



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura w Opolu

LOP.410.9.1.2024

Pan Krzysztof Nazimek  
Dyrektor  
Specjalistycznego Szpitala  
im. Ks. Biskupa Józefa Nathana w Branicach  
ul. Szpitalna 18  
48-140 Branice

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/24/044 – Funkcjonowanie szpitali wojewódzkich

# I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Specjalistyczny Szpital im. Ks. Biskupa Józefa Nathana w Branicach <sup>1</sup>
Kierownik jednostki kontrolowanej	Krzysztof Nazimek <sup>2</sup> , od 1 lutego 2019 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Organizacja i realizacja świadczeń zdrowotnych 2. Sytuacja ekonomiczno-finansowa szpitala
Okres objęty kontrolą	Lata 2021-2023 z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed i po tym okresie, jeśli zdarzenia mające wówczas miejsce miały wpływ na okres objęty kontrolą
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>3</sup>
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Opolu
Kontrolerzy	1. Agnieszka Haba, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOP/26/2024 z 2 kwietnia 2024 r. 2. Rafał Marynowicz, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr LOP/45/2024 z 19 kwietnia 2024 r.

(akta kontroli str. 1-2)

---

<sup>1</sup> Dalej: Szpital. Szpital nosił wcześniej nazwę Samodzielny Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. Ks. Biskupa Józefa Nathana w Branicach.

<sup>2</sup> Dalej: Dyrektor Szpitala.

<sup>3</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

## II. Ocena ogólna<sup>4</sup> kontrolowanej działalności

### OCENA OGÓLNA

Szpital realizował świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych na podstawie umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia. Regulamin Organizacyjny Szpitala zawierał, co do zasady, elementy określone w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>5</sup>, a ustalona w jego treści struktura organizacyjna jednostki odpowiadała treści wpisów w księdze rejestrowej (z wyjątkiem danych dotyczących Oddziału Sądowo-Psychiatrycznego o wzmocnionym zabezpieczeniu B5).

Dyrektor Szpitala w okresie objętym kontrolą zatrudniał kadre zarządzającą na stanowiskach wskazanych w art. 49 ust. 1 udl z zachowaniem procedury konkursowej. Zapewnił też zatrudnienie personelu medycznego na poziomie określonym w przepisach w sprawie świadczeń gwarantowanych. Nie zaktualizował natomiast minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek wprowadzonych w 2017 r., pomimo upływu określonego w przepisach terminu na dokonanie tej czynności.

W okresie objętym kontrolą obowiązywało 18 umów zawartych z podmiotami prowadzącymi działalność leczniczą oraz osobami legitymującymi się fachowymi kwalifikacjami do udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym dziewięć zawartych w wyniku przeprowadzonych konkursów. Stwierdzone w tym obszarze nieprawidłowości polegały, w szczególności, na nieuprawnionym zawieraniu aneksów, na mocy których zwiększano wynagrodzenie realizatorom tych umów oraz zmieniano okres obowiązywania umowy na czas nieokreślony.

W Szpitalu nie były aktualizowane zasady rejestrowania pacjentów oczekujących na świadczenia zdrowotne, co jednak nie powodowało nieprawidłowości w prowadzeniu list pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń.

Stwierdzono także, że obowiązująca w latach 2021-2023 polityka (zasady) rachunkowości nie zawierała niektórych wymaganych przepisami elementów, jak też nie była zaktualizowana.

W kontrolowanej jednostce wdrożono standardy rachunku kosztów, terminowo regulowano zobowiązania i co do zasady podejmowano działania w celu odzyskania należności. Szpital, z wyjątkiem jednego przypadku, prawidłowo udostępniał podmiotom trzecim posiadane nieruchomości.

W 2021 r. Szpital poniósł stratę netto, na którą wpływ miały ograniczenia w prowadzeniu działalności leczniczej spowodowane trwającą epidemią COVID-19 oraz wzrost cen towarów i usług. Opracowany dla Szpitala Program naprawczy na lata 2022-2023 został zrealizowany, co przyczyniło się do poprawy wyników w kolejnych latach. Naruszony został jednak termin udostępniania na stronie Biuletynu Informacji Publicznej raportów o sytuacji ekonomiczno-finansowej tego podmiotu.

---

<sup>4</sup> Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

<sup>5</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 779, ze zm. Dalej: udl.

### III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe<sup>6</sup> kontrolowanej działalności

OBSZAR

#### 1. Organizacja i realizacja świadczeń zdrowotnych

##### 1.1. Wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Opis stanu faktycznego

Szpital został wpisany do Rejestru Podmiotów Prowadzących Działalność Leczniczą<sup>7</sup> prowadzonego przez Wojewodę Opolskiego. Wszystkie komórki organizacyjne Szpitala określone we wpisie do Księgi Rejestrowej RPWDL wyszczególnione zostały w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala<sup>8</sup>, a ich funkcjonowanie potwierdzono podczas oględzin pomieszczeń Szpitala.

We wpisie do Księgi Rejestrowej RPWDL nie został wyszczególniony Oddział Sądowo-Psychiatryczny o wzmocnionym zabezpieczeniu B5, pomimo że ww. komórka organizacyjna wskazana została w statucie oraz Regulaminie organizacyjnym Szpitala, a jej funkcjonowanie potwierdzono w czasie oględzin. Powyższe opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 3, 8-84, 101-141, 474-495, 458-495, 533)

W okresie objętym kontrolą Szpital złożył siedem wniosków o zmianę wpisu do Księgi Rejestrowej RPWDL<sup>9</sup>. Wszystkie wnioski dotyczyły zmiany w zakresie struktury i liczby łóżek na poszczególnych oddziałach szpitalnych<sup>10</sup>. Wnioski składano na podstawie decyzji Dyrektora Szpitala, których nie udokumentowano, gdyż zdaniem Dyrektora Szpitala *tego typu decyzje są działaniami operacyjnymi i podejmowane są w ramach zwykłego procesu zarządzania Szpitalem – bez formy pisemnej*.

(akta kontroli str. 448-450, 458-473, 709-712, 749-751)

##### 1.2. Regulamin organizacyjny

W Regulaminie Organizacyjnym - zgodnie z regulacją zawartą w art. 23 ust. 1 udl - określono sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, nieuregulowane w udl lub statucie, w tym w szczególności: 1/ rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych, 2/ wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej, 3/ wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny, 4/ wysokość opłat za świadczenia zdrowotne.

W Regulaminie Organizacyjnym nie został określony przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 8-84, 204-207, 501, 740-745)

<sup>6</sup> 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.

<sup>7</sup> Dalej: RPWDL.

<sup>8</sup> W Regulaminie Organizacyjnym stanowiącym Załącznik nr 1 do Zarządzenia nr 7/2019 z dnia 1 października 2019 r. Dyrektora Szpitala w sprawie przyjęcia jednolitego tekstu Regulaminu Organizacyjnego oraz w Regulaminie Organizacyjnym stanowiącym Załącznik nr 1 do Zarządzenia nr 4/2022 z dnia 15 marca 2022 r. Szpitala w sprawie przyjęcia jednolitego tekstu Regulaminu Organizacyjnego; dalej Regulamin Organizacyjny.

<sup>9</sup> Wnioski złożone odpowiednio w dniach: 26 lutego 2021 r., 26 czerwca 2023 r.

<sup>10</sup> W tym: 1/ trzy zmiany dokonane w związku z uruchomieniem lub likwidacją łóżek „covidowych”, 2/ trzy zmiany dotyczące zwiększenia liczby łóżek w niektórych oddziałach (od jednego do ośmiu łóżek), 3/ jedna zmiana dotycząca psychiatrii sądowej o podstawowym zabezpieczeniu, dotycząca uporządkowania struktury łóżek bez zmiany ich liczby.

Regulamin Organizacyjny<sup>11</sup> wraz z załącznikami<sup>12</sup> udostępniono w Biuletynie Informacji Publicznej Szpitala oraz na stronie internetowej Szpitala<sup>13</sup>.

(akta kontroli str. 534-537)

### 1.3. Kadra zarządzająca

Kadrę zarządzającą<sup>14</sup> Szpitala stanowiło 12 osób<sup>15</sup>, z czego 10 zatrudniono w drodze konkursu, a dwóm osobom powierzono pełnienie obowiązków do czasu rozstrzygnięcia konkursu<sup>16</sup>.

(akta kontroli str. 100, 430-447, 720-721)

Szczegółowym badaniem objęto tryb zatrudnienia pięciu pracowników, tj. Naczelnej Pielęgniarki oraz czterech Pielęgniarek Oddziałowych<sup>17</sup>.

Zatrudnienie ww. pracowników na objętych badaniem stanowiskach kierowniczych nastąpiło w wyniku konkursów przeprowadzonych w oparciu o regulacje art. 49 udl oraz przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą<sup>18</sup>.

We wszystkich konkursach objętych badaniem o terminie posiedzenia Komisji Konkursowej członkowie ww. komisji nie zostali powiadomieni przez Przewodniczącego Komisji Konkursowej, lecz przez Dyrektora Szpitala. Powyższe działanie oraz inne nieprawidłowości w ramach procedury przeprowadzenia konkursów na stanowiska kadry zarządzającej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 208-447, 529-533)

### 1.4. Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

W latach 2021-2023 Szpital realizował świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych w 16 komórkach organizacyjnych, tj. sześciu oddziałach<sup>19</sup>, jednym pododdziale<sup>20</sup>, trzech poradniach<sup>21</sup>, dwóch pracowniach<sup>22</sup>, dwóch zakładach<sup>23</sup>

<sup>11</sup> Regulamin Organizacyjny obowiązujący w czasie przeprowadzanych czynności kontrolnych.

<sup>12</sup> 1/ Załącznik nr 1 Cennik usług wykonywanych odpłatnie, 2/ Załącznik nr 2 Struktura organizacyjna Działu Farmacji Szpitalnej, 3/ Załącznik nr 4 Oplata za udostępnienie dokumentacji medycznej, 4/ Zarządzenie nr 1/2022 Dyrektora Szpitala w sprawie wysokości opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny.

<sup>13</sup> W zakładce *Regulamin Organizacyjny*, w której zastosowano bezpośrednie przeniesienie na stronę Biuletynu Informacji Publicznej Szpitala.

<sup>14</sup> Tj. osoby pełniące stanowiska określone w art. 49 ust. 1 pkt 2-5 udl.

<sup>15</sup> W tym: a/ pięciu Ordynatorów, b/ Naczelna Pielęgniarka, c/ sześć Pielęgniarek Oddziałowych.

<sup>16</sup> Dyrektor Szpitala powierzył pełnienie obowiązków: a/ Pielęgniarki Oddziałowej w Oddziałach Psychiatrii Sądowej od dnia 15 listopada 2023 r. do czasu wyłonienia kandydata po przeprowadzeniu postępowania konkursowego, b/ Ordynatora Oddziału Psychiatrii Ogólnej B od dnia 1 kwietnia 2024 r. do czasu wyłonienia kandydata po przeprowadzeniu postępowania konkursowego.

<sup>17</sup> Tj.: 1/ Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Psychiatrii Ogólnej B, 2/ Pielęgniarka Oddziałowa Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego, 3/ Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej, 4/ Pielęgniarka Oddziałowa Ośrodka Terapii Uzależnień.

<sup>18</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 430. Dalej: rozporządzenie w sprawie konkursu.

<sup>19</sup> 1/ Oddział Psychiatrii Ogólnej B, 2/ Oddział Psychiatrii Ogólnej C, 3/ Oddział Sądowo-Psychiatryczny D2, 4/ Oddział Neurologiczny, 5/ Oddział Leczenia Zespołów Abstynencyjnych B7, 6/ Oddział Terapii Uzależnień od Alkoholu, 7/ Oddział Psychiatrii Sądowej o Podstawowym Zabezpieczeniu D-1.

<sup>20</sup> Pododdział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej.

<sup>21</sup> 1/ Poradnia Neurologiczna, 2/ Poradnia Zdrowia Psychicznego, 3/ Poradnia dla Osób z Problemami Alkoholowymi.

<sup>22</sup> 1/ Pracownia Elektrodiagnostyki EEG, 2/ Pracownia Terapii Zajęciowej.

<sup>23</sup> 1/ Zakład Opiekuńczo-Leczniczy K, 2/ Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy K5.

oraz Izbie Przyjęć. Na ostatni dzień roku Szpital posiadał w latach 2021-2023 odpowiednio 501 łóżek<sup>24</sup> dla pacjentów w 2021 r., 499<sup>25</sup> – w 2022 r. i 517<sup>26</sup> w 2023 r. (akta kontroli str. 110-141)

Stan zatrudnienia na ostatni dzień roku wynosił w latach 2021-2023 odpowiednio: w 2021 r. – 446 osób<sup>27</sup>, w 2022 r. – 457 osób<sup>28</sup>, w 2023 r. – 476 osób<sup>29</sup>. Spośród osób zatrudnionych w Szpitalu liczba: a/ pracowników medycznych wynosiła: w 2021 r. – 191 osób<sup>30</sup>, w 2022 r. – 198 osób<sup>31</sup>, w 2023 r. – 209 osób<sup>32</sup>, b/ pozostałych pracowników wynosiła: w 2021 r. – 255 osób<sup>33</sup>, w 2022 r. – 259 osób<sup>34</sup>, w 2023 r. – 267 osób<sup>35</sup>.

W badanym okresie w Szpitalu hospitalizowanych było: w 2021 r. – 3 249 pacjentów, w 2022 r. – 3 708 pacjentów, w 2023 r. – 3 852 pacjentów. Liczba pacjentów leczonych ambulatoryjnie wynosiła odpowiednio: w 2021 r. – 4 905, w 2022 r. – 5 204, w 2023 r. – 5 188. Wartość umów zawartych przez Szpital z Narodowym Funduszem Zdrowia<sup>36</sup> wynosiła: w 2021 r. – 41 467,4 tys. zł, w 2022 r. – 60 311,1 tys. zł, w 2023 r. – 78 373,1 tys. zł.

(akta kontroli str. 714)

Wskaźnik średniego wykorzystania łóżek szpitalnych w pierwszych trzech kwartałach poszczególnych lat objętych kontrolą wynosił od 67% do 145%, przy czym wyłącznie na Oddziale Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu D-2 nie przekroczył on 100% w żadnym z ww. okresów i wynosił od 89% do 99%. W pozostałych komórkach organizacyjnych wskaźnik wykorzystania łóżek szpitalnych w badanym okresie wynosił: 1/ na Oddziale Psychiatrii Ogólnej B – od 91% do

---

<sup>24</sup> Liczba łóżek dla pacjentów w poszczególnych komórkach organizacyjnych: 1/ Oddział Psychiatrii Ogólnej B – 66, 2/ Oddział Psychiatrii Ogólnej C – 66, 3/ Oddział Sądowo-Psychiatryczny D2 – 75, 4/ Oddział Rehabilitacji Neurologicznej – 32, 5/ Zakład opiekuńczo-Lecznicy K – 120, 6/ Oddział leczenia Zespołów Abstynencyjnych B7 – 26, 7/ Oddział Terapii Uzależnień od Alkoholu – 54, 8/ Pododdział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej – 25, 9/ Oddział psychiatrii sądowej o podstawowym zabezpieczeniu D-1 – 20, 10/ Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy K5 – 17.

