



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Opolu

LOP.410.011.03.2015
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. Elżbieta Mularczyk-Malec, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 97480 z dnia 25 września 2015 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2) 2. Rafał Marynowicz, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 97485 z dnia 29 października 2015 r. (dowód: akta kontroli str. 680-681)
Jednostka kontrolowana	Starostwo Powiatowe w Strzelcach Opolskich, 47-100 Strzelce Opolskie, ul. Jordanowska 2 ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Józef Swaczyna, Starosta Strzelecki ² (dowód: akta kontroli str. 3)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie³ działalność kontrolowanej jednostki w zakresie przygotowania i nadzorowania działań restrukturyzacyjnych Szpitala Powiatowego im. Prałata J. Glowatzkiego w Strzelcach Opolskich⁴.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Pozytywną ocenę działań podejmowanych w latach 2005–2014 przez Powiat Strzelecki⁵ jako organ tworzący Szpital, uzasadnia w szczególności rzetelne przygotowanie i monitorowanie działań restrukturyzacyjnych tego podmiotu leczniczego, w tym zdefiniowanie jego mocnych i słabych stron, zweryfikowanie i zaakceptowanie działań restrukturyzacyjnych podejmowanych w celu odwrócenia niekorzystnej sytuacji finansowej Szpitala, przekazywanie pomocy wpisującej się w założenia strategiczne w zakresie ochrony zdrowia oraz zgodnej założeniami planowanych działań naprawczych. Ponadto wdrożone zostały skuteczne mechanizmy nadzoru umożliwiające m.in. rzetelnie monitorowanie zgodności wykorzystania przekazanej pomocy z jej przeznaczeniem, a także wpływu realizowanych działań na dostępność świadczeń zdrowotnych.

¹ Dalej: Starostwo.

² Dalej: Starosta.

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 Dalej: Szpital.

⁵ Dalej: Powiat lub podmiot tworzący.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Przygotowanie działań restrukturyzacyjnych przez jednostkę samorządu terytorialnego

Opis stanu
faktycznego

1.1. Podmiot tworzący w ramach współpracy z byłym Dyrektorem podjął działania w celu określenia mocnych i słabych stron jego działalności, ustalenia przyczyn niekorzystnej sytuacji finansowej oraz zidentyfikowania potrzeb Szpitala, co do zakresu i form oczekiwanej pomocy. W wyniku podjętych działań w 2005 r. został opracowany Program restrukturyzacji Szpitala, w którym określono najbardziej istotne potrzeby co do zakresu i formy pomocy finansowej. Szpital oczekiwał pomocy finansowej w formie pożyczki w kwocie 2 744,4 tys. zł na zasadach określonych w ustawie z dnia 15 kwietnia 2005 r. o *pomocy publicznej i restrukturyzacji zakładów opieki zdrowotnej*⁶, przeznaczonej na spłatę zobowiązań wymagalnych wobec pracowników, dostawców oraz zobowiązań publiczno-prawnych. Dodatkowo opracowana została Strategia Szpitala na lata 2006-2010, w której jako główne przyczyny niekorzystnej sytuacji finansowej Szpitala wskazano: 1/ dramatyczny spadek przychodów z Kasy Chorych i NFZ w latach 2002-2003, przy braku możliwości ograniczenia w równie szybkim tempie kosztów, 2/ koszty związane z koniecznością realizacji ustawy „203”⁷, które od 2002 r. wyniosły 5 739,6 tys. zł, 3/ utrzymywanie Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Zawadzkiem⁸. Jako mocne strony Szpitala w Strategii wymieniono m.in.: 1/ zwartą zabudowę obniżającą koszty eksploatacji i obsługi, 2/ posiadanie w strukturze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego⁹, 3/ funkcjonowanie jednego z sześciu w województwie Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii wyposażonego w nowoczesny sprzęt spełniający standardy światowe, 4/ wysoką skuteczność działania pogotowia ratunkowego, 5/ wysoko wykwalifikowaną kadrę na oddziałach: Wewnętrznym, Ginekologiczno-Położniczym, Chirurgii Ogólnej, Noworodkowym i Dziecięcym, 6/ nowoczesny, spełniający wszystkie wymagania Blok Operacyjny, 7/ posiadanie terenu umożliwiającego rozbudowę Szpitala i budowę lądowiska dla helikopterów, 8/ rozwiązanie problemu powstawania nowych zobowiązań z tytułu ustawy „203”. Do słabych stron Szpitala zaliczono m.in.: 1/ wysokie zadłużenie, 2/ uzależnienie od jednego płatnika (Narodowy Fundusz Zdrowia¹⁰), 3/ niezgodny z obowiązującymi przepisami technicznymi SOR, 4/ nieprawidłowe usytuowanie Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii w budynku Szpitala, 5/ brak pomieszczeń na otwarcie nowych poradni oraz podstawowej opieki zdrowotnej, 6/ niedostosowanie pomieszczeń szpitalnych do nowych wymagań Ministerstwa Zdrowia, 7/ konieczność zapewnienia minimalnych obsad w systemie ciągłym-ostrodyżurowym, 8/ bliskie położenie Opola i Kędzierzyna-Koźla.

Podstawowym celem przyjętym w Strategii na lata 2006-2010 było utrzymanie Szpitala na rynku publicznych usług medycznych, poprzez nadanie mu charakteru jednostki ratunkowej-ostrodyżurowej dla populacji dwóch powiatów oraz odcinka autostrady wraz z wpisaniem do Krajowej Sieci Szpitali Publicznych. Celem drugorzędnym było przygotowanie organizacyjno-techniczne Szpitala do realizacji specjalistycznych usług medycznych realizowanych dla systemu ubezpieczeń

⁶ Dz. U. Nr 78, poz. 684 ze zm.

⁷ Ustawa z dnia 22 grudnia 2000 r. o zmianie ustawy o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz (...) (Dz.U. z 2001 r. Nr 5, poz. 45).

⁸ Dalej: ZOL.

⁹ Dalej: SOR.

¹⁰ Dalej: NFZ.

dodatkowych lub usług komercyjnych. Wg tego dokumentu cele te powinny być realizowane równolegle.

Zarówno Program restrukturyzacji, jak i Strategia Szpitala były opiniowane przez podmiot tworzący i stanowiły podstawę do zaakceptowania planowanych działań oraz przekazania Szpitalowi pomocy.

(dowód: akta kontroli str. 23-25, 54-56, 57-72)

Rada Społeczna Szpitala¹¹, jako organ inicjujący i opiniodawczy podmiotu tworzącego, realizowała zadania określone w art. 48 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej*¹², tj. przedkładała wnioski i opinie w sprawach związanych m.in. ze zbyciem składników majątku trwałego oraz zakupem lub przyjęciem darowizny nowej aparatury i sprzętu medycznego, z rozszerzeniem lub ograniczeniem działalności. Ponadto Rada opiniowała przedłożone przez Dyrektora Szpitala: plany finansowe i inwestycyjne oraz ich zmiany, sprawozdania z wykonania planów finansowych i inwestycyjnych, wnioski dotyczące zaciągnięcia kredytów i pożyczek oraz wnioski w sprawie dofinansowania ze środków unijnych na realizację projektów inwestycyjnych, a także Strategię Szpitala¹³.

