



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Opolu

TEKST UJEDNOLICONY

LOP.410.011.01.2015

P/15/092

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Opolu

ul. Krakowska 28, 45-075 Opole

T +48 77 449 70 00, F +48 77 449 70 44

lop@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/15/092 – Restrukturyzacja wybranych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej korzystających z pomocy ze środków publicznych
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Opolu
Kontrolerzy	1. Grażyna Stalska, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 97463 z dnia 10 września 2015 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2) 2. Aleksandra Pawlicka, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 97464 z dnia 17 września 2015 r. (dowód: akta kontroli str.7-8)
Jednostka kontrolowana	Brzeskie Centrum Medyczne, 49-301 Brzeg, ul. Mossora 1 ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Krzysztof Konik, Dyrektor ² (dowód: akta kontroli str. 5)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Szpital podejmował w latach 2005-2014 działania restrukturyzacyjne³. Jednakże zakres zaplanowanych i prowadzonych działań restrukturyzacyjnych oraz osiągnięte efekty tych działań były niewystarczające, aby trwale poprawić sytuację finansową szpitala i zapobiec procesowi dalszego zadłużania się jednostki.

Uzasadnienie oceny ogólnej

W latach 2005–2014 Szpital podejmował działania restrukturyzacyjne zaplanowane w programie restrukturyzacyjnym z 2005 r. oraz zaplanowane w późniejszych okresach. Działania te miały na celu poprawę funkcjonalności szpitala i odwrócenie jego niekorzystnej sytuacji ekonomicznej, a także przywrócenie i utrzymanie płynności finansowej BCM. Zakres zaplanowanych i zrealizowanych działań restrukturyzacyjnych oraz ich zaplanowane i osiągnięte efekty finansowe w postaci zmniejszenia kosztów działalności i/lub zwiększenia jego przychodów były niewystarczające, aby poprawić sytuację tego podmiotu. Wynikało to w szczególności z braku osiągnięcia zaplanowanych efektów zrealizowanych działań, z zaniechania podjęcia realizacji niektórych działań restrukturyzacyjnych lub zrealizowania ich w niepełnym zakresie, a głównie z zaniechania podjęcia działań w zakresie optymalizacji zatrudnienia i wynagrodzeń. Podjęcie działań naprawczych w tym zakresie było niezbędne dla poprawy sytuacji finansowej BCM, gdyż koszty ponoszone z tytułu zatrudnienia odpowiadały za 66%-69% kosztów działalności szpitala⁴.

¹ Dalej: BCM lub szpital.

² W okresie od 3 października 2007 r. do 31 marca 2014 r. funkcję Dyrektora pełnił Mariusz Grochowski, a w okresie od 14 kwietnia 2003 r. do 30 kwietnia 2008 r. Alicja Cierpień.

³ 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.

⁴ Koszty wynagrodzeń i koszty ponoszone z tytułu tzw. kontraktów zawieranych z personelem medycznym.

Mimo otrzymanej od Skarbu Państwa, od podmiotu tworzącego i innych podmiotów pomocy finansowo-rzeczowej w kwocie 25 485 tys. zł⁵, Szpital nie zdołał osiągnąć założonych celów i doprowadzić do stabilnej relacji między przychodami i kosztami prowadzonej działalności oraz do utrzymania optymalnego dla prowadzonej działalności poziomu zobowiązań. Pomimo poprawy wyników finansowych i spadku poziomu zadłużenia w latach 2005-2008, w następnych latach sytuacja uległa wtórnemu pogorszeniu, w tym z uwagi na brak prowadzenia skutecznych działań hamujących tą negatywną tendencję. W konsekwencji stan zobowiązań wymagalnych BCM na koniec 2014 r. był wyższy o 10% od stanu zobowiązań wymagalnych na koniec 2005 r.⁶, tj. na początku okresu realizacji programu restrukturyzacji z 2005 r.

Ponadto w działalności BCM ustalono szereg nieprawidłowości polegających w szczególności na: 1/ dokonywaniu zmian w zatwierdzonych planach finansowych szpitala w sposób niezgodny z zasadami określonymi w przepisach o finansach publicznych, 2/ naliczaniu i odprowadzaniu składek na ubezpieczenie społeczne od wynagrodzeń lekarzy zatrudnionych w Szpitalu na umowę o pracę i na podstawie tzw. kontraktu w sposób niezgodny z zasadami wynikającymi z przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych, 3/ udzielaniu zamówień publicznych bez stosowania przepisów o zamówieniach publicznych, 4/ nieprawidłowej wycenie na dzień bilansowy zobowiązań BCM⁷, 5/ nieprawidłowej korekcie w 2014 r. rozliczeń międzyokresowych przychodów, co skutkowało zwiększeniem straty bilansowej za 2014 r. o 266 tys. zł oraz straty za lata poprzednie o 456 tys. zł, 6/ nie oszacowaniu kwoty prawdopodobnych przyszłych zobowiązań z tytułu świadczeń pracowniczych i zdarzeń medycznych w sposób wiarygodny, co skutkowało zwiększeniem straty bilansowej za 2014 r. odpowiednio o 732 tys. zł i 400 tys. zł.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Przygotowanie działań restrukturyzacyjnych przez szpital

Opis stanu
faktycznego

1.1. W latach 2005-2014 szpital udzielał świadczeń zdrowotnych realizowanych w oddziałach: 1/ wewnętrznym, 2/ neurologicznym (a od października 2008 r. na oddziale rehabilitacji neurologicznej), 3/ dziecięcym, 4/ noworodków, 5/ ginekologiczno-położniczym, 6/ chirurgicznym, 7/ ortopedycznym, 8/ laryngologicznym, 9/ psychiatrycznym i psychiatrycznym dziennym, 10/ intensywnej terapii⁸ (od 2006 r.), 11/ rehabilitacji i rehabilitacji dziennej (od 2011 r.), 12/ Szpitalnym Oddziale Ratunkowym⁹ (od 2012 r.).

Ponadto szpital prowadził Zakład Opiekuńczo-Leczniczy¹⁰, a do 2011 r. posiadał trzy zespoły wyjazdowe, które świadczyły usługi z zakresu ratownictwa medycznego.

Poradnie/pracownie udzielały świadczeń zdrowotnych w zakresie: medycyny sportowej, ginekologii i położnictwa, chirurgii ogólnej i urazowo-ortopedycznej, urologii, kardiologii i endoskopii (od 2007 r.), endokrynologii (od 2014 r.).

W badanym okresie szpital zaprzestał udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu neurologii (oddział neurologiczny przekształcono w oddział rehabilitacji neurologicznej) oraz z zakresu ratownictwa medycznego.

⁵ W tym pomoc od podmiotu tworzącego w kwocie 17 139 tys. zł

⁶ Stan zobowiązań wymagalnych na koniec 2005 r. wynosił 2 572 tys. zł, a na koniec 2014 r. 2 825 tys. zł.

⁷ Zobowiązania nie były wyceniane w kwocie wymagalnej zapłaty, tj. łącznie z odsetkami.

⁸ Dalej: OIOM.

⁹ Dalej: SOR.

¹⁰ Dalej: ZOL.

Liczba łóżek na oddziałach szpitalnych i w ZOL wynosiła od 350 do 358, a ich przeciętny stopień wykorzystania systematycznie wzrastał (od 54% w 2005 r. do 64% w 2014 r.) Najniższy poziom wykorzystania łóżek w latach 2010-2014 wystąpił na Oddziale Laryngologicznym (od 10% w 2010 r. do 7% w 2014 r.) oraz w latach 2010-2011 r. na Oddziale Noworodków (od 21% do 26%).

Na Oddziale Noworodków od roku 2012 r. liczba łóżek uległa zmniejszeniu z 15 do pięciu, a ich stopień wykorzystania wyniósł w 2014 r. 85%.

Przyczynę niskiego wykorzystania łóżek na Oddziale Laryngologicznym Dyrektor wyjaśnił następująco: *Oddział Laryngologiczny pracuje w systemie oddziału chirurgii jednego dnia. W przypadku pacjentów, którzy w dniu wykonania świadczenia medycznego są przyjmowani i po kilku godzinach są wypisywani z oddziału liczba osobodni wynosi zero. W przeliczeniu na procent wykorzystania łóżek w Oddziale dane są zafałszowane, bowiem te dane obrazują jedynie ilość pacjentów korzystających z łóżek w nocy, a nie w ciągu dnia.*

(dowód: akta kontroli str. 98-101, 252-257, 827-828)

1.2. Przychody z umów zawieranych z Oddziałem NFZ sukcesywnie wzrastały z 17 392 tys. zł w 2005 r. do 31 185 tys. zł w 2014 r. Stopień realizacji tych umów wynosił przeciętnie 99,1% (najniższy był w 2010 r. - 98,4%, a najwyższy w 2011 r. - 101,6%). Największe przychody generowało udzielanie świadczeń w oddziałach: wewnętrznym (5 338 tys. zł w 2014 r.), ortopedycznym (3 834 tys. zł w 2014 r.), chirurgicznym (3 429 tys. zł w 2014 r.), SOR (3 346 tys. zł w 2014 r.), dziecięcym (2 488 tys. zł w 2014 r.) oraz ginekologiczno-położniczym (2 295 tys. zł w 2014 r.). Zawierane z inicjatywy BCM aneksy do umów z NFZ, istotnie zmniejszające wartość kontraktów w szczególności dotyczyły oddziałów ortopedycznego¹¹ i ginekologiczno-położniczego¹².

(dowód: akta kontroli str.16, 98-101, 252-257, 274-275)

Gł. Księgowa wyjaśniła, że przyczyną aneksowania umów z NFZ, zmniejszających wartość kontraktów było wnioskowanie przez BCM o przesunięcie środków ze świadczeń, w których wystąpiły niedow wykonania kontraktów na świadczenia, w których wystąpiły nadw wykonania kontraktów zawartych z NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 340-351)

W latach 2010-2014 z tytułu tzw. nadw wykonania BCM nie dochodziło roszczeń na drodze postępowań sądowych. Zawarto natomiast jedną ugodę sądową dotyczącą nadw wykonania z roku 2011 na kwotę 130,5 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 2110-2114)

1.3. W latach 2005-2014 szpital posiadał jeden program restrukturyzacji opracowany w czerwcu 2005 r.¹³ na podstawie przepisów ustawy o z dnia 15 kwietnia 2005 r. *o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej*¹⁴. Program ten został uzupełniony we wrześniu 2005 r., co zostało pozytywnie zaopiniowane przez Radę Powiatu Brzeskiego¹⁵.

(dowód: akta kontroli str. 23-84)

W programie restrukturyzacji wskazano, iż restrukturyzacja działalności, polegająca m.in. na zmniejszeniu liczby łóżek, zwiększeniu liczby leczonych (co było wynikiem skrócenia średniego czasu pobytu pacjenta na oddziale), przekwalifikowaniu łóżek opieki krótkoterminowej na długoterminowe oraz obniżeniu zatrudnienia, została już

¹¹ Np. w 2013 r. w wyniku zawarcia pięciu aneksów zmniejszono wartość kontraktu o ponad 23% (z 4 166 tys. zł do 3 321 tys. zł), a w 2014 r. o ponad 6% (z 4 101 tys. zł do 3 838 tys. zł).

¹² Np. w 2013 r. w wyniku zawarcia pięciu aneksów zmniejszono wartość kontraktu o ponad 12% (z 1 920 tys. zł do 1 684 tys. zł).

¹³ Uchwałą NR XXXII/331/2005 program został pozytywnie zaopiniowany przez Radę Powiatu Brzeskiego.

¹⁴ Dz. U. Nr 78, poz. 684 ze zm.; dalej: *ustawa o pomocy publicznej*.

¹⁵ Uchwała Nr XXXIV/356/2005 Rady Powiatu Brzeskiego.

w BCM przeprowadzona, a do przeprowadzenia pozostała restrukturyzacja finansowa zadłużenia powstałego w latach ubiegłych, której podstawowym źródłem finansowania będzie pożyczka z budżetu państwa. W programie tym oceniono, że efektem wcześniejszych działań restrukturyzacyjnych było osiągnięcie w 2004 r. bilansowania się kosztów działalności podstawowej szpitala z jego przychodami i w następnych latach należy koncentrować działania na *uzyskiwaniu przychodów poprzez uruchamianie nowych działalności pod warunkiem, że ta działalność będzie przynosić zysk lub przynajmniej będzie się bilansować*.

W programie restrukturyzacji, oprócz działań związanych z restrukturyzacją finansową¹⁶ wskazywano na następujące działania mające na celu poprawę sytuacji szpitala:

- ustalanie budżetów rocznych poszczególnych komórek organizacyjnych,
- prowadzenie restrykcyjnej polityki lekowej i gospodarki krwią,
- stały monitoring zleczanych badań i usług własnych (RTG, laboratorium, pralnia, blok żywieniowy),
- stopniowe przechodzenie do wynagrodzenia uzależnionego od wyniku finansowego,
- koncentracja działalności w obiektach szpitalnych.

Wskazywano również na potrzebę prowadzenia analiz dotyczących usług własnych (RTG, laboratorium, pralnia, blok żywieniowy) w celu oceny, czy usługi w tym zakresie można zlecić, ponosząc z tego tytułu niższe koszty.

Stosownie do założeń programu restrukturyzacji działania w zakresie stabilizacji poziomu kosztów działalności operacyjnej na planowanym poziomie pomiędzy 19,1 mln zł (2005 r.) i 20,9 mln zł (2010 r.) oraz przychodów ze sprzedaży w tym okresie na planowanym poziomie od 19,2 do 21,1 mln zł miały skutkować osiągnięciem w latach 2005-2010 zysków netto w kwocie od 90 do 140 tys., przy ponoszonych kosztach finansowych w przedziale od 45 do 80 tys. zł.

Dla planowanych działań w zakresie ustalania budżetów rocznych poszczególnych komórek, restrykcyjnej polityki lekowej i gospodarki krwią, stałego monitoringu zleczanych badań, stopniowego przechodzenia do wynagrodzenia uzależnionego od wyniku finansowego nie określono harmonogramu ich realizacji, jak również nie wskazano sposobu pomiaru ich skuteczności.

Dla planowanych działań w zakresie koncentracji działalności w obiektach szpitalnych (przeniesienie administracji do budynku głównego) oraz monitoringu usług własnych, przewidziano ich realizację odpowiednio do 30 października i 30 listopada 2006 r. Działania te miały do końca 2007 r. ograniczyć koszty i zwiększyć przychody w związku z wynajmem pomieszczeń o 100 tys. zł (w przypadku przeniesienia administracji) oraz ograniczyć koszty usług własnych z 319 tys. zł do 300 tys. zł.

Planowane działania objęte programem restrukturyzacji z 2005 r. były konsultowane/opiniowane w szczególności przez związki zawodowe i Radę Powiatu Brzeskiego.

(dowód: akta kontroli str. 6, 29, 54-55, 62-64, 83-84, 130-135)

Poza działaniami restrukturyzacyjnymi ujętymi w programie restrukturyzacji, BCM wskazał 15 działań naprawczych, zaplanowanych do realizacji w latach 2006-2014 w celu odwrócenia niekorzystnej sytuacji ekonomicznej szpitala.

W latach 2006-2010 do realizacji zaplanowano dwa działania, które dotyczyły utworzenia OIOM (od maja 2006 r.) i Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej (od października 2008 r.). W wyniku utworzenia tych oddziałów przewidywano

¹⁶ Restrukturyzacja ta polegała w szczególności na uzyskaniu pożyczki od Skarbu Państwa celem spłaty zobowiązań cywilnoprawnych objętych ugodą restrukturyzacyjną i zaspokojenia indywidualnych roszczeń pracowników oraz na umorzeniu wymienionych w ustawie o pomocy publicznej zobowiązań publicznoprawnych.

zwiększenie o 2 600 tys. zł przychodów szpitala, tj. zwiększenie ich odpowiednio o 1 600 tys. zł (od 2007 r.) i 1 000 tys. zł (od 2009 r.). Analiz obejmujących wyliczenie planowanych kosztów tych oddziałów i skutków finansowych planowanych działań szpital nie posiadał.

W latach 2011-2013 do realizacji zaplanowano 13 działań, które miały skutkować zwiększeniem przychodów łącznie o 1 203 tys. zł (odpowiednio o 150 tys. zł od 2011 r. i o 1 053 tys. zł od 2012 r.) oraz ograniczeniem kosztów łącznie o 1 020 tys. zł (odpowiednio o 357 tys. zł za 2012 r., 479 tys. zł za 2013 r. i 184 tys. za 2014 r.). Zaplanowane działanie, którego skutkiem miało być zwiększenie przychodów o 1 203 tys. zł dotyczyło utworzenia Oddziału Rehabilitacji Diennej (od stycznia 2011 r.) i SOR (od stycznia 2012 r.). Analiz obejmujących wyliczenie planowanych kosztów tych oddziałów szpital nie posiadał.

Zaplanowane działania w celu ograniczenia kosztów dotyczyły:

- likwidacji archiwum (do lipca 2011 r.), co miało ograniczyć koszty o 32 tys. zł począwszy od 2012 r.,
- termomodernizacji budynków szpitalnych (do grudnia 2011 r.), co miało ograniczyć koszty o 212 tys. zł począwszy od 2013 r.,
- outsourcingu usług żywienia (od stycznia 2012 r.), co miało ograniczyć koszty o 325 tys. zł począwszy od 2012 r.,
- restrukturyzacji wpłat na PFRON (do października 2012 r.), co miało zredukować całkowicie koszty z tego tytułu, które za 2011 r. wynosiły 166 tys. zł,
- redukcji zatrudnienia w administracji i łączenia komórek administracyjnych, co miało zredukować zatrudnienie o 1,35 etatu (od stycznia 2013 r.) celem ograniczenia kosztów,
- zmiany sposobu zabezpieczenia szpitala w tlen medyczny (do kwietnia 2014 r.), co miało ograniczyć koszty za 2014 r. o 183 tys. zł w stosunku do kosztów w kwocie 283 tys. zł poniesionych na ten cel w 2012 r.,
- ograniczenia obsługi prawnej do jednej kancelarii (od stycznia 2013 r.), co miało ograniczyć koszty z tego tytułu za 2013 r. o 41 tysięcy w stosunku do kosztów w kwocie 111 tys. zł poniesionych na ten cel w 2012 r.,
- ograniczenia od 2013 r. dodatków funkcyjnych dla zastępców kierowników z 20% do 5% celem ograniczenia kosztów (miernika służącego do oceny wpływu realizacji zadania na sytuację finansową szpitala nie określono),
- informatyzacji ruchu chorych, apteczek oddziałowych i obiegu dokumentacji medycznej (od stycznia 2013 r.) celem ograniczenia kosztów (miernika służącego do oceny stopnia realizacji tego celu i jej wpływu na sytuację finansową szpitala nie określono),
- połączenia od stycznia 2013 r. Oddziału Ginekologiczno-Położniczego i Oddziału Noworodków, co miało ograniczyć koszty za 2013 r. o 30 tys. zł,
- połączenia od stycznia 2013 r. Oddziału Chirurgii Ogólnej i Oddziału Laryngologii, co miało ograniczyć koszty za 2013 r. o 31 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 6-7, 123-124)

Poza prognozami zawartymi w programie restrukturyzacji, BCM nie posiadał analiz zawierających projekcję przyszłej sytuacji ekonomicznej, uwzględniającej realizację planowanych działań restrukturyzacyjnych.

