



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Gdańsku

LGD.410.4.1.2024

Pan
Jacek Bielan
Dyrektor Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie
Chorych im. Stanisława Kryzana
w Starogardzie Gdańskim

Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych
im. Stanisława Kryzana
w Starogardzie Gdańskim
ul. Skarszewska 7
83-200 Starogard Gdański

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/24/044 – Funkcjonowanie szpitali wojewódzkich

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Starogardzie Gdańskim, ul. Skarszewska 7, 82-300 Starogard Gdański (dalej: „Szpital”).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Jacek Bielan, Dyrektor Szpitala od 8 marca 2011 r. (dalej: „Dyrektor”). (akta kontroli str. 555-556)
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 i po tym okresie, jeśli zdarzenia mające wówczas miejsce miały wpływ na okres objęty kontrolą.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Gdańsku
Kontrolerzy	1. Alicja Szczepaniak, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr LGD/62/2024 z 2 kwietnia 2024 r. 2. Agnieszka Zamorska, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LGD/60/2024 z 28 marca 2024 r. (akta kontroli str. 1-2a)

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Dyrektor w latach 2021-2023 podejmował działania w celu prawidłowej i rzetelnej organizacji oraz realizacji świadczeń zdrowotnych w Szpitalu. Wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą³ był aktualny. W Regulaminie organizacyjnym⁴ Szpitala określono wszystkie obligatoryjne elementy, a komórki organizacyjne wymienione w tym dokumencie faktycznie funkcjonowały. Jednostki/komórki wymienione w rejestrze były zgodne z danymi wynikającymi z Regulaminu organizacyjnego. Zasady obowiązujące przy rejestracji pacjentów były przejrzyste, obiektywne i oparte na kryteriach medycznych. Na stronie internetowej Szpitala opublikowano informacje istotne dla pacjentów. Jednak nie umożliwiono pacjentom w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w oddziałach szpitalnych: umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia, do czego zobowiązywał art. 23 a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁵ (dalej: „ustawa o świadczeniach”). Pacjentom z reguły udzielano informacji zgodnie z Ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki

¹ Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

² Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

³ Wg stanu na dzień rozpoczęcia czynności kontrolnych w Szpitalu tj. w dniu 3 kwietnia 2024 r.

⁴ Stanowiącym załącznik nr 1 do Zarządzenia nr 36/2019 Dyrektora Szpitala z dnia 4 grudnia 2019 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu Regulamin Organizacyjnego Szpitala, zmieniony Zarządzeniami o nr: 17/2021 z dnia 4 maja 2021 r., 35/2022 z dnia 13 września 2022 r., 40/2022 z dnia 3 października 2022 r. i 19/2024 z dnia 10 maja 2024 r.

⁵ Dz. U. z 2024 r., poz. 146.

zdrowotnej⁶ (dalej: „OWU”), a wskazane w komórkach organizacyjnych w wyniku oględzin braku informacji, Szpital uzupełnił w trakcie kontroli.

Kadrę zarządzającą Szpitala zatrudniono zgodnie z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁷ (dalej: „udl”). Personel medyczny, udzielający świadczeń w dwóch objętych szczegółowym badaniem największych komórkach organizacyjnych⁸, posiadał potwierdzone kwalifikacje, a liczba lekarzy była zgodna z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień⁹ (dalej: „rozporządzenie w sprawie świadczeń”). Wystąpiły braki personelu pielęgniarskiego na ww. oddziałach, w stosunku do norm określonych na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami¹⁰ (dalej: „rozporządzenie w sprawie norm zatrudnienia pielęgniarek”). Dyrektor podejmował jednak działania w celu jego uzupełnienia. W jednym z trzech miesięcy objętych badaniem (listopadzie 2023 r.) Szpital nie dokonał bieżącej aktualizacji danych o potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia (dalej: „NFZ”) na obu badanych oddziałach. Nie zapewnił także terminowych przeglądów 30% szczegółowo badanej aparatury medycznej, w tym bezpiecznego użytkowania jednego urządzenia. Ponadto dokumentacja wszystkich trzech objętych badaniem postępowań konkursowych na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz jedna z badanych umów zawarta w trybie bez przeprowadzania konkursu nie zawierały wymaganych elementów określonych w ustawie o świadczeniach i udl.

W latach 2021, 2022 i 2023, do czasu ustalenia przez Dyrektora Szpitala planu finansowego na dany rok¹¹, w Szpitalu będącym jednostką sektora finansów publicznych, ponoszono wydatki z naruszeniem art. 44 ust 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych¹² (dalej: „ufp”).

W 2021 r. jednostka odnotowywała ujemny wynik finansowy netto, jednak w kolejnych latach wygenerowała zysk. Przychody ogółem Szpitala rosły w stosunku do lat poprzednich (o 19,2% w 2022 r. i o 30,2% w 2023 r.) i w podobnym tempie wzrastały koszty ogółem jednostki (wzrost odpowiednio o: 19,5% i o 29,1%). Ponad 50% kosztów ogółem stanowiły wynagrodzenia. Należności Szpitala (stan na 31.12.2023 r.) w większości (93,7%) były nieprzeterminowane, natomiast wobec należności przeterminowanych jednostka podejmowała działania w celu ich odzyskania. Zobowiązania jednostki były w prawie 100% niewymagalne. Wobec jednego zobowiązania na kwotę 1,3 tys. zł uregulowanego po terminie, kontrahent nie naliczył jednostce odsetek.

Zasady rachunkowości obowiązujące w Szpitalu były na ogół zgodne z uregulowaniami wskazanymi w ustawie z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości¹³ (dalej: „ustawa o rachunkowości”). Jednak Polityka rachunkowości nie w pełni odpowiadała wymogom tej ustawy (m.in. brak opisu systemu informatycznego i zasad szacowania prawdopodobnych przyszłych rezerw).

W Szpitalu opracowano program naprawczy oraz podjęto działania w celu optymalizacji i restrukturyzacji działalności. Raporty o sytuacji

⁶ Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej Dz. U. z 2022 r. poz. 787, ze zm.

⁷ Dz. U. z 2022 r. poz. 633, ze zm.

⁸ Oddział psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu nr XXIV i oddział psychiatrii sądowej o podstawowym zabezpieczeniu nr XIII.

⁹ Dz. U. z 2019 r. poz. 1285, ze zm.

¹⁰ Dz. U. z 2012 r. poz. 1545, ze zm.

¹¹ Na dokumentach planistycznych nie wskazano dokładnej daty, a jedynie miesiąc: „kwiecień 2021 r.”, „kwiecień 2022 r.” i „kwiecień 2023 r.”

¹² Dz. U. z 2023 r., poz. 1270.

¹³ Dz. U. z 2023 r., poz. 120.

ekonomiczno-finansowej Szpitala terminowo sporządzano i publikowano na stronie podmiotowej BIP.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe¹⁴ kontrolowanej działalności

OBSZAR

Opis stanu faktycznego

1. Organizacja i realizacja świadczeń zdrowotnych

1.1. Szpital był wpisany do prowadzonego przez Wojewodę Pomorskiego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą¹⁵. Księga rejestrowa¹⁶ obejmowała 31 jednostek organizacyjnych Szpitala, z których jedna, tj. Oddział rehabilitacji psychiatrycznej¹⁷, rozpoczęła działalność w dniu 1 maja 2024 r.

W okresie objętym kontrolą Szpital złożył trzy wnioski o wpis zmian¹⁸ danych objętych rejestrem, po jednym w każdym roku objętym kontrolą¹⁹. Wszystkie zmiany ogłoszono, zgodnie z art. 107 ust. 1 udl, tj. w terminie 14 dni od dnia powstania.

(akta kontroli str. 7-47, 656-684)

Dane dotyczące komórek organizacyjnych zawarte w rejestrze były zgodne z Regulaminem organizacyjnym²⁰ Szpitala oraz stanem faktycznym. Oględziny potwierdziły, że przed wejściem do każdej jednostki i komórki organizacyjnej Szpitala znajdowały się oznaczenia tej jednostki (oddziału/pracowni/poradni/itp.). Każda medyczna komórka organizacyjna funkcjonowała w wydzielonym pomieszczeniu. Przed wejściem do każdej jednostki organizacyjnej Szpitala znajdowały się oznaczenia tej jednostki.

(akta kontroli str. 7-49, 574-653)

1.2. Obowiązujący w Szpitalu Regulamin organizacyjny zawierał elementy określone w art. 24 ust. 1 udl, m.in.: nazwę podmiotu, cele i zadania podmiotu, strukturę organizacyjną zakładu leczniczego, rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych, miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych, przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, organizację i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych zakładu leczniczego, warunki współdziałania z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania, sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi zakładu leczniczego.

(akta kontroli str. 574-653)

1.3. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu przeprowadzono konkursy na 17 stanowisk, o których mowa w art. 49 ust. 1 pkt 4 i 5 udl. W ich wyniku powierzono stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. pielęgniarstwa – naczelniej pielęgniarki oraz 16 pielęgniarkom oddziałowym.

Szczegółowe badanie trybu zatrudnienia pięciu²¹ pracowników na stanowiska, wymienione w art. 49 ust. 1 pkt 4 i 5 udl wykazało, że:

¹⁴ 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.

¹⁵ Księga rejestrowa Wojewody Pomorskiego Nr 000000011342, dostępna pod adresem elektronicznym: <https://rpwdl.ezdrowie.gov.pl/RPM/Search>.

¹⁶ Wg stanu na dzień rozpoczęcia czynności kontrolnych w Szpitalu tj. w dniu 3 kwietnia 2024 r., dalej: „rejestr”.

¹⁷ Ujęty w rejestrze w związku z postępowaniem w trybie konkursu ofert, który rozstrzygnięto w dniu 12 kwietnia 2024 r.

¹⁸ Dotyczących m.in.: zgłoszenia rozpoczęcia bądź zakończenia działalności komórek organizacyjnych, aktualizacji ich danych adresowych.

¹⁹ W dniach 19 kwietnia 2021 r., 12 kwietnia 2022 r. i 21 września 2023 r.

²⁰ Obowiązującym w dniu rozpoczęcia czynności kontrolnych w Szpitalu tj. w dniu 3 kwietnia 2024 r.

²¹ Na cztery stanowiska pielęgniarek oddziałowych o najkrótszym stażu oraz Zastępcy Dyrektora ds. pielęgniarstwa – naczelniej pielęgniarki.

- wszystkie konkursy na ww. stanowiska przeprowadziły komisje konkursowe powołane terminowo oraz w wymaganym składzie przez Dyrektora Szpitala, co było zgodne z § 3 ust. 1 i 2 oraz § 10 pkt 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą²² (dalej: „rozporządzenie w sprawie przeprowadzania konkursu”);
- w ramach każdego postępowania konkursowego opracowano i przyjęto regulaminy konkursów i projekty ogłoszeń o konkursie, czym spełniono wymogi określone w § 4 ust. 1 pkt 1 i 2 rozporządzenia w sprawie przeprowadzania konkursu;
- wszystkie ogłoszenia o konkursie udostępniono terminowo na stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej (dalej: „BIP”) podmiotu tworzącego tj. Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego oraz BIP Szpitala, co było zgodne z § 4 ust. 1 pkt 3 i § 9 ust. 3 rozporządzenia w sprawie przeprowadzania konkursu;
- do każdego konkursu zgłosiło się co najmniej dwóch kandydatów, w związku z czym kandydatów na dane stanowisko wybrano w drodze tajnego głosowania, w pierwszym głosowaniu, bezwzględną większością głosów, czym zrealizowano wymogi określone w § 14 ust. 1 ww. rozporządzenia;
- w każdym przypadku komisje konkursowe sporządziły protokoły postępowania konkursowego, które zgodnie z § 15 ust. 1 ww. rozporządzenia, podpisali wszyscy członkowie komisji obecni na posiedzeniu;
- kandydatów biorących udział w ww. konkursach poinformowano pisemnie o ich wynikach w terminie określonym w § 15 ust. 3 ww. rozporządzenia.

(akta kontroli str. 693-715)

1.4. Według stanu na dzień rozpoczęcia kontroli²³ w Szpitalu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych udzielało 30 komórek/jednostek organizacyjnych, w tym: 17 oddziałów²⁴, pięć poradni²⁵, trzy²⁶ pracownie, dwa²⁷ zakłady opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne, zespół leczenia środowiskowego, izba przyjęć i apteka.

W latach 2021-2023 w Szpitalu zatrudniano²⁸ odpowiednio: 798 pracowników (w tym: 324 medycznych²⁹), 813 pracowników (w tym: 321 medycznych) i 833 pracowników (w tym: 330 medycznych).

Według stanu na 31 grudnia 2021 i 2022 r. Szpital dysponował 747 łózkami szpitalnymi, a według stanu na 31 grudnia 2023 r. 746 łózkami. Liczba pacjentów hospitalizowanych ogółem w latach 2021-2023 wyniosła odpowiednio: 3815³⁰, 3906³¹

²² Dz. U. z 2021 r., poz. 430.

²³ Tj. 3 kwietnia 2024 r.

²⁴ Leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych, leczenia zaburzeń nerwicowych i osobowości, leczenia uzależnień, terapii uzależnienia od alkoholu, dzienny psychiatryczny ogólny - Centrum zdrowia psychicznego, psychiatryczny ogólny nr VII, psychiatryczny ogólny nr IX - Centrum zdrowia psychicznego, psychiatryczny dla dzieci i młodzieży - ośrodek wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej - III poziom referencyjny, psychiatryczny ogólny nr XIX, psychiatryczny ogólny nr XVII, psychiatryczny dla przewlekle chorych nr XIV, psychiatrii sądowej o podstawowym zabezpieczeniu nr XIII i nr XV, psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu nr XXII i nr XXIV, psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla nieletnich nr XXIII, psychogeriatryczny.

²⁵ Zdrowia Psychicznego - CZP, stomatologiczna, medycyny pracy, psychologiczna dla dzieci i młodzieży - ośrodek środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży - I poziom referencyjny, zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży - CZP dla dzieci i młodzieży - II poziom referencyjny.

