



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Bydgoszczy

LBY.410.8.1.2025

dr inż. Jacek Kryś
Dyrektor Szpitala
Szpital Uniwersytecki nr 1
im. dr. Antoniego Jurasza
ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9
85-094 Bydgoszcz

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/25/041 - Szpitale kliniczne

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9, 85-094 Bydgoszcz ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Dr inż. Jacek Kryś, Dyrektor Szpitala, od 19 grudnia 2013 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Działalność lecznicza 2. Działalność dydaktyczna 3. Działalność naukowa
Okres objęty kontrolą	Lata 2022-2025 do zakończenia czynności kontrolnych ² , z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeśli miały wpływ na kontrolowaną działalność
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ³
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Bydgoszczy
Kontrolerzy	Hanna Jesa, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 37/2025 z 14 marca 2025 r. Artur Nierebiński, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 3 z 5/2025 z 14 marca 2025 r. Łukasz Burczyk, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 36/2025 z 14 marca 2025 r. Michał Trempała, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 38/2025 z 14 marca 2025 r.

(akta kontroli str. 1-8)

¹ Dalej: „Szpital”.

² Tj. do 13 czerwca 2025 r.

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

OCENA OGÓLNA

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

Szpital prawidłowo prowadził działalność leczniczą oraz współuczestniczył w działalności dydaktycznej i naukowej prowadzonej przez jego organ założycielski.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Pomieszczenia Szpitala odpowiadały wymaganiom określonym w przepisach prawa. Organizacja udzielania świadczeń była zgodna z umowami zawartymi z Narodowym Funduszem Zdrowia⁵ i odpowiednimi przepisami. Zapewniono bezpieczne użytkowanie sprzętu i aparatury medycznej. Szpital prawidłowo korzystał z możliwości zlecenia podmiotom zewnętrznym udzielania świadczeń zdrowotnych.

Szpital zapewniał sprawną organizację i odpowiednie warunki pracy personelu medycznego. Wielkość zatrudnienia na trzech oddziałach objętych szczegółową analizą oraz kwalifikacje personelu odpowiadały ustalonym wymaganiom.

Plany finansowe Szpitala na lata 2022-2025 zostały zaopiniowane przez Radę Społeczną i zatwierdzone przez Radę Uniwersytetu Szpitala, jednak nie dokonywano w nich stosownych zmian, co w konsekwencji spowodowało w latach 2022 - 2024 przekroczenie ogółem planowanych przychodów odpowiednio o 7,2%; 7,7% oraz 3,5%, a kosztów o 4,4%; 4,68% oraz 2,67%. Szpital terminowo sporządził i opublikował raporty o sytuacji ekonomiczno-finansowej za lata 2022, 2023 i 2024.

W okresie objętym kontrolą Szpital terminowo ustalał przypadające mu należności pieniężne, w tym mające charakter cywilnoprawny oraz podejmował wobec dłużników czynności zmierzające do wykonania zaistniałych zobowiązań. Naliczono też należne odsetki za zwłokę podmiotom opóźniającym się w regulowaniu należności, jednak dokonywano tego dopiero po dokonaniu wpłaty. Szpital w latach 2022-2025 (I kwartał) od zobowiązań uregulowanych po terminie płatności wypłacił kontrahentom odsetki w łącznej kwocie 4 614 tys. zł., co stanowiło naruszenie art. 44 ust. 3 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych⁶.

Planowanie inwestycji, w tym zakupu wysokospecjalistycznej aparatury medycznej było oparte o analizę potrzeb Szpitala i następowało z zachowaniem procedur określonych w ustawie o działalności leczniczej, zgodnie z zasadami należytego gospodarowania środkami publicznymi. Realizacja dostaw i instalacji aparatury była zgodna z treścią zawartych umów. Organizacja pracy komórek organizacyjnych, w których użytkowana była wysokospecjalistyczna aparatura medyczna, pozwalała na jej optymalne wykorzystanie. Prawidłowo zarządzano majątkiem Szpitala, choć w jednym przypadku nie wyegzekwowano należnej kaucji zabezpieczającej wykonywanie umowy na utrzymanie czystości.

Terminowo wdrożono wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem oraz podejmowano i dokumentowano określone w nim działania. Rzetelnie monitorowano i oceniano jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, a analizy opinii i doświadczeń pacjentów z pobytu w Szpitalu wykorzystywano do planowania zadań wynikających z ich oczekiwań.

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

⁵ Dalej: „NFZ”.

⁶ Dz. U. z 2024 r. poz. 1530, ze m., dalej: „ufp”.

Szpital zgodnie z podpisaną umową oraz statutem udostępniał pomieszczenia i sprzęt medyczny uczelni macierzystej, która, będąc jego organem założycielskim, realizowała zajęcia dydaktyczne w powiązaniu z udzielaniem świadczeń medycznych i promocją zdrowia.

Badania kliniczne i projekty naukowe prowadzone na terenie i przy udziale zasobów Szpitala realizowano i rozliczano prawidłowo, na podstawie obowiązujących w placówce szczegółowych uregulowań w tym zakresie oraz z zachowaniem zasad Dobrej Praktyki Klinicznej. Przychody Szpitala z tytułu badań i projektów finansowanych przez sponsorów zewnętrznych – koncerny farmaceutyczne, w przypadkach objętych kontrolą były około siedmio- i ośmiokrotnie wyższe od ponoszonych kosztów.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej⁷ kontrolowanej działalności

OBSZAR

Opis stanu faktycznego

1. Działalność lecznicza

1.1. Organizacja i zarządzanie

W okresie objętym kontrolą Szpital działał na podstawie statutu wprowadzonego zarządzeniem Rektora Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu z 29 listopada 2019 r.⁸ oraz regulaminu organizacyjnego przyjętego zarządzeniem z 23 października 2020 r.⁹. Podstawowym celem funkcjonowania Szpitala była realizacja zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia¹⁰.

(akta kontroli str. 560-732)

Wskaźnik wykorzystania łóżek szpitalnych w latach 2022-2025 (I kwartał) pozostawał na zbliżonym poziomie i wynosił odpowiednio: 70,17%; 70,18%; 70,86% oraz 69,41%. W przypadku Kliniki Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych obłożenie w całym okresie przekraczało 100%¹¹. Najmniejsze obłożenie odnotowano w Klinice Chorób Oczu.

Dyrektor Szpitala wskazał, że bieżąco monitoruje obłożenie w poszczególnych klinikach z podziałem na pacjentów planowych i pilnych. Informacje w tym zakresie są na bieżąco aktualizowane, posiadają je wszyscy członkowie Zarządu, w ramach aplikacji pn. „Pulpit Zarządu”. Dodał, że dane te są istotnym elementem procesu analizy rentowności klinik. Szpital w strukturze organizacyjnej posiada cztery kliniki, które w ramach swojej działalności pełnią również funkcję klinik internistycznych¹². Nadmierny napływ pilnych pacjentów powoduje, że obłożenie wspomnianych klinik osiąga poziom przekraczający 100%. Przyjmowani pacjenci to w większości osoby w wieku 65+ z wielochorobowością, wymagający pogłębionej diagnostyki, co znacząco

⁷ 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.

⁸ Nr 183, tekst jednolity

⁹ Nr 233, tekst jednolity

¹⁰ Por. § 3 ust. 2 i 3 statutu oraz § 2 regulaminu organizacyjnego Szpitala.

¹¹ Tj. 106,5% w 2022 r., 100,1% w 2023 r., 109% w 2024 r. oraz 112,8% w I kwartale 2025 r.

¹² Klinika Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych, Klinika Geriatrii i Chorób Wewnętrznych, Klinika Kardiologii i Chorób Wewnętrznych oraz Klinika Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych.

wpływa na przedłużony czas pobytu i jednocześnie utrudnia realizację w tych klinikach głównych, profilowych procedur medycznych.

(akta kontroli str. 733-735, 1968, 1971-1972, 1893)

W latach 2022-2025 (I kwartał) w Szpitalu leczono 114 592 pacjentów w tym w poszczególnych latach: 39 949, 35 072, 36 787 oraz 9 784 osób.

Liczba pacjentów hospitalizowanych w tym okresie wynosiła 88 866 osób, w tym w kolejnych latach odpowiednio: 24 908, 27 342, 28 403 oraz 8 213. Liczba hospitalizacji jednostkowych była większa i wynosiła 103 230, w tym w kolejnych latach odpowiednio: 29 151, 31 978, 33 362 oraz 8739.

Średni czas hospitalizacji w latach 2022-2024 r. wynosił ponad siedem dni (odpowiednio: 7,17; 7,33 oraz 7,07), a w pierwszym kwartale 2025 r. ponad sześć dni (6,30). Najdłuższy odnotowano w Klinice Rehabilitacji¹³ - (24,17 w 2022 r., 32,05 w 2023 r., 30,73 w 2024 r. i 24,04 w I kwartale 2025 r.) oraz Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii (20,58 w 2022 r., 19,63 w 2023 r., 18,68 w 2024 r. oraz 16,77 w I kwartale 2025 r.), a najkrótszy w Klinice Chorób Oczu (0,88 w 2022 r., 0,82 w 2023 r., 0,78 w 2024 r. oraz 0,69 w I kwartale 2025 r.) oraz Klinice Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej (1,64 w 2022 r., 1,65 w 2023 r., 1,43 w 2024 r. oraz 1,50 w I kwartale 2025 r.).

(akta kontroli str. 736-738)

Ogłędziny¹⁴ przeprowadzone w czterech klinikach: Kardiologii i Chorób Wewnętrznych; Neurologii; Neurochirurgii, Neurotraumatologii i Neurochirurgii Dziecięcej oraz Transplantologii i Chirurgii Ogólnej wykazały, że ich pomieszczenia i wyposażenie odpowiadały wymaganiom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą¹⁵. Pokoje chorych nie znajdowały się poniżej poziomu terenu urządzonego przy budynku, nie były przechodnie, a szerokość drzwi umożliwiała wyprowadzenie łóżka. Łóżka w pokojach były dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych, a odstępy między nimi umożliwiały swobodny dostęp do pacjentów. Pokoje łóżkowe były wyposażone w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki, służę umywalkowo-fartuchową lub węzeł sanitarny. Wydzielono pomieszczenia do składowania bielizny czystej, brudnej oraz odpadów. Podłogi oraz połączenia ścian z podłogami wykonano z materiałów umożliwiających ich mycie i dezynfekcję. W budynkach Szpitala nie było zsyków. W klinikach znajdowały się punkty pielęgniarskie z pokojem przygotowawczym, gabinety diagnostyczno-zabiegowe, pomieszczenia higieniczno-sanitarne wyposażone w natrysk (w tym co najmniej jedno przystosowane dla osób niepełnosprawnych) oraz brudowniki.

Organizacja udzielania wybranych świadczeń tj.:

- kardiologia – hospitalizacja (kod świadczenia 03.4100.030.02),
- choroby wewnętrzne – hospitalizacja (kod świadczenia 03.4000.030.02),
- neurochirurgia – hospitalizacja (kod zakresu 03.4570.030.02),

¹³ Wraz z Oddziałem Rehabilitacji Neurologicznej.

¹⁴ W zakresie wybranych wymogów ogólnoprzestrzennych oraz szczegółowych dla wybranych do kontroli zakresów świadczeń tj. kardiologia – hospitalizacja, choroby wewnętrzne – hospitalizacja, neurochirurgia – hospitalizacja, chirurgia ogólna – hospitalizacja.

¹⁵ Dz. U z 2022 r. poz. 402.

– chirurgia ogólna – hospitalizacja (kod świadczenia 03.4500.030.02), oraz wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną udzielających ich ww. klinik były zgodne z umową zawartą z NFZ¹⁶ oraz odpowiadały wymaganiom określonym w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹⁷. W zakresach tych nie stwierdzono żadnych odstępstw.

Ogłędziny wykazały, że zamieszczony w zestawieniu IV załącznika nr 2 do umowy Szpitala z NFZ sprzęt i aparatura znajdowały się w poszczególnych klinikach. Numery seryjne urządzeń¹⁸ były zgodne ze wskazanymi w tym zestawieniu.

Dodatkowo, w przypadku dwóch świadczeń wysokospecjalistycznych, tj.:

- neurologia – hospitalizacja A48 (kod świadczenia 03.4220.130.02)
- neurochirurgia – hospitalizacja Q31, Q32, Q 33 (kod świadczenia 03.4570.130.02),

kliniki spełniały wymagania określone w załączniku nr 4 do ww. rozporządzenia. W Klinice Neurologii znajdowała się sala intensywnego nadzoru udaru mózgu (z co najmniej czterema stanowiskami intensywnej opieki medycznej), sale dla chorych z udarem mózgu w fazie „podostrej” z co najmniej 12 łózkami dla wczesnej rehabilitacji neurologicznej, holter EKG, holter ABPM, USG tętnic zewnątrz i wewnątrzczaszkowych metodą Dopplera. Klinika Neurochirurgii, Neurotraumatologii i Neurochirurgii Dziecięcej miała dostęp do arteriografii, USG z opcją kolorowego Dopplera oraz tomografu komputerowego¹⁹.

(akta kontroli str. 739-784)

W Szpitalu zapewniono bezpieczne użytkowanie sprzętu i aparatury wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych. Zarządzeniem z 22 listopada 2019 r.²⁰ Dyrektor Szpitala wprowadził zasady postępowania przy bieżącej eksploatacji i nadzorze nad aparaturą i sprzętem medycznym²¹. Regulowały one m.in. sposób oznakowania sprzętu, jego wstawiania i pierwszego użycia oraz prowadzenia kontroli i przeglądów technicznych.

W Szpitalu funkcjonował system AppMedica²², w którym ewidencjonowano aparaturę i sprzęt medyczny. Umożliwiał on weryfikację stanu technicznego oraz ważność okresowej kontroli danego aparatu²³. Odpowiedzialnym za nadzór nad okresowymi przeglądami technicznymi dla wszystkich czynności okresowo planowanych był Dział Aparatury Medycznej, a dla urządzeń, których przeglądy należało wykonywać po określonym czasie pracy (licznik czasu pracy, liczba cykli itp.), ich bezpośredni użytkownik.

¹⁶ Weryfikacji dokonano w odniesieniu do załącznika nr 2 „Harmonogram – zasoby” do umowy Szpitala z NFZ (aneks określający w 2025 r. warunki realizacji umowy nr 2023/B0001/PSZ (CRU 86/2023) z 7 stycznia 2025 r. Późniejsze aneksy nie zmieniły zapisów poz. IV. Sprzęt.

¹⁷ Dz. U. z 2023 r. poz. 870, ze zm., dalej: „rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych”.

¹⁸ Poza jednym wyjątkiem tj. w ablatora w Klinice Kardiologii i Chorób Wewnętrznych. W trakcie oględzin dane urządzenia zostały zaktualizowane w Systemie Zarządzania Obiegiem Informacji.

¹⁹ Zgodnie z załącznikiem nr 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego z dnia 22 listopada 2013 r. określona aparatura powinna znajdować się w lokalizacji a nie w miejscu udzielania świadczeń. Szpital posiadał te urządzenia.

²⁰ Nr 95/2019.

²¹ Tj. instrukcję postępowania przy użytkowaniu i nadzorze nad aparaturą i sprzętem medycznym.

²² System informatyczny do zarządzania aparaturą medyczną. Dostęp do systemu posiadała każda klinika, oddział i zakład (ogólnodostępne konto systemowe). Dodatkowo osoby wyznaczone przez kierowników klinik, oddziałów i zakładów otrzymywały indywidualne konta z uprawnieniami do nadzoru nad eksploatacją urządzeń (np. zgłaszanie awarii, kontrola postępu napraw itp.).

²³ Podgląd dostępny był dla każdego użytkownika (zakładka „Inwentarz”). Umożliwiał sprawdzenie aktualności przeglądu technicznego danego urządzenia.

Kierownik Działu Aparatury Medycznej wskazał, że okresowe przeglądy techniczne wykonywane były przez zewnętrzne firmy świadczące usługi serwisowe lub przez pracowników technicznych Działu.

(akta kontroli str. 785-794, 1984)

Badanie przeprowadzone na próbie 10 urządzeń²⁴ o najwyższej wartości początkowej, wykorzystywanych do udzielania świadczeń w ww. czterech klinikach wykazało, że sprzęt i aparatura poddawane były kontrolom i przeglądom technicznym producentów lub autoryzowanego serwisu. Szpital posiadał i przechowywał dokumentację wykonanych instalacji, napraw, konserwacji, działań serwisowych, aktualizacji oprogramowania, przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń i kontroli bezpieczeństwa urządzeń. Zawierały one daty wykonania poszczególnych czynności oraz określenie podmiotów, które je wykonały, ich opis, wyniki i uwagi dotyczące urządzeń.

