



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Opolu

LOP.410.011.04.2015
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 97479 z dnia 25 września 2015 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2) 2. Rafał Marynowicz, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 97486 z dnia 29 października 2015 r. (dowód: akta kontroli str. 286-287) 3. Agnieszka Roszczak-Fedorowicz, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 97497 z dnia 20 listopada 2015 r. (dowód: akta kontroli str. 479-480)
Jednostka kontrolowana	Szpital Powiatowy im. Prałata J. Głowatzkiego ¹ , ul. Opolska 36A, 47-100 Strzelce Opolskie
Kierownik jednostki kontrolowanej	Beata Czempiel, Dyrektor Zespołu Opieki Zdrowotnej w Strzelcach Opolskich ² . (dowód: akta kontroli str. 3-4)

II. Ocena kontrolowanej działalności³

Ocena ogólna

Szpital opracował Program restrukturyzacji, spełniający wymogi art. 22 ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 r. *o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej*⁴, uzyskał pomoc publiczną od Skarbu Państwa i prawidłowo przeprowadził restrukturyzację finansową w 2005 r. Zaplanowane w Programie na lata 2005-2010 działania oraz działania realizowane poza Programem poprzedzone były rzetelną analizą kosztów i efektów możliwych do uzyskania w wyniku ich realizacji. Działania te wpisywały się w Strategię Szpitala na lata 2006-2010 i uzyskały pozytywną opinię organu założycielskiego.

Z 13 działań restrukturyzacyjnych zaplanowanych w Programie, Szpital w pełni zrealizował osiem działań, częściowo zrealizował jedno i w latach 2011-2014 kontynuował realizację czterech działań o charakterze ciągłym. Ponadto w latach 2008-2014 Szpital zrealizował osiem działań podjętych poza Programem. Wszystkie

¹ Dalej: Szpital.

² Dalej: Dyrektor.

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 Dz.U. Nr 78, poz. 684 ze zm.

działania restrukturyzacyjne zostały przeprowadzone w sposób prawidłowy, co potwierdziły kontrole zewnętrzne. Dyrektor Szpitala monitorowała wskaźniki osiągnięcia celów poszczególnych działań. Tylko w przypadku trzech z nich cele te w planowanym okresie nie zostały osiągnięte, co wynikało z założeń Programu lub z przyczyn niezależnych od Szpitala.

Otrzymałą pomoc finansową i rzeczową w łącznej kwocie 19 762,5 tys. zł Szpital wykorzystał zgodnie z przeznaczeniem, tj. na spłatę zadłużenia z lat 2002-2004, zakupy aparatury medycznej oraz na realizację zadań inwestycyjnych. O przebiegu realizacji działań restrukturyzacyjnych oraz o ich efektach organ założycielski informowany był w formie pisemnej na bieżąco, jak również w corocznych informacjach o działalności Szpitala. Wskutek przeprowadzonych działań nastąpiła poprawa wyników finansowych Szpitala w latach 2005-2010 i w latach 2012-2013 oraz trwała poprawa płynności finansowej. Szpital od 2007 r. nie miał problemów z płynnością finansową, a od 2011 r. nie występowały zobowiązania wymagalne.

Stwierdzone w trakcie kontroli nieprawidłowości polegały na: 1/ nieuwzględnieniu w podstawie naliczenia składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne wynagrodzeń pracowników (lekarzy) uzyskanych na podstawie tzw. kontraktów, 2/ nieterminowym wprowadzeniu w życie minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek w 2014 r., 3/ nieterminowym regulowaniu zobowiązań w latach 2005-2009 i w 2011 r., co stanowiło naruszenie przepisów o finansach publicznych.

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 siedmiu oddziałach: Wewnętrznym, Chirurgii Ogólnej, Dziecięcym, Noworodkowym, Ginekologiczno-Położniczym, Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym⁵.

Świadczenia zdrowotne udzielane były także w poradniach specjalistycznych m.in.: Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Endokrynologicznej, Preluksacyjnej, Urologicznej, Diabetologicznej, Kardiologicznej, Gastrologicznej, Profilaktyki Chorób Piersi, Chorób Naczyń, Wad Postawy, Ginekologiczno-Położniczej, Patologii Noworodka.

Dwie pracownie udzielały świadczeń zdrowotnych w zakresie: Endoskopii i Diagnostyki Nieinwazyjnej Serca.

Szpital świadczył ponadto usługi w zakresie Zespołów Wyjazdowych Ratownictwa Medycznego⁶ oraz nocnej i świątecznej Podstawowej Opieki Zdrowotnej⁷.

W badanym okresie Szpital zrezygnował z udzielania świadczeń zdrowotnych w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym w Zawadzkiem⁸ oraz w poradniach: Chorób Naczyń (od 2007 r.), Rehabilitacyjnej (od 2011 r.) oraz Endokrynologicznej (w latach 2011-2013).

Liczba łóżek na oddziałach szpitalnych zmniejszyła się z 210 w 2005 r. do 199 w 2014 r.⁹, a stopień ich wykorzystania był na porównywalnym poziomie (w 2005 r.- 61,3%, w 2014 r.- 59,1%). Najniższy poziom wykorzystania łóżek

⁵ Dalej: SOR.

⁶ Dalej: ZWRM.

⁷ Dalej: POZ.

⁸ Dalej: ZOL.

⁹ Ponadto SOR dysponował: 2 łózkami - w 2005 r., 8 łózkami – w 2014 r.

w latach 2010-2014 wystąpił na oddziałach: Chirurgii Ogólnej (od 45,4% do 42,3%) oraz Dziecięcym (od 43,8% do 38,4%).

(dowód: akta kontroli str. 90-104)

1.2. Przychody z umów zawieranych z Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia¹⁰ sukcesywnie wzrastały z 17 705,7 tys. zł w 2005 r. do 37 272,1 tys. zł w 2014 r. Stopień realizacji tych umów wynosił przeciętnie 99,7% (najniższy – 96,3% odnotowano w 2008 r., a najwyższy – 101,4% w 2011 r.). Największe przychody generowało udzielanie świadczeń przez ZWRM (7 041,3 tys. zł w 2014 r.) oraz na oddziałach: Wewnętrznym (5 569,3 tys. zł w 2014 r.), Chirurgii Ogólnej (4 791,2 tys. zł w 2014 r.) i Ginekologiczno-Położniczym (4 123,4 tys. zł w 2014 r.).

W 2010 r. i w latach 2012-2014 Szpital nie posiadał należności z tytułu tzw. nadwykonań dochodzonych na drodze postępowań sądowych. W 2011 r. wystąpiły nadwykonania na kwotę 527,2 tys. zł¹¹. W dniu 18 stycznia 2013 r. Szpital wystąpił do Sądu Rejonowego w Opolu z wnioskiem o zawezwanie do próby ugodowej w sprawie o zapłatę kwoty 431,4 tys. zł. W dniu 29 stycznia 2013 r. podpisano ugodę z OW NFZ, w wyniku której Szpital uzyskał kwotę 155,8 tys. zł¹², uregulowaną przez NFZ w dniu 12 lutego 2013 r.

(dowód: akta kontroli str. 90-104, 249-251)

1.3. W badanym okresie zostały przewidziane do realizacji działania restrukturyzacyjne objęte Programem restrukturyzacji opracowanym w 2005 r.¹³ na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 r. *o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej*¹⁴. W Programie wskazano następujące działania mające na celu poprawę sytuacji ekonomicznej Szpitala:

1/ likwidacja jednostki szpitalnej w Zawadzkiem (ZOL) i przekazanie majątku Starostwu Powiatowemu – celem było wyeliminowanie strat na działalności tej jednostki, przewidywany termin zakończenia do 1 listopada 2005 r.,

2/ utrzymanie SOR poprzez dostosowanie do nowych wymagań technicznych – celem był stały wzrost przychodów z NFZ, w tym o 200-300 tys. zł rocznie w porównaniu do 2004 r.,

3/ nadanie jednostce charakteru ratunkowego – celem było osiągnięcie przez Oddział Chirurgii Ogólnej większych przychodów z NFZ, w tym sukcesywnie do 2010 r. wyższych o 20% w porównaniu z 2004 r.,

4/ zachowanie do 2010 r. wszystkich (siedmiu) działających oddziałów szpitalnych,

5/ uzyskanie II stopnia referencyjności dla Oddziału Ginekologiczno - Położniczego i Oddziału Noworodkowego – celem był wzrost liczby porodów do 10% rocznie w porównaniu z 2004 r.,

6/ zwiększenie wykorzystania bloku operacyjnego poprzez przejęcie obsługi ratunkowej dwóch powiatów oraz rozwój zabiegów ortopedycznych i chirurgii naczyniowej – celem było osiągnięcie przez Oddział Chirurgii Ogólnej wyższych o kolejne 10% przychodów z NFZ w 2010 r.¹⁵ w porównaniu do 2004 r.,

7/ komputeryzacja Szpitala – celem była oszczędność w zużyciu leków i odczynników do badań laboratoryjnych rzędu 30-50 tys. zł rocznie, uzyskana po

¹⁰ Dalej: OW NFZ.

¹¹ W tym nadwykonania na oddziałach: Dziecięcym na kwotę 509,8 tys. zł (z tego na kwotę 87,9 tys. zł udzielone pacjentom w stanie niezagrożającym ich życiu i zdrowiu), Chirurgii Ogólnej – 5,9 tys. zł, Noworodkowym – 3 tys. zł, udzielone przez poradnię na kwotę 8,5 tys. zł.

¹² Kwotę 155,8 tys. zł ujęto w księgach rachunkowych 2012 r. jako *Pozostałe przychody operacyjne*.

¹³ Dalej: Program.

¹⁴ Dz. U. Nr 78, poz. 684 ze zm.

¹⁵ Łącznie ze wzrostem przychodów z tytułu nadania jednostce charakteru ratunkowego zaplanowano wzrost przychodów Oddziału Chirurgii Ogólnej o 30%.

wprowadzeniu ewidencji komputerowej zużytych leków i odczynników laboratoryjnych na oddziałach,

8/ uzyskanie certyfikatu ISO 9001 i akredytacji Centrum Monitorowania Jakości – działanie zaplanowane na lata 2006-2010, celem było osiąganie przychodów na poziomie założonym w Programie, dzięki wyższym standardom usług medycznych,

9/ kształcenie zatrudnionego personelu medycznego w latach 2005-2010 – celem był wzrost kwalifikacji personelu oraz poprawa jakości usług, planowane nakłady na podnoszenie kwalifikacji pracowników – ok. 20 tys. zł rocznie,

10/ zwiększenie komfortu przebywania pacjentów w Szpitalu poprzez modernizację sal chorych – celem było utrzymanie liczby pacjentów i wzrost osiąganych przychodów; planowano nakłady na remonty i inwestycje w kwocie 500 tys. zł rocznie do 2010 r.,

11/ rozwój outsourcingu usług pomocniczych (jak np. wyżywienie chorych, usługi pralnicze) w przypadku wzrostu funduszu płac oraz po wyeksploatowaniu posiadanych urządzeń – celem było osiąganie zysków na poziomie wyższym niż planowane w Programie,

12/ obniżenie wzrostu kosztów zakupu materiałów (leków, sprzętu jednorazowego, materiałów opatrunkowych, itp.) do poziomu $\leq 4\%$ rocznie oraz usług transportowych i utrzymania czystości do poziomu $\leq 3,5\%$ rocznie w związku ze skróceniem terminów płatności, co miało przyczynić się do obniżenia cen,

13/ redukcja kosztów finansowych i komorniczych po uzyskaniu pożyczki od Skarbu Państwa na sfinansowanie zaległych zobowiązań.

(dowód: akta kontroli str. 17-89, 105-115)

Dla planowanych działań określono tylko ramy czasowe realizacji Programu (od czerwca 2005 r. do końca 2010 r.), nie określono natomiast szczegółowych harmonogramów ich realizacji. Wyjątkiem była likwidacja ZOL, którą planowano zakończyć przed dniem 1 listopada 2005 r. W Programie wskazano efekty ekonomiczne możliwe do osiągnięcia w wyniku realizacji działań oraz sposoby pomiaru ich skuteczności. Planowane działania objęte tym programem były opiniowane przez Radę Społeczną Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 150-154, 155-164)

Działania wynikające z Programu wpisywały się w Strategię działania Szpitala na lata 2006-2010, pozytywnie zaopiniowaną przez Radę Społeczną w lutym 2006 r., i zapewniały realizację głównych celów tej Strategii¹⁶.

(dowód: akta kontroli str. 165-169, 170-183)

Poza działaniami ujętymi w Programie Dyrektor Szpitala wskazała osiem działań restrukturyzacyjnych, zaplanowanych do realizacji w latach 2008-2014 w celu poprawy sytuacji ekonomicznej Szpitala. Działania te dotyczyły:

1/ termomodernizacji budynku głównego Szpitala,

2/ wymiany sprzętu w Pracowni RTG,

3/ przeniesienia Apteki szpitalnej z budynku głównego do budynku administracji,

4/ przejęcia usługi utrzymania czystości od firmy outsourcingowej do zadań własnych,

5/ przeniesienia Magazynu Gospodarczego z budynku głównego do budynku Archiwum,

6/ ponownego uruchomienia Poradni Endokrynologicznej,

¹⁶ Główne cele określone w Strategii to: 1/ Utrzymanie Szpitala na rynku publicznych usług medycznych poprzez nadanie mu charakteru jednostki ratunkowej - ostrydyżurowej dla populacji dwóch powiatów oraz odcinka autostrady wraz z wpisaniem do Krajowej Sieci Szpitali Publicznych, 2/ Przygotowanie organizacyjno-techniczne Szpitala do realizacji specjalistycznych usług medycznych realizowanych dla systemu ubezpieczeń dodatkowych lub usług komercyjnych.

7/ przeniesienia Archiwum Dokumentacji Medycznej z budynku głównego do odrębnego budynku (po jego adaptacji),

8/ redukcji zatrudnienia w ZWRM, wynikającej z dostosowania od 2013 r. składu zespołów wyjazdowych Specjalistycznych i Podstawowych do postanowień art. 36 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym¹⁷.

Działania te miały zapewnić w szczególności:

- zwiększenie przychodów z NFZ o kwotę 120 tys. zł rocznie od 2014 r. (Poradnia Endokrynologiczna),
- zmniejszenie kosztów energii cieplnej co najmniej o kwotę 16 tys. zł rocznie począwszy od 2012 r. (termomodernizacja),
- ograniczenie kosztów utrzymania czystości o ok. 142 tys. zł rocznie z tytułu podatku VAT¹⁸ od 2011 r.,
- obniżenie kosztów utrzymania ZWRM od 2013 r. o ok. 636 tys. zł rocznie¹⁹,
- zwiększenie powierzchni magazynowych, archiwum i pomieszczeń Apteki,
- adaptację zwolnionych pomieszczeń w budynku głównym m.in. na Pracownię TK i szatnie pracowników.

Dla planowanych działań Dyrektor Szpitala określiła ramy czasowe ich realizacji (rok rozpoczęcia i zakończenia) i wskazała mierniki dotyczące pomiaru ich skuteczności. Szczegółowe harmonogramy realizacji działań obejmujących roboty budowlane wynikały z umów zawartych z wykonawcami. Działania te były ujęte w planach inwestycyjnych Szpitala, każdorazowo konsultowanych i opiniowanych przez Radę Społeczną oraz organ założycielski.

(dowód: akta kontroli str. 105-115, 121-122)

Szpital opracował ponadto dwa programy obejmujące działania dostosowawcze: 1/ do wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładów opieki zdrowotnej²⁰ (z 2007 r.) oraz 2/ do wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą²¹ (z 2012 r.). Głównym celem działań dostosowawczych była poprawa komfortu pacjentów przebywających w Szpitalu i tym samym zrealizowanie planowanych przychodów. Oba programy dostosowawcze były opiniowane m.in. przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Opolu.

(dowód: akta kontroli str. 125-136, 137-144)

1.4. Jak wynika z treści Programu jego opracowanie poprzedziły analizy działalności poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala, oszacowano również korzyści i zagrożenia wynikające z planowanych działań. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że były dyrektor, który był autorem Programu, nie pozostawił żadnych materiałów w tym zakresie.

(dowód: akta kontroli str. 262)

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

¹⁷ Dz. U. z 2013 r. poz. 757 ze zm.

¹⁸ 32 osoby x 370 zł VAT/osobę x 12 miesięcy.

¹⁹ 106 tys. zł/zespół x 6 zespołów.

²⁰ Dz. U. Nr 213, poz. 1568.

²¹ Dz. U. poz. 739.

przychody wyższe od kosztów bezpośrednich i pośrednich w ww. okresie uzyskiwały: ZWRM, POZ oraz poradnie: Patologii Noworodka, Preluksacyjna, Kardiologiczna i Diabetologiczna,

począwszy od 2011 r. przychody wyższe od kosztów bezpośrednich i pośrednich uzyskiwały poradnie: Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i Gastrologiczna²²,

nadwyżkę przychodów nad kosztami w latach 2010-2012 i w 2014 r. uzyskała Poradnia Wad Postawy, a w latach 2010-2013 także Poradnia Onkologiczna.

