych przez Główny Urząd Statystyczny. Zatem obowiązkiem Dyrektora jako kierownika podmiotu leczniczego było przestrzeganie postanowień umów i dokonanie waloryzacji czynszu. W ocenie NIK działanie takie było niegospodarne.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Stwierdzono, że siedem szpitali zawierając umowy najmu/dzierżawy mienia, nie przestrzegało postanowień zawartych w uchwałach podmiotów tworzących o gospodarowaniu mieniem, a nawet nie przestrzegało obowiązku uzyskania zgody podmiotu tworzącego na postępowanie z mieniem.

Przykłady

Szpital w Łowiczu – zawarł umowę dzierżawy powierzchni pod telewizory szpitalne oraz umowę najmu części powierzchni dachu w trybie bezprzetargowym, czym naruszył § 7 uchwały Rady Powiatu Łowickiego z dnia 29 stycznia 2014 r., który stanowi, że *oddanie w dzierżawę, najem, użytkowanie lub użyczenie następuje w drodze postępowania przetargowego*. Ponadto Szpital nie wystąpił do Zarządu Powiatu Łowickiego o zgodę na zawarcie umowy dzierżawy pomieszczeń kuchni, do czego zobowiązywał § 5 pkt l lit. a przywołanej uchwały.

Szpital w Bolesławcu – nie uzyskał od Zarządu Powiatu Bolesławickiego zatwierdzenia dwóch umów (spośród czterech analizowanych) dotyczących oddania w najem pomieszczeń, tj. umowy najmu pomieszczeń na stację dializ z 20 grudnia 2018 r. oraz umowy najmu powierzchni na zainstalowanie telewizji szpitalnej z 24 lutego 2017 r. Obowiązek taki wynikał z § 13 uchwały Rady Powiatu Bolesławickiego z 29 listopada 2007 r. w sprawie zasad dokonywania zakupu lub przyjmowania darowizny aparatury i sprzętu medycznego, zbywania, oddawania w dzierżawę, najem, użytkowanie oraz użyczenie aktywów trwałych przez Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu.

Na dzień zakończenia czynności kontrolnych w Szpitalu ww. umowy były już nieaktywne (nie obowiązywały).

Szpital w Kościanie – kontynuował umowę dzierżawy (zawartą 31 stycznia 2017 r. na okres pięciu lat) części działki na terenie której posadowiony był sklep (kiosk) bez wymaganej zgody organu założycielskiego. Zgoda na bezprzetargowe wydzierżawienie nieruchomości wygasła 31 stycznia 2022 r. Zatem, od 1 lutego 2022 r. dzierżawa następowała bez wymaganej zgody Zarządu Powiatu Kościańskiego. W trakcie prowadzenia kontroli Zarząd Powiatu Kościańskiego uchwałą nr 207/892/22 z dnia 19 września 2022 r. wyraził zgodę na bezprzetargowe wydzierżawienie gruntu na okres kolejnych pięć lat, począwszy od dnia podjęcia.

Trzy szpitale dokonały zbycia mienia ruchomego po uzyskaniu zgody podmiotu tworzącego, co było zgodne z art. 54 udl.

Przykład

Szpital w Nowym Dworze Mazowieckim – zgodnie z uchwałami Zarządu Powiatu i po przeprowadzeniu procedury przetargowej, zbył cztery środki trwałe (o wartości księgowej 0 zł) za kwotę 169,7 tys. zł, w tym tomograf komputerowy za 65,0 tys. zł, dwie karetki za 7,3 tys. zł i 4,6 tys. zł oraz zbiornik kriogeniczny tlenowy za 92,9 tys. zł.

5.3. Badanie kwestionariuszowe

W celu uzyskania informacji dotyczących funkcjonowania szpitali powiatowych, Departament Zdrowia wystosował, na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK, zapytanie do 275 starostw powiatowych, które były dla nich organem tworzącym. Zapytanie zostało przygotowane w postaci elektronicznego kwestionariusza i skierowane w systemie badań internetowych PS QUAESTIO PRO. Badanie było prowadzone w dniach od 18 do 28 listopada 2022 r.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Kwestionariusz wypełniły 223 starostwa (tj. 81,1% jednostek objętych badaniem), które wskazały, że na ich terenie funkcjonuje 249 „szpitali powiatowych”: 178 SPZOZ i 71 spółek prawa handlowego. Najwyższy odsetek starostw powiatowych, które udzieliły odpowiedzi, było w województwie lubuskim (100%). Najniższy z kolei w województwie opolskim (50%).

Choć wyniki finansowe szpitali powiatowych w okresie 2018–2021 poprawiły się, to rok 2021 stratą netto zamknęła blisko połowa szpitali powiatowych. Lepsze wyniki finansowe odnotowywały szpitale prowadzone w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Blisko 60% szpitali powiatowych na koniec 2021 r. miało zobowiązania wymagalne, z czego 36% zobowiązania powyżej 1 mln zł.

Większość szpitali powiatowych prowadziło szkolenia specjalizacyjne lekarzy i lekarzy dentystów. Przy czym 85% w trybie rezydentury, a 65% w trybie pozarezydenckim.

W latach 2018–2022 (I półrocze) 30% szpitali prowadziło jednostkową inwestycję budowlaną o wartości kosztorysowej powyżej 10 mln zł. Ponadto na niedobór lekarzy wskazywało blisko 80% szpitali.

6. ZAŁĄCZNIKI

6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe

Cel główny kontroli	Celem głównym kontroli nr P/22/048 <i>Funkcjonowanie szpitali powiatowych</i> było udzielenie odpowiedzi na pytanie: czy szpitale powiatowe funkcjonowały prawidłowo i bilansowały swoją działalność?
Cele szczegółowe	Założono, że badania kontrolne umożliwią udzielenie odpowiedzi na następujące pytania szczegółowe: <ol style="list-style-type: none">1. Czy organizacja i realizacja świadczeń zdrowotnych była prawidłowa?2. Czy szpitale prawidłowo prowadziły gospodarkę majątkowo-finansową?
Zakres podmiotowy	Kontrolą objęto 22 szpitale powiatowe funkcjonujące w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej dla których podmiotem tworzącym są jednostki samorządu terytorialnego. <p>Departament Zdrowia (jednostka koordynująca kontrolę) i trzy jednostki organizacyjne NIK (Delegatury NIK w Łodzi, Poznaniu i we Wrocławiu) przeprowadziły kontrole w czterech szpitalach powiatowych (każda z nich). Natomiast dwie jednostki organizacyjne NIK (Delegatury NIK w Gdańsku i Opolu) – w trzech szpitalach (każda z nich).</p>
Kryteria kontroli	W podmiotach leczniczych – w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest samorząd powiatowy – na podstawie art. 2 ust. 2 ustawy o NIK, z uwzględnieniem kryteriów określonych w art. 5 ust. 2 ustawy o NIK, tj. pod względem legalności, gospodarności i rzetelności.
Okres objęty kontrolą	Lata 2020–2022 (I półrocze), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeśli zdarzenia mające wówczas miejsce miały wpływ na okres objęty kontrolą. <p>Czynności kontrolne przeprowadzono w od 29 lipca do 24 października 2022 r.</p>
Działania na podstawie art. 29 ustawy o NIK	W toku postępowania kontrolnego, w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f, otrzymano informacje z jednostek (podmiotów) niekontrolowanych: <ul style="list-style-type: none">– z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, dotyczące wysokości środków planowanych i wydatkowanych na realizację świadczeń zdrowotnych przez szpitale powiatowe w poszczególnych latach 2019–2022 (I półrocze) i w podziale na poszczególne OW NFZ;– z Ministerstwa Zdrowia na temat liczby szpitali publicznych, w tym powiatowych oraz wielkości ich zobowiązań ogółem i zobowiązań wymagalnych, według stanu na koniec 2019, 2020 r., 2021 r. i I półrocza 2022 r.;– ze wszystkich podmiotów tworzących szpitale powiatowe (powiatu i miasta na prawach powiatów) na temat podległych im szpitali (o sytuacji ekonomicznej oraz głównych problemach w funkcjonowaniu szpitali).
Stan realizacji wniosków pokontrolnych	Wyniki kontroli przedstawiono w 22 wystąpieniach pokontrolnych. Z informacji o sposobie wykorzystania uwag i wykonania 217 sformułowanych wniosków pokontrolnych wynika, że zrealizowano 69 wnioski (31,8%), 39 wniosków są w trakcie realizacji (17,97%), a 127 – jest niezrealizowanych (50,23%) ¹⁰⁶ .

¹⁰⁶ Według stanu na 20 lutego 2023 r.

ZAŁĄCZNIKI

Kierownicy czterech jednostek kontrolowanych (Szpital w Głubczycach, Nowym Tomyślu, Obornikach i Pile) na podstawie art. 54 ustawy o NIK, skorzystali z prawa do zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego.

Dyrektor Szpitala w Głubczycach zgłosił jedno zastrzeżenie, które zostało częściowo uwzględnione przez Zespół Orzekający Komisji Rozstrzygającej w NIK.

Dyrektor Szpitala w Nowym Tomyślu zgłosił 14 zastrzeżeń spośród których cztery zostały uwzględnione w całości, cztery – uwzględnione w części, a sześć – oddalonych.

Dyrektor Szpitala w Obornikach złożyła zastrzeżenia (trzy) po terminie, w związku z czym p.o. Dyrektor Delegatury NIK w Poznaniu odmówił przyjęcia zgłoszonych zastrzeżeń.

Dyrektor Szpitala w Pile zgłosił dziewięć zastrzeżeń spośród których jedno zostało uwzględnione w całości, jedno – uwzględnione w części, a siedem – oddalonych.

Finansowe skutki stwierdzonych w toku kontroli nieprawidłowości wyniosły **499 235 915,24 zł**; w tym **519 205,16 zł** stanowiły uszczuplenia środków lub aktywów, **38 510,00 zł** – kwoty nienależnie uzyskane, **496 688 235,41 zł** – kwoty wydatkowane z naruszeniem prawa, **1 644 176,49 zł** – kwoty wydatkowane w następstwie działań stanowiących naruszenie prawa, **245 788,18 zł** – sprawozdawcze skutki nieprawidłowości, **100 000,00 zł** – potencjalne finansowe lub sprawozdawcze skutki nieprawidłowości.