<sup>25</sup> Liczba łóżek dla pacjentów w poszczególnych komórkach organizacyjnych: 1/ Oddział Psychiatrii Ogólnej B – 65, 2/ Oddział Psychiatrii Ogólnej C – 65, 3/ Oddział Sądowo-Psychiatryczny D2 – 75, 4/ Oddział Rehabilitacji Neurologicznej – 32, 5/ Zakład opiekuńczo-Lecznicy K – 120, 6/ Oddział leczenia Zespołów Abstynencyjnych B7 – 25, 7/ Oddział Terapii Uzależnień od Alkoholu – 52, 8/ Pododdział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej – 25, 9/ Oddział psychiatrii sądowej o podstawowym zabezpieczeniu D-1 – 20, 10/ Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy K5 – 20.

<sup>26</sup> Liczba łóżek dla pacjentów w poszczególnych komórkach organizacyjnych: 1/ Oddział Psychiatrii Ogólnej B – 30, 2/ Oddział Psychiatrii Ogólnej C – 30, 3/ Oddział Sądowo-Psychiatryczny D2 – 75, 4/ Oddział Rehabilitacji Neurologicznej – 40, 5/ Zakład opiekuńczo-Lecznicy K – 120, 6/ Oddział leczenia Zespołów Abstynencyjnych B7 – 25, 7/ Oddział Terapii Uzależnień od Alkoholu – 52, 8/ Pododdział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej – 25, 9/ Oddział psychiatrii sądowej o podstawowym zabezpieczeniu D-1 – 100, 10/ Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy K5 – 20.

<sup>27</sup> W tym: 436 osób na podstawie umowy o pracę oraz 10 osób na podstawie umów cywilnoprawnych.

<sup>28</sup> W tym: 446 osób na podstawie umowy o pracę oraz 11 osób na podstawie umów cywilnoprawnych.

<sup>29</sup> W tym: 465 osób na podstawie umowy o pracę oraz 11 osób na podstawie umów cywilnoprawnych.

<sup>30</sup> W tym: 186 osób na podstawie umowy o pracę oraz pięć osób na podstawie umów cywilnoprawnych.

<sup>31</sup> W tym: 193 osób na podstawie umowy o pracę oraz pięć osób na podstawie umów cywilnoprawnych.

<sup>32</sup> W tym: 202 osób na podstawie umowy o pracę oraz siedem osób na podstawie umów cywilnoprawnych.

<sup>33</sup> W tym: 250 osób na podstawie umowy o pracę oraz pięć osób na podstawie umów cywilnoprawnych.

<sup>34</sup> W tym: 253 osób na podstawie umowy o pracę oraz sześć osób na podstawie umów cywilnoprawnych.

<sup>35</sup> W tym: 263 osób na podstawie umowy o pracę oraz cztery osoby na podstawie umów cywilnoprawnych.

<sup>36</sup> Dalej: NFZ.

104%<sup>37</sup>, 2/ na Oddziale Psychiatrii Ogólnej C – od 99% do 113%<sup>38</sup>, 3/ na Oddziale Psychiatrii o Podstawowym Zabezpieczeniu D-1 – od 104% do 144%<sup>39</sup>, 4/ na Oddziale Leczenie Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych B7 – od 90% do 132%<sup>40</sup>, 5/ na Oddziale Terapii Uzależnień od Alkohol – od 67% do 108%<sup>41</sup>, 6/ w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym – od 104% do 107%<sup>42</sup>, 7/ w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym – od 93% do 104%<sup>43</sup>, 8/ na Oddziale Rehabilitacji Ogólnoustrojowej – od 73% do 114%<sup>44</sup>, 9/ na Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej – od 101% do 145%<sup>45</sup>.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że wskaźnik średniego wykorzystania łóżek szpitalnych obliczono na podstawie liczby łóżek zarejestrowanych w Księdze RPWDL. W przedstawionych wyjaśnieniach Dyrektor Szpitala poinformował, że przekroczenia 100% wykorzystania łóżek wynikały z uzasadnionych potrzeb, w tym: 1/ konieczności przyjęcia pacjentów, przetransportowanych do Szpitala przez Ratownictwo Medyczne, policję lub rodziny, którzy wymagają bezwzględnej hospitalizacji (pacjenci z ostrą psychozą, agresywni wobec rodziny i otoczenia, pacjenci po próbach samobójczych), 2/ przyjęcia na oddziały sądowe na podstawie nakazów sądowych i decyzji Komisji Psychiatrycznej ds. Środków Zabezpieczających (deficyt łóżek o podstawowym i wzmocnionym zabezpieczeniu w całym kraju), 3/ potrzeby rehabilitacji pacjentów po udarach w ramach pilotażu leczenia wczesnej fazy udaru mózgu metodą trombektomii (pacjent powinien przebywać w oddziale udarowym maksymalnie dziewięć dni, a następnie zostać bezpośrednio przekazany na oddział rehabilitacji), 4/ wzrostu spożycia alkoholu oraz spowodowanych tym trudności i niechęci w podjęciu leczenia pacjentów na oddziałach o innym profilu (interna). Dyrektor Szpitala zaznaczył, że z ww. przyczyn na listach osób oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych w Szpitalu nie występują przypadki zakwalifikowane jako pilne.

(akta kontroli str. 541-545, 679-684a)

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

W wyniku oględzin pomieszczeń Szpitala ustalono, że Szpital nie udostępnił pacjentom informacji określonych w § 11 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>46</sup> lub udostępnił je w sposób niekompletny, tj. w niepełnym zakresie lub w ograniczonej formie. Powyższe opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 474-485, 583)

<sup>37</sup> W tym w pięciu kwartałach powyżej 100% (drugi kwartał 2022 r., trzeci kwartał 2022 r., pierwszy kwartał 2023 r., drugi kwartał 2023 r. i trzeci kwartał 2023 r.).

<sup>38</sup> W tym w sześciu kwartałach powyżej 100% (pierwszy kwartał 2021 r., drugi kwartał 2022 r., trzeci kwartał 2022 r., pierwszy kwartał 2023 r., drugi kwartał 2023 r. i trzeci kwartał 2023 r.).

<sup>39</sup> We wszystkich kwartałach powyżej 100%.

<sup>40</sup> W tym w siedmiu kwartałach powyżej 100% (trzeci kwartał 2021 r., pierwszy kwartał 2022 r., drugi kwartał 2022 r., trzeci kwartał 2022 r., pierwszy kwartał 2023 r., drugi kwartał 2023 r. i trzeci kwartał 2023 r.).

<sup>41</sup> W tym w pięciu kwartałach powyżej 100% (drugi kwartał 2022 r., trzeci kwartał 2022 r., pierwszy kwartał 2023 r., drugi kwartał 2023 r. i trzeci kwartał 2023 r.).

<sup>42</sup> We wszystkich kwartałach powyżej 100%.

<sup>43</sup> W tym w jednym kwartale powyżej 100% (trzeci kwartał 2021 r.).

<sup>44</sup> W tym w sześciu kwartałach powyżej 100% (trzeci kwartał 2021 r., drugi kwartał 2022 r., trzeci kwartał 2022 r., pierwszy kwartał 2023 r., drugi kwartał 2023 r. i trzeci kwartał 2023 r.).

<sup>45</sup> We wszystkich kwartałach powyżej 100%.

<sup>46</sup> Ogólne warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (dalej: OWU) stanowiące załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1194, ze zm.).

Na stronie internetowej Szpitala wyodrębniono zakładkę pn. *Informacje dla pacjenta*, w której zamieszczono: 1/ wzór wniosku o udostępnienie dokumentacji, 2/ wzór upoważnienia do otrzymania dokumentacji medycznej, 3/ warunki przyjęcia i udzielenia świadczeń w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym, 4/ Załącznik do pobrania – przyjęcie do Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego, 5/ Procedura kwalifikacji osoby ubiegającej się o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego, 6/ Wniosek do ZOL, 7/ Skierowanie – do celów rehabilitacji leczniczej. Nie zostały jednak udostępnione na stronie internetowej informacje dotyczące godzin i miejsc udzielania świadczeń oraz praw pacjenta, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 534-537)

## **1.6. Kolejność dostępu do świadczeń medycznych**

W latach 2021-2023 w Szpitalu obowiązywały zasady rejestrowania pacjentów oczekujących na świadczenia zdrowotne wprowadzone Zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 12/2008 z 22 października 2008 r.<sup>47</sup> Przedmiotowe zasady określono na podstawie przepisów art. 20 i art. 21 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych<sup>48</sup> oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy umieszczający świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej<sup>49</sup>. Wskazany dokument nie został zaktualizowany do dnia przeprowadzenia czynności kontrolnych<sup>50</sup>, pomimo zmian w strukturze organizacyjnej jednostki oraz przepisów prawa powszechnie obowiązującego, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 154-159)

W przedmiotowym zarządzeniu nie zostały określone dni zapisów pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Szpital prowadził listy oczekujących w 13 komórkach organizacyjnych<sup>51</sup> z podziałem na przypadki stabilne i pilne. W okresie objętym kontrolą osoby oczekujące na świadczenia zdrowotne zarejestrowane były w sześciu komórkach organizacyjnych Szpitala: 1/ Oddział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej – rehabilitacja lecznicza, 2/ Poradnia Neurologiczna – ambulatoryjna opieka specjalistyczna, 3/ Oddział Terapii Uzależnień od Alkoholu – opieka psychiatryczna i lecznicza, 4/ Zakład Opiekuńczo-Leczniczy – opieka psychiatryczna i lecznicza, 5/ Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy – świadczenia pielęgnacyjne, 6/ Oddział Leczenia Zespołów Abstynencyjnych – opieka psychiatryczna i lecznicza. Czas oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych dla osób zakwalifikowanych jako przypadki stabilne wynosił wg stanu na ostatni dzień

<sup>47</sup> Zarządzeniem nr 12/2008 z dnia 22 października 2008 r. Dyrektora Szpitala w sprawie Listy Oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w Samodzielnym Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych im. Ks. Biskupa Józefa Nathana w Branicach.

<sup>48</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 146. Dalej: ustawa o świadczeniach.

<sup>49</sup> Dz. U. z 2005 r. Nr 200, poz. 1661.

<sup>50</sup> Tj. do dnia 10 kwietnia 2024 r.

<sup>51</sup> 1/ Zakład Opiekuńczo-Leczniczy, 2/ Oddział Psychiatrii Ogólnej B, 3/ Oddział Psychiatrii Ogólnej C, 4/ Oddział Psychiatrii Sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu D2, 5/ Oddział Terapii Uzależnień od Alkoholu, 6/ Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych, 7/ Oddział Psychiatrii Sądowej w warunkach podstawowego zabezpieczeniu D1, 8/ Poradnia Zdrowia Psychicznego, 9/ Poradnia dla Osób z Problemami Alkoholowymi, 10/ Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy, 11/ Oddział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej, 12/ Oddział Rehabilitacji Neurologicznej, 13/ Poradnia Neurologiczna.



roku odpowiednio): od jednego do 100 dni<sup>52</sup> (2021 r. ), od pięciu do 140 dni<sup>53</sup> (2022 r.), od pięciu do 215 dni<sup>54</sup> (2023 r.)

W jednostce kontrolowanej określone zostały osoby odpowiedzialne za prowadzenie list oczekujących.

Liczba osób oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych w latach 2021-2023 wynosiła wg stanu na ostatni dzień roku odpowiednio: 1/ na Oddziale Rehabilitacji Ogólnoustrojowej – 309, 218 i 337, 2/ w Poradni Neurologicznej – 34, 52 i 28, 3/ na Oddziale Terapii Uzależnień od Alkoholu – 21, 30 i osiem, 4/ w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym – dziewięć, 12 i 18, 5/ w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym – trzy, pięć i sześć, 6/ na Oddziale Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych – jedna osoba w 2022 r. (brak osób oczekujących w 2021 r. i 2023 r.).

Wszystkie osoby oczekujące na udzielenie świadczeń zdrowotnych zostały zakwalifikowane jako przypadki stabilne.

W okresie objętym kontrolą nie zmniejszyła się liczba osób oczekujących na świadczenia zdrowotne<sup>55</sup> oraz nie skrócił się czas oczekiwania na ich wykonanie<sup>56</sup>.

(akta kontroli str. 160-162, 1254)

*Dyrektor Szpitala poinformował, że w okresie objętym kontrolą listy oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej prowadzone były wyłącznie w wersji elektronicznej z wykorzystaniem systemu AMMS<sup>57</sup>. Dokumentem wymaganym przy wpisie na listę oczekujących było skierowanie na dane świadczenie w wersji papierowej lub elektronicznej. Pacjent miał możliwość zapisania się na listę oczekujących osobiście lub w formie teleinformatycznej. Listy oczekujących prowadzono według kolejności zgłoszeń świadczeniobiorców. W przypadku rezygnacji pacjenta lub niezgłoszenia się na wizytę lub hospitalizację, pacjenta wykreślano z listy oczekujących, a kolejną osobę z listy oczekujących informowano o możliwości przyspieszenia terminu realizacji świadczenia.*

(akta kontroli str. 783)

Szczegółowym badaniem w zakresie prawidłowości umieszczania świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki

<sup>52</sup> Odpowiednio: 1/ Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy – jeden dzień, 2/ Oddział Terapii Uzależnień od Alkoholu – 10 dni, 3/ Poradnia Neurologiczna – 16 dni, 4/ Zakład Opiekuńczo-Lecznym – 39 dni, 5/ Oddział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej – 100 dni. W badanym okresie nie odnotowano osób oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych na Oddziale Leczenia Zespołów Abstynencyjnych.

<sup>53</sup> Odpowiednio: 1/ Oddział Terapii Uzależnień od Alkoholu – pięć dni, 2/ Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych – siedem dni, 3/ Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy – siedem dni, 4/ Poradnia Neurologiczna – 24 dni, 5/ Zakład Opiekuńczo-Lecznym – 33 dni, 6/ Oddział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej – 110 dni, 7/ Oddział Rehabilitacji Neurologicznej – 140 dni (omyłkowo dokonano wpisu na liście oczekujących na Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej, pacjent oczekiwał na świadczenie zdrowotne na Oddziale Rehabilitacji Ogólnoustrojowej).

<sup>54</sup> Odpowiednio: 1/ Poradnia Zdrowia Psychicznego – pięć dni, 2/ Oddział Terapii Uzależnień od Alkoholu – 14 dni, 3/ Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy – 19 dni, 4/ Poradnia Neurologiczna – 24 dni, 5/ Oddział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej – 135 dni, 6/ Zakład Opiekuńczo-Lecznym – 215 dni.

