



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Bydgoszczy

LBY – 4112-05-01/2013
S/13/005

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	S/13/005 – Gospodarka finansowa Publicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Inowrocławiu
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Bydgoszczy
Kontrolerzy	1. Lucyna Cierzniaowska-Morzyńska - główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 86178 z dnia 13 czerwca 2013 r. 2. Joanna Nierebińska-Mazurek – główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 86238 z dnia 25 października 2013 r. 3. Szymon Hałasiewicz - główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 86179 z dnia 13 czerwca 2013 r. 4. Grzegorz Piotrowski - główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 86180 z dnia 13 czerwca 2013 r. (dowód: akta kontroli Tom 1 str. 1-6, Tom 4 str. 321)
Jednostka kontrolowana	Szpital Wielospecjalistyczny im. dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu
Kierownik jednostki kontrolowanej	Eligiusz Patalas – Dyrektor Szpitala Wielospecjalistycznego im. dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu (dowód: akta kontroli Tom 1 str. 9-14)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości¹ działalność Szpitala Wielospecjalistycznego im. Ludwika Błażka w Inowrocławiu zwanego dalej również „Szpitalem” lub „PSZOZ”², w kontrolowanym zakresie.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Pozytywną ocenę uzasadnia realizacja w Szpitalu zadań polegających na:

- rzetelnym prowadzeniu ewidencji należności, zobowiązań, przychodów i kosztów;
- prawidłowym prezentowaniu danych w sprawozdawczości finansowej;
- rzetelnym planowaniu finansowych założeń dla działań w zakresie racjonalizacji kosztów;
- przedkładaniu dokumentów dotyczących gospodarki finansowej Szpitala – do opinii Rady Społecznej i zatwierdzenia przez Zarząd Powiatu Inowrocławskiego;
- terminowym wdrożeniu działań zmierzających do poprawy wyniku finansowego, zapewniających zahamowanie niekorzystnych tendencji w finansach Szpitala, które ujawniły się w okresie IV kw. 2011 r. – I połowa 2012 r.;

Jako przykład dobrej praktyki NIK wskazuje funkcjonowanie Szpitala bez zaciągania kredytów i pożyczek długoterminowych, a także niepodejmowanie współpracy z podmiotami skupującymi wierzytelności.

¹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

² Szpital do dnia 08.09.2013 r. funkcjonował pod nazwą „Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej”

Stwierdzone przez NIK nieprawidłowości dotyczyły:

- niesporządzania korekt sprawozdań Rb-Z za okres od IV kw. 2011 r. do II kw. 2013 r.;
- planowania redukcji zatrudnienia z naruszeniem przepisów wewnętrznych ustalających minimalne zatrudnienie pielęgniarek i położonych;
- zaprzestania udzielania przez Szpital świadczeń w zakresie stacjonarnej rehabilitacji leczniczej z naruszeniem Statutu Szpitala;
- nieterminowego regulowania składek ZUS;
- dopuszczenia do powstania zobowiązań wymagalnych skutkujących zapłatą odsetek;
- zastosowania w 4 badanych postępowaniach o zamówienie publiczne trybu z wolnej ręki, pomimo niewystępowania ustawowych przesłanek do jego stosowania;
- nieprzekazania w 1 badanym postępowaniu o zamówienie publiczne ogłoszenia o zamówieniu Urzędowi Publikacji Unii Europejskiej;
- zamieszczenia ze znacznym opóźnieniem trzech ogłoszeń o udzieleniu zamówień publicznych;
- udzielenia zamówienia na świadczenia medyczne w zakresie kardiologii inwazyjnej na okres kwiecień – czerwiec 2012 r. z naruszeniem szeregu przepisów, w tym dotyczących: publikacji wyniku konkursu ofert, rozpatrywania odwołań, dopuszczalnych trybów rozwiązywania umowy oraz zasad zawierania umowy wyłącznie po przeprowadzeniu konkursów ofert;
- zawarciu z Dyrektorem Szpitala 2 umów zlecenia na zapewnienie całodobowej opieki medycznej bez stosowania przepisów ustawy o działalności leczniczej;
- sporządzenia nierzetelnej dokumentacji w 2 postępowaniach o zamówienie publiczne (m.in. protokołu z postępowania w trybie przetargu nieograniczonego, wniosku o rozpoczęcie procedury zamówienia publicznego, ogłoszenia o udzielonym zamówieniu publicznym).

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

Opis stanu
faktycznego

1. Ocena sprawozdawczości oraz ewidencji finansowo-księgowej w zakresie osiągniętych wyników finansowych oraz zobowiązań

1.1 Dane w zakresie wyniku finansowego oraz sytuacji majątkowej i finansowej Szpitala

1.1.1. W latach 2008-2012 oraz w pierwszych 11 miesiącach 2013 r. w Szpitalu osiągnięto przychody, koszty i wynik finansowy przedstawione w poniższej tabeli.

Wyszczególnienie:	2008	2009	2010	2011	2012	XI/2013	wzrost /spadek w %	
	tys. zł						od 2008 do 2012	od 2010 do 2012
A. Przychody netto ze sprzedaży i zrównane z nimi, w tym:	91 821,0	97 868,0	102 354,1	102 536,7	110 388,7	103 982,5	20,2	7,8
przychody netto ze sprzedaży produktów	90 410,6	95 952,4	100 547,2	102 849,9	110 223,4	103 566,5	21,9	9,6
przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów	1 636,3	1 818,3	1 630,2	2,7	0,3	0,0	-100,0	-100,0
B. Koszty działalności operacyjnej, w tym:	89 834,2	97 620,2	104 142,3	107 093,9	111 200,0	104 576,4	23,8	6,8
amortyzacja	3 766,7	4 520,9	4 843,8	5 872,2	5 633,2	5 236,1	49,6	16,3
zużycie materiałów i energii	15 948,6	18 115,1	18 359,4	20 173,5	21 286,9	21 996,0	33,5	15,9
usługi obce	24 180,6	28 361,1	34 150,9	35 309,0	35 993,9	32 301,8	48,9	5,4
podatki i opłaty	746,9	701,6	567,8	590,6	818,1	857,4	9,5	44,1
wynagrodzenia	36 008,1	36 246,9	36 604,7	36 763,2	37 888,7	35 822,3	5,2	3,5

ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia	7 515,5	7 817,2	7 872,8	7 862,8	8 675,3	7 647,6	15,4	10,2
pozostałe koszty rodzajowe	341,5	361,0	413,2	522,5	903,9	715,3	164,7	118,8
wartość sprzedanych towarów i materiałów	1 326,2	1 496,4	1 329,8	0,0	0,0	0,0	-100,0	-100,0
C. Zysk (strata) ze sprzedaży (A-B)	1 986,8	247,8	-1 788,3	-4 557,2	-811,3	-594,0	-	54,6
D. Pozostałe przychody operacyjne	1 158,5	602,3	439,7	366,1	2 051,5	1 719,4	77,1	366,6
E. Pozostałe koszty operacyjne	1 124,6	120,6	111,1	259,5	461,7	43,1	-58,9	315,6
F. Zysk (strata) z działalności operacyjnej (C+D-E)	2 020,7	729,5	-1 459,7	-4 450,6	778,5	1 082,3	-61,5	153,3
G. Przychody finansowe	173,7	223,2	93,0	65,6	57,4	51,8	-67,0	-38,3
H. Koszty finansowe	99,2	265,4	220,6	212,7	526,7	408,4	430,9	138,8
w tym odsetki	90,4	265,4	220,6	212,7	525,9	407,9	481,7	138,4
I. Zysk (strata) z działalności gospodarczej (F+I-K)	2 095,2	687,2	-1 587,3	-4 597,7	309,2	725,7	-85,2	119,5
K. Zysk (strata) brutto (po uwzględnieniu wyniku zdarzeń nadzwyczajnych)	2 095,2	687,2	-1 587,3	-4 597,7	309,2	725,7	-85,2	119,5
N. Zysk (strata) netto (po uwzględnieniu podatku dochodowego i innych obowiązkowych zwiększeń/zmniejszeń)	2 014,5	687,2	-1 601,7	-4 597,7	217,7	712,5	-89,2	113,6

Dane finansowe za listopad 2013 r. w porównaniu do listopada 2012 r. wskazują na wzrost przychodów netto ze sprzedaży i zrównanych z nimi o 3,6%, wzrost kosztów działalności operacyjnej o 3,0%, zmniejszenie straty na sprzedaży o 51,1%. Wynik finansowy brutto uległ w tym okresie poprawie o 805 tys. zł³.

1.1.2. Wybrane dane w zakresie sytuacji majątkowej i finansowej Szpitala w latach 2008-2012 i na koniec listopada 2013 r. przedstawione zostały w poniższej tabeli.

Wyszczególnienie:	2008	2009	2010	2011	2012	XI/2013	wzrost /spadek w %	
	tys. zł						od 2008 do 2012	od 2010 do 2012
AKTYWA								
A. AKTYWA TRWAŁE, w tym:	30 610,9	34 682,7	37 431,5	41 882,9	40 657,2	40 352,0	32,8	8,6
rzeczowe aktywa trwałe	30 519,7	34 640,7	37 413,9	41 867,4	40 649,9	40 343,3	33,2	8,6
B. AKTYWA OBROTOWE, w tym:	15 928,1	17 028,4	21 314,7	15 814,8	18 665,3	18 356,8	17,2	-12,4
zapasy	1 513,5	1 827,5	1 792,6	1 804,2	1 690,7	1 560,3	11,7	-5,7
należności krótkoterminowe, w tym:	9 267,8	9 509,7	12 726,8	10 169,8	12 007,1	12 873,9	29,6	-5,7
od jednostek niepowiązanych, z tytułu dostaw i usług, o okresie spłaty do 12 miesięcy	8 508,7	8 060,1	11 755,6	9 191,1	10 853,7	11 812,6	27,6	-7,7
od jednostek niepowiązanych, z tytułu dostaw i usług, o okresie spłaty powyżej 12 miesięcy	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	-
inwestycje krótkoterminowe, w tym:	4 891,2	5 465,6	6 553,7	3 617,3	4 767,0	3 309,3	-2,5	-27,3
środki pieniężne i inne aktywa pieniężne	4 891,2	5 465,6	6 553,7	3 617,3	4 767,0	3 309,3	-2,5	-27,3
krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe	255,6	225,7	241,6	223,5	200,5	613,2	-21,6	-17,0
AKTYWA RAZEM	46 539,1	51 711,1	58 746,1	57 697,7	59 322,5	58 708,8	27,5	1,0
PASYWA								
A. KAPITAŁ (FUNDUSZ) WŁASNY, w tym:	29 769,6	34 754,1	37 751,7	33 864,4	23 749,1	24 461,6	-20,2	-37,1
kapitał (fundusz) podstawowy	38 116,6	42 413,9	47 013,2	47 723,6	37 390,6	37 390,6	-1,9	-20,5

³ Dane za listopad 2012 r.: przychody netto ze sprzedaży i zrównane z nimi (są to przychody osiągnięte w ramach podstawowej, statutowej działalności jednostki) 100.290,7 tys. zł; koszty działalności operacyjnej (są to koszty dające się powiązać z osiągniętymi przychodami ze sprzedaży) 101.507,0 tys. zł; strata na sprzedaży (tj. na działalności podstawowej, statutowej) 1.216,4 tys. zł; strata brutto -79,8 tys. zł.

zysk (strata) z lat ubiegłych	-10 361,5	-8 347,0	-7 659,8	-9 261,5	-13 859,2	-13 641,5	-33,8	-80,9
B. ZOBOWIĄZANIA I REZERWY NA ZOBOWIĄZANIA, w tym:	16 769,5	16 957,1	20 994,4	23 833,3	35 573,4	34 247,2	112,1	69,4
rezerwy na zobowiązania	4 331,9	4 204,7	4 043,4	4 339,4	4 362,4	4 362,4	0,7	7,9
zobowiązania długoterminowe, w tym:	760,2	943,0	380,6	999,3	1 045,8	3 231,7	37,6	174,8
wobec pozostałych jednostek, w tym:	760,2	943,0	380,6	999,3	1 045,8	3 231,7	37,6	174,8
kredyty i pożyczki	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	-
zobowiązania krótkoterminowe, w tym:	11 549,9	11 711,8	16 455,7	14 810,2	17 609,7	15 426,2	52,5	7,0
wobec pozostałych jednostek, z tytułu dostaw i usług, w okresie wymagalności do 12 miesięcy	4 464,9	4 713,7	6 790,9	7 353,7	9 995,8	8 166,3	123,9	47,2
wobec pozostałych jednostek, z tytułu dostaw i usług, w okresie wymagalności powyżej 12 miesięcy	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	-
rozliczenia międzyokresowe	127,6	97,6	114,7	3 684,3	12 555,5	11 226,9	9 739,7	10 846,4
PASYWA RAZEM	46 539,1	51 711,1	58 746,1	57 697,7	59 322,5	58 708,8	27,5	1,0

(dowód: akta kontroli Tom 3, str. 1634-1717, 1720-1722)

1.1.3. W odniesieniu do sprawozdań finansowych Szpitala za lata 2010-2012 niezależni biegli rewidenci wydali opinię o: rzetelnej i jasnej prezentacji wszystkich informacji istotnych dla oceny sytuacji majątkowej i finansowej, zgodności z polityką rachunkowości, przepisami prawa i Statutem Szpitala.

(dowód: akta kontroli Tom 3, str. 1492-1493, 1523-1524, 1600-1601)

1.2. Prawdliwość ewidencji księgowej oraz poprawność przedstawiania danych w sprawozdawczości

1.2.1. Sprawozdania Rb-Z za IV kwartał 2010 r., 2011 r., 2012 r. oraz za II kwartał 2013 r. przekazano do Starostwa Powiatowego w Inowrocławiu, w terminach: 7 lutego 2011 r. za 2010 r., 9 lutego 2012 r. za 2011 r., 8 lutego 2013 r. za 2012 r. oraz 15 lipca 2013 r. za II kwartał 2013 r. Wyżej wymienione sprawozdania sporządzone zostały w terminach określonych w załączniku nr do 8 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 4 marca 2010 r. w sprawie sprawozdań jednostek sektora finansów publicznych w zakresie operacji finansowych⁴, zwanego dalej „rozporządzeniem w sprawie sprawozdań”. W ww. sprawozdaniach wszystkie wykazane kwoty podane były w złotych i groszach, tj. zgodnie z § 10 ust. 1 rozporządzenia w sprawie sprawozdań.

Dane wykazane w ww. sprawozdaniach były wykazane zgodnie z danymi zawartymi w urządzeniach księgowych według stanu na dzień sporządzania sprawozdań.

(dowód: akta kontroli Tom 2, str. 212-265, 309-317)

1.2.2. Stan zobowiązań ogółem, zobowiązań wymagalnych wg sprawozdań Rb-Z oraz na dzień sporządzenia bilansu, wg stanu na dzień 31 grudnia 2011 r., 2012 r. oraz 30 czerwca 2013 r. przedstawiał się jak poniżej (w zł):

Rodzaj zobowiązań	2011 r.	2012 r.	II kw. 2013 r.
1	3	4	5
Zobowiązania ogółem	14.810.235,04	17.609.721,33	16.587.974,25
Zobowiązania wymagalne (Rb-Z)	1.777.855,84	3.918.810,94	1.685.128,08
Zobowiązania wymagalne (bilans)	1.777.444,81	3.944.771,38	1.862.522,60

(dowód: akta kontroli Tom 2, str. 266-308, 318-335, 403-427, 695-809)

⁴ Dz. U. Nr 43, poz. 247 ze zm.

1.2.3. Kontrolą objęto zobowiązania wymagalne za I półrocze 2013 r. powyżej 20 tys. zł. Wszystkie zobowiązania zostały prawidłowo zakwalifikowane jako wymagalne i ujęte w sprawozdaniu Rb-Z za II kwartał 2013 r.

Badanie ewidencji należności⁵ oraz przychodów⁶ wykazało prawidłowe ich księgowanie i wykazywanie w sprawozdaniach finansowych. Wynik badania ewidencji kosztów przedstawiono w pkt 2.1 wystąpienia.

Stwierdzono także prawidłowe przeksięgowanie wartości początkowej aktywów trwałych otrzymanych nieodpłatnie lub sfinansowanych z dotacji na rozliczenia międzyokresowe przychodów, zgodnie z art. 8 ustawy z dnia 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw⁷.

(dowód: akta kontroli Tom 2, str. 781-809, Tom 3 1747-1754, 1764-1773)

Ustalone
nieprawidłowości

Szpital nie sporządził korekt sprawozdań Rb-Z za IV kwartał 2011 r., 2012 r. oraz za II kwartał 2013 r., pomimo wymogu określonego w § 10 ust. 5 rozporządzenia w sprawie sprawozdań⁸, stanowiącego, że w przypadku zmiany stanu faktycznego w ewidencji księgowej lub w przypadku stwierdzenia błędu w uprzednio przekazanym sprawozdaniu, jednostka niezwłocznie sporządza oraz przekazuje korektę sprawozdania nieodpowiadającego stanowi faktycznemu do jednostki będącej odbiorcą tego sprawozdania.

(dowód: akta kontroli Tom 2, str. 212-265, 308-335, 403-427)

Z-ca Dyrektora ds. ekonomiczno-finansowych Główna księgowa wyjaśniła, że sporządzone wydruki na dzień 22 listopada 2013 r. na potrzeby kontroli wykazały różnicę w wielkości zobowiązań wymagalnych i nie było już możliwości złożenia korekty sprawozdania za IV kwartał 2011 r. i 2012 r. z uwagi na upływ 6 miesięcy od dnia sporządzenia sprawozdania. Sprawozdanie za II kwartał 2013 r. po zauważeniu zmiany w stanie zobowiązań wymagalnych zostało skorygowane w dniu 25 listopada 2013 r.

Dyrektor Szpitala poinformował, że jego stanowisko w ww. sprawie jest tożsame ze stanowiskiem zajęтым przez Z-cę Dyrektora ds. ekonomiczno-finansowych.

(dowód: akta kontroli Tom 2, str. 810-820)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości⁹ ocenianie prowadzenie ewidencji finansowo-księgowej oraz sprawozdawczości w zakresie osiąganych wyników finansowych oraz zobowiązań.

2. Analiza działań podejmowanych w celu poprawy sytuacji finansowej i zmniejszenia zadłużenia

2.1. Sporządzanie planów finansowych, działania zmierzające do ograniczania kosztów

Opis stanu
faktycznego

2.1.1. W okresie objętym kontrolą, najważniejszymi grupami kosztów działalności operacyjnej ponoszonych w PSZOZ były: wynagrodzenia (średnio 34,4% ogółu kosztów działalności operacyjnej), zakup usług obcych (32,3%) oraz zużycie materiałów i energii (19,3%)¹⁰. W przypadku wynagrodzeń i zakupu usług obcych ich udział w kosztach działalności operacyjnej malał w okresie objętym kontrolą

⁵ Dokonane poprzez weryfikację przeprowadzonej w Szpitalu inwentaryzacji należności za 2012 r. Do badania wybrano wszystkie pozycje należności na kwotę powyżej 10 tys. zł, które zestawiono z nadesłanymi przez kontrahentów potwierdzeniami sald.

⁶ Weryfikacji dokonano poprzez porównanie przychodów osiągniętych z kontraktów zawartych z Oddziałem NFZ w 2012 r. ze sprawozdaniami statystycznymi zrealizowanych świadczeń.

⁷ Dz. U. z 2012 r. poz. 742

⁸ Dz. U. z 2010 r. Nr 43, poz. 247 ze zm.

⁹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen częściowych dotyczących działalności w badanym obszarze: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

¹⁰ Kwoty zostały przedstawione w pkt 1 niniejszego wystąpienia.

odpowiednio o 0,9¹¹ i 1,5¹² punktu procentowego. Udział zakupów materiałów i energii w kosztach działalności operacyjnej wzrósł w okresie kontrolowanym o 2,9 punktu procentowego¹³. Wpływ na ten wzrost miały m.in. zwiększenia kosztów materiałów medycznych (leków, sprzętu jednorazowego, implantów)¹⁴ oraz energii (elektrycznej, ciepłej i gazu)¹⁵

(dowód: akta kontroli Tom 3 str. 1086-1094, 1107-1117, 1273, 1384-1390, 1634-1692)

2.1.2. Analiza prowadzenia gospodarki finansowej Szpitala, w ramach planu finansowego ustalonego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹⁶, zwanej dalej „ustawą o działalności leczniczej”, przeprowadzono dla wybranego okresu lat 01.01.2012-30.06.2013 r.

Stwierdzono, że plany finansowe na lata 2012 i 2013 Dyrektor Szpitala ustalił w trybie art. 53 ustawy o działalności leczniczej odpowiednio w dniu 20 marca 2012 r. i 13 stycznia 2013 r. Powyższe plany były, zgodnie z art. 48 ust. 2 pkt 2 lit. a ustawy o działalności leczniczej, opiniowane przez Radę Społeczną Szpitala (zwaną dalej „Radą Społeczną”), a ich treść została przyjęta w ramach działań nadzorczych, o których mowa w art. 121 ustawy o działalności leczniczej, przez Zarząd Powiatu Inowrocławskiego. Do zmian planów stosowano ww. przepisy ustawy o działalności leczniczej. Przyjęte założenia planistyczne zostały określone we wprowadzeniu planu (zawierającym także analizę prawną podstaw działalności Szpitala) lub jego podsumowaniu. Nie stwierdzono przypadków nierzetelnego sporządzania planu finansowego¹⁷. Opracowane plany były wykorzystywane do bieżącego monitorowania sytuacji finansowej Szpitala. W badanym okresie Dyrektor Szpitala sporządzał kwartalne informacje finansowe, porównujące osiągnięte wyniki finansowe oraz sytuację majątkową z kwotami określonymi w planie finansowym. Informacje finansowe były przedkładane Radzie Społecznej oraz Zarządowi Powiatu Inowrocławskiego.

(dowód: akta kontroli Tom 3, str. 1118-1208)

¹¹ Spadek udziału w kosztach działalności operacyjnej z 35,1% w 2010 r. do 34,2% w okresie styczeń-wrzesień 2013 r. W tej pozycji największy udział miały koszty plac (średnio 23,7% kosztów działalności operacyjnej). Koszty te wzrosły między 2010 a 2012 rokiem z 25.328,0 tys. zł do 26.206,8 tys. zł tj. o 3,4%. Należy także uwzględnić, że liczba zatrudnionych w Szpitalu między grudniem 2009 r. a wrześniem 2013 r. zmalała o 5,5% z 1058,7 etatów do 1000 etatów, z tym że liczba zatrudnionych lekarzy wzrosła o 42,4% z 54 do 76,9 etatu.

¹² Spadek udziału w kosztach działalności operacyjnej z 32,8% w 2010 r. do 31,3% w okresie styczeń-wrzesień 2013 r. W tej pozycji największy udział miały koszty umów cywilnoprawnych (w tym kontraktów lekarskich), które zwiększyły się z 18.643,8 tys. zł w 2010 r. do 22.032,4 tys. zł w 2012 r. (tj. o 18,2%). Udział kosztów umów cywilnoprawnych w kosztach działalności operacyjnej wzrósł z 17,9 % w 2010 r. do 19,8% w 2012 r., a następnie zmalał do 19,6% w okresie styczeń-wrzesień 2013 r. Należy także uwzględnić, że liczba kontraktów wzrosła z odpowiednika 252,0 etatu na grudzień 2010 r. (w tym 165,0 etatów lekarskich) do 288,3 etatu na wrzesień 2013 r. (w tym 170,3 etatu lekarzy) tj. nastąpił wzrost o 14,4%.

¹³ Wzrost udziału w kosztach działalności operacyjnej z 17,6% w 2010 r. do 20,5% w okresie styczeń –wrzesień 2013 r. Koszty materiałów i energii wzrosły między 2010 r. a 2012 r. z 18.359,4 tys. zł do 21.286,9 tys. zł tj. o 15,9% (za 9 miesięcy 2013 r. wyniosły 17.515,0 tys. zł).

