



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura we Wrocławiu

LWR.410.020.02.2022

Pan
Przemysław Magiera
Dyrektor
Powiatowego Zespołu Szpitali w Oleśnicy
Powiatowy Zespół Szpitali w Oleśnicy
ul. Armii Krajowej 1
56-400 Oleśnica

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/22/048 – „Funkcjonowanie szpitali powiatowych”

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Powiatowy Zespół Szpitali w Oleśnicy, ul. Armii Krajowej 1, 56-400 Oleśnica ¹ .
Kierownik jednostki kontrolowanej	Przemysław Magiera, Dyrektor Powiatowego Zespołu Szpitali w Oleśnicy, od 1 stycznia 2021 r. ² . W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili: <ul style="list-style-type: none">– Krzysztof Wywrot, Dyrektor Powiatowego Zespołu Szpitali w Oleśnicy od 1 lipca 2019 r. do 31 grudnia 2020 r.;– Gizele Jagielska, p.o. Dyrektora Powiatowego Zespołu Szpitali w Oleśnicy od 16 listopada 2020 r. do 31 grudnia 2020 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none">1. Organizacja i realizacja świadczeń zdrowotnych.2. Sytuacja ekonomiczno-finansowa szpitala.
Okres objęty kontrolą	Lata 2020 – 2022 (I półrocze) z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeśli zdarzenia mające wówczas miejsce miały wpływ na kontrolowany okres.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ³ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura we Wrocławiu
Kontrolerzy	<ol style="list-style-type: none">1. Ksymena Kramarczyk-Rosiak, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr LWR/153/2022 z 9 sierpnia 2022 r.2. Renata Kojro, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LWR/159/2022 z 18 sierpnia 2022 r.

(akta kontroli: tom VI str. 1-5)

¹ Dalej: Szpital lub PZS.

² Dalej: Dyrektor.

³ Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Szpital w okresie objętym kontrolą był zorganizowany i realizował świadczenia zdrowotne w sposób zasadniczo prawidłowy. Sytuacja ekonomiczno-finansowa Szpitala pozwalała na realizację jego zadań statutowych. Niemniej, działania Szpitala podejmowane w ramach gospodarki majątkowo-finansowej oraz organizacji i realizacji świadczeń nie zawsze były w pełni zgodne z prawem, regulacjami wewnętrznymi oraz rzetelne.

Co do zasady PZS zatrudniał personel w liczbie i o kwalifikacjach odpowiednich do zakresu prowadzonej działalności, z wyjątkiem Oddziału Chorób Wewnętrznych, gdzie w dwóch miesiącach nie zapewniono wymaganej liczby pielęgniarek. Listy oczekujących prowadzone były w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi. Pomieszczenia Szpitala były odpowiednio oznaczone i wydzielone, a pacjentom udostępniane były wymagane informacje o prowadzonej działalności leczniczej z wyjątkiem informacji na temat posiadanych udogodnień dla osób niepełnosprawnych oraz o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia w Szpitalu w Sycowie. Szpital prowadził gospodarkę finansową zgodnie z założeniami planów finansowych. Dokumentacja opisująca zasady rachunkowości Szpitala spełniała wymagania określone w art. 10 ust. 1 ustawy z 29 września 1994 r. o rachunkowości⁵.

Stwierdzone w działalności Szpitala nieprawidłowości dotyczyły w szczególności: [1] braku aktualizowania postanowień Regulaminu organizacyjnego przez co dokument ten nie spełniał warunków określonych w art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁶; [2] w części nieaktualnego wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą; [3] obsady jednego stanowiska kierowniczego z pominięciem procedury konkursowej; [4] zaniechania przez ponad trzy lata wszczęcia postępowania konkursowego na obsadę stanowiska Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Neonatologicznego; [5] wykorzystywania do udzielenia świadczeń medycznych aparatury i sprzętu bez wymaganych przeglądów technicznych w dwóch objętych badaniem oddziałach szpitalnych; [6] odstępiania od porównywania spełnienia przez oferentów wymogów jakościowych, kompleksowości, dostępności oraz ciągłości w ramach trzech objętych badaniem konkursów ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych; [7] niepełnego wdrożenia zasad rachunku kosztów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców⁷. Pozostałe nieprawidłowości (wyszególnione w sekcjach *Stwierdzone nieprawidłowości*) nie miały zasadniczego wpływu na ocenę funkcjonowania Szpitala w badanych obszarach.

W toku kontroli ustalono również, że Szpital nie zrealizował jednego wniosku pokontrolnego sformułowanego przez NIK w wyniku kontroli nr P/15/092 *Restrukturyzacja wybranych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej korzystających z pomocy ze środków publicznych, mającej miejsce w 2015 r.*

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

⁵ Dz. U. z 2021 r. poz. 217, ze zm. Dalej: ustawa o rachunkowości.

⁶ Dz. U. z 2022 r. poz. 633, ze zm. (dalej: ustawa o działalności leczniczej lub udl).

⁷ Dz. U. poz. 2045. Dalej: rozporządzenia MZ w sprawie standardu rachunku kosztów z 2020 r.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe⁸ kontrolowanej działalności

OBSZAR

Opis stanu faktycznego

1. Organizacja i realizacja świadczeń zdrowotnych

1.1. PZS był podmiotem leczniczym, którego organem założycielskim był powiat oleśnicki. Szpital posiadał aktualny wpis do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą⁹ (dalej: Rejestr). Podmiot wpisano do Rejestru jako samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej 9 października 2003 r., przy czym faktyczną działalność leczniczą rozpoczął 1 stycznia 2004 r. W strukturze organizacyjnej Szpitala wydzielono: Szpital w Oleśnicy¹⁰, Szpital w Sycowie¹¹, Świadczenia zdrowotne długoterminowe i rehabilitacyjne w Sycowie¹², Przychodnię Rejonowo-Specjalistyczną w Sycowie¹³, Przychodnię Specjalistyczną w Oleśnicy¹⁴ oraz Pogotowie Ratunkowe w Oleśnicy¹⁵.

Według stanu na dzień 5 września 2022 r. Rejestrze odnotowano sześć¹⁶ zmian w zakresie dotyczącym: [1] utworzenia nowych komórek organizacyjnych, tj. wskazano, że działalność rozpoczęły: [a] Ośrodek Opieki Medycznej Dzienny w Sycowie¹⁷ (od 1 kwietnia 2021 r.) i [b] trzy poradnie: Onkologiczna¹⁸, Neonatologiczna¹⁹ oraz Preluksacyjna²⁰ od 1 czerwca 2022 r. oraz [2] kodów resortowych odnoszących się do Izby Przyjęć i Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Wszystkie wnioski o zmianę zostały złożone przez Szpital w terminie²¹. Dane ujawnione w Rejestrze nie zawsze były jednak zgodne ze stanem faktycznym²² i odpowiadały informacjom zawartym w Regulaminie organizacyjnym²³, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli: tom VII str. 7-300, 381-387, tom IX str. 3-5)

1.2. Obowiązujący w Szpitalu Regulamin organizacyjny z 6 kwietnia 2016 r. określał m.in. cele i zadania Szpitala, strukturę organizacyjną, rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych, miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych, przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych oraz wysokość opłat za świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych. W Regulaminie organizacyjnym Szpitala nie określono natomiast organizacji i zadań poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych udzielających świadczeń oraz warunków współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym.

⁸ 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.

⁹ Księga rejestrowa nr 000000002093.

¹⁰ W tym: Izba Przyjęć, Oddział Pediatrii, Oddział Chorób Wewnętrznych, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Oddział Chirurgii Ogólnej, Oddział Ginekologiczno-Położniczy i Oddział Neonatologiczny, a także: Blok Operacyjny i Apteka szpitalna.

¹¹ W tym: Oddział Rehabilitacyjny i Oddział Rehabilitacyjny Neurologiczny.

¹² W tym: Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy i Oddział Medycyny Paliatywnej.

¹³ W tym: Dział (pracownia) Fizjoterapii, Poradnia Położnicza, Poradnia Chirurgii Ogólnej, Podstawowa Opieka Zdrowotna, Poradnia Rehabilitacyjna, Nocna i świąteczna opieka zdrowotna oraz Pracownia Ultrasonografii (dalej: USG).

¹⁴ W tym: Poradnia Chirurgii Ogólnej, Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Poradnia Kardiologiczna, Poradnia Diabetologiczna, Poradnia Ginekologiczno-Położnicza, Pracownia Badań Endoskopowych, Pracownia Diagnostyki Kardiologicznej oraz Pracownia Badań USG.

¹⁵ W tym: Zespół Ratownictwa Specjalistycznego, Zespół Ratownictwa Podstawowego, Zespół Transportu Sanitarnego, Zespół Transportu Podstawowego w Twardogórze, Zespół Ratownictwa Specjalistycznego w Sycowie oraz Dyspozytornia Medyczna.

¹⁶ Na podstawie złożonych czterech wniosków przez Szpital w badanym okresie.

¹⁷ Pod poz. L.p. 70.

¹⁸ Pod poz. L.p. 71.

¹⁹ Pod poz. L.p. 72.

²⁰ Pod poz. L.p. 73.

²¹ Tj. przed upływem 14 dni od powstania zmian, termin wyznaczony w art. 107 ustawy o działalności leczniczej.

²² Co potwierdziły m.in. oględziny przeprowadzone w dniach 15 września 2022 r. oraz 22 września 2022 r.

²³ Wprowadzony Zarządzeniem nr 34/2016 z dnia 6 kwietnia 2016 r. Dyrektora Powiatowego Zespołu Szpitali w sprawie Regulaminu Organizacyjnego.

Szerzej kwestie braku wymaganych uregulowań w Regulaminie organizacyjnym Szpitala zostały omówione w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli: tom VII str. 263-300, tom IX str. 3-5)

1.3. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu na stanowiskach: dyrektora Szpitala²⁴, zastępcy dyrektora Szpitala ds. medycznych, kierowników oddziałów²⁵, naczelniej pielęgniarki²⁶, położnej oddziałowej²⁷ oraz pielęgniarki oddziałowej²⁸ zatrudnione były łącznie 32 osoby.

Prawidłowość obsady stanowisk kierowniczych sprawdzono na przykładzie wybranej do szczegółowego badania próby²⁹ pięciu pracowników zatrudnionych na stanowiskach kierowniczych w latach 2020-2022 (I półrocze). Na tej podstawie stwierdzono, że:

- Kierownik Oddziału Pediatrycznego w Oleśnicy został zatrudniony na podstawie porozumienia w sprawie zmiany warunków umowy o pracę w części dotyczącej stanowiska i wynagrodzenia z dnia 17 grudnia 2020 r., tj. z pominięciem procedury konkursowej. Szczegółowo kwestie związane z naruszeniem zasad przy obsadzie ww. stanowiska opisano w sekcji *Stwierdzono nieprawidłowości*;
- w 2021 r. cztery stanowiska pielęgniarek oddziałowych obsadzono po przeprowadzonych konkursach. Z wyjątkiem kwestii opisanych w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*, konkursy zostały przeprowadzone zgodnie z zasadami określonymi w art. 49 ust. 3-6a ustawy o działalności leczniczej oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzenia konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą³⁰.

(akta kontroli: tom VI str. 5, tom VII str. 301-308, tom X str. 267-376, tom XI str. 108-119)

Niezależnie od powyższego, w okresie objętym kontrolą, w Szpitalu zatrudniono dwie osoby na stanowisku pielęgniarki/położonej koordynującej, które nie zostało uwzględnione w strukturze organizacyjnej Szpitala w ramach Regulaminu organizacyjnego. Szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli: tom VII str. 301-302, tom XI str. 108-110)

1.4. Świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w Szpitalu udzielały następujące komórki organizacyjne Szpitala:

w Oleśnicy: Oddział Pediatryczny, Oddział Chirurgii Ogólnej, Oddział Ginekologiczno-Położniczy, Oddział Neonatologiczny, Oddział Chorób Wewnętrznych, Izba Przyjęć, Pracownia Endoskopii, Pracownia Diagnostyki Kardiologicznej, Pracownia USG, Zespół transportu sanitarnego, Zespół wyjazdowy reanimacyjny S specjalistyczny, Zespół P – podstawowy, Poradnia Kardiologiczna, Poradnia Diabetologiczna, Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Blok Operacyjny, Poradnia Ginekologiczno-Położnicza, Apteka Szpitalna, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, dwa Gabinety diagnostyczno-zabiegowe (ginekologia i położnictwo oraz chirurgia ogólna i chirurgia urazowo-ortopedyczna), Nocna i świąteczna opieka zdrowotna, Pracownia RTG³¹, Szkoła Rodzenia,

²⁴ Trzy osoby, w tym jedna pełniła obowiązki dyrektora.

²⁵ 13 osób.

²⁶ Dwie osoby, w tym również jedna z nich jako pełniąca obowiązki Naczelniej Pielęgniarki.

²⁷ Trzy osoby, w tym dwie z nich również jako pełniące obowiązki położnej oddziałowej.

²⁸ 10 osób, w tym trzy z nich jako pełniące obowiązki pielęgniarki oddziałowej.

²⁹ Doboru próby dokonano w sposób losowy. Kontrolą objęto cztery postępowania konkursowe przeprowadzone w 2021 r. na stanowiska pielęgniarek oddziałowych, tj. Położnej Oddziałowej Oddziału Ginekologiczno-Położniczego w Oleśnicy, Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Neonatologicznego w Oleśnicy, Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Pediatrycznego w Oleśnicy, Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Rehabilitacyjnego i Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Rehabilitacyjnego Neurologicznego w Sycowie oraz jedno postępowanie przeprowadzone w 2020 r. w zakresie zatrudnienia Kierownika Oddziału Pediatrycznego.

³⁰ Dz. U. z 2021 r. poz. 430.

³¹ Pracownia Rentgenowska.

Poradnia Neonatologiczna oraz Poradnia Preluksacyjna oraz Poradnia Chirurgii Ogólnej.

w Sycowie: Oddział Rehabilitacyjny, Zakład Opiekuńczo-Leczniczy, Pracownia Fizjoterapii, Pracownia USG, Poradnia Rehabilitacyjna, Poradnia Ginekologiczno-Położnicza, Poradnia Chirurgii Ogólnej, Oddział Rehabilitacyjny Neurologiczny, Oddział Medycyny Paliatywnej, trzy gabinety diagnostyczno-zabiegowe (medycyna rodzinna, chirurgia ogólna oraz ginekologia i położnictwo), Zespół wyjazdowy P – podstawowy, Nocna i świąteczna opieka zdrowotna, Pracownia RTG, Szkoła Rodzenia, Ośrodek Opieki Medycznej Dzienny.

w Twardogórze: Zespół wyjazdowy P – podstawowy.

(akta kontroli: tom IX str. 3-5)

Liczba łóżek w Szpitalu utrzymywała się na zbliżonym poziomie i wynosiła odpowiednio: 259 według stanu na 31 grudnia 2019 r.; 259 według stanu na 31 grudnia 2020 r.; 258 według stanu na 31 grudnia 2021 r. oraz 258 według stanu na 30 czerwca 2022 r.

