



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura w Zielonej Górze

LZG – 4101-008-03/2014  
P/14/061

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

## I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P14/061– Działalność szpitali samorządowych przekształconych w spółki kapitałowe
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Zielonej Górze
Kontrolerzy	Beata Jakubowska, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 90744 z dnia 1 lipca 2014 r.  Anna Huziej, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 90745 z dnia 1 lipca 2014 r.  [dowód: akta kontroli str. 1-4]
Jednostka kontrolowana	Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno-Kardiologiczny w Torzymiu Sp. z o.o., ul. Wojska Polskiego 52, 66-235 Torzym, REGON: 080467187, dalej Szpital lub Spółka.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Katarzyna Lebiotkowska, Prezes Zarządu Spółki od 1 kwietnia 2014 r.  Wcześniej stanowisko Prezesa Zarządu zajmowały następujące osoby: Janusz Dreczka – od 1 stycznia 2011 r. do 30 września 2013 r.; Tadeusz Smykowski – od 4 października do 23 listopada 2013 r.; Wioletta Włoczysiak – od 25 listopada 2013 r. do 31 marca 2014 r. <sup>1</sup>  [dowód: akta kontroli str. 5-10]

## II. Ocena kontrolowanej działalności

### Ocena ogólna

#### Uzasadnienie oceny ogólnej

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie<sup>2</sup>.

Sytuacja finansowa Spółki jest stabilna. Od momentu powstania, tj. 1 stycznia 2011 r. osiągała zysk, choć ulegał on systematycznemu obniżeniu (z 378,5 tys. zł do 110,3 tys. zł w 2013 r.), co spowodowane było m.in. wzrastającymi kosztami udzielania świadczeń w ramach kontraktu z Lubuskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: *LOW NFZ*) w relacji do uzyskiwanych z tego tytułu przychodów. Znacząco wzrosły koszty zatrudnienia personelu medycznego (w 2013 r. o 33,6% w odniesieniu do 2010 r. i 16,2% - do 2011 r.), co wynikało z dodatkowego zatrudnienia lekarzy i pielęgniarek. Zmalała jednak liczba personelu niemedycznego (z 67 w 2011 r. do 60 w 2014 r.). Niższe były koszty zakupu leków (w 2013 r. o 2,6% w odniesieniu do 2010 r.), w efekcie m.in. przygotowania w 2011r. nowego receptariusza szpitalnego.

W związku z utworzeniem niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej (dalej: *NZOZ*) Zarząd Spółki niezwłocznie wypełnił obowiązki rejestrowe oraz przyjął dokumenty ustrojowe regulujące tryb funkcjonowania Szpitala. Dzierżawiony przez Spółkę majątek służył udzielaniu świadczeń zdrowotnych, zgodnie z zawartymi umowami. Zapewniono nieprzerwane, ciągle udzielanie świadczeń we wszystkich zakresach

<sup>1</sup> W tym okresie członkiem Zarządu Spółki była również Urszula Kawalec – Hurny.

<sup>2</sup> Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

wcześniej oferowanych przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (dalej: SP ZOZ). Nie zmienił się w istotny sposób dostęp do świadczeń zdrowotnych. Nie stwierdzono przypadku nieuzasadnionej odmowy przyjęcia pacjenta do Szpitala.

Zatrudniony personel oraz posiadane wyposażenie spełniało określone wymogi<sup>3</sup>. Pacjenci wykazywani w rozliczeniach z LOW NFZ faktycznie byli leczeni w Szpitalu.

Kontrole zewnętrzne przeprowadzone w Szpitalu nie wykazały istotnych nieprawidłowości, a w sytuacji stwierdzenia uchybień - wnioski pokontrolne, generalnie, były przez Szpital realizowane.

Dyrektor Szpitala powołał Zespół do spraw kontroli zakażeń szpitalnych, jednak jego skład nie był zgodny z art. 15 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi<sup>4</sup>. Pozostałe, stwierdzone przez NIK, nieprawidłowości dotyczyły w szczególności: oddania w podnajem lokali mieszkalnych bez zgody Województwa Lubuskiego (dalej: *Województwo*), co było niezgodne z łączącymi Spółkę umowami; realizacji przez personel medyczny świadczeń w niższym wymiarze godzinowym niż ustalony w harmonogramie pracy stanowiącym załącznik do umowy zawartej z LOW NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz nieprzeprowadzania kontroli wewnętrznych, pomimo iż zadania te określone były w regulaminie organizacyjnym Spółki.

### **III. Opis ustalonego stanu faktycznego.**

#### **1. Przekształcenie SP ZOZ w spółkę kapitałową**

*Opis stanu faktycznego*

1.1. W dniu 24 maja 2010 r. Sejmik Województwa Lubuskiego podjął uchwałę<sup>5</sup> w sprawie utworzenia spółki prawa handlowego pod nazwą Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno-Kardiologiczny Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w Torzymiu. W uchwale stwierdzono m.in., że aktu założycielskiego Spółki dokona Województwo Lubuskie reprezentowane przez Zarząd Województwa Lubuskiego.

[dowód: akta kontroli str. 103]

W dniu 3 września 2010 r. Marszałek Województwa Lubuskiego działający w imieniu i na rzecz Województwa Lubuskiego zawiązał Spółkę, zarejestrowaną w Krajowym Rejestrze Sądowym w dniu 15 września 2010 r., której podstawowym celem działalności miało być prowadzenie przedsiębiorstwa wykonującego działalność leczniczą, pod nazwą – jak określono w uchwale Sejmiku.

W dniu 16 września 2010 r. Zarząd Spółki podjął uchwałę w sprawie utworzenia niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej pod nazwą Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno-Kardiologiczny Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Torzymiu. W tym samym dniu został przyjęty Statut Szpitala.

Wpisu do właściwego rejestru prowadzonego przez Wojewodę dokonano w dniu 7 października 2010 r. wskazując datę rozpoczęcia działalności leczniczej na dzień 1 stycznia 2011 r.

[dowód: akta kontroli str. 12, 103, 104-117, 118-124, 125-130, 131-147]

Uchwałą z dnia 28 grudnia 2010 r.<sup>6</sup> Sejmik Województwa Lubuskiego przyjął program reorganizacji w systemie ochrony zdrowia na terenie województwa lubuskiego polegający na likwidacji Lubuskiego Szpitala Specjalistycznego

<sup>3</sup> Ocena dotyczy objętych szczegółowym badaniem dwóch oddziałów: chorób płuc i rehabilitacji kardiologicznej.

<sup>4</sup> Dz. U. z 2013 r., poz. 947 ze zm.

<sup>5</sup> Nr LI/519/2010.

<sup>6</sup> Nr VI/36/10.

Pulmonologiczno-Kardiologicznego SP ZOZ w Torzymiu oraz utworzeniu spółki prawa handlowego pod firmą Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno-Kardiologiczny w Torzymiu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością<sup>7</sup>.

NZOZ zawarł z LOW NFZ umowy na wszystkie zakresy świadczeń wcześniej udzielane przez SP ZOZ z okresem obowiązywania od dnia 1 stycznia 2011 r.

[dowód: akta kontroli str. 118-124, 148-153, 188-222, 223-224]

1.2. Zgodnie z art. 18a ust. 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej<sup>8</sup> (dalej: *ustawa o zoz*), Regulamin Porządkowy ustalił w dniu 21 września 2010 r. Dyrektor Szpitala. Regulamin Porządkowy określał wszystkie elementy wymienione w art. 18a ust. 1a ustawy o zoz.

Zagadnienia dotyczące Regulaminu Organizacyjnego zostały opisane w pkt 2.1 wystąpienia pokontrolnego.

[dowód: akta kontroli str. 72-93]

1.3. W dniu 16 września 2010 r. umowę dzierżawy, obejmującą swym przedmiotem nieruchomości oraz ruchomości, w imieniu SP ZOZ zawarł Pełnomocnik SP ZOZ - na czas określony, tj. do zakończenia likwidacji SP ZOZ.

Następnie, po zakończeniu likwidacji, Województwo Lubuskie<sup>9</sup> majątek ruchomy oddało Spółce w bezpłatne użytkowanie, a nieruchomości wydzierżawiło.

Majątek ruchomy został Spółce użyczony, w celu bezpłatnego używania na cele związane z prowadzeniem działalności leczniczej oraz ochrony zdrowia. Objęty szczegółową analizą sprzęt, tj. dwa aparaty stacjonarne RTG<sup>10</sup>, służył w NZOZ udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Aparaty wykorzystywane były w Pracowni Diagnostyki Obrazowej.

Według stanu na miesiąc styczeń 2014 r.<sup>11</sup> dzierżawione przez Spółkę nieruchomości służyły udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Opłaty za dzierżawę, wynikające z faktur wystawionych przez SP ZOZ w likwidacji, w żadnym przypadku nie zostały przez Spółkę uregulowane terminowo. Opłaty za okres od sierpnia 2011 r. do kwietnia 2014 r. w łącznej kwocie 1.703.389 zł regulowane były terminowo, poza miesiącami: październik-grudzień 2011 r. oraz maj 2013 r., za które Spółka zapłaciła z jednodniowym opóźnieniem. Opłaty z tytułu czynszu oraz związane z bieżącym korzystaniem z dzierżawionego majątku Spółka regulowała w należytym wysokości.

[dowód: akta kontroli str. 225-310, 311-315, 653]

W dniu 30 kwietnia 2014 r. Województwo wniosło aportem do Spółki część wcześniej dzierżawionych nieruchomości wraz ze składnikami mienia ruchomego o łącznej wartości 27.516.010 zł<sup>12</sup>.

[dowód: akta kontroli str. 316-331, 332-336, 822]

<sup>7</sup> W dniu 7 listopada 2011 r. Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego zawarł z Ministrem Zdrowia umowę o udzielenie dotacji celowej dla jednostek samorządu terytorialnego na zadania własne z zakresu polityki rozwoju nieujęte w kontraktach wojewódzkich w ramach realizacji Programu wieloletniego „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”. Wysokość dotacji wyniosła 1.513.173,44 zł. W załączniku do umowy wskazano szczegółowy zakres zadań do realizacji, tj. dofinansowanie spłaty zobowiązań przejętych po zlikwidowanym LSPK SP ZOZ w Torzymiu.

<sup>8</sup> Dz.U. z 2007 r., Nr 14 poz. 89 ze zm.

<sup>9</sup> Umowy z dnia 12 sierpnia 2011 r., 16 grudnia 2011 r. oraz 5 listopada 2013 r.

<sup>10</sup> Wartość brutto aparatów wynosiła 803.380 zł, co stanowiło 14% ogółu wartości środków trwałych ruchomych.

<sup>11</sup> Data sporządzenia operatów szacunkowych na okoliczność wniesienia tych nieruchomości aportem do Spółki.