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
1.	Departament Zdrowia	Warszawski Szpital dla Dzieci – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej ul. Mikołaja Kopernika 43 00-328 Warszawa	Izabela Marcewicz-Jendrysik
2.		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mińsku Mazowieckim ul. Szpitalna 37 05-300 Mińsk Mazowiecki	Mariusz Martyniak
3.		Szpital Matki Bożej Nieustającej Pomocy w Wołominie ul. Gdyńska 1/3 05-200 Wołomin	Grzegorz Krycki
4.		Nowodworski Centrum Medyczne w Nowym Dworze Mazowieckim ul. Miodowa 2 05-100 Nowy Dwór Mazowiecki	Jacek Kacperski
5.	Delegatura w Gdańsku	Szpital Specjalistyczny im. J.K. Łukowicza w Chojnicach, ul. Leśna 10, 89-600 Chojnice	Maciej Polasik

Wykaz jednostek kontrolowanych

ZAŁĄCZNIKI

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
6.	Delegatura w Gdańsku	Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej ul. Juliana Węgrzynowicza 13 84-300 Łębork	Marta Frankowska
7.		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Człuchowie ul. Szczecińska 16 77-300 Człuchów	Danuta Olchówka
8.	Delegatura w Łodzi	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy im. Edmunda Biernackiego w Opcznie ul. Partyzantów 30 26-300 Opczno	Dagmara Junknikiel-Rosiak
9.		Zespół Opieki Zdrowotnej w Łęczycy ul. Zachodnia 6 99-100 Łęczycza	Łukasz Michalak
10.		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wieluniu ul. Szpitalna 16 98-300 Wieluń	Anna Freus
11.		Zespół Opieki Zdrowotnej w Łowiczu ul. Ułańska 28 99-400 Łowicz	Urszula Kapusta-Tymoshchuk
12.	Delegatura w Opolu	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej ul. 24 kwietnia 5 47-200 Kędzierzyn Koźle	Jarosław Kończyło
13.		Zespół Opieki Zdrowotnej, ul. Bohaterów Warszawy 34 48-300 Nysa	Norbert Krajczyk
14.		Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Głubczycach ul. Skłodowskiej 26 48-100 Głubczyce	Adam Jakubowski
15.	Delegatura w Poznaniu	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Obornikach ul. Szpitalna 2 64-600 Oborniki	Małgorzata Ludzkowska
16.		Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica ul. Ludwika Rydygiera 1 64-920 Piła	Wojciech Szafranski

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
17.	Delegatura w Poznaniu	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kościanie ul. Szpitalna 7 64-000 Kościan	Wojciech Maćkowiak
18.		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. doktora Kazimierza Hологи ul. Poznańska 30 64-300 Nowy Tomyśl	Tomasz Przybylski
19.	Delegatura we Wrocławiu	Zespół Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu ul. Jeleniogórska 4 59-700 Bolesławiec	Kamil Barczyk
20.		Powiatowy Zespół Szpitali, ul. Armii Krajowej 1 56-400 Oleśnica	Przemysław Magiera
21.		Zespół Opieki Zdrowotnej w Oławie ul. Kamila K. Baczyńskiego 1 55-200 Oława	Andrzej Dronsejko
22.		Wielospecjalistyczny Szpital – Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu ul. Lubańska 11/12 59-900 Zgorzelec	Zofia Barczyk

Informacje dodatkowe

Narodowy Fundusz Zdrowia (Departament Ekonomiczno-Finansowy)¹⁰⁷ poinformował¹⁰⁸, że wartość umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez szpitale powiatowe (313 według stanu na koniec I półrocza 2022 r.)¹⁰⁹ wyniosła w latach 2019–2021 od 16 888,1 mln zł do 17 577,2 mln zł (wzrost o 4,08%), co stanowiło od 34,26% (w 2019 r.) do 32,86% (w 2021 r.) wartości umów zawartych w tym samym zakresie ze szpitalami publicznymi (566 według stanu na koniec I półrocza 2022 r.)¹¹⁰ (tj. od 49 282,3 mln zł w 2019 r. do 53 485,5 mln zł w 2021 r.).

¹⁰⁷ Narodowy Fundusz Zdrowia (Departament Ekonomiczno-Finansowy) – zwany dalej „NFZ” lub „Fundusz”.

¹⁰⁸ W trybie art. 29 ust. 1 ustawy o NIK – pismo znak: DEF-WSiKF.401.7.215.2022/2022.368029.BE z dnia 20 października 2022 r.

¹⁰⁹ Szpitale powiatowe – te, dla których organem tworzącym są powiaty lub miasta na prawach powiatu.

¹¹⁰ Szpital publiczny – podmiot leczniczy działający w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, spółki kapitałowej, w której wartość nominalna udziałów albo akcji należących do Skarbu Państwa, jednostek samorządu terytorialnego lub uczelni medycznej stanowi co najmniej 51% kapitału zakładowego albo instytutu badawczego, który wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, w rozumieniu udl, z wyłączeniem jednostek lecznictwa uzdrowiskowego, podmiotów świadczących usługi w trybie leczenia jednego dnia, zakładów i ośrodków rehabilitacji, zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz terapia uzależnień.

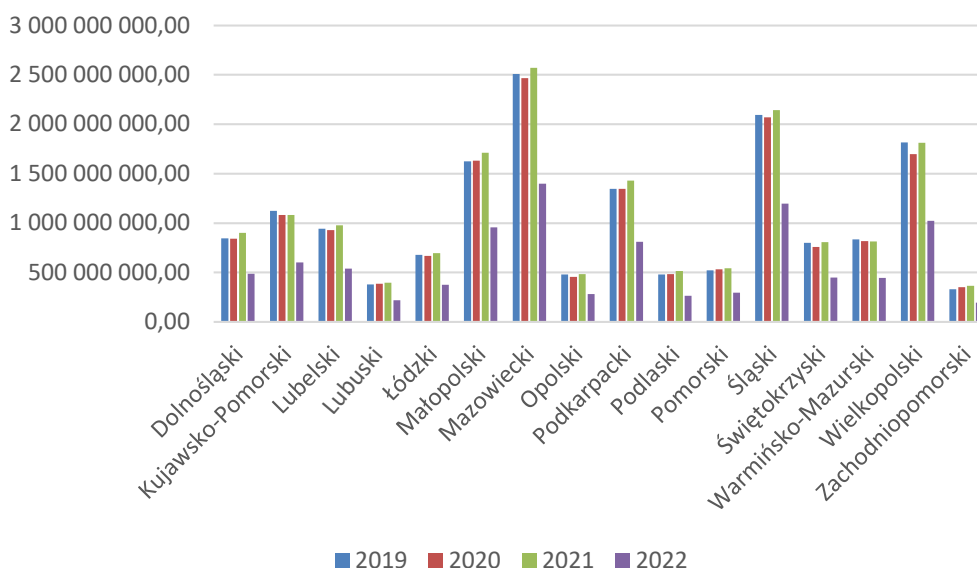
Natomiast wartość wydatkowanych środków na realizację tych świadczeń przez szpitale powiatowe w analizowanych latach była bliska wartości zawartych z nimi umów i wyniosła od 99,52% (tj. 16 806,8 mln zł w 2019 r.) do 98,14% (17 250,0 mln zł w 2021 r.).

W I półroczu 2022 r. wartość umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych ze szpitalami powiatowymi wyniosła 10 084,1 mln zł (co stanowiło 30,22% wartości umów zawartych ze szpitalami publicznymi – tj. 32 591,1 mln zł), a wartość wydatkowanych przez szpitale środków wyniosła 9545,2 mln zł, tj. 94,66% (szpitale publiczne wydatkowały w tym czasie 28 335,7 mln zł tj. 92,94%).

Wartość wydatkowanych środków na realizację świadczeń zdrowotnych przez szpitale publiczne nie zawiera kosztów świadczeń finansowanych ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19.

Wykres nr 2

Zapłacone wykonanie na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (bez kosztów świadczeń finansowanych ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19)



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Liczba szpitali powiatowych (313 według stanu na 30 czerwca 2022 r.) zlokalizowanych na terenie kraju jest bardzo zróżnicowana i wynosi od ośmiu w województwie lubuskim do 44 w województwie mazowieckim¹¹¹. Natomiast liczba szpitali publicznych (566 – według stanu na 30 czerwca 2022 r.) wynosi od 17 w województwie lubuskim do 82 w województwie mazowieckim¹¹².

¹¹¹ Liczba szpitali powiatowych funkcjonujących na terenie poszczególnych województw wynosi: dolnośląskiego – 15, kujawsko-pomorskiego – 20, lubelskiego – 20, lubuskiego – 8, łódzkiego – 14, małopolskiego – 20, mazowieckiego – 44, opolskiego – 12, podkarpackiego – 20, podlaskiego – 14, pomorskiego – 10, śląskiego – 33, świętokrzyskiego – 13, warmińsko-mazurskiego – 23, wielkopolskiego – 34, zachodniopomorskiego – 13.