W przypadku trzech urządzeń²⁵ przeglądy okresowe wykonano po upływie terminu wskazanego w paszportach technicznych. W dwóch przypadkach przed upływem tych terminów Szpital zlecił serwisom dokonanie czynności sprawdzających i otrzymał potwierdzenia przyjęcia zamówień. Przeglądy zostały dokonane w miesiącach następujących po upływie przewidzianego terminu. W jednym przypadku²⁶, w którym przegląd wykonano z opóźnieniem przekraczającym rok, Kierownik Działu Aparatury Medycznej Szpitala wskazał, że wynikało to z niemożności zlecenia usługi serwisowi zewnętrznemu przy jednoczesnym braku możliwości wykonania tych czynności przez pracowników Działu. Przed wygaśnięciem umowy serwisowej²⁷ Szpital ogłosił trzy postępowania przetargowe na usługi serwisowe obejmujące m.in. to urządzenie, w których odnośnie jego nie wpłynęły oferty niepodlegające odrzuceniu. Wykonawcę wyłoniono dopiero w czwartym postępowaniu, umowę podpisano w styczniu 2023 r. a przegląd wykonano 30 marca 2023 r.²⁸. Kierownik Działu Aparatury Medycznej dodał, że Szpital posiadał drugi, alternatywny system do badania elektrofizjologicznego, innego producenta, który stanowi zamienne (tożsame) urządzenie udostępnione Klinice Kardiologii i Chorób Wewnętrznych²⁹. Korzystano z niego na czas wyłączenia z użytku urządzenia bez aktualnego przeglądu. Podkreślił, że system rejestracji elektrofizjologicznej jest tak specjalistycznym urządzeniem, że musi mieć zastępstwo pracy na wypadek awarii lub wystąpienia sytuacji niemożliwości wykonania przeglądu technicznego.

(akta kontroli str. 795-883, 2775)

W okresie objętym kontrolą poziom zatrudnienia w Szpitalu na dzień 31 grudnia kształtował się następująco:

²⁴ Tj: Aparat RTG Angiograf Artis Q, dwa aparaty RTG Angiograf AZURION 7M12, system rejestracji elektrofizjologicznej EP-Tracer, system monitorowania funkcji życiowych, dwa echokardiografy, aparat ECMO CardioHelp, wielofunkcyjny rejestrator elektrofizjologiczny LabSystem Pro, aparat USG MYLAB 60.

²⁵ Tj. aparatu ECMO CardioHelp, aparatu USG MYLAB 60, wielofunkcyjnego rejestratora elektrofizjologicznego LabSystem Pro.

²⁶ Tj. wielofunkcyjnego rejestratora elektrofizjologicznego LabSystem.

²⁷ Zawartej 11 maja 2018 r. na 36 miesięcy.

²⁸ Zamiast w wyznaczonym terminie do 23 lutego 2022 r.

²⁹ Tj. system rejestracji elektrofizjologicznej EP-Tracer. Analiza paszportu technicznego wykazała, że przeglądy urządzenia wykonano 24 stycznia 2022 r., 16 stycznia 2023 r., 29 stycznia 2024 r., 25 listopada 2024 r. oraz 29 maja 2025 r.

- w 2022 r. zatrudnionych było 2 107 osób, z czego 2 015,3 na podstawie umowy o pracę, 559 na podstawie kontraktu i cztery na podstawie umowy zlecenia;
- w 2023 r. na 2 121 zatrudnionych etaty stanowiły podstawę zatrudnienia dla 2 026,4 osób, kontrakty dla 542 i umowy zlecenia dla 11;
- w 2024 r. na 2 165 zatrudnionych etaty stanowiły podstawę zatrudnienia dla 2 070,8 osób, kontrakty dla 535 i umowy zlecenia 22 osób.

(akta kontroli str. 412-416)

Kierownik Działu Zarządzania Zasobami Ludzkimi podał, że zgodnie z postanowieniami zarządzenia z 2023 r.³⁰ jednostka na bieżąco analizowała poziom zatrudnienia, na podstawie którego podejmowano wszelkie decyzje dotyczące jego zwiększenia lub redukcji, a także zmian w zakresie wakatów w poszczególnych komórkach organizacyjnych, również pod względem finansowym.

(akta kontroli str. 172-178, 300)

Kontrolę prawidłowości wielkości zatrudnienia z obowiązującymi przepisami i umową z NFZ w Szpitalu przeprowadzono dla Klinik Kardiologii i Chorób Wewnętrznych, Neurochirurgii, Neurotraumatologii i Neurochirurgii Dziecięcej oraz Transplantologii i Chirurgii Ogólnej³¹. W wyniku analizy ustalono, że:

- wielkość zatrudnienia na oddziałach oraz kwalifikacje personelu w formie specjalizacji odpowiadały wymogom określonym w załączniku nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych;
- zatrudnienie pielęgniarek było zgodne z minimalnymi normami zatrudnienia pielęgniarek i położnych określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami³²;
- czas pracy wykazany w Systemie Zarządzania Obiegiem Informacji³³ był zgodny z harmonogramem pracy;
- faktyczny stan zatrudnienia odpowiadał liczbie lekarzy, pielęgniarek i opiekunów medycznych zgłoszonych do NFZ za wyjątkiem dwóch przypadków, w których jedna osoba wykazana została w SZOI w Klinice, która nie była jej głównym miejscem pracy oraz jedna osoba wykazana została w SZOI w zasobach personelu, pomimo, że nie była zatrudniona i/lub nie wykonywała pracy na podstawie umowy cywilnoprawnej, co szerzej opisano w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości;
- dane dotyczące personelu medycznego (imię, nazwisko, stanowisko, specjalizacja) wykazane w SZOI były zgodne z danymi osób faktycznie zatrudnionych na oddziałach, jednak wystąpiły przypadki braku aktualizacji nazwiska³⁴ osób wykazanych wśród udzielających świadczenia zdrowotne w zakładce Potencjał.

(akta kontroli str. 406, 419-425, 472-505)

Kierownik Działu Zarządzania Zasobami Ludzkimi oraz Kierownik Działu Usług

³⁰ Tj. zarządzenia nr 32/2023 Dyrektora Szpitala z dnia 21 kwietnia 2023 r. w sprawie obiegu dokumentów dotyczących zatrudnienia oraz procedury przeprowadzania analizy zatrudnienia w Szpitalu.

³¹ Kontrolą objęto miesiące: marzec 2023 r., 2024 r. oraz 2025 r.

³² Dz. U. z 2012 r. poz. 1545.

³³ Dalej: „SZOI”.

³⁴ Dot. zmian stanu cywilnego.

Medycznych wyjaśnili, że brak aktualizacji nazwiska nie miał wpływu na możliwość terminowego rozliczania świadczeń z NFZ. Stanowiło ono daną pomocniczą do identyfikacji osób, gdyż kluczowe były numery PESEL wykazanego personelu.

(akta kontroli str. 426)

W latach 2022-2025 (I kwartał) w objętych kontrolą klinikach zapewniono sprawną organizację i odpowiednie warunki pracy personelu medycznego. Nie stwierdzono przypadków zatrudniania na podstawie umowy o pracę i jednocześnie na podstawie umowy cywilnoprawnej z indywidualną lub grupową praktyką zarejestrowaną jako działalność pozarolnicza. W Szpitalu obowiązywał pięciodniowy tydzień pracy, wprowadzony Regulaminem Pracy³⁵ obowiązującym od 27 lipca 2012 r. Szpital do planowania harmonogramów oraz prowadzenia ewidencji czasu pracy korzystał z Systemu XPRIMER, który nie zezwalał na zatwierdzanie grafiku w przypadku naruszenia 11-godzinnego nieprzerwanego dobowego odpoczynku lub 35-godzinnego odpoczynku tygodniowego. Analiza czasu pracy w trzech oddziałach³⁶ wykazała, że:

- nie został przekroczony dobowy i tygodniowy czas pracy wynoszący odpowiednio 7 godzin 35 minut i przeciętnie 37 godzin 55 minut;
- nie został przekroczony łącznie z godzinami nadliczbowymi przeciętnie 48 godzinny tygodniowy czas pracy;
- zapewniono pracownikom w każdej dobie prawo do co najmniej 11 godzin, a w tygodniu do co najmniej 35 godzin nieprzerwanego odpoczynku.

Praca pielęgniarek była planowana w sposób nienaruszający zasady zachowania przeciętnie pięciodniowego tygodnia pracy w okresie rozliczeniowym³⁷.

(akta kontroli str. 412-416, 419, 427-471)

W umowach zawartych przez Szpital z NFZ o udzielanie świadczeń w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej³⁸, wskazano, że świadczenia gwarantowane mogą być udzielane z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie a także współrealizatorów (w przypadku świadczeń opieki kompleksowej). Szpital prawidłowo korzystał z możliwości zlecenia podmiotom zewnętrznym świadczeń zdrowotnych. Badaniem w tym zakresie objęto 26 umów³⁹.

(akta kontroli str. 739, 884-896)

³⁵ Zarządzenie nr 99/2012 z dnia 12 lipca 2012 r. w sprawie wprowadzenia Regulaminu Pracy w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy. Czas pracy pracowników nie mógł przekraczać 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w okresie rozliczeniowym określonym w Zarządzeniu nr 52/2019 Dyrektora Szpitala z dnia 24 maja 2019 r. w sprawie rozkładu czasu pracy dla poszczególnych grup zawodowych pracowników (z zastrzeżeniem ust. 2,3 i 4), jednak nie dłuższym niż trzy miesiące.

³⁶ Badaniem kontrolnym objęto dokumentację dotyczącą czasu pracy na trzech oddziałach szpitalnych w miesiącach marzec 2023, marzec 2024 i marzec 2025 r.

³⁷ Wymiar ten rekompensowany był udzielaniem dnia wolnego lub krótszym dniem pracy,

³⁸ Nr 02-00-00671-17-22/17-21/B0001-PSZ z 29 września 2017 r. oraz Nr 020000671230001/2023/B0001/PSZ z 30 grudnia 2022 r. (umowa obowiązująca od 1 stycznia 2023 r. do 30 czerwca 2027 r.),

³⁹ Wyboru dokonano na podstawie przekazanych przez Szpital zestawień w oparciu o wartość rozliczonych umów: tj. średniomiesięcznych wartości kontraktów lekarskich za okres wrzesień 2024 – luty 2025 r; średniomiesięcznych wartości kontraktów pielęgniarskich i pozostałego personelu za okres wrzesień 2024 – luty 2025; zestawienia „Zlecenie podmiotom trzecim wykonywanie świadczeń zdrowotnych”. Średnia miesięczna wartość kontraktów lekarzy i pielęgniarek (łącznie 21 osób) we wskazanym okresie wynosiła 991,9 tys. zł. Wartość świadczeń zdrowotnych w umowach z pięcioma wybranymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w 2024 r. oraz 2025 r. wyniosła łącznie 2 981,9 tys. zł.

Przyjmującymi zamówienie o udzielanie świadczeń zdrowotnych były podmioty wykonujące działalność leczniczą lub osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny⁴⁰. W przypadku wszystkich podmiotów w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą wskazano status – „aktywny”.

(akta kontroli str. 896)

Szpital w postępowaniach konkursowych na udzielanie świadczeń zdrowotnych określił⁴¹, że przedmiot zamówienia nie może wykraczać poza rodzaj działalności leczniczej lub zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez przyjmującego zamówienie, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. We wszystkich badanych przypadkach zakres zleconych świadczeń był zgodny z przedmiotem działalności leczniczej wykonywanej przez przyjmującego zamówienie.

(akta kontroli str. 887-888, 1985-1994)

Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zostały sporządzone w formie pisemnej i zawierały postanowienia wymagane art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁴². W postępowaniach konkursowych Szpital określał szczegółowe warunki konkursu ofert oraz wzory formularza ofertowego i umowy.

(akta kontroli str. 888-891, 903-1200, 1985-1994)

Przedmiot zawartych umów był zgodny z przedmiotem zamówienia (z treścią oferty postępowania konkursowego). Na podstawie przedłożonej dokumentacji nie stwierdzono zmiany osób wykonujących zamówienie w imieniu przyjmującego zamówienie, w tym na osoby z innymi kwalifikacjami.

(akta kontroli str. 891-892)

Szpital w postępowaniach konkursowych określił wymóg⁴³ dołączenia do oferty polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub oświadczenia, że zostanie ona zawarta przed podpisaniem umowy. W umowach zobowiązano lekarzy i pielęgniarki do ubezpieczenia na własny koszt od odpowiedzialności cywilnej oraz kontynuowania tego ubezpieczenia przez cały okres trwania umowy⁴⁴. W aktach osobowych objętych badaniem lekarzy i pielęgniarek znajdowały się polisy poświadczające zawarcie ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej (najpóźniej w dniu zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne oraz przez cały dotychczasowy okres trwania umowy).

W umowach z podmiotami wykonującymi działalność leczniczą zawarto postanowienie dotyczące obowiązku posiadania w całym okresie

⁴⁰ Sprawdzenia dokonano w [Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą](#) – na dzień zawarcia umowy oraz dzień sprawdzenia (tj. 10 czerwca 2025 r).

⁴¹ W Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert – publikowanych w BIP – Wymagania konieczne dla Oferentów zainteresowanych świadczeniem usług – lit. b. W przypadki konkursów dla podmiotów – Szczegółowe Warunki Konkursu Ofert pkt II. Przedmiot konkursu – zakres.

⁴² Dz. U. z 2025 r. poz. 450, ze zm., dalej: „udl”.

⁴³ W Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert – publikowanych w BIP (pkt 7 sekcji IV Formularza oferty – załączniki).

⁴⁴ Na żądanie Szpitala przyjmujący zamówienie byli obowiązani przekładać dokumenty potwierdzające dopełnienie tych obowiązków. Brak ich spełnienia stanowił podstawę do rozwiązania umowy bez zachowania okresu wypowiedzenia.

obowiązania umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej na sumę nie niższą niż statutowa w obowiązujących przepisach prawa oraz okazywania jej na każde wezwanie, a także doręczenia zamawiającemu uwierzytelnionej kopii polisy. Szpital posiadał kopie umów ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ww. podmiotów.

Dyrektor Szpitala wskazał, że w okresie objętym kontrolą do Szpitala kierowane były roszczenia „w związku z leczeniem”, zatem trudno było przypisać je imiennie. Nie wzywano do wzięcia udziału w sprawie przyjmujących zamówienie tylko ubezpieczyciela, który po ewentualnej wypłacie odszkodowania mógł dochodzić roszczeń regresowych od osób odpowiedzialnych.

(akta kontroli str. 892, 1985-1994)

Badaniem objęto po trzy losowo wybrane dowody księgowe będące podstawą płatności wynagrodzeń podmiotom objętym badaniem w okresie objętym kontrolą. Analiza wykazała, że zostały one sporządzone prawidłowo, właściwie opisane, a operacje i kwoty na nich wykazane wynikały z zawartych umów. Przedłożone faktury zostały zaakceptowane przez Dyrektora ds. Lecznictwa, Kierownika Sekcji Kontrolingu Finansowego oraz Głównego Księgowego. Zostały także zweryfikowane pod względem merytorycznym i formalno-rachunkowym.

W Szpitalu wprowadzono i stosowano się do instrukcji obiegu i kontroli dokumentów finansowych⁴⁵. Dodatkowo zgodnie z zarządzeniem z 2013 r.⁴⁶ w sprawie wprowadzenia programu do elektronicznej ewidencji czasu pracy osoby udzielające świadczeń zdrowotnych na podstawie umów cywilnoprawnych zobowiązane były do dołączania do przedkładanych w Samodzielnej Sekcji Kontrolingu Finansowego faktur/rachunków, zatwierdzonego podpisem właściwego kierownika wydruku z programu do elektronicznej ewidencji czasu pracy. Weryfikacja 63 faktur wykazała, że każdorazowo przyjmujący zamówienia dołączali wydruki z programu ewidencjującego czas pracy potwierdzone przez kierowników komórek (klinik), w których świadczyli usługi. Ponadto zasady rozliczeń regulowano w umowach o wykonywanie świadczeń zdrowotnych. Podmioty, z którymi współpracowano (szpitale, spółki), miały obowiązek wystawiania faktur w okresach miesięcznych wraz z zestawieniem danych o wykonanych usługach (badaniach) i wskazaniem pacjentów, którym udzielono świadczeń.

W Szpitalu weryfikację rachunków pod względem merytorycznym oraz rozliczenia czasu pracy były sporządzane przez dwie różne osoby. Faktury pod względem merytorycznym opiniowała Kierownik Samodzielnej Sekcji Kontrolingu Finansowego na podstawie dołączonych wydruków (zapisów w przypadku faktur przedkładanych elektronicznie) z programu ewidencji czasu pracy. Kierownik Samodzielnej Sekcji Kontrolingu Finansowego, która weryfikowała poprawność merytoryczną dokumentu, opierała się na przedłożonych jej dokumentach rozliczeniowych, w których kierownicy klinik potwierdzali prawdziwość zawartych w nich danych.

W Szpitalu korzystano także z systemu Elektroniczny Obieg Dokumentów. W systemie tym procedowane były m.in. faktury wystawiane przez lekarzy i pielęgniarki. Wyznaczone osoby, uprawnione do kontroli merytorycznej (ich wykaz stanowił załącznik nr 2 do zarządzenia nr 46/2024 z 20 czerwca 2024 r.

⁴⁵ Wprowadzonej zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 46/2024 z 20 czerwca 2024 r.

⁴⁶ Nr 162/2013 z 22 października 2013 r. (po zmianie zarządzeniem nr 199/2013 z 19 grudnia 2013 r.).

i był przechowywany⁴⁷ w Dziale Księgowości w formie wydruków z podpisami kierowników jednostek organizacyjnych), weryfikowały przedkładane faktury i rachunki.