Liczba osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę oraz umów cywilnoprawnych ogółem wynosiła: 548 według stanu na 31 grudnia 2019 r.; 665 według stanu na 31 grudnia 2020 r.; 719 według stanu na 31 grudnia 2021 r. oraz 685 według stanu na 30 czerwca 2022 r. Z tego liczba pracowników medycznych stanowiła: 429 osób według stanu na 31 grudnia 2019 r.; 504 według stanu na 31 grudnia 2020 r.; 525 według stanu na 31 grudnia 2021 r. oraz 491 osób według stanu na 30 czerwca 2022 r., a pozostałych pracowników kolejno: 119 według stanu na 31 grudnia 2019 r.; 161 według stanu na 31 grudnia 2020 r.; 194 według stanu na 31 grudnia 2021 r. oraz na 30 czerwca 2022 r.

Przyczyny wzrostu liczby zawieranych umów z pracownikami Szpitala (w tym medycznymi i pozostałymi) Dyrektor uzasadniał m.in. pandemią COVID-19. Szpital, zgodnie z decyzjami Wojewody Dolnośląskiego, miał zapewniać łóżka dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2. Tymczasem, jak dodał Dyrektor, wielu pracowników przebywało na zwolnieniach lekarskich z powodu zakażeń stąd, aby zapewnić ciągłość pracy oddziałów szpitalnych zatrudniano pracowników na dyżury zleczone czy też umowy o pracę.

Liczba pacjentów hospitalizowanych w danym roku kształtowała się natomiast na poziomie: 11 163 osób według stanu na 31 grudnia 2019 r.; 9 769 według stanu na 31 grudnia 2020 r.; 10 778 według stanu na 31 grudnia 2021 r. oraz 5 610 według stanu na 30 czerwca 2022 r.

Przyczyny zmniejszającej się liczby pacjentów hospitalizowanych wynikały, zdaniem Dyrektora, m.in. z ograniczeń udzielania świadczeń wykonywanych planowo w związku z przekształceniem Szpitala w tzw. Szpital Covidowy.

Liczba pacjentów leczonych ambulatoryjnie kształtowała się na poziomie: 27 364 według stanu na 31 grudnia 2019 r.; 17 553 według stanu na 31 grudnia 2020 r.; 18 071 według stanu na 31 grudnia 2021 r. oraz 9 475 według stanu na 30 czerwca 2022 r.

Przyczyny zmniejszającej się liczby pacjentów leczonych ambulatoryjnie Dyrektor tłumaczył m.in. tym, że Szpital ograniczył udzielanie świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w celu minimalizacji ryzyka transmisji infekcji COVID-19. W tym czasie jak wskazał Dyrektor udzielano teleporad.

Wartość umowy z Dolnośląskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia³² wynosiła kolejno: 54 948,0 tys. zł według stanu na 31 grudnia 2019 r.;

³² Dalej: DOW NFZ.

60 539,0 tys. zł według stanu na 31 grudnia 2020 r.; 65 544,3 tys. zł według stanu na 31 grudnia 2021 r. oraz 35 298,3 tys. zł według stanu na 30 czerwca 2022 r.

Dyrektor wskazał, że wzrost ten wynikał m.in. ze wzrostu wartości świadczeń udzielanych przez podstawowe zespoły ratownictwa medycznego oraz Zespół wyjazdowy reanimacyjny S specjalistyczny oraz z przejścia z pierwszego na drugi poziomu referencyjności w zakresach świadczeń „Położnictwo i ginekologia” oraz „Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży”.

(akta kontroli: tom VII str. 10-12, 331-376, tom XI str. 89-94)

1.5. Na podstawie przeprowadzonych³³ oględzin stwierdzono, że Szpital co do zasady dochował wymogów informacyjnych określonych w § 11 ust. 1 i 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej³⁴. Nie udostępniono jednak pacjentom Szpitala w Sycowie informacji na temat posiadanych udogodnień dla osób niepełnosprawnych oraz o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia. Szerzej powyższe kwestie opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli: tom VII str. 379-387, tom XI str. 108)

1.6. W Szpitalu zapewniono pacjentom przejrzyste, oparte na kryteriach medycznych, zasady ustalające kolejność dostępu do świadczeń medycznych udzielanych przez Szpital.

Poza kolejnością, przyjęcia na oddziały szpitalne odbywały się jedynie w trybie nagłym/pilnym³⁵, całodobowo. Decyzję o przyjęciu na oddział w przypadkach nagłych/pilnych podejmował lekarz dyżurny po zapoznaniu się ze stanem zdrowia pacjenta w Izbie Przyjęć. Nie wymagano skierowania.

W pozostałych przypadkach, w tzw. przyjęciach planowych, które były dokonywane na podstawie skierowania, przyjęcia na oddziały szpitalne odbywały się zgodnie z wyznaczonym przez właściwy oddział terminem. O przyjęciu pacjenta ze skierowaniem w trybie planowanym na oddział orzekał kierownik właściwego oddziału. Kwalifikacje pacjentów na Oddział Chirurgiczny odbywały się we wtorki w godz. 9.00-13.00, na Oddział Ginekologiczno-Położniczy we wtorki i czwartki w godz. 10.00-15.00, na Oddział Rehabilitacyjny w godz. 10.00-12.00, Oddział Rehabilitacyjny Neurologiczny codziennie w godz. 10.00-14.00. Warunkiem poddania pacjenta procesowi kwalifikacji medycznej było okazanie skierowania na leczenie. Następnie pacjent był przyjmowany na leczenie szpitalne w terminie uzgodnionym. Wpisów do kolejki oczekujących dokonywano na bieżąco. Po konsultacji z kierownikiem oddziału, pacjent był kierowany z uzgodnionym terminem, do rejestracji szpitala, gdzie był wpisywany do kolejki oczekujących. Harmonogramy przyjęć, w tym listy oczekujących prowadzono w programie Optimed NXT, w zakładce *Terminarz*. Harmonogramy przyjęć obejmowały wszystkich pacjentów, także kontynuujących leczenie. Listy oczekujących na świadczenia zdrowotne oraz harmonogramy przyjęć pacjentów, Szpital sprawozdawał do DOW NFZ.

(akta kontroli: tom VII str. 263-300, tom XI str. 26-29, 39-86)

W przypadku porad specjalistycznych, były one udzielane pacjentom według kolejności zgłoszeń w wyznaczonych dniach i godzinach ich udzielania, zgodnie z harmonogramem zawartym w załączniku do umowy zawartej z DOW NFZ. Pacjentowi zapewniono możliwość rejestracji osobiście, telefonicznie i za pośrednictwem osoby trzeciej. Do poradni specjalistycznych pacjentów rejestrowano od poniedziałku do piątku w godzinach 7.00-16.00 w Szpitalu w Oleśnicy oraz w godz. 7.00-14.35 w Szpitalu w Sycowie. W punkcie rejestracji do poradni

³³ Oględziny przeprowadzono w dniach: 15 oraz 22 września 2022 r.

³⁴ Dz. U. z 2022 r. poz. 787, ze zm. Dalej: OWU.

³⁵ Tj. w stanach bezpośredniego zagrożenia życia, np. wypadki, zatrucia, etc.

specjalistycznej pacjent dowiadywał się m.in. o czasie oczekiwania na wizytę do lekarza specjalisty i dowiadywał się o pierwszym wolnym terminie do specjalisty. Prowadzenie wpisów na listę oczekujących odbywało się na bieżąco. Następowo w dniu zgłoszenia do rejestracji. Harmonogramy przyjęć, w tym listy oczekujących prowadzono również w programie Optimed NXT, w zakładce *Terminarz*. Harmonogramy przyjęć obejmowały wszystkich pacjentów, także kontynuujących leczenie. Listy oczekujących na świadczenia zdrowotne oraz harmonogramy przyjęć pacjentów, Szpital sprawozdawał do DOW NFZ.

(akta kontroli: tom VII str. 263-300, tom XI str. 26-29, 39-86)

Osobami odpowiedzialnymi za prowadzenie list oczekujących byli: sekretarki medyczne – wpisujące na listy oczekujących oraz rejestratorzy – wpisujące na listy oczekujących. Za prowadzenie harmonogramu przyjęć był odpowiedzialny Kierownik Działu Statystyki Medycznej. Nadzór nad harmonogramami i listami oczekujących sprawował Dyrektor.

(akta kontroli: tom VII str. 263-300, tom XI str. 26-29)

W Szpitalu nie wprowadzono³⁶ rozwiązań umożliwiających świadczeniobiorcom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowanie statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamianie ich o terminie udzielenia świadczenia, o których mowa w art. 23a ust. 1 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³⁷, co szczegółowo opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli: tom VII str. 263-300, tom XI str. 26-29, tom XI str. 146)

Spośród poradni specjalistycznych, najszybciej dostępna dla pacjentów była Poradnia Ginekologiczno-Położnicza zarówno w zakresie podstawowej opieki szpitalnej jak i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w tym również w przypadkach pilnych, jak i stabilnych, gdzie nie zanotowano³⁸ osób oczekujących na świadczenia zdrowotne. Natomiast najdłuższy czas oczekiwania w porównaniu z liczbą oczekujących zanotowano do Poradni Diabetologicznej (przypadki stabilne). W porównaniu do danych z 31 grudnia 2019 r., liczba osób oczekujących wzrosła z 57 osób do 198 osób (przypadki stabilne) w 2022 r. (według stanu na 30 czerwca), a czas oczekiwania wydłużył się z 29 do 67 dni.

Dyrektor wskazał, że przyczyną ograniczonej dostępności do tej poradni była rosnąca liczba nowych pacjentów zgłaszających się do ww. poradni. Wskazał również, że Poradnia Diabetologiczna w Oleśnicy była jedyną taką poradnią w powiecie oleśnickim, który jest jednym z największych powiatów województwa dolnośląskiego.

W odniesieniu do oddziałów szpitalnych, najszybciej dostępne dla pacjentów były: Oddział Chorób Wewnętrznych, Oddział Medycyny Paliatywnej oraz Oddział Pediatriczny, gdzie nie zanotowano³⁹ osób oczekujących. Najdłuższy czas oczekiwania w porównaniu z liczbą oczekujących zanotowano w Zakładzie opiekuńczo-leczniczym. W porównaniu do danych z 2020 r., gdzie czas oczekiwania wynosił 219 dni (39 osób), czas oczekiwania wydłużył się do 375 dni (42 osoby) w 2022 r. (według stanu na 30 czerwca). Dyrektor wskazał, że na terenie województwa dolnośląskiego występowała mała dostępność takich ośrodków. Natomiast czas oczekiwania pacjenta na przyjęcie do Zakładu opiekuńczo-leczniczego zależał od długości pobytu pacjentów będących już na oddziale, a zazwyczaj byli to pacjenci hospitalizowani długoterminowo.

(akta kontroli: tom XI str. 30-33, 35-38, 120-122, 147-148)

³⁶ Według stanu na dzień 10 października 2022 r.

³⁷ Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, ze zm. Dalej: ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej.

³⁸ Według stanu na dzień 31 grudnia 2019 r., 2020 r., 2021 r. oraz 30 czerwca 2022 r.

³⁹ Według stanu na dzień 31 grudnia 2019 r., 2020 r., 2021 r. oraz 30 czerwca 2022 r.

1.7. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego, a dotyczące personelu udzielającego świadczeń, sprawdzono na próbie dwóch oddziałów szpitalnych o największej liczbie łóżek, tj. Oddziału Chorób Wewnętrznych oraz Oddziału Ginekologiczno-Położniczego dla trzech wybranych miesięcy (tj. maj 2020 r., luty 2021 r. oraz kwiecień 2022 r.). Stwierdzono, że:

- łączna⁴⁰ liczba personelu medycznego w ww. okresach kształtowała się odpowiednio: 175 osób (Oddział Chorób Wewnętrznych) oraz 219 (Oddział Ginekologiczno-Położniczy) i była zgodna z liczbą personelu wykazaną w zawartych umowach z DOW NFZ oraz aneksach do tych umów⁴¹;
- dane dotyczące personelu medycznego ujętego w wykazie personelu stanowiącego załączniki do umów zawartych z DOW NFZ i aneksów do tych umów były zgodne z danymi osób faktycznie zatrudnionych w ww. oddziałach;
- Szpital na bieżąco informował DOW NFZ o zmianach dotyczących personelu medycznego;
- personel zatrudniony w ww. oddziałach posiadał odpowiednie kwalifikacje i kompetencje i co do zasady wielkość zatrudnienia w kontrolowanych przez NIK trzech miesiącach odpowiadała wymogom rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁴²; za wyjątkiem Oddziału Chorób Wewnętrznych, gdzie nie spełniono norm zatrudnienia pielęgniarek w miesiącach maj 2020 r. oraz kwiecień 2022 r., o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;
- Zarządzeniem nr 147/2021 Dyrektora Powiatowego Zespołu Szpitali w Oleśnicy z dnia 31 grudnia 2021 r. w sprawie wprowadzenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w Powiatowym Zespole Szpitali w Oleśnicy ustalono normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych obowiązujące od 1 stycznia 2022 r. Ustalono normy zostały zaopiniowane zgodnie z zapisami art. 50 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej. Dyrektor wskazał, że w okresie od 20 października 2020 r. do 31 grudnia 2021 r., na podstawie rozporządzeń Ministra Zdrowia⁴³, Szpital był zwolniony z obowiązku spełniania wymagań stosowania norm minimalnych. Przed wprowadzeniem ww. Zarządzenia ostatnia aktualizacja norm miała miejsce w 2018 r.

(akta kontroli: tom VII str. 388-468, tom X str. 377-426, tom XI str. 2-25, 106-107, 135-141)

1.8. Kontrolę terminowości przeprowadzania badań technicznych aparatury i sprzętu medycznego, wykorzystywanego do udzielania świadczeń zdrowotnych przeprowadzono na próbie 10⁴⁴ urządzeń o najwyższych wartościach (wartość początkowa tych urządzeń wynosiła łącznie 802,6 tys. zł brutto) wybranych z rejestru środków trwałych i wyposażenia. Dla wszystkich ww. urządzeń prowadzono paszporty techniczne, w których dokonywano zapisów o przeprowadzonych naprawach i przeglądach. W paszportach występowały jednak

⁴⁰ Wszystkie formy zatrudnienia.

⁴¹ Szczegółowe badanie NIK obejmowało zawarte z DOW NFZ trzy umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej wraz z aneksami nr [1] 03/8/3101021/01/2020/01; [2] 03/8/3101021/01/2021/01 oraz [3] 03/8/3101021/01/2022/01.

⁴² Dz. U. z 2021 r. poz. 290, ze zm.

⁴³ Tj. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia: [1] 19 października 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 1840); [2] 23 grudnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 2375); [3] 7 kwietnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 638) oraz [4] 27 września 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 1764).

