



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Krakowie

LKR.410.023.02.2015
P/15/092

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/15/092 – Restrukturyzacja wybranych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej korzystających z pomocy ze środków publicznych ¹
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Krakowie
Kontroler	Hubert Brzozowski, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 97838 z 30 września 2015 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Zespół Opieki Zdrowotnej w Dąbrowie Tarnowskiej, ul. Szpitalna 1, 33-200 Dąbrowa Tarnowska (Szpital lub ZOZ)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Łukasz Węgrzyn, Dyrektor Szpitala (Dyrektor) (dowód: akta kontroli str. 1291-1311)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna²

Podejmowane przez Szpital w kontrolowanym okresie działania naprawcze mające na celu poprawę sytuacji finansowej Szpitala nie przyniosły oczekiwanych efektów w tym zakresie. W ocenie NIK sytuacja ekonomiczna Szpitala jest zła i w kontrolowanym okresie uległa pogorszeniu. Szpital od 2010 r. odnotowywał ujemny wynik finansowy, a wskaźniki obrazujące zdolność jednostki do regulowania zobowiązań były na poziomie poniżej prawidłowej wartości.

W latach 2005-2014 Szpital realizował działania restrukturyzacyjne i naprawcze określone w opracowanych programach restrukturyzacji z 2005 i 2014 r., które miały na celu ustabilizowanie jego sytuacji ekonomiczno-finansowej, w szczególności poprzez zwiększenie przychodów przy jednoczesnej minimalizacji kosztów. Dyrektorzy ZOZ informowali podmiot tworzący o sytuacji finansowej Szpitala sporządzając własne opracowania i analizy w tym zakresie wraz z propozycjami działań naprawczych. Zrealizowane w kontrolowanym okresie działania naprawcze nie doprowadziły jednak do osiągnięcia dodatniego wyniku finansowego i odzyskania płynności finansowej Szpitala. W 2014 r. wskaźnik bieżącej płynności finansowej Szpitala, informujący o możliwości spłaty zobowiązań bieżących w przypadku gdyby stały się natychmiast wymagalne wyniósł 0,66, były wyższy w porównaniu do roku poprzedzającego o 0,25, jednak znajdował się na poziomie poniżej prawidłowej wartości (1,20-1,70). Wynik finansowy netto za 2014 r. był ujemny i wyniósł (-) 1 989,7 tys. zł. W latach 2005-2014 poziom zobowiązań zwiększył się z 17 031 tys. zł do 22 791,6 tys. zł.

Realizując działania restrukturyzacyjne i naprawcze Szpital uzyskał pomoc finansową ze środków publicznych, w szczególności w postaci pożyczek Skarbu Państwa m.in. na sfinansowanie zobowiązań z tytułu roszczeń pracowników wynikających z art. 4a ustawy

¹ Kontrolowany okres obejmował lata 2005-2014.

² Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie. W niniejszym wystąpieniu pokontrolnym zastosowano ocenę opisową.

z dnia 16 grudnia 1994 r. o negocyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw³.

W ocenie NIK trudna sytuacja finansowa Szpitala na koniec 2014 r., stwarza ryzyko utraty przez ZOZ zdolności do regulowania zobowiązań oraz zaufania kontrahentów i instytucji finansowych. Obecna sytuacja Szpitala wskazuje na konieczność zintensyfikowania realizacji działań naprawczych określonych w programie restrukturyzacyjnym z 2014 r., które mają przyczynić się do poprawy sytuacji finansowej Szpitala. NIK zwraca uwagę, że harmonogram tego programu przewiduje realizację działań naprawczych do 2018 r., jednak z dziesięciu działań zaplanowanych do realizacji w 2014 r. siedmiu nie udało się zrealizować z przyczyn niezależnych od Szpitala.

W kontrolowanym zakresie stwierdzono nieprawidłowość związaną z nieodprowadzaniem składek na ubezpieczenie społeczne i ubezpieczenie zdrowotne od umów cywilnoprawnych na świadczenie usług medycznych w zakresie pełnienia dyżurów lekarskich, zawartych z lekarzami, którzy byli równocześnie zatrudnieni w Szpitalu na podstawie umowy o pracę. Działania nieprawidłowe dotyczyły również nieterminowego regulowania zobowiązań, sporządzania planów finansowych bez wymaganych elementów określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych⁴ i dokonywania korekt tych planów w zakresie zwiększenia kosztów skutkujących wzrostem zobowiązań oraz niesporządzania korekt sprawozdań w zakresie operacji finansowych Rb-Z o stanie zobowiązań za IV kwartał w latach 2010-2014 po dokonaniu zmian stanu faktycznego w ewidencji księgowe.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

*Opis stanu
faktycznego*

1. Przygotowanie działań restrukturyzacyjnych przez szpital

1.1. W latach 2005-2014 Szpital udzielał świadczeń zdrowotnych realizowanych w 12 oddziałach tj.: pulmonologicznym, wewnętrznym, chirurgii ogólnej, chirurgii urazowo-ortopedycznej i rehabilitacji, obserwacyjno-zakaźnym, ginekologiczno-położniczym⁵, dziecięcy, anestezjologii i intensywnej terapii, neonatologicznym. W strukturze Szpitala funkcjonowały również dwa pododdziały: rehabilitacji ogólnoustrojowej oraz rehabilitacji neurologicznej.

W Szpitalu funkcjonowały poradnie świadczące usługi z zakresu: rehabilitacji, alergologii dzieci i dorosłych, diabetologii, endokrynologii, geriatrici, kardiologii, neurologii, gruźlicy i chorób płuc dla dzieci i dorosłych, reumatologii, hepatologii, neonatologii, ginekologii i położnictwa, chirurgii ogólnej, urazów ortopedycznych, okulistyki, otolaryngologii dzieci i dorosłych, metaboliki, nefrologii, leczenia bólu, proktologii, chorób zakaźnych, zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień, psychologii. Ponadto ZOZ posiadał pracownię fizjoterapii ambulatoryjnej, zakład opiekuńczo leczniczy (ZOL), pogotowie ratunkowe, izbę przyjęć oraz realizował usługi w zakresie nocnej i świątecznej opieki całodobowej, tomografii komputerowej, endoskopii. Szpital realizował także programy zdrowotne w zakresie np. profilaktyki nowotworu piersi.

W badanym okresie Szpital zrezygnował udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie poradni chorób zakaźnych, gdzie usługi medyczne przestały być świadczone od 2011 r.

Liczba łóżek na oddziałach szpitalnych wynosiła od 304 w 2005 r. do 279 w 2014 r., a ich stopień wykorzystania wahał się od 66,9% do 80,4 % przy czym w 2005 r. wyniósł 76,8% a w 2014 r. 75,3%. Najniższy poziom wykorzystania łóżek w latach 2010-2014 wystąpił na oddziałach: neonatologicznym (36,0% w 2013 r.), ginekologicznym (38,9% w 2012 r.), położniczym (50,3% w 2011 r.). Najwyższy stopień wykorzystania łóżek występował w ZOL (100,7% w 2012 r.).

³ Dz. U. z 1995 r. Nr 1, poz. 2 ze zm., zwana dalej *ustawą o negocyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców*.

⁴ Dz. U. z 2013 r., poz. 885 ze zm., zwana dalej *ustawą o finansach publicznych*.

⁵ Od 2008 r. nastąpił podział na oddział ginekologiczny i położniczy.

(dowód: akta kontroli str. 1191-1203)

1.2. Przychody z umów zawieranych z Oddziałem NFZ sukcesywnie wzrastały z poziomu 20 614,6 tys. zł w 2005 r. do 37 371,9 tys. zł w 2014 r., przy czym najwyższe przychody osiągnięto w 2012 r. tj. 38 844,0 tys. zł. Stopień realizacji tych umów wynosił przeciętnie w okresie od 2010 do 2014 r. 101,5% (najniższy 100,5 % odnotowano w 2010 r., a najwyższy 102,6% w 2011 r. W 2014 r. największe przychody generowało udzielanie świadczeń w oddziałach: wewnętrznym (4 873,2 tys. zł), chirurgii urazowo-ortopedycznej i rehabilitacji (4 258,6 tys. zł), chirurgii ogólnej (3 510,7 tys. zł). W latach 2010-2014 Szpital nie dochodził na drodze sądowej należności z tytułu tzw. nadwykonań. Wszystkie nadwykonania były rozliczane z NFZ na podstawie zawartych pomiędzy stronami ugód pozasądowych.

(dowód: akta kontroli str. 17,1231-1232)

1.3. W kontrolowanym okresie przewidziane zostały do realizacji działania restrukturyzacyjne objęte programem restrukturyzacji opracowanym przez dyrektora ZOZ w 2005 r. na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej⁶. Ponadto Szpital 12 listopada 2014 r. otrzymał od Starostwa program restrukturyzacji ZOZ sporządzony przez podmiot zewnętrzny tj. Zakład Usług Konsultingowych KNOW HOW Sp. z o.o. Przedmiotowy program obejmował swoim zakresem działania zaplanowane na okres od 2014 do 2018 r. Działania restrukturyzacyjne objęte programem restrukturyzacji opracowanym w 2005 r. przez ZOZ miały polegać w szczególności na restrukturyzacji sześciu obszarów (perspektywa 2005 do 2010 r.), tj.:

- rynek – opanowywanie nowych rynków zbytu usług medycznych, pozyskiwanie nowych pacjentów, dostosowywanie asortymentu usług medycznych do zapotrzebowania społeczności Powiatu, poprawa dostępności i jakości usług medycznych,
- zaopatrzenie – określenie minimalnych stanów zapasów, dalsze wprowadzania racjonalnej polityki lekowej (stałe monitorowanie i kontrolowanie zużycia leków, materiałów medycznych, środków opatrunkowych),
- organizacja i zarządzanie – likwidacja zbędnych komórek organizacyjnych, wydzielanie oddziałów medycznych i niemedyceńskich za struktury szpitala na zewnątrz, wprowadzenie budżetowania, łączeniu lub redukcja stanowisk pracy, informatyzacja,
- majątek – poprawa wykorzystania majątku poprzez wynajem zbędnych powierzchni podmiotom zewnętrznym, przegląd i zagospodarowanie majątku nieproduktywnego, sprzedaż zbędnego majątku, modernizacja posiadanego majątku, zakup aparatu RTG,
- personel – wprowadzenie systemów motywacyjnych, poprawa organizacji pracy, łączenie lub redukcja stanowisk kierowniczych, wprowadzanie innych niż umowa o pracę form zatrudnienia tj. tzw. kontrakty, dobór pracowników zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami,
- finanse – restrukturyzacja zadłużenia (uzyskanie pożyczki z Budżetu Państwa zgodnie z ustawą o pomocy publicznej i restrukturyzacji), odzyskanie płynności finansowej, odzyskanie zdolności kredytowej i wiarygodności instytucji finansowych. W programie zawarto przewidywane wielkości wskaźników ekonomicznych jak również prognozę aktywów, pasywów i wyniku finansowego. Ponadto restrukturyzacja finansowa obejmowała zgodnie z założeniami ustawy o pomocy publicznej restrukturyzacja finansowa obejmowała: zobowiązania publicznoprawne, cywilnoprawne oraz indywidualne roszczenia pracowników.

Dla planowanych działań nie określono harmonogram ich realizacji, nie wskazano również sposobu pomiaru ich skuteczności. Wyznaczono natomiast projekcję finansową na lata 2005-2011 oraz wskaźniki efektywności ekonomicznej. Program restrukturyzacyjny był konsultowany oraz zaopiniowany pozytywnie przez Radę Powiatu Dąbrowskiego.

⁶ Brak kompletnych danych dotyczących wszystkich kontraktów w okresie od 2005 do 2009 r.

⁷ Dz. U. Nr 78, poz. 684 ze zm.

W zakresie programu restrukturyzacyjnego z września 2014 r., działania restrukturyzacyjne zaplanowane były w czterech strefach i miały polegać w szczególności:

- medyczna – utworzenie szkoły rodzenia, uzyskanie kontraktów na dzienny ośrodek rehabilitacji, poradnię onkologiczną, oddział geriatryczny, pracownię endoskopii, uruchomienie pracowni mammotomicznej przy oddziale chirurgii,
- organizacyjna – wprowadzenie regulacji w zakresie gospodarowania materiałami medycznymi, zmiana warunków umowy na transport medyczny, optymalizacja kosztów kuchni szpitalnej,
- zatrudnienia – aktualizacja regulaminu organizacyjnego oraz wynagradzania, optymalizacja zatrudnienia, zmiana form zatrudnienia z umów o pracę na umowy cywilno-prawne, wprowadzenie nowej organizacji pracy,
- inwestycyjna – utworzenie szkoły rodzenia w okolicach traktu porodowego, zakup agregatu prądotwórczego, zakup i wymiana kotła wysokoprężnego, remont na oddziale pediatrii, modernizacja oczyszczalni ścieków, integracja systemów informatycznych wraz z dostosowaniem pomieszczenia serwerowni.