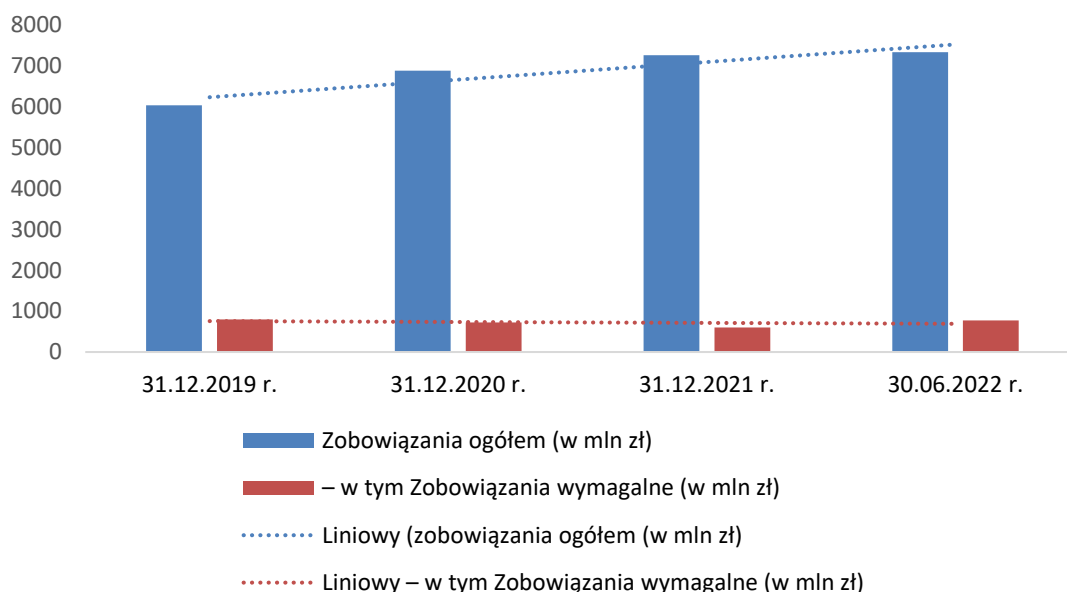
¹¹² Liczba szpitali publicznych funkcjonujących na terenie poszczególnych województw wynosi: dolnośląskiego – 39, kujawsko-pomorskiego – 28, lubelskiego – 36, lubuskiego – 17, łódzkiego – 31, małopolskiego – 37, mazowieckiego – 82, opolskiego – 24, podkarpackiego – 28, podlaskiego – 24, pomorskiego – 25, śląskiego – 69, świętokrzyskiego – 18, warmińsko-mazurskiego – 33, wielkopolskiego – 49, zachodniopomorskiego – 26.

Z informacji otrzymanej z Ministerstwa Zdrowia¹¹³ na temat sytuacji finansowej szpitali na terenie kraju wynika, że w latach 2019–2021 zobowiązania ogółem szpitali powiatowych (297) rosły i wynosiły na koniec analizowanych lat – odpowiednio – 6030,4 mln zł, 6882,8 mln zł i 7256,0 mln zł, co stanowiło 33,8%, 34,31% i 33,84% zobowiązań ogółem szpitali publicznych w tych latach (17 839,6 mln zł, 20 060,6 mln zł i 21 443,7 mln zł). Natomiast zobowiązania wymagalne szpitali powiatowych nieznacznie malały na przestrzeni tych lat i wynosiły – odpowiednio – 803,2 mln zł, 724,0 mln zł i 601,8 mln zł co stanowiło 34,70%, 34,13% i 30,71% zobowiązań wymagalnych szpitali publicznych (2314,9 mln zł, 2121,6 mln zł i 1959,7 mln zł).

Według stanu na 30 czerwca 2022 r. zobowiązania ogółem szpitali powiatowych (297) wyniosły 7333,7 mln zł, co stanowiło 33,93% zobowiązań szpitali publicznych (21 616,6 mln zł) w tym zobowiązania wymagalne wyniosły 776,8 mln zł (10,59%), co stanowiło 30,22% zobowiązań wymagalnych szpitali publicznych (2 570,4 mln zł).

Wykres nr 3

Zobowiązania ogółem i wymagalne szpitali powiatowych



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia.

Na przestrzeni lat 2019–2021 wielkość zobowiązań wymagalnych szpitali powiatowych względem ich zobowiązań ogółem nieznacznie malała i wynosiła na koniec danego roku 13,32%, 10,52% i 8,29%, natomiast na koniec I półrocza 2022 r. wzrosła do 10,59%.

Wielkości te ulegały również zmianom w odniesieniu do poszczególnych województw w poszczególnych latach. W 2019 r. najmniejszy udział zobowiązań wymagalnych względem zobowiązań ogółem wystąpił w województwie opolskim i wyniósł 5% a największy – w województwie zachodniopomorskim – 26,46%. W 2020 r. najmniejszy udział tych

¹¹³ W trybie art. 29 ust.1 ustawy o NIK – pismo znak NKF.313.78.2022.RP z dnia 24 września 2022 r.

zobowiązań wystąpił w województwie pomorskim – 2,54%, a największy w kujawsko-pomorskim – 16,10%. W 2021 r. – najmniejszy w województwie lubelskim 2,90%, a największy w lubuskim – 14,48%. Natomiast na koniec I półrocza 2022 r. najmniejszy udział wystąpił w województwie lubelskim a największy w zachodniopomorskim¹¹⁴.

Liczba szpitali powiatowych – względem szpitali publicznych – na terenie poszczególnych województw jest zróżnicowana i według stanu na koniec I półrocza 2022 r. wynosiła od 38,5% (w województwie dolnośląskim) do 72,2% (w województwie świętokrzyskim).

¹¹⁴ Według stanu na 30 czerwca 2022 r. wielkość zobowiązań wymagalnych względem zobowiązań ogółem wynosiła w szpitalach powiatowych na terenie województw: dolnośląskiego – 8,94%, kujawsko-pomorskiego – 9,84%, lubelskiego – 4,55%, lubuskiego – 8,45%, łódzkiego – 9,48%, małopolskiego – 14,42%, mazowieckiego – 15,08%, opolskiego – 12,43%, podkarpackiego – 12,30%, podlaskiego – 4,92%, pomorskiego – 4,92%, śląskiego – 13,51%, świętokrzyskiego – 5,08%, warmińsko-mazurskiego – 7,99%, wielkopolskiego – 5,34%, zachodniopomorskiego – 15,72%.

6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno- -ekonomicznych

Zagadnienia ogólne

Analiza stanu prawnego

Najważniejszymi aktami prawnymi regulującymi funkcjonowanie podmiotów leczniczych są:

- udl,
- ustawa o świadczeniach.

W udl 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 (art. 1 udl).

Zgodnie z art. 8 udl, rodzajami działalności leczniczej są:

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

Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne mogą polegać w szczególności na: udzielaniu całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują pielęgnację i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji, oraz zapewnianiu im produktów leczniczych i wyrobów medycznych, pomieszczeń i żywienia 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 tej 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 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 gwarantowanych, a także zadania władz publicznych dotyczące zapewnienia równego dostępu do świadczeń oraz zasady sprawowania nadzoru i kontroli nad finansowaniem i realizacją świadczeń (art. 1 pkt 1–3 i pkt 7 tej ustawy).

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.

Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

Podstawą finansowania większości świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, jest umowa z oddziałem wojewódzkim NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 132 ustawy o świadczeniach. Zgodnie z tą umową świadczeniodawca jest zobowiązany do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej lub pozostawania w gotowości do ich udzielania przez cały czas trwania stosunku prawnego (okres obowiązywania umowy). Wyrazem tego są również obowiązki świadczeniodawcy, wśród których jednym z istotniejszych jest zapewnienie świadczeniobiorcom stałego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej przez cały okres obowiązywania umowy, zgodnie z określonym w umowie harmonogramem i planem rzeczowo-finansowym (§ 9 ust. 1 OWU).

Zgodnie z art. 18 ust. 2 ustawy z dnia 31 marca 2020 r. *o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19*¹¹⁵, od 1 kwietnia 2020 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wygasające w trakcie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii mogą zostać przedłu-

¹¹⁵ Dz. U. poz. 567, ze zm.

zone, w celu zapewnienia ciągłości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, za zgodą stron danej umowy na okres niezbędny do przeprowadzenia, po odwołaniu stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, konkursu ofert lub rokowań, o których mowa w art. 139 ust. 1 ustawy o świadczeniach.

Ponadto zgodnie z § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹¹⁶, od 9 września 2020 r. na wniosek świadczeniodawcy, okres rozliczeniowy określony w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kończący się w 2020 r. mógł zostać przedłużony, nie dłużej niż do dnia 30 czerwca 2021 r., w sposób określony przez Prezesa NFZ. Definicji okresu rozliczeniowego¹¹⁷, wynikającej z § 1 pkt 5 OWU, nie stosuje się.

W przypadku braku możliwości realizacji świadczeń opieki zdrowotnej z przyczyn niezależnych od świadczeniodawcy, należność dla danego zakresu świadczeń może zostać ustalona w kwocie innej niż wynika to z wartości świadczeń sprawozdanych do OW NFZ.

Świadczenia opieki zdrowotnej wykonywane w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 mogą być udzielane przez podmioty wykonujące działalność leczniczą, wpisane do wykazu opracowywanego przez właściwego miejscowo dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ w porozumieniu z wojewodą (art. 7 ustawy o zwalczaniu COVID-19¹¹⁸). Wprowadzona została możliwość nałożenia na podmiot leczniczy będący spółką kapitałową, w której jedynym albo większościowym udziałowcem albo akcjonariuszem jest Skarb Państwa lub podmiot leczniczy będący samodzielnym publicznym albo niepublicznym zakładem opieki zdrowotnej lub państwową jednostką budżetową – obowiązku wykonania określonego zadania w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 (art. 10 ust. 2 tej ustawy, który obowiązywał od 8 marca do 4 września 2020 r. oraz art. 10d ust. 2, który obowiązuje od 9 października 2020 r.)¹¹⁹. Takie obowiązki mogą dotyczyć zmian w strukturze organizacyjnej podmiotu leczniczego lub przekazania produktów leczniczych, wyrobów medycznych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz aparatury i sprzętu medycznego, w celu zapewnienia kontynuacji udzielenia świadczeń zdrowotnych w innym podmiocie leczniczym. Zgodnie z ustawą, Prezes Rady Ministrów może także, na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia, nałożyć identyczne obowiązki na jst (art. 10 ust. 1 tej ustawy, który obowiązywał od 8 marca do 4 września 2020 r. oraz art. 10d ust. 1, który obowiązuje od 9 października 2020 r.).

¹¹⁶ Dz. U. poz. 1548, ze zm.

¹¹⁷ Okres rozliczeniowy – nieprzekraczający terminu obowiązywania umowy okresu roku kalendarzowego albo inny, zawierający się w roku kalendarzowym, okres oznaczony w umowie.