¹⁴ Koszty między 2010 r. a 2012 r. wzrosły: dla leków z 4.455,6 tys. zł do 5.339,4 tys. zł tj. o 19,8%; dla sprzętu jednorazowego z 2.393,4 tys. zł do 3.149,8 tys. zł tj. o 31,6%; dla implantów z 1.381,8 tys. zł do 2.015,0 tys. zł tj. o 45,8%. Należy uwzględnić, że są to koszty zmienne, zależne od liczby pacjentów i liczby wykonanych zabiegów (a także od rodzaju wykonywanych zabiegów) - przykładowo między 2010 r. a 2012 r. liczba leczonych na oddziałach szpitalnych wzrosła z 28.871 do 29.318 osób tj. o 1,5%;

¹⁵ Koszty między 2010 r. a 2012 r. wzrosły: dla energii elektrycznej z 1.319,0 tys. zł do 1442,8 tys. zł tj. o 9,4%; energii ciepłej (cieplej wody użytkowej) z 269,1 tys. zł do 295,6 tys. zł tj. o 9,8%; gazowej (wykorzystanej na ogrzewanie i dla celów technicznych) z 2.106,3 tys. zł do 2.210,2 tys. zł tj. o 4,9%.

¹⁶ Dz. U. z 2013 r., poz. 217

¹⁷ Istotne dla Szpitala odchylenia między wartościami planowanymi, a faktycznie osiągniętymi wystąpiły w przypadku planu finansowego na 2012 r. przyjętego przez Dyrektora Szpitala w dniu 30.02.2012 r. Zakładał on osiągnięcie zysku (brutto) w wysokości 82,6 tys. zł (w tym na działalności operacyjnej 137,6 tys. zł), podczas gdy po trzech miesiącach 2012 r. PSZOZ osiągnął stratę wnoszącą (brutto) 1.023,7 tys. zł (w tym na działalności operacyjnej 1.028,6 tys. zł). W powyższym przypadku opisane w planie na 2012 r. założenia planistyczne miały jednak uzasadnienie. Uwzględniono następujące wskaźniki wzrostu: przychodów o 8,8%, wzrostu kosztów o 5,5%. Faktyczne przychody z działalności za okres styczeń-marzec 2012 wyniosły 24,5% wartości planowanej. W ramach założeń planowania przychodów uwzględniono wzrost stawki płaconej przez NFZ za leczenie szpitalne, który nastąpił. Rzeczywiste koszty działalności za okres styczeń-marzec 2012 r. wyniosły 27,5% wartości planowanej. Największe odchylenia kosztów w stosunku do planu nastąpiło w tym okresie w przypadku kosztów zużycia materiałów i energii oraz pozostałych kosztów rodzajowych (m.in. koszty krajowych i zagranicznych podróży służbowych, koszty ubezpieczeń majątkowych i osobowych, koszty reprezentacji i reklamy). Obie ww. kategorie kosztów planowano w wysokości wyniku roku 2011 powiększonego o inflację.

2.1.3. W Szpitalu ustalono zasady prowadzenia ewidencji kosztów w układzie rodzajowo-kalkulacyjnym¹⁸. Badanie wykazało¹⁹, że prowadzona ewidencja kosztów pozwalała na prawidłowe ustalenie m.in.: kosztów bezpośrednich²⁰, kosztów pośrednich²¹ oraz kosztów sprzedaży. Prowadzona ewidencja kosztów wraz z ewidencją przychodów pozwalała na uzyskanie danych o wyniku finansowym działalności komórek organizacyjnych. W Szpitalu prowadzono bieżący monitoring ww. danych. Z prowadzonej ewidencji kosztów wynika, że w kontrolowanym okresie oddziały szpitalne²² miały największy udział w przychodach (65%) i kosztach Szpitala (66%), a w całym okresie objętym kontrolą działalność oddziałów przynosiła ogółem stratę. Z przedstawionych do kontroli zestawień wynika, że na 16 oddziałów szpitalnych dodatni wynik finansowy osiągnęło w 2010 r. – 6 oddziałów, a w latach 2011-2012 i w okresie styczeń – wrzesień 2013 r. – 4 oddziały szpitalne²³. Przychodnie prowadzące ambulatoryjną opiekę specjalistyczną miały udział w przychodach i kosztach na poziomie ok. 6,5%, w latach 2010-2011 osiągały ogółem ujemny wynik finansowy, a w 2012 r. i w okresie styczeń – wrzesień 2013 r. – dodatni wynik finansowy. W całym okresie objętym kontrolą, dodatni wynik finansowy osiągnęły: ratownictwo medyczne i transport (średnio 6,5% udziału w przychodach i 5,5% udziału w kosztach), natomiast ujemny wynik – Szpitalny Oddział Ratunkowy (średnio 3,5% udziału w przychodach i 5,1% udziału w kosztach).

(dowód: akta kontroli Tom 3, str. 1095-1106, 1209-1213, 1214-1272, 1747-1754, 1768-1770)

2.1.4. Zmniejszenie (na kwoty powyżej 100 tys. zł) ponoszonych kosztów w okresie między 2010 a 2012 r. wystąpiło w przypadku następujących rodzajów kosztów: usług medycznych, usług porządkowych, usług gastronomicznych, pozostałych składników wynagrodzeń, gazu przeznaczonego do ogrzewania, ubezpieczeń OC.

(dowód: akta kontroli Tom 3, str. 1095-1106)

2.2. Planowanie i realizacja programu racjonalizacji kosztów

2.2.1. W zakresie terminowości podejmowania w Szpitalu działań w celu poprawy wyniku finansowego stwierdzono, że:

Dyrektor Szpitala wprowadził w dniu 01.07.2012 r. „Program działań zmierzających do racjonalizacji kosztów Publicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Inowrocławiu²⁴”, zwany dalej „programem racjonalizacji kosztów”.

Opisany w pkt 1 niniejszego wystąpienia ujemny wynik finansowy netto w roku 2010 stanowił 1,56% uzyskanych przychodów ze sprzedaży²⁵. W opinii biegłego rewidenta stwierdzono, że wskaźniki płynności i stabilizacji finansowej (zadłużenia) wskazywały na bezpieczną sytuację PSZOZ i bez konieczności podejmowania nadzwyczajnych działań mających na celu poprawę wyniku finansowego Szpitala.

W 2011 r. dane w zakresie wyniku finansowego Szpitala ulegały stałemu pogorszeniu. Zwiększała się strata netto i wynosiła ona: 1.149,5 tys. zł na koniec I kw., 1.923,8 tys. zł, w II kwartale, 2.575,6 tys. zł, w III kw. i 4.597,7 tys. zł na koniec roku. Pogorszeniu, w stosunku do 2010 r., uległy także dane w zakresie przepływów

¹⁸ Sposób prowadzenia ewidencji księgowej, w ramach którego w pierwszej kolejności rejestruje się koszty w układzie rodzajowym (wg. typów, rodzajów kosztów np. place), a następnie przenosi na układ podmiotowy (tj. na poszczególne jednostki organizacyjne). W Szpitalu zasady dokonywania tego przeniesienia określono w zarządzeniu Dyrektora PSZOZ Nr 7/2011 z 26.01.2011 r.

¹⁹ kontrolą objęto miesiące czerwiec i grudzień 2012 r. w następujących komórkach organizacyjnych (będących ośrodkami kosztów): Oddział Neurologiczny, Oddział Kardiologiczny, Oddział Rehabilitacyjny, Pracownia Hemodynamiki.

²⁰ koszty bezpośrednie są ponoszone bezpośrednio w danym ośrodku kosztów (dające się powiązać z daną komórką organizacyjną) np. koszty zużytych w danym ośrodku materiałów, koszty zatrudnienia w danym ośrodku;

²¹ koszty pośrednie są kosztami niedającymi się powiązać z jakimkolwiek ośrodkiem kosztów

²² Z uwzględnieniem Oddziału Rehabilitacyjnego, a bez uwzględnienia Szpitalnego Oddziału Ratunkowego i Oddziału Opieki Paliatywnej- koszty oddziałów szpitalnych wynosiły od 67.339,0 tys. zł w 2010 r. do 72.651,7 tys. zł w 2012 r.; przychody oddziałów szpitalnych wynosiły od 66.920,0 tys. zł w 2010 r. do 71.781,4 tys. zł w 2012 r.

²³ na ogółem 16 oddziałów w latach 2010-2012 i 15 oddziałów na 30.09.2013 r.

²⁴ zarządzeniem nr 13/2012 r z 01.08.2012 r.

²⁵ Wskaźnik rentowności netto (rentowności sprzedaży, marży zysku) wynosił -1,56%.

pieniężnych. Ze sporządzanych w 2011 r. w Szpitalu dokumentów w zakresie bieżącego monitorowania danych finansowych²⁶ wynika, że przyczyny pogorszenia się sytuacji finansowej były poddawane analizie. Dyrektor Szpitala uwzględniał w tych dokumentach możliwość uzyskania w 2011 r. zaplanowanych przychodów w zakresie wykonanych przez Szpital usług nielimitowanych i usług wykonanych ponad limit umowy z NFZ na leczenie szpitalne²⁷. Badanie sposobu rozliczenia tych usług w latach 2009-2010 wykazało, że NFZ zwiększał limity i zawierał umowy na usługi nielimitowane lub wykonane ponad limit²⁸. W opinii NIK doświadczenia z lat poprzednich uzasadniają planowanie przychodów na 2011 r. na kwoty ponad limity określone w kontraktach z NFZ.

Biorąc pod uwagę wynikającą z art. 52 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej zasadę samofinansowania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (dalej „spzoz”) - jednoznaczne wskazania do podjęcia działań zmierzających do poprawy wyniku finansowego PSZOZ wystąpiły po: sporządzeniu sprawozdania finansowego za 2011 r. i zaopiniowaniu go przez biegłego rewidenta²⁹, odmowie przez NFZ dokonania płatności za usługi nielimitowane wykonane w 2011 r.³⁰ oraz utrwaleniu tendencji do wzrostu zobowiązań wymagalnych³¹. Dane w powyższym zakresie Szpital uzyskiwał pod koniec kwietnia 2012 r. Zamiar podjęcia działań mających na celu racjonalizację wydatków został przedstawiony przez Dyrektora Szpitala Radzie Społecznej na posiedzeniu w dniu 15.05.2012 r. Realizację określonych w programie racjonalizacji kosztów działań krótkoterminowych rozpoczęto od lipca 2012 r., a sam program Dyrektor Szpitala zatwierdził w dniu 01.08.2012 r. (z mocą obowiązywania od 01.07.2012 r.). Zakres zagadnień objętych programem racjonalizacji kosztów (opisany w pkt 2.2.2 niniejszego wystąpienia) uzasadnia czteromiesięczny okres opracowania tego dokumentu.

(dowód: akta kontroli Tom 3 str. 1-95, 428-438, 1173-1208, 1354-1365, 1491-1708)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że niezależnie od działań zmierzających do poprawy wyniku finansowego Szpital winien podjąć działania zmierzające do poprawy płynności finansowej, w stopniu umożliwiającym terminowe realizowanie zobowiązań. Zgodnie z art. 44 ust. 3 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych³², zwanej dalej „ufp”, Szpital jest zobowiązany do dokonywania wydatków publicznych w wysokości i terminach wynikających z wcześniej zaciągniętych zobowiązań. Biorąc pod uwagę tę zasadę, Dyrektor Szpitala winien podjąć działania zmierzające do poprawy płynności finansowej w IV kwartale 2011 r. tj. w okresie w jakim powstały istotne wartościowo zobowiązania nieregulowane w terminie³³. Należy jednocześnie zauważyć, że w krótkim okresie czasu działania ograniczające koszty nie są jedynym sposobem poprawy płynności³⁴.

Dyrektor Szpitala nie odniósł się w odpowiedzi na pytanie kontrolera co do przyczyn niepodjęcia działań naprawczych w sytuacji, gdy PSZOZ przestał regulować

²⁶ np. informacji finansowych za III kw. 2011 r. z 21.11.2011 r.

²⁷ ogółem udokumentowana przez Szpital wartość wykonanych w 2011 r. świadczeń medycznych ponad limit (w tym procedur ratujących życie) oraz świadczeń medycznych nielimitowanych wyniosła ogółem 5.731,6 tys. zł.

²⁸ np. za 2009 r.: aneksem nr 16 z 02.12.2009 r., ugodą z 13.04.2010 r.; za 2010 r.: aneksem nr 23 z 16.07.2010 r., ugodą z 12.04.2011 r.

²⁹ Biegły w opinii i raporcie z dnia 23.04.2012 r., oceniając zdolność kontynuowania działalności Szpitala, nie stwierdził poważnego zagrożenia, podkreślił jednak potrzebę podjęcia niezbędnej kontroli wskaźników ekonomiczno-finansowych (...) gdyż sytuacja jednostki nie była w pełni stabilna.

³⁰ pismami z dnia 23.01.2012 r., 13.02.2012 r., 28.02.2012 r.

³¹ dane za Rb-Z: 28,6 tys. zł za III kw. 2011 r., 1.757,8 tys. zł za IV kw. 2011 r. i 3.775,1 tys. zł za I kw. 2012 r.

³² Dz. U. z 2013, poz. 885 ze zm.

³³ Na koniec roku 2011 zobowiązania wymagalne wyniosły 1.777,9 tys. zł. Szczegóły dotyczące zobowiązań opisano w pkt 1.1 niniejszego wystąpienia.

³⁴ Poprawa płynności oznacza poprawę relacji między aktywami obrotowymi (aktywami, środkami przekształcalnymi w gotówkę lub podlegającymi zużyciu w okresie roku) a zobowiązaniami krótkoterminowymi (zobowiązaniami z tytułu dostaw i usług, a także innymi zobowiązaniami, które staną się wymagalne w okresie roku). Poprawa wyniku finansowego może przyczynić się do poprawy płynności, nie jest jednak jedyną metodą możliwą do zastosowania.

zobowiązania w terminie. Podał jedynie, że wskutek rozliczenia umów przez NFZ w terminach kwartalnych dane finansowe za 2011 r. znane były dopiero po upływie I kwartału 2012 r., tj. na 31.05.2012 r.³⁵ Powołał się przy tym na opis przyczyn trudności finansowych PSZOZ zawarty w programie racjonalizacji kosztów i podkreślił, że nierozliczenie przez NFZ należności na kwotę ogółem 6.264,8 tys. zł mogło zostać uwzględnione w planach finansowych PSZOZ dopiero po odmowie zapłaty, tj. w 2012 r.

(dowód: akta kontroli Tom 3, str. 457-470)

Opis stanu
faktycznego

2.2.2. W zakresie planowania działań określonych w programie racjonalizacji kosztów stwierdzono, że:

W programie racjonalizacji kosztów uzasadniono planowane działania niewystarczającym³⁶ zwiększaniem przez NFZ stawek za leczenie szpitalne. PSZOZ zwiększał przychody głównie poprzez zwiększenie kontraktacji. Wzrost kosztów w tym okresie był wyższy niż przychodów, co skutkowało stratą na działalności PSZOZ występującą w 2012 r. jak i w latach 2010-2011. Kolejnymi przesłankami do wprowadzenia programu była odmowa zapłaty przez NFZ za usługi i spodziewane dalsze zdarzenia wpływające negatywnie na wynik finansowy.

Program racjonalizacji kosztów przewidywał podział celów na krótkoterminowe³⁷ (wdrożenie w 1-2 miesiącach), średnioterminowe³⁸ (do końca 2012 r.) i długookresowe³⁹ – w 2013 i w latach następnych. Ponadto w ww. programie określono zamiar dochodzenia zaległych należności od NFZ.

Wraz z wdrożeniem programu racjonalizacji kosztów Dyrektor Szpitala ustalił projekt zmian planu finansowego PSZOZ na 2012 r. oraz zasady monitorowania i nadzoru nad realizacją ww. programu⁴⁰.

Program racjonalizacji kosztów został zmieniony przez Dyrektora Szpitala aneksem nr 1 z 05.12.2012 r. do zarządzenia nr 13/2012 z 01.08.2012 r.⁴¹, zwanego dalej „aneksem do programu racjonalizacji kosztów”. Nowy dokument określał, że wobec wyczerpania możliwości oszczędności wynikających w dokumencie jaki wszedł w życie w lipcu 2012 r. oraz wobec niekorzystnych prognoz w zakresie wyniku finansowego na 2013 r. – należy go kontynuować rozszerzając działania oszczędnościowe również w innych obszarach. Zmiana programu racjonalizacji kosztów objęła w szczególności działania w zakresie zatrudnienia, a polegała na opracowaniu „norm zatrudnienia personelu lekarskiego⁴²”, przeglądzie pozostałych stanowisk pracy, wprowadzeniu „zakładowego funduszu motywacyjnego”. Powyższy dokument przewidywał zmniejszenie zatrudnienia o 65 osób⁴³. Zmniejszenie zatrudnienia miało nastąpić w skutek likwidacji Oddziału Rehabilitacyjnego oraz redukcji zatrudnienia w 13 komórkach organizacyjnych Szpitala. Skutki finansowe

³⁵ Dyrektor PSZOZ podpisał sprawozdanie finansowe za 2011 r. sporządzone na dzień 30.03.2011 r., które w dniu 24.04.2012 r. pozytywnie zaopiniował biegły rewident.

³⁶ wzrost stawki nastąpił wyłącznie w 2012 r. o 2% tj. niżej od wskaźnika inflacji

³⁷ zwiększenie dyscypliny budżetowej komórek organizacyjnych PSZOZ, zwiększenie dyscypliny zatrudniania, ograniczenia działań inwestycyjnych oraz remontów, racjonalizację procesu zakupów

³⁸ redukcję zatrudnienia o 13 etatów, ujednolicenie zasad wynagradzania, wprowadzenie bodźców zachęcających do zwiększonej dyscypliny finansowej w komórkach organizacyjnych

³⁹ reorganizację funkcjonowania wybranych oddziałów Szpitala: I Oddziału Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, II Oddziału Chirurgii, Oddziału Chirurgii Urazowej i Ortopedycznej, Oddziału Kardiologicznego, Oddziału Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego i Pracowni Chemioterapii; przewidziano także reorganizację lub likwidację Oddziału Rehabilitacyjnego i Oddziału Opieki Paliatywnej

⁴⁰ Dyrektor Szpitala sprawował nadzór nad realizacją programu racjonalizacji kosztów, Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych winien sporządzać comiesięczne informacje finansowe, a pozostała kadra kierownicza odpowiadała za realizację programu w zakresie nałożonych na nich odpowiedzialności

⁴¹ Zatwierdzony ww. aneksem dokument został podpisany w dniu 15.11.2012 r. przez pełniącego obowiązki Dyrektora PSZOZ - Naczelnego Lekarza Szpitala.

⁴² wprowadzonych Zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 23/2012 z 15.11.2012 r.

⁴³ z czego 28 na stanowiskach pielęgniarek, 11 położnych, 6 średniego personelu medycznego, 3 niższego personelu medycznego, 12 personelu gospodarczego, 5 administracyjnych.

redukcji zatrudnienia ustalono na 1.325,1 tys. zł w 2013 r., oraz 2.506,0 tys. zł w latach następnych.

(dowód: akta kontroli Tom 3, str. 1-34)

Opis stanu
faktycznego

2.2.3. Z analizy wybranej części założeń stanowiących podstawę do podejmowania działań opisanych w programie racjonalizacji kosztów wynika, że:

a) Zawarte w programie racjonalizacji kosztów informacje wskazujące na potrzebę reorganizacji lub likwidacji oddziału rehabilitacyjnego i oddziału opieki paliatywnej znajdują potwierdzenie w dokumentacji Szpitala. Oddział Rehabilitacyjny i Oddział Opieki Paliatywnej generowały stratę na sprzedaży, a ich działalność miała niską rentowność⁴⁴. Zgodnie z treścią aneksu do programu racjonalizacji kosztów Oddział Rehabilitacyjny podlegał likwidacji, a oddział Opieki Paliatywnej winien zostać zreorganizowany. Brak możliwości ograniczenia kosztów przy dotychczasowej formie funkcjonowania Oddziału Rehabilitacyjnego potwierdziła także analiza działalności za I połowę 2012 r. sporządzona przez koordynatora oddziału⁴⁵. Ustalono, że PSZOZ w prowadzonych w latach 2010-2012 negocjacjach z oddziałem NFZ informował o niewystarczających stawkach kontraktu na rehabilitację ogólnoustrojową w trybie stacjonarnym realizowanego w Oddziale Rehabilitacyjnym⁴⁶.

(dowód: akta kontroli Tom 3, str.121-145, 1095-1106)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że decyzja o likwidacji Oddziału Rehabilitacyjnego a nieprzeprowadzeniu likwidacji Oddziału Opieki Paliatywnej była podjęta w oparciu o kryterium dostępności udzielanych przez te oddziały świadczeń. Świadczenia w zakresie rehabilitacji są udzielane przez inne podmioty mające siedzibę na terenie powiatu inowrocławskiego, podczas gdy Szpital jest jedynym podmiotem udzielającym świadczeń opieki paliatywnej dla mieszkańców powiatu.

Kontrola wykazała, że pomimo likwidacji oddziału rehabilitacyjnego na terenie powiatu inowrocławskiego stacjonarne świadczenia rehabilitacyjne świadczą dwa podmioty, a Szpital jest jedynym podmiotem udzielającym świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnych⁴⁷.

(dowód: akta kontroli Tom 3 str. 134-148, 458-481)

b) Planowane skutki finansowe zwolnień pracowników obliczono w oparciu o wysokość przeciętnych wynagrodzeń w objętych redukcjami komórkach organizacyjnych PSZOZ uwzględniając pochodne od wynagrodzeń. Związany z ograniczaniem zatrudnienia okresowy wzrost kosztów (wynikający z wypłaty odpraw) uwzględniono w kalkulacjach poprzez opóźnienie planowanego terminu uzyskania oszczędności.

(dowód: akta kontroli Tom 3, str. 149)

c) Planowane ograniczenie kosztów związanych z odpisem na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych obliczono jako różnicę między kwotą obliczoną na dotychczasowych zasadach, przy zatrudnieniu z 2012 r. (odpis w wysokości

⁴⁴ W tym okresie strata na sprzedaży występowała we wszystkich za wyjątkiem czterech oddziałów szpitalnych, z tym że Oddział Rehabilitacyjny (strata w 2012 r. wynosząca 376,2 tys. zł) i Oddział Opieki Paliatywnej (strata 504,5 tys. zł) miały najwyższą ujemną rentowność tj. odpowiednio 31,4% i 39,8% (tj. osiągnięcie na ww. oddziałach każdego 100,00 zł przychodu wymagało poniesienia odpowiednio 131,40 zł i 139,80 zł kosztów). Oddziały, których działalność w 2012 r. generowała wyższe straty od oddziałów których likwidację rozważano - nie osiągały tak negatywnych wskaźników w zakresie rentowności (np. II Oddział Chirurgii Ogólnej przy stracie 822,6 tys. zł miał ujemny wskaźnik rentowności 16,5%; Oddział Położniczy odpowiednio -753,5 tys. zł i 27,2%).

⁴⁵ Analiza wskazywała na 4 możliwe kierunki działania mające zwiększyć przychody oddziału, w 2 przypadkach wymagałoby to jednak inwestycji w sprzęt i pomieszczenia oddziału, w 1 wymagałoby zwiększenia współdziałania z oddziałem ortopedycznym, a w 1 była niemożliwa do osiągnięcia przy obecnej formie organizacyjnej PSZOZ.

⁴⁶ Np. w odniesieniu do kontraktu na 2012 r. PSZOZ nie przyjął stawki na ww. świadczenia w toku negocjacji prowadzonych w dniu 21.11.2011 r., a wobec niezłożenia przez NFZ innej propozycji, zaakceptował stawkę w dniu 30.11.2012 r. informując o możliwości rezygnacji z realizacji świadczeń.