⁴⁴ W tym w Oddziale Chorób Wewnętrznych: [1] defibrylator o nr inwentarzowym 802-0255 (2007 r.); [2] respirator z turbina i mieszalnikiem tlenu nr inwentarzowy 802-0732 (2021 r.); [3] aparat do tlenoterapii nosowej nr inwentarzowy 802-0828 (2022 r.); [4] centrala monitorująca nr inwentarzowy 491-0068 (2019 r.); [5] Macerator Vortex nr inwentarzowy 802-0563 (2019 r.) oraz w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym: [1] Aparat USG o nr inwentarzowym 802-0299 (2010 r.); [2] USG wraz z akcesoriami o nr inwentarzowym 802-0642 (2019 r.); [3] Aparat anestetyczny Datex o nr inwentarzowym 802-0664 (2020 r.); [4] system centralnego nadzoru okołoporodowego nr inwentarzowy 802-0693 (2021 r.); [5] Aparat ultrasonograficzny Voluson nr inwentarzowy nr 802-0694 (2021 r.).

braki w zapisach o sprzęcie, które szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Na podstawie zapisów dokonanych w paszportach technicznych stwierdzono, że cztery urządzenia nie posiadały ważnego przeglądu technicznego zalecanego przez serwisanta danego wyrobu. Opóźnienia wynosiły od ponad jednego miesiąca do dwóch lat, przy czym w tym okresie sprzęt był wykorzystywany do leczenia pacjentów. Szczegółowo ww. kwestie omówiono w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli: tom IX str. 6-106)

1.9. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu obowiązywało łącznie 428 umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych z podmiotami wykonującymi działalność leczniczą lub osobami legitymującymi się fachowymi kwalifikacjami do udzielania świadczeń zdrowotnych. Łączna wartość zrealizowanych umów do dnia 30 czerwca 2022 r. wynosiła 86 061,3 tys. zł. Wszystkie umowy zostały zawarte po przeprowadzonym konkursie ofert.

(akta kontroli: tom XI str. 125-134)

Szczegółowym badaniem objęto trzy⁴⁵ postępowania konkursowe zakończone zawarciem umów o najwyższej wartości, które obowiązywały w okresie objętym kontrolą. Analiza dokumentacji konkursów ofert i zawartych w wyniku ich rozstrzygnięcia trzech umów wykazała m.in., że:

- we wszystkich badanych przypadkach dokonano rzetelnego ustalenia wartości szacunkowej przedmiotu zamówienia wskazanej w art. 26a ustawy o działalności leczniczej;
- we wszystkich przypadkach dokonano pełnego opisu przedmiotu zamówienia, przy czym w dwóch z nich nie zastosowano nazw i kodów określonych we Wspólnym Słowniku Zamówień (dalej: kody CPV), co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;
- konkursy przeprowadzały komisje każdorazowo powołane zarządzeniem Dyrektora;
- informacje o konkursach ofert upubliczniano poprzez zamieszczenie ogłoszeń na stronie internetowej Szpitala;
- dwie⁴⁶ umowy zawarto na stawki niższe od określonych przez oferentów w ofertach, po przeprowadzonych negocjacjach, z czego w jednym przypadku był to stan nieprawidłowy co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;
- treść dwóch umów odpowiadała wymaganiom określonym w art. 27 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej. Kwestie braku wymaganych elementów w trzeciej umowie opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;
- Szpital posiadał stały dostęp do dokumentacji, w tym do dokumentacji medycznej prowadzonej przez wykonawców umów, dzięki integracji systemów informatycznych. Powyższe umożliwiała prowadzenie bieżącej kontroli zarówno w zakresie merytorycznym, jak i finansowo-organizacyjnym;
- lekarz - wykonawca umowy z 28 lutego 2022 r. udzielał świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej. Nie był pracownikiem Szpitala w rozumieniu ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy⁴⁷. Weryfikacja grafików tej osoby nie wykazała nieprawidłowości, w zakresie czasu ciągłego udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalu.

⁴⁵ Konkursy ofert nr: [1] K.O/8/2022 z 8 lutego 2022 r. na całodobowe zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie anesteziologii i intensywnej terapii; [2] PZS.O/32/2021 z 16 sierpnia 2021 r. na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie badań tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego oraz [3] PZS.KO/2/2019 z 10 stycznia 2019 r. na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie diagnostyki laboratoryjnej i mikrobiologicznej oraz prowadzenie Banku Krwi wraz z najmem pomieszczeń na świadczenie tych usług dla Powiatowego Zespołu Szpitali w Oleśnicy.

⁴⁶ Umowa z 28 lutego 2022 r. oraz 31 stycznia 2019 r.

⁴⁷ Dz. U. z 2022 r. poz. 1510, zm.

W konkursach tych nie stosowano innych niż cena kryteriów wyboru ofert, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli: tom IX str. 203-501, tom X str. 1-265, tom XI str. 141-146)

1.10. Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat została opisana w rozdziale VII w postanowieniach § 64-66 Regulaminu organizacyjnego Szpitala. W ww. postanowieniach wskazano, że za udzielone świadczenia zdrowotne, inne niż finansowane ze środków publicznych (świadczenia zdrowotne odpłatne), pacjenci wnoszą opłaty zgodnie z ustalonym cennikiem wprowadzonym Zarządzeniem Dyrektora⁴⁸. W okresie objętym kontrolą Szpital pobierał opłaty za: [1] świadczenie usług dla osób nieubezpieczonych (izba przyjęć, oddziały); [2] pobyt w Zakładzie opiekuńczo-Lecznicznym w Sycowie; [3] z tytułu zawartej umowy z Komendą Wojewódzką Policji we Wrocławiu w zakresie całodobowych usług medycznych wobec osób doprowadzonych przez Policję; [4] za wykonywanie badań RTG w ramach zawartych umów z podmiotami zewnętrznymi i od pacjentów komercyjnych oraz [5] usługi transportu sanitarnego i zabezpieczenie medyczne imprez masowych. Z tego tytułu uzyskano odpowiednio: 888,2 tys. zł w 2019 r.; 702,3 tys. zł w 2020 r.; 754,1 tys. zł w 2021 r. oraz 438,6 tys. zł w 2022 r. (I półrocze).

Zgodnie z postanowieniami Regulaminu organizacyjnego udzielanie świadczeń zdrowotnych odpłatnych organizowane było w taki sposób, aby nie ograniczać dostępności do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odpłatnych pozostawało bez wpływu na kolejność pozycji na prowadzonej przez Szpital liście oczekujących na udzielenie świadczenia finansowanego ze środków publicznych. Jednocześnie wskazano, że Szpital nie mógł odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebowała natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. W toku niniejszej kontroli nie stwierdzono przypadków komercyjnego udzielania świadczeń zdrowotnych, na które Szpital miał zawartą umowę z DOW NFZ.

(akta kontroli: tom VII str. 263-300, tom VIII str. 1-102)

1.11. W latach 2020-2022 (I półrocze) w Szpitalu przeprowadzono 21⁴⁹ kontroli zewnętrznych, w tym dziewięć kontroli przeprowadziła PSSE, dwie kontrole Konsultant Wojewódzki, jedną kontrolę DWUP, trzy kontrole – Departament Kontroli DOW NFZ, trzy kontrole – RCKiK, dwie kontrole – PPIS oraz jedną PIP. Ponadto Departament Kontroli DOW NFZ dwukrotnie przeprowadził w Szpitalu czynności sprawdzające. Szpital zrealizował wnioski i zalecenia pokontrolne sformułowane w wyniku tych kontroli.

(akta kontroli: tom VIII str. 110-536)

Niezależnie od powyższego w latach 2021 - 2022 r. w Szpitalu przeprowadzono:

⁴⁸ W okresie objętym kontrolą obowiązywały: [1] Zarządzenie nr 19/2017 z dnia 24 marca 2017 r. Dyrektora Powiatowego Zespołu Szpitali w Oleśnicy w sprawie odpłatności za usługi transportowe i zabezpieczenia medycznego realizowane przez Pogotowie Ratunkowe Powiatowego Zespołu Szpitali w Oleśnicy; [2] Zarządzenie nr 38/2018 Dyrektora Powiatowego Zespołu Szpitali w Oleśnicy z dnia 13 czerwca 2018 r. w sprawie określenia stawek i zasad odpłatności za świadczenia zdrowotne udzielane w Powiatowym Zespole Szpitali z siedzibą w Oleśnicy; [3] Zarządzenie nr 18/2019 Dyrektora Powiatowego Zespołu Szpitali w Oleśnicy z dnia 18 lutego 2019 r.

⁴⁹ Kontrole przeprowadzili: Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Oleśnicy (dalej: PSSE), Dolnośląski Wojewódzki Urząd Pracy (dalej: DWUP), Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa im. prof. dr hab. Tadeusza Dorobisza we Wrocławiu (dalej: RCKiK), Państwowa Inspekcja Pracy Okręgowego Inspektoratu Pracy we Wrocławiu (dalej: PIP), Konsultant Wojewódzki w dziedzinie transfuzjologii klinicznej dla województwa dolnośląskiego (dalej: Konsultant Wojewódzki), Narodowy Fundusz Zdrowia Departament Kontroli Terenowy Wydział Kontroli I we Wrocławiu (dalej: Departament Kontroli DOW NFZ), Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Oleśnicy (dalej: PPIS), Starostwo Powiatowe w Oleśnicy (dalej: Starostwo).

- audyt wewnętrzny⁵⁰ pn. *Ocena prawidłowości i efektywności postępowań o udzielenie zamówień publicznych w roku 2020 ze szczególnym uwzględnieniem zamówień, o których mowa w art. 4 ust. 8 ustawy z dnia 24 stycznia 2004 r. prawo zamówień publicznych.* Z uwagi na brak części dokumentacji audytor Starostwa Powiatowego w Oleśnicy nie mógł wydać pozytywnej oceny w zakresie udzielania zamówień publicznych o wartości nieprzekraczającej 30 tys. euro, prowadzonych w Szpitalu w 2020 r.;

- kontrolę przez Komisję Rewizyjną Rady Powiatu Oleśnickiego⁵¹ w zakresie spraw poruszonych w anonimowej informacji, przesłanej przez Centralne Biuro Antykorupcyjne Delegatura we Wrocławiu pismem z dnia 19 listopada 2020 r.⁵², tj. dotyczących nieprawidłowości w działaniach podejmowanych przez dyrekcję Szpitala w zakresie realizowania zakupów używanego sprzętu medycznego, jak również prowadzenia niejasnej i budzącej kontrowersje polityki kadrowej Szpitala. Jak wskazała Komisja Rewizyjna Rady Powiatu Oleśnickiego w protokole z dnia 23 sierpnia 2021 r. większości stawianych zarzutów nie była w stanie ani potwierdzić, ani zdementować, bo nie mogła dotrzeć do źródłowych materiałów. Niemniej jednak ww. komisja zaleciła przeprowadzenie kontroli wewnętrznej, która została wykonana w formie audytu w 2022 r.;

- audyt wewnętrzny⁵³ pn. *Audyty w zakresie prawidłowości i efektywności postępowań o udzielenie zamówień publicznych, finansów, organizacji i kontroli zarządczej w Powiatowym Zespole Szpitali z siedzibą w Oleśnicy.* Adekwatność, skuteczność i efektywność kontroli zarządczej w obszarze działalności jednostki objętym badaniem oceniono jako dobrą.

(akta kontroli: tom VIII str. 537-594)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Szpital nie zgłosił organowi prowadzącemu Rejestr, że nie rozpoczęła działalności Poradnia Onkologiczna w Oleśnicy. Powyższe było niezgodne z art. 107 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, zgodnie z którym podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do Rejestru, jest obowiązany zgłaszać organowi prowadzącemu Rejestr wszelkie zmiany danych objętych tym Rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania. W księdze rejestrowej podmiotu leczniczego według stanu na dzień 5 września 2022 r. pod poz. nr 71 była podana informacja, że w Szpitalu z dniem 1 czerwca 2022 r. rozpoczęła działalność Poradnia Onkologiczna. W toku kontroli ustalono, że Poradnia Onkologiczna nie rozpoczęła działalności, a mimo tego faktu, nie złożono wniosku o dokonanie stosownej zmiany w księdze rejestrowej podmiotu leczniczego.

Dyrektor wyjaśnił, że ww. komórka organizacyjna została wpisana do księgi rejestrowej ze względu na ogłoszone przez Dolnośląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia postępowanie konkursowe. Dalej Dyrektor dodał, że zgodnie z warunkami przygotowania oferty, jednym z obowiązków było posiadanie wpisu w księdze rejestrowej komórki organizacyjnej, w której udzielane miały być świadczenia z zakresu ogłoszonego postępowania. Dyrektor wyjaśnił także, że oferta Szpitala nie została wybrana w ww. konkursie, więc Poradnia Onkologiczna w Oleśnicy nie rozpoczęła działalności.

⁵⁰ Audyt przeprowadził audytor Starostwa Powiatowego w Oleśnicy w okresie od stycznia do maja 2021 r.

⁵¹ Zgodnie z uchwałą nr XXII/208/2021 Rady Powiatu Oleśnickiego z dnia 28 stycznia 2021 r. w sprawie przeprowadzenia kontroli przez Komisję Rewizyjną Rady Powiatu Oleśnickiego oraz uchwały nr XXVI/224/2021 Rady Powiatu Oleśnickiego z dnia 29 kwietnia 2021 r. zmieniającej uchwałę w sprawie przeprowadzenia kontroli przez Komisję Rewizyjną Rady Powiatu Oleśnickiego.

⁵² Znak: WR-4704/20.

⁵³ Audyt przeprowadził audytor Starostwa Powiatowego w Oleśnicy w okresie od 1 czerwca 2022 r. do 24 sierpnia 2022 r.

W odniesieniu do powyższych wyjaśnień Dyrektora NIK wskazuje, że księga rejestrowa podmiotu leczniczego powinna odzwierciedlać aktualny stan objętych nią danych, wszelkie zmiany winny być zgłaszane w wymaganym przepisami terminie. Stosownej zmiany dokonano w trakcie prowadzenia czynności kontrolnych NIK, tj. w dniu 12 września 2022 r.

(akta kontroli: tom VII str.7-300, 381-387, tom IX str. 3-5)

2. Postanowienia obowiązującego w Szpitalu Regulaminu organizacyjnego nie spełniały warunków określonych w art. 24 ustawy o działalności leczniczej bowiem:

a. nie określono organizacji i zadań poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych oraz warunków współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym. Paragraf 8 ust. 1 ww. regulaminu odsyłał w tym zakresie do Statutu oraz zakresów czynności ustalonych przez Dyrektora. Jednakże w Statucie⁵⁴ nie wskazano szczegółowych zadań realizowanych przez poszczególne jednostki lub komórki organizacyjne. Co więcej w § 13 ust. 3 ww. Statutu wskazano, że *zadania i organizację wewnętrzną poszczególnych komórek organizacyjnych wchodzących w skład Zespołu Szpitali określa Dyrektor, przy uwzględnieniu obowiązujących standardów oraz przepisów prawnych.*

Dyrektor wyjaśnił, że obecnie Regulamin organizacyjny jest aktualizowany i zostaną w nim zawarte rzeczywiste zadania realizowane przez Szpital. Dyrektor dodał także, że w pierwszej kolejności dokonano zmian w Statucie Szpitala.