²⁶ Diagnostyki laboratoryjnej, diagnostyki obrazowej i elektroencefalograficzna.

²⁷ Nr XI i XVI.

²⁸ Na podstawie umów o pracę i umów cywilnoprawnych.

²⁹ O których mowa w Centralnym Wykazie Pracowników Medycznych.

³⁰ W tym 690 pacjentów według stanu na początek roku i 3125 pacjentów przyjętych w ciągu roku do Szpitala.

³¹ W tym 695 pacjentów według stanu na początek roku i 3211 pacjentów przyjętych w ciągu roku do Szpitala.

i 4093³². W ww. latach ambulatoryjnie leczono odpowiednio: 18 397, 22 563 i 28 903 pacjentów.

Wartość umów zawartych z NFZ wraz z aneksami w ww. latach wyniosła odpowiednio: 69 462,6 tys. zł, 91 621,6 tys. zł i 119 335,1 tys. zł.

Średnie wykorzystanie łóżek szpitalnych w pierwszych trzech kwartałach 2021, 2022 i 2023 r. wyniosło odpowiednio 94,6%, 93,8% i 96,4%.

Najniższy wskaźnik wykorzystania łóżek szpitalnych wystąpił w Oddziale leczenia zaburzeń nerwicowych i osobowości w pierwszych trzech kwartałach 2021 i 2023 r., a w Oddziale psychiatrycznym dla przewlekle chorych w pierwszych trzech kwartałach 2022 r. Najwyższy ww. wskaźnik wystąpił we wszystkich ww. okresach w Oddziale psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu Nr XXII.

(akta kontroli str. 716, 755-756)

1.5. Szpital udostępnił pacjentom na tablicach w każdej komórce organizacyjnej informacje określone w § 11 ust. 4 OWU dotyczące:

- imion i nazwisk osób kierujących pracą komórki organizacyjnej,
- numerów telefonów alarmowych (na Oddziale psychiatrii sądowej o podstawowym zabezpieczeniu nr XIII numery te znajdowały się w dyżurce);
- adresu i numeru telefonu właściwej miejscowo komórki do spraw skarg i wniosków NFZ;
- adresu i numeru telefonu właściwej komórki wskazanej przez Prezesa NFZ, w której świadczeniobiorca uzyska informację o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez innych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z NFZ, średnim czasie oczekiwania na dane świadczenie opieki zdrowotnej oraz o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia.

Na tablicach w komórkach medycznych świadczeniodawca nie umieścił natomiast informacji dotyczących:

- W 20 komórkach (poza: Poradnią zdrowia psychicznego – CZP, Pracownią elektroencefalograficzną, Poradnią zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży – CZP, Poradnią psychologiczną dla dzieci i młodzieży (Ośrodek), Izby przyjęć i Zespołem leczenia środowiskowego) zasad zapisów na porady i wizyty. Dyrektor wyjaśnił, że zasady zapisów na porady i wizyty umieszczone zostały w komórkach, które udzielają porad i wizyt.
- W jednej komórce (Pracownia elektroencefalograficzna) nt. trybu składania skarg i wniosków u świadczeniodawcy, a na Oddziale psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu nr XXIII znajdowała się uproszczona informacja, co szerzej opisano w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.
- W jednej komórce (Pracownia elektroencefalograficzna) nie wywieszono praw pacjenta – były one dostępne w rejestracji, co szerzej opisano w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.
- W 26 komórkach nie udostępniono zasad potwierdzania prawa do świadczeń. Dyrektor wyjaśnił, że Szpital nie umieścił informacji o zasadach potwierdzania świadczeń na tablicy, ponieważ pacjenci tej jednostki niezależnie od ubezpieczenia mają prawo do świadczeń (leczenie psychiatryczne i leczenie uzależnień). Ponadto każdy pacjent zgłaszający się do Szpitala jest wpisywany do systemu w celu tzw. Weryfikacji EWUŚ i jeżeli system pokaże brak ubezpieczenia to pacjent otrzymuje taką informację bezpośrednio od pracownika Izby Przyjęć lub rejestracji.

Dyrektor wyjaśnił, że Pacjenci przebywający w oddziałach Szpitala otrzymują od lekarza leczącego informację na temat możliwości kontynuacji leczenia

³² W tym 683 pacjentów według stanu na początek roku i 3410 pacjentów przyjętych w ciągu roku do Szpitala.

w Szpitalu po wypisie. Pacjent w czasie pobytu w oddziale nie umawiał się na wizytę w poradni.

- W 26 komórkach nie było adresu oraz numerów telefonów najbliższego miejsca, w którym są udzielane świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Dyrektor wyjaśnił, że Szpital udziela psychiatrycznych świadczeń całodobowo, nie kieruje pacjentów do ww. opieki, która nie zapewnia świadczeń z zakresu psychiatrii.
- W jednej komórce (Oddział psychiatrii sądowej o podstawowym zabezpieczeniu nr XIII) nie było numerów telefonów alarmowych, co szerzej opisano w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.
- W 20 komórkach nie było informacji o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia (informacja znajdowała się w: Pracowni elektroencefalograficznej, Zespole leczenia środowiskowego – CZP, Poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży– CZP i Poradni psychologicznej dla dzieci i młodzieży (Ośrodek), Poradni zdrowia psychicznego, Izbie przyjęć). Pacjent w oddziale całodobowym (jak wyjaśnił Dyrektor) otrzymuje informację od lekarza prowadzącego nt. możliwości kontynuowania leczenia w Szpitalu, już w czasie pobytu jest konsultowany i przenoszony na oddział.
- W 20 komórkach nie podano godziny i miejsca udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach świadczeń (podano w: Poradni zdrowia psychicznego – CZP, Poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży – CZP, Poradni psychologicznej dla dzieci i młodzieży (Ośrodek), Zespole leczenia środowiskowego – ZLŚ-CZP, pracowni RTG, Laboratorium pracowni elektroencefalograficznej).
W sprawie godzin i miejsca udzielania świadczeń Dyrektor wyjaśnił, że nie podano ich w komórkach udzielających świadczeń całodobowo.
- W 20 komórkach nie podano informacji nt. udogodnień dla osób niepełnosprawnych (informacja była w: Izbie przyjęć, Oddziale dziennym psychiatrycznym ogólnym – CZP, Oddziale psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży nr XII), w tym w trzech (Pracowni diagnostyki laboratoryjnej, Oddziale psychiatrycznym ogólnym nr XVII, Pracowni elektroencefalograficznej) przy czym faktycznie nie było udogodnień dla osób z niepełnosprawnościami ruchowymi. Szerszy opis w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

Na stronie internetowej Szpitala³³ opublikowano informacje o godzinach i miejscach udzielania świadczeń oraz wyodrębniono zakładkę o nazwie „Dla pacjentów”, w której zamieszczono wszystkie informacje istotne dla pacjentów m.in. takie jak: prawa i obowiązki pacjenta, informacje o udostępnianiu dokumentacji medycznej, przetwarzaniu danych osobowych, odwiedzinach, bibliotece, zajęciach rekreacyjnych, realizowanym³⁴ programie pilotażowym „Dobry posiłek w szpitalu”.

(akta kontroli str. 48-49)

1.6. W latach 2021-2023 do Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ ani do Rzecznika Praw Pacjenta nie wpłynęły skargi na działalność Szpitala w zakresie ustalania kolejności dostępu do świadczeń medycznych³⁵. Rzecznik Praw Pacjenta nie prowadził także w ww. okresie postępowań wyjaśniających wobec Szpitala³⁶.

³³ <https://kocborowo.pl>

³⁴ Od 14 listopada 2023 r. na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 września 2023 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie edukacji żywieniowej oraz poprawy jakości żywienia w szpitalach - „Dobry posiłek w szpitalu” (Dz.U. z 2023 r., poz. 2021), którego celem jest zwiększenie dostępności porad żywieniowych oraz wdrożenie optymalnego modelu żywienia świadczeniobiorców w szpitalach.

³⁵ Pismo o nr NFZ11-WOKiP.070.1.2024 z dnia 11 kwietnia 2024 r. oraz o nr RzPP-DPW-WPI.420.9.2024 z dnia 15 kwietnia 2024 r.

³⁶ W 2022 r. i 2023 r. na infolinię Rzecznika Praw Pacjenta wpłynęło natomiast po jednym zgłoszeniu dotyczącym

W latach 2021 i 2022 do Rzecznika Praw Pacjenta pełniącego funkcję na terenie Szpitala wpłynęły dwie skargi dotyczące odmowy przyjęć, których podstawą był stan zdrowia pacjenta. Ww. Rzecznik nie zidentyfikował nieprawidłowości w zakresie ustalania kolejności dostępu do świadczeń medycznych.

(akta kontroli str. 685-692)

Zasady obowiązujące przy rejestracji uregulowano w § 16 Regulaminu organizacyjnego oraz zamieszczono na stronie internetowej Szpitala.

Dyrektor wyjaśnił, że rejestracja pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego w Szpitalu odbywała się na bieżąco w przypadku:

- a) leczenia ambulatoryjnego przez zgłoszenia osobiste, telefoniczne lub za pośrednictwem osoby trzeciej w dniach i godzinach funkcjonowania komórek organizacyjnych oraz za pomocą rejestracji online³⁷ na stronie internetowej Szpitala³⁸;
- b) leczenia stacjonarnego – przez zgłoszenia osobiste lub telefoniczne w dniach i godzinach funkcjonowania komórek organizacyjnych.

Za prowadzenie list oczekujących oraz harmonogramów przyjęć odpowiadali wyznaczeni pracownicy właściwych komórek organizacyjnych Szpitala³⁹. Do dnia 6 listopada 2023 r. ww. listy prowadzono papierowo w oddziałach, a pracownicy działu metodyczno-organizacyjnego wprowadzali je do systemu elektronicznego⁴⁰ w celu przekazania zbiorczych informacji o osobach oczekujących pocztą elektroniczną do NFZ.

Wprowadzony w Szpitalu od dnia 6 listopada 2023 r. system CliniNET, umożliwił prowadzenie ww. list we wszystkich komórkach organizacyjnych Szpitala z wyłączeniem dwóch⁴¹ oddziałów, dla których listy oczekujących prowadzili pracownicy działu metodyczno-organizacyjnego na podstawie otrzymanej stosownej dokumentacji z sądu.

(akta kontroli str. 574-653, 757-759, 767-769)

W okresie objętym kontrolą umożliwiono świadczeniobiorcom w zakresie świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej⁴² umawianie się drogą elektroniczną na wizyty oraz monitorowanie statusu wizyty⁴³, do czego zobowiązywał art. 23 a ustawy o świadczeniach.

Dyrektor wyjaśnił, że obowiązek powiadamiania o terminie udzielenia ww. świadczenia realizowali pracownicy rejestracji poprzez wykonanie telefonu lub wysłanie sms do pacjentów zarejestrowanych osobiście, telefonicznie lub drogą elektroniczną. Od 6 maja 2024 r. planowano wdrożenie automatycznego systemu powiadamiania pacjentów o terminie udzielenia świadczenia, niezależnego

odpowiednio: kilkukrotnej zmiany terminu konsultacji przed przyjęciem do Szpitala oraz odmowy przyjęcia. W obu przypadkach zgłaszającemu przekazano informację o przysługujących prawach. W 2023 r. Rzecznik Praw Pacjenta otrzymał ponadto do wiadomości jedno pisemne zgłoszenie dotyczące odmowy przyspieszenia wykonania postanowienia sądu i udzielenia stosownych świadczeń zdrowotnych.

³⁷ Która po założeniu konta OSOZ (Ogólnopolski System Ochrony Zdrowia) umożliwiała monitorowanie statusu wizyty (świadczeniobiorca miał dostęp do informacji o wszystkich rezerwowanych wizytach kontrolnych NFZ potwierdzonych przez placówkę i anulowanych). Działanie funkcjonalności potwierdzono podczas oględzin.

³⁸ Do Poradni Zdrowia Psychicznego od 2018 r., do Poradni psychologicznej dla dzieci i młodzieży – ośrodka środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży - I poziom referencyjny od 2021 r., a do Poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży – Centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży – II poziom referencyjny od 2022 r.

³⁹ Pracownicy rejestracji, sekretarki medyczne, terapeuci oraz pracownicy działu metodyczno-organizacyjnego Szpitala.

⁴⁰ Program KS MEDIS i SOMED, Clininet.

⁴¹ Oddziału leczenia uzależnień nr V i Oddziału psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla nieletnich nr XXIII. O terminie przyjęcia powiadamiano sąd i pacjenta.

⁴² W poradniach: psychologicznej dla dzieci, zdrowia psychicznego oraz zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży.

⁴³ Dostęp do informacji o wszystkich rezerwowanych wizytach kontrolnych NFZ potwierdzonych przez placówkę i anulowanych po założeniu konta OSOZ (Ogólnopolski System Ochrony Zdrowia).

od sposobu rejestracji⁴⁴.

W latach 2021-2023 w Szpitalu nie umożliwiono pacjentom w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w oddziałach szpitalnych: umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielania świadczenia, co szerzej opisano w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str. 762-772)

Według stanu na dzień 31 grudnia: 2021, 2022 i 2023 r. liczba oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego sprawozdana do NFZ wyniosła odpowiednio: 184⁴⁵, 158⁴⁶ i 757⁴⁷ osób. Wśród oczekujących wystąpiły tylko przypadki stabilne.

Dyrektor wyjaśnił, że w sytuacji przypadków pilnych pacjentów przyjmowano na oddziały szpitalne. Decydował o tym lekarz dyżurny Izby Przyjęć, który w razie konieczności konsultował decyzję z innym lekarzem dyżurującym w Szpitalu lub Dyrektorem, Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa. Ponadto w związku z zawarciem umowy pilotażowej w zakresie Centrów Zdrowia Psychicznego dla mieszkańców powiatu starogardzkiego, od 1 listopada 2022 r. pacjentów z tego powiatu przyjmowano na bieżąco w Punkcie Zgłoszeniowo-Koordinacyjnym, czynnym od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 18.00, gdzie zapewniono niezwłoczny kontakt z psychiatrą.

