



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura w Zielonej Górze

LZG.410.4.1.2024

Pani Ewa Lewicka-Michalewska  
Dyrektor Samodzielnego Publicznego Szpitala  
dla Nerwowo i Psychicznie Chorych  
w Międzyrzeczu

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/24/044 – Funkcjonowanie szpitali wojewódzkich

## I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu <sup>1</sup> , ul. Poznańska 109, 66-300 Międzyrzecz.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Ewa Lewicka-Michalewska, dyrektor szpitala, od 1 października 2017 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Organizacja i realizacja świadczeń zdrowotnych.</li><li>2. Sytuacja ekonomiczno-finansowa szpitala.</li></ol>
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 <sup>2</sup> .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Zielonej Górze
Kontrolerzy	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Ewa Grosse, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LZG/26/2024 z 25 marca 2024 r.</li><li>2. Dorota Rudnicka-Kawa, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LZG/38/2024 z 25 kwietnia 2024 r.</li></ol>

(akta kontroli str. 1-8)

---

<sup>1</sup> Dalej: szpital lub SPSNPCH.

<sup>2</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

## II. Ocena ogólna<sup>3</sup> kontrolowanej działalności

### OCENA OGÓLNA

Szpital co do zasady prawidłowo organizował i realizował świadczenia zdrowotne oraz prowadził gospodarkę majątkowo-finansową, a sytuacja ekonomiczno-finansowa szpitala corocznie ulegała poprawie.

Szpital funkcjonował na podstawie aktualnego wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą i corocznie aktualizowanego regulaminu organizacyjnego, przy czym wystąpiły nieliczne rozbieżności pomiędzy danymi zawartymi w zakresie struktury organizacyjnej opisanej w ww. regulaminie a stanem faktycznym ustalonym w toku kontroli.

Zatrudnianie kadry zarządzającej i personelu szpitala odbywało się w sposób zgodny z przepisami prawa. Szpital prawidłowo przygotował i przeprowadził również konkursy ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych za wyjątkiem jednostkowego przypadku nieprzeprowadzenia konkursu na kierowanie oddziałem. Szpital nie udzielał pacjentom ubezpieczonym świadczeń komercyjnych tożsamyh z tymi, które były objęte umową z LOW NFZ<sup>4</sup>, a wykorzystywana aparatura i sprzęt medyczny poddawana była we właściwym terminie wymaganym przeglądom technicznych. Stwierdzono jednak niezrealizowanie przez szpital zaleceń pokontrolnych z zakresu przepisów przeciwpożarowych dla jednego z oddziałów<sup>5</sup>.

Gospodarkę finansową szpitala prowadzono w oparciu o plany finansowe, które zostały opracowane w terminach umożliwiających realizację zadań określonych w ww. planach od 1 stycznia danego roku, a na koniec 2023 r. w szpitalu nie odnotowano zobowiązań wymagalnych<sup>6</sup>.

Polityka rachunkowości szpitala została określona w sposób odzwierciedlający specyficzne i charakterystyczne dla szpitala operacje gospodarcze, w tym określono sposób ewidencjonowania ich zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców<sup>7</sup>, a powyższe standardy zostały wdrożone w szpitalu, przy czym część zaleceń dotyczących ww. standardów zrealizowano z opóźnieniem. W okresie objętym kontrolą szpital dokonał zmiany metody szacowania rezerw na przyszłe świadczenia pracownicze, jednakże nie było to w pełni zgodne z przyjętą i obowiązującą polityką rachunkowości szpitala. Ponadto gospodarowanie nieruchomościami i mieniem ruchomym odbywało się z naruszeniem przepisów określonych przez podmiot tworzący

Podkreślenia wymaga, że w toku kontroli NIK podjęto bądź zadeklarowano realizację działań w celu usunięcia części stwierdzonych nieprawidłowości.

<sup>3</sup> Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

<sup>4</sup> Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia.

<sup>5</sup> Całodobowego Oddziału Terapii Uzależnienia od Alkoholu.

<sup>6</sup> Występowanie zobowiązań wymagalnych odpowiadało w szczególności za gorsze wyniki finansowe, w tym wskaźniki płynności bieżącej i szybkiej szpitala w latach 2021-2022.

<sup>7</sup> Dz. U. poz. 2045 (dalej: rozporządzenie w sprawie standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców).

### III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe<sup>8</sup> kontrolowanej działalności

OBSZAR

Opis stanu faktycznego

#### 1. Organizacja i realizacja świadczeń zdrowotnych

1.1. Szpital rozpoczął działalność leczniczą na podstawie wpisu do rejestru z 26 lutego 1993 r.<sup>9</sup> Badanie aktualności i zgodności wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą ze stanem faktycznym w zakresie struktury organizacyjnej szpitala wykazało, że:

- stan prawny zawarty w księdze rejestrowej<sup>10</sup> w zakresie funkcjonowania zakładów leczniczych i ich jednostek organizacyjnych był zgodny ze stanem faktycznym ustalonym w toku kontroli<sup>11</sup>, tj. w strukturze organizacyjnej szpitala funkcjonowało pięć zakładów leczniczych obejmujących łącznie 29 jednostek organizacyjnych, w tym: Zakład Leczniczy Szpital (14 jednostek organizacyjnych), Zakład Leczniczy Ambulatorium (pięć jednostek organizacyjnych), Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Psychiatryczny (jedna jednostka organizacyjna), Szpital Specjalistyczny Lecznictwo Psychiatryczne Stacjonarne (jedna jednostka organizacyjna) oraz Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego Psychiatrycznego (osiem jednostek organizacyjnych);
- w przypadku utworzenia w okresie objętym kontrolą sześciu nowych jednostek organizacyjnych<sup>12</sup> zmiany zgłoszono Wojewodzie Lubuskiemu nie przekraczając terminu 14 dni od ich powstania, co stanowiło spełnienie wymogu określonego w art. 107 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>13</sup>;
- w przypadku 27 spośród 29 jednostek organizacyjnych dane zawarte w księdze rejestrowej znajdowały odzwierciedlenie także w zapisach regulaminu organizacyjnego szpitala<sup>14</sup>, natomiast w przypadku pozostałych dwóch jednostek organizacyjnych w regulaminie organizacyjnym brak było informacji o ich funkcjonowaniu, dodatkowo jedna jednostka organizacyjna wskazana w strukturze organizacyjnej określonej w regulaminie nie funkcjonowała w strukturze szpitala. Powyższe rozbieżności opisano szerzej w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*, pkt 1.

(akta kontroli str. 32-62)

1.2. Regulamin organizacyjny szpitala w okresie objętym kontrolą był poddawany zmianom i aktualizacjom<sup>15</sup>, w tym jednokrotnie w 2021 r., jednokrotnie w 2022 r. oraz trzykrotnie w 2023 r. Szczegółowe badanie regulaminu organizacyjnego

<sup>8</sup> Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

<sup>9</sup> Decyzja nr 15/93 Wojewody Gorzowskiego w sprawie wpisania do rejestru Szpitala dla Nerwów i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu. Obecnie rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzony przez Wojewodę Lubuskiego.

<sup>10</sup> Księga rejestrowa nr 000000004004.

<sup>11</sup> Na podstawie dokumentacji szpitala oraz oględzin przeprowadzonych 15 maja 2024 r. Oględzinami objęto komórki organizacyjne funkcjonujące w dwóch lokalizacjach, tj. przy ul. Poznańskiej 109 w Międzyrzeczu i przy ul. 30 Stycznia 43 w Międzyrzeczu.

<sup>12</sup> Tj. 1 stycznia 2023 r. - Poradnia Psychologiczna dla Dzieci i Młodzieży, 1 czerwca 2023 r. - Oddział Odwykowy o Wzmocnionym Zabezpieczeniu dla Młodzieży, 1 listopada 2023 r. - Poradnia Zdrowia Psychicznego w Ślubicach i Punkt Zgłoszeniowo-Koordynacyjny w Ślubicach, 1 marca 2024 r. - Punkt Zgłoszeniowo-Koordynacyjny w Międzyrzeczu i Poradnia Zdrowia Psychicznego w Międzyrzeczu.

<sup>13</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 799, ze zm. (dalej: *udl*).

<sup>14</sup> Zarządzenie nr 28/2023 Dyrektora SPSNPCH z dnia 23 czerwca 2023 r.

<sup>15</sup> Zarządzeniem nr 14/2021 Dyrektora SPSNPCH z dnia 1 kwietnia 2021 r.; Zarządzeniem nr 43/2022 Dyrektora SPSNPCH z dnia 22 września 2022 r.; Zarządzeniem nr 19/2023 Dyrektora SPSNPCH z dnia 5 maja 2023 r.; Zarządzeniem nr 21/2023 Dyrektora SPSNPCH z dnia 26 maja 2023 r.; Zarządzeniem nr 28/2023 Dyrektora SPSNPCH z dnia 23 czerwca 2023 r.

obowiązującego na dzień wszczęcia kontroli NIK<sup>16</sup> wykazało, że zawierał wszystkie elementy określone w art. 24 udl, a w szczególności:

- opis przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń;
- wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością;
- miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych oraz strukturę organizacyjną szpitala, przy czym dane w zakresie struktury organizacyjnej nie były w pełni rzetelne i zgodne ze stanem faktycznym oraz danymi zawartymi w księdze rejestrowej (szerszy opis w pkt. 1.1. i opisie nieprawidłowości nr 1).

(akta kontroli str. 101-186)

1.3. W okresie objętym kontrolą w szpitalu zatrudnionych było łącznie 21 osób na stanowiskach wymienionych w art. 49 ust. 1 pkt 2-5 udl, tj.: 17 osób na stanowisku pielęgniarka/pielęgniarski oddziałowy, trzech zastępców kierownika<sup>17</sup> i jedna naczelną pielęgniarka, natomiast nie zatrudniano ordynatorów – kierowanie oddziałami powierzano lekarzom.

Szczegółowym badaniem objęto zatrudnienie pięciu pracowników o najkrótszym stażu na danym stanowisku, tj.: dwóch pielęgniarek i jednego pielęgniarskiego, naczelną pielęgniarkę i Z-cę Dyrektora ds. Lecznictwa. Zatrudnienie nastąpiło zgodnie z zasadami określonymi w art. 49 ust. 3-6a udl oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą<sup>18</sup>.

(akta kontroli str. 187-189)

1.4. Liczba dostępnych w szpitalu w latach 2021 - 2023 łóżek wynosiła od 529<sup>19</sup> do 536<sup>20</sup>. W tym samym okresie liczba osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę oraz wykonujących świadczenia na podstawie zawartych umów cywilnoprawnych wynosiła odpowiednio 456 na koniec 2021 r., 476 na koniec 2022 r., 503 na koniec 2023 r., z czego pracowników medycznych<sup>21</sup> było odpowiednio: 205, 207 i 209.

Liczba pacjentów hospitalizowanych wyniosła: 2.605 w 2021 r. (w tym przesunięcia: 210), 2.923 w 2022 r. (349) oraz 3.110 w 2023 r. (477). W tym samym okresie liczba pacjentów leczonych ambulatoryjnie ogółem osiągnęła poziom odpowiednio: 24.234, 26.367, 28.809<sup>22</sup>. Natomiast wartość umów szpitala z NFZ osiągnęła wielkość 41.868,2 tys. zł w 2021 r., 54.762,7 tys. zł w 2022 r., 69.518,5 tys. zł w 2023 r.

(akta kontroli str. 190-204)

Wskaźnik średniego dziennego obłożenia łóżek za okres od 1 stycznia do 30 września w latach 2021-2023 wynosił ogółem<sup>23</sup>: 82,8% w 2021 r., 92,2% w 2022 r. i 90,75%

<sup>16</sup> Tj. na dzień 26 marca 2024 r. – regulamin będący załącznikiem do zarządzenia nr 28/2023 Dyrektora SPSNPCH z dnia 23 czerwca 2023 r.

<sup>17</sup> Tj. Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa (dwie osoby) i Zastępcą Dyrektora ds. Organizacyjno-Eksploatacyjnych (jedna osoba).

<sup>18</sup> Dz. U. z 2021 r. poz. 430.

<sup>19</sup> Na dzień 31 grudnia 2021 i 31 grudnia 2022 r.

<sup>20</sup> Na dzień 31 grudnia 2023 r.

<sup>21</sup> O których mowa w Centralnym Wykazie Pracowników Medycznych, tj. lekarzy, lekarzy dentyków, felczerów, starszych felczerów, pielęgniarek, położnych, diagnostów laboratoryjnych, fizjoterapeutów, farmaceutów oraz ratowników medycznych (art. 17 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji o ochronie zdrowia Dz. U. z 2023 r. poz. 2465, ze zm.).

<sup>22</sup> W tym leczeni u podwykonawców odpowiednio: 10 486, 10 687, 10 180.

<sup>23</sup> Dla piętnastu oddziałów tj.: Całodobowego Oddziału Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych (budynek 13), Całodobowego Oddziału Leczenia Zaburzeń Nerwicowych i Osobowości (budynek 10), Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Psychiatrycznego (budynki 1, 3, 9, 18), Całodobowego Oddziału Psychiatrii Sądowej o Podstawowym Zabezpieczeniu dla Dorosłych (budynki 15, 20), Całodobowym Oddziale Psychiatrii

w 2023 r. Najwyższy wskaźnik wystąpił w *Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym Psychiatrycznym*<sup>24</sup> i wynosił 100% w 2021 r.; 101,88% w 2022 r. i 99,61% w 2023 r., a najniższy<sup>25</sup> w *Całodobowym Oddziale Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych*<sup>26</sup> i wynosił 59,3% w 2021 r.; 73% w 2022 r. i 83,2% w 2023 r.