(dowód: akta kontroli str. 86-87, 127-135)

1.4. BCM nie dokumentował przeprowadzanych analiz, będących podstawą planowania poszczególnych działań restrukturyzacyjnych. Nie posiadał analiz, na podstawie których oszacowano skutki finansowe 15 planowanych działań, innych niż ujęte w programie restrukturyzacji. Nie dokumentowano również oszacowania korzyści i zagrożeń wynikających z realizacji planowanych działań

restrukturyzacyjnych oraz nie dokumentowano konsultowania/opiniowania planowanych działań z innymi podmiotami lub organami.

W sprawie przesłanek dla planowania i podjęcia działań restrukturyzacyjnych z innych względów niż niekorzystna sytuacja finansowa szpitala, dyrektor BCM w latach 2007-2013 wyjaśnił: *o wyborze działań restrukturyzacyjnych, oprócz problemów finansowych zawsze decydowały kwestie społeczne wielokrotnie artykułowane przez przedstawicieli organu założycielskiego, jak i Rady Społecznej, jakimi przede wszystkim było zapewnienie zabezpieczenia medycznego powiatu w jak najszerszym zakresie i na jak najwyższym poziomie.*

(dowód: akta kontroli str. 86-87, 102-105, 127-135)

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

- przychody uzyskiwane z tytułu świadczeń realizowanych przez dwa oddziały: dziecięcy i dzienny psychiatryczny oraz przez poradnię urazowo-ortopedyczną, pracownię endoskopową i ZOL w całym ww. okresie były wyższe od kosztów bezpośrednich i pośrednich tych komórek;
- poradnie ginekologiczna i chirurgiczna zrównoważyły koszty z przychodami począwszy od 2011 r.;
- trzy oddziały: wewnętrzny, rehabilitacji neurologicznej i rehabilitacji dziennej oraz dwie poradnie: urologiczna i kardiologiczna, zrównoważyły koszty z przychodami począwszy od 2012 r.;
- oddział laryngologiczny zrównoważył koszty z przychodami począwszy od 2013 r.,
- oddział noworodków zrównoważył koszty z przychodami począwszy od 2014 r.;
- przychody z tytułu działalności trzech zespołów wyjazdowych, które funkcjonowały do 2011 r. były niższe od ich kosztów w 2011 r., natomiast w 2010 r. przychody te były wyższe od kosztów o 82 tys. zł.
- sześć oddziałów (43%): ginekologiczno-położniczy, chirurgiczny, ortopedyczny, psychiatryczny, OIOM oraz Izba Przyjęć/SOR osiągało przychody z tytułu świadczonych usług niższe od ponoszonych kosztów¹⁷, a najmniejsza/największa roczna różnica pomiędzy przychodami i kosztami mieściła się w przedziale od 126 tys. zł do 916 tys. zł i dotyczyła oddziału ginekologiczno-położniczego.

Główna księgową wyjaśniła, że narzut kosztów pośrednich na poszczególne oddziały uwzględnia w szczególności okoliczność, iż oddziały zabiegowe obciążane są kosztami pośrednimi wynikającymi z funkcjonowania anestezjologii i bloku operacyjnego, które to koszty w 2014 r. wyniosły odpowiednio 977 tys. zł i 1 470 tys. zł. Natomiast pozostałe koszty pośrednie ośrodków usługowych (np. laboratorium) rozdzielane są na poszczególne oddziały/poradnie proporcjonalnie do ilości zlecanych badań.

(dowód: akta kontroli str.10-11)

1.5. W ramach realizacji działań restrukturyzacyjnych szpital przewidział konieczność uzyskania pomocy ze źródeł zewnętrznych na restrukturyzację finansową przewidzianą programem restrukturyzacji z czerwca 2005 r. Na ten cel zaciągnięta została pożyczka od Skarbu Państwa (w 2005 r. otrzymano kwotę 2 778,6 tys. zł, a w 2007 r. 578,8 tys. zł), która została umorzona (w 2007 r. w kwocie 2 483 tys. zł, a w 2008 r. - 578,8 tys. zł).

(dowód: akta kontroli str. 19, 91)

Ponadto realizację planowanych działań restrukturyzacyjnych, polegających na utworzeniu OIOM i SOR szpital finansował z dotacji udzielonych przez Ministra

¹⁷ Wyjątkiem w tym względzie był dodatni wynik w kwocie 89 tys. zł, osiągnięty przez SOR w 2013 r.

Zdrowia i Powiat Brzeski (otrzymanych przed 2005 r.), a przebudowę pomieszczeń na SOR, aparaturę medyczną i wyposażenie dla tych oddziałów, BCM planowało otrzymać od podmiotu tworzącego.

W sprawie planowanego wsparcia zewnętrznego i analiz z tym związanych Gł. Księgowa wyjaśniła: w 2006 r. otrzymano od Powiatu Brzeskiego w bezpłatne używanie sprzęt medyczny stanowiący wyposażenie OIOM, w latach 2009-2011 Powiat Brzeski poniósł nakłady inwestycyjne na przebudowę pomieszczeń dla SOR oraz przekazał BCM w użyczenie specjalistyczny sprzęt medyczny SOR, a w 2011 r. wykonał termomodernizację obiektów szpitalnych. Ponadto wyjaśniła, że pozostałe planowane działania restrukturyzacyjne (opisane w pkt 1.2.) były podejmowane na podstawie bieżącej analizy kosztów i miały na celu ich ograniczenie w celu zbilansowania prowadzonej działalności. Nie dysponuję pisemnymi analizami tych działań.

(dowód: akta kontroli str. 18- 19)

1.6. W latach 2005-2014 BCM zawarł jedną umowę na opracowanie analiz i propozycji działań restrukturyzacyjnych. Umowa ta zawarta została 6 czerwca 2005 r. i dotyczyła opracowania programu restrukturyzacji, wniosku o wydanie opinii do programu restrukturyzacji, projektu ugody z wierzycielami oraz zapewnienia asysty konsultingowej. Koszty poniesione na jej realizację wyniosły 5,6 tys. zł. Innych kosztów z tytułu opracowania analiz i propozycji działań restrukturyzacyjnych szpital nie ponosił. Gł. Księgowa BCM wyjaśniła, że nie posiada informacji, aby w latach 2005-2014 podmiot tworzący zlecał i opłacał podmiotom zewnętrznym realizację usług w tym zakresie.

(dowód: akta kontroli str. 19)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Zakres zaplanowanych działań restrukturyzacyjnych i ich planowane efekty finansowe były niewystarczające, aby trwale poprawić sytuację finansową szpitala, w tym zmniejszyć stan jego zadłużenia, gdyż:

- dla planowanych w roku 2011 działań polegających na likwidacji archiwum, termomodernizacji i outsourcingu usług żywienia zaplanowano efekt finansowy w postaci obniżenia kosztów łącznie o 569 tys. zł, gdy tymczasem strata finansowa za rok poprzedni wyniosła 1 305 tys. zł.
- dla planowanych w roku 2012 działań polegających na restrukturyzacji wpłat na PFRON, połączeniu Oddziału Ginekologiczno-Położniczego i Oddziału Noworodków oraz Oddziału Chirurgii Ogólnej i Oddziału Laryngologii, ograniczeniu obsługi prawnej do jednej kancelarii zaplanowano efekt finansowy w postaci obniżenia kosztów łącznie o 268 tys. zł, gdy tymczasem strata finansowa za rok poprzedni wyniosła 2 790 tys. zł.
- dla planowanych w roku 2013 działań polegających na zmianie sposobu zabezpieczenia szpitala w tlen medyczny zaplanowano efekt finansowy w postaci obniżenia kosztów łącznie o 183 tys. zł, gdy tymczasem strata finansowa za rok poprzedni wyniosła 897 tys. zł,
- w roku 2014 działań naprawczych nie zaplanowano, pomimo iż strata finansowa za rok poprzedni wyniosła 1 203 tys. zł,
- dla planowanych działań polegających na utworzeniu w latach 2005-2012 czterech oddziałów¹⁸ zaplanowano efekt zwiększenia przychodów o 3 803 tys. zł, lecz nie zaplanowano ich kosztów, co uniemożliwiało ocenę skutków tych działań dla poprawy sytuacji finansowej szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 6-7, 16, 86-87, 123-124)

¹⁸ OIOM, Oddział Rehabilitacji Neurologicznej, Oddział Rehabilitacji Diennej, SOR.

Zdaniem NIK ograniczenie planowanych działań restrukturyzacyjnych do zakresu, który nie umożliwiał uzyskania trwałej poprawy sytuacji finansowej szpitala, świadczy o braku wymaganej rzetelności działań planistycznych. Dyrektor BCM w latach 2007-2013 w sprawie przyczyny zaplanowania działań restrukturyzacyjnych, których zakres i planowane efekty były niewystarczające dla trwałej poprawy sytuacji finansowej szpitala wyjaśnił: *działania te miały poprawić sytuację finansową szpitala, ale mieliśmy świadomość, że nie uzdrowią tej sytuacji. Aby poprawić sytuację, należało zwiększyć przychody, na co nie mieliśmy wpływu.*

(dowód: akta kontroli str. 561-562)

2. Zaplanowane przez BCM działania naprawcze dotyczące zatrudnienia i wynagrodzeń ograniczyły się do: a/ ujęcia w programie restrukturyzacji z 2005 r. zapisu o stopniowym przechodzeniu do wynagrodzenia uzależnionego od wyniku finansowego, b/ redukcji zatrudnienia w administracji o 1,35 etatu (od 2013 r.), c/ zmniejszenia dodatków funkcyjnych dla zastępców kierowników z 20% do 5% (od 2013 r.). Innych działań naprawczych w zakresie optymalizacji zatrudnienia i wynagrodzeń nie planowano, pomimo iż powołana we wrześniu 2011 r. przez Zarząd Powiatu Brzeskiego komisja ds. przygotowania restrukturyzacji BCM¹⁹, w raporcie z października 2012 r. stwierdziła m.in., że: *za najbardziej istotne powody mające kluczowe znaczenie dla podjęcia decyzji o restrukturyzacji uważa się (...) przerost zatrudnienia i konieczne zmiany w strukturze zatrudnienia.* Również i w tym przypadku zaniechania w tym zakresie świadczą o nierzetelnym planowaniu restrukturyzacji szpitala.

(dowód: akta kontroli str.6-7, 110, 123-124)

Dyrektor, jednocześnie przewodniczący ww. komisji ds. restrukturyzacji wyjaśnił: *na stanowisko Dyrektora BCM zostałem powołany z dniem 15 maja 2014 r. Przejęcie obowiązków, zapoznanie się z bieżącymi sprawami BCM (...), a także przygotowanie informacji na temat stanu BCM oraz pierwszych kierunków rozwoju (...) były pierwszymi czynnościami, które należało poczynić (...). Natomiast biorąc pod uwagę upływ czasu od chwili utworzenia Raportu do dnia objęcia przeze mnie stanowiska Dyrektora BCM należało podjąć kroki do stworzenia nowego dokumentu wyznaczenia strategicznych zmian niezbędnych do wprowadzenia w BCM. Stąd powstała decyzja o przeprowadzeniu niezależnego audytu zewnętrznego, który to przygotowuje grunt pod stworzenie dokumentu pod nazwą „Program restrukturyzacji BCM”.*

(dowód: akta kontroli str.107, 572-573)

Dyrektor BCM w latach 2007-2013, jednocześnie zastępca przewodniczącego ww. komisji ds. restrukturyzacji w sprawie przyczyny braku planowania i realizowania działań restrukturyzacyjnych zmierzających do optymalizacji zatrudnienia i wynagrodzeń w BCM wyjaśnił, że raport komisji ds. przygotowania restrukturyzacji szpitala *był raportem wspólnym kilku osób. Nie zgadzałem się z niektórymi opiniami w nim zawartymi, m.in. z koniecznością redukcji zatrudnienia na poziomie wskazanym w tym raporcie.*

(dowód: akta kontroli str. 562)

3. Pomimo określenia planowanych do realizacji w latach 2006-2014 działań restrukturyzacyjnych, nie poprzedzono tych działań pisemnymi analizami obejmującymi wyliczenie ich skutków finansowych oraz nie oszacowano ewentualnych korzyści i zagrożeń wynikających z ich realizacji. Pisemnych analiz nie sporządzano również dla podmiotu tworzącego i Rady Społecznej szpitala. Nie wyznaczano osób odpowiedzialnych za realizację działań restrukturyzacyjnych

¹⁹ Uchwała nr 97/2011 Zarządu Powiatu Brzeskiego z dnia 13 września 2011 r. w sprawie komisji ds. przygotowania restrukturyzacji BCM.

i monitorowanie ich efektów, nie sporządzano projekcji sytuacji finansowej szpitala uwzględniającej zaplanowane działania. W szczególności nie sporządzono pisemnych analiz obejmujących wyliczenie planowanych kosztów oddziałów, które zamierzano utworzyć/przekształcić.

(dowód: akta kontroli str 86-87, 127-130, 562)

Dyrektor BCM w latach 2007-2013 wyjaśnił: *wszelkie analizy były przygotowywane przeze mnie na podstawie danych dostarczonych na bieżąco przez działy księgowości, organizacyjno-prawny, Rejestr Usług Medycznych, a także dział administracyjny (...), analizy były przedstawiane Radzie Społecznej, a także Zarządowi Powiatu za pośrednictwem Wydziału Zdrowia Starostwa Powiatowego. (...) Dokumentacja, w której posiadaniu byłem pełniąc funkcję Dyrektora BCM pozostała w szpitalu.*

W sprawie przyczyny braku sporządzania pisemnych analiz obejmujących wyliczenie planowanych kosztów oddziałów, które zamierzano utworzyć/przekształcić były Dyrektor zeznał: *nie pamiętam jakie analizy porównawcze przychodów i kosztów były przeprowadzane (...). Nie pamiętam, czy szacowaliśmy koszty tych oddziałów.*

W sprawie przyczyny braku powierzenia obowiązków w zakresie realizacji działań restrukturyzacyjnych i monitorowania ich efektów były Dyrektor zeznał: *nie wyznaczałem osób odpowiedzialnych, gdyż powierzenie tych obowiązków generowałoby dodatkowe koszty.*

(dowód: akta kontroli str. 102-104, 562)

Naczelnik Wydziału Zdrowia Starostwa Powiatowego w Brzegu, w informacji udzielonej w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit.f ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli²⁰ poinformowała, że w Wydziale Zdrowia *brak jest dokumentów w ww. zakresie.* Poinformowała także, że protokoły z posiedzeń Zarządu Powiatu Brzeskiego zawierają *analizy ustnie przekazane (...) przez Dyrektora BCM i Główną Księgową.*

(dowód: akta kontroli str. 102-104)

Dyrektor wyjaśnił, że dysponuje programem restrukturyzacji BCM z 2005 r., której częścią składową jest wyliczenie skutków finansowych planowanych w tym programie działań naprawczych oraz raportem komisji ds. restrukturyzacji BCM z 2012 r. Odnośnie pozostałych działań restrukturyzacyjnych wyjaśnił, że: *nie dysponuje analizami ekonomicznymi uzasadniającymi planowane działania restrukturyzacyjne obejmujące wyliczenie skutków finansowych tych działań (oprócz tych ujętych w programie restrukturyzacji z 2005 r.), nie dysponuje projekcjami przyszłej sytuacji ekonomicznej uwzględniającej realizację planowanych działań restrukturyzacyjnych, nie dysponuje informacjami o szacowaniu korzyści i zagrożeń wynikających z planowanych działań restrukturyzacyjnych.* Wyjaśnił także, iż *dokumenty w postaci poleceń służbowych, czy zakresów czynności wyznaczających osoby odpowiedzialne za realizację i monitorowanie działań naprawczych nie są w posiadaniu BCM.* Poinformował natomiast, że każdego miesiąca składa do Starostwa Powiatowego w Brzegu informację o aktualnej sytuacji finansowo-ekonomicznej szpitala, która obejmuje m.in. koszty, przychody, wynik finansowy, stan należności, zobowiązań i zapasów, poziom rentowności poszczególnych komórek organizacyjnych.

(dowód: akta kontroli str. 86-87, 129-130)

Biegła w dziedzinie zarządzania jednostkami służby zdrowia, powołana na podstawie art. 49 ust. 1 i 2 ustawy o NIK, przedstawiła w tej sprawie następującą

²⁰ Dz. U. z 2015 r., poz. 1096; dalej: ustawa o NIK.

opinię: wnioskiem płynącym z oceny podejmowanych działań restrukturyzacyjnych, w szczególności polegających na zmianie zakresów świadczeń (...) jest brak dowodów na analizy leżące u źródeł tych decyzji (...). Oczekiwanie, że każdy pomysł wdrażany bez gruntownej analizy i przygotowania zostanie przez instytucje zewnętrzne doceniony, wspierany i finansowany wydaje się nieracjonalne.

(dowód: akta kontroli str. 2193-2194, 2369)

Ocena częściowa

BCM nierzetelnie planował działania restrukturyzacyjne przewidziane do realizacji w latach 2005-2013, a także nie zaplanował takich działań do realizacji w 2014 r., pomimo pogarszającej się sytuacji finansowej i rosnącego zadłużenia BCM.

2. Prowadzenie działań restrukturyzacyjnych i monitorowanie jego efektów

2.1. Prowadzenia działań restrukturyzacyjnych

Opis stanu faktycznego

2.1.1. Spośród 22 zaplanowanych działań restrukturyzacyjnych zrealizowanych zostało 16, jedno zadanie zrealizowane zostało częściowo, a pięciu działań nie zrealizowano. Przeprowadzone działania restrukturyzacyjne obejmowały: 1/ restrykcyjną politykę lekową i gospodarkę krwią, 2/ stały monitoring zleczanych badań, 3/ stały monitoring usług własnych (RTG, Laboratorium, Pralnia, Blok Żywnienia), 4/ koncentrację działalności w obiektach szpitalnych – przeniesienie administracji do budynku głównego, 5 i 6/ utworzenie OIOM, a następnie SOR, 7/ utworzenie Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej, 8/ utworzenie Oddziału Rehabilitacji Diennej, 9/ likwidację stanowiska archiwisty, 10/ termomodernizację budynków szpitalnych, 11/ outsourcing usług żywienia i likwidacja kuchni, 12/ zmianę sposobu zabezpieczenia BCM w tlen medyczny, 13/ ograniczenie obsługi prawnej do jednej kancelarii, 14/ zmianę zasad funkcjonowania zastępców kierowników, 15/ finansowanie zobowiązań (restrukturyzację finansową) oraz 16/ restrukturyzację wpłat na PFRON.

Częściowo zrealizowano działanie polegające na budżetowaniu oddziałów i ustalaniu budżetów rocznych poszczególnych komórek organizacyjnych. Nie zrealizowano działań polegających na: łączeniu oddziałów, przechodzeniu do wynagrodzenia uzależnionego od wyniku finansowego, informatyzacji ruchu chorych, apteczek oddziałowych i obiegu dokumentacji medycznej oraz redukcji zatrudnienia w administracji i łączeniu komórek administracyjnych.

(dowód: akta kontroli str. 125-126)

2.1.2. Szpital zrealizował zaplanowane do osiągnięcia cele i uzyskał zakładane poziomy mierników służących do oceny stopnia ich realizacji w odniesieniu do 12 działań²¹ (z 22 zaplanowanych). W przypadku kolejnych czterech zrealizowanych działań: a/ w dwóch przypadkach nie osiągnięto zakładanych celów²², b/ w dwóch przypadkach ocena stopnia osiągnięcia celu nie była możliwa, gdyż dla działań tych nie określono docelowej wartości mierników²³.

