



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Departament Zdrowia

KZD.410.007.01.2022

Grzegorz Krycki
Dyrektor
Szpital Matki Bożej Nieustającej Pomocy
w Wołominie
ul. Gdyńska 1/3, 05-200 Wołomin

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/22/048 „Funkcjonowanie szpitali powiatowych”

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Szpital Matki Bożej Nieustającej Pomocy w Wołominie ul. Gdyńska 1/3, 05-200 Wołomin, dalej: „Szpital”.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Grzegorz Krycki, Dyrektor od 6 czerwca 2019 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Organizacja i realizacja świadczeń zdrowotnych. 2. Sytuacja ekonomiczno-finansowa szpitala.
Okres objęty kontrolą	Lata 2020-2022 (I półrocze) z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeśli zdarzenia mające wówczas miejsce miały wpływ na kontrolowany okres.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia.
Kontrolerzy	1. Maciej Szustowicz, p.o. wicedyrektor departamentu, upoważnienie do kontroli nr KZD/51/2022 z 27 lipca 2022 r. 2. Marlena Poletek-Fudala, doradca prawny, upoważnienie do kontroli nr KZD/52/2022 z 27 lipca 2022 r.

(akta kontroli str. 1-2)

¹ Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: „ustawa o NIK”.

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W Szpitalu w okresie 2020-2022 (I półrocze) organizacja i realizacja świadczeń zdrowotnych była właściwa pomimo stwierdzonych nieprawidłowości. Szpital znajdował się w trudnej sytuacji ekonomicznej, ale nieprzerwanie realizował swoje podstawowe statutowe zadanie polegające na udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz promocji zdrowia.

W okresie objętym kontrolą Szpital podejmował działania zmierzające do poprawy efektywności funkcjonowania, które nie były jednak skuteczne. Szpital nieprawidłowo udzielał zamówień na wykonywanie świadczeń zdrowotnych podmiotom prowadzącym działalność leczniczą lub osobom kwalifikującym się fachowymi kwalifikacjami do udzielania tych świadczeń. Podkreślenia wymaga, że nie zabezpieczono należycie bezpieczeństwa zdrowotnego zarówno pacjentów, jak i lekarzy, dopuszczając do pełnienia dyżurów lekarskich nieprzerwywanym odpowiednim czasem odpoczynku.

Pozostałe stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły w szczególności:

- pobierania opłat za udzielanie świadczeń zdrowotnych od ubezpieczonych pacjentów, uprawnionych do ich zyskania jako finansowanych ze środków publicznych;
- opóźnienia w dokonywaniu przeglądu technicznego sprzętu i aparatury medycznej;
- braku aktualnych i zgodnych ze stanem faktycznym wpisów do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
- nieopracowania i przedstawienia do zaopiniowania Radzie Społecznej planów finansowych Szpitala na lata 2020-2022 w terminie umożliwiającym gospodarkę finansową na ich podstawie od 1 stycznia danego roku;
- niedokonania zmian w rocznym planie finansowym w sytuacji przekroczenia zaplanowanych przychodów i kosztów;
- nieterminowego regulowania zobowiązań i tym samym ponoszenia kosztów finansowych z tego tytułu.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej³ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Organizacja i realizacja świadczeń zdrowotnych

1.1 Wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Opis stanu faktycznego

W okresie objętym kontrolą w księdze rejestrowej Szpitala wprowadzono 11 zmian w zakresie funkcjonowania komórek organizacyjnych. W rejestrze podmiotów leczniczych, jako funkcjonujące, zostały wskazane: poradnia endokrynologiczna, poradnia endokrynologiczna (dla dzieci), poradnia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, poradnia leczenia bólu oraz pracownia cytologiczna. Poradnie zostały wpisane do Księgi rejestrowej w okresie poprzedzającym postępowanie o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Po zakończonym konkursie, w wyniku którego nie zawarto umowy z NFZ, nie dokonano wykreślenia ww. komórek organizacyjnych (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

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

³ Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

Szpital nie posiadał aktualnego i zgodnego ze stanem faktycznym wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. W rejestrze wykazano cztery poradnie i jedną pracownię, które faktycznie nie funkcjonowały. Było to niezgodne z art. 107 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁴, stosownie do którego 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.

Dyrektor wyjaśnił, że: „...ponieważ nie wiemy kiedy i jaki konkurs na udzielanie świadczeń zostanie ogłoszony przez NFZ, dlatego z ostrożności nie dokonano niektórych wykreśleń z Księgi rejestrowej, bo aby przystąpić do konkursu z NFZ należy dysponować w odpowiednim zakresie wpisem w ww. Księdze”. Dodatkowo wskazał, że „Jednak jeśli chodzi o poradnię leczenia bólu wyjaśniam, że działalność ta nie została rozpoczęta, ponieważ nie otrzymaliśmy z Narodowego Funduszu Zdrowia kontraktu na realizację świadczeń w tym zakresie. Poradnia ta została wpisana do Księgi rejestrowej od 2.04.2021 r., gdyż bez tego wpisu nie mogliśmy przystąpić do ogłoszonego wówczas przez NFZ konkursu. Ponieważ konkurs na świadczenia w ramach poradni leczenia bólu może odbyć się w najbliższym czasie, nie usuwamy tego wpisu z Księgi rejestrowej, szczególnie że jest to kierunek działalności leczniczej, który chcemy rozwijać w naszej placówce. Polecilem, aby natychmiast zostały zgłoszone do Księgi rejestrowej porządkujące zmiany, które wprowadzono w Regulaminie organizacyjnym Szpitala”.

Dyrektor Szpitala złożył dodatkowe wyjaśnienia, w których wskazał, że podjął decyzję o pozostawieniu w Księdze rejestrowej wpisu dotyczącego pracowni cytologii, poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, poradni endokrynologicznej dla dzieci, leczenia bólu oraz poradni otolaryngologicznej dla dzieci i dostosowania zapisów w Regulaminie organizacyjnym.

NIK zwraca uwagę, że postanowienia udl nie uzależniają terminu złożenia wniosku o dokonanie zmiany w rejestrze od czasu zakończenia procedury konkursowej na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Przepis wskazuje jednoznacznie termin 14 dni od zaistnienia zmian.

(akta kontroli str. 722, 2725-2731, 2736-2737)

1.2 Regulamin organizacyjny

Opis stanu
faktycznego

Zarządzeniem nr 58/2020 Dyrektora Szpitala Matki Bożej Nieustającej Pomocy w Wołominie z dnia 1 października 2020 r. wprowadzono Regulamin Organizacyjny. Treść Regulaminu organizacyjnego odpowiada wymogom wskazanym w art. 24 udl. Stwierdzono rozbieżności pomiędzy jego treścią a stanem faktycznym oraz wpisami w Księdze rejestrowej Szpitala (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 723-837, 887-894)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

⁴ Dz. U. z 2022 r. poz. 633, ze zm., dalej: „udl”.

Występowały następujące rozbieżności pomiędzy księgą rejestrową podmiotu leczniczego a regulaminem organizacyjnym⁵:

- zgodnie z zapisem działu III Księgi rejestrowej funkcjonowały poradnie endokrynologiczna, neonatologiczna, otolaryngologiczna (dla dzieci), preluksacyjna, leczenia bólu (Lp. 3, 11, 22, 30, 127), natomiast w § 9 Regulaminu organizacyjnego nie wydzielono takich komórek organizacyjnych;

- zgodnie z zapisem działu III Księgi rejestrowej funkcjonował oddział neurologiczny i pododdział udarowy przy oddziale neurologicznym (Lp. 45, 96), natomiast w § 9 Regulaminu organizacyjnego wydzielono komórkę organizacyjną pod nazwą: „Oddział neurologiczny z pododdziałem udarowym”;

- zgodnie z zapisem działu III Księgi rejestrowej funkcjonował oddział chorób wewnętrznych i nefrologii oraz stacja dializ (Lp. 99, 52), natomiast w § 9 Regulaminu organizacyjnego wydzielono komórkę organizacyjną pod nazwą: „Oddział chorób wewnętrznych i nefrologii ze stacją dializ”;

- zgodnie z zapisem działu III Księgi rejestrowej funkcjonowała pracownia bakteriologii badań serologicznych, pracownia echokardiografii, fizjoterapii, EMG (Lp. 76, 80, 91, 124), natomiast w § 9 Regulaminu organizacyjnego nie wydzielono takich komórek organizacyjnych;

- zgodnie z zapisem działu III Księgi rejestrowej funkcjonowała Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna dla Dorosłych oraz Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna dla Dzieci (Lp. 125, 126), natomiast w § 9 Regulaminu organizacyjnego wydzielono komórkę organizacyjną pod nazwą: „Podstawowa Opieka Zdrowotna – Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna”.