⁴⁷ Ustalono w oparciu o informację uzyskaną z Oddziału NFZ oraz w oparciu o dane publikowane na stronie internetowej Oddziału NFZ (aplikacja z listą świadczeniodawców/umów).

1.264,2 tys. zł), od której odjęto przewidywaną kwotę odpisu po wprowadzeniu zmian przewidzianych programem racjonalizacji kosztów (784,4 tys. zł), przy czym uwzględniono zmniejszenie zatrudnienia i określone w ww. programie zmniejszenie procentowego wskaźnika odpisu,

(dowód: akta kontroli Tom 3, str. 150)

e) W zakresie wpływu na sytuację finansową PSZOZ jaki miały inwestycje współfinansowane ze środków UE stwierdzono, że ogółem w latach 2010-2012 Szpital realizował 4 projekty współfinansowane ze środków UE⁴⁸. Wartość wydatków dokonanych w ramach ww. projektów wyniosła ogółem 13.089,4 tys. zł. W przypadku 2 z ww. projektów wnioski o dofinansowanie Szpital składał w latach 2008-2009 (tj. w okresie osiągania dodatniego wyniku finansowego), pozostałe 2 wnioski w I połowie 2010 r. Ponadto w wyniku ich realizacji Szpital pozyskał dofinansowanie ze środków UE w wysokości 9.366,8 tys. zł. Realizacja projektów finansowanych ze środków UE miała do 2011 r. szczególny wpływ na wynik finansowy Szpitala, wynikający z art. 57 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej⁴⁹, zwanej dalej „ustawą o ZOZ”. Przepis ten przewidywał, że dotacje (w tym na inwestycje) zwiększały fundusz założycielski. W rezultacie otrzymane dotacje (w tym ze środków UE) nie zwiększały przychodów, podczas gdy amortyzacja nabytych z dotacji środków trwałych stanowiła koszt. Mechanizm ten obniżał wynik finansowy każdego szpoz. W przypadku PSZOZ kwota ww. kosztów amortyzacji (którym nie odpowiadały przychody) wynosiła 1.134,7 tys. zł w 2010 r. i 1.806,3 tys. zł w 2011 r.

(dowód: akta kontroli Tom 3 str. 151-152, 855, 1283-1299)

f) W zakresie planów redukcji zatrudnienia pielęgniarek i położnych ustalono, że w punkcie II aneksu do programu zaplanowano zmniejszenie zatrudnienia o 28 pielęgniarek i 11 położnych. W punkcie I ww. dokumentu określono m.in., że obowiązujące normy zatrudnienia⁵⁰ uwzględniono przy planowaniu działań mających na celu poprawę wyniku finansowego.

(dowód: akta kontroli Tom 3 str. 22-33)

Ustalone
nieprawidłowości

Analiza poziomu zatrudnienia w komórkach organizacyjnych Szpitala, przepisów wewnętrznych dotyczących norm zatrudnienia oraz określających strukturę organizacyjną Szpitala wykazała, że plany redukcji zatrudnienia pielęgniarek opracowano z naruszeniem zarządzenia Dyrektora PSZOZ Nr 39/2002 z 20.12.2002 r. W przypadku 3 komórek organizacyjnych przewidywano zmniejszenie zatrudnienia poniżej ustalonego ww. przepisami wewnętrznymi minimum. Dotyczyło to Oddziału Noworodkowego⁵¹, Sali Zabiegowej Ginekologicznej (wydzielonej jako ośrodek kosztów w Oddziale Ginekologicznym) i Sali Zabiegów Transuretralnych (TUR - wydzielonej w Oddziale Urologicznym i Urologii Onkologicznej)⁵². Ponadto nieaktualizowane od 2002 r. przepisy wewnętrzne w zakresie minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych nie

⁴⁸ „Zwiększenie dostępu do świadczeń zdrowotnych przez doposażenie i modernizację infrastruktury szpitalnego oddziału ratunkowego PSZOZ”, „Zakup 64-rzędowego tomografu komputerowego dla PSZOZ w Inowrocławiu”, „Kompleksowa modernizacja ładowiska PSZOZ”, „Termomodernizacja czterech budynków PSZOZ”;

⁴⁹ Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.

⁵⁰ Stwierdzono, że minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych określają przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 grudnia 1999 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 111, poz. 1314) i są wprowadzone zarządzeniami Dyrektora PSZOZ nr 7/2000 z 20.06.2000 r. oraz Nr 39/2002 z 20.12.2002 r.

⁵¹ W Oddziale Noworodkowym przewidziano zwolnienia, pomimo że zatrudnienie pielęgniarek było niższe od ustalonego minimum, zatrudnienie wyniosło na 31.12.2011 r. 17 etatów, a na 31.12.2012 r. i 30.06.2013 r. 15 etatów (przy normie minimalnej 17 etatów).

⁵² W wymienionych komórkach przewidziano zwolnienia, pomimo że zatrudnienie pielęgniarek było niższe lub równe ustalonemu minimum. Zatrudnienie pielęgniarek na Sali Zabiegowej Ginekologicznej wynosiło na 31.12.2011 r. - 4 etaty, a na 31.12.2012 r. i na 30.06.2013 r. - 3 etaty (przy ustalonym minimum zatrudnienia - 6 etatów); Na Sali TUR zatrudnienie wynosiło na 31.12.2011 r. - 3 etaty, na 31.12.2012 r. - 3 etaty, na 30.06.2013 r. - 3 etaty (przy ustalonym minimum zatrudnienia - 3 etaty).

ustalały norm minimalnych w komórkach nowopowstałych⁵³, a zatem nie mogły stanowić podstawy do ustalenia możliwej redukcji zatrudnienia.

(dowód: akta kontroli, Tom 3 str. 189-190, 249-283, 856, 861-950)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że aneks do programu racjonalizacji kosztów zatwierdzono przed wejściem w życie nowych zasad ustalania norm minimalnych zatrudnienia pielęgniarek i położnych, określonych w obowiązującym od 01.01.2013 r. rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami⁵⁴. Zgodnie z § 8 ww. rozporządzenia w okresie od 01.01.2013 r. do 31.03.2014 r. Szpital winien opracować nowe normy minimalne, a do czasu ich zatwierdzenia powinny obowiązywać normy ustalone na podstawie poprzednio obowiązujących przepisów. Nowe normy wejdą zatem w życie w okresie wdrażania programu racjonalizacji kosztów i będą miały niemożliwy do oszacowania wpływ na wyniki planowanego ograniczenia zatrudnienia pielęgniarek i położnych.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił m.in., że ustalone w Szpitalu normy minimalne były tylko jednym z kryteriów wykorzystanych przy ustaleniu poziomu zatrudnienia. Pod uwagę wzięto m.in. kwalifikacje personelu, liczbę łóżek w oddziałach, obciążenie pracą i jej intensywność, liczbę leczonych pacjentów, średni czas leczenia pacjentów, wynik finansowy komórki organizacyjnej. Wyjaśniający stwierdził, że dokonywał bieżącego monitorowania poziomu zatrudnienia pielęgniarek i położnych zmieniając limit zatrudnienia na bieżące wnioski kierowników komórek organizacyjnych Szpitala. W okresie od 2002 r. do końca 2012 r. zatrudnienie w grupie pielęgniarek wzrosło o 24%, a w grupie położnych o 12%. Nieustalenie nowych norm nie oznacza, że ustalone normy minimalne zatrudnienia faktycznie nie podlegały kontroli i aktualizacji. Normy zatrudnienia na oddziałach Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego oraz Udarowym - wynikają wprost z przepisów rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, a zmniejszenie zatrudnienia pielęgniarek na Oddziale Noworodkowym wynika ze zmniejszenia liczby urodzeń o 17% w stosunku do roku 2009. Wyjaśniający w odniesieniu do obowiązku opracowania nowych norm minimalnych zatrudnienia pielęgniarek i położnych stwierdził, że w związku z opracowywaniem tych norm w oparciu o dane za 2013 r. - będą mogły one zostać opracowane dopiero w I kwartale 2014 r. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że nie ma możliwości jednoznacznego stwierdzenia wpływu nowych norm na poziom zatrudnienia pielęgniarek.

(dowód: akta kontroli Tom 3, str. 462-464)

W odniesieniu do wyjaśnień, należy zauważyć, że obowiązek ustalenia norm minimalnych zatrudnienia pielęgniarek i położnych w szpitalu jest niezależny od wymagań nałożonych na podmioty realizujące świadczenia gwarantowane w zakresie leczenia szpitalnego⁵⁵. Unormowania wewnętrzne w tym zakresie

⁵³ Oddziału Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Oddziału Udarowego

⁵⁴ Dz. U. z 2012, poz. 1545

⁵⁵ Wymagania w tym zakresie określono w załączniku nr 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2013, poz. 1082 ze zm.) zwanym dalej „rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego”. Badanie poziomu zatrudnienia pielęgniarek (w etatach) na Oddziale Noworodkowym, Oddziale Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (liczonego w ewidencji Szpitala łącznie z Oddziałem Kardiologii) oraz Oddziale Udarowym (liczonym w ewidencji Szpitala łącznie z Oddziałem Neurologicznym) w czerwcu 2013 r. wykazało spełnienie przez Szpital ww. norm. Badanie obsady pielęgniarskiej w ww. komórkach organizacyjnych w czerwcu i lipcu 2013 r. wykazało, że dyżury dzienne lub nocne realizowała następująca liczba pielęgniarek: na Oddziale Noworodkowym (8 łóżek noworodków, w tym 2 intensywnej opieki medycznej i 6 inkubatorów) dyżury pełniło od 2 do 3 pielęgniarek; na Oddziale Kardiologii (26 łóżek) wraz z Oddziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (12 łóżek intensywnego nadzoru kardiologicznego) dyżury pełniło od 6 (dzienny, w dniu 16.06.2013 r.) do 11 pielęgniarek; na Oddziale Neurologicznym (18 łóżek, w tym 2 intensywnego nadzoru) wraz z Oddziałem Udarowym (18 łóżek, w tym 14 wczesnej rehabilitacji neurologicznej i 4 intensywnej opieki medycznej) - od 3 (23 czerwiec - dzień, 28 czerwiec - noc; 25, 27 lipiec - noc) do 7 pielęgniarek.

winy zostać sporządzone na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 grudnia 1999 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej⁵⁶. Przepis § 3 ww. rozporządzenia wskazuje, że normy powinny zostać opracowane dla poszczególnych komórek zakładu opieki zdrowotnej. W sytuacji gdy w Szpitalu nie opracowano norm minimalnych dla wszystkich komórek organizacyjnych oraz przewidywano zmniejszenie poziomu zatrudnienia pielęgniarek w 3 komórkach do wartości poniżej ustalonego obowiązującymi przepisami wewnętrznymi minimum uzasadnienia redukcji pielęgniarek i położnych zawartego w aneksie do programu racjonalizacji kosztów nie można uznać jako rzetelne. Należy także podkreślić, że odmiennie od dokonywania redukcji zatrudnienia pielęgniarek i położnych, ocenę poziomu zatrudnienia lekarzy dokonano na podstawie udokumentowanego, aktualnego przeglądu stanowisk, zakończonego wydaniem w dniu 15.11.2012 r. zarządzenia Dyrektora PSZOZ nr 23/2012 ustalającego normy zatrudnienia personelu lekarskiego.

(dowód: akta kontroli Tom 3, str. 482-504, 856-884, 1278-1281)

2.2.4. Badanie wybranych działań opisanych w programie racjonalizacji kosztów wykazało, że:

a) W zakresie zmian zasad funkcjonowania funduszu świadczeń socjalnych ustalono, że Dyrektor dokonał zamierzonych działań w dniu 17.12.2012 r.⁵⁷ Sposób ustalenia wysokości odpisu na ww. fundusz był zgodny z art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 4 marca 1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych⁵⁸.

(dowód: akta kontroli Tom 3, str. 153-183, 1274-1277)

b) W zakresie redukcji zatrudnienia ustalono, że ogółem w okresie grudzień 2012 – wrzesień 2013 r. zatrudnienie ograniczono o 45 osób, w tym: zwolniono 29 osób (wypowiedzenie bez winy pracownika), 9 osób odeszło na emerytury lub renty, 6 osobom nie przedłużono umowy o pracę, a w 1 przypadku stosunek pracy rozwiązano bez wypowiedzenia⁵⁹. Badaniu w zakresie obowiązku stosowania przepisów w zakresie zwolnień grupowych poddano formę i termin dokonywania wypowiedzeń. Stwierdzono, że liczba zwalnianych pracowników jest niższa od określonej w art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników⁶⁰, w związku z powyższym do określonej w programie racjonalizacji kosztów redukcji zatrudnienia miały zastosowanie zasady określone w art. 10 ww. ustawy oraz przepisy ustawy z 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy⁶¹ (m.in. art. 30, art. 32 § 2, art. 34-37, art. 45). Badanie procedury rozwiązania 3 wybranych losowo umów o pracę nie wykazało naruszenia ww. przepisów, nie stwierdzono także naruszenia określonych w aneksie do programu racjonalizacji kosztów zasad doboru pracowników do zwolnienia.

(dowód: akta kontroli Tom 3, str. 186-198, 1274-1277, 1772-1773)

c) W Szpitalu podjęto wymienione w programie racjonalizacji kosztów działania mające na celu dochodzenie należności od Oddziału NFZ za udzielone w 2011 r. przez PSZOZ świadczenia nielimitowane. Kwotę 2.231,0 tys. zł z tytułu zrealizowanych w 2011 r. świadczeń w zakresie położnictwa i ginekologii PSZOZ uzyskał w wyniku prowadzonego w okresie czerwiec-wrzesień 2012 r. postępowania ugodowego. Do dnia zakończenia kontroli NIK Szpital nie uzyskał kwoty

⁵⁶ Dz. U. z 2012, poz. 1545

⁵⁷ Aneksem nr 33 do Regulaminu wynagradzania, pod aneksem widniały podpisy przedstawicieli 5 organizacji związkowych funkcjonujących w PSZOZ.

⁵⁸ Dz. U. z 2012, poz. 592 ze zm.

⁵⁹ bez winy pracownika, w związku z przedłużającą się usprawiedliwioną nieobecnością pracownika w pracy.

⁶⁰ Dz. U. Nr 90, poz. 844 ze zm.

⁶¹ Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94 ze zm.

1.562,8 tys. zł z tytułu zrealizowanych w 2011 r. świadczeń w zakresie kardiologii i neonatologii. Świadczenia z grup kardiologia i neonatologia są świadczeniami nielimitowanymi, w przypadku których określono w umowie z oddziałem NFZ oraz wewnętrznych przepisach NFZ procedurę wnioskowania, skutkującą automatycznym zwiększeniem limitu udzielanych świadczeń i zobowiązań Oddziału NFZ wobec Szpitala⁶². PSZOZ dopełnił obowiązku złożenia wniosków o zwiększenie kontraktu, Oddział NFZ nie dokonał jednak przewidzianego umową zwiększenia limitu świadczeń. W dniach 25.10.2011 r. i 23.01.2012 r. PSZOZ złożył w Oddziale NFZ faktury na kwoty zrealizowanych świadczeń nielimitowanych w zakresie kardiologii i neonatologii. Zostały one odesłane przez NFZ bez księgowania. Z informacji uzyskanej z Oddziału NFZ wynika, że stanowisko Szpitala jest prawidłowe. W przypadku świadczeń będących przedmiotem sporu Oddział NFZ ponosi zobowiązania do wysokości faktycznego ich wykonania. W związku z brakiem środków w planie finansowym Oddziału NFZ, nie miał on podstawy do zwiększenia limitów określonych w umowie i wydatkowania środków. Bezpośrednią przyczyną nieksięgowania faktur przez Oddział NFZ było niespełnienie przez PSZOZ obowiązku⁶³ wystawienia ich w szablonie określonym w systemie informatycznym. Ponieważ Oddział NFZ nie zwiększył limitu świadczeń, PSZOZ nie miał możliwości wystawienia faktur w sposób wymagany przez tą jednostkę. Biorąc pod uwagę zasadę współmierności przychodów i kosztów⁶⁴, przepisy dotyczące terminów wystawienia faktur VAT oraz konieczność wezwania dłużnika do dobrowolnego spełnienia świadczenia – PSZOZ działał prawidłowo wystawiając faktury z dnia 25.10.2011 r. i 23.01.2012 r. Powyższych należności Szpital dochodził w drodze postępowania ugodowego, a wobec jego nieskuteczności – w dniu 22.02.2013 r. złożony został pozew do sądu. Wyrokiem z dnia 30.09.2013 r. (I C 163/13) Sąd Okręgowy w Bydgoszczy zasądził całą kwotę należności na rzecz Szpitala. Oddział NFZ złożył apelację od ww. wyroku w dniu 12.11.2013 r.

(dowód: akta kontroli Tom 3, str. 135-143, 1300-1353, 1723-1724)

d) W Szpitalu podjęto, określone w aneksie do programu racjonalizacji kosztów⁶⁵, działania zmierzające do likwidacji Oddziału Rehabilitacyjnego. Zlikwidowano oddział z dniem 01.03.2013 r. Z tym dniem Szpital zaprzestał⁶⁶ także udzielania świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej, o których mowa w § 4 pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej⁶⁷ (zwanego dalej „rozporządzenie w sprawie świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej”).

(dowód: akta kontroli Tom 3 str. 22-34, 284-311, 1366-1374)

⁶² Postanowienie § 4 ust. 7 umowy z Oddziałem NFZ z 31.12.2008 r. określało, że w przypadku procedur nielimitowanych „na wniosek świadczeniodawcy składany jeden raz na kwartał – zwiększeniu ulegają liczby jednostek rozliczeniowych i kwoty zobowiązań we właściwych ze względu na realizację zakresach oraz odpowiednio kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy oddziału NFZ wobec świadczeniodawcy.” Analogiczny zapis znajdował się w § 16 ust. 2 Zarządzenia Nr 69/2009/DSOZ Prezesa NFZ 03.11.2009 r. w sprawie określenia warunków i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

⁶³ wynikającego z Zarządzenia Nr 96/2012/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 21 grudnia 2012 r. w sprawie określenia szczegółowego komunikatu XML dotyczącego przekazywania w formie elektronicznej danych zawartych w rachunku i komunikatu XML dotyczącego rozliczania świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych, zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oraz deklaracji POZ / KAOS.

⁶⁴ Wynikająca z art. 6 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2013 r., poz. 330 ze zm.), zasada współmierności określa obowiązek m.in. ujęcia w księgach danego roku obrotowego wszystkich osiągniętych przychodów i obciążających kosztów związanych z tymi przychodami, niezależnie od terminu ich zapłaty. Zasada prowadzenia ksiąg rachunkowych na podstawie dowodów księgowych oraz zasada terminowego prowadzenia ksiąg rachunkowych określone zostały w art. 20 ww. ustawy. Obowiązek dokumentowania sprzedaży fakturą VAT wynika z art. 106 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2011 r. Nr 177, poz. 1054 ze zm.).

⁶⁵ Dokument ten został podpisany w dniu 15.11.2012 r. przez Naczelnego Lekarza Szpitala, pełniącego obowiązki Dyrektora Szpitala, a zatwierdzony przez Dyrektora Szpitala w dniu 05.12.2012 r. aneksem do zarządzenia nr 13/2012.

⁶⁶ Zarządzeniem Nr 8/2013 z 28.02.2013 r. Dyrektor PSZOZ zlikwidował Oddział Rehabilitacyjny. Zadanie w zakresie wczesniej rehabilitacji neurologicznej powierzono Oddziałowi Neurologicznemu i Oddziałowi Udarowemu. Żadnej komórce PSZOZ nie powierzono zadania w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w trybie stacjonarnym lub dziennym. Zgodnie z informacją uzyskaną z Oddziału NFZ szpital miał zawarty kontrakt na rehabilitację ogólnoustrojową w warunkach stacjonarnych do 28.02.2013 r. i od tego dnia nie ma zawartego żadnego kontraktu na realizację świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.

⁶⁷ Dz. U. Nr 140, poz. 1145 ze zm.

Zaprzestanie udzielania przez Szpital świadczeń w zakresie stacjonarnej rehabilitacji leczniczej przeprowadzone zostało przez Dyrektora Szpitala z naruszeniem postanowień Statutu Szpitala⁶⁸, który w § 5 ust. 1 określał zadania Szpitala polegające m.in. na udzielaniu stacjonarnych i całodobowych świadczeń szpitalnych obejmujących kompleksowe świadczenia zdrowotne z zakresu rehabilitacji leczniczej.

(dowód: akta kontroli Tom 3 str. 284-311, 1366-1374)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że Szpital winien wykonywać zadania określone w § 5 ust. 1 pkt 1 Statutu Szpitala polegające na udzielaniu stacjonarnych i całodobowych świadczeń szpitalnych (...) obejmujących kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji z zakresu (...) rehabilitacji leczniczej (...) w Oddziale Neurologicznym i Udarowym oraz w Oddziale Chirurgii Urazowej i Ortopedii⁶⁹, a ponadto zgodnie z § 38 ust. 1 pkt 5 Regulaminu Organizacyjnego Szpitala w każdym innym oddziale winien zapewnić wczesną rehabilitację przyłóżkową wszystkim pacjentom wymagającym usprawnienia. Wyjaśniający powołał się także na zapis § 2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁷⁰ (zwanego dalej „rozporządzeniem w sprawie świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego”), który stanowi, że całodobowe udzielanie świadczeń gwarantowanych w trybie planowym albo nagłym, obejmuje proces diagnostyczno-terapeutyczny oraz proces pielęgnowania i rehabilitacji, od chwili przyjęcia świadczeniobiorcy do chwili jego wypisu albo zgonu. Wyjaśniający przywołał zapisy Regulaminu Organizacyjnego Szpitala określające obowiązki komórek organizacyjnych Szpitala w zakresie m.in. prowadzenia wczesnej rehabilitacji neurologicznej i rehabilitacji przyłóżkowej oraz podkreślił, że wprowadzane są zmiany w Regulaminie Organizacyjnym mające ustalić, że procedury rehabilitacji narządu ruchu udzielane są w ramach Oddziału Chirurgii Urazowej i Ortopedii. W związku z powyższym, zdaniem wyjaśniającego, pomimo, że Szpital nie realizuje świadczeń określonych §4 pkt 4 rozporządzenia w sprawie świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej Szpital udziela świadczeń rehabilitacyjnych.

(dowód: akta kontroli Tom 3, str. 453-455)

W opinii Najwyższej Izby Kontroli przedstawione w wyjaśnieniach Dyrektora Szpitala stanowisko nie znajduje uzasadnienia. Działając na podstawie art. 42 ust. 1, ust. 2 pkt 3 i ust. 4 ustawy o działalności leczniczej Rada Powiatu Inowrocławskiego określiła m.in. zadania i cele Szpitala poprzez wyszczególnienie w § 5 ust. 1 pkt 1 Statutu listy udzielanych stacjonarnych i całodobowych kompleksowych świadczeń medycznych. Powyższy zapis przywołuje dwukrotnie słowo „rehabilitacja”. W pierwszym przypadku jako Cześć udzielania świadczenia medycznego, w drugim jako udzielanie kompleksowego świadczenia w zakresie „rehabilitacji leczniczej”. Niezależnie od procedur rehabilitacyjnych realizowanych w ramach innych świadczeń, Rada Powiatu Inowrocławskiego określiła, że celem i zadaniem Szpitala jest także realizacja kompleksowych świadczeń w zakresie stacjonarnej rehabilitacji leczniczej. Należy podkreślić, że uchwała organu stanowiącego powiatu ustalająca statut publicznego zakładu opieki zdrowotnej jest aktem prawa miejscowego, a jej postanowienia określają uprawnienia podmiotów zewnętrznych przez m.in. wskazanie rodzaju oferowanych świadczeń zdrowotnych⁷¹. Zapisy Statutu nakładają

⁶⁸ Przyjętego przez Radę Powiatu Inowrocławskiego uchwałą nr XXIII/230/2012 z 27.07.2012 r., a następnie uchwałą XXIX/292/2013 z 29.03.2013 r., zwanego dalej „Statutem”.

