



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
DELEGATURA W BYDGOSZCZY

LBY. 410.6.1.2024

Dariusz Szczepański  
p.o. Dyrektor  
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im.  
Błogosławionego ks. Jerzego Popiełuszki we  
Włocławku  
ul. Wieniecka 49  
87-800 Włocławek

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/24/044 Funkcjonowanie szpitali wojewódzkich.

## I. Dane identyfikacyjne

|                                     |                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Jednostka kontrolowana              | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Błogosławionego księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku <sup>1</sup> , ul. Wieniecka 49, 87-800 Włocławek                                                                                             |
| Kierownik jednostki kontrolowanej   | Dariusz Szczepański, Dyrektor Szpitala <sup>2</sup> , od 1 czerwca 2024 r.<br>W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki pełniła poprzednio:<br>Karolina Welka, Dyrektor Szpitala od 1 lipca 2019 r. do 31 maja 2024 r.          |
| Zakres przedmiotowy kontroli        | 1. Organizacja i realizacja świadczeń zdrowotnych.<br>2. Sytuacja ekonomiczno-finansowa szpitala.                                                                                                                                             |
| Okres objęty kontrolą               | Lata 2021-2023 (do zakończenia czynności kontrolnych <sup>3</sup> ) z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed i po tym okresie, jeśli zdarzenia mające wówczas miejsce miały wpływ na okres objęty kontrolą.                               |
| Podstawa prawna podjęcia kontroli   | Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>4</sup>                                                                                                                                                       |
| Jednostka przeprowadzająca kontrolę | Najwyższa Izba Kontroli<br>Delegatura w Bydgoszczy                                                                                                                                                                                            |
| Kontrolerzy                         | 1. Justyna Wierzbicka, inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBY/60/2024 z 25 marca 2024 r.<br>2. Robert Elwertowski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBY/59/2024 z 25 marca 2024 r. |

(akta kontroli str. 1-4, 5-7)

---

<sup>1</sup> Dalej: „Szpital”.

<sup>2</sup> Dalej: „Dyrektor”.

<sup>3</sup> Zakończenie czynności kontrolnych: 14 czerwca 2024 r.

<sup>4</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK

## II. Ocena ogólna<sup>5</sup> kontrolowanej działalności

### OCENA OGÓLNA

Szpital posiadał aktualny i zgodny ze stanem faktycznym wpis do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą, a zmiany w rejestrze były dokonywane w ustawowym terminie. Regulamin organizacyjny Szpitala zawierał wszystkie wymagane elementy. Do realizacji świadczeń stosowano aparaturę i sprzęt medyczny posiadający aktualne przeglądy techniczne. Opracowano, w sytuacji osiągnięcia ujemnego wyniku finansowego, wymagany przepisami program naprawczy na lata 2023-2025, w którym wskazano działania zmierzające do poprawy sytuacji finansowej Szpitala. Jednostka kontrolowana podejmowała działania w celu odzyskiwania należności a zarządzanie mieniem odbywało się zgodnie z zasadami określonymi przez podmiot tworzący. W 30 analizowanych przypadkach pobierania opłat od pacjentów w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych nieobjętych umową z Narodowym Funduszem Zdrowia nie stwierdzono nieprawidłowości.

Negatywnie oceniono, że Szpital nie umożliwiał świadczeniobiorcom umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia. Szpital zawarł trzy umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych o wartości przekraczającej każdorazowo kwotę 30 tys. euro bez konkursu ofert oraz bez oszacowania wartości udzielanego zamówienia. W kontrolowanej jednostce nie w pełni wdrożono również standardy rachunku kosztów. Szpital nie regulował w terminie swoich zobowiązań, co w konsekwencji skutkowało zapłatą odsetek za opóźnienie, jednak nie wpłynęło to na kontynuowanie dostaw i usług. Ponadto plany finansowe Szpitala opracowano po 1 stycznia danego roku.

Pozostałe stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły: pobrania opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej w wysokościach przekraczających maksymalne stawki, nieustalenia norm zatrudnienia pielęgniarek oraz niezapewnienia minimalnej liczby pielęgniarek w dwóch oddziałach szpitalnych objętych badaniem, a także nieudostępniania raportów o sytuacji ekonomiczno-finansowej za rok 2020 oraz 2022 w terminach określonych przepisami prawa.

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

### OBSZAR

Opis stanu  
faktycznego

### 1. Organizacja i realizacja świadczeń zdrowotnych.

Szpital, prowadzący działalność od 4 kwietnia 2013 r., był wpisany do rejestru podmiotów leczniczych prowadzonego przez Wojewodę Kujawsko-Pomorskiego pod numerem Księgi Rejestrowej 000000155388<sup>7</sup>. Świadczenia zdrowotne udzielane były we Włocławku przy ul. Wienieckiej 49 oraz ul. Lunewil 15. Cele i zadania Szpitala określał Statut<sup>8</sup> oraz Regulamin Organizacyjny<sup>9</sup>. Na strukturę organizacyjną Szpitala

<sup>5</sup> Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

<sup>6</sup> Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

<sup>7</sup> Dalej: „Księga Rejestrowa”.

<sup>8</sup> Nadany Uchwałą nr LI/799/14 Sejmiku Województwa Kujawsko-Pomorskiego z 23 czerwca 2014 r. (Dz. U. Województwa Kujawsko – Pomorskiego z 4 lipca 2014 r., poz. 1986 ze zm.), dalej: „Statut Szpitala”.

<sup>9</sup> Wprowadzony Zarządzeniem Wewnętrznym Nr 166/2019 Dyrektora z 18 września 2019 r. ze zm., dalej: „Regulamin”.

składały się m. in. oddziały szpitalne<sup>10</sup>, poradnie specjalistyczne<sup>11</sup>, zakłady diagnostyczne<sup>12</sup> i pracownie<sup>13</sup> oraz inne jednostki organizacyjne<sup>14</sup>. Dane dotyczące komórek organizacyjnych wykazane w Księdze Rejestrowej<sup>15</sup> były zgodne z Regulaminem jednostki oraz stanem faktycznym ustalonym w drodze oględzin<sup>16</sup>, za wyjątkiem wskazanego w Dziale III, Lp. 86, Rubryka 2 Księgi Rejestrowej adresu Zespołu Ratownictwa Medycznego Podstawowego w Kowalu, gdzie wskazano, że znajduje się on przy ul. Piwnej 20 zaś w Księdze Rejestrowej widniała ul. Piwna 3.

(akta kontroli str. 16-61, 98-407, 600-652)

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych wyjaśniła, że w załączniku nr 2 do Regulaminu błąd dotyczący miejsca stacjonowania Zespołu Ratownictwa Medycznego w Kowalu był oczywistą omyłką pisarską. Na podstawie sugestii Radnych Rady Społecznej, przekazanych na posiedzeniu 25 stycznia 2024 r., dokonano aktualizacji załącznika nr 2 dotyczącego podziału na miejsce stacjonowania oraz obszar działania Zespołów Ratownictwa Medycznego Stacji Pogotowia Ratunkowego. Aktualizacja została sporządzona na podstawie Planu Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla Województwa Kujawsko-Pomorskiego.

(akta kontroli str. 717, 724)

W toku przeprowadzonych oględzin ustalono, że na oddziałach szpitalnych przebywali pacjenci, a poradnie udzielały świadczeń według wskazanych na tablicach informacyjnych godzin funkcjonowania<sup>17</sup>.

(akta kontroli str. 600-652)

W okresie objętym kontrolą Szpital, zgodnie z art. 107 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>18</sup>, złożył 12 wniosków<sup>19</sup> o dokonanie zmiany wpisu w Księdze Rejestrowej. Wnioski dotyczyły m. in.: utworzenia 1 kwietnia 2021 r. Poradni Chirurgii Naczyniowej, zmiany liczby łóżek na Oddziale Dziecięcym Obserwacyjnym z 25 na 40, zmiany nazwy Oddziału z Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej z Pododdziałem Chirurgii Naczyniowej na Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, zakończenia z dniem 31 marca 2023 r. działalności Poradni Chirurgii Naczyniowej oraz utworzenia 6 października 2023 r. Poradni Alergologicznej dla Dzieci.

(akta kontroli str. 539-541)

Regulamin obowiązujący w okresie objętym kontrolą zawierał wszystkie, określone w art. 24 udl elementy, m.in. cele i zadania Szpitala (§4 oraz §5 Regulaminu), strukturę organizacyjną (§6-§13 Regulaminu), przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych (§15-§31 Regulaminu), w tym informacje dotyczące: rejestracji pacjentów zarówno do Szpitala jak i poradni, pracowni oraz zakładów diagnostycznych (na podstawie zgłoszenia osobistego, telefonicznego oraz za

<sup>10</sup> M. in. Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Ortopedii i Traumatologii, Dziecięcy Obserwacyjny, Kardiologii, Medycyny Paliatywnej, Dermatologii, Położniczo-Ginekologiczny, Chorób Wewnętrznych i Nefrologii, Neurochirurgii, Okulistyki, Neurologii, Urologii, Neonatologii, Pulmonologii, Diagnostyki i Leczenia Raka Płuc.

<sup>11</sup> M. in.: Dermatologiczna, Chorób Zakaźnych, Rehabilitacyjna, Patologii Noworodka, Hematologiczna, Okulistyczna, Preluksacyjna, Neurologii Dziecięcej, Zdrowia Psychicznego, Domowego Leczenia Tlenem.

<sup>12</sup> Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej, Zakład Diagnostyki Mikrobiologicznej, Zakład Diagnostyki Obrazowej.

<sup>13</sup> M. in.: Holterowska, Prób Wysiłkowych, Angiografii, Fizjoterapii, Rezonansu Magnetycznego, Tomografii Komputerowej, USG, Rentgenodiagnostyki, EMG, EEG, Endoskopii Przewodu Pokarmowego.

<sup>14</sup> Główny Blok Operacyjny, Bank Krwi z Pracownią Serologii, Ambulatorium Ogólne, Zakład Patomorfologii, Szpitalny Oddział Ratunkowy, Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna, Apteka.

<sup>15</sup> Stan na dzień 2 kwietnia 2024 r.

<sup>16</sup> Przeprowadzonych w dniach 15 oraz 16 kwietnia 2024 r.

<sup>17</sup> Największą liczbę pacjentów stwierdzono w Poradni Otolaryngologicznej oraz Poradni Okulistycznej.

<sup>18</sup> Dz.U. z 2024 r. poz. 799, dalej: „udl”.

<sup>19</sup> Wnioski o zmianę z: 15 lutego 2021 r., 15 marca 2021 r., 25 marca 2021 r., 19 lipca 2021 r., 9 listopada 2021 r., 27 czerwca 2022 r., 25 sierpnia 2022 r., 30 stycznia 2023 r., 7 kwietnia 2023 r., 18 maja 2023 r., 20 czerwca 2023 r. oraz 5 października 2023 r.

pośrednictwem osoby trzeciej), prowadzenia przez Szpital listy pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego (zgodnie z §18 pkt 2. Regulaminu kierownicy poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala byli odpowiedzialni za prowadzenie list osób oczekujących na udzielenie świadczenia w podległych komórkach organizacyjnych, za ustalenie kolejności udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, a także za pisemne informowanie pacjenta o terminie udzielenia świadczenia oraz uzasadnienie przyczyny wyboru tego terminu), a także informacje dotyczące przyjęć do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego<sup>20</sup> oraz organizacji, zadań oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych w poszczególnych jednostkach i komórkach organizacyjnych Szpitala (§39-§125 Regulaminu). Wysokość opłat za świadczenia, o których mowa w art. 24 ust. 1 pkt 11 i 12 udl określona została w załączniku nr 4 do Regulaminu, zaś wysokość opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej ustalona była odrębnymi zarządzeniami Dyrektora. W jednym przypadku (Zarządzenie Wewnętrzne nr 48/2023 z 2 maja 2023 r.) stawki ustalone przez Dyrektora przekraczały kwoty maksymalne określone w art. 28 ust. 4 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>21</sup>, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 98-403, 408-409, 1306-1328)

Analiza trybu zatrudnienia pięciu pracowników<sup>22</sup> Szpitala, na stanowiska określone w art. 49 ust. 1 pkt 2-5 udl, wykazała, że zatrudnienie nastąpiło zgodnie z zasadami określonymi w art. 49 ust. 3-6a udl oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą<sup>23</sup>. We wszystkich postępowaniach Dyrektor powołał komisje konkursowe, które opracowały i przyjęły regulamin konkursu oraz projekt ogłoszenia o konkursie. Ogłoszenia o konkursach zawierały wymagane elementy, o których mowa w §9 ust. 1 ww. rozporządzenia i zostały podane do wiadomości w [Biuletynie Informacji Publicznej](#) oraz zamieszczone na tablicy ogłoszeń. Z kandydatami wybranymi w drodze konkursu Szpital zawarł umowy o pracę odpowiednio: 23 lipca 2021r.<sup>24</sup>, 15 kwietnia 2022 r.<sup>25</sup>, 16 maja 2022 r.<sup>26</sup>, 12 stycznia 2023 r.<sup>27</sup> i 25 października 2023 r.<sup>28</sup>.

W Szpitalu – zgodnie z zapisami zawartymi w § 32 Regulaminu - oddziałami kierowali lekarze niebędący ordynatorami.