Ponadto nie uaktualniono § 7 ust. 4 lit. a) Regulaminu organizacyjnego odnośnie miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W § 7 ust. 4 lit. a) Regulaminu było wskazane, że „świadczenia zdrowotne całodobowe – hospitalizacje i świadczenia zdrowotne ambulatoryjne – poradnictwo specjalistyczne przy ul. Gdyńskiej 1/3, 05-200 Wołomin”. Natomiast faktycznie część poradni w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej znajduje się na ulicy Sasina 15, 05-200 Wołomin.

Również nie uaktualniono § 7 ust. 4 lit. b) Regulaminu organizacyjnego, odnośnie miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej. W § 7 ust. 4 lit. b) Regulaminu wskazano, że miejscem udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej dla dorosłych i dla dzieci jest siedziba przy ulicy Sasina 15, 05-200 Wołomin. Natomiast faktycznie poradnia jest ulokowana w budynku przy ulicy Gdyńskiej 1/3.

(akta kontroli str. 723-837, 887-894)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że podmiot leczniczy jest w trakcie rozbudowy i reorganizacji, której wynikiem ma być nowy Regulamin organizacyjny. Bez względu na toczące się prace nad opracowaniem nowego Regulaminu organizacyjnego, polecił przygotowanie ujednoczenia zapisów w Regulaminie z Księgą rejestrową.

(akta kontroli str. 2730-2731)

1.3 Kadra zarządzająca

Opis stanu
faktycznego

W okresie objętym kontrolą 88 osób było zatrudnionych na stanowiskach kierowniczych. Dyrektor Szpitala został powołany uchwałą Zarządu Powiatu Wołomińskiego z 5 czerwca 2019 r. Tryb zatrudnienia trzech pracowników nastąpił

⁵ Stan na dzień 29 lipca 2022 r.

w oparciu o przepisy określone w art. 49 ust. 3-6a udl oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą⁶. Postępowanie konkursowe na Ordynatora Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii zostało wszczęte trzy miesiące po zwolnieniu stanowiska. W ogłoszeniach na stanowisko Ordynatora Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Ordynatora Okulistyki brakowało wszystkich wymaganych informacji (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 836-885)

Oddziałem Ginekologiczno-Położniczym kierował lekarz na stanowisko którego nie było konieczności przeprowadzenia konkursu zgodnie z § 22 Regulaminu organizacyjnego oraz art. 49 ust. 7 udl.

(akta kontroli str. 723-837)

W połowie zbadanych postępowań konkursowych na stanowisko Pielęgniarek Oddziałowych⁷ nie przestrzegano terminu przeprowadzenia postępowania konkursowego (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 858-885)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Nie wszczęto postępowania konkursowego na stanowisko Ordynatora Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii w terminie 2 miesięcy od dnia zwolnienia stanowiska objętego konkursem, co naruszało postanowienia § 3 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą.

W treści ogłoszenia na stanowisko Ordynatora Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Ordynatora Oddziału Okulistycznego brakowało informacji o zasadach udostępniania materiałów informacyjnych o stanie prawnym, organizacyjnym i ekonomicznym podmiotu leczniczego, co naruszało § 9 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że „To niedopatrzenie ze strony Szpitala. Polecilem osobie odpowiedzialnej za przeprowadzanie konkursów na stanowiska kierownicze w naszej placówce dolożyć wszelkich starań, by procedury konkursowe odbywały się zgodnie z obowiązującymi przepisami, aby w przyszłości uniknąć podobnych sytuacji obarczonych błędami”.

(akta kontroli str. 836-837, 840-857, 876-885)

2. Nie kontynuowano procedury konkursowej na stanowiska Pielęgniarki Oddziałowej w Oddziałach: Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Oddziału Okulistycznego, Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i Oddziału Chorób Wewnętrznych, do czego Szpital był zobowiązany zgodnie z § 16 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą.

W przypadku stanowisk Pielęgniarki Oddziałowej:

⁶ Dz. U. z 2021 r. poz. 430.

⁷ Próbą objęto 8 postępowań konkursowych.

- Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii postępowanie konkursowe wszczęte 15 grudnia 2015 r. zakończyło się niewyłonieniem kandydatki na stanowisko, kolejna procedura konkursowa została wszczęta 14 września 2021 r.;
- Oddziału Okulistycznego brak powołania komisji konkursowej od sierpnia 2017 r., kolejna procedura konkursowa została wszczęta 14 września 2021 r.;
- Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej brak powołania komisji konkursowej od września 2018 r., kolejna procedura konkursowa została wszczęta 14 września 2021 r.;
- Oddziału Chorób Wewnętrznych brak powołania komisji konkursowej od sierpnia 2019 r., kolejna procedura konkursowa została wszczęta 14 września 2021 r.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że „...w chwili obecnej niemożliwe jest wyjaśnienie przyczyn braku kontynuacji procedury konkursowej w przypadku Pielęgniarki Oddziałowej OAIT oraz przyczyn, z powodu których nie zostały powołane komisje konkursowe na stanowiska Pielęgniarek Oddziałowych na Oddziałach: Okulistycznym, Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej oraz Chorób Wewnętrznych z uwagi na fakt, że osoby odpowiedzialne w tym czasie za przeprowadzenie postępowań konkursowych już nie są zatrudnione w Szpitalu, a w dokumentacji nie widnieje żadna pisemna adnotacja, wyjaśniająca powody tych zaniechań.

(...) zorganizowanie konkursów na stanowiska Pielęgniarek Oddziałowych zostało zaplanowane na marzec 2020 roku. Jednak z uwagi na rozpoczęcie pandemii COVID-19 konkursy przeprowadzane przez Izbę Pielęgniarską zostały wstrzymane. (...) Mając cały czas na uwadze niezgodność obsadzonych stanowisk z obowiązującymi przepisami, procedury konkursowe na wskazane w piśmie stanowiska Pielęgniarek Oddziałowych zostały przygotowane w pierwszym możliwym terminie, czyli we wrześniu 2021 roku i przeprowadzone w grudniu 2021 roku”.

(akta kontroli str. 884-885)

1.4 Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Szpital w okresie objętym kontrolą miał zawarte z NFZ umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie: podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, w tym leczenia szpitalnego, świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanej w warunkach ambulatoryjnych i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy, oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej; świadczeń kontraktowanych odrębnie (m.in. dializoterapii, kompleksowego leczenia ran przewlekłych; programów lekowych – m.in.: leczenie cukrzycowego obrzęku płamki, leczenie stwardnienia rozsianego, leczenie przewlekłej pokrzywki spontanicznej); rehabilitacji leczniczej⁸; programu pilotażowego – „Profilaktyka 40 PLUS”; ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w zakresie kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nad pacjentem z chorobą przewlekłą (KAOS). Wartość tych umów wynosiła w 2019 r. – 93 145,5 tys. zł; w 2020 r. – 90 650,2 tys. zł; w 2021 r. – 89 112,4 tys. zł; w I półroczu 2022 r. – 50 326,5 tys. zł.

Liczba pacjentów objętych leczeniem szpitalnym wyniosła w 2019 r. – 17 275, 2020 r. – 10 527, w 2021 r. – 19 321, a w I półroczu 2022 r. 11 257. Leczeniem ambulatoryjnym objęto w 2019 r. - 111 314 pacjentów, w 2020 r. – 89 806, w 2021 r. – 101 730, zaś w I półroczu 2022 r. – 59 195.

⁸ W tym rehabilitacja osób niepełnosprawnych – Program rządowy.

W szpitalu na podstawie umowy o pracę oraz umów cywilnoprawnych było zatrudnionych w 2019 r. – 990 osób (w tym 728 pracowników medycznych), analogicznie w kolejnych latach: 2020 r. – 1012 (770 pracowników medycznych), 2021 r. – 1045 (801 pracowników medycznych), 2022 r. – 965 (717 pracowników medycznych).

W oddziałach szpitalnych⁹ znajdowały się w 2019 r. – 257 łóżka, w 2020 r. – 247 łóżka, w 2021 r. – 247 łóżka, a w I półroczu 2022 r. – 254 łóżka.

W okresie objętym kontrolą świadczenia zdrowotne były udzielane w 14 oddziałach szpitalnych¹⁰, zakładzie rehabilitacji, 23 poradniach, 14 pracowniach oraz w ramach nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej.