⁶⁹ Wyjaśniający przywołał zapisy rejestrowe określające zadania dwóch oddziałów szpitala poprzez kody m.in. HC.2.1. (rehabilitacja stacjonarna) i 33 (rehabilitacja medyczna) nadane zgodnie z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. z 2012 r. poz. 594).

⁷⁰ Dz. U. Nr 140, poz. 1143 ze zm.

⁷¹ por. wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 11 września 2012 r. sygn. akt II OSK 1818/12.

na Szpital zadanie w przedmiocie prowadzenia stacjonarnych i kompleksowych świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej. Od 01.03.2013 r. uzyskanie takiego świadczenia w Szpitalu jest niemożliwe, co wskazuje na rozbieżność między celami i zadaniami statutowymi a faktycznym zakresem realizowanych przez Szpital świadczeń zdrowotnych. W związku z powyższym zaprzestanie realizacji ww. profilu świadczeń wymagało dokonania przez Radę Powiatu Inowrocławskiego zmiany w celach i zadaniach Szpitala określonych w Statucie.

(dowód: akta kontroli Tom 3, str. 464-465, 472-481)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że Dyrektor Szpitala ponosi w ww. zakresie odpowiedzialność jako kierownik podmiotu nierealizującego wszystkich zadań statutowych, nie odpowiada natomiast za treść statutu uchwalanego przez radę powiatu.

W informacji i wyjaśnieniach uzyskanych w piśmie z 23.10.2013 r., Starosta Powiatu Inowrocławskiego podał, że Zarząd Powiatu Inowrocławskiego był informowany o wynikającym z programu racjonalizacji kosztów planie likwidacji Oddziału Rehabilitacyjnego, a wskutek tego ograniczenia działalności leczniczej Zakładu w rodzaju świadczenia szpitalne, polegającym na całkowitym zaprzestaniu udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie stacjonarnej rehabilitacji ogólnoustrojowej z dniem 1 marca 2013 r. oraz o nieudzielaniu przez Szpital świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej określonych w § 4 pkt 4 rozporządzenia w sprawie świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej. Dyrektor Szpitala informował jednocześnie, że świadczenia z zakresu rehabilitacji medycznej (leczniczej) są udzielane w innych Oddziałach, niezależnie od posiadania Oddziału Rehabilitacyjnego (i umowy o udzielanie tzw. świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej realizowanej w warunkach stacjonarnych, zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia), tj. za pomocą Pracowni Rehabilitacji, jak również wykwalifikowanego personelu zatrudnionego w Oddziałach: Udarowym, Neurologicznym, Kardiologicznym, Chirurgii Urazowej i Ortopedii. W związku z powyższym, Starosta Powiatu Inowrocławskiego uznał, że Szpital nie zaprzestał udzielania świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej. Wyjaśniający podkreślił, że sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń nieokreślone w przepisach ustawowych i w statucie określa się w regulaminie organizacyjnym. To, czy świadczenia rehabilitacji leczniczej (medycznej) są udzielane przez wyodrębniony Oddział Rehabilitacyjny (o takiej specjalności), czy też w ramach specjalności reprezentowanych przez inne Oddziały, reguluje Regulamin Organizacyjny Szpitala. Starosta Powiatu Inowrocławskiego, zgodnie z wyjaśnieniami Dyrektora Szpitala przywołał zapisy Regulaminu Organizacyjnego Szpitala, które nakładają na komórki organizacyjne zadania związane z prowadzeniem rehabilitacji leczniczej.

(dowód: akta kontroli Tom 3 str. 312-315)

Opis stanu
faktycznego

2.2.5. W zakresie opiniowania programu racjonalizacji kosztów przez Radę Społeczną oraz nadzoru nad realizacją tego programu przez organ założycielski – Powiat Inowrocławski, ustalono, że:

a) Nie stwierdzono leżących po stronie Szpitala nieprawidłowości w zakresie opiniowania przez Radę Społeczną programu racjonalizacji kosztów. Pomimo, że Rada Społeczna nie wyraziła opinii w ww. zakresie, w Szpitalu podejmowano wszystkie działania⁷² niezbędne od jej uzyskania. Biorąc pod uwagę zapisy art. 48

⁷² Dyrektor Szpitala informował Radę Społeczną o zamiarze opracowania programu racjonalizacji kosztów na posiedzeniu w dniu 15.05.2012 r. Na kolejnym posiedzeniu - 18.09.2012 r. omawianie zatwierdzonego przez Dyrektora Szpitala programu racjonalizacji kosztów nie zostało uwzględnione w porządku obrad, był on jednak omawiany w związku z przyjęciem przez Radę Społeczną informacji finansowej opiniowaniem zmian w planie finansowym. Zeznania jednego z członków Rady Społecznej potwierdzają, że Rada Społeczna miała dostęp do tego dokumentu. Niezaopiniowanie projektu programu racjonalizacji kosztów wraz ze zmianami określonymi w aneksie do programu racjonalizacji kosztów na posiedzeniu w dniu 22.11.2012 r.

ust. 2 ustawy o działalności leczniczej - kierownik szpitala nie ma obowiązku z własnej woli poddawać pod opinię wszystkich kwestii związanych z funkcjonowaniem podmiotu leczniczego, a wskazany katalog spraw, którymi może się zajmować rada społeczna, jest raczej określeniem granic jej aktywności wnioskowej, a nie wskazaniem formalnego obowiązku konsultacyjnego⁷³.

(dowód: akta kontroli Tom 3, str. 35-95, 416-438)

b) Stwierdzono że przed zatwierdzeniem programu racjonalizacji kosztów (oraz aneksu do programu racjonalizacji kosztów) Dyrektor Szpitala przedkładał projekty tych dokumentów Zarządowi Powiatu Inowrocławskiego, który podejmował uchwały przyjmujące informacje o ww. programie. Z informacji przekazanej przez Starostę Powiatu Inowrocławskiego wynika, że Zarząd Powiatu poinformował Radę Powiatu Inowrocławskiego o podjętych uchwałach przyjmujących informacje o programie racjonalizacji kosztów przekazując informacje o pracach Zarządu Powiatu Inowrocławskiego sporządzane w dniach 18.09.2012 r. i 15.01.2013 r. Program racjonalizacji kosztów był omawiany na posiedzeniach Komisji Zdrowia Rady Powiatu Inowrocławskiego w dniach 25.01.2013 r. i 01.03.2013 r.

(dowód: akta kontroli Tom 3, str. 199-248, 312-415, 439)

Opis stanu
faktycznego

2.2.6. W zakresie skutków realizacji programu racjonalizacji kosztów ustalono, że:

a) Program racjonalizacji kosztów nie zawierał prognozy efektów jego realizacji. W dniu 30.06.2012 r. Dyrektor PSZOK wprowadził zmiany w planie finansowym Szpitala na 2012 r. Zgodnie z treścią tego dokumentu został on sporządzony w oparciu o dane finansowe dostępne na koniec maja 2012 r. Porównanie danych planowanych z faktycznie osiągniętymi na koniec 2012 r. – wykazało, że w okresie realizacji programu racjonalizacji kosztów uległa poprawie relacja między przychodami i kosztami⁷⁴, wynik finansowy brutto był wyższy od planowanego o kwotę 2.171,6 tys. zł, a wynik na sprzedaży wyższy od planowanego o 937,4 tys. zł.

b) Aneks do programu racjonalizacji kosztów zawierał prognozę danych finansowych na 2013 r. w porównaniu do danych za 2012 r. (prognozowanych wg. danych na wrzesień 2012 r.). Przewidywano, że po wprowadzeniu oszczędności przychody ogółem wyniosą 113.518,2 tys. zł, koszty ogółem 113.097,3 tys. zł (w tym na działalności operacyjnej 112.480,3 tys. zł), a wynik finansowy brutto wyniesie 420,9 tys. zł. Wynik brutto za 11 miesięcy 2013 r. wynosił 712,5 tys. zł.

(dowód: akta kontroli Tom 3, str. 1-34, 1634-1708, 1715-1717)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że pomimo możliwego do stwierdzenia związku między realizacją programu racjonalizacji kosztów, a zwiększeniem rentowności działalności i poprawą wyniku finansowego Szpitala sytuacja ekonomiczna Szpitala na dzień zakończenia kontroli nie jest w pełni stabilna. Osiągany dodatni wynik finansowy stanowił w 2012 r. 0,3% ogółu przychodów, a na 11 miesięcy 2013 r. 0,7% ogółu przychodów. W tej sytuacji nieznaczne zmniejszenie przychodów lub zwiększenie kosztów może odwrócić zaobserwowaną pozytywną tendencję. Ponadto w 2012 r. i do listopada 2013 r. Szpital nie osiągnął zysku w zakresie swojej działalności podstawowej (na sprzedaży). Ponadto należy zwrócić uwagę na zmianę zasad księgowania wpływów z dotacji przeznaczonych na nabycie środków trwałych, które od 2012 r. przyczyniają się do księgowego zwiększenia

nastąpiło z inicjatywy członków Rady Społecznej, którzy przegłosowali zdjęcie tego punktu z porządku obrad. Uchwały w powyższym zakresie nie podjęto na posiedzeniu w dniu 05.12.2012 r. wskutek braku quorum.

⁷³ Dercz M., Rek T. Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz. ABC, 2012 r. do art. 48

⁷⁴ Powyższy plan finansowy przewidywał osiągnięcie wyniku finansowego brutto w wysokości -1.862,4 tys. zł (-1.748,7 tys. zł wyniku na sprzedaży), przy przychodach 110.020,4 tys. zł i kosztach 111.882,8 tys. zł (przychody ze sprzedaży i zrównane z nimi 109.655,4 tys. zł, a koszty działalności operacyjnej - 111.404,1 tys. zł). Faktycznie dane finansowe za 2012 r. wskazują, że osiągnięto przychody ogółem w wysokości 102,3%, a koszty w wysokości 100,3% ww. wartości planowanych. Przychody na sprzedaży i zrównane z nimi osiągnięto na poziomie 100,7% ww. wartości planowanych, a koszty działalności operacyjnej 99,8% wartości planowanej.

przychodów Szpitala⁷⁵ utrudniając porównanie wyniku finansowego z latami poprzednimi. Opisana w punkcie 1 niniejszego wystąpienia poprawa wyników finansowych Szpitala oraz zmniejszenie zobowiązań wymagalnych wskazują jednak, że do dnia zakończenia kontroli NIK program racjonalizacji kosztów przyniósł pozytywny skutek. W opinii NIK wskazane jest jednak kontynuowanie działań zmierzających do poprawy rentowności Szpitala.

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości działania podejmowane w celu poprawy sytuacji finansowej i zmniejszenia zadłużenia.

3. Prawdliwość zaciągania i spłaty zobowiązań

3.1. Zaciąganie kredytów i pożyczek zgodnie z obowiązującymi przepisami

3.1.1. W okresie od stycznia 2010 r. do dnia zakończenia kontroli Szpital nie zaciągał kredytów i pożyczek długoterminowych. W dniu 2 grudnia 2009 r. Szpital zawarł z bankiem umowę o kredyt obrotowy z przeznaczeniem na finansowanie bieżącej działalności Szpitala, ze spłatą na dzień 2 grudnia 2010 r. Wysokość przyznanego limitu wyniosła 800.000,00 zł. W dniach: 29 listopada 2010 r., 29 listopada 2011 r., 29 listopada 2012 r. Szpital zawarł z Bankiem trzy aneksy do umowy kredytowej na każdy kolejny rok.

Szpital zawierając umowę o kredyt obrotowy, zgodnie z art. 4 pkt 8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo Zamówień Publicznych (dalej „pzp”)⁷⁶, nie był zobowiązany do stosowania procedur określonych w ustawie.

(dowód: akta kontroli Tom 2, str. 1-68, 336-346)

3.1.2. Z tytułu prowizji bankowych Szpital w latach 2010 - czerwiec 2013 poniósł wydatki odpowiednio w kwocie: 7.403,47 zł; 6.685,51 zł; 6.725,63 zł; 1.621,52 zł, natomiast z tytułu odsetek od debetu w rachunku bankowym odpowiednio: 9.931,93 zł; 15.371,88 zł; 20.175,09 zł; 4.087,78 zł.

(dowód: akta kontroli Tom 2, str. 347-360)

3.2. Prawdliwość i terminowość dokonywania spłaty zobowiązań.

3.2.1. W latach 2010 - czerwiec 2013 Szpital zapłacił składki ZUS w wysokości odpowiednio: 14.027.858,70 zł; 13.847.237,44 zł; 14.956.293,48 zł; 7.499.459,62 zł. W okresie listopad 2012 r. – czerwiec 2013 r. składki ZUS opłacane były terminowo.

(dowód: akta kontroli Tom 2, str. 69-131, 150-155)

3.2.2. W latach 2010 - czerwiec 2013 Szpital zapłacił składki na PFRON w wysokości odpowiednio: 235.776,92 zł; 227.772,47 zł; 331.124,00 zł; 225.199,00 zł. Szpital terminowo regulował składki na PFRON.

(dowód: akta kontroli Tom 2, str. 196-211)

3.2.3. W okresie styczeń - czerwiec 2013 r. Szpital poniósł koszty z tytułu nakazu zapłaty wydanego w postępowaniu upominawczym z dnia 7 czerwca 2013 r. w kwocie 85,00 zł. Koszty opłat sądowych i egzekucyjnych w ww. okresie dotyczyły zapłat dokonanych na konta kancelarii komorniczych na podstawie przesłanych przez nich wezwań do uiszczenia zaliczki na wydatki związane z egzekucją. Szpital kieruje sprawę do egzekucji komorniczej w celu wyegzekwowania należnego od dłużnika zadłużenia zasądzonego prawomocnym nakazem zapłaty wydanym przez sąd. Łącznie wydatki wyniosły 2.377,48 zł.

⁷⁵ W rachunku zysków i strat są one wykazywane w pozostałych przychodach operacyjnych, jako dotacje. W 2010 r. pozycja ta nie występowała, w 2011 r. wyniosła 80,8 tys. zł, w 2012 r. już 1.733,0 tys. zł, a w pierwszych 11 miesiącach 2013 r. 1.479,9 tys. zł

⁷⁶ Dz. U. z 2013 r., poz. 907 ze zm.

(dowód: akta kontroli Tom 2, str. 361-390)

3.2.4. W latach 2010, 2011 oraz w II połowie 2013 r. Szpital terminowo regulował zobowiązania z tytułu podatków.

(dowód: akta kontroli Tom 2, str. 428-446, 489-495)

Ustalono
nieprawidłowości

Zgodnie z art. 44 ust. 3 pkt 3 ufp – wydatki publiczne powinny być dokonywane w wysokości i terminach wynikających z wcześniej zaciągniętych zobowiązań.

1. W latach 2010- październik 2012 Szpital nieterminowo regulował składki ZUS. Łącznie od nieterminowo uregulowanych zobowiązań w kwocie 11.643.127,46 zł Szpital zapłacił odsetki w wysokości 17.959,00 zł. Szczegółowe dane przedstawia poniższe zestawienie /w zł/:

miesiąc	rok	wysokość składki	termin zapłaty	data zapłaty	zapłacone odsetki
Luty	2010	51 000,00	15.03.2010	16.03.2010	14,00
październik	2010	160 000,00	15.11.2010	16.11.2010	53,00
listopad	2010	200 000,00	15.12.2012	17.12.2010	132,00
grudzień	2010	200 000,00	17.01.2011	21.01.2011	268,00
		190 000,00	17.01.2011	28.01.2011	716,00
Luty	2011	229 416,15	15.03.2011	16.03.2011	79,00
sierpień	2011	54 994,21	15.09.2011	19.09.2011	84,00
		600 000,00	15.09.2011	16.09.2011	230,00
		160 000,00	15.09.2011	23.09.2011	491,00
wrzesień	2011	231 863,76	17.10.2011	18.10.2011	89,00
		62 773,27	17.10.2011	18.10.2011	24,00
październik	2011	782 991,25	15.11.2011	17.11.2011	601,00
		234 186,01	15.11.2011	17.11.2011	180,00
listopad	2011	797 130,19	15.12.2011	16.12.2011	306,00
		236 522,31	15.12.2011	16.12.2011	91,00
grudzień	2011	432 634,84	16.01.2012	17.01.2012	166,00
		600 000,00	16.01.2012	25.01.2012	2 071,00
styczeń	2012	885 464,23	15.02.2012	16.02.2012	339,00
		238 397,12	15.02.2012	22.02.2012	640,00
Luty	2012	680 000,00	15.03.2012	25.03.2012	2 087,00
marzec	2012	281 000,00	16.04.2012	17.04.2012	108,00
		240 000,00	16.04.2012	24.04.2012	736,00
kwiecień	2012	896 897,24	15.05.2012	17.05.2012	712,00
		200 000,00	15.05.2012	25.05.2012	795,00
maj	2012	500 000,00	15.06.2012	27.06.2012	2 384,00
czerwiec	2012	400 000,00	16.07.2012	18.07.2012	318,00
		100 000,00	16.07.2012	23.07.2012	278,00
lipiec	2012	2 145,08	16.08.2012	28.09.2012	34,00
sierpień	2012	250 000,00	17.09.2012	25.09.2012	795,00
wrzesień	2012	805 711,80	15.10.2012	16.10.2012	320,00
		400 000,00	15.10.2012	24.10.2012	1 430,00
październik	2012	100 000,00	15.11.2012	16.11.2012	38,00
		440 000,00	15.11.2012	22.11.2012	1 350,00
		11 643 127,46			17 959,00

(dowód: akta kontroli Tom 2, str. 132-149, 153-195)

Główny Księgowy Szpitala wyjaśniła, że przyczyną nieterminowego regulowania składek ZUS w latach 2010 – 2012, skutkujących płaceniem odsetek z tego tytułu jest brak środków na rachunku bankowym na dzień zapłaty, będące skutkiem braku zapłaty ze strony NFZ za świadczenia ponadlimitowe wykonane przez Szpital. Główny płatnik, tj. NFZ O/W w Bydgoszczy, za wykonywane usługi medyczne przez Szpital za poprzedni miesiąc płaci do 25 dnia następnego miesiąca tj. w terminie 14 dni od złożenia faktury. W związku z tym występują opóźnienia w zapłacie zobowiązań publiczno prawnych i cywilnych. NFZ nie udziela zaliczek na wykonanie

świadczeń medycznych w danym miesiącu. Taki stan rzeczy nie jest wynikiem złej woli, czy też niegospodarności lecz konsekwencją okoliczności obiektywnie niezależnych od Szpitala.

Dyrektor Szpitala poinformował, że jego stanowisko w ww. sprawie jest tożsame ze stanowiskiem zajęтым przez Z-cę Dyrektora ds. ekonomiczno-finansowych.

(dowód: akta kontroli Tom 2, str. 810-820)

2. W związku z błędnie stosowaną stawką VAT (8% zamiast 23%) za media od wynajętych lokali użytkownikom w okresie od 1 stycznia 2012 r. do 30 października 2012 r. powstała zaległość podatkowa w wysokości 4.742,00 zł, od której Szpital zapłacił odsetki w wysokości 301,00 zł.

(dowód: akta kontroli Tom 2, str. 361-390)

Główna księgowa wyjaśniła, że z przyczyny niejasnych interpretacji prawnych co do wysokości stawki podatku VAT Szpital opłacał za media od wynajętych lokali użytkownikom stawkę 8% zamiast 23%. W dniu 14 listopada 2012 r. do Szpitala wpłynęła interpretacja indywidualna, w konsekwencji której Szpital dokonał korekt faktur dotyczących refakturowania opłat za tzw. Media z najemcami, z którymi zawarte były umowy. Konsekwencją wystawionych przez Szpital faktur korygujących była konieczność dokonania korekt deklaracji VAT-7 za okres od I-X 2012 r. oraz zapłata należnych odsetek w wysokości 301,00 zł od tej zaległości podatkowej. Od miesiąca listopada Szpital stosował stawki podatkowe zgodnie z wyjaśnieniami udzielonymi w ww. interpretacji indywidualnej.

Dyrektor Szpitala poinformował, że jego stanowisko w ww. sprawie jest tożsame ze stanowiskiem zajęтым przez Z-cę Dyrektora ds. ekonomiczno-finansowych.

(dowód: akta kontroli Tom 2, str. 447-488, 810-820)

Z tytułu nieterminowo regulowanych zobowiązań (zgodnie z kontem 210-03) Szpital naliczył i zapłacił odsetki w następujących wysokościach (w zł):

Rok	Odsetki naliczone w roku	Odsetki zapłacone w roku	Stan na 31 grudnia
2010	8.219,38	2.931,93	5.287,45
2011	26.680,63	10.347,65	18.332,98
2012	172.571,18	104.004,05	68.567,13
I poł. 2013 r.	123.627,46	95.884,96	27.742,50

(dowód: akta kontroli Tom 2, str. 496-511)

Sprawdzono wszystkie nieterminowo regulowane zobowiązanie za II półrocze 2013 r. od których Szpital zapłacił odsetki. Łączna wartość zobowiązań wyniosła 8.000.759,48 zł.

(dowód: akta kontroli Tom 2, str. 513-694)

Główna księgowa wyjaśniła, że główną przyczyną powstania zobowiązań przeterminowanych w latach 2010 - czerwiec 2013, a co skutkuje nieterminowym płaceniem zobowiązań i odsetek z tego tytułu jest niedofinansowanie świadczeń wykonywanych na rzecz Narodowego Funduszu Zdrowia. Jest to fakt powszechnie znany. W umowach z NFZ w wyżej podanym okresie czasowym świadczeniodawca, jakim jest Szpital nigdy nie uzyskał finansowania świadczeń na poziomie kosztów i warunki finansowania były i są praktycznie narzucane, często poprzez zmniejszenie niezbędnej ilości świadczeń, co doprowadza do sytuacji takiej, że Szpital nie może odmówić udzielenia świadczenia osobom, które potrzebują natychmiastowego udzielenia tych świadczeń ze względu na zagrożenie życia

i zdrowia mimo, że świadczenia te przekraczają zakres świadczeń, objętych umowami z NFZ. Z powodu ww. przyczyn przewaga kosztów nad przychodami spowodowała zachwianie płynności finansowej i nie pozwalała na terminową obsługę zobowiązań, stąd konieczność regulowania odsetek. Należy wyjaśnić dodatkowo, że terminy płatności zobowiązań publiczno-prawnych są obligatoryjne i przypadają na 15 dnia każdego kolejnego miesiąca (ZUS), 20 dnia każdego kolejnego miesiąca (podatki dochodowe), 25 dnia każdego miesiąca (podatek VAT), natomiast środki finansowe za wykonane przez nasz Zakład na rzecz NFZ otrzymuje Szpital do 25 dnia każdego miesiąca. Ponadto oprócz zobowiązań publiczno-prawnych, Szpital musiał i musi posiadać środki na sfinansowanie zobowiązań wobec pracowników – wynagrodzenia oraz wobec dostawców leków, sprzętu medycznego, mediów, materiałów, usług, itp., które zapewniają właściwe wykonywanie usług medycznych oraz bieżące funkcjonowanie Szpitala. Każdego miesiąca po otrzymaniu środków z NFZ dokonywano i dokonuje się zapłaty zobowiązań według gradacji ich ważności i przypadających terminów płatności – zawsze w pierwszej kolejności były i są płacone zobowiązania publiczno-prawne, wynagrodzenia, strategiczne zobowiązania, od których zależy prawidłowe funkcjonowanie Szpitala oraz ratowanie życia zdrowia naszych pacjentów. Dokonywanie przez Szpital trudnych wyborów, które zobowiązania w pierwszej kolejności regulować skutkuje czasami koniecznością zapłaty odsetek od nieterminowo regulowanych zobowiązań, ale zawsze Szpital podejmował i podejmuje starania zminimalizowania wysokości odsetek poprzez korespondencję z kontrahentami w celu negocjowania not odsetkowych, umarzania ich w całości lub choć w części. Jako jednostka finansów publicznych zawsze prosimy naszych kontrahentów o wyrozumiałość i przychylne rozpatrywanie naszych próśb o umarzanie not odsetkowych.