(akta kontroli str. 72-80, 116)

Świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Szpital udzielał<sup>29</sup> w 19 oddziałach szpitalnych<sup>30</sup> oraz 54 pozostałych komórkach organizacyjnych<sup>31</sup>. W latach 2021-2023 liczba łóżek w Szpitalu (według stanu na 31

<sup>20</sup> Obowiązywał system segregacji pacjentów TRIAGE tj. ustalenia stopnia pilności oczekiwania pacjenta na badanie lekarskie - §28 pkt 2 Regulaminu.

<sup>21</sup> Dz.U. z 2024 r. poz. 581, dalej: „ustawa o prawach pacjenta i RPP”.

<sup>22</sup> Trzy pielęgniarki oddziałowe (zatrudnione na oddziałach: Anestezjologii i Intensywnej Terapii; Urologii, Neurochirurgii), jedna położna oddziałowa (Oddział Położniczo-Ginekologiczny) i jedna Naczelna Pielęgniarka, której stanowisko zostało uwzględnione w strukturze organizacyjnej Szpitala w ramach Regulaminu.

<sup>23</sup> Dz.U. z 2021 r. poz. 430.

<sup>24</sup> Posiedzenie komisji konkursowej 7 lipca 2021 r.

<sup>25</sup> Posiedzenie komisji konkursowej 31 marca 2022 r.

<sup>26</sup> Posiedzenie komisji konkursowej 5 maja 2022 r.

<sup>27</sup> Posiedzenie komisji konkursowej 28 grudnia 2022 r.

<sup>28</sup> Posiedzenie komisji konkursowej 11 października 2023 r.

<sup>29</sup> Stan na 31 grudnia 2023 r.

<sup>30</sup> M. in. Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Oddział Ortopedii i Traumatologii, Oddział Dziecięcy Obserwacyjny, Oddział Ginekologiczno-Położniczy, Oddział Medycyny Paliatywnej, Szpitalny Oddział Ratunkowy.

<sup>31</sup> M. in. Główny Blok Operacyjny, Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej, Zakład Diagnostyki Obrazowej, Zakład Rehabilitacji, Pracownia Kardiologii Inwazyjnej, Pracownia EEG, Pracownia EMG, Poradnia Dermatologiczna, Poradnia Domowego Leczenia Tlenem, Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna, Stacja Pogotowia Ratunkowego.

grudnia) wynosiła odpowiednio: 562, 509, 491. Liczba osób zatrudnionych na podstawie umów o pracę oraz umów cywilnoprawnych wynosiła ogółem: w 2021 r. – 1 411 (w tym 956 pracowników medycznych), w 2022 r. – 1 460 (971 pracowników medycznych) zaś w 2023 r. – 1 490 (995 pracowników medycznych). W 2021 r. hospitalizowanych było 24 587 pacjentów, w 2022 r. – 26 247 a w 2023 r. – 27 591. Leczeniem ambulatoryjnym objęto: 120 533 pacjentów (2021 r.), 135 770 (2022 r.) oraz 140 237 (2023 r.). Wartość umów zawartych z NFZ<sup>32</sup> wynosiła: według stanu na 31 grudnia 2021 - 155 205,0 tys. zł, według stanu na 31 grudnia 2022 r. – 190 905,4 tys. zł i według stanu na 31 grudnia 2023 r. – 241 305,4 tys. zł.

Średnie wykorzystanie łóżek szpitalnych w oddziałach w okresie pierwszych trzech kwartałów lat 2021 (1), 2022 (2) i 2023 (3) wynosiło odpowiednio: (1) 50,0 dni; 53,9 dni i 57,3 dni; (2) 49,5 dni; 60,4 dni i 58,1 dni, (3) 60,8 dni; 50,8 dni i 60,7 dni.

(akta kontroli str. 63-68, 71)

W wyniku przeprowadzonych oględzin budynków i pomieszczeń Szpitala ustalono, że podmiot leczniczy nie udostępniał pacjentom wszystkich informacji, które zobowiązany był podać zgodnie z § 11 Załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>33</sup>, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

[Na stronie internetowej Szpitala](#) wyodrębniona została podstrona „Dla pacjenta”, w której zamieszczone były informacje dotyczące m. in.: Praw Pacjenta, procedury przyjęcia do Szpitala oraz zasad wnoszenia skarg i wniosków.

(akta kontroli str. 600-652, 668-669)

Zgodnie z §17 Regulaminu Szpital zapewniał rejestrację pacjentów na podstawie zgłoszenia osobistego, telefonicznego lub za pośrednictwem osoby trzeciej. Szpital prowadził listy pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia, za które odpowiedzialni byli kierownicy poszczególnych komórek organizacyjnych. Odpowiadali oni również za: ustalenie kolejności udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, pisemne informowanie pacjenta o terminie udzielenia świadczenia oraz uzasadnienie przyczyny wyboru tego terminu. Wpisu pacjenta na listę oczekujących dokonywał lekarz a rejestracja pacjentów odbywała się na bieżąco. Kolejki osób oczekujących podlegały okresowej ocenie przez Zespół Oceny Przyjęć<sup>34</sup>.

W poradniach oraz pracowniach i zakładach diagnostycznych Szpitala obowiązywała następująca organizacja przyjęć pacjentów:

- 1) świadczenia zdrowotne miały być udzielane w dniu zgłoszenia, a w przypadku niemożności przyjęcia pacjenta w dniu jego zgłoszenia wpisywany był na listę osób oczekujących;
- 2) informacje o dniach i godzinach przyjęć lekarzy w poradniach wywieszone były na drzwiach gabinetów lekarskich;
- 3) rejestracja pacjenta następowała z wyznaczeniem terminu realizacji świadczenia zdrowotnego, tj. dnia i godziny lub bloku godzinowego;
- 4) w razie nagłego zachorowania pacjent przyjmowany był bez skierowania w dniu zgłoszenia.

W okresie objętym kontrolą Szpital nie umożliwiał świadczeniobiorcom umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

<sup>32</sup> Wraz z aneksami.

<sup>33</sup> Dz.U. z 2023 r. poz. 1194, ze zm., dalej: „ogólne warunki umów”.

<sup>34</sup> Powołany Zarządzeniem Wewnętrznym Nr 64/2014 Dyrektora z 15 maja 2014 w sprawie powołania Zespołu Oceny Przyjęć, a następnie zmienionym Zarządzeniem Wewnętrznym Nr 136/2015 z 12 października 2015 r.

(akta kontroli str.109-110, 134, 542-543, 710)

W latach 2021-2023 (według stanu na 31 grudnia) największa liczba pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego wynosiła odpowiednio: 17 340 osób, w tym 12 829<sup>35</sup> przypadków stabilnych i 4 511<sup>36</sup> przypadków pilnych; 19 465 osób, w tym 14 919<sup>37</sup> przypadków stabilnych i 4 546<sup>38</sup> przypadki pilne; 19 663 osoby, w tym 15 256<sup>39</sup> przypadków stabilnych i 4 407<sup>40</sup> przypadków pilnych.

Najdłuższy czas oczekiwania na udzielenie świadczeń dla przypadków stabilnych według stanu na 31 grudnia 2021, 2022 i 2023 r. wyniósł odpowiednio: 526<sup>41</sup>, 396<sup>42</sup> i 608<sup>43</sup> dni a dla przypadków pilnych odpowiednio: 193<sup>44</sup>, 135<sup>45</sup> i 219<sup>46</sup> dni.

Oddziałem o największej liczbie osób oczekujących na udzielenie świadczenia (przypadki stabilne i pilne) był Oddział Okulistyki a oddziałem o najdłuższym czasie oczekiwania (przypadki stabilne i pilne) był Oddział Ortopedii i Traumatologii.

Według stanu na 31 grudnia 2021 r. w stosunku do stanu na 31 grudnia 2023 r. wzrosła liczba pacjentów, będących w stanie stabilnym, oczekujących na świadczenia ambulatoryjne w Poradni Rehabilitacyjnej z 0 do 142 osób, w Poradni Neurologicznej z 1 do 63 osób, w Poradni Okulistycznej z 124 do 637 osób oraz w Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc z 57 do 282 osób. Wzrostowi uległ również czas oczekiwania na udzielenie świadczeń ambulatoryjnych pacjentom w stanie stabilnym w Poradni Urologicznej z 206 do 584 dni oraz w Pracowni Diagnostyki Obrazowej z 120 na 342 dni (w zakresie świadczenia tomografii komputerowej) i z 91 na 199 dni (w zakresie świadczenia rezonansu magnetycznego).

Zmniejszyła się natomiast, według stanu na 31 grudnia 2021 w stosunku do stanu na 31 grudnia 2023, liczba pacjentów, będących w stanie stabilnym, oczekujących na świadczenia ambulatoryjne w Poradni Neurologii Dziecięcej z 74 na 19 osób (spadek o 74%) gdzie jednocześnie zmniejszył się czas oczekiwania na udzielenie świadczenia z 90 na 52 dni (spadek o 58%).

(akta kontroli str. 411-418)

Jak podała Z-ca Dyrektora ds. Ekonomicznych w Szpitalu kolejki pacjentów oczekujących są prowadzone zgodnie z przepisami wydanymi w ustawie z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>47</sup>.

(akta kontroli str. 545)

Analiza 60 rekordów<sup>48</sup> przypadków stabilnych na listach oczekujących dla oddziałów: Okulistyki, Ortopedii i Traumatologii oraz Ginekologiczno-Położniczego wykazała, że:

<sup>35</sup> M. in. w zakresie zabiegów soczewki – zaćma (8 030 osób), w zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego (994 osoby), endoprotezoplastyki stawu kolanowego (766 osób), ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w Poradni Ortopedii i Traumatologii (294 osoby), Poradni Neurochirurgicznej (227 osób), Poradni Urologicznej (206 osób) i Poradni Fizjoterapii (196 osób).

<sup>36</sup> Najwięcej na Oddziale Okulistyki (3 244 osoby).

<sup>37</sup> M. in. w zakresie zabiegów soczewki – zaćma (7 933 osoby), w zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego (965 osób), endoprotezoplastyki stawu kolanowego (772 osoby), ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w Poradni Okulistycznej (725 osób), Poradni Ortopedii i Traumatologii (362 osoby), Poradni Urologicznej (351 osób).

<sup>38</sup> Najwięcej na Oddziale Okulistyki (3 112 osób).

<sup>39</sup> M. in. w zakresie zabiegów soczewki – zaćma (7 583 osoby), w zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego (930 osób), endoprotezoplastyki stawu kolanowego (784 osoby), ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w Poradni Okulistycznej (637 osób), Poradni Urologicznej (548 osób) i w Pracowni Diagnostyki Obrazowej (342 osoby).

<sup>40</sup> Najwięcej na Oddziale Okulistyki (2 891 osób).

<sup>41</sup> Na Oddziale Ortopedii i Traumatologii na świadczenie z zakresu artroskopowej rekonstrukcji więzadeł krzyżowych.

<sup>42</sup> Na Oddziale Ortopedii i Traumatologii na świadczenie z zakresu rewizji po endoprotezoplastyce stawu kolanowego.

<sup>43</sup> Na Oddziale Ortopedii i Traumatologii na świadczenie z zakresu endoprotezoplastyki stawu kolanowego.

<sup>44</sup> Na świadczenie z zakresu endoprotezoplastyki stawu kolanowego.

<sup>45</sup> Na świadczenie z zakresu endoprotezoplastyki stawu kolanowego.

<sup>46</sup> Na świadczenie z zakresu artroskopowej rekonstrukcji więzadeł krzyżowych.

<sup>47</sup> Dz.U. z 2024 r. poz. 146, dalej: „ustawa o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych”.

<sup>48</sup> Po 20 przypadków z 2021, 2022 i 2023 r.

w 22 przypadkach, z powodu względów medycznych, nastąpiło czasowe odroczenie terminu wizyty, w 10 przypadkach nastąpiła rezygnacja pacjenta z oczekiwania na wizytę, w ośmiu przypadkach, ze względów medycznych, nastąpiło przyspieszenie terminu a w pozostałych 20 przypadkach zmiana terminu wizyty pierwotnie zaplanowanej nie nastąpiła.

(akta kontroli str. 546-599)

Z-ca Dyrektora ds. Ekonomicznych podała, że w sytuacji rezygnacji pacjenta lub odroczenia terminu w większości przypadków wskazywany był kolejny pacjent lub pacjent, któremu należy przyspieszyć udzielenie świadczenia decyzją lekarza. Nie odnotowuje się nigdzie jaki pacjent zajmuje czyje miejsce.

(akta kontroli str. 2105)

W latach 2021-2023 nie wpłynęła do Narodowego Funduszu Zdrowia - Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego w Bydgoszczy żadna skarga związana z ustaleniem kolejności dostępu do świadczeń medycznych w Szpitalu. Z kolei do Rzecznika Praw Pacjenta na Telefoniczną Informację Pacjenta wpłynęło, w okresie objętym kontrolą, odpowiednio: pięć, pięć i cztery zgłoszenia dotyczące nieprawidłowości związanych z ustaleniem kolejności dostępu do świadczeń medycznych w kontrolowanej jednostce.