(akta kontroli str. 886)

1.5 Informacje o godzinach i miejscach udzielania świadczeń oraz pozostałe informacje określone w OWU

Opis stanu faktycznego

Na tablicach informacyjnych w miejscach udzielania świadczeń zdrowotnych w podmiocie leczniczym w obiekcie przy ulicy Gdyńskiej 1/3 oraz w obiekcie przy ulicy Sasina 15, 05-200 Wołomin nie widniały wszystkie informacje, które świadczeniodawca zobowiązany był podać zgodnie z § 11 ust. 4 Załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹¹ (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 887-895)

Stwierdzone nieprawidłowości

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

1. W holu przy wejściu głównym do Szpitala¹² brakowało następujących informacji:
 - a) o godzinach i miejscach udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach świadczeń;
 - b) informacji na temat udogodnień dla osób niepełnosprawnych;
 - c) imion i nazwisk osób kierujących pracą komórki organizacyjnej;
 - d) miejsc i godzin udzielania świadczeń przez podwykonawców, jeżeli zachodzi potrzeba poinformowania o tym świadczeniobiorców;
 - e) zasad zapisów na porady i wizyty, z uwzględnieniem świadczeń udzielanych w warunkach domowych;
 - f) trybu składania skarg i wniosków u świadczeniodawcy;
 - g) praw pacjenta;
 - h) zasad potwierdzania prawa do świadczeń;
 - i) numerów telefonów alarmowych "112" i "999" obsługiwanych w ramach systemu powiadamiania ratunkowego;
 - j) adresu i numeru bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta;
 - k) adresu i numeru telefonu właściwej miejscowo komórki do spraw skarg i wniosków NFZ;
 - l) adresu i numeru telefonu właściwej komórki wskazanej przez Prezesa NFZ, w której świadczenioborca uzyska informację o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez innych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z NFZ,

⁹ Wg księgi rejestrowej.

¹⁰ W tym: Izba Przyjęć, Stacja Dializ oraz Blok Operacyjny.

¹¹ Dz. U. z 2022 r. poz. 787, ze zm.

¹² Budynek przy ulicy Gdyńskiej 1/3, 05-200 Wołomin.

średnim czasie oczekiwania na dane świadczenie opieki zdrowotnej oraz o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia.

Dyrektor wyjaśnił, że „Podniesiony w piśmie § 11 ust. 4 Załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. nie nakłada na Szpital obowiązku zamieszczenia informacji wymienionych w podpunktach od a) do l) konkretnie w holu przy wejściu głównym do Szpitala, a w miejscu udzielania świadczeń. Większość wspomnianych informacji znajduje się na oddziałach Szpitala. Z uwagi na zmianę logotypu, szaty graficznej oraz zmianę sytuacji epidemiologicznej, w ostatnim czasie systematycznie zmieniane są, aktualizowane, w poszczególnych komórkach organizacyjnych Szpitala tablice z niezbędnymi informacjami.

Natomiast w kwestii informacji dotyczącej posiadanych w placówce udogodnień dla osób niepełnosprawnych, kompletna treść dostępna jest na stronie internetowej Szpitala – <https://szpitalwolomin.pl/deklaracja-dostepnosci>”.

(akta kontroli str. 2730-2731)

NIK zwraca uwagę, że hol przy wejściu głównym do Szpitala (z uwagi na układ jego pomieszczeń) jest pierwszym miejscem kontaktu pacjenta z podmiotem leczniczym. Jest to miejsce, w którym uzyskuje on informacje na temat zasad udzielania świadczeń zdrowotnych w podmiocie leczniczym, do którego się zgłasza. Podmiot leczniczy jest zobowiązany do umieszczenia informacji wskazanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w sposób kompleksowy. Obowiązujące przepisy prawa nie przewidują okoliczności, w których Szpital jest zwolniony z tego obowiązku. Nawet jeżeli podejmowane są czynności mające na celu jego rozbudowę i reorganizację.

2. W miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych ambulatoryjnej opieki specjalistycznej¹³ brakowało informacji:

- a) na temat udogodnień dla osób niepełnosprawnych;
- b) imion i nazwisk osób udzielających świadczeń oraz godzin i miejsca ich udzielania w ramach poradni otolaryngologicznej (dla dzieci);
- c) miejsc i godzin udzielania świadczeń przez podwykonawców;
- d) trybu składania skarg i wniosków u świadczeniodawcy;
- e) numerów telefonów alarmowych "112" i "999" obsługiwanych w ramach systemu powiadamiania ratunkowego;
- f) adresu Biura Rzecznika Praw Pacjenta;
- g) adresu właściwej miejscowo komórki do spraw skarg i wniosków NFZ;
- h) adresu i numeru telefonu właściwej komórki wskazanej przez Prezesa NFZ, w której świadczeniobiorca uzyska informację o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez innych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z NFZ, średnim czasie oczekiwania na dane świadczenie opieki zdrowotnej oraz o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia.

(akta kontroli str. 887-895)

Dyrektor wyjaśnił, że kompletna treść udogodnień dla osób niepełnosprawnych dostępna jest na stronie internetowej Szpitala – <https://szpitalwolomin.pl/deklaracja-dostepnosci>.

W ocenie NIK zamieszczenie informacji o udogodnieniach dla osób niepełnosprawnych na stronie internetowej jest niewystarczające i nie spełnia warunków określonych w obowiązujących przepisach¹⁴. Zgodnie z przepisami Szpital

¹³ Budynek przy ulicy Gdyńskiej 1/3, 05-200 Wołomin.

¹⁴ § 11 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

ma obowiązek umieszczenia tej informacji w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych.

(akta kontroli str. 2730-2731)

3. Podmiot leczniczy nie umieścił na zewnątrz budynku znajdującego się przy ulicy Gdyńskiej 1/3, w miejscu ogólnie dostępnym, tablicy ze znakiem Narodowego Funduszu Zdrowia zgodnie z § 11 ust. 2 Załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Dyrektor wyjaśnił, że „...w czasie remontu w holu głównym, w związku z adaptacją pomieszczeń na parterze dla Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej oraz w związku z rozpoczęciem rozbudowy i ustawieniem przez wykonawcę WARBUD ogrodzenia, obie tablice zostały zdjęte. Nie wróciły na swoje miejsce przez niedopatrzenie i konieczność przekierowania w tym czasie całej uwagi i pracy Szpitala na działania związane z walką z wirusem SARS-CoV-2. Zgodnie z moim poleceniem odpowiednia tablica została już zamówiona i w najbliższym czasie zostanie zainstalowana przed wejściem głównym do Szpitala, na ścianie zewnętrznej budynku”.

(akta kontroli str. 2736-2737)

4. Na tablicach informacyjnych w miejscach ogólnodostępnych w podmiocie leczniczym w obiekcie przy ulicy Sasina 15, 05-200 Wołomin nie widniały wszystkie aktualne informacje, które świadczeniodawca zobowiązany był podać zgodnie z § 11 ust. 4 Załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W obiekcie brakowało następujących informacji:

- informacji na temat udogodnień dla osób niepełnosprawnych;
- miejsc i godzin udzielania świadczeń przez podwykonawców, jeżeli zachodzi potrzeba poinformowania o tym świadczeniobiorców;
- zasad zapisów na porady i wizyty, z uwzględnieniem świadczeń udzielanych w warunkach domowych;
- numerów telefonów alarmowych „112” i „999” obsługiwanych w ramach systemu powiadamiania ratunkowego.

Dyrektor w ramach złożonych wyjaśnień poinformował, że polecił niezwłocznie uzupełnić brakujące informacje.

(akta kontroli str. 2736-2737)

5. Na tablicy informacyjnej przed rejestracją do poradni specjalistycznych znajdujących się na ulicy Gdyńskiej 1/3 nie ma wskazanej zgodnie z § 11 ust. 4 Załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, informacji o osobach udzielających świadczeń zdrowotnych oraz miejscu i godzinach ich udzielania w zakresie poradni otolaryngologicznej (dla dzieci), chorób wewnętrznych oraz pediatricznej.

Dyrektor wyjaśnił, że polecił pilnie uzupełnić brakujące informacje.

(akta kontroli str. 2736-2737)

W wyniku czynności kontrolnych NIK w Szpitalu podjęto działania mające na celu umieszczenie kompleksowych informacji wymaganych obowiązującymi przepisami.

(akta kontroli str. 887-894)

1.6 Kolejność dostępu do świadczeń medycznych

Opis stanu faktycznego

Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego oraz w zakresie leczenia ambulatoryjnego określają zapisy Regulaminu

Organizacyjnego¹⁵. W szpitalu obowiązuje procedura przyjęcia pacjenta do doraźnie utworzonego oddziału zakaźnego¹⁶.

(akta kontroli str. 723-835, 938-950)

Zgodnie z § 13 i § 22 Regulaminu organizacyjnego, harmonogram przyjęć oraz listy pacjentów oczekujących na przyjęcie prowadzone są w komórkach organizacyjnych.

Osobami odpowiedzialnymi za prowadzenie harmonogramów oraz list są Ordynatorzy/Kierownicy poszczególnych komórek. Rejestracja pacjentów na świadczenia planowe w ramach hospitalizacji odbywa się w każdy dzień roboczy w godzinach pracy sekretariatów oddziałów. Natomiast rejestracja na świadczenia zdrowotne udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej odbywa się według kolejności zgłaszania w dniach pracy poradni, od poniedziałku do piątku w godzinach 7.00-20.00. W szpitalu honorowane są szczególne uprawnienia pacjentów, którym świadczenia udzielane są poza kolejnością wynikającą z prowadzonej listy oczekujących. W przypadku, gdy udzielenie świadczenia nie jest możliwe w dniu zgłoszenia wyznaczony jest inny termin, przy czym dla świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nie przekracza on 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia, a dla pozostałych świadczeń, w pierwszym możliwym terminie. Listy oczekujących prowadzone są w formie elektronicznej. Pacjenci mogą rejestrować się osobiście, telefonicznie, za pośrednictwem osób trzecich lub elektronicznie.