(dowód: akta kontroli str. 125-126, 561-571, 762)

W przypadku realizacji działań polegających na utworzeniu nowych oddziałów (OIOM, Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej, Oddziału Rehabilitacji Diennej oraz

²¹ Koncentracja działalności w obiektach szpitalnych – przeniesienie administracji do budynku głównego; utworzenie OIOM; restrukturyzacja finansowa i wpłat na PFRON, utworzenie Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej, utworzenie Oddziału Rehabilitacji Diennej, likwidacja archiwum, termomodernizacja budynków szpitalnych, outsourcing usług żywienia i likwidacja kuchni, utworzenie SOR, zmiana sposobu zabezpieczenia BCM w tlen medyczny, ograniczenie obsługi prawnej do jednej kancelarii.

²² Stały monitoring usług własnych (w efekcie zlikwidowano pralnię, co skutkowało wzrostem o 15% kosztów z tytułu usług pralniczych) oraz ograniczenie dodatków funkcyjnych dla zastępców kierowników z 20% do 5%.

²³ Restrykcyjna polityka lekowa i gospodarka krwią, stały monitoring zleczanych badań.

SOR), określonymi przez BCM miernikami była wielkość przychodów z NFZ, nie określono natomiast poziomu kosztów ponoszonych na funkcjonowanie tych oddziałów. Tym samym mierniki te uniemożliwiały monitorowanie wpływu realizacji tych działań restrukturyzacyjnych na sytuację finansową szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 561-571)

2.1.3. W latach 2005-2014 BCM otrzymało od Skarbu Państwa, organu założycielskiego oraz innych jednostek pomoc w łącznej wartości 25 485 tys. zł²⁴.

(dowód: akta kontroli str. 956)

Pomoc udzielona przez Skarb Państwa obejmowała: umorzenie pożyczki restrukturyzacyjnej BGK w kwocie 3 062 tys. zł, a także dotacje Ministra Zdrowia na zakup sprzętu, kształcenie rezydentów i staże podyplomowe w łącznej wysokości 1 393 tys. zł.

Pomoc udzielona przez organ założycielski w kwocie łącznej 17 139 tys. zł obejmowała w szczególności: a/ dotacje w kwocie 793 tys. zł na zakup sprzętu (530 tys. zł) i remonty (263 tys. zł), b/ nieodpłatne otrzymanie środków trwałych²⁵ i ulepszonych środków trwałych²⁶, gruntów²⁷, wyposażenia i aparatury medycznej²⁸ (łącznie 16 113 tys. zł).

Pomoc udzielona przez inne jednostki w kwocie łącznej 3 891 tys. zł obejmowała w szczególności: umorzenie należności wobec ZUS, PFRON i Burmistrza Miasta Brzegu (2 974 tys. zł), dotacje na zakup sprzętu (104 tys. zł), dotacje na remonty (90 tys. zł), darowizny pieniężne (200 tys. zł). Nie stwierdzono przypadków wykorzystania udzielonej pomocy niezgodnie z przeznaczeniem.

(dowód: akta kontroli str. 956, 1769-1912)

Ponadto, stosownie do regulacji określonych w art. 59 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej²⁹, organ założycielski pokrył ujemny wynik finansowy szpitala: 1/ za rok 2013 w kwocie 232,9 tys. zł, 2/ za rok 2014 w kwocie 705,4 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 419-420, 1449-1450)

2.1.4. W latach 2005 – 2008 BCM osiągał dodatni wynik finansowy³⁰, a począwszy od roku 2009 szpital ponosił straty bilansowe netto na poziomie od 897 tys. zł³¹ do 2 790 tys. zł³². Na pogorszenie się sytuacji szpitala począwszy od 2009 r. istotny wpływ miał w szczególności wzrost kosztów wynagrodzeń i pochodnych od wynagrodzeń będący skutkiem podwyżek dla pracowników, które miały miejsce w 2008 r. Były one wymuszone strajkiem pielęgniarek oraz sporem zbiorowym BCM jako pracodawcy ze związkami zawodowymi. Na pogarszającą się sytuację finansową szpitala istotny wpływ miały również rosnące koszty usług obcych³³, w tym w szczególności koszty związane z zatrudnianiem lekarzy i pielęgniarek na tzw. kontraktach. Planowane i realizowane przez szpital działania

²⁴ Z tego: od Skarbu Państwa – 4 455 tys. zł, od organu założycielskiego – 17 139 tys. zł, od innych jednostek – 3 891 tys. zł.

²⁵ M.in. karetki sanitarne o łącznej wartości 622 tys. zł.

²⁶ M.in. termomodernizacja budynków (5 445 tys. zł) i przebudowa pomieszczeń na SOR (o łącznej wartości wraz z użyczonym wyposażeniem 5 949 tys. zł).

²⁷ O wartości 1 148 tys. zł.

²⁸ M.in. wyposażenie OIOM o wartości 1 155 tys. zł

²⁹ Dz. U. z 2015 r. poz. 618 ze zm.

³⁰ Wyniki te mieściły się w przedziale od 136 tys. zł do 2 571 tys. zł.

³¹ W 2012 r. na zmniejszenie się straty bilansowej do 897 tys. zł istotny wpływ miał wzrost o 399 tys. zł pozostałych przychodów operacyjnych, w związku ze zmianą sposobu ujęcia w ewidencji księgowej zdarzeń gospodarczych polegających na otrzymaniu dotacji na zakup środków trwałych lub nieodpłatnym otrzymaniu środków trwałych.

³² 2011 r.

³³ 4 064 tys. zł w 2005 r., 6 179 tys. zł w 2008 r., 9 346 tys. zł w 2014 r.

restrukturyzacyjne nie obejmowały natomiast działań zmierzających do optymalizacji zatrudnienia i wynagrodzeń.

(dowód: akta kontroli str. 16, 451-455)

2.1.5. Zobowiązania ogółem w latach 2010-2014 wynosiły od 5 060 tys. zł do 8 003³⁴ tys. zł, w tym zobowiązania wymagalne od 1 431 tys. zł do 3 313 tys. zł³⁵. Roczne odsetki naliczone od zobowiązań wymagalnych wynosiły od 59 tys. zł do 267 tys. zł. Zobowiązania wymagalne wg stanu na koniec 2014 były zobowiązaniami z tytułu dostaw i usług (2 777 tys. zł) i z pozostałych tytułów (48 tys. zł).

(dowód: akta kontroli str. 15, 85, 431)

Do największych wierzycieli szpitala w latach 2010-2014 należeli dostawcy energii cieplnej oraz dostawcy leków i materiałów medycznych, a także podmiot świadczący usługi pralnicze i Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa.

(dowód: akta kontroli str. 1914)

Z wierzycielami tymi zawierano ugody cywilnoprawne, których warunki obejmowały w szczególności rozłożenie na raty płatności głównej, umorzenie części lub całości odsetek należnych z tytułu nieterminowej płatności, obniżenie tych odsetek, odstąpienie od procesu sądowego. Podejmowano również działania w celu zamiany zobowiązań krótkoterminowych na zobowiązania długoterminowe poprzez zaciągnięcie długoterminowej pożyczki na spłatę zobowiązań krótkoterminowych³⁶.

(dowód: akta kontroli str. 258-273, 1915)

Kwota zobowiązań objętych ugodą z pięcioma największymi wierzycielami w latach 2010-2014 wynosiła 6 840 tys. zł. Ugody te były realizowane zgodnie z ich treścią.

(dowód: akta kontroli str. 1915)

W ocenie Dyrektora przyczyną nieterminowego regulowania przez szpital płatności były niskie kontrakty, niewspółmierne do potrzeb finansowania szpitala wielkości BCM, co od wielu lat skutkowało prowadzeniem działalności deficytowej.

(dowód: akta kontroli str. 825-828)

2.1.6. Szpital podejmował następujące działania w celu ograniczenia kosztów działalności pomocniczej:

- w 2006 r. zlikwidowano funkcjonującą w strukturach BCM pralnię, a usługi pralnicze powierzono podmiotowi zewnętrznemu, wybranemu w drodze przetargu nieograniczonego,

- w 2011 r. zlikwidowano funkcjonującą w strukturach BCM kuchnię i blok żywienia, a usługi w zakresie żywienia chorych powierzono podmiotowi zewnętrznemu wybranemu w drodze przetargu nieograniczonego.

Kontrola czterech postępowań o udzielenie zamówienia publicznego³⁷ wykazała, że zostały one przeprowadzone zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. *Prawo zamówień publicznych*³⁸.

(dowód: akta kontroli str. 125-126, 829-830)

³⁴ Zobowiązania na koniec 2005 r. wynosiły 8 659 tys. zł.

³⁵ Zobowiązania wymagalne na koniec 2005 r. wynosiły 2 572 tys. zł, w tym 2 252 tys. zł stanowiły zobowiązania wymagalne wobec ZUS.

³⁶ Umowa pożyczki z 27 czerwca 2014 r. ze Skarbcem – Zdrowia Funduszem Inwestycyjnym Zamkniętym Aktywów Niepublicznych reprezentowanym przez Magellan S.A.

³⁷ Kontrolą objęto postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na: świadczenie usług w zakresie przygotowywania i dostarczania całodziennych posiłków (nr PN/17/2012, wszczęte 9 listopada 2012 r., nr PN/12/2013, wszczęte 23.10.2013 r.), kompleksowe usługi pralnicze (nr PN/11/2008, wszczęte 3 września 2008 r., nr PN/13/2012, wszczęte 12 września 2012 r.).

³⁸ Dz. U. z 2013 r., poz. 907 ze zm.; dalej: ustawa pzp.

W wyniku podjętych działań nastąpiło obniżenie rocznych kosztów żywienia w BCM o 46% (z 1 047,7 tys. zł w 2010 r. do 589 tys. zł w 2012 r.). Outsourcing usług prania nie przyczynił się do obniżenia kosztów ponoszonych przez szpital z tego tytułu, gdyż w 2005 r. koszty te wyniosły 302,3 tys. zł³⁹, a w 2007 r. koszty usługi obcej w tym zakresie wyniosły 365,6 tys. zł.

Główna Księgowa BCM wyjaśniła, że przeprowadzała analizy w zakresie kosztów jednostkowych prania i żywienia, lecz faktycznym powodem zlecenia usług prania oraz usług żywienia firmom zewnętrznym był brak środków pieniężnych na odtworzenie zużytego majątku trwałego i wyposażenia, niezbędnego do prowadzenia działalności w tym zakresie.

(dowód: akta kontroli str. 122, 125-126, 748, 750, 762, 1457-1458, 1460)

Usługi sprzątania wykonywane były przez pracowników BCM, zatrudnionych na podstawie umów o pracę. Roczne koszty bezpośrednie usług sprzątania wynosiły w latach 2010-2014 odpowiednio: 112,3 tys. zł, 83 tys. zł, 89 tys. zł, 89,4 tys. zł, 118,6 tys. zł. Spadek kosztów w 2011 r. spowodowany był zmniejszeniem liczby zatrudnionych sprzątaczek o jedną osobę, natomiast wzrost kosztów w 2014 r. – wzrostem liczby zatrudnionych sprzątaczek o jedną osobę.

(dowód: akta kontroli str. 806, 1451-1455a)

Główna Księgowa BCM wyjaśniła, że nie sporządzała analiz dotyczących ewentualnego zlecenia usług sprzątania podmiotom zewnętrznym.

(dowód: akta kontroli str. 122)

Usługi laboratoryjne wykonywane były przez pracowników szpitala. Zdaniem Dyrektora BCM w latach 2007 – 2014 nie powierzył on świadczenia usług laboratoryjnych podmiotom zewnętrznym, *gdyż usługi świadczone przez laboratorium zawsze były rentowne.*

(dowód: akta kontroli str. 561-571, 780)

2.1.7. W celu optymalizacji kosztów zużycia energii przez BCM zrealizowano w 2011 r. inwestycję polegającą na termomodernizacji budynków szpitalnych, na którą poniesiono nakłady w kwocie 5 445 tys. zł. Zadanie inwestycyjne zostało zrealizowane przez Starostwo Powiatowe w Brzegu i wskazywane było jako działanie restrukturyzacyjne, którego celem miało być ograniczenie kosztów energii o 19%⁴⁰. W wyniku przekazania BCM do użytkowania ww. ulepszonych środków trwałych osiągnięto zaplanowany wskaźnik ograniczenia kosztów energii, gdyż koszty te wyniosły w 2013 r. 893,6 tys. zł i były o 19,6 % niższe od kosztów poniesionych z tego tytułu w 2010 r.

(dowód: akta kontroli str. 125-126, 457-467)

2.1.8. Na zakup leków, materiałów medycznych i sprzętu medycznego jednorazowego i wielorazowego użytku w latach 2010-2014 poniesiono łączne koszty roczne w kwocie od 3 344 tys. zł do 4 632 tys. zł, z tego:

- koszty leków i środków opatrunkowych w 2010 r. wyniosły 1 716 tys. zł i wzrosły w 2014 r. do 2 150 tys. zł (wzrost o 25%),
- koszty materiałów medycznych w 2010 r. wyniosły 483 tys. zł i wzrosły w 2014 r. do 592 tys. zł (wzrost o 23%),
- koszty sprzętu medycznego w 2010 r. wyniosły 1 208 tys. zł i wzrosły w 2014 r. do 1 890 tys. zł (wzrost o 56%),
- koszty krwi w 2010 r. wyniosły 324 tys. zł i wzrosły w 2014 r. do 390 tys. zł (wzrost o 20%).

(dowód: akta kontroli str. 1021-1025, 1965)

³⁹ Koszty bezpośrednie takie jak: wynagrodzenia, środki czystości, materiały do konserwacji.

⁴⁰ Planowany spadek kosztów energii miał wynieść 212 tys. zł (z 1 112 tys. zł w 2010 r. do 900 tys. zł w 2013 r.).

Poniesione koszty na zakupy leków, sprzętu, materiałów medycznych i krwi, które nie zostały wykorzystane w okresie ich przydatności do użycia wyniosły w latach 2010-2014 łącznie 10,4 tys. zł, przy czym największe koszty z tego tytułu odnotowano w 2011 r. (4,5 tys. zł), natomiast w 2014 r. koszty takie nie wystąpiły.

(dowód: akta kontroli str. 1021-1025)

Stosowane mechanizmy, mające na celu optymalizację wykorzystania w terminie ważności zakupionych leków i materiałów medycznych, według wyjaśnień Kierownika Apteki Szpitalnej, polegały na opracowaniu stosownych procedur w ramach Zintegrowanego Systemu Zarządzania (ISO 9001 oraz ISO 14001)⁴¹. Procedury te określały m.in.: obowiązki pielęgniarek oddziałowych lub innych upoważnionych osób w zakresie kontroli terminów ważności leków znajdujących się na oddziale, obowiązek powiadamiania Kierownika Apteki Szpitalnej o posiadaniu leków, których termin ważności kończy się za minimum 3 miesiące, w celu ich ewentualnego zastosowania na innym oddziale szpitalnym, obowiązek prowadzenia rejestru leków z krótkimi terminami ważności.

(dowód: akta kontroli str. 1026-1070)

W celu racjonalizacji farmakoterapii oraz monitorowania jej kosztów w BCM stosowano receptariusz szpitalny, który w latach 2005-2014 był sześciokrotnie aktualizowany.

(dowód: akta kontroli str. 1010-1020)

2.1.9. W latach 2010-2014 liczba zatrudnionych pielęgniarek i położnych w BCM wynosiła od 193 osób w 2010 r. do 178 osób w 2014 r. Ponadto w latach 2013-2014 pielęgniarki pracowały również w ramach tzw. kontraktów⁴².

(dowód: akta kontroli str. 467-468, 501-549)

Stosownie do dyspozycji art. 50 ust. 1 ustawy o *działalności leczniczej* Dyrektor BCM określił minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych, które obowiązywały od października 2013 r. Projekt tych minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek został przed ich ustaleniem opiniowany przez ordynatorów oddziałów szpitalnych⁴³, przedstawiciela samorządu pielęgniarek i położnych oraz związku zawodowe⁴⁴. Do ww. projektu nie wniesiono uwag (uzyskał od wszystkich pozytywnie opinie).

Poza ww. normami w latach wcześniejszych minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych były określane dwukrotnie: w 2006 r. oraz w 2011 r.

(dowód: akta kontroli str. 469-495)

Przeciętne wynagrodzenie pielęgniarek i położnych BCM w latach 2010-2014 wynosiło od 17,4 zł do 18,2 zł brutto za godzinę. Najwyższe przeciętne wynagrodzenie pielęgniarek odnotowano w zespole wyjazdowym, gdzie wynagrodzenie to za godzinę wynosiło w latach 2010-2011 od 23 zł do 26 zł.

Na pozostałych oddziałach wynagrodzenia pielęgniarek były na zbliżonym poziomie, a najwyższe różnice dotyczyły:

- SOR, gdzie wynagrodzenie to wynosiło od 17,3 do 20,4 zł za godzinę,
- Oddziału Laryngologicznego, gdzie wynagrodzenie to wynosiło od 14,5 do 16,2 zł za godzinę.

Naczelna pielęgniarka wyjaśniła, że pielęgniarki z Izby Przyjęć (późniejszy SOR) i Zespołów Wyjazdowych, w składnikach wynagrodzenia posiadały 20% dodatek za pracę, co spowodowało, że stawki wynagrodzenia na tych oddziałach były wyższe

⁴¹ Procedury o nazwie: Gospodarka lekami, Kontrola terminów ważności leków i postępowanie z lekami przeterminowanymi.

⁴² Obowiązywało w tym czasie 10 takich umów.

⁴³ Z wyjątkiem ordynatorów: Oddziału Chirurgii, SOR, Psychiatrii, Rehabilitacji Neurologicznej, ZOL.

⁴⁴ Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych – Zakładowa Organizacja Związkowa przy BCM.

niż w pozostałych. W wyjaśnieniu stwierdziła również, że Oddział Laryngologii pracuje w systemie planowych przyjęć pacjenta, w związku z czym całodobowa praca pielęgniarek odbywała się od poniedziałku do czwartku, natomiast w piątki – do godziny 15; w soboty, niedziele i święta pielęgniarki ww. oddziału nie pracowały. Wynagrodzenie ogółem pielęgniarek i położnych w latach 2010-2014 kształtowało się na zbliżonym poziomie⁴⁵.

(dowód: akta kontroli str. 467-468, 500)

Przypadki wzrostu wynagrodzeń w tej grupie zawodowej, spowodowane wywieraną presją na kierownictwo szpitala (spory zbiorowe), miały miejsce w roku 2006, 2007 oraz 2014 i skutkowały decyzjami o podwyżkach wynagrodzeń przeciętnie o 30% w roku 2006, o 26% w roku 2008 i o 5% w roku 2014.

(dowód: akta kontroli str. 956a-967)

2.1.10. W latach 2010-2014 poziom zatrudnienia personelu niemedycznego wynosił od 90 (2010 r.) do 60 osób (2014 r.). Koszty wynagrodzeń tej grupy pracowników mieściły się w przedziale od 1 637 tys. zł do 2 192 tys. zł, a przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto wynosiło od 2 025 zł (2010 r.) do 2 257 zł (2014 r.).

Wprowadzane mechanizmy mające na celu optymalizację zatrudnienia w tej grupie pracowników polegały na obniżeniu w 2013 r. dodatków funkcyjnych zastępców kierowników komórek organizacyjnych BCM – z 20% do 5% wynagrodzenia. Działanie to nie przyczyniło się jednak do spadku kosztów tych dodatków funkcyjnych dla pracowników niemedycznych⁴⁶.

(dowód: akta kontroli str. 550, 737)

2.1.11. W latach 2010-2014 BCM zatrudniał na podstawie umowy o pracę od 26 (2010 r.) do 29 lekarzy (2014 r.). Koszty wynagrodzeń tej grupy pracowników mieściły się w przedziale od 2 320 tys. zł do 1 989 tys. zł, a przeciętne wynagrodzenie brutto/na godzinę wynosiło: 1/ dla ordynatorów i ich zastępców od 42 zł do 49 zł, 2/ dla specjalistów II stopnia od 34 zł do 41 zł, 3/ dla specjalistów I stopnia od 27 zł do 43 zł, 4/ dla pozostałych lekarzy od 16 zł do 17 zł.

