



KZD.430.4.2024

Nr ewid. 95/2024/P/24/044/KZD

Informacja o wynikach kontroli

FUNKCJONOWANIE SZPITALI WOJEWÓDZKICH

DEPARTAMENT ZDROWIA

MISJA

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

Informacja o wynikach kontroli
Funkcjonowanie szpitali wojewódzkich

p.o. Dyrektor Departamentu Zdrowia
Marcin Stolarczyk
/podpisano elektronicznie/

Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli
Jacek Kozłowski
/podpisano elektronicznie/

Prezes Najwyższej Izby Kontroli
Marian Banaś
/podpisano elektronicznie/

Warszawa, grudzień 2024 r.

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

www.nik.gov.pl

SPIS TREŚCI

| | |
|--|-----------|
| WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ | 4 |
| 1. WPROWADZENIE | 5 |
| 2. OCENA OGÓLNA | 8 |
| 3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI | 9 |
| 4. WNIOSKI | 14 |
| 5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI | 16 |
| 5.1. Organizacja i realizacja świadczeń zdrowotnych | 16 |
| 5.2. Sytuacja ekonomiczno-finansowa szpitala | 24 |
| 5.3. Analiza porównawcza niniejszej kontroli i kontroli P/22/048 „Funkcjonowanie szpitali powiatowych” | 35 |
| 5.4. Szpitale wojewódzkie na tle innych szpitali | 36 |
| 6. ZAŁĄCZNIKI | 40 |
| 6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe | 40 |
| 6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych | 43 |
| 6.2.1. Analiza stanu prawnego | 43 |
| 6.2.2. Analiza uwarunkowań ekonomicznych i organizacyjnych | 44 |
| 6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności | 46 |
| 6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli | 47 |

Zdjęcie na okładce:

© Sawyer0– stock.adobe.com

WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ

| | |
|---|---|
| Udl | Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej ¹ . |
| Ustawa o świadczeniach | Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ² . |
| BIP | Biuletyn informacji publicznej, o którym mowa w artykule 8 ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 o dostępie do informacji publicznej ³ |
| JST | Jednostka samorządu terytorialnego. |
| KRS | Krajowy Rejestr Sądowy utworzony w oparciu o ustawę z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym ⁴ , działa od 1 stycznia 2001 r. |
| NFZ | Narodowy Fundusz Zdrowia. |
| OWU | Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiące załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ⁵ . |
| Podmiot tworzący | Podmiot albo organ, który utworzył podmiot leczniczy w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jednostki budżetowej albo jednostki wojskowej (art. 2 ust. 1 pkt 6 udl). |
| RPWDL | Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą działający na podstawie udl (dział IV, art. 100–113 udl). |
| SPZOZ | Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej. |
| Standard rachunku kosztów | Standard rachunku kosztów stosowany jest obowiązkowo u świadczeniodawców, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Ma na celu ujednoczenie sposobu identyfikowania, gromadzenia, przetwarzania, prezentowania i interpretowania informacji o kosztach świadczeń opieki zdrowotnej (art. 31lc ust. 7 ustawy o świadczeniach). |
| Szpital | Zakład leczniczy, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne (art. 2 ust. 1 pkt 9 udl). |
| Świadczenia zdrowotne | Działania służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania (art. 5 pkt 40 ustawy o świadczeniach). |
| Świadczeniodawca | a) podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, b) osoba fizyczna inna niż wymieniona w lit. a, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej, (...) d) podmiot realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne, e) podmiot udzielający opieki farmaceutycznej, o której mowa w art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (...) (art. 5 pkt 41 ustawy o świadczeniach). |
| Ustawa o NIK | Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ⁶ . |
| Województwo lub samorząd województwa | Jednostka samorządu terytorialnego najwyższego szczebla zasadniczego podziału terytorialnego kraju utworzona w celu wykonywania administracji publicznej (art. 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa ⁷ ; ustawa z dnia 24 lipca 1998 r. o wprowadzeniu zasadniczego trójstopniowego podziału terytorialnego państwa ⁸). |

¹ Dz. U. z 2024 r. poz. 799.

² Dz. U. z 2024 r. poz. 146, ze zm.

³ Dz. U. z 2022 r. poz. 902.

⁴ Dz. U. z 2024 r. poz. 979.

⁵ Dz. U. z 2023 r. poz. 1194, ze zm.

⁶ Dz. U. z 2022 r. poz. 623.

⁷ Dz. U. z 2024 r. poz. 566.

⁸ Dz. U. z 1998 r. Nr 96, poz. 603, ze zm.

1. WPROWADZENIE

Pytanie definiujące cel główny kontroli

Czy szpitale wojewódzkie funkcjonowały prawidłowo?

Pytania definiujące cele szczegółowe kontroli

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

Jednostki kontrolowane

16 podmiotów leczniczych funkcjonujących w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, utworzonych przez samorząd województwa

Okres objęty kontrolą

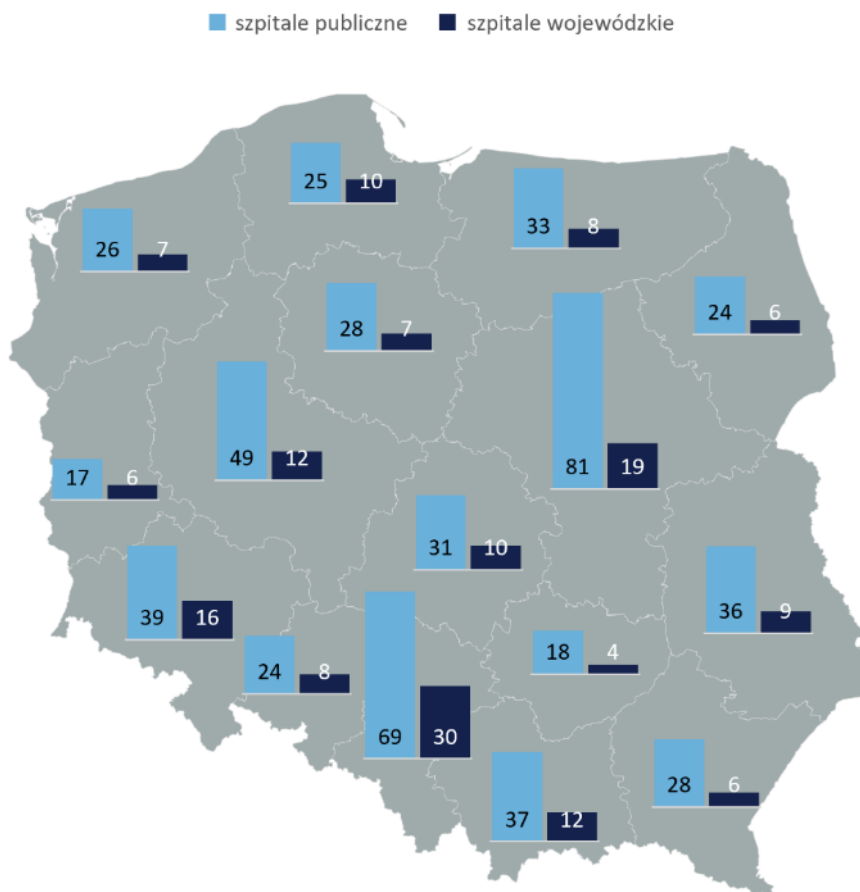
Lata 2021–2023

Kontrola P/24/044 „Funkcjonowanie szpitali wojewódzkich” została podjęta z inicjatywy własnej Najwyższej Izby Kontroli.

Liczba szpitali wojewódzkich (170 według stanu na koniec I półrocza 2024 r.) zlokalizowanych na terenie poszczególnych województw była bardzo zróżnicowana i wynosiła od czterech w województwie świętokrzyskim do 30 w województwie śląskim. Natomiast liczba wszystkich szpitali publicznych (565) wynosiła od 17 w województwie lubuskim do 81 w województwie mazowieckim.

Wykres nr 1

Ogółem liczba szpitali publicznych⁹, w tym szpitali wojewódzkich¹⁰, na koniec I półrocza 2024 r.



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia.

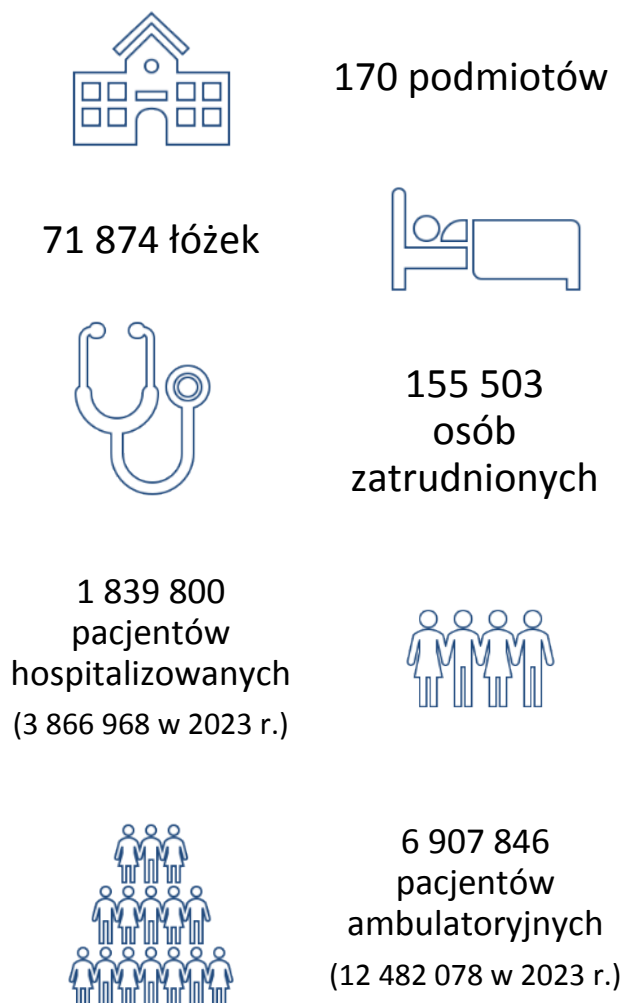
⁹ Przez szpital publiczny należy rozumieć podmiot leczniczy działający w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, spółki kapitałowej, w której wartość nominalna udziałów albo akcji należących do Skarbu Państwa, JST lub uczelni medycznej stanowi co najmniej 51 % kapitału zakładowego albo instytutu badawczego, który wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, w rozumieniu udł, z wyłączeniem jednostek lecznictwa uzdrowiskowego, podmiotów świadczących usługi w trybie leczenia jednego dnia, zakładów i ośrodków rehabilitacji, zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz terapii uzależnień.

¹⁰ Szpital publiczny, dla którego samorząd województwa jest: podmiotem tworzącym w przypadku samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej lub podmiotem wykonującym prawa z akcji albo udziałów w przypadku szpitala działającego w formie spółki.

Charakterystyka szpitali wojewódzkich przedstawia się następująco:

Grafika nr 1

Charakterystyka podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, dla których organem tworzącym jest samorząd województwa lub w których samorząd województwa posiada udziały lub akcje



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych urzędów marszałkowskich. Dane o liczbie podmiotów, łóżek oraz osób zatrudnionych podano według stanu na 30 czerwca 2024 r. Dane dotyczące pacjentów dotyczą I półrocza 2024 r. oraz 2023 r.

Główne bariery i zagrożenia w funkcjonowaniu szpitali wojewódzkich – zdaniem marszałków województw – koncentrowały się wokół następujących zagadnień¹¹:

- Istniejąca struktura właścicielska szpitali wojewódzkich, nie jest powiązana z zakresem udzielanych świadczeń medycznych, tj. nie ma klarownego podziału kompetencji pomiędzy szpitalami wojewódzkimi a powiatowymi oraz innymi uczestnikami systemu ochrony zdrowia, a status „szpital wojewódzki” nie gwarantuje miejsca w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, czyli tzw. sieci szpitali.
- Zadania kreatora systemu ochrony zdrowia zostały rozproszone pomiędzy wojewodów, NFZ oraz organy tworzące podmioty lecznicze (przede wszystkim JST i uczelnie medyczne). Tym samym brak jest konkretnego podmiotu odpowiedzialnego za ten system.

¹¹ Informacja uzyskana od marszałków województw w grudniu 2023 r. i sierpniu 2024 r. na podstawie art. 29 ust. 1, pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

Bariery i zagrożenia mające negatywny wpływ na funkcjonowanie szpitali wojewódzkich, dotyczą wg marszałków czterech głównych obszarów:

1. Udzielanie świadczeń:

- zmiany zasad finansowania świadczeń realizowanych w ramach umów z NFZ w trakcie roku oraz częste zmiany regulacji prawnych i wytycznych dotyczących funkcjonowania podmiotów leczniczych;
- zbyt niska wycena świadczeń zdrowotnych m.in. w zakresach takich jak geriatryka, choroby wewnętrzne, rehabilitacja, psychiatria, opieka długoterminowa, położnictwo;
- odroczone w czasie nawet do 9 miesięcy rozliczanie przez NFZ świadczeń nielimitowanych oraz nadwykonań;
- niepewność w zakresie planowania wieloletniego ze względu na krótkoterminowe umowy z NFZ.

2. Inwestycje infrastrukturalne: brak środków finansowych na konieczne inwestycje w infrastrukturę techniczną, aparaturę medyczną, informatyzację (dokumentowanie w wersji cyfrowej) oraz rozwój nowych technik diagnostycznych, a także rosnące koszty eksploatacji istniejących zasobów.

3. Najślabszym punktem działalności szpitali wojewódzkich, jest **obszar zasobów kadrowych** ze względu na występujące zagrożenia o szerokim zakresie oddziaływania, które wynikają z następujących przyczyn:

- regulacje ustawowe¹², wymuszające obowiązkowe zwiększenie wynagrodzenia kadry medycznej, bez zapewnienia źródła ich finansowania;
- narastająca presja płacowa pracowników medycznych, szczególnie lekarzy o deficytowych specjalizacjach (anestezjologia, geriatryka, psychiatria, w tym szczególnie psychiatria dziecięca, endokrynologia, chirurgia), a także pielęgniarek, która wynika z niedoborów na rynku pracy;
- znaczny wzrost wynagrodzeń kadry niemedycznej, związany ze wzrostem najniższego wynagrodzenia¹³;
- nieuwzględnianie w wycenach (taryfach świadczeń) wzrostu wynagrodzeń osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych na podstawie umów innych niż umowa o pracę;
- rozproszone i niespójne przepisy, szczególnie w zakresie kwalifikacji personelu medycznego, zawodów medycznych, norm zatrudnienia personelu (przede wszystkim pielęgniarek i położnych);
- zbyt mała liczba osób wkraczających do zawodu w stosunku do liczby osób osiągających wiek emerytalny i przechodzących na emeryturę (tzw. „luka pokoleniowa”), co przekłada się na brak zastępowalności kadry medycznej.

4. Ogólna **sytuacja makroekonomiczna** tj. wysoka inflacja, skutkuje występowaniem następujących zagrożeń:

- zwiększenia wydatków związanych z usługami nabywanymi w ramach outsourcingu (wyżywienie, sprząatanie, pranie);
- dynamiczny wzrost cen mediów (gaz, prąd) i towarów;
- brak indeksowania kontraktu z NFZ o wskaźnik inflacji.

Wysoka inflacja, która w większym stopniu jest uwzględniana w polityce kształtowania wynagrodzeń przez sektor prywatny, wzmacnia konkurencję, oferując personelowi medycznemu znacznie wyższe stawki wynagrodzeń.

Kontrola P/24/044 prowadzona była na podstawie tematyki stanowiącej uaktualnione odwzorowanie tematyki kontroli P/22/048¹⁴, co pozwoliło na analizę porównawczą wyników kontroli w szpitalach powiatowych i wojewódzkich.

¹² Ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2139).

¹³ Ustawa z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz.U. z 2020 r. poz. 2207, ze zm.).

¹⁴ Kontrola P/22/048 *Funkcjonowanie szpitali powiatowych* – koordynowana przez Departament Zdrowia, kontrolą objęto lata 2020–2022 (I półrocze). Nr ewid. 162/2022/P/22/048/KZD.

2. OCENA OGÓLNA

Szpitala wojewódzkie
nie funkcjonowały
prawidłowo

Skontrolowane szpitale wojewódzkie nie funkcjonowały prawidłowo. W każdej z kontrolowanych jednostek stwierdzono nieprawidłowości zarówno w obszarze organizacji i realizacji świadczeń zdrowotnych, jak i w zakresie gospodarki majątkowo-finansowej.

Ponad połowa skontrolowanych szpitali nie zapewniała pacjentom aktualnej i rzetelnej informacji o ich organizacji i procesie udzielania świadczeń. Problemy z uzyskaniem potrzebnej informacji pogłębiał brak możliwości umówienia się na wizyty drogą elektroniczną. Ponadto w pięciu jednostkach stwierdzono nieaktualne wpisy w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Proces udzielania świadczeń zakłócały braki kadrowe personelu lekarskiego i pielęgniarskiego, które stwierdzono w 10 z 16 kontrolowanych szpitali. Jednocześnie w dwóch szpitalach NIK stwierdziła nawet udokumentowanie kilkudniowego nieprzerwanego świadczenia pracy przez niektórych lekarzy.

Stwierdzone nieprawidłowości w obszarze gospodarki majątkowo-finansowej dotyczyły w szczególności: nieuwzględniania w zasadach rachunkowości niektórych obligatoryjnych elementów; niedoprecyzowania zasad szacowania/nieutworzenia rezerw na odszkodowania; wdrażania standardu rachunku kosztów; opóźnienia w przedstawianiu radzie społecznej planu finansowego do zaopiniowania; niedokonywania obligatoryjnych zmian w planie finansowym; opieszałości i niskiej skuteczności działań windykacyjnych; nieterminowego regulowania płatności skutkującego zapłatą odsetek; nieumieszczania raportów o sytuacji ekonomiczno-finansowej w Biuletynie Informacji Publicznej; nienależytego zarządzania mieniem.

Izba zauważyła, że **skala stwierdzonych nieprawidłowości była znacząco niższa niż w przypadku szpitali powiatowych**¹⁵. Również liczba wniosków pokontrolnych sformułowanych pod adresem dyrektorów szpitali wojewódzkich oraz kwota finansowych rezultatów kontroli były niższe niż w przypadku szpitali powiatowych.

¹⁵ Patrz przypis nr 13 na str. 7.

