



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura we Wrocławiu

LWR.410.024.03.2015

P/15/092

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura we Wrocławiu

ul. Marszałka J. Piłsudskiego 15/17, 50-044 Wrocław

T +48 71 711 83 00, F +48 71 711 83 50

lwr@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 we Wrocławiu
Kontrolerzy	1. Maria Ossowska, gł. specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr 96723 z dnia 10 września 2015 r. 2. Mirosław Perłowski, gł. specjalista k.p. upoważnienie do kontroli nr 96746 z dnia 20 października 2015 r. (dowód: akta kontroli str.1-4)
Jednostka kontrolowana	Zespół Opieki Zdrowotnej w Oławie, ul. Baczyńskiego 1, 55-200 Oława (dalej: „ZOZ” lub „Szpital”).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Andrzej Dronsejko – Dyrektor Zespołu Opieki Zdrowotnej w Oławie ¹ (dalej: „Dyrektor Szpitala”, lub „Dyrektor ZOZ”). (dowód: akta kontroli str.5-6)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia² negatywnie: [1] brak zaplanowania i podjęcia działań restrukturyzacyjnych/naprawczych Szpitala, pomimo jego pogarszającej się sytuacji ekonomicznej, szczególnie w zakresie generowania straty na działalności podstawowej w latach 2010-2014, [2] dopuszczenie do zapłacenia odsetek od nieterminowego regulowania zobowiązań, [3] brak określenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych przez Dyrektora Szpitala, [4] brak korygowania sprawozdań Rb-Z za IV kwartał z lat 2010-2014 po ich sporządzeniu, mimo prawidłowo dokonanych zmian w tym zakresie w ewidencji księgowej, [5] nieprzewodzenie dla oddziałów: wewnętrznego, chirurgii ogólnej i ginekologii w latach 2010-2013, a dla oddziału laryngologii w latach 2010-2012, list oczekujących na świadczenia medyczne w formie umożliwiającej aktualne określenie ich liczby i średniego czasu oczekiwania. Najwyższa Izba Kontroli zwraca również uwagę na brak trwałej poprawy sytuacji finansowej Szpitala po przeprowadzonej w latach 2005-2007 restrukturyzacji oraz dokonanie wyceny zobowiązań wymagalnych Szpitala na dzień bilansowy bez odsetek należnych wierzycielom za nieterminowe ich regulowanie.

W ocenie NIK, w sytuacji utrzymującego się w Szpitalu ujemnego wyniku na sprzedaży oraz występowania zobowiązań wymagalnych, zasadne jest podjęcie działań naprawczych – restrukturyzacyjnych w celu zahamowania negatywnej tendencji w tym zakresie, zaplanowanych w oparciu o przeprowadzenie rzetelnej analizy istniejących możliwości.

¹ Od dnia 4 lutego 2003 r. i nadal.

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

Na pozytywną ocenę zasługuje: [1] przygotowanie i przeprowadzenie restrukturyzacji finansowej Szpitala w latach 2005-2007, w wyniku której zostały osiągnięte wszystkie założone cele, w tym spłata wszystkich zobowiązań, [2] przeprowadzenie w latach 2013-2014 termomodernizacji budynku Szpitala i modernizacji kotłowni, co przyczyniło się do zmniejszenia kosztów zużycia energii, [3] rzetelne informowanie organu założycielskiego o postępach w przeprowadzanej restrukturyzacji oraz o sytuacji ekonomicznej Szpitala.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Przygotowanie działań restrukturyzacyjnych przez Szpital