(dowód: akta kontroli str. 54-56, 73-82)

Rada Społeczna, jako organ doradczy Dyrektora Szpitala, pozytywnie zaopiniowała *Strategię Szpitala na lata 2015-2020*¹⁴. W dokumencie tym wymieniono: cele strategiczne, cele szczegółowe, perspektywy (finansową, rozwoju, procesów, klienta) oraz wskazano mierniki realizacji celów, czynniki przyszłego sukcesu i planowane inicjatywy. Jako cele strategiczne przyjęto: skoncentrowanie działań w sektorze tych usług zdrowotnych, w których występuje konkurencja między szpitalami, tj. w opiece okołoporodowej oraz w lecznictwie zabiegowym. Wg tego dokumentu, w pierwszym zakresie Szpital jest liderem, natomiast w drugim zakresie udział Szpitala w realizacji zabiegów operacyjnych jest znacznie niższy w stosunku do udziału w lecznictwie ogólnym. W Strategii określono mocne strony Szpitala, do których zaliczono m.in.: wysoki poziom opieki ginekologiczno-położniczej i perinatalnej oraz optymalną liczbę kadry medycznej (poza internistami, których liczna nie była wystarczająca). Do słabych stron Szpitala zaliczono m.in. słaby wskaźnik wykorzystania Bloku Operacyjnego, stan infrastruktury technicznej obiektów, wymuszający dokonywanie modernizacji poszczególnych oddziałów i Centralnej Sterylizatorni, a także konieczność ciągłych nakładów na zakup potrzebnej aparatury medycznej. W części końcowej dokumentu ustalono m.in., że: wymienione w nim działania strategiczne uwzględnione zostaną w planach rocznych Szpitala: operacyjnym, finansowym, inwestycyjnym, remontów i zakupów, działania rozwojowe w zakresie szkoleń personelu miały zostać uwzględnione w rocznych planach szkoleń. Przyjęto, iż raz na pół roku nastąpi przegląd realizacji tych działań, uzyskanych efektów (analiza mierników), omówione zostaną zaistniałe problemy i wytyczone działania korygujące oraz raz w roku zostanie przeprowadzona analiza założeń i wyznaczonych celów pod kątem ewentualnych zmian. Zalecono ponadto monitorowanie programów unijnych, w oparciu o które planuje się realizację zadań inwestycyjnych dotyczących infrastruktury i sprzętu medycznego.

(dowód: akta kontroli str. 603-679)

1.2. Starosta w latach 2005-2014 nie podejmował współpracy z innymi jednostkami samorządu terytorialnego w ramach inicjatyw o ponadlokalnym charakterze, w celu zapewnienia dostępu do świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmioty

¹¹ Starosta jest Przewodniczącym Rady Społecznej Szpitala od 18 listopada 2002 r.

¹² Dz.U. z 2015 r., poz. 618 ze zm.

¹³ Po dyskusji z udziałem Dyrektora Szpitala, ww. organ pozytywnie opiniował te dokumenty.

¹⁴ Uchwała nr 4/15 Rady Społecznej z dnia 12 marca 2015 r.

lecznicze tworzone przez te samorządy, jak też w celu poprawy wykorzystania zasobów podmiotów leczniczych. Według wyjaśnień Starosty, współpracy takiej nie podejmowano, gdyż nie było takiej potrzeby. Ze względu na położenie Powiatu mieszkańcy mieli zapewnioną dostępność do usług medycznych, które nie były świadczone w ramach działalności Szpitala, takich jak np. okulistyka i laryngologia - w SP ZOZ w Kędzierzynie-Koźlu, laryngologia dodatkowo w WCM w Opolu. Obowiązujące zasady dostępności do usług medycznych pozwalały mieszkańcom na swobodne korzystanie z takich świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 4, 10)

Podmiot tworzący w latach 2005-2014 nie udzielał Szpitalowi wsparcia, w wyniku którego planowane byłoby rozszerzenie prowadzonej działalności leczniczej, polegające na utworzeniu lub przekształceniu oddziału, pracowni, poradni.

1.3. W latach 2005-2014 Powiat przekazał Szpitalowi środki finansowe w łącznej kwocie 2 507,7 tys. zł. W kwocie tej 2 098,4 tys. zł (83,7%) stanowiły dotacje celowe, a 409,3 tys. zł (16,3%) - dotacje podmiotowe. Środki finansowe przekazane na podstawie 19 umów, jako dotacje celowe, miały być przeznaczone na:

1/ sfinansowanie kosztów dokumentacji projektowej zadania inwestycyjnego pn. „Modernizacja obiektów Szpitala – dostosowanie pomieszczeń i urządzeń Szpitala oraz SOR do wymagań określonych w przepisach rozporządzeń Ministra Zdrowia¹⁵ w latach 2006-2010 w łącznej kwocie 386,8 tys. zł¹⁶,

2/ dofinansowanie budowy drogi wewnętrznej w latach 2005-2006 - 229,9 tys. zł,

3/ zakup aparatury specjalistycznej i sprzętu medycznego – 35,0 tys. zł (w 2006 r.), zakup gastrokopu i kolonoskopu z torem wizyjnym – 94,1 tys. zł (w 2007 r.), zakup ultrasonografu – 105,9 tys. zł (w 2008 r.), zakup 10 szt. kardiomonitorów oraz rektoskopu – 100,0 tys. zł (w 2010 r.) oraz zakup kardiotokografu dla Oddziału Ginekologiczno-Położniczego – 10,0 tys. zł (w 2014 r.), łącznie na kwotę 345,0 tys. zł,

4/ sfinansowanie kosztów zakupu aparatury i sprzętu medycznego na doposażenie SOR – 149,2 tys. zł (w 2006 r.) – środki pochodzące z rezerwy celowej budżetu państwa na realizację zadań z zakresu budowy systemu ratownictwa medycznego,

5/ współfinansowanie realizowanego w ramach ZPORR projektu pn. „Zakup sprzętu monitorującego parametry życiowe pacjentów dla Szpitala” – 127,2 tys. zł (w 2006 r.) – środki pochodzące z dotacji celowej z budżetu państwa,

6/ częściowe sfinansowanie zadania „Modernizacja czterech sal chorych na dwie Sale Wzmoczonego Nadzoru Kardiologicznego – 7,6 tys. zł (w 2005 r.), dofinansowanie kosztów dostosowania 12 pomieszczeń higieniczno-sanitarnych do wymogów osób niepełnosprawnych¹⁷ – 97,0 tys. zł (w 2008 r.) i 44,6 tys. zł (w 2009 r.) oraz na modernizację bocznej klatki schodowej w budynku Szpitala – 5,0 tys. zł (w 2010 r.), łącznie 154,2 tys. zł,

7/ dofinansowanie kosztów udziału własnego do projektu pn. „Zakup sprzętu do Pracowni RTG” realizowanego w ramach Działania 5.2. RPO WO na lata 2007-2013 – 675,0 tys. zł (w 2009 r.),

¹⁵ Odpowiednio rozporządzenia Ministra Zdrowia: 1/ z dnia 22 czerwca 2005 r. w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu (Dz. U. Nr 116, poz. 985 ze zm.), 2/ z dnia 10 maja 2002 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. Nr 74, poz. 687 ze zm.), 3/ z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu (Dz. U. Nr 213, poz. 1568 ze zm.) i 4/ z dnia 15 marca 2007 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. Nr 55, poz. 365).