3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

| | |
|---|---|
| Nierzetelne dane zawarte w KRS i RPWDL | <p>Wszystkie podmioty lecznicze objęte kontrolą były wpisane do KRS i RPWDL.</p> <p>W przypadku pięciu skontrolowanych szpitali wojewódzkich stwierdzono, że dane zawarte w RPWDL nie odzwierciedlały stanu faktycznego. Szpitale te nie zgłaszały organowi prowadzącemu rejestr części zmian danych objętych RPWDL i/lub czyniły to z przekroczeniem 14-dniowego terminu na ich zgłoszenie¹⁶. Wynikało to głównie z prób uruchomienia nowych jednostek, do których jednak nie udało się skompletować kadry lekarskiej. Utrzymywanie nieaktualnych i nierzetelnych informacji nie zapewnia RPWDL prawidłowej realizacji funkcji informacyjnej, jaką pełnią rejestry publiczne. [str. 16]</p> |
| Rzetelne regulaminy organizacyjne | <p>W 14 szpitalach wojewódzkich w regulaminach organizacyjnych uwzględniono wszystkie wskazane w art. 24 udl informacje oraz aktualizowano je stosownie do zachodzących zmian w strukturze organizacyjnej tych podmiotów. Tym samym dokumenty te stanowiły rzetelne źródła informacji o podmiocie wykonującym działalność leczniczą. Nieprawidłowości stwierdzono jedynie w dwóch podmiotach i polegały one na nieokreśleniu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych i rozbieżnościach w zakresie funkcjonujących jednostek organizacyjnych. [str. 17]</p> |
| Unikanie procedur konkursowych przy wyborze kadry zarządzającej | <p>W siedmiu podmiotach leczniczych kadra zarządzająca, wymieniona w art. 49 ust. 1 udl – tj. kierownik, zastępca kierownika (w przypadku, gdy kierownik nie jest lekarzem), ordynator, naczelną pielęgniarka lub przełożona pielęgniarek i pielęgniarka oddziałowa – nie została wyłoniona w konkursach. Organizowano wprawdzie konkursy na wymienione stanowiska, ale ze względu na ich nierozstrzygnięcie powierzano obowiązki wybranym pracownikom.</p> <p>Stosownie do art. 49 ust. 1: „W podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą przeprowadza się konkurs na stanowisko: 1) kierownika; 2) zastępcy kierownika, w przypadku gdy kierownik nie jest lekarzem; 3) ordynatora; 4) naczelną pielęgniarki lub przełożonej pielęgniarek; 5) pielęgniarki oddziałowej”. Z kolei art. 49 ust. 4 stanowi: „Jeżeli w wyniku postępowania w dwóch kolejnych konkursach kandydat nie został wybrany (...), odpowiednio podmiot tworzący albo kierownik nawiązuje stosunek pracy albo zawiera umowę cywilnoprawną z osobą przez siebie wskazaną po zasięgnięciu opinii komisji konkursowej”.</p> <p>W kontrolowanych podmiotach dyrektorzy szpitali wyjaśniali, że zauważalna jest niechęć kandydatów do udziału w procedurze konkursowej. Ponadto wskazywano, że postępowania konkursowe są procesem czasochłonnym i problematycznym, a także generują znaczne koszty, nie przynosząc oczekiwanych rezultatów w postaci wyłonienia kandydatów do zatrudnienia na stanowiskach kierowniczych. [str. 17]</p> |
| Nieudostępnianie pacjentom wszystkich obligatoryjnych informacji | <p>Obowiązku udostępniania świadczeniobiorcom informacji określonych w § 11 OWU nie zrealizowało 10 podmiotów. Braki w informowaniu pacjentów dotyczyły m.in. godzin udzielania świadczeń, możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, trybu składania skarg i wniosków czy informacji na temat udogodnień dla osób niepełnosprawnych. Tłumaczono to głównie przeoczeniem czy zamieszczeniem tych informacji na stronach internetowych. [str. 18]</p> |
| Zapewnianie pacjentom przejrzystych zasad, opartych na kryteriach medycznych, ustalających kolejność dostępu do świadczeń medycznych | <p>Pacjentom zapewniono przejrzyste, oparte na kryteriach medycznych, zasady ustalające kolejność dostępu do świadczeń medycznych – zgodnie z art. 6 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹⁷, których przestrzegano w praktyce. Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnego określony został w regulaminach organizacyjnych lub zarządzeniach wydanych przez dyrektorów.</p> |

¹⁶ Art. 107 ust. 1 udl.

¹⁷ Dz. U. z 2024 r. poz. 581. Dalej: „ustawa o prawach pacjenta”.

**Brak możliwości
prześledzenia sposobu
postępowania w przypadku
zwolnienia się terminu
udzielenia świadczenia
opieki zdrowotnej**

Systemy kolejkowe prowadzone przez sześć skontrolowanych szpitali wojewódzkich nie pozwalały na prześledzenie sposobu postępowania w zakresie zagospodarowania zwolnionych terminów udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej zgodnie z art. 20 ust. 9a ustawy o świadczeniach. Tłumaczono to kwestiami technicznymi wynikającymi z posiadanych systemów komputerowych. [str. 19]

**Niezapewnianie
pacjentom możliwości
umawiania się drogą
elektroniczną na wizyty**

Osiem podmiotów leczniczych nie zapewniło pacjentom możliwości umawiania się drogą elektroniczną na wizyty ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie wizyty. Stanowiło to naruszenie art. 23a ustawy o świadczeniach.

W żadnym ze skontrolowanych podmiotów nie zapewniono możliwości umawiania się drogą elektroniczną do oddziałów szpitalnych.

Jako przyczynę wskazywano znikome zainteresowanie pacjentów oraz wysokie koszty utrzymania kolejkowych systemów informatycznych. [str. 20]

**Niespełnianie norm
zatrudnienia personelu
udzielającego świadczeń
zdrowotnych**

W 10 skontrolowanych szpitalach zatrudnienie personelu lekarskiego i pielęgniarskiego było niższe niż określone w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹⁸. Normy zatrudnienia nie były spełnione przeważnie w odniesieniu do pielęgniarek, co tłumaczono brakami kadrowymi na rynku pracy tej grupy zawodowej. [str. 21]

**Nieprawidłowości
przy ustalaniu
minimalnych norm
zatrudnienia
pielęgniarek i położnych**

W trzech szpitalach wojewódzkich nie ustalano minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, wbrew wymogom art. 50 udl. Przepis ten stanowi, że kierownik placówki ustala normy zatrudnienia po zasięgnięciu opinii osób kierujących jednostkami lub komórkami organizacyjnymi, określonymi w regulaminie organizacyjnym oraz przedstawicieli organów samorządu pielęgniarek oraz związków zawodowych pielęgniarek i położnych, działających na terenie podmiotu. Kierownik podmiotu leczniczego jest zobowiązany do ustalania minimalnych norm zatrudnienia – co najmniej raz na trzy lata (§ 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami¹⁹). Jako przyczynę wskazywano pandemię, wielotygodniowe absencje chorobowe personelu czy częste zmiany kierowników jednostek. [str. 21]

**Opóźnienia
w wykonywaniu
przeглядów sprzętu
i aparatury medycznej**

Z opóźnieniem przeprowadzono przeglądy stanu technicznego aparatury medycznej 9 urzędzeń (spośród badanych 160, które podlegały przeglądom technicznym). Opóźnienia sięgały nawet ośmiu miesięcy. Było to niezgodne z art. 63 ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych²⁰. Tłumaczono to m.in. zmianami na stanowiskach dyrektorskich oraz wśród pracowników bezpośrednio odpowiedzialnych za aparaturę medyczną czy wdrażaniem nowych systemów ewidencji aparatury i sprzętu medycznego.

Pomimo braku aktualnych przeglądów technicznych sprzętu i aparatury medycznej były one wykorzystywane w procesie leczenia pacjentów, co mogło stwarzać zagrożenie dla pacjentów. [str. 22]

**Nieprawidłowe
udzielanie zamówień
na wykonywanie
świadczeń zdrowotnych**

Szpitale wojewódzkie zlecały podmiotom zewnętrznym wykonywanie świadczeń zdrowotnych z zakresu m.in. usług lekarskich, usług pielęgniarskich i położniczych, badań laboratoryjnych i diagnostyki obrazowej²¹.

¹⁸ Dz. U. z 2023 r. poz. 870, ze zm., zwane dalej: „rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego”.

¹⁹ Dz. U. z 2012 r. poz. 1545.

²⁰ Dz. U. poz. 974, ze zm.

²¹ Szczegółowym badaniem objęto trzy celowo dobrane postępowania konkursowe zakończone zawarciem umowy oraz trzy umowy zawarte bez przeprowadzonego postępowania konkursowego.

W dziewięciu skontrolowanych szpitalach stwierdzono w 36 postępowaniach nieprawidłowości w udzielaniu zamówień na wykonywanie świadczeń zdrowotnych podmiotom prowadzącym działalność leczniczą lub osobom legitymującym się fachowymi kwalifikacjami do udzielania tych świadczeń. Nieprawidłowości te polegały m.in. na udzieleniu zamówienia w niewłaściwym trybie, czego przyczyną był brak lub nierzetelne oszacowanie wartości przedmiotu zamówienia. Przedmiot zamówienia w ramach postępowań konkursowych opisywany był ogólnikowo, co naruszało art. 140 ust. 1 ustawy o świadczeniach w związku z art. 26 ust. 4 udl²². Ponadto nie stosowano wszystkich kryteriów wyboru ofert określonych w art. 148 ust. 1 ustawy o świadczeniach oraz nie zastosowano nazw i kodów określonych we Wspólnym Słowniku Zamówień²³, pomimo takiego obowiązku określonego w art. 141 ust. 4 ustawy o świadczeniach w związku z art. 26 ust. 4 udl. [str. 23]

**Kilkudobowe
nieprzerwane
świadczenie pracy
przez lekarzy**

Kontrola weryfikacji norm czasu pracy i obsady dyżurów przez personel lekarski wykazała, że w dwóch szpitalach wojewódzkich nie zapewniono należyte bezpieczeństwo zdrowia pacjentów, jak i lekarzy. Udokumentowano pełnienie przez lekarzy zatrudnionych na umowach cywilnoprawnych kilkudniowych, nieprzerwanych dyżurów, a tym samym mogło dojść do niezapewnienia im właściwego odpoczynku. Kierownicy jednostek kontrolowanych dopuszczali do takich sytuacji, gdyż ograniczenia czasu pracy nie dotyczą lekarzy świadczących pracę na podstawie umów cywilnych.

W jednym przypadku udokumentowano świadczenie przez lekarza pracy bez przerw na odpoczynek nawet 103,5 godziny. [str. 24]

**Nieuwzględnianie
w zasadach
rachunkowości
obligatoryjnych
elementów**

W siedmiu podmiotach leczniczych dokumentacja opisująca przyjęte *zasady (politykę) rachunkowości* nie zawierała wszystkich wymaganych elementów określonych w art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości²⁴. W *zasadach* nie wskazywano m.in.: wersji oprogramowania komputerowego wykorzystywanego do prowadzenia ksiąg rachunkowych i daty rozpoczęcia jego eksploatacji; zakładowego planu kont, ustalającego wykaz kont księgi głównej, przyjętych zasad klasyfikacji zdarzeń, zasady prowadzenia kont ksiąg pomocniczych oraz ich powiązania z kontami księgi głównej; opisu systemu informatycznego, zawierającego wykaz programów, procedur lub funkcji, w zależności od struktury oprogramowania, wraz z opisem algorytmów i parametrów oraz programowych zasad ochrony danych, w tym metod zabezpieczenia dostępu do danych i systemu ich przetwarzania.

Braki te tłumaczono poprzez odesłanie do odrębnych publikacji, podręczników, instrukcji i innych aktów wewnętrznych szpitali. [str. 25]

**Niedoprecyzowanie
zasad szacowania
prawdopodobnych
przyszłych rezerw**

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

Jak tłumaczono szpitale decydowały się na ogólne podejście do szacowania rezerw, pozostawiając szczegółowe szacunki i decyzje do indywidualnej oceny w miarę pojawiania się konkretnych przypadków. [str. 26]

²² Zgodnie z którym przedmiot zamówienia opisuje się w sposób jednoznaczny i wyczerpujący, za pomocą dostatecznie dokładnych i zrozumiałych określeń, uwzględniając wszystkie wymagania i okoliczności mogące mieć wpływ na sporządzenie oferty.

²³ Określonym w rozporządzeniu (WE) NR 2195/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (CPV) – Dz. U. UE L poz. 340 z 16.12. 2002, str.1, ze zm.

²⁴ Dz. U. z 2023 r. poz. 120, ze zm. Dalej również: „uor”.

| | |
|---|---|
| Nieprawidłowe wdrażanie standardu rachunku kosztów | <p>W trzech szpitalach wojewódzkich wdrażanie standardu rachunku kosztów odbywało się niezgodnie z wytycznymi zawartymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców²⁵. Nie wdrożono wymaganych rozwiązań bądź wystąpiły opóźnienia w ich wdrażaniu. Jako przyczyny wskazywano zbyt mało czasu na dostosowanie się do nowych przepisów i braki kadrowe. [str. 28]</p> |
| Opóźnienia w przedstawianiu radzie społecznej planu finansowego do zaopiniowania | <p>W 10 skontrolowanych szpitalach plany finansowe zostały opracowane i przedstawione do zaopiniowania radzie społecznej w terminie uniemożliwiającym ich zaopiniowanie przez radę społeczną do końca roku poprzedzającego ich rok obowiązywania. [str. 28]</p> |
| Niedokonywanie obligatoryjnych zmian w planie finansowym | <p>W sześciu szpitalach wojewódzkich nie dokonano zmian w rocznym planie finansowym w sytuacji zwiększenia przychodów i kosztów w stosunku do planu, co było niezgodne z art. 52 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych²⁶, który stanowi, że zmiany w zakresie przychodów i kosztów, o których mowa w ust. 2, wymagają dokonania zmian w rocznym planie finansowym.</p> <p>Korekt dokonywano po zamknięciu okresu rozliczeniowego z uwagi na – jak wyjaśniali dyrektorzy kontrolowanych szpitali – niepewność co do zapłaty za wykonane świadczenia medyczne, liczne wsteczne korekty rozliczeń i spory sądowe. [str. 28]</p> |
| Opieszałość i niska skuteczność działań windykacyjnych | <p>W przypadku sześciu skontrolowanych szpitali opieszale i mało skutecznie odzyskiwano należności. Opóźnienia tłumaczono brakami kadrowymi (brak wyspecjalizowanych komórek windykacyjnych) oraz niską ściągalnością w odniesieniu do osób fizycznych.</p> <p>Skontrolowane szpitale, w przypadku nieterminowego regulowania przez kontrahentów swoich zobowiązań, naliczały odsetki za zwłokę. [str. 29]</p> |
| Nieterminowe regulowanie płatności skutkujące zapłatą odsetek | <p>Dziewięć szpitali wojewódzkich nie regulowało terminowo płatności z tytułu zaciągniętych zobowiązań, co było niezgodne z art. 44 ust. 3 pkt 3 ustawy o finansach publicznych. W następstwie ponosiły koszty finansowe z tego tytułu. Kwota zapłaconych odsetek od zobowiązań przeterminowanych przez skontrolowane szpitale wyniosła 38 052,5 tys. zł. Nieterminowe regulowanie zobowiązań, skutkujące zapłatą dodatkowych odsetek, jest działaniem niegospodarnym i naruszeniem dyscypliny finansów publicznych, zgodnie z art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych²⁷.</p> <p>Kłopoty z terminowymi płatnościami tłumaczono niewłaściwym rozliczeniem pandemicznym przez NFZ, ustawowym wzrostem wynagrodzeń zasadniczych czy opóźnieniem w rozliczaniu świadczeń z NFZ w zakresach „nielimitowanych”.</p> <p>Mimo nieterminowych płatności kontrahenci nie wstrzymywali dostaw ani świadczenia usług niezbędnych do funkcjonowania skontrolowanych szpitali. [str. 30]</p> |
| Sporządzanie programów naprawczych | <p>Sześć szpitali, które w sprawozdaniu finansowym za dany rok (2021 r. i/lub 2022 r.) wykazywały stratę netto, sporządziło programy naprawcze na lata 2022–2024 i/lub 2023–2025, zgodnie z art. 59 ust. 4 udl. [str. 31]</p> |
| Nieumieszczanie raportów o sytuacji ekonomiczno-finansowej w BIP | <p>Osiem podmiotów leczniczych nie zamieściło w terminie raportów o sytuacji ekonomiczno-finansowej w swoim Biuletynie Informacji Publicznej (dalej: <i>BIP</i>). Naruszało to art. 53a ust. 1 udl. Tłumaczono to głównie przeoczeniem lub problemami technicznymi. [str. 33]</p> |

²⁵ Dz. U. poz. 2045.

²⁶ Dz. U. z 2024 r. poz. 1530. Dalej: „ustawa o finansach publicznych”.

²⁷ Dz. U. z 2024 r. poz. 104.

Nienależyte zarządzanie mieniem

W latach 2020–2022 (I półrocze) majątek skontrolowanych szpitali był wykorzystywany przez inne podmioty zewnętrzne na podstawie zawartych 626 umów najmu i dzierżawy.

Cztery szpitale nienależycie zarządzały posiadaniem mieniem, w tym w sposób niewłaściwy zabezpieczały swoje interesy. Zarzuty NIK dotyczyły m.in. określania warunków udziału w postępowaniu w sposób utrudniający uczciwą konkurencję czy braku kalkulacji opłacalności (zyskowności) przychodów z najmu, a także szacowania kosztów, będących podstawą ustalenia stawki dzierżawy, najmu i użyczenia pomieszczeń i powierzchni podmiotu leczniczego

Nie przestrzegano postanowień zawartych w uchwałach podmiotów je tworzących dotyczących gospodarowania mieniem. Nie przestrzegano nawet obowiązku uzyskania zgody podmiotu tworzącego na postępowanie z mieniem. Nieprawidłowości te tłumaczono m.in. przeoczeniem czy niedopatrzeniem.

[str. 33]

Mniejsza liczba nieprawidłowości w szpitalach wojewódzkich niż w powiatowych

Zestawiono skalę stwierdzonych nieprawidłowości w niniejszej kontroli i kontroli P/22/048 „Funkcjonowanie szpitali powiatowych”.

W niniejszej kontroli skala stwierdzonych nieprawidłowości była znacząco niższa niż w przypadku kontroli szpitali powiatowych. Średnia liczba stwierdzonych nieprawidłowości na szpital wojewódzki wyniosła 11,7, podczas gdy w szpitalach powiatowych było to 14,5.

Również liczba wniosków pokontrolnych sformułowanych pod adresem dyrektorów szpitali wojewódzkich była niższa niż w przypadku szpitali powiatowych. Średnia liczba wniosków na szpital wojewódzki wyniosła 7,8, podczas gdy w szpitalu powiatowym było to 9,9.

Ponadto finansowe skutki nieprawidłowości w szpitalach wojewódzkich były blisko trzykrotnie niższe niż w szpitalach powiatowych. Średnio na szpital wojewódzki było to 9710,6 tys. zł, podczas gdy na szpital powiatowy przypadało 22 694,0 tys. zł.

[str. 35]

Szpitale wojewódzkie na tle innych szpitali

Według danych NFZ wartość umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej²⁸ realizowanych przez wszystkie szpitale wojewódzkie wyniosła w latach 2021–2024 (I półrocze) łącznie 100 071,2 mln zł. Wartość umów zawartych w tym samym zakresie ze wszystkimi szpitalami publicznymi wyniosła 273 372,5 mln zł.

Z informacji otrzymanej z Ministerstwa Zdrowia na temat sytuacji finansowej szpitali na terenie kraju wynika, że w latach 2021–2024 (I półrocze) zobowiązania ogółem 170 szpitali wojewódzkich rosły i wynosiły 9099,1 mln zł na koniec I półrocza 2024 r. Stanowiło to 33,3 % zobowiązań ogółem wszystkich 565 szpitali publicznych. Zobowiązania wymagalne szpitali wojewódzkich na przestrzeni analizowanych lat również rosły i wynosiły 1307,7 mln zł na koniec I półrocza 2024 r, co stanowiło 35,8 % zobowiązań wymagalnych szpitali publicznych.

W grupie szpitali wojewódzkich najtrudniejsza sytuacja finansowa wystąpiła w podmiotach zlokalizowanych w województwie podlaskim, śląskim i lubelskim.