Nadwyżka kosztów nad przychodami występowała: w latach 2010-2014 na oddziałach: Wewnętrznym, Chirurgii Ogólnej, Ginekologiczno-Położniczym, Anestezjologii i Intensywnej Terapii²³, począwszy od 2011 r. na SOR, od 2012 r. na Oddziale Dziecięcym, a od 2013 r. na Oddziale Noworodkowym. Ponadto nadwyżka kosztów nad przychodami w latach 2010-2011 i 2013-2014 występowała w poradniach: Urologicznej i Ginekologiczno-Położniczej, a od 2011 r. także w Pracowni Endoskopii.

Najmniejsza roczna różnica pomiędzy przychodami i kosztami mieściła się w przedziale od 7,4 tys. zł w 2010 r. do 3,5 tys. zł (strata) w 2013 r. i dotyczyła Poradni Wad Postawy.

Największa roczna różnica pomiędzy przychodami i kosztami mieściła się w przedziale od 349,9 tys. zł (strata) w 2010 r. do 1 250,3 tys. zł (strata) w 2014 r. i dotyczyła Oddziału Ginekologiczno-Położniczego.

(dowód: akta kontroli str. 210-215)

Dobłą praktyką stosowaną w Szpitalu, mającą na celu poprawę sytuacji finansowej, były cotygodniowe spotkania Dyrektora z ordynatorami, na których omawiano aktualne problemy oraz analizowano wyniki poszczególnych oddziałów za poprzedni miesiąc. Spotkania te były protokołowane, a wyniki analiz przekazywane ordynatorom w formie pisemnej.

(dowód: akta kontroli str. 1013-1014)

1.5. W ramach analizy potrzeb związanych z realizacją planowanych działań restrukturyzacyjnych Szpital w Programie z 2005 r. przewidział konieczność uzyskania pomocy ze źródeł zewnętrznych na restrukturyzację finansową. Na ten cel zaciągnięto pożyczkę od Skarbu Państwa w kwocie 2 744, 4 tys. zł (2005 r.), która została umorzona w kwocie 2 393,9 tys. (2007 r.). Przewidziano także możliwość finansowania ze źródeł zewnętrznych²⁴ działań związanych z dostosowaniem SOR do nowych wymagań technicznych, nie określono jednak kwoty oczekiwanej pomocy.

(dowód: akta kontroli str. 83-84)

Szpital w latach 2005-2014 wnioskował o dofinansowanie ze środków unijnych realizacji ww. działań restrukturyzacyjnych:

- 1/ utrzymanie SOR poprzez jego dostosowanie do nowych wymagań technicznych²⁵,
- 2/ komputeryzacja Szpitala²⁶,

²² W 2010 r. obie poradnie uzyskały straty.

²³ Z wyjątkiem 2011 r., kiedy Oddział wypracował nadwyżkę przychodów nad kosztami.

²⁴ W tym m.in. dotacje Unii Europejskiej.

²⁵ Projekt pn. Zwiększenie dostępności i jakości specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w SOR poprzez rozbudowę obiektu i zakup nowej specjalistycznej aparatury realizowany w latach 2010-2011 w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko; wartość projektu wyniosła 4 905,6 tys. zł, uzyskane dofinansowanie – 3 330 tys. zł, dotacja Powiatu Strzeleckiego – 172,6 tys. zł.

²⁶ Projekt pn. System e-zdrowie (obejmujący zakup sprzętu komputerowego, instalację okablowania i wdrożenie systemów informatycznych dla części administracyjnej i medycznej), realizowany w latach 2010-2012 w ramach RPO WO; wartość projektu wynosiła 1 851 tys. zł, z tego kwota dofinansowania ze środków unijnych – 1 500,4 tys. zł, dotacja Powiatu Strzeleckiego – 24,4 tys. zł.

3/ zwiększenie komfortu przebywania pacjentów poprzez modernizację sal chorych²⁷.

Kwota planowanych wydatków na realizację ww. trzech działań restrukturyzacyjnych wynosiła łącznie 13 081,6 tys. zł i miała być pokryta: dofinansowaniem ze środków unijnych - 9 130,2 tys. zł, dotacjami podmiotu tworzącego - 927,9 tys. zł, pożyczką z WFOŚiGW - 376 tys. zł, dotacją z budżetu państwa - 127,1 tys. zł oraz środkami własnymi - 2 520,4 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 121-124)

1.6. W latach 2006-2007 Szpital zawarł pięć umów dotyczących opracowania analiz i propozycji działań restrukturyzacyjnych, na które wydatkowano łącznie 90,1 tys. zł. Trzy z tych umów, zawarte na łączną kwotę 26,6 tys. zł, związane były z przygotowaniem koncepcji rozbudowy Szpitala i dotyczyły opracowania analizy funkcjonalno-przestrzennej²⁸ oraz opracowania analizy modernizacji instalacji wewnętrznych i sieci zewnętrznych²⁹. Według analizy finansowej tej inwestycji, opracowanej przez Dyrektora we własnym zakresie, szacunkowe nakłady na inwestycję miały wynieść ok. 16 mln zł.

(dowód: akta kontroli str. 231-234, 235-240, 241-248)

We wrześniu 2006 r. zlecono opracowanie Studium Programowo-Przestrzennego rozbudowy Szpitala w jego środkowej części. Studium to wykonał podmiot zewnętrzny³⁰ na podstawie umowy za 29,3 tys. zł; koszt inwestycji szacowano na 41 mln zł. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że opracowanie drugiej koncepcji rozbudowy Szpitala związane było z obowiązkiem dostosowania SOR oraz pomieszczeń i urządzeń Szpitala do wymogów określonych w rozporządzeniach Ministra Zdrowia. Poszukiwano lepszych rozwiązań dla Szpitala, niż wynikające z pierwszej koncepcji, korzystając z możliwości przedłużenia okresu dostosowawczego.

(dowód: akta kontroli str. 121-122, 264-271)

Szpital w 2007 r. po raz trzeci zlecił opracowanie koncepcji modernizacji i zmian programowo-dostosowawczych (w tym rozbudowy SOR)³¹. Koszty opracowania koncepcji wyniosły 34,2 tys. zł, a szacunkowy koszt realizacji inwestycji 9,6 mln zł. Inwestycję według tej koncepcji Szpital zrealizował w latach 2010-2011. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że opracowanie trzeciej koncepcji rozbudowy związane było z faktem, iż pozyskanie funduszy unijnych możliwe było tylko na rozbudowę SOR, a ponadto żadna z dwóch opracowanych wcześniej koncepcji nie zyskała akceptacji.

(dowód: akta kontroli str. 272-275)

²⁷ Cztery projekty: 1/ Zakup sprzętu monitorującego parametry życiowe pacjentów (zakup i serwisowanie 12 monitorów wraz z centralą) – projekt realizowany w 2005 r. w ramach ZPORR, wartość projektu 1 294,7 tys. zł, w tym dofinansowanie 953,6 tys. zł, dotacja z budżetu państwa – 127,1 tys. zł, 2/ Termomodernizacja budynku szpitalnego (obejmująca montaż kolektorów słonecznych, przebudowę dachu, modernizację kotłowni, wymianę stolarki okiennej i drzwiowej) realizowany w latach 2010-2011 w ramach RPO WO, wartość projektu wynosiła 2 285,3 tys. zł, w tym dofinansowanie 1 764,9 tys. zł, pożyczka WFOŚiGW – 376 tys. zł, dotacja Powiatu Strzeleckiego – 55,9 tys. zł, 3/ Zakup sprzętu do Pracowni RTG (obejmujący zakup dwóch cyfrowych aparatów rentgenowskich oraz mammografu, a także adaptacje pomieszczeń pracowni); projekt realizowano w latach 2008-2009 w ramach RPO WO, wartość projektu wyniosła 2 474,6 tys. zł, w tym dofinansowanie – 1 378,9 tys. zł i dotacja Powiatu Strzeleckiego – 675 tys. zł, 4/ Zakup aparatury medycznej w postaci ultrasonografu diagnostycznego oraz aparatu do znieczulania na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii; projekt realizowany w 2009 r. w ramach ZPORR, wartość projektu wynosiła 270,4 tys. zł, w tym dofinansowanie 202,4 tys. zł.

²⁸ Dwie umowy po 6 tys. zł brutto, zawarte w lutym 2006 r.

²⁹ Umowa na kwotę 14,6 tys. zł, zawarta w marcu 2006 r.

³⁰ Pracownia architektoniczna z Warszawy.

³¹ Umowa z 1 października 2007 r. z firmą A. s.c. z Katowic.

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

Szpital opracował Program restrukturyzacji w terminie umożliwiającym uzyskanie pomocy publicznej od Skarbu Państwa na przeprowadzenie restrukturyzacji finansowej. Zaplanowane w Programie na lata 2005-2010 działania oraz dodatkowe działania zaplanowane do realizacji w latach 2008-2014 poprzedzone były analizą kosztów i efektów możliwych do uzyskania w wyniku ich realizacji. Działania te wpisywały się w Strategię Szpitala na lata 2006-2010 i uzyskały pozytywną opinię organu założycielskiego.

2. Prowadzenie działań restrukturyzacyjnych i monitorowanie jego efektów

2.1. Prowadzenie działań restrukturyzacyjnych

Opis stanu
faktycznego

2.1.1. Z zaplanowanych 21 działań restrukturyzacyjnych zrealizowanych zostało 16³², cztery działania są realizowane w sposób ciągły, a jedno działanie zrealizowano częściowo. Zrealizowano następujące działania ujęte w Programie:

- likwidację ZOL w Zawadzkiem – do listopada 2005 r.,
- nadanie jednostce charakteru ratunkowego dla dwóch powiatów i odcinka autostrady – od lipca 2011 r. rozszerzono realizację świadczeń transportu medycznego o powiat krapkowicki; do końca czerwca 2011 r. Szpital realizował świadczenia transportu medycznego tylko w powiecie strzeleckim,
- uzyskanie II stopnia referencyjności dla oddziałów Ginekologiczno-Położniczego i Noworodkowego – II stopień referencyjności uzyskano w 2008 r.,
- większe wykorzystanie Bloku Operacyjnego, w związku z rozszerzeniem od lipca 2011 r. usług transportu medycznego o powiat krapkowicki,
- komputeryzacja Szpitala – zadanie zrealizowano w latach 2011-2012 w ramach szerszego projektu dot. wdrożenia dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej,
- outsourcing usług pomocniczych – firmy zewnętrzne realizują usługi pralnicze, obsługę elektryczną i transport medyczny, natomiast usługę utrzymania czystości od 2010 r. Szpital realizuje we własnym zakresie (po przejęciu od firmy zewnętrznej),
- obniżenie wzrostu kosztów zakupu materiałów i usług poprzez skrócenie terminów płatności – Szpital zawierał nowe umowy na dostawy materiałów, leków i usług z 60-niowym terminem płatności³³, w umowach kontynuowanych z lat 2005-2007 obowiązywały dłuższe terminy płatności (75 dni); koszty zakupu leków i materiałów wzrastały od 0,4% w 2006 r. i 2010 r. do 14,5% w 2007 r., koszty zakupu usług utrzymania czystości wzrastały od 10-35% (w 2008 r.), a koszty usługi transportu medycznego wzrastały o 5-9% w latach 2005-2006 i o 4-16% w latach 2009-2010, wskaźnik wzrostu do 3,5% rocznie został wykonany tylko w latach 2007-2008 (odpowiednio: -6% i 1%);
- redukcja kosztów finansowych i komorniczych – koszty finansowe w latach 2005-2010 sukcesywnie obniżały się: z kwoty 208,4 tys. zł w 2005 r. do kwoty 1,1 tys. zł w 2010 r.

³² Zrealizowano osiem (z 13) działań objętych Programem oraz osiem działań zaplanowanych do realizacji w latach 2008-2014 poza ww. programem.

³³ Zgodnie z art. 8 ust. 2 ustawy z dnia 8 marca 2013 r. o terminach zapłaty w transakcjach handlowych (Dz. U. poz. 403 ze zm.).

W dalszym ciągu kontynuowana jest realizacja czterech działań o charakterze ciągłym, takich jak:

- utrzymanie SOR w strukturze Szpitala poprzez jego dostosowanie do nowych wymagań – w latach 2010-2012 zrealizowano inwestycję polegającą na rozbudowie budynku SOR wraz z zakupem sprzętu medycznego, w 2012 r. zakupiono tomograf komputerowy, od 2013 r. realizowana jest budowa lądowiska (szacowana wartość tej inwestycji wyniesie 1,5 mln zł),
- zachowanie wszystkich funkcjonujących oddziałów szpitalnych – zgodnie z zarządzeniami i wynikami kontroli NFZ w latach 2009-2014 zorganizowano odrębne dyżury lekarskie: w SOR oraz na oddziałach: Dziecięcym, Ginekologiczno-Położniczym, Anestezjologii i Intensywnej Terapii, zwiększono także zatrudnienie pielęgniarek zgodnie z obowiązującymi normami zatrudnienia,
- kształcenie zatrudnionego personelu medycznego – nakłady na szkolenia personelu medycznego w latach 2005-2010 wynosiły od 20,7 tys. zł w 2009 r. do 46,4 tys. zł w 2008 r. (wymóg Programu ≥ 20 tys. zł rocznie), w latach następnych od 15,3 tys. zł w 2014 r. do 102,5 tys. zł w 2012 r.,
- zwiększenie komfortu przebywania pacjentów poprzez modernizację sal chorych – nakłady na remonty i inwestycje w latach 2005-2010 wyniosły 7 352,4 tys. zł, po 2010 r. Szpital zrealizował inwestycje budowlane o wartości 2 434,8 tys. zł i zakupy aparatury medycznej za kwotę 1 530,8 tys. zł.

Częściowo zrealizowano działanie polegające na uzyskaniu certyfikatu ISO (w czerwcu 2006 r.), Szpital czynił przygotowania do akredytacji przez Centrum Monitorowania Jakości z Krakowa.

Zadania realizowane poza Programem restrukturyzacji, wymienione w pkt 1.3 wystąpienia, zostały zakończone.

(dowód: akta kontroli str. 120, 252-261)

2.1.2. Szpital zrealizował zaplanowane do osiągnięcia cele i uzyskał zakładane poziomy mierników służących do oceny stopnia ich realizacji w odniesieniu do dziesięciu działań³⁴ z 13 objętych Programem i ośmiu (100%) działań realizowanych poza Programem.

Cele trzech planowanych działań restrukturyzacyjnych nie zostały osiągnięte. W szczególności nie osiągnięto:

- wzrostu liczby porodów do 10% rocznie w związku z uzyskaniem II stopnia referencyjności na oddziałach: Ginekologiczno-Położniczym i Noworodkowym,
- większych zysków niż założone w Programie w wyniku outsourcingu usług pomocniczych,
- obniżenia wzrostu kosztów zakupu materiałów i usług w wyniku skrócenia terminów płatności.

W przypadku ww. trzech działań planowana wartość mierników nie została osiągnięta, gdyż:

- uzyskanie II stopnia referencyjności na oddziałach: Ginekologiczno-Położniczym i Noworodkowym miało spowodować zwiększenie liczby porodów w latach 2008-2010 do odpowiednio: 1078, 1155 i 1232; osiągnięty miernik wyniósł odpowiednio: 1002, 959 i 1006,
- outsourcing usług pomocniczych w latach 2005-2010 miał dotyczyć czterech rodzajów usług (transport medyczny, usługi pralnicze, usługi żywienia, usługi utrzymania czystości), a został zrealizowany w zakresie trzech rodzajów usług

³⁴ Likwidacja ZOL (1), utrzymanie SOR (2), nadanie jednostce charakteru ratunkowego (3), zachowanie wszystkich oddziałów szpitalnych (4), zwiększenie wykorzystania bloku operacyjnego (6), uzyskanie certyfikatu ISO (8), wzrost kwalifikacji personelu (9), modernizacja sal chorych (10), redukcja kosztów finansowych (13).

(transport medyczny, usługi pralnicze, obsługa elektryczna); w 2010 r. Szpital przejął od firmy zewnętrznej usługi utrzymania czystości i realizował je do końca okresu objętego kontrolą we własnym zakresie,

- obniżenie wzrostu kosztów zakupu materiałów (leków, sprzętu jednorazowego, materiałów opatrunkowych) i usług pomocniczych miało ograniczyć wzrost kosztów zakupu odpowiednio o 4% i o 3,5%; faktycznie koszty zakupu materiałów tylko w 2006 r. i 2010 r. były o 0,4% wyższe od roku poprzedniego, w pozostałych latach kształtowały się na poziomie od 109,6% do 114,5% kosztów roku poprzedniego; koszty zakupu usług utrzymania czystości w latach 2007-2009 wzrastały o 10%-35%, a koszty zakupu usług transportu medycznego przekroczyły wartość planowanego miernika w 2006 r. oraz w latach 2009-2010 (9%, 4% i 16%).

(dowód: akta kontroli str. 252-261)

Jako przyczynę braku realizacji celów i osiągnięcia planowanych wartości mierników dla działania polegającego na uzyskaniu II stopnia referencyjności dla Oddziału Ginekologiczno-Położniczego i Noworodkowego Dyrektor Szpitala wskazała niż demograficzny i depopulację województwa opolskiego, co spowodowało, że założenie corocznego wzrostu liczby porodów o 10 % okazało się błędne. Dyrektor wyjaśniła, że w Szpitalu i tak rodzi się najwięcej dzieci ze wszystkich szpitali powiatowych województwa opolskiego. Celem strategicznym Szpitala na lata 2015-2020 jest utrzymanie pozycji lidera wśród szpitali powiatowych województwa opolskiego w tym zakresie.