(dowód: akta kontroli str. 422)

Liczba lekarzy, z którymi w latach 2010-2014 zawarte zostały tzw. kontrakty wynosiła od 49 do 63. Koszty poniesione z tytułu zawarcia tych umów wyniosły od 4 046 tys. zł (2011 r.) do 5 836 tys. zł (2014 r.). Przeciętne wynagrodzenie brutto za godzinę pracy dla lekarzy zatrudnionych w ramach kontraktów w wynosiło:

- w 2010 r.: 1/ specjaliści II stopnia od 41 zł do 50 zł 2/ specjaliści I stopnia od 32 zł do 38 zł, 3/ pozostali lekarze od 40 zł do 80 zł,

- w 2014 r.: 1/ ordynatorzy 90 zł, 2/ specjaliści II stopnia od 60 zł do 66 zł, 3/ specjaliści I stopnia od 47 zł do 52 zł, 4/ pozostali lekarze od 60 zł do 63 zł.

Najwyższe różnice pomiędzy kwotą przeciętnego wynagrodzenia/godzinę lekarza zatrudnionego na podstawie umowy o pracę i na podstawie kontraktu dotyczyły w szczególności lekarzy specjalistów II stopnia oraz lekarzy bez specjalizacji.

Dyrektor BCM wyjaśnił, że w okresie od maja do grudnia 2014 r. występowała presja w szczególności lekarzy ginekologów, anestezjologów oraz chirurgów, powodująca zwiększanie wynagrodzeń tych lekarzy.

(dowód: akta kontroli str. 421-422, 561-571, 821-822, 1916-1917)

⁴⁵ W 2010 r. wynosiło 6 623 tys. zł, w 2011 r. – 6 719 tys. zł, w 2012 r. – 6 268 tys. zł, w 2013 r. – 6 222 tys. zł, w 2014 r. – 6 313 tys. zł.

⁴⁶ Łączna wysokość kosztów dodatków funkcyjnych dla zastępców kierowników z grupy pracowników niemedycznych wynosiła: 25 tys. zł w 2012 r., 38 tys. zł w 2013 r. i 36 tys. zł w 2014 r.

Przypadek, gdy przyczyną rezygnacji szpitala z udzielania świadczeń zdrowotnych był brak porozumienia placowego z lekarzem specjalistą wystąpił w roku 2007. Dyrektor BCM w latach 2007-2013 wyjaśnił: *W 2007 r. wypowiedzenie złożył ostatni lekarz z Oddziału Neurologii, w związku z czym oddział ten zakończył działalność. W innych przypadkach były takie zagrożenia, jednak dzięki pozyskaniu kadry udało się takie zagrożenia usunąć.*

(dowód: akta kontroli str. 561-571)

2.1.12. W latach 2005 – 2014 BCM poniósł koszty opracowania programu restrukturyzacji, projektu ugody z wierzycielami oraz zapewnienia asysty konsultingowej w procesie restrukturyzacji. Łączna wartość kosztów poniesionych na ten cel na podstawie umowy z 2005 r. wyniosła 5,6 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 18)

2.1.13. Szpital nie przekazywał organowi założycielskiemu pisemnych informacji o zaawansowaniu prowadzonych działań restrukturyzacyjnych oraz o ich wynikach. Informacje w tym zakresie przekazywane były ustnie w trakcie posiedzeń Rady Powiatu Brzeskiego. Dyrektor BCM w latach 2007-2014 wyjaśnił: *przekazywałem te informacje w takiej formie, w jakiej oczekiwał organ założycielski. Organ ten nie oczekiwał pisemnych informacji ani analiz.*

Przekazywane dane o zobowiązaniach szpitala, w tym zobowiązaniach wymagalnych nie były zgodne ze stanem faktycznym⁴⁷.

Rada Społeczna, jako organ doradczy dyrektora Szpitala realizowała zadania określone w art. 48 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej, tj. formułowała opinie w sprawach związanych m.in. ze zbyciem aktywów trwałych oraz zakupem lub przyjęciem darowizny nowej aparatury i sprzętu medycznego, z rozszerzeniem lub ograniczeniem działalności, a także opinie w sprawach planu finansowego (w tym planu inwestycyjnego), rocznego sprawozdania z planu finansowego (w tym planu inwestycyjnego). W każdym przypadku, po dyskusji z udziałem przedstawicieli dyrekcji Szpitala, Rada Społeczna opiniowała przedłożone dokumenty pozytywnie.

(dowód: akta kontroli str. 561-571, 2277-2284)

2.1.14. W przypadku braku uzyskiwania zamierzonych efektów działań restrukturyzacyjnych szpital informował organ założycielski o występujących problemach, w ten sposób, że występujące problemy były referowane w trakcie posiedzenia organu stanowiącego jednostki samorządu terytorialnego będącej podmiotem tworzącym dla BCM.

Wynikające z przeprowadzonej analizy potrzeby w zakresie wzmocnienia kompetencji kadry zarządzającej szpitalem, poprzez szkolenia oraz wymianę doświadczeń z innymi menedżerami w spoz, były zgłaszane organowi założycielskiemu. Podejmowane w tym zakresie działania polegały na wymianie doświadczeń, poszukiwaniu dobrych wzorów.

Dyrektor BCM w latach 2007 – 2014 wyjaśnił: *wymieniałem doświadczenia z innymi menedżerami na konferencjach bezpłatnych bądź finansowanych ze środków BCM. W sprawie promowania przez organ założycielski systemu wymiany doświadczeń i współpracy z innymi jednostkami służby zdrowia wyjaśnił: dyskutowałem z dyrektorami szpitali na temat możliwości połączenia szpitali, jednak nie było na to przyzwolenia organów założycielskich. Uważam, że fuzje i wyspecjalizowanie szpitali miałyby sens. Jako przykład podam ortopedię w szpitalu w Oławie (pododdział Oddziału Chirurgii). Utworzenie tego pododdziału spowodowało odpływ pacjentów ze szpitala w Brzegu.*

(dowód: akta kontroli str. 561-571, 1916-1918)

⁴⁷ Kontrolą w tym zakresie objęto ewidencję księgową oraz dowody źródłowe dotyczące najwyższych zobowiązań wg stanu na koniec 2014 r. (10 tytułów dłużnych).

2.1.15. W latach 2005-2014 szpital był kontrolowany m.in. przez następujące podmioty zewnętrzne: Państwowa Inspekcja Pracy, Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Opolu, Konsultanci Wojewódzcy, Opolskie Centrum Zdrowia Publicznego, Najwyższa Izba Kontroli, Starostwo Powiatowe w Brzegu, Urząd Kontroli Skarbowej w Opolu. Działania restrukturyzacyjne i inne działania mające na celu odwrócenie niekorzystnej sytuacji szpitala były przedmiotem w szczególności następujących kontroli:

- Najwyższej Izby Kontroli (2007 r.), której przedmiotem była restrukturyzacja BCM w latach 2005–2007 (I półrocze), ze szczególnym uwzględnieniem pomocy publicznej,
- Starostwa Powiatowego w Brzegu (2007 r.), której przedmiotem był analiza zobowiązań i należności za okres od 1 lipca do 30 listopada 2007 r.,
- Urzędu Kontroli Skarbowej w Opolu (2006 r.), której przedmiotem była ocena prawidłowości realizacji w 2005 r. umowy zawartej pomiędzy Skarbem Państwa, a Bankiem Gospodarstwa Krajowego⁴⁸ w sprawie szczegółowych warunków podejmowania przez BGK czynności związanych z udzieleniem pożyczki oraz nadzorowaniem wykonania przez szpital umowy o pożyczkę.

W wyniku tych kontroli stwierdzono m.in., że: realizacja umowy restrukturyzacyjnej przebiegała w sposób prawidłowy, przeprowadzona w latach 2005–2007 restrukturyzacja, choć polepszyła bieżącą sytuację finansową BCM, nie zapewniła trwałej poprawy kondycji finansowej tej jednostki i należało podjąć dalsze skuteczne działania naprawczo-dyscyplinujące na rzecz poprawy sytuacji szpitala.

Informacje o zaleceniach (wnioskach) pokontrolnych, dotyczących w szczególności: podjęcia działań na rzecz trwałej poprawy sytuacji finansowej BCM, a także informacje o sposobie ich realizacji były rzetelnie i na bieżąco przekazywane organowi prowadzącemu kontrolę.

(dowód: akta kontroli str. 833-955)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Z zaplanowanych 22 działań restrukturyzacyjnych pięć (23%) nie zostało zrealizowanych, a jedno działanie zostało zrealizowane częściowo. Zadanie w zakresie budżetowania oddziałów i ustalania budżetów rocznych poszczególnych komórek organizacyjnych zrealizowano w części dotyczącej limitowania zużycia jednorazowego sprzętu medycznego, środków czystości i materiałów biurowych. Niezrealizowane zaplanowane działania restrukturyzacyjne dotyczyły:

- stopniowego przechodzenia do wynagrodzenia uzależnionego od wyniku finansowego (działanie zaplanowane w programie restrukturyzacyjnym z 2005 r.),
- połączenia oddziałów: Ginekologiczno-Położniczego i Noworodków,
- połączenia oddziałów: Chirurgii Ogólnej i Laryngologii,
- informatyzacji ruchu chorych, apteczek oddziałowych i obiegu dokumentacji medycznej, pomimo poniesienia nakładów inwestycyjnych na to zadanie w kwocie 50 tys. zł i zaniechania realizacji tego zadania inwestycyjnego (2013 r.),
- redukcji zatrudnienia w administracji (o 1,35 etatu od 2013 r.) i łączeniu komórek administracyjnych.

Pomimo tego, Dyrektor Szpitala nie podjął rzetelnych i skutecznych działań mających na celu korektę zakresu planowanych działań naprawczych, polegającą na zastąpieniu niewykonanych zadań (np. uznanych za niecelowe), innymi zadaniami restrukturyzacyjnymi.

(dowód: akta kontroli str. 125-126, 763-764)

⁴⁸ Dalej: BGK.

Dyrektor BCM w latach 2007-2013 wyjaśnił, że nie realizował działania polegającego na przechodzeniu do wynagrodzenia uzależnionego od wyniku finansowego, gdyż nie było na to zgody związków zawodowych oraz dlatego, iż stała część wynagrodzeń była niska i jego zdaniem nie należało jej obniżać. Działań polegających na łączeniu oddziałów nie zrealizowano, gdyż: *przeprowadzone zostały rozmowy z konsultantami wojewódzkimi, którzy nie wyrazili zgody na te działania.* W sprawie braku realizacji działań naprawczych obejmujących informatyzację wyjaśnił, że inwestycji nie zrealizowano z powodu braku środków, a sporządzona dokumentacja dotycząca tego zadania inwestycyjnego *może być wykorzystana w przypadku ogłoszenia kolejnych konkursów na informatyzację w ramach RPO WO.*

W sprawie redukcji zatrudnienia w administracji i łączeniu komórek administracyjnych Główna Księgowa BCM wyjaśniła, że ograniczenie w 2013 r. zatrudnienia w administracji nastąpiło o 0,78 etatu z powodu przebywania pracownicy Działu Ekonomiczno-Finansowego na urlopie wychowawczym od marca 2013 r.

(dowód: akta kontroli str. 561-571, 763-764)

Starosta Brzeski, w informacji przekazanej w trybie art. 51 ust 2 ustawy o NIK poinformował z kolei, że działań zmierzających do łączenia ww. oddziałów nie zrealizowano ponieważ: *nie było przyzwolenia Rady Społecznej, Rady Powiatu i społecznego.*

(dowód: akta kontroli str. 2297-2302)

2. W przypadku dwóch zaplanowanych i zrealizowanych działań restrukturyzacyjnych nie uzyskano zakładanych wskaźników określonych dla oceny stopnia realizacji celu. I tak:

- w efekcie stałego monitoringu usług własnych (RTG, laboratorium, pralnia, blok żywieniowy) zaplanowano ograniczenie kosztów usług własnych z 319 tys. zł do 300 tys. zł (2007 r.), a faktycznie poniesione koszty z tytułu ww. usług wyniosły w 2007 r. 366 tys. zł (tj. wzrosły o 15%); przyczyną powyższego była likwidacja pralni i zlecenie tych usług firmie zewnętrznej,

- w celu ograniczenia kosztów wynagrodzeń zaplanowano zmianę zasad funkcjonowania zastępców kierowników i obniżenie im dodatków funkcyjnych z 20% do 5% wynagrodzenia zasadniczego, lecz efektu ograniczenia kosztów z tytułu wypłacenia tych dodatków nie osiągnięto⁴⁹; przyczyną braku ograniczenia kosztów z tego tytułu było w szczególności utworzenie pięciu nowych stanowisk zastępcy⁵⁰, zwiększenie dodatku funkcyjnego dla zastępcy dyrektora ds. medycznych z 30% do 60% i podwyższenie jednemu z zastępców⁵¹ wynagrodzenia zasadniczego.

(dowód: akta kontroli str. 125-126, 550-553, 762, 1477-1481)

Dyrektor BCM w latach 2007-2013 wyjaśnił, że ograniczenie kosztów usług własnych nie zostało zrealizowane w związku z koniecznością odtworzenia środków trwałych w pralni, na które BCM nie miał środków, co skutkowało zleceniem usług prania firmie zewnętrznej. W sprawie przyczyny braku ograniczenia kosztów na dodatki funkcyjne dla zastępców kierowników wyjaśnił: *dyrektor ds. medycznych w przypadku niepodwyższenia dodatku funkcyjnego nie zgodziłby się na pracę na tym stanowisku (...). Utworzenie nowych stanowisk zastępców było konieczne, gdyż w razie nieobecności kierowników musiało być zapewnione zastępstwo (...), nie*

⁴⁹ Koszty dodatków funkcyjnych dla zastępców kierowników w BCM wyniosły w latach 2012-2014 odpowiednio: 67 tys. zł, 71 tys. zł i 73 tys. zł.

⁵⁰ Cztery stanowiska zastępcy pielęgniarki oddziałowej i stanowisko zastępcy kierownika Rejestru Usług Medycznych.

⁵¹ Zastępcy Kierownika Pracowni Bakteriologicznej podwyższono wynagrodzenie zasadnicze o 850 zł, a dodatek funkcyjny w wysokości 25% nie został mu obniżony do planowanego poziomu 5%.

pamiętam dlaczego podwyższyłem wynagrodzenie zastępcy kierownika Pracowni Bakteriologii (...).

(dowód: akta kontroli str. 561-571)

3. Pomimo, iż koszty zatrudnienia pracowników i koszty kontraktów zawieranych z lekarzami i pielęgniarkami w latach 2010-2014 stanowiły 66% - 69% kosztów, w BCM zaniechano podejmowania działań naprawczych zmierzających do optymalizacji zatrudnienia i wynagrodzeń, gdyż za wyjątkiem działania zmierzającego do ograniczenia kosztów dodatków funkcyjnych dla zastępców kierowników (gdzie zaplanowanego efektu nie osiągnięto), podejmowane działania w tym zakresie dotyczyły pojedynczych osób⁵².

Podejmowane działania dotyczące zatrudnienia i wynagrodzeń skutkowały natomiast wzrostem kosztów, co w szczególności dotyczyło następujących działań:

a/ podwyższenia od lutego 2008 r. wynagrodzenia pielęgniarek o 26% (o 400 zł), a od września 2008 r. podwyższenia wynagrodzeń dla pozostałych pracowników⁵³ od 11% do 33%; działania te były efektem presji wywieranej na kierownictwo szpitala (strajk pielęgniarek i spór zbiorowy ze związkami zawodowymi reprezentującymi pracowników), a ich skutkiem był w latach 2008-2009 wzrost wydatków związanych z zatrudnieniem o ok. 4 092 tys. zł i w konsekwencji odnotowany począwszy od roku 2009 ujemny wynik na sprzedaży (strata w wysokości 1 651 tys. zł) i ujemny wynik finansowy netto (strata bilansowa w kwocie 1 578 tys. zł),

b/ wzrostu średniego stanu zatrudnienia do 451 osób w 2010 r.⁵⁴, które następnie uległo zmniejszeniu do 380 osób w 2014 r. w szczególności w efekcie działań niezaplanowanych przez szpital⁵⁵,

c/ zawierania tzw. kontraktów z lekarzami, gdzie ustalone stawki wynagrodzeń były istotnie wyższe (od 47% do 103%) od stawek lekarzy na podobnych stanowiskach, zatrudnionych w ramach umowy o pracę,

d/ zatrudnieniu pielęgniarek i położnych w liczbie wyższej od ustalonych przez Dyrektora minimalnych norm zatrudnienia⁵⁶,

e/ skróceniu zwalnianym, z powodu utraty kontraktu na ratownictwo medyczne, pracownikom (w tym pielęgniarkom) okresu wypowiedzenia⁵⁷, a jednocześnie w tym samym czasie innym pracownikom (pielęgniarkom) zleceniu pracy w godzinach nadliczbowych z przekroczeniem obowiązujących norm czasu pracy, co wykazała Państwowa Inspekcja Pracy w protokole z 26 sierpnia 2011 r.,

f/ wypłaty trzem zwolnionym za wypowiedzeniem pielęgniarkom odpraw pieniężnych oraz odszkodowania za skrócony okres wypowiedzenia, z którymi po upływie od 6 do 14 miesięcy ponownie zawarto umowy⁵⁸.

⁵² Np. zatrudnionego w 2008 r. i zwolnionego w 2011 r. archiwisty, jednego pracownika Działu Ekonomiczno-Finansowego.

⁵³ Podwyższono wynagrodzenia kierowników o 600 zł (33%), wyższego personelu medycznego o 450 zł (od 16% do 24%), , średniego personelu o 300 zł (od 13% do 27%), pracowników administracji o 225 zł (11%) i personelu niższego o 150 zł (12%).

⁵⁴ Zatrudnienie w 2005 r. wynosiło 352 osoby.

⁵⁵ W szczególności wskutek utraty przez BCM kontraktu na ratownictwo medyczne w 2011 r. , co spowodowało zwolnienie 36 osób. Ponadto ograniczenie zatrudnienia o 10 osób spowodował outsourcing usług żywienia, a 21 osób odeszło z grupy personelu niższego zatrudnionego w latach 2007-2010 i z grupy pielęgniarek, gdzie na miejsce odchodzących pracowników nie zatrudniono nowych osób w związku z brakiem zainteresowania ofertami pracy.

⁵⁶ W szczególności na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym, gdzie w 2013 r. stwierdzono zatrudnienie stanowiące 165% normy, na OIOMi, gdzie w latach 2011-2013 stwierdzono zatrudnienie na poziomie 130-143% normy, a także na oddziałach: Noworodków, Wewnętrzny, Dziecięcy, Chirurgii Ogólnej.

⁵⁷ Okres wypowiedzenia został skrócony z trzech do dwóch miesięcy.

⁵⁸ Pracownicy: B.M., J.P. i G.B. z którymi rozwiązano umowy w maju 2011 r. zostali zatrudnieni ponownie odpowiednio w grudniu 2011 r. (umowa o pracę), w lipcu 2012 r. (umowa o pracę), w styczniu 2011 r. (umowa zlecenia, a od stycznia 2014 r. umowa o pracę).

Stwierdzono też przypadek, że wskutek wadliwej oceny, iż pracownik złożył wypowiedzenie zmieniające, rozwiązany został stosunek pracy z przewodniczącym związków zawodowych, co - po oddaleniu skargi kasacyjnej BCM - skutkowało wypłatą 132 tys.zł tytułem wynagrodzenia za czas pozostawania bez pracy tego pracownika.