¹⁶ Łącznie z kosztami modernizacji apteki szpitalnej i kosztami realizacji projektu pn. „Zwiększenie dostępności i jakości specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w SOR poprzez rozbudowę obiektu i zakup nowej specjalistycznej aparatury”; w 2006 r. – 30,7 tys. zł, w 2007 r. – 23,4 tys. zł, w 2008 r. – 89,7 tys. zł, w 2009 r. – 199,2 tys. zł i w 2010 r. – 43,8 tys. zł.

¹⁷ Projekt realizowany w ramach „Programu wyrównywania różnic między regionami” – w 50% dofinansowany ze środków PFRON.

8/ dofinansowanie zadania inwestycyjnego pn. „System e-zdrowia w szpitalu” – 24,4 tys. zł oraz sfinansowanie zakupu drukarki specjalistycznej do drukowania książeczek RUM – 6,7 tys. zł (w 2010 r.), łącznie 31,1 tys. zł.

Podmiot tworzący przekazał ponadto na rzecz Szpitala cztery dotacje podmiotowe w łącznej kwocie 409,3 tys. zł, z tego:

1/ w 2005 r. – 3,9 tys. zł na dofinansowanie programu zdrowotnego „Leczenie raka prostaty - oznaczanie antygenu PSA”,

2/ w 2007 r. – 379,4 tys. zł na sfinansowanie kosztów szczepienia przeciwko sepsie dzieci i młodzieży uczęszczającej do szkół prowadzonych przez Powiat oraz z terenów gmin: Strzelce Opolskie, Ujazd, Izbicko, Jemielnica, Kolonowskie i Zawadzkie¹⁸,

3/ w latach 2011-2012 – 26,0 tys. zł (odpowiednio: 12,0 tys. zł i 14,0 tys. zł) na pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne; środki wypłacano w formie refundacji na podstawie dokumentów potwierdzających poniesienie kosztów, przedstawionych przez dotowanego.

(dowód: akta kontroli str. 11-15)

Ponadto Powiat poręczył spłatę otrzymanych przez Szpital kredytów i pożyczek na łączną kwotę 3 833,1 tys. zł, w tym:

1/ w 2005 r. - dwóch kredytów obrotowych na łączną kwotę 600 tys. zł zaciągniętych na bieżącą działalność oraz

2/ pożyczki w kwocie 98,7 tys. zł z Wojewódzkiego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej¹⁹ zaciągniętej w 2005 r. na realizację zadania pn. „Wymiana agregatu chłodniczego klimatyzacji Szpitala”,

3/ w 2009 r. - pożyczki zaciągniętej z WFOŚiGW na dofinansowanie kosztów realizacji projektu „Zakup sprzętu do Pracowni RTG” w ramach RPO WO 2007-2013 w wysokości 367,5 tys. zł,

4/ w 2010 r. - pożyczki w wysokości 1 386,9 tys. zł zaciągniętej z WFOŚiGW na dofinansowanie kosztów realizacji projektu pn. „Termomodernizacja budynku szpitalnego”,

5/ w 2010 r. kredytu w wysokości 1 380 tys. zł na sfinansowanie wkładu własnego i kosztów niekwalifikowanych projektu pn. „Zwiększenie dostępności i jakości specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w SOR poprzez rozbudowę obiektu i zakup nowej specjalistycznej aparatury”.

Do dnia zakończenia kontroli Powiat nie był zobowiązany do spłaty poręczonych kredytów i pożyczek.

(dowód: akta kontroli str. 538-540)

Przekazanie Szpitalowi środków finansowych w kwocie 2 507,7 tys. zł oraz poręczenie zobowiązań na kwotę 3 833,1 tys. zł nastąpiło na podstawie uchwał organu stanowiącego Powiatu i było zgodne z założeniami strategicznymi w zakresie ochrony zdrowia oraz z założeniami planowanych działań naprawczych. Przed udzieleniem pomocy na realizację działań restrukturyzacyjnych objętych Programem z 2005 r. i realizowanych poza tym Programem, podmiot tworzący nie zlecał podmiotom zewnętrznym opracowania analiz dotyczących potrzeb Szpitala, nie sporządzał również takich analiz we własnym zakresie. Zdaniem Starosty kompetencje, kwalifikacje i doświadczenie obu Dyrektorów pozwalały na odstępianie od sporządzania dodatkowych ekspertyz i opracowań dotyczących restrukturyzacji Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 7, 533-537)

¹⁸ Na zasadach określonych szczegółowo w Porozumieniu nr 19/2007 z dnia 27 września 2007 r. w sprawie przekazania w formie dotacji celowej środków na zakup szczepionki przeciwko posocznicy meningokokowej; ww. gminy przekazały w tym celu 298 tys. zł.

¹⁹ Dalej: WFOŚiGW.

1.4. Podmiot tworzący udzielając pomocy finansowej Szpitalowi na realizację poszczególnych działań restrukturyzacyjnych, w każdym przypadku zobowiązywał go do: przeznaczenia otrzymywanej pomocy na ustalony cel (m.in. na zakup urządzeń i realizację zadań inwestycyjnych), rozliczenia wykorzystanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych, przedstawienia kopii dokumentów potwierdzających dokonanie wydatków oraz prowadzenia wyodrębnionej ewidencji księgowej. Jednocześnie gwarantował sobie prawo kontroli prawidłowości realizacji ww. zapisów umownych.

(dowód: akta kontroli str. 16-22, 570-573)

1.5. Podmiot tworzący na bieżąco analizował i akceptował działania w zakresie restrukturyzacji finansowej Szpitala. W szczególności analizowany był wpływ tych działań na poprawę jego sytuacji finansowej, trwałość tej poprawy oraz stan zadłużenia. W wyniku prowadzonych analiz i rozmów z byłym Dyrektorem Szpitala Starosta uzyskał informacje, z których wynikało, że planowane działania restrukturyzacyjne były uzasadnione oraz możliwe do realizacji w zaplanowanym czasie. W powyższej sprawie Starosta wyjaśnił, że przyjmując w 2005 r. Program restrukturyzacji nie weryfikowano przedłożonych przez ówczesnego Dyrektora Szpitala planowanych celów oraz zakładanych efektów, możliwych do osiągnięcia w wyniku realizacji poszczególnych działań, co wynikało z braku szczegółowej wiedzy nt. organizacji pracy i zasad funkcjonowania poszczególnych oddziałów szpitalnych. W uzasadnieniu podał, że radni wzięli pod uwagę dotychczasowe doświadczenie zawodowe i kompetencje Dyrektora.