W programie restrukturyzacyjnym z 2014 r. dla poszczególnych działań został opracowany harmonogram ich realizacji, wskazano niezbędne nakłady finansowe, oraz efekt ekonomiczno-jakościowy. Ponadto program zawierał w podziale na lata prognozę rachunku przepływów pieniężnych, rachunku zysków i strat, bilansu oraz wskaźników ekonomicznych. Poza działaniami ujętymi w programach restrukturyzacji dyrekcja Szpitala przeprowadzała analizy sytuacji ekonomiczno-organizacyjnej placówki, które były prezentowane w Starostwie Powiatowym.

(dowód: akta kontroli str. 512-802)

1.4. Program restrukturyzacyjny z 2005 r. został opracowany na założeniach programu sporządzonego przez podmiot zewnętrzny w 2004 r. Przedmiotowy dokument zawierał szczegółowe analizy ekonomiczno-organizacyjne placówki. Program opracowany w 2014 r. także zawierał dokładną analizę ekonomiczno-finansową Szpitala. W sporządzaniu analiz uczestniczyli pracownicy ZOZ. Każdy z programów restrukturyzacyjnych zawierał identyfikację słabych i mocnych stron Szpitala oraz szans i zagrożeń. W programie restrukturyzacyjnym z 2014 r., wskazano, że:

- mocne strony Szpitala to przede wszystkim: doświadczona kadra medyczna, wieloprofilowość Szpitala, wysoki wskaźnik wykorzystania bazy łóżkowej, lądowisko dla śmigłowców, budynki i pomieszczenia sanitarne odpowiadające wymaganiom pod względem fachowym i sanitarnym, duży udział w lokalnym rynku usług medycznych (jedyne szpital w powiecie),
- słabe strony Szpitala to w szczególności: przerost zatrudnienia, ujemny wynik finansowy, niska płynność finansowa, brak systemu motywacyjnego dla pracowników, wysokie koszty dostosowywania pomieszczeń do wymogów rozporządzenia ministra Zdrowia i opieki społecznej z 21 września 1992 r. w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej
- główne przyczyny niekorzystnej sytuacji Szpitala wskazane (na podstawie przeprowadzonej analizy od 2011 do maja 2014 r.) przez autorów programu restrukturyzacyjnego z 2014 r. to: realizacja kontraktów z NFZ powyżej limitów, za które Szpital nie otrzymywał 100% zwrotów kosztów, finansowanie bieżącej działalności głównie odraczaniem terminów płatności na rzecz dostawców, mało efektywny sposób zarządzania placówką.

(dowód: akta kontroli str. 577-802)

Program restrukturyzacyjny z 2014 r. nie był przedmiotem udokumentowanego podsumowania realizacji założonych w harmonogramie zadań. Dyrektor ZOZ wyjaśnił, iż takie posumowanie będzie dokonane po zakończeniu 2015 r.

(dowód: akta kontroli str. 3-4)

Szpital prowadził również analizę przychodów, kosztów i wyniku uzyskiwanego przez poszczególne komórki organizacyjne, w których udzielane były świadczenia zdrowotne. Wyniki działalności poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala w latach 2010-2014 przedstawiały się następująco:

- przychody wyższe od kosztów bezpośrednich i pośrednich uzyskiwały poradnie: alergologiczna dla dorosłych, neurologiczna, urazowo-ortopedyczna, kardiologiczna, ginekologiczna (Wietrzychowice), zdrowia psychicznego (za wyjątkiem 2011 r.), chorób płuc i gruźlicy (2012-2014r.), endokrynologiczna (za wyjątkiem 2011 r.), reumatologiczna (2012-2014 r.), chorób płuc i gruźlicy dla dzieci (2010 i 2012 r.), geriatryczna (2012 r.) rehabilitacji (2014 r.), laryngologiczna dla dorosłych (2012 – 2014 r.), chirurgiczna (za wyjątkiem 2011 r.), opieka całodobowa (za wyjątkiem 2013 r.), W zakresie oddziałów szpitalnych dodatni wynik finansowy uzyskiwały oddziały: ginekologiczny (2010 r.), wewnętrzny (2010 – 2012 r.), dziecięcy, gruźlicy i chorób płuc (2012-2013 r.), obserwacyjno-zakaźny (2010-2012 r.), rehabilitacji ogólnej (2014 r.). W odniesieniu do pozostałych komórek szpitala dodatni wynik odnotowały: karetka „R” – zespół wyjazdowy (2010-2012 r.), karetka „O” – zespół wyjazdowy, pracownia fizjoterapii (2012 r.), pracownia tomografii komputerowej (za wyjątkiem 2011 r.),
- zrównoważone koszty z przychodami dotyczyły pracowni fizjoterapii w 2013 r.,
- przychody niższe od kosztów bezpośrednich i pośrednich uzyskiwało⁸ 12 oddziałów⁹(92,3%), 20 poradni (74,1%), pracownia fizjoterapii (2010, 2011, 2014 r.), pracownia tomografii komputerowej (2011 r.), karetka „R” (2013 -2014 r.),
- największa dodatnia różnica pomiędzy przychodami i kosztami mieściła się w przedziale 111,5 do 264,8 tys. zł i dotyczyła oddziału dziecięcego, natomiast największa ujemna różnica pomiędzy przychodami i kosztami mieściła się w przedziale od (-) 833,1 tys. zł do (-) 694,2 tys. zł i dotyczyła oddziału położniczego.

(dowód: akta kontroli str. 779,1225-1230)

1.5. W ramach programów restrukturyzacyjnych z 2005 i 2014 r. określone zostały źródła finansowania wyznaczonych zadań:

- Program z 2005 r. – główne źródło finansowania pochodziło z pożyczki udzielonej przez Bank Gospodarstwa Krajowego oraz zaciągnięcie komercyjnego kredytu bankowego,
- Program z 2014 r. – założono zaangażowanie środków własnych szpitala, od organu założycielskiego oraz z zewnętrznych źródeł finansowania tj. leasing, kredyt, fundusze pomocowe UE, Norweskie mechanizmy finansowania

(dowód: akta kontroli str. 553,746-750)

1.6. W latach 2005-2014 Szpital zawarł jedną umowę o dzieło¹⁰ na wykonanie opracowania pt. „Analiza opłacalności funkcjonowania oddziału ginekologiczno-położniczego w Szpitalu Powiatowym w Dąbrowie Tarnowskiej”. Koszt opracowania wyniósł 3,0 tys. zł. Analiza zawierała propozycje różnych poziomów optymalizacji zatrudnienia personelu średniego, utworzenia tzw. domu narodzin – nowoczesnej izby porodowej (autor w swoim opracowaniu wskazał, iż było to zadanie niewykonalne w świetle obowiązujących zasad kontraktowania świadczeń przez NFZ), likwidacji oddziału ginekologiczno-położniczego. Spośród propozycji wynikających z powyższego opracowania dyrekcja ZOZ dokonywała stopniowej optymalizacji zatrudnienia personelu średniego. W 2015 r. oddział ginekologiczno-położniczy został wyodrębniony ze struktury szpitala i wraz z personelem przekazany podmiotowi zewnętrznemu, który kontynuował działalność oddziału. Dyrekcja szpitala ograniczyła w

⁸ W analizie ujęto poradnie, oddziały/pododdziały, które przynajmniej jeden raz odnotowały ujemny wynik w okresie od 2010 – 2014 r.

⁹ Łącznie z pododdziałami.

¹⁰ Umowa zawarta 14 czerwca 2012 r. z Markiem Haberem.

związku z tym przede wszystkim koszty osobowe przy jednoczesnym zapewnieniu świadczenia usług medycznych.

Ponadto dyrekcja Szpitala zawarła umowę o współpracy z PCSM Sp. z o.o.¹¹ w ramach, której Szpital otrzymywał raporty benchmarkowe. Całkowity koszt poniesiony z tytułu zawartej umowy wyniósł 77,7 tys. zł. Umowa została wypowiedziana przez dyrektora ZOZ 4 czerwca 2014 r. Dyrektor ZOZ wyjaśnił, iż powodem rozwiązania umowy był brak spełnienia oczekiwań, co do otrzymywanych raportów, które nie były przydatne przy zarządzaniu szpitalem.

(dowód: akta kontroli str. 110-1131747-1768)

*Ustalone
nieprawidłowości*

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

1. Plany finansowe sporządzane w ZOZ na poszczególne lata w okresie od 2010 do 2014 r. nie zawierały następujących elementów określonych w art. 31 ustawy o finansach publicznych:

- plan finansów na 2010 r. – stanu zobowiązań i należności na początek roku,
- plan finansowych na pozostałe lata – stanu należności i zobowiązań na początek i koniec roku, stanu środków pieniężnych na początek i koniec roku.

Dyrektor ZOZ wyjaśnił, iż zaistniała nieprawidłowość była wynikiem niedopatrzenia oraz niedokładnej interpretacji ustawy o finansach publicznych.

(dowód: akta kontroli str. 427-428,1332-1435)

2. W latach 2011-2014 dokonywano korekt planów finansowych ZOZ w zakresie zwiększenia kosztów, skutkujących wzrostem planowanego stanu zobowiązań, co było niezgodne z art. 52 ust. 2 pkt 2 ustawy o finansach publicznych. Nieprawidłowości dotyczyły następujących korekt:

- 2011 r. – zużycie materiałów i energii wzrost o 1 082,0 tys. zł, usługi obce o 1 104,0 tys. zł, koszty finansowe o 310,0 tys. zł,
- 2012 r. – I korekta - zużycie materiałów i energii wzrost o 1 100,0 tys. zł, usługi obce o 1 350,0 tys. zł, wynagrodzenie z tytułu umów cywilno-prawnych o 200,0 tys. zł, koszty finansowe o 800,0 tys. zł,
- 2012 r. – II korekta – zużycie materiałów i energii wzrost o 450,0 tys. zł, usługi obce o 100,0 tys. zł, wynagrodzenia z tytułu umów cywilno-prawnych o 10,0 tys. zł,
- 2013 r. – I korekta - zużycie materiałów i energii wzrost o 100,0 tys. zł, pozostałe koszty operacyjne o 30 tys. zł, wynagrodzenia z tytułu umów cywilno-prawnych o 30,0 tys. zł
- 2013 r. – II korekta – zużycie materiałów i energii wzrost o 400,0 tys. zł, koszty pozostałych usług obcych o 150,0 tys. zł, wynagrodzenia z tytułu umów cywilno-prawnych 200,0 tys. zł,
- 2014 r. – I korekta – zużycie materiałów i energii wzrost o 50,0 tys. zł; wynagrodzenia z tytułu umów cywilno-prawnych o 650,0 tys. zł;
- 2014 r. – II korekta – usługi obce wzrost o 300,0 tys. zł,

Dyrektor ZOZ wyjaśnił, iż korekty planów finansowych wynikały ze zwiększających się kosztów hospitalizacji, których nie pokrywały generowane przychody.

(dowód: akta kontroli str. 427-428,1332-1435)

*Uwagi dotyczące
badanej działalności*

W ocenie NIK programy restrukturyzacyjne Szpitala powinny zawierać mierniki, które umożliwiałyby okresową kontrolę osiąganych rezultatów oraz stwarzały jednocześnie możliwość reakcji na zjawiska niepożądane. Wszystkie cele wskazane w programie byłyby wtedy odpowiednio opomiarowane celem bezpośredniego przyporządkowania do projekcji finansowej. Zastosowanie takiej praktyki w zakresie programu restrukturyzacyjnego z 2005 r. umożliwiłoby wiarygodną i przejrzystą weryfikację poziomu osiągnięcia założonych celów.

¹¹ Umowa zawarta 3 czerwca 2011 r. oraz przedłużona 10 maja 2013 r.

III. Prowadzenie działań restrukturyzacyjnych i monitorowanie jego efektów

Opis stanu faktycznego

2.1. Prowadzenie działań restrukturyzacyjnych

2.1.1. Wojewoda Małopolski decyzją z 15 marca 2006 r.¹² zakończył postępowanie restrukturyzacyjne Szpitala prowadzone w oparciu o ustawę o pomocy publicznej i restrukturyzacji. Warunki restrukturyzacji określone w decyzji Wojewody Małopolskiego z 5 października 2005 r. zostały spełnione, tj. umorzone zostały zobowiązania publicznoprawne (wobec ZUS, PFRON oraz Urzędu Gminy w Dąbrowie Tarnowskiej), zaspokojono roszczenia cywilnoprawne zgodnie z zawartymi ugodami.