(dowód: akta kontroli str.16,422-423,467-468,664-734,821-824,956a-996)

Dyrektor BCM w latach 2007-2013 w sprawie przyczyny braku wprowadzania mechanizmów mających na celu optymalizację zatrudnienia i wynagrodzeń wyjaśnił, że przeprowadzał negocjacje z lekarzami zatrudnionymi na kontraktach, lecz jego zdaniem nie było możliwości obniżenia im stawek wynagrodzeń, gdyż musiał zapewnić ciągłość działalności szpitala. Wyjaśnił także: *z pozyskanych przeze mnie informacji wynika, że bezpośrednio po zaprzestaniu pełnienia przeze mnie funkcji dyrektora, lekarze kontraktowi pracowali po jeszcze wyższych stawkach, które wg mojej wiedzy obecnie są obniżane.*

W sprawie przyznanych w 2008 r. podwyżek wyjaśnił: *podwyżki dla pielęgniarek wynikały ze strajku. Nie mogłem podwyższyć wynagrodzenia tylko jednej grupie zatrudnionych, wystąpiła presja innych grup i spór zbiorowy.* W sprawie przyczyny zwiększania zatrudnienia, w tym w grupie personelu niższego wyjaśnił: *zwiększałem zatrudnienie ze względu na fatalne warunki sanitarne szpitala (niedomykające się okna, nieszczelne drzwi, brak remontów i malowania).* W sprawie przyczyny braku poprawnego oszacowania zapotrzebowania na średni personel medyczny w 2011 r. wyjaśnił, że szacował potrzeby w tym zakresie na podstawie przedstawianych informacji przez kierownika oddziału lub pielęgniarkę oddziałową oraz, że nie pamięta tych sytuacji dotyczących zwalniania i przyjmowania do pracy zwalnianych za wypowiedzeniem pielęgniarek. Wyjaśnił także: *pielęgniarki, w związku z nieuzyskaniem przez BCM kontraktu na ratownictwo medyczne, chciały mieć skrócony okres wypowiedzenia, aby poszukać innej pracy. O ile pamiętam, większość pracowników, których zwolniłem, przeszła do firmy, która wygrała przetarg na ratownictwo medyczne.*

W sprawie zatrudniania pielęgniarek powyżej ustalonych norm zatrudnienia wyjaśnił, że pielęgniarki często były nieobecne z powodu absencji chorobowej, oraz iż na dyżurze musiały być obecne minimum dwie pielęgniarki, gdyż w innej sytuacji zagrożone byłoby zdrowie pacjentów. W sprawie przyczyny wadliwych działań skutkujących wypłatą 132 tys. wynagrodzenia za czas pozostawania bez pracy wyjaśnił: *pracownik ten złożył pismo, w którym stwierdził, że nie chce pracować. Uważam do dzisiaj, że to pracownik wypowiedział umowę o pracę.*

(dowód: akta kontroli str. 561-571)

Powołana przez NIK biegła, przedstawiła w tej sprawie następującą opinię: *szpital w kontrolowanym okresie nie podjął działań dotyczących ograniczenia zatrudnienia. Na ten aspekt działalności wskazywał zarówno zespół powołany przez Zarząd Powiatu w 2011 r., a także ekspercki podmiot Consulting-Med. Wysokie koszty zatrudnienia są charakterystyczne dla sektora ochrony zdrowia. Jednak przy podmiocie prowadzącym głównie całodobową opiekę (hospitalizację) w wielu zakresach (podmiot wielospecjalistyczny) przekraczanie 55%, a zwłaszcza 60% kosztów zatrudnienia w kosztach ogólnych zagraża jego stabilnemu funkcjonowaniu. Jednoznacznie należy stwierdzić, że bez restrukturyzacji w obszarze zatrudnienia BCM nie upora się z ujemnym wynikiem finansowym. Brak działań w tym zakresie przez okres objęty kontrolą świadczy o braku podjęcia kluczowego wyzwania. Ponadto stwierdziła: elementem prawidłowego zarządzania sprawami personalnymi, mającymi bezpośredni wpływ na koszty osobowe, jest opracowanie schematów obsady odpowiadających potrzebom pacjentów (...). Dokumenty dotyczące obsady personelu na wybranych oddziałach BCM dają obraz planowania i organizacji pracy*

personelu medycznego pielęgniarskiego i lekarskiego. Obraz ten to schemat obsady pielęgniarskiej (zwłaszcza dopołudniowej), u którego podstaw nie leży dostosowanie do potrzeb, ale zapewnienie pracy posiadanej liczbie osób – rozpisanie godzin wynikających z norm czasu pracy w danym okresie rozliczeniowym (...). Dokumenty dotyczące organizacji pracy świadczą o niezaawansowanych praktykach zarządczych (...) oraz o słabych formach nadzoru w bieżącej pracy szpitala. W opinii zwrócono również uwagę, na kompetencje osób zarządzających szpitalem, a w szczególności na okoliczność, że w kontrolowanym okresie jedynie dyrektor BCM A. Cierpień miała wcześniej doświadczenie zawodowe w podmiotach leczniczych i elementy wykształcenia pozwalające poznać materię służby zdrowia, co w ocenie biegłej świadczy o niedocenianiu specjalistycznych kompetencji przy zarządzaniu szpitalem. Swoją opinię dotyczącą zasadności zaplanowania działań naprawczych w BCM i wpływu realizacji tych działań na poprawę sytuacji szpitala zakończyła następującą konkluzją (...) w kontrolowanym podmiocie oczekiwania zwiększenia finansowania przez publicznego płatnika jest postrzegane jako panaceum na wszystkie problemy. Gotowość na podjęcie wysiłku we własnej organizacji w celu osiągnięcia poprawy (...) należy ocenić jako bardzo niską. (...) Działania restrukturyzacyjne podejmowane od 2005 r. nie były przygotowane w oparciu o rzetelnie przeprowadzone analizy, co narażało je na małą skuteczność. Poza tym w kontrolowanym okresie nie podejmowano kompleksowych działań, a przede wszystkim pomijano kluczowe wyzwanie jakim były zbyt duże koszty zatrudnienia.

(dowód: akta kontroli str. 2193-2194, 2368-2371)

Starosta Brzeski, w informacji przekazanej w trybie art. 51 ust 2 ustawy o NIK poinformował o sporządzeniu dla BCM planu działań na lata 2015-2018, który odnośnie roku 2015 r. przewiduje: a/ obniżenie kosztów osobowych personelu lekarskiego poprzez ograniczenie liczby lekarzy oddziałów: Ortopedii i Chirurgii Ogólnej oraz obniżenie stawek lekarzy kontraktowych na tych oddziałach, b/ wprowadzenie limitów na leki, materiały i środki czystości. Poinformował także, że przewidywany efekt finansowy tych działań to obniżenie w 2015 r. miesięcznych kosztów szpitala o 105,5 tys. zł⁵⁹ oraz, że Zarząd Powiatu Brzeskiego zobowiązał Dyrektora BCM do realizacji przyjętych działań restrukturyzacyjnych.

(dowód: akta kontroli str. 2297-2302)

Ww. biegła przedstawiła w tej sprawie następującą opinię: *działania należy uznać za bardzo spóźnione (...), świadczy to o potencjalnych możliwościach poprawy trudnej sytuacji finansowej na podstawie działań w kilku obszarach, w których koszty osobowe były przekroczone.*

(dowód: akta kontroli str. 2368)

4. BCM dokonał zmian w zatwierdzonych planach finansowych szpitala na lata 2012-2014 r. z naruszeniem zasad określonych w art. 52 ust. 2 pkt 2b ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych⁶⁰.

Stosownie do treści ww. przepisów, ujęte w rocznych planach finansowych jednostek sektora finansów publicznych koszty mogą ulec zwiększeniu, jeżeli zwiększenie kosztów nie spowoduje zwiększenia dotacji z budżetu lub zwiększenia planowanego stanu zobowiązań. Tymczasem:

- w planie finansowym na 2012 r., w którym ujęto koszty w kwocie 31,5 mln zł, wynik finansowy zero zł i zobowiązania w kwocie 6 mln zł, dokonano w dniu 5 listopada

⁵⁹ Odpowiednio: od lipca 2015 r. obniżenie kosztów o 50 tys. zł miesięcznie, od września 2015 r. obniżenie kosztów o kolejne 32,5 tys. zł miesięcznie, od października 2015 r. obniżenie kosztów o kolejne 23 tys. zł miesięcznie.

⁶⁰ Dz. U. z 2013 r., poz. 885 ze zm.; dalej: ustawa o finansach publicznych.

2012 r. korekty planu poprzez zwiększenie kosztów (33 mln zł) i zobowiązań (6,4 mln zł) oraz skorygowanie wyniku (strata 1,5 mln zł);

- w planie finansowym na 2013 r., w którym ujęto koszty w kwocie 33 mln zł, wynik finansowy zero zł i zobowiązania w kwocie 6,5 mln zł, dokonano korekty planu poprzez zwiększenie kosztów (33,1 mln zł) i zobowiązań (7 mln zł) oraz skorygowanie wyniku (strata 1,3 mln zł);

- w planie finansowym na 2014 r., w którym ujęto koszty w kwocie 33 mln zł, wynik finansowy zero zł i zobowiązania w kwocie 6,4 mln zł, dokonano w dniu 10 grudnia 2014 r. korekty planu poprzez zwiększenie kosztów (34 mln zł) i zobowiązań (8 mln zł) oraz skorygowanie wyniku (strata 1,7 mln zł).

Ponadto stwierdzono, iż pomimo dokonania i pozytywnego zaopiniowania przez Radę Społeczną w dniu 29 grudnia 2014 r. korekty planu finansowego na rok 2014 r. nie uwzględniono w niej wszystkich planowanych zmian w zakresie przychodów i kosztów. Z wykonania planu za 2014 r. wynika bowiem, że zrealizowane przychody były wyższe od planowanych o 1 585 tys. zł, a zrealizowane koszty były wyższe od zaplanowanych o 1 418 tys. zł. Powyższe zmiany w zakresie przychodów i kosztów, wymagały, stosownie do treści art. 52 ust. 3 ustawy o finansach publicznych, dokonania zmian w rocznym planie finansowym.

(dowód: akta kontroli str. 424-430b, 973-975)

Dyrektor BCM w latach 2007-2013 wyjaśnił: *nie pamiętam, czy miałem wiedzę o brzmieniu tego przepisu. Prowadzone prace termomodernizacyjne spowodowały wzrost kosztów, w związku z wystąpieniem dodatkowych prac po termomodernizacji, które poniósł BCM, w związku z czym musieliśmy zwiększyć koszty w planie finansowym.*

(dowód: akta kontroli str. 561-570)

Dyrektor BCM wyjaśnił, że korekta planu finansowego na 2014 r. została dokonana w celu urealnienia planu sporządzonego przez poprzedniego dyrektora i w związku z nadwykonaniami procedur medycznych i zwiększeniu przychodów z NFZ, przy równoczesnym zwiększeniu kosztów poniesionych na realizację nadwykonań. Ponadto wyjaśnił, że: *w sprawozdaniu finansowym za 2014 r. wykazano koszty wyższe od zaplanowanych o 1,4 mln zł. Koszty nie zostały ujęte w korekcie planu z 29 grudnia 2014 r., gdyż wystąpiły dopiero po zamknięciu roku obrachunkowego i sporządzeniu sprawozdania finansowego za 2014 r. Zwiększone koszty wynikają z: utworzenia rezerwy na odszkodowania w wysokości 400 tys. zł, aktualizacji rezerwy na świadczenia pracownicze w wysokości 731 tys. zł, przeksięgowania z rozliczeń międzyokresowych na fundusz założycielski w wysokości 266 tys. zł, naliczenia przez kontrahentów odsetek od nieterminowych płatności wyższych niż ujęte w planie finansowym.*

(dowód: akta kontroli str. 827-828, 968-969)

5. Szpital w latach 2005-2014 nieterminowo regulował zobowiązania, co skutkowało zapłatą odsetek w kwocie łącznej 1 081 tys. zł, z tego 640 tys. zł w latach 2012-2014. Powyższe stanowiło naruszenie art. 35 ust. 3 pkt 3 ustawy z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych⁶¹, a następnie 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.

(dowód: akta kontroli str. 742)

⁶¹ Dz. U. Nr 249, poz. 2104 ze zm.

Główna Księgowa BCM wyjaśniła, że odsetki z tytułu nieterminowej płatności zobowiązań wystąpiły z powodu wieloletniego prowadzenia działalności deficytowej i utraty płynności finansowej przez BCM.

(dowód: akta kontroli str. 825-826)

6. W latach 2010-2013 BCM udzielił zamówień publicznych na dostawę paliw (benzyny, oleju napędowego) bez stosowania przepisów ustawy *pzp*. Pomimo, iż wartość netto zamówienia na ww. przedmiot zamówienia w poszczególnych latach przekraczała próg 14 tys. euro⁶², określony w art. 4 pkt 8 ww. ustawy *pzp*, na fakturach dokumentujących dostawę zamieszczano klauzulę, że dotyczą one zamówienia, którego wartość nie przekracza wyrażonej w złotych równowartości kwoty 14 tys. euro. Wszystkie dostawy paliwa w latach 2010-2013 zostały zrealizowane przez jednego wykonawcę, który nie został wybrany zgodnie z przepisami ww. ustawy, co stanowiło naruszenie art. 3 ust. 1 pkt 1 oraz art. 7 ust. 3 ustawy *pzp*.

Przyczyną powyższego był brak szacowania wydatków na paliwo w sposób uwzględniający (poza łączną wartością zamówień tego samego rodzaju udzielonych w poprzednich 12 miesiącach) zmiany ilościowe zamawianych dostaw oraz prognozowane na dany rok średnioroczne wskaźniki cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem, o których mowa w art. 34 ust 1 ww. ustawy.

W regulaminie udzielania zamówień publicznych z 22 grudnia 2008 r., ustanowiono obowiązek ustalenia wartości zamówienia wspólnego dla kilku komórek BCM przez kierownika odpowiedzialnego za zapewnienie środków niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania tych komórek lub koordynującego ich pracę. Kierownik ten miał również obowiązek złożenia wniosku o wszczęcie procedury przetargowej na to zamówienie. W zakresie obowiązków Kierownika Działu Technicznego⁶³ w latach 2008-2014 nie zawarto jednakże zapisów o obowiązku ustalania wartości zamówienia na dostawę paliw.

(dowód: akta kontroli str. 770-814, 1108-1446)

Kierownik Działu Technicznego w latach 2008-2014 wyjaśniła: *uważałam, że zapisy regulaminu organizacyjnego dotyczyły gospodarki mediami, takimi jak energia cieplna, ciepło technologiczne, gaz. Nigdy nikt nie zwracał mi uwagi, że powinnam szacować wartość zamówienia na paliwo do pojazdów i kosiarek oraz wnioskować o wszczęcie przetargu. Od 2004 r. pracowałam w Dziale Technicznym i (...) dział ten nigdy nie wnioskował o wszczęcie przetargu na paliwo ani nie szacował wartości zamówienia na paliwo. Nigdy nie były mi przedstawiane faktury na zakup paliwa do karetek i transportu sanitarnego, więc nie byłam świadoma, że wartość zakupionego paliwa przekraczała 14 000 euro (...).*

(dowód: akta kontroli str. 1107)

Naczelną Pielęgniarkę BCM, która potwierdzała w opisach faktur, że wartość zamówienia jest niższa od 14 tys. euro wyjaśniła, że faktury te dotyczyły paliwa do samochodu gospodarczego jej podległego, a przypisanego do grupy transportu wewnętrznego. Wyjaśniła także, że nie wiedziała jakiej wartości paliwo zakupiono do innych samochodów użytkowanych w BCM.

(dowód: akta kontroli str. 1073-1074)

Główna Księgowa BCM, która również potwierdzała w opisach faktur, że wartość zamówienia jest niższa od 14 tys. euro wyjaśniła, że złożenie przez nią podpisu

⁶² Wartość netto zakupionego paliwa wyniosła odpowiednio: 110 956,51 zł w 2010 r. (tj. równowartość 28 902,45 euro wg kursu 3,839), 83 853,59 zł w 2011 r. (tj. równowartość 21 842,56 euro wg kursu 3,839), 58 505,24 zł w 2012 r. (tj. równowartość 14 554,99 euro wg kursu 4,0196), 57 252,96 zł w 2013 r. (tj. równowartość 14 243,45 euro wg kursu 4,0196).

⁶³ Stosownie do treści regulaminu organizacyjnego Dział Techniczny odpowiedzialny był m.in. za sprawowanie nadzoru w zakresie gospodarki paliwowo-energetycznej BCM.

wynikało jedynie z faktu uzupełnienia podpisu za kierownika komórki organizacyjnej, którego dotyczyło zamówienie, oraz że była przekonana, że zakup paliwa w tym okresie został prawidłowo oszacowany i kwota 14 tys. euro na dany dzień nie została przekroczona. Wyjaśniła także, że w latach 2010-2011 kilkakrotnie zgłaszała ustnie Dyrektorowi BCM oraz Kierownikowi Działu Zamówień Publicznych i Realizacji Dostaw zastrzeżenia dotyczące zakupu paliw bez stosowania przepisów ustawy pzp. W sprawie przyczyny zakupu paliwa u jednego dostawcy wyjaśniła: *wynikało to z trudnej sytuacji finansowej BCM, gdyż brakowało środków finansowych do zapłaty za paliwo, a PKS Sp. z o.o. z Brzegu był jedynym dostawcą, który wyrażał zgodę na zakup paliwa na podstawie WZ oraz na przekraczanie terminów płatności. Zawierał też z BCM porozumienia o spłacie zobowiązań w ratach i odstępował od naliczania odsetek za nieterminową zapłatę.*

(dowód: akta kontroli str. 1071-1072, 1096)

Dyrektor BCM w latach 2007-2013 wyjaśnił, że jego zdaniem pracownicy Działu Zamówień Publicznych mieli obowiązek szacowania wartości zamówienia na paliwo, a tego w jaki sposób wybrany został dostawca paliwa nie pamięta. W sprawie mechanizmów planowania i skutecznego monitorowania zamówień publicznych wyjaśnił także: (...) *gdybym otrzymywał sygnały w sprawie nieprawidłowości, w tym od Głównej Księgowej zareagowałbym na nie.*

(dowód: akta kontroli str. 563-564)

7. Zgodnie z przepisami art. 18 ust. 1a i art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych⁶⁴ oraz art. 81 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁶⁵ w podstawie wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne i ubezpieczenia zdrowotne pracownika spzoz, wykonującego dodatkowo na rzecz pracodawcy pracę na podstawie finansowanej ze środków publicznych (w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej należy uwzględniać również przychody z tytułu zawartych z tym pracownikiem umów, o których mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁶⁶ i ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej⁶⁷.

W latach 2013-2014 sześciu lekarzy będących pracownikami BCM wykonywało jednocześnie na rzecz szpitala świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych na podstawie zawartych umów (tzw. kontraktów), lecz w podstawie wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne i ubezpieczenia zdrowotne tych pracowników spzoz nie uwzględniono przychodów z ww. umów, co naruszało wskazane powyżej przepisy ww. ustaw.

Przyczyną powyższego była treść zawartych przez BCM umów z pracownikami, których zapisy stanowiły, iż lekarz przyjmujący zamówienie winien osobiście rozliczyć się z ZUS. Skutkiem tej nieprawidłowości był brak obliczenia, rozliczenia i przekazania przez BCM jako pracodawcę - płatnika wymaganych prawem składek od kwoty 405 tys. zł⁶⁸.