(dowód: akta kontroli str. 498, 531-532)

W zakresie działań o charakterze inwestycyjnym, nieuwjętych w Programie z 2005 r., analizowano m.in. źródła środków niezbędnych do sfinansowania planowanych nakładów, harmonogramy realizacji inwestycji, uwzględniające czas niezbędny na przygotowania dokumentacji i wybór wykonawcy oraz możliwą efektywność wykorzystania nabytego majątku. W oparciu o przedstawiane przez Szpital dane finansowe w latach 2005-2014 podmiot tworzący pozytywnie oceniał jego sytuację finansową.

(dowód: akta kontroli str. 5-6, 16-22, 54-56, 82-497)

1.6. W latach 2005-2014 podmiot tworzący zweryfikował i zaakceptował 21 działań restrukturyzacyjnych/naprawczych, które podejmowano w celu odwrócenia niekorzystnej sytuacji Szpitala, w tym przywrócenia lub utrzymania płynności finansowej.

Działania restrukturyzacyjne objęte Programem restrukturyzacji opracowanym w 2005 r. na podstawie ustawy o *pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej* miały polegać w szczególności na:

- zlikwidowaniu ZOL w Zawadzkiem oraz przekazaniu jej majątku Starostwu do listopada 2005 r., co miało spowodować wyeliminowanie straty Szpitala z tytułu działalności ZOL z kwoty 230 tys. zł za 2004 r. do zera w 2006 r.,
- utrzymaniu SOR poprzez jego dostosowanie do nowych wymagań technicznych, co powinno spowodować do 2010 r. wzrost przychodów z NFZ o kwotę rzędu 200 tys. zł rocznie; działanie to po 2010 r. poszerzono o rozbudowę SOR, zakup TK oraz budowę lądowiska dla helikopterów,
- nadaniu jednostce charakteru ratunkowo-ostrodyżowego dla populacji ok. 150 tys. obejmującej mieszkańców powiatów strzeleckiego i krapkowickiego, co powinno spowodować wzrost przychodów na Oddziale Chirurgii Ogólnej o ok. 20% do 2010 r., tj. z kwoty 2 357,2 tys. zł w 2004 r. do kwoty 2 828,6 tys. zł w 2010 r.; działanie kontynuowano po 2010 r. poprzez poszerzenie świadczeń transportu medycznego na powiat krapkowicki,

- zwiększeniu wykorzystania Bloku Operacyjnego poprzez przejęcie obsługi ratunkowej dwóch powiatów i odcinka autostrady oraz rozwój zabiegów ortopedycznych i chirurgii naczyniowej, w wyniku czego zakładano dalszy wzrost przychodów na Oddziale Chirurgii Ogólnej o ok. 10%, tj. do kwoty 3 064,3 tys. zł w 2010 r.,
- uzyskaniu drugiego stopnia referencyjności dla oddziałów: Ginekologiczno-Położniczego i Noworodkowego, co spowoduje corocznie zwiększenie liczby porodów o ok. 10%, tj. z 770 porodów w 2004 r. do 1 232 porodów w 2010 r., a tym samym wzrost przychodów z NFZ,
- zwiększeniu komfortu przebywania pacjentów poprzez modernizację sal chorych i zaplecza sanitarnego, co powinno przyczynić się do utrzymania liczby pacjentów na poziomie ok. 8 700 rocznie oraz do osiągnięcia wzrostu przychodów z 17 832,6 tys. zł w 2004 r. do 21 661,4 tys. zł w 2010 r.; działanie to kontynuowano w latach 2008-2014 poprzez zakupy aparatury medycznej (np. USG), przeniesienie Oddziału Dziecięcego z budynku głównego do zmodernizowanych pomieszczeń, przeniesienie Poradni Ortopedycznej z Oddziału Chirurgii Ogólnej na parter budynku głównego, przeniesienie Poradni Ginekologiczno-Położniczej z Oddziału na parter budynku głównego i przeniesienie Oddziału Wewnętrzny z budynku SOR do pomieszczeń po byłym Oddziale Dziecięcym,
- redukcji kosztów finansowych i komorniczych po uzyskaniu finansowania zaległych zobowiązań z pożyczki Skarbu Państwa, z kwoty 327 tys. zł w 2004 r. do kwoty 82,7 tys. zł w 2010 r.

Pozostałe zaplanowane w ww. Programie działania restrukturyzacyjne miały polegać na:

- uzyskaniu certyfikatu ISO 9001 oraz akredytacji udzielanej przez Centrum Monitorowania Jakości,
- utrzymaniu wszystkich działających oddziałów szpitalnych, w latach 2011-2014 m.in. poprzez optymalizację zatrudnienia personelu medycznego, zgodnie z wymaganiami NFZ i podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego Szpitala,
- rozwoju outsourcingu usług pomocniczych w przypadku wzrostu kosztów wynagrodzeń oraz po wyeksploatowaniu urządzeń w kuchni i pralni,
- komputeryzacji pozwalającej na dokładną analizę kosztów działalności Szpitala i kontrolowanie ich nieuzasadnionego wzrostu, działanie to w latach 2011-2015 poszerzono o wdrożenie systemu informatycznego e-zdrowie,
- podnoszeniu kwalifikacji personelu medycznego, zarówno pielęgniarskiego jak i lekarskiego,
- obniżeniu kosztów zużycia materiałów, w tym leków, materiałów opatrunkowych i sprzętu jednorazowego oraz usług obcych.

Podmiot tworzący pozytywnie opiniował pozostałe działania restrukturyzacyjne ujęte w planach inwestycyjnych Szpitala na lata 2008-2014, związane m.in. z:

- termomodernizacją budynku głównego Szpitala,
- wymianą sprzętu w Pracowni RTG,
- przeniesieniem z budynku głównego Szpitala: apteki szpitalnej, magazynu gospodarczego i archiwum dokumentacji medycznej do budynku administracji i budynków gospodarczych oraz wykonaniem innych prac o charakterze remontowo-modernizacyjnym²⁰, wynikającym z obowiązku dostosowania pomieszczeń i urządzeń Szpitala do aktualnych wymagań²¹.

²⁰ Np. przygotowanie pomieszczenia dla Pracowni TK.

²¹ Wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładów opieki zdrowotnej oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2012 r. poz. 739).

Dla wszystkich ww. działań określono harmonogramy realizacji, mierniki oceny realizacji celu oraz oczekiwany poziom tych mierników.