¹¹⁸ Przepis obowiązywał od 8 marca 2020 r. do 8 marca 2021 r.

¹¹⁹ Art. 10 ust. 2 ustawy o zwalczaniu COVID-19 oraz – po zmianie – art. 10d ust. 2 tej ustawy, przewidywał/przewiduje możliwość nałożenia przez ministra właściwego do spraw zdrowia przedmiotowego obowiązku na podmiot leczniczy będący spółką kapitałową, samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej lub jednostką budżetową instytutem.

Mając na celu skuteczne przeciwdziałanie COVID-19, wojewoda uzyskał prawo wydawania poleceń obowiązujących wszystkie organy administracji rządowej działające w województwie i państwowe osoby prawne, organy samorządu terytorialnego, samorządowe osoby prawne oraz samorządowe jednostki organizacyjne, które nie mają osobowości prawnej (art. 11 ust. 1 tej ustawy, który obowiązywał od 8 marca do 4 września 2020 r. oraz art. 11h ust. 1 tej ustawy, który obowiązuje od 9 października 2020 r.). Polecenia te podlegają natychmiastowemu wykonaniu. Prezes Rady Ministrów może również na wniosek wojewody rozszerzyć zakres podmiotowy zobowiązanych do realizacji poleceń wojewody m.in. o przedsiębiorców (art. 11 ust. 3 tej ustawy, który obowiązywał od 8 marca do 4 września 2020 r. oraz art. 11h ust. 3 tej ustawy, który obowiązuje od 9 października 2020 r.)¹²⁰.

Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej związanych ze zwalczaniem COVID-19

Świadczenia opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, wykonywane w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, udzielone przez podmioty wykonujące działalność leczniczą, wpisanych do wykazu¹²¹, są finansowane przez NFZ ze środków pochodzących z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 oraz budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, na podstawie sprawozdań i rachunków składanych do właściwego miejscowo dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ (art. 9 ustawy o zwalczaniu COVID-19, okres obowiązywania przepisu: 8 marca 2020 marca 2021 r.¹²²). Świadczenia te były finansowane w formie opłaty ryczałtowej za utrzymanie stanu gotowości do udzielania tych świadczeń oraz ceny odpowiadającej liczbie i rodzajowi świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w przyjętym okresie rozliczeniowym, zaś do ich sprawozdawania i rozliczania nie stosuje się przepisów ustawy o świadczeniach¹²³.

Podmioty wpisane do wykazu, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o zwalczaniu COVID-19, powinny złożyć w oddziale wojewódzkim NFZ wniosek o zapłatę wynagrodzenia za utrzymanie stanu gotowości do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z przeciwdziałaniem COVID-19 oraz ceny odpowiadającej liczbie i rodzajowi udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej. Wniosek ten, zawierający stosowne sprawozdanie oraz rachun-

¹²⁰ Art. 11 ustawy o zwalczaniu COVID-19 był w tym zakresie zmieniany. Pierwotnie zagadnienie to regulował ust. 2, który został zmieniony z dniem 31 marca 2020 r., a od dnia 18 kwietnia 2020 r. kwestię tę regulował ust. 3. Zmianie ulegała też możliwość wydawania poleceń przez Prezesa Rady Ministrów – na wniosek wojewody lub z własnej inicjatywy

¹²¹ Wykazy podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 są opracowywane przez właściwego miejscowo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu w porozumieniu z wojewodą i można znaleźć na stronach NFZ: <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/wykazy-placowek-udzielajacych-swiadczen-w-zwiazku-z-przeciwdzialaniem-rozprzestrzenianiu-koronawirusa,7624.html>.

¹²² Zgodnie z art. 36 ust. 3 ustawy o zwalczaniu COVID-19 art. 9 traci moc z dniem 9 marca 2021 r.

¹²³ Dodatkowo zarządzenie Nr 32/2020/DSOZ Prezesa Funduszu z 8 marca 2020 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 w § 4 ust. 1 stanowi, że świadczeń wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 nie finansuje się na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

nek, powinien stanowić podstawę wszczęcia postępowania administracyjnego, w toku którego Prezes NFZ, działając jako organ administracji publicznej, powinien rozpatrzyć wniosek świadczeniodawcy¹²⁴. Dodatkowo podmiot, o którym mowa w art. 9 ustawy o zwalczaniu COVID-19, podobnie jak świadczeniodawca określony w art. 19 ust. 4 ustawy o świadczeniach, w razie niewypłacenia wnioskowanego wynagrodzenia, ma względem NFZ roszczenie o zapłatę tego wynagrodzenia, do którego rozpoznania właściwy jest sąd powszechny. Podstawą żądania świadczeniodawcy jest bowiem zobowiązanie do usunięcia majątkowych skutków naruszenia zobowiązania wynikającego z ustawy (art. 9 ust. 2 ustawy o zwalczaniu COVID-19), które ma charakter cywilnoprawny (art. 471 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny¹²⁵).

Artykuł 9 ust. 3 ustawy o zwalczaniu COVID-19 stanowi, że Prezes NFZ określa zasady sprawozdawania oraz warunki rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związane z przeciwdziałaniem COVID-19. Wydane na podstawie tego przepisu zarządzenie Nr 32/2020/DSOZ Prezesa NFZ z 8 marca 2020 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 określa, poza trybem rozpatrywania wniosku i sposobem wypłaty należności z tytułu realizacji świadczeń, także wartość opłat ryczałtowych oraz cen poszczególnych świadczeń opieki zdrowotnej¹²⁶.

Od 15 października świadczenia udzielane są przez szpitale, w stosunku do których właściwy organ wydał polecenie albo nałożył obowiązek, na podstawie art. 10 ust. 2, art. 10d ust. 2, art. 11 ust. 1 i 4, art. 11 h ust. 1-4 ustawy o zwalczaniu COVID-19, tworzące tzw. system zabezpieczenia COVID-19¹²⁷.

Szczegółowa analiza uwarunkowań ekonomicznych i organizacyjnych

Podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń udzielanych w szpitalach powiatowych jest NFZ.

W 2019 r. NFZ na finansowanie świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne przeznaczył 47 377,49 mln zł¹²⁸, zaś w 2020 r. – 52 705,79 mln zł¹²⁹. Liczba hospitalizacji w 2020 r. wyniosła 7,62 mln (w roku poprzednim

¹²⁴ Zgodnie z art. 98 ust. 2 ustawy o świadczeniach w sprawach niezatrzeżonych do zakresu zadań innych organów Funduszu organem właściwym jest Prezes Funduszu. Obowiązujące przepisy, a w szczególności art. 107 ust. 5 ustawy o świadczeniach, określający zadania dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, oraz art. 9 ustawy o zwalczaniu COVID-19, nie zastrzegają zadania polegającego na rozstrzygnięciu wniosków o sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 dla innych organów Funduszu niż Prezes Funduszu.

¹²⁵ Dz. U. z 2020 r. poz. 1740, ze zm.

¹²⁶ Zarządzenie to zostało zastąpione zarządzeniami Prezesa NFZ Nr: 140/2020/DSOZ z dnia 10 września 2020 r., 187/2020/DSOZ z dnia 25 listopada 2020 r., 37/2021/DSOZ z dnia 26 lutego 2021 r., Nr 42/2021/DSOZ z dnia 5 marca 2021 r.

¹²⁷ Wprowadzone § 1 ust. 2 zarządzenia Nr 140/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 10 września 2020 r. Obecnie § 1 ust. 7 zarządzenia Nr 42/2021/DSOZ z dnia 5 marca 2021 r.

¹²⁸ Sprawozdanie z działalności NFZ za 2019 r.: https://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/_public/bip/uchwaly_rady/sprawozdanie_z_dzialalnosci_nfz_za_2019_rok.pdf.

¹²⁹ Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za IV kwartał 2021 r. <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/uchwaly-rady-nfz/uchwala-nr-52021iv,6555.html>.

10,13 mln). Łącznie hospitalizowano 4,85 mln osób (w roku poprzednim 6,48 mln). Liczba osobodni łącznie wyniosła 30,10 mln (w roku poprzednim 40,27 mln). Średni czas jednej hospitalizacji w 2020 r. wyniósł 3,95 dnia (w roku poprzednim 3,97).

Według obecnie obowiązującego stanu prawnego, to NFZ kształtuje politykę zdrowotną na danym terenie przez zapewnienie świadczeń medycznych dla określonej populacji w regionie, co ma wpływ na dostępność świadczeń.

Z poziomu dostępności do tych świadczeń wynikają kolejki i czas oczekiwania na ich realizację.

Dostępność do świadczeń uległa znacznemu pogorszeniu od 2020 r. z powodu epidemii COVID-19. W okresie tym szpitale powiatowe znalazły się w bardzo trudnej sytuacji, ponieważ nie udzielały świadczeń zdrowotnych wynikających z ryczałtu, co wynikało z rezygnacji z niektórych planowych zabiegów ze względu na reżim sanitarny, jak również obawy pacjentów przed hospitalizacją. Potwierdzenie przypadków zachorowań na koronawirusa powodowały również wyłączenie bądź ograniczenie pracy całych oddziałów.

Wiele ze szpitali podpisało w 2021 r. z NFZ porozumienie, na mocy którego zobowiązały się do odrobienia świadczeń do końca 2023 r., a inne zdołały już odrobić w 2021 r. zaległe usługi medyczne.

Niedokonanie rozliczenia, czyli nieodrobienie świadczeń do wysokości pobranych zaliczek, będzie wiązało się z obowiązkiem zwrotu środków do NFZ. NFZ umorzył wypłacone zaliczki tylko w przypadku określonych świadczeń tj. uzdrowiska, rehabilitacja, opieka paliatywna i hospicyjna.

Wielkością ekonomiczną charakteryzującą sytuację finansową szpitali publicznych w Polsce jest kwota ich zobowiązań, w tym zobowiązań wymagalnych, tj. takich dla których termin płatności już upłynął.