Dyrekcja ZOZ nie była w posiadaniu opracowań podsumowujących realizację wyznaczonych zadań restrukturyzacyjnych w programie z 2005 r.

Z zaplanowanych do realizacji działań wskazanych w sześciu obszarach w programie restrukturyzacyjnym cztery zostały zrealizowane całościowo (restrukturyzacja rynkowa, zaopatrzeniowa, majątkowa), a w przypadku dwóch obszarów, ich realizacja była częściowa (restrukturyzacja organizacyjna i personalna). Realizacja każdego z sześciu obszarów prezentowała się następująco:

- restrukturyzacja rynkowa – dostosowanie asortymentu usług medycznych do zapotrzebowania społeczności powiatu – zrealizowano poprzez m.in. doposażanie oddziałów szpitalnych w sprzęt medyczny (zakup aparatu RTG, spiralnego tomografu komputerowego, rozbudowę bloku pawilonu głównego szpitala o pion rehabilitacyjny. Wybudowanie nowoczesnego bloku operacyjnego. W ramach poprawy dostępności i jakości produktów/usług medycznych zakupiono mikrobuse dla transportu niepełnosprawnych pacjentów z miejsc ich zamieszkania do ZOZ i pozostałych placówek zdrowia.
- zaopatrzeniowa – organizowanie wspólnych przetargów na dostawy leków – zadanie zrealizowano poprzez organizowanie wspólnych postępowań przetargowych z innymi szpitalami. Zgodnie z założeniem programu w ramach racjonalnej polityki lekowej wprowadzono w 2011 r. rozdzielnik sprzętu medycznego jednorazowego użytku oraz opracowano i wdrożono receptariusz. Utworzono apteczkę całodobową na oddziale intensywnej opieki medycznej, dostępną dla wszystkich oddziałów, która miała na celu zapewnić dostęp do leków całodobowo bez konieczności zaopatrywania każdego oddziału z osobna w kosztowne leki w przypadku wystąpienia nagłej potrzeby. Na przełomie marca i kwietnia 2010 r. został zakupiony dla apteki szpitalnej program informatyczny, który pozwolił na lepszą kontrolę nad gospodarką lekami w szpitalu,
- organizacyjna – unowocześnianie systemów zarządzania poprzez informatyzację i komputeryzację – z informatyzowano aptekę szpitalną, zakupiono nowy program księgowy w 2009 r., co umożliwiło sprawne generowanie i analizowanie informacji zarządczych. Informatyzacja przyczyniła się do poprawy organizacji pracy. W ramach łączenia lub redukcji stanowisk pracy w 2005 r. zlikwidowano stanowisko kierownika pralni i sekcji ciepłowniczej i skierowano jedną osobę do nowo utworzonej komórki sekcji gospodarczej. W 2009 r. ze zlikwidowanych komórek zespołu administracyjno-eksploatacyjnego, sekcji gospodarczej i technicznej utworzono dział techniczno-eksploatacyjny z jedną osobą kierującą. W ramach wydzielenia pewnych działów niemedycznych i medycznych ze struktury szpitala dokonano outsourcingu ochrony placówki oraz usług pralniczych. Nie wprowadzono budżetowania. Jak wyjaśnił dyrektor ZOZ brak wprowadzenia tego rozwiązania wynika ze strat generowanych przez większość oddziałów szpitalnych.
- majątkowa – w ramach zadania poprawy wykorzystania majątku poprzez wynajem zbędnych powierzchni podmiotom zewnętrznym, wynajęto trzecie piętro budynku oddziału zakaźnego w celu zorganizowania tam stacji dializ. Oddano organowi

¹² SP.II.PM.8019-1-06, Kraków 15 marca 2006 r.

założycielskiemu generujący straty hotel pracowniczy. Wolne pomieszczenia po zlikwidowanej pralni oddano w najem podmiotowi zewnętrznemu, który świadczył tam usługi rezonansu magnetycznego. W wolnych powierzchniach głównego budynku szpitala utworzono tzw. pasaż handlowy. W ramach modernizacji posiadanego majątku przeprowadzono m.in. termomodernizację budynków szpitala,

- personalna – jak wspomniano w opisie restrukturyzacji organizacyjnej dokonywano łączenia lub redukcji stanowisk kierowniczych. Wprowadzono inne formy zatrudniania niż umowa o pracę tj. tzw. kontrakty. Przeprowadzono analizę potrzeb kadrowych oraz dobierano pracowników na stanowiska zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami. W okresie 2010 do 2014 dokonywano stopniowej redukcji etatów np. w przypadku pracowników administracji ograniczono zatrudnienie z poziomu 47,04 et. do 29,05 et, natomiast zatrudnienie pielęgniarek i położnych ograniczono z poziomu 262,63 et. do 239,06 et. Nie zostały wprowadzone systemy motywacyjne,
- finansowa – uzyskano pożyczkę z BGK na działania restrukturyzacyjne, co przełożyło się na wzrost zaufania do szpitala ze strony instytucji finansujących oraz odzyskania zdolności kredytowej. Nie odzyskano płynności finansowej i nie udało się doprowadzić do takiego zbilansowania bieżących wydatków i dochodów aby nie powiększać istniejącego długu.

(dowód: akta kontroli str. 127-139,260-275,543-545,1204-1209,1271,1277)

Spośród dziesięciu zadań określonych w programie restrukturyzacyjnym z 2014 r. i przewidzianych do realizacji na 2014 r. dwa zrealizowano w całości, jedno częściowo, a pozostałych siedmiu zadań nie zrealizowano. Realizacja zadań wyglądała następująco:

- utworzenie szkoły rodzenia w okolicach traktu porodowego z terminem realizacji na 1 listopada 2014 r. bez wskazania terminu rozpoczęcia – zadania nie zrealizowano w wyznaczonym terminie, ponieważ podjęto decyzję o wydzieleniu ze struktury Szpitala oddziału ginekologiczno-położniczego wraz z traktem porodowym i w efekcie zarządzającym i odpowiedzialnym za zapewnienie usług medycznych w tym zakresie stał się podmiot zewnętrzny;
- optymalizacja kosztów kuchni szpitalnej z terminem realizacji na 31 grudnia 2014 r. bez wskazania terminu rozpoczęcia – działania w tym zakresie dotyczące optymalizacji zatrudnienia rozpoczęto w 2014 r., natomiast ich dalsza realizacja odbywała się w 2015 r.,
- aktualizacja regulaminów: organizacyjnego oraz wynagrodzeń, początek działania zaplanowano na 1 października 2014 r, a zakończenie na 31 grudnia 2014 r. – działania w zakresie regulaminu organizacyjnego zrealizowano 30 grudnia 2014 r., natomiast w zakresie regulaminu wynagradzania prace rozpoczęto w 2014 r. i przesunięto ich realizację na 2015 r.,
- weryfikacja kwalifikacji, doświadczenia, efektywności pracy pracowników celem wytypowania osób do zwolnień, wręczenie pracownikom wypowiedzeń z pracy z tytułu optymalizacji zatrudnienia z terminem realizacji do 31 grudnia 2014 r. – dokonano weryfikacji kwalifikacji, doświadczenia i efektywności pracy pracowników. Wypowiedzenia umowy o pracę otrzymało dziewięć osób, nie przedłużono umów o pracę trzem pracownikom oraz 12 pielęgniarkom zatrudnionym na umowy zlecenia, a dwie osoby złożyły wnioski o urlopy wychowawcze,
- wprowadzenie systemu motywacyjnego dla pracowników z terminem realizacji na 31 grudnia 2014 r. – system opracowywany w 2015 r.,
- remont pomieszczeń w piwnicy, w których miał zostać utworzony dzienny ośrodek rehabilitacji z terminem realizacji do 10 listopada 2014 r. – remont został przeprowadzony, ale nie uruchomiono ośrodka, ponieważ Małopolski Oddział NFZ nie ogłosił konkursów ofert na taki ośrodek,
- zakup sprzętu rehabilitacyjnego do 31 grudnia 2014 r. – nie zrealizowano w 2014 r. ze względu na brak środków, zadanie przesunięte na 2015 r.,

- remont i dostosowanie pomieszczeń pod pracownię endoskopii do 31 grudnia 2014 r. – ze względu na brak środków finansowych, zadanie zostało przesunięte do realizacji na 2015 r.,
- utworzenie nowych poradni do 31 grudnia 2014 r. – nie zrealizowano, ponieważ Małopolski Oddział NFZ nie ogłosił konkursów ofert na ten cel,
- wstawienie drzwi ognioodpornych na klatkach schodowych, w piwnicy oraz urządzeń oddymiających z terminem realizacji 1 - 31 grudnia 2014 r. – zadanie nie zrealizowane z powodu braku środków. Wydana została decyzja Komendanta Powiatowego Państwowej Straży Pożarnej w Dąbrowie Tarnowskiej w zakresie realizacji przedmiotowego zadania do 31 grudnia 2016 r.

(dowód: akta kontroli str. 3-4,17-71, 73-76, 118-139,759-760)

2.1.2. Celem wdrożenia programu restrukturyzacyjnego z 2005 r. było odzyskanie przez Szpital odzyskanie pełnej płynności finansowej oraz wiarygodności zarówno wobec dostawców jak i odbiorców. Pomimo przeprowadzenia restrukturyzacji Szpital nie odzyskał płynności finansowej. Program nie zawierał sprecyzowanych mierników realizacji zaplanowanych działań. Działania podejmowane przez kolejnych dyrektorów Szpitala w okresie od 2010 do 2013 również nie dały efektu w postaci poprawy sytuacji ekonomicznej ZOZ. W związku z tym od 12 listopada 2014 r. rozpoczęto wdrażanie kolejnego programu restrukturyzacyjnego, którego pełna ocena będzie możliwa po jego zakończeniu tj. w 2018 r.

(dowód: akta kontroli str. 554,759-760, 1283,1745-1746)

2.1.3. W latach 2005-2014 Szpital otrzymał od Skarbu Państwa, organu założycielskiego oraz innych jednostek pomoc (dotacje, poręczenia, pomoc rzeczowa) ze środków publicznych w łącznej kwocie 44 950,2 tys. zł.

Pomoc udzielona przez Skarb Państwa w kwocie łącznej 6 113,2 tys. zł obejmowała w szczególności: umorzenie pożyczki zaciągniętej w Banku Gospodarstwa Krajowego w wysokości 3 871,1 tys. zł, umorzenie zobowiązań względem ZUS w wysokości 1 390,9 tys. w ramach realizacji programu restrukturyzacyjnego z 2005 r.

Pomoc udzielona przez organ założycielski w łącznej kwocie 23 449,4 tys. zł obejmowała w szczególności: dotacje w wysokości 4 444,7 tys. zł, poręczenia 10 583,7 tys. zł, ustanowienie na nieruchomościach Starostwa hipoteki zwykłej i kaucyjnej stanowiące prawne zabezpieczenia spłaty zobowiązań 7 728,1 tys. zł.

Pomoc udzielona przez inne jednostki w łącznej kwocie 5 883,7 tys. zł obejmowała w szczególności: dotacje z Narodowego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej w wysokości 1 709,7 tys. zł, dotacje z EkoFunduszu 1 171,7 tys. zł.

Szpital otrzymał również nieodpłatnie od podmiotu tworzącego ambulans o wartości 322,5 tys. zł.

W okresie od 2005 do 2014 r. organ założycielski nie pokrywał ujemnego wyniku szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 1204-1209)

2.1.4. W okresie od 2005 do 2009 r. Szpital osiągał dodatni wynik finansowy netto¹³, natomiast od 2010 do 2014 r. ZOZ notował stratę netto w wysokości:

- 2010 r. – 1 580,6 tys. zł,
- 2011 r. – 4 487,0 tys. zł,
- 2012 r. – 1 395,0 tys. zł,
- 2013 r. – 1 204,7 tys. zł,
- 2014 r. – 1 989,7 tys. zł

Na pogorszenie wyniku finansowego złożyły się wysokie koszty działalności operacyjnej, gdzie strata na tej działalności w okresie od 2010 do 2011 r. wynosiła odpowiednio: 1 466,1 tys. zł i 3 547,2 tys. zł. Ponadto od 2012 r. wzrosły znacznie koszty finansowe (spłata odsetek od zobowiązań oraz od zawartej cesji), które wynosiły w 2012 r. 1 263,2 tys. zł, 2013 r. 1 476,1 tys. zł, 2014 r. 1 422,8 tys. zł.