Podmiot tworzący akceptował również realizowane przez Szpital działania restrukturyzacyjne związane z: 1/ poszerzeniem zakresu świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (ponowne uruchomienie Poradni Endokrynologicznej), 2/rezygnacją z usług firmy zewnętrznej w zakresie utrzymania czystości i przejęciem pracowników przez Szpital, 3/ redukcją zatrudnienia Zespołów Wyjazdowych Ratownictwa Medycznego w wyniku dostosowania składu zespołów wyjazdowych do postanowień art. 36 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym²². Dla działań tych określono harmonogramy realizacji, mierniki oceny realizacji celu oraz oczekiwany poziom tych mierników.

(dowód: akta kontroli str. 16-22, 54-56, 684-687)

1.7. W latach 2005-2014 podmiot tworzący nie zawierał umów na opracowanie analiz dotyczących propozycji restrukturyzacyjnych przedstawianych przez Dyrektora Szpitala i na opracowanie propozycji działań restrukturyzacyjnych dla Szpitala. Starosta wyjaśnił, iż kompetencje, kwalifikacje i doświadczenie Dyrektora pozwalały na odstępianie od sporządzania dodatkowych ekspertyz i opracowań dotyczących restrukturyzacji Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 7, 533-537)

1.8. W latach 2005-2010 i w latach 2012-2013 nadzorowany przez Powiat Szpital osiągnął dodatni wynik finansowy netto, wynoszący od 40 tys. zł (w 2010 r.) do 2 744,5 tys. zł (w 2007 r.). W 2011 r. Szpital poniósł stratę netto wynoszącą 1 230 tys. zł, a w 2014 r. - 99,9 tys. zł. W badanym okresie podmiot tworzący nie pokrywał ujemnego wyniku finansowego Szpitala na podstawie przepisów art. 60 ust. 4 ustawy *zakładach opieki zdrowotnej*²³, jak również na podstawie art. 59 ust 2 ustawy *o działalności leczniczej*.

(dowód: akta kontroli str. 7-8, 574)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Ocena częściowa

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

2. Nadzór nad działaniami restrukturyzacyjnymi

Opis stanu
faktycznego

2.1. Podmiot tworzący monitorował zgodność wykorzystania otrzymanej przez Szpital pomocy z jej przeznaczeniem. Informacje w tym zakresie otrzymywano w ramach rozliczania dotacji oraz w przedkładanych sprawozdaniach oraz innych dokumentach. Szpital nie sporządzał odrębnych raportów w tym zakresie. Podmiot tworzący nie stwierdził przypadków wykorzystania pomocy niezgodnie z przeznaczeniem.

(dowód: akta kontroli str. 823-837)

2.2. Zarząd otrzymywał od Dyrektora informacje dotyczące realizacji Programu restrukturyzacji z 2005 r., w których przedstawiane były m.in. dane o otrzymanej pożyczce, w tym jej kosztach, spłacie, wykorzystaniu, a także dane o realizacji

²² Dz. U. z 2013 r. poz. 757 ze zm.

²³ Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.

działań restrukturyzacyjnych. W pozostałym zakresie, akceptując działania restrukturyzacyjne Szpitala, podmiot tworzący nie ustalił odrębnego mechanizmu umożliwiającego uzyskiwanie informacji niezbędnych do monitorowania tych działań oraz dokonywania ich oceny. Bieżąco i okresowo sytuację Szpitala monitorowano poprzez m.in. prowadzoną przez Zarząd, Skarbnika, Sekretarza, pracowników Wydziału Finansowego analizę danych zawartych w planach finansowych, planach inwestycyjnych, sprawozdaniach statystycznych F01, informacjach o wykonaniu planu finansowego (półrocznych i rocznych) oraz sprawozdaniach finansowych. Analizowane plany finansowe Szpitala uwzględniały treść art. 31 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o *finansach publicznych*²⁴ oraz zawierały szczegółowe dane o przychodach²⁵ i kosztach²⁶. Dodatkowo Skarbnik oraz pracownicy Wydziału Finansowego analizowali miesięczne sprawozdania z wykonania przychodów i kosztów Szpitala, które zawierały m.in. 1/ dane narastająco od początku roku o przychodach, kosztach, wyniku, aktywach obrotowych i trwałych w szczególności sprawozdania F-01, 2/ dane za poszczególne miesiące o przychodach, kosztach, wyniku w szczególności sprawozdania F-01, 3/ zestawienie danych o wykonaniu planu finansowego w układzie tego planu, 4/ wykonanie przychodów, kosztów oraz wynik finansowy w szczególności kontraktu z Oddziałem Wojewódzkim NFZ, 5/ analizę narastającego wykonania przychodów i kosztów w poszczególnych oddziałach Szpitala, 6/ zbiorcze zestawienie kosztów bezpośrednich w poszczególnych miesiącach, 7/ zbiorcze zestawienie kosztów pośrednich dla poszczególnych oddziałów, 8/ zbiorcze zestawienie kosztów procedur medycznych dla poszczególnych oddziałów, 9/ wskaźniki szpitalne²⁷ za dany miesiąc oraz narastająco. Starostwo zwracało się do Dyrektora Szpitala z prośbą o dodatkowe wyjaśnienia dotyczące niektórych z pozycji ww. planów i sprawozdań, w tym m.in. o wskazanie przyczyn zmian wyniku finansowego, wzrostu kosztów działalności oraz poziomu realizacji przychodów z kontraktu zawartego z NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 575-598, 690-742, 735-742, 748-802, 838-912, 936-1071, 1072-1108, 1114-1133)

Zarząd analizował miesięczne informacje o realizacji powierzonych obowiązków, w których Dyrektor Szpitala przedstawiał dane dotyczące: poziomu i zmian wyniku finansowego, poziomu realizacji kontraktu zawartego z NFZ, poszerzonego wachlarza usług medycznych, zmian w zakresie jakości świadczonych usług, realizowanych inwestycji, pozyskanego nowoczesnego sprzętu medycznego, ilości środków pieniężnych pozyskanych od sponsorów, wartości i przedmiotu uzyskanych darów w naturze, ilości środków uzyskanych z tytułu najmu lokali, realizacji zadań powierzonych przez Zarząd, a także podnoszenia kwalifikacji personelu zatrudnionego w Szpitalu. Wyjaśnienia dotyczące prezentowanych danych składane były ustnie przez Dyrektora Szpitala w trakcie posiedzeń Zarządu. Od wyników analizy ww. informacji o realizacji powierzonych obowiązków uzależniono decyzje Zarządu o wysokości miesięcznych premii uznaniowych, które mógł otrzymywać Dyrektor Szpitala²⁸.

²⁴ Dz.U. z 2013 r., poz. 885 ze zm.

²⁵ W planach finansowych uwzględniano przychody z m.in. najmu i dzierżawy składników majątkowych, ze sprzedaży składników majątkowych, dotacje podmiotowe do rezydentów, rozliczenie przychodów – odpisy równoległe do naliczanej amortyzacji.