Najdłuższy czas oczekiwania na udzielenie świadczeń według stanu na dzień 31 grudnia 2021, 2022 i 2023 r. wyniósł odpowiednio: 79⁴⁸, 161⁴⁹ i 256 dni⁵⁰. Według stanu na dzień 31 grudnia 2023 r. w stosunku do stanu na dzień 31 grudnia 2021 r. czas oczekiwania na świadczenie wydłużył się w czterech⁵¹ oddziałach szpitalnych.

Według stanu na dzień 31 grudnia 2023 r. w stosunku do stanu na dzień 31 grudnia 2021 r. zmniejszyła się liczba pacjentów oczekujących na świadczenia w trzech⁵² oddziałach szpitalnych. W tym samym okresie skrócił się czas oczekiwania na świadczenia udzielane w zakresie opieki ambulatoryjnej w dwóch⁵³ poradniach oraz w zakresie leczenia stacjonarnego w jednym oddziale szpitalnym⁵⁴.

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że w latach objętych kontrolą lekarz

⁴⁴ Działanie ww. systemu potwierdzono oględzinami.

⁴⁵ Oczekujących na leczenie stacjonarne m.in. do Oddziału leczenia uzależnień (82 osoby), Oddziału psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży Ośrodka wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej – III poziom referencyjny (40 osób) i Oddziału psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla nieletnich (31 osób).

⁴⁶ Oczekujących na leczenie stacjonarne m.in. do Oddziału leczenia uzależnień (54 osoby), Oddziału psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży - Ośrodka wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej – III poziom referencyjny (41 osób) i Oddziału psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla nieletnich (30 osób).

⁴⁷ Oczekujących na leczenie ambulatoryjne m.in. do Poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży – Centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży – II poziom referencyjny, w której rozpoczęto działalność w sierpniu 2022 r. (243 osoby), Poradni Zdrowia Psychicznego (235 osób) i Poradni psychologicznej dla dzieci i młodzieży - Ośrodka środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży – I poziom referencyjny (133 osób).

⁴⁸ W Oddziale leczenia uzależnień.

⁴⁹ W Oddziale psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży Ośrodka wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej – III poziom referencyjny.

⁵⁰ W Oddziale psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla nieletnich.

⁵¹ W Oddziale psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla nieletnich, Oddziale psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży Ośrodka wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej – III poziom referencyjny, Oddziale leczenia zaburzeń nerwicowych dla dorosłych i Oddziale terapii uzależnienia od alkoholu, odpowiednio z 25 do 256, z 66 do 140, z 40 do 125 i z 21 do 46.

⁵² W Oddziale psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży Ośrodka wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej – III poziom referencyjny, Oddziale psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla nieletnich i Oddziale leczenia uzależnień, odpowiednio z 40 do 28, z 31 do 6 i z 82 do 70.

⁵³ W Poradni psychologicznej dla dzieci i młodzieży - Ośrodka środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży – I poziom referencyjny i Poradni Zdrowia Psychicznego.

⁵⁴ Oddziale leczenia uzależnień.

w Szpitalu kwalifikował świadczeniobiorcę⁵⁵ do odpowiedniej kategorii medycznej, przed umieszczeniem na liście oczekujących. Było to zgodne z § 2 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej⁵⁶. Wskazał ponadto, że pacjentów, których stan zdrowia wymagał bezwzględnego przyjęcia tj. przypadki nagłe, pilne oraz stabilne w sytuacji wolnych miejsc, przyjmowano na bieżąco. W przypadku niedysponowania wolnymi łózkami, pacjentów niewymagających bezwzględnego przyjęcia informowano o innej jednostce, w której mogą uzyskać świadczenie lub o możliwości zapisania się w kolejce oczekujących.

(akta kontroli str. 760-761, 770-774)

Na podstawie list oczekujących prowadzonych⁵⁷ przez sekretarkę medyczną w Oddziale psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży nr XII – ośrodkiem wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej - III poziom referencyjny⁵⁸ ustalono, że zawierały one m.in.: dane pacjenta, rozpoznanie, przewidywany termin udzielenia świadczenia, datę i przyczynę skreślenia, informację o lekarzu kierującym, dostarczeniu skierowania i określonej kategorii medycznej.

Kierownik Oddziału XII wyjaśnił, że wpisów dokonywano po zgłoszeniu się przez pacjenta osobiście lub telefonicznie, a pacjent/opiekun prawny miał obowiązek potwierdzania telefonicznie chęci hospitalizacji co tydzień w środę. Pacjentów skreślano z listy oczekujących w przypadku braku dwukrotnego potwierdzenia telefonicznego chęci hospitalizacji, rezygnacji pacjenta lub gdy pacjent był aktualnie hospitalizowany w innym oddziale psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży.

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

(akta kontroli str. 775-830)

1.7. Badaniem objęto liczbę oraz kwalifikacje zawodowe personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych na dwóch oddziałach szpitalnych o największej liczbie łózek, w których udzielane są całodobowe świadczenia szpitalne tj. na oddziale psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu nr XXIV⁵⁹ i oddziale psychiatrii sądowej o podstawowym zabezpieczeniu nr XIII⁶⁰.

Stwierdzono, że na obu ww. oddziałach kwalifikacje personelu odpowiadały wymogom określonym w załączniku 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń.

⁵⁵ W sytuacji pacjentów, którzy zgłosili się osobiście do Szpitala.

⁵⁶ Dz. U. z 2005 r., Nr 200, poz. 1661.

⁵⁷ Papierowo w okresie objętym kontrolą tj. od 2021 r. do 6 listopada 2023 r., potem w systemie elektronicznym.

⁵⁸ Dalej: Oddział XII.

⁵⁹ 84 łóżka.

⁶⁰ 56 łózek.

W ww. oddziałach nie zapewniono jednak zatrudnienia pielęgniarek zgodnego z minimalnymi normami zatrudnienia ustalonymi na podstawie rozporządzenia w sprawie norm zatrudnienia pielęgniarek.

W Oddziale psychiatrii sądowej o podstawowym zabezpieczeniu nr XIII zatrudnienie pielęgniarek powinno wynosić w marcu 2021 r., sierpniu 2022 r. i listopadzie 2023 r. odpowiednio: 17,90 etatu, a wyniosło 13,05 etatu; 17,76 etatu, a wyniosło 13,52 etatu; 17,96 etatu, a wyniosło 13,89 etatu.

W oddziale psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu nr XXIV zatrudnienie pielęgniarek powinno wynosić w marcu 2021 r., sierpniu 2022 r. i listopadzie 2023 r. odpowiednio: 19,47 etatu, a faktyczne zatrudnienie pielęgniarek wyniosło 13,93 etatu; 17,97 etatu, a faktyczne zatrudnienie pielęgniarek wyniosło 13,15 etatu; 19,79 etatu, a faktyczne zatrudnienie pielęgniarek wyniosło 13,56 etatu.

Dyrektor wyjaśnił, że dokładał wszelkich starań, by uzupełnić braki personelu pielęgniarskiego. W tym celu o okresie objętym kontrolą zamieszczano dwukrotnie ogłoszenia o możliwości zatrudnienia⁶¹ oraz przeprowadzono 11⁶² konkursów na udzielanie świadczeń medycznych. Osobom chętnym do współpracy zapewniano m.in. elastyczność w zakresie formy pracy, wymiaru etatu, konkurencyjną stawkę wynagrodzenia z tytułu umowy kontraktowej.

Ustalono ponadto, że nie dokonano aktualizacji załącznika nr 2 harmonogram-zasoby do aneksu umowy nr 11/000015/PSY/18/23, obowiązującego w listopadzie 2023 r., w zakresie liczby osób zatrudnionych na obu ww. oddziałach, co szerzej opisano w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str. 831-998)

1.8. Badanie 10 sztuk aparatury medycznej⁶³ pod kątem dokonywania przeglądów technicznych w okresie objętym kontrolą wykazało, że:

- siedem przeglądów technicznych aparatury medycznej przeprowadzono w terminach zgodnych z zaleceniami autoryzowanych serwisów, co było zgodne z § 7 ust. 1 załącznika do OWU w związku z art. 63 ust. 3-6 ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych⁶⁴ (dalej: „ustawa o wyrobach medycznych”);
- trzy przeglądy techniczne wykonano z opóźnieniem, które w przypadku mobilnego defibrylatora z kardiometrem i systemu kompresji klatki piersiowej wyniosło 14⁶⁵ dni, a w odniesieniu do analizatora immunochemicznego Maglumi 600 - 22⁶⁶ dni, tj. niezgodnie z § 7 ust. 1 załącznika do OWU w związku z art. 63 ust. 3-6 ustawy o wyrobach medycznych.

Specjalista ds. zamówień publicznych oraz administracyjno-gospodarczych odpowiedzialny⁶⁷ za przestrzeganie wymaganych terminów okresowych przeglądów technicznych wyjaśnił, że w dniu 8 listopada 2023 r.⁶⁸ wysłał pocztą elektroniczną zamówienie wykonania przeglądu mobilnego defibrylatora z kardiometrem i systemu kompresji klatki piersiowej do autoryzowanego serwisu. Mimo telefonicznego potwierdzenia wykonania przeglądu, nie przeprowadzono go w wymaganym terminie, a dopiero w wyniku monitu przesłanego pocztą elektroniczną 15 grudnia 2023 r. Poinformował, że ww. urządzeń nie wykorzystywano przy udzielaniu świadczeń

⁶¹ Ostatnie z 22 września 2022 r. do dnia dzisiejszego.

⁶² W tym w latach 2021-2023 odpowiednio: pięć, cztery i dwa ogłoszenia.

⁶³ Kryterium doboru: najwyższa wartość księgową (początkowa) aparatury medycznej.

⁶⁴ Dz. U. z 2022 r. poz. 974 ze zm.

⁶⁵ Terminy przeglądów wyznaczono na dzień 6 grudnia 2023 r., a wykonano je w dniu 20 grudnia 2023 r.

⁶⁶ Termin przeglądu wyznaczono na dzień 21 grudnia 2023 r., a przeprowadzono go w dniu 12 stycznia 2024 r.

⁶⁷ Zgodnie z § 1 ust. 6 Zarządzenia Dyrektora Szpitala nr 17/2015 z dnia 27 lutego 2015 r. w sprawie ustalenia procedury ewidencji, kontroli i przeglądów okresowych sprzętu i aparatury medycznej znajdujących się w komórkach organizacyjnych Szpitala, dalej: Zarządzenie nr 17/2015.

⁶⁸ Tj. 28 dni przed datą zleconego przeglądu technicznego.

w okresie od 6 do 20 grudnia 2023 r. Ponadto wyjaśnił, że w dniu 16 listopada 2023 r. wysłano do dwóch firm zapytanie o ofertę na wykonanie przeglądu technicznego analizatora immunochemicznego Maglumi 600. Jedyna odpowiedź wpłynęła w dniu 28 listopada 2023 r. i tego samego dnia Kierownik Pracowni Diagnostyki Laboratoryjnej wysłała zlecenie wykonania. Mimo monitów telefonicznych przegląd techniczny wykonano w dniu 12 stycznia 2024 r.

Analizator immunochemiczny Maglumi 600 wykorzystywano przy udzielaniu świadczeń w okresie od 22 grudnia 2023 r. do 11 stycznia 2024 r., mimo braku aktualnego przeglądu technicznego, co szerzej opisano w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

Operatorów każdej z 10 sztuk aparatury medycznej wybranej do ww. badania przeszkolono w zakresie obsługi, co udokumentowano w protokołach.

(akta kontroli str. 1002-1070, 1076-1083)

1.9. W okresie objętym kontrolą Szpital udzielił 353 zamówień⁶⁹ na wykonywanie świadczeń zdrowotnych podmiotom prowadzącym działalność leczniczą lub osobom legitymującym się fachowymi kwalifikacjami do udzielania świadczeń zdrowotnych.

Badanie dokumentacji wybranych trzech⁷⁰ postępowań konkursowych zakończonych zawarciem umów wykazało m.in., że:

- szacowania przedmiotu zamówienia dokonano zgodnie z zasadami określonymi w art. 26 a udl;
- umowy zawarto na warunkach określonych w konkursach;
- treść umów odpowiadała wymogom określonym w art. 27 ust. 4 udl;
- w każdym postępowaniu do opisu przedmiotu zamówienia nie zastosowano nazw i kodów określonych we Wspólnym Słowniku Zamówień (CPV), a ogłoszenia o rozstrzygnięciu każdego konkursu ofert nie zawierały informacji o siedzibie albo miejscu zamieszkania i adresie świadczeniodawcy, który został wybrany, co szczegółowo opisano w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

Badanie trzech⁷¹ umów zawartych w trybie bez przeprowadzania konkursów wykazało, m.in., że:

- szacowania przedmiotu zamówienia dokonano zgodnie z zasadami określonymi w art. 26 a udl;
- treść dwóch umów odpowiadała wymogom określonym w art. 27 ust. 4 udl;
- jedna umowa⁷² nie zawierała zobowiązania przyjmującego zamówienie poddania się kontroli przeprowadzanej przez udzielającego zamówienia oraz do prowadzenia określonej sprawozdawczości statystycznej, co szerzej opisano w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str. 1301-1502)

Zgodnie z Regulaminem pracy⁷³ w okresie objętym kontrolą w Szpitalu obowiązywał trzymiesięczny okres rozliczeniowy czasu pracy na wszystkich stanowiskach. Pracownicy byli objęci podstawowym systemem czasu pracy, poza grupami zawodowymi m.in. takimi jak: pielęgniarki, sanitariusze, opiekunowie, salowi, które objęto systemem równoważnym czasu pracy.

