



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Łodzi

LLO.410.6.1.2024

Pan

dr n. med. Miłosz Dobrogowski

Dyrektor

Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Zgierzu

95-100 Zgierz ul. Parzęczewska 35

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/24/044 – *Funkcjonowanie szpitali wojewódzkich*

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Zgierzu ¹ , 95-100 Zgierz, ul. Parzęczewska 35.
Kierownik jednostki kontrolowanej	- dr n. med. Miłosz Dobrogowski ² – Dyrektora Szpitala w Zgierzu od dnia 1 czerwca 2023 r. ³ Pełniący obowiązki Dyrektora Szpitala od dnia 1 września 2022 r. do dnia 8 stycznia 2023 r. ⁴ - Halina Depcik- Dyrektor Szpitala w Zgierzu od dnia 9 stycznia 2023 r. do dnia 30 maja 2023 r. ⁵ - Agnieszka Jóźwik - Dyrektor Szpitala w Zgierzu od dnia 10 maja 2017 r. do dnia 31 października 2022 r. ⁶
	(akta kontroli str. 3-9)
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Organizacja i realizacja świadczeń zdrowotnych. 2. Sytuacja ekonomiczno-finansowa szpitala.
Okres objęty kontrolą	Lata 2021 – 2023 z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeżeli zdarzenia mające wówczas miejsce miały wpływ na kontrolowany okres.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ⁷
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Łodzi
Kontroler	Marek Tarnawski, doradca techniczny, upoważnienie do kontroli nr LLO/37/2024 z 21 marca 2024 r. Dominik Gołacki, główny specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr LLO/38/2024 z 21 marca 2024 r.

(akta kontroli str. 1-2)

¹ Dalej również: Szpital lub WSS w Zgierzu

² Dalej również: Dyrektor Szpitala.

³ Uchwałą z dnia 30 maja 2023 r. nr 484/23 z dniem 1 czerwca 2023 r. Zarząd Województwa powierzył Panu Miłoszowi Dobrogowskiemu pełnienie obowiązków Dyrektora Szpitala. Nawiązanie stosunku pracy na stanowisku dyrektora Szpitala nastąpiło Uchwałą z dnia 28 listopada 2023 r., nr 1054/23 Zarządu Województwa Łódzkiego.

⁴ Uchwała Zarządu Województwa Łódzkiego z dnia 30 sierpnia 2022 r. nr 821/22 ws. powierzenia pełnienia obowiązków dyrektora Szpitala.

⁵ Uchwała Zarządu Województwa Łódzkiego z dnia 29 grudnia 2022 r. nr 1155/22.

⁶ Uchwała Zarządu Województwa Łódzkiego z dnia 9 maja 2017 r. nr 552/17.

⁷ Dz. U. z 2022 r. poz. 623., dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna⁸ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie działalność WSS w Zgierzu w zakresie organizacji i realizacji świadczeń zdrowotnych. Szpital nie dokonał aktualizacji Regulaminu organizacyjnego w zakresie jednostek organizacyjnych oraz nie zgłaszał zmian do rejestru podmiotów leczniczych dotyczących zlikwidowanych jednostek. Treść Regulaminu organizacyjnego zawierała wszystkie wymagane prawem elementy. W Szpitalu wdrożone zostały procedury ustalające kolejność świadczeniobiorców do dostępu do świadczeń medycznych, przy czym kolejki oczekujących i harmonogramy przyjęć nie były we wszystkich przypadkach prowadzone rzetelnie. Użytkowany przez Szpital sprzęt i aparatura medyczna posiadała wymaganą prawem dokumentację serwisową. Kontrola wykazała jednak dwa przypadki opóźnienia w realizacji obowiązkowych przeglądów eksploatacyjnych. Najwyższa Izba Kontroli wskazuje, na naruszenie zasad naboru na wskazane w ustawie stanowiska, wynikających z art. 49 ust. 1 ustawy 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁹ oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą¹⁰. Szpital nie we wszystkich przypadkach podawał do wiadomości świadczeniobiorców wymagane informacje. Na próbie dwóch oddziałów z lat 2021-2023 w jednym Oddziale w 2022 r. stwierdzono niezapewnienie odpowiedniej liczby personelu pielęgniarskiego. W zakresie kwalifikacji personel spełniał wymagania określone w przepisach prawa. Stwierdzono niezgodności w danych, w zakresie dwóch oddziałów, pomiędzy Portalem Potencjału, harmonogramami personelu stanowiącymi załączniki do umów zawartych z NFZ oraz faktycznym stanem udzielania świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny. Kontrola wykazała przypadki udzielania zamówień na wykonywanie świadczeń zdrowotnych z pominięciem przepisów ustawy z 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych¹¹ oraz udl. Szpital realizował wnioski pokontrolne wystosowane przez instytucje go kontrolujące.

W ocenie NIK generowana od kilku lat strata netto powodowała obniżenie kapitałów WSS w Zgierzu, jak również miała znaczący wpływ na utrzymanie płynności finansowej. Podejmowane działania mające na celu zwiększenie przychodów oraz zmniejszenie kosztów – w oparciu o opracowane programy naprawcze - nie wpłynęły na zabezpieczenie bieżącej zdolności do regulowania wymagalnych zobowiązań. W efekcie Szpital ponosił dodatkowe koszty w postaci odsetek za zwłokę w regulowaniu zobowiązań. Szpital posiadał aktualną politykę rachunkowości, zgodną z wymogami określonymi w ustawie z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości¹². Plany finansowe Szpitala sporządzone zostały rzetelnie i zawierały wszystkich wymagane elementy, zaś termin ich opracowania pozwalał na prawidłowe prowadzenie gospodarki finansowej. Plany te były na bieżąco aktualizowane. Terminowo sporządzone przez Dyrektora Szpitala raporty ekonomiczno-finansowe za poszczególne lata z okresu objętego kontrolą, zostały udostępnione w Biuletynie Informacji Publicznej. W zakresie udostępniania lokali innym podmiotom, WSS w Zgierzu prowadził postępowania z zachowaniem zasad określonych przez podmiot tworzący.

⁸ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁹ Dz. U. z 2024 r. poz. 799 (dalej zw. udl.).

¹⁰ Dz. U. z 2021 r. poz. 430.

¹¹ Dz. U. z 2023 r. poz. 1605, ze zm. (dalej zw. ustawa pzp).

¹² Dz. U. z 2023 r., poz. 120 (dalej zw. ustawa o rachunkowości).

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe¹³ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Organizacja i realizacja świadczeń zdrowotnych.

Opis stanu faktycznego

1.1. Na dzień przeprowadzania czynności kontrolnych¹⁴ w Szpitalu obowiązywał Regulamin Organizacyjny z 1 listopada 2022 r. W Szpitalu funkcjonowało 65 jednostek organizacyjnych, w tym w skład Zakładu Diagnostyki Obrazowej i Laboratoryjnej wchodziło 10 pracowników.

W regulaminie organizacyjnym zostało wyodrębnionych 17 jednostek organizacyjnych pomimo, że faktycznie nie funkcjonowały w strukturze szpitala, co więcej 15 z tych jednostek zostało wykazanych w Księdze rejestrowej.

Na 20 poradni Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej (dalej zw. AOS): dwie zostały oznaczone nieprawidłowymi nazwami, a w jednym przypadku brak było jakiegokolwiek oznaczenia. Jedna poradnia nie była czynna na moment przeprowadzania oględzin pomimo, że zgodnie z wykazem godzin przyjęć powinna być otwarta. Szerzej ww. zagadnienia zostały opisane w sekcji „*Stwierdzone nieprawidłowości*”.

(akta kontroli str.: 10-22, 704-707)

1.2. Regulamin organizacyjny Szpitala¹⁵ zawierał wszystkie wymagane elementy określone w art. 24 ust. 1 udl. Z aktualną wersją Regulaminu można było się zapoznać w Biuletynie Informacji Publicznej Szpitala.

(akta kontroli str.: 59-130)

1.3. W szpitalu na stanowiskach, o których mowa w art. 49 ust. 1 pkt. 2-5 udl zatrudnionych było 55 osób, przy czym osoby te zatrudniono bez przeprowadzenia konkursu. Osobom tym powierzono obowiązki lub byli to lekarze kierujący oddziałem. Szpital przeprowadził ostatnie postępowanie konkursowe na stanowisko Z-cy Dyrektora ds. Opieki Zdrowotnej w 2017 r., na stanowisko ordynatorów oddziałów szpitalnych w 2015 r., a na stanowisko pielęgniarki oddziałowej w 2016 r. (Szczegółowy opis znajduje się w sekcji „*Stwierdzone nieprawidłowości*”).

(akta kontroli, str.: 2150-2152)

1.4. Na koniec 2021 r. Szpital dysponował 590 łózkami, a na koniec 2022 i 2023 r. po 608 łózek.

Niski poziom średniego wykorzystania łóżek za pierwsze trzy kwartały 2023 r. wystąpił na Oddziale Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych (dalej zw. OLAZA) (14,92%) oraz na Oddziale Geriatrycznym (25,96%). Wysoki poziom średniego wykorzystania łóżek za pierwsze trzy kwartały 2023 r. wystąpił natomiast na Oddziale Terapii Uzależnienia od Alkohol (dalej zw. OTULA) (115,70%).

Zastępca Dyrektora ds. Opieki Zdrowotnej wyjaśnił, że OLAZA od stycznia do maja 2023 r. nie funkcjonował z powodu braku dostępności lekarzy specjalistów. Pacjenci, którzy powinni być przyjęci do OLAZA byli przyjmowani do Oddziału Psychiatrii Męskiej i Żeńskiej oraz do OTULA. W czerwcu 2023 r. podjęte zostały działania zmierzające do zmiany tej sytuacji i od tego czasu przedmiotowe świadczenia realizowane są w ramach części obserwacyjnej obszaru Oddziału Psychiatrycznego Męskiego. Skutkuje to znacznymi ograniczeniami przestrzeni i bazy łóżkowej. Aktualnie, zaplanowane są prace techniczne mające na celu dostosowanie obszaru dawnego OLAZA. Pododdział Geriatryczny w ww. ze względu na swoją specyfikę, przyjmował średnio od 18 do 20 pacjentów miesięcznie. Występowały okresy czasu,

¹³ 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.

¹⁴ Tj. 9-10 kwietnia 2024 r.

¹⁵ <https://szpital.lodzkie.pl/zgierz/bip/pl/c/regulamin-organizacyjny.html>

w których ze względu na braki w personelu medycznym oraz remont oddziału, liczba przyjęć pacjentów uległa zmniejszeniu. Drugim aspektem zmniejszonego wykorzystania łóżek w pierwszych trzech kwartałach 2023 r. jest skrócenie średniego okresu pobytu na oddziale z 7,2 dni (pierwsze trzy kwartały 2022 r.) do 5,3 dni (pierwsze trzy kwartały 2023 r.), co przełożyło się tym samym na zmniejszoną liczbę osobodni pacjenta.

W zakresie wykorzystania łóżek w OTULA Zastępca Dyrektora wyjaśnił, że przez okres pandemii Oddział ten nie przyjmował pacjentów, a potrzeba i liczba pacjentów zgłaszająca się po pomoc była bardzo duża. W związku z okresowym udostępnieniem ww. oddziałowi części pomieszczeń przez OLAZA z uwagi na ich niedostosowanie po przekształceniu ze szpitala „Covidowego”, na poziomie tego samego piętra budynku psychiatrycznego, OTULA mógł hospitalizować więcej osób i udzielić pomocy osobom oczekującym na terapię w znacznie krótszym czasie.

(akta kontroli str.: 23-29, 2841-2846, 2853-2862)

Liczba osób zatrudnionych ogółem w Szpitalu na koniec poszczególnych lat wynosiła: 1.281 osób – 2021 r., 1.351 osób – 2022 r. i 1.425 osób – 2023 r. Na podstawie umów o pracę w ww. latach było zatrudnionych odpowiednio: 990 osób (w tym 775 pracowników medycznych i 215 pozostałych), 1.024 osób (w tym 799 pracowników medycznych i 225 pozostałych) oraz 1.074 osób (w tym 843 pracowników medycznych i 231 pozostałych). Na podstawie umów cywilno-prawnych na koniec poszczególnych lat zatrudnionych było: 2021 r. – 292 osób (w tym 274 pracowników medycznych i 18 pozostałych), 2022 r. – 327 osób (w tym 319 pracowników medycznych i 8 pozostałych) oraz 2023 r. – 351 osób (w tym 322 pracowników medycznych i 29 pozostałych).

W okresie objętym kontrolą, liczba hospitalizowanych pacjentów wyniosła 16.605 w 2021 r., 20.954 w 2022 r. i 22.069 osób w 2023 r., natomiast leczonych ambulatoryjnie odpowiednio: 14.333, 23.481 i 20.772.

Wartość umów zawartych z NFZ wraz z aneksami wynosiła w poszczególnych latach: 168.959,3 tys. zł w 2021 r., 168.033,7 tys. zł w 2022 r. i 207.474,0 tys. zł w 2023 r.

(akta kontroli str.: 23)

1.5. Na stronie internetowej Szpitala w zakładce „Dla pacjenta” zamieszczono m.in. informacje dotyczące: spisu telefonów, Rzecznika Praw Pacjenta, e-rejestracji, godzin odwiedzin, planu Szpitala, praw pacjenta, zasad przyjęcia do poradni i na oddziały czy cennika usług komercyjnych.

Na 20 poradni AOS: dwóch nie było wskazanych na stronie internetowej Szpitala, a w trzech przypadkach nie podano godzin udzielania przez nie świadczeń¹⁶. W 18 przypadkach, godziny pracy poradni, wskazane na stronie internetowej Szpitala, były odmienne z godzinami pracy wywieszonymi na tablicy informacji AOS¹⁷. W ww. 18 poradniach na tablicach wskazano: miejsce i godziny udzielania świadczeń przez podwykonawców, zasady zapisów na porady i wizyty, z uwzględnieniem świadczeń w warunkach domowych, adres oraz nr telefonu do najbliższego miejsca udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Na 59 jednostek organizacyjnych, w których udzielane były bezpośrednio świadczenia świadczeniobiorcom, jedynie w 55 przypadkach zamieszczono tablice informacyjne dla pacjentów, przy czym zawierały one niepełne dane. Jednakże we wszystkich przypadkach wskazane zostały prawa pacjenta (o treści takiej samej jak na stronie internetowej Szpitala), numery telefonów alarmowych.