<sup>55</sup> Odpowiednio: 1/ w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym oraz Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym wzrosła liczba osób oczekujących na świadczenia, 2/ w Poradni Zdrowia Psychicznego oraz na Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej nie odnotowano zmian, 3/ na Oddziale Terapii Uzależnień od Alkoholu, Oddziale Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych oraz w Poradni Neurologicznej miał miejsce wzrost w 2022 r., a następnie spadek w 2023 r., 4/ na Oddziale Rehabilitacji Ogólnoustrojowej miał miejsce spadek w 2022 r., a następnie wzrost w 2023 r.

<sup>56</sup> Odpowiednio: 1/ w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym oraz na Oddziale Rehabilitacji Ogólnoustrojowej zwiększył się czas oczekiwania na świadczenie, 2/ na Oddziale Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych oraz na Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej miało miejsce zwiększenie w 2022 r., a następnie zmniejszenie w 2023 r., 3/ w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym miało miejsce zmniejszenie w 2022 r., a następnie zwiększenie w 2023 r., 4/ w Poradni Zdrowia Psychicznego nie odnotowano zmian w 2022 r., a w 2023 r. miało miejsce zwiększenie.

<sup>57</sup> System Asseco Medical Management Solutions.

zdrowotnej objęto 30 osób z trzech komórek organizacyjnych Szpitala<sup>58</sup>, w których ustalono najdłuższy czas oczekiwania na udzielenie świadczeń<sup>59</sup>. Przedmiotowe badanie wykazało, że w 27 przypadkach wpis na listę oczekujących poprzedzono zweryfikowaniem i odnotowaniem wymaganych informacji<sup>60</sup>, natomiast w trzech przypadkach, pomimo zweryfikowania wszystkich informacji, w wyniku przeoczenia nie odnotowano kodu rozpoznania choroby. Powyższe informacje uzupełniono w prowadzonych listach oczekujących w czasie kontroli.

(akta kontroli str. 162, 775-777, 1224-1227a, 1778-1781, 1862-1865)

Osoby odpowiedzialne za prowadzenie list oczekujących wyjaśniły, że funkcjonujący w Szpitalu system kolejkowy pozwalał na prześledzenie sposobu postępowania w przypadku zwolnienia terminu udzielenia świadczenia<sup>61</sup> jedynie w oparciu o weryfikację przyjęć na dany (zwolniony) dzień i daty zgłoszenia na listę oczekujących. Spośród 30 przypadków objętych ww. badaniem 24 osobom udzielono świadczenia w terminie pierwotnie zaplanowanym lub wcześniejszym<sup>62</sup>, trzy osoby zrezygnowały z zaplanowanego świadczenia<sup>63</sup>, a trzy osoby nie zgłosiły się w wyznaczonym terminie<sup>64</sup>. W ww. przypadkach zwolnienia terminu: a/ na Oddział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej przyjęto pacjentów zgodnie z obowiązującymi w Szpitalu zasadami prowadzenia list oczekujących<sup>65</sup>, b/ w Poradni Neurologicznej nie udzielono świadczenia innemu pacjentowi<sup>66</sup>.

Przedmiotowa weryfikacja nie umożliwiła jednak sposobu zagospodarowania zwolnionego terminu udzielenia świadczenia w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy. Jak wyjaśniła Naczelna Pielęgniarka, *zwolnienie terminu poprzez rezygnację osoby na liście oczekujących nie jest jednoznaczne ze zwolnieniem miejsca (łóżka). Miejsce może się zwolnić również przez wypis/zgon pacjenta już przebywającego w zakładzie, który nie był wcześniej umieszczony na liście oczekujących, bo przed jego przyjęciem do zakładu nie było obowiązku prowadzenia list. Naczelna Pielęgniarka zaznaczyła również, że z uwagi na zachowanie logistyki łóżek (braku możliwości ich rotacji), niekoniecznie pierwsza osoba z listy oczekujących jest przyjęta<sup>67</sup>.*

(akta kontroli str. 771, 774a, 1215-1223)

<sup>58</sup> W tym: a/ 10 osób z Oddziału Rehabilitacji Ogólnoustrojowej, b/ 10 osób z Zakładu Opiekuńczo-Lecznicy, c/ 10 osób z Poradni Neurologicznej.

<sup>59</sup> Tj.: 1/ Oddział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej (na listach osób oczekujących zamieszczono: a/ w 2021 r. – 524 osoby, b/ w 2022 r. – 493 osoby, c/ w 2023 r. – 484 osoby), 2/ Zakład Opiekuńczo-Lecznicy (na listach osób oczekujących zamieszczono: a/ w 2021 r. – 35 osób, b/ w 2022 r. – 38 osób, c/ w 2023 r. – 50 osób), 3/ Poradnia Neurologiczna (na listach osób oczekujących zamieszczono: a/ w 2021 r. – 322 osoby, b/ w 2022 r. – 493 osoby, c/ w 2023 r. – 444 osoby).

<sup>60</sup> Określonych na podstawie § 2 ust. 2 w związku z § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.

<sup>61</sup> Wynikającego ze skreślenia pacjenta z listy oczekujących w związku z rezygnacją pacjenta lub niezgłoszeniem się pacjenta w wyznaczonym terminie.

<sup>62</sup> W tym: a/ ośmiu osobom oczekującym na świadczenia na Oddziale Rehabilitacji Ogólnoustrojowej, b/ ośmiu osobom oczekującym na świadczenia w Poradni Neurologicznej, c/ ośmiu osobom oczekującym na świadczenia w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy.

<sup>63</sup> Dwie osoby oczekujące na świadczenia w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy oraz jedna osoba oczekująca na świadczenie na Oddziale Rehabilitacji Ogólnoustrojowej.

<sup>64</sup> W tym: dwie osoby oczekujące na świadczenia w Poradni Neurologicznej oraz jedna osoba oczekująca na świadczenie na Oddziale Rehabilitacji Ogólnoustrojowej.

<sup>65</sup> W tym jedna osoba, która uprzednio zrezygnowała z przyjęcia i zgłosiła możliwość hospitalizacji w dowolnym najbliższym terminie, dwie osoby przyjęte bezpośrednio lub w terminie najpóźniej dwutygodniowym z oddziałów udarowych po świeżym zachorowaniu centralnego układu nerwowego

<sup>66</sup> W dniach wyznaczonych wizyt po odbytych wizytach innych pacjentów dokonano skreślenia pacjentów, którzy nie zgłosili się w umówionym terminie. W związku z tym nie udzielono świadczenia innemu pacjentowi.

<sup>67</sup> Np. w sytuacji zwolnienia się łóżka kobiecego, przyjęta zostanie kobieta, pomimo że pierwszymi osobami na liście oczekujących byli mężczyźni.

Na dzień przeprowadzenia czynności kontrolnych<sup>68</sup> w Szpitalu, wbrew obowiązkowi wynikającemu z art. 23a ustawy o świadczeniach, świadczeniobiorcom nie umożliwiono rejestracji za pomocą środków komunikacji elektronicznej. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że usługa funkcjonowała w latach 2017-2023 i została wyłączona 3 stycznia 2024 r., ponieważ Szpital nie zakupił nowej aplikacji ze względu na znikome zainteresowanie (zarejestrowało się sześciu użytkowników przez okres pięciu lat) oraz duże koszty utrzymania serwisu – ponad 60 tys. zł. W złożonych wyjaśnieniach Dyrektor Szpitala poinformował, że *po zwróceniu się do dostawcy serwisu www strony Szpitala, otrzymano informację, że nie są w stanie wskazać daty odłączenia usługi ze strony Szpitala*. Jednocześnie Dyrektor Szpitala zaznaczył, że aktualnie na stronie internetowej jest udostępniony adres e-mail do internetowej rejestracji.

(akta kontroli str. 142-147, 768-770)

W latach 2021-2023 do Dyrektora Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ oraz Rzecznika Praw Pacjenta<sup>69</sup> nie wpłynęły skargi związane z ustaleniem kolejności dostępu do świadczeń medycznych. Jednak w ww. okresie do Rzecznika wpłynęło zgłoszenie dotyczące jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych<sup>70</sup> w Szpitalu. W przedmiotowej sprawie Rzecznik podjął interwencję na wniosek złożony przez ojca pacjenta Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Szpitala. Zastrzeżenia przekazane przez wnioskodawcę dotyczyły utrudnionego dostępu pacjenta do rehabilitacji neurologicznej na Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej. W wyniku interwencji podjętej przez Rzecznika pacjent rozpoczął rehabilitację na ww. oddziale.

(akta kontroli str. 187-199)

## 1.7. Personel udzielający świadczeń zdrowotnych

W latach 2021-2023 w Szpitalu obowiązywały minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek wprowadzone Zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 5/2017 z 17 sierpnia 2017 r.<sup>71</sup> Dokument ten nie został zaktualizowany do dnia przeprowadzenia czynności kontrolnych<sup>72</sup>, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 688-708, 740-748, 773, 1200-1207)

Analizę zgodności liczby personelu medycznego, udzielającego świadczeń w Szpitalu oraz jego kwalifikacji z zawartymi umowami oraz warunkami realizacji świadczeń gwarantowanych przeprowadzono, wg stanu na koniec września poszczególnych lat objętych kontrolą, na przykładzie Oddziału Psychiatrii Sądowej o Podstawowym Zabezpieczeniu D-1 oraz Zakładzie Opieki Leczniczej<sup>73</sup>. W wyniku przeprowadzenia ww. badania stwierdzono, że zatrudnienie na Oddziale Psychiatrii Sądowej o Podstawowym Zabezpieczeniu D-1 począwszy od 12 maja 2023 r. odpowiadało wymogom rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień<sup>74</sup>.

(akta kontroli str. 110-140, 1635-1773, 1842-1856)

---

<sup>68</sup> Tj. 9 kwietnia 2024 r.

<sup>69</sup> Dalej: Rzecznik.

<sup>70</sup> Zgłoszenie wpłynęło w 2023 r. do Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, który dla Szpitala pełni funkcję Rzecznika Praw Pacjenta.

<sup>71</sup> Zarządzeniem nr 5/2017 z dnia 17 sierpnia 2017 r. Dyrektora Szpitala w sprawie ustalenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek we wszystkich oddziałach Szpitala. Dalej: Zarządzenie nr 5/2017.

<sup>72</sup> Tj. do dnia 24 maja 2024 r.

<sup>73</sup> Oddziały o największej liczbie łóżek.

<sup>74</sup> Dz. U. z 2019 r. poz. 1285.

## **1.8. Użytkowanie sprzętu i aparatury wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych**

Badanie bezpieczeństwa użytkowania sprzętu i aparatury wykorzystywanej do udzielania świadczeń zdrowotnych przeprowadzono na próbie<sup>75</sup> 10 spośród 84 urządzeń wykorzystywanych przez Szpital. Przedmiotowe badanie wykazało, że sprzęt i aparaturę medyczną poddawano badaniom i kontroli (przeeglądom technicznym) zgodnie z zaleceniami producentów lub autoryzowanego serwisu<sup>76</sup>, a pracownicy Szpitalu pełniący funkcję operatorów sprzętu zostali przeszkoleni w zakresie jego obsługi. Zapisów w dokumentacji dotyczącej przeglądów technicznych oraz szkoleń pracowników dokonywano w sposób rzetelny.

(akta kontroli str. 163-185, 709-719c, 731)

Szpital nie dysponował decyzją Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Opolu, o której mowa w art. 33q ustawy z 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe<sup>77</sup> z uwagi na brak sprzętu, o którym mowa w ww. przepisie<sup>78</sup>.

(akta kontroli str. 203)

## **1.9. Udzielanie zamówień na wykonywanie świadczeń zdrowotnych**

W okresie objętym kontrolą dla Szpitala realizowano 18 umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych<sup>79</sup>, w tym 10 umów zostało zawartych z podmiotami prowadzącymi działalność leczniczą oraz osiem umów z osobami legitymującymi się fachowymi kwalifikacjami do udzielania świadczeń zdrowotnych. Spośród ww. umów na dzień przeprowadzenia czynności kontrolnych<sup>80</sup> w realizacji pozostawało 15 umów, tj. 10 umów zawartych z podmiotami prowadzącymi działalność leczniczą<sup>81</sup> oraz pięć umów z osobami legitymującymi się fachowymi kwalifikacjami do udzielania świadczeń zdrowotnych. Wartość umów zrealizowanych w okresie objętym kontrolą wyniosła na dzień 31 grudnia 2023 r. 3 025,5 tys. zł, w tym: 456,9 tys. zł – wartość umów zawartych z podmiotami prowadzącymi działalność leczniczą oraz 2 568,6 tys. zł – wartość umów zawartych z osobami legitymującymi się fachowymi kwalifikacjami do udzielania świadczeń zdrowotnych. Szczegółowym badaniem objęto trzy postępowania konkursowe zakończone zawarciem umów wraz z tymi umowami o łącznej wartości 3 925 tys. zł<sup>82</sup> oraz trzy umowy zawarte bez przeprowadzenia postępowania konkursowego o łącznej zrealizowanej na dzień 31 grudnia 2023 r. wartości 109,4 tys. zł.

(akta kontroli str. 186, 708a-708d)

Spośród sześciu umów objętych badaniem, do pięciu z nich Dyrektor Szpitala zawarł łącznie 20 aneksów, z czego: 1/ do trzech umów zawartych z osobami legitymującymi

<sup>75</sup> Badaniem objęto aparaturę medyczną o największej początkowej wartości księgowej.

<sup>76</sup> Spośród 10 urządzeń objętych badaniem dziewięć posiadało ważne badania/przeeglądy techniczne (odpowiednio: a/ jedno urządzenia miało ważne badanie do 21 lutego 2025 r., b/ dwa urządzenia miały ważne badanie do 14 grudnia 2024 r., c/ pięć urządzeń miało aktualne badanie do 5 czerwca 2024 r., d/ jedno urządzenia miało ważne badanie do 31 maja 2024 r.), a jedno urządzenie nie podlegało przedmiotowemu obowiązkowi.

<sup>77</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 1173, ze zm.

<sup>78</sup> Tj. angiograf, tomograf komputerowy i rezonans magnetyczny.

<sup>79</sup> Umowy na wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez podmioty prowadzące działalność leczniczą lub osoby legitymujące się fachowymi kwalifikacjami do udzielania świadczeń zdrowotnych. Dalej: umowy na wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez podmioty zewnętrzne.

<sup>80</sup> Tj. na dzień 24 maja 2024 r.

<sup>81</sup> W tym jedna nowo zawarta umowa w dniu 1 stycznia 2024 r. na świadczenie usług transportu medycznego i sanitarnego (po wygaśnięciu poprzedniej umowy na to świadczenie z tym samym podmiotem).