<sup>12</sup> Województwo Lubuskie wniosło aportem do Spółki nieruchomości o powierzchni 9,0071 ha, co stanowi 63% nieruchomości użytkowanych przez SP ZOZ. Wg stanu na dzień 2 września 2014 r. Spółka nie dzierżawi od Województwa Lubuskiego żadnego majątku.

1.4. Otwarcie likwidacji Lubuskiego Szpitala Specjalistycznego Pulmonologiczno-Kardiologicznego SP ZOZ w Torzymiu ustalono na dzień 1 lipca 2010 r.<sup>13</sup>, natomiast zakończenie czynności likwidacyjnych na dzień 30 czerwca 2011 r. Zakończenie działalności medycznej przewidziano na 31 grudnia 2010 r.

Od momentu powstania do dnia 30 kwietnia 2014 r. Spółka dzierżawiła środki trwałe. Spółka nie naliczała odpisów amortyzacyjnych od dzierżawionych środków. Koszty amortyzacji środków trwałych obciążały likwidowany SP ZOZ do momentu jego likwidacji, tj. 30 czerwca 2011 r. W okresie po likwidacji do 30 kwietnia 2014 r. koszty amortyzacji środków trwałych wykorzystywanych przez Spółkę ponosiło Województwo<sup>14</sup>.

W latach 2007-2010 Szpital nie ponosił strat, wynik finansowy był dodatni, i tak: w roku 2007 wyniósł 2.643.391 zł, w 2008 r. – 831.209 zł, w 2009 r. – 1.115.195 zł, w 2010 r. – 28.774 zł. Strata netto wystąpiła za okres I półrocza 2011 r., w wysokości 1.238.466 zł (okres, w którym SP ZOZ w likwidacji nie udzielał świadczeń zdrowotnych).

W myśl §4 uchwały Sejmiku z dnia 30 marca 2010 r., wszelkie zobowiązania, należności i prawa Szpitala, z dniem zakończenia likwidacji, stały się odpowiednio zobowiązaniami, należnościami i prawami Województwa Lubuskiego. Województwo przejęło zobowiązania SP ZOZ-u w łącznej wysokości 8.821.300 zł, z czego największe były wobec Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (1.495.908 zł) oraz Województwa Lubuskiego (4.802.500 zł)<sup>15</sup>.

[dowód: akta kontroli str. 148-153, 332-334, 336, 345-356, 357-358, 664-669]

1.5. Nieodpłatne użytkowanie nieruchomości na rzecz SP ZOZ zostało ustanowione na czas nieoznaczony umową użytkowania z dnia 18 listopada 1998 r. Zgodnie z uchwałą Sejmiku z dnia 30 marca 2010 r. do czynności likwidatora należało m.in. przekazanie mienia na rzecz Województwa Lubuskiego z dniem zakończenia likwidacji. Przekazanie nieruchomości przez likwidatora SP ZOZ do zasobów Województwa nastąpiło umową przekazania majątku i dokumentacji w dniu 12 sierpnia 2011 r., według stanu na dzień 30 czerwca 2011 r.

[dowód: akta kontroli str. 359-365, 366-375]

Na podstawie zawartych z Województwem umów dzierżaw nieruchomości Spółka do 5 maja 2014 r. zapłaciła czynsz w łącznej kwocie 1.703.389 zł<sup>16</sup> oraz odsetki w łącznej wysokości 31,33 zł z tytułu opóźnień w regulowaniu opłat za dzierżawione nieruchomości, co szczegółowo opisano w pkt 1.3 wystąpienia pokontrolnego.

[dowód: akta kontroli str. 313-314]

1.6. Inwentaryzację majątku likwidowanego SP ZOZ przeprowadzono na dzień 30 czerwca 2010 r. oraz 31 grudnia 2010 r. Na dzień zakończenia likwidacji, jak wynika z informacji uzyskanej w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Lubuskiego (dalej: *UMWL*), inwentaryzacja przeprowadzona została w sposób niezgodny z przepisami ustawy o rachunkowości, ponieważ Likwidator nie dokonał wiarygodnej inwentaryzacji drogą spisu z natury, a co za tym idzie wyceny i porównania wartości z danymi z ksiąg rachunkowych oraz wyjaśnienia i rozliczenia ewentualnych różnic. W związku z powyższym Województwo powołało zespół do przeprowadzenia spisu mienia ruchomego zlikwidowanego SP ZOZ umożliwiający

<sup>13</sup> Uchwała nr XL VIII/478/2010 Sejmiku Województwa Lubuskiego z dnia 30 marca 2010 r. w sprawie likwidacji LSSPK SP ZOZ w Torzymiu.

<sup>14</sup> W następujących kwotach: 72.917 zł w 2011 r., 835.443 zł w 2012 r. oraz 799.745 zł w 2013 r.

<sup>15</sup> Z tytułu pożyczki udzielonej przez Województwo w dniu 19 listopada 2007 r.

<sup>16</sup> W 2011 r. uiszczono 502.851 zł, w 2012 r. – 598.538 zł, w 2013 r. – 615.679 zł, 2014 (30.04) r. – 206.838 zł.

przejęcie ww. mienia do zasobów Województwa, a następnie przekazanie go spółce. Spis przeprowadzono w dniach 15-22 lipca 2011 r.

[dowód: akta kontroli str.337-356]

1.7. Na podstawie umowy z dnia 12 sierpnia 2011 r. w sprawie przekazania majątku i dokumentacji Likwidator SP ZOZ przekazał Województwu należności według stanu na dzień zamknięcia likwidacji tj. 30 czerwca 2011 r., zgodnie z wykazem, na łączną kwotę 248.396 zł. W związku z przedstawieniem przez Prezesa Spółki dodatkowych dokumentów w marcu 2012 r. zmienił się stan należności przejęty po SP ZOZ w ten sposób, że wzrósł do kwoty 331.886 zł. Z informacji uzyskanej w UMWL wynika, że Departament Ochrony Zdrowia nadal prowadził windykację trzech należności w łącznej kwocie 41.813 zł.

Ponadto, jak wynika z informacji, w księgach rachunkowych Województwa zaksięgowana jest należność przypadająca od Województwa w ramach Lubuskiego Regionalnego Programu Operacyjnego w wysokości 169.755 zł, ponieważ w wyniku likwidacji Lubuskiego Szpitala Specjalistycznego Pulmonologiczno-Kardiologicznego SP ZOZ w Torzymiu, prawa i obowiązki Beneficjenta projektów pn.: *Termomodernizacja budynków 2, 3, 4 oraz 23 Lubuskiego Szpitala Specjalistycznego Pulmonologiczno-Kardiologicznego SP ZOZ w Torzymiu z przeznaczeniem na oddziały szpitalne, izbę przyjęć i pracownie diagnostyczne*<sup>17</sup> oraz *Modernizacja pracowni diagnostyki obrazowej, wymiana sprzętu i adaptacja pomieszczeń*<sup>18</sup>, przeszły na Województwo Lubuskie.

W celu zakończenia ww. zadań poprzez m.in. zapewnienie środków finansowych na prace wewnątrz budynków Szpitala, Departament Ochrony Zdrowia UMWL podjął działania związane z przekazaniem aportem mienia do Spółki. W dniu 30 kwietnia 2014 r. Województwo wniosło wkład niepieniężny (aport) w postaci własności nieruchomości i ruchomości do Spółki. Po podpisaniu aneksu wskazującego nowego beneficjenta projektu dofinansowanego ze środków unijnych pn. *Termomodernizacja Budynków nr 2, 3, 4 i 23 Lubuskiego Szpitala Specjalistycznego Pulmonologiczno-Kardiologicznego SP ZOZ w Torzymiu z przeznaczeniem na oddziały szpitalne, dział przyjęć i pracownie diagnostyczne*, Departament Ochrony Zdrowia wystąpi do Departamentu Finansów UMWL o wyksięgowanie należności w wysokości 169.755 zł<sup>19</sup>.

[dowód: akta kontroli str. 337-356, 412-415, 784-821]

Ustalone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

Opłaty za dzierżawę wynikające z siedmiu faktur wystawionych przez SP ZOZ w likwidacji za okres styczeń-czerwiec 2011 r. w łącznej kwocie 220.518 zł w żadnym przypadku nie zostały przez Spółkę uregulowane terminowo, a opóźnienia sięgały od jednego do 43 dni. SP ZOZ w likwidacji nie obciążył Spółki odsetkami za zwłokę. Natomiast opłaty wynikające z faktur wystawionych przez Województwo za miesiąc październik-grudzień 2011 r. oraz maj 2013 r. w łącznej kwocie 118.387 zł Spółka uregulowała z jednodniowym opóźnieniem. Z tego tytułu zapłacono odsetki w kwocie 31,33 zł.

[dowód: akta kontroli str. 225-310, 311-315, 653]

<sup>17</sup> Nr RPLB.03.02.00.08-011/09.

<sup>18</sup> Nr RPLB.04.01.01-08-001/09.

<sup>19</sup> Wg stanu na 2 września 2014 r. Spółka złożyła wniosek o zmianę beneficjenta wymienionych projektów, trwa procedura przygotowania umowy.

Były Prezes Spółki wyjaśnił, że opłaty za dzierżawę wynikające z zawartych umów były warunkowane możliwościami finansowymi Spółki, ponadto pierwsze miesiące działalności były bardzo trudne także w związku z panującymi warunkami atmosferycznymi. Zima na przełomie 2010 i 2011 r. spowodowała zwiększenie kosztów związanych z ogrzewaniem i zużyciem energii elektrycznej oraz wydatków wynikających z koniecznych napraw zniszczeń wyrządzonych przez warunki pogodowe w styczniu 2011 r. w budynkach szpitalnych.

[dowód: akta kontroli str. 657-660]

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym obszarze.

## 2. Sytuacja finansowa szpitala

Opis stanu faktycznego

2.1. W 2010 r.<sup>20</sup> przychody z realizacji umów podpisanych z NFZ stanowiły 94,7% przychodów Szpitala ogółem, natomiast przychody ze sprzedaży świadczeń medycznych na zasadach komercyjnych stanowiły 2,9 % wszystkich przychodów. Źródłem przychodów były ponadto m.in. dzierżawa nieruchomości i mienia ruchomego, odsprzedaż mediów.

[dowód: akta kontroli str. 523-535]

W latach 2011-2014 (30 kwietnia) podstawowym źródłem przychodów Spółki była realizacja umów zawartych z NFZ (przychody z tego tytułu stanowiły od 95,9% do 96,9% przychodów ogółem). Przychody ze sprzedaży świadczeń medycznych na zasadach komercyjnych w 2011 r. wynosiły 332,9 tys. zł; w 2012 roku wzrosły do 540,6 tys. zł (o 62,4%); a w 2013 r. wyniosły 529,8 tys. zł (wyższe o 59,1% od uzyskanych w 2011 r.). Przychody te stanowiły od 2,3 do 3,7% przychodów ogółem<sup>21</sup>. Źródłami przychodów były poza tym m.in. wynajem powierzchni szpitalnych innym podmiotom lub osobom fizycznym<sup>22</sup> oraz odpłatne wydawanie odpisów dokumentacji medycznej<sup>23</sup>.