W 11 jednostkach organizacyjnych Szpitala brak było oznaczeń toalet dla osób niepełnosprawnych, a w kolejnych sześciu przypadkach toalety te nie zostały oznaczone piktogramami, a jedynie tabliczkami z napisem „WC dla niepełnosprawnych”.

¹⁶ Brak wskazania na stronie internetowej Szpitala godzin pracy dotyczył również Zespołu Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej.

¹⁷ Dotyczy również Szkoły Rodzenia.

Ww. uwagi zostały opisane szerzej w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str.: 16-22, 1277)

1.6. W latach 2021-2023 do Łódzkiego Oddziału NFZ nie wpłynęły skargi w sprawie kolejności dostępu do świadczeń w Szpitalu.

(akta kontroli str.: 30-32)

Dyrektor Biura Rzecznika Praw Pacjenta poinformował, że w 2021 r. nie wpłynęły do Rzecznika zgłoszenia dotyczące kolejności dostępu do świadczeń medycznych. W 2022 r. wpłynęły natomiast zgłoszenia dotyczące:

- a) odmowy zapisu na teleporadę w POZ¹⁸,
- b) braku kontaktu telefonicznego z rejestracją¹⁹,
- c) odmowy przyjęcia do Szpitala z powodu Covid-19 w rodzinie pacjenta²⁰,
- d) odmowy przyjęcia na oddział²¹,
- e) odmowy świadczenia w przypadku nagłego pogorszenia stanu zdrowia (chirurgia)²²,
- f) odmowy udzielenia pomocy na SOR z uwagi na odmowę poddania się testowi na Covid-19²³.

W 2023 r. zgłoszenia zostały zakończone przekazaniem wnioskodawcom informacji o przysługujących im prawach. Rzecznik nie prowadził postępowań wyjaśniających wobec Szpitala. Zgłoszenia dotyczyły:

- a) braku respektowania uprawnień do świadczeń poza kolejnością – trzy sprawy,
- b) wyznaczenia odległego terminu świadczenia, pomimo skierowania „cito”,
- c) odmowy rejestracji – odesłanie do innego oddziału.

(akta kontroli str.: 33-152)

W Szpitalu została wprowadzona procedura sposobu ustalania kolejności przyjęć i zapewnienia prawidłowego prowadzenia list oczekujących na świadczenia zdrowotne oraz wyznaczania osób odpowiedzialnych za realizację tych zadań. Określono w niej m.in. kryteria medyczne określające kolejność zapisów na listy oczekujących oraz przypadki skreślenia pacjentów z tych list, sposób postępowania przy zmianie terminów. Procedura nie określała dni zapisów na listy oczekujących.

(akta kontroli str.: 153-159)

W 2021 r. najwięcej osób oczekujących na udzielenie świadczeń odnotowano w Poradni Kardiologicznej tj. 412 osób, z czego 368 przypadków stabilnych i 44 przypadki pilne. W kolejnych latach w ww. Poradni liczba osób oczekujących malała. W 2022 i 2023 r. najwięcej osób oczekiwało do Gabinetu Fizjoterapii tj. odpowiednio 522 osoby, z czego 434 przypadków stabilnych i 88 przypadków pilnych oraz 503 osoby, z czego 416 stabilnych i 87 pilnych.

W 2022 r. w stosunku do 2021 r. w przypadku 28 komórek organizacyjnych Szpitala wzrosła liczba osób oczekujących, w 42 nie uległa zmianie, a w 11 zmniejszyła się. W 2023 r. w stosunku do 2022 r. liczba osób oczekujących wzrosła w 20 jednostkach organizacyjnych, w 46 nie uległa zmianie, a w 21 zmniejszyła się.

¹⁸ Dotyczyło dwóch przypadków, z czego jedno zakończone przesłaniem wnioskodawcy przez Rzecznika informacji o przysługujących mu prawach. W drugim przypadku P.o. Dyrektora Szpitala wyjaśnił, że z uwagi na upływ czasu, natężenia pracy oraz ilości zgłoszeń, Szpital nie jest w stanie odnieść się bezpośrednio do danej sytuacji. Szpital nie posiada wiedzy co do przebiegu rozmowy, w szczególności jakie informacje i potrzeby pacjenta zostały zgłoszone, a które mogły wpłynąć na ustalenie kolejności przyjęć pacjentów. W przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia, świadczenia są udzielane w dniu zgłoszenia, a jeżeli stan zdrowia na to pozwala, w czasie gdy nie ma wolnych miejsc, wizyty umawiane są na dzień następny lub w innym terminie.

¹⁹ W odpowiedzi na wystąpienie Rzecznika Praw Pacjenta Dyrektor Szpitala poinformował, że w odpowiedzi przesłanej do osoby skarżącej wskazano termin ewentualnego zapisu, jednak Szpital nie uzyskał odpowiedzi.

²⁰ Zgłoszenie zakończone przekazaniem wnioskodawcy przez Rzecznika informacji o przysługujących mu prawach.

²¹ Zgłoszenie zakończone przekazaniem wnioskodawcy przez Rzecznika informacji o przysługujących mu prawach.

²² Zgłoszenie zakończone przekazaniem wnioskodawcy przez Rzecznika informacji o przysługujących mu prawach.

²³ Rzecznik Praw Pacjenta stwierdził naruszenie praw pacjenta w tej sprawie zalecając: zaprzestania praktyki odsyłania pacjenta bez uprzedniej weryfikacji jego stanu zdrowia z uwagi na odmowę zgody poddania się badaniu na obecność Sars Covid-2 oraz przeszkolenie personelu medycznego SOR w tym zakresie. W odpowiedzi Dyrektor Szpitala poinformował o wykonaniu ww. zaleceń.

W latach 2021–2023 najdłuższy czas oczekiwania na udzielenie świadczenia wystąpił w Pododdziale Rehabilitacji Neurologicznej w warunkach stacjonarnych i wynosił odpowiednio: 4.418 dni, z czego 2.772 w przypadkach stabilnych i 1.646 w przypadkach pilnych, 4.061 dni, z czego 2.676 w przypadkach stabilnych i 1.385 w przypadkach pilnych oraz 2.820 dni, z czego 2.747 w przypadkach stabilnych i 73 w przypadkach pilnych .

Wydłużenie czasu oczekiwania w 2022 r. w stosunku do 2021 r. wystąpiło w 25 jednostkach organizacyjnych, w 47 nie uległo zmianie, a w 9 uległo obniżeniu. W 2023 r. w stosunku do 2022 r. czas oczekiwania wzrósł w 18 jednostkach organizacyjnych, w 53 nie uległo zmianie, a w 16 zmniejszył się.

(akta kontroli str.: 160-168)

Pacjenci mieli możliwość zapisywania się do AOS drogą elektroniczną poprzez stronę internetową , przy czym jedynie do pięciu z 20 poradni i tylko w miesiącu, w którym dokonywano rejestracji. System e-rejestracji nie umożliwiał wybrania godziny wizyty, tylko narzucał pierwszą wolą danego dnia, nie umożliwiał również monitorowania przez świadczeniobiorcę statusu na liście oczekujących. Wskazane godziny pracy poradni w systemie e-rejestracji były inne niż określone na stronie internetowej Szpitala w zakładce „Poradnie”. Powyższe zostało opisane szerzej w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str.: 169-170)

Analizą w zakresie kolejek oczekujących i harmonogramów przyjęć z 2023 r. objęto Gabinet Fizjoterapii, Oddział Rehabilitacji i Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, w wyniku czego stwierdzono:

- a) na 1.595 pacjentów wpisanych w harmonogramy przyjęć do Gabinetu Fizjoterapii w kolumnie „Kategoria medyczna” w 721 przypadkach odnotowano „Nie dotyczy”, a dla 99 pacjentów Oddziału Rehabilitacji wpisu takiego dokonano w ośmiu przypadkach. Wpisy „Nie dotyczy” nie były odnotowywane na Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,

Zastępca Dyrektora ds. Opieki Zdrowotnej wyjaśnił, że kategoria „Nie dotyczy” wpisana w harmonogramie przyjęć, jest następstwem nadania innej kategorii niż oczekujący tj. przyjęty na bieżąco, posiadający prawo poza kolejnością, kontynuujący leczenie, przyjęty w stanie nagłym. Jedynie nadanie kodu kategorii świadczeniobiorcy „oczekujący” pozwala na wybór kategorii medycznej – pilny lub stabilny. W przypadku Gabinetu Fizjoterapii kategoria „nie dotyczy” oznacza pacjentów kontynuujących leczenie, z kolei pacjenci Oddziału Rehabilitacji z tą kategorią to pacjenci posiadający prawo do korzystania poza kolejnością. Harmonogramy przyjęć Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej stanowią pacjenci oczekujący stąd wybór kategorii „nie dotyczy” jest niedostępny.

- b) w kolumnie „Dokładność planowego terminu” w Gabinetcie Fizjoterapii wskazano w trzech przypadkach „Tydzień”, a w pozostałych „Dzień”, w Oddziale Rehabilitacji w trzech przypadkach „Dzień”, a w pozostałych „Tydzień”, natomiast na Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w dwóch przypadkach „Dzień” a w pozostałych „Tydzień”, co zostało opisane szerzej w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”,
- c) w pięciu przypadkach na Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej oraz w 21 w Gabinetcie Fizjoterapii, na listach oczekujących umieszczono świadczeniobiorców kontynuujących leczenie, co zostało opisane szerzej w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”,
- d) Zastępca Dyrektora ds. Opieki Zdrowotnej wyjaśnił, że dokładane są wszelkie starania, aby listy oczekujących były prowadzone z zapewnieniem równego traktowania wszystkich świadczeniodawców. Wystąpiły sytuacje, że pacjenci z kategorią stabilny byli przyjmowani szybciej niż z kategorią pilny, gdyż wyrazili oni zgody na rozpoczęcie natychmiastowego udzielenia świadczeń, w miejscach zwolnionych w kolejkach oczekujących po niezgłoszeniu się zapisanych pacjentów.

(akta kontroli str.: 1277, 2841-2844, 2853-2862)

Szczegółowa analiza w zakresie kolejek oczekujących i harmonogramów przyjęć z 2023 r., którą objęto 58 pacjentów w trzech jednostkach organizacyjnych²⁴ wykazała m.in.:

- a) kolejki oczekujących i harmonogramy przyjęć były prowadzone w systemie informatycznym,
- b) w 39 przypadkach świadczenie zostało wykonane, w jednym przypadku pacjent został skierowany do dalszej diagnostyki, w czterech osoby wpisane w harmonogramie przyjęć nie kwalifikowały się do leczenia ze względów medycznych, w jednym pacjent nie zgłosił się, w pięciu pacjenci poinformowali o rezygnacji ze świadczenia, a ośmiu pacjentów było przed terminem udzielenia świadczenia,
- c) w jednym przypadku, z uwagi na rezygnację ze świadczenia pacjentowi zwrócono skierowanie, natomiast w trzech, w dokumentacji medycznej nie było skierowania, co zostało opisane szerzej w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”,
- d) w 54 przypadkach rozpoznanie określone w kolejkach oczekujących było zgodne z rozpoznaniem wskazanym na skierowaniach,
- e) w 41 przypadkach w systemie informatycznym odnotowano kategorię medyczną zgodnie z informacjami wskazanymi na skierowaniach,
- f) w sześciu przypadkach (po trzy na Oddziale Rehabilitacji i Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej) w systemie informatycznym wskazano kategorię medyczną stabilny pomimo, że na skierowaniu wskazano kategorię pilny, natomiast w siedmiu (jednym na Oddziale Rehabilitacji i sześciu na Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej) w systemie wskazano kategorię medyczną pilny pomimo nieokreślenia tego na skierowaniu.

Zastępca Dyrektora ds. Opieki Zdrowotnej wyjaśnił, że w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej każdy pacjent kierowany na zabieg endoprotezoplastyki zgłasza się do Oddziału na dodatkową kwalifikację przeprowadzaną przez doświadczonego ortopeda, który weryfikuje także kategorię. Dlatego zdarza się, że pomimo oznaczenia na skierowaniu kategorii pilny, lekarz bezpośrednio kwalifikujący pacjentów przydziela im kategorię stabilny. W odwrotnych przypadkach sytuacja jest analogiczna. W Oddziale Rehabilitacji również pojawić się może zmiana kategorii medycznej przez lekarza kwalifikującego do oddziału w zależności od stanu zdrowia pacjenta.

- g) jednego pacjenta przyjęto na Oddział Rehabilitacji w dniu 3 kwietnia 2024 r. pomimo, że na liście oczekujących był zapisany na 28 marca 2026 r. Jednocześnie pacjent ten nie został wykreślony z listy oczekujących, co zostało opisane szerzej w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”,
- h) jednego pacjenta przyjęto do Oddziału Rehabilitacji niezwłocznie tj. w czasie odpowiednim dla przypadków pilnych (krótki czas oczekiwania) pomimo, że zarówno w kolejce oczekujących, jak i na skierowaniu, została określona kategoria medyczna stabilny. W innym przypadku pacjentowi wpisanemu na listę oczekujących do Oddziału Rehabilitacji (przypadek pilny) ustalono termin wizyty z czasem oczekiwania 758 dni pomimo, że innym pacjentom z tą samą kategorią i w tym samym miesiącu terminy świadczeń ustalano z czasem oczekiwania wynoszącym od 11 do 206 dni. Powyższe zostało opisane szerzej w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.
- i) we wszystkich poddanych analizie przypadkach (18 pacjentów) z Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej pacjenci byli zapisywani w kolejce oczekujących na dany dzień, natomiast przyjmowani byli na Oddział dzień wcześniej (16 przypadków) lub dwa i trzy dni wcześniej (po jednym przypadku).

Zastępca Dyrektora ds. Opieki Zdrowotnej wyjaśnił, że na ww. Oddziale dokładność planowanego terminu określana jest na „tydzień”. Pacjenci

²⁴ Po 10 pacjentów z kategorią medyczną pilny i stabilny w Gabinetach Fizjoterapii i Oddziale Rehabilitacji oraz 10 pacjentów z kategorią medyczną stabilny i ośmiu z kategorią pilny w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej.

zwyczajowo przyjmowani są do Oddziału na dzień przed zabiegiem, wówczas wykonywany mają komplet badań oraz odbywają się konsultacje z lekarzem anesteziologiem. W szczególnych przypadkach, kiedy wiadomo, że badania przed zabiegiem będą trwały dłużej, przyjęcie pacjentów planowane jest na dwa lub trzy dni wcześniej.