(akta kontroli str.85-97)

W dwóch oddziałach szpitalnych o największej liczbie łóżek, w których udzielane były całodobowe świadczenia szpitalne, objętych szczegółową analizą, tj. Oddziale Chorób Wewnętrznych i Nefrologii (1) oraz Oddziale Kardiologii (2) na stanowiskach medycznych było zatrudnionych odpowiednio:

- 1) w październiku 2021 r.: (1) 26 osób, 10 lekarzy, 15 pielęgniarek i jeden młodszy asystent rezydent; (2) 54 osoby, w tym: 21 lekarzy, 30 pielęgniarek i trzech młodszych asystentów rezydentów;
- 2) w maju 2022 r. 28 osób, w tym: (1) 9 lekarzy, 18 pielęgniarek i jeden młodszy asystent rezydent; (2) 54 osoby, w tym: 21 lekarzy, 31 pielęgniarek i dwóch młodszych asystentów rezydentów;
- 3) w styczniu 2023 r. 32 osoby, w tym: (1) 9 lekarzy, 21 pielęgniarek i dwóch młodszych asystentów rezydentów; (2) 53 osoby, w tym: 24 lekarzy i 29 pielęgniarek.

Zatrudnieni na ww. oddziałach lekarzy i pielęgniarki byli wykazani w załączniku nr 2 „Harmonogram-zasoby” do umowy z NFZ i posiadali odpowiednie kwalifikacje. Czas pracy personelu medycznego był zgodny z harmonogramami pracy. Zmiany personelu była zgłaszane przez Szpital drogą elektroniczną oraz aktualizowane w formie aneksów do umów.

(akta kontroli str. 653, 655-667, 1925, 1969-2094)

Normy określone w rozporządzenia Ministra Zdrowia z 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego<sup>49</sup>, w zakresie zatrudnienia pielęgniarek, dla Oddziału Chorób Wewnętrznych i Nefrologii w październiku 2021, maju 2022 i styczniu 2023 oraz dla Oddziału Kardiologii w maju 2022 i styczniu 2023, nie zostały spełnione, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 653, 655-667, 1925)

<sup>49</sup> Dz.U. z 2023 r. poz. 870, ze zm., dalej: „rozporządzenie MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych”.



Na podstawie analizy dokumentacji 10<sup>50</sup> sprzętów i aparatury medycznej, eksploatowanych na oddziałach: Ginekologiczno-Położniczym, Neonatologii, Anestezjologii i Intensywnej Terapii<sup>51</sup>, Okulistyki, Pulmonologii, Chirurgii Ogólnej oraz Głównym Bloku Operacyjnym, Szpitalny Oddział Ratunkowy i Pracownia Kardiologii Inwazyjnej a wybranych z rejestru środków trwałych Szpitala, ustalono, że – w okresie objętym kontrolą - terminowo dokonywano przeglądów technicznych stanu tych urządzeń a zapisy o przeprowadzonych kontrolach odnotowywano w paszportach technicznych.

(akta kontroli str. 1207)

W Szpitalu<sup>52</sup>, podmioty wykonujące działalność leczniczą oraz osoby legitymujące się fachowymi kwalifikacjami do udzielania świadczeń zdrowotnych, udzielały świadczeń na podstawie umów (w tym 42 zawartych bez postępowania konkursowego) o łącznej wartości zrealizowanych zamówień 3 011,7 tys. zł.

Zasady postępowania przy przeprowadzaniu konkursów ofert zostały określone w Zarządzeniu Wewnętrznym nr 54/2020 Dyrektora z 7 kwietnia 2020 r. w sprawie wprowadzanie Instrukcji udzielania zamówień na świadczenia zdrowotne, Regulaminu Pracy Komisji Konkursowej oraz Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.

(akta kontroli str. 728-750, 835-865)

Badaniem objęto trzy postępowania konkursowe<sup>53</sup> oraz 18 wybranych umów<sup>54</sup> o udzielenie zamówienia zawartych w wyniku ich rozstrzygnięcia.

Analiza dokumentacji konkursów ofert wykazała, że:

- konkursy przeprowadzały komisje każdorazowo powołane zarządzeniem Dyrektora;
- we wszystkich badanych przypadkach dokonano ustalenia wartości szacunkowej przedmiotu zamówienia wskazanej w art. 26a udl,
- we wszystkich trzech ogłoszeniach o konkursie, zgodnie z art. 141 ust. 4 ustawy o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych, dokonano pełnego opisu przedmiotu zamówienia, stosując nazwy i kody określone we Wspólnym Słowniku Zamówień, określonym w Rozporządzeniu (WE) nr 2195/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (CPV)<sup>55</sup>,
- informacje o konkursach ofert upubliczniano poprzez zamieszczenie ogłoszeń na stronie internetowej Szpitala oraz tablicy ogłoszeń,
- porównania ofert dokonano z uwzględnieniem kryteriów: „cena brutto w zł za jedną godzinę”, „wykształcenie”, „specjalizacja”, „cena”, „dostępność”, „koncepcja organizacji i zarządzania oddziałem”, niezgodnie z art. 148 ust. 1 ustawy o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych w zw. z art. 26 ust. 4 udl, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 866-962)

<sup>50</sup> O numerach inwentarzowych: 17/2022 z 17.02.2022 T-4-42-57-41, 206/2022 z 29.11.2022 T-4-42-51-122, 186/2022 z 24.10.2022 T-4-42-57-43, 202/2022 z 15.11.2022 T-4-42-80-2, 187/2022 z 24.10.2022 T-4-42-57-44, 14/2022 z 08.02.2022 T-4-42-24-5, 200/2022 z 31.10.2022 T-4-42-16-32, 44/2021 z 28.09.2021 T-4-42-57-39, 18/2022 z 03.03.2022 T-4-42-61-24, 48/2021 z 19.10.2021 T-4-42-10-44.

<sup>51</sup> Na tym oddziale znajdowały się dwa urządzenia, których dokumentację objęto badaniem.

<sup>52</sup> Według stanu na 9 maja 2024 r.

<sup>53</sup> Postępowanie konkursowe nr 10/2022, nr 23/2022 oraz 34/2023.

<sup>54</sup> Umowy o numerach: 329/2023/DK, 330/2023/DK, 334/2023/DK, 333/2023/DK, 327/2023/DK, 328/2023/DK, 332/2023/DK, 331/2023/DK, 76/2023/DK, 64/2023/DK, 60/2023/DK, 78/2023/DK, 71/2023/DK, 188/2022/DK, 164/2022/DK, 161/20228/DK, 197/2022, 205/2022/DK.

<sup>55</sup> Dz. Urz. UE.L 2002 Nr 340, str. 1.

Analiza umów zawartych w wyniku rozstrzygnięcia ww. konkursów wykazała m.in., że treść umów odpowiadała wymaganiom określonym w art. 27 ust. 4 udl, a umowy były zawierane na okres od jednego roku do 3 lat.

(akta kontroli str.1443-1694)

Ponadto badaniem objęto trzy umowy<sup>56</sup> zawarte bez przeprowadzenia konkursu o najwyższej wartości zrealizowanych zamówień. Przedmiotem tych umów było udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu w ramach Oddziału Ortopedii i Traumatologii oraz Poradni Ortopedii i Traumatologii, w zakresie chirurgii ogólnej w ramach Oddziału Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, w Poradni Chirurgii Ogólnej oraz w Pracowni Endoskopii Przewodu Pokarmowego oraz w zakresie wykonywania badań EMG wraz z opisem. Umowy te zawarto z lekarzami prowadzącymi indywidualne praktyki lekarskiej, wpisanymi do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Kontrola czasu pracy tych lekarzy, na podstawie harmonogramów udzielania świadczeń oraz sprawozdań z wykonania tych harmonogramów<sup>57</sup>, nie wykazała nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 745-746, 750, 1208-1261)

W przypadku jednej umowy, zawartej 24 stycznia 2023 r., w dniu, w którym zaczęła ona obowiązywać (tj. 26 stycznia 2023 r.) zawarto z przyjmującym zamówienie porozumienie zmieniające zasady wynagradzania. Kolejne porozumienie, również zmieniające zasady wynagrodzenia, zostało zawarte 24 lutego 2023 r. Następnie 29 września 2023 r. Szpital podpisał z lekarzem aneks nr 1 do umowy, po raz kolejny zmieniający zasady wynagrodzenia.

(akta kontroli str.1208-1223)

Z-ca Dyrektora ds. Ekonomicznych wyjaśniła, że powodem zawierania porozumień do umowy 24 stycznia 2023 r. było rozszerzenie zakresu świadczonych usług poprzez dodanie dodatkowych pozalimitowych zabiegów endoprotezoplastyki. Lekarz, już po podpisaniu umowy, zobowiązał się do dołączenia do zespołu ortopedów, dlatego postanowiono 26 stycznia 2023 r. podpisać porozumienie określające zasady wynagradzania. Rozszerzenie zakresu usług leżało w interesie Szpitala i dawało podstawy do udzielania w szerszym zakresie wysoko wycenionych procedur zabiegowych. Analogiczna sytuacja dotyczyła kolejnego porozumienia zawartego 24 lutego 2023 r. na udzielanie świadczeń zdrowotnych w poradni ortopedycznej. W sytuacji braków kadrowych i wydłużających się okresów oczekiwania pacjentów na wizytę a jednocześnie odblokowania limitów NFZ zaistniała uzasadniona konieczność rozszerzania zakresu udzielania świadczeń w poradni. W przypadku aneksu zmieniającego zasady wynagradzania z 29 września 2023 r. Szpital działał w warunkach swego przymusu, ponieważ był konfrontowany z żądaniami podwyżek wynagrodzeń, które były obwarowane groźbą rozwiązania umów przez całe grupy personelu. W opisanej sytuacji Szpital stał przed niebezpieczeństwem braku możliwości funkcjonowania (braku możliwości udzielania świadczeń w danym zakresie). Dopuszczenie do rozwiązania umów przez Szpital a tym samym ograniczenie działania, mogło nieść za sobą negatywne konsekwencje począwszy od kar umownych z tytułu niewykonania świadczeń przez NFZ aż po zagrożenie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów mogące skutkować możliwymi roszczeniami względem szpitala.

(akta kontroli str. 2103-2104)

Wartość zrealizowanych zamówień na podstawie umów zawartych bez przeprowadzenia konkursu, objętych badaniem, każdorazowo przekraczała wyrażoną

<sup>56</sup> Umowa zlecenie nr 93/2023/DK, umowa zlecenie nr 268/2023/DK, umowa zlecenie nr 349/2022/DK.

<sup>57</sup> Za miesiące: wrzesień oraz październik 2023 r.

w złotych równowartość 30 tys. euro, nie zostając poprzedzona oszacowaniem wartości zamówienia, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 745-746, 750, 1208-1241)

Z-ca Dyrektora ds. Ekonomicznych podała, iż w kwestii nadzoru nad wykonywaniem umów o udzielenie świadczeń zdrowotnych przez podmioty zewnętrzne oraz osoby legitymujące się fachowymi kwalifikacjami, w Szpitalu funkcjonuje struktura hierarchiczna, która ma odzwierciedlenie w treści zawieranych umów oraz modelu organizacyjnym jednostki. Polega ona na tym że w ramach określonej grupy zawodowej (np. lekarzy) ustalony jest porządek działania, obejmujący m. in. kwestie organizacyjne i rozliczeniowe. Kierownik oddziału ustala, w porozumieniu z podległymi lekarzami, harmonogram pracy oddziału, mając na względzie konieczność zapewnienia ciągłości świadczeń oraz prawidłowego funkcjonowania oddziału – sam zaś kierownik w obrębie organizacyjnym podlega Zastępcy Dyrektora ds. leczenia, który z kolei sprawuje nadzór nad kwestiami organizacyjnymi wskazanego szczebla.

Po zakończonym miesiącu, przed wystawieniem faktur, kierownik oddziału sporządza sprawozdanie z udzielonych świadczeń przez siebie i podległy jemu personel, które jest zatwierdzane przez Zastępcę Dyrektora ds. leczenia i sprawdzany z indywidualnymi sprawozdaniami poszczególnych osób udzielających świadczeń przez pracowników działu kadr. W przypadku rozbieżności lub konieczności wyjaśnienia poszczególnych aspektów wskazanych sprawozdań podejmowany jest kontakt z kierownikiem oddziału oraz wskazaną osobą, celem ich wyjaśnienia. Analogiczne rozwiązanie funkcjonuje w odniesieniu do personelu pielęgniarskiego, ratowników medycznych, fizjoterapeutów, techników radiologii, których kwestie nadzoru i organizacji sprawuje Naczelną Pielęgniarka z pomocą pielęgniarek oddziałowych oraz kierowników poszczególnych komórek organizacyjnych.