<sup>82</sup> Na dzień 31 grudnia 2023 r. łączna wartość przedmiotowych umów wynosiła 1 918,4 tys. zł.

się fachowymi kwalifikacjami do udzielania świadczeń zdrowotnych<sup>83</sup> zawartych zostało łącznie 16 aneksów, w tym dziewięć dotyczących zwiększenia wynagrodzenia Przyjmującego zamówienie, 2/ do dwóch umów zawartych z podmiotami prowadzącymi działalność leczniczą<sup>84</sup> zawarto łącznie cztery aneksy, w tym jeden zwiększający wynagrodzenie Przyjmującego zamówienie. Powyższe stanowiło naruszenie art. 27 ust. 5 udl i opisane zostało w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Analiza ww. umów wykazała również, że na podstawie postanowień jednego z ww. aneksów Dyrektor Szpitala, wbrew regulacji art. 27 ust. 1 udl, przedłużył czas trwania umowy na czas nieokreślony. Ponadto, przeprowadzone badanie wykazało: a/ nieprzekazanie Urzędowi Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich ogłoszenia o wyniku rozstrzygnięcia postępowania, w którym oszacowano przedmiot umowy na kwotę przekraczającą wyrażoną w złotych równowartość kwoty 130 tys. euro, co było niezgodne z przepisem art. 151 ust. 6 ustawy o świadczeniach, b/ brak określenia przedmiotu umowy w postępowaniu konkursowym z uwzględnieniem Polskich Norm wprowadzających europejskie normy zharmonizowane, co stanowiło naruszenie art. 141 ust. 1 ustawy o świadczeniach. Powyższe zagadnienia zostały opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1256-1288, 1620-1634, 1788-1841)

Dyrektor Szpital nie określił wewnętrznych procedur zawierania przez Szpital umów z zakresu udzielania zamówień na wykonywanie świadczeń zdrowotnych podmiotom prowadzącym działalność leczniczą lub osobom legitymującym się fachowymi kwalifikacjami do udzielania tych świadczeń.

(akta kontroli str. 749-751)

Spośród trzech umów na wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez osoby legitymujące się fachowymi kwalifikacjami do udzielania ww. świadczeń objętych badaniem, w dwóch określony został maksymalny wymiar przedmiotowych świadczeń<sup>85</sup>. Brak analogicznych zapisów w trzeciej umowie Dyrektor Szpitala uzasadnił *brakiem określenia takiego limitu przez oferenta na etapie konkursu*.

(akta kontroli str. 749-751, 1291)

Szpital sprawował nadzór nad wykonywaniem umów na wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez podmioty zewnętrzne w formie: a/ weryfikacji godzin pracy z wykorzystaniem elektronicznego czytnika czasu pracy, list obecności i raportów lekarskich, b/ bieżącego nadzoru przełożonego, c/ rozliczenia wykonanych procedur (jeśli było to przedmiotem umowy).

(akta kontroli str. 1235, 1249-1250, 1862-1865)

Szczegółowym badaniem w zakresie czasu pracy objęto oddziały psychiatrii sądowej: a/ o podstawowym zabezpieczeniu D-1, b/ o Wzmocnionym Zabezpieczeniu D-2<sup>86</sup>. W wyniku przeprowadzonego badania na podstawie ewidencji czasu pracy wszystkich pracowników ww. oddziałów w miesiącu wrześniu lat objętych kontrolą nie stwierdzono przekroczenia czasu pracy określonego w załączniku do umowy z NFZ.

(akta kontroli str. 1782-1787)

---

<sup>83</sup> Umowa nr 37/2016 zawarta 1 kwietnia 2016 r., umowa nr 1/2023 zawarta 1 stycznia 2023 r. oraz umowa nr 75/2020 zawarta 1 września 2020 r.

<sup>84</sup> Umowa nr 27/2022 zawarta 1 marca 2022 r. oraz umowa nr 114/2022 – zawarta 2 grudnia 2022 r.

<sup>85</sup> Poprzez wskazanie maksymalnej ilości godzin pracy w miesiącu.

<sup>86</sup> Oddziały dobrane na podstawie kryteriów: a/ pracownicy oddziału pełnili dyżury na innych oddziałach (Oddział Psychiatrii Sądowej o Podstawowym Zabezpieczeniu D-1 oraz Oddział Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu D-2), b/ na oddziałach występowały braki kadrowe (Oddział Psychiatrii Sądowej o Podstawowym Zabezpieczeniu D-1).

## 1.10. Pobieranie opłat od pacjentów

W Regulaminie Organizacyjnym Szpitala, zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt 10 udl, określono organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat oraz ustalono cennik świadczeń udzielanych w Szpitalu.

(akta kontroli str. 11, 44, 49, 82)

Szpital nie pobierał opłat od pacjentów ubezpieczonych za świadczenia objęte umową z NFZ, świadczenia udzielane w stanach nagłych oraz za świadczenia udzielone na podstawie przepisów szczególnych, o których mowa w art. 12-13 ustawy o świadczeniach.

(akta kontroli str. 761-767)

## 1.11. Nadzór i kontrola nad działalnością szpitala

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu przeprowadzonych zostało 30 kontroli, w tym przez: 1/ Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Głubczycach – siedem kontroli, 2/ Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Głubczycach – sześć kontroli, 3/ Sąd Rejonowy w Głubczycach – sześć kontroli, 4/ pracownicy UMWO (organ założycielski) – cztery kontrole<sup>87</sup>, 5/ Izbę Administracji Skarbowej w Opolu – trzy kontrole, 6/ Sąd Okręgowy w Opolu – dwie kontrole, 7/ Państwowego Okręgowego Inspektora Pracy w Opolu – jedna kontrola, 8/ Opolskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Opolu – jedna kontrola.

(akta kontroli str. 1774-1777)

Wobec Szpitala czynności kontrolnych nie podejmował Prezes NFZ. Dyrektor Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w okresie objętym kontrolą przeprowadził natomiast jedną kontrolę dotyczącą ordynacji produktów leczniczych zawierających substancję czynną paliperidonum w związku z obowiązkiem przestrzegania wskazań refundacyjnych<sup>88</sup>. W jej wyniku pozytywnie oceniono realizację w okresie od 1 stycznia 2020 r. do 30 czerwca 2022 r. umowy<sup>89</sup> o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień wraz z późniejszymi jej zmianami. Dyrektor Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ wszczął również czynności kontrolne dotyczące ordynacji leków refundowanych zawierających substancję czynną Methylophenidatum<sup>90</sup>. W wyniku przeprowadzenia ww. czynności stwierdzono przypadek czterokrotnego wystawienia recepty na zakup

---

<sup>87</sup> W tym: a/ jedna kontrola przeprowadzona przez Zarząd Województwa Opolskiego (Czynności kontrolne przeprowadzone w terminie 15 września 2021 r. – 5 października 2021 r. w zakresie: 1/ Gospodarka finansowa - rozrachunki z tytułu zobowiązań, prawidłowość oraz terminowość zaciągania zobowiązań i dokonywania wydatków, 2/ Procedury i polityka antycovidowa w jednostce, 3/ Sprawdzenie wykonania zaleceń pokontrolnych zawartych w wystąpieniu pokontrolnym nr BKA-I.1711.8.2019.AF z 11 lipca 2019 r.), b/ dwie kontrole przeprowadzone przez Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego (Czynności kontrolne przeprowadzone w terminie: 1/ 16 września 2022 r. – 30 września 2022 r. dotyczącą prawidłowości wykorzystywania i rozliczania dotacji udzielonej z budżetu województwa zgodnie z zawartą umową r.U.DKS-I.042.6.6.2021 z 23.07.2021, 2/ 19 czerwca 2023 r. – 7 lipca 2023 r. w zakresie: 1/ Inwentaryzacja aktywów i pasywów za 2022 rok, 2/ Sprawdzenie wykonania zaleceń pokontrolnych zawartych w wystąpieniu pokontrolnym nr BKA-I.1711.15.2021 z 10 listopada 2021 r.), c/ jedna kontrola przeprowadzona przez Sejmik Województwa Opolskiego (czynności kontrolne przeprowadzone w dniu 29 czerwca 2023 r. dotyczące wydatków w zakresie leczenia psychiatrycznego).

<sup>88</sup> Kontrola przeprowadzona w terminie 14 listopada 2023 r. – 31 stycznia 2024 r.

<sup>89</sup> Umowa nr 08R/10005/04/PSY/2011 z dnia 3 stycznia 2011 r.

<sup>90</sup> Czynności sprawdzające wszczęte na podstawie pisma nr DK-TWK-VIII.610.2.5.2022 z 17 stycznia 2023 r.

leku z refundacją w sposób niezgodny z przepisami<sup>91</sup>. W konsekwencji powyższego nałożono na Szpital sankcję<sup>92</sup>.

(akta kontroli str. 498-528)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. Dyrektor Szpitala nie dokonał zgłoszenia aktualizującego wpis Szpitala do Księgi RPWDL w zakresie wyszczególnienia Oddziału Sądowo-Psychiatrycznego o wzmocnionym zabezpieczeniu B5. Powyższe stanowiło naruszenie regulacji art. 107 w związku z art. 106 ust. 3 pkt 6 udl.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w RPWDL *zarejestrowany jest Oddział Sądowo-Psychiatryczny D2 liczący 75 łóżek. W ramach tego oddziału funkcjonuje Oddział Sądowo-Psychiatryczny B-5. Wymienione Oddziały mają tę samą specjalność i ten sam zakres świadczeń medycznych.*

W odniesieniu do powyższych wyjaśnień Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że zgodnie z przepisem art. 100 ust. 1 pkt 6 udl wniosek o wpis zawiera *nazwę zakładu leczniczego oraz wykaz jego jednostek lub komórek organizacyjnych, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.* Zgodnie z postanowieniami § 13 ust. 1 pkt 1 lit. d Statutu Szpitala oraz § 13 Regulaminu Organizacyjnego Szpitala z 15 marca 2022 r. Oddział Sądowo-Psychiatryczny B-5 stanowił komórkę organizacyjną Szpitala, której działalność związana jest z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, co oznacza, że jednostka ta powinna zostać ujęta w wykazie komórek organizacyjnych w dziale trzecim Księgi RPWDL Szpitala.

(akta kontroli str. 56, 206, 529-533)

2. Dyrektor Szpitala nie określił w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, co stanowiło naruszenie regulacji zawartych w art. 24 ust. 1 pkt 6 w zw. z art. 23 ust. 1 udl oraz § 13 ust. 3 Statutu Szpitala.

Dyrektor Szpitala poinformował, że w § 9 Statutu Szpitala określono, że Szpital udziela świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w obowiązujących przepisach prawnych oraz umowach z dysponentami środków publicznych. Dyrektor Szpitala zaznaczył również, że ww. sformułowanie uznał za wystarczające do zapewnienia zgodności z wymaganiami prawnymi, a szczegółowe kwestie dotyczące procesu udzielania świadczeń zdrowotnych zawarte zostały w odrębnych dokumentach, tj. instrukcjach, procedurach operacyjnych oraz wewnętrznych regulaminach poszczególnych komórek organizacyjnych.

W odniesieniu do powyższych wyjaśnień Najwyższa Izba Kontroli zauważa, że stosownie do art. 23 ust. 1 udl, sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, nieuregulowane w ustawie lub statucie, określa regulamin organizacyjny ustalony przez kierownika.

(akta kontroli str. 8-84, 204-205, 207, 740-745)

<sup>91</sup> Wystawiono receptę na refundowany lek Medikinet 20 mg tabletki 0,02 g, 30 tabletek, co było niezgodne z przepisem art. 45 ust. 1a ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. z 2021 r. poz. 790, ze zm.) w związku z art. 96a ust. 8 pkt 8 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2021 r. poz. 974, ze zm. oraz Dz. U. z 2021 r. poz. 1977, ze zm.) oraz Obwieszczeniem Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. MZ z 2021 r. poz. 44; Dz. U. MZ z 2021 r. poz. 65; Dz. U. MZ z 2021 r. poz. 82).

<sup>92</sup> Opolski Oddział Wojewódzki NFZ obciążył Szpital kwotą 921,44 zł z tytułu nałożonej kary umownej na podstawie § 31 Ogólnych warunków udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

3. Pięć konkursów przeprowadzanych na stanowiska kierownicze w Szpitalu w latach 2021-2023 zrealizowano z naruszeniem przepisu § 7 ust. 2 rozporządzenia w sprawie konkursu oraz regulacji w regulaminach przeprowadzania ww. konkursów.

Zgodnie z tym przepisem przewodniczący komisji konkursowej powiadamia pisemnie członków komisji o posiedzeniu komisji konkursowej. Tymczasem w konkursach objętych badaniem, wbrew przedmiotowej regulacji, o terminie posiedzeń komisji konkursowej powiadamiał członków przedmiotowej komisji Dyrektor Szpitala.

Ponadto stwierdzono, że działania mające na celu realizację procedury przeprowadzenia konkursów na stanowiska kadry kierowniczej określonej w regulaminach przeprowadzania ww. konkursów podejmowano z naruszeniem regulacji przedmiotowych regulaminów. I tak: a/ dziewięciu spośród 10 kandydatów biorących udział w ww. konkursach nie przekazano pism informujących o terminie posiedzenia Komisji Konkursowej w formie listów poleconych<sup>93</sup>, co było niezgodne z zapisem § 5 pkt 5 Regulaminu przeprowadzenia konkursu<sup>94</sup>, b/ wbrew zapisom § 5 pkt 5 ww. regulaminu nie poinformowano kandydatów biorących udział w przedmiotowych konkursach o braku zwrotu kosztów podróży w związku z przeprowadzeniem II i III etapu konkursu tego samego dnia.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: *a/ zawiadomienia wysyłane były przez kancelarię szpitalną, a Przewodniczący Komisji przebywali pod innymi adresami. Celem uniknięcia dodatkowych kosztów związanych w przesyłaniem pism do podpisu przez Przewodniczącego i zwracaniem ich do szpitala celem wysłania poszczególnym członkom komisji zawiadomienia podpisywał Dyrektor Szpitala. Z tego powodu nie doszło do zakłócenia postępowania konkursowego, a jedynie uproszczono postępowanie; b/ kandydatom będącym pracownikom szpitala pisma o posiedzeniu komisji wręczano osobiście; c/ nie zawarto zapisu na pismach kierowanych do członków komisji nt. niezwracania kosztów podróży w związku z przeprowadzeniem II i III etapu konkursu w tym samym dniu przez przeoczenie. Należy podkreślić, że mimo braku takiej informacji nie zostały zwrócone koszty w nienależnej podwójnej wysokości.*

Najwyższa Izba Kontroli zauważa, że przedmiotowe nieprawidłowości nie spowodowały zakłócenia przebiegu przeprowadzanych konkursów, jednak stanowiły naruszenie przepisów prawa powszechnie obowiązującego, jak również zapisów regulaminów opracowanych i przyjętych przez poszczególne komisje konkursowe.

(akta kontroli str. 220-237, 332-343, 376-398, 430-447, 529-533)

4. Szpital nie udostępnił pacjentom informacji określonych w § 11 OWU lub udostępnił je w sposób niekompletny, tj. w niepełnym zakresie lub w ograniczonej formie.