W SP ZOZ nie określono zasad odpłatnego wydawania odpisów dokumentacji medycznej. W 2010 r. taką opłatę pobrano jednorazowo, a jej wysokość ustalono na podstawie ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>24</sup> (dalej: *ustawa o prawach pacjenta*).

[dowód: akta kontroli str. 332-336, 338-415]

Wysokość opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej została określona w regulaminie porządkowym obowiązującym od 21 września 2010 r., a następnie w uchwale<sup>25</sup> Zarządu Spółki z dnia 1 kwietnia 2011 r. Z dniem 3 lutego 2012 r. w Szpitalu wprowadzono regulamin organizacyjny<sup>26</sup>, w którym określono wysokość ww. opłat, co było zgodne z przepisem art. 24 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>27</sup>.

Wysokość opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej określona uchwałą zarządu Spółki z dnia 1 kwietnia 2011 r.; zarządzeniem Dyrektora z dnia

<sup>20</sup> Ostatni rok prowadzenia działalności leczniczej przez SP ZOZ.

<sup>21</sup> Informacje dotyczące poszerzenia działalności Szpitala o świadczenia medyczne komercyjne zawarto w wyjaśnieniach Prezesa Spółki w pkt 2.11 wystąpienia pokontrolnego.

<sup>22</sup> Od 0,4 tys. zł do 3,7 tys. zł.

<sup>23</sup> Od 0,4 tys. zł do 1,5 tys. zł.

<sup>24</sup> Dz. U. z 2012 r., poz. 159 ze zm.

<sup>25</sup> Uchwała numer 13/2011.

<sup>26</sup> Zmiany w cenniku wprowadzone od 1 września 2012 r., 3 stycznia 2013 r. i 16 września 2013 r.

<sup>27</sup> Dz. U. z 2013 r., poz. 217 ze zm.

3 lutego 2012 r. oraz zatwierdzona uchwałą numer 10/2012 Nadzwyczajnego Zgromadzenia Wspólników z dnia 2 sierpnia 2012 r. nie przekraczała wielkości określonej w art. 28 ust. 4 ustawy o prawach pacjenta.

[dowód: akta kontroli str. 543-544, 548-551, 615, 649-652]

2.2. W zakresie wdrożenia systemów informatycznych, pozwalających na prowadzenie i wymianę dokumentacji medycznej w formie elektronicznej pomiędzy podmiotami prowadzącymi działalność leczniczą, Prezes Zarządu wyjaśniła, że: „Szpital od strony infrastrukturalnej jest w części przygotowany na wdrożenie systemu informacji medycznej, posiada również stosowne oprogramowanie, które po uruchomieniu odpowiednich modułów pozwoli na realizację wymiany dokumentacji zgodnie z wymogami ustawowymi”. Jednak z uwagi na zaplanowany remont i modernizację głównego obiektu Szpitala, obejmujący swym zakresem także rozwój infrastruktury informatycznej zgodnej z wymaganiami przepisów prawa, zakupu przedmiotowych modułów jeszcze nie dokonano. „Do dnia 31 lipca 2017 roku tj. do dnia, w którym zgodnie z ustawą z dnia 26 czerwca 2014 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia dokumentacja medyczna może być prowadzona w postaci papierowej lub elektronicznej, Szpital będzie kompleksowo przygotowany do obowiązku prowadzenia dokumentacji w formie elektronicznej”.

[dowód: akta kontroli str. 19-31]

2.3. Spółka nie uzyskiwała środków publicznych, o których mowa w art. 114 ustawy o działalności leczniczej.

[dowód: akta kontroli str. 537-542]

2.4. W SP ZOZ w 2010 r. koszty udzielania świadczeń finansowanych przez NFZ były wyższe od przychodów uzyskanych z tego tytułu o 513 tys. zł.

[dowód: akta kontroli str. 337-415]

W 2011 r. przychody uzyskane przez Spółkę ze sprzedaży świadczeń NFZ były wyższe od poniesionych kosztów ich udzielania o 131,7 tys. zł. W latach 2012-2013 koszty udzielenia świadczeń NFZ były wyższe od przychodów uzyskanych z tego tytułu o, odpowiednio, 260,8 tys. zł i 380,2 tys. zł, a w 2014 r. (do 30 kwietnia) o 261,8 tys. zł.

[dowód: akta kontroli str. 19-31]

W 2010 roku SP ZOZ osiągnął zysk netto w kwocie 28,8 tys. zł, a za I półrocze 2011 r. poniósł stratę netto w kwocie 1.238,5 tys. zł. Od 1 stycznia 2011 r. SP ZOZ nie uzyskiwał przychodów z działalności medycznej.

[dowód: akta kontroli str. 338-415, 523-535]

W latach 2011-2013 zysk netto Spółki wynosił odpowiednio: 378,5 tys. zł; 179,8 tys. zł i 110,3 tys. zł. Z powyższych danych wynika, że zysk netto Spółki ulegał systematycznemu obniżeniu w latach 2011-2013 (w 2012 r. zysk netto spadł w stosunku do 2011 r. o 52,5%; a w 2013 r. zysk netto był niższy o 70,9% od zysku osiągniętego w 2011 roku). Zysk netto osiągnięty przez Spółkę w 2013 roku był prawie czterokrotnie wyższy (3,8 razy) od zysku netto wypracowanego przez Szpital w 2010 roku. Za okres od stycznia do kwietnia 2014 r. Spółka poniosła stratę w kwocie 137,8 tys. zł<sup>28</sup>.

[dowód: akta kontroli str.488-497]

---

<sup>28</sup> Za lata 2011-2013 łączna wartość odpisów amortyzacyjnych wyniosła 1.708 tys. zł, a łączna wartość opłat z tytułu dzierżawy nieruchomości wyniosła 1.717 tys. zł.

Prezes Spółki wyjaśniła, że główną przyczyną ujemnego wyniku finansowego w w/w okresie było wykonanie świadczeń medycznych ponad limit<sup>29</sup> (co spowodowało poniesienie wyższych kosztów) określony w umowach zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia z powodu większego zapotrzebowania pacjentów na te świadczenia. Przyczyną takiej sytuacji jest fakt, że NFZ na początku roku kontraktuje świadczenia medyczne na poziomie niższym od rzeczywiście wykonanych w poprzednim roku. Za świadczenia wykonane ponad limit Szpital nie otrzymuje zapłaty na bieżąco, natomiast są one rozliczane w ciągu roku, na wniosek Szpitala o zapłatę nadwykonań. Po pozytywnym rozpatrzeniu przez NFZ wniosków Zarządu o zapłatę nadwykonań oraz w efekcie podjętych działań oszczędnościowych, Spółka za I półrocze 2014 roku osiągnęła dodatni wynik finansowy.

Za I półrocze 2014 r. wynik finansowy brutto Spółki był dodatni i wynosił 19 tys. zł.

[dowód: akta kontroli str. 19-31, 41-42]

W SP ZOZ w 2010 roku przychody ogółem wynosiły 13.321,7 tys. zł., a koszty ogółem 13.292,9 tys. zł, w tym przychody ze sprzedaży świadczeń NFZ 12.616,6 tys. zł. Koszty udzielonych świadczeń zdrowotnych wyniosły 13.129,6 tys. zł i stanowiły 98,8% kosztów ogółem. Koszty zatrudnienia personelu medycznego wynosiły 5.703 zł, a koszty zakupu leków - 1.545,4 tys. zł i stanowiły, odpowiednio, 43,4% i 11,6% kosztów udzielania świadczeń zdrowotnych.

[dowód: akta kontroli str. 332, 335, 523, 525]

Przychody ogółem wynoszące w Spółce w 2011 r. 14.279,3 tys. zł wzrosły w latach 2012-2013 odpowiednio, o 1,5 i 4,9%, w tym przychody ze sprzedaży świadczeń NFZ w 2011 r. 13.798,7 tys. zł wzrosły w latach 2012-2013 odpowiednio o: 0,7 i 4,2%.

[dowód: akta kontroli str. 536]

Natomiast koszty ogółem wynoszące w 2011 r. 13.763,2 tys. zł w latach 2012-2013 wzrosły odpowiednio, o 3,6 i 7,8%. Koszty udzielonych świadczeń zdrowotnych w 2012 roku wzrosły w stosunku do 2011 r. o 3,6%; a w 2013 r. stanowiły 107,9% kosztów udzielania tych świadczeń poniesionych w 2011 r. Koszty zatrudnienia personelu medycznego wynosiły w 2011 r. 6.558,3 tys. zł i wzrosły w 2012 r. w stosunku do 2011 r. o 5,9%; a w 2013 r. były wyższe o 16,2% od poniesionych w 2011 r. (liczba personelu medycznego wzrosła ze 111 w 2011 r. do 118 w 2012 r. i 125 w 2013 r.). Koszty zakupu leków w 2011 r. wynosiły 1.475,8 tys. zł i spadły w 2012 r. o 4%; a w 2013 r. były wyższe od poniesionych w 2011 roku o 2%.

[dowód: akta kontroli str. 488-497, 569]

Przychody ogółem uzyskane przez Spółkę w 2013 r. były wyższe od przychodów SP ZOZ w 2010 r. o 12,4%, a koszty o 11,6%. Przychody ze sprzedaży świadczeń NFZ uzyskane przez Spółkę w 2013 roku były wyższe od uzyskanych przez SP ZOZ w 2010 roku o 9,4%. Koszty zatrudnienia personelu medycznego w Spółce w 2013 r. były wyższe od kosztów ponoszonych przez SP ZOZ o 33,6%; a liczba zatrudnionych osób była w tym okresie wyższa w Spółce o 28,9%. Koszty zakupu leków w Spółce w 2013 roku były niższe o 2,6% od kosztów zakupu leków w SP ZOZ.

[dowód: akta kontroli str. 332, 335, 498, 523, 525, 536, 569]

<sup>29</sup> Wykonanie wszystkich umów zawartych z NFZ przekroczone w I kw. 2014 r. łącznie o 214 tys. zł.

Zobowiązania wymagalne Szpitala wynosiły na dzień 31.12.2010 r. – 2.041,3 tys. zł; a na dzień zakończenia likwidacji 6.640,1 tys. zł. Podmiot tworzący Spółkę przejął zobowiązania w łącznej kwocie 8.821,3 tys. zł<sup>30</sup>.

[dowód: akta kontroli str. 523-535]

W 2011-2014 (30 kwietnia) Spółka nie posiadała zobowiązań wymagalnych.

[dowód: akta kontroli str. 488-497]

W latach 2011-2014 Spółka zawarła osiem umów najmu lokali mieszkalnych i jedną umowę najmu lokalu handlowo – usługowego. Zawarcie trzech umów najmu lokali mieszkalnych nastąpiło bez wymaganej zgody wydzierżawiającego.