(akta kontroli str. 726-727)

Szpital realizował świadczenia finansowane bezpośrednio przez pacjentów poza umową z NFZ. Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat została opisana w rozdziale 11 w postanowieniu § 170 Regulaminu. Wysokość opłat za udzielanie świadczeń zdrowotnych, które mogły być udzielane za częściową lub całkowitą opłatą, została określona w załączniku nr 4 do Regulaminu. Ponadto w Regulaminie wskazano, że udzielanie świadczeń zdrowotnych odpłatnych organizowane było w taki sposób, aby nie ograniczać dostępności do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, z zapewnieniem poszanowania zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi. Jednocześnie wskazano, że Szpital nie mógł odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebowała natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

(akta kontroli str. 165-166, 173-186)

Na podstawie analizy 30 faktur<sup>58</sup> na łączną kwotę 21,2 tys. zł stwierdzono, że opłaty pobierano od osób nieuprawnionych do bezpłatnych świadczeń. W okresie objętym

<sup>58</sup> Analizą objęto faktury o nr: 006/SK1/02/2021; 017/SK1/03/2021, 004/SK1/04/2021, 015/SK1/06/2021, 002/SK1/07/2021, 017/SK1/08/2021, 009/SK1/09/2021, 044/SK1/10/2021, 031/SK1/11/2021, 007/SK1/12/2021, 047/SK1/02/2022, 010/SK1/03/2022, 023/SK1/03/2022, 022/SK1/04/2022, 038/SK1/05/2022, 012/SK1/06/2022, 016/SK1/07/2022, 014/SK1/08/2022, 011/SK1/09/2022, 003/SK1/11/2022, 007/SK1/01/2023, 023/SK1/01/2023, 007/SK1/03/2023, 026/SK1/04/2023, 006/SK1/05/2023, 013/SK1/06/2023, 014/SK1/08/2023, 001/8SK1/09/2023, 021/SK1/09/2023, 015/SK1/11/2023.

kontrolą nie stwierdzono przypadków komercyjnego udzielania świadczeń zdrowotnych, na które Szpital miał zawartą umowę z NFZ.

(akta kontroli str. 1780-1924)

W okresie objętym kontrolą przeprowadzonych zostało 75 kontroli. Kontrole prowadził m. in.: Narodowy Fundusz Zdrowia, Państwowa Inspekcja Pracy, Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna, Marszałek Województwa Kujawsko-Pomorskiego, Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, Wojewódzki Konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego, Wojewódzki Inspektorat Farmaceutyczny. Kontrole wykazały nieprawidłowości w zakresie: gospodarki krwią w Szpitalu, realizacji założeń standardu opieki okołoporodowej, bezpieczeństwa żywności i żywienia, warunków wykonywania patomorfologicznych świadczeń diagnostycznych, utrzymania czystości, postępowania z bielizną i odpadami, ze szczególnym uwzględnieniem odpadów medycznych. Stwierdzone, w toku przeprowadzonych kontroli, nieprawidłowości dotyczyły także nieegzekwowania przez Szpital od lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych umów (polis) obowiązkowego ubezpieczenia OC.

Szpital udzielał informacji podmiotom kontrolującym o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych. W jednym z badanych przypadków skierował wniosek o przedłużenie terminu do usunięcia nieprawidłowości<sup>59</sup>.

(akta kontroli str.1197-1206)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. Szpital nie udostępniał pacjentom wszystkich wymaganych informacji w miejscach udzielania świadczeń, co było niezgodne z § 11 ogólnych warunków umów. 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<sup>60</sup> widniała informacja o imionach i nazwiskach osób kierujących pracą komórki organizacyjnej.

(akta kontroli str. 668-669)

Z-ca Dyrektora ds. Ekonomicznych podała, że informacje dotyczące adresu i numeru telefonu właściwej miejscowo komórki do skarg i wniosków Narodowego Funduszu Zdrowia zostały 8 maja 2024 r. zamieszczone przy wejściu do budynków, a 9 maja 2024 r. umieszczono na wszystkich tablicach w miejscach ogólnodostępnych informacje o udogodnieniach dla osób niepełnosprawnych.

W kwestii braku informacji o imionach i nazwiskach osób kierujących pracą komórek organizacyjnych Z-ca Dyrektora ds. Ekonomicznych wyjaśniła, że z uwagi na dużą rotację personelu ciągła aktualizacja powyższych informacji byłaby czynnością codzienną. Pacjent przy przyjęciu jest informowany kto jest jego lekarzem prowadzącym. Niemniej jednak listy lekarzy z imienia i nazwiska zostały 7 maja 2024 r. wywieszone na wszystkich oddziałach przed gabinetami lekarskimi i będą na bieżąco aktualizowane. Co do możliwości i sposobu zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia to – jak podała Z-ca Dyrektora ds. Ekonomicznych – listy oczekujących na świadczenia medyczne prowadzone są zgodnie z zapisami w Regulaminie § 18 punkty 2, 4, 5 a rejestracja pacjentów odbywa się na bieżąco.

(akta kontroli str. 711)

<sup>59</sup> Dotyczyło to kontroli przeprowadzonej 24 października 2022 r. przez PPIS Oddział we Włocławku.

<sup>60</sup> Oddział Dziecięcy Obserwacyjny, Oddział Ortopedii i Traumatologii oraz Oddział Neurochirurgii.

NIK potwierdza, że nieprawidłowość została usunięta w trakcie trwania czynności kontrolnych. Brakujące informacje wymagane ogólnymi warunkami umów zostały pacjentom udostępnione.

2. Szpital nie umożliwiał świadczeniobiorcom umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia, co było niezgodne z art. 23a ustawy o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych.

(akta kontroli str. 109-110, 134, 668-669)

Za-ca Dyrektora ds. Ekonomicznych podała, że Szpital we Włocławku jako operator usługi kluczowej nie wdrożył systemu elektronicznej rejestracji, w tym umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących, powiadamiania o terminie udzielania świadczenia dla pacjentów z powodów utrzymania maksymalnego poziomu bezpieczeństwa informatycznego przechowywanych danych pacjentów i personelu. Wdrożenie ww. systemu musiałoby zostać poprzedzone podniesieniem poziomu systemu bezpieczeństwa informatycznego, tak aby zminimalizować ewentualne ryzyko naruszeń do akceptowalnego poziomu. Działanie nie zostało podjęte ze względu na brak środków finansowych.

(akta kontroli str. 710)

NIK podkreśla, że od 1 stycznia 2020 r. świadczeniodawcy udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach lub świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej byli zobowiązani do zapewnienia świadczeniobiorcą przedmiotowej funkcjonalności, a stosownie do treści art. 23a ust. 3 ustawy o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych, minister właściwy do spraw zdrowia określił, w drodze rozporządzenia<sup>61</sup>, minimalną funkcjonalność dla systemów teleinformatycznych umożliwiających realizację usług, w tym sposób identyfikacji i uwierzytelniania świadczeniobiorców, mając na uwadze konieczność zapewnienia świadczeniobiorcom dostępu do danych zawartych na listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.

3. Dyrektor Szpitala nie ustalił minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek, co stanowiło naruszenie z art. 50 ust. 1 udl, który stanowi, że podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą stosuje minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek, a te minimalne normy ustala kierownik tego podmiotu 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. Ponadto, zgodnie z §7 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami<sup>62</sup> minimalne normy ustala się co najmniej raz na trzy lata.

(akta kontroli str. 718-723)

Z-ca Dyrektora ds. Ekonomicznych podała, że w roku 2015 Szpital wyliczył minimalne normy zatrudnienia dla pielęgniarek i położnych wyliczone na podstawie kategorii opieki nad pacjentem. Normy te zostały wysłane do zaopiniowania do Zakładowej Organizacji Związków Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek<sup>63</sup>

<sup>61</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 7 lipca 2017 r. w sprawie minimalnej funkcjonalności dla systemów teleinformatycznych umożliwiających realizację usług związanych z prowadzeniem przez świadczeniodawców list oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2017 r. poz. 1404).

<sup>62</sup> Dz.U. z 2012 r. poz. 1545.

<sup>63</sup> Dalej: „Zakładowa Organizacja Związków OZZPiP”.

i Położnych przy Szpitalu oraz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Włocławku<sup>64</sup>. Otrzymano pozytywną opinię od OZPiP natomiast Zakładowa Organizacja Związków OZZPiP nie wydała opinii. Ówczesny Dyrektor nie wydał zarządzenia wprowadzającego minimalne normy, przy czym Szpital starał się zapewnić obsadę personelu. W 2019 r. ponownie zostały wyliczone normy, które nie zostały zaopiniowane przez Zakładową Organizację Związków OZZPiP i OZPiP. W kolejnych latach, tj. w okresie pandemii Covid-19, z uwagi na zniesienie obowiązywania norm zatrudnienia, nie były one liczone. W bieżącym roku normy zostały wyliczone zarówno na podstawie kategorii opieki nad pacjentem jak i na podstawie wskaźnika w przeliczeniu na ilość łóżek w oddziałach. Normy te przesłane do zaopiniowania do Zakładowa Organizacja Związków OZZPiP i OZPiP, po wydaniu opinii, będą przedstawione Dyrektorowi szpitala celem wprowadzenia zarządzenia.

(akta kontroli str. 718)

W ocenie NIK, obowiązek ustalenia przez Dyrektora Szpitala minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek nie ustawał w sytuacji niezaopiniowania przez Zakładową Organizację Związków OZZPiP i OZPiP wyliczonych norm. Dyrektor ograniczył swoje działania do jednorazowego zwrócenia się do ww. podmiotów o opinię a uzyskując tylko jedną odpowiedź, tak jak to miało miejsce w 2015 r., bądź nie otrzymując żadnej odpowiedzi w 2019 r., nie podjął dalszych kroków, by ustawowy obowiązek wypełnić. Okres pandemii, na który powołuje się w wyjaśnieniach Z-ca Dyrektora ds. Ekonomicznych, był okresem ekstraordynaryjnym, a z dniem 1 lipca 2023 r. został odwołany rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 14 czerwca 2023 r. w sprawie odwołania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego<sup>65</sup>.

4. Szpital nie spełniał norm zatrudnienia pielęgniarek, określonych w załączniku nr 3 do rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych. Na Oddziale Chorób Wewnętrznych i Nefrologii zatrudniano w październiku 2021 r. pielęgniarki w równoważniku 21,16 etatu, w maju 2022 r. – 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<sup>66</sup>. 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<sup>67</sup> z 32 łózkami wynosiła 19,2 etatu<sup>68</sup>.

(akta kontroli str. 657-667, 1925)

Z-ca Dyrektora ds. Ekonomicznych podała, że w przypadku wystąpienia niedoborów kadrowych w grupie pielęgniarek i braku możliwości zatrudnienia nowych pracowników (np. brak kandydatów) Szpital, celem zapewnienia optymalnej opieki nad pacjentami oraz zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom, zatrudnia opiekunów medycznych, którzy zgodnie ze swoimi kompetencjami są w stanie przejąć od pielęgniarek część obowiązków pielęgnacyjnych np. karmienie pacjentów, zmiana bielizny osobistej i pościelowej, toalety pacjentów leżących, transporty na badania diagnostyczne, konsultacje, itp. Ponadto Szpital zdecydował się na zatrudnienie studentów kierunków medycznych (szczególnie pielęgniarstwa i ratownictwa medycznego) na stanowisku asystent personelu medycznego. Forma takiego zatrudnienia ułatwia pozyskiwanie nowych pracowników po uzyskaniu przez nich prawa wykonywania zawodu. Wspomniani asystenci zajmowali się transportem materiałów do badania, pomocą w przekładaniu pacjentów leżących, podawaniu posiłków, podawania i wynoszenia basenów, itp. Celem pozyskania absolwentów

<sup>64</sup> Dalej: „OIPiP”.

<sup>65</sup> Dz.U. z 2023 r. poz. 1118.

<sup>66</sup> Równoważnik 0,6 etatu na jedno łóżko.

<sup>67</sup> Łóżka zachowawcze.

<sup>68</sup> Równoważnik 0,6 etatu na jedno łóżko.

kierunków pielęgniarstwa Szpital nawiązał współpracę z uczelniami, zapewniając staże i praktyki w oddziałach szpitalnych. Studenci ostatniego roku pielęgniarstwa, którzy są zainteresowani pracą w Szpitalu podpisywali tzw. listy intencyjne, które są gwarantem zatrudnienia w wybranym przez siebie oddziale zaraz po ukończeniu studiów i uzyskaniu prawa wykonywania zawodu. Cyklicznie również w poszukiwaniu nowej kadry Szpital ogłaszał konkursy i zamieszczał ogłoszenia.

(akta kontroli str. 655-656)

NIK zauważa, że opiekun medyczny jest jedynie zawodem pomocniczym dla zawodu pielęgniarki. Normy zatrudnienia powinny być przez Szpital przestrzegane, ponieważ mają – jak wynika z delegacji do wydania rozrządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych – zapewnić właściwą jakość i dostępność świadczeń zdrowotnych. Ponadto podkreślić należy, że właściwie określone normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych w oddziałach szpitalnych, a co za tym idzie zagwarantowanie pełnej etatyzacji tego personelu, stanowią o bezpieczeństwie zdrowotnym pacjentów.

5. W konkursach ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych o nr 10/2022, 23/2022 oraz 34/2023, ogłoszonych przez Dyrektora Szpitala odpowiednio: 6 maja 2022 r., 1 grudnia 2022 oraz 28 listopada 2023 r. jako kryteria wyboru ofert zastosowano kryterium: „cena brutto w zł za jedną godzinę”, „wykształcenie”, „specjalizacja”, „cena”, „dostępność”, „konceptcja organizacji i zarządzania oddziałem”, co stanowiło naruszenie art. 148 ust. 1 ustawy o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych. Przywołany przepis stanowi bowiem, że porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej dokonuje się według kryteriów wyboru ofert: jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości oraz ceny udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

(akta kontroli str. 866-962)

Z-ca Dyrektora ds. Ekonomicznych podała, że w konkursie ofert ogłoszonym przez Dyrektora Szpitala 6 maja 2022 r. na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki/pielęgniarzy/położne/położnych jako kryteria wyboru ofert zastosowano: „cenę brutto za jedną godzinę”, „wykształcenie”, „specjalizacja” gdyż zamawiający, czyli Szpital, stawkę za udzielanie świadczeń za godzinę pracy tej grupy personelu zamierzał uzależniać od posiadanego wykształcenia i specjalizacji. Są to obiektywne kryteria dzięki którym można ocenić poziom wiedzy i kompetencji oferenta. Dodatkowym kryterium była dostępność (ilość godzin w mc-u zadeklarowana przez osobę udzielającą świadczeń, która przy brakach personelu medycznego ma zasadnicze znaczenie w zapewnieniu realizacji świadczeń zdrowotnych przez Szpital.