²⁶ W planach finansowych uwzględniano koszty m.in. wynagrodzeń bezosobowych, wynagrodzeń osobowych, składek na ubezpieczenie społeczne, zakupu materiałów i wyposażenia, zakupu leków i materiałów medycznych, zakup energii, zakup usług zdrowotnych, zakup usług transportowych, zakup usług remontowych, odpis na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych, podatek od nieruchomości, amortyzację, kary i odszkodowania wypłacone na rzecz osób prawnych i innych jednostek organizacyjnych, rezerwy i odpisy aktualizujące należności.

²⁷ W informacji przedstawiano m.in. liczbę łóżek, liczbę osób przyjętych, liczbę osobodni, średni czas leczenia, wskaźnik wykorzystania łóżek, liczbę pacjentów wypisanych, liczbę zgonów i liczbę porodów.

²⁸ Zobowiązanie do składania informacji o realizacji powierzonych obowiązków wynikało z zapisów uchwały nr 487/2005 Zarządu z dnia 6 lutego 2005 r. oraz umów o pracę zawieranych z Dyrektorami Szpitala.

Szpital przedkładał Powiatowi roczne informacje o działalności Szpitala, zawierające analizy wykonania budżetów oraz inne dane dotyczące m.in. liczby i struktury leczonych, wskaźników statystycznych o szczegółowości na poziomie oddziałów, liczby łóżek na poszczególnych oddziałach i ich wykorzystania, rozkładu jednostek chorobowych, działalności Bloku Operacyjnego, programów zdrowotnych, podejmowanych działań doskonalących, stanu zatrudnienia, bezpieczeństwa i higieny pracy, zrealizowanych zamówień publicznych oraz planowanych inwestycji. W części dotyczącej analizy wykonania budżetu prezentowano dane w formie opisowej, tabelarycznej oraz graficznej o m.in. poziomie realizacji umów z NFZ, kosztach, polityce zatrudnienia i płac, inwestycjach oraz wyniku finansowym. Stworzony mechanizm nadzoru odpowiadał standardom kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych, w szczególności poprzez określenie celów i zadań, wyznaczenie mierników oraz monitorowanie i ocenę poziomu realizacji zadań i celów.

(dowód: akta kontroli str. 690-734, 838-845, 1114-1133)

2.3. Nadzór nad Szpitalem, w latach 2005-2014, sprawował Starosta. Zadania w zakresie nadzoru nad restrukturyzacją Szpitala nie zostały powierzone żadnemu pracownikowi Starostwa. W latach 2005-2011 (do 30 kwietnia) zadania Powiatu wynikające z ustawy o zakładach opieki zdrowotnej wykonywał Wydział Organizacyjny Starostwa, podlegający Sekretarzowi. W latach 2011-2014 (po 30 kwietnia 2011 r.) nadzór Wydziału Organizacyjnego został ograniczony do niektórych zadań w zakresie promocji i ochrony zdrowia, w tym m.in. do podejmowania działań w zakresie tworzenia, przekształcenia i likwidacji zakładu opieki zdrowotnej. Nadzór nad gospodarką finansową Szpitala w całym okresie objętym kontrolą sprawowany był przez Skarbnika. W Starostwie nie zostali wyznaczeni pracownicy odpowiedzialni za prowadzenie analizy otrzymywanych od Szpitala informacji. Sporządzano jednak pisemne oceny i analizy działań szpitala, m.in. w formie informacji Skarbnika dla Zarządu oraz informacji Zarządu dla Rady Powiatu, w tym jako uzasadnienia do projektów uchwał w sprawie zaopiniowania planu finansowego i inwestycyjnego oraz projektów uchwał w sprawie przyjęcia informacji o przebiegu wykonania planu finansowego. Dodatkowe informacje i wyjaśnienia przedstawiane były Zarządowi pisemnie przez Dyrektora oraz ustnie przez Dyrektora Szpitala, Główną Księgową Szpitala lub Skarbnika w trakcie posiedzeń Zarządu, a także Rady Powiatu.

(dowód: akta kontroli str. 499-530, 575-598, 690-742, 735-742, 748-802, 838-912, 936-1071, 1072-1108, 1114-1133)

2.4. Nadzór na działaniami restrukturyzacyjnymi Szpitala prowadzony był poprzez monitoring wartości stanowiących mierniki służące do oceny realizacji zaplanowanych działań, a także osiągnięcia ustalonych celów, w tym odnoszących się do trwałej poprawy sytuacji finansowej i redukcji zadłużenia. Monitoring Szpitala prowadzony był w ramach analizy m.in. wykonania planu finansowego, sprawozdań finansowych, informacje o realizacji powierzonych obowiązków, opiniowania m.in. planów finansowych, wniosków o zmianę planów finansowych, a także przy okazji prowadzonych kontroli.

(dowód: akta kontroli str. 575-598, 690-742, 735-742, 748-802, 838-929, 936-1071, 1072-1108, 1114-1133)

Z zaplanowanych 21 działań restrukturyzacyjnych zrealizowano 16, które dotyczyły: 1/ likwidacji ZOL w Zawadzkiem, 2/ nadania jednostce charakteru ratunkowego dla dwóch powiatów i odcinka autostrady, 3/ uzyskania II stopnia referencyjności dla oddziałów Ginekologiczno-Położniczego i Noworodkowego, 4/ większego wykorzystania Bloku Operacyjnego, 5/ komputeryzacji Szpitala, 6/ outsourcingu usług pomocniczych, 7/ obniżenia wzrostu kosztów zakupu materiałów i usług

poprzez skrócenie terminów płatności, 8/ redukcji kosztów finansowych i komorniczych, 9/ termomodernizacji budynku głównego Szpitala, 10/ wymiany sprzętu w Pracowni RTG, 11/ przeniesienia Apteki szpitalnej z budynku głównego do budynku administracji, 12/ przejęcia usługi utrzymania czystości od firmy outsourcingowej do zadań własnych, 13/ przeniesienia Magazynu Gospodarczego z budynku głównego do budynku Archiwum, 14/ ponownego uruchomienia Poradni Endokrynologicznej, 15/ przeniesienia Archiwum Dokumentacji Medycznej z budynku głównego do odrębnego budynku (po jego adaptacji), 16/ redukcji zatrudnienia Zespołów Wyjazdowych Ratownictwa Medycznego.

Częściowo zrealizowano lub kontynuowano pięć działań dotyczących: 1/ utrzymania SOR w strukturze Szpitala poprzez jego dostosowanie do nowych wymagań (zrealizowano inwestycję polegającą na rozbudowie budynku SOR wraz z zakupem sprzętu medycznego, w tym zakupiono tomograf komputerowy), 2/ zachowania wszystkich funkcjonujących oddziałów szpitalnych, 3/ kształcenia zatrudnionego personelu medycznego, 4/ zwiększenia komfortu przebywania pacjentów poprzez modernizację sal chorych, 5/ uzyskania certyfikatu Centrum Monitorowania Jakości. Działania te, ujęte w Programie restrukturyzacji z 2005 r., a z uwagi na ich ciągły charakter nie zostały zakończone w pierwotnie wyznaczonych terminach. Działania restrukturyzacyjne, dla których określono harmonogram ich realizacji, zrealizowano w terminie.