⁶⁹ 334 w trybie konkursu i 19 bez konkursu, w zakresie m.in.: specjalistycznych usług psychiatrycznych, świadczeń zdrowotnych udzielanych przez ratowników medycznych i pielęgniarki, badań laboratoryjnych, opisów zdjęć RTG, diagnostyki obrazowej, konsultacji seksuologicznych, laryngologicznych, dermatologicznych, okulistycznych.

⁷⁰ Według najwyższej wartości umów o nr 2/M/21, 12/M/21 i 16/M/23, zawartych w wyniku odrębnie przeprowadzonych konkursów ofert.

⁷¹ Według najwyższej wartości zrealizowanych zamówień dotyczących umów o nr 5/2021, 60/M/21 i umowy z dnia 1 lutego 2022 r.

⁷² Z dnia 1 lutego 2022 r.

⁷³ Stanowiącym załącznik nr 1 do Zarządzenia Nr 42/2013 z dnia 10 września 2013 r. w sprawie ogłoszenia Regulaminu Pracy Szpitala ze zm.

Badanie czasu pracy 12⁷⁴ pracowników dwóch oddziałów szpitalnych psychiatrycznych ogólnych nr VII i XIX w okresie rozliczeniowym styczeń-marzec 2021 r. oraz kwiecień-czerwiec 2023 r., wykazało, że przestrzegano systemów i rozkładów czasu pracy określonych m.in. w § 46 regulaminu pracy oraz w załączniku nr 3 do ww. regulaminu - w przypadku pracowników na umowie o pracę oraz w umowach – w przypadku pracowników zatrudnionych na podstawie umów o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne.

(akta kontroli str. 1521-1633)

Nadzór nad wykonywaniem określonych w umowach świadczeń zdrowotnych sprawowali m.in. bezpośredni przełożeni tj. kierownicy oddziałów, pielęgniarki oddziałowe oraz Zastępca Dyrektora Szpitala w przypadku kierowników oddziałów.

Dyrektor wyjaśnił, że pracownicy kontraktowi składali co miesiąc sprawozdanie z godzin wykonanych świadczeń, które zatwierdzali przełożeni, Z-ca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa lub Dyrektor. Dodatkowo ww. pracownicy podlegali okresowej ocenie wykonywanej pracy, przeprowadzanej co dwa lata. Kryterium oceny była m.in. jakość wykonywanej pracy, postawa etyczna, poziom realizacji zadań wynikających z umowy ze Szpitalem.

(akta kontroli str. 1503-1514)

1.10. Szpital realizował w okresie objętym kontrolą świadczenia finansowane bezpośrednio przez pacjentów poza umową z NFZ, co uregulowano w § 3 ust. 3 pkt 1 Statutu⁷⁵ i § 14 i 46 Regulaminu organizacyjnego. Odpłatnych świadczeń zdrowotnych udzielano z tytułu badań w pracowniach diagnostyki laboratoryjnej, obrazowej, elektroencefalograficznej oraz poradni medycyny pracy, w których obowiązywały cenniki wprowadzone zarządzeniami⁷⁶ Dyrektora. W okresie objętym kontrolą Szpital osiągnął przychody z tytułu opłat za udzielone świadczenia zdrowotne w łącznej wysokości 195,9 tys. zł⁷⁷.

Badanie 12⁷⁸ faktur VAT na świadczenia udzielone odpłatnie pacjentom wykazało, że ceny świadczeń były zgodne z obowiązującymi w Szpitalu cennikami.

(akta kontroli str. 716, 557-653, 1084-1118)

1.11. Szpital był w latach 2021-2023 kontrolowany przez: Wojewódzką i Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną (44 kontrole), Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego (trzy kontrole), Sąd Rejonowy w Starogardzie Gdańskim (trzy kontrole), Konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży (jedna kontrola), Państwową Inspekcję Pracy (jedna kontrola), Konsultanta ds. farmacji szpitalnej (jedna kontrola), Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy (jedna kontrola).

Kontrole przeprowadzono głównie w zakresie prawidłowości: oceny warunków sanitarno-higienicznych, gospodarowania środkami publicznymi, przeprowadzania inwentaryzacji, udzielania zamówień publicznych, nawiązania stosunku pracy, zawierania umów cywilno-prawnych, udzielanych świadczeń zdrowotnych w oddziale psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla nieletnich nr XXII,

⁷⁴ Wybranych losowo po sześciu z 31 pracowników zatrudnionych w każdym z dwóch wybranych oddziałów szpitalnych, których pracownicy pełnili dyżury w innym oddziale tj. Izbie Przyjęć, w tym ośmiu objętych podstawowym systemem czasu pracy i czterech objętych równoważnym systemem pracy.

⁷⁵ Uchwała Sejmiku Województwa Pomorskiego z dnia 28 maja 2012 r. Nr 376/XIX/12 w sprawie nadania Statutu Szpitalowi dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. Stanisława Kryzana w Starogardzie Gdańskim ze zm.

⁷⁶ Nr 78/2018 z dnia 31 grudnia 2018 r., nr 14/2019 z dnia 12 kwietnia 2019 r., Nr 14/2020 z dnia 29 maja 2020 r., Nr 10/2021 r. z dnia 19 marca 2021 r., Nr 56/2021 z dnia 19 listopada 2021 r., Nr 2/2023 z dnia 30 stycznia 2023 r. i nr 33/2023 z dnia 24 października 2023 r.

⁷⁷ W tym 228,3 tys. zł z tytułu opłat za badania laboratoryjne (32 078 przypadków), 314,4 tys. zł z tytułu opłat za badania rentgenowskie (13 925 przypadków), 59,4 tys. zł z tytułu opłat za badania EEG (732 przypadki), 3,6 tys. zł z tytułu opłat za badania medycyny pracy (120 przypadków).

⁷⁸ Po jednej z każdego kwartału lat objętych kontrolą.

sprawowanej opieki medycznej, nadzoru nad pacjentami oraz przestrzegania praw pacjenta, w tym praw pacjenta psychiatrycznego.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły: nieprawidłowych warunków sanitarno-higienicznych⁷⁹, niezaktualizowania instrukcji inwentaryzacyjnej, braku staranności przy sporządzaniu dokumentów. Zalecenia w sprawie usunięcia nieprawidłowości wykonano lub otrzymano decyzję o przedłużeniu terminu ich realizacji. Właściwe organy poinformowano o sposobie realizacji ich zaleceń.

(akta kontroli str. 1119-1124)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W 20 komórkach (78% skontrolowanych) nie podano informacji nt. udogodnień dla osób niepełnosprawnych (informacja była: na Izbie przyjęć i Oddziale dziennym psychiatrycznym ogólnym – CZP, Oddziale psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży nr XII), w tym w trzech (Pracowni diagnostyki laboratoryjnej, Oddziale psychiatrycznym ogólnym nr XVII, Pracowni elektroencefalograficznej), a także faktycznie nie było udogodnień dla osób z niepełnosprawnościami ruchowymi.

Stanowiło to naruszenie § 11 ust. 1 OWU, zgodnie z którym świadczeniodawca jest obowiązany do podania do wiadomości świadczeniobiorców w miejscu udzielania świadczeń m.in. informacji na temat udogodnień dla osób niepełnosprawnych.

Za umieszczenie ww. informacji odpowiadali kierownicy poszczególnych komórek medycznych.

Dyrektor wyjaśnił, że informacja nt. udogodnień dla osób niepełnosprawnych znajduje się na stronie internetowej Szpitala oraz w Izbie przyjęć. Pacjent w chwili przyjęcia na oddział zostaje przez pielęgniarkę zapoznany z topografią oddziału.

W wyniku kontroli NIK uzupełniono powyższe informacje.

(akta kontroli str. 48-50 i 57-59)

2. Szpital nie umieścił wewnątrz budynków siedziby i jednostek organizacyjnych wszystkich informacji wynikających z § 11 ust. 4 OWU, tj.:

- trybu składania skarg i wniosków u świadczeniodawcy – w jednej komórce (Pracownia elektroencefalograficzna), a na Oddziale psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu nr XXIII znajdowała się uproszczona informacja,
- praw pacjenta – nie wywieszono w jednej komórce (Pracownia elektroencefalograficzna), były one dostępne w rejestracji,
- numerów telefonów alarmowych – nie zamieszczono w jednej komórce (Oddział psychiatrii sądowej o podstawowym zabezpieczeniu).

Za umieszczenie ww. informacji odpowiadali kierownicy poszczególnych komórek medycznych.

W wyniku kontroli NIK, po powzięciu przez Dyrektora informacji nt. ww. braków, uzupełniono powyższe informacje.

(akta kontroli str. 48-50, 57-59 i 468)

3. Szpital nie umożliwił pacjentom w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w oddziałach szpitalnych: umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielania ww. świadczenia. Było to niezgodne z art. 23 a ust. 1 ustawy o świadczeniach.

Dyrektor wyjaśnił, że wynikało to z przyczyn organizacyjnych i braku możliwości technicznych. Od 6 listopada 2023 r. wdrożono nowy system informatyczny. Obecnie wdrażane są kolejne etapy informatyzacji. W bieżącym roku planowane jest pełne

⁷⁹ M.in. zabrudzeń posadzek, odprysków powłoki malarskiej, ubytków w ścianach i podłogach.

zakończenie inwestycji i przyłączenie Szpitala do platformy P1, która umożliwi elektroniczną rejestrację do oddziałów szpitalnych, monitorowanie statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamianie o terminie udzielania świadczenia.

(akta kontroli str. 762-766, 770-772)

4. Szpital nie dokonał aktualizacji załącznika nr 2 harmonogram-zasoby do aneksu umowy nr 11/000015/PSY/18/23, obowiązującego w listopadzie 2023 r., w zakresie liczby osób zatrudnionych na objętych badaniem dwóch oddziałach psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu nr XXIV i oddziale psychiatrii sądowej o podstawowym zabezpieczeniu nr XIII. Było to niezgodne z § 2 ust. 8 załącznika nr 1 do ww. umowy. I tak, w załączniku nr 2:

- w oddziale psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu nr XXIV – wykazano niezatrudnione cztery osoby (jednego terapeutę zajęciowego, dwóch pielęgniarzy i jednego specjalistę psychoterapii uzależnień) a także nie wykazano trzech zatrudnionych osób (jednej pielęgniarki, jednego pielęgniarza i jednego terapeuty zajęciowego);
- w oddziale psychiatrii sądowej o podstawowym zabezpieczeniu nr XIII – wykazano niezatrudnione trzy osoby (jednego lekarza, jedną pielęgniarkę i jednego terapeutę zajęciowego), a także nie wykazano pięciu zatrudnionych osób w tym miesiącu tj.: czterech pielęgniarek i jednego psychologa.

Odpowiedzialny m.in. za realizację umów z NFZ Kierownik Działu metodyczno-organizacyjnego i Dyrektor wyjaśnili, że nie dokonano aktualizacji ww. załącznika i nie poinformowano NFZ o zmianach personelu w ww. zakresie w związku z zaangażowaniem w okresie od października 2023 r. w proces wdrażania elektronicznej dokumentacji w oddziałach szpitalnych.

Kierownik Działu metodyczno-organizacyjnego poinformował ponadto, że obecnie na bieżąco zgłasza wszystkie zmiany personelu do NFZ, co udokumentował przekazanymi do NFZ dniu 27 maja 2024 r. zmianami dotyczącymi personelu na ww. oddziałach.

(akta kontroli str. 734-738, 831-839, 846-868, 874-1001)

5. W Szpitalu korzystano przy udzielaniu świadczeń w okresie od 22 grudnia 2023 r. do 11 stycznia 2024 r. z analizatora immunochemicznego Maglumi 600 (tj. jednego z 10 objętych badaniem urządzeń aparatury medycznej) pomimo braku aktualnego przeglądu technicznego tego urządzenia. Było to niezgodnie z § 7 ust. 1 OWU w związku z art. 63 ust. 3-6 ustawy o wyrobach medycznych zobowiązującym świadczeniodawcę do udzielania świadczeń w pomieszczeniach wyposażonych w aparaturę i sprzęt medyczny posiadający dokumenty potwierdzające dokonanie aktualnych przeglądów wykonanych przez uprawnione podmioty.

Kierownik Pracowni Diagnostyki Laboratoryjnej, odpowiedzialna⁸⁰ m.in. za sprawność i bezpieczeństwo eksploatowanej aparatury i sprzętu medycznego oraz Dyrektor wyjaśnili, że ww. analizator wykonywał badania specjalistyczne i szeroki panel hormonów i nie było możliwości wyłączenia aparatu z eksploatacji. Wskazali, że analizator w okresie bez aktualnego przeglądu był sprawny, a wszystkie wyniki kontroli wewnątrzlaboratoryjnych były prawidłowe i udokumentowane. Pracownicy wykonywali w ciągłości wszystkie wymagane czynności konserwacyjne. Przegląd techniczny nie dotyczył interwencji w układy optyczne i pomiarowe, więc nie miał żadnego wpływu na kalibrację, a tym samym na uzyskiwane wyniki badań. Dotyczył on m.in. czyszczenia oraz aktualizacji oprogramowania.

⁸⁰ Zgodnie z § 1 ust. 1 Zarządzenia nr 17/2015.

Zdaniem NIK przedstawione wyjaśnienia nie uzasadniają wykorzystywania ww. aparatury medycznej do udzielania świadczeń zdrowotnych bez wymaganego przeglądu technicznego.

(akta kontroli str. 1013-1029, 1031-1075)

6. W wyniku badania trzech postępowań przeprowadzonych w trybie konkursu ofert oraz trzech umów zawartych w wyniku postępowań przeprowadzonych bez konkursu ofert na wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez podmioty prowadzące działalność leczniczą lub osoby legitymujące się fachowymi kwalifikacjami do udzielania świadczeń zdrowotnych stwierdzono, że:

- a) w ramach trzech badanych postępowań w trybie konkursu ofert:
- do opisu przedmiotu zamówienia nie zastosowano nazw i kodów określonych we Wspólnym Słowniku Zamówień (CPV), co było niezgodne z art. 141 ust. 4 ustawy o świadczeniach;
 - ogłoszenia o rozstrzygnięciu każdego konkursu ofert nie zawierały informacji o siedzibie albo miejscu zamieszkania i adresie świadczeniodawcy, co było niezgodne z art. 151 ust. 4 ustawy o świadczeniach;
- b) jedna⁸¹ z trzech badanych umów podpisanych w wyniku postępowań bez konkursu ofert nie zawierała zobowiązania przyjmującego zamówienie poddania się kontroli przeprowadzanej przez udzielającego zamówienia oraz do prowadzenia określonej sprawozdawczości statystycznej co było niezgodne z art. 27 ust. 4 pkt 4 i 9 udl.