Opis stanu
faktycznego

1.1. W badanym okresie ZOZ udzielał świadczenia zdrowotne w ramach: 11 oddziałów szpitalnych: - pediatrycznego, - szpitalnego oddziału ratunkowego³ (poprzednio izby przyjęć), - gastroenterologicznego, - chorób wewnętrznych, ginekologicznego, - położniczego, - chirurgii ogólnej, ortopedycznego⁴, - chirurgii naczyniowej, - neonatologicznego, laryngologicznego; 19 poradni: - gastroenterologicznej⁵, - kardiologicznej, - dermatologii i wenerologii, - ortopedycznej, - laryngologicznej, - alergologicznej, - chirurgii ogólnej, - ginekologiczno-położniczej, - okulistycznej, - neurologicznej, - onkologicznej, - urologicznej, - chorób naczyń, - gruźlicy i chorób płuc, - psychiatrycznej, - rehabilitacji, - medycyny paliatywnej, - medycyny pracy i przychodni sportowej⁶, zakładu-opiekuńczo leczniczego⁷, hospicjum⁸, pracowni rehabilitacji, pracowni endoskopowej, podstawowej opieki zdrowotnej⁹ oraz nocnej i świątecznej opieki medycznej¹⁰. Najwyższy stopień wykorzystania łóżek wystąpił w 2009 r. – 136% i w 2010 r. 117%¹¹ na oddziale chirurgii naczyniowej (pięciolóżkowym). Poza wskazanymi przypadkami w żadnym z oddziałów nie wykorzystywano łóżek w 100%. Najniższy stopień wykorzystania łóżek odnotowano w 2012 r. w oddziale gastroenterologicznym – 2% i szpitalnym oddziale ratunkowym – 7%. Największa liczba leczonych pacjentów w oddziałach szpitalnych wystąpiła w szpitalnym oddziale ratunkowym, liczącym 8 łóżek – od 11 941 w 2008 r. do 24 117 w 2012 r., najniższa – w oddziale gastroenterologicznym, liczącym 10 łóżek – 144 w 2013 r.

(dowód: akta kontroli str. 6-11, 618, 636-637)

1.2. W kontrolowanym okresie ZOZ uzyskiwał przychody z kontraktów zawartych z Dolnośląskim Oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: „NFZ”) w następujących kwotach: - w 2005 r. w kwocie 13 349,7 tys. zł, - w 2006 r. w kwocie 14 700,6 tys. zł, - w 2007 r. w kwocie 16 785,7 tys. zł, - w 2008 r. w kwocie 22 936,4 tys. zł, - w 2009 r. w kwocie 24 303,3 tys. zł, - w 2010 r. w kwocie 24 374,7 tys. zł, - w 2011 r. w kwocie 27 699,5 tys. zł, - w 2012 r. w kwocie 31 487,5 tys. zł, - w 2013 r. w kwocie 32 415,1 tys. zł i w 2014 r. w kwocie 31 855,0 tys. zł. W latach 2005-2014 nastąpił wzrost przychodów z NFZ o 18 505,3 tys. zł, tj. 138,6%.

³ Od 2012 r.

⁴ Od 2009 r.

⁵ Od 2012 r.

⁶ Lata 2011-2012.

⁷ Od 2012 r.

⁸ Od 2012 r.

⁹ Od 2012 r.

¹⁰ Od 2011 r.

¹¹ Oddział Chirurgii Naczyniowej organizacyjnie działa w strukturze Oddziału Chirurgii Ogólnej, z którego – w miarę potrzeb dostawiano łóżka do Oddziału Chirurgii Naczyniowej. Przy obliczaniu wskaźnika wykorzystania łóżek brano pod uwagę zakontraktowanych pięć łóżek, bez uwzględnienia ww. dostawek.

Niezapłacone przez NFZ nadwykonania¹² wynosiły w kontrolowanym okresie ogółem 12 196,2 tys. zł, z czego: - w 2005 r. 820,3 tys. zł, - w 2008 r. 8,1 tys. zł, - w 2009 r. 2 403,5 tys. zł, - w 2010 r. 2 526,0 tys. zł, - w 2011 r. 2 948,6 tys. zł, - w 2012 r. 129,2 tys. zł, - w 2013 r. 1 516,8 tys. zł, - w 2014 r. 1 849,3 tys. zł (w 2006 r. i w 2007 r. nadwykonania nie wystąpiły). Niedowwykonania w latach 2005-2014, na kwotę ogółem 280,1 tys. zł, wystąpiły w działalności oddziałów położniczego (w kwocie 14,1 tys. zł) i neonatologicznego (w kwocie 153,5 tys. zł), poradni: - kardiologicznej (w kwocie 6,3 tys. zł), - onkologicznej (25,9 tys. zł), - chorób naczyń (1,2 tys. zł), - gruźlicy i chorób płuc (15,4 tys. zł), - psychiatrycznej (29,6 tys. zł), - medycyny paliatywnej (12,2 tys. zł), - medycyny sportowej (5,5 tys. zł), hospicjum (w kwocie 16,4 tys. zł). Żadnych świadczeń nie ograniczano ani nie rezygnowano z ich udzielania, za wyjątkiem przychodni sportowej, działającej do 2012 r.