W sprawie przyczyny braku realizacji celu i osiągnięcia zaplanowanych wartości mierników dla działania polegającego na outsourcingu usług pomocniczych Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: *było to zgodne z przyjętym w programie założeniem, iż outsourcing usług pomocniczych realizowany będzie wtedy, gdy koszt zakupu usługi będzie niższy niż realizowanie jej we własnym zakresie. Od 2010 r. Szpital przejął usługi sprzątnięcia i tym samym tylko trzy firmy obce, z wcześniejszych czterech, realizują usługi na rzecz Szpitala. W 2009 r. unieważniono przetarg na usługi utrzymania czystości, gdyż najtańsza oferta dotycząca tylko robocizny wynosiła 872,8 tys. zł. Szpital podjął decyzję, że będzie dostarczał we własnym zakresie: materiały eksploatacyjne, środki myjące i dezynfekujące, co było podyktowane niską jakością materiałów dostarczanych przez firmę obcą. Całkowity koszt utrzymania czystości przez firmę obcą wyniósłby: 1 017,5 tys. zł³⁵. Faktycznie w 2010 r. koszty utrzymania czystości we własnym zakresie wyniosły 836,7 tys. zł. Dyrektor stwierdziła ponadto, że tak wysokie ceny usług, oferowane przez firmy obce wynikają z kalkulacji kosztów: wynagrodzenie sprzątaczek według wynagrodzenia minimalnego, doliczania do niego zysku oraz podatku VAT, natomiast Szpital ponosi tylko koszty wynagrodzenia sprzątaczek według stawek minimalnych i dlatego jest to tańsze. W momencie pisania Programu restrukturyzacji usługi sprzątnięcia i transportu medycznego były już realizowane przez firmy obce. Przy podejmowaniu kolejnych decyzji o outsourcingu usług kierowano się zasadą osiągania korzyści, dlatego też przekazano w outsourcing pralnię i usługi elektryczne, a nie przekazano kuchni. Rachunek zysków i strat przyjęty w Programie restrukturyzacji na lata 2005-2010 nie uwzględniał wyników tego zakresu działalności, dlatego efekty te nie są widoczne³⁶.*

³⁵ W tym: 872,8 tys. zł za robociznę, 73,9 tys. zł za materiały eksploatacyjne, 43,5 tys. zł za środki myjące i 27,4 tys. zł za środki dezynfekujące.

³⁶ W programie restrukturyzacji przyjęto założenie, że w wyniku outsourcingu usług pomocniczych, takich jak: kuchnia i pralnia, Szpital osiągnie jeszcze większe zyski, od tych, które założono w programie, natomiast nie podano planowanych zysków na konkretnych ośrodkach kosztów.

Jako główne przyczyny, z powodu których Szpital nie zrealizował celów i nie osiągnął planowanych wartości mierników dla działania polegającego na obniżeniu kosztów materiałów i usług obcych, Dyrektor Szpitala wskazała:

- Program prognozował zbyt niski wzrost pozycji: materiały i energia oraz usługi obce, gdyż nie przewidziano zmiany standardów leczenia, poszerzenia asortymentu leków i wzrostu płac, w tym płacy minimalnej, od której zależą ceny usług takich jak sprząatanie, czy transport medyczny,
- Szpital dostosowywał leczenie i ilość badań laboratoryjnych do obowiązujących standardów, wzrosły m.in. ceny krwi i nici chirurgicznych, wprowadzono nowoczesne materiały opatrunkowe, na skutek podjętych działań w zakresie ograniczania zakażeń szpitalnych wzrosło zużycie rękawic i środków dezynfekcyjnych,
- usługi utrzymania czystości były znacząco wyższe w kolejnych latach na skutek wzrostu płacy minimalnej oraz większej liczby sprzątarek, w związku z koniecznością spełnienia celów jakościowych sprzątania,
- koszty usługi transportu medycznego wzrosły na skutek wzrostu kosztów paliwa i płac personelu,
- personel medyczny w całym kraju uzyskał podwyżki w 2009 r. na podstawie ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o *przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń*³⁷, art. 59a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o *zakładach opieki zdrowotnej*³⁸ oraz porozumień ze związkami zawodowymi, co musiały uwzględnić także firmy zewnętrzne.

(dowód: akta kontroli str. 115, 482-486)

2.1.3. W latach 2005-2014 Szpital uzyskał od Skarbu Państwa, organu założycielskiego oraz od innych jednostek pomoc w kwocie łącznej 19 762,5 tys. zł, z tego w formie: środków finansowych 12 864,9 tys. zł (65,1%), umorzenia pożyczek i zobowiązań podatkowych – 2 969,3 tys. zł (15%), poręczeń organu założycielskiego – 3 039,4 tys. zł (15,4%), rzeczowej – 505,6 tys. zł (2,6%) oraz 383,3 tys. zł (1,9%) na realizację programów zdrowotnych.

Pomoc udzielona przez Skarb Państwa w kwocie 2 979,6 tys. zł łącznie obejmowała w szczególności:

- pożyczkę na spłatę zobowiązań wobec pracowników, zobowiązań publiczno-prawnych oraz zobowiązań cywilno-prawnych w latach 2005-2007 (odpowiednio: 2 744,4 tys. zł, 20,5 tys. zł i 201,7 tys. zł, tj. 2 966,6 tys. zł łącznie), z której w 2007 r. umorzono kwotę 2 393,9 tys. zł (80%),
- dofinansowanie zakupu zestawu sprzętu do diagnostyki kardiologicznej dla Oddziału Wewnętrzny w 2014 r. (13 tys. zł).

Pomoc udzielona przez organ założycielski w łącznej kwocie 5 547,1 tys. zł obejmowała w szczególności:

- dotacje w kwocie 2 124,4 tys. zł m.in. na zakup sprzętu medycznego, sfinansowanie dokumentacji projektowej zadania pn. „Modernizacja obiektów Szpitala”, dofinansowanie budowy drogi wewnętrznej, dostosowanie pomieszczeń higieniczno-sanitarnych do potrzeb osób niepełnosprawnych, pokrycie kosztów kształcenia personelu medycznego, z tego: w 2005 r. – 199,6 tys. zł, w 2006 r. – 403,2 tys. zł, w 2007 r. – 94,1 tys. zł, w 2008 r. – 337,2 tys. zł, w 2009 r. – 874,2 tys. zł, w 2010 r. – 179,9 tys. zł, w 2011 r. – 12 tys. zł, w 2012 r. – 14 tys. zł, w 2014 r. – 10 tys. zł,
- środki na realizację dwóch programów zdrowotnych w kwocie 383,3 tys. zł, z tego: 3,9 tys. zł na dofinansowanie programu leczenia raka (w 2005 r.) i 379,4 tys. zł na zakup szczepionki przeciwko posocznicy meningokokowej (w 2007 r.),

³⁷ Dz. U. Nr 149, poz. 1076 ze zm.

³⁸ Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm., dalej: ustawa o zoz.

- poręczenia kredytów w kwocie 2 170,7 tys. zł, z tego w 2005 r. – 790,7 tys. zł, w 2011 r. – 1 380,0 tys. zł,
- poręczenia pożyczek z Wojewódzkiego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej³⁹ w kwocie 868,7 tys. zł, z tego w 2005 r. – 98,7 tys. zł, w 2009 r. – 394,0 tys. zł, w 2011 r. – 376,0 tys. zł.

Pomoc udzielona przez inne jednostki w łącznej kwocie 2 105,6 tys. zł obejmowała w szczególności: umorzenie zaległości z tytułu podatku od nieruchomości, wpłat na PFRON i odroczenie terminów płatności zobowiązań podatkowych na kwotę 555,4 tys. zł, pożyczki z WFOŚiGW w kwocie 842,7 tys. zł (z czego w 2009 r. umorzono 20 tys. zł), dofinansowanie do zakupu sprzętu medycznego w kwocie 201,9 tys. zł (m.in. PZU S.A.) i pomoc rzeczową w kwocie 505,6 tys. zł (m.in. Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy⁴⁰, fundacje, firmy prywatne). Szpital otrzymał w formie darowizny rzeczowej m.in. następujące składniki majątkowe:

- od WOŚP – dwa inkubatory, urządzenie do badania słuchu noworodków i terminal do przesyłania danych z badania słuchu, kardiomonitor, resuscytator i inny sprzęt medyczny dla Oddziału Noworodków,
- od Wielkopolskiej Fundacji na Rzecz Rozwoju Nauki - pompy infuzyjne,
- od firmy Diagnos - respirator,
- od Opolskiego Centrum Zdrowia Publicznego - sprzęt komputerowy.

Szpital uzyskał ponadto dofinansowanie do projektów realizowanych z wykorzystaniem środków unijnych w kwocie 9 130,2 tys. zł, z tego: w 2005 r. – 953,6 tys. zł⁴¹, w 2008 r. – 1 378,9 tys. zł⁴², w 2009 r. – 202,4 tys. zł⁴³, w 2010 r. – 6 595,3 tys. zł⁴⁴.

W kontrolowanym okresie organ założycielski nie pokrywał ujemnego wyniku finansowego Szpitala. Nie stwierdzono także przypadków wykorzystania udzielonej pomocy niezgodnie z przeznaczeniem.

(dowód: akta kontroli str. 276-285, 1030-1061)

2.1.4. W latach 2005-2010 i w latach 2012-2013 wynik finansowy netto Szpitala był dodatni⁴⁵, natomiast w 2011 r. i w 2014 r. wynik ten był ujemny⁴⁶.

Na poprawę sytuacji Szpitala w latach 2005-2010 miały wpływ w szczególności:

- uzyskane decyzje o umorzeniu zobowiązań z tytułu podatku od nieruchomości i wpłat na PFRON w 2005 r. w kwocie 135,9 tys. zł łącznie⁴⁷,
- zakończenie restrukturyzacji finansowej w 2007 r., skutkujące umorzeniem 2 393,9 tys. zł pożyczki od Skarbu Państwa na spłatę zobowiązań wobec pracowników i zobowiązań publiczno-prawnych oraz umorzeniem 360,3 tys. zł z tytułu wpłat na PFRON i 9,9 tys. zł odsetek od zobowiązań cywilnoprawnych⁴⁸,
- realizacja działania restrukturyzacyjnego polegającego na likwidacji ZOL, dzięki któremu osiągnięto obniżenie kosztów o ok. 600 tys. zł poczynszy od 2006 r.,

³⁹ Dalej: WFOŚiGW.

⁴⁰ Dalej: WOŚP.

⁴¹ Projekt pn. Zakup sprzętu monitorującego parametry życiowe pacjentów.

⁴² Projekt pn. Zakup sprzętu do Pracowni RTG.

⁴³ Projekt pn. Zakup aparatury medycznej w postaci ultrasonografu diagnostycznego i aparatu do znieczulania.

⁴⁴ W tym projekty pn.: 1/ Termomodernizacja budynku szpitalnego – 1 764,9 tys. zł, 2/ Zwiększenie dostępności i jakości specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w SOR poprzez rozbudowę obiektu i zakup specjalistycznej aparatury – 3 330 tys. zł, 3/ System e-zdrowie – 1 500,4 tys. zł.

⁴⁵ Wyniki te mieściły się w przedziale od 109,5 tys. zł w 2013 r. do 2 744,5 tys. zł w 2007 r.

⁴⁶ Wyniki te mieściły się w przedziale od – 99,9 tys. zł w 2014 r. do – 1 230,0 tys. zł w 2011 r.

⁴⁷ W ewidencji księgowej zaliczone do *Pozostałych przychodów operacyjnych*.

⁴⁸ W ewidencji księgowej kwotę 2 614,7 tys. zł ujęto jako *Zyski nadzwyczajne*, kwota 121,9 tys. zł zwiększyła *Pozostałe przychody operacyjne*, a kwota 27,5 tys. zł zwiększyła *Przychody finansowe*.

- realizacja działania polegającego na zleceniu realizacji zadań z zakresu utrzymania czystości (w latach 2005-2009), usług pralniczych (od 2006 r.), obsługi elektrycznej (od 2007 r.) podmiotom zewnętrznym, co skutkowało obniżeniem kosztów średniorocznie o ok. 105 tys. zł⁴⁹,
- wyższe o 804,8 tys. zł niż w 2007 r. przychody na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym w związku z realizacją działania związanego z uzyskaniem II stopnia referencyjności w 2008 r.

Pogorszenie sytuacji finansowej Szpitala w 2011 r. (z 40 tys. zł zysku w 2010 r. do 1 230 tys. zł straty w 2011 r.) wynikało ze zmniejszenia przychodów z NFZ w związku z obniżeniem kontraktu na świadczenia zdrowotne SOR o ok. 408 tys. zł⁵⁰ i ZWRM o ok. 362 tys. zł⁵¹ oraz nierozliczeniem nadwykonań na Oddziale Dziecięcym na kwotę ok. 510 tys. zł⁵². Równocześnie nastąpiło zwiększenie kosztów związane z realizacją dwóch działań restrukturyzacyjnych objętych Programem: 1/ zakup mebli dla zmodernizowanego SOR i Oddziału Dziecięcego za kwotę ok. 70 tys. zł, 2/ adaptacja pomieszczeń w miejscach wyczekiwania ZWRM w powiecie krapkowskim, której koszty wyniosły ok. 110 tys. zł. Szpital poniósł także dodatkowe koszty w wysokości ok. 90 tys. zł spowodowane wzrostem stawek podatku VAT o 1 punkt procentowy oraz wyższą o ok. 158 tys. zł wypłatą nagród jubileuszowych i odpraw emerytalnych niż w roku poprzednim.

(dowód: akta kontroli str. 12-13, 276-285, 288, 289-293, 301-310)

W następstwie realizacji działań restrukturyzacyjnych Szpital w 2012 r. uzyskał:

- wyższe o 953 tys. zł niż w 2011 r. przychody z tytułu świadczeń zdrowotnych realizowanych przez SOR, co było wynikiem zakończenia działania polegającego na dostosowaniu SOR do obowiązujących wymogów,
- wyższe o 1 873,2 tys. zł niż w 2011 r. przychody z tytułu świadczeń zdrowotnych realizowanych przez ZWRM w związku z przejściem obsługi ratunkowej powiatu krapkowskiego.

Ponadto istotny wpływ na poprawę sytuacji finansowej Szpitala w latach 2012-2014 wywarło zwiększenie pozostałych przychodów operacyjnych o kwotę 3 407,5 tys. zł⁵³ w związku ze zmianą sposobu ujęcia w ewidencji księgowej zdarzeń gospodarczych polegających na otrzymaniu dotacji na zakup środków trwałych lub darowizn sprzętu medycznego.

Ujemny wynik finansowy za 2014 r. (w wysokości 99,9 tys. zł) spowodowany został wydatkami związanymi z realizacją działań restrukturyzacyjnych, takimi jak:

- zakupy materiałów konserwacyjnych do aparatu RTG, TK i innego sprzętu medycznego po zakończeniu okresu gwarancyjnego - ok. 90 tys. zł,
- koszty obsługi serwisowej systemu informatycznego po zakończeniu okresu wdrożenia – ok. 33,5 tys. zł,
- zakupy wyposażenia do archiwum, na oddziały szpitalne i do poradni po zakończeniu prac remontowych wynikających z programów dostosowawczych - za ok. 84 tys. zł.

⁴⁹ W tym: usługa utrzymania czystości – ok. 60 tys. zł, obsługa elektryczna – ok. 20 tys. zł, usługi pralnicze – 25 tys. zł. W 2010 r. Szpital przejął usługi utrzymania czystości od firmy zewnętrznej z uwagi na dalszą obniżkę kosztów o podatek VAT i poprawę jakości sprzątnia.

⁵⁰ Spowodowane obniżeniem stawki z 5 750 zł/dzień do 4 633 zł/dzień z uwagi na niespełnianie wszystkich wymogów.

⁵¹ Ryczałt dobowy za świadczenia ZWRM w I półroczu 2011 r. wynosił 2 947 zł i 3 931 zł (odpowiednio zespoły: Podstawowe – dalej: „P” i Specjalistyczne – dalej: „S”). W II półroczu 2011 r. ryczałt dobowy w wyniku negocjacji z NFZ został obniżony o 10%, do kwoty 2 535 zł i 3 381 zł za dzień.

⁵² Co było przedmiotem ugody z NFZ.

⁵³ Z tego w 2012 r.: 1 073 tys. zł, w 2013 r.: 1 189 tys. zł, w 2014 r.: 1 145,5 tys. zł.

Pogorszenie wyniku finansowego w 2014 r. spowodowały również:

- skutki podwyżek wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych (91 tys. zł), dla pozostałych pracowników (66 tys. zł), z tytułu wzrostu płacy minimalnej (28 tys. zł) i wynagrodzeń z umów zleceń (37 tys. zł) oraz pochodnych (84 tys. zł),
- zwiększenie kosztów diagnostyki laboratoryjnej o 30 tys. zł i diagnostyki obrazowej o ok. 70 tys. zł, spowodowane wzrostem liczby przeprowadzonych badań mikrobiologicznych na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym i badań TK poza Szpitalem⁵⁴ oraz zatrudnieniem lekarza radiologa,
- wzrost kosztów spalania odpadów niebezpiecznych o ok. 47 tys. zł.