[dowód: akta kontroli str. 225-228, 232-237, 262-271, 570-601]

Należności za wykonane usługi medyczne od osób nieubezpieczonych w łącznej kwocie 6,4 tys. zł<sup>31</sup> zostały uregulowane w całości.

[dowód: akta kontroli str. 339, 349, 602]

2.5. W zakresie odprowadzania zaliczek na podatek dochodowy od osób prawnych od nadwykonań Prezes Zarządu wyjaśniła, że zaliczki te są odprowadzane od przychodów zafakturowanych. Sposób w jaki NFZ rozlicza się ze świadczeniodawcami nie pozwala na rozliczenie jakichkolwiek świadczeń przed uznaniem ich przez NFZ. Sam fakt wykonania usługi nie jest podstawą do jej zafakturowania. Plan rzeczowo-finansowy, który jest załącznikiem do każdej zawartej umowy z NFZ przewiduje rozliczenie w ramach zawartej umowy do wysokości 1/12 kontraktu rocznego narastająco, co w rezultacie nie pozwala na rozliczenie usług powyżej wartości kontraktu w danym miesiącu. Możliwość rozliczenia wykonanych usług powyżej limitu określonego w umowie daje natomiast renegotjacja w trakcie roku zawartych umów, co w rezultacie powoduje zwiększenie od dnia podpisania aneksu wartości możliwych do wykonania punktów miesięcznych, a co za tym idzie zwiększenia przychodów w miesiącu, w którym podpisano aneks, a nie w miesiącu w którym przychody zostały wypracowane.

[dowód: akta kontroli str. 19-31, 701-711]

2.6. W 2010 r. koszty udzielonych przez SP ZOZ świadczeń zdrowotnych stanowiły 98,8% kosztów ogółem (w tym koszty zatrudnienia personelu medycznego stanowiły 43,4%, a koszty zakupu leków 11,8%).

[dowód: akta kontroli str. 332-415]

W latach 2011-2013 koszty udzielonych przez Spółkę świadczeń zdrowotnych stanowiły od 99,7% do 99,8% kosztów ogółem (w tym koszty zatrudnienia personelu medycznego stanowiły od 47,8% do 51,4 %, a koszty zakupu leków stanowiły od 10 do 10,8%).

Na dzień 30 kwietnia 2014 r. koszt udzielanych świadczeń zdrowotnych stanowiły 99,9% kosztów ogółem (w tym 49,9 % stanowiły koszty zatrudnienia personelu medycznego, a 9,8% koszt zakupu leków).

[dowód: akta kontroli str. 569]

---

<sup>30</sup> Na dzień 30 czerwca 2011 r. SP ZOZ posiadał zobowiązania w łącznej kwocie 8.821,3 tys. zł (zobowiązania długoterminowe – 1.691,5 tys. zł i zobowiązania krótkoterminowe – 7.129,8 tys. zł), w tym zobowiązania wymagalne 6.640,1 tys. zł.

<sup>31</sup> 2012 r. – 5,1 tys. zł; 2013 r. – 1,3 tys. zł. W latach 2010 – 2011 i 2014 (do 30 kwietnia) nie występowały należności za usługi medyczne od osób nieubezpieczonych.

2.7. W 2010 roku w SPZOZ zatrudnione były łącznie 162 osoby, w tym personel lekarski 12 osób (w tym siedem na kontrakcie), personel pielęgniarski 66 osób, pozostały personel medyczny 19 osób, personel niemedyczny 65 osób.

[dowód: akta kontroli str. 337-415]

Liczba osób zatrudnionych w Szpitalu w latach 2011-2013 wzrosła ze 178 do 187, natomiast na dzień 30 kwietnia 2014 r. wynosiła 176 osób.

Liczba personelu lekarskiego wzrosła z 22 w 2011 r. do 27 w 2013 r.; a w 2014 roku (na dzień 30 kwietnia) zmalała do 26<sup>32</sup>. Liczba pielęgniarek zatrudnionych przez Spółkę wzrosła z 69 w 2011 roku do 77 w 2013 r., a na dzień 30 kwietnia 2014 r. zatrudnionych było 70 pielęgniarek<sup>33</sup>. W kontrolowanym okresie malała liczba pielęgniarek w wieku 31-40 lat<sup>34</sup> i 41-50<sup>35</sup>; a rosła liczba pielęgniarek w wieku 51-60 lat<sup>36</sup>. Liczba pozostałego personelu medycznego wynosiła w latach 2011, 2012 i 2014 - 20 osób; a w 2013 r. 21 osób. Liczba personelu niemedycznego zmalała z 67 w 2011 r. do 60 w 2014 roku.

Struktura zatrudnienia nie ulegała znacznym zmianom (personel lekarski stanowił około 14% ogółu zatrudnionych; pielęgniarski około 40%; pozostały personel medyczny – około 11%; a pozostały personel – około 35%).

[dowód: akta kontroli str. 488-497, 603]

2.8. SP ZOZ prowadził rachunek kosztów udzielania poszczególnych procedur medycznych. Po dokonaniu analizy SP ZOZ zrezygnował z przystąpienia do konkursu na udzielanie świadczeń z zakresu rehabilitacji ambulatoryjnej, ponieważ stwierdzono, że jest to świadczenie nierentowne.

[dowód: akta kontroli str. 337-415, 523-535]

Prezes Zarządu wyjaśniła, że od 2012 r. Spółka prowadzi pełen rachunek kosztów i posiada wiedzę nt. rentowności udzielanych świadczeń finansowanych przez NFZ. Jednakże nie jest to podstawa do ustalania cen za świadczone usługi medyczne w ramach zawartych umów z NFZ. Obecny sposób płacenia za świadczenia medyczne, narzucony przez NFZ, polega na przyjęciu bądź odrzuceniu proponowanych cen za wykonywane usługi medyczne przez podmioty prowadzące działalność medyczną. „Odrzucenie takie jest jednak równoznaczne z brakiem podpisania jakiegokolwiek umowy z tą instytucją, która do dzisiaj jest traktowana jako jedyne realne źródło finansowania świadczeń medycznych w Polsce w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. NFZ jest w tym zakresie monopolistą, który dyktuje swoje warunki finansowe, nie uwzględniając rzeczywistych kosztów udzielania świadczeń medycznych przez Szpital”.

[dowód: akta kontroli str. 19-31]

2.9. W SP ZOZ obowiązywał Receptariusz szpitalny z dnia 1 grudnia 1994 r.

Wśród działań mających na celu obniżenie kosztów działalności przez SP ZOZ, w informacji uzyskanej z UMWL, wskazano m.in.: opracowanie listy badań wysokokosztowych, wniosków na ich wykonywanie i systemu ich zatwierdzania, racjonalizację zasobów apteczek oddziałowych we współpracy z apteką szpitalną, opracowanie systemu monitoringu długości hospitalizacji na oddziałach rozliczanych

<sup>32</sup> Liczba osób wykonujących pracę na podstawie kontraktu wzrosła z 17 w 2010 r. do 21 w 2013 roku, a na 30 kwietnia 2014 r. wynosiła 19 osób.

<sup>33</sup> Liczba pielęgniarek wykonujących pracę na podstawie kontraktu wynosiła w latach 2011-2013, odpowiednio, 2, 4 i 10; a w 2014 r. żadna z pielęgniarek nie wykonywała pracy na podstawie kontraktu.

<sup>34</sup> W 2011 roku stanowiły one 17,4% ogółu zatrudnionych pielęgniarek, a w 2014 roku (30 kwietnia) – 8,6%.

<sup>35</sup> W 2011 r. stanowiły one 44,9 % ogółu zatrudnionych pielęgniarek, a na dzień 30 kwietnia 2014 r. 37,1%.

<sup>36</sup> W 2011 r. stanowiły one 33,3% ogółu zatrudnionych pielęgniarek, a na dzień 30 kwietnia 2014 r. 52,8%.

w systemie procedur oraz kontrolę efektywności wykorzystania łóżek na oddziałach rozliczanych w systemie osobodni.

[dowód: akta kontroli str. 337-415, 523-535, 663-676]

Receptariusz szpitalny w układzie ATC (anatomiczno-chemiczno-terapeutycznym) został wprowadzony w Spółce z dniem 1 marca 2011 r. Receptariusz zawierał m.in. takie załączniki jak: wniosek o zmianę w szpitalnej liście leków, wniosek o zamówienie leku spoza szpitalnej listy leków, wniosek o lek sprowadzany. Dopisanie nowego leku, modyfikacja leku już wpisanego lub skasowanie całej pozycji następuje na wniosek lekarza szpitala. Wniosek taki po potwierdzeniu przez ordynatora oddziału lub kierownika przychodni jest kierowany do Komitetu Terapeutycznego. Zastosowanie leków nie zawartych w kwestionariuszu jest możliwe dopiero po uzyskaniu zgody Komitetu Terapeutycznego. W Szpitalu został powołany Komitet Terapeutyczny, którego celem było opracowanie Receptariusza<sup>37</sup>.

Z wyjaśnień Pani Prezes wynikało, że ten sam Komitet dokonywał zmian w Receptariuszu. Każdą zmianę traktowano jako opracowanie Receptariusza na nowo, dlatego też „było oczywiste, że Komitet Terapeutyczny powołany przedmiotowym zarządzeniem, będzie w zależności od potrzeb, pracował nad jego uaktualnianiem”.

[dowód: akta kontroli str. 519-522, 604-614]

Wśród innych działań podejmowanych w celu ograniczenia kosztów działalności, w tym kosztów jednostkowych, Prezes Zarządu wskazała:

a) działania mające na celu ograniczenie kosztów działalności medycznej: przygotowanie na początku 2011 r. nowego receptariusza szpitalnego, w którym w sposób znaczący, zmodyfikowano zarówno same pozycje lekowe, jak i sposób zamawiania pozycji spoza receptariusza, opracowanie listy badań wysokokosztowych oraz wniosków na ich wykonywanie, racjonalizacja zasobów apteczek oddziałowych we współpracy z apteką szpitalną, opracowanie systemu monitoringu długości hospitalizacji na oddziałach, rozliczanych w systemie procedur oraz kontrola efektywności wykorzystania łóżek na oddziałach rozliczanych w systemie osobodni, opracowanie zasad efektywnej współpracy między oddziałami i poradniami,

b) działania mające na celu ograniczenie pozostałych kosztów, m.in. kosztów ogrzewania (np. poprzez ustawienie minimalnej temperatury ogrzewania w budynku administracji w dniach wolnych od pracy, wymianę okien i dachu w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym, stały nadzór nad automatyczną regulacją kotłowni gazowej w celu optymalnego ustawienia parametrów), kosztów energii elektrycznej (w tym poprzez obniżenie ceny energii w wyniku renegotjacji umowy z dostawcą),

c) działania w zakresie racjonalizacji kosztów osobowych:

- reorganizacja zatrudnienia w Dziale Administracyjno-Gospodarczym (utworzenie stanowiska Dyrektora ds. administracyjno – gospodarczych i przypisanie mu zakresu zadań zlikwidowanego stanowiska kierownika ds. administracyjno-gospodarczych oraz likwidacja czterech stanowisk pracy),
- rozwiązanie umów zlecenia w zakresie dozoru obiektów będących w posiadaniu Spółki oraz kierowania ambulansami i innymi pojazdami i powierzenie wykonywania tych zadań ratownikom medycznym,
- obniżenie stawki wynagrodzenia za 1 godzinę pracy ratowników medycznych (z 18 zł na 15 zł),

<sup>37</sup> Zarządzeniem wewnętrznym numer 19/II/2011 z dnia 14 lutego 2011 r.