(akta kontroli str. 723-835, 896-937, 1058-1063)

Harmonogram przyjęć był prowadzony dla kategorii pacjentów pierwszorazowych (w tym posiadający prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej), kontynuujących leczenie. Potrzeby zdrowotne pacjentów wpisywanych do harmonogramu przyjęć kwalifikuje się jako przypadek pilny, przypadek stabilny.

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

(akta kontroli str. 951-1057)

Podmiot leczniczy nie zapewniał świadczeniobiorcom możliwości umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamianie o terminie udzielenia świadczenia. Znajdująca się na stronie internetowej zakładka „Dla pacjenta, e-usługi” była nieaktywna (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 1767)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

Nie zapewniono świadczeniobiorcom możliwości umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamianie o terminie udzielenia świadczenia zgodnie z art. 23a ustawy

¹⁵ § 15 i 19.

¹⁶ Procedura QP33/ZS – data wydania 24 stycznia 2022 r.

z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁷.

Zgodnie z wyjaśnieniami Dyrektora, w Szpitalu zidentyfikowano istotne nieprawidłowości w możliwości umawiania się pacjentów na wizyty drogą elektroniczną, które są analizowane i usuwane.

(akta kontroli str. 1767)

W trakcie kontroli NIK w Szpitalu usunięto błędy na stronie internetowej, umożliwiając pacjentom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty.

1.7 Personel udzielający świadczeń zdrowotnych

Opis stanu faktycznego

Szczegółowej kontroli poddano realizację świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Szpital w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym Kliniki Ginekologii i Położnictwa Uczelni Łazarskiego i Oddziale Chorób Wewnętrznych. Zatrudnieni tam lekarze i pielęgniarki byli wykazani w załączniku nr 2 „Harmonogram-zasoby” do umowy z NFZ. Osoby wymienione w załącznikach do umów, posiadały stosowne kwalifikacje, tj. wymagany w danej specjalności stopień specjalizacji. Zmiany personelu zgłaszane były drogą elektroniczną do oddziału NFZ i aktualizowane w formie aneksów do umów.

(akta kontroli str. 1159-1297, 1302-1489, 1496-1701)

Zarządzeniem nr 57/2020 Dyrektora Szpitala z 1 października 2020 r. wprowadzono minimalne normy zatrudnienia personelu medycznego w komórkach organizacyjnych. W kolejnych latach normy zatrudnienia wprowadzono odpowiednio Zarządzeniem nr 7/2021 oraz Zarządzeniem nr 27/2022. Zatrudnienie pielęgniarek i położnych było zgodne z określonymi przez Dyrektora Szpitala minimalnymi normami.

(akta kontroli str. 1153-1158, 1298-1301, 1490-1495, 1702-1707)

Czas pracy personelu medycznego był zgodny z harmonogramami pracy. Na podstawie § 15 Regulaminu pracy pracownicy fakt przybycia do pracy potwierdzali własnoręcznym podpisem na liście obecności¹⁸. Zgodnie z § 25 Regulaminu pracy nadzór nad pracownikiem sprawuje bezpośredni przełożony. W Regulaminie pracy wskazano szczegółowy czas pracy poszczególnych pracowników zatrudnionych w Szpitalu, w trzymiesięcznym okresie rozliczeniowym. Rozkład czasu pracy był stosowany zgodnie z harmonogramami pracy. Kierownicy komórek organizacyjnych niewystarczająco nadzorowali potwierdzanie obecności przez pracowników (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 1067-1152)

Stwierdzone nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

Kierownicy komórek organizacyjnych nie sprawowali dostatecznego nadzoru nad potwierdzaniem obecności przez pracowników. Stwierdzono, że 1 kwietnia 2021 r. w grafiku widniał pracownik, który na liście obecności był oznaczony jako nieobecny. Natomiast w tym dniu był oddelegowany przez pracodawcę na staż, co nie zostało w należyty sposób zweryfikowane i oznaczone.

¹⁷ Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, ze zm., dalej: „ustawa o świadczeniach”.

¹⁸ Regulamin pracy Szpitala Powiatowego w Wołominie – Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej z 15 maja 2015 r.

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

(akta kontroli str. 2102-2367)

Dyrektor w wyjaśnieniach potwierdził powyższe sytuacje i wskazał, że powstały w wyniku nieuwagi pracowników oraz braku dostatecznej weryfikacji.

(akta kontroli str. 2756-2758)

1.8. Użytkowanie sprzętu i aparatury wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych

Opis stanu faktycznego

Sprzęt i aparatura medyczna w Szpitalu była poddawana badaniom i kontroli (przeeglądom technicznym). W 30 % badanych przypadków¹⁹ wystąpiło opóźnienie w dokonaniu przeglądu technicznego aparatury medycznej (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 892-895, 1709-1762)

Stwierdzone nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

Nie wykonano w zalecanym przez autoryzowany serwis terminie przeglądów technicznych trzech wykorzystywanych aparatów:

- ultrasonografu znajdującego się w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym (nr inwentarzowy 802-1315-10/19) – 47 dni opóźnienia;
- aparatu do znieczulenia Falcon Z Respirat znajdującego się w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym (nr inwentarzowy 802-496-12/04) – 93 dni opóźnienia²⁰;
- aparatu do znieczulenia Fabius CE znajdującego się w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym (nr inwentarzowy 802-581-10/07) – zgodnie z przekazaną kartą techniczną przegląd techniczny zalecany był do końca kwietnia 2020 r., natomiast został wykonany 21 maja 2020 r., tj. 21 dni po terminie. Kolejny przegląd zalecany był do końca listopada 2020 r., natomiast został wykonany 22 grudnia 2020 r., tj. 22 dni po terminie.

(akta kontroli str. 1709-1737)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że brak wykonania przeglądów technicznych w terminie spowodowane było przesuwaniem terminów przez firmy wykonujące przeglądy techniczne. Przyczyną były braki kadrowe związane z zachorowaniami serwisantów.

(akta kontroli str. 884-885, 1708)

NIK zwraca uwagę, że zgodnie z art. 90 ust. 6-9 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych²¹ Szpital był zobowiązany do posiadania aktualnego przeglądu stanu technicznego sprzętu i aparatury medycznej. Aktualne przeglądy zapewniają bezpieczne użytkowanie wobec pacjentów i osób obsługujących. Obowiązujące w trakcie kontroli przepisy, w związku z zagrożeniem epidemicznym na terenie kraju, nie zwalniają Szpitala z obowiązku dokonywania przeglądów technicznych użytkowanego sprzętu i aparatury medycznej.

¹⁹ Próbą objęto 10 sztuk aparatury medycznej.

²⁰ Pomimo braku aktualnego przeglądu technicznego wykonano znieczulenie przy użyciu aparatu do znieczulenia Falcon Z Respirat (nr inwentarzowy 802-496-12/04)

²¹ Dz. U. z 2021 r. poz. 1565 – uchylona z dniem 26 maja 2022 r. Obecnie obowiązuje ustawa z dnia 7 kwietnia 2022 r. (Dz. U. z 2022 r. poz. 974).

Opis stanu faktycznego

1.9 Udzielanie zamówień na wykonywanie świadczeń zdrowotnych

W okresie objętym kontrolą na zlecenie Szpitala świadczeń zdrowotnych udzielano, na podstawie 410 zawartych umów cywilnoprawnych²², w tym przez 33 podmioty wykonujące działalność leczniczą²³.

Szpital zlecał podmiotom zewnętrznym wykonywanie świadczeń zdrowotnych z zakresu m.in. usług lekarskich, usług pielęgniarских i położniczych, badań laboratoryjnych, badań diagnostyki obrazowej.

W latach 2020-2022 (do końca I półrocza) wartość zrealizowanych zamówień na świadczenia zdrowotne udzielone bez przeprowadzenia procedur konkursowych lub procedur przetargowych wyniosła łącznie 53 022,7 tys. zł, w tym w konkursach 272 umów oraz 138 bez procedury konkursowej.

(akta kontroli str. 2070-2090)

Spośród siedmiu objętych analizą postępowań konkursowych o udzielenie zamówień na wykonywanie świadczeń zdrowotnych wszystkie zostały przeprowadzone w trybie konkursu ofert na podstawie ustawy o działalności leczniczej. Umowy zostały zawarte w formie pisemnej. Przed dniem wszczęcia postępowania w stosunku do czterech postępowań nie szacowano wartości tych zamówień (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 1832-2038)

W przypadku czterech z siedmiu badanych postępowań, w trybie konkursu ofert na podstawie udl przedmiot zamówienia został opisany zbyt ogólnie (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 1832-1898)

Zamawiający weryfikował otrzymane oferty w ramach analizowanych postępowań, zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert.