W konkursie ofert ogłoszonym przez Dyrektora Szpitala 1 grudnia 2022 r. na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego i transportu w Stacji Pogotowia Ratunkowego i Szpitalnym Oddziale Ratunkowym jako kryteria wyboru ofert zastosowano: „cenę brutto za jedną godzinę”, „dostępność” ale także badano wykształcenie i uprawnienia oferenta mające wpływ na możliwości i rodzaje pełnionych zadań i funkcji: np. uprawnienia do kierowania pojazdami uprzywilejowanymi kat. A (motoambulans), kat. B i C (karetka wyjazdowe typu P i S) gdyż zamawiający na etapie rozpisywania zasad konkursu przewidział dodatkowe wynagrodzenie za pełnione funkcje, posiadane uprawnienia. Dodatkowo ze względu na duże rozproszenie ratowników medycznych po wielu jednostkach, aby nie dopuścić do braków kadrowych, zapisał w postępowaniu dodatkowe wynagrodzenie za udzielanie świadczeń zdrowotnych ZRM w wymiarze większym niż 160 godzin miesięcznie.

W konkursie ofert ogłoszonym przez Dyrektora Szpitala 28 listopada 2023 r. na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów/ lekarzy w trakcie

specjalizacji w rodzaju leczenie szpitalne i ambulatoryjne w Oddziale i Poradni Urologicznej w zakresie urologii w części 1 jako kryteria wyboru ofert zastosowano: „cenę brutto za jedną godzinę udzielania świadczeń”, „koncepcję organizacji i zarządzania oddziałem”. Część 1 dotyczyła lekarza specjalisty w zakresie urologii w Oddziale i Poradni wraz z powierzeniem wykonywania obowiązków kierownika Oddziału dlatego została zamieszczona koncepcja organizacji i zarządzania oddziałem. Zamawiający aby mieć pewność i rękojmię, że oddział będzie należycie prowadzony chciał poznać koncepcję, plany i wizje rozwojowe oraz naprawcze osoby którą wyrażała wolę kierowania oddziałem.

(akta kontroli str. 2104)

W ocenie NIK, wymienione w art. 148 ust. 1 ustawy o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych, kryteria wyboru ofert należy stosować łącznie, ponieważ pozwala to na zapewnienie właściwego poziomu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Stosowanie jedynie wybranych bądź dodatkowych kryteriów, względnie wyłączenie stosowania określonych kryteriów, może doprowadzić do obniżenia tego poziomu a nadto naruszyć zasady równego traktowania świadczeniodawców biorących udział w danym postępowaniu.

6. Szpital udzielił trzem lekarzom wykonującym działalność leczniczą zamówień na udzielanie świadczeń zdrowotnych o wartości przekraczającej każdorazowo kwotę 30 tys. euro bez przeprowadzenia konkursu ofert oraz uprzedniego oszacowania wartości zamówienia, co było niezgodne z art. 26 ust. 3 oraz 26a ust. 1 udl. Łączna wartość zrealizowanych zamówień wyniosła 832,5 tys. zł.

(akta kontroli str. 745-746, 750, 1208-1241)

Z-ca Dyrektora ds. Ekonomicznych podała, że wszystkie te umowy zostały zawarte z założeniem, że ze względu na specyfikę wykonywanych świadczeń ich wartość do momentu wszczęcia i przeprowadzenia konkursu nie powinna przekraczać równowartości 30 tys. euro. Niemniej jednak ze względu na znaczne obciążenie pracą oraz konieczność realizacji szeregów obowiązków na wielu płaszczyznach kadrowych szpitala ostatecznie nie doszło do przeprowadzenia konkursu, który to szpital planuje przeprowadzić w najbliższym możliwym terminie.

(akta kontroli str. 2103)

NIK zauważyła, że ustawodawca przewidział możliwość zwolnienia podmiotu leczniczego z obowiązku przeprowadzenia procedury konkursowej wyłącznie w przypadku zamówień nieprzekraczających kwoty 30 tys. euro. Ponadto przepis stanowiący o konieczności ustalania wartości zamówienia z należytą starannością jest przepisem obligatoryjnym, a nie fakultatywnym.

7. Wysokość opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej ustalona zarządzeniem nr 48/2023 Dyrektora z 2 maja 2023 r. w sprawie pobierania opłat za sporządzenie wyciągów, odpisów lub kopii dokumentacji medycznej była wyższa niż maksymalne stawki określone w art. 28 ust. 4 ustawy o prawach pacjenta i RPP. Dotyczyło to stawek: za jedną stronę wyciągu albo odpisu dokumentacji medycznej – 14,36 zł, gdy maksymalna stawka wynosiła 14,24 zł, za jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej – 0,50 zł, gdy maksymalna stawka wynosiła 0,49 zł oraz na informatycznym nośniku danych – 2,87 zł, gdy maksymalna stawka wynosiła 2,84 zł w okresie czerwiec-sierpień 2023 r. W konsekwencji Szpital pobrał od pacjentów łącznie kwotę 3 102,64 zł zamiast 3 041,19 zł (różnica wynosząca 61,45 zł).

(akta kontroli str. 1322-1323, 1328)

Z-ca Dyrektora ds. Ekonomicznych podała, że wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej została pomyłkowo ustalona na podstawie Obwieszczenia



Prezesa GUS z dnia 21 kwietnia 2023 r. zamiast na podstawie Komunikatu Prezesa GUS z dnia 11 maja 2023 r.

(akta kontroli str. 2105-2106)

NIK podkreśla, że prawo do dokumentacji medycznej jest jednym z podstawowych praw pacjenta i to na podmiocie leczniczym spoczywa obowiązek jej udostępnienia. Za udostępnienie dokumentacji przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu lub kopii podmiot może pobierać opłatę wyłącznie w wysokości określonej w obowiązujących przepisach. Maksymalne kwoty, w zależności od formy udostępnienia wybranej przez pacjenta, zostały określone przez ustawodawcę i są one powiązane z wartością przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego.

#### OCENA CZĄSTKOWA

Szpital posiadał aktualny wpis do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą a regulamin Szpitala zawierał wszystkie wymagane elementy. W okresie objętym kontrolą Szpital nie umożliwiał świadczeniobiorcom umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia. Trzy umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych o wartości przekraczającej każdorazowo kwotę 30 tys. euro zawarto w trybie pozakonkursowym oraz bez oszacowania wartości udzielanego zamówienia. Ponadto nie ustalono norm zatrudnienia pielęgniarek w dwóch oddziałach szpitalnych objętych badaniem oraz nie zapewniono minimalnej liczby pielęgniarek.

#### OBSZAR

Opis stanu  
faktycznego

## 2. Sytuacja ekonomiczno-finansowa szpitala.

Dyrektor Szpitala, zgodnie z art. 10 ust. 2 ustawy z 29 września 1994 r. o rachunkowości<sup>69</sup> ustalił, Zarządzeniem Wewnętrznym nr 6/2018 z 3 stycznia 2019 r., w formie pisemnej dokumentację opisującą przyjęte przez Szpital zasady (politykę) rachunkowości<sup>70</sup>. Polityka rachunkowości zawierała m. in.: wskazanie roku obrotowego i wchodzące w jego skład okresy sprawozdawcze, metody wyceny aktywów i pasywów oraz ustalenia wyniku finansowego, wykaz zbiorów danych tworzących księgi rachunkowe na informatycznych nośnikach danych z określeniem ich struktury, wzajemnych oraz ich funkcji w organizacji ksiąg rachunkowych i procesach przetwarzania danych, stanowiący załącznik nr 4 do dokumentu opis systemu informatycznego zawierającego wykaz programów, procedur lub funkcji, w zależności od struktury oprogramowania, wraz z opisem algorytmów i parametrów 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 (załącznik nr 5 Polityki rachunkowości), tj. spełniała wymagania określone w art. 10 ust. 1 uor. W dokumencie nie określono jednak szczegółowych zasad szacowania prawdopodobnych przyszłych rezerw, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1695-1775, 1779)

W Szpitalu nie wdrożono w pełni standardu rachunku kosztów, o którym mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku u świadczeniobiorców<sup>71</sup>. Zarządzeniem Wewnętrznym Nr 49/2021 z 7 maja 2021 r. Dyrektora Szpitala w sprawie zmiany Polityki rachunkowości w zakresie ewidencji kosztów według kryterium rodzajowego zgodnie z rozporządzeniem dotyczącym standardu rachunku kosztów zmieniono jedynie uprzednio obowiązujące zasady prowadzenia kont zespołu „4” (koszty rodzajowe) dostosowując je do wymogów ww. rozporządzenia. Szpital nie dokonał

<sup>69</sup> Dz.U. z 2023 r. poz. 120, ze zm., dalej: „uor”.

<sup>70</sup> Dalej: „Polityka rachunkowości”.

<sup>71</sup> Dz. U. poz. 2045, dalej: „rozporządzenie MZ dotyczące standardu rachunku kosztów”.

wyceny procedur medycznych, nie sporządził wykazu realizowanych w poszczególnych komórkach procedur medycznych zgodnych z klasyfikacją ICD-9, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str.1695-1778)

Gospodarkę finansową Szpitala, w okresie objętym kontrolą, prowadzono w oparciu o plany finansowe podpisywane przez Dyrektora oraz Główną Księgową. Plany finansowy na lata 2021-2023 zostały ostatecznie zatwierdzone odpowiednio: 22 stycznia 2021 r., 13 stycznia 2022 r. oraz 24 stycznia 2023 r., tj. w terminach uniemożliwiających gospodarkę finansową od 1 stycznia danego roku, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Plany finansowe zostały zaopiniowane przez Radę Społeczną uchwałami nr 2/2021 z 28 stycznia 2021 r.<sup>72</sup>, nr 2/2022 z 25 stycznia 2022 r.<sup>73</sup> oraz nr 2/2023 z 26 stycznia 2023 r.<sup>74</sup> W 2022 i 2023 roku dokonano po jednej zmianie planu finansowego, odpowiednio: 30 listopada 2022 r. oraz 15 listopada 2023 r. Obie zmiany planów zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną<sup>75</sup>.

(akta kontroli str. 466-471, 486-505, 517-538)

Jak podała Z-ca Dyrektora ds. Ekonomicznych zmiany w planach finansowych za rok 2022 i 2023 podyktowane były koniecznością uaktualnienia wysokości uzyskanych przychodów i poniesionych kosztów oraz informacją o pozyskanych środkach na inwestycje.

(akta kontroli str. 2103)

Na 2021 r. przychody zaplanowano w kwocie 172 069,3 tys. zł. Faktyczne wykonanie przychodów, zgodnie ze sprawozdaniem finansowym, wyniosło 232 758,7 tys. zł (przekroczenie planu o 66 689,4 tys. zł tj. 35,27%). Z kolei wykonanie kosztów, zaplanowanych na 2021 r. w kwocie 176 817,3 tys. zł, wyniosło faktycznie, zgodnie ze sprawozdaniem finansowym, 225 933,1 tys. zł (przekroczenie planu o 49 115,8 tys. zł tj. 27,78%).

Na 2022 r. przychody zaplanowano<sup>76</sup> w kwocie 222 908,4 tys. zł. Faktyczne wykonanie przychodów, zgodnie ze sprawozdaniem finansowym, wyniosło 231 870,6 tys. zł (przekroczenie planu o 8 962,2 tys. zł tj. 4,02%). Z kolei wykonanie kosztów, zaplanowanych na 2022 r. w kwocie 236 668,1 tys. zł<sup>77</sup>, wyniosło faktycznie, zgodnie ze sprawozdaniem finansowym, 242 322,3 tys. zł (przekroczenie planu o 5 654,2 tys. zł tj. 2,39%).

Na 2023 r. przychody zaplanowano w kwocie 268 420,6 tys. zł.<sup>78</sup> Faktyczne wykonanie przychodów, zgodnie ze sprawozdaniem finansowym, wyniosło 282 467,1 tys. zł (przekroczenie planu o 14 046,5 tys. zł tj. 5,23%). Z kolei wykonanie kosztów, zaplanowanych na 2023 r. w kwocie 272 501,1 tys. zł<sup>79</sup>, wyniosło faktycznie, zgodnie ze sprawozdaniem finansowym, 280 162,1 tys. zł (przekroczenie planu o 7 661,0 tys. zł tj. 2,81%).

(akta kontroli str. 423-428, 434-440, 446-452)

Przychody Szpitala ogółem wynosiły: 232 758,7 tys. zł w 2021 r., 231 870,6 tys. zł w 2022 r. oraz 282 467,1 tys. zł w 2023 r. W strukturze przychodów dominowały

<sup>72</sup> Rada Społeczna pozytywnie zaopiniowała Plan finansowy.