- zmniejszenie liczby zatrudnionych sekretarek medycznych (z ośmiu do sześciu) oraz likwidacja stanowiska sekretarki w Biurze Zarządu i powierzenie wykonywanych przez nią zadań kierownikowi Biura,
- ograniczenie dyżurów pielęgniarskich pełnionych na podstawie umów zleceń (o 391 godzin).

[dowód: akta kontroli str. 19-31]

W ocenie Pani Prezes ww. działania mające na celu obniżenie kosztów działalności nie wpłynęły na pogorszenie jakości i dostępności udzielanych świadczeń zdrowotnych. Zabiegi te poprawiły organizację pracy oraz wpłynęły na zwiększenie efektywności zasobów wykorzystywanych przez Szpital.

[dowód: akta kontroli str. 498-499]

2.10. Osoby pełniące funkcje członków Rady Nadzorczej w latach 2010-2014 spełniały wymogi określone w art. 41 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej. Spośród siedmiu osób, cztery złożyły egzamin, o którym mowa w art. 12 ust. 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1996 r. o komercjalizacji i prywatyzacji<sup>38</sup>, a trzy były zwolnione z egzaminu na podstawie przepisów powołanej ustawy.

[dowód: akta kontroli str. 154-222]

2.11. W ramach programu „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia” Województwo przyjęło biznesplan dla nowego podmiotu - Lubuskiego Szpitala Specjalistycznego Pulmonologiczno-Kardiologicznego w Torzymiu Sp. z o.o.<sup>39</sup> W dokumencie tym założono działania restrukturyzacyjne polegające na:

- rozszerzeniu działalności dedykowanej klientom biznesowym (przyjęto, że uda się przyciągnąć 6 klientów tygodniowo za średnią cenę 800 zł);
- rozszerzeniu działalności o świadczenia opiekuńczo-lecznicze dla pacjentów komercyjnych (pięciu pacjentów miesięcznie za cenę 2.700 zł za miesiąc);
- zwiększeniu bazy łóżkowej w zakresie świadczeń opiekuńczo-leczniczych (zwiększenie liczby łóżek o 10);
- likwidacji zbędnego majątku nieruchomego (majątek, który nie był potrzebny do działalności spółki, w tym budynki i budowle oraz wyeksploatowany sprzęt medyczny nie miał być przekazany do spółki, w efekcie korzyści miały dotyczyć nieponiesionych kosztów stałych związanych z podatkami, opłatami i ubezpieczeniami tego majątku).

Szacunkowe efekty finansowe, w myśl biznesplanu, miały wynieść, uwzględniając ww. cztery obszary, łącznie 568.900 zł.

[dowód: akta kontroli str. 337-415]

Przyjęty przez Województwo biznesplan nie został wdrożony. Prezes Spółki wyjaśniła, że realizacja działań polegających na rozszerzeniu działalności dedykowanej klientom biznesowym, świadczeniach opiekuńczo-leczniczych dla pacjentów komercyjnych oraz zwiększeniu bazy łóżkowej w zakresie świadczeń opiekuńczo-leczniczych będzie możliwe po zakończeniu prac remontowych w obiektach szpitalnych. Ponadto, do dnia 30 kwietnia 2014 r. Spółka była dzierżawcą majątku i dlatego nie miała możliwości prawnych, aby likwidować

<sup>38</sup> Dz. U. z 2013 r., poz. 216 ze zm.

<sup>39</sup> Biznesplan został przyjęty przez Sejmik Województwa Lubuskiego uchwałą z dnia 28 grudnia 2010 r. (Nr V/36/10) w sprawie przyjęcia programu reorganizacji w systemie ochrony zdrowia na terenie województwa lubuskiego (...) jako załącznik do Programu Reorganizacji.

zbędny majątek.

[dowód: akta kontroli str. 19-31]

*Ustalone  
nieprawidłowości*

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

1. Wysokość opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej dla pacjentów określona w Regulaminie porządkowym Szpitala obowiązującym od 21 września 2010 r.<sup>40</sup>, wprowadzona uchwałą zarządu Spółki od dnia 3 stycznia 2013 r. oraz uchwałą numer 9/2013 Nadzwyczajnego Zgromadzenia Wspólników Spółki z dnia 16 września 2013 r., przekraczała wielkości określone zgodnie z zasadami wynikającymi z art. 28 ust. 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>41</sup>.

[dowód: akta kontroli str. 72, 76-77, 552-568]

Były Prezes Zarządu pytany o przyczyny ustalenia zawyżonych kwot tych opłat wyjaśnił, że „opłaty te były wyliczane przez dział księgowości w uzgodnieniu z działem rozliczeń i analiz Szpitala”.

[dowód: akta kontroli str. 657-660]

Od 1 grudnia 2013 r. wysokość pobieranej opłaty nie przekracza obliczonej na podstawie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>42</sup>.

[dowód: akta kontroli str. 536, 557-568]

2. Stosownie do postanowień umów dzierżawy nieruchomości<sup>43</sup> Szpital zobowiązał się do nieoddawania wydzierżawianego mienia w podnajem, dzierżawę, do bezpłatnego używania lub udostępniania osobom trzecim na innej podstawie, w całości lub części bez uprzedniej zgody wydzierżawiającego.

[dowód: akta kontroli str. 225-228, 232-237, 262-271]

Trzy umowy najmu lokali mieszkalnych<sup>44</sup> zostały zawarte bez zgody wydzierżawiającego.

[dowód: akta kontroli str. 570-571, 574, 577]

Były Prezes Zarządu wyjaśnił, że umowy te dotyczyły czasowego zamieszkania dla pracowników bądź osób współpracujących ze Spółką. W tym czasie Szpital był w fazie organizacji i pojawiły się możliwości zwiększenia kontraktów, realizacji nowych usług medycznych, a w związku z tym wystąpiła konieczność pozyskania kadry pracowniczej, także specjalistycznej. Dzięki wynajmowi możliwe było uzyskanie wpływów finansowych za korzystanie z pomieszczeń wyłączonych z działalności leczniczej.

[dowód: akta kontroli str. 657-660]

Nieruchomości będące przedmiotem umów najmu zostały wniesione w dniu 30 kwietnia 2014 r. aportem do Spółki.

[dowód: akta kontroli str. 316-331, 570-593]

<sup>40</sup> Załącznik numer 1 do zarządzenia wewnętrznego Nr 1/2010 Dyrektora LSSPK w Torzymiu z dnia 21 września 2010 r.

<sup>41</sup> Przekroczenie wysokości opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej ustalonych w NZOZ w stosunku do wynikającej z przepisów wynosiło: za jedną stronę wyciągu lub odpisu oraz wyciągu lub odpisu na nośniku elektronicznym: od 0,07 zł do 0,27 zł (1% do 3,8%), natomiast za jedną stronę kopii dokumentacji medycznej od 0,01 zł do 0,03 zł (1,4% do 4,3%).

<sup>42</sup> Przychody z tytułu odpłatnego wydawania odpisów z dokumentacji medycznej w latach 2011-2014 (30 kwietnia) wynosiły odpowiednio: 0,4 tys. zł; 3,7 tys. zł; 2,5 tys. zł; 0,6 tys. zł.

<sup>43</sup> Umowy zawarte przez Szpital: 16 września 2010 r. z SP ZOZ, 12 sierpnia 2011 r. i 16 grudnia 2011 r. z Województwem Lubuskim.

<sup>44</sup> Umowy z dnia: 1 lipca 2011 r., 25 sierpnia 2011 r. i 15 września 2011 r.

Ocena cząstkowa

Opis stanu  
faktycznego

Uwzględniając obniżanie się zysku na działalności leczniczej w okresie objętym kontrolą oraz niewielki zakres świadczeń medycznych udzielanych komercyjnie zdaniem NIK wskazana jest realizacja zamierzeń określonych w biznes planie przyjętym przez Sejmik Województwa Lubuskiego w uchwale z dnia 28 grudnia 2010 r.

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym obszarze.

### 3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych

3.1. Spółka, po przekształceniu z SP ZOZ-u, zapewniała dalsze nieprzerwane udzielanie świadczeń. W NZOZ-ie funkcjonował oddział: gruźlicy i chorób płuc (48 łóżek), chorób płuc z pododdziałem chemioterapii (50 łóżek), chorób płuc (25 łóżek), rehabilitacji kardiologicznej (60 łóżek), rehabilitacji pulmonologicznej (25 łóżek) oraz zakład opiekuńczo-leczniczy (30 łóżek). Ponadto poradnie: kardiologiczna, onkologiczna oraz gruźlicy i chorób płuc.

Zmiana w odniesieniu do SP ZOZ polegała na rozdzieleniu oddziału chorób płuc (50 łóżek) na oddział chorób płuc (25 łóżek) oraz oddział rehabilitacji pulmonologicznej (25 łóżek), ponadto w zakładzie opiekuńczo-leczniczym nastąpił wzrost liczby łóżek o 5 (do 30 łóżek), a w oddziale gruźlicy i chorób płuc liczba łóżek spadła o 2 (z 50 łóżek). W maju 2014 r. Szpital wystąpił z wnioskiem do Wojewody Lubuskiego o wpisanie do rejestru oddziału geriatrycznego z liczbą łóżek w wymiarze 15 sztuk oraz zwiększeniu liczby łóżek na oddziale chorób płuc z 25 do 50.

[dowód: akta kontroli str. 131-147, 416-487, 488-489, 499]

3.2. W dniu 6 czerwca 2014 r. Zarząd Spółki zatwierdził dokument pn. „Wieloletnia Strategia Rozwoju Lubuskiego Szpitala Specjalistycznego Pulmonologiczno-Kardiologicznego w Torzymiu Sp. z o.o. na lata 2014-2020”<sup>45</sup>, opracowany po rozpoznaniu potrzeb zdrowotnych populacji objętej działaniem Szpitala, zawierający m.in. opis docelowego zakresu udzielanych świadczeń medycznych.