[str. 36]

²⁸ Wartość umów w latach 2021–2023 według stanu na zamknięcie ksiąg rachunkowych, I–VI 2024 r. według stanu na dzień generowania danych w oddziałach wojewódzkich NFZ. Dane obejmują świadczenia finansowane ze środków Funduszu Medycznego i podstawową opiekę zdrowotną oraz nie uwzględniają kosztów świadczeń finansowanych ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19.

4. WNIOSKI

Najwyższa Izba Kontroli w związku z ustaleniami kontroli, mając na celu poprawę funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce oraz zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów, wnioskuje o:

Minister Zdrowia

1. Podjęcie prac mających na celu zapewnienie koordynacji i optymalizacji wykorzystania bazy materialnej i kadrowej systemu opieki zdrowotnej.

Tym samym NIK podtrzymuje swoją rekomendację z 2019 r. sformułowaną w Informacji o wynikach kontroli Raport system ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian²⁹. Wówczas wnioskowano o wprowadzenie skutecznego mechanizmu koordynacji polityki zdrowotnej na szczeblu województwa, tak aby wyeliminować nieefektywne wykorzystanie zasobów systemu ochrony zdrowia w regionie.

Dotychczasowe ponad 20-letnie próby skoordynowania działań pomiędzy różnymi podmiotami leczniczymi oraz ich organami właścicielskimi nie przyniosły pozytywnych rezultatów. Nie uzyskano koordynacji procesu leczenia ani nie zwiększono efektywności gospodarowania środkami publicznymi. W wielu przypadkach na tym samym terenie występują podmioty lecznicze udzielające identycznych świadczeń, co prowadzi do zmniejszenia jednostkowych kontraktów NFZ zawieranych z tymi podmiotami i pogorszenia ich sytuacji finansowej.

2. Dokonanie przeglądu i oceny obowiązujących procedur wyboru kadry zarządzającej w SPZOZ-ach.

W ocenie NIK zasadne jest pozostawienie wymogu przeprowadzania konkursów na stanowiska kierownika oraz zastępcy kierownika, w przypadku gdy kierownik nie jest lekarzem.

Należy jednak zauważyć, że obowiązek przeprowadzania konkursów na te stanowiska pochodzi jeszcze z czasów, gdy opieka zdrowotna funkcjonowała w ramach służby zdrowia w oparciu o finansowanie budżetowe. Przepisy te zostały przeniesione do udl, jednak ich znaczenie w sytuacji implementacji nowych rozwiązań w zarządzaniu podmiotów leczniczych zaczęło maleć. Należy pamiętać, że w znaczeniu organizacyjnym ordynator, naczelnia pielęgniarka czy pielęgniarka oddziałowa są stanowiskami związanymi z częścią „białą” szpitala.

Przepisy o konkursach nie są obwarowane żadnymi sankcjami poza wynikającymi z przepisów o nadzorze podmiotu tworzącego.

3. Podjęcie działań legislacyjnych zmierzających do określenia w przepisach udl maksymalnego dopuszczalnego nieprzerwanego czasu pracy personelu lekarskiego zatrudnionego na podstawie umów cywilnoprawnych, w celu wyeliminowania przypadków nadmiernie długiego czasu udzielania świadczeń zdrowotnych (nieprzerwanie przez kilka dni) przez lekarzy³⁰.

Kierownicy podmiotów leczniczych

Do kierowników kontrolowanych szpitali wojewódzkich, w których stwierdzono nieprawidłowości, sformułowano w wystąpieniach pokontrolnych m.in. następujące wnioski:

1. Zatrudnienie personelu lekarskiego i pielęgniarskiego w wymiarze wynikającym z norm określonych przepisami oraz planowanie pracy personelu lekarskiego w sposób zapewniający odpowiedni czas odpoczynku, niezależnie od formy zatrudnienia
2. Zapewnienie świadczeniobiorcom możliwości umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia.

²⁹ Raport: System Ochrony Zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian, KZD.034.001.2018, Nr ewid. 8/2019/megainfo/KZD.

³⁰ Wniosek wcześniej formułowany przez NIK, m.in. w kontroli P/22/048 Funkcjonowanie szpitali powiatowych (nr ewid. 162/2022/P/22/048/KZD) czy P/22/047 Zasoby kadry medycznej w systemie ochrony zdrowia (nr ewid. 161/2022/P/22/047/KZD).

3. Stosowanie w umowach na udzielanie świadczeń zdrowotnych postanowień zabezpieczających interes Szpitala, w szczególności opisu przedmiotu usługi, sposobu jej realizacji, powiązania wypłaty wynagrodzenia z faktycznym stanem realizacji usługi oraz kar umownych za niepełne, nieprawidłowe lub nieterminowe jej wykonanie.
4. Zintensyfikowanie działań na rzecz regulowania zobowiązań w terminie celem wyeliminowania kosztów finansowych wynikających z zapłaty odsetek od nieterminowego regulowania zobowiązań.
5. Obsadzanie stanowisk kierowniczych w drodze konkursów.
6. Dokonywanie zgłoszeń zmian wpisów w księgach rejestrowych RPWDL w ustawowym terminie.

5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

5.1. Organizacja i realizacja świadczeń zdrowotnych

Wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

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

W 10 skontrolowanych szpitalach nie udostępniano pacjentom niektórych obligatoryjnych informacji, a w ośmiu nie zapewniono pacjentom możliwości umawiania się na wizytę drogą elektroniczną.

W dwóch kontrolowanych szpitalach stwierdzono również kilkudobowe nieprzerwane świadczenie pracy przez lekarzy, w skrajnym przypadku nawet przez 103,5 godziny.

Wszystkie podmioty lecznicze objęte kontrolą (16) były wpisane do KRS i do RPWDL.

W przypadku 11 podmiotów leczniczych dane zawarte w tych rejestrach były zgodne ze stanem faktycznym. Zmiany podlegające zgłoszeniu do rejestru (dotyczące m.in. komórek organizacyjnych szpitala, miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych, zmiany liczby łóżek na poszczególnych oddziałach szpitala) zgłaszane były w terminie wskazanym w art. 107 ust. 1 udl, który stanowi, że podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do rejestru jest obowiązany zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania.

Natomiast w przypadku pozostałych pięciu szpitali stwierdzono, że dane zawarte w KRS i w RPWDL nie odzwierciedlały stanu faktycznego. Szpitale te nie zgłaszały organowi rejestrowemu niektórych zmian danych objętych RPWDL i/lub czyniły to z przekroczeniem 14 dniowego terminu na ich zgłoszenie. Nierzetelne dane utrzymywane były nawet przez 13 lat i dopiero w trakcie kontroli szpitale zwracały się do stosownego wojewody o uaktualnienie wpisu.

Przykłady

Szpital w Warszawie³¹ – nie posiadał aktualnego i zgodnego ze stanem faktycznym wpisu do RPWDL. Cztery wykazane w Rejestrze komórki organizacyjne tj.: Poradnia Nefrologiczna, Poradnia Audiologiczna, Poradnia Zezowa, Pododdział Oparzeniowy, faktycznie nie udzielały świadczeń zdrowotnych. W trakcie kontroli Szpital złożył wnioski o wykreślenie tych komórek z księgi rejestrowej.

Szpital w Suwałkach³² – utrzymywał niezgodne ze stanem faktycznym dane w RPWDL w zakresie czterech poradni specjalistycznych, tj.: endokrynologicznej, chorób naczyń, leczenia bólu i leczenia żywieniowego (według wpisów w rejestrze, pierwsza z nich miała rozpocząć działalność 1 lipca 2016 r., a pozostałe trzy – 12 lipca 2017 r.). Były one ujęte w Statucie Szpitala i w regulaminie organizacyjnym Szpitala, ale – jak stwierdzono w toku oględzin w dniach 18–19 kwietnia 2024 r. – nie funkcjonowały w Szpitalu (nie zostały faktycznie utworzone). Nie zostały również wyszczególnione w wykazach poradni specjalistycznych zamieszczonych na stronie Biuletynu Informacji Publicznej Szpitala ani na stronie internetowej Szpitala. Szpital próbował uruchomić w/w poradnie, jednak z braku kadry lekarskiej w powyższych specjalnościach nie udało się tego zrobić. Utrzymywanie przez wiele lat nieaktualnych, nierzetelnych informacji nie zapewnia RPWDL prawidłowej realizacji funkcji informacyjnej, jaką pełnią rejestry publiczne.

Szpital w Zgierzu³³ – nie dokonał aktualizacji Regulaminu organizacyjnego w zakresie 17 jednostek organizacyjnych, które faktycznie nie funkcjonowały w strukturze organizacyjnej Szpitala, a ponadto wbrew obowiązkowi, określonymu w art. 107 ust. 1 udl, nie zgłosił organowi prowadzącemu rejestr, zmian związanych z likwidacją w strukturach szpitala 15 jednostek organizacyjnych, które wykazane były w księdze rejestrowej.

³¹ Szpital Dziecięcy im. prof. dr med. Jana Bogdanowicza Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Warszawie.

³² Szpital Wojewódzki im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach.

³³ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Zgierzu.

Regulamin organizacyjny

W regulaminie organizacyjnym 14 podmiotów leczniczych określono wszystkie obligatoryjne elementy wskazane w art. 24 udl. Między innymi jego strukturę organizacyjną, rodzaj działalności leczniczej oraz zakres i miejsce udzielanych świadczeń, wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej, wysokość opłaty za przechowywanie zwłok, wysokość opłat za świadczenia zdrowotne udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością.

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

Przykład

Szpital w Branicach³⁴ – Dyrektor Szpitala nie określił w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, co stanowiło naruszenie regulacji zawartych w art. 24 ust. 1 pkt 6 w zw. z art. 23 ust. 1 udl oraz § 13 ust. 3 Statutu Szpitala. Dyrektor Szpitala poinformował, że w § 9 Statutu Szpitala określono, że Szpital udziela świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w obowiązujących przepisach prawnych oraz umowach z dysponentami środków publicznych. Dyrektor Szpitala zaznaczył również, że ww. sformułowanie uznał za wystarczające do zapewnienia zgodności z wymaganiami prawnymi, a szczegółowe kwestie dotyczące procesu udzielania świadczeń zdrowotnych zawarte zostały w odrębnych dokumentach, tj. instrukcjach, procedurach operacyjnych oraz wewnętrznych regulaminach poszczególnych komórek organizacyjnych. W odniesieniu do powyższych wyjaśnień Najwyższa Izba Kontroli zauważa, że stosownie do art. 23 ust. 1 udl, sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, nieuregulowane w ustawie lub statucie, określa regulamin organizacyjny ustalony przez kierownika.

Kadra zarządzająca

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

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

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

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

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

³⁴ Specjalistyczny Szpital im. Ks. Biskupa Józefa Nathana w Branicach.

Przykłady

Szpital w Suwałkach – bez przeprowadzenia konkursów przewidzianych wewnętrzną procedurą naboru na stanowisko lekarza kierującego oddziałem, Dyrektor Szpitala zatrudnił dwóch z 10 takich lekarzy, tj. kierujących Oddziałem Pediatrycznym i Oddziałem Ortopedyczno-Urazowym, co do których miały zastosowanie te procedury. W obu przypadkach, aktualnie (od maja 2024 roku) zostały zawarte umowy po przeprowadzeniu postępowania konkursowego w oparciu o wewnętrzną procedurę naboru.

Szpital w Krakowie³⁵ – postępowania konkursowe na pielęgniarki oddziałowe w pięciu oddziałach: Oddziale Chorób Śródmiąższowych Płuc i Transplantologii, Oddziale Elektrokardiologii, Oddziale Choroby Wieńcowej i Niewydolności Serca z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Oddziale Chirurgii Naczyń z Pododdziałem Zabiegów Endowaskularnych, III Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii zostały wszczęte z opóźnieniem wynoszącym od 5 do 18 miesięcy, co było niezgodne z § 3 ust. 3 w związku z § 3 ust. 2 rozporządzenia w sprawie konkursów na stanowiska kierownicze. Stosownie do wskazanych uregulowań powołanie komisji konkursowej wszczyna postępowanie konkursowe. Komisję konkursową powołuje się w terminie 2 miesięcy od dnia zwolnienia stanowiska objętego konkursem. Stanowiska zostały zwolnione odpowiednio 1 października 2020 r., 27 października 2020 r., 22 marca 2021 r. 2 marca 2020 r. i 30 czerwca 2020 r., podczas gdy wszystkie komisje konkursowe zostały powołane 11 października 2021 r.

Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

Wszystkie skontrolowane podmioty lecznicze miały zawarte z NFZ umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie leczenia szpitalnego, podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), świadczeń wymagających odrębnego sposobu finansowania w ramach kwoty zobowiązania³⁶ (np. rehabilitacji leczniczej, świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej) oraz świadczeń zdrowotnych kontraktowanych odrębnie (m.in. dializoterapii, programów lekowych, kompleksowego leczenia ran przewlekłych).

W okresie objętym kontrolą wartość tych umów sukcesywnie rosła.

Przykłady

Szpital w Warszawie – udzielał świadczeń zdrowotnych na podstawie zawartych z NFZ umów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie przede wszystkim systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, w tym leczenia szpitalnego, podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, rehabilitacji leczniczej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Wartość umów z NFZ wynosiła w 2021 r. 70 350,8 tys. zł; w 2022 r., 87 243,9 tys. zł; a w 2023 r. 111 512,0 tys. zł.

Szpital w Starogardzie Gdańskim³⁷ – wartość umów zawartych z NFZ wraz z aneksami w latach 2021–2023 wyniosła odpowiednio: 69 462,6 tys. zł, 91 621,6 tys. zł i 119 335,1 tys. zł.

Informacje dla świadczeniobiorców

10 skontrolowanych szpitali zrealizowało tylko częściowo, postanowienia § 11 ust. 4 OWU, tzn. nie udostępniło pacjentom we wszystkich swoich jednostkach organizacyjnych wszystkich wymaganych informacji, w tym o godzinach udzielania świadczeń, o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, adresu oraz numeru telefonu najbliższego miejsca w którym są udzielane świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, numerów telefonów alarmowych 112 i 999 obsługiwanych w ramach systemu powiadamiania ratunkowego, adresu i numeru bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta, trybu składania skarg i wniosków, oraz informacji na temat udogodnień dla osób niepełnosprawnych (§ 11 ust. 1).

³⁵ Krakowski Szpital Specjalistyczny im. św. Jana Pawła.

³⁶ Kwoty zobowiązania o której mowa w art. 136 ust. 5 ustawy o świadczeniach.

³⁷ Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. Stanisława Kryzana w Starogardzie Gdańskim.

Przykłady

Szpital we Włocławku³⁸ – nie udostępniał pacjentom wszystkich wymaganych informacji w miejscach udzielania świadczeń. Brak było informacji dotyczących: udogodnień dla osób z niepełnosprawnościami, adresu i numeru telefonu właściwej miejscowo komórki do skarg i wniosków Narodowego Funduszu Zdrowia, możliwości i sposobu zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia. Jedynie w trzech oddziałach widniała informacja o imionach i nazwiskach osób kierujących pracą komórki organizacyjnej. Nieprawidłowość została usunięta w trakcie trwania czynności kontrolnych. Brakujące informacje wymagane ogólnymi warunkami umów zostały pacjentom udostępnione.

Szpital w Międzyrzeczu³⁹ – Szpital w miejscach udzielania świadczeń (ogłędziny przeprowadzono 15 maja 2024 r. w budynkach/pomieszczeniach szpitala w dwóch lokalizacjach, tj. w Międzyrzeczu przy ul. Poznańskiej 109 – budynki: nr 5, nr 11 i nr 12 oraz przy ul. 30 Stycznia 43) nie udostępnił pacjentom wszystkich wymaganych informacji, tj.:

- imion i nazwisk osób kierujących pracą komórek organizacyjnych, a także imion i nazwisk osób udzielających świadczeń oraz godzin i miejsc udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach świadczeń w lokalizacji przy ul. 30 Stycznia 43, gdzie funkcjonowały: *Poradnia Zdrowia Psychicznego w Międzyrzeczu* oraz *Punkt Zgłoszeniowo-Koordynacyjny w Międzyrzeczu*;
- zasad potwierdzania prawa do świadczeń oraz o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia w lokalizacji przy ul. Poznańskiej 109 w Międzyrzeczu, gdzie funkcjonowały: *Poradnia Zdrowia Psychicznego*, *Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży*, *Poradnia Psychologiczna dla Dzieci i Młodzieży*, *Poradnia Leczenia Uzależnień*, *Poradnia Neurologiczna*, *Całodobowy Oddział Rehabilitacji Neurologicznej*, *Oddział Psychiatryczny Dzienny*;
- adresu oraz numerów telefonów najbliższego miejsca, w którym są udzielane świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w obu ww. lokalizacjach.

W toku kontroli NIK wszystkie ww. brakujące informacje w obu lokalizacjach zostały udostępnione pacjentom na tablicach informacyjnych w miejscach udzielania świadczeń.

Kolejność dostępu do świadczeń zdrowotnych

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

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

Harmonogramy przyjęć pacjentów oraz listy oczekujących na przyjęcie prowadzone były w poszczególnych komórkach organizacyjnych podmiotów leczniczych, a osobami odpowiedzialnymi za ich prowadzenie byli Ordynatorzy/Kierownicy tych komórek.

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

³⁸ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Błogosławionego księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku.

³⁹ Samodzielny Publiczny Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu.

Przykład

Szpital w Starogardzie Gdańskim – rejestracja pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego w Szpitalu odbywała się na bieżąco w przypadku: leczenia ambulatoryjnego przez zgłoszenia osobiste, telefoniczne lub za pośrednictwem osoby trzeciej w dniach i godzinach funkcjonowania komórek organizacyjnych oraz za pomocą rejestracji online na stronie internetowej Szpitala; leczenia stacjonarnego – przez zgłoszenia osobiste lub telefoniczne w dniach i godzinach funkcjonowania komórek organizacyjnych.

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

Przykłady

Szpital w Warszawie – nie udostępnił świadczeniobiorcom możliwości umawiania się drogą elektroniczną na wizyty. Pomimo wydzielenia na stronie internetowej Szpitala zakładki (e-rejestracja) przeznaczona do rezerwacji wizyt lekarskich w Medycznym Profilu Informacyjnym dla pacjentów kontynuujących leczenie w danej Poradni, rejestracja pacjentów z wykorzystaniem tego kanału nie była możliwa. System e-rejestracji został wyłączony z uwagi na wykorzystywanie przestarzałej technologii (Adobe Flash) oraz migrację bazy danych systemu medycznego na nowy serwer. Miało to związek m.in. z nadaniem Szpitalowi nowego statusu i związanymi z tym nowymi obowiązkami. Z uwagi na oczekiwanie na nowy sprzęt serwerowy i sieciowy prace nad uruchomieniem nowej e-rejestracji zostały wstrzymane. Po otrzymaniu nowego sprzętu serwerowego oraz sieciowego w ramach projektu e-Zdrowie dla Mazowsza 2.0, rozpoczęto prace przygotowawcze do uruchomienia nowej wersji systemu e-rejestracji. Planowany termin ponownego uruchomienia tej możliwości zapisywania się pacjentów wyznaczono na lipiec 2024 r.

Szpital w Suwałkach – nie zapewnił świadczeniobiorcom możliwości umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia do 10 (z 28 funkcjonujących) poradni specjalistycznych: chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, chirurgii dziecięcej, foniatrycznej, nefrologicznej, geriatrycznej, gastroenterologicznej, pediatrycznej, internistycznej, anestezjologicznej.