¹³ 2005 r.: 2 405,6 tys. zł; 2006 r.: 3 111,9 tys. zł; 2007 r.: 725,9 tys. zł; 2008 r.: 987,0 tys. zł; 2009 r.: 721,2 tys. zł

Poprawa wyniku finansowego od 2012 r. wynikała przede wszystkim ze wzrostu pozostałych przychodów operacyjnych, co było związane ze zmianą sposobu ujęcia w ewidencji księgowej zdarzeń gospodarczych polegających na otrzymaniu dotacji na zakup środków trwałych lub nieodpłatnym otrzymaniu środków trwałych. Pozostałe przychody operacyjne wyniosły odpowiednio: 898,7 tys. zł w 2011 r., 2 265,9 tys. zł w 2012 r., 4 248,2 tys. zł w 2013 r. i 2 892,5 tys. zł w 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 278-279,1231-1232,1483)

2.1.5. Według stanu na koniec roku zobowiązania Szpitala wyniosły odpowiednio:

- 2005 r. – 18 430,1 tys. zł; w tym zobowiązania długoterminowe – 7 525,0 tys. zł, krótkoterminowe – 9 506,0 tys. zł,
- 2006 r. – 14 834,2 tys. zł; w tym długoterminowe – 3 882,3 tys. zł; krótkoterminowe – 8 877,0 tys. zł,
- 2007 r. – 14 909,3 tys. zł; długoterminowe – 3 499,5 tys. zł; krótkoterminowe – 9 198,9 tys. zł,
- 2008 r. – 19 071,0 tys. zł; długoterminowe – 3 583,8 tys. zł; krótkoterminowe – 13 238,2 tys. zł,
- 2009 r. – 16 320,9 tys. zł; długoterminowe – 2 951,8 tys. zł; krótkoterminowe – 11 073,0 tys. zł
- 2010 r. – 21 792,8 tys. zł; długoterminowe – 7 257,9 tys. zł; krótkoterminowe – 11 988,4,
- 2011 r. – 25 565,5 tys. zł; długoterminowe – 6 861,3 tys. zł; krótkoterminowe – 14 255,2 tys. zł,
- 2012 r. – 42 249,5 tys. zł; długoterminowe - 7 216,3 tys. zł; krótkoterminowe – 14 436,6 tys. zł,
- 2013 r. – 44 826,4 tys. zł; długoterminowe – 5 699,0 tys. zł; krótkoterminowe – 17 683,3 tys. zł,
- 2014 r. – 42 924,5 tys. zł; długoterminowe – 14 708,9 tys. zł; krótkoterminowe 8 082,7 tys. zł.

Stan zobowiązań wymagalnych na koniec roku zmniejszył się z 2 208,6 tys. zł w 2010 r. (91,8% dotyczyło zobowiązań z tytułu dostaw i usług, a w 8,2 % dotyczyły pozostałych tytułów) do 763,2 tys. zł w 2014 r. (zobowiązania z tytułu dostaw i usług).

W latach 2010-2014 stan zobowiązań wymagalnych z tytułu należności głównej, według stanu na koniec roku, wyniósł odpowiednio: 2 122,9 tys. zł, 3 638,1 tys. zł, 5 077,9 tys. zł, 3 933,7 tys. zł 770,7 tys. zł, a naliczone odsetki wyniosły odpowiednio: 18,1 tys. zł, 93,9 tys. zł, 58,3 tys. zł, 78,3 tys. zł i 23,2 tys. zł.

Stan zobowiązań wobec pięciu największych wierzycieli (dostawcy leków i materiałów opatrunkowych, usług transportowych, dostawcy krwi) w poszczególnych latach wyniósł:

- w 2010 r. – 2 825,4 tys. zł, w tym 741,0 tys. zł zobowiązania wymagalne,
- w 2011 r. – 4 373,9 tys. zł, w tym 906,2 tys. zł zobowiązania wymagalne,
- w 2012 r. – 2 237,5 tys. zł, w tym 1 177,8 tys. zł zobowiązania wymagalne,
- w 2013 r. – 6 938,7 tys. zł, w tym 1 380,2 tys. zł zobowiązania wymagalne,
- w 2014 r. – 1 108,0 tys. zł, w tym 587,2 zobowiązania wymagalne.

Z jednym wierzycielem zostały zawarte ugody (31 maja 2010 r. – 2 850,5 tys. zł oraz 31 maja 2011 r. – 3 337,0 tys. zł). Zawarte ugody były realizowane zgodnie z ich treścią.

W kontrolowanym okresie Szpital podejmował również działania w celu zamiany zobowiązań krótkoterminowych na zobowiązania długoterminowe. Przeprowadzano również kompensowanie zobowiązań w cesje w celu zmniejszenia zobowiązań wymagalnych oraz konsolidację kredytów. Podpisywano cesje z firmami zewnętrznymi np. MW Trade. Przekazywano zobowiązania do firmy zewnętrznej, natomiast ta firma rozkładała płatności na raty.

Sprawozdania z wykonania operacji finansowych Rb-Z za IV kwartał w latach 2010-2014, były sporządzane na podstawie ewidencji księgowej Szpitala. W tym zakresie jednak Szpital

nie dokonywał korekt tych sprawozdań po dokonaniu zmian stanu faktycznego w ewidencji księgowej, co zostało przedstawione na str. 18 niniejszego wystąpienia.

W ocenie Dyrektora ZOZ główną przyczyną nieterminowego regulowania zobowiązań przez Szpital płatności w latach 2010 do 2014 były niewspółmierne koszty do przychodów. Brak pełnej zapłaty za świadczenia medyczne wykonane ponad limit, ponoszenie skutków podwyżek płac z 2010 r oraz 2012 r., wzrost cen materiałów i usług bez waloryzacji cen za świadczenia medyczne, wzrost kosztów usług przeglądów technicznych oraz napraw aparatury sprzętu medycznego, koszty remontów i dostosowania pomieszczeń do wymogów sanepidu, zakupy inwestycyjne zużytego sprzętu.

(dowód: akta kontroli str. 128,279,1231-1270)

2.1.6. W celu ograniczenia kosztów działalności pomocniczej dyrekcja Szpitala podjęła decyzję o przekazaniu od 1 grudnia 2012 r. usług pralniczych firmie zewnętrznej. Sprzęt pralniczy, który był na wyposażeniu szpitala był wyeksploatowany i dalsze wykorzystywanie go powodowałoby generowanie zbędnych kosztów. Ponadto dyrektor podejmując decyzję o przekazaniu usług pralniczych zewnętrznemu podmiotowi, brał pod uwagę także koszty, jakie należałoby ponieść przy zakupie nowego sprzętu. Wyłonienie kontrahenta nastąpiło w formie postępowań¹⁴ w trybie przetargu nieograniczonego z zachowaniem zasady konkurencyjności. Koszty usług pralniczych wynosiły odpowiednio: 2012 r. – 278,0 tys. zł, 2013 – 250,5 tys. zł, 2014 r. – 242,5 tys. zł. Ochrona Szpitala była dokonywana przez firmę zewnętrzną na podstawie umowy zawartej 1 marca 2010 r., a koszt usługi wynosił: 2010 r. – 3,1 tys. zł oraz od 2011 do 2014 – 3,7 tys. zł. Wybór firmy ochroniarskiej nastąpił na podstawie wyboru najkorzystniejszej oferty. Z uwagi, na jakość świadczonych usług kuchnia szpitalna pozostała w strukturach ZOZ. Kuchnia oprócz posiłków dla pacjentów oferowała je także dla klientów zewnętrznych. W wyniku takiej działalności Szpital wygenerował następujące przychody:

- 2010 r. – 93,2 tys. zł,
- 2011 r. – 129,9 tys. zł,
- 2012 r. – 163,5 tys. zł,
- 2013 r. – 178,9 tys. zł,
- 2014 r. – 232,1 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 34-51,127,278,1449-1451,1695-1736)

2.1.7. W 2008 r. Szpital zakończył termomodernizację, która przyniosła wymierne efekty w postaci oszczędności w zużyciu gazu w kotłowni szpitalnej. Realizacja inwestycji spowodowała wzrost kosztów całkowitych ogrzewania spowodowany ciągłymi podwyżkami cen:

- 2005 r. – koszt gazu – 414,9 tys. zł, ilość 393,8 tys. m³,
- 2006 r. – 515,9 tys. zł, 407,0 tys. m³,
- 2007 r. – 558,3 tys. zł, 402,9 tys. m³,
- 2008 r. – 525,9 tys. zł, 346,9 tys. m³,
- 2009 r. – 553,2 tys. zł, 331,6 tys. m³,
- 2010 r. – 577,9 tys. zł, 340,5 tys. m³,
- 2011 r. – 657,6 tys. zł, 363,2 tys. m³,
- 2012 r. – 743,9 tys. zł, 358,2 tys. m³,
- 2013 r. – 717,7 tys. zł, 340,7 tys. m³,
- 2014 r. – 666,2 tys. zł, 294,1 tys. m³.

Od 2010 r. zauważalny był znaczny wzrost kosztów energii elektrycznej z 385,4 tys. zł do 523,7 tys. zł w 2011 r. Zgodnie z wyjaśnieniami Dyrektora ZOZ, powodem wzrostu było uruchomienie nowego bloku operacyjnego. Spadek kosztów nastąpił w 2012 r., co było skutkiem przystąpienia szpitala do małopolskiej grupy zakupowej skupiającej duże podmioty lecznicze, która wspólnie dokonywała zakupu energii. W rezultacie koszty energii elektrycznej wynoszące w 2012 r. 525,5 tys. zł obniżono do poziomu: 483,2 tys. zł w 2013 r. oraz 413,9 tys. zł w 2014 r.

¹⁴ Postępowania przetargowe nr: 30/11/ZP; 4/13/ZP.

Opomiarowanie mediów w budynkach szpitalnych w każdym ośrodku kosztów według dyrektora ZOZ było niemożliwe z uwagi na skomplikowaną strukturę techniczną i wzajemne powiązania instalacji zasilających poszczególne oddziały i komórki. Na dzień 31 grudnia 2014 r. opomiarowano stacje dializ, blok operacyjny i centralną sterylizatornię.

(dowód: akta kontroli str. 127-139)

2.1.8. Na zakup leków i materiałów medycznych w latach 2010-2014 poniesiono roczne koszty od 3 924,5 tys. zł do 4 574,1 tys. zł:

- koszty leków i materiałów medycznych wyniosły w 2014 r. 4 275,3 tys. zł i wzrosły o 16,5% w stosunku do kosztów 2010 r.,
- sprzętu medycznego wyniosły w 2014 r. 1 322,9 i wzrosły o 17,0% w stosunku do kosztów 2010 r.

Poniesione koszty na zakup leków, które nie zostały wykorzystane w okresie ich przydatności do użycia wyniosły w latach 2010-2014 łącznie 6,3 tys. zł.

Stosowane mechanizmy mające na celu optymalizację wykorzystania w terminie ważności zakupionych leków i materiałów medycznych polegały w szczególności na okresowej inwentaryzacji pod kątem dat ważności leków oraz 17 marca 2011 r. wprowadzono zarządzeniem wewnętrznym dyrektora ZOZ z 16 marca 2011 r. rozdzielnik sprzętu medycznego jednorazowego użytku na poszczególne oddziały.

W celu racjonalizacji farmakoterapii oraz monitorowania jej kosztów w szpitalu stosowano receptariusz szpitalny, który w latach 2005-2014 był dwukrotnie aktualizowany zarządzeniem dyrektora Szpitala oraz sześciokrotnie na posiedzeniach komitetu terapeutycznego¹⁵.

(dowód: akta kontroli str. 105-109, 128-129, 260-275, 279, 2196)

2.1.9. Przeciętna liczba pielęgniarek i położnych zatrudnionych w ramach umowy o pracę w przeliczeniu na etat wyniosła w poszczególnych latach: 2010 – 262,3 et.; 2011 – 257,55 et.; 2012 – 254,69 et.; 2013 – 246,11 et.; 2014 – 239,06 et.

Dyrektor Szpitala, stosownie do dyspozycji art. 50 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹⁶ określił minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych w poszczególnych oddziałach i zakładach zarządzeniem nr 10A/1013 z 8 października 2013 r. Wcześniejsze zarządzenie (nr 51) w przedmiotowej sprawie zostało wydane przez Dyrektora ZOZ 27 listopada 2000 r.