Równocześnie w 2014 r. nastąpiło: obniżenie kosztów zużycia mediów m.in. w wyniku termomodernizacji budynku Szpitala o ok. 100 tys. zł, obniżenie kosztów zużycia leków i sprzętu jednorazowego o ok. 190 tys. zł oraz zmniejszenie kosztów wynagrodzeń ratowników medycznych o 165 tys. zł wskutek działania polegającego na redukcji zatrudnienia w ZWRM (zamiast kierowcy i dwóch ratowników od 2013 r. w zespole Podstawowym zatrudniony jest ratownik i kierowca/ratownik, w zespole Specjalistycznym – lekarz, ratownik i kierowca/ratownik).

(dowód: akta kontroli str. 12-13, 288, 294-296, 297-300, 311)

2.1.5. Zobowiązania ogółem Szpitala na koniec 2005 r. wynosiły 7 865,1 tys. zł⁵⁵, w tym kredyty i pożyczki 4 809,9 tys. zł (61%)⁵⁶. W latach 2010-2014⁵⁷ zobowiązania ogółem zwiększyły się z 4 402,8 tys. zł do kwoty 6 065,3 tys. zł w 2012 r., po czym w latach 2013-2014 kwota zobowiązań zmniejszyła się do poziomu 5 572,2–5 722,5 tys. zł (odpowiednio). Kwota zaciągniętych kredytów i pożyczek wzrosła z 183,8 tys. zł w 2010 r. do 1 760 tys. zł w 2011 r., następnie na koniec 2014 r. obniżyła się do kwoty 919,6 tys. zł wskutek sukcesywnej spłaty w kolejnych latach.

(dowód: akta kontroli str. 216, 312-365, 377-386)

Szpital wykazywał zobowiązania wymagalne w sprawozdaniach Rb-Z o *stanie zobowiązań wg tytułów dłużnych oraz poręczeń i gwarancji* za IV kwartał 2005 r. w kwocie 635,9 tys. zł, w tym zobowiązania publiczno-prawne - 360,3 tys. zł (56,7%), zobowiązania wobec pracowników z ustawy „203” – 223,2 tys. zł (35,1%), zobowiązania z tytułu dostaw i usług – 52,4 tys. zł (8,2%)⁵⁸.

Zobowiązania wymagalne na koniec w 2010 r. wynosiły 1,1 tys. zł. Odsetki zarachowane od zobowiązań wymagalnych w latach 2005-2008 wynosiły odpowiednio: 88,9 tys. zł, 87,5 tys. zł⁵⁹, 13,5 tys. zł i 0,4 tys. zł⁶⁰.

(dowód: akta kontroli str. 216, 312-365, 367-368, 387-396)

⁵⁴ W związku z awarią własnego TK.

⁵⁵ Dla porównania: na koniec 2004 r. (przed restrukturyzacją finansową) zobowiązania Szpitala wynosiły 5 349,3 tys. zł, w tym: zobowiązania długoterminowe w kwocie 998,9 tys. zł z tytułu kredytów i pożyczek oraz zobowiązania krótkoterminowe w kwocie 4 350,4 tys. zł (z tytułu kredytów i pożyczek - 1 175,2 tys. zł, z tytułu dostaw i usług - 1 614,5 tys. zł, z tytułu podatków, ubezpieczeń - 1 048,7 tys. zł, z tytułu wynagrodzeń - 445,8 tys. zł, inne - 66,2 tys. zł). Zobowiązania wymagalne z tytułu dostaw i usług - 461,6 tys. zł, naliczone odsetki od zobowiązań wymagalnych - 44,1 tys. zł.

⁵⁶ Z tego: krótkoterminowe - 1 563,2 tys. zł i długoterminowe - 3 246,7 tys. zł.

⁵⁷ W 2006 r. zobowiązania wyniosły 6 289,8 tys. zł, w 2007 r. - 3 630,9 tys. zł, w 2008 r. - 3 681,6 tys. zł, w 2009 r. - 4 378,5 tys. zł.

⁵⁸ Zobowiązania wymagalne na koniec 2006 r. wynosiły 393,5 tys. zł, w tym zobowiązania publiczno-prawne - 360,3 tys. zł (91,6%) i zobowiązania z tytułu dostaw i usług – 33,2 tys. zł (8,4%), w 2007 r. – 7,9 tys. zł, w tym zobowiązania z tytułu dostaw i usług – 7,9 tys. zł (100%), w 2008 r. – 0,3 tys. zł, w tym pozostałe zobowiązania – 0,3 tys. zł (100%).

⁵⁹ W tym 82,8 tys. zł odsetek z tytułu wpłat na PFRON, zaliczonych do kosztów finansowych 2005 r.

⁶⁰ Zgodnie z ustawą o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej w przypadku umorzenia zobowiązania głównego umorzeniu ulegały również odsetki.

Do największych wierzycieli Szpitala w latach 2010-2014 należeli dostawcy leków i materiałów diagnostycznych oraz firma outsourcingowa świadcząca usługi transportu medycznego. Zobowiązania wobec ww. wierzycieli miały charakter zobowiązań bieżących. W ww. okresie Szpital nie posiadał zobowiązań wymagalnych wobec dostawców i nie zawierał ugód z wierzycielami. Dane prezentowane w sprawozdaniach w zakresie operacji finansowych Rb-Z za lata 2010-2014 były zgodne z ewidencją księgową w tym zakresie.

(dowód: akta kontroli str. 366, 399-400)

2.1.6. W latach 2005-2010 Szpital podejmował następujące działania w celu ograniczenia kosztów działalności pomocniczej:

- realizację usług pralniczych od dnia 7 maja 2007 r. powierzono podmiotowi zewnętrznemu, wybranemu w drodze przetargu nieograniczonego⁶¹,
- realizację usług elektrycznych (obsługa) od dnia 1 maja 2006 r. powierzono podmiotowi zewnętrznemu, wybranemu w drodze przetargu nieograniczonego.

Ponadto podmioty zewnętrzne realizowały na rzecz Szpitala usługi w zakresie transportu medycznego (od 1 maja 2000 r.), oraz usługi utrzymania czystości (od 1 października 2002 r.). Wyboru wykonawców tych usług dokonano w drodze przetargu nieograniczonego, z zachowaniem zasady konkurencyjności.

(dowód: akta kontroli str. 428-434)

W wyniku podjętych działań nastąpiło obniżenie o 6,7% rocznych kosztów usług pralniczych z kwoty 274,2 tys. zł w 2006 r. do kwoty 255,9 tys. zł brutto za okres 12 miesięcy w latach 2007/2008, równocześnie Szpital zrezygnował z zaciągnięcia kredytu na zakup dwóch automatów pralniczych za kwotę ok. 210 tys. zł, a zwolnione pomieszczenia po pralni zaadaptowano na aptekę szpitalną. Koszty usług pralniczych w latach 2010-2014 wynosiły odpowiednio: 299,7 tys. zł, 252,9 tys. zł, 226,6 tys. zł, 209,9 tys. zł, 201,6 tys. zł.

W wyniku podjętych działań nastąpiło obniżenie o ok. 59% rocznych kosztów obsługi elektrycznej z kwoty 53,2 tys. zł w 2005 r. do kwoty 21,9 tys. zł brutto w okresie 12 miesięcy w latach 2006/2007. Koszty obsługi elektrycznej w latach 2010-2014 wynosiły odpowiednio: 28,7 tys. zł, 29,2 tys. zł, 32,0 tys. zł, 31,3 tys. zł i 34,0 tys. zł.

Usługi utrzymania czystości - po unieważnieniu postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego - od 2010 r. realizowane były przez pracowników Szpitala. Roczne koszty poniesione z tego tytułu w 2010 r. wyniosły 836,7 tys. zł i w porównaniu do 2009 r. (921,7 tys. zł) zmniejszyły się o ok. 85 tys. zł (9%). Szpital przeprowadził analizę kosztów utrzymania czystości, z której wynikało, że obecny sposób realizacji tego zadania jest optymalny, gdyż koszty utrzymania czystości przez pracowników firmy zewnętrznej w 2010 r. w wyniku rozstrzygnięcia przetargu wyniosłyby 1 017,5 tys. zł⁶². Koszty utrzymania czystości w Szpitalu w latach 2011-2014 wyniosły odpowiednio: 867,1 tys. zł, 1 004,4 tys. zł, 1 089,3 tys. zł, 1 144,9 tys. zł.

W latach 2010-2014 koszty usługi transportu medycznego wzrosły o 1 702,6 tys. zł, z kwoty 1 015,1 tys. zł (w 2010 r.) do 2 717,7 tys. zł (w 2014 r.), tj. o 167,7%. Wzrost kosztów transportu medycznego związany był m.in. z przejęciem obsługi terenu powiatu krapkowickiego w zakresie ratownictwa medycznego.

(dowód: akta kontroli str. 291, 297, 427, 435-436)

⁶¹ Umowę zawarto na okres 24 miesięcy; wartość usługi dla planowanej ilości bielizny (7 900 kg/m-c) określono na 508,1 tys. zł brutto.

⁶² W tym koszty robocizny proponowane przez oferentów - 872,8 tys. zł, a koszty materiałów eksploatacyjnych, środków myjących i dezynfekcyjnych dostarczanych przez Szpital oszacowane na ok. 144,7 tys. zł.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że przeprowadzano analizy wskazujące na brak zasadności zlecenia firmie zewnętrznej usług w zakresie wyżywienia chorych. W 2003 r. Szpital przeprowadził dwa postępowania przetargowe na przygotowanie i dystrybucję posiłków. Przetargi unieważniono z uwagi na brak korzyści ekonomicznych, gdyż oferowane wówczas ceny za osobodzień wynosiły: 12,75 zł, 13,80 zł oraz 14,40 zł. W 2007 r. nie znaleziono uzasadnienia do wszczęcia procedury przetargowej, ponieważ koszty kuchni w 2006 r. były porównywalne.

(dowód: akta kontroli str. 115, 482-486)

2.1.7. W celu optymalizacji kosztów zużycia nośników energii w latach 2010-2011 zrealizowano zadanie inwestycyjne na kwotę 2 241,5 tys. zł polegające na termomodernizacji budynku szpitalnego⁶³. W wyniku realizacji ww. zadania osiągnięto w 2012 r. ograniczenie kosztów zużycia energii cieplnej o 38,8% i oleju opałowego o 98,3% w stosunku do roku poprzedzającego realizację inwestycji⁶⁴. Zastąpienie kotłów olejowych kotłami zasilanymi gazem (w kuchni i kotłowni) spowodowało wprawdzie wzrost kosztów zużycia gazu⁶⁵, jednak w konsekwencji uzyskane oszczędności kosztów zużycia ww. mediów w porównaniu do 2009 r. wyniosły 296,5 tys. zł łącznie⁶⁶.

(dowód: akta kontroli str. 437-475, 476-477)

2.1.8. Na zakup leków, materiałów medycznych i sprzętu medycznego jednorazowego i wielokrotnego użytku w latach 2010-2014 poniesiono koszty od 4 192,9 tys. zł do 6 455,8 tys. zł rocznie. W 2014 r. koszty:

- leków wyniosły 1 848,5 tys. zł i wzrosły o 24,9% w stosunku do kosztów 2010 r. (1 480 tys. zł),
- materiałów medycznych wyniosły 1 945,1 tys. zł i wzrosły o 23,4% w stosunku do kosztów 2010 r. (1 576,6 tys. zł),
- sprzętu medycznego wyniosły 742,8 tys. zł i wzrosły o 33,6% w stosunku do kosztów 2010 r. (556 tys. zł).

Poniesione koszty na zakup leków, materiałów i sprzętu medycznego, które nie zostały wykorzystane w okresie ich przydatności do użycia wyniosły w latach 2010-2014 łącznie 11,9 tys. zł, z tego 80% stanowiły preparaty krwi na kwotę 9,4 tys. zł, 19% - leki na kwotę 2,3 tys. zł (w tym leki pochodzące z darowizn na kwotę 1,5 tys. zł) i 1% - materiały medyczne na kwotę 0,2 tys. zł.

W Szpitalu wprowadzono mechanizmy mające na celu optymalizację wykorzystania w terminie ważności zakupionych leków i materiałów medycznych. W tym celu w październiku 2010 r. powołano Komitet Terapeutyczny, stosowany był receptariusz szpitalny, wprowadzono regulamin apteki szpitalnej dla komórek organizacyjnych, w którym określono sposób postępowania z lekami przeterminowanymi. Prowadzone były ponadto kontrole wewnętrzne apteczek oddziałowych, w tym w zakresie leków przeterminowanych. Wprowadzono limity zużycia środków opatrunkowych i dezynfekcyjnych dla każdego oddziału. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że pielęgniarki i położne na oddziałach oraz diagności laboratoryjni i technicy analityki medycznej w Banku Krwi zobowiązani są do

⁶³ Planowana wartość inwestycji: 2 248,6 tys. zł. Zakres robót obejmował m.in.: wymianę stolarki okiennej i drzwiowej, wymianę pokrycia dachowego i ocieplenie dachu, montaż instalacji kolektorów słonecznych, modernizację kotłowni polegającą na wymianie kotła opałowego na gazowy, przebudowę przyłącza instalacji gazu, wymianę czterech olejowych kotłów warzelnych w kuchni na niezależne od kotłowni warzelne kotły gazowe.

⁶⁴ Koszty zużycia energii cieplnej w 2012 r. wyniosły 345,7 tys. zł, w 2009 r. – 565 tys. zł; koszty oleju opałowego w 2012 r. – 4,6 tys. zł, w 2009 r. – 267,6 tys. zł.

⁶⁵ Koszty zużycia gazu w 2012 r. wyniosły 191,8 tys. zł, w 2009 r. – 6,1 tys. zł.

⁶⁶ Koszty zużycia energii cieplnej, oleju opałowego i gazu w 2009 r. wyniosły 838,7 tys. zł, w 2012 r. – 542,2 tys. zł.

stosowania zasady, aby w pierwszej kolejności zużywać leki z krótkim terminem ważności. Na oddziałach i w Banku Krwi wyznaczono pracowników odpowiedzialnych za systematyczne sprawdzanie dat ważności leków i preparatów krwi.

W celu racjonalizacji farmakoterapii oraz monitorowania jej kosztów w latach 2005-2014 receptariusz szpitalny był siedmiokrotnie aktualizowany⁶⁷. Dobrą praktyką stosowaną w Szpitalu było wskazanie w receptariuszu tych leków, których zastosowanie wymaga zgody ordynatora lub Zastępcy Dyrektora ds. leczenia. Natomiast w przypadku zamawiania leków spoza receptariusza stosowana była odrębna procedura wymagająca uzyskania akceptacji przewodniczącego Komitetu Terapeutycznego lub Dyrektora.

(dowód: akta kontroli str. 115, 436, 481, 482-486, 492-503)

2.1.9. W latach 2010-2014 liczba zatrudnionych w ramach umowy o pracę pielęgniarek i położnych wynosiła od 161,97 etatów w 2011 r.⁶⁸ do 168,6 etatów w 2014 r. Szpital nie zatrudniał pielęgniarek na tzw. kontraktach.

Stosownie do dyspozycji art. 50 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej*⁶⁹ Dyrektor Szpitala określiła minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych, które obowiązywały na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym od 10 lutego 2014 r. Poprzednio obowiązywało zarządzenie Dyrektora Szpitala nr 55/2004 z dnia 13 września 2004 r. *w sprawie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych na oddziałach szpitalnych*.

(dowód: akta kontroli str. 487-489, 490, 501-503, 506-510)

Faktyczne zatrudnienie pielęgniarek i położnych było istotnie wyższe od ww. minimalnego zatrudnienia w następujących oddziałach:

- Chirurgii Ogólnej, gdzie minimalna norma wynosiła 13 etatów (od 2014 r. – 18,99 etatów), a przeciętne zatrudnienie wynosiło 17,5 etatów w latach 2010-2012 (134,6% normy) i 19 etatów w latach 2013-2014 (w 2013 r. 146,2% normy);
- Ginekologiczno-Położniczym, gdzie minimalna norma do 2013 r. wynosiła 26 etatów, a od 2014 r. – 31 etatów, podczas gdy przeciętne zatrudnienie w latach 2010-2013 wynosiło od 30,25 do 34 etatów (130,8% normy), w 2014 r. – 36,5 etatów (117,7% normy);
- Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, gdzie minimalna norma zatrudnienia do 2013 r. wynosiła 7,5 etatów, a od 2014 r. – 9,53 etatu, podczas gdy przeciętne zatrudnienie w latach 2010-2012 wynosiło 12 etatów (160% normy), w 2013 r. – 15 etatów (200% normy) oraz w 2014 r. – 15 etatów (157,4% normy);
- Anestezjologii i Intensywnej Terapii, gdzie minimalna norma zatrudnienia w latach 2010-2013 wynosiła 23 etaty, a od 2014 r. – 24,44 etatów, podczas gdy przeciętne zatrudnienie w latach 2010-2011 wynosiło 23 etaty, w 2012 r. – 25 etatów (108,7% normy), w 2013 r. – 27 etatów (117,4% normy) i w 2014 r. – 28 etatów (114,6% normy);
- Noworodkowym, gdzie minimalna norma zatrudnienia do 2013 r. wynosiła 11 etatów, w 2014 r. wzrosła do 11,65 etatu, podczas gdy przeciętne zatrudnienie wynosiło: 11 etatów, 12,5 etatów, 11,5 etatów, 11,6 etatów i 12 etatów (103% normy);
- Dziecięcym, gdzie minimalna norma zatrudnienia do 2013 r. wynosiła 11 etatów, w 2014 r. wzrosła do 13,99 etatu, podczas gdy przeciętne zatrudnienie w latach

⁶⁷ W trakcie kontroli obowiązywał receptariusz szpitalny w wersji opracowanej w grudniu 2014 r.