Dyrektor Szpitala poinformował, że jego stanowisko w ww. sprawie jest tożsame ze stanowiskiem zajęтым przez Z-cę Dyrektora ds. ekonomiczno-finansowych.

(dowód: akta kontroli Tom 2, str. 447-488, 810-820)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości działalność Szpitala w powyższym zakresie. Na obniżenie oceny wpływ miało nieterminowe regulowanie zobowiązań skutkujące płaceniem odsetek. Jako dobrą praktykę należy uznać funkcjonowanie Szpitala bez zaciągania kredytów i pożyczek długoterminowych a także niepodejmowanie współpracy z podmiotami skupującymi wierzycelności.

4. Gospodarność dokonywania wydatków

4.1 Wydatkowanie środków w oparciu o procedury zamówień publicznych

Na podstawie rocznych sprawozdań o udzielonych zamówieniach publicznych stwierdzono, że w kontrolowanym okresie udzielono:

- w 2010 r. – 60 zamówień w trybie przetargu nieograniczonego na łączną kwotę 17.154 tys. zł i 20 zamówień w trybie z wolnej ręki na łączną kwotę 2.473 tys. zł,
- w 2011 r. – 58 zamówień w trybie przetargu nieograniczonego na łączną kwotę 34.986,2 tys. zł i 8 zamówień w trybie z wolnej ręki na łączną kwotę 1.129 tys. zł,
- w 2012 r. – 48 zamówień w trybie przetargu nieograniczonego na łączną kwotę 21.749,1 tys. zł i 0 zamówienia w trybie z wolnej ręki na łączną kwotę 187,4 tys. zł.

(dowód: akta kontroli Tom 1 str. 15-56)

Badanie postępowań z zakresu prawidłowości stosowanych procedur określonych w pzp dokonano na podstawie badania 13 przetargów na łączną kwotę 19.950,1 tys. zł, w tym 4 w trybie przetargu nieograniczonego (na kwotę 9.357,9 tys. zł)

Opis stanu
faktycznego

i 7 w trybie z wolnej ręki (na kwotę 10.592,1 tys.). Objęte kontrolą postępowania przeprowadzono na:

1. Wykonanie usługi produkcji posiłków dla pacjentów Szpitala (WR-39/PR/R – przetarg nieograniczony i zamówienie z wolnej ręki na podstawie art. 5 ust. 1 a pkt 1 i 4 pzp) na kwotę 6.940 tys. zł,
 2. Wykonanie robót budowlanych – kompleksowa modernizacja lądowiska dla helikopterów (M-15/11 – przetarg nieograniczony) na kwotę 3.190 tys. zł,
 3. Wykonanie robót budowlanych modernizacja podjazdu do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (WRM-40/2010 – zamówienie z wolnej ręki na podstawie art. 67 ust. 1 pkt 4 pzp) na kwotę 2.094,7 tys. zł,
 4. Wykonanie robót budowlanych - modernizacja podjazdu do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego – roboty dodatkowe (WRM-40/2010 – zamówienie z wolnej ręki na podstawie art. 67 ust. 1 pkt 5 pzp) na kwotę 95,5 tys. zł,
 5. Wykonanie robót budowlanych – remont pomieszczeń przychodni przyszpitalnej oraz Pracowni Endoskopii Gastroenterologicznej (M-31/11 – przetarg nieograniczony) na kwotę 748,5 tys. zł,
 6. Wykonanie robót budowlanych – remont pomieszczeń przychodni przyszpitalnej oraz Pracowni Endoskopii Gastroenterologicznej – roboty dodatkowe (WR-15/PR/R/12 – zamówienie z wolnej ręki na podstawie art. 67 ust. 1 pkt 5 pzp) na kwotę 185,4 tys. zł,
 7. Wykonanie usługi kompleksowego utrzymania porządku i czystości oraz transportu wewnętrznego w Szpitalu (WR-51/11 – z wolnej ręki na podstawie art. 67 ust. 1 pkt 6 pzp) na kwotę 516,9 tys. zł,
 8. Wykonanie usługi kompleksowego utrzymania porządku i czystości oraz transportu wewnętrznego w Szpitalu (WR-70/11 – z wolnej ręki na podstawie art. 67 ust. 1 pkt 6 pzp) na kwotę 258,4 tys. zł,
 9. Dostawę leków na potrzeby Szpitala (D-26/2010 – przetarg nieograniczony) na kwotę 3.360,2 tys. zł,
 10. Usługę ubezpieczenia grupowego pracowników Szpitala (D-4/2011 – przetarg nieograniczony) na kwotę 2.059,2 tys. zł,
 11. Wykonanie usług prawniczych (120/UP/12 – z wolnej ręki na podstawie art. 5 ust. 1 pzp) na kwotę 326,9 tys. zł,
 12. Dostawę odczynników i materiałów zużywalnych do analizatorów Sysmex k – 4500 oraz serwisu 2 analizatorów Sysmex (WR-53/12 z wolnej ręki na podstawie art. 67 ust. 1 pkt 1 a pzp) na kwotę 100,9 tys. zł,
 13. Usługę wymiany lampy w aparacie cyfrowym digital diagnost Optimus 65 (NM-10/11 z wolnej ręki na podstawie art. 67 ust. 1 pkt 1 a pzp) na kwotę 73,4 tys. zł.
- (dowód: akta kontroli Tom 1 str. 15-56, 258-261)

Analiza badanych 13 postępowań przetargowych wykazała, że:

4.1.1. Przetarg na wykonanie usługi w produkcji posiłków dla pacjentów Szpitala.

Ww. przetarg był największym wartościowo zamówieniem dokonanym w badanym okresie z zastosowaniem przepisów pzp. Wartość zamówienia oszacowano na kwotę 9.117.120 zł (2.279.280 zł/rok).

a) Wniosek o rozpoczęcie procedury w trybie przetargu nieograniczonego: „Usługi w zakresie produkcji posiłków wraz z oddaniem w dzierżawę pomieszczeń kuchni w Szpitalu Powiatowym w Inowrocławiu” sporządzono w dniu 6 czerwca 2012 r., a ogłoszenie o zamówieniu opublikowano w Biuletynie Informacji Publicznej 8 czerwca 2012 r. W tym dniu ogłoszenie wywieszono również w siedzibie i na stronie internetowej Szpitala.

Opis stanu
faktycznego

Ustalono
nieprawidłowości

W ww. postępowaniu nie dopełniano obowiązków wynikających z art. 40 ust. 3 pzp, tj. nie przekazano ogłoszenia o zamówieniu Urzędowi Publikacji Unii Europejskiej. Doprowadziło to w konsekwencji do unieważnienia przez Szpital w dniu 20 czerwca 2012 r. postępowania na podstawie art. 93 ust. 1 pkt 7 pzp.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że nie wystanie ogłoszenia do dziennika UE spowodowane było błędem pracownika, który zamieścił to ogłoszenie w BZP. W opinii Dyrektora fakt ten nie przeszkodził Wykonawcom biorącym udział w postępowaniu powzięcia wszelkich informacji niezbędnych do sporządzenia i wniesienia oferty.

(dowód: akta kontroli Tom 1 str. 264)

W sporządzonym protokole postępowania w trybie przetargu nieograniczonego zatwierdzonym 26.06.2012 r. przez Dyrektora Szpitala podano nieprawidłowe dane dotyczące:

- w pkt 2.2 (przedmiot zamówienia – ustalona wartość zamówienia) wpisano kwotę 109.405.440 zł (powinno być 9.117.120 zł);

- w pkt 7 (miejsce i termin składania ofert) podano datę 3.04.2012 r. (powinno być 18.06.2012 r.)

- w pkt 8 (otwarcie ofert - kwota jaką zamawiający zamierza przeznaczyć na sfinansowanie) podano 80 zł netto (powinno być 8.200.000 zł).

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że ww. błędy powstały na skutek oczywistej omyłki pisarskiej i dane te nie miały jakiegokolwiek wpływu na rozstrzygnięcie i przebieg postępowania ponieważ w specyfikacji, w ogłoszeniach oraz na stronie BIP podane zostały właściwe dane, więc każdy wykonawca miał dostęp do prawidłowych danych umożliwiających udział w postępowaniu i złożenie oferty.

(dowód: akta kontroli Tom 1 str. 57, 248-255, 264)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Procedurę przetargową rozpoczęto na 24 dni przed zakończeniem obowiązującej umowy na wyżywienie pacjentów Szpitala (poprzednia umowa obowiązywała od 1 lipca 2009 r. do 30 czerwca 2012 r.).

Według NIK Szpital nie dołożył należytej staranności organizując ww. postępowanie⁷⁷ w tak późnym terminie. Wyznaczono również stosunkowo krótki okres na przygotowanie i złożenie ofert. Czas pomiędzy dniem opublikowania ogłoszenia o przetargu, a terminem składania ofert (18.06.2012 r.) wyniósł tylko 10 dni kalendarzowych (w tym 5 dni roboczych). Wyżej wymienione postępowanie prowadzone było na podstawie art. 39 pzp oraz art. 5 ust. 1 pzp w trybie przetargu nieograniczonego (świadczenie usług o charakterze niepriorytetowym, w którym nie stosuje się m.in. przepisów dotyczących terminów składania ofert). Jednakże zdaniem NIK termin, do którego należało złożyć oferty, był terminem krótkim, tym bardziej że potencjalni wykonawcy musieli udokumentować dysponowanie kuchnią zapasową w odległości nie większej niż 20 km od siedziby zamawiającego.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że według niego termin był wystarczający i powszechnie stosowany przy zamawianiu usług na żywienie pacjentów, na co przytoczył przykłady 20 postępowań i ogłoszeń stosowanych przez inne szpitale.

Analiza 20 powołanych przez Dyrektora postępowań wykazała, że czas pomiędzy publikacją ogłoszeń a terminem składania ofert wyniósł od 7 do 14 dni kalendarzowych to jednak wartość tych przetargów, a także czas na jaki zamierzano zawrzeć stosowne umowy był znacznie niższy niż w przypadku Szpitala⁷⁸. Uzyskana cena brutto w powołanych przez Dyrektora przetargach wyniosła od 52,1 tys. zł do 746,7 tys. zł (średnio 419,3 tys. zł – co stanowiło jedynie 6,5 % wartości zamówienia dokonanego przez Szpital), a czas na jaki zawarto umowę wyniósł od 1 do 24 miesięcy (średnio 13,7). Ponadto tylko w jednym, z powołanych przez

⁷⁷ bardzo istotne z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjentów i działalności Szpitala

⁷⁸ Szpital zamierzał zawrzeć umowę na okres 48 miesięcy.

Dyrektora Szpitala przetargach, wymagano od oferentów dysponowania kuchnią zapasową.

Zdaniem NIK zasadnym byłoby wcześniejsze rozpoczęcie procedur przetargowych jak i również wyznaczenie dłuższego terminu składania ofert. Mogłoby to zwiększyć liczbę potencjalnych oferentów i podnieść konkurencyjność postępowania. Również analiza ogłoszeń dotyczących świadczenia usług żywienia pacjentów w szpitalach w Polsce w analogicznym okresie (maj – czerwiec 2012 r.) przekazanych Urzędowi Publikacji Unii Europejskiej wykazała⁷⁹, że w większości przypadków Szpitale wyznaczały dłuższe terminy na składanie ofert. W przytoczonym okresie, wyznaczany czas na złożenie ofert przetargowych wyniósł w większości przypadków od 36 do 42 dni (średnio 34 dni), przy czym tylko w 2 przypadkach okres ten wyniósł poniżej 10 dni.

(dowód: akta kontroli Tom 1 str. 401-402, 404, 444-456, 505,506)

Opis stanu
faktycznego

b) Po unieważnieniu ww. postępowania w trybie przetargu nieograniczonego wszczęto procedurę udzielenia zamówienia na wyżywienie pacjentów w trybie z wolnej ręki. We wniosku o rozpoczęcie procedury zamówienia publicznego jako uzasadnienie wyboru trybu podano art. 5 ust 1 pzp (przynależność do usług wymienionych w załączniku IIB do dyrektywy 2004/18WE).

Zaproszenie do negocjacji w trybie z wolnej ręki w dniu 25 czerwca 2012 r. skierowano do KB Serwis (...) ⁸⁰ (na dzień 26.06.2012 r. godz. 10), tj. do oferenta który w poprzednio prowadzonym postępowaniu złożył ofertę z niższą ceną.

Umowę nr 85/UP/2012 z ww. na świadczenie usługi w zakresie produkcji posiłków podpisano w dniu 28 czerwca 2012 r. z KB Serwis. W § 3 umowy strony ustaliły cenę jednego osobodnia w wysokości 12,85 zł + 8 % VAT (13,88 zł). Protokół postępowania w trybie zamówienia z wolnej ręki sporządzono w dniu 28.06.2012 r. W protokole jako uzasadnienie wyboru trybu podano art. 5 ust. 1a pkt 1 i 4 pzp. Całkowita wartość końcowa zamówienia wyniosła 6.940.000 zł⁸¹.

(dowód: akta kontroli Tom 1 str. 58-64, 270-298)

Ustalone
nieprawidłowości

We wniosku o rozpoczęcie procedury dokonania zamówienia publicznego z wolnej ręki podano nieprawidłową wartość szacunkową zamówienia – wpisano kwotę 2.279.280 zł. Kwota ta dotyczyła wartości zamówienia w okresie 12 miesięcy, tymczasem Szpital zamierzał zawrzeć umowę na 48 miesięcy. W związku z tym, zgodnie z art. 34 ust. 3 pzp, we wniosku powinno się podać wartość zamówienia na podstawie całego okresu wykonywania zamówienia, tj. kwotę 9.117.120 zł. *Kierownik Działu Zamówień Publicznych wyjaśniła, że kwota ta została wpisana omyłkowo i wynikała z nie pomnożenia rocznej kwoty przez okres na jaki zamierzano udzielić zamówienia.*

(dowód: akta kontroli Tom 1 str. 270, 420, 424)

W prowadzonym postępowaniu przyjęto częściowo nieprawidłową podstawę prawną udzielenia zamówienia z wolnej ręki tj. art. 5 ust. 1 a pkt 1 pzp (jako uzasadnienie wyboru trybu podano pkt 1 i 4 pzp ww. artykułu). Punkt 1 powołanego artykułu stanowi, że zastosowanie trybu z wolnej ręki możliwe jest jeśli zastosowanie innego

⁷⁹ Powiatowe Centrum Zdrowia w Malborku (nr ogłoszenia 141666-2012); Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Świdnicy (152369-2012); SP ZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4 w Bydgoszczy (160244-2012); Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kościanie (161798-2012); Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Łodzi (165023-2012); Szpital Ginekologiczno - Położniczy im. Świętej Rodziny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Warszawie (165077-2012); Pomorskie Centrum Chorób Zakaźnych i Gruzlicy w Gdańsku (189156-2012); Powiatowy Szpital im. Władysława Biegańskiego w Iławie (181541-2012); Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu (190429-2012); Samodzielny Publiczny Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie (203403-2012); Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Białymstoku (205410-2012).

⁸⁰ W prowadzonym postępowaniu w trybie przetargu nieograniczonego w określonym terminie składania ofert do zamawiającego wpłynęły dwie oferty: KB Serwis (...), zwaną dalej „KB Serwis”, z ceną 12,88 netto + 8 % VAT, tj. 13,91 zł i Impel Catering z ceną 14,57 zł + 8 % VAT, tj. 15,74 zł.

⁸¹ Podana w ogłoszeniu o udzieleniu zamówienia nr 2012/S 127-210185

trybu mogłoby skutkować naruszeniem zasad celowego, oszczędnego i efektywnego dokonywania wydatków. Nieprawidłowo bowiem przyjęto w tym przypadku twierdzenie o oszczędnym i efektywnym wydatkowaniu środków publicznych przy udzieleniu zamówienia z wolnej ręki. Ponadto warcie podkreślenia według NIK jest to że wprowadzie nowo wynegocjowana stawka jest niższa od ustalonej w umowie zawartej w 2009 r. to jednak nie wszystkie pozostałe elementy umowy wpływające na cenę były takie same. Na przykład w ramach dotychczas obowiązującej umowy na żywienie pacjentów z 2009 r. wykonawca nieodpłatnie zobowiązał się do wymiany okien w kuchni centralnej, wymiany drzwi wejściowych do magazynu w kuchni, uszczelnienia rur w zmywalni, naprawy rampy oraz wymiany kotła warzelnego w terminie dwóch miesięcy od podpisania umowy. W nowej umowie z 2012 r. takich zapisów już nie było. Dyrektor Szpitala podał, że wszystkie prace zostały wykonane zgodnie z umową z 2009 r., nie podał kosztów wykonanych prac oświadczając że prace te miały charakter remontowy, a szczegółowe informacje na temat kosztów posiada firma Impel Catering.

(dowód: akta kontroli Tom 1 67-75, 286-290, 290, 401-403)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Umowę na świadczenie usługi w zakresie produkcji posiłków w trybie z wolnej ręki podpisano na okres 48 miesięcy (od 1 lipca 2012 r. do 1 lipca 2016 r.). Według NIK w zaistniałej sytuacji (unieważnienia postępowania prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego wskutek własnych błędów i będącego następstwem późnego rozpoczęcia odpowiednich procedur) zamówienia z wolnej ręki należało udzielić jedynie na okres konieczny do przeprowadzenia kolejnego postępowania w innym trybie⁸². Na możliwość taką wskazywała chociażby oferta (przesłana w dniu podpisania umowy z wolnej ręki) przez dotychczasowego wykonawcę usługi żywienia pacjentów Impel Catering⁸³. Firma ta zaoferowała świadczenie usług do czasu rozstrzygnięcia nowej procedury przetargowej i to za cenę za osobodzień o 0,59 zł niższą niż uzyskaną w trybie z wolnej ręki z KB Serwis i o 4,52 zł niższą od ceny na podstawie dotychczasowej umowy.

Umowy na krótsze okresy zawierał np. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Olsztynie, Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny w Lublińcu czy też Centrum Onkologii w Bydgoszczy⁸⁴, gdzie w związku z przyczynami proceduralnymi powodującymi przedłużenie postępowań, bądź innymi przyczynami, umowy na żywienie pacjentów z wolnej ręki zawierano na krótki okres i tylko do czasu zakończenia odpowiednich procedur zamówień publicznych (odpowiednio: 19 dni, 3 miesiące, 6 miesięcy).

(dowód: akta kontroli Tom 1 str. 71, 304-309, 422,423)

Opis stanu
faktycznego

4.1.2. Przetarg na wykonanie robót budowlanych polegających na modernizacji podjazdu do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.

W dniu 20.09.2010 r., po dokonaniu przez Szpital wyboru oferty w trybie z wolnej ręki na podstawie art. 67 ust. 1 pkt 4 pzp, podpisano umowę nr 78/UP/2010 na wykonanie robót budowlanych polegających na modernizacji podjazdu do SOR. Wynagrodzenie wykonawcy określono w § 8 umowy, które wyniosło łącznie 2.094.701,38 zł. Termin wykonania przedmiotu umowy (określono w aneksie nr 1 do ww. umowy) wyznaczono do dnia 18.03.2011 r. i do tego dnia prace objęte ww. umową zostały zakończone. Odbiór robót nastąpił na podstawie zgłoszenia zakończenia robót pismem z dnia 18.03.2011 r. i wpisu do dziennika budowy z tego samego dnia.

⁸² usługi produkcji posiłków, zaliczane do usług niepriorytetowych, można zamawiać w trybach podstawowych (przetarg nieograniczony i ograniczony), a także, bez stosowania określonych w pzp przesłanek, w trybach: negocjacji z ogłoszeniem, dialogu konkurencyjnego oraz licytacji elektronicznej.

⁸³ według wyjaśnień osoby która złożyła ofertę była ona upoważniona do złożenia i podpisania oferty handlowej, dysponowała pełnomocnictwem stałym nr 14/2012.

⁸⁴ Ogłoszenia o udzieleniu zamówienia BZP nr 95231 – 2013, 183633 -2012; <http://ted.europa.eu/udl?uri=TED:NOTICE:198729-2012:TEXT:PL:HTML&src=0>

(dowód: akta kontroli Tom 1 str. 137-154, 166-168, 244-247)

W dniu 15.03.2011 r., na podstawie art. 67 ust. 1 pkt 5 lit.b pzp (z wolnej ręki), zawarto umowę nr 20/UP/2011 na wykonanie dodatkowych robót budowlanych związanych z modernizacją podjazdu do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Wynagrodzenie za wykonanie robót określono w § 8 ww. umowy i wyniosło 95.547,33 zł (brutto). Wykonanie przedmiotu umowy określone zostało w § 7 umowy i stanowiło, że przedmiot umowy wykonany zostanie od 16.03.2011 r. do 25.03.2011 r.

Kierownik Działu Technicznego wyjaśnił, że część prac objęta ww. umową, tj. ułożenie kostki brukowej i oświetlenie tablicy, wykonana została po 18.03.2011 r. i wykonana była w celu poprawy walorów użytkowych inwestycji.

Ustalone
nieprawidłowości

Zgodnie z art. 67 ust. 1 pkt 5 lit. b pzp zamawiający może udzielić zamówienia z wolnej ręki, m.in. w przypadku udzielania dotychczasowemu wykonawcy usług lub robót budowlanych zamówień dodatkowych, nieobjętych zamówieniem podstawowym i nieprzekraczających łącznie 50 % wartości realizowanego zamówienia, niezbędnych do jego prawidłowego wykonania, których wykonanie stało się konieczne na skutek sytuacji niemożliwej wcześniej do przewidzenia, jeżeli wykonanie zamówienia podstawowego jest uzależnione od wykonania zamówienia dodatkowego.

Część prac objętych umową na wykonanie robót budowlanych dodatkowych została zrealizowana po terminie realizacji umowy podstawowej (zrealizowano je w okresie od 18.03.2011 r. do 25.03.2011 r.) i nie wypełniała kryterium niezbędności do wykonania zamówienia podstawowego. Prace te dotyczyły ułożenia kostki brukowej i oświetlenia tablicy, których łączna cena brutto wyniosła 47.828,29 zł. Tym samym, skoro zamówienie podstawowe mogło zostać ukończone bez usług dodatkowych i nie było niezbędne do ukończenia zamówienia podstawowego, a było związane z polepszeniem walorów użytkowych i lepszą estetyką, przesłanka wskazująca, że wykonanie zamówienia podstawowego jest uzależnione od wykonania zamówienia dodatkowego w tej sytuacji nie wystąpiła. Zamówieniem dodatkowym jest tylko takie zamówienie, bez którego wykonania przed zakończeniem realizacji zamówienia podstawowego lub równoległe z nim, zamówienie podstawowe nie może być wykonane⁸⁵.

Stąd, zdaniem NIK, zastosowanie trybu zamówienia publicznego z wolnej ręki w zakresie wyżej wymienionych prac było nieprawidłowe i naruszało art. 67 ust. 1 pkt 6, a także art. 10 ust. 2 pzp, tj. zastosowano niedozwolony tryb udzielania zamówienia.

Kierownik Działu Zamówień Publicznych nie potrafiła wyjaśnić przyczyn zaistnienia powyższej sytuacji.