I tak: 1/ nie podano do wiadomości świadczeniobiorców informacji nt. udogodnień dla osób niepełnosprawnych, co stanowiło naruszenie § 11 ust. 1 OWU, 2/ nie udostępniono w sposób określony w § 11 ust. 5 OWU, tj. w sposób widoczny także z zewnątrz budynku, informacji dotyczących godzin i miejsc udzielania świadczeń przez Przychodnię Szpitala, 3/ na zewnątrz budynku, w którym funkcjonują Przychodnie Szpitala, wbrew regulacji § 11 ust. 2 OWU, nie umieszczono tablicy ze znakiem graficznym NFZ (przedmiotowe oznaczenie umieszczono jedynie przed wejściem na teren Szpitala, gdzie funkcjonują komórki organizacyjne Szpitala w trybie

<sup>93</sup> Dot.: a/ pism z 14 maja 2021 r. skierowanych do kandydatów biorących udział w konkursie na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym oraz Pani (...) biorącej udział w konkursie na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej w Oddziale Psychiatrii Ogólnej B, b/ pism z 8 września 2022 r. skierowanych do kandydatów biorących udział w konkursach na stanowisko Pielęgniarki Naczelnej oraz Pielęgniarki Oddziałowej w Ośrodku Terapii Uzależnień od Alkoholu, c/ pism z 28 kwietnia 2023 r. skierowanych do kandydatów biorących udział w konkursie na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej.

<sup>94</sup> Przedmiotowy zapis zamieszczony został we wszystkich pięciu Regulaminach przeprowadzenia konkursu objętych badaniem.



całodobowym<sup>95</sup>), 4/ na żadnym z oddziałów nie udostępniono pacjentom kompletnych informacji określonych w § 11 ust. 4 OWU, przy czym najszerszy katalog informacji udostępniono na terenie Izby Przyjęć<sup>96</sup>, w pozostałych komórkach organizacyjnych Szpitala podano do wiadomości pacjentów od dwóch<sup>97</sup> do sześciu<sup>98</sup> rodzajów informacji określonych w § 11 ust. 4 OWU.

Przedmiotowe nieprawidłowości zostały usunięte w czasie trwania kontroli NIK, co potwierdzono w trakcie ponownych oględzin pomieszczeń Szpitala. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że brak wcześniejszego udostępnienia ww. informacji nastąpił w wyniku przeoczenia.

(akta kontroli str. 471-485, 546-554, 583, 740-748, 1255)

5. Na stronie internetowej Szpitala nie udostępniono świadczeniobiorcom pełnego katalogu informacji określonych w § 11 OWU, co było działaniem nierzetelnym.

W szczególności, na wyodrębnionej na stronie internetowej Szpitala zakładce pn. *Informacje dla pacjenta*, nie zamieszczono informacji dotyczących: 1/ miejsca i godzin udzielania świadczeń w poszczególnych jednostkach Szpitala, 2/ formy udogodnień dla osób niepełnosprawnych, 3/ trybu składania skarg i wniosków, 4/ praw pacjenta.

Nieprawidłowości te zostały usunięte przez kontrolowaną jednostkę w czasie trwania kontroli NIK. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że brak wcześniejszego udostępnienia ww. informacji wynikał z przeoczenia.

(akta kontroli str. 534-537, 679-682, 722-730)

6. Szpital nie zaktualizował zasad obowiązujących przy rejestracji pacjentów oczekujących na świadczenia zdrowotne, określonych Zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 12/2008 z 22 października 2008 r., co skutkowało tym, że zasady te nie uwzględniały zmiany sposobu prowadzenia list oczekujących z formy papierowej na elektroniczną z wykorzystaniem systemu informatycznego.

Ponadto brak zaktualizowania treści ww. zarządzenia skutkowało tym, że przedmiotowy dokument regulował kwestię list oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej: 1/ w jednostce, której nazwa została zmieniona w 2018 r.<sup>99</sup>, 2/ w komórkach organizacyjnych Szpitala, które zakończyły działalność, przy jednoczesnym braku wskazania komórek organizacyjnych, które rozpoczęły

---

<sup>95</sup> Dalej: oddziały.

<sup>96</sup> Udostępniono informacje na temat: osób kierujących pracą komórki organizacyjnej, trybu składania skarg i wniosków u świadczeniodawcy, praw pacjenta, zasad potwierdzania prawa do świadczeń, nr telefonów alarmowych, adresu i bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta, adresu i nr telefonu właściwej miejscowo komórki ds. skarg i wniosków NFZ.

<sup>97</sup> Dwa rodzaje informacji udostępniono na terenie Oddziału Leczenia Zespołów Abstynencyjnych B-7 – informacje z zakresu: praw pacjenta i adresu i bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta.

<sup>98</sup> Sześć rodzajów informacji udostępniono na terenie dwóch oddziałów, tj.: 1/ Oddział Psychiatrii Ogólnej B – informacje z zakresu: osób kierujących pracą komórki organizacyjnej, trybu składania skarg i wniosków u świadczeniodawcy, praw pacjenta, nr telefonów alarmowych, adresu i bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta, adresu i nr telefonu właściwej miejscowo komórki ds. skarg i wniosków NFZ, 2/ Zakład Opiekuńczo-Lecznicy – informacje z zakresu: osób kierujących pracą komórki organizacyjnej, trybu składania skarg i wniosków u świadczeniodawcy, praw pacjenta, numery telefonów alarmowych, adresu i bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta, adresu i numer telefonu właściwej miejscowo komórki ds. skarg i wniosków NFZ.

<sup>99</sup> Obecnie funkcjonującą nazwę *Specjalistyczny Szpital im. Ks. Biskupa Nathana w Branicach* wprowadzono na mocy Statutu Szpitala opracowanego na podstawie Uchwały nr XXXVIII/417/2018 Sejmiku Województwa Opolskiego z dnia 20 lutego 2018 r.

działalność po dniu 22 października 2018 r.<sup>100</sup>, 3/ na podstawie przepisów, które zostały uchylone<sup>101</sup>.

Nieprawidłowości te zostały usunięte przez kontrolowaną jednostkę w czasie trwania kontroli NIK. W złożonych wyjaśnieniach Dyrektor Szpitala poinformował, że w dniu 10 maja 2024 r. wydano nowe Zarządzenie nr 3/2024 Dyrektora Szpitala w sprawie List Oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, w którym: 1/ uaktualniono nazwę Szpitala zgodnie z Uchwałą nr XXXVIII/417/2018 Sejmiku Województwa Opolskiego z dnia 20 lutego 2018 r., 2/ skorygowano wykaz oddziałów objętych obowiązkiem prowadzenia List Oczekujących (wykreślono Oddział Sądowy dla Osób Uzależnionych, a dodano zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy), 3/ zgodnie z uchylonym art. 21 ustawy o świadczeniach odwołano Zespół Oceny Przyjęć.

(akta kontroli str. 154-159, 585-591)

7. Dyrektor Szpitala, wbrew obowiązkowi wynikającemu z § 7 rozporządzenia w sprawie minimalnych norm zatrudnienia, nie zaktualizował do dnia przeprowadzenia czynności kontrolnych minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek wprowadzonych Zarządzeniem nr 5/2017.

Zgodnie z § 7 ww. rozporządzenia *minimalne normy ustala się co najmniej raz na trzy lata*. Tym samym Dyrektor Szpitala zobligowany był do zaktualizowania ustalonych na podstawie Zarządzenia nr 5/2017 norm zatrudnienia pielęgniarek w terminie do 16 sierpnia 2020 r.

Naczelną Pielęgniarkę, zobowiązaną do współdziałania w ustalaniu minimalnych norm zatrudnienia oraz zgłaszania dyrektorowi uwag i propozycji zmian organizacji i zarządzania<sup>102</sup>, w złożonych wyjaśnieniach poinformowała, że monitorowała wraz z dyrekcją proces ustalania minimalnych norm zatrudnienia. Naczelną Pielęgniarkę podkreśliła, że w okresie od 20 października 2020 r. do 30 września 2021 r.<sup>103</sup> Szpital został zwolniony z obowiązku ustalenia (aktualizowania) norm zatrudnienia pielęgniarek w terminie określonym w § 7 rozporządzenia w sprawie minimalnych norm zatrudnienia, tj. co najmniej raz na trzy lata. Naczelną Pielęgniarkę wyjaśniła, że w jej opinii po upływie terminu zwolnienia z przedmiotowego obowiązku, tj. po 1 stycznia 2022 r. Szpital, zgodnie z przepisem w § 7 ww. rozporządzenia, ma okres do trzech na określenie (zaktualizowanie) norm zatrudnienia, co oznacza, że termin ten nie upłynął.

Dyrektor Szpitala w złożonych wyjaśnieniach potwierdził opinię Naczelną Pielęgniarkę, zaznaczając przy tym, że: *a/ okres od stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2024 r. jest okresem, w którym należy zaktualizować normy zatrudnienia i w związku z tym będą one aktualizowane w najbliższym czasie, b/ od momentu ustalenia norm obecnie obowiązujących nie zmienił się schemat liczenia norm zatrudnienia*.

Najwyższa Izba Kontroli zauważa, że na podstawie § 10a rozporządzenia Ministra Zdrowia z 22 listopada 2013 r. Szpital został zwolniony z obowiązku spełniania wymagań określonych w rozporządzeniu w sprawie minimalnych norm zatrudnienia, w części dotyczącej warunków realizacji świadczeń odnoszących się do wymaganego personelu lekarskiego oraz pielęgniarskiego, a nie z obowiązku ustalenia

<sup>100</sup> Obowiązek prowadzenia list oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej dotyczy Oddziału Sądowego dla Osób Uzależnionych, który zakończył działalność 31 grudnia 2017 r., natomiast obowiązek ten nie został nałożony w zakresie działalności Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego funkcjonującego od 1 sierpnia 2019 r.

<sup>101</sup> Dotyczy art. 21 ustawy o świadczeniach uchylonego na mocy art. 4 pkt 8 ustawy 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).

<sup>102</sup> Na podstawie zapisów w Karcie stanowiska pracy (część: Obowiązki szczegółowe, pkt 3 i 10).

<sup>103</sup> Na podstawie § 10a Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2023 r. poz. 870). Dalej: rozporządzenie Ministra Zdrowia z 22 listopada 2013 r.

minimalnych norm zatrudnienia. Jednocześnie NIK zauważa, że Dyrektor Szpitala zobowiązany był do zaktualizowania minimalnych norm zatrudnienia do dnia 16 sierpnia 2020 r., tj. przed okresem zwolnienia wskazanym w wyjaśnieniach przez Naczelną Pielęgniarkę.

(akta kontroli str. 629-630, 688-708, 740-748, 773, 1200-1207)

8. Szpital zawierał umowy na wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez podmioty prowadzące działalność leczniczą lub osoby legitymujące się fachowymi kwalifikacjami do udzielania tych świadczeń z naruszeniem przepisów udl oraz ustawy o świadczeniach, co stwierdzono w przypadku pięciu z sześciu umów objętych badaniem<sup>104</sup>.

Stwierdzone nieprawidłowości przy zawarciu ww. pięciu umów polegały na zawieraniu aneksów, na mocy których zwiększano wynagrodzenia Przyjmujących zamówienie; spośród sześciu umów objętych badaniem do pięciu z nich (83%) Dyrektor Szpitala zawarł łącznie 20 aneksów, w tym 10 dotyczących zwiększenia wynagrodzenia Przyjmującego zamówienia, co stanowiło naruszenie art. 27 ust. 5 udl.

Ponadto w stosunku do umowy nr 37/2016 zawartej 1 sierpnia 2016 r. nieprawidłowości dotyczyły:

a/ zawarcia aneksu, na podstawie którego Dyrektor Szpitala przedłużył czas trwania umowy na czas nieokreślony - powyższe działanie było niezgodne z treścią art. 27 ust. 1 udl;

b/ nieprzekazania przez Dyrektora Szpitala Urzędowi Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich ogłoszenia o wyniku rozstrzygnięcia postępowania, w którym oszacowano przedmiot umowy na kwotę przekraczającą wyrażoną w złotych równowartość kwoty 130 000 euro - zaniechanie to stanowiło naruszenie przepisu art. 151 ust. 6 ustawy o świadczeniach;

c/ nieokreślenia w postępowaniu konkursowym przedmiotu umowy z uwzględnieniem Polskich Norm wprowadzających europejskie normy zharmonizowane, co było niezgodne z art. 141 ust. 1 ustawy o świadczeniach.

W złożonych wyjaśnieniach Dyrektor Szpitala poinformował, że: *a/ aneks został zawarty na czas nieokreślony, ponieważ jest brak lekarzy na rynku o danej specjalizacji i aby utrzymać kontrakt z NFZ zmuszeni byliśmy przedłużyć umowę na czas nieokreślony do czasu zatrudnienia nowego lekarza, b/ aneksy zostały zawarte za zgodą podmiotów świadczących usługi dla naszego Szpitala w ramach prowadzonych negocjacji oraz poważnym brakiem lekarzy w naszym regionie. Zmiany wynagrodzeń w umowach z wymienionymi pracownikami wynikały z ogólnej sytuacji na rynku pracy lekarzy oraz inflacji, c/ pozostałe zaniechania spowodowane były niedopatrzeniem.*

W powyższym zakresie wyjaśnienia złożyła również Radca Prawny Szpitala, która poinformowała, że *aneks o przedłużeniu umowy na czas nieokreślony do czasu zatrudnienia nowego lekarza zaakceptowała mimo świadomości uchybienia przepisowi art. 27 ust. 1 udl, ponieważ była to w owym czasie jedyna możliwość utrzymania w Szpitalu stanu liczebnego kadry lekarskiej na niezbędnym, minimalnym poziomie zabezpieczającym potrzeby pacjentów oraz spełniającym wymagania wynikające z kontraktów zawartych z NFZ. Radca Prawny zaznaczyła, że podejmowane przez Szpital wysiłki zatrudnienia nowego lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii były bezskuteczne. Szpital od wielu lat boryka się z problemem braku na rynku lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii, chętnych do podjęcia pracy w Branicach, bardzo odległych od większych aglomeracji miejskich.*

(akta kontroli str. 1191-1199, 1200-1207, 1256-1288, 1620-1634, 1788-1841)

<sup>104</sup> Przedmiotowym badaniem objęto trzy postępowania konkursowe zakończone zawarciem umów wraz z umowami o najwyższej wartości oraz trzy umowy zawarte bez przeprowadzonego postępowania konkursowego o najwyższej wartości zrealizowanych zamówień.

## OCENA CZĄSTKOWA

W Regulaminie Organizacyjnym Szpitala ujęte zostały elementy wymagane przepisami ustawy o działalności leczniczej, z wyjątkiem przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a ustalona w jego treści struktura organizacyjna jednostki odpowiadała treści wpisów w księdze rejestrowej, z wyjątkiem danych dotyczących jednego Oddziału. W kontrolowanej jednostce przeprowadzono konkursy na stanowiska kierownicze w oparciu o przepisy ww. ustawy, a nieprawidłowości zaistniałe podczas ich przeprowadzania nie miały wpływu na ich przebieg.

Szpital realizował świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych ze średnim wykorzystaniem łóżek szpitalnych na poziomie od 67% do 145%, przy czym jedynie na jednym oddziale wskaźnik ten nie przekraczał 100% w żadnym z badanych kwartałów. Zaistniałe przekroczenia wynikały z dostawiania łóżek dla pacjentów wymagających natychmiastowej hospitalizacji, w tym pacjentów po próbach samobójczych, osób przyjmowanych na podstawie nakazów sądowych czy pacjentów po przejściu udarów.