(akta kontroli str. 205)

1.5. Oględziny tablic informacyjnych oraz innych ogólnodostępnych miejsc w szpitalu<sup>27</sup> wykazały, że:

- we wszystkich jednostkach organizacyjnych<sup>28</sup> zlokalizowanych przy ulicy Poznańskiej 109 oraz przy ul. 30 Stycznia 43 umieszczono informacje dotyczące praw pacjenta, trybu składania skarg i wniosków, udogodnień dla osób niepełnosprawnych oraz finansowania świadczeń przez NFZ;
- w jednej z dwóch ww. lokalizacji (przy ul. Poznańskiej 109) umieszczono informacje dotyczące imion i nazwisk osób kierujących pracą komórek organizacyjnych, a także imion i nazwisk osób udzielających świadczeń oraz godzin i miejsc udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach świadczeń; natomiast w drugiej lokalizacji (przy ul. 30 Stycznia 43) nie zostały one udostępnione pacjentom, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*, pkt 2;
- informacje dotyczące zasad potwierdzania prawa do świadczeń oraz informacje o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia zostały zamieszczone w budynku przy ul. 30 Stycznia 43, natomiast nie udostępniono ich w komórkach organizacyjnych zlokalizowanych przy ul. Poznańskiej 109, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*, pkt 2;
- w żadnym budynku/pomieszczeniu w ww. dwóch lokalizacjach nie umieszczono informacji dotyczących adresu oraz numerów telefonów najbliższego miejsca, w którym są udzielane świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*, pkt 2.;

Na stronie internetowej szpitala w wydzielonych zakładkach *Oferta szpitala* oraz *Kontakt* udostępniono pacjentom informacje o zakresie udzielanych świadczeń z wyszczególnieniem komórek organizacyjnych i wskazaniem danych kontaktowych (numer telefonu, fax, adres a-mail).

(akta kontroli str. 38-51, 55-58, 1367)

1.6. Na listę oczekujących na udzielenie świadczenia wpisywani byli pacjenci, jeżeli świadczenie nie mogło być udzielone w dniu zgłoszenia. W szpitalu ustalano

---

Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu dla Młodzieży (budynek 19), Całodobowego Oddziału Psychiatrycznego Ogólnego (budynki 2, 5, 20), Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej (12), Całodobowego Oddziału Rehabilitacji Psychiatrycznej (14), Całodobowego Oddziału Terapii Uzależnienia od Alkohol (16).

<sup>24</sup> W ramach komórki organizacyjnej Zakład Opiekuńczo-Lecznym Psychiatrycznym wyodrębniono cztery pododdziały z uwagi na ich funkcjonowanie w czterech odrębnych budynkach szpitala (wskaźnik dotyczy pododdziału, który funkcjonował w budynku 1.

<sup>25</sup> Wskaźnik dotyczył oddziału funkcjonującego w całym badanym okresie, tj. w latach 2021-2023.

<sup>26</sup> Który funkcjonował w budynku 13.

<sup>27</sup> Oględzinami objęto komórki organizacyjne funkcjonujące w dwóch lokalizacjach, tj. przy ul. Poznańskiej 109 w Międzyrzeczu i przy ul. 30 Stycznia 43 w Międzyrzeczu.

<sup>28</sup> W Międzyrzeczu przy ul. Poznańskiej 109 (budynki: nr 11 – wejście B, nr 12 – wejście A i wejście B oraz nr 5), tj. w Poradni Zdrowia Psychicznego, Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży, Poradni Psychologicznej dla Dzieci i Młodzieży, Poradni Leczenia Uzależnień, Poradni Neurologicznej, Całodobowym Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej, Pracowni Fizjoterapii, Pracowni Diagnostyki Obrazowej, Pracowni EKG, Pracowni Elektroencefalograficznej, Oddziale Psychiatrycznym Dziennym oraz w Międzyrzeczu przy ul. 30 Stycznia 43, tj. w Punkcie Zgłoszeniowo-Koordynacyjnym oraz w Poradni Zdrowia Psychicznego w Międzyrzeczu.

kolejność udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie kolejności zgłoszeń pacjentów. W oddziałach i w poradniach prowadzona była księga oczekujących w wersji elektronicznej – rejestr w systemie Eskulap. Pacjenci po zakwalifikowaniu do odpowiedniej kategorii medycznej umieszczani byli na liście oczekujących chronologicznie, wraz z kategorią medyczną – „przypadek pilny„ lub „przypadek stabilny” na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniodawców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej<sup>29</sup>.

(akta kontroli str. 206)

Rejestracja pacjentów oczekujących na świadczenia zdrowotne do poradni odbywała się na bieżąco w dniach i godzinach pracy jednostki, natomiast do oddziałów w godzinach pracy sekretarek medycznych. Obowiązek terminowego przekazywania danych do LOW NFZ z zakresu dotyczącego harmonogramów przyjęć (w tym kolejek oczekujących)<sup>30</sup>, tj. do 10 dnia od zakończenia miesiąca sprawozdawczego<sup>31</sup> należało do kompetencji starszego inspektora ds. analiz, kontraktowania i rozliczeń<sup>32</sup>, natomiast technicznie za wysyłanie danych odpowiedzialny był informatyk. Prowadzenie harmonogramu przyjęć należało do zatrudnionych: rejestratorek/pielęgniarek w poradniach, sekretarek medycznych w oddziałach oraz kierownika Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Psychiatrycznego.

(akta kontroli str. 206)

Osoby uprawnione do otrzymania świadczeń poza kolejnością na podstawie art. 47c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych<sup>33</sup>, w momencie rejestrowania wpisywani byli do systemu Eskulap tryb przyjęcia - przyjęcie planowe (korzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością, zgodnie z uprawnieniami, na podstawie orzeczenia, legitymacji honorowego krwiodawcy).

(akta kontroli str. 206)

W latach 2021-2023 umożliwiono pacjentom umówienie się na wizytę drogą elektroniczną<sup>34</sup>. W toku kontroli NIK funkcjonalność ta nie była dostępna (brak możliwości umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamianie ich o terminie udzielenia świadczenia).

Dyrektor szpitala wyjaśniła, że: *W szpitalu zapewniono usługę e-rejestracji dostarczoną od 2014 roku. Jej wdrożenie było efektem realizacji projektu „Rozbudowa infrastruktury informatycznej i okablowania strukturalnego w celu poprawy jakości obsługi pacjentów, dostępności do e-usług medycznych oraz bezpieczeństwa Samodzielnego Publicznego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu” z 2013 roku. Z uwagi jednak na ciągły postęp technologiczny i politykę producenta serwer z systemem Windows, na którym była zainstalowana usługa przestał być wspierany przez jego producenta, co skutkowało spadkiem poziomu*

<sup>29</sup> Dz. U. z 2005 r. Nr 200, poz. 1661.

<sup>30</sup> Z wyłączeniem wysyłania codziennych sprawozdań odnośnie pierwszego wolnego terminu do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego na podstawie art. 19a ust. 5 ww. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

<sup>31</sup> Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 434, ze zm.).

<sup>32</sup> Do zakresu obowiązków należało m.in. „Prowadzenie statystyki i sporządzanie codziennych i miesięcznych sprawozdań z kolejek oczekujących do NFZ” .

<sup>33</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 146, ze zm. (dalej: *ustawa o świadczeniach*).

<sup>34</sup> Według wyciągu z systemu e-rejestracji z udokumentowanymi było logowaniami.

bezpieczeństwa tego serwera oraz uniemożliwiło aktualizowanie oraz rozwój samej usługi e-rejestracji. 15.12.2023 dokonano oceny możliwości aktualizacji i zwiększenia bezpieczeństwa serwera na którym zainstalowana jest usługa e-rejestracji. Okazało się, że nie ma takich możliwości. W związku z powyższym zdecydowano o przygotowaniu nowego środowiska dla usługi e-rejestracji oraz czasowym wstrzymaniu jej upubliczniania. Podkreślenia wymaga, że przedmiotowa usługa obejmuje i dotyczy wrażliwych danych osobowych pacjenta, stąd udostępnienie usługi związane jest z jednoczesnym obowiązkiem zapewnienia przez świadczeniodawców ochrony danych osobowych świadczeniobiorców przed nieuprawnionym dostępem i ujawnieniem. Dostosowanie systemów informatycznych (zakup sprzętu i licencji) wymaga poniesienia znacznych nakładów finansowych. W konsekwencji Szpital wykorzystując środki pozyskane w ramach drugiego projektu związanego z cyberbezpieczeństwem jednostek służby zdrowia zakupił już najnowsze licencje systemu Windows Server 2022, które m.in. posłużyły do zbudowania nowoczesnego i bezpiecznego środowiska na potrzeby funkcjonowania e-usług takich jak np. e-rejestracja. Obecnie trwa migracja tej usługi na nowy serwer oraz jej rozbudowa, m.in. o usługi powiadamiania sms. Koniec migracji i uruchomienie e-rejestracji planowane jest najpóźniej na sierpień 2024 roku.

(akta kontroli str.226-227, 1394-1397)

Liczba osób oczekujących na świadczenia zdrowotne w szpitalu wynosiła: na koniec 2021 r. w przypadkach stabilnych 316, w przypadkach pilnych 34; na koniec 2021 r. odpowiednio 320 (o 1,3% więcej niż w roku poprzednim) i 77 (o 126,5% więcej niż w roku poprzednim); na koniec 2023 r. odpowiednio 476 (o 48,8% więcej niż w roku poprzednim) i 131 (o 70,1% więcej niż w roku poprzednim).

Najmniejszą liczbę oczekujących odnotowano w *Całodobowym Oddziale Psychiatrycznym*, w rodzaju świadczenia leczenie psychiatryczne i uzależnień, która jedynie na koniec 2023 r. wyniosła jedną osobę dla przypadków stabilnych (zero dla przypadków pilnych). W pozostałych latach, tj. na koniec 2021 r. i 2022 r. przypadki stabilne i pilne nie wystąpiły<sup>35</sup>.

Największą liczbę oczekujących odnotowano w *Pracowni Fizjoterapii*, w rodzaju świadczenia rehabilitacja lecznicza, która na koniec 2021 r. wyniosła 98 osób dla przypadków stabilnych i 23 osoby dla przypadków pilnych, na koniec 2022 r. odpowiednio 105 i 60 osób, na koniec 2023 r. odpowiednio 143 i 118 osób.

Łączny sprawozdawany przez szpital czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne wynosił: na koniec 2021 r. w przypadkach stabilnych 1.887 dni, w przypadkach pilnych 126; na koniec 2022 r. odpowiednio 2 215 dni (o 17,4% więcej niż w roku poprzednim) i 133 dni (o 5,6% więcej niż w roku poprzednim); na koniec 2023 r. odpowiednio 2 091 dni (o 5,6% mniej) i 184 dni (o 37,3% więcej).

Najdłuższy czas oczekiwania odnotowano w *Całodobowym Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej*, w rodzaju świadczenia rehabilitacja lecznicza, który na koniec 2021 r. wynosił 1.576 dni dla przypadków stabilnych i 47 dni dla przypadków pilnych, na koniec 2022 r. odpowiednio 1.910 dni i 2 dni, na koniec 2023 r. odpowiednio 1.424 dni i 4 dni.

Najkrótszy czas oczekiwania odnotowano w *Całodobowym Oddziale Terapii Uzależnienia od Alkoholu*, w rodzaju świadczenia leczenie psychiatryczne i uzależnień, który na koniec 2021 r. wynosił odpowiednio 12 dni dla przypadków stabilnych i zero dni dla przypadków pilnych, na koniec 2022 r. wynosił odpowiednio trzy dni i zero dni, na koniec 2023 r. odpowiednio dwa dni i zero dni.

(akta kontroli str. 190-199)

<sup>35</sup> Zero osób w przypadkach pilnych i stabilnych.



Szczegółowym badaniem objęto trzy oddziały o najdłuższym czasie oczekiwania w latach 2021-2023<sup>36</sup>. W wyniku badania ustalono, że:

➤ w Całodobowym Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej

- czas oczekiwania na przyjęcie w przypadkach pilnych wynosił od trzech do sześciu dni; a w przypadkach stabilnych od czterech<sup>37</sup> do ponad sześciu lat<sup>38</sup>;
- lekarz każdorazowo potwierdzał kategorię medyczną wskazaną na skierowaniu<sup>39</sup>; skierowanie (elektroniczne) było rejestrowane w aplikacji Kolejki Centralne AP-KOLCE, w której zaznacza się kategorię medyczną oraz w systemie Eskulap. Lekarz potwierdzał kategorię medyczną, natomiast sekretarka medyczna wprowadzała dane w systemie;
- w żadnym z przypadków pilnych (10) ani stabilnych (10) nie wystąpiła zmiana zaplanowanego terminu przyjęcia, ani przypadek skreślenia z listy oczekujących.