Ponadto w latach 2011-2014 pielęgniarki i położne były zatrudnione na umowach zlecenia ich przeciętna liczba w przeliczeniu na 12 miesięcy wyniosła odpowiednio: 6,38 et. w 2013 r., i 14,89 w 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 1275, 1452-460, 1461, 1271)

Faktyczne zatrudnienie pielęgniarek i położnych było istotnie wyższe (powyżej 10%) od minimalnego zatrudnienia w następujących oddziałach:

- Chirurgii ogólnej o 24,7% (3,73 et.) w 2010 r. – dyrektor ZOZ wyjaśnił, że norma zatrudnienia pielęgniarek określona w 2000 r. obowiązywała również w latach 2010-2013 i była niewystarczająca dla zaplanowanej pracy według następującego harmonogramu: 1 et. pielęgniarka oddziałowa/koordynująca, 2 et. pielęgniarki od poniedziałku do piątku, 3 et. obsada całodobowa. Potrzeba takiej obsady była konsekwencją konsultacji z ordynatorem i pielęgniarką oddziałową. W latach 2011 do 2013 podjęto decyzję o zmniejszeniu całodobowej obsady pielęgniarskiej z 3 et. do 2 et. pielęgniarek, co miało wpływ na zmniejszenie przeciętnego zatrudnienia.
- Chirurgii urazowo-ortopedycznej o: 38,3% (5,75 et.) w 2010 r. – 1 czerwca 2008 r. powstał pododdział rehabilitacji neurologicznej zostało zwiększone zatrudnienie do poziomu zapewniającego prawidłowe funkcjonowanie nowo powstałego oddziału. 27,7 % (4,15 et.) w 2013 r. – od 1 marca 2013 r. powstał pododdział rehabilitacji neurologicznej i zostało ponownie zwiększone zatrudnienie 1 et. pielęgniarki koordynującej,

¹⁵ Szpital nie posiada danych za okres od 2005 do 2008 r.

¹⁶ Dz. U. z 2015 r., poz. 618 ze zm., zwana dalej *ustawą o działalności leczniczej*.

- Anestezjologii i intensywnej terapii o: 68,3% (10,24 et.) w 2010 r., 86,2 % (12,93 et.) w 2011 r., 86,5% (12,97 et.) w 2012 r., 77,0% (11,55) w 2013 r. – norma nie zawierała zatrudnienia anestetyczek z bloku operacyjnego, natomiast wykazane zatrudnienie dotyczy łącznie tych dwóch komórek organizacyjnych,
- Ginekologiczno-położniczy o: 13,8% (2,44 et.) w 2014 r. - ze względu na to, iż jest to oddział zabiegowy nie było możliwe zapewnienie całodobowej obsady tylko przez jedną położną w części ginekologicznej od poniedziałku do piątku. W związku z tym norma została przekroczona o zatrudnienie położnych do podwójnej obsady w tych dniach tygodnia,
- Zakład opiekuńczo-leczniczy o: 50,6% (6,58 et.) w 2010 r., 59,8% (7,77 et.) w 2011 r., 51,8% (6,73 et.) w 2012 r., 46,1% (7,0 et.) w 2013 r. – norma z 2000 r. dotyczyła oddziału dla przewlekle chorych 924 łóżka). W latach 2010 do 2014 r. funkcjonował już zakład opiekuńczo-leczniczy z 37 łózkami na dwóch poziomach budynku. Biorąc pod uwagę tą sytuację dla zapewnienia obsady pielęgniarskiej zatrudnienie powinno wynosić 18 et., dodatkowo w okresie od 2010 do 2013 r. występowała wzmożona długotrwała absencja chorobowa pielęgniarek.

W latach 2010-2014 przeciętne wynagrodzenie pielęgniarek i położnych wynosiło od 14,91 zł do 17,07 zł brutto za godzinę. Najwyższe przeciętne wynagrodzenie wynoszące 20,7 zł/godzinę odnotowano na ogólnej izbie przyjęć, a najniższe 10,81 zł/godzinę w zakładzie diagnostyki.

Dyrektor ZOZ wyjaśnił, iż w latach 2005-2014 przyczyną wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek nie była presja wywierana na jego osobę. Od 1 stycznia 2012 r. nastąpiła była podwyżka płac dla pielęgniarek i położnych będąca realizacją obowiązku wynikającego z art. 2 ustawy z dnia 22 października 2010 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej¹⁷.

(dowód: akta kontroli str. 1271-1276, 282-285)

2.1.10. W latach 2010-2014 poziom zatrudnienia personelu niemedycznego wynosił od 47,04 et. w 2010 r. do 30,65 w 2014 r. w zakresie pracowników administracji, natomiast w przypadku pracowników obsługi: 113,47 et. w 2010 r. do 112,58 w 2014 r. Koszty wynagrodzeń w grupie pracowników administracji mieściły się w przedziale od 1 387,6 tys. zł w 2010 r. do 1 042,2 tys. zł w 2014r., a przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto wynosiło od 2,5 tys. zł w 2010 r. do 3,0 tys. zł w 2014 r. Koszty wynagrodzeń pracowników obsługi mieściły się w przedziale od 2 247,4 tys. zł w 2010 r. do 2 546,9 tys. zł w 2014 r., a przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto wynosiło 1,6 tys. zł w 2010 r. do 1,9 tys. zł w 2014 r. Główne redukcje zatrudnienia nastąpiły w grupie zawodowej „pracownicy administracji od 2013 r., stan zatrudnienia obniżono z poziomu 46,42 et.(2014 r.) do 39,68 et. Kolejna redukcja odbyła się w 2014 r. w efekcie, której stan zatrudnienia na koniec 2014 r. wyniósł 29,05 et. Tym samym koszty wynagrodzeń spadły w 2014 r. względem 2010 r. o 345,4 tys. zł.

Według Dyrektora ZOZ, mechanizmem optymalizacyjnym stawek wynagrodzeń lekarzy i pielęgniarek były zapisy regulaminu wynagradzania, gdzie wskazano poziomy minimalne oraz maksymalne dla danych grup zawodowych. Wynagrodzenie lekarzy i pielęgniarek zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych i kontraktowych ustalane było indywidualnie dla danego lekarza lub pielęgniarki. Uzależnione było od finansowania danego np. oddziału przez NFZ, specyfiki pracy na danym oddziale, dostępności specjalistów na rynku pracy oraz od zarobków innych pracowników zatrudnionych określonym oddziale szpitalnym.

(dowód: akta kontroli str. 1277,2194)

2.1.11. W latach 2010-2014 poziom zatrudnienia lekarzy (na podstawie umów o pracę) wynosił od 34,81 et. w 2010 r. do 26,63 et. (w tym 0,83 et. stażyści) w 2014 r. Koszty wynagrodzeń tej grupy pracowników mieściły się w przedziale od 1 711,6 tys. zł w 2010 r. do 1 474,2 tys. zł w 2014 r., a przeciętne wynagrodzenie brutto miesięcznie wyniosło odpowiednio:

¹⁷ Dz. U. z 2010 r. nr 230, poz. 1507

- dla ordynatorów i ich zastępców od 5,2 tys. zł w 2010 r. do 7,0 tys. zł w 2014 r.,
- specjalistów II stopnia od 3,5 tys. zł w 2010 r. do 3,7 tys. zł w 2014 r.,
- specjalistów I stopnia od 3,7 tys. zł w 2010 r. do 3,4 tys. zł w 2014 r.,
- dla lekarzy bez specjalizacji od 2,9 tys. zł w 2010 r. do 3,7 tys. zł w 2014 r.
- dla stażystów od 2,7 w 2012 r. do 2,6 tys. zł w 2014 r.

Ponadto przeciętne wynagrodzenie brutto na godzinę wyniosło:

- ordynatorzy i ich zastępcy od 32,79 zł w 2010 r. do 44,27 zł w 2014 r.,
- specjaliści II stopnia od 22,16 zł w 2010 r. do 23,53 zł w 2014 r.,
- specjaliści I stopnia od 15,83 zł w 2010 r. do 21,68 zł 2014 r.,
- lekarze bez specjalizacji od 15,83 zł w 2010 r. do 17,72 w 2014 r.,
- stażyści od 16,92 zł w 2012 r. do 16,73 w 2014 r.

Przeciętna liczba lekarzy, z którymi w latach 2010-2014 zawarto umowy cywilnoprawne (tzw. kontrakty) w przeliczeniu na 12 miesięcy wyniosła od 55,92 w 2010 r. do 72,09 w 2014 r. Koszty poniesione z tytułu zawarcia tych umów wyniosły od 2 819,0 tys. zł (2010 r.) do 4 669,2 tys. zł (2014 r.). Przeciętne wynagrodzenie brutto miesięczne na osobę dla lekarzy zatrudnionych w ramach kontraktów wyniosło:¹⁸

- dla ordynatorów i ich zastępców od 12,9 tys. zł w 2010 r. do 12,9 tys. zł w 2014 r.,
- dla specjalistów II stopnia od 4,0 tys. zł w 2010 r. do 4,8 tys. zł w 2014 r.,
- dla specjalistów I stopnia od 4,9 tys. zł w 2010 r. do 8,0 tys. zł w 2014 r.,
- dla pozostałych lekarzy (tj. bez specjalizacji) od 2,5 tys. zł w 2010 r. do 2,4 tys. zł w 2014 r.

Według stanu na koniec 2014 r. Szpital zatrudniał również dwóch lekarzy na podstawie umów zlecenia. Od przedmiotowych umów zawartych z lekarzami będącymi jednocześnie pracownikiem Szpitala odprowadzono składki na ubezpieczenie społeczne.

Ponadto, według stanu na koniec 2014 r., z 29 lekarzami zatrudnionymi w Szpitalu na podstawie umowy o pracę zawarto umowy cywilnoprawne na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz Szpitala (tzw. kontrakty). Wynagrodzenie z tytułu zawartych umów wypłacono na podstawie faktur (rachunków) wystawionych przez lekarzy jako osoby prowadzące działalność gospodarczą w łącznej wysokości 2 634,9 tys. zł. W ramach zawartych umów cywilnoprawnych lekarze świadczyli usługi medyczne w poradniach specjalistycznych oraz pełnili dyżury lekarskie na oddziałach szpitalnych, natomiast w ramach umowy o pracę wykonywali usługi medyczne na oddziałach leczenia stacjonarnego. Zakres umów cywilnoprawnych na świadczenie usług medycznych w poradniach specjalistycznych dotyczył innego zakresu niż praca wykonywana przez lekarzy na podstawie stosunku pracy, natomiast w zakres umów na pełnienie dyżurów lekarskich pokrywał się z charakterem pracy świadczonej w ramach umowy o pracę, co zostało przedstawione na str. 19-20 niniejszego wystąpienia. Szpital nie wliczał do podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne wynagrodzeń z tytułu zawartych umów cywilnoprawnych, rozliczenia w tym zakresie z ZUS, zgodnie z postanowieniami zawartych umów, należały do lekarzy.

(dowód: akta kontroli str. 282,286,1278-1279,1737-1739,2200)

Najwyższe różnice pomiędzy kwotą przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego lekarza zatrudnionego na podstawie umowy o pracę i na podstawie kontraktu dotyczyły w szczególności 2014 r.:

¹⁸ Sposób budowania kontraktów zawartych z lekarzami w latach 2010-2014 był zróżnicowany, tj. wynagrodzenie było ustalane według stawki za godzinę, stawki za punkt rozliczeniowy, jako ryczałt miesięczny za świadczenie usług medycznych w oddziale, ryczałt miesięczny za pełnienie funkcji kierownika oddziału, ryczałt dzienny za pełnienie funkcji zastępcy kierownika oddziału w czasie jego nieobecności, stawka za godzinę dyżuru pod telefonem, ryczałt za 1 zabieg lub badanie, ryczałt miesięczny za konsultacje oddziałowe, procent wykonania kontraktu w danym miesiącu w oddziale, procent od procedury wykonanej pacjentowi. Zróżnicowanie w przedmiotowym zakresie uniemożliwiło wyliczenie przeciętnej stawki godzinowej pracy.

- ordynatorów i zastępców ordynatora, w przypadku, których przeciętne miesięczne wynagrodzenie lekarzy zatrudnionych na kontraktach było wyższe od wynagrodzeń lekarzy zatrudnionych na umowę o pracę odpowiednio o: 5,9 tys. zł (84%)¹⁹,
- specjalistów II stopnia, w przypadku, których przeciętne miesięczne wynagrodzenie lekarzy zatrudnionych na kontraktach było wyższe od wynagrodzeń lekarzy zatrudnionych na umowę o pracę odpowiednio o: 1,1 tys. zł (29%)²⁰,
- specjalistów I stopnia, w przypadku, których przeciętne miesięczne wynagrodzenie lekarzy zatrudnionych na kontraktach było wyższe od wynagrodzeń lekarzy zatrudnionych na umowę o pracę odpowiednio o 4,6 tys. zł (33%)²¹.