3.3. Liczba świadczeń/badań udzielonych przez NZOZ (w 2013 r.) wzrosła w odniesieniu do udzielonych przez SP ZOZ (w 2010 r.) w następujących oddziałach:

- chorób płuc z pododdziałem chemioterapii o 54% (z 4483 do 6900),
- chorób płuc - biorąc pod uwagę oba wydzielone oddziały<sup>46</sup> o 48% (z 927 do 1371),
- gruźlicy i chorób płuc o 14,6% (z 781 do 895),

oraz poradni:

- kardiologicznej o 56% porad (z 1116 do 1745), a liczba zleconych badań diagnostycznych wzrosła o 147% (z 1470 do 3637),
- gruźlicy i chorób płuc o 6% porad (z 3080 do 3275), a liczba zleconych badań diagnostycznych wzrosła o 13,6% (z 5594 do 6341).

<sup>45</sup> Strategia dostępna na stronie internetowej: [http://szpitaltorzym.pl/uploads/020714\\_za%C5%82.7%20-%20Wieloletnia%20strategia%20rozwoju%20LSSPK%20w%20Torzymiu%20Sp.%20z%20o.o.%20na%20lata%202014-2020.pdf](http://szpitaltorzym.pl/uploads/020714_za%C5%82.7%20-%20Wieloletnia%20strategia%20rozwoju%20LSSPK%20w%20Torzymiu%20Sp.%20z%20o.o.%20na%20lata%202014-2020.pdf). Strategię przygotował Zarząd LSSKP w Torzymiu sp. z o.o. we współpracy z pionierem administracyjnym Szpitala (Strategia str. 6).

<sup>46</sup> Oddział chorób płuc oraz rehabilitacji kardiologicznej.

Istotne zmiany w przedmiotowym zakresie nie wystąpiły w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, i tak w 2010 r. udzielono 29 świadczeń, a w 2013 r. - 28,5.

Spadek udzielonych świadczeń/badań nastąpił w:

- oddziale rehabilitacji kardiologicznej (z 880 do 721 w 2011 r., tj. o 18% i 800 w 2013 r., tj. o 10%),
- poradni onkologicznej o 43% porad (z 1356 do 766), a liczba zleconych badań diagnostycznych spadła o 18% (z 614 do 501).

[dowód: akta kontroli str. 416-487, 488-489, 499]

Odnosnie spadku liczby świadczeń/badań Prezes Spółki wyjaśniła, że:

- spadek ilości świadczeń w oddziale rehabilitacji kardiologicznej wynikał ze zmiany rozliczania świadczeń. Od października 2010 r. wprowadzono „JGP” (jednorodne grupy pacjentów) do rozliczania, zwiększyła się stawka punktowa za osobodzień. W roku 2010 wynosiła 100 punktów za osobodzień, natomiast po zmianach wprowadzono trzy grupy RK01-160 punktów za osobodzień, RK02-115, RK03-90. Zdecydowana większość pacjentów zakwalifikowana została do grupy RK01 za 160 punktów, wobec powyższego należało zmniejszyć ilość pacjentów przyjętych, a tym samym udzielonych świadczeń, aby realizować plan rzeczowo-finansowy zgodnie z zawartą umową z NFZ.
- zmniejszenie ilości udzielonych świadczeń/badań w poradni onkologicznej na przestrzeni ostatnich lat wynikało ze zmian organizacyjnych udzielania świadczeń z zakresu chemioterapii nowotworów w tutejszym Szpitalu. Te zmiany uwarunkowane były zmianami warunków kontraktowania ww. świadczeń przez NFZ – chemioterapia jednodniowa ambulatoryjna, chemioterapia jednodniowa stacjonarna (hospitalizacja jednodniowa) i chemioterapia szpitalna (trwająca w zależności od cyklu kilka dni). Wcześniej pacjenci, którzy otrzymywali w trybie szpitalnym chemioterapię, część świadczenia polegającą na kwalifikacji do podania cyklu (konieczna każdorazowo, wymaga zarówno badania fizykalnego, jak i odpowiednich – różnych w zależności od cyklu – badań) mieli wykonywaną w warunkach ambulatoryjnych (poradnia), później – z powodów podanych powyżej – ta część świadczenia przejęta została do realizacji przez oddział. Innymi słowy, świadczenia i badania były nadal wykonywane, ale rozliczane przez oddział w ramach hospitalizacji, a nie jak to miało miejsce wcześniej w ramach poradni, tj. ambulatoryjnie.

[dowód: akta kontroli str. 521-522]

3.4. Zagadnienia dotyczące udzielania nierentownych świadczeń zostały opisane w pkt 2.8. wystąpienia pokontrolnego.

3.5. Dane dotyczące ogólnej liczby łóżek, w tym w podziale na oddziały szpitalne, przedstawiono w pkt 3.1 wystąpienia pokontrolnego, natomiast stopień wykorzystania (obłożenia) łóżek w latach 2010 - I kwartał 2014 w podziale na oddziały przedstawiał się następująco (w %):

- oddział gruźlicy i chorób płuc; 86,64; 61,10; 61,49; 66,18; 64,42;
- oddział chorób płuc z pododdziałem chemioterapii; 44,15; 46,79; 47,33; 46,74; 55,44.
- oddział chorób płuc - biorąc pod uwagę oba wydzielone oddziały (oddział chorób płuc oraz oddział rehabilitacji pulmonologicznej); 64,58; 83,31; 86,53; 102,75; 117,16.

- oddział rehabilitacji kardiologicznej; 79,01; 64,68; 72,87; 74,45; 76,54.
- zakład opiekuńczo-leczniczy; 100,6; 69,52; 90,4; 78,78; 79,41.

[dowód: akta kontroli str. 499-504]

3.6. Szpital użytkował sprzęt zakupiony ze środków budżetu UE, tj. dwa aparaty stacjonarne RTG, dwa aparaty USG, punktowy aparat stomatologiczny oraz urządzenie do radiografii. Nie udzielał odpłatnych świadczeń zdrowotnych wykorzystując do tego celu wymienionego sprzętu.

[dowód: akta kontroli str. 337-349, 508]

3.7. Szpital prowadził listę oczekujących na udzielenie świadczenia w ramach ubezpieczenia NFZ. Odrębna lista dla świadczeń udzielanych odpłatnie nie była prowadzona, bowiem nie wystąpiła potrzeba oczekiwania na ich udzielenie. Ustalono, że niewielka liczba pacjentów korzystała ze świadczeń odpłatnych, i tak Szpital nie udzielał żadnych odpłatnych świadczeń w oddziale gruźlicy i chorób płuc, oddziale chorób płuc z pododdziałem chemioterapii, oddziale chorób płuc i oddziale rehabilitacji pulmonologicznej, natomiast odpłatnych udzielano przede wszystkim w zakładzie opiekuńczo leczniczym<sup>47</sup>, poradni kardiologicznej oraz świadcząc zabiegi fizjoterapeutyczne<sup>48</sup>.

Czas oczekiwania na świadczenia udzielane w ramach NFZ wyniósł:

- w oddziale chorób płuc z pododdziałem chemioterapii w całym badanym okresie - 0 dni,
- najwięcej – w oddziale rehabilitacji kardiologicznej – od 41 do 49 dni,
- w zakładzie opiekuńczo leczniczym wystąpiła tendencja spadkowa z 45 dni w 2011 r. do 15 dni wg stanu na 30 kwietnia 2014 r.,
- spośród funkcjonujących poradni najdłużej oczekiwano do poradni kardiologicznej w 2012 r. – 94 dni (choć wg stanu na 30 kwietnia 2014 r. – 31 dni), a najkrócej do poradni onkologicznej – 0 dni, z wyjątkiem stanu na 30 kwietnia 2014 r. – 7 dni.

Czas oczekiwania na udzielenie przez NZOZ świadczeń w odniesieniu do czasu udzielenia przez SP ZOZ w 2010 r. wzrósł w szczególności na oddziale rehabilitacji kardiologicznej (z 12 dni do 45-49 dni), w poradni kardiologicznej (z 7 dni do 94-31 dni) oraz w poradni gruźlicy i chorób płuc (z 0 dni do 15-6 dni).

[dowód: akta kontroli str. 488-495, 517, 536]

Kierownik Działu Rozliczeń i Analiz wyjaśniła, że wzrost czasu oczekiwania na oddziale rehabilitacji kardiologicznej na udzielenie świadczenia oraz liczby oczekujących spowodowany był ograniczeniem liczby przyjmowanych pacjentów na rehabilitację kardiologiczną w związku ze zmianą rozliczenia świadczeń z rehabilitacji. Po wprowadzeniu jgp do rozliczenia, zwiększyła się stawka punktowa za osobodzień, w związku z czym należało zmniejszyć ilość pacjentów przyjętych, aby realizować plan rzeczowo-finansowy zgodnie z umową zawartą z NFZ. W poradni kardiologicznej – wzrost czasu oczekiwania wynikał ze wzrostu ilości pacjentów zarejestrowanych w poradni oraz możliwości wyboru, przez pacjenta, lekarza prowadzącego. Część pacjentów decyduje się na dłuższy czas oczekiwania,

<sup>47</sup> Łączna kwota przychodów z komercyjnej działalności medycznej Szpitala wyniosła 1.543.269 w okresie 2011-30.04.2014, z czego z tytułu udzielonych świadczeń w ramach ZOL: 269,5 tys. zł w 2011 r., 448,9 tys. zł w 2012 r., 457,3 tys. zł w 2013 r., 111,9 tys. zł do 30.04.2014 r.

<sup>48</sup> W poradni kardiologicznej w całym badanym okresie udzielono świadczeń 43 pacjentom, zabiegi fizjoterapeutyczne dotyczyły 95 osób, a w poradni gruźlicy i chorób płuc udzielono świadczeń 15 pacjentom.

aby odbyć wizytę u wybranego lekarza, w związku z tym wydłuża się czas oczekiwania. Wzrost czasu oczekiwania do poradni gruźlicy i chorób płuc wynikał ze wzrostu ilości pacjentów.

[dowód: akta kontroli str. 782-783]

W okresie do 30 kwietnia wystąpiły 182 przypadki odmowy przyjęcia pacjenta do Szpitala, z czego 98 pacjentów wymagało hospitalizacji w innym Szpitalu (o profilu wymaganym stanem zdrowia pacjenta), w 50 przypadkach pacjenci nie wymagali hospitalizacji – porzeczano na poradzie ambulatoryjnej, w 24 przypadkach byli to pacjenci kwalifikujący się do hospitalizacji w tutejszym Szpitalu, ale nie wymagający przyjęcia pilnego (z powodu braku miejsc ustalono nowy planowy termin przyjęcia), w 9 przypadkach – pacjenci nie wyrażający zgody na hospitalizację i nie będący w stanie zagrożenia życia, w 1 – pacjent nie wymagał hospitalizacji, ale umieszczenia w zakładzie opiekuńczym (DPS).