W odniesieniu do długoletniego czasu oczekiwania na przyjęcie do oddziału w przypadkach stabilnych dyrektor szpitala wskazała, że: *Oddział Rehabilitacji Neurologicznej przy SPSNPCH w Międzyrzeczu prowadzi przyjęcia chorych przede wszystkim w określonym przez NFZ trybie „Wczesnej Rehabilitacji”, tj. pacjentów max do 30 dni od leczenia ostrej fazy choroby neurologicznej. W miarę posiadania wolnych miejsc przyjmowani są także pacjenci na wtórną rehabilitację (tzw. przypadki stabilne). W początkowym etapie działalności Oddziału okres oczekiwania na rehabilitację wtórną wynosił ok. 0,5 roku i stopniowo wydłużał się w miarę jak przybywało zgłoszeń, a oddział zyskiwał coraz większe zainteresowanie ze strony pacjentów - do kolejki oczekujących zapisywali się pacjenci nie tylko z całego woj. lubuskiego ale także z województw ościennych (každorazowo pacjenci byli informowani o czasie oczekiwania, możliwych jego wydłużeniach i pomimo to chcieli korzystać z usług oddziału). Niestety w okresie pandemii COVID-19 przyjęcia na rehabilitację przypadków stabilnych zostały wstrzymane z kilku powodów, do których należą przede wszystkim: czasowe wstrzymanie wszystkich przyjęć z uwagi na ogniska zachorowania na infekcję Covid-19 w oddziale, przypadki zawieszenia przyjęć w Oddz. Rehabilitacji Neurologicznej w Gorzowie i Zielonej Górze (wówczas pacjenci na wczesną rehabilitację trafiali do naszego oddziału, co skutkowało brakiem miejsc dla przypadków stabilnych i okres oczekiwania wydłużał się). W miarę stabilizacji sytuacji pandemicznej i wznowieniu przyjęć stopniowo okres oczekiwania ulegał skróceniu i w chwili obecnej dla nowo rejestrowanych pacjentów wynosi maksymalnie do 1,5 roku.*

➤ w Całodobowym Oddziale Rehabilitacji Psychiatrycznej

- czas oczekiwania na przyjęcie w przypadkach pilnych następował/wynosił w tym samym dniu do ok 2,5 miesiąca , a w przypadkach stabilnych od 32 dni do 1 roku i 2 miesięcy;
- lekarz każdorazowo potwierdzał kategorię medyczną wskazaną na skierowaniu (papierowa forma) zapoznając się ze skierowaniem i parafując je;
- w żadnym przypadku stabilnym (10) nie wystąpiła zmiana zaplanowanego terminu przyjęcia, ani skreślenie z listy oczekujących, natomiast spośród 10

<sup>36</sup> W każdym badanym roku po 10 rekordów dotyczących przypadków pilnych i 10 dotyczących przypadków stabilnych (ogółem 60).

<sup>37</sup> Data wpisania na listę oczekujących: 28 sierpnia 2019 r. data zaplanowanego przyjęcia: 7 września 2023 r.

<sup>38</sup> Data wpisania na listę oczekujących: 20 sierpnia 2015 r. data zaplanowanego przyjęcia: 4 listopada 2021 r.

<sup>39</sup> lub kwalifikował świadczeniobiorcę do odpowiedniej kategorii medycznej zgodnie z par. 2 ust. 2 rozporządzenie 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 zdrowotnej (Dz. U. 2005 r. Nr 200, poz. 1661).

przypadków pilnych, wystąpiło jedno przesunięcie terminu na prośbę pacjenta<sup>40</sup> oraz jedna rezygnacja.

➤ w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym Psychiatrycznym

- czas oczekiwania na przyjęcie w przypadkach pilnych wynosił od jednego dnia do około 4,5 miesiąca<sup>41</sup>; a w przypadkach stabilnych od dwóch dni do około 4,5 miesiąca;
- lekarz każdorazowo potwierdzał kategorię medyczną wskazaną na skierowaniu (papierowa forma), w następujący sposób: komisja do opiniowania wniosków ubiegających się o przyjęcie na oddział<sup>42</sup> zbierała się po każdorazowym wpływie skierowania<sup>43</sup> i wówczas lekarz potwierdzał kategorię medyczną. Opinię komisji zatwierdzał, decyzją wewnętrzną Z-ca Dyrektora ds. leczenia. Komisja rozpatrywała wniosek osób kierowanych na oddział, ustalała tryb przyjęcia na podstawie dokumentacji medycznej, oceny stanu zdrowia pacjenta;
- w trzech spośród 10 przypadków pilnych nastąpiła rezygnacja, natomiast w jednym przypadku pacjent został skreślony ze względów medycznych (onkologicznych) – wymagał innego świadczenia<sup>44</sup>, natomiast spośród 10 przypadków stabilnych, wystąpiło jedno skreślenie z listy oczekującej (zgon w domu).

(akta kontroli str.207-220, 724-725, 729)

W latach 2021-2023 nie wpłynęły do LOW NFZ ani do Rzecznika Praw Pacjenta żadne skargi związane z ustaleniem kolejności dostępu do świadczeń medycznych w szpitalu.

(akta kontroli str. 221-225)

1.7. Żaden z oddziałów funkcjonujących w szpitalu nie był oddziałem szpitalnym w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 11 udl. Wszystkie całodobowe oddziały funkcjonujące w SPSNPCH świadczyły usługi zdrowotne określone w art. 2 ust. 1 pkt 12 udl<sup>45</sup>, inne niż świadczenia szpitalne.

W dwóch oddziałach o największej liczbie łóżek, tj. w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym Psychiatrycznym<sup>46</sup> oraz Całodobowym Oddziale Terapii Uzależnienia od Alkoholu<sup>47</sup>, w których udzielana była opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, na stanowiskach medycznych było zatrudnionych odpowiednio:

- w grudniu 2021 r. 97 osób<sup>48</sup>, w tym: siedmiu lekarzy, dwóch psychologów, dwóch pedagogów, 42 pielęgniarki (w tym cztery oddziałowe), 33 opiekunów medycznych, siedem sanitariuszy/sanitariuszek, trzech terapeutów zajęciowych,

<sup>40</sup> Z dnia 28 października 2022 r. na 28 listopada 2022 r.

<sup>41</sup> Przypadek dotyczył rezygnacji z oczekiwania na świadczenie.

<sup>42</sup> Powołana Zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 1 z dnia 7 stycznia 2019 r., nr 09/2022 z dnia 7 marca 2022 r., nr 48/2022 z dnia 27 października 2022 r. oraz nr 61/2023 z dnia 22 listopada 2023 r. w sprawie powołania Komisji w Samodzielnym Publicznym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu w celu opiniowania wniosków osób ubiegających się o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo-Lecznicznego Psychiatrycznego.

<sup>43</sup> Zgodnie z § 3 zarządzenia minimum jeden raz w miesiącu.

<sup>44</sup> Informacja od syna.

<sup>45</sup> Stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne inne niż świadczenie szpitalne - świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne, paliatywne, hospicyjne, świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz leczenia uzależnienia od alkoholu, udzielane pacjentom, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonych, stałych pomieszczeniach.

<sup>46</sup> 185 łóżek według księgi rejestrowej (kod resortowy: 5172).

<sup>47</sup> 72 łóżka według księgi rejestrowej (kod resortowy: 4744).

<sup>48</sup> Liczba etatów: 73,13.

jeden ratownik medyczny oraz w miesiącu lipcu 2021 r. 20 osób<sup>49</sup>, w tym: dwóch lekarzy, dwóch psychologów, pięciu specjalistów terapii uzależnień, dwóch instruktorów terapii uzależnień, siedem pielęgniarek (w tym jedna oddziałowa), dwóch sanitariuszy/sanitariuszek;

- w grudniu 2022 r. 96 osób<sup>50</sup>, w tym: siedmiu lekarzy, jeden psycholog, dwóch pedagogów, 41 pielęgniarek (w tym cztery oddziałowe), 36 opiekunów medycznych, sześciu sanitariuszy/sanitariuszek, trzech terapeutów zajęciowych oraz w miesiącu lipcu 2022 r. 25 osób<sup>51</sup>, w tym dwóch lekarzy, trzech psychologów, trzech psychoterapeutów uzależnień, osiem pielęgniarek (w tym jedna oddziałowa), trzech opiekunów medycznych, dwóch instruktorów terapii uzależnień, dwóch terapeutów uzależnień, dwóch sanitariuszy/sanitariuszek;
- w grudniu 2023 r. 103 osoby<sup>52</sup>, w tym siedmiu lekarzy, dwóch psychologów, dwóch pedagogów, 42 pielęgniarki (w tym cztery oddziałowe), 41 opiekunów medycznych, pięciu sanitariuszy/sanitariuszek, czterech terapeutów zajęciowych oraz w miesiącu lipcu 2023 r. 25 osób<sup>53</sup>, w tym dwóch lekarzy, trzech psychologów, dziewięć pielęgniarek (w tym jedna oddziałowa), trzech opiekunów medycznych, dwóch instruktorów terapii uzależnień, czterech psychoterapeutów uzależnień, dwóch terapeutów uzależnień.

(akta kontroli str. 228-251)

Badanie przeprowadzone w zakresie dotyczącym organizacji pracy dwóch ww. oddziałów<sup>54</sup> wykazało m.in., że:

- stan zatrudnienia odpowiadał liczbie lekarzy i pielęgniarek zgłoszonych do LOW NFZ wykazanej w załączniku nr 2 „Harmonogram-zasoby” do umowy z LOW NFZ;
- czas pracy personelu wykazanego w załączniku do umowy z LOW NFZ był zgodny z harmonogramami pracy<sup>55</sup>;
- wielkość zatrudnienia na oddziale oraz kwalifikacje personelu w postaci specjalności, stopnia specjalizacji, doświadczenia zawodowego, wymaganych szkoleń i kompetencji odpowiadały wymogom rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień z dnia 19 czerwca 2019 r.<sup>56</sup>.
- zatrudnienie pielęgniarek było zgodne z minimalnymi normami zatrudnienia ustalonymi przez dyrektora<sup>57</sup>;
- o zmianach personelu medycznego informowany był NFZ i dokonywano odpowiednich zmian w załączniku nr 2 do umowy z NFZ<sup>58</sup>.

<sup>49</sup> Liczba etatów: 21,64.

<sup>50</sup> Liczba etatów: 74,31.

<sup>51</sup> Liczba etatów: 24,32.

<sup>52</sup> Liczba etatów: 80,48.

<sup>53</sup> Liczba etatów: 25,58.

<sup>54</sup> W miesiącu lipcu (2021 r., 2022 r. i 2023 r.).

<sup>55</sup> Za wyjątkiem przypadku jednego lekarza, jednakże oddział spełniał warunki świadczeń zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

<sup>56</sup> Dz. U. z 2019 r. poz. 1285, ze zm.

<sup>57</sup> Na podstawie Zarządzenia Dyrektora Szpitala nr 37/2017 z dnia 30 sierpnia 2017 r. oraz nr 7A/2024 z dnia 5 lutego 2024 r. w sprawie ustalenia minimalnych norm zatrudnienia w Samodzielnym Publicznym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu.

<sup>58</sup> W dniu 5 grudnia 2022 r. zatwierdzona została zmiana do umowy przez LOW NFZ w zakresie jednego lekarza (zgłoszona wnioskiem nr 245368 do umowy od 1 października 2022 r.), tj. stosownie do wymogu dotyczącego zgłoszenia zmiany harmonogramu, określonego w § 6 ust. 2 OWU, stosownie do § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 kwietnia 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 696). Zgodnie z § 4 ust. 2 ww. rozporządzenia zmiany w harmonogramie, o którym mowa w § 6 ust. 2 OWU, wymagają zgłoszenia dyrektorowi oddziału

(akta kontroli str. 228-322)

1.8. Badanie bezpieczeństwa użytkowania aparatury medycznej wykorzystywanej do udzielania świadczeń zdrowotnych<sup>59</sup> wykazało, że:

- w każdym z 10 przypadków<sup>60</sup> terminowo dokonano przeglądu technicznego urządzenia;
- w sześciu przypadkach odnotowano, że sprzęt jest sprawny technicznie i określono datę następnego badania technicznego, natomiast w czterech przypadkach<sup>61</sup> odnotowano, że sprzęt jest niesprawny i przekazano na magazyn celem kasacji, przy czym w trzech przypadkach pomimo upływu dwóch lat (dwa przypadki) i jednego roku (jeden przypadek) do czasu zakończenia kontroli NIK nie została dokonana jego likwidacja, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*, pkt 6 obszaru drugiego.

(akta kontroli str. 323-351)

1.9. W okresie objętym kontrolą w szpitalu obowiązywało 381 umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych<sup>62</sup> z podmiotami wykonującymi działalność leczniczą<sup>63</sup>, wyłonionymi w trybie konkursu ofert, tj. zgodnie z art. 26 ust. 3 udl. Objęte szczegółowym badaniem trzy umowy (o najwyższej wartości<sup>64</sup>) o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawarto z podmiotami zewnętrznymi na warunkach ustalonych w toku konkursu ofert, a ich treść odpowiadała wymaganiom określonym w art. 27 ust. 4 udl<sup>65</sup> (Harmonogramy czasu pracy oraz ewidencja – opis pkt 1.7).

Natomiast w szpitalu nie przeprowadzono postępowania konkursowego na kierowanie *Całodobowym Oddziałem Psychiatrycznym Ogólnym* (w budynku nr 13) i formalnie nie powierzono kierowania lekarzowi realizującemu zarząd w ww. budynku w ramach zawartej umowy na kierowanie *Całodobowym Oddziałem Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych* znajdującym się w tym samym budynku<sup>66</sup>. Powyższe zaniechanie naruszało art. 26 ust. 3 i art. 26 ust. 1 udl, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*, pkt 3.

(akta kontroli str. 352-618)

Kontrola realizacji przez medyczne komórki organizacyjne umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z płatnikiem publicznym powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (Narodowym Funduszem Zdrowia) oraz innych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej należała do obowiązków Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa. Natomiast specjalista ds. kadr i płac potwierdzał na rachunku do

---

wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia nie później niż w terminie 14 dni od dnia odwołania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii (1 lipca 2023 r.).

<sup>59</sup> Badanie przeprowadzono na próbie 10 urządzeń wybranych na podstawie ewidencji środków trwałych szpitala na 31 grudnia 2023 r. o największej wartości początkowej (grupa: 8).

<sup>60</sup> Jednostanowiskowy aparat do badań EEG, kardiomonitor, analizator parametrów krytycznych ABL, defibrylator Lifepak 15, jonizator plazmowy, aparat rtg panoramiczny D 3200, podnośnik moflit mover 205, defibrylator rescue life z kardiowersją z torbą, defibrylator z kardiowersją do defibrylacji ręcznej z łyżkami i rejestrem, ultrasonograf Spinell II.