Dyrektor Szpitala występowanie tych różnic wyjaśnił w szczególności następującymi okolicznościami: w okresie od 2010 do 2014 r. wielu lekarzy zdecydowało się przejść z umów etatowych na kontrakty, które wpływają na podniesienie efektywności pracy (brak limitów godzin możliwych do przepracowania), a dla Szpitala oznacza to obniżenie kosztów zatrudnienia: mniejsze składki ubezpieczeniowe społeczne i zdrowotne. Różnice pomiędzy zarobkami lekarzy zatrudnionych na umowy o pracę a zatrudnionych na tzw. kontraktach wynikają z faktu, iż lekarze zatrudnieni na umowę o pracę nie mogą pełnić dyżurów w ramach tych umów. W przypadku kontraktów, obejmują one świadczenie usług medycznych łącznie z m.in. dyżurami, co ma bezpośredni wpływ na wielkość wynagrodzenia.

Dyrektor ZOZ wyjaśnił, iż w latach 2005-2014 przyczyną wzrostu wynagrodzeń lekarzy nie była presja wywierana na kierownictwo Szpitala przez tzw. deficytowych specjalistów.

Nie wystąpiły również przypadki gdzie, przyczyną rezygnacji Szpitala z udzielania świadczeń zdrowotnych był brak porozumienia płacowego z lekarzem specjalistą.

(dowód: akta kontroli str.282-283, 1277-1278)

2.1.12. W kontrolowanym okresie Szpital poniósł koszty z tytułu zawarcia umowy zlecenia na świadczenie usług doradczych przez ekspertów zewnętrznych m.in. w celu realizacji działań restrukturyzacyjnych, co zostało przedstawione w pkt 1.6. wystąpienia.

(dowód: akta kontroli str. 110-113)

2.1.13. Szpital informował organ założycielski o zaawansowaniu prowadzonych działań restrukturyzacyjnych oraz bieżącej sytuacji ekonomicznej. Do Starostwa przekazywane były następujące sprawozdania:

- informacje o stanie zobowiązań, których odbiorcą były: Wydział Finansowo-Budżetowy (FB), Wydział Rozwoju Lokalnego, Edukacji i Zdrowia (REZ) oraz Zarząd Powiatu; do 2012 r. częstotliwość oceny następowała nieregularnie, natomiast od 2013 r. analiza dokonywana była co miesiąc,
- rachunki zysków i strat, których odbiorcą były: REZ, FB, Zarząd Powiatu; do 2012 r. częstotliwość oceny następowała nieregularnie, natomiast od 2013 r. analiza dokonywana była co miesiąc,
- sprawozdania Rb-Z i Rb-N, których odbiorcą był FB; informacja nadsyłana kwartalnie,
- sprawozdania z bieżącej działalności, których odbiorcą były: REZ, FB, Rada Powiatu oraz funkcjonujące przy niej komisje stałe; Szpital przekazywał sprawozdanie na żądanie odbiorców,

¹⁹ Przeciętne miesięczne wynagrodzenie ordynatorów (zastępców ordynatora) zatrudnionych na umowę o pracę wyniosło odpowiednio: 5,4 tys. zł – 2010 r., 5,9 tys. zł – 2011 r., 6,7 tys. zł 2012 r., 6,9 tys. zł 2013 r. 7,0 tys. zł 2014 r., a na tzw. kontraktach wyniosło odpowiednio: 12,9 tys. zł – 2010 r., 11,5 tys. zł 2011 r., 11,8 tys. zł 2012 r., 12,1 tys. zł 2013 r. 12,9 tys. zł 2014 r.

²⁰ Przeciętne miesięczne wynagrodzenie specjalistów II stopnia zatrudnionych na umowę o pracę wyniosło odpowiednio: 3,5 tys. zł – 2010 r., 3,9 tys. zł 2011 r., 3,5 tys. zł 2012 r., 3,7 tys. zł 2013 r., 3,7 tys. zł 2014 r., a na tzw. kontraktach wyniosło odpowiednio: 4,0 tys. zł – 2010 r., 4,4 tys. zł 2011 r., 4,5 tys. zł 2012 r., 4,6 tys. zł 2013 r., 4,8 tys. zł 2014 r.

²¹ Przeciętne miesięczne wynagrodzenie specjalistów I stopnia zatrudnionych na umowę o pracę wyniosło odpowiednio: 3,7 tys. zł – 2010 r., 3,6 tys. zł 2011 r., 3,6 tys. zł 2012 r., 3,2 tys. zł 2013 r., 3,4 tys. zł 2014 r.

- sprawozdanie z wykonania planu finansowego ZOZ, których odbiorcą były: REZ, FB, Zarząd Powiatu, Rada Powiatu oraz funkcjonujące przy niej komisje stałe; sprawozdanie przekazywane jeden raz w roku,
- sprawozdania finansowe wraz z opinią biegłego rewidenta badającego przedmiotowe sprawozdanie za dany rok, których odbiorcą były: REZ, FB, Zarząd Powiatu, Rada Powiatu oraz funkcjonujące przy niej komisje stałe; częstotliwość otrzymywania jeden raz na rok,
- wnioski o przyznanie dotacji wraz z uzasadnieniem, których odbiorcą były: REZ, FB, Zarząd Powiatu, Rada Powiatu oraz funkcjonujące przy niej komisje stałe; częstotliwość uzależniona od składanych wniosków przez ZOZ,
- informacje o działalności ZOZ za I półrocze oraz za cały rok kalendarzowy, których odbiorcą były: REZ, Zarząd Powiatu, Rada Powiatu oraz funkcjonujące przy niej komisje stałe; częstotliwość raportowania dwa razy w roku,
- sprawozdanie dotyczące dochodów osiągniętych z tytułu najmu i dzierżawy, których odbiorcą były: REZ, Zarząd Powiatu, Rada Powiatu oraz funkcjonujące przy niej komisje stałe; częstotliwość raportowania w latach 2005-2007 raz na kwartał, natomiast od 2008 do 2014 r. raz na rok.

Przekazywane w sprawozdaniach finansowych Szpitala dane o zobowiązaniach były zgodne z ewidencją księgową. Kwoty zobowiązań ujętych w ewidencji księgowej Szpitala na koniec 2014 r. były zgodne z dokumentami źródłowymi i zostały wycenione w kwocie wymagalnej zapłaty²².

Ponadto, poza wskazanymi powyżej formami w okresie od 2010 do 2014 r. dyrektorzy ZOZ przekazywali własne analizy i propozycje rozwiązań dotyczących niekorzystnej sytuacji ekonomicznej szpitala. Szpital informował podmiot tworzący o postępie prac w zakresie realizacji programów restrukturyzacyjnych. Przekazywanie informacji odbywało się również w formie ustnych wyjaśnień podczas posiedzeń Zarządu Powiatu, Rady Powiatu oraz komisji stałych Rady Powiatu. Szpital przekazywał również informacje o sposobie i stopniu wykorzystania uzyskanej pomocy zgodnie z zapisami umów (w tym protokoły zdawczo-odbiorcze, faktury, dokumenty uwiarygadniające przyjęcia na stan środka stałego itp.).

Rada Społeczna, jako organ doradczy Dyrektora Szpitala realizowała zadania określone w art. 48 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej²³, tj. formułowała wnioski oraz opiniowała plany finansowe szpitala, sprawozdania z realizacji planu, plany inwestycyjne, korekty planów finansowych, zaciąganie zobowiązań itp.

Kadra zarządzająca szpitala wymieniała doświadczenia z zakresu zarządzania placówkami zdrowia przede wszystkim przy współtworzeniu programu restrukturyzacyjnego, na spotkaniach z kierownictwem innych szpitali. Od dziesięciu lat dyrekcja ZOZ uczestniczyła w spotkaniach Stowarzyszenia Szpitali Powiatowych oraz Małopolskiego Związku Pracodawców. W ich trakcie wymieniane były doświadczenia w zarządzaniu Szpitalem np. dokonywanie zakupów leków, zawierania umów z NFZ. W ramach planowanych zadań inwestycyjnych dyrekcja ZOZ kontaktowała się z innymi szpitalami celem zdobycia informacji na temat ich realizacji. Z ZOZ kontaktowali się także dyrektorzy innych szpitali w celu uzyskania informacji na temat realizowanego programu restrukturyzacyjnego z 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 282-344, 803-1045, 1237-1270, 1785-1786, 2194)

2.1.14. W latach 2005-2014 Szpital był kontrolowany łącznie 35 razy przez: Starostwo, Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie, Państwową Inspekcję Pracy w Tarnowie, Najwyższą Izbę Kontroli, Urząd Skarbowy, Urząd Marszałkowski Województwa małopolskiego, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Urząd Kontroli Skarbowej w Tarnowie, Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego, Narodowy Fundusz Ochrony Środowiska. Przedmiotem kontroli było:

²² Zbadano na próbie 10 tytułów dłużnych (faktur) dotyczących transakcji z największymi wierzycielami szpitala.

²³ Dz. U. z 2015 r., poz. 618 ze zm.

- NIK – zakup i wykorzystanie aparatury medycznej, opieka nad matką i noworodkiem w oddziałach położniczych,
- Starostwo Powiatowe w Dąbrowie Tarnowskiej – gospodarka finansowa, wykorzystanie dotacji, realizacja procesu restrukturyzacyjnego,
- Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie – prawidłowość funkcjonowania ZOZ ze szczególnym uwzględnieniem minimalnych norm zatrudniania pielęgniarek i położnych,
- Narodowy Fundusz Ochrony Środowiska - realizacja termomodernizacji szpitala,
- ZUS – prawidłowość i rzetelność obliczania, potrącania składek na ubezpieczenia społeczne,
- PIP - sprawdzenie realizacji przez świadczeniodawcę obowiązków związanych z podwyższaniem wynagrodzenia, zgodność charakteru świadczonej pracy z rodzajem zawartej umowy o pracę,
- Urząd skarbowy - rozbudowa i wyposażenie sal operacyjnych ZOZ,
- Urząd Kontroli Skarbowej w Krakowie – celowość i zgodność z prawem gospodarowania środkami publicznymi.

Informacje o zaleceniach pokontrolnych dotyczących i sposobie ich realizacji były przekazywane organowi prowadzącemu kontrolę oraz organowi założycielskiemu.

(dowód: akta kontroli str. 248-259)

*Ustalone
nieprawidłowości*

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

1. Szpital w latach 2010 do 2014 nieterminowo regulował zobowiązania, co skutkowało zapłatą odsetek w kwocie 2 132,0 tys. zł. Powyższe stanowiło naruszenie art. 44 ust. 3 pkt. 3 ustawy o finansach publicznych, zgodnie, z którym wydatki publiczne powinny być dokonywane w wysokości i terminach wynikających z wcześniej zaciągniętych zobowiązań. Zgodnie z wyjaśnieniami dyrektora ZOZ, przyczyną nieterminowego regulowania zobowiązań był brak środków pieniężnych na bieżącą działalność, co prowadziło do zachwiania płynności finansowej Szpitala i powstawania zobowiązań przeterminowanych. Prowadziło to szpital do konieczności sięgania po fundusze do instytucji finansowych takich jak MW Trade SA (pierwsza pożyczka w 2010 r.).

(dowód: akta kontroli str. 70-86)

2. Szpital, po dokonaniu zmian stanu faktycznego w ewidencji księgowej, nie sporządził korekt sprawozdań Rb-Z za IV kwartał 2010, 2011, 2012 i 2014 r. w zakresie zobowiązań wymagalnych, które według stanu na 31 grudnia (do wykazania w Rb-Z) były w 2010 r. niższe o 73,3 tys. zł, a w pozostałych latach wyższe odpowiednio o: 109,3 tys. zł, 59,2 tys. zł i 22,9 tys. zł.²⁴

Zgodnie z § 10 ust. 4 i 5 rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie sprawozdań jednostek sektora finansów publicznych w zakresie operacji finansowych²⁵, sprawozdania należy sporządzać rzetelnie i prawidłowo pod względem merytorycznym i formalno-rachunkowym, a w przypadku zmiany stanu faktycznego w ewidencji księgowej jednostka niezwłocznie sporządza oraz przekazuje korektę sprawozdania nieodpowiadającego stanowi faktycznemu do jednostki będącej odbiorcą tego sprawozdania. Główna księgowa ZOZ wyjaśniła, że korekty ww. sprawozdań nie były dokonywane, ponieważ stan faktyczny w ewidencji księgowej odbiegał od sprawozdania mniej niż 0,001% PKB.