Według stanu na koniec 2020 r. zobowiązania ogółem szpitali publicznych wyniosły 18 889 mln zł, a zobowiązania wymagalne – 2148 mln zł. Największy udział w generowaniu tych zobowiązań miały szpitale utworzone i nadzorowane przez powiaty i miasta na prawach powiatu – łącznie około 35% całości zobowiązań. Zobowiązania wymagalne wystąpiły w przypadku 335 szpitali publicznych, które stanowiły 58% wszystkich analizowanych szpitali.

Późniejszy termin rozliczenia się z ryczałtu jest dobrym mechanizmem wspierającym szpitale walczące z COVID-19, ale jest też faktycznie przesunięciem spłaty lub wykonania zobowiązań w czasie. Ponadto wiele szpitali podpisuje porozumienia i ugody z dostawcami, które przekształcają zobowiązania wymagalne w niewymagalne długoterminowe. To tzw. „rolowanie zobowiązań”, które przypomną o sobie w przyszłości

Szpitalom muszą spełniać określone wymagania wynikające z obowiązujących przepisów¹³⁰ oraz warunków umów zawieranych z NFZ, które dotyczą m.in. zatrudnienia personelu o odpowiednich kwalifikacjach.

Niedobór lekarzy określonych specjalności wymusza zarówno działania w celu ich pozyskania poprzez odpowiednio wysokie wynagrodzenia, jak i przekraczanie dopuszczalnego czasu pracy przez już zatrudnionych pracowników. Koszty wynagrodzeń stanowią ok. 2/3 wszystkich kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców realizujących umowy z NFZ. Wynika to z istotnych uwarunkowań zewnętrznych polegających na trudnościach z pozyskaniem specjalistów o wysokich kwalifikacjach. Niedobór personelu w deficytowych specjalnościach pozwala na żądanie wysokich wynagrodzeń.

Ponadto możliwość uzyskania wyższych dochodów zachęca część personelu do rezygnacji z zatrudnienia na podstawie umowy o pracę i zastąpienia jej umową kontraktową. Korzyści wynikające z takiego zatrudnienia to niższe koszty ubezpieczeń i możliwość bardzo elastycznego zarządzania swoim czasem pracy z pominięciem rygorów Kodeksu pracy. Podejmowanie takich działań dotyczy również pielęgniarek.

¹³⁰ Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych i zarządzenia Prezesa NFZ.

6.3. Wyniki z badania kwestionariuszowego dotyczącego funkcjonowania szpitali powiatowych

1. Ogólna charakterystyka badania

W celu uzyskania informacji dotyczących funkcjonowania szpitali powiatowych, Departament Zdrowia wystosował, na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK, zapytanie do 275 starostw powiatowych. Odpowiadały one w zakresie problematyki szpitali, dla których powiat był organem tworzącym. Wsparcie informatyczne i analiza danych wynikowych badania były realizowane przez Wydział Wsparcia Informatycznego i Analitycznego w Departamencie Metodyki Kontroli i Rozwoju Zawodowego NIK.

Zapytanie zostało przygotowane w postaci elektronicznego kwestionariusza i skierowane w systemie badań internetowych PS QUAESTIO PRO. Badanie było prowadzone w dniach od 18 do 28 listopada 2022 r.

Kwestionariusz został wypełniony przez 223 starostwa (tj. 81,1% jednostek objętych badaniem), które wskazały, że na ich terenie funkcjonuje 249 „szpitali powiatowych”: 178 SPZOZ i 71 spółek prawa handlowego.

Tabela nr 1

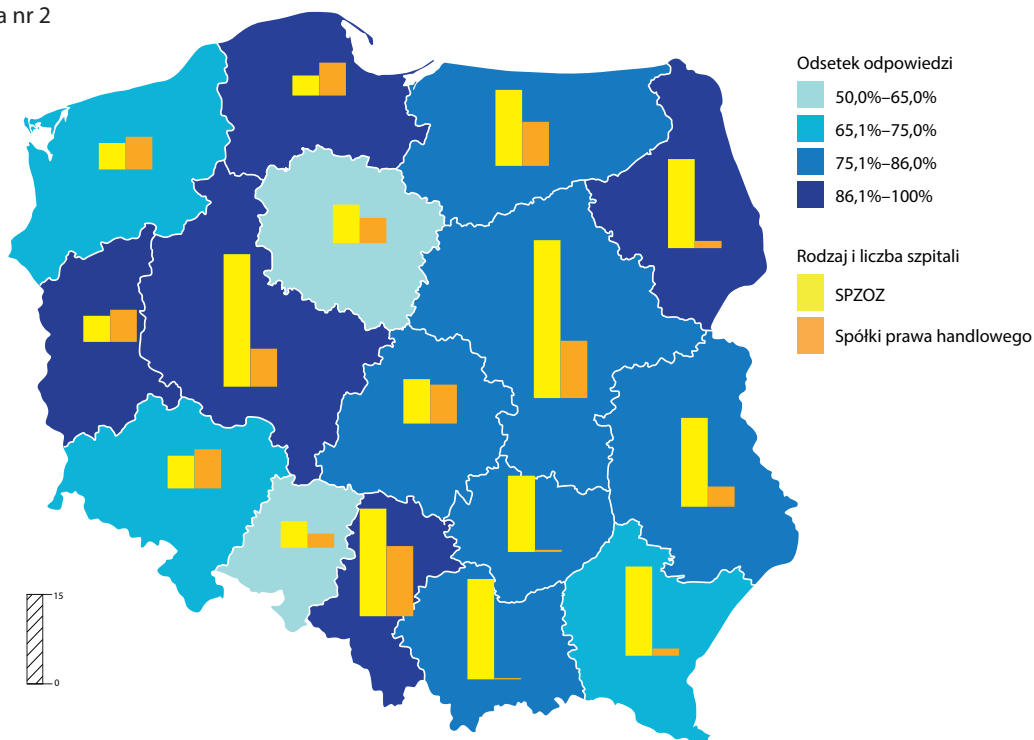
Liczba i odsetek starostw powiatowych, które udzieliły odpowiedzi na zapytanie

Województwo	Liczba		Odsetek odpowiedzi
	Wysłanych zapytań	Odpowiedzi	
Ogółem	275	223	81,1%
dolnośląskie	15	11	73,3%
kujawsko-pomorskie	16	10	62,5%
lubelskie	19	16	84,2%
lubuskie	8	8	100,0%
łódzkie	14	12	85,7%
małopolskie	17	14	82,4%
mazowieckie	30	23	76,7%
opolskie	10	5	50,0%
podkarpackie	20	15	75,0%
podlaskie	13	12	92,3%
pomorskie	9	8	88,9%
śląskie	29	27	93,1%
świętokrzyskie	13	11	84,6%
warmińsko-mazurskie	21	16	76,2%
wielkopolskie	29	26	89,7%
zachodniopomorskie	12	9	75,0%

Tabela nr 2
Liczba szpitali powiatowych w podziale na formę prawną szpitala

Województwo	Forma prawna szpitala		Ogółem
	SPZOZ	Spółka prawa handlowego	
Ogółem	178	71	249
dolnośląskie	5	6	11
kujawsko-pomorskie	6	4	10
lubelskie	14	3	17
lubuskie	4	5	9
łódzkie	7	6	13
małopolskie	16	0	16
mazowieckie	25	9	34
opolskie	4	2	6
podkarpackie	14	1	15
podlaskie	14	1	15
pomorskie	3	5	8
śląskie	17	11	28
świętokrzyskie	12	0	12
warmińsko-mazurskie	12	7	19
wielkopolskie	21	6	27
zachodniopomorskie	4	5	9

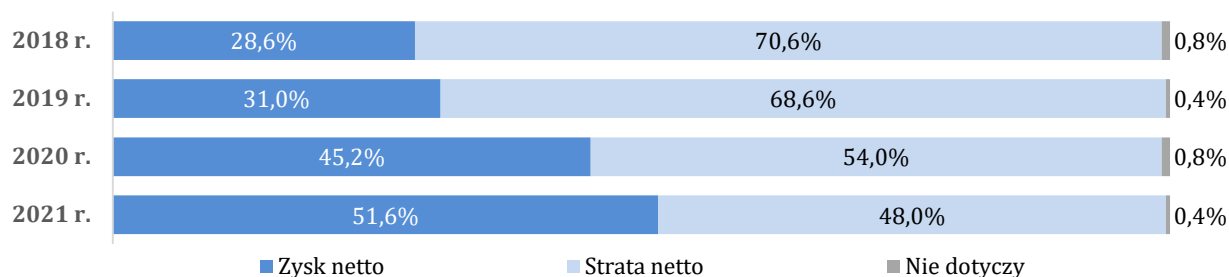
Infografika nr 2



2. Zestawienie zbiorcze wyników

2.1. Wynik finansowy netto szpitala w: (N=248)¹³¹

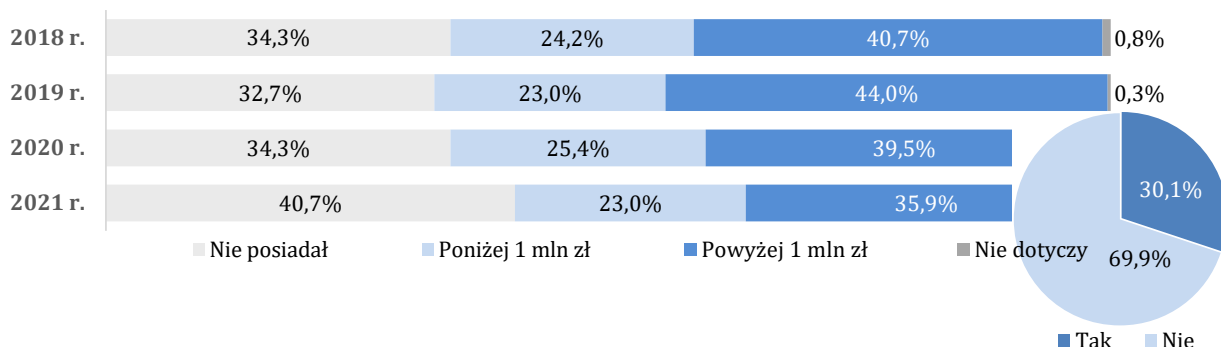
	Liczba szpitali				Odsetek			
	2018 r.	2019 r.	2020 r.	2021 r.	2018 r.	2019 r.	2020 r.	2021 r.
SPZOZ (N=177 *)								
Zysk netto	57	63	87	98	32,2%	35,6%	49,2%	55,4%
Strata netto	120	114	90	79	67,8%	64,4%	50,8%	44,6%
Nie dotyczy	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Spółka prawa handlowego (N=71)								
Zysk netto	14	14	25	30	19,7%	19,7%	35,2%	42,3%
Strata netto	55	56	44	40	77,5%	78,9%	62,0%	56,3%
Nie dotyczy	2	1	2	1	2,8%	1,4%	2,8%	1,4%
Ogółem (N=248*)								
Zysk netto	71	77	112	128	28,6%	31,0%	45,2%	51,6%
Strata netto	175	170	134	119	70,6%	68,6%	54,0%	48,0%
Nie dotyczy	2	1	2	1	0,8%	0,4%	0,8%	0,4%