(dowód: akta kontroli str. 920-929)

Zaplanowane mierniki dla oceny realizacji celu zostały osiągnięte dla 18 z 21 działań restrukturyzacyjnych. Mierniki te dla pozostałych działań nie zostały osiągnięte, a jako przyczynę tego stanu wskazywano podmiotowi tworzącemu głównie błędne założenia przy określaniu planowanej wartości mierników, wzrost cen materiałów, energii i usług obcych, a także zmiany wymagań ze strony NFZ będących skutkiem m.in. zmian przepisów, w tym rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego²⁹.

(dowód: akta kontroli str. 690-742, 735-742, 748-802, 838-929, 936-1071, 1072-1108, 1114-1133, 1110)

2.5. Oprócz monitorowania wpływu działań restrukturyzacyjnych na sytuację finansową Szpitala, Powiat monitorował wpływ tych działań na dostępność świadczeń zdrowotnych dla pacjentów. Nadzór w tym zakresie, prowadzony przez Sekretarza, Zarząd oraz Radę Powiatu, polegał na m.in. analizie składanych przez Dyrektora Szpitala pisemnych miesięcznych informacji o realizacji powierzonych obowiązków, miesięcznych sprawozdań z wykonania przychodów i kosztów Szpitala, rocznych informacji o działalności Szpitala oraz informacji i wyjaśnień prezentowanych ustnie przez Dyrektora Szpitala w trakcie posiedzeń Zarządu, komisji Rady Powiatu i Rady Powiatu. Roczne informacje o działalności Szpitala zawierały porównania i dane dotyczące m.in. liczby i struktury leczonych, wskaźników statystycznych o szczegółowości na poziomie oddziałów, liczby łóżek na poszczególnych oddziałach i ich wykorzystania, rozkładu jednostek chorobowych, działalności Bloku Operacyjnego, programów zdrowotnych, podejmowanych działań doskonalących, stanu zatrudnienia, bezpieczeństwa i higieny pracy, zrealizowanych zamówień publicznych oraz planowanych inwestycji. Standardy raportowania w celu monitorowania dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez Szpital określone lub zaakceptowane zostały przez Zarząd i Radę Powiatu.

Miernikami działań restrukturyzacyjnych w zakresie wpływu działań na dostępność świadczeń zdrowotnych dla pacjentów były liczba oddziałów Szpitala, liczba

²⁹ Dz.U. nr 237, poz. 1420 ze zm.

hospitalizowanych pacjentów, liczba odebranych porodów, liczba łóżek, liczba i wartość zakupionego sprzętu. Mierniki dotyczące dostępności świadczeń zdrowotnych dla pacjentów określono dla sześciu działań polegających na: 1/ utrzymaniu SOR w strukturze Szpitala poprzez jego dostosowanie do nowych wymagań, 2/ zachowaniu wszystkich funkcjonujących oddziałów szpitalnych, 3/ zwiększeniu komfortu przebywania pacjentów poprzez modernizację sal chorych, 4/ uzyskaniu II stopnia referencyjności dla oddziałów Ginekologiczno-Położniczego i Noworodkowego, 5/ otwarciu Poradni Endokrynologicznej i 6/ zakupie sprzętu do Pracowni RTG. Realizowanie ww. działań przyczyniło się do zwiększenia dostępności świadczeń w zakresie m.in. badań tomografem komputerowym i dodatkowych procedur medycznych dotyczących m.in. leczenia patologii ciąży lub pogoju oraz endokrynologii. Powyższe odpowiadało założeniom strategicznym Powiatu w zakresie ochrony zdrowia.

(dowód: akta kontroli str. 57-92, 930-933)

Starostwo przekazywało Oddziałowi Wojewódzkiemu NFZ informacje o potrzebach i priorytetach zdrowotnych. Sekretarz wyjaśniła, że *Powiat nie podejmował formalnych działań w celu uzyskania stanowiska NFZ dotyczącego planowanych działań naprawczych skutkujących zmianą zakresu i form udzielanych świadczeń zdrowotnych. Starosta wielokrotnie uczestniczył jednak w spotkaniach z dyrektcją Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Opolu, w trakcie których omawiane były potrzeby zdrowotne mieszkańców Powiatu, postępowania konkursowe NFZ, a także możliwe skutki zmian zakresu i form udzielania świadczeń zdrowotnych.*

(dowód: akta kontroli str. 743-747, 1112)

2.6. Starosta wyjaśnił, że *zamierzone efekty działań restrukturyzacyjnych były uzyskane, a ewentualne drobne korekty działań restrukturyzacyjnych, wynikające ze zmiany uwarunkowań zewnętrznych analizowane były i wprowadzane w ramach bieżącego nadzoru.* W trakcie prowadzonego nadzoru podmiot tworzący zwracał się do Dyrektora Szpitala lub Głównej Księgowej Szpitala o wyjaśnienia, które były przedstawiane w formie pisemnej, a także w formie ustnej, w trakcie posiedzeń organów Powiatu.

(dowód: akta kontroli str. 748-756, 791-793, 799-802, 824-829, 838-845, 1113)

2.7. Pracownicy Starostwa przeprowadzili w latach 2010-2014 trzy kontrole w nadzorowanym Szpitalu. Powiat nie prowadził, w tym okresie kontroli, których przedmiotem byłyby prowadzone działania restrukturyzacyjne. Przedmiotem kontroli były w szczególności: nadzór nad gospodarką finansową³⁰, nadzór nad prawidłowością gospodarowania mieniem³¹, prawidłowość rozliczenia umów dotacji³² oraz realizacja zaleceń pokontrolnych. W wyniku kontroli ustalono m.in., że Szpital w zakresie objętym kontrolą przestrzegał obowiązujące przepisy, za wyjątkiem stwierdzonych przypadków nieumieszczenia na dokumentach rozliczających podróże służbowe wskazania miejsca rozpoczęcia podróży oraz wnioskowano o stosowanie przepisów dotyczących rozliczania podróży służbowych. Po przeprowadzeniu kontroli nie wprowadzono zmian w sposobie sprawowania nadzoru nad Szpitalem.

(dowód: akta kontroli str. 803, 813-822, 913-919)

2.8. Sekretarz Powiatu wyjaśniła, że *podmiot tworzący nie organizował szkoleń, seminariów czy paneli ekspertów w zakresie zarządzania służbą zdrowia.* Pozyskiwano jednak informacje w trakcie spotkań w NFZ oraz w konwentach starostów województwa opolskiego, na które byli zapraszani również dyrektorzy

³⁰ W trakcie jednej kontroli w zakresie gospodarki finansowej badano zobowiązania i należności Szpitala.