⁶⁸ W 2010 r. zatrudnienie pielęgniarek i położnych wynosiło 168,22 etatów.

⁶⁹ Dz.U.z 2015 r., poz. 618 ze zm.

2010-2012 wynosiło 12,75 (115,9% normy), w 2013 r. – 14,25 etatu (129,5% normy), a w 2014 r. – 13,5 etatu;

- Wewnętrznym, gdzie minimalna norma zatrudnienia do 2013 r. wynosiła 21 etatów, w 2014 r. wzrosła do 25,32 etatu, podczas gdy przeciętne zatrudnienie wynosiło od 21,25 etatów w 2010 r. do 29,85 etatów w 2013 r. (142,1% normy), a w 2014 r. – 29,1 etatu (114,9% normy);
- na Bloku Operacyjnym, gdzie minimalna norma wynosiła 6 etatów, a zatrudnienie wynosiło 8 etatów (w 2012 r. wzrosło do 9 etatów), tj. 133,3% normy⁷⁰.

Dyrektor Szpitala jako uzasadnienie powyższego stanu podała następujące okoliczności: ewidencjonowane są wszystkie zatrudnione pielęgniarki, łącznie z tymi które przebywają na urlopach macierzyńskich, rodzicielskich, wychowawczych lub „długich” zwolnieniach lekarskich (m.in. z powodu ciąży) oraz pielęgniarki zatrudniane na zastępstwo lub na czas określony. Liczba „czynnych” pielęgniarek zatrudnionych na oddziałach nie przekraczała minimalnych norm zatrudnienia.

(dowód: akta kontroli str. 501-503, 506-510, 928-940, 1010-1012)

W latach 2010-2014 przeciętne wynagrodzenie pielęgniarek i położnych wynosiło od 19,40 do 19,67 zł brutto za godzinę. Najwyższe przeciętne wynagrodzenie wynoszące od 25,52 do 28,53 zł/godzinę odnotowano w ZWRM, a najniższe od 17,27 zł/godzinę w 2010 r. na Oddziale Wewnętrznym do 18,28 zł/godzinę w 2014 r. na Oddziale Dziecięcym.

W latach 2005-2014 przyczyną wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych była presja wywierana na kierownictwo Szpitala. Sytuacja strajkowa w Szpitalu w 2007 r. zakończyła się podpisaniem porozumienia ze związkami zawodowymi, na mocy którego w III kwartale 2007 r. pracownicy uzyskali premie, w tym m.in. pielęgniarki i położne po 150 zł, w IV kwartale 2007 r. wszyscy pracownicy otrzymali dodatki w kwocie 93 zł brutto/etat w ramach dodatkowych środków wynikających z ustawy o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń, dodatek ten został włączony w 2008 r. do płac zasadniczych. Ponadto w I kwartale 2008 r., zgodnie z art. 59a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej wszyscy pracownicy Szpitala otrzymali premie w kwocie 594,50 zł. Kolejne porozumienie ze związkami zawodowymi Dyrektor Szpitala podpisał w lipcu 2008 r., w wyniku którego w III kwartale 2008 r. wszyscy pracownicy otrzymali premie, w tym pielęgniarki po 330 zł/etat.

W 2014 r. w trakcie systematycznych spotkań Dyrektora ze związkami zawodowymi pielęgniarek i położnych oraz z załogą domagano się podwyżek wynagrodzeń. W wyniku podpisanych porozumień⁷¹ ze związkami zawodowymi podjęto decyzję o podwyżkach wynagrodzeń dla tej grupy pracowników przeciętnie o ok. 3%. Podwyżki płac zasadniczych rozłożono na lata 2014-2015, a kwoty podwyżek i terminy ich wprowadzenia uzależnione były od stażu pracy.

(dowód: akta kontroli str. 501-503, 506-510, 951)

Dobre praktyki stosowane w Szpitalu w obszarze zatrudnienia pielęgniarek i położnych dotyczyły: 1/ opracowania schematów obsady pielęgniarek i położnych dla poszczególnych oddziałów, uwzględniających zróżnicowanie obsady w zależności od dnia tygodnia i rodzaju zmiany (nocna, dzienna), 2/ wprowadzeniu zmiennych składników wynagrodzenia⁷².

(dowód: akta kontroli str. 1013-1014)

⁷⁰ W ZWRM zatrudniano pielęgniarki w wymiarze 10 etatów w latach 2010-2012 i 4 etatów w latach 2013-2014, podczas gdy dla zespołów ratownictwa nie jest ustalana minimalna norma zatrudnienia.

⁷¹ W dniach: 26 września 2014 r., 31 października 2014 r. i 5 czerwca 2015 r.

⁷² Nagrody za dodatkowe zaangażowanie, np. pracę w zespole zakażeń, leczenia bólu, wykonywanie badań pacjentom ambulatoryjnym.

2.1.10. W latach 2010-2013 poziom zatrudnienia personelu niemedycznego wynosił od 82,3 etatów (w 2010 r.) do 89,5 etatów w 2013 r., natomiast w 2014 r. obniżył się do 80,3 etatów. Koszty wynagrodzeń tej grupy pracowników⁷³ mieściły się w przedziale od 2 017,8 tys. zł w 2010 r. do 2 190,8 tys. zł w 2014 r., a przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto wynosiło od 2 043,40 zł (w 2010 r.) do 2 274,37 zł (2014 r.).

Obniżenie zatrudnienia personelu niemedycznego w 2014 r. związane było m.in. z wprowadzeniem nowych regulaminów: pracy, organizacyjnego i wynagradzania. Na podstawie nowego regulaminu wynagradzania przekwalifikowano stanowiska pracy sprzątaczek do grupy pomocy pielęgniarских (poprzednio w grupie pracowników obsługi) oraz niektóre stanowiska pracowników działalności podstawowej do grupy pracowników administracji (m.in. kierownika Działu Metodyczno-Organizacyjnego i sekretarkę Dyrektora). Wprowadzone zmiany organizacyjne nie spowodowały redukcji kosztów wynagrodzeń.

(dowód: akta kontroli str. 5, 262, 909-926)

2.1.11. W latach 2010-2014 poziom zatrudnienia lekarzy na podstawie umów o pracę wynosił od 44,01 etatów (2010 r.) do 45,5 etatów (2014 r.). Koszty wynagrodzeń tej grupy pracowników mieściły się w przedziale od 3 314,5 tys. zł w 2010 r. do 3 546,7 tys. zł w 2014 r., a przeciętne wynagrodzenie brutto/godzinę wynosiło:

- dla ordynatorów i ich zastępców od 48,06 zł w 2011 r.⁷⁴ do 50,64 zł w 2013 r. oraz 49,72 zł w 2014 r.,
- dla specjalistów II stopnia od 31,78 zł w 2010 r. do 37,97 zł w 2014 r.,
- dla specjalistów I stopnia od 27,45 zł w 2010 r. do 36,33 zł w 2014 r.,
- dla pozostałych lekarzy od 24,52 zł w 2011 r. do 34,26 zł w 2014 r.,
- dla stażystów od 13,26 zł w 2011 r. do 14,22 zł w 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 511)

Liczba lekarzy, z którymi w latach 2010-2014 zawarte zostały tzw. kontrakty wynosiła od 31 w 2010 r. do 60 w 2012 r., a następnie zmniejszyła się do 48 w 2014 r. Koszty poniesione z tytułu zawarcia tych umów wyniosły od 2 331,8 tys. zł (2010 r.) do 3 607,2 tys. zł (2014 r.)⁷⁵. Przeciętne roczne wynagrodzenie brutto lekarzy zatrudnionych w ramach kontraktów wynosiło:

- dla ordynatorów i ich zastępców od 106,6 tys. zł w 2012 r. do 124,3 tys. zł,
- dla specjalistów II stopnia od 49,1 tys. zł w 2011 r. do 82,8 tys. zł w 2014 r.,
- dla specjalistów I stopnia od 31,1 tys. zł w 2013 r. do 57,3 tys. zł w 2011 r.,
- dla pozostałych lekarzy od 32,4 tys. zł w 2013 r. do 63 tys. zł w 2010 r.

(dowód: akta kontroli str. 512)

Szpital stosował następujące stawki godzinowe brutto w kontraktach z lekarzami:

- dla ordynatorów i zastępców: 50-75 zł w dni robocze i 67-85 zł w dni świąteczne,
- dla specjalistów II stopnia: 43 zł-70 zł w dni robocze i 55-75 zł w dni świąteczne,
- dla specjalistów I stopnia: 29 zł-50 zł w dni robocze i 38-55 zł w dni świąteczne,
- dla pozostałych lekarzy: 35 zł-60 zł w dni robocze i 50 zł-70 zł w dni świąteczne.

Dodatkowo stosowane były stawki godzinowe za tzw. gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych w kwocie 10-11 zł brutto.

Dla ZWRM Szpital stosował jednakowe stawki godzinowe w dni robocze i świąteczne: 60-65 zł brutto w przypadku zespołów „P” i 57-80 zł brutto w przypadku zespołów „S”.

(dowód: akta kontroli str. 943)

⁷³ Bez nagród jubileuszowych, odpraw emerytalnych oraz ekwiwalentu za urlop wypoczynkowy.

⁷⁴ Przeciętne wynagrodzenie brutto/godzinę ordynatora w 2010 r. wynosiło 49,58 zł.

⁷⁵ W latach 2011-2013 odpowiednio: 3 165,3 tys. zł, 3 729,8 tys. zł i 3 705,8 tys. zł.

Przeciętna stawka godzinowa lekarzy zatrudnionych na kontraktach⁷⁶ wynosiła:

- w 2010 r.: 62,14 zł dla ordynatorów, 57,74 zł dla specjalistów II^o i 65,65 zł dla specjalistów I^o,
- w 2011 r. odpowiednio: 68 zł, 58 zł, 57 zł i 54 zł dla lekarzy bez specjalizacji,
- w 2012 r.: 67,9 zł i 60,20 zł,
- w 2013 r.: 70,9 zł, 58 zł i 49,41 zł dla lekarzy bez specjalizacji,
- w 2014 r.: 74,32 zł, 58,25 zł i 62,69 zł.

(dowód: akta kontroli str. 1018-1029)

Najwyższe różnice pomiędzy kwotą przeciętnego wynagrodzenia/godzinę lekarza zatrudnionego na podstawie umowy o pracę i na podstawie kontraktu dotyczyły w szczególności lekarzy specjalistów. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że stawki stosowane w umowach kontraktowych z lekarzami będącymi równocześnie pracownikami Szpitala były stawkami brutto, gdyż umowy zawierały postanowienie, że przyjmujący zamówienie rozlicza się samodzielnie w zakresie należności podatkowych i składek na ubezpieczenie społeczne. Dyrektor dodała, że przy takiej samej liczbie dyżurów wynagrodzenia lekarza specjalisty dyżurującego z umowy o pracę oraz lekarza dyżurującego z umowy kontraktowej są porównywalne. Czynniki mającymi wpływ na różnicę przeciętnych stawek godzinowych w obu przypadkach mogą być: wynagrodzenia za dyżury, średnia urlopową i zasiłki chorobowe z tytułu niezdolności do pracy.

(dowód: akta kontroli str. 1015-1017, 1018-1029, 1062-1063)

Przypadki udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy cywilnoprawnej przez lekarzy będących jednocześnie pracownikami Szpitala wystąpiły w latach 2010-2014. Dotyczyło to: w 2010 r. – 17 lekarzy, w 2011 r. - 18 lekarzy, w 2012 r. - 23 lekarzy, w 2013 r. - 22 lekarzy i w 2014 r. - 16 lekarzy, prowadzących indywidualne praktyki lekarskie.

Na podstawie badania próby 10 przypadków ustalono, że Szpital deklarował i odprowadzał składki na ubezpieczenia społeczne uwzględniające łączne dochody pracownika osiągnięte z umowy o pracę i umowy zlecenia, natomiast nie deklarował i nie odprowadzał składek na ubezpieczenia społeczne od wynagrodzeń z tzw. umów kontraktowych.

(dowód: akta kontroli str. 990-992, 1063a)

Stosowane mechanizmy mające na celu optymalizację kosztów zatrudnienia lekarzy polegały w szczególności na zastąpieniu lekarzy ratownikami medycznymi w zespołach wyjazdowych typu Podstawowego w Strzelcach Opolskich. Według Dyrektora Szpitala *nie wiązało się to z redukcją kosztów, gdyż lekarz dyżurował jednocześnie w ZWRM oraz w SOR, obecnie dyżuruje w SOR, a w zespole zastąpił go ratownik. Liczba lekarzy na dyżurach w oddziałach i POZ wzrosła z 7,5 w 2010 r. do 12 w 2014 r., co wynikało z zarządzeń Prezesa NFZ. Liczba ta zapewniała zdaniem Dyrektora Szpitala optymalną opiekę, obsadę dyżurów, pracy w poradniach i pracowniach*⁷⁷.

Dyrektor wyjaśniła, że *obsada lekarzy na każdym oddziale na dyżurach (od godz. 14³⁵ do 7) oraz w soboty, niedziele i święta jest pojedyncza lub podwójna*⁷⁸.

⁷⁶ Na podstawie ankiet o zatrudnieniu i wynagrodzeniach przekazywanych corocznie do Ministerstwa Zdrowia za miesiąc marzec.

⁷⁷ Lekarze pracują w systemie podstawowym w godzinach od 7 do 14³⁵ - ordynacja, następnie od godz. 14³⁵ do 7 – dyżur. W soboty, niedziele i święta lekarze dyżurują na podstawie umów cywilnoprawnych.

⁷⁸ Zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ nr 89/2013/DSOZ z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne (niepublikowane), rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych

Na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym, w SOR, POZ i w ZWRM dyżuruje po dwóch lekarzy, dodatkowo dyżuruje lekarz anestezjolog dla całego Szpitala. Lekarze rezydenci dyżurują z lekarzem specjalistą do czasu określonego przez kierownika specjalizacji. W czasie ordynacji od poniedziałku do piątku pracują wszyscy zatrudnieni lekarze w zależności od wymiaru zatrudnienia. O ich liczbie decyduje ordynator, który musi zapewnić realizację zaplanowanych i niezaplanowanych świadczeń wynikających z tzw. ostrydyżurowego charakteru Szpitala, musi też uwzględnić prawo lekarzy do nieobecności w dniu po dyżurze oraz indywidualne harmonogramy pracy lekarzy zatrudnionych w niepełnym wymiarze. Dobrą praktyką Szpitala są zezwolenia na udział lekarzy w specjalizacjach, kursach, itp. w zależności od potrzeb na danym oddziale.

(dowód: akta kontroli str. 1013-1014)

W latach 2005-2014 wystąpiły przypadki wywierania presji na kierownictwo Szpitala przez tzw. deficytowych specjalistów z zakresu medycyny ratunkowej przy zawieraniu umów na dyżury w zespołach wyjazdowych typu Specjalistycznego. Było to przyczyną wzrostu wynagrodzeń i ustalenia stawek w wysokości 80 zł/godzinę. Dyrektor wyjaśniła, że pozostałe wzrosty stawek kontraktowych lekarzy też spowodowane były presją, polegającą na zagrożeniu rezygnacją z pracy. Nie było jednak przypadku, aby Szpital zrezygnował z udzielania świadczeń zdrowotnych na skutek braku porozumienia płacowego z lekarzem.

(dowód: akta kontroli str. 941, 1015-1017)

W wyniku strajku lekarzy w 2007 r. zostało podpisane porozumienie ze związkami zawodowymi, na podstawie którego w III kwartale tego roku wszystkim pracownikom wypłacono premie, w tym dla lekarzy w wysokości: 300 zł brutto. Ponadto w IV kwartale 2007 r. wszyscy pracownicy otrzymali dodatki w kwocie 93 zł brutto/etat w ramach dodatkowych środków wynikających z ustawy o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń. Dodatek ten został włączony lekarzom do płac zasadniczych⁷⁹. Ponadto w I kwartale 2008 r., zgodnie z art. 59a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej wszyscy pracownicy Szpitala otrzymali premie w kwocie 594,50 zł. Kolejne porozumienie ze związkami zawodowymi Dyrekcja Szpitala podpisała w lipcu 2008 r., w wyniku którego wszyscy pracownicy w III kwartale 2008 r. otrzymali premie, w tym 500 zł/etat lekarza.

(dowód: akta kontroli str. 941, 944)

2.1.12. W latach 2005-2014 Szpital nie zawierał umów cywilno-prawnych z ekspertami zewnętrznymi w celu realizacji działań restrukturyzacyjnych. Opracowania dotyczące restrukturyzacji Szpitala wykonywane były we własnym zakresie.

(dowód: akta kontroli str. 942)

2.1.13. W kontrolowanym okresie Szpital informował organ założycielski o zaawansowaniu prowadzonych działań restrukturyzacyjnych oraz o ich wynikach. Przekazywane co miesiąc informacje w tym zakresie obejmowały m.in.: 1/ dane o spłacie kredytów i pożyczek poręczonych przez organ założycielski, 2/ dane o wykonaniu planu przychodów i kosztów, 3/ sprawozdania F-01 o przychodach, kosztach i wyniku finansowym oraz działalności inwestycyjnej za okres od początku roku do końca grudnia każdego roku. Informacje przekazywane kwartalnie obejmowały: 1/ kwoty i strukturę zobowiązań, w tym zobowiązania wymagalne⁸⁰

z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 1520), a w przypadku ZWRM i SOR – z ustawą o ratownictwie medycznym.