(dowód: akta kontroli str. 1234, 2197)

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że zgodnie z § 10 ust. 5 jednostka nie sporządza korekty, jeżeli od końca okresu sprawozdawczego upłynęło sześć miesięcy, a zmiana stanu

²⁴ 2010 r.: Rb-Z – 2 214,3 tys. zł; ewidencja księgowa – 2 141,0 tys. zł; różnica: (-)73,3 tys. zł; 2011 r.: Rb-Z – 3 622,7 tys. zł; ewidencja księgowa – 3 732,0 tys. zł; różnica: 109,3 tys. zł; 2012 r.: Rb-Z – 5 077,0 tys. zł; ewidencja księgowa – 5 136,2 tys. zł; różnica: 59,2 tys. zł; 2014 r.: Rb-Z – 771,0 tys. zł; ewidencja księgowa – 793,9 tys. zł; różnica: 22,9 tys. zł.

²⁵ DZ. U. Nr 43, poz. 247.

faktycznego w ewidencji księgowej stanowi mniej niż 0,001% PKB za rok budżetowy, którego sprawozdanie dotyczy.

3. Szpital nie wliczał do podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne wynagrodzeń z tytułu 29 umów cywilnoprawnych na pełnienie dyżurów lekarskich na oddziałach szpitalnych zawieranych z lekarzami, którzy jednocześnie posiadali umowy o pracę, co naruszało art. 18 ust. 1a i art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych²⁶.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że „Zgodnie z art. 18 ust. 1 a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych - w przypadku ubezpieczonych, o których mowa w art. 8 ust. 2a, w podstawie wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe uwzględnia się również przychód z tytułu umowy agencyjnej, umowy zlecenia lub innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia albo umowy o dzieło. Tymczasem art. 8 ust. 2a ustawy stanowi - za pracownika, w rozumieniu ustawy, uważa się także osobę wykonującą pracę na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia lub innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, albo umowy o dzieło, jeżeli umowę taką zawarł z pracodawcą, z którym pozostaje w stosunku pracy, lub jeżeli w ramach takiej umowy wykonuje pracę na rzecz pracodawcy, z którym pozostaje w stosunku pracy. W świetle dyspozycji art. 18 ust. 1 a, w związku z art. 8 ust. 2a ustawy w przypadku ubezpieczonych, w podstawie wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe pracowników uwzględnia się również ich przychód z tytułu umowy agencyjnej, umowy zlecenia lub innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia albo umowy o dzieło, jeżeli umowę taką pracownik zawarł z pracodawcą, z którym pozostaje w stosunku pracy, lub jeżeli w ramach takiej umowy wykonuje pracę na rzecz pracodawcy, z którym pozostaje w stosunku pracy. Obowiązek doliczania, w zakresie ustalania podstawy wymiaru składek, do przychodu pracownika z tytułu umowy o pracę przychodów z innych umów zawieranych z pracodawcą dotyczy tylko umów wymienionych w art. 18 ust. 1 a ustawy. Tymczasem umowa o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne uregulowana aktualnie w art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 217 ze zm.) jest wyodrębnioną, pozakodeksową umową nazwaną, do której nie ma zastosowania art. 750 k.c., co wyklucza zastosowanie art. 8 ust. 2a ustawy. Takie stanowisko zajął również Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 10 grudnia 2004 r. /III CK 134/04/, zgodnie, z którym do umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych (art. 53 i nast. ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, w brzmieniu obowiązującym w dniu 31 grudnia 1999 r., Dz. U. Nr 28, poz. 153 ze zm.) przepisy o zleceniu nie mają zastosowania (art. 750 k.c.)”.

(dowód: akta kontroli str. 5-18, 282-286, 2193)

Najwyższa Izba Kontroli nie zgadza się ze stanowiskiem podanym w wyjaśnieniach Dyrektora Szpitala. Ustalenia kontroli wskazują, że w ramach zawartych umów na pełnienie dyżurów lekarskich na oddziałach szpitalnych lekarze wykonywali usługi medyczne pokrywające się z charakterem pracy świadczonej z tytułu zatrudnienia na podstawie umów o pracę, z tą tylko różnicą, iż umowy cywilnoprawne obejmowały pracę w trakcie dyżurów popołudniowych, nocnych i świątecznych na oddziałach, gdzie byli zatrudnieni w ramach umowy o pracę i na innych oddziałach tego samego ZOZ. Wszystkie podejmowane przez lekarzy czynności były wykonywane w siedzibie pracodawcy, na rzecz jego pacjentów, a wynagrodzenie za usługi medyczne pochodziło ze środków publicznych przekazywanych do Szpitala przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Świadczone przez lekarzy w ramach umów cywilnoprawnych usługi medyczne odpowiadają zatem pracy wykonywanej przez nich na podstawie stosunku pracy i w istocie były świadczone na rzecz faktycznego pracodawcy. Przedmiot umowy cywilnoprawnej zawieranej z własnym pracownikiem powinien być odmienny od przedmiotu umowy o pracę i odmienną ta powinna w sposób wystarczający

²⁶ Dz. U. z 2015 r. poz. 121 ze zm.

uzasadniać konieczność zawarcia odrębnej umowy. Dodatkowo praca wykonywana w ramach realizacji umowy cywilnoprawnej powinna być wykonywana na warunkach innych niż właściwe dla stosunku pracy, tj. innych niż określone w art. 22 § 1 Kodeksu pracy²⁷. Co również istotne, orzecznictwo Sądu Najwyższego wskazuje, że jako umowa cywilnoprawna nie może być zakwalifikowana umowa zawarta z pracownikiem zatrudnionym w pełnym wymiarze czasu pracy, której treścią jest wykonywanie przez pracownika tego samego rodzaju pracy poza normalnym czasem pracy, za odrębnym wynagrodzeniem. Umowa ta stanowi w istocie uzupełnienie istniejącej już umowy o pracę²⁸.

Mając na uwadze złą sytuację finansową Szpitala, w ocenie Najwyższej Izby Kontroli wprowadzenie systemu budżetowania oddziałów usprawniłoby zarządzanie w zakresie optymalizacji kosztów poszczególnych jednostek i zmniejszyłoby ryzyko nieefektywnego wykorzystywania zasobów. NIK zwraca uwagę, że wprowadzenie budżetowania jednostek było zadaniem wskazanym do realizacji w programie restrukturyzacyjnym z 2005 r.

2.2. Wpływ działań restrukturyzacyjnych na sytuację finansową szpitala

2.2.1. W strukturze aktywów najistotniejszą pozycję stanowiły aktywa trwałe, których wartość bilansowa wzrosła od 2005 r. z kwoty 7 950,1 tys. zł do 2011 r. do 29 215,5 tys. zł (27,2%) w wyniku wybudowania i wyposażenia w sprzęt budynku bloku operacyjnego. Najistotniejszą pozycję aktywów obrotowych stanowiły należności krótkoterminowe, których stan na koniec 2014 r. wyniósł 4 565,0 tys. zł i był wyższy o 44,3% od stanu na koniec 2005 r. (3 162,5 tys. zł. Wzrost ten wynikał m.in. ze zwiększenia przychodów z tytułu realizowanego kontraktu z NFZ – stan należności od NFZ na koniec 2014 r. wyniósł 2 937,9 tys. zł, natomiast na koniec 2005 r. 2 505,6 tys. zł (wzrost o 17,3%).

Stan środków pieniężnych i innych aktywów pieniężnych ZOZ był na niskim poziomie. W 2014 r. wyniósł 104,4 tys. zł natomiast rok wcześniej w 2013 wynosił 43,2 tys. zł. Sytuacja ta wskazuje na trudną sytuację płatniczą Szpitala.

W strukturze pasywów najistotniejszą pozycję na koniec 2014 r. stanowiły zobowiązania i rezerwy na zobowiązania w kwocie 42 924,5 tys. zł. Zobowiązania długoterminowe na koniec 2014 r. w kwocie 14 708,9 tys. zł wynikały z zaciągnięcia długoterminowej pożyczki od instytucji finansowej Siemens²⁹ (12 000,0 tys. zł). Zobowiązania z tytułu dostaw i usług na koniec 2014 r. wyniosły 3 367,4 tys. zł, z których 770,7 tys. zł (22,9%) stanowiły zobowiązania wymagalne. Stan zobowiązań wymagalnych w latach 2005-2014 mieścił się w przedziale od 4 984,3 tys. zł do 770,7 tys. zł. Stan zobowiązań wymagalnych na koniec 2014 r. wynosił 770,7 tys. zł i był niższy od stanu na koniec 2005 r. o 4 213,6 tys. zł (84,5%)³⁰. Zmniejszenie się stanu zobowiązań wymagalnych wynikało w głównej mierze z zaciągnięcia kredytów i pożyczek m.in. w BRE Banku SA 26 lipca 2006 r. w kwocie 1 358,4 tys. zł celem spłaty kredytów z innych banków oraz w Siemens Finance Sp. z o.o. celem spłaty zobowiązań wymagalnych.

Analiza wybranych danych finansowych o stanie pasywów wskazuje, że w latach 2011-2014 Szpital wykazywał istotne rozliczenia międzyokresowe przychodów, które wynosiły od 2 709,0 tys. zł do 16 801,2 tys. zł. Wzrost rozliczeń międzyokresowych przychodów wynikał z zaliczenia do tych rozliczeń równowartości środków trwałych sfinansowanych z dotacji lub otrzymanych nieodpłatnie, które następnie miały zwiększać pozostałe przychody operacyjne równolegle do odpisów amortyzacyjnych od tych środków trwałych. Powyższe wynikało z zastąpienia regulacji szczególnych zawartych w art. 57 ustawy o zakładach opieki

²⁷ Zarówno w doktrynie, jak i w orzecznictwie utrwalił się pogląd, że niektóre elementy umowy wskazane w art. 22 § 1 Kodeksu pracy, takie jak obowiązek osobistego świadczenia pracy, wykonywanie pracy pod kierownictwem/w stosunku podporządkowania, są na tyle istotne dla istnienia stosunku pracy, że ich brak przesądza o niepowstaniu stosunku pracy.

²⁸ Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 12 kwietnia 1994 r., I PZP 13/94, oraz wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 grudnia 1998 r., II UKN 392/98, i z dnia 08 stycznia 1999 r., II UKN 403/98.

²⁹ Umowa pożyczki nr 35824 z dnia 30 czerwca 2014 r.

³⁰ Stan zobowiązań wymagalnych za rok 2005 r. – 4 984,3 tys. zł

zdrowotne³¹), regulacjami ogólnymi wynikającymi z treści art. 41 ust.1 pkt 2 i ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości³², a intencją tych zmian było przyczynienie się do braku generowania strat bilansowych spowodowanych zdarzeniami gospodarczymi wynikającymi w szczególności, z nieodpłatnego przyjęcia środków trwałych.

(dowód: akta kontroli str. 1462-1695, 1790-1795, 1813-1854, 1914-2192)

W analizie wybranych danych finansowych o przychodach Szpitala istotnym jest odnotowany wzrost o 95,7% przychodów ze sprzedaży, które z kwoty 20 998,3 tys. zł w 2005 r. wzrosły do 41 086,5 tys. zł w 2014 r. Wzrost ten spowodowany był w szczególności wzrostem kontraktów z NFZ, który w 2005 r. wyniósł 20 614,6 tys. zł, a w 2014 r. 37 371,9 tys. zł (wzrost o 81,3%).

Pozostałe przychody operacyjne Szpitala kształtowały się na poziomie od 2 462,3 tys. zł (2005 r.) do 2 892,5 tys. zł (2014 r.). W latach 2012-2014 pozostałe przychody operacyjne zwiększyła równowartość odpisów amortyzacyjnych środków trwałych sfinansowanych z dotacji lub otrzymanych nieodpłatnie. Kwoty zwiększające z tego tytułu przychody (odpisy amortyzacyjne) wyniosły 2012 r. – 925,9 tys. zł 2013 r. – 1 630,0 tys. zł 2014 r. – 1 452,8 tys. zł. Przychody finansowe szpitala kształtowały się w latach 2005-2014 na poziomie od 543,2 tys. zł (2005 r.) do 192,7 tys. zł (2014 r.) i nie miały istotnego udziału w jego przychodach.