NIK wskazuje, że Regulamin organizacyjny nie został uzupełniony w zakresie wskazanym wyżej, pomimo sformułowania przez NIK wniosku pokontrolnego, po zrealizowanej w 2015 r. kontroli⁵⁵, który Szpital przyjął do realizacji.

(akta kontroli: tom VII str. 263-300, tom IX str. 3-5)

b. nie były aktualizowane, przez co nie odpowiadały rzeczywistym zadaniom realizowanym przez Szpital. Przykładowo w Regulaminie organizacyjnym nie wykazano funkcjonujących w PZS oraz ujawnionych w Rejestrze komórek organizacyjnych, takich jak: Gabinet zabiegowy w Sycowie i w Oleśnicy, Szkoła Rodzenia w Sycowie, Pracownia RTG w Sycowie i w Oleśnicy, Ośrodek Opieki Medycznej Dzienny w Sycowie, dwie poradnie: Neonatologiczna i Preluksacyjna w Oleśnicy czy Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej w Oleśnicy. Wykazano natomiast komórki, które zaprzestały działalności jak np. Dyspozytornia Medyczna w Oleśnicy.

Dyrektor wyjaśnił, że obecnie Regulamin organizacyjny jest aktualizowany i dostosowywany do rzeczywistych zadań, realizowanych przez Szpital.

(akta kontroli: tom VII str. 5-300, 381-387, tom IX str. 3-5)

3. Z pominięciem procedury konkursowej dokonano obsady stanowiska kierownika Oddziału Pediatrycznego, co było niezgodne z w art. 49 ustawy o działalności leczniczej.

Osoba na to stanowisko została zatrudniona na podstawie porozumienia z dnia 17 grudnia 2020 r w sprawie zmiany warunków umowy o pracę⁵⁶. Natomiast z postanowień Regulaminu organizacyjnego nie wynikało, że oddziałem kieruje lekarz niebędący ordynatorem. Tym samym w ww. przypadku nie zachodziła przesłanka do odstąpienia od procedury konkursowej wynikająca z art. 49 ust. 7 ustawy o działalności leczniczej.

⁵⁴ Nadanym uchwałą nr XXIII/170/2013 Rady Powiatu Oleśnickiego z dnia 18 lutego 2013 w sprawie nadania Statutu Powiatowemu Zespołowi Szpitali z siedzibą w Oleśnicy ze zm.

⁵⁵ Dotyczy wniosku pokontrolnego nr 7, zamieszczonego w wystąpieniu pokontrolnym P/15/092 *Restrukturyzacja wybranych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej korzystających z pomocy ze środków publicznych* z 14 grudnia 2015 r.

⁵⁶ W części dotyczącej stanowiska i wynagrodzenia.

Dyrektor wyjaśnił, że oddziałami szpitalnymi kierują kierownicy oddziałów, co zostanie wprowadzone do Regulaminu organizacyjnego w ramach procedowanych obecnie zmian.

(akta kontroli: tom VI str. 5, tom VII str. 263-302, tom X str. 315, tom XI str. 108)

4. W czterech przypadkach ogłoszenia o konkursie na stanowiska pielęgniarek/położnych oddziałowych nie zostały udostępnione na stronie podmiotowej BIP podmiotu tworzącego, co było niezgodne z § 9 ust. 3 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą⁵⁷. Dotyczyło to konkursów przeprowadzonych w 2021 r. na stanowiska: Położnej Oddziałowej Oddziału Ginekologiczno-Położniczego w Oleśnicy, Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Neonatologicznego w Oleśnicy, Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Pediatrycznego w Oleśnicy, Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Rehabilitacyjnego i Oddziału Rehabilitacyjnego Neurologicznego w Sycowie.

Dyrektor wyjaśnił, że wszystkie informacje o konkursach na stanowiska pielęgniarek/położnych oddziałowych były upublicznione na stronie BIP Szpitala, tablicy ogłoszeń podmiotu leczniczego. Ponadto jak dodał Dyrektor, podmiot tworzący był na bieżąco informowany o przeprowadzonych konkursach, a dodatkowo po rozstrzygnięciu przedmiotowych postępowań nikt z komisji konkursowej i kandydatów nie zgłosił zastrzeżeń co do sposobu przeprowadzenia postępowań konkursowych.

NIK wskazuje, że stan ten w myśl § 8 ust. 2 w zw. z § 8 ust. 1 pkt 3 ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. mógł stanowić okoliczność uzasadniającą stwierdzenie nieważności postępowania konkursowego na ww. stanowiska.

(akta kontroli: tom X str. 267-376, tom XI str. 110)

5. W Szpitalu przez ponad trzy lata nie powołano komisji konkursowej do przeprowadzenia postępowania na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Neonatologicznego, tym samym zaniechano wszczęcia postępowania konkursowego na obsadę tego stanowiska. Jak ustalono, stanowisko Pielęgniarki Oddziału Neonatologicznego zwolniło się 2 stycznia 2018 r., a komisję konkursową powołano dopiero 10 września 2021 r.⁵⁸. Powyższe było niezgodne z § 3 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, stosownie do którego komisję konkursową powołuje się w terminie 2 miesięcy od dnia zwolnienia stanowiska objętego konkursem. Po przeprowadzonym w 2021 r. konkursie, stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Neonatologicznego zostało obsadzone w dniu 4 grudnia 2021 r.

Dyrektor w złożonych wyjaśnieniach wskazał, że nie posiada wiedzy o przyczynach zaistnienia powyższej sytuacji. Dodał, że mogło to być spowodowane przyczynami ekonomicznymi.

(akta kontroli: tom VI str. 5, tom VII str. 301-302, tom X str. 267-376, tom XI str. 108-110, 149-154)

6. W Szpitalu w Sycowie nie udostępniono części informacji określonych w § 11 OWU, tj. w szczególności:

⁵⁷ Dz. U. z 2021 r., poz. 430.

⁵⁸ Zarządzenie nr 96/21 Dyrektora Powiatowego Zespołu Szpitali w Oleśnicy w sprawie powołania Komisji Konkursowej do przeprowadzenia konkursu na stanowiska Pielęgniarki/Położnej Oddziałowej Oddziału Neonatologicznego – Szpital w Oleśnicy, Położnej Oddziałowej Oddziału Ginekologiczno-Położniczego – Szpital w Oleśnicy.

a. przy wejściu do budynku Szpitala nie umieszczono informacji dotyczącej posiadanych udogodnień dla osób z niepełnosprawnościami, co było niezgodne z § 11 ust. 1 OWU.

(akta kontroli: tom VII str. 379-380, tom XI str. 108)

b. wewnątrz budynku Szpitala nie umieszczono informacji o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, co było niezgodne z § 11 ust. 4 pkt 11 OWU.

W odniesieniu do powyższych kwestii Dyrektor wyjaśnił, że informacje na temat posiadanych udogodnień dla osób niepełnosprawnych oraz o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczeń zostały uzupełnione w dniu 16 września 2022 r. Jak dodał, powyższe informacje nie widniały w dniu przeprowadzonych oględzin z powodu zmiany organizacji pomieszczeń rejestracji oraz sekretariatu medycznego.

(akta kontroli: tom VII str. 379-380, tom XI str. 108)

7. W Szpitalu wykorzystywano sprzęt medyczny bez ważnych przeglądów technicznych, tj.:

1) w Oddziale Chorób Wewnętrznych w Oleśnicy:

- defibrylator⁵⁹ w okresie od 7 maja 2020 r. do 2 czerwca 2022 r., a więc ponad dwa lata (przeгляд zgodnie z wpisem do paszportu miał być wykonany w maju 2020 r., a przeprowadzono go w dniu 3 czerwca 2022 r.).

2) w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym w Oleśnicy:

- aparat anestezyjologicznego Datex⁶⁰ w okresie od 5 czerwca 2021 r. do 1 sierpnia 2021 r., a więc ponad miesiąc (przeгляд zgodnie z wpisem do paszportu miał być wykonany w czerwcu 2021 r., a przeprowadzono go w dniu 2 sierpnia 2021 r.) oraz w okresie od 3 sierpnia 2022 r. do 29 września 2022 r., a więc ponad miesiąc (przeгляд zgodnie z wpisem do paszportu miał być wykonany w sierpniu 2022 r, a przeprowadzono go w dniu 30 września 2022 r.);
- aparat USG⁶¹ w okresie od 24 maja 2020 r. do 26 lipca 2021 r., a więc ponad rok (przeгляд zgodnie z wpisem do paszportu miał być wykonany w maju 2020 r., a przeprowadzono go w dniu 27 lipca 2021 r.);
- aparat USG⁶² w okresie od 30 listopada 2020 r. do 24 lutego 2021 r., a więc ponad dwa miesiące (przeгляд zgodnie z wpisem do paszportu miał być wykonany za 12 miesięcy, tj. w listopadzie 2020 r., a przeprowadzono go w dniu 25 lutego 2021 r.) oraz w okresie od 26 lutego 2022 r. do 28 marca 2022 r., a więc ponad miesiąc (przeгляд zgodnie z wpisem do paszportu miał być wykonany w dniu 25 lutego 2022 r., a przeprowadzono go w dniu 29 marca 2022 r.).

Powyższe było niezgodne z § 7 ust. 1 załącznika do OWU, stosownie do którego świadczeniodawca jest obowiązany do udzielania świadczeń w pomieszczeniach wyposażonych w aparaturę i sprzęt medyczny posiadający stosowne certyfikaty, atesty lub inne dokumenty potwierdzające dopuszczenie aparatury i sprzętu medycznego do użytku oraz dokumenty potwierdzające dokonanie aktualnych przeglądów wykonanych przez uprawnione podmioty. Ponadto nieprzestrzeganie terminów przeglądów technicznych sprzętu medycznego było niezgodne z art. 90 ust. 1 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych⁶³, który zobowiązuje

⁵⁹ O nr inwentarzowym 802-0255 w Oddziale Chorób Wewnętrznych w Oleśnicy.

⁶⁰ O nr inwentarzowym 802-0664.

⁶¹ O nr inwentarzowym 802-0299.

⁶² O nr inwentarzowym 802-0642.

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

świadczeniodawcę do prawidłowego utrzymywania sprzętu, tj. przestrzegania terminów przeglądów i bieżącej jego konserwacji.

Dyrektor wyjaśnił, że we wskazanym wyżej okresie Szpital został przekształcony w tzw. Szpital Covidowy, co spowodowało, że ograniczone było wejście osób z zewnątrz na teren Szpitala, w tym również osób serwisujących sprzęt. Ponadto Dyrektor wyjaśnił, że w firmach serwisowych występowały braki kadrowe powodowane chorobami personelu, a dodatkowo firmy serwisujące sprzęt odmawiały przyjazdu w obawie przed zakażeniem Sars-CoV-2. Jednocześnie Dyrektor w wyjaśnieniach wskazał także, że urządzenia działały sprawnie były wykorzystywane w celu zapewnienia ciągłości świadczeń oraz diagnostyki.

Powyższe okoliczności, w ocenie NIK, nie mogą stanowić usprawiedliwienia dla braku wykonania wymaganych przeglądów technicznych urządzeń używanych w szpitalu do udzielania świadczeń zdrowotnych. Stanowiły jednakże istotne utrudnienie w ich realizacji.

(akta kontroli: tom IX str. 6-106)

8. Nierzetelnie prowadzono paszporty techniczne aparatury i sprzętu medycznego, wykorzystywanego do udzielania świadczeń zdrowotnych (łącznie 10 urządzeń⁶⁴). Zawarte w nich informacje były niepełne w zakresie dotyczącym podstawowych danych, parametrów pracy i obsługi tych urządzeń. Stwierdzono, że:

- w żadnym z 10 badanych przypadków w paszportach technicznych nie zamieszczono danych osób odpowiedzialnych za aparaturę oraz za prowadzenie paszportów;
- w żadnym z 10 przypadków nie zawarto kompletnej informacji na temat urządzeń (nie było m.in. daty zakupu lub daty rozpoczęcia eksploatacji lub nr księgi inwentarzowej albo wielkości charakterystycznych czy też spisu dokumentacji technicznej oraz wyposażenia i części zamiennych dostarczanych wraz z aparatem);
- w jednym przypadku (aparat USG⁶⁵) nie wprowadzono do paszportu technicznego informacji o przestoju, pomimo że zgodnie z zapisem z przeglądu technicznego, przeprowadzonego w dniu 26 września 2022 r. wynikało, że aparat był niesprawny. Ponadto jak wyjaśnił Dyrektor aparat ten w czerwcu 2022 r. został odsunięty od pracy po wystąpieniu napisu ERROR na monitorze aparatu;
- w jednym przypadku (aparat USG⁶⁶) nie odnotowano w paszporcie technicznym przeprowadzonych w dniu 27 lipca 2021 r. czynności serwisowych, udokumentowanych protokołem serwisowym.

Dyrektor wyjaśnił, że wpisy w paszportach zostały uzupełnione w toku prowadzonej kontroli NIK, tj. w dniu 5 października 2022 r.

(akta kontroli: tom IX str. 6-106)

9. W maju 2020 r. oraz w kwietniu 2022 r. Szpital nie zapewnił zatrudnienia pielęgniarek w Oddziale Chorób Wewnętrznych w wymaganej liczbie etatów. Zgodnie z częścią I „Warunki szczegółowe, jakie powinni spełniać świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej” załącznika nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego l.p. 14 – choroby wewnętrzne – równoważnik zatrudnienia pielęgniarek wynosił co najmniej 0,6 etatu pielęgniarskiego na 1 łóżko, co przy 45 łóżkach w Oddziale Chorób Wewnętrznych, nakładało wymóg

⁶⁴ Objętych szczegółowym badaniem, wymienionych w pkt III. 1.8 niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

⁶⁵ Nr inwentarzowy 802-0299.

⁶⁶ Nr inwentarzowy 802-0299.

zapewnienia 27 etatów, natomiast Szpital zapewnił zatrudnienie pielęgniarek w łącznym wymiarze 24 etatów, tj. 0,53 etatu na łóżko.

Naczelną Pielęgniarką Szpitala wyjaśniła, że ze względu na stały brak osób chętnych do podjęcia pracy na stanowisku pielęgniarki w Oddziale Chorób Wewnętrznych, zostali zatrudnieni opiekunowie medyczni, którzy ukończyli roczną szkołę kształcącą do wykonywania zadań zawodowych w zakresie kwalifikacji MED.⁶⁷

Łącznie z opiekunami medycznymi w ww. oddziale zapewniono więc 28,5 etatu (4,5 etatu stanowili opiekunowie medyczni). Jak wyjaśniła Naczelną Pielęgniarką Szpitala, zawód opiekuna medycznego stanowi odpowiedź na niewystarczającą infrastrukturę opiekuńczą w placówkach medycznych. Dalej podała, że w praktyce, celem zawodu jest świadczenie usług pielęgnacyjno-opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej, które również należą do kompetencji pielęgniarki i zajmowały w Oddziale Chorób Wewnętrznych ok. 70% czasu bezpośredniego w opiece nad pacjentem.