(akta kontroli str.: 171-177, 1277, 2841-2862)

System obsługujący kolejki oczekujących nie pozwalał na prześledzenie sposobu postępowania w przypadku pojawienia się wolnego terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 20 ust. 9a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²⁵.

Zastępca Dyrektora ds. Opieki Zdrowotnej wyjaśnił, że aplikacja AP-KOLCE służąca do prowadzenia list oczekujących nie posiada funkcjonalności pozwalającej na prześledzenie postępowania w przypadku pojawienia się wolnego terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej. Dodatkowe wolne terminy, zostają przeznaczone na przyspieszenie terminów realizacji świadczeń dla pacjentów, którzy wyrażą zgodę na zmianę. W pierwszej kolejności kierowane są przede wszystkim do osób następnych na liście, czyli świadczeniobiorców czekających najdłużej, z uwzględnieniem kategorii medycznych.

(akta kontroli str.: 2841-2844, 2853-2862)

1.7. Badaniem w zakresie liczby personelu oraz jego kwalifikacji objęto Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej oraz Oddział Psychiatryczny Męski za miesiąc październik lat 2021-2023. W 2021 r. w ramach Oddziału Psychiatrycznego Męskiego został utworzony oddział covidowy, do którego został oddelegowany personel oddziału psychiatrycznego.

Liczba personelu medycznego w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej w latach 2021-2023 wynosiła od 53 do 61 osób (od 38,9 do 43,9 etatu), natomiast na Oddziale Psychiatrycznym Męskim w 2022 i 2023 r. odpowiednio 47 i 55 osób (31,2 i 26,9 etatu).

(akta kontroli str.: 178-188)

Na mocy Zarządzeń Dyrektora Szpitala z lat 2016-2018 ustalone zostały minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Na dzień 31 maja 2024 r. normy te nie zostały zaktualizowane, co zostało opisane szerzej w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str.: 402-422)

W październiku 2022 r. na Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej nie zapewniono minimalnej normy zatrudnienia pielęgniarek w stosunku do norm obowiązujących w Szpitalu, co zostało opisane szerzej w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”. Z kolei na ww. Oddziale i Oddziale Psychiatrycznym Męskim zapewniono zatrudnienie personelu w wymaganej ilości określonej w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego²⁶ oraz załączniku nr 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień²⁷.

Czynności kontrolne wykazały również, że:

- a) w kilku przypadkach czas pracy personelu wykazanego w załączniku do umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych i/lub w Portalu Potencjału nie był zgodny z faktycznym czasem udzielania świadczeń,
- b) w październiku 2022 r. w załącznikach do umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych (harmonogramach) oraz w Portalu Potencjału nie wykazano 10 osób faktycznie udzielających świadczenia na Oddziale Psychiatrycznym Męskim,

²⁵ Dz.U. z 2024 r., poz. 146.

²⁶ Dz. U. z 2023 r. poz. 870.

²⁷ Dz. U. poz. 1285.

- c) w latach 2021-2023 część personelu wykazana w załącznikach do umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz w Portalu Potencjału nie świadczyła usług zdrowotnych na obu Oddziałach.

Zastępca Dyrektora ds. Opieki Zdrowotnej wyjaśnił, że rozbieżności dotyczące braku świadczenia usług w 2021 r. i wynikały ze stanu zagrożenia epidemicznego wprowadzonego w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2. W czasie epidemii, kwestie związane z powrotem do schematu pracy przed okresem pandemii, z próbą zachęcenia personelu do podjęcia udzielania świadczeń w ramach podpisanych umów, a przede wszystkim koniecznością szybkiego reagowania na występujące braki kadrowe związane z okresem wzmożonych wzrostów zachorowań zarówno wśród pacjentów jak i personelu oraz absencje wśród personelu administracyjnego stanowiły ogromny problem i były utrudnieniem w organizacji bieżącej pracy, w szczególności wprowadzania zmian w czasie rzeczywistym zapisów w Portalu Potencjału i co za tym idzie w załącznikach do umowy. W miarę możliwości odbywało się porządkowanie wykazu personelu w Portalu Potencjału zgodnie ze stanem faktycznym.

- d) w pojedynczych przypadkach dane zawarte w załącznikach do umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych (harmonogramach) były odmienne z danymi wprowadzonymi do Portalu Potencjału.

Powyższe zagadnienia zostały opisane szerzej w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli, str.: 178-403, 2863-2869, 2883-2896)

1.8 Oględziny dokumentacji 15 sztuk aparatury medycznej o najwyższej wartości wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziałach Szpitalnych²⁸ wykazały, że Szpital w okresie objętym kontrolą zgodnie z art. 63 ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych²⁹ posiadał dokumentację potwierdzającą m.in. wykonane naprawy i działań serwisowych, oraz daty wykonania tych czynności i terminy następnych konserwacji. Kontrola wykazała jednak, że w przypadku dwóch urządzeń przeglądy techniczne zostały wykonane z opóźnieniem.

Powyższe zagadnienia zostały opisane szerzej w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str.: 2735-2838)

1.9 W latach 2021-2023 Szpital zawarł łącznie 979 umów, w tym 605 w wyniku przeprowadzonych postępowań konkursowych i 374 bez przeprowadzenia konkursów. Umowy były zawarte zarówno z osobami fizycznymi jak i z podmiotami gospodarczymi. Dotyczyły one udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach POZ, AOS, LSZ, SOR, nocnej i świątecznej pomocy, badań laboratoryjnych i diagnostycznych.

(akta kontroli str.: 428-500)

Szczegółowym badaniem objęto trzy postępowania konkursowe zakończone zawarciem umów³⁰. W postępowaniu na udzielanie świadczeń w Pododdziale Urologicznym jedyny oferent nie załączył do oferty aktualnej kserokopii orzeczenia lekarza profilaktyka o braku przeciwwskazań do świadczenia usług będących przedmiotem konkursu (termin składania ofert do 12 lutego 2021 r.).

Zastępca Dyrektora ds. Opieki Zdrowotnej wyjaśnił, że na czas trwania epidemii SARS-CoV-2 zawieszono obowiązek wykonywania badań okresowych pracowników,

²⁸ Próba zrealizowana na 17 urządzeniach aparatury medycznej wykorzystywanej w Szpitalu.

²⁹ Dz. U. z 2022 r., poz. 974, ze zm. (dalej zw. ustawa o wyrobach medycznych). Wcześniej art. 90 ust. 6-9 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. (Dz. U. z 2021 r., poz. 1565 – uchylona z dniem 26 maja 2022 r.)

³⁰ 1. Z 2021 r. na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Pododdziale Urologicznym w zakresie: pakiet 1 - normalnej ordynacji i pełnienia dyżurów lekarskich w ramach leczenia stacjonarnego, pakiet 2 - Poradni Urologicznej.

2. Z 2022 r. na całodobowe udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej.

3. Z 2023 r. na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym w zakresie normalnej ordynacji lekarskiej: pakiet 1 – na pełnienie funkcji lekarza kierującego oddziałem, pakiet 2 – na pełnienie funkcji zastępcy lekarza kierującego oddziałem.

a jednocześnie przedłożono ważność orzeczeń lekarskich, która upłynęła po 7 marca 2022 r., na okres nie dłuższy niż 180 dni od dnia odwołania stanu zagrożenia epidemiologicznego albo stanu epidemii³¹. Orzeczenie lekarskie oferent uzyskał 13 lipca 2021 r. na podstawie skierowania z 9 grudnia 2020 r.

W pozostałych postępowaniach nie stwierdzono uchybień proceduralnych.

(akta kontroli str.: 552-672, 2863-2869, 2883-2908)

W wyniku postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń w Pododdziale i Poradni Urologicznej zawarto dwie umowy z jednym oferentem, a na udzielanie świadczeń w Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym dwie umowy z dwoma oferentami. W konkursie na udzielanie świadczeń w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej umowy zawarto ze wszystkimi, ośmioma oferentami, którzy złożyli oferty.

(akta kontroli str.: 552-672)

W latach 2021-2023 Szpital zawarł 92 umowy z personelem medycznym niewykonującym działalności leczniczej oraz dwie umowy z personelem prowadzącym działalność gospodarczą i dwie z innym podmiotem leczniczym z pominięciem przepisów, odpowiednio: ustawy pzp oraz udl, co zostało opisane szerzej w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str.: 673-703, 2863-2882, 2933)

1.10. Opłaty za udzielenie świadczeń zdrowotnych innych niż finansowane ze środków publicznych pobierane były w Szpitalu na podstawie obowiązującego cennika. Szpital wprowadził również regulacje w zakresie opłat za całodobowe przebywanie osób sprawujących opiekę nad pacjentem oraz za przechowywanie zwłok przez okres dłuży niż 72 godziny.

(akta kontroli str.: 704-890)

Szpital pobrał opłaty od pacjentów nieubezpieczonych w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w wysokościach:

- a) w 2021 r.: 43,4 tys. zł, z czego od obcokrajowców 17,6 tys. zł. Najwyższe opłaty pobierane były przez: Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej – 13 tys. zł, Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej – 9 tys. zł i Oddział Ginekologii, Położnictwa i Terapii Endoskopowej – 5 tys. zł,
- b) w 2022 r.: 122,4 tys. zł, z czego od obcokrajowców 50 tys. zł. Najwyższe opłaty pobierane były przez: Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej – 33,9 tys. zł, Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej – 19,3 tys. zł i Oddział Neurochirurgiczny – 17,6 tys. zł,
- c) w 2023 r.: 150,7 tys. zł z czego od obcokrajowców 43,2 tys. zł. Najwyższe opłaty pobierane były przez: Oddział Medycyny Nuklearnej i Endokrynologii – 44,2 tys. zł, Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej – 15,5 tys. zł i Oddział Otolaryngologiczny – 13,5 tys. zł,

Od pacjentów ubezpieczonych Szpital pobrał opłaty w poszczególnych latach w wysokości:

- a) w 2021 r.: 63,5 tys. zł, z czego najwyższe opłaty pobierano w: Laboratorium – 49,3 tys. zł, RTG – 8,4 tys. zł i Zakład Medycyny Nuklearnej – 2,2 tys. zł,
- b) w 2022 r.: 129,5 tys. tys. zł, z czego najwyższe opłaty pobierano w: Laboratorium – 111,2 tys. zł, RTG – 10,2 tys. zł i Pracowni EEG – 2,9 tys. zł,
- c) w 2023 r.: 168,9 tys. zł, z czego najwyższe opłaty pobierano w: Laboratorium – 145,3 tys. zł, RTG – 8,2 tys. zł i Zakład Medycyny Nuklearnej – 6,7 zł.

(akta kontroli str.: 891-905, 1277)

1.11. W latach 2021-2023 w Szpitalu przeprowadzone zostały kontrole:

³¹ Zgodnie z art. 12a ust. 1 i art. 31m ust. 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacjami kryzysowymi (Dz.U. z 2021 r. poz. 2095 ze zm.).

- a) dwie przez Narodowy Fundusz Zdrowia³², podczas których nie stwierdzono nieprawidłowości,
- b) 16 przez Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Zgierzu³³, podczas których stwierdzono nieprawidłowości dotyczące:

- niewłaściwego stanu sanitarno-higienicznego pomieszczeń i/lub wyposażenia,
- braku rozdziału dzieci zdrowych i chorych w POZ oraz dzieci zdrowych od pozostałych pacjentów oraz transportu pacjentów przez korytarz POZ do badania tomografii komputerowej.

Część nieprawidłowości została usunięta, natomiast termin usunięcia pozostałych został przedłużony do końca sierpnia i grudnia 2024 r.

- c) sześć przez Urząd Marszałkowski w Łodzi³⁴, podczas których stwierdzono nieprawidłowości dotyczące:

- nieterminowego regulowania zobowiązań,
- nieterminowego zgłaszania informacji o przyjętych darowiznach sprzętu i aparatury medycznej oraz innego mienia do Urzędu Marszałkowskiego,
- nieterminowego dokonywania konserwacji i przeglądów technicznych/okresowych aparatury i sprzętu medycznego,
- niedochowaniu staranności przy przeprowadzaniu postępowania i prowadzeniu dokumentacji o udzielenie zamówienia publicznego.

W odpowiedziach na zalecenia pokontrolne Dyrektor Szpitala wyjaśniał, że część zaleceń została zrealizowana, część jest w trakcie realizacji, a część będzie realizowana w przyszłości oraz została ujęta w planie naprawczym.

- d) cztery przez Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Łodzi³⁵, podczas których stwierdzono nieprawidłowości dotyczące:

- nieaktualnego szkolenia lekarza odpowiedzialnego za gospodarkę krwią,
- nieaktualnych Standardów Procedur Operacyjnych, braku walidacji procesu rozmrażania osocza, niewłaściwego prowadzenia dokumentacji,
- nieprawidłowych zapisów danych noworodka w związku z badaniami grupy krwi oraz w książce badań, niedysponowania odczynnikami umożliwiającymi wykonanie badania przeciwciał/próby krzyżowej metodami probówkowymi, nie wprowadzenia w Standardowych Procedurach Operacyjnych stosownych druków, nieuczestniczenia w jednej kontroli zewnętrznej, nieaktualnych przeglądów technicznych urządzeń, braku paszportu jednej chłodziarki, przeprowadzenia walidacji warunków przechowywania tylko przez jeden atestowany termometr wzorcowy,

³² W zakresie: a) realizacji Narodowego Programu Szczepień COVID-19, w tym organizację i sposób udzielania świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 oraz ich dostępność w okresie objętym kontrolą,

b) udzielania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, pod kątem zapewnienia liczby łóżek zgodnie z wykazem Wojewody Łódzkiego oraz sposobu sprawozdawania ilości wolnych łóżek dla chorych z COVID-19.

³³ W zakresie: a) stanu sanitarno-higienicznego pomieszczeń i urządzeń, dezynfekcji i sterylizacji, czystości bieżącej, dokumentacji zdrowotnej, postępowania ze zwłokami, postępowania z bielizną, gospodarowania odpadami,

b) dokumentacji i wykonania szczepień ochronnych.