(akta kontroli str. 893-894, 1201-1462, 2015-2051)

Nie stwierdzono sytuacji, gdy pomiędzy przyjmującym zamówienie na udzielanie świadczeń zdrowotnych a Szpitalem zachodziły okoliczności wskazujące na wzajemne zależności lub konflikt interesów⁴⁸. W jednym przypadku umowę zawarto ze spółką, której Prezes Zarządu oraz jeden z pracowników byli jednocześnie pracownikami Szpitala, przy czym osoby te nie należały do kadry zarządzającej Szpitala.

(akta kontroli str. 896)

W okresie objętym kontrolą wpłynęło sześć skarg dotyczących sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty objęte badaniem. W każdym przypadku, zgodnie z obowiązującą procedurą⁴⁹, sporządzono protokół przyjęcia skargi. Dyrektor ds. Lecznictwa Szpitala zlecał właściwemu podmiotowi ustosunkowanie się na piśmie do przedstawionych zarzutów oraz przedstawiał swoje wytyczne. W każdym przypadku poinformowano pacjentów o wynikach postępowania wyjaśniającego.

(akta kontroli str. 896-902)

W umowach z przyjmującymi zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych zawarto zapisy o obowiązku poddania się kontroli zarówno ze strony zamawiającego jak i NFZ. Dyrektor Szpitala wskazał, że nie powzięto informacji o istotnym naruszeniu postanowień zawartych w umowach zlecenia. Dodał, że w okresie objętym kontrolą przeprowadzono kontrole czasu pracy i obecności w Klinice Neurologii oraz skontrolowano realizację umowy przez dwoje lekarzy.

(akta kontroli str. 2771-2774)

1.2. Gospodarka finansowa

Na strukturę przychodów Szpitala w latach 2022-2025 (I kwartał) , składały się odpowiednio:

- przychody z NFZ w wysokości 492 762,6 tys. zł, 621 198,7 tys. zł, 724 074,3 tys. zł, oraz 171 210,8 tys. zł;
- przychody z Ministerstwa Zdrowia z tytułu rezydentury: 21 895 tys. zł, 26 537,3 tys. zł, 29 822,6 tys. zł oraz 8 535,3 tys. zł;
- przychody z Urzędu Marszałkowskiego z tytułu prowadzenia staży podyplomowych: 2 789,7 tys. zł, 2 988,3 tys. zł, 1 632,1 tys. zł, oraz 308,3 tys. zł.
- pozostałe przychody ze sprzedaży medycznej⁵⁰: 5 887,7 tys. zł, 5 836,7 tys. zł, 5 696,3 tys. zł. oraz 2 132 tys. zł.

⁴⁷ I aktualizowany (w razie zmian osób upoważnionych).

⁴⁸ Zweryfikowano dane dotyczące osób reprezentujących podmioty lecznicze przyjmujące zamówienie/podwykonawców w aplikacji IPG Lex, a także stronach internetowych Krajowego Rejestru Sądowego oraz Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

⁴⁹ Procedurą P/P J5.

⁵⁰ W tym m.in. sprzedaż na rzecz SPZOZ i NZOZ, sprzedaż na rzecz zakładów pracy, sprzedaż na rzecz Aresztu Śledczego i Sądu, badania kliniczne i naukowe, sprzedaż na rzecz osób fizycznych nieubezpieczonych, pozostała sprzedaż usług medycznych.

Struktura kosztów działalności operacyjnej w oparciu o ewidencję kosztów według kryterium rodzajowego (konta zespołu 4) na drugim poziomie analitycznym kształtowała się następująco: w 2022 r. - 538 574,2 tys. zł, w 2023 r. - 668 374,7 tys. zł, w 2024 r. 783 311,5 tys. zł oraz w 2025 (I kwartał) 212 925,5 tys. zł. w tym odpowiednio:

- amortyzacja: 12 755,8 tys. zł, 15 040 tys. zł, 24 298,6 tys. zł oraz 6 274,8 tys. zł;
- zużycie materiałów i energii: 158 168,6 tys. zł, 204 787,4 tys. zł, 244 349,3 tys. zł oraz 69 491,2 tys. zł;
- usługi obce: 155 256,6 tys. zł, 191 875,8 tys. zł, 221 724,3 tys. zł oraz 59 642,3 tys. zł;
- wynagrodzenia: 172 619,3 tys. zł, 209 337,3 tys. zł, 237 419,1 tys. zł oraz 63 097 tys. zł;
- ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia: 37 457,8 tys. zł, 44 812,2 tys. zł, 52 368,3 tys. zł oraz 13 746,9 tys. zł;
- podatki i opłaty: 1 391,7 tys. zł, 1 712,2 tys. zł, 2 281,8 tys. zł oraz 660,4 tys. zł;
- pozostałe koszty rodzajowe⁵¹: 924,5 tys. zł, 809,7 tys. zł, 870 tys. zł oraz 12,9 tys. zł.

(akta kontroli str. 238-287)

Szpital udzielał świadczeń zdrowotnych w ramach poszczególnych specjalności medycznych w klinikach, oddziałach oraz poradniach. Analiza przychodów i kosztów poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala wykazała w ramach działalności medycznej, że największą stratę w 2022 r. generowała Klinika Wątroby i Chirurgii Ogólnej (7 247 tys. zł), w 2023 r. Klinika Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Wątroby i Chirurgii Transplantacyjnej (7 789,6 tys. zł), a w 2024 r. Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii (10 000,9 tys. zł). W poszczególnych latach okresu 2022-2024 wynik finansowy pozostałych komórek organizacyjnych działalności leczniczej Szpitala wykazywał zróżnicowane wartości. Poza ww. oddziałami do najbardziej deficytowych należały:

- w 2022 r. - Klinika Medycyny Ratunkowej (minus 5 842,9 tys. zł), Sektor Kliniki Geriatrii (minus 5 468 tys. zł), Sektor Kliniki Psychiatrii (minus 5 050,8 tys. zł);
- w 2023 r. - Klinika Geriatrii (minus 6 831,7 tys. zł), Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii (minus 6 050,1 tys. zł), Klinika Neurologii (minus 4 767,3 tys. zł);
- w 2024 r. - Klinika Geriatrii i Chorób Wewnętrznych (minus 7 079,8 tys. zł), Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci (minus 6 241,4 tys. zł), oraz Klinika Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Wątroby i Chirurgii Transplantacyjnej (minus 5 859 tys. zł);

W latach 2022-2024 najbardziej dochodową komórką organizacyjną był Klinika Kardiochirurgii⁵², która odnotowała zysk w wysokości odpowiednio 9 045,9 tys. zł, 12 638,5 tys. zł, 8 458 tys. zł.

(akta kontroli str. 305-320)

W okresie objętym kontrolą, na podstawie § 20 i 21 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów

⁵¹ M.in. koszty obowiązkowego ubezpieczenia OC, koszty podróży krajowych i zagranicznych, koszty ubezpieczeń nieruchomości i ruchomości.

⁵² W 2023 i 2024 Klinika Kardiochirurgii

o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁵³, Szpital składał wnioski do NFZ nie później niż 30 dni po upływie kwartału kalendarzowego i dokonywał przesunięć środków finansowych pomiędzy zakresami oraz umowami, występował także o zwiększenie środków na świadczenia nielimitowane. Kierownik Działu Sprzedaży Usług Medycznych wyjaśniła, że w latach 2022⁵⁴-2023⁵⁵ NFZ, po zakończonym kwartale, regularnie płacił za wszystkie nadwykonania⁵⁶, zarówno limitowane, jak i nielimitowane. W 2024 r. NFZ dokonywał przesunięć płatności z dużym odroczeniem, część świadczeń limitowanych, wysokospecjalistycznych, ratujących życie⁵⁷ nie została opłacona po kwartale, w którym została wykonana, lecz dopiero po zakończonym roku. Do tych świadczeń konieczne było zastosowanie sprzętu medycznego, którego wartość w niektórych przypadkach dla jednego pacjenta wynosiła ok. 180 tys. zł. Za koszty sprzętu Szpital zobligowany był do bieżącego płacenia dostawcy, a ugodę z NFZ na te świadczenia Szpital uzyskał w kwietniu 2025 r. Ponadto nadwykonania w dwóch zakresach świadczeń limitowanych NFZ opłacił tylko w 60%.

(akta kontroli str. 292-293)

Wartość aktywów trwałych Szpitala w 2022 r. wyniosła 56 544,4 tys. zł, w tym rzeczowych – 55 117,1 tys. zł. Wartość środków trwałych w budowie wynosiła 706 tys. zł. W 2024 r. wartość aktywów trwałych wyniosła 98 535,7 tys. zł, w tym rzeczowych – 97 429,4 tys. zł. Wartość środków trwałych w budowie wynosiła 473,7 tys. zł. W prognozach na lata 2025-2027 przyjęto systematyczny wzrost wartości środków trwałych w budowie odpowiednio na poziomie: 71 580,1 tys. zł, 257 604,5 tys. zł oraz 329 065,8 tys. zł. Główna Księgowa wskazała, że wynikało to z realizacji inwestycji budowlanych (tworzonego Centrum Leczenia Dzieci) i zakupów inwestycyjnych (środki KPO na zakup specjalistycznej aparatury medycznej i procesów transformacji cyfrowej).

W latach 2022-2025 (I kwartał) Szpital nabył 95 urządzeń o wartości początkowej większej niż 130 tys. zł, w tym m.in.: tomograf komputerowy, angiograf cyfrowy, robota chirurgicznego, rezonans magnetyczny, echokardiograf i cytometr przepływowy. Zakupy sfinansował m.in. ze środków własnych (w 19 przypadkach), dotacji Ministra Zdrowia – w 16 przypadkach, Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 – w sześciu przypadkach, Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2023 – w jednym przypadku, środków funduszy europejskich⁵⁸ czy dotacji celowych.

(akta kontroli str. 740-744, 1967, 2611-2677)

Planowanie inwestycji w zakresie aparatury i sprzętu medycznego a także sprzętu niemedycznego oraz oprogramowania i systemów informatycznych było oparte o analizę potrzeb Szpitala i następowało z zachowaniem procedur określonych w udl. Zadania w tym zakresie należały m.in. do Działów: Utrzymania Infrastruktury oraz Aparatury Medycznej, a także Sekcji Realizacji Projektów Inwestycyjnych oraz Pozyskiwania Funduszy Inwestycyjnych.

⁵³ Dz.U. z 2025 r. poz. 400, ze zm.

⁵⁴ Opłacone w marcu 2023 r.

⁵⁵ Opłacone w marcu 2024 r.

⁵⁶ 100% nadwykonań mieściło się w kwocie ok. 500 tys. zł.

⁵⁷ Przewodnikowa nieoperacyjna naprawa zastawki mitralnej u chorych wysokiego ryzyka, przeszczepienie wątroby, operacje wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym u dorosłych, chirurgia naczyniowa hospitalizacja II poziom referencyjny – q 01, q 52, 5.52.01.0001496, 5.53.01.0001435 oraz świadczenia poza pakietem onkologicznym

⁵⁸ W ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020 (poddziałanie 6.1.1), a także Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020 (działanie 11.3)

Obowiązkiem tych komórek była ścisła współpraca. Pracownicy Sekcji Realizacji Projektów Inwestycyjnych odpowiedzialni byli m.in. za podejmowanie działań przygotowawczych poprzedzających realizację inwestycji⁵⁹, jej koordynowanie z bieżącą działalnością Szpitala, prowadzenie dokumentacji potwierdzającej postęp projektu oraz zapewnienie prawidłowości wydatkowania pozyskanych środków finansowych i nadzór nad rozliczeniami inwestycji. Planowanie i dokonywanie zakupów sprzętu i aparatury medycznej należało do zadań pracowników Działu Aparatury Medycznej⁶⁰. Zadania poszczególnym pracownikom zostały powierzone w ich zakresach obowiązków.

(akta kontroli str. 640-644, 646-647, 1463-1491, 1865)

W Szpitalu w okresie objętym kontrolą opracowywano plany rzeczowo-finansowe, których częścią były plany zakupu środków trwałych i zadań inwestycyjnych. Obejmowały one każdorazowo zakupy:

- sprzętu medycznego i niemedycznego (gotowy środków trwałych);
- systemów informatycznych i oprogramowania;
- zadania inwestycyjne (budowlane i remontowe).

Zasady opracowania tych dokumentów ustalał Dyrektor Szpitala wydając corocznie zarządzenia⁶¹. Każdorazowo wskazywał terminy i kolejność przekazywania⁶² przez:

- Dział Aparatury Medycznej planu rzeczowego obejmującego szczegółowy zakres inwestycji na dany rok;
- komórki organizacyjne informacji o planowanych przychodach i kosztach;
- Dział Księgowości informacji o stanie środków pieniężnych, należnościach i zobowiązaniach.

W planach inwestycyjnych określano źródła finansowania, ośrodek kosztów, planowaną datę rozpoczęcia inwestycji i zawierano szczegółowe uzasadnienie. Sekcja Kontrolingu Finansowego Szpitala przedstawiała komórkom organizacyjnym odpowiedzialnym za cząstkowe opracowanie planu finansowego dane pomocnicze zawierające symulowany poziom wykonania przychodów/kosztów w roku poprzedzającym.

Informacje o planowanych inwestycjach i zakupach inwestycyjnych na kolejne trzy lata zamieszczano także w publikowanych w BIP Szpitala raportach o sytuacji finansowo-ekonomicznej. Wskazywano w nich wartość projektów, źródła finansowania i planowane na realizację środki w poszczególnych latach.

(akta kontroli str. 358-359, 372-373, 388-389, 404-405, 511-558, 2611-2677)

W latach 2022-2025 zaplanowano łącznie inwestycje o wartości odpowiednio: 28 155 tys. zł, 46 679 tys. zł, 23 840 tys. zł oraz 91 976 tys. zł. Największe zaplanowane wydatki dotyczyły: w 2022 r. i 2024 r. prac budowlanych i remontowych⁶³, a w 2023 r. i 2025 r. zakupu sprzętu medycznego⁶⁴.

(akta kontroli str. 359, 373, 389, 405)

⁵⁹ W tym dokonywanie uzgodnień, pozyskiwanie warunków, wytycznych a także opracowywanie dokumentów niezbędnych do zrealizowania postępowań przetargowych. Por. § 131 regulaminu organizacyjnego.

⁶⁰ Por. § 133 regulaminu organizacyjnego.

⁶¹ Nr 108/2021 z 7 grudnia 2021 r., nr 96/2022 z 6 grudnia 2022 r., nr 120/2023 z 17 listopada 2023 r. oraz nr 82/2024 z 18 listopada 2024.

⁶² Korespondencja odbywała się m.in. elektronicznie za pomocą opracowanych formularzy.

⁶³ Tj. odpowiednio: 16 486 tys. zł oraz 20 499 tys. zł.

⁶⁴ Tj. odpowiednio 25 032 tys. zł oraz 86 351 tys. zł.

W Szpitalu działała Rada Społeczna, która funkcjonowała na podstawie regulaminu z września 2016 r.⁶⁵. Do jej zadań należało m.in. przedstawianie wniosków i opinii w sprawach zbywania aktywów trwałych oraz zakupu lub przyjęcia darowizny nowej aparatury i sprzętu medycznego.

W okresie objętym kontrolą Rada Społeczna pozytywnie opiniowała plany finansowo-rzeczowe Szpitala⁶⁶. Na swoich posiedzeniach opiniowała także plany zakupów nowej aparatury i sprzętu medycznego⁶⁷ oraz półroczne sprawozdania z ich wykonania⁶⁸.

Dyrektor Szpitala wskazał, że plany inwestycyjne zatwierdzane były także pośrednio, poprzez zaopiniowanie, przez Radę Collegium Medicum i Radę Uniwersytetu na etapie opiniowania planu rzeczowo-finansowego. Dodał, że decyzje dotyczące realizacji poszczególnych inwestycji były podejmowane z uwzględnieniem wielu czynników, m.in. źródeł finansowania, możliwości finansowych Szpitala (w przypadku finansowania ze środków własnych), wpływu inwestycji (lub jej braku) na realizację zadań statutowych Szpitala, konieczności realizacji zaleceń instytucji kontrolnych (Sanepid, straż pożarna itp.). Nowe inwestycje, nieprzewidziane w planie rzeczowo – finansowym, wynikające z wystąpienia okoliczności niemożliwych do przewidzenia na etapie tworzenia planu inwestycyjnego, mogły być wprowadzone do planu za zgodą Dyrektora oraz Rady Społecznej.

(akta kontroli str. 322, 328, 333, 337, 340, 1492-1539, 1968, 1972)

W latach 2022-2025 (I kwartał) Szpital wystąpił do Ministra Zdrowia z siedmioma wnioskami o wydanie opinii o celowości Inwestycji. W sześciu przypadkach zostały one zaopiniowane pozytywnie⁶⁹. Negatywnie zaopiniowano wniosek dotyczący zakupu robota chirurgicznego. Minister Zdrowia ocenił, że inwestycja nie odpowiada krajowemu lub wojewódzkiemu planowi transformacji lub mapie potrzeb zdrowotnych i przyznał w tym zakresie 0 pkt, mimo, że NFZ oceniając to kryterium przyznał maksymalną ich liczbę (10 pkt). Odwołanie Szpitala w tej sprawie zostało rozpatrzone negatywnie.

Dodatkowo w ww. okresie Szpital wystąpił z 72 wnioskami o dofinansowanie projektów, z których 22 je otrzymały i zostały zrealizowane lub pozostają w trakcie realizacji, a 49 zostało rozpatrzonych negatywnie. Jeden wniosek był w trakcie oceny⁷⁰.