Niezależnie od różnic kompetencyjnych, NIK wskazuje, że w obecnym stanie prawnym nie jest możliwe zastępowanie pielęgniarki opiekunem medycznym.

(akta kontroli: tom X str. 2-25)

10. W objętych badaniem trzech konkursach ofert o udzielenie świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze⁶⁸ jako jedyne kryterium wyboru ofert przyjęto cenę, co było niezgodne z art. 148 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej w zw. z art. 26 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej.

Dyrektor wyjaśnił, że Szpital kierował się głównie wyborem najkorzystniejszej ceny/kosztów odnoszących się do przedmiotu zamówienia z uwagi na osiągnięcie jak najlepszego efektu finansowego dla Szpitala. Ponadto Dyrektor wyjaśnił, że ze względu na konieczność posiadania specjalistycznych uprawnień już sam fakt ich posiadania dawał rękojmię należytego wykonania umowy.

NIK wskazuje, że zgodnie z art. 148 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej kryteriami wyboru ofert poza ceną są jakość, kompleksowość, dostępność oraz ciągłość.

(akta kontroli: tom IX str. 203-306, tom XI str. 143)

11. W opisie przedmiotu zamówienia, zawartym w ogłoszeniu o konkursie ofert z 16 sierpnia 2021 r.⁶⁹ oraz z 8 lutego 2022 r.⁷⁰ nie wskazano kodów CPV świadczeń zdrowotnych. Kodów tych nie podano także w pozostałej dokumentacji dotyczącej badanego konkursu. Było to niezgodne z art. 141 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej w zw. z art. 26 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej.

Dyrektor wyjaśnił, że powyższe było spowodowane omyłką. Wskazał również, że opisy przedmiotów zamówienia odzwierciedlały w sposób dokładny i jednoznaczny przedmiot zamówienia.

(akta kontroli: tom IX str. 203-306, tom XI str. 144)

12. W Szpitalu zatrudniono dwie osoby, na stanowisku pielęgniarki/położnej koordynującej, które nie było określone w Regulaminie organizacyjnym, tj.: [a] od 1 maja 2019 r. na czas nieokreślony w Oddziale Neonatologicznym, [b] od 1 marca 2017 r. na czas nieokreślony w Oddziale Rehabilitacyjnym w Sycowie.

⁶⁷ Tj. uprawniających do świadczenia usług pielęgnacyjno-opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej.

⁶⁸ Konkursy ofert nr: [1] K.O/8/2022 z 8 lutego 2022 r. na całodobowe zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii; [2] PZS.O/32/2021 z 16 sierpnia 2021 r. na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie badań tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego oraz [3] PZS.KO/2/2019 z 10 stycznia 2019 r. na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie diagnostyki laboratoryjnej i mikrobiologicznej oraz prowadzenie Banku Krwi wraz z najmem poszczeń na świadczenie tych usług dla Powiatowego Zespołu Szpitali w Oleśnicy.

⁶⁹ Nr PZS.O/32/2021.

⁷⁰ Nr K.O/8/2022.

Wyjaśniając w tej sprawie Dyrektor wskazał, że nie posiadał wiedzy w zakresie braku wskazania ww. stanowisk w Regulaminie organizacyjnym.

(akta kontroli: tom VII str. 263, tom XI str. 109, 149-300)

13. W umowie zawartej z podmiotem leczniczym po przeprowadzonym konkursie ofert z 23 września 2021 r. o udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań tomografii komputerowej (TK) oraz rezonansu magnetycznego (RM) nie zamieszczono postanowień o przyjęciu przez podmiot obowiązku poddania się kontroli przeprowadzanej przez Szpital, co było niezgodne z art. 27 ust. 4 pkt 4 ustawy o działalności leczniczej.

W postanowieniach ww. umowy tj. w § 5 pkt c wskazano jedynie, że *przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do poddania się kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie świadczeń medycznych będących przedmiotem niniejszej umowy.*

Dyrektor w wyjaśnieniach w tej sprawie podał, że umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych ma charakter umowy wzajemnej. Ponadto dodał, że zgodnie z przepisami ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny⁷¹ strony mają obowiązek współdziałać przy wykonywaniu umowy. Obowiązek poddania się kontroli wynika więc z charakteru świadczenia oraz przepisów ogólnych. Prawo nie nakłada obowiązku, by wszystkie zapisy ustawowe były wprost przenoszone do umowy.

NIK wskazuje, że art. 27 ust. 4 pkt 4 ustawy o działalności leczniczej jednoznacznie nakłada obowiązek zamieszczenia postanowień poddania się kontroli przeprowadzanej przez udzielającego zamówienie, którym w badanych przypadkach był Szpital, a nie Narodowy Fundusz Zdrowia.

(akta kontroli: tom IX str. 267-276, tom XI str. 144)

14. W konkursie nr PZS.KO/2/2019 dopuszczono do negocjacji cenowych z oferentami. W konkursie tym złożone zostały dwie oferty. Kwoty obu ofert przewyższały kwotę, którą udzielający zamówienia przeznaczył na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w badanym postępowaniu. W toku negocjacji oferenci przedstawili nowe propozycje ofert na świadczenie usług i wybrano ofertę korzystniejszą cenowo.

Dyrektor wyjaśnił, że konkurs nie został unieważniony ponieważ w przypadku ponownego ogłoszenia postępowania konkursowego zagrożona byłaby ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez Szpital. Bez zabezpieczenia w diagnostykę laboratoryjną Szpital nie mógłby realizować świadczeń w ramach zawartych umów z NFZ a pacjenci nie mieliby zabezpieczonych w pełni podstawowych badań diagnostycznych. Zasadnym rozwiązaniem było dopuszczenie do negocjacji i po ostatecznym wynegocjowaniu cen przez obie strony rozstrzygnięciu konkursu. W wyniku przeprowadzonych negocjacji ostateczna wartość zamówienia nie przekroczyła wartości szacunkowej.

W ocenie NIK dopuszczenie możliwości prowadzenia negocjacji z oferentami świadczeń zdrowotnych naruszało art. 26 ust. 4 udl. Przepis ten zawiera zamknięty katalog odesłań do przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Ponieważ nie odwołuje się on do przepisu art. 142 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, określającego przebieg konkursu ofert prowadzanego przez NFZ (w tym regulującego w ust. 6 prowadzenie negocjacji), należy uznać, że ustawodawca wykluczył dokonywanie czynności wskazanych w tych przepisach. Zgodnie z art. 150 ust. 1 pkt 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, w przypadku gdy cena najkorzystniejszej oferty przekracza kwotę przeznaczoną na finansowanie przedmiotu zamówienia, Dyrektor powinien unieważnić postępowanie.

(akta kontroli: tom IX str. 277-306, tom XI str. 144-145)

⁷¹ Dz. U. z 2022 r. poz. 1360, ze zm.

15. W Szpitalu nie wprowadzono rozwiązań umożliwiających świadczeniobiorcom⁷² umawianie się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowanie statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamianie ich o terminie udzielenia świadczenia, co było niezgodne z art. 23a ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

Dyrektor wyjaśnił, że w ślad za rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 7 lipca 2017 roku w sprawie minimalnej funkcjonalności dla systemów teleinformatycznych umożliwiających realizację usług związanych z prowadzeniem przez świadczeniodawców list oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej⁷³ NFZ nie zapewnił zwiększonego finansowania usług medycznych. Szpital nie posiadał wystarczających środków na wdrożenie i utrzymanie takich systemów.

(akta kontroli: tom VII str. 263-300, tom XI str. 26-29, 39-86, tom XI str. 146)

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital zasadniczo zapewnił prawidłową organizację i realizację świadczeń zdrowotnych, przy czym w Oddziale Chorób Wewnętrznych w dwóch badanych miesiącach nie zapewniono wymaganej liczby pielęgniarek. Posiadał wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, ale nie był on zgodny ze stanem faktycznym. Stwierdzono ponadto, że Regulamin organizacyjny nie był aktualizowany, przez co dokument ten nie spełniał warunków określonych w art. 24 ustawy o działalności leczniczej. Jedna osoba z kadry zarządzającej została zatrudniona z pominięciem procedury konkursowej. Przez ponad trzy lata zaniechano powołania komisji konkursowej do przeprowadzenia postępowania na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Neonatologicznego, co w konsekwencji doprowadziło do sytuacji, w której stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Neonatologicznego nie było obsadzone lub było zastąpione stanowiskiem pielęgniarki koordynującej, które nie zostało określone w Regulaminie organizacyjnym. Listy oczekujących na udzielenie świadczeń prowadzone były w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi.

Szpital udostępniał pacjentom informacje o godzinach i miejscach udzielania świadczeń, trybie składania skarg i wniosków u świadczeniodawcy. W Szpitalu w Sycowie nie udostępniono jednak informacji na temat posiadanych udogodnień dla osób niepełnosprawnych oraz o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia. W okresie objętym kontrolą, Szpital zlecał realizację części świadczeń zdrowotnych podmiotom zewnętrznym oraz personelowi medycznemu. Zgodnie z art. 26 ustawy o działalności leczniczej w wymaganych przypadkach stosowany był tryb konkursu ofert. NIK stwierdziła jednak, że komisja konkursowa nie stosowała we wszystkich trzech badanych postępowaniach konkursowych kryterium jakości, kompleksowości, dostępności oraz ciągłości. W działaniu Szpitala stwierdzono również nieprawidłowości dotyczące: [1] braku udostępnienia na stronie podmiotowej BIP podmiotu tworzącego, ogłoszenia o konkursie na stanowiska pielęgniarek/położnych oddziałowych; [2] opóźnień w przeprowadzaniu przeglądów technicznych sprzętu/aparatury medycznej, wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz nierzetelnego prowadzenia paszportów technicznych tych urządzeń; [3] zaniechania wprowadzenia w Szpitalu rozwiązań umożliwiających świadczeniobiorcom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowanie statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamianie ich o terminie udzielenia świadczenia.

⁷² Wg stanu na 14 października 2022 r.

⁷³ Dz. U. poz. 1404.

2. Sytuacja ekonomiczno-finansowa szpitala

2.1. Obowiązująca w Szpitalu Polityka rachunkowości⁷⁴ spełniała wymagania określone w art. 10 ust.1 i 2 ustawy o rachunkowości. W zakresie opisu systemu informatycznego używanego do prowadzenia ksiąg rachunkowych oraz programowych zasad ochrony danych⁷⁵ zawarto w niej odesłanie do dokumentacji techniczno-eksploatacyjnej systemu oraz wymieniono elementy systemu ochrony danych i ich zbiorów.

W Polityce rachunkowości⁷⁶ określono również zasady tworzenia i aktualizacji rezerwy na świadczenia pracownicze, tj. z tytułu nagród jubileuszowych i odpraw emerytalnych. Rezerwę na ten cel utworzono i wykazano w bilansie Szpitala za lata 2019 – 2021⁷⁷. Przy czym zapisy Polityki rachunkowości dotyczące sposobu ujęcia w księgach rachunkowych rezerwy na świadczenia pracownicze w części nie były aktualne, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

W załączniku nr 2 do Polityki rachunkowości wskazano na osoby odpowiedzialne za identyfikację zagrożeń obligujących do tworzenia rezerw na zobowiązania z tytułu toczącego się postępowania sądowego (obsługa prawna). W dokumencie tym nie określono jednak zasad szacowania rezerw na odszkodowania z tytułu niepożądanych zdarzeń medycznych. Jak też rezerwy na ten cel w badanym okresie nie utworzono. Dyrektor wskazał, że odstąpiono od utworzenia takiej rezerwy. Wynikało to ze znikomej liczby spraw sądowych w przedmiocie dotyczącym błędów medycznych (jeden przypadek procedowany od 2021 r.) oraz posiadania przez Szpital ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, które w razie niekorzystnego rozstrzygnięcia sporu sądowego pokryje koszty związane z zapłatą odszkodowania na rzecz pacjenta. Szpital w badanym okresie nie poniósł żadnych kosztów z tytułu niepożądanych zdarzeń medycznych.

(akta kontroli: tom I str. 1-21, tom III str. 101-110)

2.2. W Szpitalu nie przyjęto dokumentu zawierającego szczegółowy opis obowiązujących zasad prowadzenia rachunku kosztów, o których mowa w rozporządzeniu MZ w sprawie standardu rachunku kosztów z 2020 r. W Polityce rachunkowości, aneksie nr 1 z dnia 14 stycznia 2021 r. (obowiązującym od 1 stycznia 2021 r.) zmieniono uprzednio obowiązujące zasady prowadzenia kont zespołu „4” i „5” dostosowując je wymogów rozporządzenia MZ w sprawie standardu rachunku kosztów z 2020 r. Wskazano również, że ww. rozporządzenie MZ stanowi załącznik do Polityki rachunkowości.

Wdrożone w Szpitalu zasady prowadzenia kont zespołu „4” i „5” oraz wyznaczone ośrodki powstawania kosztów odpowiadały wymogom określonym w rozporządzeniu MZ w sprawie standardu rachunku kosztów z 2020 r. Usługę w zakresie dostosowania zasad prowadzonego w Szpitalu rachunku kosztów do wymogów ww. rozporządzenia zlecono wykonawcy zewnętrznemu na podstawie umowy nr UZN/0002/2020 z dnia 30 grudnia 2020 r. Zagadnienia niepełnego wdrożenia w Szpitalu zasad wynikających z rozporządzenia MZ w sprawie standardu rachunku kosztów z 2020 r. oraz nierzetelnego przygotowania i rozliczenia umowy UZN/0002/2020 z dnia 30 grudnia 2020 r. opisane zostały w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli: tom I str. 1-340, tom III str. 101-110, tom IV str. 6-63, 88-109, 122-124, 129-135)

⁷⁴ Tj. Zasady (polityka) rachunkowości wprowadzone zostały zarządzeniem nr 95/2016 Dyrektora PZS z dnia 21 grudnia 2016 r., zmienionym zarządzeniem nr 8/2021 r. z dnia 14 stycznia 2021 r.⁷⁴ (dalej: Polityka rachunkowości).

⁷⁵ W tym w szczególności metod zabezpieczenia dostępu do danych i systemu ich przetwarzania.

⁷⁶ W części dotyczącej wyceny aktywów i pasywów oraz ustalenia wyników finansowego Szpitala.

⁷⁷ W kwotach wynoszących odpowiednio 3 075 659, zł w 2019 r., 3 554 900,29 zł w 2020 r. i 5 715 848,63 zł w 2021 r.

2.3. Zgodnie z art. 53 udl, Szpital prowadził gospodarkę finansową w oparciu o roczny plan finansowy⁷⁸. Plany na lata objęte kontrolą zostały sporządzone przez Dyrektora i każdorazowo przedstawione Staroście Oleśnickiemu/Zarządowi Powiatu Oleśnickiego i Radzie Społecznej Szpitala, co miało miejsce odpowiednio 30 października 2019 r. (plan na rok 2020), 3 listopada 2020 r. (plan na rok 2021) i 30 listopada 2021 r. (plan na rok 2022).