Szpital w Zgierzu – elektroniczny system e-rejestracji umożliwiał zapisanie się do AOS jedynie do pięciu z 20 poradni i tylko w miesiącu, w którym dokonywano rejestracji. System nie umożliwiał wybrania godziny wizyty oraz monitorowania świadczenia przez świadczeniobiorcę statusu na liście oczekujących. Problemy z systemem e-rejestracji wynikały z prowadzonej modernizacji i naprawy systemu. Jak zapewniono po zakończeniu tych prac zostanie przywrócona pełna funkcjonalność tego systemu.

Prowadzony system kolejkowy nie pozwalał na prześledzenie sposobu postępowania w zakresie zagospodarowania zwolnionych terminów udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej. Zgodnie z art. 20 ust. 9a ustawy o świadczeniach: „W przypadku pojawienia się wolnego terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, świadczeniodawca może ograniczyć informowanie o możliwości zmiany terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na wcześniejszy do świadczeniobiorców wpisanych na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, którym określono termin udzielenia świadczenia w przedziale między 7. a 30. dniem liczonym od daty tego wolnego terminu oraz niezależnie od kolejności świadczeniobiorców na tej liście, z uwzględnieniem kryteriów medycznych określonych w przepisach wydanych na podstawie ust. 11”.

Brak takiej możliwości stwierdzono w sześciu szpitalach.

Przykład

Szpital w Starogardzie Gdańskim – przyczyną ewentualnych zmian pierwotnie zaplanowanego terminu udzielenia świadczenia był m.in. wyjazd dziecka, egzaminy, potrzeba pilnej hospitalizacji w innym szpitalu ze względu na schorzenia somatyczne. W przypadku zwolnienia się terminu informowano kolejnych pacjentów na liście oczekujących w miarę możliwości, jeśli w danym czasie nie było przyjętych pilnych przypadków z Izby Przyjęć. Poza wskazaniem medycznym wpływ na przyjęcie pacjenta w określonym czasie miały m.in. czynniki rzutuące na powodzenie hospitalizacji m.in. takie jak zaobserwowane zjawisko złego wpływu hospitalizacji w jednym czasie np. rodzeństwa, par, osób mieszkających w tej samej placówce opiekuńczo-wychowawczej. Na zmianę terminu przyjęcia miały wpływ także inne somatyczne schorzenia pacjenta wymagające najpierw leczenia w innym szpitalu lub poradni np. infekcja COVID. Prowadzony system kolejkowy nie pozwolił na przesłanie sposobu postępowania w przypadku zwolnienia się terminu.

Personel udzielający świadczeń zdrowotnych

Analizę realizacji świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpitale pod kątem zgodności zawartych umów i warunków realizacji świadczeń ze stanem rzeczywistym w zakresie liczby personelu i jego kwalifikacji, dokonano na podstawie badania przeprowadzonego w każdym szpitalu dla dwóch oddziałów (o największej liczbie łóżek) w okresie trzech losowo wybranych miesięcy⁴⁰.

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

Właściwie określone normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych w oddziałach szpitalnych, a co za tym idzie zagwarantowanie pełnej obsady tego personelu, stanowią o bezpieczeństwie zdrowotnym pacjentów. Braki w zatrudnieniu pielęgniarek były bardzo zróżnicowane. I tak np. w Szpitalu w Suwałkach w Oddziale Neurologicznym w sierpniu 2023 r. było to 0,4 etatu, podczas gdy w Szpitalu w Warszawie na Oddziale Pediatrycznym za I półrocze 2023 r. niedobór wyniósł 10,3 etatu.

Przykład

Szpital we Włocławku – Szpital nie spełniał norm zatrudnienia pielęgniarek. Na Oddziale Chorób Wewnętrznych i Nefrologii zatrudniano w maju 2022 r. pielęgniarki w równoważniku 18,35 etatu oraz w styczniu 2023 r. – 22,16 etatu, w sytuacji gdy minimalna norma zatrudnienia dla oddziału z 40 łózkami wynosiła 24 etatu. Natomiast na Oddziale Kardiologii zatrudniano w maju 2022 r. pielęgniarki w równoważniku 18,75 etatu a w styczniu 2023 r. – 18,16 etatu, w sytuacji gdy minimalna norma zatrudnienia, dla oddziału z 32 łózkami wynosiła 19,2 etatu.

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

⁴⁰ Szczegółowym badaniem objęto (w każdym podmiocie leczniczym) po dwa oddziały szpitalne o największej liczbie łóżek, w których udzielane są całodobowe świadczenia szpitalne. Badania przeprowadzono dla dowolnego miesiąca z poszczególnych lat objętych kontrolą.

Przykłady

Szpital w Zgierzu – minimalne normy zatrudniania pielęgniarek i położnych nie były ustalane raz na trzy lata, Obowiązujące w Szpitalu normy zostały ustalone zarządzeniami Dyrektora Szpitala w latach 2016–2018. Wyjaśniono, że w latach 2021–2023 Szpital borykał się z pandemią, wielotygodniowymi absencjami chorobowymi personelu, jak również częstymi zmianami kierownika jednostki, co w znacznej mierze utrudniało wywiązywanie się z obowiązku ustalania norm pielęgniarek. Ponadto w październiku 2022 r. na Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej nie zapewniono minimalnej normy zatrudnienia pielęgniarek w wymiarze 21 etatów, co było niezgodne z wymaganiami określonymi w zarządzeniu wewnętrznym nr 85/2016 Dyrektora Szpitala z 27 kwietnia 2016 r. Liczba etatów pielęgniarek na ww. Oddziale w październiku 2022 r. wynosiła 19,975.

Szpital w Branicach – Dyrektor Szpitala nie zaktualizował do dnia przeprowadzenia czynności kontrolnych minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek wprowadzonych Zarządzeniem nr 5/2017. Dyrektor Szpitala zobligowany był do zaktualizowania ustalonych na podstawie Zarządzenia nr 5/2017 norm zatrudnienia pielęgniarek w terminie do 16 sierpnia 2020 r.

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

**Użytkowanie sprzętu
i aparatury medycznej
wykorzystywanych
do udzielania świadczeń
zdrowotnych**

Przestrzeganie zasad bezpieczeństwa użytkowania sprzętu i aparatury medycznej wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych zbadano na próbie 160 urządzeń o najwyższej wartości stanowiących wyposażenie oddziałów szpitalnych o największej liczbie łóżek w danym szpitalu⁴¹.

W przypadku 151 urządzeń przeglądy przeprowadzone zostały w terminach zgodnie z zaleceniami producentów lub serwisu autoryzowanego.

Natomiast z opóźnieniem wynoszącym nawet osiem miesięcy przeprowadzono przeglądy dziewięciu urządzeń w czterech szpitalach, co było niezgodne z art. 63 ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych, który zobowiązuje świadczeniodawcę do prawidłowego utrzymywania sprzętu, tj. przestrzegania terminów przeglądów i bieżącej konserwacji. Nieprawidłowości dotyczyły następujących urządzeń: mobilnego defibrylatora z kardiometrem (opóźnienie 14 dni), systemu kompresji klatki piersiowej (14 dni), analizatora immunochemicznego (22 dni), systemu do neuronawigacji (osiem miesięcy), aparat RTG (trzy miesiące), nawigacji neurochirurgicznej (11 dni), mikroskop operacyjny (trzy dni), aparat USG z funkcją echokardiografii (siedem dni), stół operacyjny (38 dni).

Przykład

Szpital w Rzeszowie⁴² – w paszportach technicznych prowadzonych dla objętych szczegółowym badaniem 10 urządzeń wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych w pięciu przypadkach nie odnotowano wpisów dotyczących numeru książki inwentarzowej oraz w jednym przypadku daty rozpoczęcia eksploatacji. Ponadto w czterech przypadkach nie zamieszczono adnotacji o terminie kolejnego przeglądu technicznego. Powyższe świadczy o braku rzetelności w prowadzeniu dokumentacji w zakresie dotyczącym niezbędnych do ustalenia zgodności dokumentacji sprzętu oraz aparatury z jego oznaczeniem.

W 2023 r. w jednym przypadku przeprowadzono przegląd techniczny sprzętu medycznego z przekroczeniem o 39 dni 12 miesięcznego terminu na jego dokonanie (nr inwentarzowy 802/003524). W roku 2024 stwierdzono przekroczenie terminu przeglądu technicznego urządzenia o nr inwentarzowym 802/003542 o 13 dni, co skutkowało wykonaniem 78 badań pacjentów za pomocą tego urządzenia bez ważnego przeglądu technicznego.

⁴¹ W każdym szpitalu badaniami objęto po 10 sztuk sprzętu i/lub aparatury medycznej o najwyższej wartości wykorzystywanej na dwóch wybranych oddziałach szpitalnych o największej liczbie łóżek (po pięć urządzeń z każdego oddziału).

⁴² Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie.

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

Dyrektorzy wyjaśniali, że opóźnienia wynikają z działań firm serwisujących, błędu ludzkiego i zmian kadrowych wśród osób odpowiedzialnych za eksploatację aparatury medycznej.

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

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

Udzielanie zamówień na wykonywanie świadczeń zdrowotnych

Szpitali zlecały podmiotom zewnętrznym wykonywanie świadczeń zdrowotnych z zakresu m.in. usług lekarskich, usług pielęgniarskich i położniczych, badań laboratoryjnych i diagnostyki obrazowej. Umowy zawarte zostały z podmiotami wykonującymi działalność leczniczą i/lub z osobami legitymującymi się fachowymi kwalifikacjami do udzielania świadczeń zdrowotnych.

Szczegółowym badaniem objęto trzy celowo dobrane postępowania konkursowe zakończone zawarciem umowy oraz trzy umowy zawarte bez przeprowadzonego postępowania konkursowego w każdym ze szpitali⁴³. Nieprawidłowości stwierdzono w dziewięciu szpitalach w 36 przypadkach.

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

Przykłady

Szpital w Koninie⁴⁴ – w okresie od 1 stycznia 2021 r. do 31 grudnia 2023 r. Szpital udzielał zamówień na wykonywanie świadczeń zdrowotnych podmiotom wykonującym działalność leczniczą i osobom legitymującym się fachowymi kwalifikacjami do udzielania tych świadczeń bez przeprowadzenia konkursu ofert także wówczas, gdy ich wartość przekraczała kwotę wskazaną w art. 26 ust. 4a udl. Spośród łącznie 257 umów obowiązujących w okresie objętym kontrolą, w treści 171 umów (66,5 %) wskazano, że obowiązują one „do czasu rozstrzygnięcia konkursu”. Przy zawieraniu umów bez postępowania konkursowego Szpital nie dokonywał w formie pisemnej szacowania wartości przedmiotu zamówienia.

Szpital w Rzeszowie – udzielił (na podstawie art. 26 ust. 1 udl) 60 zamówień na realizację świadczeń zdrowotnych na kwotę 33062,3 tys. zł o wartości każdego z tych zamówień (w latach 2021–2023) powyżej 30 000 euro, bez przeprowadzenia konkursu ofert.

Szpital w Szczecinie⁴⁵ – w zbadanych postępowaniach stwierdzono, że:

- wbrew art. 26a udl, w aktach postępowania brak było udokumentowanego oszacowania wartości przedmiotu zamówienia i informacji ile ona wynosiła;
- opis przedmiotu zamówienia nie spełniał wymagań wynikających z art. 140 ust. 1 ustawy o świadczeniach, poprzez brak określenia liczby dyżurów w miesiącu, wymiaru godzinowego ryczałtu miesięcznego, tj. nie uwzględniał wszystkich wymagań i okoliczności mogących mieć wpływ na sporządzenie oferty;

⁴³ Kryteria doboru celowego umów do analizy: najwyższa wartość zawartej umowy lub najwyższa wartość zrealizowanych zamówień.

⁴⁴ Wojewódzki Szpital Zespolony im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie.

⁴⁵ Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie.

- w ogłoszeniu o konkursie ofert nie zostały określone, wbrew art. 151 ust. 2 ustawy o świadczeniach w związku z art. 26 ust. 4 udl, miejsce i termin ogłoszenia rozstrzygnięcia konkursu ofert;
- ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu ofert nie zawierało, wbrew art. 151 ust. 4 ustawy o świadczeniach w związku z art. 26 ust. 4 udl informacji o siedzibie albo miejscu zamieszkania i adresie przyjmującego zamówienie;
- brak było rzetelnego określenia wielkości przedmiotu zamówienia, co skutkowało brakiem określenia wartości zamówienia, a w dalszej kolejności brakiem ustalenia wartości udzielonego zamówienia. Ogłoszenia o wyniku rozstrzygnięcia postępowania nie były przekazane, wbrew art. 151 ust. 6 ustawy o świadczeniach, do Urzędu Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich.

Łączna wartość zrealizowanych umów w analizowanych postępowaniach przekraczała kwotę 5 mln zł.

Szpital nie wykonywał obowiązków wynikających z ww. przepisów ustawy o świadczeniach i udl. Brak rzetelnego określenia wielkości przedmiotu zamówienia, skutkowało brakiem określenia wartości zamówienia, a w dalszej kolejności brakiem ustalenia wartości udzielonego zamówienia i zaniechaniem realizacji obowiązku przekazywania ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania Urzędowi Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich.

Kilkudobowe nieprzerwane świadczenie pracy przez lekarzy

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

Przykład

Szpital w Lublinie⁴⁶ – nie zapewniono należytego bezpieczeństwa pacjentów i lekarza, poprzez dopuszczenie do pełnienia nieprzerwanie dyżurów i udzielania świadczeń zdrowotnych przez personel lekarski. W kontrolowanym okresie sytuacje takie stwierdzono na Oddziale Chirurgii Plastycznej 12-krotnie (w marcu, czerwcu i sierpniu 2021 r., w marcu, wrześniu i listopadzie 2022 r. oraz w marcu i listopadzie 2023 r.). Lekarz świadczył nieprzerwanie pracę odpowiednio przez 72h; 96h; 103,5h; 55,5h; 96h; 72h; 72h; 72h; 61,5h; 64,5h; 51,5h; 64,5h.

5.2. Sytuacja ekonomiczno-finansowa szpitala

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

Nieprawidłowości stwierdzone w skontrolowanych szpitalach dotyczyły w szczególności: nieuwzględniania w dokumentacji opisującej przyjęte zasady rachunkowości wszystkich obligatoryjnych elementów, niedoprecyzowania zasad szacowania/nieutworzenia rezerw na odszkodowania, wdrażania standardu rachunku kosztów, opóźnienia w ustalaniu planu finansowego, niedokonywania obligatoryjnych zmian w planie finansowym, opieszałości i niskiej skuteczności działań windykacyjnych; nieterminowego regulowania płatności skutkującego zapłatą odsetek, nieumieszczania raportów o sytuacji ekonomiczno-finansowej w BIP; nienależytego zarządzania mieniem.

⁴⁶ Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. Św. Jana z Dukli w Lublinie.

**Dokumentacja
opisująca przyjęte
zasady rachunkowości**

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

Jednak w siedmiu szpitalach stwierdzono nieprawidłowości w tym zakresie polegające na nieuwzględnieniu w zasadach wszystkich obligatoryjnych elementów. Nie wskazywano m.in.: wersji oprogramowania komputerowego wykorzystywanego do prowadzenia ksiąg rachunkowych i daty rozpoczęcia jego eksploatacji; zakładowego planu kont, ustalającego wykaz kont księgi głównej, przyjęte zasady klasyfikacji zdarzeń, zasady prowadzenia kont ksiąg pomocniczych oraz ich powiązania z kontami księgi głównej; opisu systemu informatycznego, zawierającego wykaz programów, procedur lub funkcji, w zależności od struktury oprogramowania, wraz z opisem algorytmów i parametrów oraz programowych zasad ochrony danych, w tym metod zabezpieczenia dostępu do danych i systemu ich przetwarzania.

Przykłady

Szpital w Starogardzie Gdańskim – pomimo prowadzenia przez Szpital ksiąg rachunkowych przy użyciu komputera, Polityka rachunkowości nie zawierała opisu systemu informatycznego, zawierającego wykaz programów, procedur lub funkcji, w zależności od struktury oprogramowania, wraz z opisem algorytmów i parametrów oraz programowych zasad ochrony danych, w tym w szczególności metod zabezpieczenia dostępu do danych i systemu ich przetwarzania, a ponadto określenie wersji oprogramowania i daty rozpoczęcia jego eksploatacji. W Załączniku nr 4 do Polityki Rachunkowości wykazano programy dopuszczone do stosowania w jednostce, ze wskazaniem autora oprogramowania, wersji oprogramowania i daty wprowadzenia. Metody zabezpieczenia dostępu (rozdz. 13) i Technika prowadzenia ksiąg rachunkowych (punkt 1.3 Polityki Rachunkowości), zawierały ogólne odesłanie do dokumentacji użytkownika.

Szpital w Szczecinie – Polityka rachunkowości nie zawierała: zasad klasyfikacji zdarzeń na poszczególnych kontach; opisu systemu informatycznego, zawierającego wykaz programów, procedur lub funkcji, w zależności od struktury oprogramowania, wraz z opisem algorytmów i parametrów oraz programowych zasad ochrony danych, w tym w szczególności metod zabezpieczenia dostępu do danych i systemu ich przetwarzania, a ponadto określenie wersji oprogramowania i daty rozpoczęcia jego eksploatacji; opisu systemu służącego ochronie danych i ich zbiorów, w tym dowodów księgowych, ksiąg rachunkowych i innych dokumentów stanowiących podstawę dokonanych w nich zapisów.

Ponadto stwierdzono brak wewnętrznej spójności w prezentowaniu wykorzystywanego w szpitalu planu kont, co świadczyło o nierzetelnym opracowaniu polityki rachunkowości. Stwierdzono w niej, że w zakresie zasad funkcjonowania poszczególnych kont w układzie syntetycznym i analitycznym oraz sposobu ewidencjonowania na nich poszczególnych operacji przyjmuje się "Zakładowy Plan Kont wraz z komentarzem dla podmiotów leczniczych" opracowanym pod redakcją Marii Hass-Symotiuk – Wolters Kluwer, 2016 r. Dodatkowo załącznikiem nr 1 do polityki rachunkowości był Zakładowy Plan Kont Szpitala. Ustalono, że 39 kont miało takie same numery i dotyczyło tych samych zagadnień co konta wyszczególnione w ww. opracowaniu; 78 numerów kont wyszczególnionych w tym opracowaniu nie miało swojego odpowiednika pod tym samym numerem w Planie Kont Szpitala lub był taki sam numer konta, ale było ono przeznaczone do ewidencjonowania innych zdarzeń gospodarczych. Ponadto w Planie Kont Szpitala dopisano 52 konta, które nie były wyszczególnione w powyższym opracowaniu. Przywołana w polityce rachunkowości Szpitala pozycja książkowa ma charakter uniwersalny i mogła stanowić jedynie przykładowy, wzorcowy materiał do opracowania własnego zakładowego planu kont, co z resztą wskazano na str. 369 tej publikacji. Ze złożonych wyjaśnień wynikało, że w Szpitalu dopuszczono możliwość funkcjonowania dwóch planów kont, tj. jednego w brzmieniu określonym w powyższej publikacji książkowej i drugiego, stanowiącego załącznik nr 1 do polityki rachunkowości Szpitala.