<sup>73</sup> Rada Społeczna negatywnie zaopiniowała Plan finansowy.

<sup>74</sup> Rada Społeczna pozytywnie zaopiniowała Plan finansowy.

<sup>75</sup> Uchwała nr 18/2022 Rady Społecznej z 13 grudnia 2022 r. oraz Uchwała nr 9/2023 Rady Społecznej z 30 listopada 2023 r.

<sup>76</sup> Po zmianie planu finansowego z 30 listopada 2022 r.

<sup>77</sup> Po zmianie planu finansowego z 30 listopada 2022 r.

<sup>78</sup> Po zmianie planu finansowego z 15 listopada 2023 r.

<sup>79</sup> Po zmianie planu finansowego z 15 listopada 2023 r.

przychody ze sprzedaży produktów<sup>80</sup>, stanowiące 95,68% w 2021 r., 94,80% w 2022 r. oraz 96,11 % w 2023 r.

Koszty Szpitala wynosiły: 223 507,9 tys. zł w 2021 r., 235 769,0 tys. zł w 2022 r. oraz 276 163,1 tys. zł w 2023 r. W strukturze kosztów dominowały koszty dotyczące wynagrodzeń, które stanowiły: 31,82% w 2021 r., 32,38% w 2022 r. i 33,20% w 2023 r. oraz usługi obce medyczne stanowiące odpowiednio: 33,87%, 30,23% oraz 31,19%.

(akta kontroli str. 420-421)

Najbardziej dochodowymi komórkami organizacyjnymi Szpitala w 2021 r. były:

- Oddział Neurochirurgii z dodatni wynikiem finansowym w kwocie 1 690,6 tys. zł, - Poradnia Okulistyczna z dodatni wynikiem finansowym w kwocie 1 200,9 tys. zł,
- Zakład Diagnostyki Mikrobiologicznej z dodatni wynikiem finansowym w kwocie 1 185,8 tys. zł.

Najbardziej dochodowymi komórkami organizacyjnymi Szpitala w 2022 r. były:

- Oddział Kardiologii z PKI z dodatni wynikiem finansowym w kwocie 3 467,0 tys. zł,
- Poradnia Okulistyczna z dodatni wynikiem finansowym w kwocie 2 992,7 tys. zł,
- Oddział Neurochirurgii z dodatni wynikiem finansowym w kwocie 1 379,9 tys. zł.

Najbardziej dochodowymi komórkami organizacyjnymi Szpitala w 2023 r. były:

- Oddział Kardiologii z PKI z dodatni wynikiem finansowym w kwocie 4 413,9 tys. zł,
- Oddział Neurochirurgii z dodatni wynikiem finansowym w kwocie 3 892,2 tys. zł,
- Zespół Ratownictwa Medycznego (Wyjazdowy Podstawowy) z dodatni wynikiem finansowym 1 672,9 tys. zł.

Najbardziej deficytowymi komórkami organizacyjnymi Szpital w 2021 r. były:

- Oddział Położniczo-Ginekologiczny - strata w kwocie 2 187,5 tys. zł,
- Oddział Chorób Wewnętrznych i Nefrologii - strata w kwocie 2 093,1 tys. zł,
- Szpitalny Oddział Ratunkowy - strata w kwocie 1 794,3 tys. zł.

Najbardziej deficytowymi komórkami organizacyjnymi Szpital w 2022 r. były:

- Oddział Położniczo-Ginekologiczny – strata w kwocie 4 633,7 zł,
- Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii – strata w kwocie 3 895,4 tys. zł,
- Oddział Chirurgii Ogólnej – strata w kwocie 3 597,8 tys. zł.

Najbardziej deficytowymi komórkami organizacyjnymi Szpital w 2023 r. były:

- Oddział Położniczo-Ginekologiczny – strata 5 399,8 tys. zł,
- Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii – strata w kwocie 4 642,7 tys. zł,
- Oddział Dziecięcy Obserwacyjny – strata w kwocie 3 332,3 tys. zł.

(akta kontroli str. 422)

Z-ca Dyrektora ds. Ekonomicznych podała, że Szpital otrzymany na początku każdego roku ryczałt rozdzielał na poszczególne oddziały analizując realne

<sup>80</sup> W tym sprzedanych Narodowemu Funduszowi Zdrowia, Ministerstwu Zdrowia, pracodawcom i pozostałym.

wykonanie za rok poprzedni. Jeśli były zwiększenia ryczałtu w ciągu roku, wtedy analizowano rok bieżący np. I półrocze pod względem wykonania i dostosowywano zwiększenie ryczałtu do aktualnego wykonania w poszczególnych oddziałach.

W latach 2021-2022 w okresie pandemii, niektóre oddziały lub część ich łóżek zostały tymczasowo przekształcane w oddziały lub łóżka „covidowe”. W związku z tym świadczenia rozliczane z umów covidowych powodowały częste zmniejszenia ryczałtu w związku z przesunięciami środków pieniężnych na poczet „gotowości do udzielania świadczeń covidowych” w umowie CHZ. Ponadto od 1 lipca 2021 r. świadczenia w poradniach zostały wyodrębnione z ryczałtu i stały się świadczeniami nielimitowanymi. Szpital wykonywał również nadwykonania w wielu zakresach zarówno ambulatoryjnych, jak i stacjonarnych. Zgodnie z wymogami NFZ po każdym kwartale roku rozliczeniowego Szpital wnioskował pisemnie do Dyrektora NFZ z prośbą o zapłacenie nielimitowanych ambulatoryjnych, nielimitowanych stacjonarnych oraz onkologicznych świadczeń za poprzedni kwartał. NFZ rozliczał świadczenia nielimitowane i częściowe nadwykonania trzyetapowo. Najpierw aneksowano umowę rozliczając Fundusz medyczny, następnie przesunięcia między zakresami bez zmiany wartości umowy, w trzecim etapie dopiero płacono za wybrane świadczenia zwiększając wartość umowy. Podkreśliła, że po kwartale (do 15 następnego miesiąca), składany był wniosek, a jego realizacja następowała w kolejnym miesiącu.

(akta kontroli str. 2101)

Według stanu na 31 grudnia 2023 r. należności przeterminowane Szpitala ogółem wyniosły 1 057,2 tys. zł<sup>81</sup>, w tym: do 15 dni – 29,7 tys. zł<sup>82</sup>, od 16 do 30 dni – 8,4 tys. zł<sup>83</sup>, od 31 do 90 dni – 59,0 tys. zł<sup>84</sup>, od 91 dni do 180 dni – 57,4 tys. zł<sup>85</sup>, od 181 dni do 365 dni – 114,6 tys. zł<sup>86</sup> i powyżej 12 miesięcy – 809,6 tys. zł<sup>87</sup>.

(akta kontroli str. 672-693)

Szpital nie miał formalnie opracowanych procedur związanych z windykacją. Jak wyjaśniła Z-ca Dyrektora ds. Ekonomicznych windykacja należności obejmowała: identyfikację należności poprzez wystawienie odpowiedniej faktury, doręczenie (albo próbę doręczenia) przedmiotowej faktury dłużnikowi, doręczenie (albo próbę doręczenia) wezwania do zapłaty dłużnikowi, w przypadku braku zapłaty w terminie przewidzianym umową (fakturą). W przypadku wpływu do Szpitala wniosku dłużnika o umorzenie należności albo rozłożenie jej na raty następowała ocena zasadności wniosku. W zależności od spełnienia przesłanek wynikających z przepisów następowała odmowa albo zawarcie z dłużnikiem porozumienia o spłacie zadłużenia w ratach. W takim przypadku sprawa nie była kierowana do sądu o zapłatę, o ile dłużnik realizował porozumienie zgodnie z warunkami. W przypadku braku zapłaty lub braku realizowania porozumienia następowało skierowanie sprawy na drogę postępowania sądowego o zapłatę a po uzyskaniu tytułu wykonawczego, skierowanie sprawy na drogę postępowania egzekucyjnego.

Powyższe czynności wykonywał dział księgowości Szpitala, w konsultacji z radcą prawnym. Ewentualne porozumienie z dłużnikiem przygotowywał radca prawny na wniosek i po przekazaniu informacji przez dział księgowości. Na etapie sądowym i egzekucyjnym sprawę prowadził radca prawny.

(akta kontroli str. 1329)

---

<sup>81</sup> Konto 200.

<sup>82</sup> Konto 200 – 11,1 tys. zł i konto 201 – 18,5 tys. zł.

<sup>83</sup> Konto 200.

<sup>84</sup> Konto 200.

<sup>85</sup> Konto 200 – 54,5 tys. zł i konto 201 – 3,0 tys. zł.

<sup>86</sup> Konto 200.

<sup>87</sup> Konto 200.

Oceny podejmowanych przez Szpital działań w celu odzyskania należności dokonano na próbie pięciu należności, w łącznej wysokości 217 tys.<sup>88</sup>. W przypadku pierwszej należności<sup>89</sup> wystosowano do dłużnika wezwania do zapłaty a w związku z bezskutecznością wezwań Szpital wystąpił z pozwem o zapłatę. Sąd wydał nakaz zapłaty, który się uprawomocnił. Dłużnik (spółka) został jednak objęty postępowaniem upadłościowym, a Szpital zgłosił swoje roszczenia do listy wierzytelności i wierzytelności te zostały uwzględnione przez syndyka. W stosunku do drugiego dłużnika<sup>90</sup> Szpital prowadził dwa postępowania w celu odzyskania należności. W zakresie pierwszego Szpital wystąpił z wezwaniem do zapłaty, a po bezskutecznym upływie terminu wyznaczonego na zapłatę wystąpił z powództwem, które zostało przez sąd uwzględnione. W kolejnej sprawie Szpital także wystąpił z pozwem o zapłatę. Sąd postępowanie umorzył, z uwagi na bezskuteczność doręczenia korespondencji (w tym za pośrednictwem komornika sądowego). Szpital, po uzyskaniu informacji o dodatkowym, potencjalnym miejscu zamieszkania dłużnika, wytoczył drugie powództwo. Sąd wydał nakaz zapłaty. W trzecim badanym przypadku<sup>91</sup>, Szpital, po bezskutecznym wezwaniu dłużnika do zapłaty, również w tym przypadku wystąpił do sądu z pozwem, a ten wydał nakaz zapłaty, a następnie z wnioskiem o nadanie klauzuli wykonalności orzeczeniu sądu. Z uwagi na brak skutecznego doręczenia nakazu zapłaty dłużnikowi, sąd nakaz uchylił i umorzył postępowanie. W stosunku do czwartego dłużnika<sup>92</sup>, kilkakrotnie hospitalizowanego w Szpitalu, który zmarł, został złożony wniosek do sądu o stwierdzenie nabycia spadku celem ustalenia potencjalnego kręgu spadkobierców i możliwości zaspokojenia swoich wierzytelności. W ostatnim przypadku<sup>93</sup> Szpital wystosowywał wezwania do zapłaty, jednak wobec braku ich uiszczenia, a nadto braku odbioru ostatniego wezwania, sprawa została przekazana radcom prawnym celem podjęcia działań w drodze postępowania sądowego.

(akta kontroli str.1330-1442)

Jak podała Z-ca Dyrektora ds. Ekonomicznych na koniec roku Szpital wystawiał noty odsetkowe za nieterminowe regulowanie należności podmiotom gospodarczym. Ponadto każdorazowo przy wysyłce wezwań do zapłaty dla osób nieubezpieczonych (przynajmniej raz w miesiącu) naliczane były odsetki bieżące. W badanym okresie Szpital nie wystawiał not księgowych dotyczących kosztów rekompensaty za odyskiwanie należności.

(akta kontroli str. 671)

Szpital dokonywał odpisów aktualizujących na należności nieściągalne lub z dużym prawdopodobieństwem wątpliwe do odzyskania w wysokościach: 837 zł w 2021 r., 22,3 tys. zł w 2022 r. oraz 83,2 tys. zł w 2023 r. Ponadto Szpital, w okresie objętym kontrolą, umarzał należności, wobec których nie istniała możliwość odzyskania, egzekucja była nieskuteczna lub zachodziło wysokie prawdopodobieństwo poniesienia dodatkowych kosztów, przewyższających egzekwowaną kwotę. Umorzenie następowało zawsze na podstawie protokołu radcy prawnego z uzasadnieniem. Wysokość należności umorzonych wyniosła, w latach 2021-2023, odpowiednio: 19,6 tys. zł, 88,8 tys. zł oraz 145,8 tys. zł.

(akta kontroli str. 717)

---

<sup>88</sup> Stan na 31 grudnia 2023 r.

<sup>89</sup> Wysokość należności wynosiła 83 174,45 zł i dotyczyła spółki.

<sup>90</sup> Należność w wysokości 45 695,31 zł.

<sup>91</sup> Dotyczącą należności w wysokości 37 276,67 zł.

<sup>92</sup> Wysokość należności: 31 040,67 zł.

<sup>93</sup> Wysokość należności: 19 784,53 zł.