³¹ W trakcie trzech kontroli badano zbycie, wydzierżawianie i oddania w najem, użytkowanie lub użyczenie składników majątku Szpitala oraz zakupu i przyjęcia darowizny aparatury i sprzętu medycznego.

³² W trakcie dwóch kontroli badano rozliczenie czterech dotacji.

szpitali. Ponadto Sekretarz wyjaśniła, że w celu wzmocnienia kompetencji kadry zarządzającej Szpitalem przekazywano do Szpitala informacje o szkoleniach i seminariach, które wpłynęły do Starostwa Powiatowego. Spośród dwóch osób pełniących w kontrolowanym okresie funkcję Dyrektora Szpitala, jedna miała doświadczenie zawodowe w podmiotach leczniczych zdobyte przed objęciem tego stanowiska. Dodatkowo, osoba ta, w trakcie pełnienia funkcji ukończyła studia podyplomowe w zakresie zarządzania jednostką ochrony zdrowia, a także w zakresie prawa gospodarczego i handlowego.

(dowód: akta kontroli str. 934, 1284)

2.9. W latach 2005-2014 do podmiotu tworzącego wpłynęły trzy skargi dotyczące działalności Szpitala, z których żadna nie dotyczyła wykorzystania środków publicznych przez Szpital lub prowadzenia działań restrukturyzacyjnych. Skargi te odnosiły się w szczególności do pobierania opłat za świadczone usługi medyczne, żądania przez pracowników Szpitala przedłożenia skierowania od lekarza pierwszego kontaktu oraz niepełnego informowania o brzmieniu art. 33 ust. 4 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Jedna skarga, jako dotycząca zaniechań pracowników tej jednostki, została przekazana według właściwości Dyrektorowi Szpitala. Jedyna skarga na Dyrektora Szpitala została rozpatrzona przez Radę Powiatu i uznana za bezzasadną. W wyniku przeprowadzonego przez Starostę postępowania wyjaśniającego uznano, że Szpital prawidłowo dokonywał obciążeń pacjentów za świadczenia zdrowotne udzielane osobie znajdującej się w stanie nietrzeźwości, tj. na podstawie art. 33 ust. 4 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

(dowód: akta kontroli str. 935)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Pracownicy Starosta nie prowadzili w latach 2010-2011 okresowej kontroli Szpitala w zakresie realizacji zadań statutowych, dostępności i poziomu udzielanych świadczeń oraz okresowej kontroli gospodarki finansowej Szpitala mimo, że przepisy art. 67 ust. 3 pkt 1 i 3 w związku z ust. 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej przewidywały prowadzenie takich kontroli co najmniej raz w roku, tj. zgodnie z § 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych zasad sprawowania nadzoru nad samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej i nad jednostkami transportu sanitarnego³³.

Dodatkowo, pomimo tego, że na podstawie art. 121 ust. 4 pkt 1 i 3 w związku z ust. 3 ustawy o działalności leczniczej Powiat był zobowiązany do prowadzenia kontroli w zakresie realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz kontroli gospodarki finansowej BCM, w okresie po 1 lipca 2011 r., tj. po dniu wejścia w życie tej ustawy, kontrole takie również nie były prowadzone. Świadczy to o braku rzetelności działań w tym zakresie

Starosta wyjaśnił, że kontrola wykonywana była przez Zarząd Powiatu za pomocą (...) analiz w układzie miesięcznym informacji o wynikach finansowych oddziałów, analiz i opiniowania rocznego planu finansowego i inwestycyjnego i dokonywanych w nim zmian w trakcie roku budżetowego, analiz sprawozdań półrocznych i rocznych z wykonania planu finansowego, analiz rocznego sprawozdania z działalności Szpitala, analiz i zatwierdzenia rocznego sprawozdania finansowego. Wskazał również na kontrolę zobowiązań i należności Szpitala przeprowadzoną

³³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 listopada 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad sprawowania nadzoru nad samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej i nad jednostkami transportu sanitarnego (Dz.U. z 1999 Nr 94, poz. 1097).

w 2010 r. jako kontrolę przeprowadzoną w zakresie gospodarki finansowej. Dodatkowo Starosta stwierdził, że *pośrednio kontrola nad gospodarką finansową, wykonywana była w związku z zadaniami ustawowymi organu założycielskiego (przekazanie w zarząd mienia, określenie zasad zbycia dzierżawy, najmu, użytkowania oraz użyczenia aktywów trwałych).*

Starosta wyjaśnił też, że *wyniki wcześniejszych kontroli, informacje dotyczące działalności Szpitala, uzyskiwane na bieżąco wyniki analiz na podstawie comiesięcznej oceny wyniku finansowego, podlegającego szczególnemu monitoringowi. (...) Zarząd Powiatu uważał (wychodząc z założenia, że sytuacja finansowa wynika przede wszystkim z jakości zarządzania), iż kontrola gospodarki finansowej w jednostce przeprowadzana na podstawie dowodów źródłowych nie przyniosłaby dodatkowych efektów. (...) Powiat nie przeprowadził w latach 2010-2011 okresowej kontroli w zakresie realizacji zadań statutowych, dostępności i poziomu udzielanych świadczeń, bowiem posiadane informacje dotyczące działalności SP ZOZ w Strzelcach Opolskich uznał za wystarczające do oceny prawidłowości realizacji powyższego. (...) Powiat nie przeprowadził w latach 2011-2014 kontroli zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie oraz dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych tj. kontroli o której mowa w art. 121 ust. 4 pkt.1 w związku z ust. 3 ustawy o działalności leczniczej bowiem posiadane informacje dotyczące działalności SP ZOZ uznał za wystarczające do oceny prawidłowości realizacji powyższego.*

(dowód: akta kontroli str. 803, 913-919)

NIK, zwraca uwagę, że w ustawie o *działalności leczniczej* rozróżniono nadzór (art. 121 ust. 3), polegający na prawie żądania informacji, wyjaśnień oraz dokumentów od kontroli i oceny m.in. gospodarki finansowej, przeprowadzanej w ramach nadzoru (ust. 3 w związku z ust. 4). O ile nadzór nie wymaga żadnych dodatkowych działań, to kontrola wymaga wydania upoważnienia (art. 122 ust. 1).

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości działalność w zakresie nadzoru nad działaniami restrukturyzacyjnymi.

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli³⁴, wnosi o prawidłową realizację obowiązków podmiotu tworzącego w zakresie prowadzenia kontroli w nadzorowanym Szpitalu.

³⁴ Dz. U. z 2015 r., poz. 1096

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

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

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

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

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

Opole, dnia 14 grudnia 2015 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Opolu

Dyrektor

Kontrolerzy
Elżbieta Mularczyk-Malec
Główny specjalista kontroli państwowej

.....
podpis

.....
podpis

Rafał Marynowicz
Starszy inspektor kontroli państwowej

.....
podpis