<sup>61</sup> W tym jeden przypadek dotyczył maja 2024 r.

<sup>62</sup> W tym o kierowanie oddziałami szpitalnymi.

<sup>63</sup> Lub osobą legitymującym się fachowymi kwalifikacjami do udzielania świadczeń zdrowotnych.

<sup>64</sup> Łączna wartość zbadanych umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych wyniosła: 5.203,2 tys. zł oraz na kierowanie oddziałem: 63 tys. zł.

<sup>65</sup> W szczególności umowy te zawierały: określenie zakresu świadczeń; sposobu organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym miejsca, dni i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych, określenie rodzajów i sposobu kalkulacji należności, jaką udzielający zamówienia przekazuje przyjmującemu zamówienie z tytułu realizacji zamówienia, ustalenie zasad rozliczeń oraz zasad i terminów przekazywania należności, ustalenia dotyczące szczegółowych okoliczności uzasadniających rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem oraz okres wypowiedzenia, zobowiązanie do prowadzenia określonej sprawozdawczości statystycznej.

<sup>66</sup> Tj. umowa o kierowanie oddziałem nr 2/2020 z dnia 16 grudnia 2020, nr 1/2021 z dnia 30 grudnia 2021, nr 1/2022 z dnia 12 grudnia 2022 r.

umowy zgodność z zawartą umową<sup>67</sup>. Kierownik Działu Kadr i Płac potwierdzał sprawdzenie pod względem merytorycznym, a księgowa pod względem formalnym i rachunkowym.

(akta kontroli str. 113-123, 313, 586-587)

1.10. Zgodnie z regulaminem organizacyjnym szpitala wprowadzony został *Cennik usług medycznych i niemedycznych*, jednakże szpital nie udzielał świadczeń komercyjnych indywidualnym pacjentom i nie osiągał przychodów z tego tytułu. Realizowano natomiast w oparciu o ww. cennik usługi na rzecz innych podmiotów leczniczych na podstawie zawieranych z nimi umów zlecenia (w szczególności w zakresie badań diagnostycznych rtg) – w latach 2021-2023 osiągnięto łączny przychód w wysokości 493,7 tys. zł.

Nie stwierdzono przypadków udzielania pacjentom ubezpieczonym świadczeń komercyjnych tożsamyh z tymi, które są objęte umową z NFZ. Wystąpił natomiast jeden przypadek w 2023 r. naliczenia opłaty osobie nieuprawnionej do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych<sup>68</sup>.

(akta kontroli str. 113-145, 619-620)

1.11. W okresie objętym kontrolą organy i instytucje zewnętrzne przeprowadziły w szpitalu łącznie 50 kontroli<sup>69</sup> w zakresie jego działalności, w tym: Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna (26), Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego (pięć), Sąd Rejonowy (trzy), Komenda Powiatowa Państwowej Straży Pożarnej (dwie), Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny (dwie), Kancelaria Biegłego Rewidenta (dwie), Państwowa Inspekcja Pracy (jedna), Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna (jedna), Wojewódzki Inspektorat Ochrony Środowiska (jedna), Narodowy Fundusz Zdrowia<sup>70</sup> (jedna); Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy (jedna), Sąd Okręgowy (jedna), Wojewódzki Urząd Ochrony Zabytków (jedna), Konsultant Wojewódzki w dziedzinie farmacji klinicznej<sup>71</sup> (jedna), Burmistrz Międzyrzecza (jedna), Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ<sup>72</sup> (jedna).

W 35 kontrolach nie sformułowano zaleceń pokontrolnych, natomiast w przypadku zaleceń sformułowanych w pozostałych 14 przypadkach nie wykonano dwóch, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*, pkt 4.

(akta kontroli str. 621-723)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. Regulamin organizacyjny szpitala zawierał nierzetelne/nieaktualne dane, gdyż:
  - nie wskazano w nim dwóch spośród 29 jednostek organizacyjnych szpitala, tj. *Poradni Zdrowia Psychicznego* będącej jednostką organizacyjną *Zakładu Lecznictwa Ambulatoryjnego Psychiatrycznego* oraz *Poradni Psychologicznej dla Dzieci i Młodzieży* będącej jednostką organizacyjną *Zakładu Lecznictwa Ambulatorium*, podczas gdy ich funkcjonowanie potwierdzono w trakcie oględzin przeprowadzonych 15 maja 2024 r. (dane o

<sup>67</sup> Do zadań pracownika należała m.in.: weryfikacja faktur/rachunków składanych przez osoby zatrudnione na podstawie umów cywilnoprawnych w zakresie należności za zrealizowane świadczenia zdrowotne lub usługi.

<sup>68</sup> Faktura za usługi medyczne w wysokości 207,35 zł.

<sup>69</sup> Tj. 17 w 2021 r. (w tym badanie sprawozdania finansowego za 2020 r. przez niezależnego biegłego rewidenta); 22 w 2022 r. (w tym wizytacje z ramienia sądu rejonowego i okręgowego); 10 w 2023 r.

<sup>70</sup> Centrala Departament Kontroli – od 7 lipca do 2 sierpnia 2021 r. – dotycząca realizacji umowy w zakresie spełnienia wymagań do udzielania świadczeń w zakresie świadczeń psychiatrycznych dla dorosłych (bez zaleceń).

<sup>71</sup> W dniu 29 września 2022 r. w zakresie dostosowania apteki do ustawy o zawodzie farmaceuty.

<sup>72</sup> W dniu 6 października 2023 r. w zakresie weryfikacji oferenta – program lekowy – leczenie depresji lekoopornej (bez uwag).

ww. jednostkach organizacyjnych zawarto w dziale II księgi rejestrowej odpowiednio w pkt. 2 i 41;

- wskazano jednostkę organizacyjną, tj. *Poradnię Logopedyczną*, która faktycznie nie funkcjonowała w strukturze organizacyjnej szpitala (dane o ww. jednostce nie widniały w księdze rejestrowej).

(akta kontroli str. 32-62, 1367)

Odnosnie braku zapisów w regulaminie organizacyjnym o funkcjonujących komórkach organizacyjnych dyrektor szpitala wyjaśniła, że: *było to spowodowane przeoczeniem. Obecnie trwają prace nad zmianą regulaminu organizacyjnego mające na celu aktualizację danych. Nowy jednolity tekst regulaminu organizacyjnego jest aktualnie procedowany i zostanie wprowadzony w życie od dnia 1 lipca br.*

Odnosnie *Poradni Logopedycznej* dyrektor szpitala wyjaśniła, że: *Komórka medyczna: Poradnia Logopedyczna została wprowadzona do regulaminu organizacyjnego ze względu na plany rozwojowe szpitala w zakresie poszerzenia usług medycznych logopedycznych w ramach ubezpieczenia NFZ. Konkurs na udzielanie świadczeń zdrowotnych w poradni logopedycznej nie został jednak ogłoszony przez dysponenta środków tj. NFZ. Aktualnie trwają prace nad zmianą regulaminu organizacyjnego mające na celu aktualizację danych.*

(akta kontroli str. 1367)

2. Szpital w miejscach udzielania świadczeń (ogłędziny przeprowadzono 15 maja 2024 r. w budynkach/pomieszczeniach szpitala w dwóch lokalizacjach, tj. w Międzyrzeczu przy ul. Poznańskiej 109 – budynki: nr 5, nr 11 i nr 12 oraz przy ul. 30 Stycznia 43) nie udostępnił pacjentom wszystkich informacji określonych w Ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>73</sup>; tj.:

- imion i nazwisk osób kierujących pracą komórek organizacyjnych (§ 11 ust. 4), a także imion i nazwisk osób udzielających świadczeń oraz godzin i miejsc udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach świadczeń (§ 11 ust. 1) w lokalizacji przy ul. 30 Stycznia 43, gdzie funkcjonowały: *Poradnia Zdrowia Psychicznego w Międzyrzeczu* oraz *Punkt Zgłoszeniowo-Koordynacyjny w Międzyrzeczu*;
- zasad potwierdzania prawa do świadczeń oraz o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia (§ 11 ust. 4) w lokalizacji przy ul. Poznańskiej 109 w Międzyrzeczu, gdzie funkcjonowały: *Poradnia Zdrowia Psychicznego*, *Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży*, *Poradnia Psychologiczna dla Dzieci i Młodzieży*, *Poradnia Leczenia Uzależnień*, *Poradnia Neurologiczna*, *Całodobowy Oddział Rehabilitacji Neurologicznej*, *Oddział Psychiatryczny Dzienny*;
- adresu oraz numerów telefonów najbliższego miejsca, w którym są udzielane świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (§ 11 ust. 4) w obu ww. lokalizacjach.

(akta kontroli str. 55-58,1367)

Dyrektor wyjaśniła, że ww. braki w udostępnieniu informacji były spowodowane przeoczeniem. Ponadto wyjaśniła, że: *Poradnia Zdrowia Psychicznego z Punktem Zgłoszeniowo-Koordynacyjnym jest nową komórką organizacyjną szpitala [...] i dzień ogłędzin był pierwszym dniem, w którym udzielane były świadczenia pacjentom.*

<sup>73</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 1194, ze zm.

*Z tego względu nie wszystkie wymagane informacje dla pacjentów zostały umieszczone w miejscach ogólnodostępnych. Wszystkie brakujące informacje będą uzupełnione.*

(akta kontroli str. 1367)

W toku kontroli NIK<sup>74</sup> wszystkie ww. brakujące informacje w obu lokalizacjach zostały udostępnione pacjentom na tablicach informacyjnych w miejscach udzielania świadczeń.

(akta kontroli str. 821)

3. Nie przeprowadzono konkursu na kierowanie *Całodobowym Oddziałem Psychiatrycznym Ogólnym*, który funkcjonował w budynku nr 13, pomimo iż zgodnie z art. 26 ust. 1 i 3 udl podmiot leczniczy<sup>75</sup> może udzielić zamówienia na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych, podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą lub osobie legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny, a udzielenie zamówienia następuje w trybie konkursu ofert. W konsekwencji nie powierzono (formalnego) nadzoru nad funkcjonowaniem oddziału.

(akta kontroli str. 589-614)

*Dyrektor szpitala wyjaśniła powyższe przeoczeniem. [...] W tym samym roku ogłoszono w kraju stan epidemiczny. W przypadku wykrycia zakażenia wstrzymywano lub ograniczano przyjęcia, zamykano oddział itp. W związku, że w Całodobowym Oddziale Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych nr 13 znajduje się 26 łóżek i przy kontrakcie 19 łóżkowym w okresie stanu/zagrożenia epidemicznego nie był wyrabiany kontrakt i oddział dysponował wolnymi łóżkami. W przypadku braku miejsca lub wstrzymania przyjęć do oddziałów psychiatrycznych ogólnych, z przyczyn medycznych umieszczano pacjentów z rozpoznaniem psychiatrycznym w oddziale detoksykacyjnym. Skutkowało to niemożliwością rozliczenia zrealizowanych świadczeń zdrowotnych z NFZ. W związku, że sytuacje powtarzały się, musieliśmy podjąć działania formalno-prawne i wydzielić w marcu 2022 r. (Zarządzenie nr 12/2022 Dyrektora SPSNPCH w Międzyrzeczu z dnia 23 marca 2022r. w sprawie zmiany Regulaminu Organizacyjnego SPSNPCH) w pawilonie nr 13 łóżka dla pacjentów z rozpoznaniem psychiatrycznym – i utworzyć Całodobowy Oddział Psychiatrii Ogólnej nr 13.*

(akta kontroli str. 615-617)

4. Nie zrealizowano dwóch zaleceń określonych dla *Całodobowego Oddziału Terapii Uzależnienia od Alkohol* (budynek nr 16) w zakresie wyposażenia obiektu w system sygnalizacji pożaru oraz wyposażenia obiektu w system usuwania dymu lub zapobiegający zadymieniu na wszystkich trzech klatkach schodowych, pomimo iż od wydania zaleceń w powyższym zakresie przez Lubuskiego Komendanta Wojewódzkiego Straży Pożarnej (postanowienie nr 105/2014 z dnia 27 października 2014 r.) upłynęło niespełna 10 lat.

(akta kontroli str. 637-652, 720-723)

*Dyrektor szpitala wyjaśniła, że: szpital podjął działania i zlecił ekspertyzę zamienną, która została wykonana przez rzeczoznawcę ds. zabezpieczeń przeciwpożarowych [...] w sierpniu 2014 r. Zgodnie z „Notatką Służbową” Komendy Powiatowej Straży Pożarnej w Międzyrzeczu z dnia 16.10.2017r., została przeprowadzona kontrola, gdzie stwierdzono częściowe wykonanie decyzji PR-2/11 z dnia 14 lutego 2011 r. Zgodnie z ekspertyzą Rzeczoznawcy P.POŻ. wyposażono Oddział nr 16*

<sup>74</sup> Ponowne oględziny przeprowadzono 17 czerwca 2024 r.

<sup>75</sup> Spełniający przesłanki określone w art. 4, art. 5 ust. 1 i art. 6 ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych.

w dodatkowe hydranty wewnętrzne na każdej kondygnacji i zwiększono wyposażenie w gaśnice ABC X 6 kg o 100% i zamontowano drzwi p.poż o klasie odporności EI – 30 wydzielające klatki schodowe, oraz zamontowano światło ewakuacyjne na każdej kondygnacji [...] Wszystkie obiekty szpitalne wpisane są do Rejestru Zabytków Nr 389/92 z dnia 13.04.1992 r. Klapy oddymiające trzech klatek schodowych Oddziału 16 powinny być zamontowane w tunelach przechodzących na powierzchnię dachu, i wymaga dodatkowo zgody Wojewódzkiego Konserwatora Zabytków [...] Nasza jednostka zamierza ubiegać się w najbliższym czasie o pozyskanie zewnętrznych środków finansowych na modernizację Oddziału 16, w tym w zakresie przepisów P.POŻ., szpital zaproponował wpisanie przedmiotowego zadania inwestycyjnego do nowych priorytetowych potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej dla województwa lubuskiego na lata 2025-2026 w ramach realizacji Wojewódzkiego Planu Transformacji województwa lubuskiego na lata 2022-2026 r.