Przy czym za stan problematyczny uznać należy brak opatrzenia datą sporządzenia czy też brak podpisania planów finansowych Szpitala (i ich zmian) na lata 2020-2022. Datowanie pism przewodnich w przedmiocie przekazania planów finansowych organowi tworzącemu, wskazane przez Dyrektora jako data ich sporządzania, nie jest bowiem tożsame z datą czynności sporządzenia/zatwierdzenia tych planów przez kierownika jednostki sektora finansów publicznych.

W ramach obowiązku wynikającego z art. 48 ust. 2 pkt 2 lit. a udl, plany finansowe Szpitala na lata 2020-2022 zostały przedstawione i omówione na posiedzeniach Rady Społecznej Szpitala. Żaden z członków Rady nie wniósł do nich uwag i zastrzeżeń.

Za stan problematyczny, w ocenie NIK, uznać należy brak wyrażenia opinii Rady Społecznej Szpitala w przedmiocie planów finansowych Szpitala w formie uchwały, przyjętej w drodze głosowania. W szczególności, iż przedmiotem głosowania, a następnie uchwał Rady Społecznej Szpitala były sprawy takie jak akceptacja zakupu środków trwałych przez Szpital, tj. decyzje stanowiące wykonanie postanowień planu finansowego.

Zrealizowane przychody i koszty Szpitala stanowiły w 2020 r.⁷⁹ odpowiednio 100,73% i 98,54%%, a w 2021 r.⁸⁰ odpowiednio 101,87% i 99,14% wartości zaplanowanych. Powyższe przełożyło się na osiągnięcie przez Szpital wyższych od planowanych wyników finansowych netto w 2020 r. i 2021 r.⁸¹.

(akta kontroli: tom III str. 101-110, tom IV 1-168)

2.4. Szpital w latach 2019-2021 osiągał dodatni wynik finansowy (zysk netto) wynoszący: 2 837 092,68 zł w 2019 r.⁸², 817 637,00 zł w 2020 r., 148 163,65 zł w 2021 r. Natomiast na dzień 30 czerwca 2022 r. wykazywał stratę w wysokości 3 789 124,91 zł. Jak wyjaśnił Dyrektor wynikała ona głównie ze wzrostu kosztów utrzymania infrastruktury, kosztów leczenia (leków, wyrobów medycznych, badań i usług zewnętrznych), kosztów osobowych oraz drastycznego wzrostu rat kapitałowych, przy jednoczesnym zmniejszeniu przychodów z tytułu nielimitowanych świadczeń porodowych (ich mniejszej liczby).

Tym niemniej znacznemu pogorszeniu w okresie objętym kontrolą uległ wynik na sprzedaży, który z poziomu 331 240,26 zł w 2019 r. spadł odpowiednio do: -236 994,90 zł w 2020 r., -3 348 292,90 zł w 2021 r. i -4 251 861,58 zł według stanu na 30 czerwca 2022 r. Sytuacja taka wynikała głównie z pandemii COVID-19 skutkującej m.in. wzrostem kosztów i materiałów niezbędnych do zapewnienia podstawowego reżimu sanitarnego, zmniejszeniem liczby pacjentów hospitalizowanych oraz mniejszą liczbą porodów.

Zarówno koszty jak i przychody Szpitala w okresie objętym kontrolą rosły, wynosząc odpowiednio: w 2019 r. 58 959 943,49 zł i 61 797 479,17 zł; w 2020 r. 75 282 906,05 zł i 76 100 543,05 zł; w 2021 r. 100 292 732,25 zł i 100 440 895,90 zł oraz w 2022 r. (I półrocze) 46 604 143,88 zł i 42 815 018,97 zł.

⁷⁸ Dalej: plan lub plan finansowy.

⁷⁹ W 2020 r. zaplanowano łączne przychody i koszty w wysokości odpowiednio: 75 545 817,00 zł i 76 401 988,00 zł.

⁸⁰ W 2021 r. zaplanowano łączne przychody i koszty w wysokości odpowiednio: 98 598 840,00 zł i 101 163 977,00 zł.

⁸¹ W 2021 r. było to 148 163,65 zł zamiast planowanej wysokości -2 569 037,00 zł; w 2020 r. było to 817 637,00 zł zamiast planowanej wysokości -856 171,00 zł

⁸² Wynik brutto został obciążony podatkiem dochodowym w kwocie 443 zł.

Najwyższy udział w kosztach miały niezmiennie: [a] wynagrodzenia, stanowiące odpowiednio 36,92% zaewidencjonowanych kosztów rodzajowych ogółem w 2019 r., 37,50% w 2020 r., 39,17% w 2021 r., 41,79% w I półroczu 2022 r.⁸³; [b] usługi obce, stanowiące odpowiednio: 37,44% w 2019 r., 37,83% w 2020 r., 38,51% w 2021 r., 41,59% w I półroczu 2022 r.⁸⁴ oraz [c] zużycie materiałów i energii, stanowiące odpowiednio: 14,68% w 2019 r., 13,73% w 2020 r., 12,95% w 2021 r. i 6,89% w I półroczu 2022 r.⁸⁵. Spadek udziału kosztów zużycia materiałów i energii w kosztach Szpitala wynikał głównie ze wzrostu pozostałych kosztów rodzajowych.

Głównym źródłem przychodów Szpitala była sprzedaż produktów na rzecz NFZ. Przychody z tego tytułu stanowiły 89,9% ogółu przychodów zrealizowanych przez Szpital w 2019 r., 92,65% w 2020 r., 91,94% w 2021 r. i 93,85% w I połowie 2022 r.⁸⁶ Przychody operacyjne i finansowe zrealizowane zostały w kwotach znacznie niższych, stanowiących odpowiednio 5,53 % i 0,12% przychodów Szpitala w 2019 r., 3,82% i 0,04% w 2020 r., 4,64% i 0,004% w 2021 r. oraz 3,42% i 0,06% w I półroczu 2022 r.

Zgodnie z prowadzonym rachunkiem kosztów, dodatki wynik osiągnęło 12 z 41 wyodrębnionych komórek organizacyjnych działalności leczniczej Szpitala w I półroczu 2022 r., 10 z 40 komórek w 2021 r., siedem z 37 komórek w 2020 r. oraz dziewięć z 37 komórek w 2019 r. Najbardziej dochodowymi komórkami był Oddział Chorób Wewnętrznych w I połowie 2022 r.⁸⁷, Oddział Położniczo-Neonatologiczny w 2021 r.⁸⁸ oraz Oddział Neonatologiczny w 2020 r. oraz w 2019 r.⁸⁹. Natomiast największą stratę przyniosła działalność Oddziału Intensywnej Terapii w I połowie 2022 r.⁹⁰, Sali obserwacyjnej (covid-19) w 2021 r.⁹¹ oraz Oddziału Chirurgicznego w 2020 r. oraz w 2019 r.⁹².

(akta kontroli: tom III str. 2-100, tom. VI str. 136-140)

2.5. Na 30 czerwca 2022 r. Szpital posiadał należności ogółem w kwocie 7 530 096,91 zł, z czego należności nieprzeterminowane stanowiły 94,77% (7 136 411,62 zł), a należności wymagalne 5,23% (393 685,29 zł). Na należności, których termin płatności minął składało się łącznie 34 pozycje kont rozrachunkowych.

W Szpitalu nie przyjęto regulacji wewnętrznych w zakresie procedury dochodzenia należności. Jak wyjaśnił Dyrektor, służby księgowe Szpitala zobowiązane były do monitorowania terminowości zapłaty należności oraz wysyłania wezwań do zapłaty wobec należności przeterminowanych. Sprawy, w których zwłoka w zapłacie przekraczała 90 dni i należności uznano za ściągalne, kierowane były do dalszego procedowania przez podmiot zewnętrzny, któremu powierzono obsługę prawną Szpitala. W okresie objętym kontrolą, w ramach umów zawartych na obsługę prawną Szpitala, postępowania windykacyjne na rzecz Szpitala prowadziły dwie firmy zewnętrzne⁹³.

⁸³ Na wynagrodzenia wydatkowano: 21 401 735,03 zł w 2019 r., 27 897 712,30 zł w 2020 r., 38 832 354,27 zł w 2021 r. i 19 220 501,17 zł w I półroczu 2022 r.

⁸⁴ Na usługi obce wydatkowano: 21 703 546,84 zł w 2019 r., 28 140 912,91 zł w 2020 r., 38 171 746,98 zł w 2021 r. i 19 129 833,62 zł w I połowie 2022 r.

⁸⁵ Na materiały i energię wydatkowano: 8 507 424,06 zł w 2019 r., 10 212 556,67 zł w 2020 r., 12 839 244,31 zł w 2021 r. i 3 168 225,31 zł w I połowie 2022 r.

⁸⁶ Były to kwoty: 55 662 104,22 zł w 2019 r., 70 793 601,45 zł w 2020 r., 92 275 079,14 zł w 2021 r. i 40 182 118,54 zł w I połowie 2022 r.

⁸⁷ Różnica pomiędzy przypisanymi im przychodami i kosztami wyniosła 2 389 944,00 zł.

⁸⁸ Różnica pomiędzy przypisanymi im przychodami i kosztami wyniosła 5 060 192,95 zł.

⁸⁹ Różnica pomiędzy przypisanymi im przychodami i kosztami wyniosła odpowiednio 2 848 582,81 zł w 2020 r. oraz 1 917 386,65 zł w 2019 r.

⁹⁰ Różnica pomiędzy przypisanymi im przychodami i kosztami wyniosła -2 026 714,47 zł.

⁹¹ Różnica pomiędzy przypisanymi im przychodami i kosztami wyniosła -5 368 793,38 zł.

⁹² Różnica pomiędzy przypisanymi im przychodami i kosztami wyniosła odpowiednio -2 250 119,37 zł w 2020 r. i -1 528 252,25 zł w 2019 r.

⁹³ Były to kolejno Kancelaria Adwokacka (w okresie od 7 stycznia 2020 r. do 30 czerwca 2021 r.) oraz Spółka Radców Prawnych z siedzibą we Wrocławiu na podstawie umowy z dnia 30 grudnia 2020 r. (w okresie od 1 stycznia 2021 r. do docelowo 31 grudnia 2022 r.).

Na podstawie zbadanej próby sześciu należności przeterminowanych w łącznej kwocie 89 564,08 zł⁹⁴, ustalono w szczególności, że:

- służby księgowe Szpitala wysyłały wezwania do zapłaty należności przeterminowanych lub e-mailowe prośby o ich zapłatę w terminie od 14 do 90 dni od upływu terminu płatności. Skutkiem powyższego było uregulowanie przez dłużników należności Szpitala w łącznej kwocie 23 708,40 zł⁹⁵. Pozostała do zapłaty zaległość jednego dłużnika, w kwocie należności głównej 615,00 zł płatnej do 15 kwietnia 2022 r., przekazana została do dalszego dochodzenia podmiotowi zewnętrznemu;
- w dwóch przypadkach, w których windykację należności prowadziła firma zewnętrzna, postępowania z nakazu zapłaty w postępowaniach upominawczym zostały umorzone przez sąd w związku z bezskutecznością czynności. Z uwagi na termin przedawnienia należności upływający 31 grudnia 2022 r., w celu dalszego ich dochodzenia, do właściwego urzędu gminy skierowane zostało zapytanie o miejsce zameldowanie dłużnika. W jednym przypadku należność dłużnika (w kwocie 54 375,83 zł) została zasądzona na rzecz Szpitala wyrokiem Sądu Rejonowego w Oleśnicy z dnia 27 grudnia 2021 r., od którego dłużnik wniósł apelację.

Zgodnie z zasadami przyjętymi w zarządzeniu Dyrektora z dnia 14 września 2007 r. w sprawie naliczania odsetek ustawowych od należności, Szpital naliczał odsetki za nieterminową zapłatę należności. Noty odsetkowe wystawiane były corocznie kontrahentom zalegającym z zapłatą należności w wysokości przewyższającej trzykrotność opłaty za przesyłkę poleconą⁹⁶ na koniec roku. Łączna wysokość naliczonych odsetek z tytułu jak wyżej wyniosła 710 zł w 2021 r. i 1 146,44 zł w 2020 r.

W latach 2020-2022 (I półrocze) z ewidencji księgowej Szpitala spisano (umorzono) należności w łącznej kwocie 16 965,55 zł (siedem pozycji), w dwóch przypadkach z uwagi na bezpodstawne lub błędnie ich naliczenie (kary umowne), w pięciu przypadkach z uwagi na niską ich wartość przez co koszty procesowe i egzekucyjne związane z ich dochodzeniem byłyby wyższe od kwot należności⁹⁷.

(akta kontroli: tom II str. 1-124, tom III str. 1, 101-132, 146-153, tom IV str. 169)

2.6. Z uwagi na dodatni wynik finansowy, Szpital nie prowadził działań w celu uzyskania należności z tytułu wystąpienia straty netto będącej wynikiem nałożenia na niego obowiązków wynikających z prawa powszechnie obowiązującego.

(akta kontroli: tom II str. 1-124)

2.7. Na 30 czerwca 2022 r. Szpital posiadał zobowiązania ogółem w kwocie 5 581 857,32 zł, z czego zobowiązania niewymagalne stanowiły 99,43% (5 550 286,40 zł), a wymagalne 0,57% (31 570,92 zł). Na zobowiązania wymagalne składało się łącznie 10 pozycji. W ośmiu przypadkach brak uregulowania zobowiązań w terminie był uzasadniony. Wynikał on z wpływu faktury VAT do Szpitala już po terminie płatności (trzy przypadki), zakwalifikowania zobowiązania do spornych (jeden przypadek), błędnego zaksięgowania dokumentu/dokonania zapłaty (cztery przypadki). W dwóch przypadkach brak uregulowania należności w terminie nie był uzasadniony, co zostało opisane w sekcji dotyczącej *Stwierdzonych nieprawidłowości*. W związku z opóźnieniem w zapłacie ww. zobowiązań Szpital nie został obciążony odsetkami⁹⁸.

⁹⁴ W tym trzech najwyższych kwotowo należności wg. stanu na 30 czerwca 2022 r., nieprzekazanych i trzech przekazanych do windykacji podmiotowi zewnętrznemu (w kwotach wynoszących odpowiednio 24 323,40 zł i 65 240,68 zł.)

⁹⁵ W formie zapłaty na konto / kompensaty.

⁹⁶ Tj. kwoty 5,90 zł według cennika usług powszechnych Poczty Polskiej S.A.

⁹⁷ Wynoszących odpowiednio kwoty od 0,66 zł do 390 zł

⁹⁸ Wg stanu na dzień 30 czerwca 2022 r.

Na koniec 2020 r. i 2021 r. Szpital nie posiadał zobowiązań wymagalnych (przeterminowanych) z tytułu dostaw oraz usług. W okresie objętym kontrolą nieregulowanie zobowiązań w terminie przez Szpital nie było przyczyną braku czasowego kontynuowania dostaw lub świadczenia usług na rzecz Szpitala. W Szpitalu nie praktykowano przesuwania, za zgodą wierzycieli, terminów płatności zobowiązań w celu uniknięcia konieczności płacenia odsetek za opóźnienie.