	Liczba szpitali				Odsetek			
	2018 r.	2019 r.	2020 r.	2021 r.	2018 r.	2019 r.	2020 r.	2021 r.
SPZOZ (N=177 *)								
Nie miał	59	56	59	72	33,3%	31,6%	33,3%	40,7%
Poniżej 1 mln zł	39	34	44	42	22,1%	19,2%	24,9%	23,7%
Powyżej 1 mln zł	79	87	74	63	44,6%	49,2%	41,8%	35,6%
Nie dotyczy	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Spółka prawa handlowego (N=71)								
Nie miał	26	25	26	29	36,6%	35,2%	36,6%	40,8%
Poniżej 1 mln zł	21	23	19	15	29,6%	32,4%	26,8%	21,2%
Powyżej 1 mln zł	22	22	24	26	31,0%	31,0%	33,8%	36,6%
Nie dotyczy	2	1	2	1	2,8%	1,4%	2,8%	1,4%
Ogółem (N=248*)								
Nie miał	85	81	85	101	34,3%	32,7%	34,3%	40,7%
Poniżej 1 mln zł	60	57	63	57	24,2%	23,0%	25,4%	23,0%
Powyżej 1 mln zł	101	109	98	89	40,7%	44,0%	39,5%	35,9%
Nie dotyczy	2	1	2	1	0,8%	0,3%	0,8%	0,4%

¹³¹ *W analizie w pkt. 2.1 i 2.2. nie uwzględniono odpowiedzi z jednego starostwa powiatowego (błędne dane).

2.2. Czy szpital miał zobowiązania wymagalne na koniec? (N=248*)

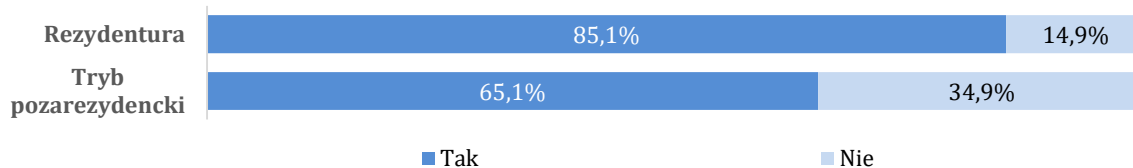


2.3. Czy w latach 2018–2022 (I półrocze) szpital prowadził jednostkową inwestycję budowlaną o wartości kosztorysowej powyżej 10 mln złotych? (N=249)

	Liczba szpitali		Odsetek	
	Tak	Nie	Tak	Nie
SPZOZ	61	117	34,3%	65,7%
Spółka prawa handlowego	14	57	19,7%	80,3%
Ogółem	75	174	30,1%	69,9%

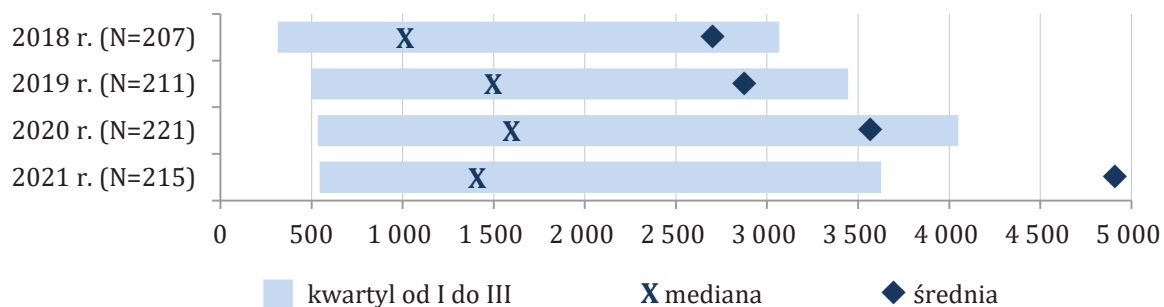
2.4. Czy w latach 2018–2022 (I półrocze) w szpitalu prowadzono szkolenia specjalizacyjne lekarzy i lekarzy dentyistów? (N=249)

	Liczba szpitali		Odsetek	
	Tak	Nie	Tak	Nie
SPZOZ				
Rezydentura	152	26	85,4%	14,6%
Tryb pozarezydencki	119	59	66,9%	33,1%
Spółka prawa handlowego				
Rezydentura	60	11	84,5%	15,5%
Tryb pozarezydencki	43	28	60,6%	39,4%
Ogółem				
Rezydentura	212	37	85,1%	14,9%
Tryb pozarezydencki	162	87	65,1%	34,9%



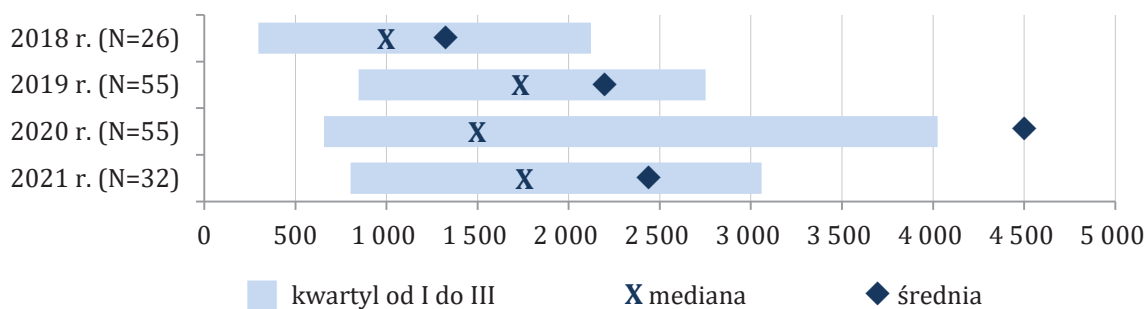
2.5. Statystyka dotycząca wartości własnych środków rzeczowych i finansowych (w tys. zł) przekazanych przez starostwo szpitalowi w: (N=249)

	2018 r.	2019 r.	2020 r.	2021 r.	Lata 2018–2021
SPZOZ					
Liczba szpitali	150	152	159	155	169
Średnia	2 427	2 885	3 353	4 978	12 469
Kwartył I	294	504	542	556	2 277
Mediana	962	1 553	1 609	1 329	6 250
Kwartył III	2 968	3 439	3 106	2 978	11 452
Spółka prawa handlowego					
Liczba szpitali	57	59	62	60	68
Średnia	3 433	2 858	4 125	4 498	13 087
Kwartył I	487	483	523	521	2 305
Mediana	1 132	1 346	1 554	1 648	5 732
Kwartył III	3 133	3 597	4 522	5 121	14 264
Ogółem					
Liczba szpitali	207	211	221	215	237
Średnia	2 704	2 878	3 570	4 844	12 646
Kwartył I	314	500	534	544	2 277
Mediana	1 017	1 500	1 600	1 412	6 022
Kwartył III	3 067	3 446	4 050	3 626	12 389



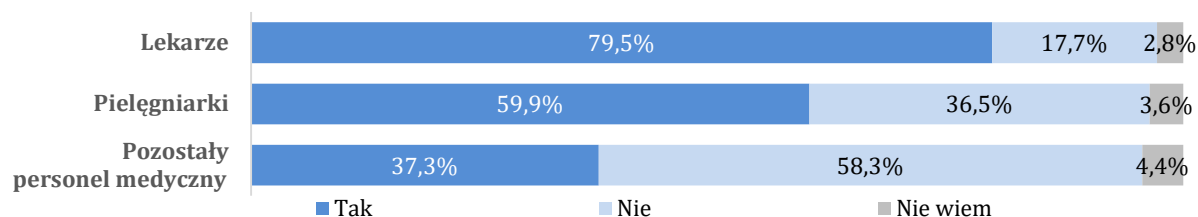
2.6. Statystyka dotycząca wartości własnych środków rzeczowych i finansowych (w tys. zł) przekazanych przez starostwo szpitalowi na pokrycie straty: (N=249)

	2018 r.	2019 r.	2020 r.	2021 r.	Lata 2018–2021
SPZOZ					
Liczba szpitali	23	50	47	29	66
Średnia	1 410	2 330	5 060	2 637	7 019
Kwartył I	327	1 088	817	1 000	1 401
Mediana	1 001	1 783	1 872	1 952	3 577
Kwartył III	2 294	2 910	4 244	3 238	6 667
Spółka prawa handlowego					
Liczba szpitali	3	5	8	3	9
Średnia	687	883	1 283	538	2 038
Kwartył I	530	447	579	388	1 000
Mediana	810	548	822	446	1 500
Kwartył III	905	882	1 279	641	2 591
Ogółem					
Liczba szpitali	26	55	55	32	75
Średnia	1 326	2 199	4 511	2 440	6 421
Kwartył I	296	846	657	802	1 318
Mediana	1 000	1 738	1 500	1 760	2 913
Kwartył III	2 122	2 752	4 025	3 059	034