(akta kontroli str. 724-728)

#### OCENA CZĄSTKOWA

Szpital posiadał aktualny wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą i aktualizowany corocznie regulamin organizacyjny, przy czym wystąpiły nieliczne rozbieżności pomiędzy danymi zawartymi w zakresie struktury organizacyjnej szpitala a stanem faktycznym.

Zatrudnianie kadry zarządzającej szpitala odbyło się w sposób prawidłowy, a stan liczbowy oraz kwalifikacje zatrudnionego personelu spełniały obowiązujące wymagania. Szpital prawidłowo przygotował i przeprowadził konkursy ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych, poza jednym przypadkiem nieprzeprowadzenia konkursu na kierowanie oddziałem w jednym spośród trzech budynków, w którym funkcjonował oddział.

Szpital nie udzielał pacjentom ubezpieczonym świadczeń komercyjnych tożsamyh z tymi, które były objęte umową z LOW NFZ, a wykorzystywana aparatura i sprzęt medyczny poddawana była we właściwym terminie wymaganym przeglądom technicznych. Stwierdzono natomiast niezrealizowanie przez szpital zaleceń pokontrolnych z zakresu przepisów przeciwpożarowych dla jednego z oddziałów.

#### OBSZAR

Opis stanu faktycznego

## 2. Sytuacja ekonomiczno-finansowa szpitala

2.1. Obowiązująca w szpitalu w okresie objętym kontrolą dokumentacja opisująca przyjęte zasady rachunkowości (*Założenia Polityki Rachunkowości*) była przyjęta w formie pisemnej i była aktualizowana<sup>76</sup>, co stanowiło spełnienie wymogu określonego w art. 10 ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości<sup>77</sup>.

Ww. dokumentacja zawierała wszystkie elementy określone w art. 10 ust. 1 uor (tj. określono rok obrotowy i wchodzące w jego skład okresy sprawozdawcze, metody wyceny aktywów i pasywów oraz ustalania wyniku finansowego, sposób prowadzenia ksiąg rachunkowych oraz system służący ochronie danych i ich zbiorów), a ponadto odnosiła się do specyficznych i charakterystycznych dla szpitala operacji gospodarczych, w tym ewidencjonowania ich zgodnie rozporządzeniem w sprawie standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców.

(akta kontroli str. 731-820)

<sup>76</sup> Wprowadzone zarządzeniami nr 5/2021 z 22 stycznia 2021 r. oraz nr 31/2022 z 22 czerwca 2022 r. Dyrektora Samodzielnego Publicznego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu w sprawie wprowadzenia zasad rachunkowości obowiązujących w Samodzielnym Publicznym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu.

<sup>77</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 120, ze zm.



W obowiązujących zasadach rachunkowości wprowadzono zapisy dotyczące szacowania i ewidencji prawdopodobnych przyszłych rezerw na pewne lub o dużym stopniu prawdopodobieństwa przyszłe zobowiązania, których kwotę można w wiarygodny sposób oszacować, w tym przewidziano tworzenie rezerw:

- na pewne lub o dużym stopniu prawdopodobieństwa przyszłe zobowiązania wskazane przykładowo, tj. z tytułu udzielonych gwarancji, poręczeń operacji kredytowych, skutków toczącego się postępowania sądowego;
- na przyszłe zobowiązania spowodowane restrukturyzacją, przykładowo z tytułu restrukturyzacji zatrudnienia;
- na świadczenia pracownicze w zakresie odpraw emerytalnych, rentowych i gratyfikacji jubileuszowych (w ww. zasadach obowiązujących w 2021 r.) oraz w zakresie odpraw emerytalnych, rentowych, odpraw pośmiertnych i gratyfikacji jubileuszowych (w zasadach obowiązujących od 2022 r.)

Nie przewidziano natomiast szacowania i tworzenia rezerw na odszkodowania z tytułu zdarzeń medycznych.

Dyrektor szpitala wyjaśniła, że: *Szpital nie tworzy rezerw na odszkodowania z tytułu zdarzeń medycznych, ponieważ posiada na zabezpieczenie takich zdarzeń polisy OC obejmujące w swoim zakresie ubezpieczenie obowiązkowe i dobrowolne [...].*

(akta kontroli str. 757, 802, 822-824)

W okresie objętym kontrolą szpital tworzył rezerwy z jednego spośród ww. tytułów, tj. na świadczenia pracownicze. Szczegółowe badanie w zakresie szacowania i ewidencji rezerw wykazało, że:

- na dzień 31 grudnia 2021 r. oszacowano i zaewidencjonowano rezerwy na przyszłe zobowiązania pracownicze z tytułu odpraw emerytalnych i nagród jubileuszowych do wypłaty w 2022 r. w wysokości 413,2 tys. zł, co było zgodne z założeniami określonymi w obowiązującej polityce rachunkowości szpitala (podstawą do przyjęcia wartości rezerw były dokonane obliczenia świadczeń do wypłaty w 2022 r. wraz z wykazem osób uprawnionych i przewidywanych kwot);
- po sporządzeniu sprawozdania z wykonania planu finansowego za okres od 1 stycznia 2021 r. do 31 grudnia 2021 r., na podstawie otrzymanej w dniu 26 kwietnia 2022 r. oferty zlecono drogą elektroniczną podmiotowi zewnętrznemu wyznaczenie rezerw na świadczenia pracownicze z tytułu odpraw emerytalnych, rentowych, pośmiertnych oraz nagród jubileuszowych metodą aktuarialną na dzień 31 grudnia 2020 r. oraz na 31 grudnia 2021 r., przy czym obowiązujące w szpitalu *Założenia Polityki Rachunkowości* nie przewidywały przeprowadzania szacowania rezerw szacowania rezerw z tytułu odpraw pośmiertnych, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*, pkt 1;
- na podstawie opracowanych przez aktuarusza dokumentów dokonano korekty zapisów księgowych pod datą 31 grudnia 2021 r., tj.: zwiększono kwotę szacowanych rezerw z tytułu świadczeń pracowniczych wyznaczonych na dzień 31 grudnia 2021 r. z kwoty 413,2 tys. zł na kwotę 4.828,2 tys. zł, w tym z tytułu rezerw krótkoterminowych w wysokości 539,8 tys. oraz rezerw długoterminowych w wysokości 4.288,8 tys. zł (zarówno rezerwy krótkoterminowe, jak i długoterminowe ujęto na stronie Ma konta 642 – *Rozliczenia międzyokresowe bierne kosztów krótkoterminowych*), przy czym w obowiązujących *Założeniach Polityki Rachunkowości*, w zasadach klasyfikacji zdarzeń i prowadzenia ewidencji analitycznej oraz *Zakładowym Planie Kont* nie przewidziano ewidencji rezerw długoterminowych, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*, pkt 1.

(akta kontroli str. 822-921)

2.2. Szpital podjął niezbędne działania w celu wdrożenia standardu rachunku kosztów zgodnie z rozporządzeniem w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców, w tym powołano *Zespół ds. wdrożenia rachunku kosztów*<sup>78</sup>. Do zadań ww. zespołu należało opracowanie i przedłożenie dyrektorowi szpitala harmonogramu prac wraz ze zidentyfikowanymi zadaniami, wskazanie osób odpowiedzialnych za ich realizację oraz wskazanie terminów realizacji zadań i nadzór nad terminową realizacją przyjętych założeń.

Wśród zaplanowanych zadań wyodrębniono cztery etapy ich realizacji, przy czym:

- zadania etapu I (identyfikacja i zdefiniowanie ośrodków powstawania kosztów OPK działalności podstawowej i pomocniczej medycznej i niemedyceyjnej, zarządu, nadanie oznaczeń OPK zgodnie z załącznikiem nr 3 i nr 4 do rozporządzenia, implementacja planu kont w zależności od specyfiki i rozmiaru prowadzonej działalności zgodnie z wykazem w załączniku nr 5 do rozporządzenia do systemu FK) zaplanowano i zrealizowano przed wejściem w życie rozporządzenia w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców, tj. 31 grudnia 2020 r.;
- zadania pozostałych etapów (III-IV) zrealizowano z opóźnieniem w stosunku do wejścia w życie ww. rozporządzenia, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*, pkt 2.

(akta kontroli str. 922-965)

2.3. Gospodarkę finansową szpitala prowadzono w oparciu o plany finansowe, które w okresie objętym kontrolą zostały opracowane odpowiednio 25 listopada 2020 r. (plan na 2021 r.), 25 listopada 2021 r. (plan na 2022 r.) i 28 listopada 2022 r. (plan na 2023 r.), tj. w terminach umożliwiających gospodarkę finansową od 1 stycznia danego roku, na który opracowano plan.

Ww. plany każdorazowo były podpisane przez Dyrektora szpitala oraz zaopiniowane przez radę społeczną szpitala<sup>79</sup> (odpowiednio 11 grudnia 2020 r., 9 grudnia 2021 r. i 7 grudnia 2022 r.), co było zgodne z zadaniem rady społecznej określonym w art. 48 ust. 2 pkt. 2 lit. a) udl.

Korekty planów finansowych (planu na 2021 r. – dokonane trzykrotnie<sup>80</sup>, planu na 2022 r. – dwukrotnie<sup>81</sup> oraz w planu na 2023 r. – dwukrotnie<sup>82</sup>) były każdorazowo opiniowane przez radę społeczną szpitala.

(akta kontroli str. 966-1056)

Wykonanie planu finansowego w zakresie łącznych kosztów działalności operacyjnej<sup>83</sup> w latach 2021-2023 nie przekraczało wartości planu po zmianach i wynosiło 46.652,5 tys. zł w 2021 r., 56.396,6 tys. zł w 2022 r. oraz 71.483,9 tys. zł (tj. odpowiednio 99,43%, 94,9% i 94,7% planu po zmianach). Natomiast wykonanie planu inwestycyjnego w poszczególnych latach objętych kontrolą wynosiło

<sup>78</sup> Zarządzeniem nr 32/2021 z 13 sierpnia 2021 r. oraz zarządzeniem nr 37/2021 z 29 września 2021 r. Dyrektora Samodzielnego Publicznego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyzrzeczcu w sprawie powołania Zespołu ds. wdrożenia standardu rachunku kosztów (SRK) zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r.

<sup>79</sup> Uchwały Rady Społecznej Samodzielnego Publicznego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyzrzeczcu w sprawie zaopiniowania planu finansowego, w tym inwestycyjnego na lata 2021 (uchwała nr 15/2020), 2022 (uchwała nr 19/2021) i 2023 (uchwała nr 22/2022).

<sup>80</sup> Tj. 20 sierpnia 2021 r. (opinia z 30 sierpnia 2021), 25 listopada 2021 r. (opinia z 9 grudnia 2021 r.) i 28 grudnia 2021 r. (opinia z 31 stycznia 2022 r.).

<sup>81</sup> Tj. 26 sierpnia 2022 r. (opinia z 20 września 2022 r.) i 28 listopada 2022 r. (uchwała z 7 grudnia 2022 r.).

<sup>82</sup> Tj. 28 sierpnia 2023 r. (opinia z 13 września 2023 r.) i 27 listopada 2023 r. (opinia z 6 grudnia 2023 r.).

<sup>83</sup> W zakresie: amortyzacji, zużycia materiałów i energii, usług obcych, podatków i opłat, wynagrodzeń, ubezpieczeń społecznych i innych świadczeń oraz pozostałych kosztów rodzajowych.

odpowiednio 3.896,8 tys. zł w 2021 r., 2.962,1 tys. zł i 891,9 tys. zł (tj. odpowiednio 99,9%, 100% i 100% planu inwestycyjnego po zmianach.

(akta kontroli str. 966-1077)

2.4. Szpital odnotowywał coroczny wzrost przychodów, które osiągnęły wartość ogółem 47.631,5 tys. zł w 2021 r., 59.022,3 tys. zł w 2022 r. oraz 73.971,6 tys. zł w 2023 r. Największy udział w przychodach szpitala każdorazowo stanowiły przychody netto ze sprzedaży i zrównane z nimi (odpowiednio 95,5% i 97,1% i 95,4%). Głównym źródłem przychodów była sprzedaż usług medycznych, w tym :

- finansowanych przez NFZ – w wysokości 41.626,8 tys. zł w 2021 r., 55.818,5 tys. zł w 2022 r. i 69.884,9 tys. zł w 2023 r.;
- częściowo finansowanych przez świadczeniobiorców przebywających w zakładzie opiekuńczo-leczniczym stosownie do art. 18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>84</sup> – w wysokości 2.394,1 tys. zł w 2021 r., 2.609,7 tys. zł w 2022 r. i 2.958,6 tys. zł w 2023 r.

(akta kontroli str. 1057-1077, 1103-1104)

Odnutowane przez szpital koszty wzrastały proporcjonalnie do wzrostu przychodów i wynosiły ogółem 46.652,5 tys. zł w 2021 r., 56.396,6 tys. zł w 2022 r. oraz 71.483,9 tys. zł w 2023 r. Najwyższy udział w kosztach miały w całym okresie objętym kontrolą:

- wynagrodzenia w wysokości odpowiednio 23.162,7 tys. zł, 29.657,4 tys. zł i 37.811,9 tys. zł (49,6% i 52,6% i 52,9%);
- usługi obce w wysokości odpowiednio 12.992,2 tys. zł, 14.499,5 tys. zł i 17.977,8 tys. zł (27,8% i 25,7% i 25,1%);
- składki na rzecz ZUS i inne świadczenia na rzecz pracowników w wysokości odpowiednio 5.079,5 tys. zł, 6.353,9 tys. zł i 7.906,1 tys. zł (10,9% i 11,2% i 11%).