(dowód: akta kontroli str. 6-11, 636-637)

1.3. W okresie objętym kontrolą (latach 2005-2014) w Szpitalu realizowane były działania restrukturyzacyjne w ramach programu restrukturyzacji z 2005 r. wprowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej¹³, w postaci [1] spłaty wszystkich zobowiązań publicznoprawnych, cywilnoprawnych i wobec pracowników, [2] eliminacji kosztów komorniczych i sądowych, [3] poprawy windykacji należności, [4] kontroli kosztów, [5] rozszerzenia oferty udzielanych usług (opis w pkt III.1.1.1 niniejszego wystąpienia pokontrolnego), [6] kontroli jakości udzielanych świadczeń medycznych. Osiągnięcie założonych celów wymienionych działań zostało określone następującymi miernikami: wskaźnikiem płynności bieżącej (liczonym jako relacja aktywów obrotowych do zobowiązań krótkoterminowych) - dla działania nr 1, który przed jego rozpoczęciem wyniósł 0,19, a po jego zakończeniu planowany był w wysokości 0,60; wskaźnikiem rotacji zobowiązań (zobowiązania krótkoterminowe x 360 / przychody ze sprzedaży) - dla działania nr 1, dla którego poziom wyniósł odpowiednio 621,1 dni i 62,1 dni; wskaźnikiem zyskowności działalności gospodarczej (relacja wyniku finansowego z działalności gospodarczej do przychodów ogółem) - dla działań nr 2, 4, 5 i 6 (poziom odpowiednio: -0,03 i 0,11) oraz wskaźnikiem rotacji należności (należności krótkoterminowe x 360 / przychody ze sprzedaży) - dla działania nr 3 (poziom odpowiednio: 87,5 dni i 7,5 dni).

Charakter działania restrukturyzacyjnego miała także termomodernizacja budynku Szpitala z modernizacją kotłowni, opisana w pkt III.2.1.7. niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

Założenia odnoszące się do poszczególnych działań restrukturyzacyjnych wpisywały się w ustalone przyczyny niekorzystnej sytuacji Szpitala. Dla planowanych działań restrukturyzacyjnych nie określono harmonogramu ich realizacji, natomiast Wojewoda Dolnośląski w decyzji o warunkach restrukturyzacji Szpitala z dnia 23 kwietnia 2007 r. wskazał 24 miesięczny termin na realizację wszystkich działań restrukturyzacyjnych. Termin ten został dotrzymany.

(dowód: akta kontroli str.: 12-51,582-612)

1.4. Podjęcie poszczególnych działań restrukturyzacyjnych nie było poprzedzone analizą działalności Szpitala oraz jego sytuacji ekonomicznej, która by miała charakter odrębnego dokumentu. Dokonano oceny rachunku zysków i strat, polegającej na szczegółowej analizie poziomej i pionowej przychodów i kosztów z uwzględnieniem ich struktury. Oceniono wynik finansowy oraz efekty działań

¹² Przez nadwykonanie/niedowwykonanie należy rozumieć różnicę pomiędzy planem wynikającym z umowy zawartej z NFZ, a jej wykonaniem w danym roku.

¹³ Dz. U. Nr 78, poz. 684 ze zm.

podjętych przed restrukturyzacją rozpoczętą w 2005 r. Przeprowadzono ocenę bilansu analizując poszczególne pozycje ewidencyjne aktywów i pasywów z podaniem uzasadnienia występujących wartości. Dokonano także analizy wskaźników: rentowności, płynności, sprawności finansowej, zadłużenia, produktywności z oceną tendencji wraz z podaniem przyczyn. Analiza była przeprowadzona dla całej jednostki. Ustalono działania naprawcze nie były przypisane komórkom organizacyjnym jednostki. Przeprowadzono jednak rozmowy z osobami odpowiedzialnymi za poszczególne ośrodki kosztów i ustalono działania mające na celu zmiany organizacyjne i gospodarki kosztowej, szczególnie w komórkach generujących stratę. Wskazana analiza znajdowała się w projekcie programu restrukturyzacyjnego. Szpital prowadził również analizę przychodów, kosztów i wyniku uzyskiwanego przez poszczególne komórki organizacyjne, w których udzielane były świadczenia zdrowotne.