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu oraz na stronie internetowej Szpitala nie udostępniono pełnego katalogu informacji określonych w ogólnych warunkach udzielania świadczeń zdrowotnych, jednak przedmiotowe informacje uzupełniono w czasie kontroli. Dyrektor Szpitala nie zaktualizował też do 10 maja 2024 r. wprowadzonych w 2008 r. zasad rejestrowania pacjentów oczekujących na świadczenia zdrowotne. Powyższe nie spowodowało nieprawidłowości w prowadzeniu list pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń. W latach 2021-2023 Szpital umożliwiał pacjentom rejestrację za pomocą środków komunikacji elektronicznej, jednak przedmiotowa usługa została odłączona w 2024 r. z uwagi na znikome zainteresowanie pacjentów oraz duże koszty utrzymania serwisu.

Dyrektor Szpitala zapewnił zatrudnienie personelu medycznego na poziomie określonym w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, nie zaktualizował natomiast minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek wprowadzonych w 2017 r., pomimo upływu w sierpniu 2020 r. terminu określonego w rozporządzeniu.

Umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez podmioty zewnętrzne zawierane były z naruszeniem obowiązujących przepisów, w tym zawierano aneksy, na mocy których zwiększano wynagrodzenia przyjmujących zamówienia oraz przedłużono czas trwania umowy na czas nieokreślony.

W Szpitalu rzetelnie i terminowo dokonywano przeglądów technicznych aparatury medycznej oraz przeprowadzano szkolenia pracowników w zakresie jego obsługi. Szpital nie pobierał także opłat od pacjentów ubezpieczonych za świadczenia objęte umową z NFZ, udzielane w stanach nagłych oraz udzielone na podstawie przepisów szczególnych.

## OBSZAR

Opis stanu faktycznego

## 2. Sytuacja ekonomiczno-finansowa szpitala

### 2.1. Dokumentacja opisująca przyjęte zasady rachunkowości

W latach 2021-2023 w Szpitalu obowiązywały Zasady (polityka) rachunkowości przyjęte zarządzeniem nr 17/2020 z dnia 31 grudnia 2020 r. Dyrektora Szpitala w sprawie ustalenia dokumentacji przyjętej polityki rachunkowości<sup>105</sup>. Do ww. dokumentu nie były w ww. okresie wprowadzane zmiany, z wyjątkiem corocznej aktualizacji wykazu programów.

W załączniku nr 1 do polityki rachunkowości ustalony został Zakładowy plan kont,

<sup>105</sup> Dalej: polityka rachunkowości.

w załączniku nr 2 Wykaz ksiąg rachunkowych i zasady kontroli poprawności ksiąg, w załączniku nr 3 Wykaz programów, a w załączniku nr 4 opis Systemu służącego ochronie danych. W załączniku nr 3 zapisano, że szczegółowy opis struktury danych wraz z określeniem wzajemnych powiązań, funkcji oraz przeznaczenia poszczególnych danych zawarty jest w instrukcji oprogramowania, która dostępna jest z menu kontekstowego każdego z modułów w zakładce pomoc, a wykaz zbiorów stanowiących księgi rachunkowe znajduje się w instrukcji obsługi. W polityce rachunkowości nie zawarto też wykazu procedur lub funkcji wraz z opisem algorytmów i parametrów oraz programowych zasad ochrony danych, w tym w szczególności metod zabezpieczenia dostępu do danych i systemu ich przetwarzania, jak również zasad szacowania prawdopodobnych przyszłych rezerw m.in. na odszkodowania z tytułu zdarzeń medycznych i rezerw na świadczenia na rzecz pracowników, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1154-1186)

W treści zasad (polityki) rachunkowości SP ZOZ nie ujęto przyjętych rozwiązań w zakresie zasad szacowania i rozliczania rezerw na prawdopodobne przyszłe odszkodowania z tytułu zdarzeń medycznych. Natomiast odnośnie rezerw na przyszłe świadczenia pracownicze ustalono, że Szpital tworzy bierne rozliczenia międzyokresowe kosztów na zobowiązania z tytułu przyszłych świadczeń na rzecz pracowników w tym świadczeń emerytalnych i nagród jubileuszowych. Jako zasadę wprowadzono wyliczanie takich rezerw za pomocą arkusza do wyliczania rezerw autorstwa firmy [...] <sup>100</sup>. Corocznie w latach 2021-2023 zawiązywano rezerwy na świadczenia pracownicze - zwiększono rezerwę na ten cel o 28 tys. zł, 759,8 tys. zł i 2 337,1 tys. zł. W każdym przypadku, przy dokumencie PK, znajdowało się wyliczenie wskaźników <sup>106</sup> oraz arkusze użyte do obliczenia kwot rezerw <sup>107</sup>.

(akta kontroli str. 1329-1336, 1364-1390)

Główna Księgowa wyjaśniła, że w *ustawie o rachunkowości nie ma określonej szczegółowości tworzenia rezerw. Szpital nie wypłacał odszkodowań z tytułu zdarzeń medycznych. Tworzenie rezerw na odszkodowania z tytułu zdarzeń medycznych nie wymaga odrębnych zasad szacowania tych rezerw, ponieważ zasady są uniwersalne. Ustawa wymaga, aby szacunek był uzasadniony i wiarygodny art. 28 ust.1 pkt 9 ustawy o rachunkowości. Wskazała też, że w § 9 pkt 11 jest zapis, że jednostka tworzy rezerwy na świadczenia pracownicze, tj. nagrody jubileuszowe i odprawy emerytalne, a § 10 zawiera zapis z jakich arkuszy Szpital korzysta, aby te rezerwy wyliczyć.*

(akta kontroli str.1181-1182, 1329-1390)

W lutym 2023 r. zmieniono sposób prezentowania w księgach rachunkowych (lata 2022-2023) rezerw na świadczenia pracownicze – w miejsce dotychczasowego księgowania kosztów na koncie 551 ustalonym w polityce rachunkowości, zwiększono koszty poszczególnych ośrodków powstawania kosztów (konta 501-550). Zmiana ta nie została odzwierciedlona w aktualizacji polityki rachunkowości, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1171, 1181-1182, 1329-1336)

---

<sup>100</sup> Na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2022 r. poz. 902) w zw. z art. 158 ustawy z dnia 21 lutego 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z zapewnieniem stosowania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. U. z 2019 r., poz. 730) NIK wyłączyła jawność informacji w zakresie dotyczącym danych osobowych ujawnionych w ewidencji CEDiG. Wyłączenia dokonano w interesie przedsiębiorcy.

<sup>106</sup> Uwzględniające m.in. zmiany w poziomie zatrudnienia.

<sup>107</sup> Uwzględniające m.in. staż pracy, lata do emerytury i kwoty wynagrodzeń poszczególnych pracowników.

W trakcie kontroli NIK, z dniem 26 czerwca 2024 r., Dyrektor Szpitala zaktualizował politykę rachunkowości<sup>108</sup> wykreślając konto 551 Rezerwa na świadczenia pracownicze oraz dodając wykaz ksiąg rachunkowych prowadzonych przy użyciu komputera – wykaz 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.

(akta kontroli str. 1294-1328)

## 2.2. Wdrożenie standardów rachunku kosztów

W Szpitalu obowiązywała od 1 stycznia 2021 r. polityka rachunkowości, w której ustalono, że ewidencja kosztów prowadzona jest zgodnie z zaleceniami dotyczącymi standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców, o którym mowa w art. 31lc ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a koszty według kryterium rodzajowego (zespół 4) ewidencjonowane są zgodnie z załącznikiem nr 5 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców<sup>109</sup>. Ustalono też, że konta zespołu 5 mają przypisane kody funkcji zgodnie z załącznikiem nr 1 ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia.

W Szpitalu wydzielono ośrodki powstawania kosztów, ustalono etapy kalkulacji kosztów, klucze podziałowe kosztów pośrednich, rozdzielniki kosztów wspólnych oraz wycenę procedur medycznych w sposób zgodny ze standardem rachunku kosztów określonym w ww. rozporządzeniu.

(akta kontroli str. 1154-1165, 1181-1182, 1868-1869)

## 2.3. Plan finansowy

Plany finansowe Szpitala na poszczególne lata okresu 2021-2023 zostały opracowane w terminie odpowiednio 15 grudnia 2020 r., 10 grudnia 2021 r. i 19 grudnia 2022 r.<sup>110</sup>, tj. w terminie umożliwiającym gospodarkę finansową od 1 stycznia danego roku. Ponadto 22 listopada 2023 r. opracowano plan na rok 2024. Plany te zostały opracowane przez Główną Księgową, zatwierdzone przez Dyrektora Szpitala i zaopiniowane przez Radę Społeczną Szpitala<sup>111</sup>. Nie były one jednak przedkładane Radzie Społecznej w terminie umożliwiającym prowadzenie - od 1 stycznia danego roku - gospodarki finansowej na podstawie planów pozytywnie zaopiniowanych ten organ, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Poszczególne plany podlegały korektom, a ich ostateczne wersje oraz informacje o przebiegu wykonania planu finansowego były opiniowane przez Radę Społeczną Szpitala. Zarówno plany, korekty planów jak i ww. informacje przekazywano podmiotowi tworzącemu.

(akta kontroli str. 983-1056)

## 2.4. Struktura przychodów i kosztów

Przychody Szpitala wyniosły 50 846,8 tys. zł w 2021 r., 68 564,7 tys. zł w 2022 r. i 85 452,3 tys. zł w 2023 r. W strukturze przychodów największy udział miały przychody z tytułu usług leczniczych finansowanych przez NFZ. Udział ten wyniósł w latach 2021-2023 odpowiednio 89,7%, 91,6% i 91,7%.

<sup>108</sup> Zarządzenie nr 6 z dnia 26 czerwca 2024 r. w sprawie zmian zasad w Polityce Rachunkowości Szpitala.

<sup>109</sup> Dz.U. poz. 2045.

<sup>110</sup> Plany te określono jako wstępne.

<sup>111</sup> Plan finansowy na 2021 r. został pozytywnie zaopiniowany przez Radę Społeczną Szpitala 11 marca 2021 r., na 2022 r. został pozytywnie zaopiniowany 17 lutego 2022 r., a na 2023 r. 21 lutego 2023 r.

Koszty Szpitala wyniosły 51 373,7 tys. zł w 2021 r., 66 287,4 tys. zł w 2022 r. i 81 372,9 tys. zł w 2023 r. W strukturze kosztów największy udział miały koszty wynagrodzeń, które wraz ze składkami ZUS i innymi świadczeniami na rzecz pracowników wyniosł w latach 2021-2023 odpowiednio 77,7%, 79,2% i 80,7%.

Do najbardziej dochodowych komórek Szpitala należały w latach 2022-2023 następujące komórki organizacyjne udzielające świadczeń zdrowotnych: a/ Oddziały Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu (D2 i b5), których wynik w ww. okresie wyniósł odpowiednio 5 007,6 tys. zł i 7 339,6 tys. zł, b/ Oddział Psychiatrii Sądowej o Podstawowym Zabezpieczeniu (D1), której wynik w ww. okresie wyniósł odpowiednio 403,2 tys. zł i 8 111,5 tys. zł.

Do najbardziej deficytowych komórek Szpitala należały w latach 2022-2023 następujące komórki organizacyjne udzielające świadczeń zdrowotnych, których wynik był ujemny: a/ Oddział Psychiatrii Ogólnej B, którego wynik w ww. okresie wyniósł odpowiednio (-) 398,6 tys. zł i (-) 4 507 tys. zł, b/ Oddział Rehabilitacji Neurologicznej, którego wynik w ww. okresie wyniósł odpowiednio (-) 1 969,9 tys. zł i (-) 2 134,9 tys. zł, c/ Izba Przyjęć, której wynik w ww. okresie wyniósł odpowiednio (-) 2 593,9 tys. zł i (-) 2 208,2 tys. zł, d/ Oddział Psychiatrii Ogólnej C, którego wynik w ww. okresie wyniósł odpowiednio (-) 121,7 tys. zł i (-) 3 856,6 tys. zł.

(akta kontroli str. 841-844, 941-975, 978)

W latach 2021-2023 Szpital realizował umowy zawarte z NFZ i udzielał świadczeń w ramach limitów, a jedynie w zakresie Izby przyjęć w ramach ryczałtu. Nie były dokonywane przesunięcia ryczałtu między oddziałami ani nie udzielono świadczeń ponadryczałtowych z kategorii ratujących życie, za które Szpital nie otrzymał dodatkowych środków finansowych z NFZ.

W ramach kontraktów z ustalonym limitem, Szpital wykonał świadczenia ponad te limity, co spowodowało wnioskowanie o dodatkowe środki za takie nadwykonania, jak też aneksowanie tych kontraktów. Łącznie, ponad pierwotnie ustalone kwoty kontraktów, w latach 2021-2023 otrzymano 28 935,7 tys. zł. NFZ rozliczał nadwykonania, przeciętnie w ciągu około 2,5 miesiąca w latach 2021-2022, a w 2023 r. w ciągu miesiąca.

(akta kontroli str. 975)

## 2.5. Należności

Łączna kwota należności na dzień 31 grudnia 2023 r. wynosiła 7 696,1 tys. zł, w tym 7 671,3 tys. zł (99,7%) stanowiły należności nieprzeterminowane.

Łączna kwota należności przeterminowanych na dzień 31 grudnia 2023 r. wyniosła 24,8 tys. zł, w tym 2,2 tys. zł (8,9%) stanowiły należności, których termin płatności minął więcej niż 12 miesięcy temu.

Badaniem objęto pięć największych kwotowo pozycji należności przeterminowanych na 31 grudnia 2023 r. w łącznej kwocie 24,7 tys. zł. W wyniku badania stwierdzono, że Szpital podejmował działania w celu odzyskania należności. I tak: a/ w przypadku dwóch kontrahentów w związku z należnościami w kwotach 14 tys. zł i 0,6 tys. zł Szpital wystawił noty obciążeniowe z naliczeniem odsetek z tytułu opóźnień w zapłacie (w łącznej kwocie 0,1 tys. zł), a zaległe płatności otrzymano przed dokonaniem pisemnych wezwań – odpowiednio 10 i 5 stycznia 2024 r., b/ w przypadku należności w kwocie 1,9 tys. zł, której termin płatności upłynął 23 listopada 2023 r., zapłatę otrzymano 26 stycznia 2024 r., po monicie telefonicznym; kontrahent zwrócił się do Dyrektora Szpitala o odstąpienie od naliczenia odsetek wskazując na pominięcie płatności; Dyrektor Szpitala wyraził zgodę na odstąpienie od naliczania odsetek<sup>112</sup>, c/ w przypadku należności od pacjenta

<sup>112</sup> Taki tryb postępowania przewiduje §9 ust. 9 polityki rachunkowości.

z tytułu udzielonych świadczeń medycznych w kwocie 2,2 zł<sup>113</sup> uznano, że koszty dochodzenia należności przekroczą jej wysokość, d/ w przypadku należności z tytułu wynajmu sali w kwocie 6 tys. zł<sup>114</sup> nie podjęto działań w celu odzyskania należności, jak też nie naliczono odsetek za zwłokę, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. W przypadku ww. należności na kwotę 2,2 tys. zł i 6 tys. zł dokonano odpisów aktualizacyjnych i odpisania w koszty (konto 761-01-01) jako nieściągalne, odpowiednio w grudniu 2022 r. i grudniu 2023 r.