(akta kontroli str. 1057-1077, 1119-1156)

Analiza wyników finansowych poszczególnych komórek organizacyjnych działalności leczniczej wykazała m.in, że:

- w 2021 r. najbardziej dochodowe jednostki organizacyjne to: *Całodobowy Oddział Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu dla Młodzieży i Pracownia Fizjoterapii*, natomiast najbardziej deficytowe były: *Całodobowy Oddział Rehabilitacji Neurologicznej, Całodobowy Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych i Całodobowy Oddział Terapii Uzależnienia od Alkohol*;
- w 2022 r. najbardziej dochodowe jednostki organizacyjne to: *Całodobowy Oddział Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu Dla Młodzieży i Całodobowy Oddział Terapii Uzależnień Od Alkohol*, natomiast najbardziej deficytowe były: *Całodobowy Oddział Rehabilitacji Neurologicznej, Całodobowy Oddział Psychiatryczny Ogólny, Całodobowy Oddział Leczenia Nerwic i Całodobowy Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych*;
- w 2023 r. najbardziej dochodowe jednostki organizacyjne to: *Całodobowy Oddział Psychiatrii Sądowej o Podstawowym Zabezpieczeniu Dla Dorosłych, Całodobowy Oddział Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu Dla Młodzieży, Całodobowy Oddział Terapii Uzależnienia od Alkohol*, a najbardziej deficytowe:

<sup>84</sup> Zgodnie z art. 18 ww. ustawy świadczeniobiorca przebywający w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, który udziela świadczeń całodobowych, ponosi koszty żywienia i zakwaterowania. Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.

*Całodobowy Oddział Rehabilitacji Neurologicznej i Całodobowy Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych.*

(akta kontroli str. 1157-1158)

W latach 2021-2022 – największe nadwykonania realizowały: *Całodobowy Oddział o Wzmocnionym Zabezpieczeniu dla Młodzieży* oraz *Zakład Opiekuńczo-Lecznicy Psychiatryczny*, co było spowodowane m.in. przyjęciem w trybie nagłym w 2020 r. 35 pacjentów oddziału opiekuńczo-leczniczego psychiatrycznego z Wielospecjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wielkopolskim w związku z działaniami podjętymi przez Wojewodę Lubuskiego związanymi z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem Covid-19. W pozostałych oddziałach występowały w tych latach znaczne niewykonania.

W 2023 r. wystąpiły nadwykonania w wysokości ogółem 3.592,4 tys. zł oraz niewykonania w wysokości ogółem 5.061,8 tys. zł., przy czym w przypadku nadwykonań szpital występował z wnioskiem o ich wypłatę kwartalnie<sup>85</sup>, a w zakresach, w których nie wykonano limitu, NFZ dokonywał pomniejszenia wartości umowy bez udziału szpitala.

(akta kontroli str. 99-100, 1157-1160, 1202-1203)

2.5. Szpital według stanu na 31 grudnia 2023 r. posiadał należności w łącznej wysokości 7.189,7 tys. zł, z czego 100% należności stanowiły należności krótkoterminowe, w tym należności z tytułu dostaw i usług przysługujące od NFZ wynosiły 5.849,5 tys. zł i stanowiły 81,4% należności ogółem.

Należności nieprzeterminowane wynosiły 7.149,3 tys. zł (99,4%), natomiast przeterminowane 40,4 tys. zł. (0,6%), w tym przeterminowane do 15 dni – 297,22 zł, od 16 do 30 dni – 3,5 tys. zł, od 31 do 90 dni – 19,5 tys. zł, od 91 do 180 dni – 4,7 tys. zł, od 181 do 365 dni – 8,9 tys. zł i powyżej 12 miesięcy – 3,5 tys. zł.

(akta kontroli str. 1161)

Działania podejmowane przez szpital w celu odzyskiwania należności szpitala były przedmiotem kontroli problemowej przeprowadzonej w 2023 r.<sup>86</sup> przez Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego w Zielonej Górze. Badaniem objęto pięć umów najmu/dzierżawy obowiązujących w latach 2022-2023 r. i stwierdzono m.in., że we wszystkich kontrolowanych umowach nie określono zapisów dotyczących postępowania w przypadku nieterminowego regulowania należności, w tym zapłaty kar/odsetek za opóźnienie. Pomimo iż na dzień ww. kontroli należności te zostały uregulowane, to w zdecydowanej większości zapłata nastąpiła z przekroczeniem umownego terminu płatności (od 11 do 166 dni po terminie), a szpital odstępował od naliczania odsetek i nie obciążał dłużników notami odsetkowymi z tytułu opóźnień w zapłacie. Wśród sformułowanych zaleceń po ww. kontroli zalecono:

- we wszystkich umowach dotyczących najmu i dzierżawy nieruchomości zawierać zapis dotyczący naliczania odsetek za opóźnienia w zapłacie;
- w każdym przypadku nieterminowej zapłaty lub jej braku obciążać dłużników notą odsetkową i dochodzić należności głównych wraz z odsetkami;
- ustalić i wprowadzić w życie procedurę dochodzenia należności (w tym należności cywilnoprawnych).

Główna księgowa oświadczyła, że: *Zgodnie z zaleceniami pokontrolnymi sukcesywnie sporządzane są, ze względu na dużą liczbę kontrahentów, aneksy do wszystkich umów najmu zawierających braki i niejasne zapisy. Zmieniony został przede wszystkim sposób comiesięcznego rozliczania i powiadamiania najemców*

<sup>85</sup> LOW NFZ co do zasady aneksował umowy w terminie do jednego miesiąca, poza świadczeniami w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej, które rozliczano kwartalnie.

<sup>86</sup> W dniach od 15 maja 2023 r. do 30 czerwca 2023 r.

o wysokości obciążenia. Zmieniony został także termin regulowania opłat za czynsz i korzystanie z mediów. Wprowadzane zmiany umożliwiły bardziej precyzyjne monitorowanie zaległości w opłatach oraz comiesięczne naliczanie odsetek od nieterminowych płatności.

(akta kontroli str. 1162-1182, 1210)

Zarządzeniem z 1 lutego 2024 r. dyrektor szpitala wprowadził jako obowiązującą Instrukcję windykacji należności w SPSNPCH, która weszła w życie z dniem podpisania.

(akta kontroli str. 1183-1187)

Badanie pięciu najwyższych kwotowo należności przeterminowanych na dzień 31 grudnia 2023 r. na łączną kwotę 14,7 tys. zł wykazało, że:

- we wszystkich przypadkach najmu lokali mieszkalnych sporządzono aneks do umowy<sup>87</sup>, w którym m.in. wprowadzono zapis dotyczący prawa do naliczania odsetek za nieterminowe regulowanie należności liczonych od zaległej kwoty za każdy dzień opóźnienia w zapłacie;
- do 31 grudnia 2023 r. nie obciążano dłużników notami odsetkowymi i nie dochodzono należności z tytułu odsetek. Główna księgową wyjaśniła, że: *Odsetki od nieterminowych płatności najemców naliczane są od miesiąca stycznia 2024 r. Ze względu na trudności z określeniem terminów wymagalności płatności za okresy wcześniejsze i tym samym brakiem możliwości naliczenia odsetek przez system, najemcy nie zostali obciążeni odsetkami za okres przed 01.01.2024 r.*

(akta kontroli str. 1188-1201, 1204-1208, 1211, 1257-1265)

W latach 2021-2023 szpital nie dokonywał umorzeń należności.

(akta kontroli str. 1212)

2.6. Szpital corocznie w okresie objętym kontrolą wykazywał w zatwierdzonych sprawozdaniach finansowych zysk, tj. odpowiednio w wysokości 413,5 tys. zł w 2021 r., 2.028,6 tys. zł w 2022 r. oraz 1.894,4 tys. zł w 2023 r., a w konsekwencji nie podejmował działań w celu uzyskania należności z tytułu wystąpienia straty netto będącej wynikiem nałożenia obowiązków wynikających z prawa powszechnie obowiązującego.

(akta kontroli str. 1061, 1069, 1076, 1084-1102)

2.7. Kwota zobowiązań w kolejnych latach objętych kontrolą wynosiła:

- 27.648,7 tys. zł<sup>88</sup> na koniec 2021 r. – w tym zobowiązania wymagalne w wysokości 1.807,7 tys. zł<sup>89</sup>, które stanowiły 6,5% wszystkich zobowiązań;
- 27.360 tys. zł<sup>90</sup> na koniec 2022 r. – w tym zobowiązania wymagalne w wysokości 713,1 tys. zł<sup>91</sup>, które stanowiły 2,6% wszystkich zobowiązań;

Regulowanie zobowiązań przez szpital było przedmiotem kontroli problemowej przeprowadzonej w 2022 r.<sup>92</sup> przez Biuro Audytu, Kontroli i Nadzoru Właścicielskiego Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubuskiego w Zielonej Górze. Działalność szpitala została oceniona pozytywnie z zastrzeżeniami w zakresie regulowania zobowiązań z tytułu dostaw i usług oraz z tytułu odpisu na Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych. Do dnia ww.

<sup>87</sup> Aneksy do umów sporządzono 29 marca 2024 r.

<sup>88</sup> W tym długoterminowe w wysokości 13.250 tys. zł i krótkoterminowe w wysokości 14.398,7 tys. zł

<sup>89</sup> Z tytułu dostaw i usług w wysokości 707,4 tys. zł i z tytułu ZFŚS w wysokości 1.100,3 tys. zł.

<sup>90</sup> W tym długoterminowe w wysokości 12.828 tys. zł i krótkoterminowe w wysokości 14.532 tys. zł.

<sup>91</sup> W całości z tytułu ZFŚS.

<sup>92</sup> W dniach od 28 czerwca 2022 r. do 26 sierpnia 2022 r.

kontroli szpital nie dokonał żadnej wpłaty tytułem odpisu na 2021 r. w wysokości 613,1 tys. zł, czym naruszono art. 6 ust. 2 ustawy z dnia 4 marca 1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych<sup>93</sup>. Ponadto ustalono, że szpital regulując nieterminowo zobowiązania z tytułu dostaw i usług poniósł w 2021 r. dodatkowe koszty w postaci ustawowych odsetek w wysokości 69,5 tys. zł, wskazując jednocześnie, że niewykonanie w terminie zobowiązania jednostki sektora finansów publicznych, którego skutkiem jest zapłata odsetek jest czynem noszącym znamiona naruszenia dyscypliny finansów publicznych w zakresie art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych<sup>94</sup>.

- 25.316,9 tys. zł<sup>95</sup> na koniec 2023 r. – nie wystąpiły zobowiązania wymagalne.

(akta kontroli str. 1213-1256)

2.8. W związku z zaprezentowanymi w sprawozdaniach z wykonania planu finansowego w latach objętych kontrolą wynikami finansowymi (opis w pkt. 2.6.) szpital nie był zobowiązany do sporządzenia planu naprawczego, o którym mowa w art. 59 ust. 4 udl.

(akta kontroli str. 1061, 1069, 1076, 1084-1102)

2.9. W latach 2021-2023 przychody corocznie przewyższały koszty (szpital wykazywał zdolność do generowania zysków), przy czym najwyższy zysk uzyskano w 2022 r., co znalazło odzwierciedlenie we wskaźnikach zyskowności, które wyniosły odpowiednio: netto 0,9%, 3,3%, 2,4% działalności operacyjnej 1,5%, 4,1%, 2,9% i aktywów 1,2%, 5%, 4,2% – w ocenie punktowej odpowiednio: dziewięć, 13 i 12 na 15 punktów możliwych do uzyskania.

Wskaźniki płynności bieżącej i szybkiej kształtowały się na podobnym poziomie, tj. w 2021 r. (0,34% i 0,32%), w 2022 r. (0,56% i 0,55%) oraz w 2023 r. (0,64% i 0,62%) i wzrastały w związku ze zmniejszającą się wartością zobowiązań wymagalnych, aż do ich całkowitego wyeliminowania w 2023 r. W rezultacie spadło ryzyko utraty zdolności do terminowego regulowania zobowiązań – w ocenie punktowej odpowiednio: zero, osiem i 12 na 20 punktów możliwych do uzyskania.

Wskaźniki rotacji należności z tytułu dostaw i usług wynosiły corocznie poniżej 45 dni, a wskaźniki rotacji zobowiązań z tytułu dostaw i usług wynosiły corocznie do 60 dni, co w ocenie punktowej zapewniło uzyskanie maksymalnej oceny w punktach, tj. 10.

Natomiast wskaźniki zadłużenia: w 2021 r. – 85% wskaźnik zadłużenia aktywów i minus 2,23 wskaźnik wypłacalności, w 2022 r. – 75% wskaźnik zadłużenia aktywów i minus 2,77 wskaźnik wypłacalności oraz – 77% wskaźnik zadłużenia aktywów i minus 3,42 wskaźnik wypłacalności, tj. w ocenie punktowej odpowiednio zero w 2021 r. i po 3 punkty w roku 2022 i 2023 na 20 punktów możliwych do uzyskania.

Za łączną ocenę punktową w poszczególnych latach, tj. 19 punktów w 2021 r. (30%), 34 punkty w 2022 r. (53%) i 37 punktów w 2023 r. (57%) odpowiadało w szczególności występowanie zobowiązań wymagalnych w latach 2021-2022, jednakże coroczny wzrost wyników pokazywał poprawiającą się sytuację ekonomiczno-finansową szpitala.