Wyniki działalności poszczególnych ośrodków kosztów Szpitala przedstawiały się w latach 2010-2014 następująco:

- przychody wyższe od kosztów bezpośrednich i pośrednich uzyskiwały trzy oddziały, dziesięć poradni, cztery pracownie, oraz nocna i świąteczna opieka zdrowotna,
- przychody niższe od kosztów bezpośrednich i pośrednich uzyskiwało osiem oddziałów (72,7%)¹⁴, dziesięć poradni (52,6%)¹⁵, cztery pracownie (50,0%)¹⁶, cztery izby przyjęć (100%) oraz hospicjum, zakład opiekuńczo-leczniczy i prosektorium. Największa różnica pomiędzy przychodami i kosztami (wynik dodatni) mieściła się w przedziale od 345,3 tys. zł w 2014 r., poprzez 759,1 tys. zł w 2013 r., 785,2 tys. zł w 2011 r. i 1 067,9 tys. zł w 2010 r. do 1 238,1 tys. zł w 2012 r. i dotyczyła oddziału neonatologicznego. Największa różnica pomiędzy kosztami i przychodami (wynik ujemny) mieściła się w przedziale od 243,7 tys. zł w 2012 r., poprzez 599,9 tys. zł w 2013 r., 675,6 tys. zł w 2010 r., 897,6 tys. zł w 2011 r. do 1 001,0 tys. zł w 2014 r. i dotyczyła oddziału chirurgii ogólnej.

(dowód: akta kontroli str. 12-52, 617, 619-628)

1.5. Szpital nie ponosił kosztów opracowania analiz ani propozycji działań restrukturyzacyjnych przez podmioty zewnętrzne.

(dowód: akta kontroli str. 52)

1.6. W ramach działań restrukturyzacyjnych Szpital przewidywał¹⁷ konieczność uzyskania pomocy ze źródeł zewnętrznych w kwocie ogółem 21 000,0 tys. zł, na którą miały się składać środki z pożyczki z budżetu państwa w wysokości 2 850,0 tys. zł oraz z kredytu bankowego w wysokości 18 150,0 tys. zł (w spłacie którego planowano pomoc samorządów). Ze środków tych ZOZ planował spłatę wszystkich zobowiązań publicznoprawnych, cywilnoprawnych i pracowniczych. Ponadto zaplanowano umorzenie przez samorząd lokalny zaległego podatku od nieruchomości w wysokości 815,2 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 12-51)

Ustalone
nieprawidłowości

W Szpitalu nie zaplanowano i nie podjęto działań restrukturyzacyjnych/naprawczych pomimo tego, że od 2010 r. do 2014 r. wynik Szpitala na sprzedaży, wskazujący na

¹⁴ Chorób wewnętrznych, gastroenterologiczny, chirurgii ogólnej, ortopedyczny, ginekologiczny, położniczy (z porodówką), pediatryczny i szpitalny oddział ratunkowy.

¹⁵ Chirurgii ogólnej, kardiologiczna, ginekologiczno-położnicza, gastroenterologiczna, medycyny paliatywnej, medycyny sportowej, chorób gruźlicy i płuc, alergologiczna, onkologiczna, rehabilitacyjna i medycyny pracy.

¹⁶ Bakteriologiczna, rentgenowska, endoskopowa, rehabilitacyjna.

¹⁷ W Projekcie programu restrukturyzacyjnego w dziale VII: Źródła uzyskania środków finansowych na restrukturyzację finansową.

zyskowność z podstawowej działalności, tj. z usług medycznych, był ujemny i wyniósł kolejno: -782,5 tys. zł, -2 153,3 tys. zł, -2 153,3 tys. zł, -821,5 tys. zł oraz -821,5 tys. zł. Wprawdzie, po osiągnięciu przez Szpital w latach 2010-2011 ujemnego wyniku finansowego netto, w kolejnych trzech latach wynik ten był dodatni, jednak stało się to na skutek przeksięgowania środków z rozliczeń międzyokresowych przychodów równolegle do odpisów amortyzacyjnych od środków trwałych sfinansowanych z dotacji. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że brak działań restrukturyzacyjnych/naprawczych spowodowany był brakiem możliwości dalszego ograniczenia kosztów, które są na minimalnym poziomie, bez znacznego pogorszenia poziomu udzielanych świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 694-696)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie przygotowanie postępowania restrukturyzacyjnego na lata 2005-2007, a negatywnie zaniechanie planowania działań naprawczych po pogorszeniu się sytuacji ekonomicznej Szpitala w latach 2009-2014.