W latach 2021-2023 Szpital nie dokonał umorzenia należności.

(akta kontroli str. 846, 1057-1100)

Główna Księgowa wyjaśniła, że *nie naliczono odsetek od należności (...) na kwotę 2,2 tys. zł za udzielone świadczenie medyczne w oddziale psychiatrycznym, ponieważ (...) pacjent był nieubezpieczonym obcokrajowcem – obywatelem USA, (...) a wszczęcie procesu sądowego przekroczyłoby koszty leczenia pacjenta. (...) Wymienione przesłanki były podstawą podjęcia racjonalnej decyzji o odstąpieniu od naliczania odsetek*. Wskazała też, że *leczenie pacjentów psychiatrycznych nieubezpieczonych obcokrajowców (Niemców, Rumunów, Węgrów, Litwinów, Białorusinów itp.) rzadko kończy się sukcesem w postaci pokrycia kosztów leczenia*.

(akta kontroli str. 1292-1293)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że *należność na kwotę 2,2 tys. zł dotyczy udzielenia świadczenia zdrowotnego dla pacjenta nieubezpieczonego. Jego stan zdrowia wymagał udzielenia mu pomocy. Odzyskiwanie należności od obcokrajowców jest bardzo trudne. Okres leczenia musi być minimalny, aby zminimalizować potencjalne koszty. Jednocześnie specyfika świadczeń psychiatrycznych powoduje, że nie są one rozliczane w ramach współpracy systemów ubezpieczeniowych. Dokonany odpis aktualizacyjny, jak i zaliczenie w koszty było uzasadnione. Koszty dochodzenia należności prawdopodobnie wielokrotnie przewyższyłyby wartość należności. (...) Brak pisemnej potwierdzenia akceptacji o nienaliczaniu odsetek być może wynika z przeoczenia*.

(akta kontroli str. 1290)

## **2.6. Działania podejmowane w celu uzyskania należności z tytułu wystąpienia straty netto będącej wynikiem nałożenia na spoz dodatkowych obowiązków**

W Szpitalu wystąpiła w roku 2021 strata netto. W Programie naprawczym Szpitala na lata 2022-2023 wskazano m.in. na: a/ występującą w tym okresie dynamikę wzrostu kosztów, która była wyższa niż dynamika wzrostu przychodów (odpowiednio 13,4% i 11,5%), b/ poniesienie w związku z trwającą epidemią wirusa COVID-19 dodatkowych kosztów zakupu środków ochrony osobistej, sprzętu jednorazowego i środków dezynfekcji (977,1 tys. zł), c/ sposób rozliczania zaliczek otrzymanych od NFZ w 2020 r., d/ wartość kontraktu z NFZ na poziomie 2019 r., e/ presję płacową i braki wystarczającej liczby personelu oraz f/ poziom inflacji.

Dyrektor Szpitala wskazał, że *w 2022 r. przeprowadzono, na etapie opracowania Programu naprawczego na lata 2022-2023, analizę przyczyn poniesienia strat w 2021 r., z której nie wynikało, żeby ta strata była bezpośrednim wynikiem nałożenia na Szpital obowiązków, wynikających z prawa powszechnie obowiązującego. Zasadnicze znaczenie miała trwająca epidemia i sposób rozliczania otrzymanych zaliczek. Istotny był też wzrost cen materiałów i energii*.

(akta kontroli str. 911-912, 1289)

<sup>113</sup> Faktura nr 004/POZ/11/2021 z terminem płatności 30 listopada 2021 r.

<sup>114</sup> Faktura nr 031/DAT/11/2023 z terminem płatności 11 grudnia 2023 r.



## 2.7. Zobowiązania

Na 31 grudnia 2021r. łączna kwota zobowiązań krótkoterminowych Szpitala wyniosła 6 424, tys. zł, w tym 794,8 tys. zł stanowiły zobowiązania z tytułu dostaw i usług. Według stanu na 31 grudnia 2022 r. łączna kwota zobowiązań krótkoterminowych Szpitala wyniosła 11 390,9 tys. zł, w tym 1 169,9 tys. zł stanowiły zobowiązania z tytułu dostaw i usług. Na 31 grudnia 2023 r. łączna kwota zobowiązań krótkoterminowych Szpitala wyniosła 12 623,2 tys. zł, w tym 1 122,9 tys. zł stanowiły zobowiązania z tytułu dostaw i usług. Według stanu na koniec okresu sprawozdawczego, w latach 2021-2023 zobowiązania długoterminowe, jak i zobowiązania wymagalne nie wystąpiły. W latach 2021-2023 Szpital poniósł koszty finansowe w łącznej kwocie 3,5 tys. zł z tytułu zapłaty odsetek, w tym w 2021 r. kwotę 2 tys. zł odsetek z tytułu zobowiązań długoterminowych (spłaconych w 2021 r.), a w latach 2022-2023 odpowiednio 0,1 tys. zł i 1,4 tys. zł z tytułu zapłaty odsetek od kosztów sądowych spraw spornych<sup>115</sup>.

W latach 2021-2023 nie wystąpiły przypadki wstrzymania dostaw lub świadczenia usług na rzecz Szpitala spowodowanych zobowiązaniami wymagalnymi Szpitala oraz przesuwania terminu płatności w celu unikania płacenia odsetek za zwłokę. Szpital w tym okresie nie zaciągał pożyczek lub kredytów w instytucjach finansowych lub parabankach na pokrycie swoich bieżących zobowiązań, jak też nie podpisywał porozumień lub ugód z dostawcami/zleceniobiorcami, na podstawie których zobowiązania wymagalne przekształciłyby się w zobowiązania niewymagalne długoterminowe. Nie wystąpiły również przypadki nieopłacenia w terminie należności publicznoprawnych i z tytułu m.in. ubezpieczeń społecznych.

(akta kontroli str. 798-799, 817-818, 833-834, 847-848, 977-978)

## 2.8. Bilansowanie przychodów z kosztami

Szpital w sprawozdaniu finansowym za 2021 r. wykazał stratę w kwocie 564,3 tys. zł, a w sprawozdaniach za 2022 r. i 2023 r. dodatni wynik finansowy netto odpowiednio w kwocie 1 486,3 tys. zł i 1 686,2 tys. zł.

W związku z ujemnym wynikiem finansowym za 2021 r., tj. wystąpieniem okoliczności obligujących Dyrektora Szpitala do sporządzenia programu naprawczego, programem takim objęto lata 2022-2023. W ww. programie przedstawiono analizę sytuacji ekonomiczno-finansowej za lata 2019-2021, działania naprawcze i prognozę sytuacji ekonomiczno-finansowej na lata 2022-2023 oraz przedłożono go podmiotowi tworzącemu 28 października 2022 r. W ww. programie określono, że działania skierowane będą głównie na zwiększenie przychodów oraz zmniejszenie kosztów eksploatacji obiektów Szpitala poprzez zmianę ogrzewania i założenie paneli fotowoltaicznych. O realizacji zaplanowanych działań Szpital informował właściwą komórkę organizacyjną Urzędu Marszałkowskiego Województwa Opolskiego przedstawiając dane wskazujące na zwiększenie przychodów z tytułu realizacji świadczeń zdrowotnych i informacje o założeniu grzejników dwufunkcyjnych oraz paneli fotowoltaicznych do ich obsługi, a także częściową wymianę sieci centralnego ogrzewania na rury preizolowane.

(akta kontroli str. 800, 819, 835, 895-929)

## 2.9. Wskaźniki ekonomiczno-finansowe

W oparciu o wskaźniki wskazane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej<sup>116</sup>, określono wskaźniki

<sup>115</sup> Odsetki do sprawy sygn. akt V GNc 1083/22 i sprawy sygn. akt GC 617/22.

<sup>116</sup> Dz. U. poz. 832.

ekonomiczno-finansowe dla Szpitala z lat 2021-2023. I tak:

a/ w 2021 r.<sup>117</sup> - wskaźnik zyskowności netto wyniósł (-) 1,11%; zyskowności operacyjnej (-) 1,11%; zyskowność aktywów (-) 1,6%; bieżącej płynności 1,44; płynności szybkiej 1,28; rotacji należności 42 dni; rotacji zobowiązań 5 dni; zadłużenia aktywów 34,2%; wypłacalności 1,36;

b/ w 2022 r.<sup>118</sup> - wskaźnik zyskowności netto wyniósł 2,17%; zyskowności operacyjnej 2,17%; zyskowność aktywów 3,57%; bieżącej płynności 1,44; płynności szybkiej 1,30; rotacji należności 30 dni; rotacji zobowiązań 5 dni; zadłużenia aktywów 36,15%; wypłacalności 1,73;

c/ w 2023 r.<sup>119</sup> - wskaźnik zyskowności netto wyniósł 1,97%; zyskowności operacyjnej 2%; zyskowność aktywów 3,21%; bieżącej płynności 1,58; płynności szybkiej 1,49; rotacji należności 30 dni; rotacji zobowiązań 5 dni; zadłużenia aktywów 37,37%; wypłacalności 1,78.

Analiza wskaźników ekonomiczno-finansowych wskazała, że Szpital miał w latach 2021-2023 zachowaną wysoką płynność finansową, efektywność utrzymywała się na wysokim poziomie, zadłużenie było stabilne i niskie, a zyskowność działalności poprawiła się w latach 2022-2023.

(akta kontroli str. 784-839)

## 2.10. Raport o sytuacji ekonomiczno-finansowej

Dyrektor Szpitala sporządził i opublikował w Biuletynie Informacji Publicznej<sup>120</sup> raporty o sytuacji ekonomiczno-finansowej Szpitala. Raporty za lata 2020-2023 zostały upublicznione 11 czerwca 2024 r., tj. z naruszeniem obowiązującego terminu, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 854-871, 930, 934)

## 2.11. Zarządzanie mieniem

W latach 2021-2023 w Szpitalu wynajmowano pomieszczenia i powierzchnie oraz dzierżawiono grunty na podstawie 31 umów najmu/dzierżawy. W ww. okresie nie wystąpiły przypadki zbycia części majątku Szpitala lub jego nieodpłatnego użyczenia. Szczegółowym badaniem objęto pięć umów dotyczących udostępnienia pomieszczeń i powierzchni podmiotu leczniczego oraz sześć umów zawartych z pracownikami na udostępnienie mieszkań lub pokoi w hotelu pracowniczym.

W wyniku kontroli stwierdzono, że objęte badaniem umowy zawarto zgodnie z obowiązującymi w Szpitalu zasadami, w tym po uzyskaniu zgody podmiotu tworzącego<sup>121</sup>. Tylko w jednym przypadku umowa stanowiąca kontynuację umowy dzierżawy zawarta została bez takiej zgody, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Stawki najmu podlegały corocznej waloryzacji, a rozrachunki z tytułu ww. umów

<sup>117</sup> W wyniku analizy wskaźników za 2021 rok Szpital uzyskał 47 punktów, co stanowiło 67% maksymalnej liczby punktów możliwych do uzyskania.

<sup>118</sup> W wyniku analizy wskaźników za 2022 rok Szpital uzyskał 58 punktów, co stanowiło 83% maksymalnej liczby punktów możliwych do uzyskania.

<sup>119</sup> W wyniku analizy wskaźników za 2023 rok Szpital uzyskał 61 punktów, co stanowiło 87% maksymalnej liczby punktów możliwych do uzyskania.

<sup>120</sup> <http://bip.szpitalbranice.pl/628/984/sytuacja-finansowo-ekonomiczna.html>

<sup>121</sup> Uchwała nr 4836/2021 Zarządu Województwa Opolskiego z dnia 24 maja 2021 r. w sprawie wyrażenia zgody na zawarcie kolejnej umowy pomieszczeń przez Szpital, która dotyczyła kontynuacji najmu (po zakończeniu umowy najmu nr 43/2016 z 8 kwietnia 2016 r. zawartej po przeprowadzeniu przetargu pisemnego nieograniczonego). Uchwała nr 5472/2018 Zarządu Województwa Opolskiego z 21 maja 2018 r. w sprawie wyrażenia zgody na wydzierżawienie obiektu znajdującego się na terenie Szpitala (po zakończeniu umowy dzierżawy nr 65/X/2008 z 1 września 2008 r.). Uchwała nr 1172/2019 Zarządu Województwa Opolskiego z 30 lipca 2019 r. w sprawie wyrażenia zgody na wynajęcie powierzchni na terenie Szpitala, która dotyczyła kontynuacji najmu po zakończeniu umowy najmu nr 87/2016 z 17 października 2016 r. zawartej po przetargu.

objętych badaniem zostały prawidłowo ujęte w księgach rachunkowych Szpitala. Podstawą ustalenia stawki najmu mieszkań i pokoi w hotelu pracowniczym były zarządzenia Dyrektora Szpitala uwzględniające analizę stawek w powiecie głubczyckim.

(akta kontroli str. 1102-1112)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. Obowiązująca w latach 2021-2023 polityka rachunkowości nie zawierała elementów wymaganych przez art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. b i c ustawy o rachunkowości, tj. bezpośrednio ustalonych przez Dyrektora Szpitala: 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 oraz 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 w szczególności metod zabezpieczenia dostępu do danych i systemu ich przetwarzania. Sporządzano kopie danych źródłowych (bazy danych), a dostęp do aplikacji w wersji archiwalnej zapewniony był na serwerze dostawcy oprogramowania.

(akta kontroli str. 1154-1186, 1881-1883)

Ponadto, od 2022 r. zmieniono faktyczny sposób prezentowania w księgach rachunkowych (lata 2022-2023) rezerw na świadczenia pracownicze – w miejsce dotychczasowego ujmowania kosztów na koncie 551 ustalonym w polityce rachunkowości, koszty te ujmowano na kontach 501-550, odpowiadających poszczególnym ośrodkom powstawania kosztów (konta 501-550). Zmiana ta nie została odzwierciedlona w polityce rachunkowości, co stanowiło zaniechanie realizacji obowiązku aktualizacji ww. polityki, wynikającego z art. 10 ust. 2 ustawy o rachunkowości. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że *wprowadzenie zmiany w Polityce rachunkowości nie wydawało się niezbędne z uwagi na wprowadzoną ogólną zasadę stosowania standardu rachunku kosztów oraz ustalone zasady rozliczania biernych rozliczeń międzyokresowych kosztów*. Wskazał też, że uaktualnił politykę rachunkowości z dniem 26 czerwca 2024 r.