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

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

Wskazać należy, że postanowienia dotyczące wyceny rezerw znajdują się, oprócz tych wskazanych w uor, również w IV części Krajowego Standardu Rachunkowości (KSR) nr 6 pt. „Wycena”. Stosownie do pkt 4.2 KSR 6 kwota, na którą tworzona jest rezerwa, powinna wynikać z rzetelnego, uwzględniającego racjonalne przesłanki, oszacowania środków zawierających korzyści ekonomiczne, niezbędnych do wypełnienia obecnego obowiązku na dzień bilansowy lub do przeniesienia go na stronę trzecią na ten dzień. Natomiast zgodnie z pkt 4.3 KSR 6 rzetelny szacunek powinien nastąpić na drodze osądu, dokonanego przez kierownictwo jednostki, wspomaganego dotychczasowymi doświadczeniami dotyczącymi podobnych transakcji. W niektórych przypadkach oszacowanie potrzebnych środków może wymagać konsultacji niezależnych ekspertów. W każdym przypadku kwota rezerwy powinna odzwierciedlać możliwie najdokładniejszy szacunek kwoty wymaganej do spełnienia bieżącego zobowiązania, na dzień tworzenia lub weryfikacji rezerwy, z uwzględnieniem ryzyka i niepewności.

Przykłady

Szpital we Włocławku – w Polityce rachunkowości nie określono szczegółowych zasad szacowania prawdopodobnych przyszłych rezerw. Szpital, w okresie objętym kontrolą tworzył rezerwy m. in. na nagrody jubileuszowe, odprawy emerytalne, postępowania sądowe, jednak szczegółowe metody, jakimi te rezerwy wyceniono, nie znalazły odzwierciedlenia w zapisach Polityki rachunkowości.

Szpital w Międzyrzeczu – dokonanie oszacowania rezerw na świadczenia pracownicze na dzień bilansowy każdego roku z lat objętych kontrolą i zaewidencjonowanie ich w księgach rachunkowych na dzień 31 grudnia 2021 r., 2022 r. i 2023 r. było niezgodne z obowiązującymi *Założeniami Polityki Rachunkowości i Zakładowego Planu Kont*, gdyż:

- w kwocie oszacowanych rezerw na świadczenia pracownicze wyznaczone na dzień 31 grudnia 2021 r. wykazano rezerwy krótkoterminowe na świadczenia z tytułu odpraw pośmiertnych w wysokości 24 tys. zł, podczas gdy obowiązująca polityka rachunkowości nie przewidywała tworzenia rezerw w powyższym zakresie. Ponadto w kwocie oszacowanych rezerw wykazano rezerwy długoterminowe w wysokości 3954,6 tys. zł z tytułu odpraw emerytalnych, rentowych, pośmiertnych i nagród jubileuszowych, podczas gdy w polityce rachunkowości przewidziano ewidencjonowanie utworzenia rezerw na stronie Ma konta 642 – *Rozliczenia międzyokresowe bierne kosztów krótkoterminowych*, nie przewidziano natomiast konta dla rozliczeń międzyokresowych biernych kosztów długoterminowych;
- w kwocie oszacowanych rezerw na świadczenia pracownicze wyznaczone na dzień 31 grudnia 2022 r. i 31 grudnia 2023 r. wykazano rezerwy długoterminowe w wysokości odpowiednio 5984,9 tys. zł i 7983,2 tys. zł z tytułu odpraw emerytalnych, rentowych, pośmiertnych i nagród jubileuszowych, podczas gdy w polityce rachunkowości przewidziano ewidencjonowanie utworzenia rezerw na stronie Ma konta 642 – *Rozliczenia międzyokresowe bierne kosztów krótkoterminowych*, nie przewidziano natomiast konta dla rozliczeń międzyokresowych biernych kosztów długoterminowych.

W jednym ze szpitali (w Warszawie) stwierdzono rozbieżności pomiędzy zakładowym planem kont określonym w *zasadach* (polityce) rachunkowości a systemem finansowo-księgowym (FK). Konta syntetyczne 134, 137, 138 wykazano w polityce rachunkowości, a nie zostały one ujęte w zestawieniu obrotów i sald księgi głównej wg stanu na 31 grudnia 2023 r. Ponadto konta syntetyczne 770 i 771 wykazano w polityce rachunkowości, a nie zostały one ujęte w zestawieniu obrotów i sald księgi głównej wg stanu na: 31 grudnia 2021 r., 31 grudnia 2022 r. i 31 grudnia 2023 r.

Nazwy kont syntetycznych nr: 139, 650, 845 ujęte w polityce rachunkowości były inne niż ich opisy zawarte w zestawieniu obrotów i sald wg stanu na: 31 grudnia 2021 r., 31 grudnia 2022 r. i 31 grudnia 2023 r. Konto 767 było wykazywane w zestawieniu obrotów i sald księgi głównej (wg stanu na: 31 grudnia 2021 r., 31 grudnia 2022 r. i 31 grudnia 2023 r.), jednak nie wykazano takiego konta w polityce rachunkowości obowiązującej w całym okresie objętym kontrolą.

Stosownie do art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. a) uor zakładowy plan kont ustalający m.in. wykaz kont księgi głównej jest częścią zasad (polityki) rachunkowości Szpitala i niedopuszczalne jest księgowanie operacji na kontach w nim nieujętych. W sytuacji konieczności utworzenia nowych kont niezbędne jest uprzednie znowelizowanie zasad (polityki) rachunkowości.

Wdrożenie standardów rachunku kosztów

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

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

Przykłady

Szpital we Włocławku – nie dokonał wyceny procedur medycznych, nie sporządził wykazu realizowanych w poszczególnych komórkach procedur medycznych zgodnych z klasyfikacją ICD-9, tj. nie wdrożył w pełni standardu rachunku kosztów.

Szpital w Międzyrzeczu – część zadań dotyczących wprowadzenia standardu rachunku kosztów zrealizowano z opóźnieniem w stosunku do terminu wejścia w życie (tj. 1 stycznia 2021 r.) rozporządzenia w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów, tj.:

- z sześciomiesięcznym opóźnieniem (30 czerwca 2021 r.) zrealizowano zadania polegające na zdefiniowaniu rozdzielników kosztów wspólnych w ramach kosztów bezpośrednich OPK zgodnie z załącznikiem nr 6 do ww. rozporządzenia oraz zdefiniowaniu kluczy podziałowych dla działalności pomocniczej medycznej i niemedykowej zgodnie z załącznikiem nr 7 do rozporządzenia;
- z jednomiesięcznym opóźnieniem (31 stycznia 2021 r.) zrealizowano zadania związane z weryfikacją prawidłowego przydzielenia pracowników do poszczególnych grup zawodowych oraz podziałem czasu pracy pracowników na poszczególne OPK (w przypadku zaangażowania pracownika w zadania realizowane w kilku ośrodkach);
- z dziesięciomiesięcznym opóźnieniem (29 października 2021 r.) zrealizowano zadania etapu IV polegające na sporządzeniu przez kierowników danego OPK wykazu realizowanych w komórce procedur medycznych zgodnie z klasyfikacją

- ICD-9 oraz na sporządzeniu narzędzia informatycznego do ewidencji wykonania procedur medycznych zgodnie z przyjętym wykazem;
- z dwunastomiesięcznym opóźnieniem (31 grudnia 2021 r.) zrealizowano zadanie polegające na wycenie procedur medycznych zgodnie z załącznikiem nr 9.

Plan finansowy

W latach 2021–2023 podstawą gospodarki podmiotów leczniczych były plany finansowe ustalane przez ich dyrektorów na podstawie art. 53 udl.

Tylko w sześciu z 16 skontrolowanych szpitali plany finansowe zostały opracowane i przedstawione do zaopiniowania radzie społecznej w terminie umożliwiającym gospodarkę finansową na ich podstawie od 1 stycznia danego roku.

Zgodnie z art. 48 ust. 2 pkt 2 lit. a) udl: „Do zadań rady społecznej należy: (...) przedstawianie kierownikowi wniosków i opinii w sprawach (...) planu finansowego, w tym planu inwestycyjnego”.

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

Należy zauważyć, że art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych stanowi, że naruszeniem *dyscypliny finansów publicznych* jest dokonanie wydatku ze środków publicznych bez upoważnienia określonego (...) planem finansowym albo z przekroczeniem zakresu tego upoważnienia lub z naruszeniem przepisów dotyczących dokonywania poszczególnych rodzajów wydatków.

Przykład

Szpital w Branicach – plany finansowe Szpitala były corocznie ustalane przez Dyrektora Szpitala. Nie były one jednak przedkładane Radzie Społecznej Szpitala w terminie umożliwiającym prowadzenie – od 1 stycznia danego roku – gospodarki finansowej na podstawie planu pozytywnie zaopiniowanego przez ten organ. Plany finansowe Szpitala na poszczególne lata okresu 2021–2023, opracowane i zatwierdzone odpowiednio 15 grudnia 2020 r., 10 grudnia 2021 r. i 19 grudnia 2022 r., nie zostały przekazane Radzie Społecznej Szpitala. Kolejne wersje planów zostały zatwierdzone odpowiednio 28 stycznia 2021 r., 28 stycznia 2022 r. i 27 stycznia 2023 r., a następnie przekazane Radzie Społecznej 4 marca 2021 r., 4 lutego 2022 r. i 10 lutego 2023 r. Dyrektor Szpitala zadeklarował, że w *trakcie prac nad kolejnym planem zostanie on przesłany do Rady Społecznej w terminie umożliwiającym wydanie opinii przed początkiem roku, którego plan będzie dotyczył*.

Sześć szpitali nie przestrzegało obowiązku dokonywania zmian w rocznych planach finansowych w sytuacji przekroczenia zaplanowanych przychodów i kosztów – co było niezgodne z art. 52 ust. 3 ustawy o finansach publicznych, który stanowi, że zmiany w zakresie przychodów i kosztów, o których mowa w ust. 2, wymagają dokonania zmian w rocznym planie finansowym.

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

Przykłady

Szpital w Warszawie – Szpital zrealizował przychody i koszty wyższe od określonych w planach finansowych we wszystkich trzech latach objętych kontrolą, bez uprzedniej adekwatnej zmiany tych planów. W 2021 r. przekroczone zaplanowane łączne przychody o 15 764,1 tys. zł (o 15,5 %) i łączne koszty o 459,5 tys. zł (o 0,41 %). W 2022 r. przekroczone zaplanowane łączne przychody o 24 025,5 tys. zł (o 19,8 %), a łączne koszty były mniejsze o 7794,2 tys. zł (o 6,57 %). Natomiast w 2023 r. przekroczone zaplanowane łączne przychody o 8078,3 tys. zł (o 6,29 %) i łączne koszty o 1352,7 tys. zł (o 0,91 %). Corocznie wzrost procentowy względem planu

po zmianach, w zakresie przychodów, dotyczył m.in. pozostałych przychodów operacyjnych i wynosił w kolejnych latach: 27 %, 38 i 19 %. W przypadku kosztów wzrost ten odnotowano m.in. w zakresie kosztów usług obcych na poziomie adekwatnie: 10 %, 4 % i 2 %. Szpital w zmienionych w grudniu każdego roku, planach finansowych wykazywał wynik finansowy netto, który osiągał wartości o 102 %, 70 %, 48 % różniące się od wykazanych w sprawozdaniu finansowym.

Szpital w Suwałkach – korektę planu finansowego na 2021 rok sporządzono i przedstawiono Radzie Społecznej dopiero 14 grudnia 2021 r., pomimo że z analizy wykonania przychodów i kosztów na dzień 31 października 2021 r. wynikało, że plan finansowy został przekroczony i wymagał aktualizacji.

Szpital w Częstochowie⁴⁷ – w latach 2021–2023 (wg stanu na 31 grudnia) wystąpiło przekroczenie wydatków w odniesieniu do przyjętego planu po zmianach, w sytuacji, gdy zgodnie z art. 53 udl podstawę gospodarki finansowej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej stanowi plan finansowy. W szczególności:

- za 2021 r. przekroczone zostały wydatki w ramach: 1) kosztów działalności operacyjnej, w tym: zużycie materiałów i energii (104 %), pozostałe koszty rodzajowe (102 %); 2) pozostałych kosztów operacyjnych (115 %) w tym: inne koszty operacyjne (120 %), 3) kosztów finansowych, w tym odsetek (105 %);
- za 2022 r. przekroczone zostały wydatki w ramach: 1) kosztów działalności operacyjnej, w tym: zużycie materiałów i energii (102 %), podatki i opłaty (103 %), pozostałe koszty rodzajowe (103 %);
- za 2023 r. przekroczone zostały wydatki w ramach: 1) kosztów działalności operacyjnej (101,3 %), w tym: zużycie materiałów i energii (100,6 %), usługi obce (102,2 %), ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia (101 %); 2) pozostałych kosztów rodzajowych (101,2 %).

Szpital w Jeleniej Górze⁴⁸ – zrealizował przychody i koszty wyższe od określonych w planach finansowych we wszystkich trzech latach objętych kontrolą, bez uprzedniej zmiany tych planów, do czego był zobowiązany na podstawie art. 52 ust. 3 ustawy o finansach publicznych. W 2021 r. przekroczone zaplanowane łączne przychody o 15 065,5 tys. zł (o 6,4 %) i łączne koszty o 5548,8 tys. zł (o 2,1 %). W 2022 r. przekroczone zaplanowane łączne przychody o 7565,6 tys. zł (o 2,8 %) i łączne koszty o 5088,5 tys. zł (o 1,7 %). Natomiast w 2023 r. przekroczone zaplanowane łączne przychody o 28 642,4 tys. zł (o 9,5 %) i łączne koszty o 11 791,5 tys. zł (o 3,5 %).

Należności

W przypadku sześciu szpitali odzyskiwanie należności było podejmowane z nieuzasadnioną zwłoką i nieskuteczne. Badaniem objęto należności przeterminowane o wartości 8880,5 tys. zł⁴⁹. Nieprawidłowości stwierdzono w przypadku 20 pozycji na łączną kwotę 3002,2 tys. zł.

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

Przykłady

Szpital w Częstochowie – do dnia rozpoczęcia kontroli NIK Szpital nie podejmował działań zmierzających do odzyskania środków finansowych na łączną kwotę 686,9 tys. zł wobec następujących należności według stanu na dzień 31 grudnia 2023 r.:

- kwota 283,6 tys. zł za 2021 r. i kwoty 267,1 tys. zł za 2022 r., w związku z realizacją umowy na wypłaty dodatków do wynagrodzeń dla lekarzy pełniących funkcje kierowników specjalizacji;
- kwota 114,3 tys. zł za pobyt pacjentów w Szpitalu (49,8 tys. zł z 2021 r. i 64,6 tys. zł z 2023 r.);
- kwota 15,7 tys. zł tytułem zakupu leków dokonanego w 2023 r.;
- kwota 6,2 tys. zł za szkolenie (praktyki zawodowe dla studentów uczelni wyższych) przeprowadzone w 2023 r.

⁴⁷ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie.

⁴⁸ Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej.

⁴⁹ Badaniem kontrolnym objęto w każdym szpitalu po pięć największych kwotowo pozycji należności przeterminowanych (z wyłączeniem należności przysługujących od NFZ).

Szpital w Elblągu⁵⁰ – nie podjęto w pełni działań mających na celu zabezpieczenie należności, ponieważ w przypadku jednej z pięciu analizowanych należności, wynikającej z wyroku zaocznego Sądu Rejonowego w Elblągu z dnia 5 września 2006 r., w kwocie 57,5 tys. zł, nie zabezpieczono tej należności poprzez ustanowienie hipoteki na rzecz Szpitala. Na koniec 2023 r. pozostało do wyegzekwowania 49,9 tys. zł. Sprawą dotyczącą spłaty wskazanych wyżej należności zajmował się radca prawny, który przebywa już na emeryturze i nie potrafiło wskazać przyczyn niezabezpieczenia ww. należności. Podano jednocześnie, że komornik skutecznie egzekwował drobne kwoty z emerytury, które wpływały na konto Szpitala i być może dlatego nie podjęto działań w celu ich zabezpieczenia. Po zakończeniu postępowania spadkowego podjęte zostaną stosowne działania w celu ustanowienia hipoteki.

Szpital w Szczecinie – nie opracował pisemnych procedur windykacji należności. Wypracowano zasady/metody prowadzenia windykacji, ale nie obejmowały one m.in. terminów podejmowania kolejnych czynności w sprawie. W przypadku dłużnika nr (...) trzy wezwania do zapłaty z 27 października 2022 r. były wysłane w okresie od 15 do 26 miesięcy po upływie terminu płatności. Nadzór nad prowadzonymi postępowaniami windykacyjnymi był nierzetelny. Szpital nie posiadał pełnych informacji o aktualnym stanie spraw, a w sprawie dłużnika nr (...), złożono oświadczenie, że były prowadzone prace przygotowawcze do złożenia pozwu (przez okres ponad półtora roku).

Szpitaly które podejmowały działania – z różnym skutkiem – w celu egzekwowania należności, w przypadku nieterminowego ich regulowania z reguły naliczały odsetki za zwłokę. Jedynie w czterech szpitalach nie dokonywano naliczenia i ewidencjonowania odsetek od 11 należności przeterminowanych o łącznej wartości 140,1 tys. zł.

Przykład

Szpital w Białymstoku – dział finansowo-księgowy nie dokonywał naliczenia i ewidencjonowania odsetek od należności przeterminowanych, co stanowiło naruszenie art. 40 ust. 2 pkt 3 *ustawy o finansach publicznych*. W myśl tego przepisu, odsetki od nieterminowych płatności nalicza się i ewidencjonuje nie później niż na koniec każdego kwartału. Natomiast stosownie do art. 42 ust. 5 powołanej ustawy, jednostki sektora finansów publicznych są obowiązane do ustalania przypadających im należności pieniężnych oraz terminowego podejmowania w stosunku do zobowiązanych czynności zmierzających do wykonania zobowiązania. Na dzień 31 grudnia 2023 r. należne Szpitalowi odsetki od należności wymagalnych wynosiły 121,9 tys. zł. Odsetki, na kwotę 5,8 tys. zł, od dziewięciu należności zostały naliczone w momencie zapłaty tj. dopiero w 2024 roku. Badanie pięciu należności wykazało, że w czterech przypadkach Szpital pomimo podejmowanych działań windykacyjnych nie naliczał odsetek od nieterminowych wpłat.

Umarzano należności w sytuacjach, kiedy pomimo podjętych działań windykacyjnych były one nieskuteczne. Łączna kwota umorzonych należności wyniosła 1989,7 tys. zł.

Zobowiązania

Dziewięć Szpitali nie regulowało terminowo płatności z tytułu zaciągniętych zobowiązań, co było niezgodne z art. 44 ust. 3 pkt 3 *ustawy o finansach publicznych*, który stanowi, że *wydatki publiczne powinny być dokonywane w wysokości i terminach wynikających z wcześniej zaciągniętych zobowiązań*. Tym samym ponosiły koszty finansowe z tego tytułu. Kwota zapłaconych odsetek przez skontrolowane szpitale wyniosła 38 052,5 tys. zł.

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

⁵⁰ Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu.

Przykłady

Szpital we Włocławku – nie regulował swoich zobowiązań terminowo. Według stanu na 31 grudnia 2023 r. Szpital posiadał zobowiązania wymagalne w kwocie 6279,7 tys. zł. Nieterminowe regulowanie zobowiązań skutkowało, w samym okresie objętym kontrolą, zapłatą odsetek w kwocie 583,7 tys. zł.