(dowód: akta kontroli str. 1236-1457)

Koszty wynagrodzeń osobowych wyniosły 9 887,8 tys. zł w 2005 r. (przy średnim zatrudnieniu 534,4 et.) i wzrosły do 16 718,9 w 2014 r. (przy średnim zatrudnieniu 526,99 et.). Koszty wynagrodzeń z pochodnymi stanowiły w 2005 r. 64,35% (12 343,8 tys. zł) kosztów podstawowej działalności operacyjnej, a ich udział spadł w roku 2014 r. do 47,9 % (21 089,0 tys. zł), na co najistotniejszy wpływ miała zmiana formy zatrudnienia – przechodzenie z umów o pracę na tzw. kontrakty. Istotną pozycją kosztów podstawowej działalności operacyjnej były usługi obce, które w 2005 r. wyniosły 2 100,6 tys. zł i rosły w badanym okresie osiągając w 2014 r. poziom 9 376,4 tys. zł (wzrost o 346,4 %). Główną przyczyną tego wzrostu były zawierane umowy cywilnoprawne, tzw. kontrakty z lekarzami, które stanowiły w latach 2010-2014 od 75,1 do 77,1% kosztów usług obcych. Koszty wynagrodzeń z pochodnymi i koszty kontraktów zawieranych z personelem medycznym w latach 2010-2014 były najistotniejszymi kosztami podstawowej działalności operacyjnej, gdyż odpowiadały za od 64,8% do 64,4% tych kosztów.

Pozostałe koszty operacyjne szpitala kształtowały się na poziomie od 594,2 tys. zł (2010 r.) do 759,4 tys. zł (2014 r.). Istotną pozycją pozostałych kosztów operacyjnych w 2010 r. było utworzenie rezerwy na sprawy sądowe ze Spółdzielnią Wielobranżową Rzemieślniczą w wysokości 553,8 tys. zł, w 2014 r. 255,6 tys. zł rezerwy na świadczenia pracownicze.

Koszty finansowe kształtowały się na poziomie od 903,4 tys. zł (2005r.) do 1 422,8 tys. zł (2014 r.). Najwyższe koszty finansowe poniósł szpital w 2013 roku w kwocie 1 476,1 tys. zł z tytułu odsetek bankowych 629,7 tys. zł, odsetek od zobowiązań 698,7 tys. zł, odsetek od spraw sądowych 52,5 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 1231-1232, 1278-1279)

W latach 2005-2009 Szpital uzyskiwał dodatni wynik na sprzedaży tj. odpowiednio: 711,5 tys. zł, 1 183,0 tys. zł, 1 274,2 tys. zł, 1 588,4 tys. zł, 148,7 tys. zł. Począwszy od 2010 r. wyniki na sprzedaży były ujemne i wykazywały stratę od 1 607,1(2010 r.) do 2 928,7 tys. zł (2014r.). Wynik na działalności operacyjnej Szpitala (EBIT³³) w latach 2005-2014 był dodatni począwszy od 2005 r. (2 765,0 tys. zł) i mieścił się w przedziale od 2 765,0 tys. zł (2005 r.) do – 795,6 (2014 r.), a powiększony o amortyzację był dodatni począwszy od 3 595,3 tys. zł

³¹ Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, ze. zm.

³² Dz. U. z 2013 r. poz. 330 ze zm.

³³ Earnings Before Interest and Taxes – zysk przed odsetkami (koszty finansowe pomniejszone o przychody finansowe) i podatkami.

(2005 r.) do 1258,6 tys. zł (2014 r.). Istotna poprawa wyniku na działalności operacyjnej w 2012 r. (1 611,4 tys. zł) w stosunku do roku poprzedniego (780,4 tys. zł) wynikała w szczególności z opisanych wcześniej zmian sposobu ujmowania w ewidencji księgowej zdarzeń gospodarczych polegających na otrzymaniu dotacji na zakup środków trwałych lub nieodpłatnym otrzymaniu środków trwałych i zwiększeniu pozostałych przychodów operacyjnych równolegle do odpisów amortyzacyjnych od tych środków trwałych.

Wynik na działalności gospodarczej w latach 2005-2014 był dodatni począwszy od 2005 r. i mieścił się w przedziale od 2 404,8 tys. zł (2005 r.) do 1 024,4 (2008 r.). Na wynik ten wpływały w szczególności malejące od roku 2005 koszty finansowe, które zmniejszyły się z kwoty 903,4 tys. zł w 2005 r. do kwoty 470,8 tys. zł w 2008 r. Od 2009 r. do 2014 r. koszty wzrosły od 526,9 tys. zł do 1 422,8 w 2014 r. Główną przyczyną tych negatywnych zmian w okresie od 2009 do 2014 r. były odsetki bankowe 629,7 tys. zł, odsetki od zobowiązań 698,7 tys. zł, odsetki od spraw sądowych 52,5 tys. zł.

W latach 2005-2008 istotny wpływ na wynik finansowy miały straty i zyski nadzwyczajne związane z realizacją restrukturyzacji prowadzonej na podstawie ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej. W okresie tym ujęto jako zyski nadzwyczajne w kwocie łącznej 1 003,5 tys. zł umorzoną przez BGK pożyczkę restrukturyzacyjną oraz umorzone odsetki od zobowiązań publicznoprawnych, natomiast jako straty nadzwyczajne w kwocie łącznej 34, tys. zł ujęto prowizje i odsetki od pożyczki restrukturyzacyjnej.

W latach 2005-2014 wynik netto Szpitala był dodatni do 2009 r., a począwszy od roku 2010 notował ujemne wartości.

Uzyskane wyniki finansowe Szpitala wskazują, iż prowadzone działania restrukturyzacyjne, zarówno ujęte w programie restrukturyzacji, jak też podejmowane w następnych okresach nie spowodowały poprawy wyników finansowych Szpitala. Zgodnie z wyjaśnieniami dyrektora Szpitala najważniejszy wpływ na pogorszenie się wyniku finansowego nett był brak generowania wystarczającej ilości wolnych środków aby móc spłacać zobowiązania. Od 2012 r. rozpoczęła się spłata dwóch kredytów zaciągniętych na budowę i wyposażenie bloku operacyjnego wraz z centralną sterylizatornią w wysokości 3 890,5 tys. oraz 1 734,0 tys. zł, gdzie miesięczne raty kapitałowe wynosiły 40,5 tys. zł oraz 18,1 tys. zł. Łącznie z odsetkami miesięczne wydatki na pokrycie tych zobowiązań wydatkowano średnio 90,0 tys. zł. Ponadto wpływ na pogorszenie wyniku finansowego miała podwyżka wynagrodzenia dokonana w 2012 r.³⁴, gdzie wielkość roczna kosztów z tego tytułu wyniosła 1 084,0 tys. zł

(dowód: akta kontroli str. 1233-1267,2199,2215-2216)

2.2.2. Podstawowe wskaźniki ekonomiczne charakteryzujące sytuację majątkową i finansową szpitala kształtowały się następująco:

- wskaźnik bieżącej płynności, informujący o możliwości spłaty zobowiązań bieżących w przypadku, gdyby stały się natychmiast wymagalne w latach od 2005 do 2014 wyniósł od 0,37 do 0,66, co oznaczało problemy szpitala w zakresie zdolności do regulowania bieżących zobowiązań;
- wskaźnik szybkiej płynności, umożliwiający ocenę zdolności szpitala do terminowego regulowania bieżących zobowiązań latach 2005 do 2014 wyniósł od 0,34 do 0,61 Oznacza to problemy szpitala w zakresie zdolności do regulowania zobowiązań;
- wskaźnik wypłacalności, wskazujący, ile razy zobowiązania przekraczają kapitał własny osiągnął w 2014 r. poziom -3,04. Wartość wskaźnika powyżej 4, wskazująca na utratę przez szpital zdolności do regulowania zobowiązań wystąpiła w roku 2007 tj. 15,54,
- wskaźnik rotacji należności w latach 2005-2014 mieścił się w przedziale od 32 dni do 49 dni;

³⁴ Porozumienie w sprawie przeznaczenia środków finansowych na wzrost wynagrodzeń osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę w ZOZ w Dąbrowie Tarnowskiej z 28 marca 2012 r.

- wskaźnik rotacji zobowiązań wynosił w okresie od 2005 do 2014 od 50 i sięgał do poziomu 89 dni, co wskazuje na trudną sytuację płatniczą szpitala w tym okresie;
- wskaźnik rotacji zapasów w latach 2005-2014 mieścił się w przedziale od 3 do 5, co wskazuje na racjonalną gospodarkę zapasami;
- wskaźnik zyskowności netto, który w przypadku szpitali wskazuje na właściwy stosunek przychodów do kosztów i świadczy o efektywności działalności szpitala w okresie od 2005 do 2014 r. mieścił się w przedziale od – 11,9% do 12,8 %, przy czym wartości dodatnie uzyskano w latach 2005 do 2009 r., a od 2010 r. osiągał wartości poniżej 0%;
- wskaźnik ogólnego zadłużenia, informujący o stopniu finansowania aktywów kapitałami obcymi przyjął wartości oscylującą bliską optymalnej³⁵ w 2010 r. W pozostałych latach wskaźnik przekraczał optymalny i wynosił od 70% do 156%³⁶ obniżając tym samym wiarygodność dla instytucji finansowych.

Kształtowanie się w wyżej wskazany sposób wskaźników ekonomicznych charakteryzujących sytuację majątkową i finansową Szpitala wskazuje, że począwszy od 2010 r. sytuacja ulegała sukcesywnemu pogorszeniu się, w szczególności z uwagi na niewłaściwy stosunek przychodów do kosztów, a wskaźniki informujące o płynności finansowej szpitala na koniec roku 2014 były niższe od wzorcowych. Oznacza to, że wdrożone działania restrukturyzacyjne nie poprawiły sytuacji finansowej szpitala i nie pozwoliły na utrzymanie jego płynności finansowej w długim okresie czasu.

(dowód: akta kontroli str. 1282-1300)

2.2.3. W okresie 2010-2014 (według stanu na ostatni dzień roku) na uzyskanie świadczenia medycznego w przypadku badanych pięciu oddziałów, tj. chirurgii ogólnej, wewnętrznym, obserwacyjno-zakaźnym, ginekologiczno-położniczym, gruźlicy i chorób płuc odnotowano sześć sytuacji w 2014 r. na oddziale chirurgii ogólnej gdzie pacjent zakwalifikowany, jako pilny przypadek musiał oczekiwać przeciętnie na przyjęcie na oddział 16 dni. Ponadto w badanym okresie stwierdzono, że w 2013 r. 43 pacjentów w stanie stabilnym oczekiwało na przyjęcie na oddział chirurgii ogólnej 32 dni natomiast w 2014 r. sytuacja taka objęła 14 pacjentów, którzy na przyjęcie oczekiwali 37 dni. W 2013 i 2014 r. na przyjęcie oczekiwało odpowiednio: pięciu oraz dziesięciu pacjentów zakwalifikowanych, jako przypadki stabilne z czasem oczekiwania 28 oraz 31 dni. Działania restrukturyzacyjne nie miały wpływu na czas oczekiwania pacjentów na przyjęcie na oddziały szpitalne.

W oddziałach obserwacyjno-zakaźnym wprowadzone były listy oczekujących na leczenie przewlekłego WZW typu C, na oddziale urazowo-ortopedycznym funkcjonowała lista oczekujących do endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego.

(dowód: akta kontroli str. 1312-1331)

IV. 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 Kontroli*³⁷, wnosi o:

- 1) weryfikację rozliczeń z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych z tytułu składek na ubezpieczenie społeczne i ubezpieczenie zdrowotne od umów cywilnoprawnych w zakresie pełnienia dyżurów lekarskich zawartych z lekarzami, którzy równocześnie byli zatrudnieni w Szpitalu na podstawie umowy o pracę, na zasadach określonych w art. 18 ust. 1a i art. 20 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz art. 81 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

³⁵ Optymalny poziom wskaźnika dla branży – do 60%.

³⁶ 2005 r. - 156%, 2006 r.- 130%, 2007 r. – 95%, 2008 r.-80%, 2009 r.-70%, 2011 r.- 74%, 2012 R. – 130%, 2013 r. – 132%, 2014 r. – 143%.

³⁷ Dz. U. z 2015 r. poz. 1096.

- 2) weryfikację zasad zawierania z lekarzami umów cywilnoprawnych (tzw. kontraktów) na realizację usług medycznych w zakresie dyżurów lekarskich, tj. świadczeń odpowiadających usługom wykonywanym w ramach umów o pracę.

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 Krakowie.

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

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.

Kraków, 18 grudnia 2015 r.

Kontroler

Hubert Brzozowski
Specjalista kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Krakowie

z up.

Jan Kosiniak
Wicedyrektor