[dowód: akta kontroli str. 518]

3.8. Liczba osób uprawnionych do świadczeń z terenu Szpitala spadła z 993.725 w 2010 r. do 921.541 wg stanu na 30 kwietnia 2014 r. Liczba osób hospitalizowanych przez Szpital wyniosła 3.304 w 2010 r., a w 2013 r. – 3.158. Liczba łóżek wynosiła 233 w 2010 r., a od 2011 r. – 238 łóżek. Wskaźnik średniego wykorzystania łóżka<sup>49</sup> wyniósł 254,33 w 2010 r. a w 2013 r. wzrósł do 269,49.

Analiza wybranych dwóch zakresów świadczeń (oddziały o najwyższym i najniższym wskaźniku wykorzystania łóżek) wykazała m.in., że:

- na oddziale chorób płuc z pododdziałem chemioterapii, w którym wystąpił najniższy wskaźnik wykorzystania łóżek tj. w granicach 44,15%-55,44%<sup>50</sup> (średnie wykorzystanie łóżka w roku 2010 wynoszące 161,16 wzrosło w kolejnych latach do ponad 170<sup>51</sup>), nie wystąpiło zjawisko oczekiwania na udzielenie świadczenia,
- na oddziale chorób płuc (obok oddziału rehabilitacji pulmonologicznej wydzielony z oddziału chorób płuc), w którym wystąpił najwyższy wskaźnik wykorzystania łóżek, tj. w granicach 64,58%-137,32% (średnie wykorzystanie łóżka w roku 2010 wynoszące 235,72 wzrosło do 501,20 w roku 2013), czas oczekiwania na udzielenie świadczenia wyniósł 0 dni w 2010 i 2011 r., 6 dni w 2012 r. i 2 dni w 2013 r.

[dowód: akta kontroli str. 337-356, 488-495, 509, 510-512]

3.9. W toku kontroli badaniem objęto posiadanie przez Szpital wyposażenia i personelu do udzielania świadczeń w zakresie chorób płuc – hospitalizacja i rehabilitacji kardiologicznej<sup>52</sup>.

[dowód: akta kontroli str. 681]

<sup>49</sup> Suma faktycznego wykorzystania wszystkich łóżek na oddziale w ciągu roku w stosunku do sumy łóżek na oddziale po pomnożeniu przez liczbę dni w roku.

<sup>50</sup> Stosunek liczby dni faktycznego wykorzystania łóżek na oddziale w ciągu roku do sumy łóżek na tym oddziale po pomnożeniu przez liczbę dni w roku.

<sup>51</sup> 2011 r. - 170,76; 2012 r. - 173,24; 2013 r. - 170,6.

<sup>52</sup> Świadczenia te były udzielane na podstawie umowy numer 0403/0007/14 zawartej w dniu 4 stycznia 2011 r. (choroby płuc) i umowy numer 0405/2011/14/II zawartej w dniu 10 czerwca 2014 r. Według stanu na dzień 16 lipca 2014 r. wartość zakontraktowanych z NFZ świadczeń w zakresie chorób płuc wynosiła 7.503,3 tys. zł i stanowiła 51,5% ogólnej wartości umów zawartych z NFZ; a wartość umowy w zakresie rehabilitacji kardiologicznej wynosiła 2.917,2 tys. zł i stanowiła 20% ogólnej wartości umów zawartych z NFZ.

Szpital posiadał wyposażenie do realizacji ww. świadczeń w liczbie nie mniejszej niż wykazana w ofertach złożonych do LOW NFZ. Wyposażenie posiadane przez Szpital spełniało wymogi określone przez NFZ<sup>53</sup>.

[dowód: akta kontroli str. 654-655, 682-695]

Obsada kadrowa na oddziale chorób płuc i rehabilitacji kardiologicznej była zgodna z zawartymi umowami i spełniała wymogi określone przez NFZ.

[dowód: akta kontroli str. 696-699, 712-777, 778-781]

Pacjenci wykazywani w rozliczeniach z LOW NFZ w 2013 r. byli leczeni w Spółce.

[dowód: akta kontroli str. 513, 656, 661-662]

3.10. Do wyznaczenia „jednorodnej grupy pacjentów” w celu rozliczenia świadczeń z NFZ służy w Szpitalu narzędzie informatyczne znajdujące się w module Oddział, będącym składową częścią systemu Informatycznego Infomedica Asseco. Narzędzie to umożliwia obliczanie wartości punktowej usług medycznych oraz sugeruje zmiany w kodowaniu zapewniające lepsze (bardziej opłacalne) grupowania.

[dowód: akta kontroli str. 514-515]

*Ustalone  
nieprawidłowości*

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

Szczegółowe badanie wymiaru faktycznie przepracowanych godzin przez personel medyczny oddziału chorób płuc oraz oddziału rehabilitacji kardiologicznej w miesiącach kwiecień oraz lipiec 2014 r. wykazało, że wystąpiły przypadki, w których liczba przepracowanych godzin była niższa od określonej w harmonogramie pracy stanowiącym załącznik do umowy zawartej z LOW NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. I tak, na przykład w kwietniu 2014 r. liczba godzin faktycznie przepracowanych łącznie przez lekarzy na oddziale chorób płuc wyniosła 841,05, co stanowiło 88% zakładanego wymiaru (954,9 godz.), a na oddziale rehabilitacji kardiologicznej - przez pielęgniarki wyniosła 1.787,65, co stanowiło również 88% zakładanego wymiaru (2.017,8 godz.). Natomiast, w miesiącu lipcu 2014 r. łączny wymiar godzin pracy lekarzy zatrudnionych na oddziale chorób płuc wyniósł 1045,5 godzin, a faktycznie przepracowano 878,60 godzin (84% wymiaru). Na oddziale rehabilitacji kardiologicznej łączny wymiar godzin pracy pielęgniarek wyniósł 2.077,75 godzin, a faktycznie przepracowano 1.813,10 godzin (87% wymiaru), a fizjoterapeutów – 90% wymiaru przewidzianego w umowie z NFZ. Przyczyną powyższego były urlopy i zwolnienia chorobowe.

[dowód: akta kontroli str. 696-699]

Prezes Spółki pytana o sposób zapewnienia właściwej opieki nad pacjentami wyjaśniła, że „w lipcu 2014 r. zawarto aneksy do umów z czterema lekarzami z innych oddziałów w celu zabezpieczenia ciągłości pracy na oddziale chorób płuc i rehabilitacji kardiologicznej w przypadku nieobecności lekarzy wykonujących pracę na tych oddziałach oraz dostosowania liczby personelu do obłożenia oddziałów. Jednocześnie nadmieniam, że z dniem 11 sierpnia 2014 r. została zatrudniona jeszcze jedna osoba - lekarz na oddziale rehabilitacji kardiologicznej”.

[dowód: akta kontroli str. 498-499]

---

<sup>53</sup> Zarządzenie Nr 80/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza. Zarządzenie numer 69/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

Załączone do wyjaśnień aneksy zawarte z lekarzami delegowanymi do innych oddziałów nie dotyczyły badanych oddziałów. Stwierdzono jeden przypadek wykonywania pracy „na zastępstwo” przez lekarza na oddziale chorób płuc – w wymiarze 4 godzin w miesiącu lipcu 2014 r.

[dowód: akta kontroli str. 513, 656, 661-662]

**Ocena cząstkowa**

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonej nieprawidłowości, działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym obszarze.

## **4. Kontrola zewnętrzna i wewnętrzna w Spółce**

*Opis stanu faktycznego*

4.1. W okresie od początku 2011 r. do dnia rozpoczęcia kontroli przeprowadzone zostały w Szpitalu 54 kontrole, przy czym zdecydowana większość (49 kontroli) dotyczyła warunków sanitarno-epidemiologicznych. Kontrole nie wykazały istotnych nieprawidłowości. Szpital był kontrolowany ponadto przez:

- a) LUW w zakresie zgodności stanu organizacyjnego podmiotu z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Lubuskiego (wrzesień 2011 r.). W wyniku kontroli stwierdzono, iż stan organizacyjny nie był zgodny z wpisem do rejestru podmiotów leczniczych, ponieważ w Szpitalu nie funkcjonowała Poradnia Alergologiczna. Dyrektor Szpitala wyjaśnił w toku kontroli LUW, iż jest to sytuacja krótkotrwała i jest na etapie składania oferty do NFZ na ten rodzaj świadczeń zdrowotnych. Wg stanu na dzień 23 lipca 2014 r. w ramach Szpitala funkcjonowała Poradnia Alergologiczna.
- b) Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego w zakresie działalności Pielęgniarki Epidemiologicznej (dalej: PE) w systemie kontroli zakażeń szpitalnych z uwzględnieniem kwalifikacji oraz przestrzegania zalecanych standardów medycznych w zakresie pielęgniarstwa epidemiologicznego (grudzień 2011 r.). W wyniku kontroli stwierdzono nieprawidłowości oraz sformułowano zalecenia w zakresie m.in. uzupełnienia kwalifikacji członków Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych oraz PE wymaganych rozporządzeniem z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie kwalifikacji członków Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych, niedoboru sprzętu medycznego do dekontaminacji endoskopów oraz nielączenia funkcji PE z inną funkcją (w tym przypadku z zatrudnieniem w Pracowni Endoskopowej), ponadto wskazano na niezachowanie normy nakazującej zatrudnianie jednej PE na 200 łóżek szpitalnych w sytuacji gdy w Szpitalu funkcjonowało 238 łóżek.

[dowód: akta kontroli str. 13]

Zrealizowano wnioski pokontrolne w zakresie uzupełnienia kwalifikacji zawodowych członków Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych oraz uzupełnienia niedoboru sprzętu medycznego do dekontaminacji endoskopów poprzez zakup videobronchoskopu z automatyczną myjnią endoskopową.

[dowód: akta kontroli str. 12-18]

Prezes Spółki odnośnie realizacji pozostałych zaleceń wyjaśniła, że „przepisy prawa odnoszące się do zakażeń szpitalnych nie zakazują łączenia funkcji PE z innymi obowiązkami pielęgniarzkimi, a obowiązki wykonywane w pracowni endoskopowej nie mają wpływu na prawidłowe wykonywanie obowiązków przez PE z zakresu kontroli zakażeń szpitalnych. PE nie wykonuje żadnych innych obowiązków na oddziałach poza obowiązkami związanymi z zakażeniami, a właśnie praca pielęgniarki przy pacjentach na określonych odcinkach, jest przeciwwskazaniem do pełnienia obowiązków PE, co nie ma miejsca w tutejszym Szpitalu.

Jeśli chodzi o normę zatrudnienia jednej PE na każde 200 łóżek szpitalnych wyjaśniam, że (...) liczba rzeczywiście wykorzystywanych łóżek do prowadzonej

obecnie działalności medycznej to średnio miesięcznie: 179 (rok 2011), 170 (rok 2012), 176 (rok 2013) i 167 (I półrocze 2014). W związku z powyższym na dzień dzisiejszy nie ma uzasadnienia prawnego i ekonomicznego do zatrudniania dodatkowej osoby na stanowisku PE”.