(dowód: akta kontroli Tom 1 137-169, 237-238)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że umowę na wykonanie robót dodatkowych związanych z modernizacją podjazdu do SOR zawarto w trybie zamówienia z wolnej ręki, ponieważ według niego zostały spełnione przesłanki do zastosowania tego trybu w tym m.in. roboty były niezbędne do prawidłowego wykonania zamówienia podstawowego. Dyrektor wyjaśnił również, że według niego z przepisu art. 67 ust. 1 pkt 5 pzp nie wynika w żaden sposób by zamówienie dodatkowe musiało być wykonane przed wykonaniem zamówienia podstawowego, a prace te były niezbędne do całościowego zrealizowania inwestycji. W wyjaśnieniach wskazano również, że zakwestionowany zakres robót dodatkowych o wartości 47.828,29 zł nie

⁸⁵ Wytyczne dotyczące interpretacji przesłanek pozwalających na przeprowadzenie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie negocjacji z ogłoszeniem, dialogu konkurencyjnego, negocjacji bez ogłoszenia, zamówienia z wolnej ręki i zapytania o cenę Urząd Zamówień Publicznych 2010 r.

stanowił naruszenie pzp z powodu nie przekraczania ustawowej kwoty 14.000 euro i w związku z tym można było nie stosować do tego zamówienia przepisów pzp.

(dowód: akta kontroli Tom 1 str. 262, 263)

4.1.3. Przetarg na wykonanie usługi kompleksowego utrzymania porządku i czystości oraz transportu wewnętrznego w budynkach Szpitala.

Opis stanu
faktycznego

W dniach 01.10.2011 r. i 25.11.2011 r. po dokonaniu przez Szpital wyboru oferty w trybie z wolnej ręki na podstawie art. 67 ust. 1 pkt 6 pzp, podpisano umowy nr 123/UP/2011 oraz 164/UP/2011 na wykonanie usługi kompleksowego utrzymania porządku i czystości oraz transportu wewnętrznego w budynkach PSZOZ. Łączna kwota brutto wynikająca z dwóch umów wyniosła 775.316,04 zł.

(dowód: akta kontroli Tom 1 str. 170-194)

Ustalone
nieprawidłowości

Jako nieprawidłowe uznaje się zastosowanie trybu udzielenia powyższych zamówień uzupełniających, w trybie z wolnej ręki na podstawie art. 67 ust. 1 pkt 6 pzp. Artykuł 67 ust. 1 pkt 6 pzp, na podstawie którego dokonano zamówienia, dopuszcza zastosowanie zamówienia uzupełniającego w trybie z wolnej ręki w okresie 3 lat od chwili udzielenia zamówienia podstawowego. Za moment udzielenia zamówienia podstawowego należy uznać podpisanie umowy z wybranym wykonawcą⁸⁶. Podpisanie umowy podstawowej (nr 84/UP/2008 na wykonanie usługi kompleksowego utrzymania porządku i czystości oraz transportu wewnętrznego w budynkach Szpitala na okres 36 miesięcy) nastąpiło w dniu 10.09.2008 r., a umów uzupełniających w dniach 1.10.2011 r. i 25.11.2011 r. Zamówienia uzupełniające zostały zatem udzielone w okresie przekraczającym 3 lata od udzielenia zamówień podstawowych. Stąd zamówienia uzupełniające na usługi kompleksowego utrzymania porządku i czystości objęte umowami nr 123/UP/2011 i nr 164/UP/2011 na łączną kwotę 775.316,04 zł. zostały udzielone bez spełnienia jednej z przesłanek pozwalających na zastosowanie trybu zamówienia z wolnej ręki, tj. udzielenie ich w okresie 3 lat od udzielenia zamówienia podstawowego. Tym samym zamawiający naruszył art. 67 ust. 1 pkt 6, a także art. 10 ust. 2 pzp, stosując niedozwolony tryb udzielania zamówienia.

(dowód: akta kontroli Tom 1 str. 170-199)

Kierownik Działu Zamówień Publicznych wyjaśniła, że zamówienia uzupełniającego udzielono w celu zachowania ciągłości wykonywania usług w związku z odwołaniami składanymi przez wykonawców w trakcie procedury wyboru dostawcy. Udzielając zamówienia uzupełniającego spełniono wszystkie przesłanki zawarte w art. 67 ust. 1 pkt 6 pzp tj. „zamówienia udzielono zachowując termin 3 lat od udzielenia zamówienia podstawowego tj. w ostatnim dniu obowiązywania zamówienia podstawowego (1.10.2011 r.).”

(dowód: akta kontroli Tom 1 200-201)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że wyboru wykonawcy do usługi kompleksowego utrzymania porządku i czystości w Szpitalu (umowa nr 123/UP/2011) zastosowano tryb z wolnej ręki na podstawie art. 67 ust. 1 pkt 6 pzp ponieważ przyjęto, że okres trzech lat dla udzielania zamówienia uzupełniającego liczy się w tym przypadku od dnia 1.12.2008 r. z którą to datą zgodnie z § 4 pkt 1 umowy nr 84/UP/2008 nastąpiło rozpoczęcie wykonywania usługi. Przyjęto, że udzielenie zamówienia następuje nie z dniem zawarcia umowy lecz z dniem faktycznego rozpoczęcia jej wykonywania. W przypadku umowy nr 164/UP/2011 z dnia 25.11.2011 r. to błędnie przyjęto w zastosowanym trybie postępowania art. 67 ust. 1 pkt 6 pzp z uwagi na upływ trzech lat od rozpoczęcia wykonywania zamówienia podstawowego. Dyrektor wyjaśnił również, że ww. umowy zawarte zostały z pominięciem trybu przetargu nieograniczonego z uwagi na stan wyższej konieczności wynikający z konieczności

⁸⁶ Informator Urzędu Zamówień Publicznych nr 5/2012, str. 27.

zachowania ciągłości usług świadczonych na podstawie umowy nr 84/UP/2008. Spowodowane to było tym, że Wykonawcy w toku postępowania w trybie przetargu nieograniczonego na wykonywanie usług utrzymania porządku i czystości oraz transportu wewnętrznego złożyli dwa odwołania, które uniemożliwiały zakończenie postępowania w terminie umożliwiającym zawarcie umowy z zachowaniem ciągłości wykonywania usług. Konieczne więc było zawarcie umów nr 123/UP/2011 i nr 164/UP/2011 na okres przejściowy tj. do czasu rozstrzygnięcia wyżej wskazanych odwołań i zawarcia umowy z wyłonionym wykonawcom na kolejny okres.

(dowód: akta kontroli Tom 1 str. 263)

Opis stanu
faktycznego

4.1.4. Przetarg na wykonanie robót budowlanych polegających na przebudowie pomieszczeń przychodni przyszpitalnej oraz pomieszczeń dla Pracowni Endoskopii Gastroenterologicznej.

W dniu 22.07.2011 r., po dokonaniu przez Szpital wyboru oferty w trybie przetargu nieograniczonego, podpisano umowę nr 94/UP/2011 na wykonanie robót budowlanych polegających na przebudowie pomieszczeń przychodni przyszpitalnej oraz pomieszczeń dla Pracowni Endoskopii Gastroenterologicznej Szpitala. Wynagrodzenie wykonawcy określono w § 8 umowy, które wyniosło łącznie 748.514,32 zł brutto. Termin wykonania przedmiotu umowy określono w § 7 umowy do 13.02.2012 r. Wykonawca zakończenie prac zgłosił 13.02.2012 r. Protokoły odbioru prac objętych ww. umową sporządzono w dniach 21.12.2011 r (częściowy), 21.02.2012 r. (stwierdzono niewielkie usterki), 24.02.2012 r. (ostateczny bezusterkowy).

W dniu 10.02.2012 r. w wyniku postępowania przeprowadzonego na podstawie art. 67 ust. 1 pkt 5 lit. b pzp zawarto umowę nr 20/UP/2012 na wykonanie dodatkowych robót budowlanych przy remoncie pomieszczeń Przychodni Przyszpitalnej oraz pomieszczeń dla Pracowni Endoskopii Gastroenterologicznej. Wynagrodzenie za wykonanie robót określono w § 8 ww. umowy i wyniosło one 185.364,33 zł (brutto). Termin wykonania robót dodatkowych ustalono w § 3 umowy do 6 kwietnia 2012 r. (prace wykonywano w okresie od 10.02.2012 r. do 06.04.2012 r.).

(dowód: akta kontroli Tom 1 str. 202-206, 222-231)

Ustalone
nieprawidłowości

Udzielone w trybie z wolnej ręki zamówienie dodatkowe, na podstawie art. 67 ust. 1 pkt 5 lit. b pzp, musi być m.in. niezbędne do wykonania zamówienia podstawowego. W przypadku prac objętych umową nr 20/UP/2012 realizowane one były po ukończeniu prac wynikających z umowy podstawowej, stąd, skoro zamówienie podstawowe mogło zostać ukończone bez robót dodatkowych i nie było niezbędne do ukończenia zamówienia podstawowego, przesłanka wskazująca, że wykonanie zamówienia podstawowego jest uzależnione od wykonania zamówienia dodatkowego nie wystąpiła w tej sytuacji. Zamówieniem dodatkowym jest tylko takie zamówienie, bez którego wykonania przed zakończeniem realizacji zamówienia podstawowego lub równoległe z nim, zamówienie podstawowe nie może być wykonane⁸⁷.

Zdaniem NIK, zastosowanie trybu zamówienia publicznego z wolnej ręki w ww. zakresie było nieprawidłowe i naruszało art. 67 ust. 1 pkt 5 lit. b, a także art. 10 ust. 2 pzp, tj. zastosowano niedozwolony tryb udzielania zamówienia.

Kierownik Działu Zamówień Publicznych nie potrafiła podać przyczyn wystąpienia powyższej sytuacji.

⁸⁷ Wytyczne dotyczące interpretacji przesłanek pozwalających na przeprowadzenie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie negocjacji z ogłoszeniem, dialogu konkurencyjnego, negocjacji bez ogłoszenia, zamówienia z wolnej ręki i zapytania o cenę Urząd Zamówień Publicznych 2010 r.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że umowę z dnia 10.02.2012 r. na wykonanie dodatkowych robót budowlanych polegających na przebudowie pomieszczeń przychodni przyszpitalnej zawarto w trybie art. 67 ust. 1 pkt 5b pzp ponieważ według jego oceny zamówienie spełniało cechy zamówienia dodatkowego, a z żadnych przepisów nie wynika w jakim terminie w stosunku do terminu wykonania zamówienia podstawowego powinno być wykonane zamówienie dodatkowe. Zamówienie dodatkowe było zaś niezbędne do wykonania zamówienia podstawowego ponieważ przedmiotem zamówienia dodatkowego było wykonanie instalacji elektrycznych, wodno-kanalizacyjnych stolarki budowlanej bez których nie można było zrealizować inwestycji.

(dowód: akta kontroli Tom 1 str. 264)

Opis stanu
faktycznego

4.1.5. Postępowanie o zamówienie publiczne na usługi obsługi prawnej (49/PR/R/2012) dokonano w trybie z wolnej ręki na podstawie art. 5 ust. 1b pzp. Podpisana w dniu 25.09.2012 r. przez Dyrektora Szpitala umowa o stałą obsługę prawną w § 1 określała zakres tej obsługi, w który wchodziły: udzielanie porad prawnych; sporządzanie opinii prawnych; opracowywanie projektów umów i innych aktów prawnych; reprezentowanie Zamawiającego w postępowaniach sądowych i innych postępowaniach toczących się z jego udziałem. Umowę zawarto na okres od 01.10.2012 r. do 01.10.2016 r. z wynagrodzeniem netto 326.880 zł (6.810 zł miesięcznie).

(dowód: akta kontroli Tom 1 str. 84-123)

Ustalone
nieprawidłowości

Jako nieprawidłowe uznaje się zastosowanie trybu udzielenia zamówienia z wolnej ręki na podstawie art. 5 ust. 1b pzp. Artykuł ten stanowi, że zastosowanie trybu z wolnej ręki możliwe jest przy wyborze wykonawcy usług prawnych polegających na wykonywaniu zastępstwa procesowego przed sądami, trybunałami lub innymi organami orzekającymi lub doradztwie prawnym w zakresie zastępstwa procesowego.

Zakres podpisanej umowy o świadczenie obsługi prawnej wykraczał poza ramy określone w art. 5 ust. 1b pzp, stąd zastosowanie trybu z wolnej ręki było w tym przypadku nieuzasadnione.

Kierownik Działu Zamówień Publicznych Szpitala wyjaśniła m.in., że w ww. postępowaniu nie było szczególnego uzasadnienia dla zastosowania trybu z wolnej ręki, w Szpitalu posłużono się przepisem art. 5 ust. 1b pzp, być może istnieje inne uzasadnienie, nie znajduje się jednak w aktach postępowania. Wyjaśniająca, co do zakresu realizowanej umowy wyjaśniła, że w tym zakresie powinni się wypowiedzieć radcy prawni.

Wykonujący na rzecz Szpitala usługi obsługi prawnej radcy prawni, wyjaśnili m.in., że realizują wszystkie czynności określone w § 1 umowy, z tym że największy zakres obsługi prawnej przypada na zastępstwo procesowe i doradztwo prawne w sprawie zastępstwa procesowego. Ponadto, pomimo że § 67 regulaminu organizacyjnego Szpitala nie wymienia wprost czynności w zakresie zastępstwa procesowego, jednak zawiera postanowienia o obowiązku wykonywania innych zadań obsługi prawnej, wynikających z odrębnych przepisów. Wyjaśniający wskazali na art. 7 ustawy z dnia 06.07.1982 r. o radcach prawnych⁸⁸, który stanowi, że pomocą prawną jest w szczególności udzielanie porad i konsultacji prawnych, opinii prawnych, zastępstwo prawne i procesowe.

Wykonujący usługi obsługi prawnej oraz Dyrektor Szpitala⁸⁹ zgodnie wyjaśnili m.in., że przedmiotowe zamówienie przeprowadzono w trybie z wolnej ręki na podstawie

⁸⁸ Dz. U. z 2010 r. Nr 10, poz. 65 ze zm.

⁸⁹ Dyrektor Szpitala podpisał w dniu 12.09.2012 r. wniosek o wszczęcie procedury o zamówienie publiczne na usługi obsługi prawnej, dniu 18.09.2012 r. przeprowadził negocjacje z konsorcjum radców prawnych, a w 25.09.2012 r. podpisał umowę nr 49/PR/R/2012.

art. 5 ust. 1b pzp z uwzględnieniem art. 5 ust. 2 pzp, który stanowi, że jeżeli zamówienie obejmuje równocześnie usługi, o których mowa w ust. 1 (tj. usługi o charakterze niepriorytetowym określone w przepisach wydanych na podstawie art. 2a i 2b pzp) oraz inne usługi, do udzielenia zamówienia stosuje się przepisy dotyczące tego przedmiotu zamówienia, którego wartościowy udział w danym zamówieniu jest największy. Wyjaśniający stwierdzili, że w ww. postępowaniu przedmiotem zamówienia były:

- zastępstwo procesowe oraz doradztwa dotyczące zastępstwa procesowego;
- pozostałe usługi obsługi prawnej.

W związku z tym, że usługi dotyczące zastępstwa procesowego i doradztwa dotyczące zastępstwa procesowego mają większą wartość od pozostałych usług obsługi prawnej, w oparciu o art. 5 ust. 2 pzp zastosowali przepisy dotyczące przedmiotu zamówienia o większej wartości tj. art. 5 ust. 1b pzp dopuszczającego zastosowanie trybu z wolnej ręki.

(dowód: akta kontroli Tom 1 str. 124-125, 130-136, Tom 3 str. 458-471)

W opinii Najwyższej Izby Kontroli ww. uzasadnienie opiera się na błędnej interpretacji art. 5 ust. 2 pzp oraz skutkuje naruszeniem art. 5 ust. 1b pzp. Literalne brzmienie art. 5 ust. 2 pzp, na który powołują się wyjaśniający, wskazuje, że dotyczy on przypadków łączenia usług określonych w art. 5 ust. 1 pzp. (tj. niepriorytetowych) z dostawami, robotami oraz innymi usługami. W konsekwencji przez „inne usługi” należy rozumieć usługi inne niż niepriorytetowe, czyli priorytetowe. Natomiast zamawiający nabywał wyłącznie usługi niepriorytetowe. Przepis art. 5 ust. 1b pzp nie kreuje bowiem żadnego innego rodzaju usług od wymienionych w art. 5 ust. 1 pzp. Usługi prawnicze w całości są usługami niepriorytetowymi, dotyczy to także usług wymienionych w art. 5 ust. 1b pzp (tj. usług prawniczych, polegających na wykonywaniu zastępstwa procesowego przed sądami, trybunałami lub innymi organami orzekającymi lub doradztwie prawnym w zakresie zastępstwa procesowego). Z tego powodu nie jest możliwe przyjęcie, że gdy usługi zastępstwa procesowego i doradztwa w zakresie zastępstwa procesowego mają większą wartość od pozostałych usług prawniczych – zastosowanie ma przepis art. 5 ust. 1b pzp.

Stwierdzono również, że treść ogłoszenia o udzieleniu ww. zamówienia zawierała nierzetelne informacje:

- ogłoszenia o udzieleniu zamówienia nie zawierało pełnego uzasadnienia dla zastosowanego trybu;
- przywołano wyłącznie art. 5 ust. 1b pzp⁹⁰ w sytuacji gdy przedmiot zamówienia wykraczał poza wykonywanie zastępstwa procesowego przed sądami, trybunałami lub innymi organami orzekającymi lub doradztwie prawnym w zakresie zastępstwa procesowego;
- nieprawidłową informację o cenie wybranej oferty i cenie oferty najkorzystniejszej, zaniżoną o podatek VAT (23% wartości oferty netto, tj. 75.182,40 zł).

Ponadto publikując ww. ogłoszenie po 280 dniach od podpisania umowy naruszono art. 95 ust. 1 pzp zobowiązujący do niezwłocznego dokonania tej czynności.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że w przypadku postępowań prowadzonych w trybach niekonkurencyjnych (w tym z wolnej ręki) jedyną publikowaną informacją o przeprowadzonym postępowaniu i zawarciu umowy – jest ogłoszenie o udzieleniu zamówienia. Nierzetelna treść ogłoszenia (bez pełnego uzasadnienia prawnego i faktycznego, z zaniżoną ceną wybranej oferty) oraz opóźnienie publikacji

⁹⁰ W załączniku I pkt 1 zawarto opis podstawy prawnej, zawierający wyłącznie art. 5 ust. 1b pzp, a pkt 2 zawierał uzasadnienie wyboru trybu obejmujące wyłącznie treść art. 5 ust. 1b pzp.

ogłoszenia ograniczają możliwość do składania odwołań, o których mowa w art. 180 ust. 2 pkt 1 pzp.

Opis stanu
faktycznego

4.1.6. W dniach: 20.09.2010 r. podpisano umowę nr 78/UP/2010 na modernizację podjazdu SOR Szpitala na kwotę 2.094.701,37 zł oraz 11.07.2011 r. umowę nr 84/UP/2011 na dostawę oraz wymianę lampy RTG SRO3310 na kwotę 73.424.73 zł. Ogłoszenia o udzieleniu zamówień ogłoszono w Biuletynie zamówień Publicznych odpowiednio w dniach: 18.07.2011 r. oraz 09.02.2012 r.

(dowód: akta kontroli Tom 1 str. 127-129, 239-243)

Ustalone
nieprawidłowości

Zamieszczenie ogłoszeń po 213 i 301 dniach od zawarcia umowy o zamówienie publiczne stanowi naruszenie art. 95 ust. 1 pzp, w którym określono, że zamawiający niezwłocznie po zawarciu umowy w sprawie zamówienia publicznego zamieszcza ogłoszenie o udzieleniu zamówienia w Biuletynie Zamówień Publicznych. Stwierdzono.

Kierownik Działu Zamówień Publicznych Szpitala wyjaśniła, że zwłoka w publikowaniu ogłoszeń wynikała z przeoczenia Zamawiającego.

Opis stanu
faktycznego

4.1.7. Pozostałe objęte badaniem zamówienia zostały zrealizowane zgodnie z przepisami pzp dotyczącymi m.in. powołania komisji przetargowej (art. 19), ustalenia wartości zamówienia (art. 32-35), prawidłowości opracowania Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia (art. 38), prawidłowości i kompletności ogłoszenia o zamówieniu (art. 40, 41), wyboru trybu zamówienia publicznego, otwarcia ofert (art. 86 ust 2 i 3), wyboru najkorzystniejszej oferty (art. 91 ust. 1), prawidłowości przy zawarciu umowy z dostawcom (art. 94, art. 139 ust. 2, 142 ust. 1).

Nie stwierdzono przypadków unikania stosowania pzp.

(dowód: akta kontroli Tom 1 str.258-260)

Opis stanu
faktycznego

4.2. Dokonywanie pozostałych wydatków nieobjętych ustawą pzp i nadzór nad wykonywaniem umów

4.2.1. W Szpitalu ustalono zasady udzielania zamówień o wartości nie przekraczających 14.000 EURO wprowadzone Zarządzeniem Dyrektora Szpitala z 8 kwietnia 2010 r. Przestrzeganie Regulaminu sprawdzono na przykładzie 4 dokonanych zakupów na łączną kwotę 155.952,79 zł. Nie stwierdzono niezgodności prowadzonych postępowań z przyjętym regulaminem.

Sprawdzono również zapisy w powiązaniu z dokumentami źródłowymi na następujących kontach księgowych w 2012 r.: 401-133 „Książki i gazety”, 401-134 „Tonery i tusze”, 402-203 Usługi transportowe inne”, 402-240 „Pozostałe usługi”, 404-408 „Umowy zlecenia i o dzieło”, 409-906 „Koszty reklamy”, „Koszty reprezentacji NKUP”.

Na koncie koszty reklamy ujęto m.in. koszty zakupu przez Szpital pozycji książkowej pn. „Z dziejów lecznictwa w Inowrocławiu cz.2”. Procedurę zakupu dokonano zgodnie z art. 4 ust. 8 pzp, stosując ww. regulamin Szpitala. Wniosek o wszczęcie procedury zakupu sporządzono pod datą 19.03.2012 r. Umowę na wykonanie, opracowanie przygotowanie do druku, druk, oprawę oraz dostawę ww. publikacji w ilości 1500 szt. podpisano w dniu 26.03.2012 r. Fakturę z ceną brutto 54.589,50 zł za wykonanie usługi wystawiono 11.06.2012 r., płatności dokonano 23 sierpnia 2012 r. Szpital był wydawcą ww. publikacji.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zwraca uwagę, że zakup wyżej wymienionej pozycji książkowej nie był związany ze statutową działalnością Szpitala. Ponadto działalność wydawnicza nie była ujęta w Statucie obowiązującym na dzień podpisania umowy. W sytuacji znacznych niedoborów finansowych i kłopotów z bieżącą regulacją zobowiązań

(zobowiązania wymagalne na koniec miesiąca poprzedzającego podpisanie umowy wynosiły 2.389.366 zł) wydatek na książkę promującą osiągnięcia Szpitala w latach 1945-1987 nie był według NIK uzasadniony, tym bardziej, że większość z zakupionych książek po ponad roku od zakupu⁹¹ pozostawała nierozpakowana w magazynie Szpitala, pozostała część rozdano.

NIK zwraca również uwagę na potraktowanie ww. kosztów zakupu jako kosztów reklamy (ujęto je na koncie 409-906 „Koszty reklamy”). Zgodnie z art. 14 ustawy o działalności leczniczej podmiot wykonujący działalność leczniczą podaje do wiadomości publicznej informacje o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych. Treść i forma tych informacji nie mogą mieć cech reklamy. Artykuł ten zezwala na informowanie pacjentów oraz potencjalnych pacjentów o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych. Są to więc informacje w istocie zawarte w regulaminie organizacyjnym podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

Pozostałe objęte kontrolą wydatki związane były ze statutową działalnością Szpitala.