2.7. Czy wg stanu na 30 czerwca 2022 roku szpital miał niedobory kadrowe w personelu medycznym? (N=249)

	Liczba szpitali			Odsetek		
	Tak	Nie	Nie wiem	Tak	Nie	Nie wiem
SPZOZ						
Lekarze	146	28	4	82,1%	15,7%	2,2%
Pielęgniarki	98	74	6	55,0%	41,6%	3,4%
Pozostały personel medyczny	62	108	8	34,8%	60,7%	4,5%
Spółka prawa handlowego						
Lekarze	52	16	3	73,3%	22,5%	4,2%
Pielęgniarki	51	17	3	71,9%	23,9%	4,2%
Pozostały personel medyczny	31	37	3	43,7%	52,1%	4,2%
Ogółem						
Lekarze	198	44	7	79,5%	17,7%	2,8%
Pielęgniarki	149	91	9	59,9%	36,5%	3,6%
Pozostały personel medyczny	93	145	11	37,3%	58,3%	4,4%



6.4. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności

1. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2022 r. poz. 1731, ze zm.).
2. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 633, ze zm.).
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, ze zm.).
4. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2022 r. poz. 1876, ze zm.).
5. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz. U. z 2022 r. poz. 1510, ze zm.).
6. Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2021 r. poz. 2095, ze zm.).
7. Ustawa z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 568, ze zm.).
8. Ustawa z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. poz. 1493, ze zm.).
9. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, (Dz. U. z 2022 r. poz. 1657, ze zm.).
10. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 1634, ze zm.).
11. Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1843, ze zm.), obowiązywała od 2 marca 2004 r. do 31 grudnia 2020 r.
12. Ustawa z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 1710, ze zm.), wejście w życie 1 stycznia 2021 r.
13. Ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 289, ze zm.).
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 787, ze zm.).
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz. U. z 2022 r. poz. 340) – uchylony z dniem 16 maja 2022 r.
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 maja 2022 r. w sprawie odwołania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz. U. poz. 1027).
17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 maja 2022 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz. U. poz. 1028).

18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 434, ze zm.).
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2022 r. poz. 402).
20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2021 r. poz. 2048).
21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2021 r. poz. 290, ze zm.).
22. 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).
23. 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, ze zm.) – uchylone z dniem 15 kwietnia 2020 r.
24. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2022 r. poz. 1304, ze zm.).
25. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 marca 2020 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 (Dz. U. poz. 422) – uchylone z dniem 8 marca 2021 r.
26. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. poz. 1545).
27. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (Dz. U. z 2021 r. poz. 430).
28. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 200, poz. 1661).
29. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców (Dz. U. poz. 2045).

6.5. 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. Przewodniczący Komisji do Spraw Kontroli Państwowej Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
8. Przewodniczący Komisji Zdrowia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
9. Przewodniczący Komisji Zdrowia Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
10. Minister Finansów
11. Minister Zdrowia
12. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
13. Rzecznik Praw Pacjenta

6.6. Stanowisko Ministra do informacji o wynikach kontroli



Minister
Zdrowia

NKM.07.5.2023.6.KCZ
Warszawa, 30 marca 2023

Pani
Małgorzata Motylow
Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli

Szanowna Pani Prezes,

w odpowiedzi na pismo z dnia 10 marca 2023 r. o znaku: KZD.430.006.2022, przy którym została przekazana Informacja Najwyższej Izby Kontroli (zwanej dalej „NIK”) o wynikach kontroli P/22/048 „*Funkcjonowanie szpitali powiatowych*”, stosownie do uprawnienia przewidzianego w art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o NIK¹, przedkładam stanowisko do ww. dokumentu.

Na wstępie uprzejmie informuję, iż zidentyfikowane przez NIK nieprawidłowości w funkcjonowaniu skontrolowanych szpitali powiatowych, np. w kwestiach dotyczących organizacji i realizacji świadczeń zdrowotnych czy prowadzenia przez nie gospodarki majątkowo-finansowej, pozostają poza kompetencjami Ministra Zdrowia, bowiem za prawidłowość funkcjonowania poddanych kontroli podmiotów leczniczych, jej zgodność z przepisami powszechnie obowiązującego prawa, nadzorowanie i kontrolowanie działalności szpitali powiatowych, ponoszą odpowiedzialność ich kierownicy oraz podmioty tworzące.

Abstrahując od powyższego, podkreślenia wymaga fakt, iż Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia (zwanym dalej „NFZ”) podejmuje permanentnie działania, których celem jest poprawa sytuacji finansowej szpitali, w tym również szpitali powiatowych.

Należy wskazać, że nakłady na koszty świadczeń opieki zdrowotnej ponoszone przez NFZ rosły sukcesywnie z kwoty **90 127 762 tys. zł** w 2019 r. do kwoty **140 574 466** w 2023 r. (obecny plan finansowy NFZ na 2023 r., wg stanu na dzień 30 marca 2023 r.) i są wyższe o kwotę **50 446 704 tys. zł**, tj. o **56%**.

Wzrost nakładów na koszty świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne w 2023 r. (obecny plan finansowy NFZ na 2023 r.) w porównaniu do 2019 r. wynosi **24 173 438 tys. zł**, tj. **51%**.

Ponadto wskazuję, że NFZ sukcesywnie podnosi ceny jednostek rozliczeniowych w poszczególnych rodzajach świadczeń. Systematycznie odbywa się także aktualizacja

¹ Dz. U. z 2022 r. poz. 623.

wycen świadczeń gwarantowanych na podstawie planu taryfikacji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (zwanej dalej „AOTMiT”) na dany rok, obejmując konkretne obszary świadczeń. W pracach analitycznych nad taryfikacją świadczeń gwarantowanych uwzględnia się wiele czynników m.in. wzrost kosztów pracy, w tym dane dotyczące wysokości wynagrodzeń poszczególnych grup zawodowych biorących udział w realizacji wycenianego świadczenia, inflację i inne zmienne, które mogą wpływać na zmianę wyceny świadczeń opieki zdrowotnej.

Mając na względzie powyższe, w celu osłabienia skutków inflacji oraz zminimalizowania efektu wyższych kosztów utrzymania placówek, w tym rachunków za prąd i ogrzewanie, od dnia 1 kwietnia 2022 r., nastąpił wzrost finansowania placówek medycznych, który zgodnie z obliczeniami AOTMiT oszacowano na 4,5% w stosunku do 2021 r.

Należy także wskazać, że dzięki prognozie wyższych wpływów środków ze składki zdrowotnej, która jest efektem Polskiego Ładu oraz osiągniętym wskaźnikom makroekonomicznym w 2021 r., budżet NFZ zwiększył się o ponad 9,1 mld zł (zmiana planu finansowego NFZ na 2022 r. zatwierdzona w dniu 28 marca 2022 r.), z czego najwięcej środków przeznaczono na leczenie szpitalne, tj. 5,18 mld zł, w tym szpitale powiatowe.

Ponadto, w związku z ustawą z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw², która weszła w życie w dniu 29 czerwca 2022 r., w dniu 13 lipca 2022 r. Prezes AOTMiT opublikował obwieszczenie w sprawie rekomendacji Nr 65/2022 w sprawie wzrostu poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w wariantcie uwzględniającym wzrost najniższego wynagrodzenia wprowadzany ww. ustawą:

https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2022/059/REK/2022%2007%2013%20BP%20Obwieszczenie%20Rekomendacja_nr_65_2022%20egz%20do%20podpisu%20RTM.pdf.

Przyjęty przez Ministra Zdrowia wariant zawarty w ww. rekomendacji, będzie się wiązać ze wzrostem wydatków płatnika o 18,5 mld zł w okresie 12 miesięcy od chwili wejścia w życie ww. ustawy. Jednocześnie należy wskazać, że w ww. wariantcie uwzględniono dodatkowo środki na wzrost wynagrodzeń dla pracowników kontraktowych i personelu pomocniczego oraz administracyjnego, a zaproponowana w nim wyższa wycena świadczeń, obejmowała również zwiększone koszty działalności placówek medycznych, co oznacza, że Minister Zdrowia zdecydował o wprowadzeniu w życie wariantu rekomendacji AOTMiT, korzystniejszego dla placówek medycznych i personelu. Należy zaznaczyć, że wprowadzona forma przekazywania środków **zapewnia możliwość elastycznego dysponowania dostępnymi środkami przez zarządzających podmiotami leczniczymi**, umożliwiając tym samym efektywne funkcjonowanie podmiotu, także w odniesieniu do zatrudnienia personelu.

Od dnia 1 sierpnia 2022 r. zwiększono cenę jednostki sprawozdawczej w ryczałcie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (zwanego dalej „PSZ”) z 1,59 zł do 1,62 zł oraz wprowadzono dla świadczeniodawców zakwalifikowanych do I stopnia poziomu PSZ zwiększenie wartości współczynnika korygującego z 1,02 do 1,04, natomiast dla świadczeniodawców zakwalifikowanych do II poziomu PSZ zwiększenie wartości współczynnika korygującego z 1,01 do 1,03.

W celu dalszej poprawy sytuacji finansowej świadczeniodawców, NFZ został zobowiązany przez Ministra Zdrowia do:

² Dz. U. poz. 1352.

- 1) wdrożenia z mocą od dnia 1 września 2022 r. współczynników korygujących, zapewniających minimalny wzrost łącznej wartości umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej podmiotów PSZ na poziomie 1,6% na okres do dnia 30 czerwca 2023 r.;
- 2) wprowadzenia współczynników dla grup JGP podlegających taryfikacji w ramach projektu choroby wewnętrzne oraz JGP z obszaru chorób układu moczowo-płciowego oraz wycen w zakresie SOR, izba przyjęć, a także nocna i świąteczna opieka zdrowotna od dnia 1 października 2022 r. do czasu wprowadzenia nowych taryf bądź wycen.

Jednocześnie informuję, że w dniu 14 grudnia 2022 r. zostało opublikowane rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 grudnia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na okres rozliczeniowy obejmujący okres od dnia 1 stycznia 2022 r. do dnia 31 grudnia 2022 r.³. Rozporządzenie to upoważniło NFZ do zwiększenia kwoty ryczałtu systemu zabezpieczenia, na podstawie art. 136c ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁴ – w przypadku świadczeniodawców, którzy przekroczyli liczbę jednostek sprawozdawczych zaplanowaną na okres rozliczeniowy obejmujący 2022 r. Pozwoli to w szczególności na przekazanie dodatkowych środków szpitalom, które wykonując zwiększoną liczbę świadczeń w warunkach epidemii lub stanu zagrożenia epidemicznego, przyczyniły się do „spłacania długu zdrowotnego” wobec pacjentów.