Analiza zakwalifikowanych wniosków o dofinansowanie oraz wniosków o ocenę zasadności inwestycji z pozytywną oceną składanych do Ministra Zdrowia wykazała, że argumenty na rzecz zakupu aparatury były spójne z uzasadnieniami zawartymi w planach inwestycyjnych Szpitala.

(akta kontroli str. 1540-1577, 1968-1969, 1972-1981, 2052)

⁶⁵ Zatwierdzonego przez Rektora UMK.

⁶⁶ Uchwały nr I/9/2022 z 3 marca 2022 r., I/8/2023 z 7 marca 2023 r., I/7/2024 z 27 lutego 2024 r. oraz I/6/2025 z 26 marca 2025 r.

⁶⁷ Por. np. uchwały I/8/2022 z 3 marca 2022 r., I/7/2023 z 7 marca 2023 r., I/6/2024 z 27 lutego 2024 r. czy III/17/2024 z 11 grudnia 2024 r.

⁶⁸ Uchwały nr II/12/2022 z 21 września 2022 r., I/4/2023 z 7 marca 2023 r., III/17/2023 z 22 listopada 2023 r., I/3/2024 z 27 lutego 2024 r., III/16/2024 z 11 grudnia 2024 r. oraz I/2/2025 z 26 marca 2025 r.

⁶⁹ Dotyczące inwestycji na łączną kwotę 698 075,5 tys. zł.

⁷⁰ Do dnia zakończenia czynności kontrolnych w jednostce.

W Szpitalu prowadzono rejestr udzielonych zamówień publicznych⁷¹ oraz ustalono wewnętrzne procedury związane z ich realizacją tj. Regulamin Zamówień Publicznych⁷². W latach 2022-2025 corocznie sporządzano i w razie potrzeb aktualizowano plany zamówień publicznych⁷³.

Badanie dwóch postępowań na zakup aparatury medycznej⁷⁴ wykazało, że działania Szpitala były zgodne z wewnętrznymi regulacjami dotyczącymi udzielania zamówień publicznych oraz ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych⁷⁵. W każdym przypadku zakup wysokospecjalistycznej aparatury medycznej był uzasadniony potrzebami Szpitala. Przed ogłoszeniem zamówienia publicznego przeprowadzono analizę potrzeb i wymagań zamawiającego oraz oszacowano wartość zamówienia i szczegółowo opisywano jego przedmiot.

Szpital zapewnił niedyskryminacyjny dostęp do udzielanych zamówień publicznych oraz transparenty sposób wyboru wykonawcy. W ramach postępowań nie dochodziło do ograniczenia konkurencyjności poprzez formułowanie wymagań, jakie powinien spełnić przedmiot zamówienia, w sposób umożliwiający ich zrealizowanie tylko przez jednego wykonawcę. Oferenci spełniali kryteria określone w specyfikacjach istotnych warunków zamówień a przedstawione przez nich oferty zawierały wymagane dokumenty. Szpital w umowach z wykonawcami zabezpieczył swój interes prawny (np. poprzez sformułowanie postanowień odnoszących się do kar umownych). Środki na zakup urządzeń wydatkowano gospodarnie.

(akta kontroli str. 1592-1753, 1761-1762, 1782-1783, 2678-2712)

Realizacja zakupów wynikających z ww. zamówień publicznych nastąpiła zgodnie z zawartymi umowami:

- 4 grudnia 2023 r. strony podpisały protokół zdawczo-odbiorczy z przekazania rezonansu magnetycznego⁷⁶. Wcześniej w okresie od 27 do 30 listopada 2023 r. przeprowadzono szkolenie z jego obsługi.
- 13 grudnia 2023 r. strony podpisały protokół zdawczo-odbiorczy z przekazania robota chirurgicznego⁷⁷. Tego samego dnia potwierdzono przeprowadzenie szkolenia z jego obsługi.

W obu przypadkach przedstawiciel Szpitala potwierdził zgodność dostarczonego sprzętu z zamówieniem, załączenie przynależnych dokumentów (w tym gwarancji) oraz poprawne uruchomienie urządzenia. Szpital dokonał płatności wynagrodzenia za dostarczone sprzęty w terminach i wysokościach wynikających z zawartych umów.

⁷¹ W formie arkusza programu Excel przez Kierownika Sekcji Logistyki i Zamówień Publicznych.

⁷² Zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 53/2022 z 28 kwietnia 2022 r. Załącznikiem do niego był m.in. Regulamin Pracy Komisji Przetargowej.

⁷³ Podane do publicznej wiadomości w BIP Szpitala i na platformie zakupowej.

⁷⁴ Dobranych w sposób celowy na podstawie przeprowadzonej analizy ryzyka wystąpienia nieprawidłowości oraz z uwzględnieniem najwyższych wartości zamówień publicznych. Do analizy wytypowano postępowania na zakup robota chirurgicznego oraz rezonansu magnetycznego.

⁷⁵ Dz. U. z 2024 r. poz. 1320, ze zm.

⁷⁶ W umowie z 27 września 2023 r. nr SU/K/NLZ-2/1026/23/W termin realizacji dostawy określono na 10 tygodni od podpisania umowy. 11 grudnia 2023 r. aparat wprowadzono do ewidencji środków trwałych Szpitala nr OT UE 136/2023

⁷⁷ W umowie z 11 grudnia 2023 r. nr SU/K/NLZ-2/1277/23/W termin realizacji dostawy określono na 4 tygodnie od podpisania umowy (w przypadku reaktor transoralnego – 12 tygodni). 14 grudnia 2023 r. sprzęt wprowadzono do ewidencji środków trwałych Szpitala nr OT 151/2023

Przeprowadzone oględziny potwierdziły, że urządzenia znajdowały się w Szpitalu: w Pracowni Rezonansu Magnetycznego oraz na sali operacyjnej. Stan rzeczowy odzwierciedlał zapisy ewidencji i dokumentacji środków trwałych.

(akta kontroli str. 1751-1763, 1773-1784, 1795-1798, 1995-2014)

Organizacja pracy komórek organizacyjnych, w których użytkowana była wysokospecjalistyczna aparatura medyczna, pozwalała na jej optymalne wykorzystanie. Świadczenia zdrowotne w Pracowni Rezonansu Magnetycznego udzielane były od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.00 do 22.00 oraz w soboty w godzinach od 8.00 do 20.00. Od momentu uruchomienia rezonansu wykonano z jego użyciem 115 badań w 2023 r., 4142 – w 2024 oraz 1804 do 31 maja 2025 r. We wniosku o dofinansowanie projektu, który obejmował zakup ww. urządzenia, zawarty został wskaźnik rezultatu bezpośredniego w postaci liczby leczonych w Szpitalu określony na poziomie wartości docelowej w roku 2024 - 36 000 osób na rok. Wskaźnik ten został osiągnięty⁷⁸.

Wykorzystanie robota chirurgicznego do zabiegów operacyjnych odbywało się zgodnie z harmonogramem pracy Zespołu Sal Operacyjnych: w poniedziałek i środę w godzinach od 7.30 do 20.00 oraz piątek od 7.30 do 18.00 korzystali z niego pracownicy Kliniki Urologii Ogólnej i Onkologicznej, a we wtorek i czwartek w godzinach od 7.50 do 15.00 pracownicy Kliniki Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Wątroby i Chirurgii Transplantacyjnej. Od momentu uruchomienia robota wykonano z jego użyciem 16 zabiegów operacyjnych w 2023 r., 458 – w 2024 r. oraz 220 do 31 maja 2025 r.

Dyrektor Szpitala podkreślił, że wykorzystanie robota chirurgicznego było optymalne, biorąc pod uwagę świadczenia wycenione przez NFZ. Dodał, że jeżeli Fundusz wprowadzi do katalogu świadczeń wycenę robotyczną dla innych świadczeń, Szpital gotowy będzie je wykonywać z użyciem robota, mając na uwadze zapotrzebowanie społeczne.

(akta kontroli str. 2713-2720)

W latach 2022-2025 (I kw.) nie dokonano sprzedaży sprzętu medycznego będącego na stanie Szpitala. Szpital użyczył w tym czasie urządzenia dekontaminujące oraz zmywarko-wyparzarki konsorcjum firm w ramach umowy na kompleksowe utrzymanie czystości, higieny, transportu wewnętrznego oraz czynności pomocowych.

W okresie objętym kontrolą obowiązywały cztery umowy, na mocy których Szpital nieodpłatnie udostępniał swoje pomieszczenia oraz jedna umowa najmu⁷⁹. Nieodpłatnie, na cele statutowe⁸⁰, udostępniano pomieszczenia przedstawicielom dwóch związków zawodowych oraz jednego stowarzyszenia. Umowy z tymi podmiotami zawarto w latach 2004-2006, po uzyskaniu pozytywnych opinii Rady Społecznej Szpitala. Zawierały one postanowienia dotyczące zasad korzystania, w tym zabezpieczające interes Szpitala⁸¹.

⁷⁸ Liczba leczonych w 2024 r. w Szpitalu wyniosła 36 787 osób.

⁷⁹ Na mocy umowy zawartej 1 stycznia 2022 r. Szpital oddał do użytkowania pomieszczenie o pow. 9 m², w celu świadczenia przez najemcę kompleksowych usług w zakresie zapewnienia ciągłości pracy urządzeń drukujących oraz jakości ich wydruku na terenie całego Szpitala. 3 listopada 2024 r. Szpital ponowił wcześniejsze postanowienia w tym zakresie do 13 października 2027 r.

⁸⁰ Przeznaczenie to ujęto w § 1 każdej z umów („z przeznaczeniem na cele statutowe...”).

⁸¹ Podmioty ponosiły materialne skutki związane z użytkowaniem pomieszczeń, były zobowiązane do dokonywania rozliczeń finansowych i prowadzenia dokumentacji zgodnej z wytycznymi organów podatkowych bez pośrednictwa Szpitala, używanie pomieszczeń mogło odbywać się wyłącznie z uwzględnieniem potrzeb innych korzystających, w przypadku korzystania z linii telefonicznej były zobowiązane do ponoszenia kosztów, utrzymywania w lokalu warunków zapewniających

Dodatkowo, podmiotowi świadczącemu usługi utrzymania czystości udostępniono pomieszczenia o powierzchni 723 m² w celu organizacji zaplecza (w tym technicznego, biurowego i socjalnego oraz szatni dla personelu) na potrzeby realizacji usługi. Umowa została zawarta po zrealizowaniu zamówienia publicznego. Zobowiązanie do udostępnienia pomieszczeń zawarto w specyfikacji warunków zamówienia⁸² prowadzonego postępowania. Warunki udostępnienia określono w oddzielnym załączniku⁸³. Mimo odpowiedniego zobowiązania wykonawca nie wpłacił ustanowionej kaucji⁸⁴, co szerzej opisano w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości.

Wykonawca korzystał z lokalu ponosząc koszty zużycia energii cieplnej, elektrycznej i wody. Szpital co miesiąc obciążał go opłatami za zużycie mediów. Wcześniej temu samemu podmiotowi Szpital wynajmował tożsame pomieszczenia na mocy umowy z 2019 r. Dyrektor Szpitala wskazał, że zrezygnowano z tej formy, bowiem odpłatny obowiązkowy najem w stałej wysokości podwyższał o tę kwotę zaoferowaną cenę za wykonanie usługi. Podkreślił, że kontynuacja poprzednich zapisów była w tej sytuacji niezasadna.

Rada Społeczna Szpitala w okresie objętym kontrolą pozytywnie opiniowała coroczne sprawozdania w zakresie zbywania, oddawania w dzierżawę, najem, użytkowanie oraz użyczenia jego aktywów trwałych.

(akta kontroli str. 1798-1838, 2736-2770)

W badanych latach Szpital na podstawie zarządzeń⁸⁵ Dyrektora w sprawie opracowania planu finansowo – rzeczowego, zgodnie z art. 52 ust. 2 ufp, przygotowywał plany finansowe w terminie umożliwiającym prowadzenie gospodarki finansowej od 1 stycznia kolejnego roku. Plany te zgodnie z § 20 ust. 2 Statutu zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną Szpitala⁸⁶ oraz zatwierdzone przez Radę Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu⁸⁷. Szpital nie wprowadzał jednak do planów finansowo–rzeczowych odpowiednich aktualizacji, w związku z tym wystąpiły ich przekroczenia w zakresie przychodów jak i wydatków. Nie zachowano tym samym zasady określonej w art. 44 ust. 1 pkt 3 ufp, co szerzej opisano w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 321-405, 511-558, 410)

W latach 2022 – 2024 osiągnięte przychody bilansowały się z ponoszonymi kosztami, gdyż Szpital odnotowywał dodatni wynik finansowy w wysokości odpowiednio 820 tys. zł, 738 tys. zł, i 348 tys. zł, nie było więc konieczności

przestrzeganie przepisów, w tym bhp i ppoż, dokonywanie bieżących napraw i konserwacji lokalu we własnym zakresie i na własny koszt, zakaz oddania w użytkowanie osobie trzeciej, zakaz dokonywania zmian i przeróbek lokalu i urządzeń bez pisemnej zgody Szpitala, Szpital nie ponosił odpowiedzialności za rzeczy pozostawione w lokalu, miał możliwość odmowy dopuszczenia przedstawicieli do lokalu bez prawa do odszkodowania, prawo wypowiedzenia umowy ze skutkiem natychmiastowym z ważnych powodów).

⁸² W sekcji IV pkt 12 SWZ wskazano, że „Zamawiający udostępni Wykonawcy na okres obowiązywania umowy pomieszczenia znajdujące się w siedzibie Zamawiającego w celu organizacji zaplecza. Warunki udostępnienia pomieszczeń określa załącznik nr 25 do SWZ”.

⁸³ Tj. załączniku nr 25 do SWZ.

⁸⁴ Dla zabezpieczenia płatności zobowiązań wynikających z Umowy, pokrycia szkód powstałych w wyniku nienależytego wykonania Umowy oraz czynów niedozwolonych dokonanych w związku z Umową.

⁸⁵ Zarządzenie nr 108/2021 z dnia 7 grudnia 2021 r.; Zarządzenie nr 96/2022 z dnia 6 grudnia 2022 r.; Zarządzenie nr 120/2023 z dnia 17 listopada 2023 r.; Zarządzenie nr 82/2024 z dnia 18 listopada 2024 r.

⁸⁶ Uchwałą nr 1/9/2022 z 3 marca 2022 r., 1/8/2023 z 7 marca 2023 r. i 1/7/2024 z 27 lutego 2024 r.

⁸⁷ Uchwałami nr 5 z dnia 29 marca 2022 r., nr 8 z dnia 18 kwietnia 2023 r. oraz nr 5 z dnia 19 marca 2024 r.

wprowadzenia planu naprawczego, o którym mowa w art. 59 ust. 4 udl. Za I kwartał 2025 r. Szpital uzyskał ujemny wynik finansowy w wysokości minus 27 536 tys. zł (w analogicznym okresie 2024 r. Szpital również odnotował stratę, na poziomie minus 11 921,8 tys. zł).

(akta kontroli str. 182-186, 230-240)

Stan należności Szpitala na dzień 31 grudnia lat 2022-2024 oraz na koniec I kwartału 2025 r. wynosił ogółem odpowiednio: 30 409,3 tys. zł, 57 370,2 tys. zł, 47 290,3 tys. zł. oraz 53 118,4 tys. zł. Łącznie Szpitalowi przypadało 49 110,7 tys. zł należności nieprzeterminowanych (tj. 92,46%). Należności przeterminowane wyniosły ogółem 4 007,6 tys. zł (tj. 7,54 %), w tym:

- od 1 do 30 dni - 152,4 tys. zł (0,29 % należności ogółem);
- od 31 do 90 dni - 160 tys. zł (0,30 % należności ogółem);
- od 91 do 180 dni - 324,1 tys. zł (0,61 % należności ogółem);
- od 181 do 270 dni - 235,9 tys. zł (0,44 % należności ogółem);
- od 271 do 360 dni - 241,3 tys. zł (0,45 % należności ogółem);
- powyżej 360 dni - 2 893,8 tys. zł (5,45 % należności ogółem).

W księgach rachunkowych Szpitala zaewidencjonowane były odpisy aktualizujące należności, których wysokość wyniosła: w 2022 r. - 2 803,3 tys. zł, w 2023 r. - 3 135,4 tys. zł, w 2024 r. - 3 664,1 tys. zł, w 2025 (I kwartał) - 4 322,5 tys. zł.

W okresie objętym kontrolą Szpital nie odstąpił od naliczania odsetek podmiotom opóźniającym się w regulowaniu należności, jednak odsetki te naliczane były po dokonaniu wpłaty⁸⁸. Szpital naliczał i ewidencjonował odsetki na koncie 750 - Przychody Finansowe w wysokości: w 2022 r. - 30 tys. zł, w 2023 r. - 36,3 tys. zł, w 2024 r. - 37,2 tys. zł, w 2025 r. (I kwartał) - 4,6 tys. zł.