(akta kontroli: tom II str. 1-124, tom III str. 1, tom VI str. 125-128)

2.8. Z uwagi na dodatni wynik finansowy Szpitala, Dyrektor nie sporządził w okresie objętym kontrolą programu naprawczego.

(akta kontroli: tom II str. 1-124)

2.9. W toku kontroli dokonano analizy sytuacji ekonomiczno-finansowej Szpitala za lata 2020-2021 na podstawie wskaźników⁹⁹, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej¹⁰⁰. W związku z dodatnim wynikiem finansowym netto, wskaźniki zyskowności Szpitala osiągnęły wartości dodatnie i wyniosły w latach 2020-2021 odpowiednio: wskaźnik zyskowności netto: 1,07% i 0,15%; wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej: 1,83% i 0,66%; wskaźnik zyskowności aktywów: 2,26% i 0,37%.

Wskaźniki płynności, określające zdolność podmiotu do terminowego regulowania zaciągniętych zobowiązań, wyniosły w latach 2020-2021: wskaźnik bieżącej płynności: 1,89 i 1,75; wskaźnik szybkiej płynności: 1,76 i 1,51.

Wskaźniki efektywności wyniosły w latach 2020-2021 odpowiednio: wskaźnik rotacji należności (w dniach): 47 i 43; wskaźnik rotacji zobowiązań (w dniach): 24 i 22.

Wskaźniki zadłużenia wyniosły w latach 2020-2021 odpowiednio: wskaźnik zadłużenia aktywów: 86% i 82%; wskaźnik wypłacalności: -14,34 i -15,20.

Zgodnie z rozporządzeniem w sprawie wskaźników, do analizy ekonomiczno-finansowej szpitali służyła punktowa ocena wartości wskaźników¹⁰¹. Dokonana na tej podstawie ocena Szpitala spadła z 44 punktów w 2020 r. i 40 punktów w 2021 r., przy maksymalnej liczbie 70 punktów możliwych do uzyskania. Świadczy to o pogorszeniu sytuacji finansowo-ekonomicznej Szpitala. Natomiast wysokie wskaźniki zadłużenia aktywów oraz ujemne wartości wskaźnika wypłacalności wskazują na ryzyko utraty zdolności Szpitala do spłaty długów oraz wystąpienia trudności w wywiązywaniu się z zobowiązań kredytowych.

(akta kontroli: tom IV str. 79-112)

2.10. W Szpitalu sporządzono raporty o sytuacji ekonomiczno-finansowej za lata 2019-2021 wraz z prognozą na kolejne trzy lata obrotowe. Dokumenty te każdorazowo podpisane zostały przez Dyrektora (bez wskazania daty ich sporządzenia i podpisania) oraz przedstawione Staroście Oleśnickiemu/Zarządowi Powiatu Oleśnickiego i Radzie Społecznej Szpitala, co miało miejsce odpowiednio 31 sierpnia 2020 r. (raport za 2019 r.), 31 maja 2021 r. (raport za 2020 r.) i 28 czerwca 2022 r. (raport za 2021 r.). Daty przekazania ww. raportów wskazują, że zostały one sporządzone w terminach wynikających z art. 53a ust. 1 udl. Przy czym Szpital nie dopełnił obowiązku w zakresie udostępnienia ww. raportów w Biuletynie Informacji Publicznej (dalej: BIP), co zostało opisane w sekcji dotyczącej *Stwierdzonych nieprawidłowości*.

Za stan problematyczny uznać należy brak opatrzenia datą sporządzenia raportów o sytuacji ekonomiczno-finansowej właściwych dla lat 2019-2021. Datowanie pism przewodnich w przedmiocie przekazania tych raportów organowi tworzącemu nie

⁹⁹ Wskaźniki wyliczono na podstawie danych zawartych w rocznych sprawozdaniach finansowych za rok 2020 i za rok 2021.

¹⁰⁰ Dz. U. poz. 832. Dalej: rozporządzenie w sprawie wskaźników.

¹⁰¹ Której zasady zostały określone w załączniku do ww. rozporządzenia

jest bowiem tożsame z datą ich sporządzenia/zatwierdzenia. Zwłaszcza w sytuacji określenia terminu dla tej czynności w przepisach udl.

(akta kontroli: tom III str. 101-110,141-145, tom IV str. 79-113)

2.11. W latach 2020-2022 (I półrocze) w Szpitalu obowiązywało łącznie 37 umów najmu pomieszczeń i powierzchni Szpitala podmiotom zewnętrznym. Dotyczyły one; [1] wynajmu pomieszczeń do magazynowania odpadów medycznych (jedna umowa); [2] wynajmu powierzchni do całodobowego udzielania świadczeń zdrowotnych badań z zakresu tomografii komputerowej (TK) i rezonansu magnetycznego (RM) wraz z opisem na rzecz pacjentów hospitalizowanych oraz realizujących leczenie w ramach szybkiej diagnostyki onkologicznej oraz czterech miejsc parkingowych (dwie umowy); [3] wynajmu budynku na uruchomienie działalności medycznej w zakresie stacji dializ oraz Poradni Nefrologicznej (jedna umowa); [4] wynajmu pomieszczeń na świadczenie usług zdrowotnych w zakresie diagnostyki laboratoryjnej (jedna umowa); [5] wynajmu pomieszczeń na prowadzenie sprzedaży sprzętu medycznego w Sycowie (jedna umowa); [6] dzierżawy pomieszczeń patomorfologii (jedna umowa); [7] dzierżawy kiosków (dwie umowy); [8] dzierżawy pomieszczeń nocnej i świątecznej opieki (jedna umowa); [9] dzierżawy garażu (12 umów); [10] wynajmu pomieszczeń warsztatowych (jedna umowa); [11] wynajmu dachu szpitala (cztery umowy); [12] wynajmu powierzchni na świadczenie usług telekomunikacyjnych, na automaty telewizyjne oraz automaty samosprzedające (trzy umowy) oraz [13] wynajmu tablic reklamowych (siedem umów). Z tytułu ww. umów Szpital osiągnął przychody w wysokości łącznej 1 812,6 tys. zł z tego 709,2 tys. zł w 2020 r., 733,6 tys. zł w 2021 r. oraz 369,8 tys. zł w 2022 r. (I półrocze).

W okresie objętym kontrolą Szpital nie udostępniał nieodpłatnie części majątku.

(akta kontroli: tom IX str. 119-118)

W badanym okresie szczegółowe zasady oraz tryb gospodarowania mieniem Szpitala, regulowały dwie uchwały: [1] nr XV/154/2015 Rady Powiatu Oleśnickiego z dnia 30 listopada 2015 r. w sprawie określenia zasad zbycia, oddania w dzierżawę, najem, użytkowanie oraz użyczenie aktywów trwałych Powiatowego Zespołu Szpitali z siedzibą w Oleśnicy oraz [2] nr 128/2021 Zarządu Powiatu Oleśnickiego z dnia 25 sierpnia 2021 r. w sprawie zasad gospodarowania składnikami majątku ruchomego powierzonego jednostkom organizacyjnym powiatu oleśnickiego.

(akta kontroli: tom IX str. 107-118)

Szczegółowe badanie prawidłowości gospodarowania mieniem przeprowadzono na próbie trzech umów¹⁰². Ustalono, że:

- we wszystkich zbadanych umowach określono ich przedmiot, czas na jaki zostały zawarte, zasady waloryzacji czynszu, terminy płatności czynszu, zastrzeżenia dotyczące odsetek za opóźnienie w płatności czynszu, zastrzeżenia dotyczące możliwości rozwiązywania/wypowiadania umów przed czasem oraz dalsze szczegółowe warunki realizacji poszczególnych umów;
- wszystkie badane umowy zostały zawarte w trybie bezprzetargowym i co do zasady nie naruszało to warunków ustalonych przez Radę Powiatu Oleśnickiego, tj. umowy zawarto w związku z rozstrzygnięciem konkursów ofert na wykonywanie świadczeń zdrowotnych na rzecz Szpitala;

¹⁰² Doboru dokonano w sposób losowy. Do próby wybrano umowę z 30 września 2021 r. na wynajem pomieszczeń do magazynowania odpadów medycznych, z 23 września 2021 r. na wynajem powierzchni do całodobowego udzielania świadczeń zdrowotnych badań z zakresu tomografii komputerowej (TK) i rezonansu magnetycznego (RM) wraz z opisem na rzecz pacjentów hospitalizowanych oraz realizujących leczenie w ramach szybkiej diagnostyki onkologicznej oraz z 31 stycznia 2019 r. na wynajem pomieszczeń na świadczenie usług zdrowotnych w zakresie diagnostyki laboratoryjnej.

- żadna ze skontrolowanych umów nie miała negatywnego wpływu na świadczenia zdrowotne realizowane przez Szpital. Natomiast za stan problematyczny, nie stanowiący nieprawidłowości, uznano brak określenia w umowach najmu kar umownych za ich nienależytą realizację pomimo szczegółowego określania warunków ich realizacji. W ocenie NIK ww. instrument pozwalałby reagować na ewentualne naruszenia postanowień umownych dotyczących obowiązków o charakterze niepieniężnym przez najemców nieruchomości Szpitala w sposób bardziej elastyczny, tj. za pomocą środka pośredniego pomiędzy brakiem reakcji, a reakcją w postaci żądania odszkodowania (co jest możliwe tylko, gdy szkoda w ogóle powstała) lub rozwiązania/wypowiedzenia umowy najmu przed czasem. Dyrektor wskazał, że w umowach nie przewidywano kar umownych, bowiem przewidziano inne sankcje dyscyplinujące najemcę do prawidłowego wykonywania swoich obowiązków. Przewidziano np. możliwość rozwiązania umowy w trybie natychmiastowym, naliczania odsetek ustawowych w przypadku zwłoki najemcy w zapłacie czynszu, jak również możliwość kompensaty wzajemnych wierzycelności;
- w czasie obowiązywania skontrolowanych umów najmu Szpital prawidłowo waloryzował czynsz. Prawidłowo rozliczał również umowy w zakresie należności za wynajem.

Za stan problematyczny uznano jednak brak ustalenia wytycznych dotyczących zasad i sposobu ustalania stawek czynszu za dzierżawę i najem lokali w obiektach szpitalnych. Wystąpiły bowiem przypadki znacznego zróżnicowania wysokości czynszu określonego w umowach najmu. I tak np. w umowie najmu powierzchni użytkowej do magazynowania odpadów medycznych z 30 września 2021 r. o łącznej powierzchni 2,0 m² określono wysokość miesięcznej stawki czynszu na kwotę 200,0 zł brutto miesięcznie, tj. 100,0 zł brutto za 1 m². W umowie najmu z 23 września 2021 r. na wynajem powierzchni do całodobowego udzielania świadczeń zdrowotnych badań z zakresu tomografii komputerowej (TK) i rezonansu magnetycznego (RM) wraz z opisem na rzecz pacjentów hospitalizowanych oraz realizujących leczenie w ramach szybkiej diagnostyki onkologicznej o łącznej powierzchni 172,46 m² stawkę czynszu określono na 65,56 zł brutto za 1 m². Natomiast w umowie najmu pomieszczeń na świadczenie usług zdrowotnych w zakresie diagnostyki laboratoryjnej z 31 stycznia 2019 r. o powierzchni 181,06 m² (pomieszczenia laboratorium w Oleśnicy) stawkę czynszu określono na 37,60 zł brutto za 1 m², po waloryzacji¹⁰³ oraz o powierzchni 49,7 m² (pomieszczenia w laboratorium w Sycowie) określono na 49,91 zł brutto, po waloryzacji¹⁰⁴. Dyrektor wskazał, że stawki czynszu były ustalone w oparciu o informacje przekazane przez Zakład Budynków Komunalnych w Oleśnicy oraz Zarządzenie nr 312/2020 Burmistrza Miasta i Gminy w Sycowie z dnia 30 kwietnia 2020 r. w sprawie ustalenia minimalnych stawek czynszu za najem lokali użytkowych stanowiących własność Gminy Syców.

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

(akta kontroli: tom IX str. 107-118, 129-201, 251-306, tom: XI str. 97-99)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W zapisach Polityki rachunkowości dotyczących ujęcia w księgach rachunkowych Szpitala rezerwy na świadczenia pracownicze w kontrolowanym okresie

¹⁰³ Waloryzacja z 26 stycznia 2022 r.

¹⁰⁴ Waloryzacja z 26 stycznia 2022 r.

funkcjonowało odniesienie do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2015 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunków kosztów u świadczeniodawców¹⁰⁵, tj. wskazanie na akt prawny uchylony z dniem 6 marca 2020 r.

Dyrektor odnośnie przyczyn tego stanu wskazał na dezorganizację pracy Szpitala związaną z sytuacją pandemii COVID-19, w tym konieczność zmiany struktury organizacyjnej celem spełnienia wymogów określonych dla szpitala jednoimiennego, absencje pracowników i potrzebę przesunięcia terminów wykonania części obowiązków formalnych. Wyjaśnił również, że trwają prace nad dostosowaniem Polityki rachunkowości do obowiązujących przepisów prawnych.

(akta kontroli: tom I str. 1-21, tom III str. 101-110)

2. W Szpitalu nie określono i nie wdrożono w pełni standardów rachunku kosztów określonych w rozporządzeniu MZ w sprawie standardu rachunku kosztów z 2020 r. Do dnia 9 września 2022 r.¹⁰⁶ określone w systemie finansowo-księgowym Szpitala klucze podziałowe i rozdzielniki kosztów nie zostały w pełnym zakresie dostosowane do wymogów ww. rozporządzenia, a wycena procedur medycznych pozostawała w fazie opracowywania (poza systemem). Szpital był zobowiązany do wdrożenia ww. standardów z dniem 1 stycznia 2021 r.

Odnosząc się do przyczyn powyższej sytuacji Dyrektor wskazał na okres działania Szpitala jako jednostki jednoimiennej w związku z pandemią COVID-19. Wyjaśnił, że sytuacja ta spowodowała częściowe spowolnienie prac związanych z wprowadzeniem w pełni standardu rachunku kosztów, pomimo starań Szpitala jak i firmy informatycznej wdrażającej standardy do systemu finansowo-księgowego. Absencja pracowników, praca zdalna, wady ukryte ujawnione podczas pracy na systemie spowodowały opóźnienia we wprowadzeniu standardu rachunku kosztów. Obecnie trwają prace związane z wprowadzaniem poprawek we wdrożonym systemie i dostosowaniem systemu do przywołanego rozporządzenia. Prace wdrożeniowe realizowane są w ramach aktualnej umowy serwisowej zawartej z zewnętrzną firmą informatyczną i będą realizowane do momentu pełnego i prawidłowego wdrożenia systemu dotyczącego standardu rachunków kosztów.