³⁴ W zakresie: a) wykonania obowiązku polegającego na ustaleniu najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne w podmiotach leczniczych,

b) realizacji i rozliczania umowy z Przedsiębiorstwem Inżynieryjno-Budowanym Hesbud I.S.,

c) pozyskania środków z innych źródeł niż NFZ,

d) zapewnienia sprawności i bezpieczeństwa funkcjonowania sprzętu oraz aparatury medycznej,

d) zarządzania długiem w tym m.in. zarządzania zobowiązaniami wymagalnymi, zawierania układów i porozumień ratałnych,

e) postępowania i udzielenia zamówienia na realizację zadania pn.: „Zakup wyposażenia stołu operacyjnego” w ramach umowy dotacji wraz z rozliczeniem tej dotacji,

f) realizacji projektu „Modernizacja i zakup sprzętu, systemów informatycznych i oprogramowania w celu dostosowania WSS w Zgierzu do wymogów prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej”.

³⁵ W zakresie a) organizacji leczenia krwią,

b) nadzoru nad pracownią serologii/immunologii transfuzjologicznej.

- sporządzenia listy pielęgniarek na nienadzorowanych formularzach, niepodpisanych przez kierownika Szpitala, przekazania rocznego sprawozdania do RCKiK z opóźnieniem, braku uprawnień u jednego lekarza do sprawowania funkcji lekarza odpowiedzialnego za gospodarowanie krwią, braku zaświadczenia o przebyłym szkoleniu, nieudokumentowania niektórych przetoczeń, dokumentowania dokonanej identyfikacji składników krwi z grupą krwi niezgodnie z obowiązującą procedurą.

W odpowiedzi na wystąpienie pokontrolne Dyrektor Szpitala stwierdził, że wszystkie zalecenia zostały zrealizowane.

- e) trzy przez Lotnicze Pogotowie Ratunkowe³⁶, podczas których stwierdzono nieprawidłowości dotyczące:

- niedostosowania lądowiska do wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego³⁷ oraz brak monitoringu.

Szpital przekazał projekt przebudowy lądowiska do Lotniczego Pogotowia Ratunkowego.

- f) dwie przez Państwową Agencję Atomistyki³⁸, podczas których nie stwierdzono nieprawidłowości,
- g) dwie przez Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy Centrum Profilaktyczno-Lecznicze w Łodzi³⁹, podczas których nie stwierdzono nieprawidłowości,
- h) jedną przez Najwyższą Izbę Kontroli⁴⁰, podczas której stwierdzono nieprawidłowości dotyczące: nieaktualizowania Portalu Potencjału, nieegzekwowania na bieżąco informacji o zachowaniu wymaganych przepisami prawa równoważników rozliczeniowych dotyczących personelu pielęgniarskiego, niesporządzania kart indywidualnej opieki fizjoterapeutycznej. W wyniku kontroli sporządzono jeden wniosek pokontrolny, który zgodnie z informacją Dyrektora Szpitala został zrealizowany,
- i) jedną przez Ministerstwo Zdrowia⁴¹, podczas której stwierdzono nieprawidłowości w zakresie nieterminowego przekazywania do Instytucji Pośredniczącej informacji dotyczących podejmowanych czynności lub postępowań prowadzonych w szczególności przez organy ściągania, dotyczących lub mogących dotyczyć projektu. W odpowiedzi Dyrektor Szpitala zobowiązał się realizacji zaleceń pokontrolnych,
- j) dwie przez Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Okulistyki⁴², podczas jednej z nich stwierdzono nieprawidłowość dotyczącą konieczności remontu i dostosowania poradni okulistycznej do obowiązujących standardów. Nie wymagano udzielenia odpowiedzi na protokół kontroli,
- k) dwie przez Inwestycje Medyczne Łódzkiego Sp. z o.o.⁴³, podczas jednej z nich stwierdzono nieprawidłowość dotyczącą nieterminowego przeprowadzania przeglądów okresowych. W listopadzie 2023 r. Szpital wniósł zastrzeżenia do protokołu kontroli i do dnia przeprowadzania kontroli NIK nie zostały rozpatrzone przez ww. Spółkę,

³⁶ W zakresie dostosowania lądowiska dla helikopterów i dokumentacji z tym związanej.

³⁷ Dz. U. z 2024 r. poz. 336.

³⁸ W zakresie zgodności wykonywanej działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące.

³⁹ W zakresie: trybu, zakresu i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz sprawowania opieki zdrowotnej nad pracującymi, częstotliwości badań profilaktycznych, wydawania i dokumentowania orzeczeń lekarskich dla celów przewidzianych w kodeksie pracy, posiadania kwalifikacji do wykonywania badań profilaktycznych, wypełniania obowiązku wpisu do rejestru lekarzy prowadzących badania profilaktyczne.

⁴⁰ W zakresie funkcjonowania opieki geriatrycznej.

⁴¹ W zakresie planowanej trwałości na miejscu po zakończeniu realizacji projektu pn.: „Przebudowa i rozbudowa Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z wyposażeniem i zakupem aparatury medycznej w WSS w Zgierz”.


⁴² W zakresie funkcjonowania oddziału okulistyki i szkolenia rezydentów oraz wypełniania kontraktu z NFZ.

⁴³ W zakresie przestrzegania umów przekazanych w użytkowanie Szpitalowi przez IMŁ Sp. z o.o.

- l) dwie przez III Wydział Rodzinny Nieletnich Sądu Rejonowego w Zgierzu⁴⁴, gdzie podczas jednej z nich stwierdzono nieterminowe przekazywanie dokumentacji do Sądu. Nie wydano zaleceń pokontrolnych.

(akta kontroli, str.: 906-1276)

Stwierdzona
nieprawidłowość

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

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

(akta kontroli str.: 16-22)

Zastępca Dyrektora ds. Opieki Zdrowotnej wyjaśnił, że w związku z trwającymi od września 2022 r. zmianami organizacyjnymi związanymi z wyborem nowego Dyrektora Szpitala niemożliwe było podjęcie działań związanych ze zmianą struktury organizacyjnej. Ostatecznie powołano Dyrektora z dniem 1 grudnia 2023 r., co stworzyło możliwość podjęcia działań mających na celu uporządkowanie zapisów w Księdze Rejestrowej oraz opracowanie i wprowadzenie nowego Regulaminu organizacyjnego. Zgodnie z Regulaminem wszelkie działania związane z przekształceniem lub likwidacją, rozszerzeniem lub ograniczeniem działalności Szpitala muszą zostać zaopiniowane przez Radę Społeczną. W tym celu w styczniu 2024 r. przygotowane zostały projekty uchwał w sprawie zaopiniowania zamknięcia 14 нефункционujących komórek⁴⁵. Nie zostały one przedstawione na pierwszej Radzie Społecznej, ze względu na brak możliwości zorganizowania posiedzenia w trybie stacjonarnym. W związku z wyborami samorządowymi i związanymi z nimi ewentualnymi zmianami w składzie Zarządu Województwa Łódzkiego, a co za tym idzie w składzie członków Rady Społecznej Szpitala nie odbyło się kolejne posiedzenie Rady. W chwili obecnej planowane jest zorganizowanie posiedzenia w maju 2024 r., a po uzyskaniu pozytywnej opinii Rady zmiany zostaną wprowadzone do nowego Regulaminu Organizacyjnego, w którym zostaną wykreślone wszystkie нефункционujące komórki, w tym również te niewpisane do Księgi Rejestrowej tj. Pododdział Rehabilitacji Kardiologicznej oraz Pracownia Radiologii Zabiegowej.

27 kwietnia 2023 r. ówczesna Dyrekcja podjęła próbę zamknięcia OLAZA oraz Dziennego Oddziału Leczenia Uzależnień, jednak uzyskała negatywną opinię Rady Społecznej. Na najbliższym posiedzeniu Rady Społecznej do projektu uchwały zostanie dodany jako kolejny planowany do zamknięcia Dzienny Oddział Leczenia Uzależnień.

(akta kontroli str.: 2841-2846, 2853-2862)

2) Dyrektor Szpitala, w okresie objętym kontrolą wbrew obowiązki określone w art. 49 ust. 3-6a udl zatrudnił 55 osób na stanowiskach wymienionych w art. 49 ust. 1 pkt. 2-5 bez ogłoszenia i przeprowadzenia konkursu.

Ostatnie postępowanie konkursowe na stanowisko pielęgniarki oddziałowej przeprowadzone zostało w roku 2016, na stanowisko ordynatorów oddziałów szpitalnych w 2015 r. a na stanowisko zastępcy dyrektora w 2017 r.

(akta kontroli str.: 2150-2152)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: „W okresie kontrolowanym szpital znajdował się początkowo w stanie epidemii Covid-19, a od 16 maja 2022 roku do dnia 30.06.2023

⁴⁴ W zakresie prawidłowości dokumentacji stanowiącej podstawę przyjęcia na oddziały psychiatryczne oraz przebywania w nich osób z zaburzeniami psychiatrycznymi.

⁴⁵ Tj.: Poradni Kardiologicznej w Białej, Poradni Otolaryngologicznej w Białej, Poradni Rehabilitacji, Dziennego Ośrodka Rehabilitacji Kardiologicznej, Zespołu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w Aleksandrowie Łódzkim, Zespołu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w Ozorkowie, Pododdziału Chirurgii Naczyniowej, Poradni Chirurgii Naczyniowej, Poradni Medycyny Sportowej, Poradni Alergologicznej, Poradni Alergologicznej dla dzieci, Zakładu Patomorfologii, Poradni Dermatologicznej, Gabinetu Diagnostyczno-Zabiegowego w Białej.

roku w stanie zagrożenia epidemicznego. W okresie pandemii COVID-19 WSS, musiał podejmować szybkie decyzje i działania w celu zapewnienia ciągłości funkcjonowania i odpowiedniej opieki zdrowotnej. Szpital często musiał zatrudniać dodatkowy personel w krótkim czasie, aby sprostać rosnącemu zapotrzebowaniu na usługi medyczne oraz związanym z tym wyzwaniom, takim jak absencje personelu z powodu choroby, kwarantanny. W związku z tym, zatrudnianie pracowników w formie powierzenia obowiązków (bez przeprowadzania pełnego postępowania konkursowego) było koniecznością, aby ograniczyć niepotrzebne przypadki grupowania się osób, w tak trudnym okresie, a także szybko uzupełnić kadry medyczne i zapewnić niezbędną pomoc pacjentom. Zmiany kierowników jednostki w okresie kontrolowanym również wpłynęły na potrzebę elastyczności w procesie zatrudniania, co dodatkowo utrudniało przeprowadzenie pełnych procedur konkursowych. Warto zauważyć, że przepisy dotyczące zatrudniania personelu medycznego, w tym wymogi konkursowe, mogą być elastycznie interpretowane w okresach nadzwyczajnych, takich jak pandemia. Priorytetem szpitala było zapewnienie odpowiedniej opieki pacjentom oraz wsparcie dla personelu medycznego, co mogło skutkować pewnymi odstępstwami od standardowych procedur rekrutacyjnych. W toku są zmiany regulaminów. Analiza powyższej sytuacji jest planowana po zakończeniu procesu zmiany regulaminów i struktury".

(akta kontroli str.: 2853-2862)

3) Na 20 poradni AOS dwie zostały oznaczone nieprawidłowymi nazwami (na drzwiach Poradni Otolaryngologicznej widniała nazwa Przychodnia Laryngologiczna, a na drzwiach Poradni Ginekologiczno-Położnicza nazwa Poradnia dla Kobiet), a w przypadku Poradni Geriatrycznej brak było wskazania nazwy tej poradni.

(akta kontroli str.: 16-22)

Zastępca Dyrektora ds. Opieki Zdrowotnej wyjaśnił, że przy gabinetach poradni umieszczono już tabliczki z nazwami poradni zgodnymi z Rejestrem Podmiotów Wykonujących Działalność Leczącą, jak również umieszczono tabliczkę z nazwą poradni przy gabinecie Poradni Geriatrycznej.

(akta kontroli str.: 2841-2846, 2853-2862)

4) Na moment przeprowadzania czynności kontrolnych⁴⁶ Poradnia Leczenia Bólu nie udzielała świadczeń pomimo, że zgodnie z wykazem godzin powinna przyjmować pacjentów.

(akta kontroli str.: 16-22)

Zastępca Dyrektora ds. Opieki Zdrowotnej wyjaśnił, że nieobecność lekarza w Poradni Leczenia Bólu wynikała z konieczności zapewnienia ciągłości pracy w oddziale. Aby uniknąć podobnych sytuacji w przyszłości, na ten dzień zostały zmienione godziny pracy poradni na popołudniowe.

(akta kontroli str.: 2841-2846, 2853-2862)

5) Na 59 jednostek organizacyjnych Szpitala, w których udzielane były bezpośrednio świadczenia świadczeniobiorcom, wbrew obowiązkowi określonemu w § 11 ust. 1 i 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁴⁷ w czterech jednostkach nie zamieszczono tablic informacyjnych dla pacjentów:

- w przypadku 55 tablic informacyjnych stwierdzono braki dotyczące: niewskazania imienia i nazwiska osoby kierującej komórką oraz trybu składania skarg i wniosków (po jednym przypadku), niewskazania zasad potwierdzania prawa do świadczeń (10 przypadków), braku informacji o adresie i nr bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta oraz adresie i nr telefonu komórki NFZ do składania skarg i wniosków (w jednym przypadku), niewskazania na wszystkich tablicach adresu i numeru telefonu do NFZ, gdzie można uzyskać informację o średnim czasie oczekiwania

⁴⁶ 10 kwietnia 2024 r.

⁴⁷ Dz.U. z 2023 r. poz. 1194.

i o pierwszym wolnym terminie, niewskazania informacji o możliwości i sposobie zapisywania się na listę oczekujących (w 20 przypadkach);

- we wszystkich budynkach i korytarzach brak było informacji o udogodnieniach dla osób niepełnosprawnych ruchowo m.in. możliwości dojazdu windą na piętro;

- w 11 jednostkach organizacyjnych Szpitala brak było oznaczeń toalet dla osób niepełnosprawnych, a w kolejnych sześciu toalety te nie zostały oznaczone piktogramami, a jedynie tabliczkami z napisem „WC dla niepełnosprawnych”.