(akta kontroli str. 1266-1333)

2.10. W okresie objętym kontrolą corocznie sporządzano i udostępniano w Biuletynie Informacji Publicznej raport o sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitala w terminach

<sup>93</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 288.

<sup>94</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 104.

<sup>95</sup> W tym długoterminowe w wysokości 9.450 tys. zł i krótkoterminowe w wysokości 15.866,9 tys. zł.

określonych przepisami prawa, tj. w terminie dwóch miesięcy od dnia upływu terminu do sporządzenia rocznego sprawozdania finansowego, przy czym:

- raport za 2020 r. udostępniono 28 czerwca 2021 r., z uwagi na wydłużenie o jeden miesiąc terminu sporządzenia rocznego sprawozdania finansowego za 2020 r. (§ 3a ust. 2 pkt 4 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 31 marca 2020 r. 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 informacji<sup>96</sup>);
- raport za 2021 r. udostępniono 29 czerwca 2022 r. – co było zgodne z rozporządzeniem Ministra Finansów z 7 marca 2022 r. zmieniającym rozporządzenie 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 informacji<sup>97</sup>, gdzie termin sporządzenia rocznego sprawozdania finansowego za 2021 r. również wydłużono o 1 miesiąc (§ 1 pkt 4);
- raporty za lata 2022 i 2023 udostępniono odpowiednio 26 maja 2023 r. i 24 maja 2024 r., tj. przed upływem dwóch miesięcy od terminu do sporządzenia rocznego sprawozdania finansowego.

(akta kontroli str. 1334-1336)

2.11. W ramach gospodarowania nieruchomościami w latach 2021-2023 szpital:

- odpłatnie dzierżawił lub wynajmował nieruchomości albo ich części (według stanu na 31 grudnia 2023 r. na podstawie 85 umów z osobami fizycznymi bądź podmiotami gospodarczymi). Przychody z najmu/dzierżawy w 2023 r. wyniosły 869,1 tys. zł i wzrosły w stosunku do roku 2021 o 42,5 tys. zł, co było spowodowane m.in. waloryzacją czynszów z najmu przeprowadzoną w 2023 r.

W wyniku kontroli problemowej przeprowadzonej przez Urząd Marszałkowski w 2023 r. (opis w pkt. 2.5.) w zakresie dzierżawy i wynajmu aktywów trwałych (badaniem objęto pięć umów obowiązujących w latach 2022-2023) stwierdzono naruszenia przepisów uchwały nr XXXVII/430/13 Sejmiku Województwa Lubuskiego z dnia 13 maja 2013 r. w sprawie *określenia zasad zbycia, wydzierżawienia, wynajęcia, oddania w użytkowanie lub użyczenia aktywów trwałych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których Województwo Lubuskie pełni funkcję podmiotu tworzącego*<sup>98</sup>, tj. m.in.: brak oświadczeń najemców o braku pokrewieństwa lub powinowactwa z osobami pełniącymi funkcje kierownicze (dwa przypadki), co naruszało § 7 ust. 2 ww. uchwały, niedostarczenie kopii zawartej umowy wraz załącznikami podmiotowi tworzącemu, bądź przekazanie kopii zawartej umowy z przekroczeniem 30-dniowego terminu (czterokrotnie), co naruszało § 7 ust. 2 ww. uchwały oraz niepowiadomienie organu tworzącego w terminie 10 dni po upływie kwartału o wynajmie powierzchni do 50 m<sup>2</sup> na okres do trzech lat (dwukrotnie), czym naruszono § 4 ust. 1 ww. uchwały. Kontrolujący zobowiązał szpital do przestrzegania ww. wymagań określonych w uchwale;

- nieodpłatnie użyczał jednemu podmiotowi część nieruchomości (opis badania poniżej);
- nie zbywał, nie obciążał ograniczonym prawem rzeczowym i nie oddawał w użytkowanie nieruchomości.

<sup>96</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 1585.

<sup>97</sup> Dz. U. poz. 561.

<sup>98</sup> Dalej: uchwała w sprawie określenia zasad gospodarowania mieniem.

(akta kontroli str. 98)

W zakresie gospodarowania majątkiem ruchomym szpital w okresie objętym kontrolą:

- dwukrotnie dokonał zbycia majątku, tj. w 2021 r. sprzedano dwie karetki sanitarne na łączną kwotę 4,6 tys. zł (opis badania poniżej);
- nie oddawał w dzierżawę, najem, użytkowanie i użyczenie majątku ruchomego.

(akta kontroli str. 98)

Szczegółowym badaniem objęto przeprowadzenie postępowań, w wyniku których dokonano zbycia majątku ruchomego (dwa postępowania, tj. 100%) oraz użyczenia części nieruchomości (jeden przypadek, tj. 100%).

W przypadku zbycia majątku, tj. karetek sanitarnych<sup>99</sup> ustalono, że w przypadku obu postępowań:

- na zlecenie szpitala została opracowana przez podmiot zewnętrzny ocena stanu technicznego<sup>100</sup> i określenie wartości rynkowej pojazdu (wskazano wartość rynkową netto pojazdów odpowiednio w wysokości 2,9 tys. zł i 2,6 tys. zł), uzyskano pozytywną opinię rady społecznej szpitala wyrażoną uchwałami w sprawie zgody na zbycie aktywu trwałego<sup>101</sup>, powiadomiono Zarząd Województwa Lubuskiego o zamiarze zbycia majątku, co stanowiło spełnienie wymogów określonych w uchwale w sprawie określenia zasad gospodarowania mieniem, a następnie zarządzeniami dyrektora szpitala (z 1 kwietnia 2021 r.) przeznaczono ww. pojazdy do sprzedaży i udostępniono w BIP ogłoszenia o przetargu;
- do zawartych umów nie dołączono oświadczenia nabywcy o braku pokrewieństwa lub powinowactwa z osobami pełniącymi w szpitalu funkcje kierownicze, a kopii ww. umów nie przekazano Zarządowi Województwa Lubuskiego w terminie 30 dni od daty ich podpisania, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*, pkt 3.

Ponadto ustalono, że w przypadku:

- postępowania nr 1 zawarto umowę z kupującym i wystawiono fakturę na kwotę 2.950 zł brutto, podczas gdy cena rynkowa określona w wycenie (2.950 zł) była ceną netto, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*, pkt 4;
- postępowania nr 2 wydano kupującemu przedmiot umowy pomimo braku uiszczenia pełnej kwoty zapłaty, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*, pkt 4.

(akta kontroli str. 1337-1355)

W przypadku użyczenia części nieruchomości, tj. użyczenia pomieszczeń piwnicznych w budynku szpitala o pow. 48m<sup>2</sup> ustalono m.in., że:

- uchwałą rady społecznej w sprawie wyrażenia zgody na przedłużenie na okres od 1 kwietnia 2020 r. do 31 marca 2023 r. umowy użyczenia ww. pomieszczeń na siedzibę Rejonowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Krajowej Sieci Ratunkowej w Międzyrzeczu w celu prowadzenia działalności statutowej uzyskano pozytywną opinię w sprawie przedłużenia umowy na okres trzech kolejnych lat, tj., od 1

<sup>99</sup> Postępowanie nr 1: sprawa nr SPSNPCH-DPP-2301-02/21 – sprzedaż samochodu – karetki sanitarnej Volkswagen LT, rok produkcji 2002, numer rejestracyjny FMI 05353, nr podwozia WV1ZZZ2DZ3H005181, pojemność silnika 2461 cm<sup>3</sup> oraz postępowanie nr 2: sprawa nr SPSNPCH-DPP-2301-01/21 i SPSNPCH-DPP-2301-03/21 – sprzedaż samochodu – karetki sanitarnej Volkswagen Transporter, rok produkcji 1996, numer rejestracyjny FMI 00303, nr podwozia WV12ZZZ70ZTH242868, pojemność silnika 2459 cm<sup>3</sup>.

<sup>100</sup> Odpowiednio nr GOW-42/2021 z 11 lutego 2021 r. i nr GOW-43/2021 z 12 lutego 2021 r.

<sup>101</sup> Odpowiednio uchwałą nr 02/2021 z 5 marca 2021 r. i uchwałą nr 01/2021 z 5 marca 2021 r.



kwietnia 2020 r. do 31 marca 2023 r.; w konsekwencji zawarto umowę nieodpłatnego użyczenia obowiązującą od 1 kwietnia do 31 marca 2023 r.;

- jak wyjaśniła dyrektor szpitala uzasadnieniem do nieodpłatnego użyczenia części majątku były okoliczności przywołane w § 6 ust. 3 uchwały w sprawie określenia zasad gospodarowania mieniem, który stanowi, że oddanie w użyczenie nieruchomości albo ich części może nastąpić na rzecz organizacji prowadzących działalność m.in. charytatywną, opiekuńczą w związku z nieodpłatnym wykonywaniem czynności na rzecz zakładu i wskazała, że Rejonowy Sztab Ratownictwa Społecznej Krajowej Sieci Ratunkowej w Międzyrzeczu świadczy nieodpłatne usługi przewozu pacjentów swoimi środkami transportu medycznego na rzecz szpitala w przypadku gdy samochody taboru medycznego szpitala są zajęte bądź w trakcie serwisu technicznego lub naprawie<sup>102</sup>;
- pomimo iż Szef Rejonowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Krajowej Sieci Ratunkowej zwrócił się (20 czerwca 2023 r.<sup>103</sup>) z prośbą o użyczenie pomieszczeń na kolejny okres, uzyskano pozytywną opinię rady społecznej w sprawie przedłużenia umowy na okres trzech kolejnych lat<sup>104</sup>, to umowę użyczenia zawarto dopiero w toku kontroli NIK<sup>105</sup>, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości, pkt 5.*

(akta kontroli str. 1338-1339, 1356-1357)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. Dokonanie oszacowania rezerw na świadczenia pracownicze na dzień bilansowy każdego roku z lat objętych kontrolą i zaewidencjonowanie ich w księgach rachunkowych na dzień 31 grudnia 2021 r., 2022 r. i 2023 r. było niezgodne z obowiązującymi *Założeniami Polityki Rachunkowości i Zakładowego Planu Kont*, gdyż:
  - w kwocie oszacowanych rezerw na świadczenia pracownicze wyznaczone na dzień 31 grudnia 2021 r. wykazano rezerwy krótkoterminowe na świadczenia z tytułu odpraw pośmiertnych w wysokości 24 tys. zł, podczas gdy obowiązująca polityka rachunkowości nie przewidywała tworzenia rezerw w powyższym zakresie. Ponadto w kwocie oszacowanych rezerw wykazano rezerwy długoterminowe w wysokości 3.954,6 tys. zł z tytułu odpraw emerytalnych, rentowych, pośmiertnych i nagród jubileuszowych, podczas gdy w polityce rachunkowości przewidziano ewidencjonowanie utworzenia rezerw na stronie Ma konta 642 - *Rozliczenia międzyokresowe bierne kosztów krótkoterminowych*<sup>106</sup>, nie przewidziano natomiast konta dla rozliczeń międzyokresowych biernych kosztów długoterminowych;
  - w kwocie oszacowanych rezerw na świadczenia pracownicze wyznaczone na dzień 31 grudnia 2022 r. i 31 grudnia 2023 r. wykazano rezerwy długoterminowe w wysokości odpowiednio 5.984,9 tys. zł i 7.983,2 tys. zł z tytułu odpraw emerytalnych, rentowych, pośmiertnych i nagród jubileuszowych, podczas gdy w polityce rachunkowości przewidziano ewidencjonowanie utworzenia rezerw na stronie Ma konta 642 - *Rozliczenia międzyokresowe bierne kosztów krótkoterminowych*, nie przewidziano

<sup>102</sup> Szpital nie prowadził ewidencji w niniejszym zakresie.

<sup>103</sup> I ponownej prośby z 2 maja 2024 r.

<sup>104</sup> Uchwała nr 15/2023 z 21 lipca 2023 r. Rady Społecznej szpitala w sprawie wyrażenia zgody na przedłużenie na okres od 31 lipca 2023 r. do 31 lipca 2026 r. umowy użyczenia pomieszczeń - na siedzibę Rejonowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Krajowej Sieci Ratunkowej w Międzyrzeczu.

<sup>105</sup> Umowa użyczenia nr 1/SKSR/05/2024 z 6 maja 2024 r.

<sup>106</sup> Ewidencję analityczną przewidziano według przeznaczenia utworzonych rezerw.

natomiast konta dla rozliczeń międzyokresowych biernych kosztów długoterminowych.

(akta kontroli str. 757, 802, 822-824)

Dyrektor szpitala wyjaśniła, że: [...] *W kolejnej aktualizacji Założeń Polityki Rachunkowości w Zasadach klasyfikacji zdarzeń, prowadzenia ewidencji analitycznej i jej powiązaniu z kontami syntetycznymi doprecyzowany zostanie opis konta 642 o rezerwy długoterminowe, który obecnie nie występuje ze względu na przeoczenie.*

(akta kontroli str. 822-824)

2. Część zadań dotyczących standardu rachunku kosztów zrealizowano z opóźnieniem w stosunku do terminu wejścia w życie (tj. 1 stycznia 2021 r.) rozporządzenia w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów, tj.:
- z sześciomiesięcznym opóźnieniem (30 czerwca 2021 r.) zrealizowano zadania polegające na zdefiniowaniu rozdzielników kosztów wspólnych w ramach kosztów bezpośrednich OPK zgodnie z załącznikiem nr 6 do ww. rozporządzenia oraz zdefiniowaniu kluczy podziałowych dla działalności pomocniczej medycznej i niemedyckiej zgodnie z załącznikiem nr 7 do rozporządzenia;
  - z jednomiesięcznym opóźnieniem (31 stycznia 2021 r.) zrealizowano zadania związane z weryfikacją prawidłowego przydzielenia pracowników do poszczególnych grup zawodowych oraz podziałem czasu pracy pracowników na poszczególne OPK (w przypadku zaangażowania pracownika w zadania realizowane w kilku ośrodkach);
  - z dziesięciomiesięcznym opóźnieniem (29 października 2021 r.) zrealizowano zadania etapu IV polegające na sporządzeniu przez kierowników danego OPK wykazu realizowanych w komórce procedur medycznych zgodnie z klasyfikacją ICD-9 oraz na sporządzeniu narzędzia informatycznego do ewidencji wykonanych procedur medycznych zgodnie z przyjętym wykazem;
  - z dwunastomiesięcznym opóźnieniem (31 grudnia 2021 r.) zrealizowano zadanie polegające na wycenie procedur medycznych zgodnie z załącznikiem nr 9.