Co istotne, niniejsza ryczałtowa nadwyżka zostanie dodana do wartości ryczałtu szpitala za 2022 r., a tym samym wzrośnie ryczałt szpitala na 2023 r.

Ponadto, Minister Zdrowia pismem z dnia 22 lutego 2023 r., na podstawie art. 31n pkt 2c w związku z art. 31ha ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zlecił Prezesowi AOTMiT w terminie do dnia 26 maja 2023 r., dokonanie analizy oraz przygotowanie raportu w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej i wydanie rekomendacji, w związku ze wzrostem najniższego wynagrodzenia wprowadzanym ustawą z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw.

W tym samym piśmie zostało zlecone Prezesowi AOTMiT również dokonanie wariantowych analiz:

- 1) związanych ze wzrostem wynagrodzeń pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych na podstawie umów innych niż umowa o pracę;
- 2) związanych z prognozą wskaźnika inflacji w latach 2023-2024 r.;
- 3) uwzględniających symulację zmniejszenia różnic pomiędzy świadczeniodawcami w poszczególnych zakresach świadczeń wartości jednostek rozliczeniowych stosowanych w umowach zawieranych przez NFZ;
- 4) uwzględniających odrębne rozwiązania dla obszarów świadczeń zidentyfikowanych jako wymagające pilnej interwencji w zakresie zwiększenia poziomu finansowania.

Jednocześnie informuję, że obecnie jest procedowany projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, który zakłada wprowadzenie regulacji gwarantującej szpitalom, których poziom realizacji świadczeń w 2022 r. był niższy niż zakładany przy ustaleniu ryczałtu na 2022 r., wypłatę dodatkowych środków finansowych, zapewniających utrzymanie wielkości umowy ryczałtowej na dotychczasowym poziomie. Wypłata dodatku nastąpi na wniosek świadczeniodawcy, w miesięcznych transzach.

³ Dz. U. poz. 2614.

⁴ Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.

Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ zostali zobligowani do rozliczenia wypłaconych środków do końca okresu rozliczeniowego (tj. do końca 2023 r.). W przypadku podmiotów, które zrealizowały ryczałt z 2022 r. na poziomie niższym niż 90%, dodatek korygowany będzie współczynnikiem równym realizacji ryczałtu za IV kwartał 2022 r. (nie większym niż 1).

Mając na względzie powyższe, należy podkreślić, że Ministerstwo Zdrowia wspólnie z NFZ nieustannie podejmuje działania mające na celu poprawę sytuacji finansowej szpitali, w tym szpitali powiatowych, uwzględniając aktualne potrzeby.

Część IV. Wnioski, wniosek do Ministra Zdrowia, str. 16.

W odniesieniu do wniosku NIK skierowanego do Ministra Zdrowia o: „*podjęcie działań legislacyjnych zmierzających do określenia w przepisach ustawy o działalności leczniczej maksymalnego dopuszczalnego nieprzerwanego czasu pracy personelu lekarskiego zatrudnionego na podstawie umów cywilnoprawnych, w celu wyeliminowania przypadków nadmiernie długiego czasu udzielania świadczeń zdrowotnych (nieprzerwanie przez kilka dni) przez lekarzy*”, uprzejmie informuję, co następuje.

Od lat jedną z istotnych przyczyn nadmiernego wydłużania czasu pracy personelu medycznego, w tym lekarzy, jest deficyt kadr medycznych. W celu zwiększenia liczby osób wykonujących zawody medyczne, Ministerstwo Zdrowia podejmuje działania zmierzające do zwiększenia dostępności do kształcenia na kierunkach medycznych. Wyeliminowanie nieprawidłowości, na które w wynikach kontroli wskazuje NIK, a polegających na nadmiernie długim czasie udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych, a więc z przekroczeniem maksymalnych dobowych i tygodniowych norm czasu pracy oraz z naruszeniem przepisów o obowiązkowych okresach odpoczynku określonych w art. 93-97 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁵ (zwanej dalej „ustawą o działalności leczniczej”), nie będzie możliwe do zrealizowania bez zapewnienia stopniowego, stałego wzrostu kadr medycznych.

Obowiązujące przepisy prawa, w tym w szczególności ustawa o działalności leczniczej oraz ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry⁶, dopuszczają zatrudnianie w podmiocie leczniczym osób wykonujących zawód medyczny, w tym lekarzy, zarówno na podstawie umowy o pracę, jak i umowy cywilnoprawnej. Decyzja i wybór nie tylko w zakresie miejsca pracy, ale również podstawy zatrudnienia została pozostawiona woli stron danego stosunku prawnego. Nie oznacza to oczywiście, że obecne przepisy prawa umożliwiają zupełną dowolność w kształtowaniu stosunków prawnych łączących osoby wykonujące zawód medyczny (lekarzy) z podmiotami leczniczymi. Należy podkreślić, że zawód lekarza należy do grupy zawodów zaufania publicznego, co powoduje, iż osoby go wykonujące są zobowiązane do szczególnej dbałości o prawidłowe wykonywanie czynności zawodowych. Lekarz, niezależnie od podstawy świadczenia pracy, zawierając umowę z podmiotem leczniczym, powinien mieć przede wszystkim na względzie późniejszą możliwość faktycznej realizacji postanowień umowy, na której zawarcie wyraża zgodę, zgodnie z przewidzianymi prawem zasadami wykonywania zawodu oraz deontologii zawodowej. Kodeks Etyki Lekarskiej, do którego przestrzegania jest zobowiązany każdy lekarz, wskazuje – jako nadrzędną zasadę wykonywania zawodu – dobro chorego. Określa przy tym, że z przestrzegania tej zasady nie zwalniają lekarza wymagania administracyjne, naciski społeczne czy też mechanizmy rynkowe.

Również kierownik podmiotu leczniczego, który decyduje się na zawarcie z lekarzem umowy, na podstawie której będzie wykonywana praca, powinien w taki sposób kształtować postanowienia tej umowy, aby z jednej strony zapewnić prawidłowe funkcjonowanie podmiotu leczniczego (np. ciągłość dostępu do świadczeń), z drugiej zaś –

⁵ Dz. U. z 2022 r. poz. 633, z późn. zm.

⁶ Dz. U. z 2022 r. poz. 1731, z późn. zm.

umożliwić lekarzowi takie wykonywanie pracy, aby było zapewnione bezpieczeństwo pacjentów, jak i osób świadczących pracę. Kierownik szpitala jest bowiem odpowiedzialny, zgodnie z ustawą o działalności leczniczej, za właściwe całościowe zarządzanie podległym mu podmiotem leczniczym, w tym za takie kształtowanie stosunków prawnych łączących szpital z lekarzami, które pozwoli zabezpieczyć przede wszystkim dobro pacjenta (przepracowany lekarz bez wątplenia nie daje rękojmi zapewnienia należytej opieki nad pacjentami).

Wynikające z ustawy o działalności leczniczej maksymalne dobowe i tygodniowe normy czasu pracy, wymagane okresy odpoczynku oraz zasady pełnienia dyżurów medycznych odnoszą się wyłącznie do pracowników w rozumieniu art. 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy⁷. Obecnie w Ministerstwie Zdrowia nie są prowadzone prace nad wprowadzeniem przepisów regulujących czas pracy lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Maciej Miłkowski
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/

⁷ Dz. U. z 2022 r. poz. 1510, z późn. zm.

6.7. Opinia Prezesa NIK do stanowiska Ministra



PREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
MARIAN BANAŚ

KZD.430.006.2022
P/22/048

Warszawa, dnia 5 kwietnia 2023 r.

OPINIA

Prezesa Najwyższej Izby Kontroli

do stanowiska Ministra Zdrowia przedstawionego w trybie art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹ do Informacji o wynikach kontroli „Funkcjonowanie szpitali powiatowych”.

Najwyższa Izba Kontroli z satysfakcją przyjmuje oświadczenie Ministra Zdrowia, że wspólnie z Narodowym Funduszem Zdrowia podejmowane są działania, których celem jest poprawa sytuacji szpitali, w tym szpitali dla których organem właścicielskim lub założycielskim są powiaty. Potwierdza to ustalenia i wnioski sformułowane przez Izbę w niniejszej informacji.

Analiza treści stanowiska Ministra Zdrowia do przedłożonej informacji o wynikach kontroli wskazuje jednocześnie na niepokojące zjawiska. Wynika z niego w szczególności, że szereg kosztów ponoszonych przez szpitale powiatowe nie zależy od decyzji zarządczych ich kierownictw, lecz jest efektem decyzji podmiotów trzecich. W ostatnich latach istotnym czynnikiem wpływającym na kondycję finansową szpitali były regulacje dotyczące wynagrodzeń kadry medycznej. Spowodowały one pogorszenie sytuacji finansowej szpitali, a w konsekwencji konieczność zwiększenia ich przychodów, czego dokonywano m.in. poprzez zmiany w wycenie świadczeń.

Niepokojącym należy również uznać fakt procedowania przez Ministra Zdrowia projektu rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, który zakłada wprowadzenie regulacji gwarantującej szpitalom, których poziom realizacji świadczeń w 2022 r. był niższy niż zakładany przy ustaleniu ryczałtu na 2022 r., wypłatę dodatkowych środków, zapewniających utrzymanie wielkości umowy ryczałtowej na dotychczasowym poziomie. Wypłata tego dodatku nie jest w żaden sposób powiązana z realizacją świadczeń dla pacjentów. Brak jest zatem bodźca stymulującego do działań zmierzających do zmniejszenia liczby osób oczekujących na udzielenie świadczeń.

W ocenie NIK w działaniach wspierających funkcjonowanie szpitali powiatowych powinno uwzględniać się interes pacjentów. System ochrony zdrowia powinien funkcjonować przede wszystkim dla nich.

PREZES
Najwyższej Izby Kontroli

Marian Banaś

¹ Dz. U. z 2022 r. poz. 623.