(akta kontroli str.: 16-22)

Zastępca Dyrektora ds. Opieki Zdrowotnej wyjaśnił, że brak wszystkich ww. informacji lub brak ich bieżącej aktualizacji wynikał z niedopatrzenia oraz z faktu, że pacjenci zdejmują wywieszone na tablicach informacje. Aktualnie umieszczono brakujące tablice informacji w komórkach, w których tablic nie było, a na wszystkich tablicach uzupełniono brakujące informacje. Informacja na temat udogodnień dla osób niepełnosprawnych została ujęta w informatorze dla pacjenta i jest udostępniona na tablicach informacyjnych oraz na stronie internetowej Szpitala. Znaki informacyjne dotyczące udogodnień dla osób niepełnosprawnych będą zamieszczone w głównych ciągach komunikacyjnych po przeprowadzeniu w nich prac remontowych. Szpital zamówił piktogramy celem prawidłowego oznaczenia toalet dla osób niepełnosprawnych.

(akta kontroli str.: 2841-2846, 2853-2862)

6) Część z informacji zamieszczonych na stronie internetowej Szpitala nie była zgodna z informacjami wywieszonymi na tablicach informacyjnych. Na stronie internetowej nie wykazano Poradni Leczenia Bólu i Poradni Geriatrycznej, nie podano godzin pracy Zespołu Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej, Poradni Neurologicznej, Nefrologicznej i Chirurgii Twarzowo-Szczękowej, a godziny pracy pozostałych poradni były inne niż wywieszone na tablicach informacyjnych.

Powyższe wskazuje na niedostosowanie systemu do wymogów określonych § 2 ust. 1 pkt 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 7 lipca 2017 r. w sprawie minimalnej funkcjonalności dla systemów teleinformatycznych umożliwiających realizację usług związanych z prowadzeniem przez świadczeniodawców list oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej⁴⁸ oraz art. 23a ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

(akta kontroli str.: 16-22, 169-170)

Zastępca Dyrektora ds. Opieki Zdrowotnej wyjaśnił, że informacje na stronie internetowej zostały uzupełnione i zaktualizowane.

(akta kontroli str.: 2841-2846, 2853-2862)

7) Elektroniczny system e-rejestracji umożliwiał zapisanie się do AOS jedynie do pięciu z 20 poradni i tylko w miesiącu, w którym dokonywano rejestracji. System nie umożliwiał wybrania godziny wizyty oraz monitorowania świadczenia przez świadczeniobiorcę statusu na liście oczekujących.

(akta kontroli str.: 169-170)

Zastępca Dyrektora ds. Opieki Zdrowotnej wyjaśnił, że problemy z systemem e-rejestracji wynikały z prowadzonej modernizacji i naprawy systemu. Po zakończeniu tych prac zostanie przywrócona pełna funkcjonalność tego systemu.

(akta kontroli str.: 2841-2846, 2853-2862)

8) W przypadku dwóch z 17 objętych badaniem urządzeń, przeglądy techniczne zostały wykonane z opóźnieniem wynoszącym odpowiednio osiem i trzy miesiące, w stosunku do terminu określonego w instrukcji używania wyrobu:

a) systemu do neuronawigacji (nr inwentarzowy 17U802-20500) data zleconego przeglądu technicznego została wyznaczona na dzień 19 lutego 2022 r., natomiast

⁴⁸ Dz. U. z 2017 r., poz. 1404.

przegląd został wykonany 25 października 2022 r. Następny przegląd roczny powinien zostać wykonany do października 2023 r.

b) aparatu RTG z ramieniem C Ziehm Vision RFD (nr inwentarzowy 22S802-00009; Nr paszportu 66006) wymagana data wykonania przeglądu rocznego – 29 sierpnia 2023 r., przegląd wykonany w dniu 28 listopada 2023 r.

(akta kontroli str.: 2735-2835)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: „W związku ze zmianami organizacyjnymi, w tym zmianami na stanowiskach dyrektorskich oraz wśród pracowników Sekcji Aparatury Medycznej przegląd techniczny systemu do neuronawigacji (nr inwentarzowy 17U802-20500), jak i aparatu RTG z ramieniem C Ziehm Vision RFD (nr inwentarzowy 22S802-00009) został wykonany z opóźnieniem. W 2023 roku, w WSS w Zgierzu wdrażany był nowy system elektronicznej bazy aparatury i sprzętu medycznego, co spowodowało konieczność spisania i weryfikacji sprzętu od nowa. Podjęte działania przyczyniły się do uregulowania i usystematyzowania przeglądów technicznych aparatury i sprzętu medycznego WSS w Zgierzu.”

(akta kontroli str.: 2853-2862)

9) Na 58 poddanych badaniu pozycji z harmonogramów przyjęć z 2023 r. w kolumnie „Dokładność planowego terminu” w:

- a) Gabinetzie Fizjoterapii wskazano w trzech przypadkach „Tydzień”, a w pozostałych „Dzień”,
- b) Oddziale Rehabilitacji w trzech przypadkach „Dzień”, a w pozostałych „Tydzień”,
- c) Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w dwóch przypadkach „Dzień” a w pozostałych „Tydzień”.

(akta kontroli str.: 1277)

Zastępca Dyrektora ds. Opieki Zdrowotnej wyjaśnił, że omyłkowo wykazano pojedyncze przypadki nieprawidłowej dokładności planowego terminu.

(akta kontroli str.: 2841-2846, 2853-2862)

10) W 2023 r. w pięciu przypadkach na Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej oraz w 21 w Gabinetzie Fizjoterapii, na listach oczekujących umieszczono świadczeniobiorców kontynuujących leczenie, co było niezgodne z dyspozycją art. 20 ust. 1a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z którym na liście oczekujących na udzielenie świadczenia nie umieszcza się świadczeniobiorców kontynuujących leczenie u danego świadczeniodawcy.

(akta kontroli str.: 171-177, 2847-2852)

Zastępca Dyrektora ds. Opieki Zdrowotnej wyjaśnił, że umieszczenie dwukrotnie na jednej liście oczekujących pacjentów z tym samym rozpoznaniem wynikało z błędów we wpisach.

(akta kontroli str.: 2841-2846, 2853-2862)

11) W trzech przypadkach, z 58 poddanych analizie, w indywidualnej dokumentacji medycznej nie było skierowań przyjęcia na Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, pomimo obowiązku przechowywania dokumentacji medycznej zgodnie z art. 29 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁴⁹.

(akta kontroli str.: 171-177)

Zastępca Dyrektora ds. Opieki Zdrowotnej wyjaśnił, że brak skierowań wynikał z nieumyślnego zagubienia wersji papierowej.

(akta kontroli str.: 2841-2846, 2853-2862)

⁴⁹ Dz. U. z 2024 r. poz. 581.

12) W jednym przypadku, pacjent pomimo przyjęcia go w dniu 3 kwietnia 2024 r. na Oddział Rehabilitacji nie został skreślony z listy oczekujących, w której termin jego przyjęcia określono na dzień 28 marca 2026 r. W innym przypadku pacjenta przyjęto do Oddziału Rehabilitacji w terminie jak dla przypadków pilnych (krótki czas oczekiwania) pomimo, że w kolejce oczekujących, jak i na skierowaniu, została określona kategoria medyczna stabilny.

W jednym przypadku pacjent wpisany w dniu 17 lutego 2023 r. na listę oczekujących do Oddziału Rehabilitacji (przypadek pilny) miał wyznaczony termin wizyty na dzień 16 marca 2025 r. z czasem oczekiwania 758 dni pomimo, że innym pacjentom z tą samą kategorią i w tym samym miesiącu terminy świadczeń ustalano z terminem oczekiwania od 11 do 206 dni.

(akta kontroli str.: 171-177, 1277)

Zastępca Dyrektora ds. Opieki Zdrowotnej wyjaśnił, że ww. pierwszy pacjent został przyjęty wcześniej ze względu na stan zdrowia, a przez nieuwagę, nie skreślono go z kolejki oczekujących. Kolejny ww. pacjent został zapisany do kolejki oczekujących w 23 stycznia 2019 r. na podstawie skierowania z 10 grudnia 2018 r., a planowany termin udzielenia świadczenia ustalono na 1 czerwca 2023 r. Skierowanie nie zostało wpisane w aplikacji AP-KOLCE, a uzupełnienia wpisu dokonano z chwilą zbliżającego się terminu realizacji, tj. 22 maja 2023 r. Tak więc, czas oczekiwania na realizację świadczenia wyniósł 10 dni, natomiast rzeczywisty czas oczekiwania pacjenta wyniósł 1.590 dni (ponad 4 lata).

W zakresie ostatniego pacjenta do kolejki oczekujących pomyłkowo wprowadzono datę 16 marca 2025 r., ale pacjent otrzymał prawidłową informację o czasie oczekiwania⁵⁰.

(akta kontroli str.: 2841-2846, 2853-2862)

13) Dyrektor Szpitala, w latach 2021-2023 z naruszeniem art. 29 ust. 2 pzp zawarł 92 umowy zlecenia na realizację pięciu zakresów świadczeń z pielęgniarkami i ratownikami medycznymi nieprowadzącymi działalności gospodarczej dzieląc w ten sposób zamówienia publiczne na odrębne zamówienia pomimo, że łączna wartość każdego zakresu świadczeń w każdym roku przekraczała wartość 130 tys. zł.

Zgodnie z art. 44 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych⁵¹, jednostki sektora finansów publicznych zawierają umowy, których przedmiotem są usługi, dostawy lub roboty budowlane, na zasadach określonych w przepisach o zamówieniach publicznych, o ile odrębne przepisy nie stanowią inaczej. Art. 29 ust. 2 ustawy pzp wskazuje natomiast, że zamawiający nie może dzielić zamówienia na odrębne zamówienia, jeżeli prowadzi to do niestosowania przepisów ustawy, chyba że jest to uzasadnione obiektywnymi przyczynami. Umowy zawarte zostały na łączną wartość 10.730,1 tys. zł, a dotyczyły zakresów:

- a) zapewnienia pacjentom profesjonalnej opieki z zakresu pielęgniarstwa w NiSOZ⁵² – wartość umów na 2021 r. wynosiła 768 tys. zł, na 2022 r. – 1.170 tys. zł i na 2023 r. – 1.040 tys. zł,
- b) wykonywania czynności ratownika w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy wraz z czynnościami prowadzenia pojazdu uprzywilejowanego dla celów służbowych – wartość umów na 2023 r. wynosiła 1.259,9 tys. zł,
- c) zapewnienia pacjentom profesjonalnej opieki z zakresu pielęgniarstwa w Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym – wartość umów na 2022 r. wynosiła 520 tys. zł i na 2023 r. – 1.280,7 tys. zł,
- d) zapewnienia pacjentom profesjonalnej opieki z zakresu pielęgniarstwa w Pododdziale Urologicznym - wartość umów na 2021 r. wynosiła 223 tys. zł, na 2022 r. – 409,8 tys. zł i na 2023 r. – 1.723 tys. zł,

⁵⁰ W trakcie próby ustalenia prawidłowego terminu, pacjent poinformował o rezygnacji z oczekiwania i dokonał zapisu w innej placówce.

⁵¹ Dz. U. z 2023 r. poz. 1270, ze zm., (dalej zw. ustawa o finansach publicznych).

⁵² Nocna i świąteczna opieka zdrowotna.

- e) zapewnienia pacjentom profesjonalnej opieki z zakresu pielęgniarstwa w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Geriatrii - wartość umów na 2021 r. wynosiła 546,8 tys. zł, na 2022 r. – 798,4 tys. zł i na 2023 r. – 990,5 tys. zł.

(akta kontroli str.: 2870-2882, 2916)

Zastępca Dyrektora ds. Opieki Zdrowotnej wyjaśnił, że powyższe umowy były zawierane na podstawie kodeksu cywilnego i ustawy o działalności leczniczej. Umowy zawierano w trybie pilnym z chwilą powstania zapotrzebowania w związku z brakami kadrowymi, celem zachowania ciągłości udzielania świadczeń, a przede wszystkim mając na uwadze życie i zdrowie pacjentów. Szacowanie wartości umowy odbywało się w stosunku do osoby mającej wykonać dane świadczenie.

(akta kontroli str.: 2863-2896)

14) Szpital w 2023 r. zawarł z dwoma lekarzami wykonującym działalność leczniczą, umowy, na wykonywanie czynności ratownika w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy wraz z czynnościami prowadzenia pojazdu uprzywilejowanego dla celów służbowych, na łączną wartość 210 tys. zł, tj. przekraczającej 30.000 euro, bez przeprowadzania konkursu ofert. Działanie takie było niezgodne z art. 26 ust. 3 udl, w zw. z art. 26a ust. 2 ww. ustawy, zgodnie z którymi udzielenie zamówienia na ww. usługi winno nastąpić w trybie konkursu ofert, przy czym udzielający zamówienia nie może dzielić zamówienia na części lub zaniżać jego wartości celem obejścia obowiązku konkursowego.

(akta kontroli str.: 428-500, 2932)

Wyjaśnienia w tym zakresie zostały przytoczone w nieprawidłowości nr 13.

(akta kontroli str.: 2863-2896)

15) W 2021 i 2022 r. Dyrektor Szpitala z naruszeniem obowiązku określonego w art. 26 ust. 3 o działalności leczniczej zawarł dwie umowy z podmiotem leczniczym na całodobowe wykonywanie badań endoskopowych bez przeprowadzenia postępowań konkursowych. Z tytułu realizacji tych umów Szpital poniósł wydatki w latach 2021-2022 w wysokości 337 tys. zł, a w 2023 w wysokości 342 tys. zł (razem 679 tys. zł).

(akta kontroli str.: 673-703)

Zastępca Dyrektora ds. Opieki Zdrowotnej wyjaśnił, że podmioty lecznicze w okresie pandemii nie wyrażały gotowości do udziału w postępowaniach konkursowych oraz do zawierania umów na dłuższy okres. W związku z tym podjęto decyzję o rozesłaniu zapytań ofertowych, w konsekwencji czego w 2021 r. zawarto umowę z SP ZOZ Uniwersytetu Szpitala Klinicznego im. Wojskowej Akademii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Umowa obowiązywała od 1 lipca 2021 r. do 31 grudnia 2021 r., a po aneksowana do 31 grudnia 2022 r. nowa na 2023 r. została podpisana w tym samym trybie, z tym samym podmiotem.

(akta kontroli str.: 2863-2896)

16) Minimalne normy zatrudniania pielęgniarek i położnych nie były ustalane raz na trzy lata, co było niezgodne § 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami⁵³. Obowiązujące w Szpitalu ww. normy zostały ustalone zarządzeniami Dyrektora Szpitala w latach 2016-2018.