W okresie objętym kontrolą Szpital zlecał udzielanie świadczeń medycznych osobom fizycznym nieprowadzącym działalności gospodarczej na podstawie ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny²⁴. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że tak duża liczba umów zlecenia zawarta z personelem medycznym, zamiast umowy o pracę, spowodowana była głównie brakiem chętnych do zatrudnienia na podstawie umowy o pracę. Konkurs na świadczenia medyczne został ogłoszony 1 stycznia 2022 r. i jest stale otwarty do 31 grudnia 2024 r. (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 1763-1764, 2070-2088)

Kontrola weryfikacji norm czasu pracy, obsady dyżurów prowadzona była na bieżąco przez kierowników poszczególnych komórek organizacyjnych. Ponadto grafiki osób zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych były weryfikowane na podstawie rzeczywistego harmonogramu pracy potwierdzonego przez kierującego komórką organizacyjną.

Analizie poddano czas pracy personelu medycznego w lipcu 2020 r., kwietniu 2021 r. oraz czerwcu 2022 r. (w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym Kliniki Ginekologii i Położnictwa Uczelni Łazarskiego i Oddziale Chorób Wewnętrznych). Czterech lekarzy świadczyło pracę ponad dwie doby bez przerw na odpoczynek. Nie mieli oni

²² Z 360 osobami: 252 osoby prowadzące działalność gospodarczą w ramach indywidualnych i specjalistycznych praktyk zawodowych oraz 108 osób wykonujących zawód medyczny (osoby uprawnione na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny).

²³ Podmiot leczniczy, o którym mowa w art. 4 udl.

²⁴ Dz. U. z 2022 r. poz. 1360.

tym samym zapewnionego prawa do nieprzerwanego odpoczynku (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 2102-2367)

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu kontrola merytoryczna dowodów księgowych prowadzona była w oparciu o Instrukcję sporządzania, kontroli i obiegu dokumentów²⁵.

Analiza faktur i rachunków wystawionych przez osoby udzielające świadczeń zdrowotnych wykazała, że dowody zostały poprawnie zweryfikowane, stawki na fakturach i rachunkach były zgodne z rzeczywiście wykonanymi obowiązkami. Podstawą rozliczenia była dołączana ewidencja czasu pracy, potwierdzona przez kierownika komórki organizacyjnej i zatwierdzana przez głównego księgowego, a następnie przez właściwego dyrektora.

(akta kontroli str. 1768-1771, 2039-2069)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W Szpitalu nie szacowano wartości zamówienia w przeprowadzanych postępowaniach konkursowych. Cztery umowy zawarte po przeprowadzonych postępowaniach konkursowych²⁶ nie zostały poprzedzone oszacowaniem ich wartości, co było niezgodne z art. 26a ustawy o działalności leczniczej.

Dyrektor wyjaśnił, że zmienna sytuacja rynkowa, duża rotacja personelu medycznego oraz ich roszczenia w zakresie wynagrodzeń spowodowały brak dokonania szacowania umów przed rozpoczęciem postępowania konkursowego.

(akta kontroli str. 1763-1764)

2. Przedmiot zamówienia w ramach postępowań, o których mowa powyżej, został opisany 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). Naruszało to 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.

Zdaniem Dyrektora przedmiot zamówienia określony w umowach zawierał informacje, które Przyjmujący zamówienie uznał za wystarczające. Wskazał, że udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywa się na podstawie harmonogramów pracy ustalanych w porozumieniu z personelem medycznym. Dodał również, że większość lekarzy od lat współpracuje ze Szpitalem i zna jego specyfikę, natomiast potencjalni nowi kandydaci uzyskują niezbędne informacje.

NIK nie podziela powyższego stanowiska, gdyż sformułowanie: „Przedmiotem postępowania konkursowego jest udzielanie świadczeń zdrowotnych przez personel lekarski w oddziałach szpitalnych i poradniach” nie odpowiada wymogom określonym w art. 140 ust. 1 ustawy o świadczeniach, tj. opis taki nie był jednoznaczny i wyczerpujący. Opis przedmiotu zamówienia bez określenia jego zakresu ilościowego, tzn. bez podania minimalnej liczby osób niezbędnych do realizacji zamówienia i/lub maksymalnej liczby godzin świadczenia usług, naruszył obowiązek wyczerpującego opisu przedmiotu zamówienia.

(akta kontroli str. 1763-1764)

²⁵ Zarządzenie nr 3/2020 Dyrektora Szpitala Matki Bożej Nieustającej Pomocy w Wołominie.

²⁶ Umowy nr: 11/149/2022, 11/14/2022, 11/172/2022, 11/107/2022.

3. Do opisu przedmiotu zamówienia w szczegółowych warunkach konkursu ofert w czterech postępowaniach nie zastosowano nazw i kodów określonych we Wspólnym Słowniku Zamówień²⁷, pomimo takiego obowiązku określonego w art. 141 ust 4 ustawy o świadczeniach w zw. z art. 26 ust. 4 udl.

Dyrektor wyjaśnił, że „...niezastosowano nazw i kodów określonych we Wspólnym Słowniku Zamówień, ale opis przedmiotu zamówienia został określony w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert”.

Zdaniem NIK wskazanie kodu CPV przy określaniu przedmiotu zamówienia ma na celu w szczególności umożliwienie jednolitej klasyfikacji przedmiotu zamówienia i wykluczenie wątpliwości i sporów związanych z jego charakterystyką. W związku z czym Szpital powinien dochować wszelkich starań, aby na etapie ogłaszania konkursów ofert wskazywać kod CPV poprawnie identyfikujący przedmiot zamówienia.

(akta kontroli str. 1763-1764)

4. W Szpitalu trwa otwarty konkurs na świadczenie usług zdrowotnych. Nie był on poprzedzony analizą potrzeb i nie dokonywano szacowania wartości umów zawieranych z osobami posiadającymi fachowe kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych. Było to niezgodne z art. 28, art. 29 w zw. z art. 91 ustawy z dnia 11 września 2019 r. prawo zamówień publicznych²⁸, który nakłada na Zamawiającego zakaz podziału zamówień lub zaniżania ich wartości celem uniknięcia stosowania przepisów ustawy.

Dyrektor wyjaśnił, że w podmiocie od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2024 r. jest kolejny otwarty konkurs na stanowiska medyczne. Jest to otwarty konkurs, który podyktowany jest powszechną w systemie ochrony zdrowia rotacją kadry medycznej. W związku z dużą fluktuacją brak było możliwości precyzyjnego szacowania wartości poszczególnych umów kontraktowych.

(akta kontroli str. 1767)

5. Niezapewniono należyte bezpieczeństwo zdrowotnego pacjentów, jak i lekarzy, dopuszczając do pełnienia nieprzerwanie dyżurów przez personel lekarski. Sytuacja ta miała miejsce cztery razy w miesiącu lipcu 2020 r. oraz raz w czerwcu 2022 r. (odpowiednio trzech lekarzy pełniło dyżury przez 52 godziny i jeden lekarz przez 66 godzin).

Dyrektor wyjaśnił, że lekarze byli zatrudnieni na podstawie umów cywilnoprawnych i tak długie dyżury były podyktowane brakami personelu medycznego z uwagi na okres wakacyjny.

Takie obciążenie lekarzy może prowadzić do niewłaściwego zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentom. W ocenie NIK, mimo że przepisy Kodeksu pracy 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.

(akta kontroli str. 2102-2367, 2756-2758)

²⁷ 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.

²⁸ Dz. U. z 2022 r. poz. 1710 oraz wcześniej obowiązującej ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Dz. U. z 2019 r. poz. 1843.

1.10 Pobieranie opłat od pacjentów

Opis stanu faktycznego

Zasady pobierania opłat za świadczenia zdrowotne zostały uregulowane w § 30 Regulaminu organizacyjnego. Wysokość opłat określono w Załączniku nr 2. Informacja ta widnieje również na stronie internetowej Szpitala.

(akta kontroli str. 723-835)

W Szpitalu obowiązuje Zarządzenie Dyrektora określające warunki na usługi komercyjne wykonywane przez personel Pracowni Fizjoterapii²⁹.

(akta kontroli str. 2392)

Szpital pobierał opłaty od ubezpieczonych pacjentów za świadczenia gwarantowane objęte kontraktem zawartym z NFZ (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 2382-2390)

Stwierdzone nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

Szpital pobierał opłaty za udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne³⁰, które uprawniało ich do uzyskania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, co było sprzeczne z art. 132 ust. 1 w związku z art. 193 pkt 4 ustawy o świadczeniach.

W kontrolowanej próbie świadczeniobiorców, od których pobierano opłaty, 187 ze 199 posiadało uprawnienia do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Łączna kwota wniesionych przez nich opłat wyniosła 38,5 tys. zł.