(akta kontroli str. 1289, 1294, 1329-1336, 1364-1390)

Główna Księgowa wyjaśniła, że jej zdaniem *polityka rachunkowości Szpitala posiada wszystkie wymagane elementy, a ustawa o rachunkowości wymaga formy pisemnej bez określenia, że forma pisemna to wyłącznie wersja papierowa. (...) Szpital posiada dedykowane oprogramowanie "Symantec Backup Exec", które wykonuje codziennie całościową kopię serwera na którym są przetwarzane dane księgowo-finansowe. Co umożliwia, w przypadku awarii serwera, do 5 godzin, odtworzenie całego systemu od zera. Kontrolnie wykonywane jest co 3 miesiące awaryjne odtworzenie w/w serwera*. Wskazała też, że *ustawa dopuszcza prowadzenie dokumentacji w formie elektronicznej i takie są tworzone, używane, aktualizowane i archiwizowane*.

(akta kontroli str. 1181-1182)

NIK zauważa, że stosownie do treści art. 10 ust. 2 ustawy o rachunkowości, to kierownik ustala w formie pisemnej i aktualizuje m.in. zakładowy plan kont, wykaz zbiorów danych stanowiących księgi rachunkowe. Dodatkowo z art. 71 tej ustawy wynika, że dokumentacja, o której mowa w art. 10 ust. 1 podlega ochronie, w tym przez tworzenie kopii zapasowych.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że *Szpital dokłada starań w celu zapewnienia zgodności polityki rachunkowości z przepisami, jak też ochrony naszych ksiąg rachunkowych*

*i innych dokumentów. Dane z systemu księgowego są archiwizowane. Są to pliki bazodanowe. Nie sporządzano dotychczas odrębnej kopii instrukcji programu. Są one jednak do odtworzenia z wersji programu, który był używany w momencie wykonania kopi baz danych. Takie archiwalne wersje programu są dla nas dostępne na serwerze FTP firmy ASSECO – naszego dostawcy oprogramowania księgowego.*

(akta kontroli str. 1290)

W trakcie kontroli NIK, z dniem 26 czerwca 2024 r., Dyrektor Szpitala zaktualizował politykę rachunkowości<sup>122</sup> wykreślając konto 551 Rezerwa na świadczenia pracownicze oraz dodając wykaz ksiąg rachunkowych prowadzonych przy użyciu komputera – wykaz 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.

(akta kontroli str. 1294-1328)

2. Plany finansowe Szpitala były corocznie ustalane przez Dyrektora Szpitala. Nie były one jednak przedkładane Radzie Społecznej Szpitala w terminie umożliwiającym prowadzenie - od 1 stycznia danego roku - gospodarki finansowej na podstawie planu pozytywnie zaopiniowanego przez ten organ.

Plany finansowe Szpitala na poszczególne lata okresu 2021-2023, opracowane i zatwierdzone odpowiednio 15 grudnia 2020 r., 10 grudnia 2021 r. i 19 grudnia 2022 r., nie zostały przekazane Radzie Społecznej Szpitala. Kolejne wersje planów zostały zatwierdzone odpowiednio 28 stycznia 2021 r., 28 stycznia 2022 r. i 27 stycznia 2023 r., a następnie przekazane Radzie Społecznej 4 marca 2021 r., 4 lutego 2022 r. i 10 lutego 2023 r.<sup>123</sup>

(akta kontroli str. 1046-1048, 1050, 1053)

Przekazanie planów finansowych Radzie Społecznej Szpitala w ww. terminach uniemożliwiło wydanie przez ten organ opinii, a tym samym realizację zadania wynikającego z art. 48 ust. 2 pkt 2 lit. a udl, przed rozpoczęciem roku, którego dany plan dotyczył.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że *to nie było ignorowanie Rady Społecznej. Nieszczęśliwie złożyło się, że spotkania Rady organizowane były dopiero w początku kolejnego roku. Biorąc pod uwagę, że z przepisów wynika odpowiedzialność dyrektora szpitala za prowadzenie gospodarki finansowej, a funkcja rady jest opiniodawczo-doradcza prowadzenie szpitala nie wymaga uzyskania uprzedniej opinii rady do planu finansowego.* Dyrektor Szpitala w wyjaśnieniu stwierdził też, że *brak uchwały rady społecznej nie powoduje braku informacji po stronie podmiotu tworzącego, ponieważ plany finansowe są przekazywane w styczniu każdego roku do odpowiedniego departamentu Urzędu Marszałkowskiego w Opolu. W trakcie poprzednich kontroli, w tym szczególnie badania bilansu przez biegłych jak i kontroli prowadzonych przez Urząd Marszałkowski, nie była kwestionowana nasza praktyka.* Dyrektor Szpitala zadeklarował, że *w trakcie prac nad kolejnym planem zostanie on przesłany do Rady Społecznej w terminie umożliwiającym wydanie opinii przed początkiem roku, którego plan będzie dotyczył.*

(akta kontroli str. 1866-1867)

3. Szpital nie wystawił noty odsetkowej z tytułu opóźnienia w zapłacie i nie podejmował działań w celu wyegzekwowania zaległej należności (poza wysłaniem

<sup>122</sup> Zarządzenie nr 6 z dnia 26 czerwca 2024 r. w sprawie zmian zasad w Polityce Rachunkowości Szpitala.

<sup>123</sup> Plan finansowy na 2021 r. został pozytywnie zaopiniowany przez Radę Społeczną Szpitala 11 marca 2021 r., na 2022 r. 17 lutego 2022 r., a na 2023 r. 21 lutego 2023 r.

faktury za wykonaną usługę) na kwotę 6 tys. zł, której termin płatności upłynął przed 31 grudnia 2023 r., tj. 11 grudnia 2023 r. Ujęto natomiast w księgach rachunkowych roku 2023 dotyczący ww. należności odpis aktualizujący, który odpisano w koszty.

(akta kontroli str. 846, 1067-1072)

Główna Księgowa wyjaśniła, że na 31 grudnia 2023 roku nie naliczono odsetek od należności wynikającej z F-ry nr 031/DAT/11/2023 z dnia 27 listopada 2023 roku na kwotę 5 997,60 złotych, ponieważ w czasie kiedy były ewidencjonowane odsetki z tytułu nieterminowego regulowania należności, tj. 26 stycznia 2024 roku powzięto wiadomość, że firma (...) Sp. z o.o. w dniu 29 grudnia 2023 roku złożyła wniosek o ogłoszenie upadłości. Wpis w KRS został dokonany w dniu 20 marca 2024 roku, a więc w terminie sporządzania rocznego sprawozdania finansowego (bilansu) Szpitala za 2023 rok. Zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 30 ustawy o rachunkowości - definicja przychodów i zysków brzmi „rozumie się przez to uprawdopodobnione powstanie w okresie sprawozdawczym korzyści ekonomicznych”, natomiast art. 4 ust. 1 ustawy o rachunkowości zobowiązuje Szpital do stosowania zasad polityki rachunkowości przedstawiających rzetelnie i jasno sytuację majątkową, finansową oraz wynik finansowy. Mając powyższe na uwadze, a w szczególności prawidłowe i rzetelne sporządzenie rachunku zysków i strat utworzony został odpis aktualizujący tę należność w kwocie głównej, również nie zaewidencjonowano odsetek w kwocie 13 złotych od niezapłaconej i wątpliwej do ściągnięcia należności. (...) od 1 lipca 2024 roku w Szpitalu zostanie zatrudniony nowy Radca Prawny i podjęte zostaną działania mające na celu wyegzekwowanie należności.

(akta kontroli str. 1292-1293)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że należność na 6 tys. zł będzie dochodzona. Nienaliczenie odsetek spowodowane było przekonaniem o wątpliwej możliwości odzyskania należności. Brak pisemnej potwierdzenia akceptacji o nienaliczaniu odsetek być może wynika z przeoczenia.

(akta kontroli str. 1290)

Zgodnie z art. 42 ust. 5 ufp 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.

4. Szpital udostępnił w Biuletynie Informacji Publicznej raporty o sytuacji ekonomiczno-finansowej za lata 2020-2023 z naruszeniem terminu wskazanego w art. 53a ust. 1 udl, § 3a ust. 2 pkt 4 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 31 marca 2020 r. w sprawie określenia innych terminów wypełniania obowiązków w zakresie ewidencji oraz w zakresie sporządzenia, zatwierdzenia, udostępnienia i przekazania do właściwego rejestru, jednostki lub organu sprawozdań lub informacji<sup>124</sup> (w przypadku raportu za 2020 r.) oraz w związku z § 10aa tego rozporządzenia wprowadzonym § 1 pkt 4 rozporządzenia Ministra Finansów z 7 marca 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie określenia innych terminów wypełniania obowiązków w zakresie ewidencji oraz w zakresie sporządzenia, zatwierdzenia, udostępnienia i przekazania do właściwego rejestru, jednostki lub organu sprawozdań lub informacji<sup>125</sup> (w przypadku raportu za 2021 r.). Zgodnie z ww. przepisami, raporty te należało udostępnić w terminie dwóch miesięcy od dnia upływu terminu sporządzenia rocznego sprawozdania finansowego, czyli odpowiednio do 31 lipca 2021 r. i 30 czerwca 2022 r. oraz 31 maja lat 2023-2024.

<sup>124</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 1585.

<sup>125</sup> Dz. U. poz. 561.

Tymczasem Szpital udostępnił ww. raporty - w trakcie kontroli NIK - 11 czerwca 2024 r., tj. ze zwłoką wynoszącą odpowiednio 1046, 712, 377 i 11 dni.

(akta kontroli str. 854, 930 i 934)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że *spóźnione wykonanie tego obowiązku było spowodowane przeoczeniem.*

(str. 854)

5. Dyrektor Szpitala zawarł umowę najmu części nieruchomości<sup>126</sup> bez uprzedniej zgody podmiotu tworzącego.

Szpital zawarł 1 września 2021 r. umowę najmu nr 80A/2021 ze spółką, która była następcą prawnym strony umowy rozpoczętej 1 września 2018 r. O wyrażenie zgody na zawarcie kolejnej umowy<sup>127</sup> na okres trzech lat wystąpiono do podmiotu tworzącego dopiero 8 października 2021 r., tj. po zawarciu ww. umowy, a zgodę otrzymano 22 listopada 2021 r. w postaci uchwały nr 5920 Zarządu Województwa Opolskiego. Jednocześnie, zgodnie z § 30 ust. 1a uchwały nr XXXI/275/2005 Sejmiku Województwa Opolskiego z dnia 22 lutego 2005 r. w sprawie zasad nabywania, zbywania i obciążania nieruchomości stanowiących mienie Województwa Opolskiego oraz ich wydzierżawiania i wynajmowania na okres dłuższy niż trzy lata<sup>128</sup>, na zawarcie kolejnej umowy po umowie zawartej na czas oznaczony do 3 lat, których przedmiotem jest ta sama nieruchomość wymagana jest zgoda Zarządu Województwa.

(str. 1113-1116, 1121-1122)

Były kierownik Działu Technicznego wyjaśnił, że *na podstawie uchwały nr VI/45/2027 Sejmiku Województwa Opolskiego z dnia 27 marca 2007 r. w sprawie ustalenia zasad gospodarowania mieniem Województwa Opolskiego pracownik Szpitala i radca prawny interpretowali zapisy, że zawarcie umowy do 3 lat nie wymaga zgody Zarządu Województwa.*

(akta kontroli str. 1113-1133)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że *mieliśmy wątpliwości co do konieczności uzyskania zgody przy podmiocie, który chciał kontynuować najem. Prawdopodobnie przeoczona zostało obowiązywanie uchwały z 2008 r. wprowadzającej zmiany do uchwały regulujące oddawanie nieruchomości w najem i dzierżawę.*

(akta kontroli str. 1290-1291)

#### OCENA CZĄSTKOWA

Szpital prawidłowo wdrożył standardy rachunku kosztów oraz terminowo regulował zobowiązania. Obowiązująca w latach 2021-2023 polityka (zasady) rachunkowości Szpitala nie zawierała wymaganych przez przepisy elementów bezpośrednio ustalonych przez Dyrektora Szpitala, w tym wykazu zbiorów danych tworzących księgi rachunkowe na informatycznych nośnikach danych z określeniem ich struktury, wzajemnych powiązań oraz ich funkcji w organizacji całości ksiąg rachunkowych.

Plany finansowe Szpitala były corocznie ustalane przez Dyrektora Szpitala. Nie były one przedkładane Radzie Społecznej w terminie umożliwiającym prowadzenie - od 1 stycznia danego roku - gospodarki finansowej na podstawie planów pozytywnie zaopiniowanych ten organ. Wystąpiła także zwłoka w udostępnianiu w Biuletynie Informacji Publicznej raportów o sytuacji ekonomiczno-finansowej Szpitala.

Stawki stosowane w umowach najmu pomieszczeń i mieszkań oraz dzierżawy

<sup>126</sup> Działki nr 132/46 położonej w Branicach przy ul. Szpitalnej 18.

<sup>127</sup> Poprzednia umowa zawarta była na okres trzech lat od 1 września 2018 r. do 31 sierpnia 2021 r.

<sup>128</sup> W treści ustalonej w § 1 pkt 3 Uchwała Nr XX/244/2008 Sejmiku Województwa Opolskiego z dnia 1 lipca 2008 r. w sprawie zmiany uchwały Nr XXXI/275/2005 Sejmiku Województwa Opolskiego z dnia 22 lutego 2005r. w sprawie zasad nabywania, zbywania i obciążania nieruchomości stanowiących mienie Województwa Opolskiego oraz ich wydzierżawiania i wynajmowania na okres dłuższy niż trzy lata.

nieruchomości Szpitala podlegały corocznej waloryzacji. W jednym przypadku stwierdzono jednak, że umowa najmu została zawarta bez uzyskania uprzedniej zgody podmiotu tworzącego.

## IV. Uwagi i wnioski

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

Uwagi Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

- Wnioski
1. Złożenie wniosku aktualizacyjnego wpis w Księdze RPWDL określającego funkcjonujący oraz wyszczególniony w Regulaminie Organizacyjnym Oddział Sądowo-Psychiatrycznego o wzmocnionym zabezpieczeniu B5.
  2. Dostosowanie treści Regulaminu Organizacyjnego Szpitala do obowiązujących przepisów udl, w tym określenie przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.
  3. Ustalenie (zaktualizowanie) przez Dyrektora Szpitala minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek.
  4. Podjęcie działań w celu wyegzekwowania zaległych należności lub uprawdopodobnienia ich nieściągalności.
  5. Terminowe naliczanie odsetek za zwłokę.
  6. Zwiększenie nadzoru nad dochodzeniem należności.
  7. Przekazywanie Radzie Społecznej Szpitala planów finansowych w terminie umożliwiającym ich zaopiniowanie przed rozpoczęciem roku, na który te plany są sporządzane.

## V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia  
zastrzeżeń

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

Opole, 5 lipca 2024 r.

Kontrolerzy  
Agnieszka Haba  
Specjalista kontroli państwowej

/ - /

.....  
*podpis*

Rafał Marynowicz  
Doradca ekonomiczny

/ - /

.....  
*podpis*

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Opolu  
Dyrektor  
Iwona Zyman

/ - /

.....  
*podpis*