Szpital w Kielcach⁵¹ – w latach 2021–2023 Szpital zarachował i zapłacił odsetki z tytułu nieterminowego regulowania zobowiązań w łącznej kwocie 4590,2 tys. zł.

Szpital w Szczecinie – zapłacił odsetki z tytułu nieterminowego regulowania zobowiązań w kwotach: 419,6 tys. zł w 2021 r.; 1259,5 tys. zł w 2022 r. i 1312,5 tys. zł w 2023 r.

Szpital w Jeleniej Górze – w latach 2021–2023 nieterminowo regulował zobowiązania, co skutkowało zapłatą odsetek w łącznej wysokości 547,6 tys. zł.

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

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

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

**Bilansowanie
przychodów z kosztami**

W latach 2021–2022 sześć spośród skontrolowanych szpitali, które w sprawozdaniu finansowym za dany rok (2021 r. i/lub 2022 r.) wykazywały stratę netto, sporządzały programy naprawcze na lata 2022–2024 i/lub 2023–2025 zgodnie z art. 59 ust. 4 udl, który stanowi, że w *sytuacji wystąpienia straty netto kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w terminie trzech miesięcy od upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego, sporządza program naprawczy, z uwzględnieniem raportu o sytuacji ekonomiczno-finansowej, na okres nie dłuższy niż trzy lata, i przedstawia go podmiotowi tworzącemu w celu zatwierdzenia.*

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

Przykłady

Szpital w Krakowie – w 2021 r. Szpital odnotował stratę w wysokości 7974,4 tys. zł. Strata miała być pokryta z Funduszu Zakładu Szpitala. Za 2022 r. i 2023 r. Szpital wypracował zysk. W związku z odnotowaniem w 2021 r. straty Szpital opracował program naprawczy – prognozę sytuacji ekonomiczno-finansowej na lata 2022–2024. Program miał na celu utrzymanie płynności finansowej Szpitala oraz utrzymanie wysokiej jakości usług bez ograniczenia dostępności do udzielanych świadczeń.

Planowano następujące działania naprawcze wraz z szacunkowym efektem ekonomicznym:

- monitorowanie bieżących rozliczeń z NFZ – wykonie usług w zakresie ryczału do wartości podpisanego z NFZ kontraktu, podział ryczału na poszczególne jednostki i monitorowanie realizacji (przekroczenie ryczału generuje wzrost kosztów zmiennych),
- monitoring bieżących rozliczeń z NFZ – wykonanie usług w zakresie świadczeń finansowanych odrębnie (programy lekowe, świadczenia wysokospecjalistyczne) do założonego planu – dopuszczalne przekroczenia 5 % (przekroczenie wartości usług generuje wysokie koszty zmienne). Nadwykonania w tych zakresach są

⁵¹ Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach.

płatne przez NFZ w 100 %, ale następuje to z opóźnieniem, tym samym kredytowanie usług mogło prowadzić do wzrostu zobowiązań niezapłaconych przez Szpital,

- analiza i weryfikacja kosztów, w tym kosztów wynagrodzeń, zmierzająca do optymalizacji ponoszonych wydatków,
- poszukiwanie wszelkich możliwości i źródeł pozyskania środków zewnętrznych na inwestycję (poprawa płynności finansowej).

Ponadto wskazano następujące działania mogące poprawić sytuację finansową Szpitala:

- powrót do pełnej działalności Szpitala po okresie pandemii COVID-19. Podczas pandemii jednostki szpitala były przekształcone w oddziały covidowe;
- w celu zwiększenia przychodów Szpitala podjęto decyzję o zakupie gammakamery D-spect (zakup drugiej kamery miał zwiększyć liczbę wykonywanych badań, co z kolei miało wpłynąć na wzrost przychodów);
- ograniczenie kosztów energii, w związku z otrzymanym dofinansowaniem środków unijnych na termomodernizację budynków;
- planowane zwiększenie liczby transplantacji płuc (Szpital ubiegał się o uzyskanie pozwolenia na przechowywanie i przeszczepianie płuc od dawcy zmarłego).

Szpital w Szczecinie – wynik finansowy Szpitala na koniec lat 2021–2023 wynosił odpowiednio: 1604,0 tys. zł; (-) 3562,1 tys. zł i 1000,5 tys. zł. Program naprawczy Szpitala na lata 2023–2025 sporządzony został 30 września 2023 r. i 2 października przekazany Marszałkowi. Zarząd Województwa Zachodniopomorskiego zatwierdził go uchwałą nr 604/24 z 9 kwietnia 2024 r.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że (...) *Szpital wielokrotnie definiował problemy natury prawno-organizacyjne, które przekazywał m.in. do wiadomości Urzędu Marszałkowskiego czy Ministerstwa Zdrowia. Brak jasnych wytycznych i jednolitego stanowiska odnośnie sposobu zaliczania personelu medycznego (innego niż z art. 5 ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych) do konkretnych grup zawodowych w powiązaniu ze współczynnikiem i wysokością płacy zasadniczej. Pracodawca naraża się w związku z powyższym na dwojakiemu rodzaju zarzuty/pozwy: w związku z zakwalifikowaniem poszczególnych pielęgniarek do niższej grupy z uwagi na fakt, że pracodawca nie wymaga wyższych kwalifikacji, albo – po uznaniu posiadanych, wyższych kwalifikacji przez część personelu – w związku z nierównym traktowaniem (pielęgniarki wykonujące ten sam zakres obowiązków, na jednym dyżurze, otrzymują różne stawki za pracę). Obecnie sądy orzekają różnie, a liczba pozwów rośnie. Brak odpowiedniego finansowania Szpitala uwzględniającego zmieniające się warunki rynkowe – niewystarczające zabezpieczenie wzrostu kosztów zakupu leków, materiałów, energii, rosnącej płacy minimalnej, itd. Brak powiązania obowiązujących stawek z inflacją i odpowiednich zapisów dotyczących adekwatnej waloryzacji w umowach z Narodowym Funduszem Zdrowia. Niedobory kadry medycznej, które generują duże koszty nadgodzin (konieczność spełnienia narzuconych norm zatrudnienia (m.in. pielęgniarek), w tym również w odniesieniu do „pustych” łóżek. Konieczność urealnienia norm zatrudnienia pielęgniarek i powiązania z rzeczywistym wykorzystaniem łóżek. Potrzeba uwzględniania zawodu opiekuna medycznego w normach zatrudnienia i możliwości uzupełnienia/zastąpienia opiekunami części personelu pielęgniarskiego, Potrzeba rozszerzenia uprawnień dla opiekuna medycznego. Potrzeba zmiany systemu kształcenia lekarzy w celu przyspieszenia podjęcia pracy jako samodzielny lekarz (6 lat studiów, 13 miesięcy stażu podyplomowego i kolejne 6 lat specjalizacji to zbyt długi okres na pozyskanie pełnoprawnego specjalisty). Podwyżka wynagrodzenia zasadniczego dla lekarzy rezydentów w powiązaniu z bonem generuje płace zasadnicze nieproporcjonalnie wysokie w stosunku do lekarzy specjalistów zatrudnionych na podstawie umów o pracę, którzy są kierownikami specjalizacji dla tychże rezydentów. Przywrócenie zaliczkowego finansowania kosztów rezydentur. Obecnie to Szpital musi wypłacić wynagrodzenia, rozliczyć je w Systemie Informatycznym Rezydentur i czekać na zwrot środków. Stanowi to de facto kredytowanie Ministerstwa Zdrowia przez podmiot leczniczy. Konieczność pokrycia przez Ministerstwo Zdrowia wszystkich kosztów związanych z realizacją programu specjalizacji w trybie rezydentury (powrót do finansowania przez MZ odpisów na ZFSS, pełne składki ZUS/Fundusz Pracy, płatność za nadgodziny wynikające z programu specjalizacji w pełnej wysokości, a nie jak obecnie – bez części dodatków).*

**Raport o sytuacji
ekonomiczno-
-finansowej**

Szpitaly opracowywały raporty o swojej sytuacji ekonomiczno-finansowej. Raporty zawierały dane finansowe dotyczące poprzedniego roku obrotowego, bieżącego oraz kolejnych trzech lat, wskaźniki ekonomiczno-finansowe, analizę sytuacji ekonomiczno-finansowej za rok bieżący w porównaniu z rokiem poprzednim oraz założenia do prognozy na kolejne trzy lata. Regulacje dotyczące raportów zawarte są w art. 53a udl.

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

Zgodnie z § 3a ust. 2 pkt 4 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 31 marca 2020 r. w sprawie określenia innych terminów wypełniania obowiązków w zakresie ewidencji oraz w zakresie sporządzenia, zatwierdzenia, udostępnienia i przekazania do właściwego rejestru, jednostki lub organu sprawozdań lub informacji⁵² dla jednostek sektora finansów publicznych posiadających osobowość prawną termin sporządzenia rocznego sprawozdania finansowego za 2020 r. wydłużono o 1 miesiąc.

Z kolei w przypadku sprawozdań za 2021 r. 10 marca 2022 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Finansów z 7 marca 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie określenia innych terminów wypełniania obowiązków w zakresie ewidencji oraz w zakresie sporządzenia, zatwierdzenia, udostępnienia i przekazania do właściwego rejestru, jednostki lub organu sprawozdań lub informacji⁵³, gdzie termin sporządzenia rocznego sprawozdania finansowego za 2021 r. również wydłużono o 1 miesiąc (§ 1 pkt 4).

Przykłady

Szpital w Częstochowie – Dyrektor Szpitala nie dotrzymał terminów udostępnienia w BIP Raportu o sytuacji ekonomiczno-finansowej Szpitala za 2021 r. i 2022 r. Raport za 2021 r. został opublikowany na stronie BIP 7 lipca 2022 r. (siedem dni po wymaganym terminie przypadającym na 30 czerwca 2022 r.). Natomiast Raport za 2022 r. został opublikowany 20 października 2023 r. (202 dni po wymaganym terminie przypadającym na 31 marca 2023 r.). Dyrektor Szpitala poinformował, że przyczyną było niedopatrzenie „po stronie pionu ekonomicznego”.

Szpital w Jeleniej Górze – nie opublikował w BIP raportów o sytuacji ekonomiczno-finansowej Szpitala za lata 2020, 2021 i 2022. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że przedmiotowe raporty były publikowane, jednak w związku z awarią strony internetowej Szpitala, która miała miejsce 14 grudnia 2023 r., zarchiwizowane dane zostały utracone. Ponadto, nie ma możliwości ustalenia daty publikacji ww. raportów, gdyż nie drukowano potwierdzeń w tym zakresie. Dyrektor Szpitala wyjaśniła również, że nowa strona internetowa została uruchomiona tego samego dnia i była sukcesywnie uzupełniana o brakujące informacje. Zgodnie z § 20 ust. 2 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 18 stycznia 2007 r. w sprawie Biuletynu Informacji Publicznej⁵⁴, podmioty prowadzące BIP są zobowiązane do zapewnienia ciągłości dostępu do informacji zgromadzonych na ich stronach podmiotowych BIP. Nadto, zgodnie z § 18 powyższego rozporządzenia, informacje zgromadzone w bazie danych stron BIP kopiuje się na odrębne informatyczne nośniki informacji nie później niż dobowo po zaistnieniu zmiany treści tych informacji. W związku z powyższym, w sytuacji wystąpienia awarii strony internetowej, Szpital powinien odtworzyć zawartość stron podmiotowych BIP bezpośrednio po uruchomieniu nowej strony. Raporty o sytuacji ekonomiczno-finansowej za lata 2020–2022 zostały opublikowane w BIP Szpitala 16 kwietnia 2024 r., tj. w trakcie kontroli NIK.

Zarządzanie mieniem

W latach 2020–2022 (I półrocze) majątek skontrolowanych szpitali był wykorzystywany przez inne podmioty zewnętrzne na podstawie zawartych 626 umów najmu i dzierżawy.

⁵² Dz. U. z 2023 poz. 1585.

⁵³ Dz. U. poz. 561.

⁵⁴ Dz. U. Nr 10, poz. 68.

Szczegółowe zasady oraz tryb gospodarowania mieniem szpitali regulowały uchwały podmiotów tworzących⁵⁵.

Prawidłowość gospodarowania mieniem szpitali przeprowadzono, analizując zawarte przez szpitale umowy⁵⁶ w tym zakresie.

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

Na podstawie badania umów ustalono, że 12 skontrolowanych szpitali należycie zarządzało posiadanym mieniem. Umowy zawarte były zgodnie z wymogami i ustaleniami określonymi w uchwałach podmiotów tworzących o gospodarowaniu mieniem.

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

Przykłady

Szpital w Branicach – Dyrektor Szpitala zawarł umowę najmu części nieruchomości bez uprzedniej zgody podmiotu tworzącego. Szpital zawarł 1 września 2021 r. umowę najmu nr 80A/2021 ze spółką, która była następcą prawnym strony umowy rozpoczętej 1 września 2018 r. O wyrażenie zgody na zawarcie kolejnej umowy na okres trzech lat wystąpiono do podmiotu tworzącego dopiero 8 października 2021 r., tj. po zawarciu ww. umowy, a zgodę otrzymano 22 listopada 2021 r. w postaci uchwały nr 5920 Zarządu Województwa Opolskiego.

Szpital w Koninie – nie sporządzano kalkulacji opłacalności (zyskowności) przychodów z najmu, a także szacowania kosztów, będących podstawą ustalenia stawki dzierżawy, najmu i użyczenia pomieszczeń i powierzchni podmiotu leczniczego. Stawki minimalne określone w uchwałach Zarządu Województwa Wielkopolskiego, w których każdorazowo wyrażana była zgoda na najem, wynikały ze wskazań Szpitala, a Szpital określał je w takiej samej wysokości jak w obowiązujących wówczas umowach najmu tych pomieszczeń, gruntów i placów, bez szacowania kosztów i kalkulacji opłacalności. NIK podkreślił, że niesporządzenie kalkulacji opłacalności (zyskowności) przychodów z najmu w celu dążenia do ich zwiększenia w sytuacji, gdy budynki Szpitala i zabezpieczenie logistyczne przewyższają potencjał niezbędny do działalności Szpitala, a program naprawczy Szpitala obejmuje m.in. zadanie: „zwiększenie przychodów z tytułu czynszu”, jest działaniem nierzetelnym.

Szpital w Szczecinie – w przetargu na dzierżawę nieruchomości o pow. 155,90 m² z przeznaczeniem na prowadzenie działalności gastronomiczno-handlowej ogólnodostępnej (zakończono podpisaniem umowy 7 października 2021 r.) określono warunki udziału w postępowaniu w sposób utrudniający uczciwą konkurencję. W pkt. V regulaminu przetargu (Wizja lokalna) zapisano, że uczestnik postępowania zobowiązany jest do zapoznania z przedmiotem dzierżawy przed złożeniem oferty w terminie od 6 września 2021 r. do 17 września 2021 r. W przypadku nieuczestniczenia przez oferenta w wizji lokalnej w wyznaczonym terminie komisja przetargowa odrzuca złożoną przez niego ofertę. Na tej podstawie odrzucono ofertę, w której zaproponowana stawka najmu za 1 m² wynosiła 89,90 zł netto (miesięczna wysokość czynszu 14 015,41 zł netto), a przyjęto ofertę, w której zaproponowana stawka za 1 m², wynosiła 25,62 zł netto, (wysokość miesięcznego czynszu 3994,16 zł netto). Przyjęte przez Szpital warunki uczestnictwa w przetargu ograniczyły możliwość uzyskania wyższej kwoty z tytułu dzierżawy (minimalna stawka czynszu określona przez Szpital wynosiła 19,59 zł netto za 1 m² powierzchni) i udział w przetargu potencjalnych oferentów. Zwłaszcza, że umowę zawierano na okres pięciu lat i w interesie ekonomicznym Szpitala było uzyskanie możliwości porównania wielu ofert, tymczasem w postępowaniu rozpatrywano jedną ważną ofertę.

⁵⁵ Uchwały podmiotu tworzącego określające zasady i tryb gospodarowania mieniem szpitala – zwane dalej *uchwałami o gospodarowaniu mieniem*

⁵⁶ Szczegółowym badaniem objęto w każdym szpitalu trzy umowy dot. udostępnienia oraz jedną umowę dotyczącą zbycia dobrane w sposób celowy wg osądu kontrolera.

5.3. Analiza porównawcza niniejszej kontroli i kontroli P/22/048 „Funkcjonowanie szpitali powiatowych”

Zestawiono skale stwierdzonych nieprawidłowości w niniejszej kontroli i kontroli P/22/048 „Funkcjonowanie szpitali powiatowych”.

Skala stwierdzonych nieprawidłowości była znacząco niższa niż w przypadku kontroli szpitali powiatowych. Średnia liczba stwierdzonych nieprawidłowości na szpital wojewódzki wyniosła 11,7, podczas gdy w szpitalach powiatowych było to 14,5.

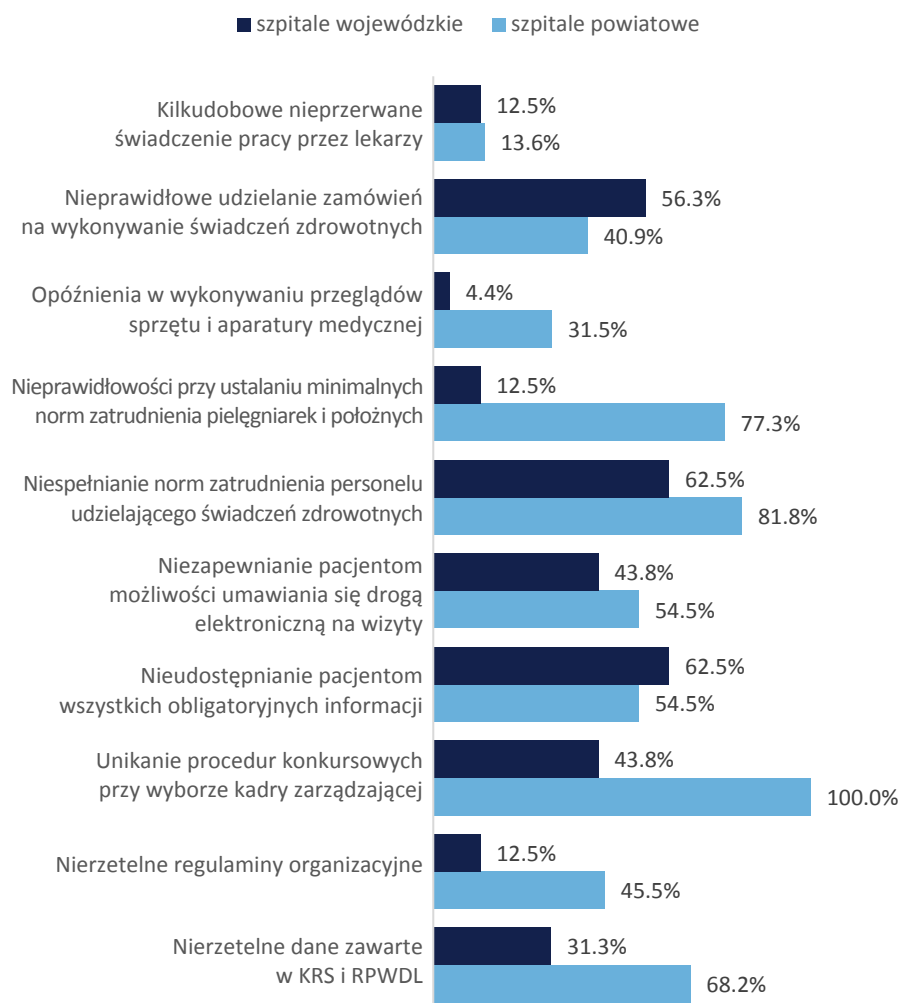
Również liczba wniosków pokontrolnych sformułowanych pod adresem dyrektorów szpitali wojewódzkich była niższa niż w przypadku szpitali powiatowych. Średnia liczba wniosków na szpital wojewódzki wyniosła 7,8, podczas gdy w szpitalu powiatowym było to 9,9.