Windykacją należności w Szpitalu zajmował się w pierwszej kolejności Dział Księgowości, który po otrzymaniu informacji o wartości świadczeń na rzecz osób nieubezpieczonych z Sekcji Kontrolingu Finansowego lub SOR wystawiał fakturę za zrealizowane usługi zdrowotne wskazując termin zapłaty. W przypadku braku uregulowania należności Dział Księgowości wysyłał kolejno dwa wezwania do zapłaty. Jeżeli dłużnik nie wywiązał się ze zobowiązania, kierowano wnioski do Kancelarii Prawnej⁸⁹ celem wytoczenia powództwa. Taka sama procedura dotyczyła kontrahentów Szpitala. Na wniosek Działu Księgowości na koniec roku Kancelaria Prawna przedkładała listy spraw znajdujących się na koncie 244-02 (należności sporne) oraz 204-04 (nakazy zapłaty) ze wskazaniem, na jakim etapie sprawy się znajdują. W przypadku egzekucji bezskutecznej, Kancelaria Prawna występowała z wnioskiem do Dyrektora Szpitala o wyrażenie zgody na umorzenie należności z faktur, podając przyczynę⁹⁰ ich umorzenia. W latach 2022 - 2025 (I półrocze) Szpital dokonał umorzeń należności na łączną kwotę: 2 374,7 tys. zł⁹¹.

Analiza pięciu najwyższych kwotowo pozycji należności przeterminowanych wykazała, że:

⁸⁸ Taki zapis znajduje się w Polityce Rachunkowości Szpitala - w pkt 26 rozdz. IV. „Należności wycenia się w kwocie wymagającej zapłaty z zachowaniem zasady ostrożności. Noty odsetkowe będą wystawiane i księgowane dopiero po uregulowaniu kwoty głównej należności (zasada istotności)”

⁸⁹ Windykacja należności zlecona na podstawie umowy zawartej na podstawie ustawy Prawo Zamówień Publicznych, której zakresem jest świadczenie usługi polegającej na stałej obsłudze prawnej.

⁹⁰ M.in. bezskuteczna egzekucja związana z brakiem adresu zamieszkania, zameldowania, czy też pobytu tych osób bądź ich spadkobierców, zgon osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego, koszty egzekucji przewyższały należność główną.

⁹¹ Tj. odpowiednio: 865,3 tys. zł; 679,9 tys. zł, 829,4 tys. zł oraz 0 zł.

- jedna z nich przysługiwała za udzielone przez Szpital świadczenia medyczne osobie nieobjętej powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym, a cztery związane były z wykonywaniem usług na rzecz Szpitala przez podmioty zewnętrzne;
- w każdym przypadku Dział Finansowo-Księgowy wystawiał noty księgowo oraz wezwania do zapłaty;
- w dwóch przypadkach analizowanych należności utworzono odpisy aktualizujące w wysokości 80% i 100%;
- w dwóch przypadkach rozliczenie nastąpiło w formie kompensat;
- w jednym przypadku Szpital uzyskał tytuł wykonawczy i skierował sprawę do egzekucji;
- z tytułu jednej należności Szpital wystawił notę odsetkową.

(akta kontroli str. 9-123, 187-224, 294-295)

Kwota zobowiązań według stanu na 31 grudnia 2022 r. wynosiła 209 680,8 tys. zł (rezerwy na zobowiązania: 20 383,2 tys. zł, długoterminowe: 61 130 tys. zł i krótkoterminowe: 128 167,6 tys. zł, w tym wymagalne: 30 746,3 tys. zł), na 31 grudnia 2023 r. – 247 459,4 tys. zł (rezerwy na zobowiązania: 23 442,9 tys. zł, zobowiązania długoterminowe: 52 216,4 tys. zł, krótkoterminowe: 171 800,1 tys. zł, w tym wymagalne 52 543,7 tys. zł), na 31 grudnia 2024 r. – 269 321,7 tys. zł (rezerwy na zobowiązania: 20 635,1 tys. zł, zobowiązania długoterminowe: 47 287,2 tys. zł, krótkoterminowe: 201 399,4 tys. zł, w tym wymagalne 72 930,2 tys. zł) oraz na 30 marca 2025 r. – 286 449,9 tys. zł (rezerwy na zobowiązania: 16 897,4 tys. zł, zobowiązania długoterminowe 47 287,2 tys. zł, krótkoterminowe: 222 265,3 tys. zł, w tym wymagalne 83 757,9 tys. zł).

Szpital na koniec każdego kwartału dokonywał wyceny zobowiązań wymagalnych stosując art. 28 ust. 1 pkt 8 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości⁹², tworząc w księgach rachunkowych rezerwę na koszty zobowiązań wymagalnych. Naliczona rezerwa z tytułu odsetek (wycena zobowiązań wymagalnych) była ewidencjonowana na koncie 751 – Koszty finansowe w korespondencji z kontem 650 -Rozliczenia międzyokresowe bierne. W przypadku naliczenia przez kontrahenta odsetek następowało rozwiązanie rezerwy (konto 650) a zobowiązanie było przenoszone na konto 210 – Rozrachunki z dostawcami z tytułu odsetek. Koszty Finansowe z tytułu wyceny zobowiązań wymagalnych zaewidencjonowane w księgach rachunkowych wynosiły: w 2022 r.- 1 298,3 tys. zł, 2023 r. -1 777,6 tys. zł, 2024 r. 2 192,8 tys. zł, 2025 (I kwartał)-1 055,3 tys. zł.

Zapłata w okresie 2022-2025 (I kwartał) odsetek w wysokości 4 614 tys. zł od zobowiązań, stanowiła naruszenie zasady wyrażonej w art. 44 ust. 3 pkt 3 upf, zgodnie z którą wydatki publiczne powinny być dokonywane w wysokości i terminach wynikających z wcześniej zaciągniętych zobowiązań, co szerzej opisano w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 225, 295-296)

Szpital posiadał następujące zobowiązania z tytułu kredytu i pożyczek:

- w 2020 r. - pożyczka w kwocie 44 700 tys. zł, udzielona przez Firmę SIEMENS na podstawie umowy nr 66527 z 28 września 2020 r., rata kapitałowa wynosiła 421,7 tys. zł⁹³.

⁹² Dz. U. z 2023 r. poz. 120, ze zm.

⁹³ Zabezpieczeniem umowy były: 1. Weksel własny in blanco, 2. Umowa cesji NFZ wierzytelności do wysokości 150 % wartości niespłaconej pożyczki. Termin całkowitej spłaty upływa we wrześniu 2030.

- w 2020 r. - kredyt w wysokości 35 000 tys. zł, udzielony przez Bank Pekao na podstawie zawartej umowy nr DK/KR/4801100/20 z 14 grudnia 2020 r. Rata kapitałowa wynosiła 321,1 tys. zł⁹⁴,
- w 2023 r. - pożyczka w kwocie 4 500 tys. zł, udzielona przez firmę SIEMENS na podstawie zawartej umowy nr 89974 z 20 grudnia 2023. Rata kapitałowa wynosiła 56,9 tys. zł⁹⁵.

Koszty naliczonych odsetek z tytułu udzielonych kredytów były ewidencjonowane na koncie 751 (Koszty finansowe) i wynosiły: w 2022 r. 6 163,5 tys. zł, w 2023 r. - 6 259,8 tys. zł, 2024 r. - 5 340,4 tys. zł, 2025 (I kwartał) - 1 195,4 tys. zł. Szpital dokonywał spłaty kredytu i pożyczki w wyznaczonych terminach. Firma SIEMENS każdorazowo wystawiała fakturę na raty i odsetki. Bank Pekao przed upływem terminu płatności przysyłał informację o wielkości raty i naliczonych odsetkach.

(akta kontroli str. 296-297)

Główna księgową wyjaśniła, że zaciągnięcie zobowiązań długoterminowych było omawiane z Uczelnią. Zarówno Rada Collegium Medicum, jak i Rada Uniwersytetu Mikołaja Kopernika wyraziły pozytywną opinię na ten temat, a Rektor wyraził zgodę na zaciągnięcie zobowiązania. Szpital podjął rozmowy z bankiem państwowym oraz w bankami komercyjnymi, jednakże nie wystąpił o finansowanie przez te instytucje z powodu zbyt wysokich kosztów udzielenia kredytu (prowizje), zbyt wysokich kosztów kapitału (odsetki), zbyt rygorystycznych zasad sprawozdawczości, wygórowanych zabezpieczeń kredytu oraz braku możliwości karencji w spłacie.

(akta kontroli str. 298)

Szpital nie występował do podmiotu tworzącego o wsparcie finansowe, ponieważ w latach objętych kontrolą nie odnotował straty.

(akta kontroli str. 230-234)

Wysokość wynagrodzeń i udział wydatków na wynagrodzenia w ogólnych kosztach funkcjonowania Szpitala, w poszczególnych latach objętych kontrolą kształtowały się następująco: w 2022 r. - 316 685,3⁹⁶ tys. zł (58,79%), w 2023 r. - 390 138,4⁹⁷ tys. zł (58,37%), w 2024 r.- 445 324,5⁹⁸ tys. zł (56,85%), w 2025 (I kwartał) -119 484,2⁹⁹ tys. zł (56,04%).

(akta kontroli str. 182-183, 226)

Średnie zatrudnienie w etatach wynosiło 1946 w 2022 r., 2018 w 2023 r. 2050 w 2024 r. oraz 2088 w I kwartale 2025 r. Średnie miesięczne wynagrodzenie brutto na jednego pracownika wynosiło w tym okresie odpowiednio: 7,4 tys. zł; 8,6 tys. zł; 9,6 tys. zł oraz 10 tys. zł.

(akta kontroli str. 227)

⁹⁴ Zabezpieczeniem umowy były: 1. Umowa Poręczenia UMK, 2. Cesja NFZ wierzytelności do wysokości 170% salda kredytu, 3. Weksel in blanco. Termin całkowitej spłaty pożyczki upływa w grudniu 2030 r.

⁹⁵ Zabezpieczeniem umowy było: 1. Weksel własny in blanco, 2. Umowa cesji NFZ wierzytelności do wysokości 150 % wartości niespłaconej pożyczki. Termin całkowitej spłaty upływa we wrześniu 2030.

⁹⁶ W tym: wynagrodzenia - 172 619,3 tys. zł, składki ZUS-37 457,8 tys. zł, usługi medyczne- 106 608,2 tys. zł.

⁹⁷ W tym: wynagrodzenia - 209 337,3 tys. zł, składki ZUS-44 812,2 tys. zł, usługi medyczne- 135 988,9 tys. zł.

⁹⁸ W tym: wynagrodzenia - 237 419,1 tys. zł, składki ZUS-52 368,3 tys. zł, usługi medyczne- 155 537,1 tys. zł.

⁹⁹ W tym: wynagrodzenia-63 097,0 tys. zł, składki ZUS-13 746,9 tys. zł, usługi medyczne- 42 640,3 tys. zł.

Regulamin wynagradzania szpitala¹⁰⁰ nie przewidywał przyznawania premii. W szpitalu obowiązywało zarządzenie regulujące zasady wnioskowania o nagrodę indywidualną¹⁰¹. Nagrody w Szpitalu przyznawane były w oparciu o art. 105 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy¹⁰², tj. na zasadach ogólnych. Wartość wypłaconych nagród wynosiła: w 2022 r. - 1 281,6 tys. zł, w 2023 r. - 675 tys. zł, w 2024 r. - 1 399,2 tys. zł, w 2025 (I kwartał) - 149,1 tys. zł,

(akta kontroli str. 228-229)

Szpital prowadził analizę zatrudnienia na podstawie Zarządzenia Dyrektora Szpitala nr 32/2023 z dnia 21 kwietnia 2023 r. Wskaźnik parametru etatyzacji czyli liczby lekarzy¹⁰³ na liczbę łóżek dla całego szpitala oraz dla oddziałów objętych kontrolą wg stanu na 31 marca 2024 r. wynosił: ogółem dla szpitala 0,41 w tym: Klinika Kardiologii i Chorób Wewnętrznych 0,28; Klinika Neurochirurgii, Neurotraumatologii i Neurochirurgii Dziecięcej 0,16 oraz Klinika Transplantologii i Chirurgii Ogólnej 0,32 natomiast wg stanu na 31 marca 2025 r. ogółem dla szpitala 0,40 w tym: Klinika Kardiologii i Chorób Wewnętrznych 0,29; Klinika Neurochirurgii, Neurotraumatologii i Neurochirurgii Dziecięcej 0,16 oraz Klinika Transplantologii i Chirurgii Ogólnej 0,45.

(akta kontroli str. 300-302)

Raporty o sytuacji ekonomiczno-finansowej za 2022 r., 2023 r., 2024 r. zostały sporządzone i opublikowane¹⁰⁴ przez Szpital w Biuletynie Informacji Publicznej w terminach określonych w art. 53a ust. 1 udl.

(akta kontroli str. 2611-2677)

W latach 2022 - 2024 Szpital prowadził racjonalną gospodarkę finansową i wykazał zdolność do generowania zysków.

Wskaźniki określające sytuację finansowo-ekonomiczną Szpitala, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej¹⁰⁵ za lata 2022-2024 oraz zebrana ilość punktów przypadających na poszczególne wskaźniki prezentowały się następująco:

- wskaźniki zyskowności wyniosły odpowiednio: netto 0,15%, 0,11% i 0,04%, działalności operacyjnej 1,49%, 1,26% i 0,95% oraz aktywów 0,69%, 0,46% i 0,17%. Uzyskano tym samym w każdym roku ocenę 3, podczas gdy maksymalna to 5 i możliwa była po uzyskaniu przedziału wskaźnika powyżej 4,0%;
- wskaźniki płynności określające zdolność podmiotu do terminowego regulowania zaciągniętych zobowiązań krótkoterminowych w zakresie bieżącej płynności w 2023 r. uległy wzrostowi w porównaniu z 2022 r., tj. z 0,42 do 0,40 i zmniejszyły się w 2024 do 0,34 uzyskując ocenę 0. Maksymalna możliwa ocena wynosiła 12 przy wartości wskaźnika od 1,50 do 3,00;

¹⁰⁰ Zarządzenie nr 121/2020 z dnia 17 listopada 2020 r. w sprawie wprowadzenia Regulaminu Wynagradzania Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy.

¹⁰¹ Zarządzenie Dyrektora Szpitala nr 53/2018 z dnia 7 maja 2018 r.

¹⁰² Dz.U. z 2025 r. poz. 277, ze zm.

¹⁰³ W tym zatrudnionych na umowę o pracę oraz na kontrakcie.

¹⁰⁴ Za 2022 - 29 maja 2023 r., za 2023 - 29 maja 2024 r., za 2025 - 27 maja 2025 r.

¹⁰⁵ Dz. U. poz. 832, dalej: „rozporządzenie w sprawie wskaźników”.

- wskaźniki szybkiej płynności z 0,39 do 0,37 i zmniejszając się w 2024 do 0,31, co dało ocenę 0 w skali 13 punktowej. Optymalna wartość wskaźnika wystąpiłaby w przedziale od 1,00 do 2,50.

W Szpitalu wystąpiły trudności ze ściągalnością należności i w regulowaniu zobowiązań powyżej 45 dni, gdyż w latach 2022-2024:

- wskaźnik efektywności, czyli rotacji należności (w dniach) obrazujący długość cyklu oczekiwania podmiotu na uzyskanie należności za świadczone usługi, w latach 2022-2024 r. osiągnął wartość poniżej 45 dni (tj. 17, 20 i 21 dni), Wszystkie wartości wskaźnika uzyskały maksymalną ocenę 3;
- wskaźnik rotacji zobowiązań (w dniach) wyrażający czas, jaki jest potrzebny podmiotowi do spłacenia swoich zobowiązań krótkoterminowych wyniósł powyżej 50 dni w latach 2022 i 2023 (tj. 52, 53) uzyskując w ten sposób maksymalną ocenę dla tego wskaźnika 7. oraz powyżej 60 dni w 2024 (62 dni) uzyskując ocenę 3;
- wskaźnik zadłużenia aktywów informujący o stopniu finansowania aktywów¹⁰⁶ kapitałami w latach 2022-2024 wyniósł powyżej 50% (164,06% w 2022 r., 126,77% w 2023 r. i 125,25% w 2024 r.). Wysokie wartości (powyżej 50%) wskazują na wzrost obciążenia aktywów przedsiębiorstwa zobowiązaniami, a co za tym idzie na wzrost ryzyka finansowego oraz pogorszenie zdolności i wiarygodności kredytowej przedsiębiorstwa. We wszystkich latach wskaźnik oceniony na 0 w 10 stopniowej skali;
- wskaźnik wypłacalności osiągnął poziomy minus 1,56, minus 1,85 i minus 2,01. We wszystkich latach wskaźnik ten oceniony został na 0. Optymalna wartość tego wskaźnika oceniana na 10 to przedział od 0,00 do 0,50.

W wyniku analizy sytuacji finansowo-ekonomicznej przeprowadzonej na podstawie sprawozdań finansowych za 2022 do 2024 r. w oparciu o punktowe oceny określone w rozporządzeniu w sprawie wskaźników, Szpital w 2022 r. i w 2023 r. uzyskał łącznie po 19 punktów, zaś w 2024 r. 16 punktów z 70 możliwych do zdobycia, co stanowiło odpowiednio 27,14% oraz 22,85% maksymalnej oceny. Świadczyło to o niestabilności finansowej Szpitala.

(akta kontroli str. 235-237, 559)

1.3. Jakość świadczeń zdrowotnych

NFZ poinformował Szpital, że zgodnie z przyjętym harmonogramem rozpoczęcie terminu na składanie wniosków o przeprowadzenie autoryzacji w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta¹⁰⁷, rozpocznie się od II połowy 2025 r.