Z-ca Dyrektora ds. Ekonomicznych podała, że przyczyną osiągnięcia przez Szpital straty w 2022 r. były uwarunkowania rynkowe cen (wzrost inflacji, wzrost cen energii elektrycznej i ciepłej, cen leków i materiałów jednorazowych, usług wywozu odpadów medycznych, żywności, paliwa). Następną przyczyną był wzrost wynagrodzenia minimalnego oraz obowiązek podniesienia wynagrodzenia od 1 lipca każdego roku zgodnie z wytycznymi Ministerstwa Zdrowia. Analogicznie powodowało to wzrost pochodnych. Szpital nie otrzymywał wystarczających środków na pokrycie wzrostu wynagrodzeń. Informacja o tej sytuacji przekazywana była do Urzędu Marszałkowskiego, Ministerstwa Zdrowia i NFZ. Ponadto szpital zobowiązany był do odprowadzania składek PFRON oraz podatku od nieruchomości, na których podstawy do naliczeń nie ma wpływu, ich wysokość ustalana jest odgórnie przez ustawodawcę. Jednocześnie składka PFRON jest jedną ze składowych podstawy w podatku dochodowym płaconym przez szpital ponieważ ten podatek uznawany jest za wydatek niezwiązany z działalnością medyczną. Dodała, że wysokość składki PFRON za 2021 r. wynosiła 421,7 tys. zł, a już za rok 2022 stanowiła kwotę 741 tys. zł, a za rok 2023 jej wysokość to 1 021,5 tys. zł.

Równoległe Szpital ze względu na konstrukcję naliczania i odliczania podatku VAT nie miał możliwości skorzystania z odliczenia podatku naliczonego, bowiem realizował usługi ze stawką zwolnioną. Wysokość sprzedaży opodatkowanej była niewystarczająca do zastosowania choćby częściowego odliczenia według tzw. struktury. Powodowało to zwiększenie kosztów o nieodliczony podatek.

Na wysokość wyniku finansowego znaczący wpływ miała wysokość przychodów z NFZ, który jest głównym płatnikiem za procedury medyczne. Wysokość wyceny poszczególnych procedur medycznych była nieadekwatna do ponoszonych kosztów ich wykonania. Wysokość uzyskanych należności nie miała wpływu na wysokość wyniku finansowego.

(akta kontroli str. 2099-2100)

Według stanu na 31 grudnia 2023 r. zobowiązania Szpitala wynosiły 23 762,6 tys. zł, w tym 6 279,7 tys. zł zobowiązań wymagalnych, które stanowiły 26,43% wszystkich zobowiązań. Szpital nie posiadał zaległości w opłacaniu składek na ubezpieczenia społeczne, Fundusz Emerytur Pomostowych, ubezpieczenia zdrowotne oraz Fundusz Pracy i Fundusz Solidarnościowy ani też zaległości podatkowych.

(akta kontroli str. 694-707, 1262-1305)

W okresie objętym kontrolą Szpital nie zaciągał pożyczek i kredytów na pokrycie bieżących zobowiązań natomiast podpisywał porozumienia z dostawcami i przesunął terminy płatności zobowiązań<sup>94</sup>. Ponadto Szpital ponosił koszty finansowe z tytułu nieuregulowanych w terminie zobowiązań, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 718)

Jak podała Z-ca Dyrektora ds. Ekonomicznych wysokość zobowiązań nie wpływała na terminowość realizacji dostaw lub świadczenia usług.

(akta kontroli str.2099)

W 2021 r. oraz 2023 r. Szpital odnotował zysk, zaś w 2022 r. Szpital osiągnął ujemny wynik finansowy (stratę netto) wynoszący (-)10 594,8 tys. zł. W związku z poniesioną

<sup>94</sup> W 2021 r. – dwa przesunięcia, w 2022 r. – dziewięć przesunięć oraz w 2023 r. – cztery przesunięcia terminu płatności.

stratą, stosowanie do art. 59 ust. 4 udl, Szpital opracował program naprawczy na lata 2023-2025, w którym wskazano działania zmierzające do poprawy jego sytuacji finansowej. Program został zatwierdzony uchwałą Zarządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego<sup>95</sup>.

(akta kontroli str. 963-990, 996-1008)

Wskaźniki, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej<sup>96</sup>, osiągnęły za 2021 r. ocenę na poziomie 47 punktów, za 2022 r. – 22 punktów zaś za 2023 r. – 27 punktów. W okresie objętym kontrolą wskaźniki przyjmowały następujące wartości:

1) wskaźniki zyskowności<sup>97</sup>:

- wskaźnik zyskowności netto (%): 2,89% (2021), (-)4,57% (2022), 0,74% (2023);
- wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej (%): 3,43% (2021), (-)3,62% (2022), 1,61% (2023);
- wskaźnik zyskowności aktywów (%): 7,39% (2021), (-)10,95% (2022), 1,07% (2023);

2) wskaźniki płynności<sup>98</sup>:

- wskaźnik bieżącej płynności: 1,01 (2021), 0,63 (2022), 0,46 (2023);
- wskaźnik szybkiej płynności: 0,82 (2021), 0,46 (2022), 0,38 (2023);

3) wskaźniki efektywności:

- wskaźnik rotacji należności (w dniach)<sup>99</sup>: 35,17 dni (2021), 24,31 dni (2022), 27,64 dni (2023);
- wskaźnik rotacji zobowiązań (w dniach)<sup>100</sup>: 31,25 (dni) (2021), 36,72 dni (2022), 32,08 dni (2023);

4) wskaźniki zadłużenia:

- wskaźnik zadłużenia aktywów (%)<sup>101</sup>: 57,24% (2021), 55,43% (2022), 43,17% (2023);
- wskaźnik wypłacalności<sup>102</sup>: (-)9,23 (2021), (-)3,30 (2022), (-)5,96 (2023).

(akta kontroli str. 996-1008, 1012)

Roczne sprawozdania finansowe za rok 2021, 2022 i 2023 zostały przez Szpital sporządzone terminowo (odpowiednio: 31 marca 2021 r., 31 marca 2022 r. i 27 marca 2023 r.). Raporty o sytuacji ekonomiczno-finansowej Szpitala za lata 2021 oraz 2022

<sup>95</sup> Uchwała nr 5/241/24 Zarządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego z 31 stycznia 2024 r. w sprawie programu naprawczego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. błogosławionego księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku

<sup>96</sup> Dz.U. z 2017 r. poz. 832.

<sup>97</sup> Określające zdolność podmiotu do generowania zysków, a zatem ekonomiczną efektywność działalności.

<sup>98</sup> Określające zdolność podmiotu do terminowego regulowania zaciągniętych zobowiązań krótkoterminowych.

<sup>99</sup> Określa długość cyklu oczekiwania podmiotu na uzyskanie należności za świadczone usługi. Im wyższy poziom wskaźnika, tym podmiot ma większe trudności ze ściąganiem swoich należności, co może obniżyć zdolność do terminowego regulowania zobowiązań.

<sup>100</sup> Określa okres, jaki jest potrzebny podmiotowi do spłacenia swoich zobowiązań krótkoterminowych. Zbyt wysoka wartość wskaźnika może świadczyć o trudnościach podmiotu w regulowaniu swoich bieżących zobowiązań.

<sup>101</sup> Informuje o stopniu finansowania aktywów kapitałami obcymi. Zbyt wysoka wartość wskaźnika podważa wiarygodność finansową podmiotu.

<sup>102</sup> określa wielkość funduszy obcych przypadającą na jednostkę funduszu własnego. Wysoka wartość wskaźnika wskazuje na możliwość utraty zdolności do regulowania przez podmiot zobowiązań.

zostały przez Szpital sporządzone w terminie 2 miesięcy od dnia upływu terminu do sporządzenia rocznego sprawozdania finansowego, tj. 30 maja 2022 r. i 26 maja 2023 r. Na raporcie za rok 2020 brak było wskazania daty jego sporządzenia.

(akta kontroli str. 668-669, 996-1008, 1013-1053, 1065-1102, 1114-1151, 1154-1190)

Z-ca Dyrektora ds. ekonomicznych podała, że raport za rok 2020 nie został oporzony datą przez przeoczenie, ale został przekazany do Urzędu Marszałkowskiego w wymaganym terminie.

(akta kontroli str. 2103)

Jedynie raport za 2021 został udostępniony w BIP terminowo. Zarówno raport za 2020 jak i za 2022 rok zostały opublikowane z opóźnieniem, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1013-1016)

W Szpitalu, w okresie objętym kontrolą, obszar związany z gospodarowaniem mieniem uregulowany był Uchwałą nr XVIII/329/12 Sejmiku Województwa Kujawsko-Pomorskiego z 27 lutego 2012 r. w sprawie określania zasad zbywania, oddawania w dzierżawę, najem, użytkowanie, użyczenie aktywów trwałych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których Województwo Kujawsko-Pomorskie jest podmiotem tworzącym<sup>103</sup>. Według stanu na 29 kwietnia 2024 r. zawartych było: 11 umów dzierżawy<sup>104</sup>, jedna umowa użyczenia<sup>105</sup>, 11 umów podnajmu lokali oraz 70 umów najmu miejsca parkingowego<sup>106</sup>.

(akta kontroli str. 751-778)

Z-ca Dyrektora ds. Ekonomicznych podała, że w przypadku umów podnajmu zawartych z lekarzami Szpital nie miał zysku. Szpital pozyskał mieszkania od miasta w celu inwestycji w kadrę medyczną z kraju, Białorusi, Kazachstanu oraz Ukrainy w związku z trwającą wojną. Szpital refakturował koszty najmu na poszczególnych lekarzy wraz z kosztami mediów. W przypadku innych umów ich zawarcie musiało uzyskać pozytywną akceptację Rady Społecznej a następnie Zarządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego. Ponadto, Szpital zlecał wykonanie operatów szacunkowych podmiotowi zewnętrznemu, posiadającemu odpowiednie uprawnienia. Kolejnym elementem było przeprowadzenie postępowania przetargowego na dzierżawę nieruchomości będącej własnością Szpitala. Działania takie były podejmowane w celu maksymalizacji przychodów z tytułu dzierżawy nieruchomości.

(akta kontroli str. 751)

Szczegółowym badaniem prawidłowości gospodarowania mieniem przez Szpital objęto pięć umów<sup>107</sup> i ustalono, że:

- 1) w umowach dotyczących dzierżawy określono ich przedmiot, czas, na jaki zostały zawarte, zasady waloryzacji czynszu, terminy płatności czynszu, zastrzeżenia dotyczące odsetek za opóźnienie w płatności czynszu, zastrzeżenia dotyczące możliwości rozwiązywania umów przed czasem oraz kwestie kar umownych;

<sup>103</sup> Dz. Urz. Woj. Kuj.–Pom. z 31.10.2013r., poz. 3192 ze zm., dalej: „Uchwała Sejmiku”.

<sup>104</sup> Z tego tytułu Szpital osiągnął zysk w wysokości: 576,2 tys. zł – w 2021 r., 590,4 tys. zł – w 2022 r. oraz 673,8 tys. zł – w 2023 r.

<sup>105</sup> Umowa z 20 czerwca 2007 r., następnie aneksowana 29 stycznia 2010 r. z Sądem Okręgowym we Włocławku.

<sup>106</sup> Z tego tytułu Szpital osiągnął zysk w wysokości: 16,6 tys. zł w 2021 r., 44,1 tys. zł w 2022 r. oraz 56,6 tys. zł w 2023 r.

<sup>107</sup> Dwie umowy dzierżawy lokalu użytkowego, jedną umowę dzierżawy gruntu oraz dwie umowy najmu miejsca parkingowego.



- 2) umowy dzierżawy zostały zawarte w trybie przetargu, po uprzednim wykonaniu operatów szacunkowych, wydaniu opinii przez Radę Społeczną oraz wyrażeniu zgody przez Zarząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego, w drodze uchwały;
- 3) w okresie obowiązywania umów najmu miejsca parkingowego prawidłowo waloryzowano czynsz;
- 4) wszystkie zbadane umowy były zgodne z zasadami określonymi w przywołanej Uchwale Sejmiku;
- 5) żadna ze skontrolowanych umów nie miała negatywnego wpływu na świadczenia zdrowotne realizowane przez Szpital.

(akta kontroli str. 770-834)

Jak podała Z-ca Dyrektora ds. ekonomicznych w okresie objętym kontrolą Szpital nie używał nieodpłatnie majątku.

(akta kontroli str. 2105)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. W Polityce rachunkowości nie określono szczegółowych zasad szacowania prawdopodobnych przyszłych rezerw, 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. Ponadto, zgodnie z art. 7 ust. 1 pkt 5 uor poszczególne składniki aktywów i pasywów wycenia się stosując rzeczywiście poniesione na ich nabycie (wytworzenie) ceny (koszty), z zachowaniem zasady ostrożności. 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.

(akta kontroli str. 1039, 1087, 1175, 1695-1775)

Z-ca Dyrektora ds. Ekonomicznych podała, że w Polityce rachunkowości ujęto zapis zgodny z ustawą o rachunkowości o tworzeniu rezerw na zobowiązania pewne lub o dużym stopniu prawdopodobieństwa zaistnienia w wysokości wiarygodnie oszacowanej. Rezerwę na zobowiązania wyceniano w uzasadnionej wiarygodnie wartości zgodnie do zapisu księgowego według analityki dla danego zobowiązania wynikającego z ksiąg rachunkowych. Paragraf 89 punkt 4 Polityki rachunkowości, zdaniem Szpitala, doprecyzowywał podstawę utworzenia rezerw. Zasadność, sposób i prawidłowość utworzenia rezerwy każdorazowo badana jest przez biegłego rewidenta. W badanym okresie Szpital nigdy nie otrzymał z tego tytułu opinii negatywnej ani biegły nie wskazywał konieczności korygowania ich wysokości.