(dowód: akta kontroli str. 1482-1765)

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, iż zgodnie z treścią art. 132 ust. 3 oraz art. 133 zdanie drugie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych za niedozwolone uznaje się zawieranie przez

⁶⁴ Dz. U. z 2015 r., poz. 121 ze zm.

⁶⁵ Dz. U. z 2015 r., poz. 581 ze zm.

⁶⁶ Dz. u. z 2015 r., poz. 618 ze zm.; dalej: ustawa o działalności leczniczej.

⁶⁷ Dz. U. z 2007 r., Nr 14, poz. 89 ze zm.

⁶⁸ Z tytułu ww. umów (kontraktów) wypłacono w latach 2013-2014 odpowiednio: 198 432,35 zł (2013 r.) i 206 905,75 zł (2014 r.).

świadczeniodawców umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zatrudnionymi przez świadczeniodawcę lekarzami, pielęgniarkami, położnymi, innymi osobami wykonującymi zawód medyczny oraz psychologami. Tym samym umów takich nie można traktować jako szczególne i odrębne od umów regulowanych przepisami Kodeksu cywilnego, a więc w podstawie wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne i ubezpieczenie zdrowotne pracownika jednostki kontrolowanej, wykonującego dodatkowo na rzecz pracodawcy pracę na podstawie finansowanej ze środków publicznych w rozumieniu ww. ustawy należy – zgodnie z przepisami 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 – uwzględniać również przychody z tytułu zawartych z tym pracownikiem umów, o których mowa zarówno w ustawie o działalności leczniczej, jak i w ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej⁶⁹. Przyczynę zawarcia ww. umów z lekarzami bez uwzględnienia treści przepisów i orzecznictwa w tym zakresie Dyrektor BCM w latach 2007-2013 wyjaśnił następująco: *nie miałem świadomości, że jest to sprzeczne z przepisami. Ponadto proponowanie lekarzom innych umów nie było przez nich akceptowane.*

(dowód: akta kontroli str. 567-568)

8. Zgodnie z treścią § 2 ust.1 *Instrukcji sporządzania sprawozdań*, stanowiącej załącznik nr 9 do rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 4 marca 2010 r. w sprawie sprawozdań jednostek sektora finansów publicznych w zakresie operacji finansowych⁷⁰ w kwocie zobowiązań wymagalnych, wykazywanej w sprawozdaniu RB-Z, nie uwzględnia się odsetek od wymagalnych zobowiązań oraz nie uwzględnia się i nie wykazuje w wierszu E4 kwot zobowiązań uprzednio wymagalnych, które zostały zrestrukturyzowane (tj. wierzyciel wyznaczył nowy harmonogram spłat). Tymczasem BCM w sprawozdaniu RB-Z za IV kwartał 2014 r. wykazał 2 825 677,34 tys. zł wymagalnych zobowiązań, a w kwocie tej 90 909,94 zł stanowiły odsetki wynikające z wystawionych przez kontrahentów not odsetkowych oraz 536 716, 64 zł stanowiły kwoty zobowiązań, których termin płatności, zgodnie z zawartymi porozumieniami (ugodami) przypadał na 2015 r.

(dowód: akta kontroli str. 1966-2002)

Główna Księgowa BCM wyjaśniła, że w ten sposób sporządzała również sprawozdania RB-Z za lata poprzednie, tj. w kwotach zobowiązań wymagalnych ujmowane były odsetki naliczone przez kontrahentów oraz zobowiązania, dla których wyznaczony został nowy termin spłaty, przypadający na rok następny.

(dowód: akta kontroli str. 2202, 2286)

2.2. Wpływ działań restrukturyzacyjnych na sytuację finansową szpitala

Opis stanu faktycznego

2.2.1. W strukturze aktywów BCM najistotniejszą pozycję stanowiły środki trwałe, których wartość bilansowa wzrosła od 2005 r. z kwoty 8 162 tys. zł do 13 217 tys. zł (62%), w szczególności wskutek pomocy uzyskanej od organu założycielskiego w postaci ulepszenia środków trwałych (termomodernizacja budynków BCM⁷¹ i przebudowa pomieszczeń na SOR⁷²). Najistotniejszą pozycję aktywów obrotowych stanowiły należności, których stan na koniec 2014 r. był dwukrotnie wyższy od stanu na koniec 2005 r. Wzrost ten wynikał ze wzrostu skali prowadzonej działalności w latach 2005-2014, w szczególności ze zwiększenia przychodów z NFZ o 79%.

⁶⁹ Dz. U. z 2007 r., Nr 14, poz. 89 ze zm.

⁷⁰ Dz. U. z 2014 r., poz. 1773.

⁷¹ W wartości początkowej 5 445 tys. zł.

⁷² W wartości początkowej 2 398 tys. zł.

Stan środków pieniężnych i innych aktywów pieniężnych w kwocie 111 tys. zł na koniec 2014 r. uległ drastycznemu obniżeniu w stosunku do stanu na koniec roku poprzedniego (648 tys. zł) i stanu na koniec poprzednich okresów⁷³, co potwierdza pogarszającą się sytuację płatniczą szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 13, 17, 91, 166, 192, 287-288, 327)

W strukturze pasywów wg stanu na koniec 2014 r. najistotniejszą pozycję stanowiły zobowiązania w kwocie 8 002 tys. zł, w tym długoterminowe w kwocie 585 tys. zł i krótkoterminowe w kwocie 7 417 tys. zł. Zobowiązania w łącznej kwocie 933 tys. zł (długoterminowe - 585 tys. zł i krótkoterminowe - 348 tys. zł) wynikały z zaciągniętej w dniu 27 czerwca 2014 r. wysokooprocentowanej pożyczki w kwocie 1 mln zł⁷⁴, której zabezpieczeniem była m.in. umowa cesji wierzytelności z kontraktu NFZ. Zobowiązania z tytułu dostaw i usług na koniec 2014 r. wyniosły 5 032 tys. zł, z których 55% (2 777 tys. zł) stanowiły zobowiązania wymagalne. Stan zobowiązań wymagalnych w badanym okresie mieścił się w przedziale od 54 tys. zł wg stanu na koniec 2007 r. do 3 313 tys. zł wg stanu na koniec 2013 r. Stan zobowiązań wymagalnych na koniec badanego okresu (2014 r.) wynoszący 2 825 tys. zł był wyższy o 10% niż stan zobowiązań wymagalnych na koniec 2005 r. wynoszący 2 572 tys. zł. Zobowiązania wymagalne na koniec 2014 r. dotyczyły dostaw towarów i usług (2 777 tys. zł) i pozostałych zobowiązań (48 tys. zł).

Istotną pozycją pasywów wg stanu na koniec 2014 r. były rezerwy w kwocie łącznej 2 599 tys. zł, w tym 2 199 tys. zł stanowiły rezerwy na świadczenia pracownicze, a 400 tys. zł stanowiła rezerwa na odszkodowania i zadośćuczynienie. W stosunku do stanu na koniec 2013 r. rezerwy wzrosły łącznie o 1 132 tys. zł (77%), w tym rezerwy na świadczenia pracownicze wzrosły o 732 tys. zł (50%).

(dowód: akta kontroli str. 13, 15, 192, 201, 258-269, 431)

Analiza wybranych danych finansowych o stanie pasywów wskazuje, że w latach 2011-2013, wg stanu na koniec roku jednostka wykazywała istotne rozliczenia międzyokresowe przychodów, które wynosiły od 5 309 do 7 964 tys. zł. Wynikały one z zaliczenia do rozliczeń międzyokresowych przychodów równowartości środków trwałych sfinansowanych z dotacji lub otrzymanych nieodpłatnie, które następnie miały zwiększać pozostałe przychody operacyjne równoległe do odpisów amortyzacyjnych od tych środków trwałych. W raporcie z badania sprawozdania finansowego za 2011 r. poinformowano, że w 2011 r. do rozliczeń międzyokresowych przychodów zaliczono kwotę stanowiącą równowartość ulepszenia przez Starostwo Powiatowe w Brzegu budynków BCM w wyniku termomodernizacji. Rozliczenia międzyokresowe przychodów wg stanu na koniec 2012 r. wzrosły do 7 964 tys. zł w związku z treścią art. 8 ustawy z dnia 14 czerwca 2012 r. *o zmianie ustawy o działalności leczniczej*⁷⁵ obligującym do przeniesienia na rozliczenia międzyokresowe kwot odpowiadających niezamortyzowanej części wartości początkowej aktywów otrzymanych nieodpłatnie. W raporcie z badania sprawozdania za 2012 r. poinformowano, że *dokonując przeniesienia brano pod uwagę, czy w momencie otrzymania składnika majątkowego lub środków na ich sfinansowanie, przy założeniu braku przepisów szczególnych, spoz zakwalifikowałby ich równowartość na zwiększenie rozliczeń międzyokresowych przychodów zgodnie z art. 41 ustawy o rachunkowości.*

Wg stanu na koniec 2014 r. stan rozliczeń międzyokresowych zmalał do kwoty 302 tys. zł.

⁷³ Na koniec 2005 r. stan środków pieniężnych wynosił 784 tys. zł, a najwyższy stan środków pieniężnych w kwocie 1 343 tys. zł odnotowano na koniec 2010 r.

⁷⁴ Umowa zawarta z Magellan S.A. Odsetki z tytułu spłaty tej pożyczki zgodnie z harmonogramem w okresie 40 miesięcy zostały wyliczone na kwotę 126 tys. zł.

⁷⁵ Dz. U., poz. 742 ze zm.

W dodatkowych informacjach i objaśnieniach do sprawozdania finansowego za 2014 r. podano, że: w 2014 r. dokonano korekty rozliczeń międzyokresowych przychodów w związku z przebiegiem na Fundusz Założycielski przekazanych przez Powiat Brzeski inwestycji SOR i termomodernizacji. Kwota korekty funduszu o 7 797 701,05 zł, korekta wyniku finansowego z lat ubiegłych o 455 573,52 zł.(...) Ze względu na zmianę kwalifikacji środków trwałych przekazanych nieodpłatnie przez Powiat Brzeski (budowa SOR, termomodernizacja BCM) oraz po uwzględnieniu interpretacji w tym zakresie dokonano zmiany prezentacji pasywów poprzez przeniesienie kwot z rozliczeń międzyokresowych na fundusz założycielski. W raporcie z badania sprawozdania finansowego za 2014 r., w części BI Analiza bilansu podano: w księgach 2014 r. dokonano korekty rozliczeń międzyokresowych przychodów w związku z koniecznością przebiegu na Fundusz Założycielski przekazanych przez Powiat Brzeski inwestycji w zakresie termomodernizacji budynku szpitalnego oraz nakładów poniesionych na SOR.

(dowód: akta kontroli str 13,147-148,166,184,192,199-200,286-296,308-309,327)

W analizie wybranych danych finansowych o przychodach szpitala istotnym jest odnotowany wzrost o 71% przychodów ze sprzedaży, które z kwoty 18 923 tys. zł w 2005 r. wzrosły do 32 341 tys. zł w 2014 r. Wzrost ten spowodowany był przede wszystkim wzrostem o 79% przychodów z NFZ⁷⁶, w szczególności wskutek zawarcia kontraktu na prowadzenie SOR i OIOM⁷⁷ oraz wskutek istotnie wyższych kontraktów zrealizowanych na oddziałach: wewnętrznym, dziecięcym, chirurgicznym i ortopedycznym⁷⁸ oraz w ZOL⁷⁹.

W badanym okresie szpital sporządzał rachunek zysków i strat wg wariantu porównawczego, a istotną korektę przychodów ze sprzedaży, ujętą w pozycji rachunku zysków i strat A.II. *Zmiana stanu produktów*, stwierdzono w 2014 r. Korekta ta wynosząca 731 tys. zł wynikała ze zwiększenia o ww. kwotę kosztów rozliczanych w czasie⁸⁰, tj. wynikała ze zwiększenia o 50% w stosunku do ostatniego dnia 2013 r. rezerw na świadczenia pracownicze⁸¹ oszacowanych na dzień 31 grudnia 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 17, 98-101, 192-193, 197, 230)

Pozostałe przychody operacyjne szpitala kształtowały się na poziomie od 257 tys. zł (w 2008 r.) do 1 132 tys. zł (w 2013 r.). W latach 2012-2014 pozostałe przychody operacyjne zwiększyła równowartości odpisów amortyzacyjnych środków trwałych sfinansowanych z dotacji lub otrzymanych nieodpłatnie. Kwoty zwiększające z tego tytułu przychody wyniosły 399 tys. zł w 2012 r., 483 tys. zł w 2013 r. i 163 tys. zł w 2014 r. Istotną pozycją pozostałych przychodów operacyjnych były również środki z budżetu państwa przekazane na podstawie umowy zawartej z BCM, jako podmiotem prowadzącym szkolenia specjalizacyjne lekarzy rezydentów. Kwoty zwiększające z tego tytułu pozostałe przychody operacyjne wyniosły 47 tys. zł w 2010 r., 110 tys. zł w 2011 r., 238 tys. zł w 2012 r., 285 tys. zł w 2013 r. i 311 tys. zł w 2014 r.

Pozostałe przychody finansowe szpitala kształtowały się w latach 2005-2014 na poziomie od 47 tys. zł (2007 r.) do 5 tys. zł (2014 r.) i nie miały istotnego udziału w przychodach BCM.

(dowód: akta kontroli str. 17, 335-339)

⁷⁶ Przychody z NFZ wyniosły w 2005 r. 17 392 tys. zł, a w 2014 r. 31 185 tys. zł.

⁷⁷ Przychody z NFZ wyniosły w 2014 r.: 3 346 tys. zł z tytułu SOR, 2 105 tys. zł z tytułu świadczeń realizowanych na OIOM

⁷⁸ Przychody z NFZ na oddziałach wewnętrznym, dziecięcym, chirurgicznym i ortopedycznym wzrosły w latach 2005-2014 odpowiednio: z 3 113 tys. zł do 5 338 tys. zł (o 71%), z 806 tys. zł do 2 490 tys. zł (o 209%), z 1 971 tys. zł do 3 433 tys. zł (o 74%), z 2 156 tys. zł do 3 836 tys. zł (o 78%)

⁷⁹ Przychody z NFZ wyniosły w 2005 r. 964 tys. zł, a w 2014 r. 1 891 tys. zł (wzrost o 96%).

⁸⁰ Konto 641 Bierne rozliczenia międzyokresowe kosztów.

⁸¹ Rezerwy te BCM tworzył na odpawy emerytalne i nagrody jubileuszowe.

Koszty wynagrodzeń osobowych wyniosły 7 295 tys. zł w 2005 r. (przy średnim zatrudnieniu 352 osoby) i wzrosły do 12 877 tys. zł w 2014 r., tj. o 76,5% (przy średnim zatrudnieniu 380 osób). Wzrost przeciętnego wynagrodzenia na osobę w ciągu 10 lat wyniósł 63%, przy czym najbardziej wzrosły wynagrodzenia w grupie pielęgniarek i położnych (o 78%), a najmniej w grupie pozostałego personelu średniego (o 53%). Koszty wynagrodzeń z pochodnymi stanowiły w 2005 r. 48% kosztów podstawowej działalności operacyjnej, a w latach 2009-2010 ich udział w kosztach operacyjnych wzrósł do 56%, na co najistotniejszy wpływ miał najwyższy w badanym okresie średni stan zatrudnienia (od 437 do 451 osób). Drugą najistotniejszą pozycją kosztów podstawowej działalności operacyjnej były usługi obce, które w 2005 r. wyniosły 4 064 tys. zł i rosły w badanym okresie systematycznie osiągając w 2014 r. poziom 9 346 tys. zł (wzrost o 130%). Główną przyczyną tego wzrostu były zawierane umowy z lekarzami (tzw. kontrakty), które stanowiły w latach 2010-2014 od 60% do 66% kosztów usług obcych⁸². Koszty wynagrodzeń i koszty kontaktów zawieranych z lekarzami i pielęgniarkami w latach 2010-2014 były najistotniejszymi kosztami podstawowej działalności operacyjnej szpitala, gdyż odpowiadały za od 66% do 69% tych kosztów.

(dowód: akta kontroli str. 16, 85, 421, 423, 742, 824, 2303)

Pozostałe koszty operacyjne szpitala kształtowały się na poziomie od 59 tys. zł (w 2007 r.) do 482 tys. zł (2014 r.). Pozostałe koszty operacyjne obciążały kary umowne nałożone decyzją Dyrektora Opolskiego Oddziału NFZ w związku z nienależytym wykonaniem umowy. W latach 2005-2014 kary te wyniosły łącznie 245 tys. zł, a najwyższa kara umowna w kwocie 95 tys. zł została nałożona w 2008 r. Ponadto w 2008 r. nałożone zostało przez Opolski Oddział NFZ obciążenie pokontrolne w kwocie 182 tys. zł z tytułu zwrotu kosztów świadczeń nieprawidłowo rozliczonych⁸³. W 2009 r. istotną pozycją pozostałych kosztów operacyjnych był dokonany odpis aktualizacyjny należności z NFZ w kwocie 222 tys. zł, dotyczący nadwykonań z tytułu świadczeń z rehabilitacji neurologicznej i ambulatoryjnej oraz świadczeń w ZOL, których zapłaty fundusz odmówił.

Istotną pozycją pozostałych kosztów operacyjnych były kwoty zasądzone wyrokami sądów z tytułu roszczeń pracowniczych oraz koszty sądowe i zastępstwa procesowego związane z tymi wyrokami. Koszty te wyniosły w latach 2011-2014 łącznie 168 tys. zł, w tym 131 tys. zł wyniosły koszty związane z wypłaceniem wynagrodzenia za czas pozostawania bez pracy przewodniczącemu związkowi zawodowemu w BCM, wskutek wadliwego działania szpitala i naruszenia gwarancji zatrudnienia tego pracownika.

W 2013 r. pozostałe koszty operacyjne obciążyły poniesione nakłady w kwocie 50 tys. zł na inwestycję, której realizacji zaniechano. Inwestycja ta dotyczyła budowy cyfrowego systemu informacji telemedycznej, gromadzenia, przetwarzania, archiwizacji danych BCM.

(dowód: akta kontroli str. 20, 297, 352-358, 408-418, 432-450)

Koszty finansowe kształtowały się w latach 2005-2014 w przedziale od 49 tys. zł (2009 r.) do 307 tys. zł. Najwyższe koszty finansowe w kwocie 307 tys. zł poniósł szpital w 2014 r., z tego 40 tys. zł wyniosły odsetki od kredytów⁸⁴ i pożyczek⁸⁵, a 267 tys. zł wyniosły odsetki z tytułu nieterminowej zapłaty zobowiązań.

(dowód: akta kontroli str. 85, 193, 268)

⁸² Koszty zatrudnienia lekarzy na tzw. Kontraktach wyniosły odpowiednio: 2010 r. - 4 300 tys. zł, 2011 r. - 4 046 tys. zł, 2012 r. - 4 508 tys. zł, 2013 r. - 5 020 tys. zł, 2014 r. - 5 836 tys. zł.

⁸³ Niezgodne z warunkami umowy rozliczenie świadczeń medycznych.

⁸⁴ 5 tys. zł stanowią odsetki od odnawialnego limitu zadłużenia w koncie bankowym.

⁸⁵ 35 tys. zł stanowiły odsetki od zaciągniętej w 2014 r. pożyczki.

W latach 2005-2014 BCM uzyskał dodani wynik finansowy na sprzedaży w 2005 r. (158 tys. zł) i w 2008 r. (15 tys. zł). Począwszy od roku 2009 wyniki na sprzedaży były ujemne i wykazywały stratę od 1 651 tys. zł w 2009 r. do 1 556 tys. zł w 2014 r. Najwyższą stratę na sprzedaży w kwocie 2 867 tys. zł odnotowano w 2011 r.