⁷⁹ Równocześnie wyrównano płace zasadnicze dla lekarza specjalisty do kwoty 3 200 zł brutto i 3000 zł brutto dla lekarza bez specjalizacji.

⁸⁰ Sporządzane nadal od 2005 r. na podstawie decyzji Opolskiego Centrum Zdrowia Publicznego.

oraz 2/ sprawozdania z zakresu operacji finansowych: Rb-N i Rb-Z. Przekazywane dane o zobowiązaniach Szpitala, w tym o zobowiązaniach wymagalnych były zgodne ze stanem faktycznym⁸¹.

W okresach półrocznych i rocznych przekazywano informacje o wykonaniu planu finansowego i inwestycyjnego. Decyzja o terminach i zakresie przekazywanych informacji podjęta została przez organ stanowiący podmiotu tworzącego⁸², na wniosek organu wykonawczego. Informacje te zawierały zestawienia tabelaryczne obejmujące wykonanie planu finansowego w zakresie: przychodów, kosztów i wydatków inwestycyjnych oraz komentarz do ww. zestawień przedstawiający przyczyny wystąpienia odchyleń w wykonaniu planu przychodów i kosztów, syntetyczny opis ewentualnych zmian wynikających np. ze zmiany przepisów, zasad kontraktacji usług medycznych, zdarzeń mających istotny wpływ na sytuację finansową w przyszłości, stanu należności i zobowiązań (w tym wymagalnych) z porównaniem do stanu na koniec poprzedniego roku.

Po zakończeniu każdego roku przekazywano informacje o działalności Szpitala w roku ubiegłym. Zakres tych informacji, prezentowanych przez Dyrektora na sesjach Rady Powiatu, obejmował m.in. dane liczbowe o działalności leczniczej Szpitala (w tym liczbę łóżek, liczbę i strukturę leczonych pacjentów na oddziałach, w SOR, POZ i w poradniach specjalistycznych, działalność: Bloku Operacyjnego, ZWRM, pracowni diagnostycznych), działania na rzecz poprawy jakości, sytuację kadrową, zagadnienia dot. BHP, przeprowadzone postępowania przetargowe, analizę wykonania przychodów (w szczególności z NFZ) i kosztów, działalność inwestycyjną i zakupy zrealizowane oraz planowane na następny rok.

Organ założycielski otrzymywał również sprawozdania finansowe Szpitala, celem ich zatwierdzenia oraz podjęcia uchwały o podziale zysku lub pokryciu straty.

(dowód: akta kontroli str. 387-396, 399-426, 952-955, 983-989)

Szpital przekazywał informacje o sposobie i stopniu wykorzystania uzyskanej pomocy każdorazowo po zakończeniu zadania remontowego/inwestycyjnego, na które przeznaczone były otrzymane środki.

(dowód: akta kontroli str.1030-1061)

Rada Społeczna, jako organ doradczy Dyrektora Szpitala prawidłowo realizowała zadania określone w art. 48 ust. 2 ustawy o *działalności leczniczej*, tj. formułowała wnioski i opinie dotyczące zbycia aktywów trwałych oraz zakupu aparatury medycznej, a także sporządzała opinie w sprawach planu finansowego (w tym planu inwestycyjnego), rocznego sprawozdania z wykonania planu finansowego (w tym planu inwestycyjnego), jak też kredytów bankowych lub dotacji. W każdym przypadku, po dyskusji z udziałem Dyrektora Szpitala, Rada Społeczna opiniowała przedłożone dokumenty pozytywnie.

(dowód: akta kontroli str. 150-169, 956-958)

2.1.14. Dyrektor Szpitala informował organ założycielski o problemach występujących w trakcie realizacji działań restrukturyzacyjnych w formie pisemnych informacji o działalności Szpitala, m.in. o nieprawidłowościach stwierdzonych przez NFZ, skutkujących nałożeniem kary finansowej lub o decyzjach Opolskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego. Występujące problemy referowała w trakcie posiedzeń organu stanowiącego Powiat Strzeleckiego.

(dowód: akta kontroli str. 150-169, 983-989, 991-1004, 1132-1135, 1138-1140)

⁸¹ Kontrolą w tym zakresie objęto ewidencję księgową oraz dowody źródłowe dotyczące najwyższych zobowiązań wg stanu na koniec 2014 r. (10 tytułów dłużnych).

⁸² Uchwała nr XLIV/404/06 z dnia 31 maja 2006 r. w sprawie określenia zakresu i formy informacji o przebiegu wykonania planu finansowego spoz za I półrocze danego roku. ze zmianami wynikającymi z uchwały nr XLIV/379/10 z dnia 30 czerwca 2010 r.

W kontrolowanym okresie Dyrektor podwyższała kwalifikacje na licznych kursach i szkoleniach. Jako najważniejsze wskazała:

- w latach 2007-2008 studia podyplomowe na Wydziale Organizacji i Zarządzania Politechniki Śląskiej w zakresie zarządzania jednostką ochrony zdrowia,
- w latach 2009-2010 studia podyplomowe na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Śląskiego w zakresie Prawa Gospodarczego i Handlowego,
- w 2011 r. uzyskanie dyplomu potwierdzającego złożenie z wynikiem pozytywnym egzaminu dla kandydatów na członków rad nadzorczych w spółkach Skarbu Państwa.

(dowód: akta kontroli str. 1014)

2.1.15. W latach 2005-2014 Szpital był kontrolowany m.in. przez: Opolskie Centrum Zdrowia Publicznego, OW NFZ, konsultantów wojewódzkich, Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Opolski Urząd Wojewódzki, Starostwo Powiatowe, Agencję Rezerw Materiałowych, NIK, Urząd Kontroli Skarbowej⁸³, WFOŚiGW, Powiatową Straż Pożarną, jednostki inspekcji sanitarnej, inspekcję budowlaną, inspekcję pracy, inspekcję ochrony środowiska, inspekcję farmaceutyczną.

Działania restrukturyzacyjne i inne działania mające na celu odwrócenie niekorzystnej sytuacji Szpitala były przedmiotem następujących kontroli:

- UKS (2006 r.), której przedmiotem była prawidłowość realizacji umowy zawartej pomiędzy Skarbem Państwa, reprezentowanym przez Ministra Finansów, a Bankiem Gospodarstwa Krajowego⁸⁴ w sprawie szczegółowych warunków podejmowania przez BGK czynności związanych z udzielaniem pożyczki oraz nadzorowaniem wykonania przez Szpital umowy o pożyczkę,
- NIK (2007 r.), której przedmiotem była Restrukturyzacja publicznych zakładów opieki zdrowotnej ze szczególnym uwzględnieniem wykorzystania pomocy publicznej,
- Starostwa Powiatowego w Strzelcach Opolskich (corocznie w latach 2005-2011 i w 2013 r.), których przedmiotem była gospodarka finansowa Szpitala, w tym wykorzystanie dotacji otrzymanych od organu założycielskiego,
- Opolskiego Centrum Zdrowia Publicznego (11 kontroli w latach 2005-2010), których przedmiotem była m.in. działalność ratownictwa medycznego (SOR i ZWRM),
- OW NFZ (25 kontroli w latach 2005-2014), których przedmiotem była prawidłowość rozliczania świadczeń zdrowotnych,
- WSSE (29 kontroli w latach 2005-2014), których przedmiotem był m.in. stan sanitarny otwieranych poradni i miejsc wyczekiwania ZWRM, celem wydania opinii wymaganej do rejestracji nowych komórek organizacyjnych w Rejestrze Wojewody,
- PIP (w latach 2009-2010 i w 2014 r.), których przedmiotem było zarządzanie zasobami ludzkimi oraz przestrzeganie przepisów BHP,
- WFOŚiGW (w 2012 r.), której przedmiotem była realizacja termomodernizacji budynku Szpitala w związku z udzieloną pożyczką,
- Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego (w 2012 r.), której przedmiotem była apteka szpitalna i gospodarka lekami.

W wyniku kontroli przeprowadzonej w okresie luty-marzec 2012 r. przez OW NFZ realizacja umowy w rodzaju ratownictwo medyczne została oceniona negatywnie, stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły m.in. wykorzystywania zespołów ratownictwa medycznego do transportu międzyszpitalnego, niezgodności pomiędzy

⁸³ Dalej: UKS.

⁸⁴ Dalej: BGK.

dokumentacją medyczną, a sprawozdawczością wprowadzaną do systemu OW NFZ, wykazaniu kierowcy ambulansu jako ratownika medycznego; Dyrektor OW NFZ na podstawie § 30 ust. 1 pkt 3 lit. a i lit. e *ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* nałożył na Szpital karę umowną w kwocie 54 091,87 zł z tytułu wykonania umowy niezgodnie z jej postanowieniami z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy. W wyniku pozostałych kontroli nie stwierdzono istotnych nieprawidłowości, a wydane zalecenia dotyczyły m.in. uruchomienia odrębnych dyżurów lekarskich na oddziałach i w SOR, opracowania norm pielęgniarских dla SOR, przestrzegania odpoczynków dobowych, budowy szatni dla pracowników.

Informacje o zaleceniach pokontrolnych i sposobie ich realizacji były rzetelnie i na bieżąco/terminowo przekazywane organowi prowadzącemu kontrolę oraz organowi założycielskiemu.

(dowód: akta kontroli str. 15, 117-119, 994-1001, 1132-1135, 1138-1140)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych na oddziałach: Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Wewnętrzny, Chirurgii Ogólnej, Dziecięcy, Noworodków, Bloku Operacyjnym, w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym i w Podstawowej Opiece Zdrowotnej Dyrektor Szpitala wprowadziła zarządzeniem nr 19/2014 z dnia 20 czerwca 2014 r. z mocą obowiązującą od tego dnia, tj. 80 dni po terminie, wynikającym z § 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 28 grudnia 2012 r. *w sprawie sposobu ustalenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami*⁸⁵, zgodnie z którym to przepisem minimalne normy ustalone przed dniem wejścia w życie tego rozporządzenia mogły być stosowane nie dłużej niż do dnia 31 marca 2014 r.

(dowód: akta kontroli str.491)

Stosownie do dyspozycji art. 50 ust. 1 ustawy *o działalności leczniczej* kierownik jednostki zobowiązany był określić minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Normy te winny być ustalone zgodnie z § 1 i § 2 rozporządzenia *w sprawie sposobu ustalenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami* i wprowadzone w życie najpóźniej z dniem 1 kwietnia 2014 r.

Dyrektor wyjaśniła, iż procedura opracowania norm trwała od września 2013 r. do czerwca 2014 r. z uwagi na brak jednoznacznego stanowiska organów opiniujących oraz brak jakichkolwiek wskazówek, co do poprawności ich obliczania. Po wprowadzeniu minimalnych norm na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym (w lutym 2014 r.) powołano zespół do obliczenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek w Szpitalu. W kwietniu 2014 r. wystosowano pisma do związku zawodowego pielęgniarek i położnych, ordynatorów oddziałów oraz Izby Pielęgniarek i Położnych, które pozostały bez odpowiedzi.

(dowód: akta kontroli str. 501-502)

2. Zgodnie z art. 18 ust. 1 i 1a oraz art. 20 ust. 1 ustawy *o systemie ubezpieczeń społecznych* art. 81 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*⁸⁶ podstawą wymiaru składek pracowników na ubezpieczenia społeczne i ubezpieczenia zdrowotne pracownika spzoz, wykonującego dodatkowo na rzecz pracodawcy pracę na podstawie finansowanej ze środków publicznych (w rozumieniu ustawy z 27 sierpnia 2004 r.

⁸⁵ Dz. U. z 2012 r., poz. 1545.

⁸⁶ Dz. U. z 2015 r., poz. 581 ze zm.

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 o działalności leczniczej i ustawie o zoz.

Jak ustalono, 28 lekarzy będących pracownikami Szpitala w latach 2010-2014 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 nie uwzględniono przychodów z ww. umów, co naruszało wskazane powyżej przepisy ww. ustaw. Skutkiem tej nieprawidłowości był brak obliczenia, rozliczenia i przekazania przez Szpital jako pracodawcę - płatnika wymaganych prawem składek od łącznej kwoty 8 273 669,39 zł.

(dowód: akta kontroli str. 945-950, 991-992, 1063a)

Przyczyny powstania nieprawidłowości Dyrektor wyjaśniła następująco: *umowy kontraktowe na realizację świadczeń opieki medycznej z lekarzami zatrudnionymi jednocześnie w Szpitalu na umowę o pracę zawierano z uwagi na brak odpowiedniej liczby lekarzy, która zapewniałaby całodobową opiekę lekarską, zarówno w czasie ordynacji jak i na dyżurach*⁸⁷. Umowy kontraktowe zawierały postanowienie, że przyjmujący zamówienie rozlicza się samodzielnie w zakresie należności podatkowych i składek na ubezpieczenia społeczne. Zawierając przedmiotowe umowy Szpital uwzględnił aktualne orzecznictwo Sądu Najwyższego w sprawie wykładni przepisów art. 8 ust.2a ustawy z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych⁸⁸ w związku z art. 35 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i art. 26 ustawy o działalności leczniczej.

W czasie zawierania przedmiotowych umów w orzecznictwie SN prezentowany był jednolity pogląd, że umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych zawierane z lekarzami w trybie określonym w w/w przepisach należą do umów nazwanych, do których nie stosuje się z mocy art.750 kc przepisów o zleceniu, a więc przyjmujący zamówienie lekarz nie jest pracownikiem w rozumieniu przepisu art. 8 ust. 2a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, co tym samym wyklucza zaliczenie przychodu z tytułu wykonania przedmiotowej umowy do podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne (wyroki SN z 10 grudnia 2004 r. III CK 134/04 i z 22 sierpnia 2013 r. II UK 16/13).

Dodatkowym argumentem przemawiającym za zawarciem umów z klauzulą o samodzielnym rozliczaniu składek na ubezpieczenie społeczne przez przyjmującego zamówienie była okoliczność, że udzielający świadczenia zdrowotne lekarze byli osobami prowadzącymi w tym zakresie działalność gospodarczą, a tym samym stanowili odrębną kategorię podmiotów objętych obowiązkowymi ubezpieczeniami społecznymi w rozumieniu przepisów w/w ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych.

Należy przy tym podkreślić, że zmiana stanowiska SN w sprawie wykładni w/w przepisów nastąpiła dopiero w orzeczeniach z 22 czerwca 2015 r. I UZ 3/15 oraz

⁸⁷ Lekarz dyżurujący z umowy o pracę zgodnie z Kodeksem pracy musi mieć tak ułożony grafik, aby zachować przewidziane prawem okresy odpoczynku. Lekarz kontraktowy ma wolne tylko po dyżurze. Lekarz z umowy o pracę nie jest w pracy, tzn. w czasie ordynacji: w dniu po dyżurze, po pracy w dniu wolnym, a po niedzieli i świętach przez 2 dni, bezpośrednio po niedzieli i dodatkowo w innym dniu. Dodatkowo w tygodniu musi przestrzegać 35 godzinnego odpoczynku, a jak nie podpisze klauzuli opt-out, to może pracować tylko średnio 48 godzin tygodniowo. W przypadku zmiany zasad zawierania umów z lekarzami pojawiają się powyższe problemy. Tylko na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym lekarze pracują w ramach umów o pracę.

⁸⁸ Dz.U. z 2015 r., poz.121 ze zm.

z 22 lipca 2015 r. I UZ 6/15. Nie mogły więc być one uwzględnione przez Szpital przy zawieraniu przedmiotowych umów w latach 2010-2014.

(dowód: akta kontroli str.1062-1063)

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 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 o zakładach opieki zdrowotnej.

3. Szpital w latach 2005-2008 i w 2010 r. nieterminowo regulował zobowiązania, co skutkowało zapłatą odsetek w kwocie 165,9 tys. zł, z tego 165,8 tys. zł w latach 2005-2009 i 0,1 tys. zł w 2011 r. Powyższe stanowiło naruszenie przepisów o finansach publicznych⁸⁹, zgodnie z którymi wydatki publiczne powinny być dokonywane w wysokości i terminach wynikających z wcześniej zaciągniętych zobowiązań.

(dowód: akta kontroli str. 342-344, 419, 927)

Główna Księgowa Szpitala oświadczyła, że Szpital zapłacił 165,1 tys. zł odsetek od nieterminowych płatności w latach 2005-2008 w związku z bardzo trudną sytuacją finansową Szpitala. Jeszcze w 2008 r. występowano do kontrahentów z prośbą o anulowanie odsetek ze względu na trudności finansowe, uzyskano zgodę na częściowe umorzenie odsetek pod warunkiem zapłaty pozostałej kwoty. Odsetki zapłacone w 2009 r. w kwocie 0,6 tys. zł dotyczyły zobowiązań zapłaconych po terminie w latach 2007-2008 oraz odsetek w kwocie 0,1 tys. zł zapłaconych do Ministerstwa Zdrowia z tytułu zwrotu zawyżonej kwoty refundacji wynagrodzeń lekarzy rezydentów⁹⁰. Pozostałe odsetki w kwocie 0,1 tys. zł dotyczyły zakupu materiałów medycznych dla Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej. Zobowiązanie zostało uregulowane przez Szpital w terminie wynikającym z zawartej umowy. Mimo to kontrahent naliczył odsetki na podstawie ustawy o terminach zapłaty w transakcjach handlowych. Powyższe koszty finansowe nie wynikały z winy pracowników Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 1141)

⁸⁹ Tj. art. 28 ust. 3 pkt 3 ustawy z dnia 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2003 r. Nr 15, poz. 148), art. 35 ust. 3 pkt 3 ustawy z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 249, poz. 2149 ze zm.) oraz art. 44 ust. 3 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2013 r., poz. 885 ze zm.).