(akta kontroli str. 1839-1844)

Szpital wdrożył wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem, wymagany przepisami ustawy o jakości w opiece zdrowotnej, z zachowaniem terminu wynikającego z art. 61 tej ustawy. W Szpitalu powołano m.in. Pełnomocników Dyrektora: do spraw Jakości a także do spraw Zarządzania Ryzykiem. Do zadań pierwszego należało m.in. zarządzanie zakresem jakości

¹⁰⁶ Zbyt wysoka wartość wskaźnika podważa wiarygodność finansową podmiotu.

¹⁰⁷ Dz. U. z 2023 r. poz. 1692, ze zm., dalej: „ustawa o jakości w opiece zdrowotnej”.

funkcjonującym w Szpitalu, kierowanie pracą Zespołu ds. Jakości¹⁰⁸, czy też prowadzenie szkoleń pracowników w zakresie funkcjonowania i rozwoju systemu jakości. Do zadań drugiego – opracowywanie i aktualizowanie Polityki i Procedury zarządzania ryzykiem, koordynowanie procesu identyfikacji, analizy i ocen ryzyk w Szpitalu, czy kształtowanie świadomości pracowników poprzez szkolenia.

Pełnomocnik Dyrektora ds. Jakości opracował Księgę Zintegrowanego Systemu Zarządzania¹⁰⁹. Określono w niej schematy (mapy) procesów w zakresie usług medycznych oraz zarządzania infrastrukturą Szpitala, zasady nadzoru nad dokumentacją i danymi elektronicznymi, zasady odpowiedzialności kierownictwa jednostki, wymagania w zakresie przeglądów i zarządzania zasobami, zasady świadczenia usług medycznych, a także wymagania w zakresie pomiarów, analiz i doskonalenia systemu. W załącznikach do Księgi określono m.in. karty procesów¹¹⁰:

- Zarządzanie działalnością naukowo-badawczą,
- Usługi medyczne w zakresie klinik i oddziałów,
- Usługi w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,
- Zarządzanie zespołem sal operacyjnych,

a także procedury systemowe ZSZ oraz dokumentację systemów ISO: 14001 (System Zarządzania Środowiskiem), 45001 (System Zarządzania Bezpieczeństwem i Higieną Pracy), 27001 (System Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji), 22301 (System Zarządzania Ciągłością Działania) oraz 9001 (System Zarządzania Jakością). W przypadku ww. systemów każdorazowo opracowano plan pracy w zakresie zarządzania (który na bieżąco aktualizowano) a także wykazy wymagań prawnych.

Dyrektor Szpitala podkreślił, że Pełnomocnik ds. Jakości dokonuje corocznej oceny funkcjonowania wewnętrznego systemu, którą opracowuje w formie pisemnego protokołu wraz ze wskazaniem obszarów deficytowych. Ocena ta realizowana jest na podstawie tematycznych analiz, m. in. z działalności klinicznej, opinii i doświadczeń pacjentów, wyników audytów, pracy zespołów zadaniowych, w tym samooceny spełnienia standardów akredytacyjnych. Identyfikując obszary/procesy wymagające poprawy, przeprowadzany jest szacunek wystąpienia ryzyka lub zagrożenia w oparciu o przyjętą skalę. Protokół przekazywany jest do zatwierdzenia Dyrektorowi Szpitala.

(akta kontroli str. 574, 608-609, 1842-1844, 1851-1878, 2720-2729)

W Szpitalu wykonano opisy stanowisk¹¹¹ oraz określono procedury i rozwiązania służące identyfikacji ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych i zarządzaniu tym ryzykiem w ramach udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej¹¹². Wskazano w nich m.in. definicję zdarzeń niepożądanych (łącznie z tzw. niedoszłymi) oraz

¹⁰⁸ Powołany zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 63/2023 z 25 lipca 2023 r. W skład zespołu wchodził m.in. liderzy obszarów jakościowych (wyznaczono 15 obszarów jakościowych w tym m.in. Prawa Pacjenta, Kontrola Zakażeń, Poprawa Jakości Bezpieczeństwa Pacjenta, Zarządzanie Informacją). Zarządzeniem nr 8/2025 liczbę obszarów jakościowych zredukowano do 14 niemniej wyznaczono także podobszary.

¹⁰⁹ Zatwierdzony przez Dyrektora Szpitala 8 października 2024 r. Dalej: „ZSZ”.

¹¹⁰ W których określono m.in. uczestników, podstawowe wskaźniki, opis procesu i jego walidację, zasady monitorowania i pomiaru usługi oraz nadzoru naj wykonaniem.

¹¹¹ W arkuszach opisu stanowiska pracy Pełnomocnika Dyrektora ds. Jakości oraz podległego Starszego Inspektora ujęto m.in. nadzór nad realizacją zadań wynikających z ustawy o jakości w opiece zdrowotnej, nadzorowanie, monitorowanie i raportowanie wskaźników jakościowych, w tym zdarzeń niepożądanych oraz wskaźników wynikających z badania opinii i doświadczeń pacjentów.

¹¹² Procedura P/PJ 5.1-3 sporządzona 26 lipca 2023 r.

określono system raportowania i uczenia się (RLS¹¹³) i system analizowania tych zdarzeń. Dane w zakresie liczby takich zdarzeń gromadzono na podstawie sporządzanych kart¹¹⁴. W 2022 r. wystąpiło 294 zdarzeń niepożądanych, 357 w 2023 r., 345 w 2024 r. oraz 177 do końca maja 2025 r.

Dyrektor Szpitala wskazał, że bazując na procedurze wewnętrznej, analizie podlegają zdarzenia niepożądane o charakterze ogólnym, tj.:

- związane z farmakoterapią;
- autoagresja;
- samobójstwo w szpitalu (usiłowane i dokonane);
- samowolne oddalenie się pacjenta ze szpitala;
- upadki w szpitalu;
- zdarzenia niepożądane w wyniku zabiegu operacyjnego, w tym ciała obce pozostawione w polu operacyjnym, niewłaściwa: strona, miejsce, pacjent;
- inne zgodne z definicją, w tym powikłania okołoznieczuleniuowe.

Podkreślił, że osobną kategorią są zdarzenia niepożądane związane z transfuzją, których analizę przeprowadza Komitet Transfuzjologiczny¹¹⁵. Ponadto odrębnej rejestracji i analizie podlegają m.in.: odleżyny, reoperacje, rehospitalizacje, przedłużone pobyty, reanimacje, zgony (w tym okołoperacyjne), zakażenia szpitalne, skargi i wnioski pacjentów.

W Szpitalu opracowano także Matrycę Oceny Bezpieczeństwa (SAC)¹¹⁶, która służyła do określania ciężkości i prawdopodobieństwa zdarzenia niepożądanego w celu zakwalifikowania do analizy przyczyn źródłowych. Pełnomocnik Dyrektora ds. Jakości wskazywał, które zdarzenia ze względu na wagę i istotność wymagają analizy źródłowej przez Zespół ds. analizy zdarzeń niepożądanych. Dokonując analizy przyczyn źródłowych¹¹⁷ sporządzano raporty końcowe, w których oprócz informacji o przebiegu zdarzenia, identyfikowano czynniki prowadzące do jego powstania, ustalano problemy źródłowe oraz formułowano zlecenia i działania wdrożeniowe. Raporty zatwierdzał Pełnomocnik ds. Jakości oraz Dyrektor ds. Lecznictwa. We wszystkich objętych sprawdzeniem przypadkach¹¹⁸ analizy te zostały wykonane i udokumentowane. Dyrektor Szpitala wskazał, że dotyczyło to zdarzeń niosących za sobą duże ryzyko finansowe i prawne (na podstawie matrycy oceny bezpieczeństwa SAC).

(akta kontroli str. 1842-1844, 1851, 2720-2729, 2775-2783)

W Szpitalu okresowo monitorowano i oceniano jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. Na podstawie opracowanej instrukcji¹¹⁹ badano opinie, oczekiwania, preferencje i doświadczenia hospitalizowanych pacjentów lub ich opiekunów. Badanie prowadzono w sposób ciągły z wykorzystaniem kwestionariusza anonimowej ankiety¹²⁰.

¹¹³ Z ang. Reporting and Learning System.

¹¹⁴ Formularz F1-P/PJ 5.1-3.

¹¹⁵ Zgodnie z zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 7/2023.

¹¹⁶ Z ang. Safety Assessment Code Matrix.

¹¹⁷ Analizy dokonywano posiłkując się Przewodnikiem dla zespołów jakości, lekarzy, pielęgniarek oraz innych osób przeprowadzających RCA (z ang. Root Cause Analysis) opracowanego przez B. Kutryba, H. Kutaj-Wąsikowska, M. Tombarkiewicz, Kraków 2015.

¹¹⁸ Analizie poddano po dwa zdarzenia z każdego roku objętego okresem kontroli.

¹¹⁹ I/PJ 3 wydana 4 lipca 2023 r.

¹²⁰ Pacjenci lub ich opiekunowie otrzymywali ją w chwili założenia historii choroby w formie linku do elektronicznego formularza (przesyłanego za pomocą SMS), bądź mogli wyrazić swoje opinie na dostosowanych do tego celu tabletkach służbowych. W oddziałach i klinikach dostępne były też wersje papierowe ankiety opatrzone pieczętką, które gromadzono w specjalnie do tego przygotowanych skrzynkach lub przesyłane one były na adres korespondencyjny Szpitala.

Informacje o badaniu opinii pacjentów umieszczane były na tablicach informacyjnych w klinikach.

Na podstawie zbieranych danych Pełnomocnik Dyrektora ds. Jakości oraz Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta dokonywali analizy wyników za dany rok z uwzględnieniem poszczególnych klinik. Wyniki w formie pisemnego raportu przekazywano ich kierownikom. Pełnomocnik Dyrektora ds. Jakości opracowywał corocznie analizę zbiorczą dla Szpitala i przedstawiał kierownictwu jednostki.

Dyrektor Szpitala wskazał, że badanie opinii i doświadczeń pacjentów prowadzone było od 2009 r., corocznie od 2014 r., a od stycznia 2025 r. realizowane było zgodnie z ministerialnym wzorem formularza ankiety. Dotychczas wyniki badania opracowywane były we własnym zakresie, bazując na ogólnych zasadach analizy statystycznej, z wyłączeniem badań realizowanych przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ). W związku z przystąpieniem Szpitala do ogólnopolskiego badania PASAT Open stosowana metodologia bazowała na wskaźnikach NPS (Net Promoter Score). Dodał, że w Szpitalu najniżej oceniane były warunki pobytu pacjenta oraz wyżywienie. W związku z tym, zgodnie z przyjętym planem, realizowane są remonty i modernizacje w obszarach pobytu pacjenta, w tym w zakresie węzłów sanitarnych, sal chorych czy wyposażenia w udogodnienia dla osób z deficytem w zakresie poruszania się. Szpital przystąpił do ministerialnego programu „Dobry posiłek”, a także podjął wyzwanie spełnienia wymagań Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego i Metabolizmu, w konsekwencji czego otrzymał certyfikat: „Szpital dobrej praktyki żywienia klinicznego - leczenie przez żywienie”. Pacjenci docenili powyższą zmianę w ankiecie badawczej. Dodatkowo pacjenci i ich osoby bliskie wskazywali na trudności w zakresie komunikacji z personelem medycznym. Szpital zakupił dla personelu medycznego szkolenie z komunikacji interpersonalnej, którym corocznie obejmuje się także personel nowo zatrudniony. Pacjenci negatywnie oceniali również proces przyjęcia do Szpitala (hospitalizacje planowe), w tym przede wszystkim w zakresie braku należytej informacji, co spowodowało uruchomienie Punktu Informacyjnego w holu głównym Szpitala. Skuteczność powyższego rozwiązania zastała potwierdzona odrębnym badaniem ankietowym.

(akta kontroli str. 1842-1844, 1879-1966, 2720-2729)

W Szpitalu zapewniono dostęp do szkolenia służącego uzyskaniu i podnoszeniu kompetencji personelu w zakresie jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń. Opracowano i wdrożono procedury związane z adaptacją zawodową pracownika (w tym indywidualnym planem)¹²¹ a także z organizacją szkoleń wewnątrzszpitalnych i zewnętrznych¹²². Corocznie opracowywano plany szkoleń wewnątrzszpitalnych oraz sprawozdania z ich realizacji. Udział w nich potwierdzano w Indywidualnych Kartach Szkoleń Pracownika. Szpital dofinansowywał udział pracowników w szkoleniach zewnętrznych. W Portalu Informacyjnym Szpitala zamieszczano materiały szkoleniowe¹²³ (w tym zapisy

¹²¹ Procedura P/ZZ4 z 20 lipca 2023 r.

¹²² Procedura nr P/ZZ 5 z 14 sierpnia 2023 r.

¹²³ Np. prezentacje dotyczące: zakażeń szpitalnych, pierwszej pomocy, wdrażania norm ISO, praw pacjenta.

filmowe szkoleń¹²⁴) oraz ogłoszenia o planowanych szkoleniach zewnętrznych (wraz z dokumentami zgłoszeniowymi i planem spotkań).

(akta kontroli str. 1843-1850, 1853-1854, 1869, 2720-2729)

Dyrektor Szpitala podał, że podmiotem obowiązującym do monitorowania wskaźników jakości opieki zdrowotnej jest NFZ. Ponieważ określone w przepisach wskaźniki zostały opublikowane przez NFZ w maju 2025 r. i nie obejmują wszystkich wymaganych pozycji, Szpital wyprzedzająco przeliczył je we własnym zakresie, jednocześnie wskazując na przyjętą metodologię obliczeniową. Zgodnie z zapowiedziami NFZ, do wskaźników jakości zostaną opracowane wartości pożądane, stanowiące poziom odniesienia dla szpitali. Bez kryteriów oceny wskaźnika jego ocena nie jest możliwa. Jedynie w zakresie wskaźników z obszaru konsumenckiego (wyniki badania opinii i doświadczeń pacjentów) i zarządczego (posiadanie akredytacji lub innego certyfikatu jakości dla szpitala) możliwe jest podejmowanie przez Szpital działań zmierzających do poprawy jakości i bezpieczeństwa pobytu pacjenta.

(akta kontroli str. 2722-2723)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W latach 2020-2021 wbrew obowiązkowi wynikającemu z art. 52 ust. 3 ufp, Szpital nie aktualizował rocznych planów finansowych, co w konsekwencji spowodowało w latach 2022 - 2024 przekroczenie ogółem planowanych przychodów odpowiednio o: 7,2%; 7,7% oraz 3,5%, a kosztów o 4,4%; 4,68% oraz 2,67%.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że wykonanie planu finansowego było na bieżąco monitorowane. Analizując planowane koszty w ramach wyodrębnionych w planie grup, w planie finansowym na 2022 rok przekroczenie nastąpiło w listopadzie i dotyczyło takich pozycji jak: podatki i opłaty, wynagrodzenia i ubezpieczenia społeczne. Natomiast w planie na 2023 i 2024 rok przekroczenie dotyczyło tylko podatków i opłat (PFRON) i wystąpiło w październiku. Należy jednak podkreślić fakt, że w żadnym z planów finansowych w omawianych latach, do listopada nie odnotowano przekroczeń w pozycji koszty z działalności operacyjnej ogółem. Zwiększenia zarówno po stronie kosztowej, jak i przychodowej można dopiero zauważyć w miesiącu grudniu, przy czym należy podkreślić fakt, że informacja o pełnych kosztach i przychodach, w tym za ugody za świadczenia wykonane ponad limit (nieopłacone) za dany rok, dostępna jest dopiero w I kwartale kolejnego roku. W szpitalu uniwersyteckim, przyjmującym pacjentów najbardziej skomplikowanych i wielochorobowych, nie można do końca przewidzieć ani poziomu uzyskanych ostatecznie przychodów ani poniesionych w związku z prowadzoną działalnością kosztów. Wobec powyższego, korekta planu za zakończony rok w kolejnym roku wydaje się działaniem tylko i wyłącznie formalnym, niemającym wpływu na właściwą gospodarkę finansową, gdyż z jednej strony jako placówka ochrony zdrowia, Szpital działa dynamicznie, nie ma wpływu na to, jak ciężko chorych pacjentów będzie leczyć i nie ma możliwości żadnemu z nich odmówić udzielenia świadczeń, zastaniając się przekroczeniem planu finansowego, z drugiej zaś

¹²⁴ Np. dotyczących: postępowania z pacjentami zakażonymi COVID-19, rozliczeń z NFZ, udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku wystąpienia cyberataku lub awarii systemów informatycznych czy obsługi portalu e-Rejestracja lub Platformy Zamówień PZP- e2B2.

strony placówka zawsze kończyła rok wynikiem dodatnim, ponad 10 mln lepszym, niż zakładany w planie.

(akta kontroli str. 304, 321-342, 410)

NIK wskazuje, że zgodnie z art. 44 ust. 1 pkt. 3 ufp wydatki publiczne mogą być ponoszone na cele i w wysokościach ustalonych w planie finansowym. Koszty przekroczone na tyle wcześniej, że była możliwa korekta planu finansowego.

2. W Szpitalu dopuszczono do powstania zobowiązań wymagalnych, czego następstwem była zapłata w okresie 2022-2025 (I kwartał), odsetek w wysokości odpowiednio 1 041,4 tys. zł, 1 345 tys. zł, 1 902 tys. zł oraz 325,6 tys. zł. Powyższe stanowiło naruszenie zasady wyrażonej w art. 44 ust. 3 pkt 3 ufp, zgodnie z którą wydatki publiczne powinny być dokonywane w wysokości i terminach wynikających z wcześniej zaciągniętych zobowiązań.