2. Prowadzenie działań restrukturyzacyjnych i monitorowanie jego efektów

2.1. Prowadzenie działań restrukturyzacyjnych

Opis stanu
faktycznego

2.1.1. Wszystkie sześć zaplanowanych działań w programie restrukturyzacyjnym opisanych w punkcie III.1.3. niniejszego wystąpienia pokontrolnego oraz termomodernizacja budynku wraz z modernizacją kotłowni (opis w punkcie III.2.1.7.), zostały zrealizowane w zakładanym zakresie, przy czym ich realizacja nie przyniosła zamierzonych efektów, o czym świadczy brak osiągnięcia planowanego poziomu części wskaźników ekonomicznych (opis w punkcie III.2.1.2.).

(dowód: akta kontroli str. 588-591, 593-612)

2.1.2. Szpital zrealizował zaplanowane w procesie restrukturyzacji do osiągnięcia cele w odniesieniu do wszystkich sześciu działań wymienionych w punkcie III.1.3. niniejszego wystąpienia pokontrolnego i uzyskał poprawę wszystkich czterech mierników służących do oceny stopnia ich realizacji¹⁸. Natomiast stopień poprawy dwóch z tych wskaźników, tj. wskaźnika płynności bieżącej¹⁹, wynoszącego na dzień 31 grudnia 2006 r. 0,41 oraz wskaźnika rotacji należności²⁰, wynoszącego na dzień 31 grudnia 2008 r. 33,7 dni, nie był wystarczający, ponieważ nie uzyskano ich zakładanego w ww. dniach określonego poziomu w wysokości odpowiednio 0,60 oraz 7,5 dni.

Realizacja działań restrukturyzacyjnych pozwoliła na poprawę sytuacji finansowej Szpitala, niemającej jednak trwałego charakteru, po jej zakończeniu w 2007 r., ponieważ nadal występowały cywilnoprawne zobowiązania wymagalne, wynoszące w latach 2008-2012 kolejno 1 038,2 tys. zł, 34,4 tys. zł, 39,9 tys. zł, 160,1 tys. zł i 788,3 tys. zł. a wynik finansowy z działalności operacyjnej w tych samych latach

¹⁸ Poszczególnym celom przypisano następujące mierniki: spłata wszystkich zobowiązań publicznoprawnych, cywilnoprawnych i wobec pracowników – wskaźnik płynności bieżącej, liczony jako relacja aktywów obrotowych do zobowiązań krótkoterminowych oraz wskaźnik rotacji zobowiązań, liczony jako relacja zobowiązań krótkoterminowych pomnożonych przez 360 do przychodów ze sprzedaży, poprawa windykacji należności – wskaźnik rotacji należności, liczony jako relacja należności krótkoterminowych pomnożonych przez 360 do przychodów ze sprzedaży, natomiast pozostałym czterem celom (eliminacja kosztów komorniczych i sądowych, kontrola kosztów, rozszerzenie oferty udzielanych usług, kontrola jakości udzielanych świadczeń medycznych) przypisano jeden wspólny miernik – wskaźnik zyskowności działalności gospodarczej, liczony jako relacja wyniku z działalności gospodarczej do przychodów ogółem.

¹⁹ Optymalny poziom to 1,2-1,7.

²⁰ Pożądana tendencja malejąca.

wyniósł odpowiednio: 6 432,9 tys. zł, 2 535,5 tys. zł, -916,2 tys. zł, -1 986,2 tys. zł i -545,0 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 12-51, 593-616, 665-667)