(dowód: akta kontroli str. 22)

Istotny wpływ na wynik bilansowy w latach 2005-2008 miały straty zyski nadzwyczajne związane z realizacją restrukturyzacji prowadzonej na podstawie ustawy o pomocy publicznej. W okresie tym ujęto jako zyski nadzwyczajne w kwocie łącznej 6 089 tys. zł umorzoną przez BGK pożyczkę restrukturyzacyjną oraz umorzone odsetki od zobowiązań publicznoprawnych, natomiast jako straty nadzwyczajne w kwocie łącznej 1 284 tys. zł ujęto prowizje i odsetki od pożyczki udzielonej przez BGK oraz naliczone odsetki od zobowiązań publicznoprawnych i straty aktuarialne z tytułu wzrostu o 79 tys. zł rezerw na świadczenia pracownicze. Uzyskane wyniki finansowe szpitala wskazują, że prowadzone działania restrukturyzacyjne nie spowodowały poprawy wyników finansowych szpitala i nie zmniejszyły stanu jego zadłużenia.

(dowód: akta kontroli str. 22, 377, 456)

2.2.2. Podstawowe wskaźniki ekonomiczne charakteryzujące sytuację majątkową i finansową szpitala kształtowały się w sposób następujący:

- wskaźnik bieżącej płynności, informujący o możliwości spłaty zobowiązań bieżących w przypadku, gdyby stały się natychmiast wymagalne w latach 2005-2007 wyniósł od 0,8 do 1,1. W latach 2008-2009 wskaźnik przyjął prawidłową wartość od 1,2 do 1,4; a od roku 2010 wartość wskaźnika systematycznie malała do poziomu 0,6-0,7 w latach 2013-2014, co oznaczało utracenie przez BCM zdolności do regulowania bieżących zobowiązań;
- wskaźnik szybkiej płynności, umożliwiający ocenę zdolności szpitala do terminowego regulowania bieżących zobowiązań w latach 2005-2006 wyniósł od 0,8 do 0,9. W latach 2007-2010 wskaźnik przyjął prawidłową wartość od 0,9 do 1,3, a od roku 2011 wartość wskaźnika zmalała do poziomu 0,6-0,7, co oznaczało utracenie przez BCM zdolności do terminowego regulowania bieżących zobowiązań;
- wskaźnik wypłacalności, wskazujący, ile razy zobowiązania przekraczają kapitał własny osiągnął pożądany poziom 0,5 w 2008 r. Wartość wskaźnika powyżej 4, wskazująca na utratę przez BCM zdolności do regulowania zobowiązań wystąpiła w roku 2005 i w latach 2012-2013;
- wskaźnik rotacji należności w latach 2005-2014 mieścił się w przedziale od 33 dni do 45 dni, co oznacza jego prawidłową wartość i umożliwia pozytywną ocenę głównego płatnika - NFZ;
- wskaźnik rotacji zobowiązań w latach 2005-2006 wyniósł odpowiednio 31 i 36 dni, w latach 2007-2010 mieścił się w przedziale od 16 dni do 30 dni, a od roku 2011 systematycznie rósł, aby osiągnąć w 2014 r. poziom 56 dni, co potwierdza istotne pogorszenie się sytuacji płatniczej szpitala w tym okresie;
- wskaźnik rotacji zapasów w latach 2005-2014 mieścił się w przedziale od 4 do 7 dni, czyli w całym okresie był niższy od 15 dni, co potwierdza racjonalną gospodarkę zapasami;
- wskaźnik zyskowności netto, który w przypadku szpitali wskazuje na właściwy stosunek przychodów do kosztów i świadczy o efektywności działalności szpitala był dodatni jedynie w latach 2005-2008, a od roku 2009 kształtował się na poziomie poniżej 0%;
- wskaźnik ogólnego zadłużenia, informujący o stopniu finansowania aktywów kapitałami obcymi przyjął pożądany poziom do 60% w latach 2007-2010. W 2011-2014 wskaźnik mieścił się w przedziale od 61% do 101%, co oznacza istotne obniżenie wiarygodności szpitala wobec instytucji finansowych.

Kształtowanie się w wyżej wskazany sposób wskaźników ekonomicznych charakteryzujących sytuację majątkową i finansową szpitala wskazuje na uzyskanie poprawy sytuacji finansowej i płatniczej szpitala do roku 2008, w szczególności dzięki restrukturyzacji finansowej. Sytuacja szpitala począwszy od 2009 r. 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 gorsze niż wskaźniki płynności za 2005, co oznacza, 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. 97)

2.2.3. W latach 2010-2014, wg stanu na ostatni dzień roku wystąpiły trzy przypadki, w których pacjenci przyjmowani w trybie pilnym musieli czekać na udzielenie świadczenia. Powyższe przypadki dotyczyły Oddziału Wewnętrznego i Oddziału Ortopedii (2011 r.), gdzie średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia w trybie pilnym wyniósł odpowiednio 6 i 3 dni oraz Oddziału Dziecięcego (2012 r.), gdzie średni czas oczekiwania w trybie pilnym wyniósł 2 dni.

W przypadkach stabilnych, na Oddziale Dziecięcym na ostatni dzień 2010 r. nie było osób oczekujących, podobnie jak na ostatni dzień 2014 r., natomiast na ostatni dzień roku w latach 2011-2013 odnotowano po jednej osobie oczekującej, a średni czas oczekiwania wyniósł od 4 do 13 dni. Na innych oddziałach, dostępność świadczeń zdrowotnych dla pacjenta w przypadkach stabilnych przedstawiała się następująco:

- na Oddziale Wewnętrznym liczba osób oczekujących wg stanu na ostatni dzień 2014 r. wynosiła 39 i zmniejszyła się w stosunku do liczby oczekujących wg stanu na ostatni dzień 2010 r. (53 osoby). Średni czas oczekiwania wyniósł odpowiednio 19 (2014 r.) i 30 dni (2010 r.);

- na Oddziale Chirurgii liczba osób oczekujących wg stanu na ostatni dzień 2014 r. wynosiła 21 i zmniejszyła się istotnie w stosunku do liczby oczekujących wg stanu na ostatni dzień 2010 r. (114 osób). Ponad pięciokrotne zmniejszenie się liczby oczekujących nie wpłynęło na istotne skrócenie średniego czasu oczekiwania, który w 2010 r. wyniósł 23 dni, a w 2014 r. 17 dni;

- na Oddziale Ortopedii liczba osób oczekujących wg stanu na ostatni dzień 2014 r. wynosiła 63 i zwiększyła się istotnie w stosunku do liczby oczekujących wg stanu na ostatni dzień 2010 r. (8 osób). Średni czas oczekiwania wyniósł odpowiednio 32 (2014 r.) i 34 dni (2010 r.); liczba osób oczekujących na udzielenie świadczenia z zakresu endoprotezoplastyki systematycznie rosła i na koniec 2014 r. wynosiła 93 osoby, a średni czas oczekiwania na udzielenie tego świadczenia wyniósł 217 dni;

- na Oddziale Ginekologicznym liczba osób oczekujących wg stanu na ostatni dzień 2014 r. wynosiła 7 i zwiększyła się w stosunku do stanu na ostatni dzień 2010 r., gdzie oczekujących osób nie odnotowano. Średni czas oczekiwania na ostatni dzień 2014 r. wyniósł 48 dni i był najwyższy z analizowanych pięciu oddziałów.

Zwiększenie się liczby osób oczekujących na uzyskanie świadczenia według wyjaśnień Kierownika Działu Rozliczeń i i Weryfikacji Świadczeń Medycznych oraz p.o. Dyrektora Medycznego BCM wynikało z kontraktu z NFZ, który np. w przypadku Oddziału Ginekologicznego był niższy w 2014 r. niż w latach poprzednich. Ponadto wyjaśniono, iż: *wpis do listy kolejkowej zależy nie tylko od predyspozycji Oddziału (...), ale również od warunków czasowych pacjenta. Często to pacjent wybiera dogodny dla siebie termin udzielenia świadczenia decydując o dłuższym czasie oczekiwania w kolejce (...).*

Zmiana liczby oczekujących i czas oczekiwania na uzyskanie świadczenia nie były spowodowane prowadzonymi działaniami restrukturyzacyjnymi.

(dowód: akta kontroli str. 14, 92-96)

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

1. Pomimo treści art. 41 ust. 1 pkt 2 i ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. *o rachunkowości*⁸⁶ i art. 8 ustawy *o zmianie ustawy o działalności leczniczej*, BCM dokonał w 2014 r. przeksięgowania, z rozliczeń międzyokresowych przychodów na fundusz założycielski, prawidłowo ujętych w ewidencji księgowej w latach 2011-2012 kwot odpowiadających równowartości otrzymanych nieodpłatnie ulepszonych środków trwałych⁸⁷. Ulepszone środki trwałe (przebudowane pomieszczenia SOR i budynki po termomodernizacji) zostały przekazane BCM przez Starostwo Powiatowe w Brzegu protokołami przekazania – przyjęcia składnika majątku (dokument PT). Skutkiem dokonania tego przeksięgowania w 2014 r. było zwiększenie straty bilansowej za 2014 r. o 266 tys. zł tytułem braku ujęcia w pozostałych przychodach operacyjnych równowartości rocznej amortyzacji SOR⁸⁸ i równowartości rocznej amortyzacji budynków ulepszonych wskutek termomodernizacji⁸⁹ oraz zwiększenie straty bilansowej za lata poprzednie o 456 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 194,199-200, 286-296, 309)

Gł. Księgowa przyczynę przeksięgowania z rozliczeń międzyokresowych przychodów na fundusz założycielski przyjętych nieodpłatnie ulepszonych środków trwałych wyjaśniła następująco: *w latach 2011-2012 w ewidencji księgowej ujęłam zdarzenia gospodarcze polegające na zwiększeniu wartości środków trwałych wskutek ich ulepszenia przez Starostwo Powiatowe w Brzegu. Na skutek błędnej interpretacji zapisów wynikających z art. 41 ustawy o rachunkowości kwoty dotyczące termomodernizacji budynków i przebudowy pomieszczeń SOR drugostronnie ujęłam na koncie „Rozliczenia międzyokresowe przychodów”. W 2014 r. po stwierdzeniu nieprawidłowego zaksięgowania powyższych operacji, dokonałam przeksięgowania z rozliczeń międzyokresowych przychodów na fundusz założycielski kwot dotyczących zwiększeń wartości już istniejących nieruchomości stanowiących własność Powiatu Brzeskiego użytkowanych przez BCM na podstawie umowy użytkowania. Podwyższenie wartości budynków przekazanych w nieodpłatne użytkowanie związane z ich ulepszeniem zrealizowanym przez właściciela nastąpiło na podstawie przekazanych dokumentów PT. W opisanym ww. przypadku nie mogły mieć zastosowania zapisy art. 41 ust. 1 pkt 2 i ust. 2 ustawy o rachunkowości, gdyż BCM nie otrzymał środków pieniężnych na sfinansowanie nabycia lub wytworzenia środków trwałych, ani też nie otrzymał nieodpłatnie środków trwałych (...).*

(dowód: akta kontroli str. 340-342)

Podmiot, o którym mowa w art. 47 pkt 4 ustawy z dnia 7 maja 2009 r. *o biegłych rewidentach i ich samorządzie, podmiotach uprawnionych do badania sprawozdań finansowych oraz o nadzorze publicznym*⁹⁰, w wyniku przeprowadzonych na zlecenie NIK badań dotyczących prawidłowości ww. korekt ujętych w sprawozdaniu finansowym za 2014 r. przedstawił następującą opinię: *w 2014 r. BCM dokonało w księgach rachunkowych nieprawidłowej korekty rozliczeń międzyokresowych*

⁸⁶ Dz. U. z 2013 r., poz. 330 ze zm.

⁸⁷ Wartość odpowiadająca niezamortyzowanej części wartości początkowej środków trwałych otrzymanych nieodpłatnie w dniu 10 marca 2011 r. (przebudowane pomieszczenia BCM na SOR o wartości początkowej po ulepszeniu 2 398 tys. zł) została zaliczona do rozliczeń międzyokresowych przychodów wg stanu na 31 grudnia 2012 r. Wartość 5 309 tys. zł odpowiadająca wartości środków trwałych (budynków) po ich termomodernizacji przekazanych BCM w grudniu 2011 r. została zaliczona do rozliczeń międzyokresowych przychodów w kwocie 5 293 tys. zł wg stanu na dzień 31 grudnia 2011 r.

⁸⁸ 130 188,36 zł.

⁸⁹ 136 126,52 zł.

⁹⁰ Dz. U. z 2015 r., poz. 1011 ze zm.; dalej: *ustawa o biegłych rewidentach*.

przychodów i funduszu założycielskiego. (...) Prawidłowo ujmowane zdarzenia w latach 2011-2013 w 2014 r. zostały nieprawidłowo skorygowane. Korekcie podlegała kwota odpowiadająca równowartości otrzymanych nieodpłatnie od Powiatu Brzeskiego - właściciela nieruchomości nakładów na ulepszenie środków trwałych (przebudowa pomieszczeń na SOR i termomodernizacja), która została wycofana z rozliczeń międzyokresowych przychodów na fundusz założycielski. (...) Korekta ta spowodowała (...) zaniżenie wyników lat ubiegłych o 455 tys. zł (...) i wyniku roku 2014 r. o 266 tys. zł (...). Udokumentowanie korekty stanowią wyłącznie dowody wewnętrzne własne (...), które zostały zatwierdzone wyłącznie przez Głównego Księgowego BCM i nie podlegały akceptacji dokonanej przez Dyrektora BCM. Dowody nie zawierają uzasadnienia dokonanej korekty.

(dowód: akta kontroli str. 2193, 2356-2363)

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że w 2011 BCM otrzymał nieodpłatnie ulepszone środki trwałe (przebudowane pomieszczenia na SOR i zmodernizowane wskutek termomodernizacji budynku BCM), co potwierdzono protokołem przekazania tych składników majątku przez organ tworzący i ich przyjęcia przez BCM (dokument PT przekazania składnika majątku). Dlatego też należało ująć te zdarzenia gospodarcze stosownie do treści art. 41 ust 1 pkt 2 i ust. 2 ustawy o rachunkowości. Ponadto ulepszenie środków trwałych wskutek przebudowy pomieszczeń na SOR nastąpiło przed 1 lipca 2011 r., a wartość odpowiadająca niezamortyzowanej części wartości początkowej tych aktywów trwałych zwiększyła przed dniem 1 lipca 2011 r. fundusz założycielski spzoz, dlatego też należało w tym zakresie zastosować przepis art. 8 ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej, obligujący do przeniesienia tych wartości na rozliczenia międzyokresowe przychodów najpóźniej do dnia 31 grudnia 2012 r.

Należy także zwrócić uwagę, że intencją dokonanych regulacji prawnych w zakresie zastąpienia regulacji szczególnych zawartych wcześniej w art. 57 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej regulacjami ogólnymi wynikającymi z treści art. 41 ust.1 pkt 2 i ust. 2 ustawy o rachunkowości było a/ ujednolicenie prezentowania w sprawozdaniach finansowych składników majątkowych o tym samym charakterze otrzymanych przed wejściem w życie ustawy o działalności leczniczej oraz po tym terminie, b/ przyczynienie się do braku generowania strat bilansowych spzoz spowodowanych zdarzeniami gospodarczymi wynikającymi w szczególności z nieodpłatnego przyjęcia środków trwałych.

Tymczasem dokonana przez BCM ww. korekta księgowania skutkowałą zwiększeniem straty bilansowej za 2014 r.⁹¹ oraz zwiększeniem strat bilansowych lat ubiegłych.

(dowód: akta kontroli str.194,199,288-296)

2. Stosownie do treści art. 35d ust. 1 pkt 1 ustawy o rachunkowości rezerwy tworzy się, jeżeli kwoty prawdopodobnych przyszłych zobowiązań można w sposób wiarygodny oszacować. W BCM kwotę rezerw na świadczenia pracownicze zwiększono z 1 467 tys. zł wg stanu na koniec 2013 r. do 2 199 tys. zł wg stanu na koniec 2014 r., pomimo iż kwota tych prawdopodobnych przyszłych zobowiązań nie została wiarygodnie oszacowana. Wzrost tych rezerw o 731 484 zł, tj. o 49,9% spowodowany został: a/ dokonaniem zmiany zasad odnośnie wyliczenia stopy dyskonta zastosowanej do oszacowania tej rezerwy⁹², b/ dokonaniem zmiany wskaźnika prawdopodobieństwa demograficznego wypłaty świadczeń⁹³,

⁹¹ Kwota 266 314, 88 zł odpowiadająca równowartości rocznej amortyzacji SOR (130 188,36 zł) i rocznej amortyzacji budynku ulepszonego wskutek termomodernizacji (136 126,52 zł), która powinna zwiększyć w 2014 r. pozostałe przychody operacyjne.

⁹² Gdyby zasada zastosowana do wyliczenia stopy dyskonta była taka sama jak w roku poprzednim, to za 2013 r. stopa ta powinna być zastosowana w wymiarze 4%, a zastosowano 5,8%.

⁹³ Z 92,5% do 96%.

c/ dokonaniem zmiany wskaźnika przewidywanego wzrostu wynagrodzeń⁹⁴. Zasad tworzenia rezerwy na świadczenia pracownicze oraz zasad jej oszacowania na dzień bilansowy nie określono w polityce rachunkowości, a zmiana zasad odnośnie wyliczenia stopy dyskonta i przewidywanego wzrostu wynagrodzeń nastąpiła pomimo braku udokumentowania jej przyczyn. Natomiast wskaźnik prawdopodobieństwa demograficznego wypłaty świadczeń zwiększono z 92,5% do 96%, pomimo tego, że dane historyczne BCM z lat 2011-2014 nie potwierdzają takiego trendu. Dokonanie powyższych zmian przy oszacowaniu rezerwy na dzień bilansowy skutkowało zwiększeniem straty bilansowej za 2014 r. o ok. 732 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 211-251, 2304-2314)

Dyrektor wyjaśnił, że: *akceptacja zwiększenia rezerwy na świadczenia pracownicze wynikała z przyjęcia realnych wskaźników do wyliczenia jej aktualizacji. W stosunku do roku 2013 uległo zmniejszeniu oprocentowanie obligacji 10-letnich z 5,8% do 3%, założono wzrost wynagrodzeń o 1% oraz prawdopodobieństwo wypłaty w wysokości 96%. Takie prawdopodobieństwo wynika z fluktuacji kadr na poziomie 4% (...).*

(dowód: akta kontroli str. 3-4, 88-90)

Podmiot, o którym mowa w art. 47 pkt 4 ustawy o biegłych rewidentach w przedstawionej opinii: a/ zwrócił uwagę, że szpital był zobligowany przepisami art. 4 ust. 1 ustawy o rachunkowości do stosowania zasady jasnego i rzetelnego obrazu, a wyrażona w tym artykule naczelną koncepcją sprawozdawczości finansowej - rzetelnego i jasnego obrazu - w praktyce obliguje przyjęcie w polityce rachunkowości określonego rozwiązania zdarzeń gospodarczych, dla których zapisy szczegółowe ustawy o rachunkowości nie przewidują jednoznacznych uregulowań lub w ogóle ich nie zawierają (np. metody wyceny rezerw na świadczenia pracownicze), b/ wskazał, że stosowanie krajowych, a w uzasadnionych przypadkach międzynarodowych standardów rachunkowości prowadzi do przyjęcia rozwiązań, które uznaje się za zapewniające rzetelne i jasne przedstawienie sytuacji majątkowej i finansowej oraz wyniku finansowego jednostki.