Dyrektor i Kierownik Działu metodyczno-organizacyjnego wyjaśnili, że ww. braki wynikały z przeoczenia. Od 30 listopada 2023 r. do dnia zakończenia kontroli, we wszystkich postępowaniach konkursowych stosowano kody CPV do opisu przedmiotu zamówienia. Na próbie przedłożonych ogłoszeń o konkursie potwierdzono stosowanie ww. kodów.

Dyrektor zadeklarował, że w ogłoszeniach o rozstrzygnięciu konkursu będą zawarte informacje dotyczące siedziby albo miejsca zamieszkania świadczeniodawcy. Potwierdzono, że przedłożone ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu z dnia 28 maja 2024 r. zawierało ww. informacje.

(akta kontroli str. 1319-1480, 1503-1520)

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital posiadał aktualny wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, a w jego Regulaminie organizacyjnym określono wszystkie obligatoryjne elementy. Badanie dokumentacji pięciu konkursów na stanowisko naczelnego pielęgniarki i czterech pielęgniarek oddziałowych wykazało, że przeprowadzono je prawidłowo. Zasady obowiązujące przy rejestracji pacjentów były przejrzyste, obiektywne i oparte na kryteriach medycznych. Liczba lekarzy udzielających świadczeń w dwóch komórkach organizacyjnych objętych badaniem oraz kwalifikacje personelu udzielającego świadczeń były zgodne m.in. z umowami z NFZ oraz wymogami powszechnie obowiązujących w tym zakresie przepisów prawa. Dyrektor podejmował jednocześnie działania w celu uzupełnienia braków personelu pielęgniarskiego. Braki w zakresie informacji wewnątrz budynków siedziby dotyczące udogodnień dla osób niepełnosprawnych, trybu składania skarg i wniosków, praw pacjenta oraz numerów telefonów alarmowych uzupełniono w trakcie kontroli. W latach 2021-2023 w Szpitalu nie zapewniono pacjentom w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w oddziałach szpitalnych: umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielania świadczenia. Szpital nie dokonał bieżącej aktualizacji danych o potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy z NFZ na dwóch badanych oddziałach w jednym z trzech miesięcy objętych badaniem (listopadzie 2023 r.) W Szpitalu nie zapewniono także

⁸¹ Z dnia 1 lutego 2022 r.

terminowych przeglądów aparatury medycznej, co dotyczyło trzech z 10 urzędzeń objętych badaniem, przy czym jedno z nich wykorzystywano przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Ponadto dokumentacja trzech objętych badaniem postępowań konkursowych na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz jedna z badanych umów zawarta w trybie bez przeprowadzania konkursu nie zawierały wymaganych elementów określonych w ustawie o świadczeniach i udl.

OBSZAR

Opis stanu faktycznego

2. Sytuacja ekonomiczno-finansowa Szpitala

2.1. Polityka rachunkowości Szpitala⁸² zawierała:

- 1) określenie roku obrotowego i wchodzących w jego skład okresów sprawozdawczych,
- 2) metody wyceny aktywów i pasywów oraz ustalania wyniku finansowego;
- 3) sposoby prowadzenia ksiąg rachunkowych, w tym:
 - zakładowy plan kont, przyjęte zasady klasyfikacji zdarzeń, zasady prowadzenia kont ksiąg pomocniczych oraz ich powiązania z kontami księgi głównej,
 - wykaz ksiąg rachunkowych, wykazu zbiorów danych tworzących księgi rachunkowe na informatycznych nośnikach danych z określeniem ich struktury, wzajemnych powiązań oraz ich funkcji w organizacji całości ksiąg rachunkowych i w procesach przetwarzania danych,
 - ogólny opis systemu przetwarzania danych, co szerzej opisano w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”,
- 4) system służący ochronie danych i ich zbiorów, w tym dowodów księgowych, ksiąg rachunkowych i innych dokumentów stanowiących podstawę dokonanych w nich zapisów,

tj. wszystkie uregulowania określone w art. 10 ust. 1 ustawy o rachunkowości.

W Polityce rachunkowości nie zawarto szczegółowych zasad szacowania prawdopodobnych przyszłych rezerw na odszkodowania z tytułu zdarzeń medycznych i szacowania rezerw na świadczenia na rzecz pracowników, co szerzej opisano w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str. 377-447)

2.2. Standard Rachunku Kosztów⁸³ został wprowadzony do Zasad (polityki) rachunkowości Zarządzeniem nr 01/2021 Dyrektora Szpitala z dnia 4 stycznia 2021 r.⁸⁴, z mocą obowiązywania od 1 stycznia 2021 r., tj. terminowo (umożliwiając funkcjonowanie jednostki z początkiem okresu obowiązywania Standardu Rachunku Kosztów Szpitala, tj. od 1 stycznia 2021 r.).

(akta kontroli str. 377-447)

Plan kont Szpitala zespołu 4 i 5, klucze podziałowe kosztów pośrednich, rozdzielniki kosztów wspólnych oraz wycena procedur medycznych zawierały wskazanie: ośrodków powstawania kosztów, sposób kalkulacji kosztu wytworzenia, sposobu alokacji kosztów, kryteriów rodzajowych, tj. były zgodne ze Standardem Rachunku Kosztów.

(akta kontroli str. 403-447)

⁸²Zarządzeniem nr 6/2014 Dyrektora Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Starogardzie Gdańskim z dnia 14 stycznia 2014 r. w sprawie wprowadzenia zasad polityki rachunkowości w Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Starogardzie Gdańskim ze zm.

⁸³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców (Dz. U. poz. 2045).

⁸⁴ Zarządzenie nr 01/2021 Dyrektora Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. St. Kryzana w Starogardzie Gdańskim z dnia 4 stycznia 2021 r. w sprawie wprowadzenia zmian do Zasad (polityki) rachunkowości w Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. St. Kryzana w Starogardzie Gdańskim.

2.3. W § 9 ust. 6 obowiązującego w całym badanym okresie Statutu wskazano, że podstawą gospodarki Szpitala jest plan finansowy, w tym plan inwestycyjny ustalony przez Dyrektora.

Dyrektor Szpitala zatwierdził Wstępne plany finansowe na 2021 r. w dniu 31 grudnia 2020 r., na 2022 r. – 31 grudnia 2021 r. i na 2023 r. – 30 grudnia 2022 r.

Rada Społeczna zatwierdziła plany finansowe na rok 2021, 2022 i 2023 odpowiednio w terminach: 29 kwietnia 2021 r., 16 maja 2022 r. i 27 kwietnia 2023 r. Terminy te nie umożliwiały prowadzenia gospodarki finansowej na podstawie zatwierdzonego planu finansowego od 1 stycznia danego roku. Skutkowało to ponoszeniem wydatków przez Szpital bez posiadania planu finansowego, co było niezgodne z art. 44 ust 1 pkt 3 upf i zostało opisane szerzej sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str. 65-144 i 557-573)

Szpital nie przekroczył kwot kosztów wskazanych w planach finansowych na lata 2021, 2022 i 2023. Wprowadzono 11 korekt planów (cztery w 2021 r., cztery w 2022 r. i trzy w 2023 r.) Trzy z nich zostały zatwierdzone przez Radę Społeczną:

- korekta planu finansowego na rok 2021 z 30 grudnia 2021 r. dot. zwiększenie przychodów o 4 929 209,04 zł i zwiększenie kosztów o 5 829 733,47 zł;
- korekta planu finansowego na rok 2022 z 27 grudnia 2022 r. dot. zwiększenie przychodów o 12 662 120,75 zł i zwiększenie kosztów o 10 507 459,00 zł
- korekta planu finansowego na rok 2023 z 08 grudnia 2023 r. dot. zwiększenie przychodów o 8 877 636,17 zł, zwiększenie kosztów o 7 353 500,00 zł.

Pozostałe korekty (osiem) dotyczyły zmian pomiędzy kategoriami kosztów bez przekroczenia kwoty ogólnej. Rada Społeczna nadała Dyrektorowi uprawnienia do takich decyzji.

(akta kontroli str. 65-144)

Ustalony na 2023 r. plan finansowy przychodów⁸⁵ (117 660,60 tys. zł) przewidywał: wyższe niż zrealizowane w 2022 r. przychody⁸⁶ – wynoszące 96 636,30 tys. zł (tj. więcej o 21 024,30 tys. zł - o 21,8% - od poziomu wykonania), a także wyższe koszty (w kwocie 121 182,50 tys. zł) niż zrealizowane w 2022 r. – wynoszące 96 532,40 tys. zł (tj. więcej o 24 650,10 tys. zł – o 25,5% - od poziomu wykonania).

Ustalony na 2022 r. plan finansowy przychodów⁸⁷ (87 779,60 tys. zł) przewidywał: wyższe niż zrealizowane w 2021 r. przychody⁸⁸ – wynoszące 79 438,60 tys. zł (tj. więcej o 8 341,00 tys. zł - o 10,5% - od poziomu wykonania), a także wyższe koszty (w kwocie 93 441,30 tys. zł) niż zrealizowane w 2021 r. – wynoszące 81 481,80 tys. zł (tj. więcej o 11 959,50 tys. zł – o 14,7% - od poziomu wykonania).

Różnica przychodów (pierwszy plan zatwierdzony przez Radę Społeczną minus wykonanie) wyniosła: w 2021 r. 1 140,90 tys. zł, w 2022 r. (-) 8 856,70 tys. zł i w 2023 r. (-) 8 176,09 tys. zł, natomiast różnica kosztów odpowiednio: 2 040,70 tys. zł, (-) 3 091,10 tys. zł i (-) 3 114,15 tys. zł.

Koszty zostały poniesione po uprzednim ich uwzględnieniu w planie finansowym na cele ustalone w planach finansowych Szpitala.

Plan przychodów w 2022 r. stanowił 90,8%, a w 2023 r. 93,5% wykonania, plan kosztów odpowiednio 96,8% i 97,5%. Tym samym Szpital trafniej potrafił szacować koszty niż przychody.

(akta kontroli str. 65-144)

⁸⁵ Pierwszy plan finansowy zatwierdzony przez Radę Społeczną

⁸⁶ Przychody skalkulowane przed zamknięciem sprawozdań za dany rok

⁸⁷ Pierwszy plan finansowy zatwierdzony przez Radę Społeczną

⁸⁸ Przychody skalkulowane przed zamknięciem sprawozdań za dany rok

Dyrektor wyjaśnił, że szacowanie przychodów zawarte w pierwotny planie finansowym każdorazowo oparte jest na przychodach w danym roku wynikających z zawartej umowy z NFZ, prognozowanych dodatkowych przychodów z tzw. wykonanych świadczeń ponad limitowych oraz mających mniejsze znaczenie przychodów z innej działalności medycznej i gospodarczej oraz pozostałych przychodów operacyjnych. W latach 2021-2023 miało miejsce w połowie każdego roku zwiększenie przychodów NFZ, poprzez zmianę umowy w związku z realizacją ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych⁸⁹. Wzrost był podyktowany sfinansowaniem przez NFZ kosztów podwyżek wynikających z w/w ustawy. Konstruując plan finansowy za każdym razem nie było pewności czy taka zmiana umowy z NFZ nastąpi oraz w jakiej wysokości. Tym samym nie było podstaw do ich planowania w planie finansowym. Natomiast w przypadku kosztów mimo, iż w planie pierwotnym nie zakładano dodatkowych kosztów związanych z obligatoryjnym wzrostem wynagrodzeń zgodnie z ustawą, to jednak mając na uwadze nieprzekraczalność poziomu kosztów oraz konsekwencje wynikające z dyscypliny finansów publicznych, ich poziom jest szacowany z dużą ostrożnością. Takie podejście miało również odzwierciedlenie w pierwotnym szacowanym wyniku finansowy.

(akta kontroli str. 65-144, 506-507)

2.4. W badanym okresie zrealizowane przychody Szpitala wyniosły odpowiednio: 81 070,2 tys. zł, 96 627,1 tys. zł (wzrost o 19,2%) i 125 803,7 tys. zł (wzrost o 30,2%). Większość (odpowiednio 94,4%, 96,9% i 96,3%) stanowiły przychody netto ze sprzedaży i zrównane z nimi. Pozostałe przychody operacyjne stanowiły odpowiednio 5,6%, 2,9% i 3,6%, a przychody finansowe: 0,0%, 0,1% i 0,2%.

Przychody netto z NFZ wyniosły odpowiednio: 72 680,0 tys. zł (89,7% całkowitych przychodów Szpitala), 91 451,2 tys. zł (94,6%) i 119 704,0 tys. zł (95,2%). Sprzedaż Ministerstwu Zdrowia wyniosła: 807,7 tys. zł (1,0%), 1 224,5 tys. zł (1,3%) i 1 804,2 tys. zł (1,4%). Nie dokonano w tym okresie sprzedaży pracodawcom (0,0 zł), a pozostała sprzedaż wyniosła 3 041,1 tys. zł (3,8% całkowitych przychodów Szpitala), 3 648,9 tys. zł (3,8%) i 4 386,1 tys. zł (3,5 %).

(akta kontroli str. 465)

Łączne zrealizowane koszty w okresie objętym kontrolą wyniosły: 80 515,0 tys. zł, 96 248,4 tys. zł (wzrost o 19,5%) i 124 296,7 tys. zł (wzrost o 29,1%).