(akta kontroli str.: 402-422)

Dyrektor ds. Opieki Zdrowotnej wyjaśnił, że w latach 2021-2023 Szpital borykał się z pandemią, wielotygodniowymi absencjami chorobowymi personelu, jak również częstymi zmianami kierownika jednostki, co w znacznej mierze utrudniało wywiązywanie się z obowiązku ustalania norm pielęgniarek.

(akta kontroli str.: 2932)

⁵³ Dz.U. z 2012 r., poz. 1545.

17) W październiku 2022 r. na Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej nie zapewniono minimalnej normy zatrudnienia pielęgniarek w wymiarze 21 etatów, co było niezgodne z wymaganiami określonymi w zarządzeniu wewnętrznym nr 85/2016 Dyrektora Szpitala z 27 kwietnia 2016 r. Liczba etatów pielęgniarek na ww. Oddziale w październiku 2022 r. wynosiła 19,975.

(akta kontroli str.: 180, 403)

Zastępca Dyrektora ds. Opieki Zdrowotnej wyjaśnił, że spowodowane to było permanentnym brakiem personelu pielęgniarskiego, który chciałby podjąć pracę w ramach umów o pracę. Czas pandemii, związana z tym zachorowalność oraz obawa przed pracą w placówce o statusie „covidowa” sprawiły, że jednostka nie stanowiła atrakcyjnego miejsca pracy dla personelu pielęgniarskiego. Mimo ogłaszanych konkursów na udzielanie świadczeń pielęgniarskich nie było chętnych.

(akta kontroli str.: 2863-2869, 2883-2896, 2916)

18) Na podstawie badania obejmującego miesiąc październik każdego roku objętego kontrolą, ustalono, iż:

- czas pracy personelu wykazanego w załączniku do umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych i/lub w Portalu Potencjału nie był zgodny z faktycznym czasem udzielania świadczeń, w tym:

- a) na Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej: w 2021 r. przez jedną osobę, w 2022 r. przez dwie i w 2023 r. przez 3 osoby,
- b) na Oddziale Psychiatrycznym Męskim: w 2022 r. przez dwie osoby i w 2023 r. przez jedną osobę.

W załącznikach do umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych (harmonogramach) oraz w Portalu Potencjału nie wykazano 10 osób faktycznie udzielających świadczeń na Oddziale Psychiatrycznym Męskim. Co więcej, wystąpiły również przypadki, wykazania w ww. załącznikach do umów i w Portalu, personelu, który nie udzielał świadczeń na obu ww. Oddziałach. Na Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej stwierdzono w 2022 r. 19 i w 2023 r. 10 takich przypadków, natomiast na Oddziale Psychiatrycznym Męskim w 2022 r. 17 i w 2023 r. siedem takich przypadków. Pomimo wystąpienia ww. sytuacji szpital nie dokonał zgłoszenia zmian w harmonogramie - wykazie zawierającym informacje dotyczące personelu udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej wraz z czasem jego pracy, co było niezgodne z § 6 ust. 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

(akta kontroli str.: 178-401, 2863-2869, 2883-2896)

Zastępca Dyrektora ds. Opieki Zdrowotnej wyjaśnił, że Szpital stara się w pierwszej kolejności realizować świadczenia pracownikami etatowymi, a w razie niepełnej obsady korzysta z usług świadczonych na podstawie umów cywilno-prawnych. Wskazani pracownicy udzielali świadczeń w ramach umów kontraktowych i zabezpieczali braki etatowych pracowników. Rozbieżności pomiędzy załącznikami do umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych i Portalem Potencjału a listami obecności wynikały z braku spójności pomiędzy działami Szpitala i nieumyślnymi pomyłkami. Niezgłaszanie w 2022 i 2023 r. aktualizacji do Portalu Potencjału wynikało ze zwykłych omyłek.

(akta kontroli str.: 2863-2869, 2883-2896)

19) W latach 2022-2023 wystąpiło osiem przypadków rozbieżności pomiędzy tygodniowymi liczbami godzin oraz wyszczególnionym personelem, zawartymi w załącznikach do umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w stosunku do danych zawartych w Portalu Potencjału. Dotyczy to dwóch przypadków w 2022 r. i czterech w 2023 r. odnośnie Oddziału Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej oraz dwóch przypadków w 2022 r. odnośnie Oddziału Psychiatrycznego Męskiego.

(akta kontroli str.: 178-401, 2863-2869, 2883-2896)

Zastępca Dyrektora ds. Opieki Zdrowotnej wyjaśnił, że powyższe rozbieżności mogą wynikać z braku uspoźnienia w przekazywaniu danych pomiędzy działami Szpitala oraz nieumyślnych pomyłek.

(akta kontroli str.: 2863-2869, 2883-2896)

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie działalność WSS w Zgierzu w zakresie organizacji i realizacji świadczeń zdrowotnych. Szpital nie dokonał aktualizacji Regulaminu organizacyjnego w zakresie jednostek organizacyjnych oraz nie zgłaszał zmian do rejestru podmiotów leczniczych dotyczących zlikwidowanych jednostek. Regulamin zawierał natomiast wszystkie elementy wymagane przepisami prawa. Użytkowany przez Szpital sprzęt i aparatura medyczna posiadała wymaganą prawem dokumentację serwisową. Kontrola wykazała jednak dwa przypadki opóźnienia w realizacji obowiązkowych przeglądów eksploatacyjnych. Najwyższa Izba Kontroli wskazuje na naruszenie zasad naboru na określone w ustawie stanowiska, wynikających z art. 49 ust. 1 udl oraz rozporządzenia w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą. W większości Oddziałów i Poradni były udostępnione pacjentom informacje o godzinach i miejscach udzielania świadczeń oraz inne informacje wymagane ogólnymi warunkami umowy, choć w niepełnym zakresie. Informacje zawarte na stronie internetowej Szpitala nie były zgodne ze stanem faktycznym, a system e-rejestracji nie funkcjonował prawidłowo. System kolejek oczekujących i harmonogramów przyjęć nie w pełni był prowadzony rzetelnie. Na próbie dwóch oddziałów z lat 2021-2023 tylko w jednym Oddziale w 2022 r. stwierdzono brak zapewnienia odpowiedniej liczby personelu pielęgniarskiego. W zakresie kwalifikacji, personel spełniał wymagania określone w przepisach prawa. Wystąpiły natomiast niezgodności pomiędzy informacjami zawartymi w Portale Potencjału, harmonogramach personelu stanowiącymi załączniki do umów zawartych z NFZ oraz faktycznym stanem udzielania świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny. Stwierdzono również przypadki udzielania zamówień na wykonywanie świadczeń zdrowotnych bez stosowania przepisów ustawy pzp oraz udl. Szpital, w miarę możliwości, realizował wnioski pokontrolne zgłaszane przez instytucje, przez które był kontrolowany.

OBSZAR

2. Sytuacja ekonomiczno-finansowa szpitala.

Opis stanu faktycznego

2.1. Polityka rachunkowości obowiązująca w Szpitalu od 11 stycznia 2021 r.⁵⁴, zawierała elementy, o których mowa w art. 10 ust. 1 pkt 1-3 ustawy o rachunkowości (dalej: ustawa o rachunkowości). W polityce rachunkowości uwzględniono zasady wynikające z art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy o rachunkowości. Stosownie do art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. „c” i ust. 4 ww. ustawy, w polityce rachunkowości dokonano opisu systemu informatycznego⁵⁵, zawierającego wykaz programów, wraz ze wskazaniem metod zabezpieczenia dostępu do danych i systemu ich przetwarzania oraz systemu służącego ochronie danych i ich zbiorów, w tym dowodów księgowych, ksiąg rachunkowych i innych dokumentów stanowiących podstawę dokonanych w nich zapisów.

(akta kontroli str.: 1601-1760)

2.2. Dyrektor Szpitala uwzględnił w obowiązującej polityce rachunkowości standardy rachunku kosztów, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców⁵⁶, i wdrożył je do stosowania w Szpitalu.

(akta kontroli str.: 1601-1760; 2153-2160)

2.3. Dyrektor Szpitala ustalał na lata 2021-2023 plany finansowe (zawierające prognozowane przychody oraz koszty), które zgodnie z art. 53 udl, stanowiły

⁵⁴ Wprowadzona zarządzeniem Nr 1B/2021 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Marii Skłodowskiej-Curie w Zgierzu z dnia 11 stycznia 2021 r., zmieniona Aneks nr 1 przyjętym Zarządzeniem nr 75/2021 z dnia 16 września 2021 r. oraz Aneks nr 2 przyjętym Zarządzeniem nr 203/2023 z dnia 22 grudnia 2023 r.

⁵⁵ W szpitalu księgi rachunkowe prowadzone są z wykorzystaniem systemu Impuls Evo firmy Nexus Polska S.A.

⁵⁶ Dz.U. z 2020 r., poz. 2045.

podstawę gospodarki Szpitala. Plany finansowe zawierały wszystkie elementy określone w art. 31 ustawy o finansach publicznych.

Plany finansowe na 2021, 2022 i 2023 rok zostały sporządzone przez Szpital i przekazane do zaopiniowania Rady Społecznej Szpitala. Rada zgodnie z art. 48 ust. 2 pkt 2 lit. a) udl podejmowała uchwały⁵⁷ o pozytywnym zaopiniowaniu przedłożonych planów finansowych.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: „Coroczny Plan Finansowy obowiązuje każdorazowo od 1 stycznia do 31 grudnia danego roku. (...) Gospodarka finansowa WSS do czasu zaopiniowania Planu Finansowego przez Radę Społeczną prowadzona jest w oparciu o jego projekt, po zatwierdzeniu projekt ten staje się Planem Finansowym jednostki.” Plany wraz z uchwałami Rady Społecznej były przekazywane do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego. W trakcie roku sporządzano aktualizację planów finansowych z lat 2021-2023⁵⁸, które również przekazano do Urzędu Marszałkowskiego.

Analiza sprawozdań z wykonania planów finansowych z lat 2021-2023 wykazała, że Szpital w roku 2021 zrealizował koszty wyższe od określonych w planie finansowym w wysokości 100,58%⁵⁹, w roku 2022 wykonanie kosztów wyniosło 101,94%⁶⁰ a w roku 2023 wykonanie wyniosło 103,31%⁶¹ zaplanowanych kosztów. W latach 2021-2022 koszty planowane były w kwotach niższych niż planowane przychody. W planie finansowym na 2023 r. zaplanowano koszty⁶² wyższe o 19.449,9 tys. zł od zaplanowanych przychodów⁶³. Natomiast w aktualizacjach planów finansowych zaplanowano odpowiednio: na 2021 r. koszty⁶⁴ wyższe o 12.759,5 tys. zł od planowanych przychodów⁶⁵; na 2022 r. koszty⁶⁶ wyższe o 24.454,5 tys. zł od planowanych przychodów⁶⁷ oraz na rok 2023 koszty⁶⁸ wyższe o 34.802,4 tys. zł od planowanych przychodów⁶⁹. Podejmując decyzję o takim kształcie planów finansowych wzięto pod uwagę m.in.: odczuwalne skutki epidemii wirusa „SARS-CoV-2” oraz działania zbrojne prowadzone za wschodnią granicą kraju, wzrosty cen na rynku jako konsekwencję wzrastającej inflacji.

(akta kontroli str.: 1844-1952; 2095-2149; 2917-2918)

2.4. Przychody ogółem⁷⁰ Szpitala uległy zmniejszeniu w 2022 r. o 7,4% w stosunku do roku 2021 oraz zwiększyły się w 2023 r. o 24,4%, w stosunku do roku poprzedniego. Podstawę przychodów Szpitala stanowiły przychody uzyskane z NFZ i stanowiły około 90% przychodów ogółem w każdym roku kalendarzowym.⁷¹ Kolejnym źródłem finansowania działalności były przychody ze sprzedaży Ministerstwu Zdrowia⁷² oraz sprzedaż pozostałych produktów⁷³, w tym m.in. odpłatnie świadczone usługi medyczne, przychody z wynajmu lokali. Mniej znaczące w strukturze były przychody osiągane ze sprzedanych produktów pracodawcom

⁵⁷ Uchwała nr 9/2021 z dnia 16 kwietnia 2021 r. ws. planu na 2021 r.; Uchwała nr 3/2022 z dnia 29 marca 2022 r. ws. planu na 2022 r. i Uchwała nr 1/2023 z dnia 31 stycznia 2023 r. ws. planu na 2023 r.

⁵⁸ Uchwała nr 19/2021 r. z dnia 6 grudnia 2021 r. ws. korekty planu na 2021 r.; uchwała nr 22/2021 r. z dnia 28 października 2022 r. ws. korekty planu na 2022 r. i uchwała nr 34/2023 z dnia 24 listopada 2023 r. ws. korekty planu za 2023 r.

⁵⁹ Koszty zaplanowane w wysokości 232.053,4 tys. zł w stosunku do kosztów osiągniętych w wysokości 233.396,3 tys. zł

⁶⁰ Koszty zaplanowane w wysokości 223.684,0 tys. zł w stosunku do kosztów osiągniętych w wysokości 228.031,6 tys. zł

⁶¹ Koszty zaplanowane w wysokości 264.868,2 tys. zł w stosunku do kosztów osiągniętych w wysokości 273.647,4 tys. zł

⁶² 221.152 tys. zł.

⁶³ 201.702,1 tys. zł.

⁶⁴ 232.053,4 tys. zł.

⁶⁵ 219.293,9 tys. zł.

⁶⁶ 223.684, 1 tys. zł.

⁶⁷ 199.229,6 tys. zł.

⁶⁸ 264.868,2 tys. zł.

⁶⁹ 230.065,8 tys. zł.

⁷⁰ Ogółem wykonano przychody: w 2021 r. 219.912,2 tys. zł, w 2022 r. – 185.939,6 tys. zł (spadek o 7,4% w stosunku do roku poprzedniego), w 2023 r. – 240.229,7 tys. zł (wzrost o 24,4% w stosunku do roku poprzedniego).

⁷¹ Przychody z NFZ wynosiły: w 2021 r. – 196.392,3 tys. zł (89,3%), w 2022 r. – 176.747,5 tys. zł (95,06%), w 2023 r. – 206.603,7 tys. zł (86,0%).

⁷² Przychody z Ministerstwa Zdrowia wynosiły: w 2021 r. – 6.088,5 tys. zł (2,77%); w 2022 r. – 7.929,2 tys. zł (4,26%), w 2023 r. – 9.620,0 tys. zł (4,0%)

⁷³ Przychody netto kształtowały się: w 2021 r. – 4.206,1 tys. zł (1,91%), w 2022 r. – 5.127,6 tys. zł (2,76%), w 2023 r. – 4.103,1 tys. zł (1,71%)..