(akta kontroli str. 2098-2099)

Zdaniem NIK zapis ujęty w paragrafie 89 pkt 4 Polityki rachunkowości jest zapisem ogólnym i w żaden sposób nie precyzuje metod, jakimi tworzone rezerwy wyceniono. Wskazać należy, że zapisy dotyczące wyceny rezerw znajdują się, oprócz tych wskazanych w uor, również w IV części Krajowego Standardu Rachunkowości nr 6 pt. „Wycena”<sup>108</sup>. Stosownie do pkt 4.2 KSR 6 kwota, na którą tworzona jest rezerwa,

<sup>108</sup> Uchwała nr 3/2014 Komitetu Standardu Rachunkowości z 4 marca 2012 r. w sprawie przyjęcia znowelizowanego Krajowego Standardu Rachunkowości Nr 6 „Rezerwy, bierne rozliczenia międzyokresowe

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. Ponadto – jak wynika ze złożonych wyjaśnień - jednostka kontrolowana korzystała z pomocy biegłego rewidenta w kwestii zbadania zasadności, sposobu i prawidłowości utworzenia rezerwy, a co za tym idzie ostatecznego ustalania jej wartości a zapis o powoływaniu się na opinię rewidenta podczas szacowania rezerw również nie znalazł odzwierciedlenia w Polityce rachunkowości.

2. Plany finansowe Szpitala na lata 2021-2023 zostały opracowane w terminach uniemożliwiających gospodarkę finansową od 1 stycznia danego roku, co było niezgodne z art. 44 ust. 1 pkt 3 ustawy z 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych<sup>109</sup>, który stanowi, że wydatki publiczne mogą być ponoszone na cele i w wysokościach ustalonych w planie finansowym jednostki sektora finansów publicznych. Szpital do 22 stycznia 2021, 13 stycznia 2022 na rok 2022 oraz 24 stycznia 2023 dokonywał wydatków w sytuacji braku ostatecznego zatwierdzenia planów finansowych.

(akta kontroli str. 466-471, 486-495, 517-527, 538)

Z-ca Dyrektora ds. Ekonomicznych podała, że Szpital nie posiadał wewnętrznej procedury opracowywania planów finansowych ponieważ sporządzał je zgodnie z wytycznymi organu tworzącego tj. Urzędu Marszałkowskiego w Toruniu. Podkreśliła, że zgodnie z art. 30 ust. 2 ustawy o finansach publicznych podstawą gospodarki finansowej SPZOZ jest plan finansowy. Doprecyzowaniem tego przepisu jest art. 53 ustawy o działalności leczniczej, zgodnie z którym *Podstawą gospodarki samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jest plan finansowy ustalany przez kierownika*. Szpital utworzony przez samorząd województwa jest jednostką nadzorowaną przez podmiot tworzący (województwo), a nie jednostką podległą. Wobec powyższego stwierdzić należy, że ustawa o działalności leczniczej nie reguluje terminu sporządzenia projektu planu finansowego. Kwestia ta może być zatem uregulowana wewnętrznie w szpitalu, np. w statucie albo przez podmiot tworzący (województwo). Co prawda art. 248 ustawy o finansach publicznych przewiduje, że jednostki podległe jednostkom samorządu terytorialnego powinny sporządzić projekty planów finansowych do 22 grudnia danego roku, lecz jak zauważa się w doktrynie chodzi wyłącznie jednostki „podległe”, a nie nadzorowane, jakimi są SPZOZ. Samorządowe osoby prawne zaliczane do sektora finansów publicznych z art. 9 ufp nie są wprost objęte regulacją komentowanego przepisu art. 248 ufp, która dotyczy jednostek podległych, a nie obejmuje jednostek nadzorowanych. Chociaż przepisy nie zawierają definicji ani katalogu podmiotów podległych i podmiotów nadzorowanych przez JST, to w wyniku analizy powiązań, zależności i stopnia samodzielności jednostek organizacyjnych JST należy uznać, że podmiotami podległymi JST są jej

kosztów, zobowiązania warunkowe”, stanowiąca załącznik do komunikatu Nr 2 Ministra Finansów z dnia 21 marca 2014 r. (poz. 12), dalej” „KSR 6”.

<sup>109</sup> Dz.U. z 2021 r. poz. 305, dalej: „ufp”.

jednostki i zakłady budżetowe, a nie są nimi jednostki organizacyjne będące osobami prawnymi, które uznaje się za podmioty nadzorowane.

Dodała, że powyższy termin, który i tak nie wiąże SPZOZ, czyli nie wiąże Szpitala, ma charakter instrukcyjny. Oznacza to, iż jego przekroczenie nie niesie za sobą sankcji. Wobec tego podnieść należy, że jeżeli Szpital sporządzał projekt planu finansowego i przekazywał jego ostateczną wersję do podmiotu tworzącego w terminach przewidzianych przez ten podmiot, to działał zgodnie z prawem.

(akta kontroli str. 2102)

NIK nie kwestionuje, że podstawą gospodarki samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jest plan finansowy ustalany przez kierownika jednostki, a działalność gospodarcza Szpitala jest prowadzona na zasadach określonych w udl. Niemniej jednak przepisy udl nie wykluczają, a stanowią jedynie *lex specialis* w stosunku do ufp i innych ustaw szczegółowo regulujących zasady gospodarki finansowej jednostek sektora finansów publicznych. Aby wydatki publiczne mogły być ponoszone legalnie, począwszy od 1 stycznia, niezbędne jest posiadanie wymaganego upoważnienia tj. opracowanego planu finansowego w związku z czym NIK nie podziela argumentacji Szpitala podniesionej w przedmiotowych wyjaśnieniach.

3. Raport o sytuacji ekonomiczno-finansowej za rok 2020 został udostępniony na stronie BIP dopiero 13 stycznia 2022 r. zaś przedmiotowy raport za rok 2022 został opublikowany dopiero w czasie trwania czynności kontrolnych, co stanowiło naruszenie art. 53a ust. 1 udl, w myśl którego kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej każdego roku sporządza i udostępnia w BIP raport o sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w terminie 2 miesięcy od dnia upływu terminu do sporządzenia rocznego sprawozdania finansowego.

(akta kontroli str. 668-669, 1013)

Z-ca Dyrektora ds. Ekonomicznych podała, że udostępnienie raportu za rok 2020 w BIP nastąpiło po kontroli Urzędu Marszałkowskiego. Okres roku 2020 – 2021 był czasem wzmożonej pracy spowodowanej pandemią oraz trudnościami personalnymi. Nagromadzenie dodatkowych prac związanych z rozliczeniem dodatków „covidowych” wpłynęło na powyższe. Natomiast raport o sytuacji ekonomiczno-finansowej za rok 2022 został sporządzony z zachowaniem terminów ustawowych, niemniej jednak rzeczywiście nie został udostępniony na stronie internetowej. Poprzez napiętrzenie się prowadzonych spraw w tym czasie nastąpiło niedopatrzenie. W trakcie trwania kontroli, 22 kwietnia 2024 r. raport został opublikowany.

(akta kontroli str. 710, 2103)

4. Szpital 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, co było niezgodne z art. 311c ust. 6 ustawy o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych, który stanowi, że świadczeniodawcy, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, są obowiązani do stosowania standardu rachunku kosztów opracowanego na podstawie zaleceń określonych w przepisach wydanych - w drodze rozporządzenia – przez Ministra Zdrowia.

(akta kontroli str. 1695-1778)

Z-ca Dyrektora ds. ekonomicznych podała, że Szpital nie posiadał odpowiedniego systemu informatycznego wspierającego realizację powyższego. Standard rachunku kosztów w zakresie zespołów kont kosztowych został przez Szpital zrealizowany poprzez zmianę w zasadach (polityce) rachunkowości wynikających z wprowadzenia

standardu rachunku kosztów, tj. zasad wydzielania ośrodków powstawania kosztów, etapów kalkulacji kosztów oraz kluczy podziałowych kosztów pośrednich Zarządzeniem Wewnętrznym nr 49/2021 Dyrektora z 7 maja 2021 r. w sprawie zmiany Polityki rachunkowości w zakresie ewidencji kosztów wg kryterium rodzajowego zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia dotyczącym standardu rachunku kosztów w zakresie zespołu „4”. Dodała, że zgodnie z dodatkowymi wytycznymi AOTMiT<sup>110</sup>, w ramach wsparcia świadczeniodawców w procesie wdrażania zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 października 2020 r., opierano się na informacji ze strony internetowej AOTMiT, która wskazywała, że „w ramach ewidencji kosztów w układzie podmiotowo-funkcjonalnym, w rozporządzeniu określono rodzaje działalności wraz z przypisanym kodem funkcji, który może być wykorzystany przez świadczeniodawcę jako kod syntetyczny kont zespołu 5. Przepis wskazujący, że kod funkcji może być tożsamy z kodem syntetycznym „5-tek” daje świadczeniodawcom możliwość usystematyzowania w swoim systemie księgowo-finansowym kont zespołu 5 zgodnie z załącznikiem nr 1. Natomiast świadczeniodawcy, którzy mają usystematyzowane konta zespołu 5 według innego układu, nie będą musieli dokonywać zmian w dotychczasowej ich budowie, jeśli uznają, że zaproponowane rozwiązanie nie będzie optymalne z zarządczego punktu widzenia”. W związku z powyższym wprowadzono zarządzenie jedynie w zakresie zmiany planu kont zespołu „4”. Dokonano zmian w możliwie największym zakresie na jaki pozwalała posiadana licencja, wsparcie techniczne oraz środki finansowe.

(akta kontroli str. 2100-2101)

NIK podkreśla, że wytyczne, na które powołuje się Z-ca Dyrektora ds. Ekonomicznych, stanowią wyłącznie wskazówki w ramach wsparcia świadczeniodawców w procesie wdrażania, a samo wdrożenie standardu rachunku przez Szpital wymagane było przepisami prawa, nadrzędnymi w stosunku do jakichkolwiek wytycznych.

5. Szpital nie regulował swoich zobowiązań terminowo, co stanowiło naruszenie art. 44 ust. 3 pkt 3 upr, który stanowi, że wydatki publiczne powinny być dokonywane w wysokości i terminach wynikających z wcześniej zaciągniętych zobowiązań. Według stanu na 31 grudnia 2023 r. Szpital posiadał zobowiązania wymagalne w kwocie 6 279,7 tys. zł. Nieterminowe regulowanie zobowiązań skutkowało, w samym okresie objętym kontrolą, zapłatą odsetek w kwocie 583,7 tys. zł, w tym: 114,3 tys. zł w 2021 r., 134,0 tys. zł w 2022 r. oraz 335,5 tys. zł w 2023 r. i było działaniem niegospodarnym.

(akta kontroli str. 718)

Z-ca Dyrektora ds. Ekonomicznych wyjaśniła, że brak płynności finansowej był główną przyczyną nieregulowania zobowiązań w terminie, co powodowało w stosunku do niektórych dostawców zapłatę odsetek, gdyż nie wyrażali oni zgody na ich umorzenie.

(akta kontroli str. 718)

#### OCENA CZĄSTKOWA

W badanym okresie Szpital opracował zasady (politykę) rachunkowości. W dokumencie brak było jednak doprecyzowania zasad szacowania rezerw. Standard rachunku kosztów nie został w pełni wdrożony. Gospodarka finansowa Szpitala prowadzona była w oparciu o plany finansowe, które uniemożliwiały ponoszenie wydatków od 1 stycznia danego roku, tj. po upływie tej daty. Szpital

<sup>110</sup> Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

podejmował działania w celu odzyskania należności ale swoich zobowiązań nie regulował w terminie. Zarządzanie mieniem odbywało się zgodnie z zasadami określonymi przez podmiot tworzący.

## IV. Uwagi i wnioski

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

Uwagi

Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

Wnioski

1. Podjęcie działań zmierzających do terminowego regulowania zobowiązań.
2. Wdrożenie rozwiązań umożliwiających świadczeniobiorcom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowanie statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamianie o terminie udzielenia świadczenia.
3. Pełne wdrożenie standardu rachunku kosztów.
4. Prawidłowe zawieranie umów na wykonywanie świadczeń zdrowotnych.
5. Zapewnienie stosowania wszystkich wymaganych kryteriów wyboru ofert w ramach prowadzonych postępowań o udzielenie zamówień na świadczenia zdrowotne w trybie konkursu ofert.
6. Szacowanie wartości zamówień na świadczenia zdrowotne z należytą starannością.
7. Prawidłowe ustalenie norm zatrudnienia pielęgniarek.
8. Odpowiednie zwiększenie zatrudnienia personelu pielęgniarского.
9. Uszczegółowienie polityki rachunkowości poprzez doprecyzowanie zasad szacowania rezerw.

## V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia  
zastrzeżeń

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

Obowiązek  
poinformowania  
NIK o sposobie  
wykonania wniosków

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

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

Bydgoszcz, 27 czerwca 2024 r.

Kontroler  
(-) Justyna Wierzbicka  
Inspektor kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Bydgoszczy  
Dyrektor  
(-) Tomasz Sobecki