W wyniku przeprowadzonych badań dotyczących oszacowania na koniec 2014 r. rezerwy na świadczenia pracownicze ww. podmiot przedstawił następującą opinię: *utworzone rezerwy wg stanu na 31 grudnia 2014 r. stanowią istotny udział w sumie bilansowej (12%) i wykazały znaczny wzrost w porównaniu do stanu na dzień 31 grudnia 2013 r. (o 731,5 tys. zł, tj. 49,9%). Powyższe stanowi istotny argument przemawiający za tym, aby obowiązek wynikający z Krajowego Standardu Rachunkowości nr 6⁹⁵ pkt 4.7 oraz zalecenia z pkt 59 Międzynarodowego Standardu Rachunkowości nr 19 odnośnie oszacowania rezerw przez specjalistę – tj. aktuarusza, w przypadku BCM został spełniony. (...).* W opinii wskazano, że przyjęte zasady tworzenia biernych rozliczeń międzyokresowych kosztów na świadczenia pracownicze nie zostały ujawnione w przyjętej przez kierownika jednostki polityce rachunkowości BCM, a brak powyższych opisów i ujawnień stanowi naruszenie art. 10 ust. 1 pkt 2 i art. 48 ustawy o rachunkowości. Ponadto wskazano, iż: *brak określenia w polityce rachunkowości zasad tworzenia rezerwy na świadczenia pracownicze, w tym jej aktualizacji na dzień bilansowy powoduje ryzyko niedochowania zasady wiarygodnego szacunku. Dodatkowo ryzyko to zwiększa brak szczególnej staranności w udokumentowaniu uzasadnienia przyjętych założeń aktuarialnych i ich zmian na przestrzeni lat.* W ww. opinii zaakcentowano następujące okoliczności: 1/ ustalony w wyniku przeprowadzonych badań wskaźnik rotacji osób zwalnianych wyniósł w latach 2011-2014 odpowiednio 16%, 8%, 10%, 7%, a więc znacznie odbiega od przyjętych przez BCM założeń, a przytoczony

⁹⁴ W 2013 r. planowano wskaźnik wzrostu wynagrodzeń 0%, a w 2014 zaplanowano wskaźnik 1%.

⁹⁵ Krajowy Standard Rachunkowości nr 6 „Rezerwy, bierne rozliczenia międzyokresowe kosztów, zobowiązania warunkowe” przyjęty Uchwałą nr 7/08 z dnia 14 października 2008 r. Komitetu Standardów Rachunkowości.

przez Dyrektora wskaźnik 4% nie został potwierdzony żadnymi wyliczeniami opartymi na danych historycznych lub branżowych z danego obszaru geograficznego, 2/ nie przedstawiono żadnego wiarygodnego uzasadnienia dla przyjętego w roku 2014 wzrostu wynagrodzeń lub jego braku w roku ubiegłym, 3/ dla zastosowanej stopy dyskonta (3%) przyjęto poziom oprocentowania dziesięcioletnich emerytalnych obligacji skarbowych w pierwszym roku odsetkowym. Jeśli w ten sam sposób określona zostałaby stopa dyskonta przy wyliczeniach rezerwy za 2013 r. to powinna była ona wynieść 4%, a zastosowano wskaźnik 5,8%. W opinii podmiotu uprawnionego wskazane wyżej okoliczności uniemożliwiają pozytywną ocenę dokonanych szacunków ww. rezerwy. Ponadto podmiot uprawniony zwrócił uwagę, że:

- *kwota rezerwy ustalona wg nowych założeń aktuarialnych różni się od kwoty rezerwy ustalonej w sytuacji, gdyby zmiana założeń nie nastąpiła. Różnica pomiędzy wartościami stanowi zysk lub stratę wynikającą z aktuarialnego przeszacowania, którą należy wykazać w rachunku zysków i strat, czego BCM nie zrobił, a tym samym nie ujął tej różnicy w księgach rachunkowych w pozostałych przychodach/kosztach operacyjnych;*

- *BCM nie dokonał stosownych ujawnień (prezentowanych we wprowadzeniu do sprawozdania finansowego i w informacji dodatkowej do sprawozdania finansowego jednostki) dotyczących utworzonych biernych rozliczeń międzyokresowych kosztów zgodnie z art. 48 i załącznikiem nr 1 do ustawy o rachunkowości oraz z zaleceniami ujętymi w rozdziale V KSR nr 6⁹⁶.*

W konkluzji opinii wskazano: *w świetle powyższych ustaleń nie można potwierdzić, że rezerwy na świadczenia pracownicze oszacowano na 31 grudnia 2014 r. w sposób wiarygodny i ujęto je w księgach rachunkowych oraz wykazano w sprawozdaniu w sposób prawidłowy.*

(dowód: akta kontroli str. 2193, 2343-2351)

3. Przywołując treść art. 35d ustawy o rachunkowości BCM utworzył na dzień 31 grudnia 2014 r. rezerwę w kwocie łącznej 400 tys. zł na prawdopodobne przyszłe zobowiązania z tytułu dwóch zdarzeń medycznych⁹⁷, która skutkowałą zwiększeniem straty bilansowej za 2014 r. o ww. kwotę. Kwota tych prawdopodobnych przyszłych zobowiązań nie została wiarygodnie oszacowana, gdyż: 1/ utworzenie tej rezerwy nie zostało poprzedzone dokonaniem rzetelnej analizy i oszacowania ryzyk wynikających z tych zdarzeń medycznych dla BCM oraz nie zostało prawidłowo udokumentowane, 2/ kwota rezerwy została ustalona w wysokości górnych granic odszkodowań jakie są przewidziane dla poszkodowanych przepisami z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁹⁸ i nie uwzględniała analizy wpływu zdarzeń jakie miały miejsce po dniu sporządzenia sprawozdania finansowego do dnia jego zatwierdzenia.

Do dnia sporządzenia sprawozdania finansowego BCM dysponowało: a/ wnioskami złożonymi przez poszkodowanego pacjenta i spadkobierców pacjenta zmarłego z proponowaną wysokością odszkodowań i zadośćuczynienia 70 tys. zł (rozstrój zdrowia) i 300 tys. zł (zgon), b/ orzeczeniami Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Opolu stwierdzającymi, że zdarzenia są zdarzeniami

⁹⁶ Ujawnienie prezentowane w informacji dodatkowej powinno w szczególności obejmować: dodatkowe rezerwy utworzone w ciągu okresu, łącznie ze zwiększeniami dotychczasowych rezerw np. będących skutkiem zmian stopy dyskontowej, kwoty wykorzystane w ciągu okresu, informacje o wszelkich istotnych niepewnościach co do kwoty i terminu wystąpienia tych wpływów, główne założenia, które zostały uwzględnione przy szacowaniu rezerwy. Ponadto zgodnie z art. 48 i załącznikiem nr 1 do ustawy o rachunkowości we wprowadzeniu do sprawozdania finansowego ujawnione winny być zastosowane zasady polityka rachunkowości w odniesieniu do utworzonych biernych rozliczeń międzyokresowych kosztów, czego jednostka nie uczyniła.

⁹⁷ Rozstrój zdrowia - 100 tys. zł i zgon 300 tys. zł.

⁹⁸ Dz. U. z 2012 r., poz. 159 ze zm.

medycznymi w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, c/ pismami skierowanymi do poszkodowanego pacjenta i spadkobierców pacjenta zmarłego, w których zaproponowano im odszkodowania i zadośćuczynienie w kwocie łącznej odpowiednio 1 tys. zł i 6 tys. zł, a które to kwoty zostały w całości odrzucone przez poszkodowanych.

Sprawozdanie finansowe pod datą 31 marca 2015 r. zostało zatwierdzone przez Radę Powiatu Brzeskiego w dniu 25 czerwca 2015 r., co w świetle przepisów art. 54 ust. 1 ustawy o rachunkowości obligowało BCM do przeprowadzenia ponownej analizy wszystkich zdarzeń dotyczących utworzonej rezerwy, jakie miały miejsce w okresie od 1 kwietnia do 25 czerwca 2015 r. Jak ustalono, pomimo tego, że ww. okresie do BCM wpłynęło żądanie wypłaty zadośćuczynienia (które zostało przekazane ubezpieczycielowi), zdarzenie to nie znalazło odzwierciedlenia w treści sprawozdania finansowego⁹⁹.

(dowód: akta kontroli str. 200, 202, 206, 2315-2327)

Dyrektor wyjaśnił: *utworzona rezerwa w kwocie 400 tys. zł na odszkodowania i zadośćuczynienie została oszacowana w sposób wiarygodny. Rezerwa taka została utworzona po raz pierwszy w 2014 r. (...). Rezerwy zostały określone ze względu na treść art. 67k ustawy i określone tam kwoty i kwoty zgłoszone we wnioskach pacjentów (...), mimo iż kwoty zasądzone przez sądy są dużo wyższe od kwot określonych w art. 67k ustawy (...). Uznaliśmy za celowe odwołanie się do ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzecznika praw pacjenta w celu ukazania prawdopodobnych rozmiarów odszkodowań z tytułu nieprawidłowego postępowania diagnostycznego i terapeutycznego.(...) Ponadto pragnę zaznaczyć, że przeciwko BCM toczą się postępowania sądowe o wypłatę odszkodowań z tytułu zdarzeń medycznych na łączną kwotę 1 272 tys. zł.*

(dowód: akta kontroli str.3-4, 88-90)

Podmiot, o którym mowa w art. 47 pkt 4 ustawy o biegłych rewidentach, w wyniku przeprowadzonych badań dotyczących wiarygodności oszacowania rezerwy na ww. zdarzenia medyczne, przedstawił następującą opinię: *istotna kwota rezerwy uzasadnia to, że jej oszacowanie powinno być poprzedzone przeprowadzeniem udokumentowanej analizy zdarzeń oraz uzyskaniem stosownej opinii specjalisty w zakresie ryzyka zaspokojenia zgłoszonych roszczeń skutkującego wpływem środków finansowych BCM w przyszłości. Powyższa analiza powinna obejmować wszystkie zdarzenia jakie dotyczą szacowanej rezerwy, w tym również te jakie miały miejsce po dacie sporządzenia sprawozdania finansowego do dnia jego zatwierdzenia przez podmiot tworzący (...), do czego jednostka była zobligowana art. 54 ust. 1 ustawy o rachunkowości. (...). Polityka rachunkowości BCM oraz sporządzone sprawozdanie finansowe za 2014 r. nie zawierają jasnego opisu zasad i kryteriów jakie są stosowane przy tworzeniu rezerw na zgłoszone wobec BCM roszczenia o odszkodowanie i zadośćuczynienie (...) Ocenę utrudnia również fakt, że BCM w korespondencji kierowanej do poszkodowanych i do ubezpieczyciela zasadniczo kwestionuje w całości wysokość zgłaszanego roszczenia. W świetle ujawnienia dokonanego przez BCM w sprawozdaniu za rok 2014 w pkt 9B Inne informacje – roszczenia z OC dotyczącego toczących się przed sądami spraw o odszkodowanie w wysokości 1 050 tys. zł, jest prawdopodobne, że BCM nie*

⁹⁹ W dniu 3 czerwca 2015 r. (tj. po dniu sporządzenia sprawozdania finansowego, ale przed jego zatwierdzeniem przez podmiot tworzący) do BCM wpłynęło pismo od pełnomocnika spadkobierców zmarłego pacjenta z żądaniem zapłaty 450 tys. zł oraz zgłoszenie przez BCM tej szkody. W dniu 12 czerwca 2015 r. BCM zwrócił się do ubezpieczyciela o zaspokojenie tego roszczenia z polisy odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Zarówno okoliczność odrzucenia zaproponowanych kwot odszkodowania i zadośćuczynienia, jak i zgłoszenie roszczenia do zaspokojenia z polisy odpowiedzialności cywilnej wraz ze stanowiskiem BCM, że wniosek o zapłatę zadośćuczynienia uznaje za bezzasadny, nie zostały uwzględnione przez BCM przy oszacowaniu kwoty prawdopodobnych przyszłych zobowiązań.

tworzy rezerwy na sprawy sądowe, których przedmiot jest objęty polisą ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej i rozpoznaje je jako zobowiązania warunkowe, w części przewyższającej sumę ubezpieczenia. Ponadto ww. podmiot zwrócił uwagę, że: BCM nie dokonał stosownych ujawnień (prezentowanych we wprowadzeniu do sprawozdania finansowego i w informacji dodatkowej do sprawozdania finansowego jednostki) dotyczących utworzonych rezerw zgodnie z art. 48 i załącznikiem nr 1 do ustawy o rachunkowości oraz z zaleceniami ujętymi w rozdziale V KSR nr 6¹⁰⁰.

W konkluzji opinii wskazano: w świetle powyższych ustaleń dokumentacja utworzonej rezerwy (...) nie zawiera uzasadnienia kwoty utworzonej rezerwy, w tym nie wyczerpuje analizy wszystkich zaistniałych zdarzeń do dnia zatwierdzenia sprawozdania finansowego za 2014 r. jakie mogły mieć wpływ na jej wysokość, co powoduje, że udokumentowanie szacunków rezerwy nie pozwala na stwierdzenie, iż oszacowanie nastąpiło w sposób wiarygodny.

(dowód: akta kontroli str. 2193, 2352-2356)

4. W 2011 r. Powiat Brzeski oddał BCM w użyczenie do dnia 31 stycznia 2016 r. sprzęt specjalistyczny o wartości 3 414 787,62 zł na podstawie umowy przekazania nakładów na ulepszenie środków trwałych (przebudowa SOR). Umowa zawierała zapisy dotyczące ryzyka jego zwrotu oraz zwrotu nakładów na ulepszenie nieruchomości, które nie zostały ujawnione w sprawozdaniach finansowych BCM poczynawszy od 2011 r. W informacji dodatkowej BCM z lat 2011-2014¹⁰¹, obejmującej m.in. dodatkowe informacje i objaśnienia, wbrew wynikającemu z art. 50 ust. 1 ustawy o rachunkowości obowiązkowi podawania w sprawozdaniu finansowym informacji (danych) w szczególności nie mniejszej niż ustalona przez treść załącznika nr 1 do ww. ustawy, zaniechano podania:

a) wartości nieamortyzowanych lub nieumarzanych przez jednostkę środków trwałych o wartości 3 414 787,62 zł, używanych na podstawie umowy z 28 lutego 2011 r. (które to informacje wymagane są przepisem ust. 1 pkt 5 ww. załącznika do ustawy), oraz

b) zobowiązań warunkowych, wynikających z ryzyka zwrotu środków trwałych w okolicznościach określonych w §12 ust. 2 i 3 ww. umowy (wymaganych przepisem ust. 1 pkt 16 ww. załącznika do ustawy).

(dowód: akta kontroli str. 2511-2517)

Główna Księgowa wyjaśniła: sprzęt specjalistyczny wysokocenny o wartości 3 414 787,62 zł oraz niskocenny o wartości 136 522,51 zł stanowiący wyposażenie SOR przekazany w nieodpłatne użytkowanie dla BCM umową nr OR.032.22.2011 z dnia 28.02.2011 r. został ujęty w ewidencji pozabilansowej BCM i dlatego nie został wykazany w sprawozdaniach finansowych BCM za lata 2011-2014.

(dowód: akta kontroli str. 2288)

Podmiot, o którym mowa w art. 47 pkt 4 ustawy o biegłych rewidentach w przedstawionej opinii wskazał, że brak ujawnienia w dodatkowych informacjach i objaśnieniach do sprawozdania finansowego BCM informacji o wartości tych nieamortyzowanych przez jednostkę środków trwałych oraz ryzyka jego zwrotu

¹⁰⁰ Ujawnienie prezentowane w informacji dodatkowej powinno w szczególności obejmować: dodatkowe rezerwy utworzone w ciągu okresu, łącznie ze zwiększeniami dotychczasowych rezerw, kwoty wykorzystane w ciągu okresu, informacje o wszelkich istotnych niepewnościach co do kwoty i terminu wystąpienia tych wpływów, główne założenia, które zostały uwzględnione przy szacowaniu rezerwy. Ponadto zgodnie z art. 48 i załącznikiem nr 1 do ustawy o rachunkowości we wprowadzeniu do sprawozdania finansowego ujawnione winny być zastosowane zasady polityka rachunkowości w odniesieniu do utworzonych rezerw na zobowiązania.

¹⁰¹ Stanowiącej zgodnie z art. 45 ust. 2 pkt 3 ustawy o rachunkowości obligatoryjny element sprawozdania finansowego.

i zwrotu nakładów na ulepszenie SOR stanowi naruszenie art. 50 ust.1 ustawy o rachunkowości.

(dowód: akta kontroli str. 2357-2362)

5. W księgach rachunkowych BCM za 2014 r. zobowiązania dotyczące 7 tytułów dłużnych (z 10 zbadanych) na kwotę 1 086 tys. zł nie zostały wycenione na dzień bilansowy w kwocie wymagającej zapłaty, tj. łącznie z odsetkami przypadającymi na dzień bilansowy. Powyższe było niezgodne z treścią art. 28 ust. 1 pkt 8 ustawy o rachunkowości. Powyższe było niezgodne również z treścią pkt 5 Zarządzenia nr 91/2011 Dyrektora BCM w sprawie ustalenia przyjętych zasad (polityki) rachunkowości, gdzie zapisano: zobowiązania wycenia się w kwocie wymagającej zapłaty. Nominalne zobowiązania powiększa się o odsetki należne na dzień bilansowy. Odstępuje się od naliczenia odsetek tylko wtedy, gdy: a/ w umowach z dostawcami wyraźnie uregulowano sprawę odstąpienia od naliczania odsetek za nieterminową zapłatę zobowiązań, b/ jednostka posiada pisemne oświadczenie reprezentantów dostawcy dotyczące odstąpienia dochodzenia odsetek za zapłatę zobowiązań.

Kwota odsetek, która powinna być naliczona od ww. siedmiu zobowiązań na dzień bilansowy wyniosła 45 077,27 zł i powinna była obciążyć koszty finansowe BCM oraz obniżyć jego wynik netto za 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 603-605, 2003-2109, 2184-2189)

W sprawie przyczyny odstąpienia od wyceny zobowiązań w kwocie wymagającej zapłaty Główna Księgowa wyjaśniła: *nie liczyłam odsetek, aby nie pogarszać wyniku finansowego jednostki na koniec roku. Nie dokonywałam naliczenia tych odsetek również dlatego, że z wieloletniej współpracy z częścią dostawców wynikało, że nigdy w przeszłości nie naliczali odsetek od nieterminowej płatności.*

(dowód: akta kontroli str. 1447-1448)

Ocena częściowa

W ocenie NIK prowadzona w latach 2005-2014 restrukturyzacja była nieskuteczna. Osiągnięte w tym zakresie efekty były niewystarczające, aby trwale poprawić sytuację finansową BCM, w tym zmniejszyć stan jego zadłużenia. Ponadto w działalności kontrolowanej jednostki stwierdzono nieprawidłowości związane z naruszeniem przepisów o finansach publicznych, zamówieniach publicznych i rachunkowości, których liczba i zakres wpłynęły na sformułowaną ocenę.

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 Kontroli¹⁰², wnosi o:

1. Niezwłoczne zintensyfikowanie działań mających na celu poprawę sytuacji finansowej szpitala.
2. Podjęcie działań zmierzających do wyeliminowania nieprawidłowości w zakresie naliczania i odprowadzania składek na ubezpieczenie społeczne od pracowników zatrudnionych jednocześnie na podstawie umowy o pracę i na tzw. kontrakcie.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia zastrzeżeń

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

¹⁰² Dz.U. z 2015 r., poz. 1096; dalej: ustawa o NIK.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

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 Opolu.

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.

Opole, dnia 14 grudnia 2015 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Opolu
Dyrektor

.....
podpis