⁹⁰ Zawyżono podstawę wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy. Przepisy o refundacji nie wskazywały na katalog składników wyłączonych z podstawy wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy. Zastosowano przepisy ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

2.2. Wpływ działań restrukturyzacyjnych na sytuację finansową

2.2.1. W strukturze aktywów trwałych, których wartość bilansowa wzrosła od 2005 r. z kwoty 9 036,9 tys. zł do 15 381,8 tys. zł⁹¹, na koniec 2014 r. najistotniejszą pozycję stanowiły środki trwałe (14 939,7 tys. zł), w tym budynki (10 810,8 tys. zł) oraz inne środki trwałe (2 545,7 tys. zł). W aktywach obrotowych, których stan na koniec 2014 r. wyniósł 6 539,4 tys. zł i był wyższy o 87,6 % od stanu na koniec 2005 r. (3 485,8 tys. zł), najistotniejszą pozycję wg stanu na 2014 r. stanowiły: należności (2 897,9 tys. zł) i inwestycje krótkoterminowe (2 559,9 tys. zł). Wzrost aktywów obrotowych wynikał w głównej mierze z wzrostu środków pieniężnych i należności. Stan środków pieniężnych i innych aktywów pieniężnych na koniec 2014 r. w kwocie 2 559,9 tys. zł zwiększył się w stosunku do stanu na koniec roku poprzedniego (2 251 tys. zł), co wynika m.in. ze zwiększenia sprzedaży świadczeń zdrowotnych w 2014 r.

W strukturze pasywów w kwocie 21 921,3 tys. zł (2014 r.) najistotniejszą pozycję stanowiły: kapitał własny (7 791,4 tys. zł), zobowiązania krótkoterminowe (4 976,6 tys. zł), rozliczenia międzyokresowe (7 361 tys. zł). Zobowiązania długoterminowe na koniec 2014 r. w kwocie 765,6 tys. zł wynikały z zaciągniętego kredytu w Banku Spółdzielczym w Leśnicy⁹². Zobowiązania z tytułu dostaw i usług na koniec 2014 r. wyniosły 4 976,6 tys. zł, (na koniec 2014 r. nie stwierdzono zobowiązań wymagalnych). W latach 2005 - 2008⁹³ i w 2010 r.⁹⁴ Szpital wykazywał stan zobowiązań wymagalnych, który mieścił się w przedziale od 635,9 tys. zł do 0,3 tys. zł⁹⁵. Zmniejszenie się stanu zobowiązań wymagalnych wynikało w głównej mierze z poprawy sytuacji finansowej Szpitala m.in. wskutek działań restrukturyzacyjnych, co pozwoliło na spłatę zobowiązań wymagalnych⁹⁶.

Analiza wybranych danych finansowych o stanie pasywów wskazuje, że w latach 2011-2014 Szpital wykazywał istotne rozliczenia międzyokresowe przychodów, które wynosiły: 5 058,4 tys. zł (2011 r.), 9 341,6 tys. zł (2012 r.), 8 374,4 tys. zł (2013 r.), 7 361 tys. zł (2014 r.). Wzrost rozliczeń międzyokresowych przychodów wynikał z zaliczenia do tych rozliczeń równowartości środków trwałych sfinansowanych z dotacji lub otrzymanych nieodpłatnie, które następnie miały zwiększać pozostałe przychody operacyjne równolegle do odpisów amortyzacyjnych od tych środków trwałych. Powyższe wynikało z zastąpienia regulacji szczególnych zawartych w art. 57 ustawy o zoz, regulacjami ogólnymi wynikającymi z treści art. 41 ust. 1 pkt 2 i ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości⁹⁷, a intencją tych zmian było przyczynienie się do braku generowania strat bilansowych samodzielnych publicznych zoz spowodowanych zdarzeniami gospodarczymi wynikającymi w szczególności, z nieodpłatnego przyjęcia środków trwałych.

(dowód: akta kontroli str. 6,312-365, 367-368, 387-396, 823-869, 1064-1129)

W analizie wybranych danych finansowych o przychodach Szpitala istotnym jest odnotowany wzrost o 104,3% przychodów ze sprzedaży świadczeń zdrowotnych, które z kwoty 18 967,5 tys. zł w 2005 r. wzrosły do 38 757,6 tys. zł w 2014 r. Wzrost ten spowodowany był w szczególności wzrostem przychodów z NFZ wskutek wyższych kontraktów zrealizowanych m.in. na oddziałach: ZWRM (z 2 143,9 tys. zł.

⁹¹ W 2014 r. w strukturze aktywów trwałych ujęto, m.in. – modernizację: Oddziału Ginekologicznego (110,2 tys. zł), Anestezjologii i Intensywnej Terapii (33,5 tys. zł), instalacji solarnej (30,1 tys. zł), zakup zestawu do gastrokopii (74,9 tys. zł), diatermii endoskopowej Endo (38,6 tys. zł).

⁹² Poręczenie Powiatu Strzeleckiego w formie weksla „in blanco”.

⁹³ 635,9 tys. zł w 2005 r., 393,5 tys. zł w 2006 r., 7,9 tys. zł w 2007 r., 0,3 tys. zł. w 2008 r.

⁹⁴ 1,1 tys. zł w 2010 r.

⁹⁵ Szczegółowo opisane w pkt 2.1.5 wystąpienia.

⁹⁶ Szczegółowo opisane w pkt 2.1.3. wystąpienia.

⁹⁷ Dz. U. z 2013 r. poz. 330 ze zm.

do 7 041,3 tys.zł), SOR (z 774,3 tys.zł do 3 459,6 tys.zł), Pediatricznym (z 985,3 tys.zł do 2 276,6 tys.zł).

(dowód: akta kontroli str.7,14, 90, 210, 823-869, 1064-1129)

W 2008 r. odnotowano korektę przychodów ze sprzedaży o zmianę stanu produktów w kwocie (-1 001,1 tys. zł). Dyrektor Szpitala wyjaśniła: kwota (-) 1 001,1 tys. zł widniejąca w *Rachunku zysków i strat* za 2008 r. to zmiany stanu rozliczeń międzyokresowych biernych (986,2 tys. zł) i czynnych (15 tys. zł). Rozliczenia międzyokresowe bierne⁹⁸ to utworzona rezerwa na zobowiązania z tytułu wynagrodzeń w wysokości 745,5 tys. zł, zgodnie z art. 59 a o zoz oraz utworzona rezerwa na świadczenia pracownicze, w tym świadczenia na nagrody jubileuszowe i odprawy emerytalne w wysokości 967,6 tys. zł, z czego kwotę 726,9 tys. zł zaewidencjonowano na koncie „rozliczenie wyniku finansowego lat ubiegłych” jako błąd podstawowy⁹⁹.

(dowód: akta kontroli str. 14, 908,1002-1008)

Pozostałe przychody operacyjne Szpitala kształtowały się na poziomie od 486,6 tys. zł (2005 r.) do 2 021 tys. zł (2014 r.). W latach 2012 - 2014 pozostałe przychody operacyjne zwiększyły się o równowartość odpisów amortyzacyjnych środków trwałych sfinansowanych z dotacji lub otrzymanych nieodpłatnie¹⁰⁰. Istotną pozycją pozostałych przychodów operacyjnych były również: dotacje w kwocie 74,3 tys. zł (2012 r.) oraz inne przychody (w kwotach odpowiednio: 529,3 tys. zł, 548,8 tys. zł i 906,1 tys. zł), które w 2014 r. dotyczyły m. in. refundacji wynagrodzeń rezydentów (458,8 tys. zł) oraz odszkodowania z PZU za poniesione koszty naprawy aparatu RTG (265 tys. zł).

Przychody finansowe Szpitala w latach 2005 - 2014¹⁰¹ kształtowały się na poziomie 42,5 tys. zł w 2005 r. i 27,2 tys. zł (w 2014 r.) i nie miały istotnego udziału w jego przychodach.

(dowód: akta kontroli str.14)

Koszty wynagrodzeń osobowych wyniosły 8 538,5 tys. zł w 2005 r. (przy średnim zatrudnieniu 332,60) i wzrosły do 17 711,5 tys. zł w 2014 r. (przy średnim zatrudnieniu 387,44)¹⁰².

Przeciętne wynagrodzenie w ciągu dziewięciu lat wzrosło o 78,6% (z kwoty 1 792,76 zł do 3 201,23 zł), przy czym najbardziej wzrosły wynagrodzenia w grupie wyższy personel medyczny¹⁰³ (o 117,8%), a najmniej w grupie personel pomocniczy i pracownicy obsługi¹⁰⁴ (kolejno o 60,7 % i 57,8%). Koszty wynagrodzeń osobowych z pochodnymi stanowiły w 2005 r. 44,6% kosztów podstawowej działalności operacyjnej, a ich udział spadł w roku 2014 r. do 43,3%, na co najistotniejszy wpływ miały zawierane z lekarzami umowy (tzw. kontrakty).

Istotną pozycją kosztów podstawowej działalności operacyjnej były usługi obce, które w 2005 r. wyniosły 4 259,1 tys. zł i rosły w badanym okresie osiągając w 2014 r. poziom 11 137,4 tys. zł (wzrost o 161,5%). Główną przyczyną tego

⁹⁸ Stan na 31 grudnia 2008 r. = -745.483,23 zł – 240.669,00 zł = -986.152,23 zł. Wyliczenie: 967.607,00-726.938,00 =240.669,00.

⁹⁹ Pozycja w Bilansie – strata z lat ubiegłych (-726.938,00).

¹⁰⁰ Odpisy amortyzacyjne sfinansowane dotacjami: 1 060,6 tys. zł (w 2012 r.), 1 174,4 tys. zł (w 2013 r.), 1 114,9 tys. zł (w 2014 r.).

¹⁰¹ Najwyższa kwota przychodów finansowych 75,1 tys. zł w 2007 r., najniższa 27,2 tys. zł (w 2013 r. i 2014 r.).

¹⁰² Koszty wynagrodzeń bezosobowych z pochodnymi wyniosły: 183,7 tys. zł w 2005 r. i wzrosły do 440,7 tys. zł w 2014 r.

¹⁰³ W 2005 r. – średnia na etat wynosiła 2 802,13 zł , w 2014 r. średnia na etat wynosiła: 6 102,33 zł

¹⁰⁴ W 2005 r. personel pomocniczy – średnia na etat wynosiła 1 270,85 zł , a dla pracowników obsługi 1 198,22 zł, w 2014 r. personel pomocniczy – średnia na etat wynosiła 2 042,53 zł, a dla pracowników obsługi 1 890,90 zł.

wzrostu był wzrost przychodów ogółem, związany z realizacją świadczeń zdrowotnych, w tym m.in. z rozszerzeniem realizacji świadczeń transportu medycznego o powiat krapkowicki, większym wykorzystaniem Bloku Operacyjnego. Koszty te wiązały się z większą liczbą wykonywanych badań diagnostycznych, obrazowych, konsultacji lekarskich, a także z konserwacją i naprawą sprzętu, wywozem odpadów medycznych, usług pralniczych.

Koszty wynagrodzeń z pochodnymi i koszty kontraktów zawieranych z personelem medycznym w latach 2010-2014 były najistotniejszymi kosztami podstawowej działalności operacyjnej, gdyż wynosiły od 58 % (2010 r.) do 53% (2014 r.) kosztów ogółem.

Pozostałe koszty operacyjne Szpitala kształtowały się na poziomie od 76,2 tys. zł (2013 r.) do 696,1 tys. zł (2007 r.)¹⁰⁵. Istotną pozycją pozostałych kosztów operacyjnych w 2007 r. był m.in. koszt zakupu szczepionki przeciw posocznicy meningokokowej (379,4 tys. zł) oraz rezerwa na dodatkowe wynagrodzenia (161 tys. zł).

Koszty finansowe kształtowały się na poziomie od 208,4 tys. zł (2005 r.) do 1,2 tys. zł (2010 r.). W 2005 r. koszty finansowe dotyczyły zapłaconych odsetek w kwocie 107,9 tys. zł, m.in. od kredytów i pożyczek, od zobowiązań z tytułu wynagrodzeń oraz naliczonych odsetek w kwocie 88,9 tys. zł, m.in. od zobowiązań wobec kontrahentów i PFRON.

(dowód: akta kontroli str. 823-869, 860, 927, 1064-1129, 1124, 1130, 1131)

W 2011 r. wystąpiła sytuacja, że dynamika wzrostu kosztów działalności operacyjnej (7%) była wyższa od dynamiki wzrostu przychodów (5%), przychody wzrosły bowiem o 1 715,1 tys. zł, a koszty o 2 393,7 tys. zł. Wzrost kosztów dotyczył w szczególności kosztów udzielonych świadczeń zdrowotnych (wzrost o 2 239,4 tys. zł).

(dowód: akta kontroli str. 7, 927)

Zdaniem Dyrektora Szpitala przyczynami niekorzystnej sytuacji finansowej w 2011 r. były m.in.: wzrost przychodów i kosztów spowodowany realizacją programu lekowego na Oddziale Pediatrycznym oraz wzrost przychodów na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii (program lekowy wzrósł o 833 tys. zł), wzrost kosztów z tytułu odpraw i nagród jubileuszowych (o ok. 160 tys. zł), wzrost podatku VAT (o ok. 90 tys. zł), dodatkowy kontrakt z Oddziałem NFZ (od drugiego półrocza 2011 r.) na ZWRM dla powiatu krapkowickiego, co w całym roku skutkowało większymi kosztami, niż przychodami, zmniejszenie przychodów z uwagi na obniżenie kontraktu na SOR (o około 400 tys. zł). Dyrektor w wyjaśnieniu wskazała, iż sytuacja finansowa Szpitala poprawiła się od 2012 r.

(dowód: akta kontroli str. 908, 1002-1008)

W latach 2005-2006 i w latach 2008-2009 Szpital uzyskiwał dodatni wynik na sprzedaży¹⁰⁶, w 2007 r. i począwszy od 2010 r. wynik na sprzedaży był ujemny od 188,7 tys. zł do 1 687,6 tys. zł. Wynik na działalności operacyjnej Szpitala (EBIT¹⁰⁷) w latach 2005-2006, 2008-2010 i 2012-2013 był dodatni i mieścił się w przedziale od 9,3 tys. zł w 2010 r. do 514,8 tys. zł w 2008 r., natomiast w latach 2007, 2011 i 2014 był ujemny w przedziale od 74,6 tys. zł (w 2007 r.) do 1 236,8 tys. zł (w 2011 r.). Wynik ten powiększony o amortyzację tylko w 2011 r. był ujemny (-78,3 tys. zł), w pozostałych latach był dodatni od 958,4 tys. zł w 2007 r. do 2 048,6 tys. zł w 2013 r. Istotna poprawa wyniku na działalności operacyjnej w 2012 r. w stosunku do roku

¹⁰⁵ W 2005 r. – 118,3 tys. zł, w 2014 r. – 414,6 tys. zł.

¹⁰⁶ 133,4 tys. zł, 107,1 tys. zł, 283,6 tys. zł i 447,3 tys. zł.

¹⁰⁷ Earnings Before Interest and Taxes – zysk przed odsetkami (koszty finansowe pomniejszone o przychody finansowe) i podatkami.

poprzedniego (tj. z kwoty - 78,3 tys. zł do 2 004,9 tys. zł) wynikała w szczególności z opisanych wcześniej zmian sposobu ujmowania w ewidencji księgowej zdarzeń gospodarczych polegających na otrzymaniu dotacji na zakup środków trwałych lub nieodpłatnym otrzymaniu środków trwałych i zwiększeniu pozostałych przychodów operacyjnych równolegle do odpisów amortyzacyjnych od tych środków trwałych.

Wynik z działalności gospodarczej w latach 2005-2006, 2008 -2010 i 2012-2013 był dodatni i mieścił się w przedziale od 74 tys. zł (2010 r.) do 539,1 tys. zł (2008 r.). Na wynik ten wpływały w szczególności malejące od 2005 r. koszty finansowe i komornicze, które zmniejszyły się z kwoty 208,4 tys. zł w 2005 r. do kwoty 1,2 tys. zł w 2010 r. Przyczyną tych pozytywnych zmian był w szczególności wzrost przychodów z NFZ oraz poprawa płynności finansowej Szpitala związana z uzyskaną pomocą finansową umożliwiającą bieżące regulowanie zobowiązań, co skutkowało zmniejszającą się kwotą odsetek z tytułu nieterminowej spłaty zobowiązań.

W latach 2005-2008 istotny wpływ na wynik bilansowy miały straty i zyski nadzwyczajne związane z realizacją restrukturyzacji prowadzonej na podstawie ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej. W okresie tym jako zyski nadzwyczajne w kwocie łącznej 2 469,1 tys. zł (2007 r.) ujęto umorzoną przez BGK pożyczkę restrukturyzacyjną oraz umorzone odsetki od zobowiązań publicznoprawnych, natomiast jako straty nadzwyczajne w latach 2005 - 2008: 21 tys. zł (2005 r.), 87,7 tys. zł (2006 r.) i 85,3 tys. zł (2007 r.) ujęto straty związane z restrukturyzacją Szpitala¹⁰⁸.