(akta kontroli str. 2368-2373, 2382-2390)

Dyrektor wyjaśnił, że świadczenia komercyjne w Pracowni Fizjoterapii w pierwszej kolejności udzielane są w ramach umowy zawartej z NFZ. Z uwagi na limit wyznaczony przez umowę oraz duże zapotrzebowanie i zainteresowanie pacjentów, wykraczające poza ww. umowę świadczenia udzielane są odpłatnie. Natomiast świadczenia komercyjne udzielane w Pracowni Endoskopii są udzielane pacjentom, którzy zgłosili się bez skierowania lub ze skierowaniem wystawionym przez lekarzy prywatnych.

(akta kontroli str. 2391)

11. Nadzór i kontrola nad działalnością szpitala

Opis stanu faktycznego

W latach 2020-2022 (I półrocze) Szpital był kontrolowany przez pięć podmiotów zewnętrznych, które łącznie przeprowadziły 13 kontroli, z tego:

1. Jedną kontrolę przeprowadził Narodowy Fundusz Zdrowia. Dotyczyła ona „Realizacji i rozliczania/sprawozdawania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, w wybranych zakresach świadczeń, związanych z ponowną hospitalizacją w okresie krótszym niż 14 dni”. W wyniku kontroli stwierdzono nieprawidłowości w zakresie zgodności z zawartą umową sposobu rozliczania udzielonych świadczeń zdrowotnych, co skutkowało wezwaniem Szpitala do zwrotu kwoty w wysokości 2,5 tys. zł tytułem nienależnie przekazanych środków finansowych naliczonych na podstawie § 28 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. NFZ nałożył karę umowną w wysokości 16,4 tys. zł. Szpital wykonał zalecenia pokontrolne.

(akta kontroli str. 2393-2455)

²⁹ Zarządzenie nr 7/2020 Dyrektora Szpitala Matki Bożej Nieustającej Pomocy w Wołominie z dnia 27 stycznia 2020 r.

³⁰ Świadczenia udzielane w pracowni endoskopowej i fizjoterapii w I połowie 2022 r.

2. Jedną kontrolę przeprowadził Konsultant wojewódzki w dziedzinie chorób zakaźnych dla województwa mazowieckiego oraz Konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny ratunkowej dla województwa mazowieckiego w zakresie „...oceny prawidłowości całości postępowania personelu medycznego oraz prawidłowości procesu diagnostyczno-terapeutycznego zastosowanego wobec pacjentki A.K.". Konsultant wojewódzki w dziedzinie chorób zakaźnych stwierdził, że procedury regulujące postępowanie w przypadku izolacji pacjenta, zawierający wykaz jednostek chorobowych, w przypadku których była obowiązkowa lub też zalecana izolacja chorego – nie uwzględniał infekcji SARS-CoV-2 i innych współczesnych chorób o wysokim stopniu zakaźności oraz w Instrukcji dotyczącej postępowania z odpadami medycznymi nie wymieniono wirusa SARS-CoV-2. Szpital wykonał zalecenia pokontrolne.

(akta kontroli str. 2456-2511)

3. Trzy kontrole przeprowadziło Starostwo Powiatowe w Wołominie, dotyczyły one w dwóch przypadkach realizacji wybranych planowanych działań naprawczych zawartych w Programie Naprawczym Szpitala oraz spraw obronnych.

(akta kontroli str. 2512-2612, 2636-2666, 2688-2691)

4. Jedną kontrolę przeprowadził Mazowiecki Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny, dotyczyła zabezpieczenia środków odurzających i substancji psychotropowych znajdujących się na stanie Apteki Szpitalnej i jednostek organizacyjnych podmiotu leczniczego. WIF stwierdził, że ewidencja przychodowo-rozchodowa leków psychotropowych grupy III-P i IV-P generowana z systemu aptecznego nie zawiera wszystkich niezbędnych danych.

(akta kontroli str. 2613-2627)

5. Siedem kontroli zostało przeprowadzonych przez Państwową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną, a dotyczyły one:

- przestrzegania zasad reżimu sanitarnego na SOR. PSSE nie stwierdziła nieprawidłowości w zakresie przestrzegania reżimu sanitarnego;
- mobilnego punktu pobrań wymazów COVID-19, przestrzegania zasad reżimu sanitarnego. PSSE nie stwierdziła nieprawidłowości;
- ogniska epidemicznego o etiologii *Clostridioides difficile* w Oddziale Chorób Wewnętrznych (piętro II). PSSE nie stwierdziła nieprawidłowości;
- ogniska epidemicznego o etiologii *Acinetobacter baumannii* w OAiIT. PSSE nie stwierdziła nieprawidłowości;
- ogniska epidemicznego o etiologii *Clostridioides difficile* w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Nefrologii. PSSE nie stwierdziła nieprawidłowości;
- ogniska epidemicznego o etiologii *Acinetobacter baumannii* i *Klebsiella pneumoniae* MBL (+) w OAiIT. PSSE nie stwierdziła nieprawidłowości;
- ogniska epidemicznego o etiologii *Clostridioides difficile* w Oddziale Neurologii. PSSE nie stwierdziła nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 2628-2635, 2667-2687, 2692-2721)

OCENA CZĄSTKOWA

Pomimo stwierdzonych nieprawidłowości i sytuacji związanej ze stanem epidemii SARS-Cov-2 Szpital nieprzerwanie realizował swoje zadanie polegające na organizacji i realizacji udzielania świadczeń zdrowotnych. Niemniej jednak Szpital nie posiadał aktualnego wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, a w Regulaminie organizacyjnym występowały rozbieżności pomiędzy jego treścią a stanem faktycznym oraz wpisami w Księdze rejestrowej. Pojawiły się nieprawidłowości w zatrudnianiu kadry zarządzającej komórkami organizacyjnymi.

Wystąpiły opóźnienia w dokonywaniu przeglądu technicznego sprzętu i aparatury medycznej. Nieprawidłowości wystąpiły przy zlecaniu wykonywania usług medycznych podmiotom zewnętrznym. Szpital udzielał świadczeń komercyjnych tożsamyh z tymi, które były objęte umową z NFZ.

OBSZAR

Opis stanu faktycznego

2. Sytuacja ekonomiczno-finansowa szpitala

2.1 Dokumentacja opisująca przyjęte zasady rachunkowości

Zarządzeniem nr 12/2016 Dyrektora Szpitala z 31 sierpnia 2016 r. wprowadzono zasady (politykę) rachunkowości. Zasady te były dwukrotnie zmieniane³¹. Dokumentacja opisująca przyjęte zasady (polityka) rachunkowości spełniała wymogi określone w art. 10 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości³². Stwierdzono rozbieżności pomiędzy zakładowym planem kont określonym w zasadach (polityce) rachunkowości a systemem finansowo-księgowym /FK/ (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 3-50, 250-376).

Stwierdzone nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

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.

(akta kontroli str. 3-50, 250-376).

Dyrektor Szpitala wyjaśnił: „Zgodnie z umowami na finansowanie projektów z UE jesteśmy zobligowani do odrębnej ewidencji dla tych projektów. W związku z brakiem możliwości technicznej zmiany na kontach 241 i 845 wprowadzono odpowiednio konta 242 i 846 (takie same zasady funkcjonowania jak 241 i 845). Zostały one ujęte w najbliższej aktualizacji zakładowego planu kont”.

(akta kontroli str. 582-585).

NIK zauważa, że stosownie do art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. a) ustawy o rachunkowości 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.

2.2 Wdrożenie standardów rachunku kosztów

Opis stanu faktycznego

Plan kont zespołu 4 i 5, klucze podziałowe, rozdzielniki kosztów wspólnych oraz wycena procedur medycznych były zgodne z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców³³ oraz zostały opracowane terminowo.

(akta kontroli str. 15-22, 389-391, 579-581, 630-632).

2.3 Plan finansowy

Opis stanu faktycznego

Podstawą gospodarki samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jest plan finansowy ustalany przez kierownika (art. 53 udl).

³¹ Zarządzenie nr 3/2020 z 3 lutego 2021 r. (wejście w życie od dnia 1 stycznia 2021 r.) i zarządzenie nr 29/2022 z 25 lipca 2022 r. (z mocą obowiązującą od 1 stycznia 2022 r.).

³² Dz. U. z 2021 r. poz. 217, ze zm.

³³ Dz. U. poz. 2045.

Plany finansowe Szpitala na rok 2020, 2021 i 2022, ustalone przez Dyrektora Szpitala odpowiednio 9 marca 2020 r., 31 grudnia 2020 i 31 grudnia 2021 r. zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną uchwałami V-18/2020 z 9 czerwca 2020 r., IX-30/2021 z 22 czerwca 2021 r. i XI-38/2022 z 21 kwietnia 2022. Plan na 2020 r. został złożony w Starostwie Powiatowym 9 marca 2020 r., na 2021 r. – 15 czerwca 2021 r., a na 2022 – 12 kwietnia 2022 r. (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 51-108).