[dowód: akta kontroli str. 19-20, 29]

- c) LOW NFZ w zakresie prawidłowości realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia (sierpień 2013 r.). W wyniku kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości.
- d) LOW NFZ w zakresie prawidłowości realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w ramach programu zdrowotnego (lekowego) „Leczenie niedrobnokomórkowego raka płuc” (czerwiec 2014 r.). W wyniku kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości.
- e) Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa (dalej: RCKiK) w zakresie realizacji zadań wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2012 r. w sprawie leczenia krwią w podmiotach leczniczych wykonujących działalność w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, w którym przebywają pacjenci ze wskazaniami do leczenia krwią i jej składnikami (czerwiec 2014 r.). W wyniku kontroli stwierdzono nieprawidłowości oraz sformułowano zalecenia w zakresie m.in. wdrożenia postępowania związanego z prowadzeniem przez lekarza odpowiedzialnego za gospodarkę krwią okresowych kontroli (potwierdzonych protokołami) oddziałów szpitalnych, sporządzania i przekazywania do RCKiK rocznych sprawozdań z działalności podmiotu leczniczego w zakresie krwiolecznictwa, corocznej weryfikacji standardowych procedur operacyjnych przez lekarza właściwego oraz ich natychmiastowego podpisywania oraz wdrażania przez uprawnioną pielęgniarkę oraz lekarzy zlecających i nadzorujących przetaczanie składników krwi oraz zaktualizowanie ksiąg transfuzyjnych.

[dowód: akta kontroli str. 13]

Stwierdzono realizację zaleceń pokontrolnych RCKiK.

[dowód: akta kontroli str. 32-40]

4.2. W okresie od 2011 r. do dnia rozpoczęcia kontroli na działalność Szpitala wpłynęło 18 skarg pacjentów lub członków rodzin pacjentów<sup>54</sup>, jak też Rzecznika Praw Pacjenta, dotyczących w szczególności: wysokości opłat za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo Leczniczym, odmowy przyjęcia pacjenta do Szpitala (odmowa nastąpiła z uwagi na brak oddziału chirurgicznego), odstąpienia od kontynuacji rehabilitacji pulmonologicznej (stwierdzono u pacjenta przeciwwskazania do rehabilitacji), warunków sanitarnych. Dwie spośród 18 skarg zostały skierowane przez Rzecznika Praw Pacjenta i dotyczyły utrudnień w dostępie dla pacjentów onkologicznych do świadczeń z zakresu chemioterapii niestandardowej. W odpowiedzi Szpital przedstawił sytuację dotyczącą tego sposobu leczenia nowotworów jaka od ponad pół roku istniała w całym kraju i była związana z czynnikami niezależnymi od Szpitala oraz załączono wystosowane do Ministerstwa Zdrowia pisma, które alarmowały o zbliżającym się problemie.

Wszystkie złożone skargi zostały rozpatrzone, a skarżący poinformowani o sposobie załatwienia skargi.

[dowód: akta kontroli str. 47-49]

4.3. Zgodnie z art. 14 ust. 1 pkt 1 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, kierownicy podmiotów leczniczych wykonujących

<sup>54</sup> Przy czym siedem z nich składały dwie osoby.

działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne są obowiązani do wdrożenia i zapewnienia funkcjonowania systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych, obejmującego powołanie i nadzór nad działalnością zespołu i komitetu kontroli zakażeń szpitalnych.

W dniu 12 stycznia 2011 r. Dyrektor Szpitala powołał Zespół oraz Komitet ds. kontroli zakażeń szpitalnych. W skład Komitetu weszli: dyrektor ds. lecznictwa, lekarz sprawujący profilaktyczną opiekę nad pracownikami, naczelną pielęgniarka, pielęgniarka epidemiologiczna, kierownik laboratorium, kierownik sekcji administracyjno-gospodarczej, kierownik apteki, inspektor BHP<sup>55</sup>.

W skład Zespołu weszli: dyrektor ds. lecznictwa, pielęgniarka epidemiologiczna oraz kierownik laboratorium.

Zgodnie z art. 15 ust. 1 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, w skład zespołu kontroli zakażeń szpitalnych wchodzi m.in. pielęgniarka lub położna jako specjalista do spraw epidemiologii lub higieny i epidemiologii, w liczbie nie mniejszej niż 1 na 200 łóżek szpitalnych.

W okresie 2011-30 kwietnia 2014 w Szpitalu funkcjonowało 238 łóżek.

[dowód: akta kontroli str. 50-57, 499-504, 676]

W Szpitalu prowadzono dokumentację realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, o których mowa w §1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie sposobu dokumentowania realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz warunków i okresu przechowywania tej dokumentacji<sup>56</sup>.

[dowód: akta kontroli str. 58]

W okresie od 2011 r. do 30 czerwca 2014 r. w Szpitalu przeprowadzono łącznie 73 kontrole wewnętrzne związane ze zwalczaniem zakażeń szpitalnych. Kontrole przeprowadzane były minimum dwa razy w roku na każdym oddziale. Ponadto, sporządzano raporty z przeprowadzonych łącznie 91 wymazów z rąk personelu oraz sprzętu medycznego, jak również z najczęściej występujących szczepów bakteryjnych, zużycia preparatów dezynfekcyjnych do rąk, zużycia antybiotyków oraz wyników dotyczących obserwacji bezpośredniej higieny rąk personelu medycznego. Dodatkowo ustalono, że Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Sulęcinie zrealizowała w Szpitalu łącznie 49 kontroli w zakresie warunków sanitarno-epidemiologicznych.

[dowód: akta kontroli str. 13, 59-61]

Szpital, zgodnie z §5 ust. 2 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala<sup>57</sup>, corocznie w terminie do 15 lutego przekazywał raporty o sytuacji epidemiologicznej za ubiegły rok do Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Sulęcinie.

Spółka nie prowadziła sporów, w tym sądowych, dotyczących odszkodowań z tytułu błędów lekarskich i zakażeń szpitalnych.

[dowód: akta kontroli str. 62-71]

---

<sup>55</sup> W dniu 26 marca 2013 r. Dyrektor Szpitala dokonał zmian w składzie Komitetu i w miejsce dyrektora ds. lecznictwa powołał lekarza specjalistę chorób wewnętrznych.

<sup>56</sup> Dz. U. z 2010 r., Nr 100, poz. 645.

<sup>57</sup> Dz. U. z 2011 r., Nr 294, poz. 1741.

4.4. W §19 Regulaminu porządkowego (a następnie w §14 Regulaminu organizacyjnego) Szpitala przewidziano stanowisko ds. kontroli wewnętrznej, jednak żadnemu z pracowników nie powierzono obowiązków z zakresu kontroli wewnętrznej.

[dowód: akta kontroli str. 72-93, 544-551]

4.5. Podmiot właścicielski nie przeprowadzał kontroli w Spółce.

[dowód: akta kontroli str. 13]

4.6. Spółka nie przechodziła procesu akredytowania<sup>58</sup> prowadzonego przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Prezes Spółki wyjaśniła, że „jeszcze w bieżącym roku planowane jest powołanie Pełnomocnika ds. systemu jakości (ISO), który będzie odpowiedzialny za podjęcie działań mających na celu wdrożenie i utrzymanie systemu jakości ISO, a także uzyskanie przez Spółkę akredytacji w Ochronie Zdrowia”.

[dowód: akta kontroli str. 21]

*Ustalone  
nieprawidłowości*

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

1. Skład Zespołu ds. kontroli zakażeń szpitalnych był niezgodny z art. 15 ust. 1 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych, bowiem w jego skład wchodziła jedna pielęgniarka jako specjalista do spraw epidemiologii w sytuacji gdy w Szpitalu funkcjonowało 238 łóżek.

Prezes Spółki wyjaśniła, że liczba rzeczywiście wykorzystywanych łóżek do prowadzonej działalności medycznej średnio miesięcznie jest niższa: 179 (rok 2011)-167 (I półrocze 2014). W związku z powyższym na dzień dzisiejszy nie ma uzasadnienia prawnego i ekonomicznego do zatrudniania dodatkowej osoby na stanowisku pielęgniarki epidemiologicznej. Obecny Zarząd zamierza przeanalizować i zweryfikować rzeczywistą liczbę łóżek wykorzystywanych do działalności medycznej.

[dowód: akta kontroli str. 50, 416-487, 498-499]

2. W §19 Regulaminu porządkowego Szpitala przewidziano stanowisko ds. kontroli wewnętrznej (obecnie §14 Regulaminu organizacyjnego), do którego zadań należało przeprowadzanie systemowych i doraźnych kontroli (audytów) wewnętrznych w zakresie realizacji zadań kontrolowanych komórek organizacyjnych. Stwierdzono jednak, że żadnemu z pracowników nie powierzono obowiązków z zakresu kontroli wewnętrznej, a przedmiotowa kontrola nie była przeprowadzana.

[dowód: akta kontroli str. 72-93]

Prezes Spółki wyjaśniła, że w Szpitalu „jak dotąd nie powołano specjalisty ds. kontroli wewnętrznej, ale jest to rozważane przez obecny Zarząd”.

[dowód: akta kontroli str. 21]

**Ocena częściowa**

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, pomimo stwierdzonych nieprawidłowości, działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym obszarze.

<sup>58</sup> W rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r., Nr 52, poz. 418 ze zm.)

## IV. Wnioski

*Wniosek pokontrolny*

Przedstawiając powyższe oceny wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli<sup>59</sup>, wnosi o:

1. Dostosowanie składu zespołu kontroli zakażeń szpitalnych do postanowień art. 15 ust. 1 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.
2. Zapewnienie obsady stanowiska ds. kontroli wewnętrznej zgodnie z zapisami zawartymi w Regulaminie organizacyjnym Szpitala.
3. Zapewnienie realizacji na oddziałach chorób płuc oraz rehabilitacji kardiologicznej świadczeń przez personel medyczny w wymiarze godzinowym ustalonym w harmonogramie pracy stanowiącym załącznik do umowy zawartej z LOW NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

## V. Pozostałe informacje i pouczenia

*Prawo zgłoszenia  
zastrzeżeń*

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

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 Zielonej Górze.

*Obowiązek  
poinformowania  
NIK o sposobie  
wykonania wniosków  
i wykorzystania uwagi*

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 30 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych i wykorzystania uwagi 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.

Zielona Góra, dnia 10 września 2014 r.

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Zielonej Górze

Kontroler  
Beata Jakubowska  
główny specjalista kontroli państwowej

Wicedyrektor  
Włodzimierz Stobrawa

.....  
*podpis*

.....  
*podpis*

Kontroler  
Anna Huziej  
specjalista kontroli państwowej

.....  
*podpis*

<sup>59</sup> Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.