Dyrektor wyjaśnił, że Szpital posiada zobowiązania wymagalne od kilkudziesięciu lat. W ostatnim czasie występuje tendencja wzrostu zobowiązań, które wynikały przede wszystkim ze zbyt niskiej dynamiki wzrostu wyceny punktu rozliczeniowego z NFZ. W założeniach NFZ wzrost wyceny punktu miał pokryć obligatoryjny wzrost wynagrodzeń pracowników zgodnie z ustawy z dnia 8 czerwca 2017 roku o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, jednakże wzrost ten był niewystarczający. Ponadto wzrosły koszty wywołane inflacją związane z bieżącym funkcjonowaniem szpitala. Pomimo tak trudnej sytuacji finansowej, szpital zawsze zabezpiecza środki i dokonuje w terminie wypłaty wynagrodzeń dla pracowników oraz wywiązuje się z zobowiązań publicznoprawnych (ZUS, Urząd Skarbowy). W przypadku naliczenia przez kontrahenta odsetek z tytułu nieterminowej płatności, szpital każdorazowo występuje o ich anulowanie. W latach 2022 - I kwartał 2025 umorzone zostały odsetki w łącznej wysokości 252 691,64 zł.

(akta kontroli str. 225, 295-296)

3. Szpital nie wyegzekwował od wykonawcy umowy na kompleksowe utrzymanie czystości, higieny, transportu wewnętrznego oraz czynności pomocowych wpłaty kaucji, co było niezgodne z § 9 ust. 1 załącznika nr 25 do umowy Nr SU/K/NLZ-2/366/23/W. Zgodnie z tym postanowieniem dla zabezpieczenia płatności zobowiązań wynikających z umowy, pokrycia szkód powstałych w wyniku nienależytego jej wykonania oraz czynów niedozwolonych dokonanych w związku z umową, wykonawca usługi zobowiązany był ustanowić na rzecz Szpitala zabezpieczenie w postaci kaucji w wysokości 20 tys. zł netto. Wpłata kaucji na rachunek bankowy Zamawiającego powinna zostać dokonana najpóźniej w dniu podpisania umowy, tj. 1 czerwca 2023 r.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w związku z tym, że wykonawca nie wpłacił kaucji, został wezwany pisemnie do jej uzupełnienia. Dodał, że od początku trwania umowy nie zaistniała konieczność użycia kaucji. Wskazał, że brak wpłaty był niedopatrzaniem ze strony pracownika odpowiedzialnego za realizację umowy, który został upomniany i pouczony o swoim błędzie.

(akta kontroli str. 2746-2752, 2759)

OCENA CZĄSTKOWA

Pomieszczenia Szpitala odpowiadały wymaganiom określonym w przepisach prawa. Organizacja udzielania świadczeń była zgodna z umowami zawartymi z NFZ i odpowiednimi przepisami. Zapewniono bezpieczne użytkowanie sprzętu i aparatury wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych. Szpital prawidłowo korzystał z możliwości zlecenia świadczeń podmiotom

zewnętrznym. W kontrolowanym okresie Szpital zapewniał sprawną organizację i odpowiednie warunki pracy personelu medycznego. W oddziałach objętych próbą zatrudniano personel medyczny o kwalifikacjach spełniających wymagania określone w przepisach prawa. Terminy opracowania planów finansowych Szpitala na lata 2022-2025 pozwalały na prowadzenie gospodarki finansowej w tych latach, jednak w planach tych nie dokonywano zmian, co prowadziło do wykonania przychodów i kosztów w kwotach wyższych od zaplanowanych. Szpital terminowo sporządzał i publikował raporty o sytuacji ekonomiczno-finansowej za lata 2022 - 2024.

Planowanie inwestycji, w tym zakupu wysokospecjalistycznej aparatury medycznej, było oparte o analizę potrzeb Szpitala i następowało z zachowaniem procedur określonych w ustawie o działalności leczniczej i zgodnie z zasadami należytego gospodarowania środkami publicznymi. Realizacja dostaw i instalacji aparatury była zgodna z treścią zawartych umów. Organizacja pracy komórek organizacyjnych, w których użytkowana była wysokospecjalistyczna aparatura medyczna, pozwalała na jej optymalne wykorzystanie. Prawidłowo zarządzano majątkiem Szpitala, choć w jednym przypadku nie wyegzekwowano należnej kaucji zabezpieczającej wykonywanie umowy na utrzymanie czystości.

W okresie objętym kontrolą Szpital terminowo ustalał przypadające mu należności pieniężne, nie odstąpił również od naliczania odsetek podmiotom opóźniającym się w ich regulowaniu, jednak odsetki te naliczane były dopiero po dokonaniu wpłaty. Szpital od zobowiązań uregulowanych po terminie płatności wypłacił kontrahentom odsetki w łącznej kwocie 4 614 tys. zł., co stanowiło naruszenie zasady wyrażonej w art. 44 ust. 3 pkt 3 ufp. Sytuacja ekonomiczno-finansowa Szpitala w latach objętych kontrolą uległa w pewnym stopniu pogorszeniu, jednak nadal osiągał dodatni wynik finansowy. Szpital terminowo wdrożył wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem, a także podejmował i dokumentował określone w nim działania.

OBSZAR 2. Działalność dydaktyczna

2.1 Organizacja i zarządzanie

Na podstawie przedstawionych przez jednostkę kontrolowaną dokumentów stwierdzono, że w badanym okresie działalność dydaktyczną na terenie Szpitala faktycznie realizował jego organ założycielski, tj. Uniwersytet im. Mikołaja Kopernika w Toruniu, a rola Szpitala ograniczała się jedynie do udostępnienia lub wydzielenia nieruchomości i ruchomości na te cele oraz umożliwienia personelowi medycznemu (zatrudnionemu w Szpitalu w ramach realizacji świadczeń leczniczych i jednocześnie na Uczelni do prowadzenia zajęć dydaktycznych) prowadzenia zajęć praktycznych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia.

W okresie objętym kontrolą 1637 studentów uczestniczyło w praktykach zawodowych w ramach szkolenia przeddyplomowego¹²⁵, a 438 osób odbyło staże podyplomowe¹²⁶, w tym 378 z podmiotów zewnętrznych¹²⁷. Ponadto w Szpitalu organizowano staże kierunkowe dla 723 lekarzy rezydentów

¹²⁵ 695 w roku akademickim 2022/23, 780 w 2023/24 oraz 162 w roku 2024/25.

¹²⁶ 216 w roku akademickim 2022/23, 92 w 2023/24 oraz 130 w roku 2024/25.

¹²⁷ 187 w roku akademickim 2022/23, 80 w 2023/24 oraz 111 w roku 2024/25.

zatrudnionych w innych podmiotach leczniczych¹²⁸, a sam Szpital zatrudnił 592¹²⁹ takie osoby¹³⁰ lekarzy rezydentów odbywających staże kierunkowe.

(akta kontroli str. 560-732, 2053-2083, 2840,2841)

Na podstawie umowy nr DEG/242/69/2016 z 30 września 2016 r. uregulowano pomiędzy Uniwersytetem Mikołaja Kopernika w Toruniu – Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy¹³¹, a Szpitalem zasady realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia. Stroną tego porozumienia był podmiot tworzący Szpital¹³², który był jednocześnie właścicielem wszystkich nieruchomości oraz pracodawcą dla personelu medycznego i niemedyckiego, wykonującego działalność dydaktyczną w Szpitalu. Majątek ruchomy stanowiący wyposażenie jednostek organizacyjnych Szpitala, który był niezbędny do realizacji przez Uczelnię zadań polegających na kształceniu przed- i podyplomowym w zawodach medycznych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, był udostępniony z zasobów Szpitala dla Uczelni. Powyższa umowa została zawarta na czas nieokreślony z terminem obowiązywania od 1 października 2016 r. Zawarto w niej także zapis, że każda ze stron może ją rozwiązać z trzymiesięcznym okresem wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec roku akademickiego tj. na 30 września. W umowie uregulowano także:

- zasady korzystania z nieruchomości stanowiących własność Uczelni, przekazanych do użytkowania Szpitalowi (wraz z ich wykazem), w tym odpowiedzialność za bieżący nadzór i sprzątanie pomieszczeń, podział odpowiedzialności za powstałe szkody a także zasady partycypacji w kosztach remontów lub modernizacji,
- zasady korzystania z ruchomości stanowiących własność Szpitala, udostępnionych Uczelni w celu realizacji umowy, w tym zasady odpowiedzialności za zniszczenie lub zużycie sprzętu oraz zasady partycypacji w odtworzeniu zużytego mienia,
- wykaz pracowników Uczelni (Kadry), który zawierał liczbę oraz kwalifikacje zawodowe nauczycieli akademickich zatrudnionych przez Uczelnię w swoich jednostkach organizacyjnych.

Ponadto w umowie:

- wskazano okoliczności, w których mogła nastąpić zmiana jej warunków, jak: zmiana przepisów prawa, rozbieżności postanowień Statutu Szpitala i struktury organizacyjnej Uczelni, zmiany warunków zewnętrznych mających wpływ na realizację umowy (np. wzrost cen), zaistnienie nadzwyczajnej okoliczności, której strony nie mogły przewidzieć w chwili podpisywania umowy¹³³;
- określono zasady odpowiedzialności za szkody, w tym ubezpieczenia majątku nieruchomego i ruchomego, gdzie wskazano, że Szpital odpowiada za szkody powstałe w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych, a Uczelnia za szkody wyrządzone przez nauczycieli akademickich, studentów i doktorantów powstałe w procesie realizacji działalności dydaktycznej;

¹²⁸ 217 w 2022 r., 216 w 2023 r. 138 w 2024 r. oraz 512 (do 29.07.2025 r.)

¹²⁹ 196 w roku 2022, 200 w 2023 oraz 196 w 2024.

¹³⁰ Tj. lekarzy rezydentów będących na stażu kierunkowym.

¹³¹ Dalej: „Uczelnia” lub „UMK”

¹³² Tj. Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu.

- ustalono zasady kontroli poprzez zastrzeżenie przez Uczelnię prawa do jej przeprowadzenia przy jednoczesnym nałożeniu na Szpital obowiązku poddania się tej kontroli.

W umowie Uczelnia zobowiązała się ponadto do przekazywania na rachunek bankowy Szpitala zwrotu kosztów prowadzenia zajęć dydaktycznych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w wysokości 371 zł brutto¹³⁴ rocznie za jednego studenta oraz opłaty miesięcznej w wysokości 27 190 zł brutto za działalność dydaktyczną w użyczonych nieruchomościach. Organizacja zajęć personelu i jednostek pozostawała w gestii Uczelni.

W okresie objętym kontrolą podpisano sześć aneksów do obowiązującej umowy (aneks nr 17 z 11 lutego 2022 r., nr 18 i nr 19 z 25 maja 2023 r., nr 20 z 12 października 2023 r., nr 21 i nr 22 z 4 lutego 2025 r.). Zmiany dotyczyły aktualizacji: wykazów jednostek organizacyjnych Uczelni prowadzących działalność dydaktyczną na terenie Szpitala (wraz z wykazem kadry nauczycieli akademickich), wykazu pomieszczeń, w których Uczelnia zobowiązana była do dbania o czystość i porządek, wykazu sprzętu (ruchomości) użyczonego Uczelni przez Szpital oraz stawki wynagrodzenia przysługującego Szpitalowi za jednego studenta skierowanego przez Uczelnię.

(akta kontroli str. 2074-2182)

Staże kierunkowe lekarzy rezydentów, realizowano i rozliczano na podstawie umów z Marszałkiem Województwa Kujawsko-Pomorskiego, w którym zobowiązano Szpital do realizacji takich szkoleń zgodnie z przepisami ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry¹³⁵ oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 24 lutego 2023 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentystry¹³⁶.

Praktyki studenckie dla studentów innych uczelni realizowano na podstawie odrębnych porozumień¹³⁷, w których uregulowano m. in.: zasady odpłatności, zakres odpowiedzialności stron, gdzie Szpital poza wykonaniem czynności z należytą starannością zobowiązano m.in. do: udostępnienia studentom skierowanym na praktykę pomieszczeń oraz infrastruktury niezbędnej do ich odbycia, wyznaczenia opiekuna dla praktykantów z odpowiednimi kwalifikacjami do realizacji programu praktyk oraz zapewnienia odpowiedniego personelu niezbędnego do należytego wykonania umowy. Uczelnie natomiast zobowiązywały się do: uzyskania zgody przez studentów od Szpitala na odbycie praktyk w konkretnej komórce organizacyjnej Szpitala¹³⁸, zapewnienia orzeczenia dla studentów o braku przeciwwskazań do realizacji praktyk, ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków oraz odpowiedzialności cywilnej oraz pokrycia kosztów praktyki. Uczelnia zobowiązana była także do poinformowania studenta o konieczności uczestnictwa w szkolenia BHP, przeciwpożarowych, zakażeń szpitalnych, ochrony środowiska oraz ochrony danych osobowych i uczestnictwa w zajęciach w terminach wskazanych przez Szpital.

(akta kontroli str. 2842-2851)

¹³⁴ Stawkę tę zmniejszono do 283,73 zł brutto od 1 października 2020 r.

¹³⁵ Dz. U. z 2024 r. poz. 1287 ze zm.

¹³⁶ Dz. U. z 2023 r. poz. 377)

¹³⁷ Ogółem zawarto 209 takich porozumień: 107 w roku 2022/23, 45 w roku 2023/24 i 57 w roku akademickim 2024/25.

¹³⁸ Zgoda przewidywała m.in. akceptację kierującego komórką organizacyjną Szpitala oraz wskazanie opiekuna praktykanta.

Szpital w badanym okresie nie zatrudniał nauczycieli akademickich do prowadzenia działalności dydaktycznej. Zgodnie z umową byli oni zatrudniali w jednostkach organizacyjnych Uczelni. Szpital natomiast zatrudniał personel medyczny, który realizował zajęcia dydaktyczne w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia.

Na podstawie analizy dokumentacji kadrowej pięciu lekarzy kierujących klinikami będącymi w strukturach Szpitala, wskazanych jako pracowników UMK realizujących zadania dydaktyczne w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, stwierdzono, że nie wskazano im żadnych innych obowiązków związanych z nauczaniem i prowadzeniem jakiejkolwiek działalności dydaktycznej, co było zgodne z umową podpisaną z UMK.

Klinikami i Oddziałami klinicznymi¹³⁹, na których realizowane były zajęcia dydaktyczne w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, zarządzali lekarze kierujący zatrudnieni przez Szpital na podstawie umowy o pracę, w których określono jedynie zakresy związane z działalnością leczniczą. Nie odnoszono się natomiast do zadań związanych z działalnością dydaktyczną.¹⁴⁰

(akta kontroli str. 2053-2182, 2852-28-2859)

2.2 Finansowanie działalności dydaktycznej

W 2022 r. Szpital otrzymał łącznie 25 704,1 tys. zł, z czego: 21 895,0 tys. zł pochodziło z Ministerstwa Zdrowia (kształcenie rezydentów), 2 789,7 tys. zł pochodziło z Urzędu Marszałkowskiego na szkolenie lekarzy stażystów, 958,2 tys. zł otrzymano z UMK za realizację umowy nr DEG/242/69/2016, 33,6 tys. zł otrzymano z innych placówek medycznych na sfinansowanie szkoleń podyplomowych lekarzy stażystów, a 27,6 tys. zł uzyskano od innych szpitali i uczelni na sfinansowanie praktyk zawodowych, a także szkoleń i kursów specjalizacyjnych m.in. w zakresie pielęgniarstwa. Poniesione przez Szpital koszty w 2022 r. w związku z wykonywaną powyżej działalnością wynosiły 31 373,8 tys. zł.

W 2023 r. Szpital otrzymał łącznie 30 433,7 tys. zł, z czego: 26 533,3 tys. zł pochodziło z Ministerstwa Zdrowia (kształcenie rezydentów), 2 988,6 tys. zł pochodziło z Urzędu Marszałkowskiego na szkolenie lekarzy stażystów, 816,9 tys. zł otrzymano z UMK za realizację umowy nr DEG/242/69/2016, 58,8 tys. zł otrzymano z innych placówek medycznych na sfinansowanie szkoleń podyplomowych lekarzy stażystów, a 36,1 tys. zł uzyskano od innych szpitali i uczelni na sfinansowanie praktyk zawodowych, a także szkoleń i kursów specjalizacyjnych m.in. w zakresie pielęgniarstwa. Wykazywane przez Szpital koszty w 2023 r. w związku z wykonywaną powyżej działalnością wynosiły 36 126,6 tys. zł.

W 2024 r. Szpital otrzymał łącznie 32 315,1 tys. zł, z czego: 29 822,6 tys. zł pochodziło z Ministerstwa Zdrowia (kształcenie rezydentów), 1 632,1 tys. zł pochodziło z Urzędu Marszałkowskiego na szkolenie lekarzy stażystów, 823,4 tys. zł otrzymano z UMK za realizację umowy nr DEG/242/69/2016, 10,5 tys. zł otrzymano z innych placówek medycznych na sfinansowanie szkoleń podyplomowych lekarzy stażystów, a 26,5 tys. zł uzyskano od innych szpitali

¹³⁹ Łącznie 25 Klinik i jeden Oddział kliniczny.