(dowód: akta kontroli Tom 1 str. 332-339, 426-451, Tom 3 str. 1107-1109)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że poniesiony wydatek na książkę pod tytułem „Z dziejów lecznictwa Inowrocławia część II Szpital w latach 1945-1987” stanowiło 0,05% w stosunku do osiągniętych przez Szpital przychodów za ubiegły rok. Na uwagę zasługuje fakt, że koszt jednostkowy przedmiotowej książki wyniósł 33 zł. W porównaniu do wydatków jakie są ponoszone na promocję projektów unijnych (tj. od 0,3 do 0,6%) jest on stosunkowo niewielki. Powyższa książka stanowi materiał promocyjny na wszelkiego rodzaju uroczystościach organizowanych na terenie Szpitala, jak i imprezach zewnętrznych. Do tej pory rozchodowano 653 egzemplarze książki, a pozostała część przeznaczona jest na przyszłe uroczystości. Celem wydania książki nie była działalność zarobkowa, ale zyskiwanie przychodów ze sprzedaży książki w przyszłości, w ramach wydzielonej działalności gospodarczej.

(dowód: akta kontroli Tom 4 str. 278-280)

Opis stanu
faktycznego

4.2.2. Badaniu poddano 3 wybrane⁹² zamówienia świadczeń zdrowotnych dokonywane przez Szpital w trybie konkursów ofert, o których mowa w art. 35 ustawy o ZOZ (obowiązującej do 30.06.2011 r.) oraz art. 26 ustawy o działalności leczniczej, wszczętych Zarządzeniami Dyrektora PSZOZ nr 29/2010 z 17.12.2010 r., PS ZOZ.DN.021-3/2012 z 05.03.2012 r., Nr 9/2012 z 27.04.2012 r. Badane konkursy ofert dotyczyły nabywania świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii inwazyjnej.

W trybie art. 35 i 35a ustawy o ZOZ oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 13 lipca 1998 r. w sprawie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne⁹³ (zwanego dalej „rozporządzeniem z 13 lipca 1998 r.”) realizowano jeden badany konkurs ofert. Został on wszczęty Zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 29/2010 z 17.12.2010 r. i prowadzony z zachowaniem przepisów dotyczących: powołania komisji, treści i publikacji ogłoszenia o konkursie ofert, określania wymagań podmiotowych, wymagań względem oferty, stosowania kryteriów wyboru oferty, terminu i treści zawieranej umowy.

(dowód: akta kontroli Tom 3 str. 507-559, 1764-1765)

⁹¹ Na dzień 27.11.2013 r. na stanie magazynowym było 847 książek.

⁹² doboru konkursów ofert dokonano spośród przez Szpital nabywanych od jednego wykonawcy usług zdrowotnych o najwyższym udziale w kosztach działalności.

⁹³ Dz. U. Nr 93, poz. 592 ze zm.

W trybie art. 26 i 27 ustawy o działalności leczniczej oraz art. 146 ust. 1, art. 147-150, art. 151 ust. 1-5, art. 152-153, art. 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁹⁴ (zwanej dalej „ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej”) realizowano dwa badane konkursy ofert: wszczęte Zarządzeniami Dyrektora Szpitala z 05.03.2012 r. i 27.04.2012 r. Konkursy ofert prowadzono z zachowaniem przepisów dotyczących: zatwierdzenia dokumentacji konkursowej, określenia wymagań podmiotowych i kryteriów wyboru ofert, dokonywania ocen spełnienia wymagań przez oferentów, postanowień umów. PSZOZ zamieszczał także ogłoszenia o konkursach w prasie, co nie było wymagane ww. przepisami, a zwiększało konkurencyjność.

(dowód: akta kontroli Tom 3, str. 560-681, 1764-1765)

Ustalone
nieprawidłowości

Badanie przeprowadzonych przez Szpital 3 wybranych konkursów ofert na świadczenia zdrowotne w zakresie kardiologii inwazyjnej wykazało następujące nieprawidłowości.

1) W postępowaniu wszczętym zarządzeniem Dyrektora PSZOZ z 05.03.2012 r. nie określono miejsca i terminu ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu ofert, czym naruszono przepisy art. 151 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej⁹⁵. W toku postępowania nie udokumentowano dokonania ogłoszenia o rozstrzygnięciu ww. konkursu⁹⁶. Powyższe nieprawidłowości uniemożliwiły ustalenie terminu zakończenia prac komisji oraz terminu od jakiego liczy się siedmiodniowy okres na złożenie odwołania. Wykluczało to prawidłowe stosowanie przepisów art. 151 ust. 5 oraz 154 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

W związku z wyżej opisanymi nieprawidłowościami, odwołanie złożone w dniu 22.03.2012 r. rozpatrzono w trybie pozaustawowym, naruszającym art. 26 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej⁹⁷, a dokumentacja w ww. zakresie została sporządzona nierzetelnie.

(dowód: akta kontroli Tom 3 str. 560-615, 1379-1381)

Przewodniczący komisji powołanej do przeprowadzenia ww. konkursu ofert wyjaśnił m.in., że komisja dokonała rozstrzygnięcia konkursu, zgodnie z terminem określonym w ogłoszeniu tj. w dniu 13.03.2012 r. oraz odczytała protokół prac komisji. W przypadku gdy oferent nie oczekiwał na ogłoszenie wyników - protokół z postępowania pozostawiono do wglądu oferentom w sekretariacie Naczelnego Lekarza PSZOZ. Poza tym oferenci zostali poinformowani pisemnie przez przewodniczącego komisji. Komisja potraktowała odwołanie jako protest, który był spóźniony i bezprzedmiotowy. Czynności podjęte przez komisję miały bardziej charakter naszych wyjaśnień w stosunku do oferenta, z którym współpracowaliśmy przez wiele lat. Udzielona odpowiedź nie wywołała żadnych skutków prawnych w postępowaniu o udzielenie świadczenia zdrowotnego.

(dowód: akta kontroli Tom 3, str. 773-775)

⁹⁴ Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.

⁹⁵ W ogłoszeniu o konkursie zawarto informacje, że: rozstrzygnięcie konkursu ofert nastąpi w dniu 13.03.2012 r. w gabinecie Naczelnego Lekarza PSZOZ, oferent ma prawo do wniesienia do Dyrektora PSZOZ w Inowrocławiu, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania.

Postanowienia o sposobie ogłoszenia o wyniku konkursu nie zostały także zawarte w szczegółowych warunkach konkursu ofert, w szczególności w § 15 dotyczącym sposobu zakończenia postępowania. Dokument ten określał nieprzewidziany w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej tryb zawiadamiania o zakończeniu konkursu oraz jego wyniku.

⁹⁶ W protokole z konkursu ofert nie podano także terminu złożenia podpisów przez członków komisji (zgodnie z ogłoszeniem o konkursie ofert postępowanie miało zostać rozstrzygnięte w dniu 13.03.2013 r.).

⁹⁷ W dniu 29.03.2012 r. przewodniczący komisji konkursowej oddalił ww. odwołanie. Sposób rozpatrzenia odwołania był niezgodny z art. 151 ust. 5 oraz art. 154 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Odwołanie rozpatrzył przewodniczący komisji konkursowej, która ulega rozwiązaniu z chwilą ogłoszenia, a nie Dyrektor PSZOZ do jakiego prawidłowo zostało złożone odwołanie. W piśmie z 29.03.2012 r. do oferenta podano błędnie, iż „oddalono protest” (oferent złożył odwołanie) oraz błędnie przywołano podstawę prawną – art. 154 ust. 3 ww. ustawy, tj. przepis, który nie miał zastosowania w świetle art. 26 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej.

Rozpatrzone odwołanie wpłynęło do PSZOZ już po podpisaniu umowy z wyłonionym wykonawcą. Umowę podpisano z datą 20.03.2012 r. Dyrektor Szpitala, Pan Eligiusz Patalas wyjaśnił jednak, że umowa faktycznie została podpisana 21.03.2012 r., oświadczenie o takiej treści złożyła osoba reprezentująca wyłonionego wykonawcę.

Powyższe wyjaśnienia, biorąc pod uwagę treść złożonego odwołania (z prawidłowym przywołaniem przepisów, przez podmiot do tego uprawniony) oraz treść udzielonej odwołującemu odpowiedzi (argumenty odwołującego zostały przez przewodniczącego komisji rozpatrzone, nie podniesiono natomiast bezprzedmiotowości i niedochowania terminu) – nie znajdują potwierdzenia w zgromadzonym materiale dowodowym. Należy nadmienić, że w przypadku potraktowania wysłanego w dniu 16.03.2012 r. zawiadomienia o wyniku konkursu ofert jako ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu ofert (czego nie można uznać w świetle przepisu art. 151 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej) Dyrektor PSZOZ podpisując w dniu 21.03.2012 r. umowę z wyłonionym wykonawcą - naruszyłby 7 dniowy termin przyznany oferentom do złożenia odwołania.

Kolejne nieprawidłowości stwierdzono po zakończeniu konkursu ofert wszczętego zarządzeniem z 05.03.2012 r. wyłonieniu wykonawcy i podpisaniu umowy z 20.03.2012 r. obowiązującej od 01.04.2012 r. Po czterech dniach jej obowiązywania zawarto obustronne porozumienie rozwiązujące umowę za porozumieniem stron, z dniem podpisania. Naruszono tym przepis art. 27 ust. 8 ustawy o działalności leczniczej (w brzmieniu obowiązującym do 29.06.2012 r.), który nie dopuszczał takiego trybu rozwiązania umowy⁹⁸. Powyższe naruszenie przepisów nastąpiło na skutek wyłonienia wykonawcy, który pomimo zobowiązania się w ofercie i umowie z 20.03.2012 r. do rozpoczęcia udzielania świadczeń od 01.04.2012 r. faktycznie nie był w stanie wyposażyć pracowni w tym terminie⁹⁹. W związku z rozwiązaniem ww. umowy Dyrektor Szpitala zawarł aneks nr 5 z 04.04.2012 r. do umowy z 18.01.2011 r. przedłużający (na okres od 04.04.2012 r. do 30.06.2012 r.) termin udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii inwazyjnej przez dotychczasowego wykonawcę.

Zawarcie ww. aneksu z terminem obowiązywania od 04.04.2012 r., do umowy która przestała obowiązywać z dniem 31.03.2012 r., stanowi naruszenie art. 26 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej. W chwili zawarcia aneksu, stron nie łączyła już umowa pierwotna, zatem tak zawarty aneks w żaden sposób nie mógł kształtować jej treści. W związku z powyższym aneks nr 5 stanowi faktycznie nową umowę, zawartą bez stosowania przepisów ustawy o działalności leczniczej. W okresie jego obowiązywania Szpital zlecał świadczenia w zakresie kardiologii inwazyjnej wyłącznie na podstawie postanowień aneksu, w którym nie uregulowano zagadnień wymienionych w art. 27 ust. 4 pkt 2-4 i 6-9 ustawy o działalności leczniczej, tj. elementów niezbędnych dla ewentualnego dochodzenia od wykonawcy prawidłowego realizowania i rozliczenia świadczeń zdrowotnych. Na usługi wykonane w okresie obowiązywania ww. aneksu Szpital wydatkował 1.042.365,00 zł¹⁰⁰.

(dowód: akta kontroli Tom 3, str. 531-559, 596-608, 615, 1764-1765)

Odpowiedzialnym za rozwiązanie umowy z wybranym w konkursie ofert wykonawcą i zawarciem aneksu nr 5 do umowy z 18.01.2012 r. był Dyrektor Szpitala, który wyjaśnił, że zawarcie porozumienia zawierającego oświadczenie o przyczynie rozwiązania umowy było korzystniejsze od jednostronnego rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym, gdyż przyczyniło się do uniknięcia ewentualnych roszczeń. Ponadto porozumienie zawarto zgodnie z zasadą swobody kształtowania

⁹⁸ na gruncie orzecznictwa wydanego w związku z ustawą o ZOZ, charakter umów o świadczenie zdrowotne był przedmiotem oceny Sądu Najwyższego, który w wyroku z 10 grudnia 2004 r., SN, III CK 134/04, OSP 2005/6/79 stwierdził m.in. że jest to umowa nazwana, uregulowana w ustawie

⁹⁹ Z informacji od wykonawcy uzyskanej w piśmie z 23.09.2013 r. wynika, że wyłoniona firma zobowiązała się do rozpoczęcia świadczenia usług z dniem 01.04.2012 r. ponieważ dysponowała zapewnieniem o możliwości dostarczenia jej sprzętu, dostawca nie dotrzymał jednak zapewnień i wycofał się z transakcji.

¹⁰⁰ Za usługi w okresie od 04.04-30.06.2012 r. Szpital poniósł wydatki na podstawie 4 faktur: nr IN1200004 z 30.04.2012 r. na kwotę 313.700,00 zł za usługi wykonane w kwietniu; nr IN1200005 z 31.05.2012 r. na kwotę 334.457,00 zł za usługi wykonane w maju; nr IN1200006 z 30.06.2012 r. na kwotę 298.095,00 zł za usługi wykonane w czerwcu; IN1200007 z 31.07.2012 r. na kwotę 96.113,00 zł za usługi wykonane ponad limit w miesiącach maj-czerwiec

umów. Wyjaśniający przywołał także postanowienie § 21 pkt 4 umowy, który dawał zamawiającemu możliwość rozwiązania umowy w szczególności w razie braku możliwości wykonywania świadczeń zdrowotnych przez okres dłuższy niż jeden miesiąc. PSZOZ nie mógł jednak czekać na wyczerpanie przez wykonawcę ww. warunku, gdyż doprowadziłoby to do miesięcznej przerwy w realizacji kontraktu z NFZ. W odniesieniu do daty zawarcia aneksu nr 5 przedłużającego umowę z 18.01.2011 r. wyjaśniający stwierdził, że nie miał możliwości zawarcia go wcześniej, gdyż Szpital miał podpisaną umowę z wykonawcą wyłonionym w przetargu zorganizowanym na podstawie zarządzenia z 05.03.2012 r.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że swoboda kształtowania umów ograniczona jest przez uregulowania ustawowe, w związku z czym niedopuszczalne było stosowanie innego trybu rozwiązania umowy niż określony w art. 27 ust. 8 ustawy o działalności leczniczej.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca także uwagę na brak wdrożenia w konkursach (wszczętych zarządzeniami z 17.12.2010 r. i 05.03.2012 r.) jakichkolwiek mechanizmów chroniących Szpital przed składaniem ofert przez podmioty niedysponujące sprzętem niezbędnym do realizacji zlecanych świadczeń zdrowotnych¹⁰¹. Obowiązek dostarczenia dokumentacji sprzętu wprowadzono dopiero po zaistnieniu opisanego wyżej przypadku. Najwyższa Izba Kontroli wskazuje, że do wyżej wymienionych nieprawidłowości przyczynił się termin przeprowadzania konkursu ofert na ww. świadczenia. Konkurs wszczęto zarządzeniem z 05.03.2012 r., ogłoszono 06.03.2012 r. z terminem składania ofert do 13.03.2012 r. Biorąc pod uwagę 7 dniowy termin na złożenie odwołania – umowa z wyłonionym wykonawcą mogła zostać podpisana najwcześniej 21.03.2012 r., tj. 10 dni przed końcem obowiązywania umowy z 18.01.2010 r. Pozostawiło to niewielki margines czasu na zdarzenia nieprzewidziane i uniemożliwiło zorganizowanie kolejnego konkurencyjnego konkursu, w przypadku gdyby konkurs wszczęty zarządzeniem z 05.03.2012 r. nie został rozstrzygnięty.

4.2.3. Legalność i gospodarność działań związanych z zatrudnieniem i zawieraniem umów cywilnoprawnych z Dyrektorem Szpitala.

Opis stanu
faktycznego

W dniu 25.01.2001 r. Zarząd Powiatu Inowrocławskiego¹⁰² powołał na czas nieokreślony, z dniem 01.02.2001 r., Eligiusza Patalasa na stanowisko Dyrektora. Dyrektor na własny wniosek został odwołany¹⁰³ z dniem 30.09.2012 r. Powyższe odwołanie było równoznaczne z wypowiedzeniem stosunku pracy. Jednocześnie Zarząd Powiatu wyraził zgodę na zatrudnienie wyżej wymienionego (w okresie wypowiedzenia) na stanowisku lekarza, obejmującym obowiązki koordynatora Zakładu Ratownictwa Medycznego i Pomocy Doraźnej PSZOZ w Inowrocławiu, z zachowaniem prawa do dotychczasowego wynagrodzenia oraz na dodatkowe zatrudnienie w okresie wypowiedzenia, w ramach umowy zlecenia obejmującej udzielanie świadczeń pacjentom PSZOZ w Inowrocławiu w zakresie zapewnienia opieki medycznej (dyżury medyczne) w Oddziale Laryngologicznym i Szpitalnym Oddziale Ratunkowym. Wykonywanie zadań w ramach umowy zlecenia mogło

¹⁰¹ W szczegółowych warunkach konkursów ofert żądano m.in. kopii dokumentów poświadczających status prawny, potwierdzających wpis do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą, przedłożenie stosownych polis ubezpieczenia OC, kopii dokumentów poświadczających kwalifikacje personelu medycznego. W przypadku udostępnianego przez wykonawcę sprzętu – żądano wyłącznie oświadczenie o gotowości wyposażenia na własny koszt stanowiska niezbędnego do realizacji świadczeń.

¹⁰² po przeprowadzeniu postępowania ofertowego, uchwałą nr 156/2001 w sprawie powołania Dyrektora PSZOZ w Inowrocławiu,

¹⁰³ Na wniosek z 20 września 2012 r. Zarząd Powiatu Inowrocławskiego, uchwałą nr 342/2012 z 28 września 2012 r. odwołał Pana Eligiusza Patalasa ze stanowiska Dyrektora z dniem 30 września 2012 r.

następować poza godzinami pracy wykonywanej na stanowisku lekarza-koordynatora ww. Zakładu.

W wyniku przeprowadzonej procedury konkursowej, Zarząd Powiatu Inowrocławskiego¹⁰⁴, powołał z dniem 01.12.2012 r. na stanowisko Dyrektora Pana Eligiusza Patalasa. Jednocześnie, na wniosek wyżej wymienionego, wyraził zgodę na udzielanie przez niego świadczeń zdrowotnych w PSZOZ w Inowrocławiu w wymiarze dwóch godzin dziennie w ramach nawiązanego stosunku pracy na podstawie powołania, w dniach pracy ww. jednostki, w Oddziale Laryngologicznym, SOR i Zakładzie Ratownictwa Medycznego i Pomocy Doraźnej oraz w ramach umowy zlecenia, w zakresie dyżurów medycznych w Oddziale Laryngologicznym i SOR. Wykonywanie zadań w ramach umowy zlecenia mogło następować poza godzinami pracy świadczonymi na podstawie nawiązanego stosunku pracy.

(dowód: akta kontroli Tom IV str. 1, 21, 308-320)

Eligiusz Patalas wyjaśnił, iż „Rezygnację z pełnienia funkcji Dyrektora Szpitala w 2012 r. złożyłem (...) z powodu odmówienia mi dnia 12 września 2012 r. przez Zarząd Powiatu Inowrocławskiego dokonania zmiany warunków stosunku pracy nawiązanego na podstawie uchwały nr 156/2001 (...), które umożliwiłyby mi – jako kierownikowi podmiotu leczniczego udzielać świadczeń zdrowotnych w godzinach pracy wykonywanej w ramach podstawowego zatrudnienia, w razie takiej potrzeby. (...) Prośbę o wyrażenie zgody przez Zarząd Powiatu Inowrocławskiego na ww. udzielanie świadczeń zdrowotnych złożyłem (...) mając na uwadze konieczność dostosowania się do przepisów nowej ustawy o działalności leczniczej. Zgodnie z przepisami art. 47 ust. 1 i 3 ustawy o działalności leczniczej, kierownik podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, z którym podmiot tworzący nawiązał stosunek pracy na podstawie powołania, umowy o pracę albo zawarł umowę cywilnoprawną, wykonujący zawód medyczny, może udzielać świadczeń zdrowotnych, jeżeli zawarta z nim umowa przewiduje taką możliwość. Zgoda na możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach podstawowego zatrudnienia jest dla mnie istotna, ponieważ gdybym z przyczyn zarówno osobistych jak i wynikających z otoczenia (w szczególności prawno-organizacyjnego) nie mógł wykonywać dyżurów, brak takiej zgody pozbawiłby mnie możliwości praktycznego wykonywania zawodu lekarza. Zawód lekarza wykonuję od 1984 r.; ciągły rozwój medycyny i nowe technologie w tej dziedzinie wymagają stałego doskonalenia się i doskonalenia swoich umiejętności, a uznanie w art. 2 ust. 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, że kierowanie podmiotem leczniczym jest faktycznym wykonywaniem zawodu, w moim przekonaniu nie ma żadnego merytorycznego wytłumaczenia.”

(dowód: akta kontroli Tom 4 str. 276 – 280)

W okresie objętym kontrolą, Dyrektor udzielał świadczeń zdrowotnych pacjentom PSZOZ w zakresie zapewnienia całodobowej opieki medycznej na podstawie następujących umów:

- a) o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne z 28.12.2009 r., rozwiązanej z dniem 31.08.2012 r.,
- b) zlecenia z 13.09.2012 r., z datą obowiązywania od dnia jej zawarcia do 31.12.2015 r. (rozwiązana z dniem 30.11.2012 r.),
- c) zlecenia z 03.12.2012 r., z datą obowiązywania od dnia jej zawarcia do 30.11.2018 r.

(dowód: akta kontroli Tom 4 str. 15, 22–273)

Ustalono
nieprawidłowości

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

¹⁰⁴ uchwałą nr 376/2012 z 26 listopada 2012 r.

Umowy zlecenia z 13.09.2012 r. oraz 03.12.2012 r., których przedmiotem było zapewnienie całodobowej opieki medycznej zostały przez Szpital zawarte z Dyrektorem z naruszeniem art. 26 ustawy o działalności leczniczej, który wymaga przeprowadzenia konkursu ofert na świadczenia zdrowotne. Zgodnie z ust. 1 i 3 wskazanego przepisu - podmiot leczniczy spełniający przesłanki określone w art. 3 ust. 1 pzp, 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. Udzielenie zamówienia następuje w trybie konkursu ofert.

Dyrektor Szpitala w powyższym zakresie wyjaśnił, iż zawarcie ww. umów zlecenia nie zostało poprzedzone postępowaniem konkursowym, o którym mowa w art. 26 ustawy o działalności leczniczej, ponieważ każda z nich *„jest to umowa - zlecenie przewidziana w kodeksie cywilnym, zawierane ze mną jako osoba fizyczną, stanowiąca podstawę mojego dodatkowego, pozapracowniczego zatrudnienia (świadczenie pracy na podstawie umowy zlecenia), a nie umowa zawierana z podmiotem wykonującym działalność leczniczą, o którym mowa w ww. ustawie.”*

(dowód: akta kontroli Tom 4 str. 276 – 280)

Powyższe umowy zlecenia w imieniu Szpitala, z upoważnienia Zarządu Powiatu Inowrocławskiego, zawarł Naczelny Lekarz Szpitala, który w powyższym zakresie złożył wyjaśnienia zbieżne z przedstawionymi powyżej wyjaśnieniami Dyrektora.

Skutkiem zawarcia umowy zlecenia z 3 grudnia 2012 r. było poniesienie przez Szpital kosztów związanych z jego wykonaniem, które w łącznej wysokości (za miesiące grudzień 2012 r. – listopad 2013 r.) wyniosły 89.920 zł, a koszty Szpitala związane z wykonywaniem przez Dyrektora umowy zlecenia z 13 września 2012 r. stanowiły łączną kwotę 22.060 zł.