Największy udział procentowy w całkowitych kosztach miały wynagrodzenia (50,3%, 54,7% i 54,0% kosztów ogółem), usługi obce (22,2%, 18,0% i 17,7%), składki na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) i inne świadczenia na rzecz pracowników (11,4%, 12,2% i 12,2%). Zużycie materiałów i energii stanowiło: 11,8%, 11,2% i 11,0%.

(akta kontroli str. 464)

W latach 2021-2023 ogólny wynik finansowy komórek organizacyjnych działalności leczniczej wyniósł odpowiednio: -5 896,5 tys. zł, -268,8 tys. zł, oraz -2 954,2 tys. zł. Najbardziej deficytowymi – tj. wykazującymi największą stratę – jednostkami Szpitala były:

- w 2021 r.: Zakład opiekuńczo leczniczy psychiatryczny nr XI, oddział psychogeriatryczny nr X (-1 501,5 tys. zł), Oddział terapii uzależnienia od alkoholu nr XX (-1 140,03 tys. zł), Oddział leczenia uzależnień nr V (-1 018,7 tys. zł) oraz Oddział leczenia zaburzeń nerwicowych i osobowości nr VI (-1 067,6 tys. zł).

⁸⁹ Dz. U. z 2022 r., poz. 2139

- w 2022 r.: Zakład opiekuńczo leczniczy psychiatryczny nr XI (-2 095,4 tys. zł), Oddział psychogeriatryczny nr X (-2 058,0 tys. zł), Oddział psychiatryczny dla przewlekle chorych nr XIV (-1 404,6 tys. zł), Oddział leczenia zaburzeń nerwicowych i osobowości nr VI (-1 323,3 tys. zł), Zakład opiekuńczo leczniczy psychiatryczny nr XVI (-1 323,3 tys. zł), Oddział psychiatryczny ogólny nr VII (-1 117,9 tys. zł) oraz Oddział terapii uzależnienia od alkoholu nr XX (-1 018,5 tys. zł).
- w 2023 r.: Oddział psychogeriatryczny nr X (-3 050,3 tys. zł), Zakład opiekuńczo leczniczy psychiatryczny nr XI (-2 366,1 tys. zł), Centrum zdrowia psychicznego (-2 294,4 tys. zł), Oddział psychiatryczny ogólny nr VII (-2 174,1 tys. zł), Oddział psychiatryczny ogólny nr XVII (-1 904,0 tys. zł), Oddział leczenia zaburzeń nerwicowych i osobowości nr VI (-1 862,9 tys. zł), Oddział psychiatryczny dla przewlekle chorych nr XIV (-1 859,6 tys. zł), Oddział terapii uzależnienia od alkoholu nr XX (-1 371,9 tys. zł) oraz Oddział leczenia uzależnień nr V (-1 201,4 tys. zł).

Najbardziej dochodowymi, tj. wykazującymi zysk jednostkami Szpitala były⁹⁰:

- w 2021 r. – Oddział psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu Nr XXII (2 182,5 tys. zł), Oddział psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu Nr XXIV (1 815,1 tys. zł), Oddział psychiatrii sądowej o podstawowym zabezpieczeniu Nr XIII (1 737,4 tys. zł) i Oddział psychiatrii sądowej o podstawowym zabezpieczeniu Nr XV (745,7 tys. zł)
- w 2022 r.: Oddział psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu Nr XXII (5 071,6 tys. zł), Oddział psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu Nr XXIV (4 094,7 tys. zł), Oddział psychiatrii sądowej o podstawowym zabezpieczeniu Nr XIII (3 314,5 tys. zł) i Oddział psychiatrii sądowej o podstawowym zabezpieczeniu Nr XV (2 139,2 tys. zł).
- w 2023 r.: Oddział psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu Nr XXIV (7 125,5 tys. zł), Oddział psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu Nr XXII (4 498,1 tys. zł), Oddział psychiatrii sądowej o podstawowym zabezpieczeniu Nr XIII (4 019,1 tys. zł) oraz Oddział psychiatrii sądowej o podstawowym zabezpieczeniu Nr XV (3 459,7 tys. zł)

(akta kontroli str. 466)

Dyrektor wyjaśnił, że dodatni wynik finansowy w oddziałach psychiatrii sądowej nr XXII, XXIV, XIII oraz XV wynikał przede wszystkim z lepszej wyceny świadczeń niż w pozostałych zakresach, co wynikało ze specyfiki oddziałów. Równie ważnym elementem było duże zapotrzebowanie na te świadczenia, co przekładało się na wykonywanie dużej ilości świadczeń tzw. ponadlimitowych. Aby zwiększyć dostęp do świadczeń opracowana została przez Szpital dokumentacja budowlana na adaptację jednego z pawilonów – pawilonu nr XVIII na oddział psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu o pojemności 40 łóżek. Zadanie to Szpital zamierza zgłosić do ogłoszonego przez Ministerstwo Zdrowia konkursu z zakresu psychiatrii. Przyczyną strat (od wielu lat) na pozostałych oddziałach była wg Dyrektora zła wycena świadczeń zdrowotnych, na co wielokrotnie Szpital wskazywał w rozmowach i korespondencji z płatnikiem.

⁹⁰ W wynikach oddziałów nie ujęto kwot z NFZ dotyczących ogólnego funkcjonowania Szpitala w trudnych warunkach pandemii, ryczałtu Izby Przyjęć i dodatku Covid prietriage oraz świadczeń wypłaconych przez NFZ dotyczących lat poprzednich. Szpital prowadził również inne działalności odrębnie finansowane bez wpływu na wyniki działalności podstawowej, np.: programy z NFZ, programy zdrowotne i profilaktyczne, projekty unijne czy inne projekty finansowane ze środków publicznych oraz działalność komercyjna czy też naliczone koszty rezerw i gratyfikacji ujęte w 2021 r. i 2022 r. na osobnym ośrodku kosztowym.

NFZ proponował cenę, która nie podlega negocjacji tłumacząc, że była ona oparta na wyliczeniach Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji). Szpital przekazywał Agencji dane kosztowe funkcjonowania poszczególnych komórek, jednak nie przekładało się to na oczekiwaną wycenę świadczeń. Proponowany coroczny wzrost wyceny świadczeń dotyczył w zasadzie pokrycia kosztów obligatoryjnego wzrostu wynagrodzeń i w mniejszym stopniu wzrostu inflacji. Wpływ na wysokość straty w poszczególnych oddziałach miała również ich specyfika, np. pacjenci przeważnie leżący obciążeni wieloma chorobami somatycznymi, gdzie opieka wykracza bardzo mocno poza opiekę stricte psychiatryczną. Z kolei Oddział VI leczenia zaburzeń nerwicowych i osobowości oraz oddział psychiatryczny dla przewlekle chorych to oddziały o stosunkowo małym obłożeniu, co miało wpływ na niekorzystne rozkładanie się kosztów stałych. Oddziały ogólne były oddziałami tzw. „przyjęciowymi”, gdzie występowała duża rotacja pacjentów przekładająca się na zwiększoną diagnostykę. Wpływ na stronę kosztową miała również posiadana baza charakteryzująca zabudową pawilonową posadowioną na rozległym terenie wymagającym nakładów na jego utrzymanie. Obiekty są wpisane do rejestru zabytków i charakteryzują się zwiększoną energochłonnością. Koszty te nie były jednak determinujące, gdyż z uwagi na specyfikę udzielania świadczeń ca 80% kosztów funkcjonowania stanowiły koszty wynagrodzeń i kontraktów medycznych. Dyrektor wskazał, iż Szpital zatrudniał kadrę medyczną w minimalnym wymaganym zakresie.

Do Szpitala przyjmowani byli najtrudniejsi pacjenci z województwa pomorskiego, których podmioty niepubliczne leczyły niechętnie. W ostatnich 10 latach prowadzona była restrukturyzacja obejmująca min. likwidację deficytowego oddziału psychiatrycznego chorych na gruźlicę czy też przekształcenie oddziału psychosomatycznego na Zakład opiekuńczo leczniczy. Powyższe działania spotykały się z dużym oporem społecznym jak i płatnika.

(akta kontroli str. 472-274)

W latach 2021-2023 Szpital w ramach ryczałtu prowadził następujące usługi:

opieka stomatologiczna nad pacjentami Szpitala (umowa z lek. stomatologiem): umowa na okres 01.01.2021 – 31.12.2022 na kwotę ryczałtu: 96,0 tys. zł i umowa na okres 01.01.2023 – 31.12.2023 na kwotę ryczałtu: 60,0 tys. zł. Koszty tych usług przydzielano proporcjonalnie do oddziałów, z których pacjenci mieli wykonane usługi stomatologiczne;

- opieka neurologiczna, opisywanie badań eeg oraz badania z zakresu medycyny pracy (umowa z lek. med.): umowa na okres 01.01.2021– 31.12.2022 na kwotę ryczałtu: 204,0 tys. zł i umowa na okres 01.01.2023 – 31.12.2023 na 132,0 tys. zł. Koszty tych usług były przypisywane do komórek: Pracownia EEG, Poradnia Medycyny Pracy oraz proporcjonalnie do oddziałów, na których były wykonywane konsultacje neurologiczne;
- Opieka Psychiatryczna i Leczenie Uzależnień w ramach umowy z NFZ - ryczałtem był rozliczany zakres: Izba przyjęć: w 2021 r. 268,3 tys. zł, w 2022 r. 311,0 tys. zł i w 2023 r. 369,5 tys. zł;
- ośrodek środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży – I poziom referencyjny w ramach umowy z NFZ: w 2021 r. 328,8 tys. zł, w 2022 r. 346,1 tys. zł i w 2023 r. 369,5 tys. zł.

Wszystkie usługi wynikające z konkursu ofert były limitowane.

Szpital nie przesunął między oddziałami Szpitalnymi otrzymanego z NFZ ryczałtu.

W ramach zawartej umowy z NFZ w rodzaju Opieka Psychiatryczna i Leczenie Uzależnień Szpital przesunął środki pomiędzy poszczególnymi zakresami umowy. Kwoty przesunięć w poszczególnych latach wyniosły: 2 256,4 tys. zł, 4 633,8 tys. zł i 3 494,5 tys. zł

Szpital wykonywał nadwykowania w odniesieniu do usług realizowanych w ramach kontraktu z ustalonym limitem. Szpital występował o zapłatę ponadlimitów do NFZ i je otrzymał. Kwoty ponadlimitów wyniosły odpowiednio: 4 171,3 tys. zł, 5 702,2 tys. zł i 10 086,7 tys. zł. NFZ zapłacił za wszystkie świadczenia z kategorii ratujących życie latach 2021-2023.

(akta kontroli str. 500-501)

2.5. Należności ogółem Szpitala w latach 2021-2023 wyniosły: 11 284,5 tys. zł, 15 596,8 tys. zł (wzrost o 38,2%) i 16 322,2 tys. zł (wzrost o 4,5%).

Należności Szpitala od odbiorców według stanu na 31.12.2023 r. wyniosły 15 486,2 tys. zł, z tego nieprzeterminowane 14 507,1 tys. zł. Spośród 979,0 tys. zł należności przeterminowanych (6,32% należności od odbiorców ogółem), najwięcej było powyżej 12 miesięcy – 972,5 tys. zł (99,3%), do 15 dni – nie było należności, 16 -30 dni – 0,2 tys. zł, 31-90 dni - 6,3 tys. zł (0,4% należności ogółem).

(akta kontroli str. 448)

Należności przeterminowane wg stanu na 31.12.2023 r. dotyczyły dziewięciu dłużników (przedsiębiorstwa i osoby fizyczne). Badanie pięciu największych kwotowo pozycji należności przeterminowanych (od 5,5 tys. zł do 876,0 tys. zł) wykazało, że wobec wszystkich dłużników Szpital podjął działania: z dwoma dłużnikami zawarto ugody, a trzy sprawy zgłoszono w sądzie (utworzono odpis aktualizujący).

Jednemu dłużnikowi Szpital naliczył odsetki i zostały one zapłacone. Nie naliczono odsetek jednemu dłużnikowi (poniżej 10 zł).

Wszystkie sprawy windykacyjne prowadzonych przez Szpital, posiadały naliczone koszty egzekucji/sądowe. W badanym okresie jeden dłużnik SMOK zrekompensował koszty sądowe.

(akta kontroli str. 153-155, 448-463)

W latach 2021-2023 Szpital umorzył należności w jednym przypadku (dotyczyło obcokrajowca, który zmarł i nie zostawił żadnego majątku). Kwota umorzona należności wyniosła 6,8 tys. zł, tj. przewyższała koszty dochodzenia należności. Zgodnie z procedurą windykacyjną Szpitala, dało to możliwość umorzenia należności.

(akta kontroli str. 449)

Odpisy aktualizujące wyniosły w poszczególnych latach: 102,4 tys. zł, 998,4 tys. zł i 972,5 tys. zł (z tytułu: czynszów, kar i usług).

(akta kontroli str. 153-155, 197-376)

2.6. W okresie objętym kontrolą Szpital osiągnął stratę/zysk netto odpowiednio: -2 044,2 tys. zł, 103,4 tys. zł i 1 342,5 tys. zł.

Główne przyczyny straty na działalności w 2021 r. opisano w pkt. 2.4. niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

W planie finansowym Szpitala na 2021 r. założono stratę w wysokości 2 945,04 tys. zł, przy jednoczesnym założeniu wykonania świadczeń ponadlimitowych w kwocie 4 500,00 tys. zł. Pierwotnie zawarta umowa z NFZ ulegała w trakcie roku zmianie. W lipcu 2021 r. NFZ przekazał Szpitalowi środki pieniężne na sfinansowanie kosztów podwyżki dla pracowników wykonujących zawód medyczny oraz pozostałych pracowników działalności podstawowej, których wynagrodzenie zasadnicze było niższe niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze wynikające dla nich z ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia.