W 2020 r. wykonano przychody o 2 239,2 tys. zł wyższe od zaplanowanych, tj. 102,1% planu. Z kolei łączne koszty zrealizowano na poziomie wyższym od zakładanego o 7 445,8 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 5 788,0 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 8 195,1 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).

Zarówno w 2020, jak i 2021 roku nie dokonywano zmian w planie finansowym (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 109-156, 168-376)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Plany finansowe Szpitala na lata 2020-2022 nie zostały opracowane i przedstawione do zaopiniowania Radzie Społecznej w terminie umożliwiającym gospodarce finansową na ich podstawie od 1 stycznia danego roku.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że plany te zostały opracowane w terminie umożliwiającym gospodarce finansową na ich podstawie od 1 stycznia danego roku, a termin uzyskania opinii Rady Społecznej nie został sprecyzowany w obowiązujących przepisach.

Najwyższa Izba Kontroli nie może zgodzić się z argumentacją, że podstawą gospodarowania środkami Szpitala może być plan finansowy ustalony jedynie przez Dyrektora. Dopiero pozytywna opinia Rady Społecznej daje podstawę Dyrektorowi do prowadzenia gospodarki finansowej. Kierownik 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).

(akta kontroli str. 51-108, 157-160)

2. W roku 2020 i w 2021 w sytuacji przekroczenia zaplanowanych przychodów i kosztów nie dokonano zmian w rocznym planie finansowym, do czego zobowiązuje art. 52 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych³⁴.

Jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala niecelowym było korygowanie planu w ostatniej dekadzie miesiąca grudnia, nie znając ostatecznych przychodów z NFZ. Ponadto podał, że zapisy art. 52 ust. 2 i 3 ustawy o finansach publicznych nie przystają do rzeczywistości w związku z polityką prowadzoną przez NFZ.

Należy mieć na uwadze, że 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.

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.

(akta kontroli str. 51-156, 157-160, 168-376)

2.4 Struktura przychodów i kosztów

Opis stanu faktycznego

Przychody Szpitala ogółem w okresie 2019 r. – I połowa 2022 r. wynosiły odpowiednio: 105 561,3 tys. zł, 112 205,9 tys. zł, 141 500,4 tys. zł i 61 375,0 tys. zł. Największy udział w przychodach stanowiły środki z NFZ (blisko 90%).

Z kolei koszty ogółem w analogicznym okresie wyniosły odpowiednio: 103 965,8 tys. zł, 114 318,5 tys. zł, 137 299,6 tys. zł i 67 404,3 tys. zł. Największą pozycję w kosztach stanowiły wynagrodzenia z tytułu umów o pracę oraz usługi obce medyczne. Udział wynagrodzeń z tytułu umów o pracę w kosztach ogółem sukcesywnie malował z 39,32% w 2019 r. do 33,24% w I połowie 2022 r. Odwrotna sytuacja miała miejsce w przypadku usług obcych medycznych. Ich udział w kosztach ogółem sukcesywnie rósł z 22,11% w 2019 r. do 29,74% w I połowie 2022 r.

Jedynie średnio ok. 25% komórek organizacyjnych działalności leczniczej Szpitala (ogółem 33 jednostki) odnotowywało dodatni wynik finansowy, tj. generowało przychody przewyższające koszty. W 2019 r. było to siedem jednostek, w 2020 r. – osiem, w 2021 r. – 10 i w I połowie 2022 r. – pięć.

Jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala: „...Zbyt niska wycena procedur medycznych świadczonych przez jednostki organizacyjne powodują ponoszenie kosztów, które nie znajdują dostatecznego odzwierciedlenia w przychodach i z tytułu świadczeń medycznych, co przyczynia się do ponoszenia przez większość z nich straty na działalności...”. Podejmowanych jest szerego działań w celu poprawy efektywności ekonomicznej jednostek organizacyjnych, zarówno jeśli chodzi o stronę kosztową, jak i przychodową. Obecnie uruchomione zostają zabiegi endoprotezoplastyki barku na Oddziale Ortopedycznym w celu pełniejszego wykorzystania nielimitowanych środków NFZ.

(akta kontroli str. 250-376, 462-464, 630-633)

2.5 Należności

Opis stanu faktycznego

Wg stanu na 30 czerwca 2022 należności ogółem wyniosły 9 619,8 tys. zł. Należności nieprzeteterminowane stanowiły 84,6% należności ogółem. Wśród należności

³⁴ Dz. U. z 2021 r. poz. 305, ze zm.

przeterminowanych największy udział miały te z przedziału powyżej 12 miesięcy, tj. 9,8% należności ogółem na kwotę 938,8 tys. zł. Ogółem na 30 czerwca 2022 r. kwota należności wymagalnych wyniosła 1485,3 tys. zł.

Szpital w latach 2020-2022 (I półrocze) nie dokonywał umorzeń należności.

Szczegółowym badaniem objęto trzy przeterminowane należności kontrahentów o numerach: 6755 (35,4 tys. zł), 8289 (48,9 tys. zł) i 9006 (36,9 tys. zł) (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 167, 392-435)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. NIK krytycznie ocenia przyjętą w Szpitalu praktykę zgłaszania do Działu Prawnego jedynie należności powyżej 1 tys. zł w celu egzekwowania na drodze sądowej.

Zgodnie z § 6 ust. 11 zasad (polityki) rachunkowości Szpitala: „...wobec należności nie wyegzekwowanych w ciągu sześciu miesięcy podejmuje się decyzję o ich windykacji sądowej lub spisaniu, zgodnie z interesem ekonomicznym Szpitala i rokowaniami dotyczącymi możliwości ich odzyskania”.

(akta kontroli str. 3-22, 427)

Jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala próg ten ustalony był przy współpracy z działem prawnym, biorąc pod uwagę interes ekonomiczny, np. ponoszone koszty związane z odzyskiwaniem należności, czy też możliwości wyegzekwowania wierzytelności. Dopóki istnieje możliwość odzyskania wierzytelności nie są one spisywane.

NIK zwraca uwagę, że zgodnie z art. 42 ust. 5 ustawy o finansach publicznych – jednostki sektora finansów publicznych są obowiązane do ustalania przypadających im należności pieniężnych, w tym mających charakter cywilnoprawny, oraz terminowego podejmowania w stosunku do zobowiązanych czynności zmierzających do wykonania zobowiązania. Tym samym jednostka sektora finansów publicznych jest zobowiązana do podejmowania wszelkich dopuszczalnych przez prawo czynności i stosowanie instytucji prawnych, których celem jest doprowadzenie do wykonania przez dłużnika zaciągniętego zobowiązania dobrowolnie albo w drodze zastosowania przewidzianych przez prawo środków przymusu.

2. W przypadku kontrahenta 8289 nastąpiła 10-miesięczna zwłoka w skierowaniu sprawy na drogę sądową. Termin zapłaty należność 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.

Jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala pierwotnie pozew został złożony w lutym jednak z uwagi na braki formalne został uzupełniony i powtórnie złożony.

W ocenie NIK złożone wyjaśnienia świadczą o niedochowaniu należytej staranności i nie zmieniają faktu zwłoki w podjęciu windykacji sądowej.

2.6 Działania podejmowane w celu uzyskania należności z tytułu wystąpienia straty netto będącej wynikiem nałożenia na spzoz obowiązków, wynikających z prawa powszechnie obowiązującego

Opis stanu
faktycznego

Szpital nie podejmował działań w celu uzyskania należności z tytułu wystąpienia straty netto w niepełnym roku obrotowym 2021 będącej wynikiem nałożenia na spzoz obowiązków, wynikających z prawa powszechnie obowiązującego (konsekwencje wyroku z 20 listopada 2019 r. „K 4/17” Trybunału Konstytucyjnego, który wszedł

w życie 29 maja 2021 r.) z uwagi na brak okoliczności uzasadniających takie działania.

(akta kontroli str. 166)

2.7 Zobowiązania

Opis stanu faktycznego

Zobowiązania i rezerwy na zobowiązania na koniec roku 2020 i 2021 wynosiły odpowiednio: 85 854,4 tys. zł, 100 550,1 tys. zł.

(akta kontroli str. 168-247)

Kwota zobowiązań wymagalnych wyniosła na koniec 2020 r. 9 291,4 tys. zł, na koniec 2021 r. – 4 877,7 tys. zł, a na 30.06.2022 r. – 8 176,8 tys. zł. W okresie objętym kontrolą Szpital ponosił koszty finansowe z tytułu nieuregulowanych w terminie zobowiązań (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 517-576)

Stwierdzone nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

W okresie objętym kontrolą Szpital nie regulował terminowo swoich zobowiązań i tym samym ponosił koszty finansowe z tego tytułu. Koszty zapłaconych odsetek z tytułu nieuregulowanych w terminie zobowiązań wyniosły w 2020 r. 128,3 tys. zł, w 2021 – 511,7 tys. zł i w I połowie 2022 r. – 218,7 tys. zł.