W latach 2005-2010 i w latach 2012-2013 wynik finansowy netto Szpitala był dodatni (w przedziale od 109,5 tys. zł w 2013 r. do 2 744,5 tys. zł w 2007 r.), a w 2011 r. i 2014 r. wynik ten był ujemny (w 2011 r. -1 230,0 tys. zł, w 2014 r. -99,9 tys. zł).

Uzyskane wyniki finansowe Szpitala wskazują, iż prowadzone działania restrukturyzacyjne, ujęte w Programie restrukturyzacji, jak też podejmowane w następnych okresach spowodowały częściową poprawę wyników Szpitala począwszy od 2005 r. Najważniejszy wpływ na poprawę wyniku finansowego netto Szpitala miała m.in. spłata zadłużenia w 2005 r. oraz poprawa wyniku na sprzedaży świadczeń zdrowotnych. Sytuacja finansowa Szpitala pogorszyła się w 2011 r. i do końca 2014 r. nie uległaby poprawie, biorąc pod uwagę zmianę zasad rachunkowości począwszy od 2012 r.¹⁰⁹ (wynik finansowy z lat 2012, 2013, 2014 byłby niższy odpowiednio o: 1 060 tys. zł, 1 174 tys. zł, 1 114 tys. zł).

(dowód: akta kontroli str. 7,14, 927, 823-869, 1064-1129)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, iż: *Główną przyczyną pogarszania się wyniku finansowego po roku 2011 są wysokie koszty amortyzacji i wzrost kosztów na oddziałach szpitalnych związanych ze spełnianiem standardów leczenia, w tym utrzymania aparatury medycznej. W związku ze zmianą zasad księgowania łączne wyniki finansowe po roku 2011 polepszyły się ze względu na odpisy równoważące koszty amortyzacji. (...) Gdyby koszty amortyzacji nie rosły, a utrzymywałyby się na stałym poziomie, z roku 2011 lub 2010, wynik finansowy od roku 2011 polepszałby się. Wysokie koszty amortyzacji są wynikiem działań inwestycyjnych realizowanych w latach 2009- 2013. Sytuacja finansowa pogarsza się na oddziałach szpitalnych. Ich straty rosną. Oddziały te w przedmiotowym ujęciu są w największym stopniu, w porównaniu do innych ośrodków kosztów, obciążone kosztami amortyzacji. (...)*

¹⁰⁸ Kwoty te dotyczyły głównie odsetek od pożyczki restrukturyzacyjnej (17,8 tys. zł. w 2005 r., 77,8 tys. zł w 2006 r. 65 tys. zł. w 2007 r.).

¹⁰⁹ Zastąpienia regulacji szczególnych zawartych w art. 57 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, regulacjami ogólnymi wynikającymi z treści art. 41 ust.1 pkt 2 i ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości, a intencją tych zmian było przyczynienie się do braku generowania strat bilansowych spoz spowodowanych zdarzeniami gospodarczymi wynikającymi w szczególności, z nieodpłatnego przyjęcia środków trwałych.

Straty generowane przez oddziały wynikają przede wszystkim z kosztów dodatkowego dyżuru anestezyjologicznego od roku 2012 (koszt około 400 000,00zł/rok), większymi kosztami dyżuru na oddziale dziecięcym, (w związku z zaprzestaniem łączenia dyżurów przez lekarza na oddziale dziecięcym i POZ dla dzieci), większymi kosztami godzin nadliczbowych pielęgniarek i położnych, spowodowanymi większą absencją chorobową, większymi kosztami obsługi serwisowej aparatury medycznej oraz systemu informatycznego, oraz większymi kosztami z tytułu wywozu odpadów niebezpiecznych, a także większymi kosztami badań diagnostycznych, takich jak: badania mikrobiologiczne, TK oraz badań laboratoryjnych, podwyżek dla pielęgniarek i położnych w roku 2014. Faktyczna przyczyna strat to nieprawidłowa wycena świadczeń zdrowotnych. Uważamy, iż poprzez księgowanie amortyzacji równoległe do przychodów urealnia się wynik finansowy Szpitala. Pozyskując większe środki na inwestycje i równocześnie księgując je na fundusz tworzący (założycielski), szpital ponosiłby z tytułu kosztów amortyzacji coraz to większe straty.

(dowód: akta kontroli str. 908,1002-1008)

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

- wskaźnik bieżącej płynności, informujący o możliwości spłaty zobowiązań bieżących w przypadku, gdyby stały się natychmiast wymagalne w latach 2005-2014 wyniósł od 0,75 do 1,69.¹¹⁰ W latach 2007-2014 wskaźnik przyjął prawidłową wartość od 1,2 do 1,69 (2009 r.), wcześniej, tj. w latach 2005-2006 wartość wskaźnika wynosiła kolejno: 0,75 do 1,03, co oznaczało zagrożenie utraty przez Szpital zdolności do regulowania bieżących zobowiązań,
- wskaźnik szybkiej płynności, umożliwiający ocenę zdolności Szpitala do terminowego regulowania bieżących zobowiązań w latach 2005-2014 wyniósł od 0,68 do 1,48.¹¹¹ W latach 2006-2014 wskaźnik przyjął prawidłową wartość od 0,9 do 1,48¹¹² (w 2005 roku wartość wskaźnika była niższa niż 0,9 i wynosiła 0,68, co oznaczało zagrożenie utraty przez Szpital w ww. roku zdolności do terminowego regulowania bieżących zobowiązań),
- wskaźnik wypłacalności, wskazujący, ile razy zobowiązania przekraczają kapitał własny, osiągnął pożądany poziom 0,5 w latach 2008, 2009 i 2010.¹¹³ W latach 2005-2014 wskaźnik ten nie przekroczył wartości 4, co oznacza, że Szpital nie utracił w tych latach zdolności do regulowania zobowiązań,
- wskaźnik rotacji należności w latach 2005-2014 mieścił się w przedziale od 37 dni (2005 r.) do 30 dni (2014 r.), co oznacza jego prawidłową wartość i umożliwia pozytywną ocenę głównego płatnika-NFZ,
- wskaźnik rotacji zobowiązań w latach 2005-2014¹¹⁴ mieścił się w przedziale od 30 dni (2005 r.) do 22 dni (2009 r.), a w 2014 r. osiągnął poziom 25 dni, co potwierdza poprawę sytuacji płatniczej Szpitala w tym okresie,

¹¹⁰ Poziom wskaźników w poszczególnych latach wynosił: 0,75 w 2005 r., 1,03 w 2006 r., 1,18 w 2007 r., 1,66 w 2008 r., 1,69 w 2009 r., 1,55 w 2010 r., 1,30 w 2011 r., 1,28 w 2012 r., 1,43 w 2013 r., 1,31 w 2014 r.

¹¹¹ Poziom wskaźników w poszczególnych latach wynosił: 0,68 w 2005 r., 0,92 w 2006 r., 1,05 w 2007 r., 1,48 w 2008 r., 1,53 w 2009 r., 1,37 w 2010 r., 1,12 w 2011 r., 1,09 w 2012 r., 1,23 w 2013 r., 1,10 w 2014 r.

¹¹² Wartość optymalna: 0,9-1,3.

¹¹³ W pozostałych latach wskaźnik ten wynosił: 1,87 w 2005 r., 1,06 w 2006 r., 0,43 w 2007 r., 0,68 w 2011 r., 1,09 w 2012 r., 1,02 w 2013 r., 0,87 w 2014 r.

¹¹⁴ 2005 r. – 30 dni, 2006 r. – 28 dni, 2007 r. – 25 dni, 2008 r. – 22 dni, 2009 r. – 22 dni, 2010 r. – 24 dni, 2011 r. – 23 dni, 2012 r. – 24 dni, 2013 r. – 25 dni, 2014 r. – 25 dni.

- wskaźnik rotacji zapasów w latach 2005-2014 mieścił się w przedziale od 6 (2005 r.) do 9 dni (2014 r.), 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 w latach od 2005 do 2010 oraz w 2012 r. i 2013 r.¹¹⁵, jedynie w latach 2011 i 2014 kształtował się na poziomie poniżej 0%,
- wskaźnik ogólnego zadłużenia, informujący o stopniu finansowania aktywów kapitałami obcymi przyjął pożądany poziom do 60% w latach 2006-2014¹¹⁶. Jedynie w 2005 r. wskaźnik ten wyniósł 64,23 %, co oznaczało obniżoną wiarygodność Szpitala wobec instytucji finansowych.

Kształtowanie się w wyżej wskazany sposób wskaźników ekonomicznych charakteryzujących sytuację majątkową i finansową Szpitala wskazuje na uzyskanie poprawy sytuacji finansowej Szpitala w stosunku do roku 2005, w szczególności dzięki restrukturyzacji finansowej. Wskaźniki informujące o płynności finansowej Szpitala w latach 2005-2014 utrzymywały się na poziomie oznaczającym przywrócenie i utrzymanie w długim okresie czasu zdolności Szpitala do terminowego regulowania zobowiązań. Zdolność jednostki do kontynuowania działalności w badanym okresie nie była zagrożona¹¹⁷.

(dowód: akta kontroli str. 959, 823-869, 1064-1129)

2.2.3. Szpital monitorował wpływ działań restrukturyzacyjnych na dostępność do świadczeń zdrowotnych dla pacjentów, sporządzając m.in.: miesięczne i roczne analizy obejmujące w szczególności: - sprawozdania i analizy (dla Zarządu Powiatu Strzeleckiego) z wykonania przychodów i kosztów oraz wynik finansowy w szczególności kontraktu z Opolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia, - informacje o działalności Szpitala sporządzane dla organu założycielskiego.

(dowód: akta kontroli str. 870-878, 879-907)

W latach 2010-2014, wg stanu na ostatni dzień roku na listach osób oczekujących na przyjęcie w trybie pilnym stwierdzono, tylko jeden przypadek, w którym pacjent przyjmowany w trybie pilnym w 2013 r. musiał czekać na przyjęcie do Oddziału Chirurgii Ogólnej (średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia w trybie pilnym na tym oddziale wynosił 0 dni).

W przypadkach stabilnych na oddziałach: Pediatrycznym, Ginekologiczno-Położniczym i Noworodkowym na ostatni dzień 2010 r. nie było osób oczekujących, podobnie jak na ostatni dzień 2014 r. Na innych oddziałach dostępność świadczeń zdrowotnych dla pacjenta w przypadkach stabilnych przedstawiała się następująco:

- na Oddziale Chirurgii Ogólnej liczba osób oczekujących wg stanu na ostatni dzień 2014 r. wynosiła 113 i zwiększyła się w stosunku do liczby oczekujących wg stanu na ostatni dzień 2010 r. (o 91 osoby). Średni czas oczekiwania wyniósł odpowiednio 36 dni (2010 r.) i 40 dni (2014 r.),
- na Oddziale Chorób Wewnętrznych liczba osób oczekujących wg stanu na ostatni dzień 2014 r. wynosiła 15 i zwiększyła się w stosunku do liczby oczekujących wg

¹¹⁵ 1,62% w 2005 r., 0,75% w 2006 r., 11,31% w 2007 r., 1,89% w 2008 r., 1,64% w 2009 r., 0,12% w 2010 r., 0,72% w 2012 r., 0,27% w 2013 r.

¹¹⁶ 51,43% w 2006 r., 30,87% w 2007 r., 38,17% w 2008 r., 34,39% w 2009 r., 30,75% w 2010 r., 31,70% w 2011 r., 31,72% w 2012 r., 31,83% w 2013 r., 30,93% w 2014 r.

¹¹⁷ W 2014 r. wskaźnik finansowania aktywów trwałych kapitałem własnym i rezerwami długoterminowymi w porównaniu do roku 2011 r. uległ obniżeniu na skutek zmniejszenia funduszu własnego, głównie z powodu księgowania dotacji na rozliczenia między okresowe i przeniesienia z funduszu założycielskiego otrzymanych dotacji do wysokości niezamortyzowanej wartości środków trwałych na rozliczenia międzyokresowe przychodów.

stanu na ostatni dzień 2010 r. (o 9 osób). Średni czas oczekiwania wynosił odpowiednio 15 dni (2010 r.) i 14 dni (2014 r.).

(dowód: akta kontroli str. 9-11)

Dyrektor wyjaśniła, iż *większy średni czas oczekiwania na oddziale chirurgii w ostatnim dniu roku 2014 w porównaniu do czas oczekiwania ostatniego dnia roku 2010, a także większa liczba pacjentów oczekujących w ostatnim dniu roku 2014 w porównaniu do czas oczekiwania ostatniego dnia roku 2010 nie wynikała z prowadzenia działań restrukturyzacyjnych. Co do zasady pacjenci nie oczekują na przyjęcie do oddziału chirurgii. Pacjenci sami ustalają dogodny termin operacji zwłaszcza operacji żyłaków kończyn dolnych, których oddział wykonuje dużo. Np. pacjent ma wykonaną operację jednej nogi i ustala automatycznie datę następnej operacji. Lekarz może wymagać od pacjenta wykonania odpowiednich badań lub wyniki badań sugerują konieczność przejściowego leczenia przed operacją i także wydłużyć czas oczekiwania.*

(dowód: akta kontroli str. 908, 1002-1008)

Wprowadzone działania restrukturyzacyjne¹¹⁸ skutkowały rozszerzeniem zakresu udzielanych w Szpitalu świadczeń opieki zdrowotnej w następujących obszarach:

- Oddział Ginekologiczno-Położniczy, wprowadzenie w 2008 r. drugiego stopnia referencyjności, umożliwiło wykonywanie dodatkowych procedur¹¹⁹. W pionie ginekologiczno-położniczym dotyczyło to przede wszystkim: leczenia patologii ciąży lub porodu oraz patologii ciąży i porodu. Dodatkowo Oddział Noworodków z drugim stopniem referencyjności świadczył dodatkowo usługi w zakresie noworodków powyżej 34 tygodnia ciąży i 1500 gram wagi. Liczba urodzeń około 1 tys. na rok dała Szpitalowi (według stanu na 2014 r.) drugie miejsce pod względem liczby urodzeń w województwie opolskim i pierwsze w zakresie szpitali powiatowych (aż 40% wszystkich urodzeń dotyczyło kobiet spoza powiatu strzeleckiego),
- ZWRM, poprzez rozszerzenie obszaru realizacji świadczeń transportu medycznego od lipca 2011 r. o powiat krapkowicki,
- ponownie uruchomionej Poradni Endokrynologicznej.

Zachowano wszystkie działające od 2005 r. oddziały szpitalne.

(dowód: akta kontroli str. 252-262)

W dokumencie pn. *Strategia na lata 2015-2020* (opracowanym 12 listopada 2014 r. na podstawie danych z działalności Szpitala w latach 2006-2014) przyjęto, iż celem strategicznym jest skoncentrowanie działań w sektorze tych usług zdrowotnych, w których występuje konkurencja między szpitalami, tj. w opiece okołoporodowej oraz leczeniu zabiegowym. W pierwszym zakresie Szpital jest liderem, natomiast w drugim wskaźniki udziału Szpitala w leczeniu ogólnym i zabiegowym w województwie opolskim pokazują niższy udział Szpitala w realizacji zabiegów operacyjnych w stosunku do udziału w leczeniu ogólnym. W dokumencie tym wymieniono: cele strategiczne¹²⁰, perspektywy (finansową, rozwoju, procesów, klienta) oraz wskazano mierniki realizacji celów, czynniki przyszłego sukcesu i planowane inicjatywy.

W ww. Strategii przyjęto m.in., iż wymienione w nim działania strategiczne uwzględnione zostaną w *planach rocznych Szpitala, planach: operacyjnym, finansowym, inwestycyjnym, remontów i zakupów*. Zaplanowano, iż raz na pół roku nastąpi przegląd realizacji tych działań, uzyskanych efektów (analiza mierników),

¹¹⁸ Szczegółowo opisane na stronach 4-6 wystąpienia.

¹¹⁹ Spełnienie drugiego stopnia referencyjności związane było przede wszystkim ze zwiększeniem zasobów kadrowych.

¹²⁰ Cel 1 – Utrzymanie lidera na rynku świadczeń zdrowotnych szpitali powiatowych województwa opolskiego w zakresie liczby urodzeń, Cel 2 – Zwiększenie liczby zabiegów operacyjnych.

omówione zostaną zaistniałe problemy i wytyczone działania korygujące oraz raz w roku zostanie przeprowadzona analiza założeń i wyznaczonych celów pod kątem ewentualnych zmian.

(dowód: akta kontroli str.513-588)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

Szpital zrealizował w pełni osiem z 13 zaplanowanych w Programie działań restrukturyzacyjnych, częściowo zrealizował jedno i kontynuował realizację czterech działań o charakterze ciągłym. Ponadto w latach 2008-2014 Szpital zrealizował osiem działań podjętych poza Programem, których realizację poprzedzono rzetelnymi analizami. Wszystkie realizowane działania restrukturyzacyjne zostały przeprowadzone w sposób prawidłowy, a Dyrekcja Szpitala monitorowała wskaźniki osiągnięcia celów poszczególnych działań.

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹²¹, wnosi o 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.

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 wniosku pokontrolnego 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

Kontroler
Elżbieta Mularczyk-Malec
Główny specjalista k.p.

.....
podpis

.....
podpis

¹²¹ Dz. U. z 2015 r., poz. 1096