Ponadto finansowe skutki nieprawidłowości w szpitalach wojewódzkich były blisko trzykrotnie niższe niż w szpitalach powiatowych. Średnio na szpital wojewódzki było to 8114,8 tys. zł, podczas gdy na szpital powiatowy przypadało 22 694,0 tys. zł.

Porównanie odsetka skontrolowanych szpitali, w których stwierdzono nieprawidłowości w obszarze organizacji i realizacji świadczeń zdrowotnych przedstawiono poniżej:

Wykres nr 2

Porównanie częstotliwości występowania nieprawidłowości w obszarze organizacji i realizacji świadczeń zdrowotnych, stwierdzonych w toku kontroli przeprowadzonej przez NIK w szpitalach powiatowych oraz w szpitalach wojewódzkich

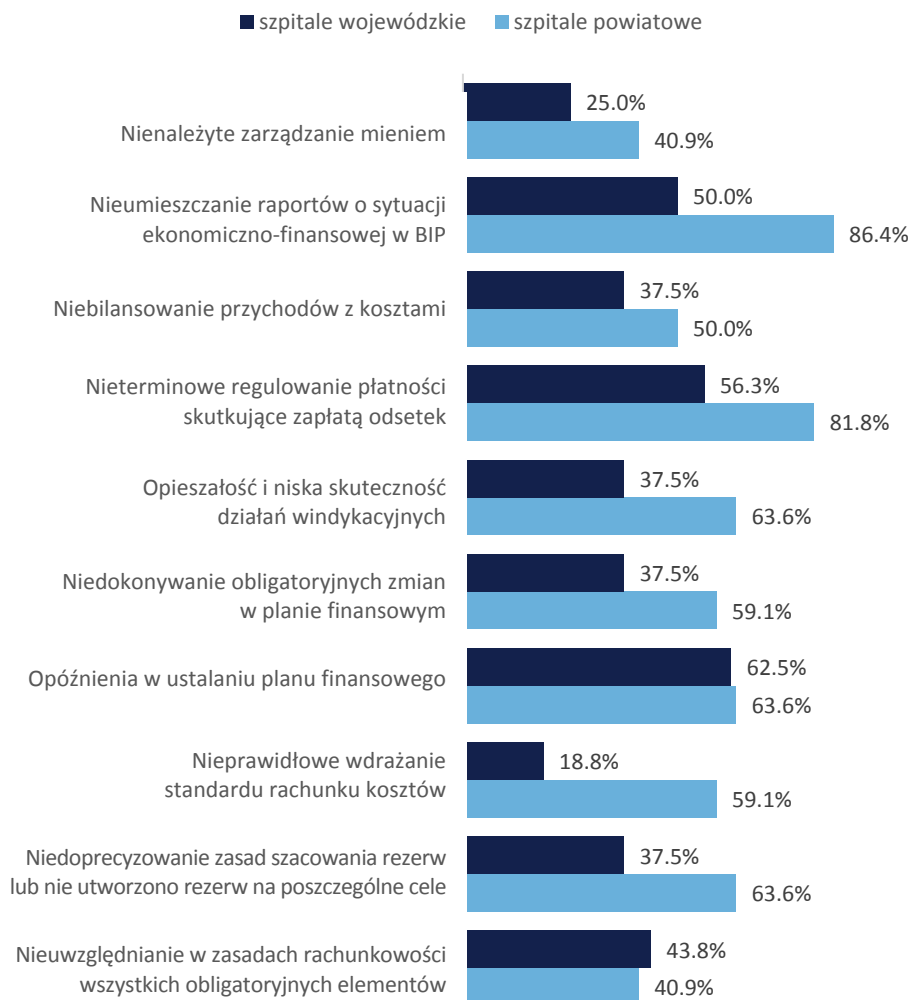


Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli P/22/048 oraz P/24/044.

Z kolei porównanie odsetka skontrolowanych szpitali, w których stwierdzono nieprawidłowości w obszarze gospodarki majątkowo-finansowej ilustruje poniższy wykres:

Wykres nr 3

Porównanie częstotliwości występowania nieprawidłowości w obszarze gospodarki majątkowo-finansowej, stwierdzonych w toku kontroli przeprowadzonej przez NIK w szpitalach powiatowych oraz w szpitalach wojewódzkich



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli: P/22/048 oraz P/24/044.

5.4. Szpitale wojewódzkie na tle innych szpitali

Wartość umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

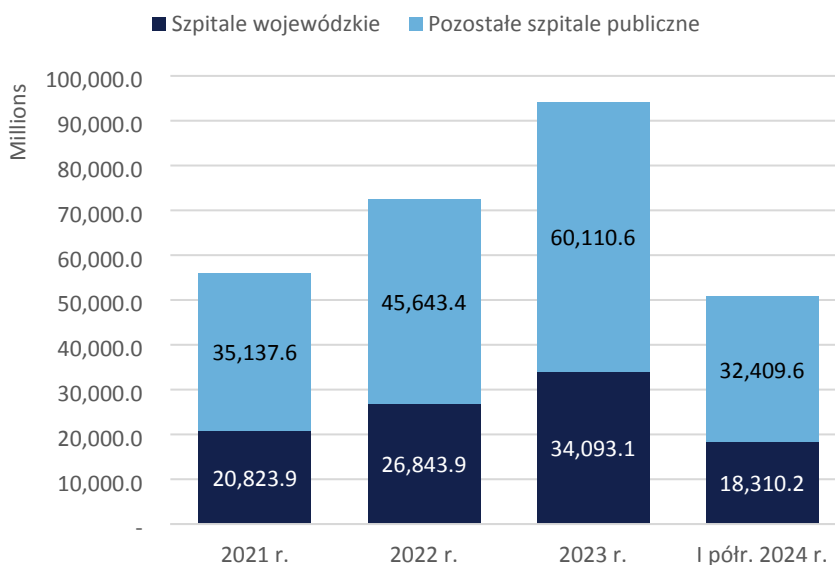
Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia, wartość umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁵⁷ realizowanych przez szpitale wojewódzkie wyniosła w latach 2021–2024 (I półrocze) łącznie 100 071,2 mln zł: od 20 823,9 mln zł w 2021 r., przez 34 093,1 mln zł w 2023 r. do 18 310,2 mln zł w I połowie 2024 r. Wartość umów zawartych w tym samym zakresie ze wszystkimi szpitalami publicznymi wyniosła 273 372,5 mln zł.

⁵⁷ Wartość umów w latach 2021–2023 według stanu na zamknięcie ksiąg rachunkowych, I–VI 2024 r. według stanu na dzień generowania danych w oddziałach wojewódzkich NFZ. Dane obejmują świadczenia finansowane ze środków Funduszu Medycznego i podstawową opiekę zdrowotną oraz nie uwzględniają kosztów świadczeń finansowanych ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19.

Natomiast wartość sfinansowanych świadczeń przez szpitale wojewódzkie w analizowanych latach była bliska wartości zawartych z nimi umów i wyniosła od 98,4 % (98 448, 9 mln zł).

Wykres nr 4

Wartość umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁵⁸ zawartych przez szpitale publiczne oraz szpitale, dla których organem tworzącym jest samorząd województwa w latach 2021–2024 (I półrocze)



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia.

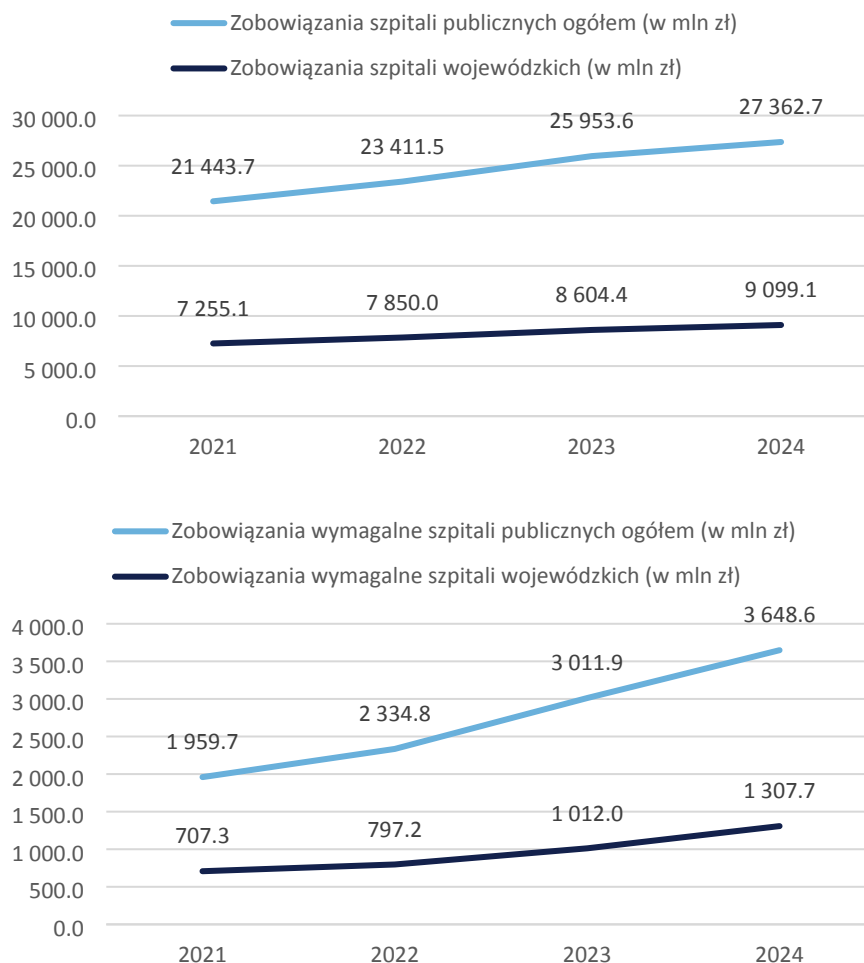
Sytuacja finansowa szpitali

Z informacji otrzymanej z Ministerstwa Zdrowia na temat sytuacji finansowej szpitali na terenie kraju wynika, że w latach 2021–2024 (I półrocze) zobowiązania ogółem szpitali wojewódzkich (170) rosły i wynosiły na koniec 2021 r. – 7255,1 mln zł oraz 9099,1 mln zł na koniec I półrocza 2024 r. Stanowiło to odpowiednio 33,8 i 33,3 % zobowiązań ogółem szpitali publicznych (565) w tych latach (21 443,7 mln zł i 27 362,7 mln zł). Zobowiązania wymagalne szpitali wojewódzkich na przestrzeni analizowanych lat również rosły i wynosiły – odpowiednio – 707,3 mln zł i 1307,7 mln zł, co stanowiło 36,1 i 35,8 % zobowiązań wymagalnych szpitali publicznych (1979,7 mln zł i 3648,6 mln zł).

⁵⁸ Wartość umów w latach 2021–2023 według stanu na zamknięcie ksiąg rachunkowych, I–VI 2024 r. według stanu na dzień generowania danych w oddziałach wojewódzkich NFZ. Dane obejmują świadczenia finansowane ze środków Funduszu Medycznego i podstawową opiekę zdrowotną oraz nie uwzględniają kosztów świadczeń finansowanych ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19.

Wykres nr 5

Zobowiązania ogółem oraz zobowiązania wymagalne szpitali publicznych oraz szpitali wojewódzkich według stanu na 31 grudnia lat 2021–2023 oraz 30 czerwca 2024 r.

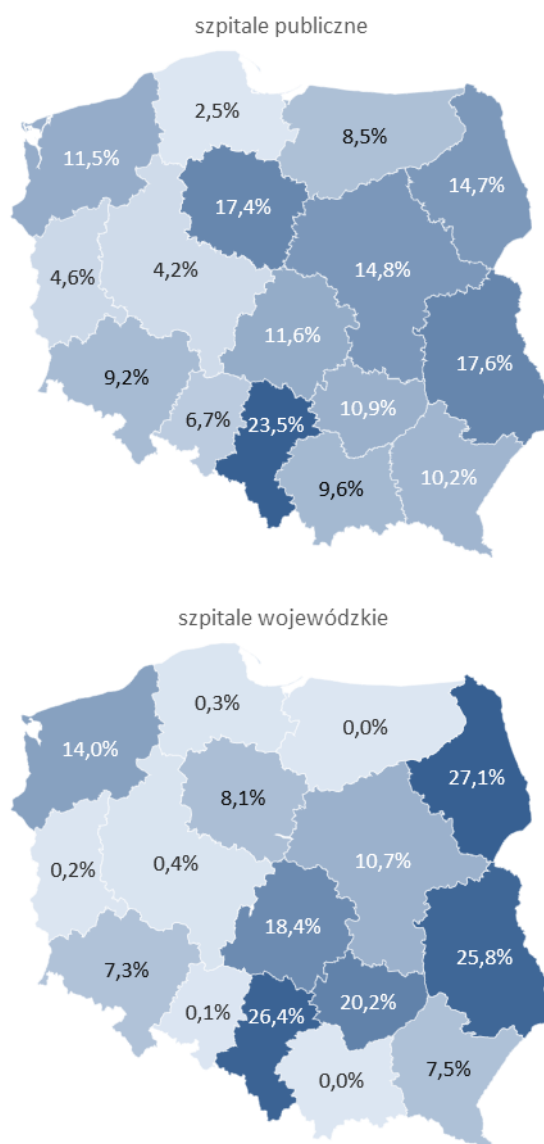


Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia.

W analizowanym okresie zwiększał się również udział zobowiązań wymagalnych w zobowiązaniach ogółem i tak w szpitalach wojewódzkich wynosił on od 9,7 % na koniec 2021 r. do 14,4 % na koniec I półrocza 2024 r. We wszystkich szpitalach publicznych udział ten wynosił odpowiednio od 9,1 do 13,3 %. W grupie szpitali wojewódzkich najtrudniejsza sytuacja wystąpiła w podmiotach zlokalizowanych w województwie podlaskim, śląskim i lubelskim.

Wykres nr 6

Udział zobowiązań wymagalnych w wartości zobowiązań ogółem szpitali publicznych oraz szpitali wojewódzkich według stanu na 30 czerwca 2024 r.



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia.

6. ZAŁĄCZNIKI

6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe

| | |
|--|--|
| Cel główny kontroli | Celem głównym kontroli nr P/24/044 <i>Funkcjonowanie szpitali wojewódzkich</i> było udzielenie odpowiedzi na pytanie: czy szpitale wojewódzkie funkcjonowały prawidłowo? |
| Cele szczegółowe | Założono, że badania kontrolne umożliwią udzielenie odpowiedzi na następujące pytania szczegółowe: <ol style="list-style-type: none"> 1. Czy organizacja i realizacja świadczeń zdrowotnych była prawidłowa? 2. Czy szpitale prawidłowo prowadziły gospodarkę majątkowo-finansową? |
| Zakres podmiotowy | Kontrolą objęto 16 szpitali wojewódzkich funkcjonujących w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym są samorządy województwa. Skontrolowano po jednym szpitalu z każdego województwa. |
| Kryteria kontroli | W podmiotach leczniczych – w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest samorząd województwa – na podstawie art. 2 ust. 2 ustawy o NIK, z uwzględnieniem kryteriów legalności. |
| Okres objęty kontrolą | Lata 2021–2023 z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed i po tym okresie, jeśli zdarzenia mające wówczas miejsce miały wpływ na okres objęty kontrolą. Czynności kontrolne przeprowadzono w terminie od 5 marca do 8 lipca 2024 r. |
| Działania na podstawie art. 29 ustawy o NIK | W toku postępowania kontrolnego, w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f, otrzymano informacje z jednostek (podmiotów) niekontrolowanych: <ul style="list-style-type: none"> – z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, dotyczące wysokości środków planowanych i wydatkowanych na realizację świadczeń zdrowotnych przez szpitale publiczne, w tym wojewódzkie, w poszczególnych latach 2021–2024 (I półrocze) i w podziale na poszczególne OW NFZ oraz dotyczące skarg złożonych w związku z kolejnością dostępu do świadczeń medycznych w kontrolowanych szpitalach; – z Ministerstwa Zdrowia na temat liczby szpitali publicznych, w tym wojewódzkich oraz wielkości ich zobowiązań ogółem i zobowiązań wymagalnych, w poszczególnych latach 2021–2024 (I półrocze); – ze wszystkich podmiotów tworzących szpitale wojewódzkie na temat podległych im szpitali (o sytuacji ekonomicznej oraz głównych problemach w funkcjonowaniu szpitali); – od Rzecznika Praw Pacjenta dotyczące skarg złożonych w związku z kolejnością dostępu do świadczeń medycznych w kontrolowanych szpitalach. |
| Stan realizacji uwag i wniosków pokontrolnych | Wyniki kontroli przedstawiono w 16 wystąpieniach pokontrolnych. Z informacji o sposobie wykorzystania uwag i wykonania 118 sformułowanych wniosków pokontrolnych wynika, że zrealizowano 59 wniosków (50 %), 55 wniosków jest w trakcie realizacji (46,6 %), a cztery są niezrealizowane (3,4 %) ⁵⁹ . Kierownicy trzech jednostek kontrolowanych (szpital w Krakowie, Rzeszowie i Szczecinie) na podstawie art. 54 ustawy o NIK, skorzystali z prawa do zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego. Złożono 13 zastrzeżeń do trzech wystąpień pokontrolnych, z których dwa przyjęto całkowicie, dwa częściowo, a dziewięć oddalono. Dyrektor Szpitala w Krakowie zgłosił trzy zastrzeżenia, z których jedno zostało w całości uwzględnione przez Zespół Orzekający Komisji Rozstrzygającej w NIK, a pozostałe dwa – oddalone. |

⁵⁹ Według stanu na 4 listopada 2024 r.

Dyrektor Szpitala Rzeszowie zgłosiła siedem zastrzeżeń, z których jedno zostało w całości uwzględnione, dwa zastrzeżenia zostały uwzględnione w części i cztery oddalono.

Dyrektor Szpitala w Szczecinie zgłosiła trzy zastrzeżenia, które zostały oddalono.

**Finansowe
rezultaty kontroli**

Finansowe skutki stwierdzonych w toku kontroli nieprawidłowości wyniosły **155 369 168,94 zł**; w tym **175 456,12 zł** to uszczuplenia środków lub aktywów, **113 470 359,16 zł** – kwoty wydatkowane z naruszeniem prawa, **41 656 300,92 zł** – kwoty wydatkowane w następstwie działań stanowiących naruszenie prawa, **17 200,00 zł** – kwoty wydatkowane z naruszeniem zasad należytego zarządzania finansami, **49 852,74 zł** – potencjalne finansowe lub sprawozdawcze skutki nieprawidłowości.