W październiku 2021 r. NFZ dokonał korekty wzrostu wyceny świadczeń w psychiatrii sądowej na kwotę 268,00 tys. zł. Jednocześnie NFZ stosując się do zmian wprowadzonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 października 2021 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie

świadczeń opieki zdrowotnej⁹¹, narzucił Szpitalowi aneks do umowy, w którym w całości odebrał środki przyznane w wyniku wzrostu wyceny świadczeń w psychiatrii sądowej, obniżając o ich kwotę wcześniej przyznane środki na podwyżkę wynagrodzeń dla pracowników działalności podstawowej.

Główna Księgowa wyjaśniła, że w związku z wygaśnięciem kontraktów lekarskich w miesiącu grudniu 2020 r. miały miejsce trudne negocjacje z grupą lekarską reprezentowaną przez kancelarię prawną. Brak porozumienia skutkowałby paraliżem Szpitala w trudnym okresie pandemii COVID -19. Ostatecznie udało się wypracować kompromis, który skutkował wzrostem w 2021 r. kosztów w stosunku do 2020 r. o kwotę 1 760,00 tys. zł. Wynegocjowane stawki były porównywalne ze stawkami w innych szpitalach.

Jednocześnie, od miesiąca września 2021 r. miała miejsce w wyniku presji załogi podwyżka wynagrodzeń dla pracowników niemedycznych nieobjętych ustawą, co skutkowało wzrostem kosztów w 2021 r. o kwotę 502,00 tys. zł. Aby zminimalizować stratę prowadzone były działania nakierowane na optymalizację i ograniczenie pozostałych kosztów działalności. Wskazał, iż działania ustawodawcy jak i płatnika nie uwzględniły zwiększenia wynagrodzeń wymaganego innymi przepisami dla pozostałych pracowników. Dopiero 2022 r. nastąpiła w tym zakresie zmiana.

Jak wskazano w pkt 2.3 niniejszego wystąpienia, w 2021 r. NFZ zapłacił za świadczenia ponadlimitowe 4 171,34 tys. zł. Poniesiona przez Szpital strata finansowa nie przekroczyła poziomu kosztu amortyzacji (2 839,53 tys. zł), tym samym nie było podstaw do jej pokrycia również przez Organ Założycielski zgodnie z art. 59 ust. 2 udl.

(akta kontroli str. 197-376, 466, 469-471)

2.7. Zobowiązania ogółem Szpitala w latach 2021-2023 wyniosły: 13 160,6 tys. zł, 16 222,6 tys. zł (wzrost o 23,3%) i 18 742,9 tys. zł (wzrost o 15,5%).

Na koniec 2023 r. Szpital posiadał zobowiązania z tytułu dostaw w wysokości 4 562,9 tys. zł. Zobowiązania wymagalne wyniosły 1,3 tys. zł (0,03% zobowiązań wobec dostawców ogółem) i zostało opisane szerzej sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str. 60-61, 145-147, 153-155, 193)

W latach 2021-2022 Szpital nie posiadał zobowiązań wymagalnych.

(akta kontroli str. 145-147, 151-155)

Stan zobowiązań i rezerwy na zobowiązania w poszczególnych latach wyniosły odpowiednio: 59 997,1 tys. zł, 85 554,6 tys. zł i 107 847,5 tys. zł.

(akta kontroli str. 197-376)

2.8. W okresie objętym kontrolą strata netto wystąpiła w 2021 r. w kwocie 2 044,2 tys. zł. Zgodnie art. 59 ust. 4 udl⁹² w związku z § 3 ust. 5 rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie określenia innych terminów wypełniania obowiązków w zakresie ewidencji oraz w zakresie sporządzenia, zatwierdzenia, udostępnienia i przekazania do właściwego rejestru, jednostki lub organu sprawozdań lub informacji⁹³ sporządzono program naprawczy, tj. w dniu 18 października 2022 r. i przedstawiono go podmiotowi tworzącemu w celu zatwierdzenia⁹⁴.

Realizacja zaplanowanych działań restrukturyzacyjnych, m.in. takich jak: otwarcie Centrum zdrowia psychicznego dla dzieci II poziom referencyjny (od sierpnia 2022 r.),

⁹¹ Dz. U. z 2021 r., poz. 1926.

⁹² Tj. w terminie trzech miesięcy od dnia upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego.

⁹³ Dz. U. z 2023 r., poz. 1585.

⁹⁴ Uchwała z dnia 3 listopada 2022 r. Zarządu Województwa Pomorskiego Nr 1077/400/22 w sprawie zatwierdzenia programu naprawczego Szpitala.

przystąpienie do pilotażowego programu Centrum zdrowia psychicznego dla dorosłych (od listopada 2022 r.) oraz zakontraktowanie dodatkowych sześciu łóżek w Oddziale XXIII (od lutego 2023 r.) i 14 łóżek w Oddziale XII (od kwietnia 2023 r.), doprowadziła do osiągnięcia w 2023 r. zysku w kwocie 1342,5 tys. zł.

(akta kontroli str. 211-214, 326-329, 1125-1225)

2.9. Wskaźniki ekonomiczno-finansowe Szpitala za lata 2021-2023 wyniosły odpowiednio:

- wskaźniki zyskowności:
 - a) wskaźnik zyskowności netto⁹⁵: -2,52%, 0,10%, 1,03%;
 - b) wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej⁹⁶: -2,52%, -0,02%, 0,85%;
 - c) wskaźnik zyskowności aktywów⁹⁷: -2,9%, 0,12%, 1,21%;
- wskaźniki płynności:
 - a) wskaźnik bieżącej płynności⁹⁸: 1,51%, 1,52%, 1,59%;
 - b) wskaźnik szybkiej płynności⁹⁹: 1,35%, 1,41%, 1,50%;
- wskaźniki efektywności:
 - a) wskaźnik rotacji należności (w dniach)¹⁰⁰: 42 dni, 49 dni, 44 dni;
 - b) wskaźnik rotacji zobowiązań (w dniach)¹⁰¹: 16 dni, 13 dni, 12 dni;
- wskaźniki zadłużenia:
 - a) wskaźnik zadłużenia aktywów¹⁰²: 33%, 30%, 30%;
 - b) wskaźnik wypłacalności¹⁰³: 1,83; 2,22 i 2,59.

Wybrane wskaźniki potwierdzają trudną pod względem ekonomiczno-finansowym sytuację Szpitala w 2021 r., w którym m.in. wskaźnik zyskowności netto osiągnął wartość ujemną, co oznaczało brak zdolności do generowania zysków. W kolejnych latach wskaźniki zyskowności oraz płynności uległy polepszeniu. Na stabilnym poziomie utrzymywał się w latach 2021-2023 wskaźnik rotacji należności, określający długość cyklu oczekiwania na uzyskanie należności za świadczone usługi od 42 do 49 dni. Szpital nie miał trudności w regulowaniu bieżących zobowiązań, o czym świadczy niski poziom wskaźnika rotacji zobowiązań. Stopień finansowania aktywów kapitałami obcymi, o którym informuje wskaźnik zadłużenia aktywów, był w całym okresie objętym kontrolą na bezpiecznym poziomie od 30 do 33%.

(akta kontroli str. 197-376, 1171-1173)

⁹⁵ Wyrażony jako: $(\text{wynik netto} \times 100\%) / \text{przychody netto ze sprzedaży produktów} + \text{przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów} + \text{pozostałe przychody operacyjne} + \text{przychody finansowe}$.

⁹⁶ Wyrażony jako: $(\text{wynik z działalności operacyjnej} \times 100\%) / \text{przychody netto ze sprzedaży produktów} + \text{przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów} + \text{pozostałe przychody operacyjne}$.

⁹⁷ Wyrażony jako: $(\text{wynik netto} \times 100\%) / \text{średni stan aktywów}$, przy czym średni stan aktywów to suma aktywów razem na koniec poprzedniego roku obrotowego i aktywów razem na koniec bieżącego roku obrotowego podzielona przez 2.

⁹⁸ Wyrażony jako: $(\text{aktywa obrotowe} - \text{należności krótkoterminowe z tytułu dostaw i usług, o okresie spłaty powyżej 12 miesięcy} - \text{krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe (czynne)}) / \text{zobowiązania krótkoterminowe} - \text{zobowiązania z tytułu dostaw i usług, o okresie wymagalności powyżej 12 miesięcy} + \text{rezerwy na zobowiązania krótkoterminowe}$.

⁹⁹ Wyrażony jako: $(\text{aktywa obrotowe} - \text{należności krótkoterminowe z tytułu dostaw i usług, o okresie spłaty powyżej 12 miesięcy} - \text{krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe (czynne)} - \text{zapasy}) / \text{zobowiązania krótkoterminowe} - \text{zobowiązania z tytułu dostaw i usług, o okresie wymagalności powyżej 12 miesięcy} + \text{rezerwy na zobowiązania krótkoterminowe}$.

¹⁰⁰ Wyrażony jako: $(\text{średni stan należności z tytułu dostaw i usług} \times \text{liczba, gdzie dni w okresie (365)}) / \text{przychody netto ze sprzedaży produktów} + \text{przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów}$, gdzie średni stan należności z tytułu dostaw i usług to suma tych należności na koniec poprzedniego roku obrotowego i na koniec bieżącego roku obrotowego podzielona przez 2.

¹⁰¹ Wyrażony jako: $(\text{średni stan zobowiązań z tytułu dostaw i usług} \times \text{liczba, gdzie dni w okresie (365)}) / \text{przychody netto ze sprzedaży produktów} + \text{przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów}$, gdzie średni stan zobowiązań z tytułu dostaw i usług to suma tych zobowiązań na koniec poprzedniego roku obrotowego i na koniec bieżącego roku obrotowego podzielona przez 2.

¹⁰² Wyrażony jako: $(\text{Zobowiązania długoterminowe} + \text{zobowiązania krótkoterminowe} + \text{rezerwy na zobowiązania}) \times 100\% / \text{aktywa razem}$.

¹⁰³ Wyrażony jako: $(\text{Zobowiązania długoterminowe} + \text{zobowiązania krótkoterminowe} + \text{rezerwy na zobowiązania}) / \text{Fundusz własny}$.

2.10. W Szpitalu terminowo sporządzono i opublikowano w Biuletynie Informacji Publicznej raporty o sytuacji ekonomiczno-finansowej za lata 2020, 2021 i 2022, zgodnie z art. 53a ust 1 udl¹⁰⁴, odpowiednio w dniach 30 czerwca 2021 i 2022 r. oraz 31 maja 2023 r.

(akta kontroli str. 1174-1229)

2.11. W okresie objętym kontrolą obowiązywało siedem umów dotyczących gospodarowania posiadanym mieniem, w tym cztery umowy najmu, dwie umowy dzierżawy i jedna umowa użyczenia. W ww. okresie nie wystąpiły przypadki zbycia.

Badanie pięciu z ww. umów udostępnienia majątku rzeczowego¹⁰⁵ wykazało, że:

- gospodarowanie mieniem odbyło się zgodnie z zasadami określonymi przez podmiot tworzący¹⁰⁶, w szczególności spełniono wymóg uzyskania zgody ww. organu, wynikający z art. 54 ust. 3 udl;
- w przypadku umów najmu i dzierżawy Dyrektor powoływał, zgodnie z ww. zasadami, trzyosobowy zespół, który ustalał stawkę czynszu w wysokości rynkowej;
- umowa użyczenia pomieszczeń uzasadniona była realizacją wymogu zapewnienia korzystania z pomieszczeń dla prowadzenia zajęć edukacyjnych i wychowawczych przez podmiot leczniczy, w którym zorganizowana jest szkoła specjalna, do czego zobowiązywał art. 128 ust. 1 ustawy z dnia 21 marca 2024 r. o systemie oświaty¹⁰⁷.

(akta kontroli str. 1230-1300)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Pomimo prowadzenia przez Szpital ksiąg rachunkowych przy użyciu komputera, Polityka rachunkowości nie zawierała opisu systemu informatycznego, zawierającego wykaz programów, procedur lub funkcji, w zależności od struktury oprogramowania, wraz z opisem algorytmów i parametrów oraz programowych zasad ochrony danych, w tym w szczególności metod zabezpieczenia dostępu do danych i systemu ich przetwarzania, a ponadto określenie wersji oprogramowania i daty rozpoczęcia jego eksploatacji. Stanowiło to naruszenie art. 10 ust. 1 pkt 3 c) ustawy o rachunkowości, w związku z prowadzeniem przez Szpital ksiąg rachunkowych przy użyciu komputera.

W Załączniku nr 4 do Polityki Rachunkowości wykazano programy dopuszczone do stosowania w jednostce, ze wskazaniem autora oprogramowania, wersji oprogramowania i daty wprowadzenia. Metody zabezpieczenia dostępu (rozdz. 13) i Technika prowadzenia ksiąg rachunkowych (punkt 1.3 Polityki Rachunkowości), zawierały ogólne odesłanie do dokumentacji użytkownika.

Dyrektor wyjaśnił, że dotychczas zapisy Polityki rachunkowości wydawały się wystarczające, jednak na bazie przeprowadzanej kontroli NIK i równocześnie planowanych zmian Polityki rachunkowości, Szpital skoryguje i dostosuje zapisy do odpowiednich wymogów. Ujęcie w Polityce rachunkowości Szpitala w sposób ogólny opisu systemu informatycznego podyktowane było wdrażaniem w jednostce

¹⁰⁴ W terminie dwóch miesięcy od dnia upływu terminu do sporządzenia rocznego sprawozdania finansowego.

¹⁰⁵ Umowa nr 6/21/G z dnia 10 marca 2021 r. dotycząca najmu lokalu użytkowego w budynku administracyjnym Szpitala, wykorzystanego na centralę telefoniczną; umowa nr 8/21/G z dnia 2 sierpnia 2021 r. dotycząca dzierżawy lokalu użytkowego w obiekcie Szpitala z przeznaczeniem na bar -kawiarnię dla pacjentów, pracowników i osób odwiedzających; umowy o nr 58/18/G z dnia 18 października 2018 r. i nr 9/21/G z dnia 18 października 2021 r. dotyczące najmu części powierzchni komina, przeznaczonej na cele techniczne, związane z montażem urządzeń telefonii komórkowej oraz umowa nr 1/09/2009 z 11 września 2009 r. dotycząca użyczenia pomieszczeń przeznaczonych na zapewnienie wymogu kształcenia. nieletnich pacjentów Szpitala.