(medycyna pracy)⁷⁴, stanowiące od 0,2% do 0,4%. Udział w strukturze przychodów pozostałych przychodów operacyjnych kształtował się od 4,2% do 6,8% (m.in.: amortyzacja rozliczana w czasie, dotacje)⁷⁵. W przychodach ogółem Szpitala wykazano również „przychody finansowe” stanowiące od 0,04% do 0,13% osiągniętych w tym okresie przychodów ogółem (odsetki).

Przychody wykazane w sprawozdaniach finansowych różniły się z wartościami wykazanymi w dokumentacji dotyczącej wykonania planu finansowego, a wynikało to z różnych terminów sporządzenia tych dokumentów, wykonanie planu finansowego sporządzone było zawsze do końca lutego, tak więc dane finansowe zawarte w tym dokumencie nie były jeszcze ostateczne.

Koszty ogółem Szpitala - w analogicznym okresie - uległy zwiększeniu i kształtowały się na poziomie 220.724,8 tys. zł w 2021 r., 222.639,4 tys. zł w 2022 r. (tj. wzrost o 7,7% w stosunku do roku poprzedniego) i 256.426,0 tys. zł w 2023 r. (tj. wzrost o 23,2% w stosunku do roku poprzedniego). W każdym z ww. okresów koszty przewyższały przychody, co prowadziło do ujemnego wyniku finansowego.

W strukturze kosztów Szpitala w układzie rodzajowym, najwyższą wartość przedstawiały koszty związane z wynagrodzeniami z tytułu umów o pracę⁷⁶ (kształtujące się od 113.829,2 tys. zł w 2021 r. do 125.330,1 tys. zł w 2023 r.), koszty usług obcych – medycznych⁷⁷ (wynoszących od 28.139,0 tys. zł w 2021 r. do 35.124,4 tys. zł w 2023 r.) oraz zużycie materiałów medycznych⁷⁸ (koszt ten kształtował się na poziomie od 31.124,9 tys. zł w 2021 r. do 31.599,6 tys. zł w 2023 r.).

(akta kontroli str.: 1761-1843; 1953-1961)

Analiza zestawienia wyników finansowych poszczególnych oddziałów, pracowni, poradni, wykazała, iż w 2021 r. najbardziej deficytową komórką organizacyjną był Szpitalny Oddział Ratunkowy (rozliczany w ramach ryczału dobowego), którego wynik finansowy wyniósł minus 3.426,3 tys. zł. Odpowiednio na koniec 2022 r. najbardziej deficytowymi komórkami Szpitala był Szpitalny Oddział Ratunkowy ze stratą w wysokości 9.146,7 tys. zł oraz Oddział Ginekologiczno-Położniczy i Terapii Endoskopowej – strata w wysokości 4.100,9 tys. zł. Na koniec 2023 r. komórki te osiągnęły wynik finansowy w kwotach odpowiednio: minus 7.360,7 tys. zł oraz minus 3.704,2 tys. zł. „Dochodowe” komórki organizacyjne Szpitala w 2021 r., to: Oddział Medycyny Nuklearnej i Endokrynologii (dalej: OMNiE), który osiągnął wynik finansowy w wysokości 2.603,2 tys. zł oraz Oddział Neurologiczny z Pododdziałem Udarowym z wynikiem wynoszącym 839,5 tys. zł. W 2022 r. najlepszy wynik finansowy osiągnął OMNiE – 4.195,2 tys. zł oraz Oddział Intensywnej Terapii i Anestezjologii – 2.640,2 tys. zł, w 2023 r. oddziały te odpowiednio osiągnęły wynik finansowy w wysokości 7.375,9 tys. zł oraz 2.070,0 tys. zł.

(akta kontroli str.: 1957-1961)

2.5. Wartość należności krótkoterminowych z tytułu dostaw i usług w latach 2021-2023 rosła⁷⁹. Z ogólnej kwoty należności na koniec 2023 r., należności przeterminowane wynosiły 675,8 tys. zł i dotyczyły udzielonych usług medycznych. Biorąc pod uwagę strukturę wiekową należności przeterminowanych, 426,4 tys. zł stanowiło należności powyżej 12 miesięcy (2,17%), 48,9 tys. zł należności z okresu 181-365 dni (0,25%), a 128,7 tys. zł to należności do 15 dni (0,65%). W Szpitalu obowiązywała procedura windykacji należności⁸⁰, której celem było odzyskiwanie niezapłaconych w terminie należności cywilnoprawnych (zaległości) wynikających z wystawionych przez Szpital dokumentów sprzedaży. W stosunku do należności przeterminowanych prowadzone były przez służby księgowe Szpitala działania mające na celu wyegzekwowanie tych sum⁸¹. Na koniec 2023 r. Szpital miał złożone

⁷⁴ Wynoszące: w 2021 r. – 616,7 tys. zł (0,28%), w 2022 r. – 861,8 tys. zł (0,46%), w 2023 r. – 902,6 tys. zł (0,38).

⁷⁵ Osiągnięto je w kwotach: w 2021 r. – 12.484,5 tys. zł (5,68%), w 2022 r. – 7.743,7 tys. zł (4,16%), w 2023 r. – 16.317,4 tys. zł (6,79%)

⁷⁶ W strukturze kosztów udział wynosił w latach 2021-2023 odpowiednio: 51,57%, 50,06%, 48,88%.

⁷⁷ W strukturze kosztów udział w latach 2021-2023 wynosił odpowiednio: 12,75%, 13,17%, 13,70%.

⁷⁸ W strukturze kosztów udział w latach 2021-2023 wynosił odpowiednio: 14,1%, 13,56%, 12,32%.

⁷⁹ 2021 r. – 15.156,7 tys. zł; 2022 r. – 15.579,1 tys. zł; 2023 r. – 19.590,8 tys. zł.

⁸⁰ Procedura zatwierdzona przez Dyrektora Szpitala w dniu 30 listopada 2023 r.

⁸¹ Wysyłane były wezwania do zapłaty.

przedsądowe wezwania do zapłaty w stosunku do swoich dłużników na łączną kwotę 280,0 tys. zł. Poszczególne kwoty należności przeterminowanych kształtowały się od 9,80 zł (data wymagalności 20 czerwca 2022 r.) do 7.676 zł (data wymagalności 1 kwietnia 2022 r.).

Szpital obciążał wszystkich dłużników odsetkami za zwłokę w zapłacie należności, naliczanymi automatycznie w systemie księgowym na dzień bilansowy tak w części uregulowanej po terminie wymagalności jak i nieuregulowanej. Na dzień 31 grudnia 2023 r. naliczono ogółem 41,8 tys. zł tytułem należnych odsetek.

W okresie objętym kontrolą, dokonano odpisów aktualizujących należności, których termin płatności upłynął i przekroczył okres trzech lat. I tak, w trakcie sporządzania sprawozdań finansowych za 2021 r. umorzono kwotę ogółem 983,4 tys. zł, za 2022 r. umorzono kwotę 816,7 tys. zł, a za rok 2023 kwota umorzenia wyniosła 616,1 tys. zł (ostatnie odpisy aktualizacyjne dokonywane były na dzień bilansowy. Odpisy dot. należności za leczenie szpitalne pacjentów nieubezpieczonych oraz w zakresie kar umownych dokonywane były w momencie wystawienia obciążenia).

(akta kontroli str.: 2495-2734)

2.6. Należności Szpitala to przede wszystkim środki NFZ przekazywane na podstawową działalność zgodnie z zawartymi umowami, jak również należności pozostałe dotyczące odpłatnie wykonanych świadczeń medycznych i usług niemedykalnych (np. najem lokali). WSS w Zgierzu nie ustalał zależności, w jakim stopniu osiągnięta strata jest następstwem nałożenia na niego obowiązków na podstawie przepisów prawa powszechnie obowiązującego.

Jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala: „W 2023 r. Szpital dokonywał analizy rozliczeniowej między innymi okresu covidowego, dlatego też występował do NFZ z prośbą o odblokowanie umów na leczenie szpitalne realizowane w roku 2021 na rzecz pacjentów COVID, w celu dokonania korekt rozliczeniowych umożliwiających rozliczenie świadczeń według wyższej punktacji (Szpital pełnił funkcję podmiotu jednoimiennego). Dodatkowo występowaliśmy z wnioskiem do NFZ o zapłatę nadwykonań na ryczałcie za rok 2023. Widzimy duże zapotrzebowanie w zakresie leczenia zachowawczego, stąd chęć podjęcia rozmów w zakresie zwiększenia przyznanych limitów”.

(akta kontroli str.: 2853-2862, 2920-2930)

2.7. Stan zobowiązań na koniec każdego roku z okresu objętego kontrolą kształtował się następująco:

- 2021 r. – 109.007,4 tys. zł, tj. wzrost o 13,3% w stosunku do roku poprzedniego (96.189,5 tys. zł w 2020 r.), w tym: zobowiązania długoterminowe 29.189,1 tys. zł (kredyty i pożyczki), zobowiązania krótkoterminowe 79.818,3 tys. zł. Rozliczenia międzyokresowe długoterminowe 34.125,2 tys. zł;
- 2022 r. – 127.577,4 tys. zł, tj. wzrost o 17% w stosunku do roku poprzedniego, w tym zobowiązania długoterminowe 50.438,0 tys. zł (kredyty i pożyczki), zobowiązania krótkoterminowe 77.139,4 tys. zł. Rozliczenia międzyokresowe długoterminowe 35.768,7 tys. zł;
- 2023 r. – 134.813,5 tys. zł, wzrost o 5,7% w stosunku do roku poprzedniego, w tym zobowiązania długoterminowe 45.991,1 tys. zł (kredyty i pożyczki), zobowiązania krótkoterminowe 88.882,4 tys. zł. Rozliczenia międzyokresowe długoterminowe 41.532,0 tys. zł.

Według danych bilansowych z lat 2021-2023, w kwocie dotyczącej zobowiązań krótkoterminowych znaczącą pozycję zajmowały zobowiązania: wobec pozostałych jednostek (wynoszące odpowiednio: 79.806,4 tys. zł, 77.139,4 tys. zł i 88.743,1 tys. zł), z tytułu kredytów i pożyczek (wynoszące odpowiednio: 5.403,8 tys. zł, 6.737,1 tys. zł i 6.436,6 tys. zł) oraz z tytułu dostaw i usług (kształtujące się odpowiednio na poziomie: 57.383,9 tys. zł, 46.672,6 tys. zł i 59.276,2 tys. zł).

Wśród zobowiązań wymagalnych – na koniec 2023 r., największą wartość stanowiły zobowiązania wynikające z opóźnień w płatności wynoszące od 91 do 180 dni (11.316,6 tys. zł). Zobowiązania wymagalne dotyczyły 202 kontrahentów (dostawców

leków, odczynników do badań, materiałów i sprzętu medycznego oraz dostawców opatrunków czy sprzętu ochronnego, jak również firmy świadczącej usługi ochrony nieruchomości), a kwoty sald poszczególnych kont analitycznych konta 201 i 212 wahały się od 0,08 zł do 8.368,3 tys. zł. Szpital zawarł z 52 kontrahentami porozumienia i ugody w sprawie spłaty swoich zobowiązań na łączną kwotę 20.494,8 tys. zł⁸².

W związku z nieterminową realizacją zobowiązań za dostawy oraz usługi, Szpital obciążony został odsetkami za zwłokę w łącznej wysokości 6.937,7 tys. zł, w tym w 2021 r. w kwocie ogółem 1.100,3 tys. zł, w 2022 r. w kwocie 1.384,3 tys. zł i w 2023 r. w kwocie 4.453,1 tys. zł. (Szczegółowy opis znajduje się w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*). Odsetki zapłacono m.in. kontrahentom za wykonane usługi (usługi serwisowe) oraz dostawcom leków i odczynników.

W okresie objętym kontrolą, nie wystąpiły przypadki, wstrzymania dostaw zamówień ze względu na nieterminową płatność zobowiązań.

Szpital nie zaciągał zobowiązań finansowych w instytucjach finansujących ani parabankach. Nie występowały również przypadki przekształcania zobowiązań wymagalnych w zobowiązania długoterminowe.

(akta kontroli str.: 2183-2494; 2917-2918; 2931)

2.8. W związku z tym, że w sprawozdaniu finansowym za 2021 r., Szpital wykazał stratę przewyższającą amortyzację o kwotę 8.712,3 tys. zł, (w sprawozdaniu finansowym za 2022 r., Szpital wykazał stratę przewyższającą amortyzację o kwotę 37.186,9 tys. zł) zgodnie z art. 59 ust. 4 udl, sporządzony został program naprawczy na lata 2022-2024, który w dniu 18 września 2023 r. został zatwierdzony uchwałą nr 812/23 Zarządu Województwa Łódzkiego.

Proponowane przez Szpital działania naprawcze dotyczyły obszarów:

- przychodów, polegające m.in. na zwiększeniu realizacji świadczeń nielimitowanych oraz realizowanych w ramach ryczałtu tj. poprzez kwartalne wnioskowanie o zapłatę nadwykonań, zwiększenie przychodów poprzez rozszerzenie działalności medycznej (poradnia geriatryczna i poradnia leczenia bólu), zwiększenie ilości świadczonych usług (pozyskanie nowego tomografu komputerowego), świadczenie transportu medycznego bez udziału firm zewnętrznych (zakup nowych karettek), rozszerzenie działalności medycznej (przejęcie stacji dializ i kardiologii interwencyjnej oraz pozyskanie kontraktu NFZ na prowadzenie oddziału opieki długoterminowej),
- optymalizacji kosztów, które nakierowane były m.in. na: reorganizację Działu Organizacyjno-Prawnego, zmniejszenie kosztów wynagrodzeń na Oddziale Okulistycznym (rezygnacja z dyżurów ostrych), ograniczenie liczby nadgodzin, zwiększenie monitoringu medycznych zużyć materiałowych na oddziałach szpitalnych.

Przewidywano, iż wdrożenie programu naprawczego skutkować będzie przewidywanym wynikiem finansowym na koniec każdego roku wynoszącym:

- za 2022 r. – minus 42.509,1 tys. zł,
- za 2023 r. – minus 32.666,3 tys. zł,
- za 2024 r. – minus 31.427,4 tys. zł

oraz spłatą zadłużenia z tytułu zaciągniętych kredytów/pożyczek w kwocie 3.142,5 tys. zł. Program ten w dniu 12 marca 2024 r.⁸³ został zaktualizowany z uwzględnieniem prognoz na lata 2023-2025⁸⁴. Wcześniej Szpital przedłożył do Urzędu Marszałkowskiego Plan restrukturyzacji zawierający prognozy finansowe na lata 2022-2043⁸⁵.