(dowód: akta kontroli Tom 4 str. 50-60, 206 – 275)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na obciążenie Dyrektora obowiązkami służbowymi. Podstawowy wymiar czasu pracy na stanowisku Dyrektora wynosi 7 godzin i 35 minut, co zostało potwierdzone w złożonych wyjaśnieniach. Jednakże poza pełnieniem powyższej funkcji udzielał on pacjentom PSZOZ świadczeń zdrowotnych na podstawie wyżej opisanych umów. Ilość godzin wypracowana na ich podstawie sięgała w rozliczeniu miesięcznym nawet 184. W skrajnym przypadku, tj. w dniach: 1-17 sierpnia 2013 r. (do godz. 7.30), Dyrektor w dniach: 1, 2, 5-9, 12-14 i 16 sierpnia pełnił funkcję Dyrektora a dodatkowo przepracował 160 godzin na dyżurach medycznych (56 godzin na dyżurze pod telefonem w Oddziale Laryngologicznym (w tym 6 h wykonywał pracę w wyniku wezwania do Szpitala) i 104 godziny w SOR.

W złożonych wyjaśnieniach Dyrektor podał, że nie wykonywał, w liczbie większej niż dwa, następujących po sobie dyżurów stacjonarnych. Dodał, że „zarówno podczas dyżurów stacjonarnych (realizacja transportu specjalistycznego w SOR), jak i w czasie dyżurów pod telefonem w Oddziale Laryngologicznym nie wykonuję pracy w sposób nieprzerwany, tj. bez zachowania przerw na odpoczynek. W takiej sytuacji pracę polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych mogę łączyć z funkcją Dyrektora Szpitala bez obniżenia jakości świadczonych przeze mnie usług.”

(dowód: akta kontroli Tom 4 str. 61-273, 276-307, 322-326)

4.2.3. Badanie procedur rozliczania wybranych usług świadczonych na rzecz Szpitala.

1) Badanie realizacji umowy nr 85/UP/2012 r z 28.06.2012 r. na świadczenie usług w zakresie produkcji posiłków wykazało¹⁰⁵, że pracownicy Szpitala oraz wykonawca przestrzegali trybu określonego w § 3 ust. 1, 7 i 8 ww. umowy, w tym: stosowano prawidłowe stawki w dietach 3 i 5 posiłkowych, a kwoty widniejące na fakturach odpowiadały zestawieniom wydanych w danym miesiącu posiłków¹⁰⁶.

(dowód: akta kontroli Tom 1 str. 286-290, Tom 3 str. 1770-1772)

2) Badanie realizacji umowy z 18.01.2011 r. na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii inwazyjnej wykazało, że wykonawca wraz z fakturą sporządzał sprawozdania z wykonania umowy, w których wymieniono m.in. dane identyfikacyjne pacjentów, rodzaj wykonanego zabiegu, datę zabiegu, imię i nazwisko lekarza kierującego oraz cenę. Kwoty należności określone na fakturach za badany okres były zgodne ze sporządzanymi sprawozdaniami, z tym że faktury miesięczne wystawiono na zabiegi wykonane w ramach limitu określonego w umowie zawartej przez Szpital z NFZ, a na zabiegi wykonane ponad limit wystawiał fakturę kwartalną, płatną po otrzymaniu środków z NFZ¹⁰⁷. Odpowiednie zestawienie pacjentów skierowanych na zabiegi w zakresie kardiologii inwazyjnej sporządzane były przez Koordynatora Oddziału Kardiologii. Badany sposób wystawiania przez wykonawcę faktur był zgodny z § 12 umowy z 18.01.2011 r.

(dowód: akta kontroli Tom 3 str. 531-539, 688-718, 1772)

Oddział NFZ, w okresie maj – październik 2012 r., przeprowadził w Szpitalu kontrolę doraźną problemową dotyczącą realizacji kontraktów za 2011 i I półrocze 2012 r. W wyniku stwierdzonych nieprawidłowości Oddział NFZ dokonał korekty faktur na kwotę 211,7 tys. zł, korekty raportów statystycznych na kwotę 98,1 tys. zł oraz naliczył kary umowne w wysokości 134,0 tys. zł¹⁰⁸. Pomimo, że ustalenia kontroli Oddziału NFZ wskazywały na nieprawidłowości w udzielaniu świadczeń w zakresie kardiologii inwazyjnej, w Szpitalu nie podjęto działań mających na celu przeniesienie odpowiedzialności finansowej na podmiot wykonujący ww. świadczenia, pomimo że postanowienia § 15 ust. 2 oraz § 24 ust. 1 umowy z 18.01.2011 r.¹⁰⁹ dają podstawy do takich roszczeń. Powyższe zaniechanie NIK ocenia jako niegospodarne.

W toku niniejszej kontroli zestawiono wyniki kontroli Oddziału NFZ dotyczące świadczeń w zakresie kardiologii inwazyjnej z obowiązkami wykonawcy realizującego zabiegi kardiologii inwazyjnej na podstawie umowy z 18.01.2011 r.

¹⁰⁵ Badanie przeprowadzono na wybranej próbie: rozliczeniu faktur za okres lipiec – wrzesień 2012 r. oraz styczeń – marzec 2013 r.: nr FV 01/INO/07-12 z 02.08.2012 r., FV 2/INO/08-12 z 04.09.2012 r.; FV 03/INO/08-12 z 02.10.2012 r.; FV 02/INO.01-13 z 04.02.2013r.; FV 04/INO/02-13 z 04.03.2013 r.; FV 09/INO/03-13 z 03.04.2013 r.

¹⁰⁶ Zestawienia wydanych posiłków były weryfikowane w Szpitalu przez Kierownika Działu Administracyjno-Gospodarczego. W tej komórce organizacyjnej zbierano sporządzane przez oddziały Szpitala informacje o wydanych posiłkach.

¹⁰⁷ Badaniem objęto wybrany okres listopad – grudzień 2011 r., za który wykonawca wystawił faktury: IN1100014 z 30.11.2011 r. i IN1100015 z 31.12.2011 r. oraz fakturę za świadczenia ponad limit IN1200001 z 31.01.2012 r.

¹⁰⁸ Kwoty odpowiadają ogółem 178 przypadkom nieprawidłowości w realizacji przez Szpital świadczeń zdrowotnych, z czego świadczenia na kwotę 211.735,00 zł zostało przed kontrolą rozliczone i zapłacone przez NFZ, kwota 98.061 tys. zł odpowiadała nieprawidłowościom w świadczeniach rozliczonych przez PSZOZ, za które NFZ do dnia kontroli nie zapłacił; kwota 133.993,00 zł kary umownej stanowiła 1,1% wartości kontraktu w zakresie kardiologia – hospitalizacja (procedury OZW); 0,2% kontraktu w zakresie kardiologii; 0,1% kontraktu w zakresie chorób wewnętrznych. Karę umowną Szpital uiszczył w dniach 28-30.11.2012 r. Korekty faktur na wyniki kontroli Oddziału NFZ dokonano w okresie 30.10.2012 r. – 16.11.2012 r., z tym że w wyniku nadwykonania przez Szpital świadczeń w 2011 r., w miejsce świadczeń nieuznanych - Szpital rozliczył świadczenia wykonane ponad limit.

¹⁰⁹ Postanowienia § 15 ust. 2 umowy z 18.01.2011 r. określało, że „W przypadku uznania przez NFZ w wyniku kontroli (...), iż za wykonane przez Wykonawcę świadczenie zdrowotne Zamawiającemu nie przysługuje wynagrodzenie, Wykonawca nie otrzyma z tego tytułu wynagrodzenia, a jeśli wynagrodzenie to już otrzymał, to zobowiązuje się on do jego zwrotu Zamawiającemu. Zamawiający potrąci należność, o której mowa wyżej z najbliższego wynagrodzenia Wykonawcy po uprzednim zawiadomieniu go na piśmie. Jeśli wynagrodzenie to nie wystarczy na zapłacenie powyższej należności albo umowa została rozwiązana lub wygasła, Wykonawca zapłaci ją na podstawie wezwania Zamawiającego w terminie 14 dni od dnia otrzymania wezwania.” W § 24 ust. 1 umowy z 18.01.2011 r. określono, że „W przypadku obciążenia Zamawiającego karą umowną przez Narodowy Fundusz Zdrowia z powodu okoliczności, za które odpowiedzialność ponosi Wykonawca, Zamawiający będzie miał prawo żądać od Wykonawcy zapłaty tej kary umownej”; pozostała część ww. postanowienia była analogiczna do zapisu § 15 ust. 2 ww. umowy.

1) W wybranym do badania okresie listopad-grudzień stwierdzono ogółem 7 przypadków błędnego kierowania pacjentów na zabiegi z zakresu kardiologii inwazyjnej lub nierzetelnego weryfikowania dokumentów rozliczeniowych sporządzanych przez wykonawcę umowy z 18.01.2011 r. na świadczenia zdrowotne w zakresie kardiologii inwazyjnej, w wyniku czego Szpital poniósł nieuzasadnione koszty, w wysokości 37.545 zł. Nieprawidłowości dotyczyły 5,9% rozliczonych w okresie listopad-grudzień badań (ogółem 119) oraz 5,1% naliczonych kosztów (740,2 tys. zł):

a) Zabieg wykonany w dniu 16.12.2011 r. (pacjent 37...442¹¹⁰) został rozliczony przez wykonawcę umowy z 18.01.2011 r. jako procedura E14 - leczenie inwazyjne za kwotę 7.250 zł. Kontrola Oddziału NFZ wykazała możliwość rozliczenia przez Szpital wyłącznie procedury E27 - koronarografia i inne zabiegi inwazyjne. Powyższa procedura była płatna na rzecz wykonawcy umowy z 18.01.2012 r. na kwotę 830 zł.

b) Zabieg wykonany w dniu 09.12.2011 r. (pacjent 48...121) został rozliczony przez wykonawcę umowy z 18.01.2011 r. jako procedura E13 – leczenie inwazyjne za kwotę 7.250 zł. Kontrola Oddziału NFZ wykazała możliwość rozliczenia przez Szpital wyłącznie procedury E56 - choroba niedokrwienna serca. Powyższa procedura nie jest objęta umową z 18.01.2011 r., kontrola Oddziału NFZ potwierdziła jednak wykonanie koronarografii, płatnej wykonawcy na kwotę 830 zł.

c) Zabieg wykonany w dniu 12.12.2011 r. (42...662) został rozliczony przez wykonawcę umowy z 18.01.2011 r. jako procedura E12 - leczenie inwazyjne złożone za kwotę 9.000 zł. Kontrola Oddziału NFZ wykazała nieprawidłowe rozliczenie tej procedury. Właściwą procedurą była E24 – angioplastyka wieńcowa z implementacją nie mniej niż dwóch stentów wielonaczyniowych (wskazana w dokumentacji przez lekarza wykonującego) – płatna wykonawcy umowy z 18.01.2011 r. na kwotę 6.650 zł.

d) Zabieg wykonany w dniu 14.12.2011 r. (pacjent 42...852) został rozliczony przez wykonawcę umowy z 18.01.2011 r. jako procedura E14 - leczenie inwazyjne na kwotę 7.250 zł. Kontrola Oddziału NFZ wykazała, że pacjenta przyjęto do Szpitala celem wykonania koronarografii i faktycznie wykonano procedurę E27 - koronarografia i inne zabiegi inwazyjne, płatną na rzecz wykonawcy umowy z 18.01.2012 r. na kwotę 830 zł.

e) Zabieg wykonany w dniu 23.11.2011 r. (pacjent 48...581) został rozliczony przez wykonawcę umowy z 18.01.2011 r. jako procedura E14 - leczenie inwazyjne na kwotę 7.250 zł. Kontrola Oddziału NFZ wykazała, że faktycznie wykonano procedurę E27 - koronarografia i inne zabiegi inwazyjne, płatną na rzecz wykonawcy umowy z 18.01.2012 r. na kwotę 830 zł.

f) Zabieg wykonany w dniu 18.11.2011 r. (pacjent 36...015) został rozliczony przez wykonawcę umowy z 18.01.2011 r. jako procedura E12 – leczenie inwazyjne złożone (na dokumentach rozliczeniowych widnieją poprawki z procedury E13). Kontrola Oddziału NFZ wykazała, że zabieg nie został w pełni zrealizowany, możliwe zatem było rozliczenie wyłącznie procedury E13 - leczenie inwazyjne, płatnej wykonawcy umowy z 18.01.2012 r. na kwotę 7.250 zł.

g) W toku badania stwierdzono także jeden, niebędący następstwem kontroli Oddziału NFZ, przypadek (zabieg z 14.11.2011 r., pacjent 54...291), w którym wykonawca umowy 18.01.2011 r. rozliczył procedurę E-13 – leczenie inwazyjne za kwotę 7.250 zł (procedura została zatwierdzona ze strony Szpitala), a Szpital rozliczył procedurę E57 – dusznica bolesna stabilna), tj. procedurę nieobjętą

¹¹⁰ fragment numeru PESEL obejmujący dwie pierwsze i trzy ostatnie cyfry

umową z 18.01.2011 r. Wykonanie koronarografii płatne było wykonawcy na kwotę 830 zł.

(dowód: akta kontroli Tom 3 str. 531-560, 649-718, 794-855)

Odpowiedzialny, zgodnie z § 11 pkt 1 oraz § 12 umowy z 18.01.2011 r., za kierowanie pacjentów oraz rozliczanie wykonawcy Koordynator Oddziału Kardiologicznego, wyjaśnił m.in., że procedury nadane przez wykonawcę umowy z 18.01.2011 r. zostały zatwierdzone, ponieważ uznaliśmy, że istnieją przesłanki przemawiające za rozpoznaniem ostrych zespołów wieńcowych (zwanym dalej „OZW”)¹¹¹. Kontrola Oddziału NFZ w oparciu o arbitralny punkt widzenia lub niedostatek dokumentacji podważyła nasze rozpoznanie. Kluczowym zagadnieniem był odmienny punkt widzenia na tzw. dusznicę bolesną niestabilną (jedną z form OZW), która niekoniecznie musi manifestować się wzrostem markerów uszkodzenia serca (troponin) oraz obecnością istotnych zwężeń w koronarografii.

W odniesieniu do stanowiska przedstawionego w wyjaśnieniach ustalono, że wyniki kontroli Oddziału NFZ w opisanych wyżej przypadkach w większości nie były kwestionowane przez PSZOZ.¹¹²

(dowód: akta kontroli Tom 3 str. 1377-1376)

2) W PSZOZ nie wyegzekwowano od wykonawcy umowy z 18.01.2011 r. całodobowego wykonywania świadczeń zdrowotnych¹¹³. Kontrola Oddziału NFZ, w oparciu o harmonogramy pracy prowadzonej przez wykonawcę umowy z 18.01.2011 r. pracowni hemodynamiki oraz dokumentację medyczną – ustaliła, że zabiegi kardiologii inwazyjnej na pacjentach OZW wykonywano wyłącznie 3 dni w tygodniu, zgodnie z ustalonym harmonogramem, z tym że zabiegi kończą się w zdecydowanej większości przypadków przed godziną 15:00 (harmonogram przewidywał godz. zakończenia – 18:00).

Analiza sporządzonej przez wykonawcę umowy z 18.01.2011 r. zestawień zabiegów w zakresie wykonanych w okresie październik – grudzień 2011 r. oraz harmonogramu pracy pracowni hemodynamiki prowadzonej przez wykonawcę ww. umowy, w toku niniejszej kontroli wykazała, że zabiegi wykonywano wyłącznie w dni planowego działania pracowni, oraz że pracownia hemodynamiki była czynna w badanym okresie od 11 do 12 dni w miesiącu¹¹⁴, a przerwy między wykonywanymi zabiegami były w 5 przypadkach dłuższe od 2 dni.

Powyższa organizacja pracy pracowni hemodynamiki skutkowałą naruszeniem przez Szpital przepisu pkt 7 załącznika nr 4 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

(dowód: akta kontroli Tom 3 str. 690-718, 808-855, 999-1010)

¹¹¹ Wyjaśniający opisał procedurę leczenia inwazyjnego OZW. Wykonywana jest ona podczas jednego zabiegu, w dwóch etapach. Najpierw operator wykonuje badanie diagnostyczne – koronarografię, a następnie zależnie od stanu naczyń wieńcowych decyduje o wykonaniu angioplastyki. Procedury E12 – E14 dotyczą leczenia inwazyjnego OZW i w każdym przypadku nadania ich u chorego musi być wykonana koronarografia i ewentualnie angioplastyka. O zaliczeniu do procedur E13 lub E14 decyduje kryterium czasowe – długość hospitalizacji, a w przypadku procedury E12 rodzaj leczenia (złożone). Wyjaśniający odniósł się do konkretnych przypadków wymienionych w niniejszym wystąpieniu – w toku zabiegów określonych w pkt a-d wykonano koronarografię, a w przypadku wymienionym w pkt d dodatkowo angioplastykę z implantacją 2 stentów metalowych. W odniesieniu do przypadku nieobjętego wynikami kontroli Oddziału NFZ (pkt g) wyjaśniający stwierdził, że nie był to przypadek OZW - operator wykonawcy umowy z 18.01.2011 r. mógł znać wyłącznie wstępne rozpoznanie i zakwalifikować zabieg na jego podstawie.

¹¹² W odniesieniu do poszczególnych zabiegów: pkt c – zostały zaakceptowane ze strony Szpitala na etapie kontroli; w przypadku zabiegów określonych w pkt a,b i d wyjaśniający zgodził się z ustaleniami kontroli Oddziału NFZ nie wnosząc zastrzeżeń do protokołu kontroli; w przypadku zabiegu określonego w pkt e – wyjaśnienie nie potwierdza dokumentacją medyczną; w odniesieniu do zabiegu określonego w pkt f obie strony stwierdziły niepełną skuteczność zabiegu – umowa z 18.01.2011 r. w przewidywała płatność za wykonane zabiegi.

¹¹³ W § 9 ust. 1 i 2 umowy z 18.01.2011 r. określono, że „Wykonawca zapewnia całodobową gotowość do wykonywania świadczeń zdrowotnych. Szczegółowy harmonogram udzielania planowych świadczeń zdrowotnych w okresach miesięcznych zostanie każdorazowo przedłożony Wykonawcy przez Zamawiającego.”; „O braku możliwości wykonywania świadczeń zdrowotnych przez okres dłuższy niż 2 dni Wykonawca zobowiązany jest poinformować Zamawiającego z co najmniej jednodniowym wyprzedzeniem, pod rygorem rozwiązania umowy bez zachowania okresu wypowiedzenia.”

¹¹⁴ 3, 5, 10, 12, 14, 17, 19, 21, 24, 26, 28 października; 2, 4, 7, 9, 14, 16, 18, 21, 23, 25, 28, 30 listopada; 5, 7, 9, 12, 14, 16, 19, 21, 23, 28, 30 grudnia 2011 r.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił m.in., że zgodnie z § 9 ust. 1 umowy z 18.01.2011 r. świadczenia kardiologii inwazyjnej w zakresie leczenia OZW były wykonywane zgodnie ze szczegółowym miesięcznym harmonogramem, rozumianym jako planowe terminy pracy Pracowni Hemodynamiki. W pozostałym zakresie (poza terminami planowymi) wykonawca umowy z 18.01.2011 r. zobowiązany był zapewnić całodobową gotowość do wykonywania świadczeń zdrowotnych. Na całodobowy tryb pracy składał się tryb planowy jak i gotowość lekarzy wykonawcy do natychmiastowego wykonywania świadczeń na wezwanie lekarza dyżurnego.

W odniesieniu do świadczeń nieuznanych w toku kontroli Oddziału NFZ wyjaśniający stwierdził m.in., że w ramach poszczególnych procedur błędy leżały po stronie Oddziału Kardiologicznego, lub Oddział Kardiologiczny potwierdził rozliczenie wykonawcy umowy z 18.01.2011 r. Z wyżej wymienionych względów niepodjęte zostały działania mające na celu potrącenie z należności wykonawcy umowy z 18.01.2011 r. kar umownych naliczonych przez Oddział NFZ.

(dowód: akta kontroli Tom 3 str. 458-470, 1382)

Ustalenia kontroli NIK oraz wcześniejsze ustalenia Oddziału NFZ wskazują jednoznacznie, że pracownia hemodynamiki wykonywała zabiegi wyłącznie w terminach planowych i Szpital nie domagał się od wykonawcy umowy z 18.01.2011 r. wykonywania świadczeń na wezwanie. Wszyscy pacjenci przyjęci poza terminami określonymi w harmonogramie, a wymagający pilnej interwencji – byli odsyłani do klinik kardiologii w innych szpitalach. Ponadto postanowienia umowy z 18.01.2011 r. dają podstawy do dochodzenia roszczeń od wykonawcy. Ostateczną decyzję o przeprowadzeniu zabiegu podejmował bowiem zespół wykonawcy przeprowadzający zabieg (§ 1 ust. 3 umowy z 18.01.2011 r.), wykonawca był zobowiązany do przestrzegania standardów NFZ (§ 2 ust. 2), postanowienia § 15 ust. 1 umowy dotyczące przeniesienia wyniku kontroli NFZ na wykonawcę – nie dotyczą wyłącznie przypadków zawinionych przez wykonawcę.

(dowód: akta kontroli Tom 3 str. 531-544, 690-718, 808-855)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości ocenia działalność Szpitala w zakresie dokonywania wydatków. Na obniżenie oceny wpływ miały przede wszystkim nieprawidłowości i uwagi NIK dotyczące dokonywania wydatków w oparciu o procedury określonych w pzp i ustawie o działalności leczniczej. Nieprawidłowości bądź uwagi NIK dotyczyły aż 8 na 13 skontrolowanych przetargów, oraz 1 z 3 badanych konkursów ofert na świadczenia zdrowotne.

IV. Uwagi i wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹¹⁵, wnosi o:

1. podjęcie działań zapewniających sporządzanie korekt sprawozdań Rb-Z, w przypadku zmian w ewidencji księgowej dotyczącej zobowiązań;

¹¹⁵ Dz.U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.

2. poinformowanie Zarządu Powiatu Inowrocławskiego o rozbieżności między Statutem Szpitala a stanem faktycznym w zakresie realizacji świadczeń stacjonarnej rehabilitacji leczniczej;
3. rozważenie wszczynania powtarzających się zamówień publicznych oraz konkursów ofert na świadczenia medyczne w terminach umożliwiających rozstrzygnięcie postępowań przed wygaśnięciem poprzednio zawartych umów i jednocześnie w sposób zapewniający ciągłość realizacji zadań;
4. stosowanie trybów zamówień publicznych z wolnej ręki tylko w przypadku zaistnienia przesłanek uzasadniających możliwość ich zastosowania i w zakresie niezbędnym do prawidłowej realizacji zadań;
5. zapewnienie prawidłowej i terminowej publikacji ogłoszeń związanych z dokonywanymi zamówieniami publicznymi;
6. zapewnienie prawidłowego ustalenia i opisywania wartości szacunkowej zamówienia publicznego;
7. podjęcie skutecznych działań organizacyjnych mających na celu wzmożenie nadzoru nad prawidłowością udzielania zamówień publicznych i sporządzonej w toku postępowań dokumentacji;
8. dokonanie analizy, co do możliwości przeniesienia, na wykonawcę umowy z 18.01.2011 r., odpowiedzialności za nieuznane przez Oddział NFZ świadczenia i nałożone na Szpital kary umowne.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

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

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie

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

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

Bydgoszcz, dnia

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Bydgoszczy

Kontrolerzy:
Lucyna Cierzniaowska-Morzyńska
główny specjalista k.p.

Jarosław Wenderlich
Dyrektor

.....
Podpis

.....
podpis

Joanna
Nierebińska - Mazurek
główny specjalista k.p.

.....
podpis

Kontroler
Szymon Hałasiewicz
główny specjalista k.p.

.....
podpis

Kontroler
Grzegorz Piotrowski
główny specjalista k.p.

.....
podpis