(akta kontroli str. 922-965)

Dyrektor szpitala wyjaśniła, że: *Wejście w życie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. już od 01 stycznia 2021 r. nie dało nam świadczeniodawcy odpowiednio długiego okresu na przygotowanie się do bardzo rozległych prac. W naszej jednostce znajduje się 71 ośrodków powstawania kosztów, co spowodowało konieczność skoordynowania prac dużej liczby komórek w niewystarczającym czasie na wielu płaszczyznach. Wszystkie zadania mające na celu spełnienie zaleceń rozporządzenia wymagały od pracowników dodatkowych nakładów pracy poza obowiązujące ich codzienne obowiązki. Pracownicy komórek medycznych oraz niemedyckich musieli zostać przeszkoleni w zakresie, z którego raportowali dane osobie opracowującej koszty. Szpital zatrudniał w 2020 roku tylko dwóch informatyków co uniemożliwiało im poświęcenie większej ilości godzin na prace związane ze stworzeniem narzędzia informatycznego do ewidencji wykonania procedur medycznych. Aby kompleksowo zrealizować założenia standardu Szpital potrzebował zdecydowanie więcej czasu, na co wskazał załączony do Zarządzenia nr 37/2021 z dnia 29 września 2021 r. harmonogram wdrożenia standardu rachunku kosztów, który uwzględniał możliwości techniczne i osobowe Szpitala.*

(akta kontroli str. 963-965)

3. W przypadku zbycia dwóch karetek sanitarnych nie dopełniono obowiązków określonych w uchwale w sprawie określenia zasad gospodarowania mieniem, tj. do zawartych umów nie dołączono oświadczenia nabywcy o braku

pokrewieństwa lub powinowactwa z osobami pełniącymi w szpitalu funkcje kierownicze, a kopii ww. umów nie przekazano Zarządowi Województwa Lubuskiego w terminie 30 dni od daty ich podpisania (naruszono odpowiednio § 14 ust. 2 i § 14 ust. 3 ww. uchwały).

(akta kontroli str. 1337-1355, 1358-1392)

Dyrektor szpitala wyjaśniła powyższe przeoczeniem.

(akta kontroli str. 1382-1383)

4. Postępowania w sprawie zbycia składników majątku ruchomego, tj. sprzedaży w 2021 r. dwóch karet nie były w pełni rzetelne, gdyż:

- w ogłoszeniu o przetargu (SPSNPCH-DPP-2301-02/21) wskazano cenę wywoławczą 2.950 zł, a w konsekwencji w dniu 16 kwietnia 2021 r. zawarto umowę z kupującym i wystawiono fakturę vat nr 68/2021/A na kwotę 2.950 zł brutto (w tym 2.398,37 netto i 551,63 vat), podczas gdy cena rynkowa określona w wycenie nr GOW-42/2021 z 11 lutego 2021 r. (2.950 zł) była ceną netto; w konsekwencji zaniżono cenę sprzedaży o wartość podatku vat, tj. o 678,5 zł;
- wydano kupującemu przedmiot umowy pomimo braku uiszczenia pełnej kwoty zapłaty – w ogłoszeniu o wyniku przetargu (SPSNPCH-DPP-2301-03/21) z 7 maja 2021 r.) oraz w umowie z 10 maja 2021 r. wskazano, że kupujący zapłaci szpitalowi za przedmiot umowy 1.730 zł brutto, a wydanie przedmiotu umowy nastąpi po uiszczeniu całej kwoty sprzedaży, przy czym 10 maja 2021 r. wystawiono fakturę vat nr 94/2021/A na kwotę 1.700 zł i po otrzymaniu wpłaty w wysokości 1.700 zł wydano przedmiot umowy (protokół zdawczo-odbiorczy samochodu z 10 maja 2021 r.).

(akta kontroli str. 1337-1355, 1358-1392)

Dyrektor szpitala wyjaśniła, że:

- *w umowie omyłkowo zostało podane przy kwocie sprzedaży słowo brutto, w przeprowadzonym postępowaniu przetargowym posługiwano się kwotą netto zgodnie z oszacowaną ceną wywoławczą określoną w wycenie nr GOW-42/2021 z 11 lutego 2021 r.;*
- *faktura nr 94/2021/A została wystawiona z niewłaściwą kwotą wynikającą z pomyłki.*

(akta kontroli str. 1382-1383)

5. W okresie od 1 kwietnia 2023 r. do 6 maja 2024 r. nie zawarto pisemnej umowy użyczenia pomieszczeń w budynku szpitala przy ul. Poznańskiej 109/6c o pow. 48m<sup>2</sup>, pomimo iż ww. pomieszczenia pozostawały w dyspozycji podmiotu biorącego ww. pomieszczenia do używania<sup>107</sup> we wcześniejszych okresach, podmiot zwracał się z prośbą z 20 czerwca 2023 r.<sup>108</sup> o użyczenie pomieszczeń na kolejny okres, a 21 lipca 2023 r. uzyskano w powyższym zakresie pozytywną opinię rady społecznej w sprawie przedłużenia umowy na okres trzech kolejnych lat<sup>109</sup>. W konsekwencji pomieszczenia pozostawały w dyspozycji używającego bezumownie. Powyższe stanowiło naruszenie wymogu określonego w § 7 ust. 1 uchwały w sprawie określenia zasad gospodarowania mieniem, który stanowi, że umowę użyczenia nieruchomości albo ich części sporządza się pod rygorem

<sup>107</sup> Protokół przekazania pomieszczeń 3 stycznia 2007 r.

<sup>108</sup> I ponownej prośby z 2 maja 2024 r.

<sup>109</sup> Uchwała nr 15/2023 z 21 lipca 2023 r. Rady Społecznej szpitala w sprawie wyrażenia zgody na przedłużenie na okres od 31 lipca 2023 r. do 31 lipca 2026 r. umowy użyczenia pomieszczeń - na siedzibę Rejonowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Krajowej Sieci Ratunkowej w Międzyrzeczu.

nieważności w formie pisemnej, chyba że odrębne przepisy wymagają formy szczególnej.

(akta kontroli str. 1338-1339, 1356-1357, 1376-1381)

Dyrektor szpitala wyjaśniła, że: *Nie podpisano nowej umowy użyczenia pomieszczeń piwnicznych znajdujących się w budynku szpitala przy ul. Poznańskiej 109/6c ponieważ po przeprowadzonej rozmowie z Szefem Rejonowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Krajowej Sieci Ratunkowej w Międzyrzeczu uzyskano ustną informację, że z uwagi na duże zapotrzebowanie na usługi świadczone przez ww. jednostkę i częste wyjazdy związane z transportem pacjentów Sztab Ratownictwa Społecznej Krajowej Sieci Ratunkowej w Międzyrzeczu nie będzie używać pomieszczeń wymienionych powyżej [...] na podstawie uchwały rady społecznej szpitala nr 15/2023 z 21 lipca 2023 r., w sprawie wyrażenia zgody na przedłużenie na okres od 31 lipca 2023 r. do 31 lipca 2026 r., sporządzono umowę użyczenia [...]*

(akta kontroli str. 1376-1381)

6. Pomimo upływu trzech lat (w dwóch przypadkach) i jednego roku (jeden przypadek) od przeglądu technicznego sprzętu medycznego i stwierdzenia jego niesprawności do czasu zakończenia kontroli NIK nie dokonano jego likwidacji. Powyższe dotyczyło przekazanych do magazynu celem kasacji trzech niesprawnych urządzeń, tj.:

- defibrylatora z kardiowersją do defibrylacji ręcznej z łyżkami i rejestrem o wartości księgowej: 19,0 tys. zł (ostatni przegląd techniczny przeprowadzono 19 maja 2021 r.);
- ultrasonografu Spinell II o wartości 55,5 tys. zł (ostatni przegląd techniczny przeprowadzono 27 maja 2021 r.),
- defibrylatora rescue life z kardiowersją i torbą o wartości księgowej: 17,6 tys. zł (ostatni przegląd techniczny przeprowadzono 30 maja 2023 r.).

Powyższe było niezgodne z wymogami § 15 ust. 3 uchwały w sprawie określenia zasad gospodarowania mieniem, który stanowi, że z przeprowadzonej likwidacji majątku ruchomego, którego wartość księgowa jest wyższa niż 3,5 tys. zł, zakład sporządza protokół, a informację zbiorczą o zlikwidowanym majątku za dany rok przekazuje Zarządowi Województwa Lubuskiego w terminie do 31 stycznia roku następnego.

(akta kontroli str. 323-351)

Dyrektor szpitala wyjaśniła, że: *Powyższy majątek ruchomy nie został przeznaczony do likwidacji z uwagi na przeoczenie pracowników komórek organizacyjnych, w których był on zlokalizowany. Celem możliwości rozpoczęcia procedury likwidacji danego majątku ruchomego w tutejszym szpitalu jest złożenie do sekcji finansowo-księgowej pisemnego wniosku o likwidację majątku /wypożyczenia ruchomego. Na podstawie otrzymanego wniosku oraz sporządzonego orzeczenia technicznego sekcja finansowo-księgowa występuje do rady społecznej szpitala z wnioskiem o wyrażenie opinii w sprawie likwidacji majątku. Dopiero po otrzymaniu pozytywnej opinii rady społecznej komisja kasacyjna sporządza protokół z likwidacji danego środka trwałego i przekazuje dokument do sekcji finansowo-księgowej. Dla wyżej wymienionego sprzętu taka procedura nie została dopełniona zatem pomimo, iż był on niesprawny, nie dokonano jego likwidacji. Nie sporządzono również protokołu z likwidacji wyżej wymienionego majątku oraz nie przekazano Zarządowi Województwa Lubuskiego w terminie do 31 stycznia roku następnego informacji zbiorczej o zlikwidowanym majątku za dany rok.*

(akta kontroli str. 1392-1393)

## OCENA CZĄSTKOWA

Polityka rachunkowości szpitala została określona w sposób odzwierciedlający specyficzne i charakterystyczne dla szpitala operacje gospodarcze, w tym określono sposób ewidencjonowania ich zgodnie z rozporządzeniem w sprawie standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców, niemniej jednak część zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów zrealizowano w szpitalu z opóźnieniem w stosunku do terminu wejścia w życie (tj. 1 stycznia 2021 r.) ww. rozporządzenia.

Gospodarkę finansową szpitala prowadzono w oparciu o plany finansowe, które zostały opracowane w terminach umożliwiających gospodarkę finansową od 1 stycznia danego roku.

W trakcie okresu objętego kontrolą szpital dokonał zmiany metody szacowania rezerw na przyszłe świadczenia pracownicze, w tym po raz pierwszy metodą aktuarialną w zakresie rezerw krótkoterminowych i długoterminowych, a wartość oszacowanych rezerw długoterminowych ujmowano w księgach rachunkowych, pomimo iż obowiązująca polityka rachunkowości nie przewidywała ewidencji tym zakresie. Ponadto szpital gospodarował nieruchomościami i mieniem ruchomym nie w pełni rzetelnie oraz z naruszeniem przepisów określonych przez podmiot tworzący.

## IV. Wnioski

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

### Wnioski

1. Dokonanie aktualizacji zapisów regulaminu organizacyjnego w zakresie struktury organizacyjnej szpitala.
2. Przeprowadzanie konkursów na kierowanie wszystkimi oddziałami szpitalnymi.
3. Wykonanie zaleceń pokontrolnych PSP dotyczących wyposażenia *Całodobowego Oddziału Terapii Uzależnienia od Alkoholu* w system sygnalizacji pożaru oraz w system usuwania dymu lub zapobiegający zadymieniu na wszystkich trzech klatkach schodowych, w możliwie najszybszym terminie.
4. Dokonanie aktualizacji zapisów *Założeń Polityki Rachunkowości* w zakresie ujmowania rezerw długoterminowych na świadczenia pracownicze.
5. Dołączanie do zawieranych umów sprzedaży majątku szpitala wymaganych przepisami uchwały w sprawie gospodarowania mieniem oświadczeń oraz przekazywanie kopii ww. umów podmiotowi tworzącemu.
6. Rzetelne prowadzenie postępowań w zakresie zbywania majątku szpitala.
7. Każdorazowe sporządzanie umów użyczenia majątku szpitala w formie pisemnej.
8. Dokonywanie likwidacji składników majątku ruchomego szpitala w terminach określonych w uchwale w sprawie gospodarowania mieniem.

## 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 Zielonej Górze. 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 30 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.

Zielona Góra, 24 czerwca 2024 r.

Kontrolerzy  
Ewa Grosse

Specjalista kontroli państwowej

*/podpisano kwalifikowanym podpisem  
elektronicznym/*

Dorota Rudnicka-Kawa  
Specjalista kontroli państwowej

*/podpisano kwalifikowanym podpisem  
elektronicznym/*

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Zielonej Górze  
p.o. Wicedyrektor  
Mariusz Kniat

*/podpisano kwalifikowanym podpisem  
elektronicznym/*