**Wykaz jednostek
kontrolowanych**

| Lp. | Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę | Jednostka kontrolowana | Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej |
|-----|---|---|--|
| 1. | Departament Zdrowia | Szpital Dziecięcy im. prof. dr. med. Jana Bogdanowicza SPZOZ | Małgorzata Stachurska-Turos |
| 2 | Delegatura w Białymstoku | Szpital Wojewódzki im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach | Adam Szałanda |
| 3 | Delegatura w Bydgoszczy | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. błogosławionego księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku | Dariusz Szczepański |
| 4 | Delegatura w Gdańsku | Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. St. Kryzana w Starogardzie Gd. | Jacek Bielan |
| 5 | Delegatura w Katowicach | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie | Łukasz Połatyński |
| 6 | Delegatura w Kielcach | Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach | Bartosz Stemplewski |
| 7 | Delegatura w Krakowie | Krakowski Szpital Specjalistyczny im. św. Jana Pawła II | Grzegorz Fitas |
| 8 | Delegatura w Lublinie | Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli w Lublinie | Piotr Matej |
| 9 | Delegatura w Łodzi | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Skłodowskiej-Curie w Zgierzu | Miłosz Dobrogowski |
| 10 | Delegatura w Olsztynie | Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu | Elżbieta Gelert |
| 11 | Delegatura w Opolu | Specjalistyczny Szpital im. Ks. Biskupa Józefa Nathana w Branicach | Krzysztof Nazimek |

| Lp. | Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę | Jednostka kontrolowana | Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej |
|-----|---|--|--|
| 12 | Delegatura w Poznaniu | Wojewódzki Szpital Zespolony im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie | Krystyna Brzezińska |
| 13 | Delegatura w Rzeszowie | Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie, ul. Lwowska 60, 35-301 Rzeszów | Barbara Rogowska |
| 14 | Delegatura w Szczecinie | Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie | Małgorzata Usielska |
| 15 | Delegatura we Wrocławiu | Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej | Sylwia Modrzyk |
| 16 | Delegatura w Zielonej Górze | Samodzielny Publiczny Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu | Ewa Lewicka-Michalewska |

W kontroli uczestniczył Departament Zdrowia oraz 15 Delegatur NIK.

6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych

6.2.1. Analiza stanu prawnego

Najważniejszymi aktami prawnymi regulującymi funkcjonowanie podmiotów leczniczych są:

- udl,
- ustawa o świadczeniach.

Udl W udl określono zasady: wykonywania działalności leczniczej, funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą niebędących przedsiębiorcami, prowadzenia rejestru tych podmiotów i zasady sprawowania nadzoru nad wykonywaniem działalności leczniczej oraz podmiotami wykonującymi działalność leczniczą (art. 1 udl).

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

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

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

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

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

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej

Ustawa o świadczeniach określa m.in. warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zasady i tryb finansowania świadczeń, zasady i tryb kwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych, a także zadania władz publicznych dotyczące zapewnienia równego dostępu do świadczeń oraz zasady sprawowania nadzoru i kontroli nad finansowaniem i realizacją świadczeń (art. 1 pkt 1–3 i pkt 7 tej ustawy).

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

- podstawowej opieki zdrowotnej (art. 15 ust. 2 pkt 1 ustawy o świadczeniach),
- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (art. 15 ust. 2 pkt 2 ustawy o świadczeniach),

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

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

Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

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

6.2.2. Analiza uwarunkowań ekonomicznych i organizacyjnych

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

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

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

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

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

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

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

Późniejszy termin rozliczenia się z ryczałtu jest faktycznie tylko przesunięciem spłaty lub wykonania zobowiązań w czasie. Ponadto wiele szpitali podpisuje porozumienia i ugody z dostawcami, które przekształcają zobowiązania wymagalne w niewymagalne długoterminowe. To tzw. „rolowanie zobowiązań”, które jednak przypomną o sobie w przyszłości.

Szpitala muszą spełniać określone wymagania wynikające z obowiązujących przepisów⁶⁰ oraz warunków umów zawieranych z NFZ, które dotyczą m.in. zatrudnienia personelu o odpowiednich kwalifikacjach.

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

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

⁶⁰ Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych i zarządzenia Prezesa NFZ.

6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności

1. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2024 r. poz. 1287, ze zm.).
2. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799).
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, ze zm.).
4. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581, ze zm.).
5. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz. U. z 2023 r. poz. 1465, ze zm.).
6. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1270, ze zm.).
7. Ustawa z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1320).
8. Ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 104).
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1194, ze zm.).
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 610).
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2023 r. poz. 870, ze zm.).
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 832).
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2024 r. poz. 798).
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. poz. 1545).
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (Dz. U. z 2021 r. poz. 430).
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 200, poz. 1661).
17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców (Dz. U. poz. 2045).

6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
6. Rzecznik Praw Obywatelskich
7. Przewodniczący Komisji do Spraw Kontroli Państwowej Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
8. Przewodniczący Komisji Zdrowia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
9. Przewodniczący Komisji Zdrowia Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
10. Minister Finansów
11. Minister Zdrowia
12. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
13. Rzecznik Praw Pacjenta
14. Marszałkowie województw



NKM.0914.13.2024.3.KCZ
Warszawa, 14 stycznia 2025

Pan
Jacek Kozłowski
Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli

Szanowny Panie Prezesie,

w związku z Informacją Najwyższej Izby Kontroli (zwanej dalej „NIK”) o wynikach kontroli P/24/044 – „*Funkcjonowanie szpitali wojewódzkich*”, która została przekazana przy piśmie z dnia 31 grudnia 2024 r. o znaku: KZD.430.4.2024, stosownie do treści uprawnienia przewidzianego w art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli,¹ przedkładam stanowisko do ww. dokumentu.

1) Część 4. Wnioski, wnioski nr 1 do Ministra Zdrowia, str. 14.

W odniesieniu do wniosku o: „*podjęcie prac mających na celu zapewnienie koordynacji i optymalizacji wykorzystania bazy materialnej i kadrowej systemu opieki zdrowotnej*”, uprzejmie informuję, że istotnym krokiem na rzecz realizacji tego wniosku jest procedowany aktualnie projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.

Projekt ten reguluje w szczególności poniższe kwestie.

1. Reforma struktury oraz zasad kwalifikacji do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (zwanego dalej „PSZ” albo „siecią szpitali”).

Przewiduje się odejście od dotychczasowego wyodrębnienia w PSZ 6 poziomów zabezpieczenia. Kwalifikacja do nowej „*sieci szpitali*” - która rozpocznie działanie od dnia 1 lipca 2027 r. - będzie się odbywała na poziomie poszczególnych profili (oddziałów) szpitalnych, z uwzględnieniem m.in. kryteriów jakościowych.

Proponowane zmiany dotyczące PSZ powinny przyczynić się do koncentracji świadczeń szpitalnych zabiegowych w ośrodkach dysponujących większym doświadczeniem i potencjałem kadrowym, a jednocześnie do lepszego wykorzystania ograniczonych zasobów, w tym poprzez zmniejszenie liczby szpitali utrzymujących stałą gotowość do udzielania świadczeń w trybie ostrym.

2. Wdrożenie rozwiązań umożliwiających konsolidację podmiotów leczniczych oraz wzmocnienie nadzoru podmiotów tworzących nad tworzeniem i realizacją programów restrukturyzacyjnych.

¹Dz. U. z 2022 r. poz. 623.

Projekt wprowadza możliwość tworzenia i prowadzenia SPZOZ (a także podmiotów leczniczych w formie spółek kapitałowych i jednostek budżetowych) przez związki jednostek samorządu terytorialnego (zwanymi dalej „JST”). Dzięki temu rozwiązaniu JST będą mogły łączyć podmioty lecznicze, co umożliwi tworzenie większych i bardziej efektywnych jednostek.

Projekt uszczegóławia także przepisy dotyczące programów naprawczych, które dotyczą zarówno SPZOZ, jak i podmiotów w formie spółek. Sporządzenie programu poprzedzają analizy efektywności funkcjonowania i zarządzania, ekonomiczne, jakościowe, operacyjne, działalności leczniczej oraz działalności poszczególnych komórek organizacyjnych. Program ma uwzględniać obowiązek dostosowania działalności podmiotu do regionalnych i krajowych potrzeb zdrowotnych.

2) Część 4. Wnioski, wniosek nr 2 do Ministra Zdrowia, str. 14.

Odnosnie do wniosku o: „*dokonanie przeglądu i oceny obowiązujących procedur wyboru kadry zarządzającej w SPZOZ-ach*”, w pierwszej kolejności należy wskazać, że zagadnienie konieczności przeprowadzania konkursu na stanowiska kierownicze występuje nie tylko w sektorze ochrony zdrowia. Wymóg przeprowadzenia konkursu obowiązuje m.in. przy doborze kadry kierowniczej w przedsiębiorstwach państwowych, oświacie, instytucjach kultury czy służbie cywilnej. Komisja konkursowa ma za zadanie wyłonić najlepszego pracownika spośród kandydatów. Konkurs jest więc pojmowany jako metoda weryfikacji formalnego przygotowania kandydatów oraz sprawdzenia ich rzeczywistej wiedzy i przydatności do zajmowania danego stanowiska kierowniczego.

Natomiast, w odniesieniu do sankcji za nieprzebranie przepisów dotyczących procedury przeprowadzania konkursu, poza przepisami o nadzorze podmiotu tworzącego, należy wskazać na przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą², które określają m.in. przesłanki nieważności postępowania konkursowego. Zgodnie z § 8 pkt 1 ww. rozporządzenia, postępowanie konkursowe jest nieważne w przypadku:

- 1) niezachowania kolejności czynności, o których mowa w § 4 ust. 1;
- 2) niedokonania jednej lub więcej czynności określonych w § 4 ust. 1;
- 3) niespełnienia warunków określonych w § 9;
- 4) rozpatrzenia kandydatury osoby, która nie złożyła jednego lub więcej dokumentów, o których mowa w § 12;
- 5) ujawnienia, po zakończeniu postępowania konkursowego, że do składu komisji konkursowej powołane zostały osoby, o których mowa w § 5 ust. 1;
- 6) naruszenia tajności głosowania;
- 7) niepowiadomienia kandydata lub członka komisji konkursowej o terminie posiedzenia komisji.

Stwierdzenie nieważności postępowania konkursowego następuje wyłącznie na wniosek, który zgłasza się do właściwego podmiotu nie później niż w terminie 14 dni od dnia wybrania przez komisję konkursową kandydata na stanowisko objęte konkursem.

Ponadto uprzejmie informuję, że obecnie w Ministerstwie Zdrowia nie są prowadzone prace nad zmianą przepisów regulujących zasady przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą.

3) Część 4. Wnioski, wniosek nr 3 do Ministra Zdrowia, str. 14.

²Dz. U. z 2021 r. poz. 430.

Odnosząc się do wniosku o: „*podjęcie działań legislacyjnych zmierzających do określenia w przepisach ustawy o działalności leczniczej maksymalnego dopuszczalnego nieprzerwanego czasu pracy personelu lekarskiego zatrudnionego na podstawie umów cywilnoprawnych, w celu wyeliminowania przypadków nadmiernie długiego czasu udzielania świadczeń zdrowotnych (nieprzerwanie przez kilka dni) przez lekarzy*”, uprzejmie wskazuję, że od lat jedną z istotnych przyczyn nadmiernego wydłużania czasu pracy personelu medycznego, w tym lekarzy, jest deficyt kadr medycznych. W celu zwiększenia liczby osób wykonujących zawody medyczne, Minister Zdrowia podejmuje działania zmierzające do zwiększenia dostępności do kształcenia na kierunkach medycznych. Wyeliminowanie nieprawidłowości, na które w wynikach kontroli wskazuje NIK, polegających na nadmiernie długim czasie udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych, a więc z przekroczeniem maksymalnych dobowych i tygodniowych norm czasu pracy oraz z naruszeniem przepisów o obowiązkowych okresach odpoczynku określonych w art. 93-97 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej³, nie będzie możliwe do zrealizowania bez zapewnienia stopniowego, stałego wzrostu kadr medycznych.

Obowiązujące przepisy prawa, w tym w szczególności: ustawa o działalności leczniczej oraz ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty⁴, dopuszczają zatrudnianie w podmiocie leczniczym osób wykonujących zawód medyczny, w tym lekarzy, zarówno na podstawie umowy o pracę, jak i umowy cywilnoprawnej. Decyzja i wybór nie tylko w zakresie miejsca pracy, ale również podstawy zatrudnienia została pozostawiona woli stron danego stosunku prawnego. Nie oznacza to oczywiście, że obecne przepisy prawa umożliwiają zupełną dowolność w kształtowaniu stosunków prawnych łączących osoby wykonujące zawód medyczny (lekarzy) z podmiotami leczniczymi. Należy podkreślić, że zawód lekarza należy do grupy zawodów zaufania publicznego, co powoduje, iż osoby go wykonujące są zobowiązane do szczególnej dbałości o prawidłowe wykonywanie czynności zawodowych. Lekarz, niezależnie od podstawy świadczenia pracy, zawierając umowę z podmiotem leczniczym powinien mieć przede wszystkim na względzie późniejszą możliwość faktycznej realizacji postanowień umowy, na której zawarcie wyraża zgodę, zgodnie z przewidzianymi prawem zasadami wykonywania zawodu oraz deontologii zawodowej. Kodeks Etyki Lekarskiej, do którego przestrzegania jest zobowiązany każdy lekarz, wskazuje – jako nadrzędną zasadę wykonywania zawodu – dobro chorego. Określa przy tym, że z przestrzegania tej zasady nie zwalniają lekarza wymagania administracyjne, naciski społeczne czy też mechanizmy rynkowe.

Również kierownik podmiotu leczniczego, który decyduje się na zawarcie z lekarzem umowy, na podstawie której będzie wykonywana praca, powinien w taki sposób kształtować postanowienia tej umowy, aby z jednej strony zapewnić prawidłowe funkcjonowanie podmiotu leczniczego (np. ciągłość dostępu do świadczeń), z drugiej zaś – umożliwić lekarzowi takie wykonywanie pracy, aby było zapewnione bezpieczeństwo pacjentów, jak i osób świadczących pracę. Kierownik szpitala jest bowiem, zgodnie z ustawą o działalności leczniczej, odpowiedzialny za właściwe całościowe zarządzanie podległym mu podmiotem leczniczym, w tym za takie kształtowanie stosunków prawnych łączących szpital z lekarzami, które pozwolą zabezpieczyć przede wszystkim dobro pacjenta (przepracowany lekarz bez wątplenia nie daje rękojmi zapewnienia należytej opieki nad pacjentami).

Dodatkowo podkreślenia wymaga fakt, iż wynikające z ustawy o działalności leczniczej maksymalne dobowe i tygodniowe normy czasu pracy, wymagane okresy odpoczynku oraz zasady pełnienia dyżurów medycznych odnoszą się wyłącznie do pracowników w rozumieniu art. 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy⁵.

³ Dz. U. z 2024 r. poz. 799 i 1897.

⁴ Dz. U. z 2024 r. poz. 1287, z późn. zm.

⁵ Dz. U. z 2023 r. poz. 1465, z późn. zm.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że obecnie w Ministerstwie Zdrowia nie są prowadzone prace nad wprowadzeniem przepisów regulujących czas pracy lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych.

4) Część 5. Ważniejsze wyniki kontroli, 5.4. Szpitale wojewódzkie na tle innych szpitali, str. 37-38.

Uprzejmie informuję, że dane o zobowiązaniach ogółem i wymagalnych szpitali publicznych oraz szpitali wojewódzkich zostały przekazane NIK w dwóch turach: w pierwszej NIK otrzymała dane według stanu na koniec 2021 r., 2022 r. i 2023 r., a w drugiej według stanu na koniec I półrocza 2024 r. oraz skorygowane dane na koniec 2023 r.

NIK w przedmiotowej Informacji o wynikach kontroli na dwóch wykresach zamieszczonych na stronie 38 wykorzystwała dane według stanu na koniec 2023 r. przekazane w pierwszej turze, a więc przed korektą. Gdyby NIK w Informacji o wynikach kontroli uwzględniła skorygowane dane za 2023 r., przedstawiałyby się one następująco (dot.: wykres nr 5):

- na pierwszym wykresie zamiast kwoty 25 953,6 powinna być kwota 26 009,2, a zamiast kwoty 8 604,4 powinna być kwota 8 631,5,
- na drugim wykresie zamiast kwoty 3 011,9 powinna być kwota 3 018,8, a zamiast kwoty 1 012,0 powinna być kwota 1 012,3.

Dodatkowo uprzejmie wskazuję, że w ostatnim wierszu na str. 37 zamiast 1 979,7 mln zł powinno być 1959,7 mln zł, co byłoby zgodne z danymi na drugim wykresie (wykres nr 5) na stronie 38.

5) Część 6. Załączniki, 6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych, 6.2.2. Analiza uwarunkowań ekonomicznych i organizacyjnych, str. 45.

Uprzejmie informuję, iż ustawowe gwarancje podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego pracowników podmiotów leczniczych, niezależnie od formy ich funkcjonowania, wprowadziła ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych⁶.

Przedmiotowa ustawa obejmuje swoim zakresem pracowników wykonujących zawód medyczny oraz pracowników działalności podstawowej innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny.

Wspomniana wyżej ustawa określa jedynie najniższe wysokości wynagrodzeń zasadniczych (ustawa nie tworzy siatki płac), jednocześnie nie wyłącza w żadnym miejscu przepisów ogólnych ustawy – Kodeks pracy. Pracodawca zawsze może zwiększyć wysokość wynagrodzenia pracowników ze środków własnych. Wysokość wynagrodzenia pozostaje w gestii pracodawcy (kierownika podmiotu leczniczego), gdyż to kierownik podmiotu leczniczego ponosi odpowiedzialność za kształtowanie poziomu wynagrodzeń i ich konkretną strukturę w danej placówce.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Rafał Głowczyński
Dyrektor
/dokument podpisany elektronicznie/

⁶Dz.U. z 2022 r. poz. 2139.



PREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
MARIAN BANAŚ

KZD.430.4.2024

Warszawa, 2025-01-27

OPINIA

Prezesa Najwyższej Izby Kontroli

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

„Funkcjonowanie szpitali wojewódzkich”.

Najwyższa Izba Kontroli z satysfakcją przyjmuje informację Ministra Zdrowia o podejmowanych działaniach zbieżnych ze sformułowanym wnioskiem NIK o: „podjęcie prac mających na celu zapewnienie koordynacji i optymalizacji wykorzystania bazy materialnej i kadrowej systemu opieki zdrowotnej”. Działania te polegają na aktualnym procedowaniu projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw. W projekcie tym planuje się m.in. wdrożenie rozwiązań umożliwiających konsolidację podmiotów leczniczych oraz wzmocnienie nadzoru podmiotów tworzących nad tworzeniem i realizacją programów restrukturyzacyjnych.

Niepokój NIK budzi jednak bierność Ministra Zdrowia w zakresie wniosku dotyczącego maksymalnego dopuszczalnego nieprzerwanego czasu pracy personelu lekarskiego zatrudnionego na podstawie umów cywilnoprawnych. Kolejna kontrola NIK wskazuje, że obecnie obowiązujące regulacje nie eliminują sytuacji polegającej na pracy lekarzy nieprzerwanie przez kilka dni. Jak słusznie zauważa Minister Zdrowia: „przepracowany lekarz bez wątpienia nie daje rękojmi zapewnienia należytej opieki nad pacjentami”, informując jednocześnie, że obecnie w Ministerstwie Zdrowia nie są prowadzone prace nad wprowadzeniem przepisów regulujących czas pracy lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych.

Prezes NIK

Marian Banaś
/podpisano elektronicznie/

¹ Dz. U. z 2022 r. poz. 623.