Zgodnie z art. 43 ust. 3 pkt 3 ustawy o finansach publicznych wydatki publiczne powinny być dokonywane w wysokości i terminach wynikających z wcześniej zaciągniętych zobowiązań.

(akta kontroli str. 643-669)

Jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala wynikało to 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. Równocześnie Szpital podejmuje szereg działań mających minimalizować konieczność płacenia odsetek: zawieranie porozumień o zrzeczeniu się prawa naliczania odsetek, wydłużanie terminów płatności, dbanie o dobre relacje z kontrahentami czy prośby o umorzenie odsetek.

(akta kontroli str. 642)

2.8 Bilansowanie przychodów z kosztami

Opis stanu faktycznego

W 2020 r. odnotowano na koniec roku stratę w kwocie 4048,7 tys. zł. W 2021 r. zysk netto wyniósł 31,4 tys. zł. Wynik ten osiągnięto w związku z pokryciem przez NFZ większości kosztów realizowanych przez szpital świadczeń, głównie związanych z COVID-19. Wg stanu na 30.06.2022 r. strata netto wyniosła 6675,4 tys. zł.

W 2021 r. nierozliczone straty z lat ubiegłych wyniosły 48 002,6 tys. zł

(akta kontroli str. 168-249, 630-633)

W październiku 2021 r. – w związku z zamknięciem roku 2020 stratą – Szpital stosownie do postanowień art. 59 ust. 4 udl sporządził program naprawczy na lata 2021 – 2023. Uchwałą nr XXXIX-390/2021 Rady Powiatu Wołomińskiego z 25 listopada 2021 r. zatwierdzono ten program.

(akta kontroli str. 588-629)

2.9 Wskaźniki ekonomiczno-finansowe

Opis stanu faktycznego

Wskaźniki efektywności finansowej Szpitala przedstawiały się następująco:

- wskaźnik zyskowności netto wynosił: (-)3,61% na koniec 2020 r. i 0,02 % na koniec 2021 r., co wskazuje na niską efektywność finansową całokształtu działalności Szpitala,
- wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej wynosił: (-)3,23% na koniec 2020 r. i 0,72% na koniec 2021 r., co wskazuje na niską efektywność finansową działalności operacyjnej Szpitala (bez uwzględnienia przychodów i kosztów finansowych);
- wskaźnik zyskowności aktywów wynosił: (-)5,68% na koniec 2020 r. i 0,04% na koniec 2021 r., co wskazuje na niską rentowność zaangażowanych aktywów;
- wskaźnik bieżącej płynności wynosił: 0,57 na koniec 2020 r. i 0,63 na koniec 2021 r., co wskazuje na niską zdolności do spłaty bieżących zobowiązań majątkiem obrotowym (tj. bez konieczności zbycia aktywów trwałych);
- wskaźnik szybkiej płynności wynosił: 0,49 na koniec 2020 r. i 0,55 na koniec 2021 r., co wskazuje na zagrożenie dla szybkiego regulowania bieżących zobowiązań Szpitala;
- wskaźnik rotacji należności (w dniach) wynosił: 51 na koniec 2020 r. i 41 na koniec 2021 r., co oznacza że Szpital oczekuje na zapłatę średnio 51 i 41 dni (nie dotyczy nadwykonań rozliczanych na koniec roku);
- wskaźnik rotacji zobowiązań (w dniach) wynosił: 68 na koniec 2020 r. i 50 na koniec 2021 r., co oznacza że Szpital regulował swoje zobowiązania średnio po 68 i 50 dniach od ich powstania;
- wskaźnik zadłużenia aktywów wynosił: 66,53% na koniec 2020 r. i 51,10% na koniec 2021 r., co oznacza że ponad 66% i 51% wartości aktywów finansowane było w Szpitalu zobowiązaniami faktycznymi i potencjalnymi;
- wskaźnik wypłacalności wynosił: (-)6,28 na koniec 2020 r. i (-)5,76 na koniec 2021 r., co przy ujemnych kapitałach Szpitala nie poddaje się interpretacji.

Z analizy wartości dostępnych wskaźników wynikało m.in., że pomimo swojej ujemnej wartości wskaźnik wypłacalności zmniejszył swoją wartość do poziomu najniższego od rozpoczęcia monitorowania tego wskaźnika na bazie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowym niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej³⁵.

(akta kontroli str. 484-488, 501-506)

2.10 Raport o sytuacji ekonomiczno-finansowej

Opis stanu faktycznego

Raporty o sytuacji ekonomiczno-finansowej Szpitala za rok 2019, 2020 i 2021 zostały sporządzone terminowo oraz zawierały wszystkie elementy określone w art. 53a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Raporty te nie zostały udostępnione na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Szpitala (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 465-516)

Stwierdzone nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

Szpital nie upublicznił swoich raportów o sytuacji ekonomiczno-finansowej za rok 2019, 2020 i 2021 w Biuletynie Informacji Publicznej Szpitala, do czego zobowiązywał go art. 53a ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

³⁵ Dz. U. poz. 832. Weszło w życie z dniem 10 maja 2017 r.

W trakcie kontroli raporty te zostały zamieszczone w Biuletynie Szpitala w zakładce „Plan finansowy”³⁶.

(akta kontroli str. 577-578)

2.11 Zarządzanie mieniem

Opis stanu faktycznego

W latach 2020 – I półrocze 2022 majątek Szpitala był wykorzystywany przez inne podmioty na podstawie zawartych umów najmu. W tym okresie obowiązywało 19 umów najmu, zawartych z 15 podmiotami. Przychody z najmu i opłat towarzyszących w I połowie 2022 r. wyniosły 838,1 tys. zł.

W wyniku analizy trzech umów stwierdzono, że były one zawierane zgodnie z zasadami określonymi w Uchwale Nr XV – 146/2012 z dnia 28 lutego 2012 r. w sprawie zasad zbycia, oddania w dzierżawę, najem użytkowanie lub użyczenie aktywów trwałych stanowiących własność, będących w użytkowaniu lub użytkowaniu wieczystym Szpitala Powiatowego w Wołominie – SZPZOZ

(akta kontroli str. 436-462, 635-638)

OCENA CZĄSTKOWA

Pomimo stwierdzonych nieprawidłowości i trudnej sytuacji ekonomicznej Szpital nieprzerwanie realizował swoje podstawowe statutowe zadanie polegające na udzielaniu świadczeń zdrowotny i promocji zdrowia.

IV. Wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, przedstawia następujące wnioski:

Wnioski

1. Zgłaszanie organowi prowadzącemu rejestr wszelkich zmian danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania.
2. Ujednolicenie Regulaminu organizacyjnego w sposób zgodny ze stanem faktycznym.
3. Przeprowadzanie konkursów na stanowiska kierownicze zgodnie z obowiązującymi przepisami.
4. Dokonywanie analizy potrzeb i szacowania wartości zleczanych świadczeń zdrowotnych.
5. Dokładne opisywanie przedmiotu zamówień oraz stosowanie nazw i kodów określonych we Wspólnym Słowniku Zamówień.
6. Planowanie pełnienia dyżurów personelu lekarskiego, niezależnie od formy zatrudnienia w sposób zapewniający odpowiedni czas odpoczynku.
7. Zaprzestanie pobierania opłat od pacjentów posiadających ubezpieczenie zdrowotne, które uprawnia ich do uzyskania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.
8. Wprowadzenie procedur bieżącego monitorowania zakładowego planu kont i niezwłocznego aktualizowania planu w razie potrzeby.
9. Opracowanie i przedstawienie do zaopiniowania Radzie Społecznej planu finansowego Szpitala na 2023 r. w terminie umożliwiającym gospodarkę finansową na jego podstawie od 1 stycznia.

³⁶ <https://www.e-bip.org.pl/szpitalwolomin/848>. Dostęp 30 września 2022 r.

10. Wprowadzenie procedur umożliwiających niezwłoczne dokonywanie zmian w planie finansowym w sytuacji przewidywanego przekroczenia zaplanowanych przychodów i kosztów.

11. Odstąpienie od praktyki zgłaszania do Działu Prawnego jedynie należności powyżej 1 tys. zł w celu egzekwowania na drodze sądowej i prowadzenie egzekucji należności wszelkimi możliwymi środkami zgodnie z interesem ekonomicznym Szpitala i rokowaniami dotyczącymi możliwości ich odzyskania.

12. Zintensyfikowanie działań zapewniających płynność finansową Szpitala.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

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

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

Warszawa, **19** października 2022 r.

Kontrolerzy
Maciej Szustowicz

.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Departament Zdrowia
Dyrektor

p.o. DYREKTORA
Departamentu Zdrowia
Marcin Stolarczyk

.....
podpis

Marlena Połetek-Fudala

.....
podpis