¹⁴⁰ Ten zakres zgodnie z umową z UMK jak i odpowiedzialność, stron, organizacja czasu pracy i forma zatrudniania była w zakresie Uczelni.

i uczelni na sfinansowanie praktyk zawodowych, a także szkoleń i kursów specjalizacyjnych m.in. w zakresie pielęgniarstwa. Wykazywane przez Szpital koszty w 2024 r. w związku z wykonywaną powyżej działalnością wynosiły 39 074,8 tys. zł.

W I kwartale 2025 r. Szpital otrzymał łącznie 9 229,8 tys. zł, z czego: 8 525,3 tys. zł pochodziło z Ministerstwa Zdrowia (kształcenie rezydentów), 308,3 tys. zł pochodziło z Urzędu Marszałkowskiego na szkolenie lekarzy stażystów, 381 tys. zł otrzymano z UMK za realizację umowy nr DEG/242/69/2016, 10,5 tys. zł otrzymano z innych placówek medycznych na sfinansowanie szkoleń podyplomowych lekarzy stażystów, a 15,2 tys. zł uzyskano od innych szpitali i uczelni na sfinansowanie praktyk zawodowych, a także szkoleń i kursów specjalizacyjnych m.in. w zakresie pielęgniarstwa. Wykazywane przez Szpital koszty w I kwartale 2025 r. w związku z wykonywaną powyżej działalnością wynosiły 11 185,8 tys. zł.

Dyrektor wyjaśnił m.in. że, zasady i wysokość refundacji za szkolenie rezydentów określone są w przepisach, które nie są tożsame z przepisami dotyczącymi wynagradzania lekarzy rezydentów. Podobnie było przy opłacie ryczałtowej przekazywanej przez UMK w ramach realizacji umowy DEG/242/69/2016, gdzie zwracano uwagę że wysokość środków przekazywanych przez Uczelnię jest niewystarczająca.

(akta kontroli str. 2053-2072)

2.3 Standardy jakościowe kształcenia kadr medycznych

W roku akademickim 2022/23 na kierunku lekarskim w ramach studiów na UMK w Szpitalu praktyki zawodowe odbywało 2 879 studentów, a w roku 2023/24 - 2 902 studentów. Liczba studentów odbywających praktyki w roku akademickim 2024/25, jak wskazał Dyrektor, będzie ustalona dopiero po jego zakończeniu, tj. 30 września 2025 r.

Jak wyjaśnił Dyrektor, Szpital zapewniał Uczelni zaplecze dydaktyczne w postaci wyposażonych pomieszczeń oraz wyspecjalizowaną kadrę dydaktyczną¹⁴¹. Ponadto Szpital pośredniczył w organizacji oraz realizacji praktyk wakacyjnych, tworząc harmonogram praktyk. Harmonogram przygotowywano w oparciu o potrzeby dydaktyczne uczelni wynikające z programu praktyk (w zależności od kierunku studiów), który tworzony jest przez Uczelnię przy jednoczesnym uwzględnieniu możliwości Szpitala¹⁴². Dopuszczanie studentów do praktyk należało do obowiązków Uczelni, dlatego też Szpital nie posiadał danych dotyczących studentów, którzy nie zaliczyli tzw. „Standardowych procedur medycznych” lub „Złożonych czynności medycznych”. Szpital umożliwiał praktykantom dostęp do pacjentów na wskazanych oddziałach pod nadzorem opiekuna praktyk w zakresie niezbędnym do realizacji programu kształcenia. Dyrektor wskazał ponadto, że organizacja formalna praktyk studentów na kierunkach lekarskich leżała po stronie Uczelni¹⁴³, a rolą Szpitala było jedynie zorganizowanie im takiej możliwości w ramach powiązania praktyk z udzieleniem przez Szpital świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia.

¹⁴¹ Która realizuje zajęcia dydaktyczne w oparciu o odrębną umowę z Uczelnią.

¹⁴² Każda z komórek organizacyjnych zaangażowanych w proces realizacji praktyk w Szpitalu wykazuje, ilu studentów jednocześnie jest w stanie przyjąć na praktyki.

¹⁴³ Co zostało określone w umowie DEG/242/69/2016

Szpital był jednostką akredytowaną do prowadzenia 44 szkoleń z zakresu specjalizacji lekarskich oraz do prowadzenia pięciu staży do specjalizacji lekarskich, które były realizowane przez jego komórki organizacyjne¹⁴⁴. Analiza trzech wniosków złożonych przez Szpital do Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, o udzielenie akredytacji na specjalizację w zakresie: dermatologii i wenerologii (klinika Dermatologii, Chorób przenoszonych drogą płciową i Immunodermatologii), Chorób wewnętrznych oraz Nefrologii (obie w klinice Nefrologii, Nadciśnienia tętniczego i Chorób wewnętrznych) wykazała, że informacje wskazane we wnioskach na etapie postępowania akredytacyjnego były zgodne ze stanem faktycznym.

(akta kontroli str. 2053-2072, 2874-2839)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital zgodnie z podpisaną umową oraz Statutem prawidłowo udostępniał pomieszczenia i sprzęt medyczny Uczelni macierzystej, która, będąc jednocześnie jego organem założycielskim, realizowała zajęcia dydaktyczne w powiązaniu z realizacją świadczeń medycznych i promocją zdrowia. Jego rola polegała na wydzieleniu Uczelni ze swojego zasobu pomieszczeń i sprzętu medycznego oraz umożliwieniu personelowi medycznemu świadczącemu usługi medyczne w Szpitalu realizowania zadań dydaktycznych zakontraktowanych przez Uczelnię w powiązaniu z wykonywaniem zakontraktowanych świadczeń medycznych.

OBSZAR

3. Działalność naukowa

3.1. Zadania badawcze, realizowane w powiązaniu z udzielaniem świadczeń

Opis stanu
faktycznego

W kolejnych latach 2022 – 2025 (I kwartał) przychody Szpitala z działalności naukowej wyniosły 285,4 tys. zł, 300,8 tys. zł, 300,3 tys. zł i 70,9 tys. zł, co stanowiło odpowiednio 0,05%, 0,04%, 0,04% i 0,04% przychodów ogółem. Poniesione koszty związane z realizacją badań naukowych i klinicznych były każdorazowo niższe od przychodów, wynosząc w ww. okresach 98,9 tys. zł, 165,4 tys. zł, 187,7 tys. zł i 43,0 tys. zł, co w każdym z ww. okresów stanowiło 0,02% kosztów ogółem.

(akta kontroli str. 2183-2191)

W Statucie Szpitala, w zakresie prowadzenia działalności naukowej określono, że placówka ta:

- inspiruje badania naukowe i współuczestniczy w ich prowadzeniu (§ 3 pkt 2);
- może uczestniczyć w realizacji zadań i programów zdrowotnych oraz naukowych zlecanych przez instytucje naukowe, pracodawców,

¹⁴⁴ Według stanu na 28.07.2025 r. Specjalizacje lekarskie realizowano w 25 klinikach, trzech zakładach, jednej sekcji oraz na jednym Oddziale, a staże do specjalizacji w dwóch klinikach i na jednym Oddziale.

- organizacje społeczne, jednostki samorządu terytorialnego oraz inne podmioty (§ 3 pkt 5);
- bierze udział w realizacji zadań badawczych Uniwersytetu i innych uczelni prowadzących działalność dydaktyczną w dziedzinie nauk medycznych (§ 4 pkt 1).

(akta kontroli str. 560-579)

Na podstawie prowadzonej ewidencji badań ustalono, że w latach 2022 – 2025 (I kwartał) w Szpitalu prowadzone były ogółem 54 badania, w tym 42 badania kliniczne (31 komercyjnych i 11 niekomercyjnych) i 12 projektów naukowych (cztery komercyjne i osiem niekomercyjnych). W 11 przypadkach jako sponsora badania (lub jednego ze sponsorów) wykazano polską uczelnię medyczną, a w jednym przypadku Agencję Badań Medycznych.

(akta kontroli str. 2192-2207)

3.2. Zasady prowadzenia i finansowania działalności naukowej, ze szczególnym uwzględnieniem badań klinicznych

Zarządzeniem Nr 119/2020 z 10 listopada 2020 r. Dyrektor Szpitala ustalił zasady prowadzenia badań klinicznych i nieinterwencyjnych. W zarządzeniu określono:

- podstawowe i szczegółowe założenia obowiązujące badacza i sponsora dotyczące prawidłowego prowadzenia badań klinicznych;
- zasady zawierania oraz realizacji trójstronnych umów o prowadzenie badań klinicznych;
- warunki realizacji badań i sposób ich finansowania;
- wzory dokumentów wykorzystywanych w związku z podejmowaniem, prowadzeniem i rozliczaniem badań, w tym m.in. wniosku o przeprowadzenie badania, ankiety do badania, kalkulacji kosztów badania.

Zarządzenie przewidywało wykonywanie wyceny kosztów badania ponoszonych przez Szpital w oparciu o dane przedstawione przez badacza, celem oceny rentowności proponowanego budżetu. Kalkulacja winna uwzględniać: deklarowany czas trwania badania, wykaz procedur medycznych planowanych do wykonania w ramach badania oraz pozostałe jego koszty, w tym m.in. osobowe, materiałowe i mediów, związane z zaangażowaniem personelu i infrastruktury Szpitala w badanie.

W zarządzeniu określono, że wynagrodzenie stron badania będzie ustalane według zasady: budżet badania na jednego pacjenta minus koszty rzeczywiste badania równa się kwota do podziału. Wynagrodzenie Szpitala miało wynosić 20% kwoty do podziału, a wynagrodzenie badacza – 80% tej kwoty.

(akta kontroli str. 2208-2238)

W Szpitalu funkcjonowało stanowisko Pełnomocnika Dyrektora ds. Badań Klinicznych, odpowiadającego w szczególności za koordynację procesu związanego z rozpoczęciem danego badania oraz kontrolowanie prawidłowości jego prowadzenia. Pełnomocnik był zobowiązany m.in. do: wstępnego opiniowania propozycji badań klinicznych w aspekcie zgodności z obowiązującymi wymogami formalnoprawnymi; koordynowania działań podejmowanych przez Szpital, związanych z zawarciem umowy na badania kliniczne; opiniowania projektów umów; udziału w negocjacjach prowadzonych z badaczem m.in. w sprawie warunków umowy; prowadzenia szpitalnej ewidencji badań klinicznych; przekazywania służbom księgowym na koniec każdego kwartału aktualnego wykazu obowiązujących umów; kontroli faktur

wystawianych przez księgowość za poszczególne badania pod względem ich merytorycznej zgodności z warunkami umowy.

(akta kontroli str. 580-730, 2239)

Według wyjaśnienia Pełnomocnik Dyrektora ds. Badań Klinicznych, w celu zwiększenia liczby realizowanych w Szpitalu badań, w okresie objętym kontrolą wzięła ona udział w spotkaniu Stowarzyszenia na Rzecz Dobrej Praktyki Badań Klinicznych oraz zgłosiła Szpital do bazy Ambasadorów Badań Klinicznych.

(akta kontroli str. 2608-2610)

Analizą objęto trzy umowy o prowadzenie badań klinicznych realizowanych w latach objętych kontrolą, których wykonanie przyniosło Szpitalowi najwyższe przychody, tj. CAIN457A2322¹⁴⁵ (sponsor: Novartis Pharma Services AG, przychód – 67 785,10 zł), R668-AD-1225/210885¹⁴⁶ (sponsor: Regeneron Pharmaceuticals, Inc., przychód – 125 090,92 zł) i LPO162-1337¹⁴⁷ (sponsor: LEO Pharma A/S, przychód – 65 610,00 zł). Stwierdzono, że we wszystkich przypadkach:

- badania zostały wszczęte i były prowadzone zgodnie z obowiązującymi w Szpitalu procedurami w tym zakresie, w tym zgodnie z umowami zawartymi w sprawie realizacji ww. badań;
- przed zawarciem umowy sporządzono kalkulacje kosztów, z których wynikało, że przewidywane wynagrodzenie Szpitala pokryje koszty, które placówka będzie musiała ponieść w związku z realizacją badania. Np. w badaniu Novartis koszt udziału jednego pacjenta wyliczono na 761,15 zł, natomiast planowany z tego tytułu przychód wynieść miał 6 136,20 zł. W badaniu LEO Pharma koszt określono na 930,54 zł, a przychód miał wynieść 7 089,49 zł;
- rozliczenia Szpitala ze sponsorami badań były prawidłowe.

(akta kontroli str. 2240-2565)

Objęte analizą trzy badania były prowadzone z uwzględnieniem zaleceń Dobrej Praktyki Klinicznej, tj.:

- miały uzasadnienie z naukowego punktu widzenia i zostały opisane w szczegółowych protokołach badania;
- na ich prowadzenie wydała zgodę właściwa komisja bioetyczna;
- od każdego zrekrutowanego do badania pacjenta uzyskano dobrowolną, świadomą zgodę na uczestnictwo w badaniu.

Procedury medyczne stosowane w trakcie prowadzonych badań były finansowane wyłącznie przez ich sponsorów.

(akta kontroli str. 2240-2597)

3.3. Efekty działalności naukowej

W okresie objętym kontrolą Szpital nie realizował własnych projektów badawczych i nie prowadził współpracy międzynarodowej związanej

¹⁴⁵ „Randomizowane, wielośrodkowe badanie oceniające działanie secukinumabu 300 mg podawanego we wstrzyknięciu podskórnym pacjentom z nowo rozpoznaną łuszczycą plackowatą o stopniu umiarkowanym do ciężkiego przez 52 tygodnie w ramach wczesnej interwencji w porównaniu do standardowego leczenia promieniami UVB o wąskim paśmie (badanie STEPIn).

¹⁴⁶ „Badanie otwarte dupilumabu u chorych na atopowe zapalenie skóry, którzy uczestniczyli we wcześniejszych badaniach klinicznych z dupilumabem”.

¹⁴⁷ Otwarte, jednoramienne, wielośrodkowe, długoterminowe badanie kontynuacyjne oceniające bezpieczeństwo i skuteczność tralokinumabu u pacjentów z atopowym zapaleniem skóry, którzy uczestniczyli we wcześniejszych badaniach klinicznych dotyczących tralokinumabu”.

z działalnością naukową. Jeden projekt badawczy był prowadzony w Szpitalu przez uczelnię macierzystą, tj. UMK.

(akta kontroli str. 2598-2606)

Szpital nie posiadał danych dotyczących ewentualnych wymiernych efektów prowadzonych na jego terenie badań klinicznych (nowe technologie medyczne, nowe metody leczenia). Według wyjaśnienia Pełnomocnik Dyrektora ds. Badań Klinicznych, wiedzą w ww. zakresie dysponują wyłącznie sponsorzy badań, a umowy zawierane w sprawie prowadzenia badań klinicznych przenoszą na nich pełną własność intelektualną. Sponsorzy nie przekazują Pełnomocnikowi informacji, czy w wyniku przeprowadzonego w Szpitalu badania doszło ostatecznie do rejestracji badanej substancji leczniczej.

(akta kontroli str. 2608-2610)

W okresie objętym kontrolą Szpital zorganizował (w dniach 6-7 czerwca 2024 r.) jedną konferencję naukowo-szkoleniową pn. „Strategia Rozwoju Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr A. Jurasza w Bydgoszczy na lata 2024-2029”. Uczestnikami konferencji byli: dyrekcja Szpitala, kierownicy klinik, oddziałów i zakładów, pielęgniarki oddziałowe oraz kierownicy pozostałych komórek organizacyjnych (łącznie ok. 100 osób).

(akta kontroli str. 2607)

Według wyjaśnienia Pełnomocnik Dyrektora ds., Badań Klinicznych, Szpital nie prowadzi bazy bibliograficznej pracowników, przez co nie posiada ona wiedzy dotyczącej liczby publikacji i cytowań związanych z ich aktywnością naukową. Autorzy publikacji naukowych będący również zatrudnieni w Szpitalu z reguły afiliują takie publikacje jako pochodzące z danej, macierzystej dla nich jednostki naukowej CM UMK.

(akta kontroli str. 2608-2610)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Badania kliniczne i projekty naukowe prowadzone na terenie i przy udziale zasobów Szpitala były realizowane oraz rozliczane prawidłowo, na podstawie obowiązujących w placówce szczegółowych uregulowań w tym zakresie oraz z zachowaniem zasad Dobrej Praktyki Klinicznej. Przychody Szpitala z tytułu badań i projektów finansowanych przez sponsorów zewnętrznych – koncerny farmaceutyczne - znacząco przewyższały ponoszone koszty.

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 | NIK nie formułuje uwag. |
| Wnioski | <ol style="list-style-type: none">1. Podjęcie działań zmierzających do terminowego regulowania zobowiązań.2. Monitorowanie stanu wykonania planu finansowego i dokonywanie jego aktualizacji. |

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne sporządzono w postaci elektronicznej z użyciem kwalifikowanych podpisów elektronicznych.

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje *prawo zgłoszenia* na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do Dyrektora Delegatury NIK w 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, 31 lipca 2025 r.

Kontrolerzy

(-) Artur Nierebiński

Główny specjalista kontroli
państwowej

(-) Michał Trempała

Główny specjalista kontroli
państwowej

Najwyższa Izba Kontroli

Delegatura w Bydgoszczy

z up. (-) Agnieszka Serlikowska

p.o. Wicedyrektor