⁸² Porozumienia i układy ratalne wg stanu na dzień 31.12.2023 r.

⁸³ Uchwała Zarządu Województwa Łódzkiego nr 301/2024 zmieniająca Program Naprawczy WSS im. Marii Skłodowskiej-Curie w Zgierzu.

⁸⁴ Zakładany wynik finansowy Szpitala w 2024 (-) 32.360,2 tys. zł; w 2025 (-) 27.490,6 tys. zł.

⁸⁵ Złożony do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego w dniu 12.08.2022 r.

Zarząd Województwa Łódzkiego na mocy uchwały⁸⁶ z dnia 12 marca 2024 r. zatwierdził aktualizację Programu Naprawczego WSS w Zgierzu z uwzględnieniem prognozy na lata 2023-2025. Aktualizacja zakładała wynik finansowy na koniec każdego roku wynoszący:

- za rok 2022 – minus 42.509,1 tys. zł,
- za rok 2023 – minus 35.002,3 tys. zł,
- za rok 2024 – minus 32.360, 2 tys. zł,
- za rok 2025 – minus 27.490,6 tys. zł.

Zaplanowany w Programie Naprawczym rachunek zysków i strat Szpitala zakłada coroczny wzrost przychodów poprzez m.in.: przejęcie kontraktu NFZ w zakresie Kardiologii Interwencyjnej, zwiększenie realizacji świadczeń nielimitowanych oraz tych wykonywanych w ramach ryczału. Zaplanowano występowanie do NFZ o zapłatę całości zaplanowanych na kolejne lata nadwykonań. Szpital wykazał również podstawowe ryzyka związane z realizacją Programu Naprawczego polegające m.in. na podwyżkach wynagrodzeń personelu medycznego czy trwających postępowaniach sądowych, które generują wysokie koszty. Szpital wskazał również, że realizacja planu zależy od pozyskania finansowania zewnętrznego na zaplanowane inwestycje. Brak płynności finansowej Szpitala do regulowania zadłużenia powoduje, że wszystkie zaplanowane inwestycje nie są możliwe bez udziału wsparcia finansowego ze strony Zarządu Województwa Łódzkiego oraz innych środków zewnętrznych pozyskiwanych z Ministerstwa Zdrowia czy Unii Europejskiej.

Analiza realizacji programów naprawczych odbyła się w raz w 2022 r.⁸⁷ oraz czterokrotnie w 2023 r.⁸⁸. Sprawozdania z podjętych przez Szpital działań i osiągniętych efektów były przysyłane do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego.

(akta kontroli str.: 1419-1600; 1983-2094)

2.9. W latach 2021-2023 Szpital osiągnął:

- ujemne wskaźniki zyskowności⁸⁹, wskazujące na brak zdolności do generowania zysków;
- obniżające się wskaźniki płynności⁹⁰ powodujące zwiększenie ryzyka utraty zdolności do terminowego regulowania zobowiązań;
- wskaźnik rotacji należności (w dniach) wynoszący odpowiednio: 26; 28 oraz 31dni. Okres spłaty należności wydłuża się w kolejnych latach co może świadczyć o trudnościach ze ściągalnością należności, a tym samym o obniżeniu zdolności do terminowego regulowania zobowiązań;
- wskaźnik rotacji zobowiązań (w dniach) na poziomie: w 2021 roku 88 dni, w 2022 roku 100 dni i 98 dni w 2023, świadczący o trudnościach w regulowaniu bieżących zobowiązań;
- wysoki wskaźnik zadłużenia aktywów (147% w 2021 r.; 183% w 2022 r. oraz 160% w 2023 r.), który może podważyć wiarygodność finansową Szpitala;
- ujemne wskaźniki wypłacalności (kształtujące się na poziomie -1,47% w 2021 r. – 1,32% w 2022 i – 1,37% w 2023 r.), świadczące o prawdopodobnej utracie zdolności do regulowania zobowiązań.

(akta kontroli str.: 1761-1831; 1953-1961)

⁸⁶ Uchwała nr 301/24.

⁸⁷ Podjęte działania naprawcze i osiągnięte efekty według stanu na 30.09.2022 r.

⁸⁸ Podjęte działania naprawcze i osiągnięte efekty - ocena realizacji planu restrukturyzacji za lata 2022-2025 według stanu za I, II, III i IV kwartał 2023 r.

⁸⁹ Wskaźnik zyskowności netto – odpowiednio (-) 6,26%; (-) 21,42%; (-) 14,32% wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej odpowiednio: (-) 4,48%; (-) 19,63%; (-) 9,61 % wskaźnik zyskowności aktywów – odpowiednio: (-) 15,56%; (-) 50,67%; (-) 34,9%

⁹⁰ Wskaźnik bieżącej płynności wynoszący odpowiednio: 0,31; 0,32; 0,24 oraz wskaźnik szybkiej płynności wynoszący odpowiednio: 0,2; 0,19 oraz 0,21.

2.10. Stosownie do art. 53a ust. 1 udl, Dyrektor Szpitala sporządził i terminowo przekazał raporty ekonomiczno-finansowe WSS w Zgierzu za 2021 r., oraz za 2022 r. Ww. raporty zostały udostępnione w Biuletynie Informacji Publicznej Szpitala.

(akta kontroli str.: 1962-1982)

2.11. Szpital w latach 2021-2023 podejmował skuteczne działania mające na celu osiągnięcie dodatkowych przychodów z tytułu gospodarowania majątkiem. W okresie objętym badaniem uzyskał przychody z tytułu wynajmu oraz dzierżawy na podstawie zawartych 43 umów z podmiotami zewnętrznymi. Przedmiotem umów był najem lub dzierżawa: powierzchni dachu (cztery umowy na zainstalowanie anten i urządzeń telekomunikacyjnych), pomieszczeń (10 umów związanych m.in. z prowadzeniem działalności leczniczej oraz apteki), ciągów komunikacyjnych (16 umów na ustawienie automatów do dystrybucji posiłków i odzieży ochronnej), gruntów (dwie umowy na działalność piekarni, jedna umowa na miejsca parkingowe korporacji taxi i jedna dla prowadzonej działalności leczniczej), powierzchni Szpitala (osiem umów na odbiór produktów cateringowych i organizację kiermaszu) wynajem miejsca na ogrodzeniu Szpitala pod działalność reklamową (jedna umowa). Umowy zawierane były na okres od kilku dni do 12 lat⁹¹. Ponadto Szpital zawarł umowy z osobami fizycznymi i firmami na udostępnienie miejsc parkingowych na terenie Szpitala⁹². Dodatkowo Szpital osiągał przychody z opłat za parkowanie pracowników, jednorazowych wjazdów pacjentów oraz kontrahentów⁹³. W latach 2021-2023 Szpital uzyskał ogółem 4.549,0 tys. zł, tytułem zawartych ww. umów.

W latach 2021-2023 nie wystąpiły przypadki zbycia oraz użyczenia aktywów trwałych Szpitala innym podmiotom.

Analiza dokumentacji dwóch umów najmu i czterech umów dzierżawy wykazała, iż Szpital zawierając umowy stosował zasady określone przez Samorząd Województwa Łódzkiego⁹⁴. Dyrektor w jednym z analizowanych przypadków oddania w dzierżawę nieruchomości, której powierzchnia przekraczała 100 m² zgodnie z § 28 ww. uchwały wystąpił⁹⁵ o wyrażenie zgody na podpisanie umowy do Zarządu Województwa Łódzkiego⁹⁶. W okresie objętym kontrolą NIK, najemcy terminowo dokonywali płatności.

(akta kontroli str.: 1278-1417; 2161-2182)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

Dyrektor Szpitala, w okresie objętym kontrolą nie regulował płatności za dostawy oraz usługi w terminach ich wymagalności. Brak zapłaty w terminie spowodował konieczność zapłaty przez Szpital odsetek za przekroczenie terminu płatności w kwocie ogółem 6.937,7 tys. zł. (w tym: 1.100,3 tys. zł w 2021 r.; 1.384,3 tys. zł w 2022 r. i 4.453,1 tys. zł w 2023 r.). Powyższe działania było niezgodne z art. 44 ust. 3 pkt 3 ustawy o finansach publicznych, zgodnie z którym wydatki publiczne powinny być dokonywane w wysokości i terminach wynikających z wcześniej zaciągniętych zobowiązań.

(akta kontroli str.: 2183-2494; 2917-2918; 2931)

Jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala: „Odsetki uregulowane przez Szpital wynikają przede wszystkim z wytoczonych postępowań sądowych oraz zapadłych wyroków. Brak zapłaty zasądzonych przez Sąd odsetek skutkowałby skierowaniem sprawy do

⁹¹ Dotyczy umów zawartych na instalację urządzeń telekomunikacyjnych.

⁹² Szpital w 2021 r. zawarł 16 umów na parkowanie całonocowe, w 2022 r. – 15 umów, oraz w 2023 r. – 18 umów.

⁹³ Ogółem kwota osiągniętego z tego tytułu przychodu wyniosła odpowiednio w 2021 r. – 149,3 tys. zł; w 2022 r. – 205,7 tys. zł oraz w 2023 r. – 345,5 tys. zł.

⁹⁴ Wprowadzonych uchwałą Sejmiku Województwa Łódzkiego w sprawie określenia zasad gospodarowania nieruchomościami przez wojewódzkie osoby prawne oraz wojewódzkie samorządowe jednostki oraz wojewódzkie samorządowe jednostki organizacyjne. (nr XI/243/07 z dnia 10 lipca 2007 r. zmienionej uchwałą nr XLII/1140/09 z dnia 16 czerwca 2009 r.)

⁹⁵ Wniosek Dyrektora Szpitala z dnia 25 maja 2009 r.

⁹⁶ Zarząd Województwa Łódzkiego uchwałą nr 1028/09 z dnia 1 lipca 2009 r. wyraził zgodę na zawarcie przedmiotowej umowy dzierżawy.

egzekucji komorniczej i w efekcie obciążeniem Szpitala dodatkowymi kosztami egzekucyjnymi i dalszym pogorszeniem sytuacji ekonomicznej. Odsetki zapłacone z not odsetkowych natomiast regulowane są wyłącznie w przypadku zagrożenia postępowaniami sądowymi, by nie doprowadzić do powstania dodatkowych kosztów związanych z windykacją. W celu ograniczenia kosztów odsetek Szpital zawiera porozumienia na ratalne spłaty zobowiązań, w których wierzyciel dokonuje umorzeń odsetkowych lub odstępuje od egzekwowania ich w całości. Dodatkowo informujemy, że każdorazowo po otrzymaniu not odsetkowych Szpital występuje korespondencyjnie do wierzycieli z informacją o trudnej sytuacji finansowej i wnosi o umorzenie odsetek. Nieterminowa spłata posiadanych zobowiązań wynika z braku płynności finansowej oraz posiadania zobowiązań historycznych, generujących dodatkowe koszty dochodzenia zadłużenia. Jednocześnie bieżące wpływy od głównego płatnika, jakim jest NFZ nie są na wystarczającym poziomie, aby pokryć koszty działalności podstawowej. Rosnące zadłużenie jest konsekwencją wzrostu cen spowodowanych wysokimi poziomami inflacji, przede wszystkim w zakresie usług i energii. Wysoki poziom WIBOR oraz stóp odsetkowych także wpłynął na sytuację Szpitala powodując wzrost rat kredytów i pożyczek. (...)"

(akta kontroli str.: 2929-2930)

OCENA CZĄSTKOWA

Generowana od kilku lat strata netto spowodowała obniżenie kapitałów WSS w Zgierzu, jak również miała znaczący wpływ na utrzymanie płynności finansowej, zaś podejmowane działania mające na celu zwiększenie przychodów oraz zmniejszenie kosztów – w oparciu o opracowane programy naprawcze - nie wpłynęły na zabezpieczenie bieżącej zdolności do regulowania wymagalnych zobowiązań. W efekcie Szpital ponosił dodatkowe koszty w postaci odsetek za zwłokę w regulowaniu zobowiązań. Szpital posiadał aktualną politykę rachunkowości opracowaną zgodnie z wymogami wynikającymi z ustawy o rachunkowości. W dokumencie tym uwzględnił zalecenia dotyczące standardu rachunków kosztów. Plany finansowe Szpitala sporządzone zostały rzetelnie i zawierały wszystkie wymagane elementy, zaś termin ich opracowania pozwalał na prawidłowe prowadzenie gospodarki finansowej. Plany te były na bieżąco aktualizowane. Terminowo sporządzone przez Dyrektora Szpitala raporty ekonomiczno-finansowe za poszczególne lata z okresu objętego kontrolą, zostały udostępnione w Biuletynie Informacji Publicznej. Szpital zawierał umowy najmu lub dzierżawy z zachowaniem zasad określonych przez podmiot tworzący.

IV. Uwagi i wnioski

Przedstawiając powyższe oceny wynikające z ustaleń kontroli, w związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, wnosi o:

- 1) Aktualizację Regulaminu organizacyjnego w zakresie funkcjonujących w Szpitalu jednostek organizacyjnych oraz zgłoszenie zmian w tym zakresie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
- 2) Uzupełnienie tablic informacyjnych dla pacjentów oraz oznaczeń dla osób niepełnosprawnych.
- 3) Zapewnienie pełnej funkcjonalności strony internetowej Szpitala, głównie w zakresie dokonywania e-rejestracji przez pacjentów.
- 4) Podjęcie działań mających na celu rzetelne prowadzenia kolejek oczekujących i harmonogramów przyjęć.
- 5) Podjęcie działań mających na celu zapewnienie rzetelnego i zgodnego ze stanem faktycznym prowadzenia Portalu Potencjału i harmonogramów pracy personelu.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

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

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

Łódź, 18 czerwiec 2024 r.

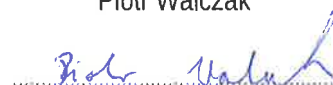
Kontroler
Marek Tarnawski
Doradca techniczny


podpis

Kontroler
Dominik Gołacki
Główny specjalista k.p.


podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Łodzi
p.o. Dyrektora
Piotr Walczak


podpis