¹⁰⁶ Uchwała Sejmiku Województwa Pomorskiego Nr 193/X/11 z dnia 25 lipca 2011 r. w sprawie określenia zasad zbycia, oddania w dzierżawę, najem, użytkowanie oraz użyczenie aktywów trwałych samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

¹⁰⁷ Dz.U. z 2024 r., poz. 737.

nowych systemów informatycznych dot. m.in. prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej, obsługi kadrowej, płacowej, księgowości. Opisy systemów informatycznych w Polityce rachunkowości zostaną niezwłocznie doprecyzowane i uzupełnione po wdrożeniu w jednostce systemów informatycznych, co nastąpi w najbliższym czasie.

(akta kontroli str. 51-56, 62-64 i 377-477)

2. W Polityce rachunkowości Szpitala nie ujęto szczegółowych zasad szacowania prawdopodobnych przyszłych rezerw na odszkodowania z tytułu zdarzeń medycznych i szacowania rezerw na świadczenia na rzecz pracowników.

Stosownie do art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy o rachunkowości: „Poszczególne składniki aktywów i pasywów wycenia się stosując rzeczywiście poniesione na ich nabycie (wytworzenie) ceny (koszty), z zachowaniem zasady ostrożności. W szczególności należy w tym celu w wyniku finansowym, bez względu na jego wysokość, uwzględnić: (...) 5) rezerwy na znane jednostce ryzyko, grożące straty oraz skutki innych zdarzeń.”

Tymczasem „Dane o stanie rezerw wg celu ich utworzenia na początek roku obrotowego ...” zawierają pozycje:

- 1) Rezerwy na zobowiązania: a. Rezerwa z tytułu odroczonego podatku dochodowego, b. rezerwa na świadczenie rentowe, c. pozostałe rezerwy,
- 2) Bierne rozliczenie międzyokresowe - rezerwa na świadczenie pracownicze: a. świadczenie na gratyfikacje i odprawy emerytalne, b. pozostałe świadczenia pracownicze krótkoterminowe, c. rezerwa na niefakturowane usługi, d. zobowiązania ZUS, e. zobowiązania wobec PFRON, f. VAT należny przyszły, h. rezerwa na wynagrodzenia kontrakty.

Szpital ujął te rezerwy w sprawozdaniach finansowych za 2021 r., 2022 r. i 2023 r., jednak szczegółowe metody, jakimi je wyceniono, nie posiadały odzwierciedlenia w Polityce rachunkowości.

Główna Księgowa Szpitala wyjaśniła, iż Szpital dokonuje corocznie szacowania rezerw. Ujmuje je w planach i sprawozdaniach. W wyjaśnieniach przedstawiła również praktykę ustalania i naliczania rezerw.

Tak, jak wskazano wyżej – opisane przez Główną Księgową stosowane w praktyce metody – nie zostały zapisane w Polityce rachunkowości Szpitala.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że Rozdział 5.4. Polityki rachunkowości Szpitala zatytułowany: „Wycena pozostałych aktywów i pasywów” zawiera w swej treści zapis, że: „(...) Rezerwy tworzone są na: a) pewne lub o dużym stopniu prawdopodobieństwa przyszłe straty lub zobowiązania, których kwotę można w sposób wiarygodny oszacować, a w szczególności na stratę z tytułu udzielonej gwarancji, lub skutków toczącego się postępowania sądowego”. W ocenie Szpitala zapis ten ujmuje wszystkie straty i zobowiązania, które mogą powstać w przyszłości dla Szpitala i których wartość można oszacować, w tym zapłatę odszkodowań z tytułu zdarzeń medycznych. Wymienienie w dalszej części zapisu strat z tytułu udzielonej gwarancji lub skutków toczącego się postępowania sądowego ma charakter wyłącznie przykładowy.

Niemniej mając na uwadze zastrzeżenia przekazane w trakcie kontroli Najwyższej Izby Kontroli Szpital skoryguje powyższy zapis, ujmując w nim wprost obowiązek szacowania rezerw na odszkodowania z tytułu zdarzeń medycznych.

Dyrektor wskazał, że od 3 września 2023 r. zmianie uległy zasady dochodzenia świadczeń z tytułu zdarzeń medycznych. Odszkodowania za zdarzenia medyczne, które powstały lub zostały ujawnione po tym dniu są wypłacane w formie świadczenia kompensacyjnego ze środków Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych, którego dysponentem jest Rzecznik Praw Pacjenta. Wyłączy to w niedalekiej

przyszłości możliwość dochodzenia świadczenia z tytułu zdarzenia medycznego bezpośrednio od podmiotu leczniczego.

(akta kontroli str. 51-56, 62-64 i 377-477)

3. W latach 2021, 2022 i 2023, do czasu ustalenia przez Dyrektora Szpitala planu finansowego na dany rok¹⁰⁸, w Szpitalu będącym jednostką sektora finansów publicznych, ponoszono wydatki z naruszeniem art. 44 ust 1 pkt 3 ufp. Zgodnie z tym przepisem bowiem, wydatki publiczne mogły być ponoszone na cele i w wysokościach ustalonych w planie finansowym jednostki sektora finansów publicznych¹⁰⁹.

Pomimo, iż Główna Księgowa wyjaśniła m.in, że Szpital na koniec roku poprzedzającego ustalał wstępny plan finansowy, który zatwierdzał Dyrektor i stanowił on podstawę gospodarki finansowej to jednak należy zauważyć, iż z § 9 ust. 6 Statutu Szpitala wynika, że podstawą gospodarki finansowej jest plan finansowy, w tym plan inwestycyjny, a nie „wstępny plan finansowy”.

Plany finansowe Szpitala na dany rok, na podstawie art. 48 ust. 2 pkt 2 lit. a udl, zostały zaopiniowane przez Radę Społeczną odpowiednio w terminach: 29 kwietnia 2021 r., 16 maja 2022 r. i 27 kwietnia 2023 r.

Główna Księgowa wyjaśniła, że ustawy i akty wykonawcze do tych ustaw nie określają terminu sporządzania planu finansowego przez SP ZOZ, a Wstępny plan finansowy stanowił podstawę gospodarki finansowej do czasu zaopiniowania planu finansowego przez Radę Społeczną i wprowadzenia go przez Dyrektora. Termin ten dla wszystkich SP ZOZ wskazywał podmiot tworzący – samorząd województwa pomorskiego (najczęściej kwiecień-maj).

Dyrektor wyjaśnił, że nie zwracał się do Przewodniczącego Rady Społecznej o zwołanie rady przed 1 stycznia danego roku, gdyż w terminie do końca grudnia nie dysponowałby pełnymi danymi, które ma obowiązek wyodrębnić w planie finansowym (np. przychody z umowy z NFZ, stan środków pieniężnych lub zobowiązań). Planowanie tych wartości jest obarczone wysokim błędem, nie posiadając informacji o rzeczywistym wykonaniu na dzień bilansowy, tj. ostatni dzień roku. Ponadto zwołanie Rady Społecznej w terminie do końca grudnia byłoby znacznie utrudnione ze względów organizacyjnych i wymagałoby kolejnego zwołania Rady w związku z koniecznością wprowadzenia korekt. Dyrektor podkreślił również niezależność Rady od Szpitala i jej funkcjonowanie poza przepisami udl. Nadmienił również, że wcześniejsze kontrole nie stwierdziły uchybień w tym zakresie. Urząd Marszałkowski wyznaczał termin zaopiniowania planu finansowego przez Radę Społeczną na miesiące kwiecień-maj roku budżetowego. Wstępny plan finansowy stanowił podstawę gospodarki finansowej Szpitala do czasu zaopiniowania go przez Radę Społeczną i wprowadzenia przez Dyrektora. Plan finansowy był corocznie zaopiniowany i dotychczas nie wystąpiły sytuacje, by Szpital działał bez tej opinii.

(akta kontroli str. 65-122, 194-196, 508-510 i 554)

Sekretarz Województwa – Dyrektor Generalny Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego (z upoważnienia Marszałka Województwa Pomorskiego) poinformował m.in., że podstawą gospodarki samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jest plan finansowy ustalany przez kierownika (art. 53 udl), a udl nie reguluje terminu sporządzania planu finansowego SP ZOZ. Dyrektor Szpitala prowadził gospodarkę finansową w oparciu o zatwierdzony wstępny plan finansowy. Dopiero po uwzględnieniu wszystkich wymaganych w planie finansowym danych, dyrektor Szpitala przekazuje go radzie społecznej i dlatego plan finansowy został

¹⁰⁸ Na dokumentach planistycznych nie wskazano dokładnej daty, a jedynie miesiąc: „kwiecień 2021 r.”, „kwiecień 2022 r.” i „kwiecień 2023 r.”

¹⁰⁹ Kwoty poniesionych wydatków od początku roku: do 28 kwietnia 2021 r. wyniosły 18 877 508,01 zł, do 15 maja 2022 r. – 29 668 853,98 zł i do 26 kwietnia 2023 r. – 29 038 522,40 zł.

zaopiniowany w drugim kwartale roku finansowego. Jednocześnie Sekretarz wskazał, że zgodnie z art. 48 udl podmiot tworzący zwołuje tylko pierwsze posiedzenie rady społecznej. Kolejne posiedzenia zwołuje jej przewodniczący, dlatego organ prowadzący nie wskazywał terminu posiedzeń rad społecznych dla wszystkich SP ZOZ (w tym dla Szpitala) ani nie wskazywał terminu na sporządzenie planu finansowego.

(akta kontroli str. 1634-1636)

Zdaniem NIK powyższe argumenty nie zasługują na uwzględnienie. Obowiązujące Szpital, jako jednostkę sektora finansów publicznych, przepisy art. 52 ust. 2 pkt 1 ufp, nie warunkują sporządzenia rocznego planu finansowego od posiadania pełnych danych finansowych z kończącego się roku i od zawarcia umów na nowy okres¹¹⁰. Ponadto należy dodać, iż plany finansowe na dany rok winny być ustalane w terminach umożliwiającym jednostce sektora finansów publicznych dokonywanie wydatków zgodnie z art. 44 ust. 1 pkt 3 ufp. Ewentualne zmiany w zakresie przychodów i kosztów Szpitala – już po sporządzeniu planu finansowego – wymagają dokonania w nim zmian (art. 52 ust. 3 ufp).

4. Szpital w dniu 2 stycznia 2024 r., tj. 14 dni po upływie terminu określonego na fakturze (19 grudnia 2023 r.), dokonał zapłaty zobowiązania z tytułu usługi serwisu urządzeń w kwocie 1,3 tys. zł. Stanowiła to naruszenie art. 44 ust. 3 pkt 3 ufp, zgodnie z którym wydatki publiczne powinny być dokonywane w wysokości i terminach wynikających z wcześniej zaciągniętych zobowiązań.

Przekroczenie terminu wobec jednego kontrahenta nastąpiło z uwagi na wydłużony obieg dokumentu w procedurze jego akceptacji, z uwagi na chwilową nieobecność Kierownika Gospodarczego, odpowiedzialnego za merytoryczną akceptację dokumentu. Kontrahent nie obciążył Szpitala odsetkami.

Dyrektor poinformował, że w celu uniknięcia w przyszłości podobnych zdarzeń, z Kierownikiem Gospodarczym przeprowadził rozmowę dyscyplinującą, nakazującą terminowe przekazywanie dokumentów planistycznych.

(akta kontroli str. 145-147 i 504-505)

OCENA CZĄSTKOWA

Dokumentacja opisująca przyjęte przez Szpital zasady (politykę) rachunkowości nie w pełni spełniała wymogi określone w ustawie o rachunkowości (m.in. brak opisu systemu informatycznego i zasad szacowania prawdopodobnych przyszłych rezerw na odszkodowania z tytułu zdarzeń medycznych i szacowania rezerw na świadczenia na rzecz pracowników). Podmiot leczniczy w pełni wdrożył standardy rachunku kosztów. W latach 2021, 2022 i 2023, do czasu ustalenia przez Dyrektora Szpitala planu finansowego na dany rok, ponoszono wydatki z naruszeniem art. 44 ust 1 pkt 3 ufp. Jednostka podejmowała działania w celu odzyskania należności. Szpital terminowo regulował swoje zobowiązania, jednak stwierdzono przypadek dokonania jednej płatności (1,3 tys. zł) 14 dni po terminie. W Szpitalu opracowano program naprawczy oraz podjęto działania w celu optymalizacji i restrukturyzacji działalności. Raporty o sytuacji ekonomiczno-finansowej Szpitala terminowo sporządzano i publikowano na stronie podmiotowej BIP.

¹¹⁰ Przychody - stanowią prognozy ich wielkości.

IV. Uwagi i wnioski

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

Wnioski

1. Zapewnienie świadczeniobiorcom świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w oddziałach szpitalnych: umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielania świadczenia.
2. Udzielanie świadczeń z wykorzystaniem sprzętu medycznego posiadającego dokumenty potwierdzające dokonanie aktualnych przeglądów.
3. Rzetelne przygotowywanie postępowań w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz zawieranie w umowach na udzielanie tych świadczeń wszystkich elementów wymaganych przepisami udl.
4. Zawarcie w Polityce rachunkowości wszystkich wymaganych elementów.
5. Dokonywanie wydatków na cele i w wysokościach ustalonych w planie finansowym Szpitala.

Uwagi

Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

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

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania wniosków

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

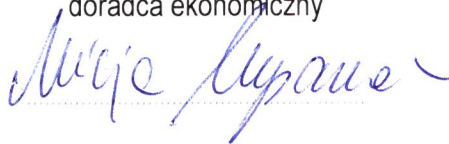
W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Gdańsk, dnia 8 lipca 2024 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Gdańsku

Kontroler

Alicja Szczepaniak
doradca ekonomiczny



Dyrektor

2 up.
p.o. WICEDYREKTOR DELEGATURY
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
w Gdańsku