(akta kontroli: tom I str. 1-340, tom III str. 101-110, tom IV str. 6-63, 88-109, 122-124, 129-135)

3. Szpital nierzetelnie przygotował i rozliczył realizację umowy na wykonanie usługi polegającej na wprowadzeniu zmian w systemie finansowo-księgowym Szpitala w zakresie dostosowania struktury rachunku kosztów do wymogów rozporządzenia MZ w sprawie standardu rachunku kosztów z 2020 r.

Usługa ta powierzona została zewnętrznemu wykonawcy (firmie informatycznej) na podstawie umowy z dnia 30 grudnia 2020 r. nr UZN/0002/2020, w której:

- dokonano określenia przedmiotu usługi w sposób bardzo ogólny i niejednoznaczny, tj. poprzez odwołanie do oferty wykonawcy z dnia 8 grudnia 2020 r., w której przewidziano zakończenie realizacji poszczególnych¹⁰⁷ działań do 31 grudnia 2019 r. (w zakresie dotyczącym utworzenia nowej struktury planu kont w zakresie grup „4” i „5”) oraz do 31 marca 2020 r. (odnośnie wprowadzenia poprawek we wdrożonym systemie i rozliczenia finansowego).
- brak było uzależnienia wypłaty wynagrodzenia płatnego w czterech równych ratach od weryfikacji rzeczywistych postępów realizacji przedmiotu usługi, a finalnie również od uzyskania potwierdzenia prawidłowości działania całości wdrożonych rozwiązań.

¹⁰⁵ Dz. U poz. 1126.

¹⁰⁶ Dokonanie ustalenia stanu faktycznego w trakcie czynności kontrolnych w jednostce kontrolowanej.

¹⁰⁷ Wyodrębnionych w ramach usługi.

- brak było określenia kar umownych za niepełne, niewłaściwe, nieterminowe wykonanie usługi.

Powyższe nie pozostawało bez wpływu na działania Szpitalu w zakresie rzeczowego i finansowego rozliczenia realizacji umowy UZN/0002/2020, w szczególności polegające na:

- podpisaniu przez Dyrektora w dniu 30 lipca 2020 r. protokołu odbioru prac w ramach ww. umowy bez uwag, w sytuacji niepełnej oraz nieterminowej jej realizacji, co po części wynikało z braku przekazania wykonawcy dokumentacji (danych) źródłowej, niezbędnej do prawidłowej realizacji umowy UZN/0002/2020.
- wskazaniu w piśmie z dnia 20 sierpnia 2020 r., skierowanym do wykonawcy umowy UZN/0002/2020, na nieprawidłowości w zakresie jej wykonania, mimo wcześniejszego protokolarnego odebrania prac bez uwag.
- nałożeniu w piśmie z dnia 20 sierpnia 2020 r. na wykonawcę ww. umowy kary umownej w wysokości 9 940 zł z tytułu zwłoki w wykonaniu zobowiązania objętego umową UZN/0002/2020, powołując się na nieistniejące w tejże umowie postanowienia § 14 ust. 1, w związku z ust. 6¹⁰⁸.
- wyrażeniu przez Dyrektora (na opinii prawnej datowanej na 24 listopada 2021 r.¹⁰⁹), zgody na wyksięgowanie należności Szpitala z tytułu nałożenia na wykonawcę umowy UZN/0002/2020 kary umownej, o której mowa wyżej¹¹⁰.
- zapłaty ostatniej raty za usługę, do pełnej kwoty wynagrodzenia należnego wykonawcy (19 880 zł) w dniu 8 listopada 2011 r., pomimo niepełnego dostosowania rachunku kosztów Szpitala do wymogów rozporządzenia MZ w sprawie standardu rachunku kosztów z 2020 r.
- prowadzeniu dalszych prac zmierzających do pełnego dostosowania rachunku kosztów Szpitala do wymogów rozporządzenia MZ w sprawie standardu rachunku kosztów z 2020 r. przez wykonawcę umowy UZN/0002/2020 w ramach usługi wsparcia technicznego merytorycznego i serwisowego programu finansowo-księgowego Szpitala realizowanej w ramach umowy USN/0016/2021 z dnia 10 grudnia 2021 r.

Dyrektor nie wyjaśnił przyczyn braku wprowadzenia do umowy UZN/0002/2020 odpowiednich zapisów w celu zabezpieczenia interesu Szpitala. Wskazał jedynie, że wszelkie zmiany tej umowy wymagały dla swej ważności zgody obu stron wyrażonej na piśmie. Wyjaśniając przyczyny niewłaściwej realizacji i rozliczenia rzeczowo-finansowego umowy UZN/0002/2020 wskazał m.in. na: stan pandemii COVID-19 i negatywne jego konsekwencje dla działalności pozaleczniczej Szpitala, konieczność re-wdrożenia części systemów informatycznych, ujawnienie się większości błędów programowych, systemowych, wad ukrytych modyfikowanego programu dopiero po odbiorze wykonanych prac w ramach umowy UZN/0002/2020, brak reakcji ze strony wykonawcy na prośby poprawy zrealizowanej usługi;

¹⁰⁸ Postanowienie to stanowiło swoiste zapożyczenie z umowy nr USN/0017/2019 zawartej w dniu 6 grudnia 2019 r. z tym samym wykonawcą na usługę w zakresie stałego wsparcia technicznego, merytorycznego i serwisowania programu finansowo-księgowego Szpitala okresie od 1 stycznia 2020 r. do 31 grudnia 2021 r.

¹⁰⁹ Poprzez złożenie podpisu (nieopatrzony data) pod odrębną adnotacją w treści: „W związku z powyższą opinią, wyrażam zgodę na wyksięgowanie”.

¹¹⁰ Należność Szpitala z tytułu kary umownej za zwłokę w realizacji umowy UZN/0002/2020 została wyksięgowana w dacie 30 listopada 2021 r. Natomiast zapłaty ostatniej raty za usługę, do pełnej kwoty wynagrodzenia umownego (19 880 zł) nastąpiła w dniu 8 listopada 2011 r.

nałożenie kary umownej w celu zdyscyplinowania wykonawcy. Na etapie wykonania umowy Dyrektor nie kwestionował opóźnień i błędów w przedmiocie jej realizacji.

(akta kontroli: tom IV str. 6-124, 129-135)

4. Szpital w dwóch przypadkach nie uregulował w terminie zobowiązań, do czego zobowiązany był na podstawie art. 44 ust. 3 pkt 3 ustawy z 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych¹¹¹.

Dotyczyło to dokonanej w dniu 4 lipca 2022 r. zapłaty za:

- konsultację pulmonologiczną dla dzieci w kwocie 180 zł. na podstawie faktury nr 48/FV/SM/05 z dnia 15 czerwca 2022 r. z terminem płatności do 29 czerwca 2022 r.;
- zakup paliwa w kwocie 14 927,72 zł. na podstawie faktury nr 046645705 z dnia 17 maja 2022 r. z terminem płatności 29 czerwca 2022 r.

Obie ww. faktury wpłynęły do Szpitala i zostały sprawdzone pod względem formalno-rachunkowym w terminie umożliwiającym ich terminową zapłatę.

Dyrektor wyjaśnił, że opóźnienie w zapłacie ww. należności wynikało z opóźnienia we wprowadzeniu wydatków do preliminarza płatności w systemie finansowo-księgowym Szpitala. Wskazał również, że od ww. zobowiązań nie zostały zapłacone odsetki za opóźnienie w zapłacie.

NIK wskazuje, że zgodnie z art. 44 ust. 3 pkt 3 ufp, jednostka sektora finansów publicznych zobowiązana jest do dokonywania wydatków publicznych w terminach wynikających z wcześniej zaciągniętych zobowiązań. Powyższe uregulowanie dotyczy również przypadku, w którym opóźnienie było niewielkie i nie wywołało skutków finansowych w postaci naliczenia odsetek.

(akta kontroli: tom V str.1-7, tom VI str. 125-128)

5. Szpital nie opublikował na stronie BIP raportów o sytuacji ekonomiczno-finansowej właściwych dla 2020 r. i 2021 r. Stosowna publikacja nastąpiła dopiero w dniu 14 września 2022 r., tj. w trakcie prowadzenia czynności kontrolnych NIK. Do dnia zakończenia kontroli¹¹² na stronie BIP nie opublikowano raportu właściwego dla 2019 r. Zgodnie z art. 53a ust. 1 udl, kierownik zakładu opieki zdrowotnej zobowiązany był do udostępnienia w BIP raportu o sytuacji ekonomiczno-finansowej w terminie 2 miesiące od dnia upływu terminu do sporządzenia rocznego sprawozdania finansowego.

Dyrektor wyjaśnił, że nie są znane mu powody braku zamieszczenia w BIP raportu za 2019 r. Natomiast zwłoka w publikacji raportów za 2020 i 2021 r. była wynikiem przeoczenia związanego z sytuacją epidemią COVID-19, która spowodowała m.in. napływ obowiązków i absencje pracowników.

(akta kontroli: tom III str. 101-110, 141-145, tom IV str. 79-145)

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital prowadził działalność w oparciu o plany finansowe. Obowiązująca w Szpitalu Polityka rachunkowości obejmowała wszystkie elementy określone ustawą o rachunkowości. Niemniej działania Szpitala w zakresie prowadzenia gospodarki majątkowo-finansowej nie zawsze prowadzone były prawidłowo.

W powyższym obszarze stwierdzono nieprawidłowości, które dotyczyły w szczególności: [1] niepełnego wdrożenia standardów rachunku kosztów określonych w rozporządzeniu MZ w sprawie standardu rachunku kosztów z 2020 r.; [2] nierzetelnego przygotowania i rozliczenia umowy na wykonanie na rzecz Szpitala usługi polegającej na wprowadzeniu zmian w systemie finansowo-księgowym w zakresie dotyczącym dostosowania struktury rachunku kosztów do wymogów; [3] dwóch przypadków nieterminowej zapłaty zobowiązań; [4] zaniechania publikacji

¹¹¹ Dz. U. z 2022 r. poz. 1634, ze zm. Dalej: ufp.

¹¹² 14 października 2022 r.

na stronie BIP raportu o sytuacji ekonomiczno-finansowej za 2019 r. oraz opóźnień w publikacji raportów właściwych dla 2020 r. i 2021 r.

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:

Uwaga

1. Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że opisane w niniejszym wystąpieniu pokontrolnym nieprawidłowości wskazują przede wszystkim na potrzebę dokonania przeglądu, aktualizacji lub wprowadzenia nowych regulacji wewnętrznych dotyczących działalności Szpitala celem zapewnienia prawidłowej realizacji zadań statutowych.
2. Zgodnie ze standardem kontroli zarządczej określonym w komunikacie nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych¹¹³, wydanym na podstawie art. 69 ust. 3 ufp, struktura organizacyjna jednostki powinna być dostosowana do aktualnych celów i zadań. Zakres zadań, uprawnień i odpowiedzialności jednostek, poszczególnych komórek organizacyjnych jednostki oraz zakres podległości pracowników powinien być określony w formie pisemnej w sposób przejrzysty i spójny. Natomiast stwierdzone w wyniku kontroli przypadki braku aktualnych regulacji wewnętrznych oraz właściwej organizacji pracy Szpitala, opisane w szczególności jako nieprawidłowości nr 2, 3, 5, 9, 12 i 15 w pkt III.2 wystąpienia pokontrolnego, wskazują, że standard ten w Szpitalu nie został spełniony.

Wnioski

1. Zapewnienie zgłaszania organowi prowadzącemu rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą wszystkich zmian danych w terminie określonym w art. 107 ust. 1 udl, tj. nie później niż 14 dni od dnia ich powstania.
2. Dokonanie aktualizacji postanowień Regulaminu organizacyjnego, ze szczególnym uwzględnieniem określenia w nim zadań poszczególnych komórek organizacyjnych faktycznie funkcjonujących w strukturze Szpitala.
3. Monitorowanie prawidłowości udostępniania w budynkach Szpitala informacji o posiadanych udogodnieniach dla osób z niepełnosprawnościami oraz o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na świadczenie.
4. Udostępnianie na stronie BIP podmiotu tworzącego ogłoszeń o przeprowadzanych konkursach na stanowiska, o których mowa w art. 49 ust. 1 udl.
5. Dostosowanie zatrudnienia w Oddziale Chorób Wewnętrznych personelu pielęgniarskiego do poziomu określonego w Załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.
6. Zapewnienie stosowania w konkursach na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze, kryteriów wyboru ofert określonych art. 148 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.
7. Stosowanie kodów CPV świadczeń zdrowotnych w opisie przedmiotu zamówienia, zawartym w ogłoszeniach konkursowych.
8. Zamieszczanie w umowach o udzielanie świadczeń zdrowotnych postanowień zapewniających poddanie się podmiotów leczniczych kontroli przeprowadzanej przez udzielającego zamówienie.

¹¹³ Dz. Urz. Min. Fin. Nr 15, poz. 84.

9. Prowadzenie negocjacji cenowych z podmiotami leczniczymi w ramach zamkniętego katalogu odesłań, zawartego w art. 26 ust. 4 udl.
10. Zapewnienie rzetelnego prowadzenia paszportów technicznych sprzętu medycznego i aparatury medycznej.
11. Zapewnienie przeprowadzania w wymaganych terminach przeglądów technicznych sprzętu medycznego i aparatury medycznej.
12. Podjęcie działań w celu wyeliminowania przypadków używania sprzętu medycznego i aparatury medycznej bez ważnych przeglądów technicznych.
13. Rzetelne przygotowywanie, prowadzenie i dokumentowanie postępowań konkursowych na udzielanie świadczeń zdrowotnych.
14. Doprowadzenie do wdrożenia rozwiązań umożliwiających świadczeniobiorcom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowanie statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamianie ich o terminie udzielenia świadczenia.
15. Zaktualizowanie Polityki rachunkowości w zakresie dotyczącym przywołanych w jej treści aktów prawnych.
16. Pełne dostosowanie zasad prowadzenia w Szpitalu rachunku kosztów do wymogów określonych w rozporządzeniu MZ w sprawie standardu rachunku kosztów z 2020 r.
17. Stosowanie w umowach zlecenia usług podmiotom zewnętrznym postanowień zabezpieczających interes Szpitala, w szczególności w zakresie opisu przedmiotu usługi, sposobu odbioru jej realizacji, powiązania wypłaty wynagrodzenia z faktycznym stanem realizacji usługi oraz kar umownych za niepełne, nieprawidłowe lub nieterminowe jej wykonanie.
18. Podjęcie działań organizacyjnych eliminujących możliwość występowania sytuacji polegających na nieterminowym regulowaniu zobowiązań.
19. Udostępnianie w BIP raportów o sytuacji ekonomiczno-finansowej Szpitala w wymaganym terminie.

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 we Wrocławiu. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

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

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

Wrocław, października

Kontrolerzy
Ksymena Kramarczyk-Rosiak
Doradca ekonomiczny

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura we Wrocławiu
Dyrektor
z up. p.o. Wicedyrektor
Artur Urban

.....
podpis

.....
podpis

Renata Kojro
Główny specjalista kontroli
państwowej

.....
podpis