2.1.3. W latach 2005-2014 Szpital otrzymał pomoc publiczną w wysokości ogółem 43 533,0 tys. zł, w tym:

- 1) od Skarbu Państwa w wysokości 3 649,5 zł, z której 230,0 tys. zł przypadało na dotację z Ministerstwa Zdrowia udzieloną w 2008 r., 2 580,1 tys. zł przypadało na umorzenie pożyczki „restrukturyzacyjnej” dokonane w 2012 r., 839,4 tys. zł przypadało na umorzenie pożyczki „restrukturyzacyjnej” dokonane w 2013 r.,
- 2) od organu założycielskiego w wysokości 18 236,7 tys. zł, z której 5 258,5 tys. zł przypadało na umorzenie wierzytelności związanej ze spłatą poręczanego kredytu dokonane w 2005 r., w 2007 r., w 2008 r., w 2009 r. i w 2014 r., 5 408,4 tys. zł przypadało na umorzenie wierzytelności z tytułu udzielonej pożyczki „restrukturyzacyjnej” dokonane w 2007 r., 2008 r. i w 2009 r., 100,0 tys. zł przypadało na dotację na zakup stołów operacyjnych udzieloną w 2005 r., 999,9 tys. zł przypadało na zakup i oddanie szpitalowi w użyczenie w 2006 r. aparatu RTG, 2 053,2 zł przypadało na udzielone w 2009 r. dotacje na remont budynku przychodni podstawowej opieki zdrowotnej, zakup dwóch dźwigów osobowych oraz aparatury medycznej, 1 084,7 tys. zł przypadało na udzieloną w 2010 r. dotację na modernizację pomieszczeń Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej oraz zakup aparatury medycznej i wyposażenia, 990,0 tys. zł przypadało na udzieloną w 2011 r. dotację na modernizację pomieszczeń na potrzeby zakładu opiekuńczo-leczniczego i hospicjum, 1 378,5 tys. zł przypadało na zakup i oddanie szpitalowi w użyczenie w 2013 r. tomografu komputerowego, 107,6 tys. zł przypadało na zakup i oddanie szpitalowi w użyczenie w 2013 r. aparatu USG, 184,0 tys. zł przypadało na udzieloną w 2013 r. dotację na termomodernizację budynków szpitalnych, 671,9 tys. zł przypadało na udzieloną w 2014 r. dotację na modernizację sieci wodociągowej oraz zakup aparatury medycznej i sprzętu komputerowego z oprogramowaniem,
- 3) w kwocie 9 855,5 tys. zł dofinansowania projektów realizowanych z wykorzystaniem środków Unii Europejskiej, na którą składały się dotacje udzielone w latach 2009 – 2013 w kwotach 4,9 tys. zł²¹, 132,8 tys. zł²², 439,7 tys. zł²³, 21,2 tys. tys. zł²⁴, 189,2 tys. zł²⁵, 1 405,2 tys. zł²⁶, 752,1 tys. zł²⁷, 5 811,5 tys. zł²⁸, 266,3 tys. zł²⁹, 579,5 tys. zł³⁰, 15,1 tys. zł³¹, 238,0 tys. zł³²,
- 4) w wysokości 11 791,3 tys. zł od innych jednostek, z której 1 031,3 tys. zł przypadało na umorzenie przez Burmistrza Gminy Olawa zaległego podatku od nieruchomości w latach 2005 – 2006 r., 2 787,6 tys. zł przypadało na umorzenie w 2007 r. zobowiązań ZUS, 2 113,4 tys. zł przypadało na umorzenie w 2007 r. zobowiązań wobec PFRON, 2 553,7 tys. zł przypadało na umorzenie w 2006 r. i w 2007 r. odsetek od zobowiązań w wyniku ugody restrukturyzacyjnej, 813,8 tys. zł przypadało na dotację od NFŚiGW udzieloną w 2013 r. na termomodernizację budynków szpitalnych, 20,0 tys. zł przypadało na umorzenie

²¹ Na podstawie umowy nr UDA-RPDS.08.01.00-02-007/08-00.

²² Na podstawie umowy nr UDA-RPDS.08.01.00-02-007/08-00.

²³ Na podstawie umowy nr UDA-RPDS.08.01.00-02-058/08-00.

²⁴ Na podstawie umowy nr UDA-RPDS.02.02.00-02-026/08-00.

²⁵ Na podstawie umowy nr UDA-POIS.12.01.00-00-285/08-00.

²⁶ Na podstawie umowy nr UDA-RPDS.08.01.00-02-058/08-00.

²⁷ Na podstawie umowy nr UDA-RPDS.02.02.00-02-026/08-00.

²⁸ Na podstawie umowy nr UDA-POIS.12.01.00-00-285/08-00.

²⁹ Na podstawie umowy nr UDA-RDPS.08.01.00-02-058/08-00.

³⁰ Na podstawie umowy nr UDA-POIS.12.01.00-00-285/08-00.

³¹ Na podstawie umowy nr UDA-RPDS.08.01.00-02-007/08-00.

³² Na podstawie umowy nr UDA-POIS.12.01.00-00-285/08-00.

L. Kudła
A. Kępczyński

zobowiązań cywilnoprawnych w 2006 r., 24,6 tys. zł przypadało na umorzenie zobowiązań podatkowych przez Urząd Skarbowy w 2007 r., 1 485,1 tys. zł przypadało na udzielane w każdym roku kontrolowanego okresu darowizny rzeczowe – zakup sprzętu medycznego, w tym 773,1 tys. zł w latach 2005-2009 i 712,0 tys. zł w latach 2010-2014, 110,0 tys. zł przypadało na dokonane w 2012 r. dofinansowanie zakupu dziecięcego USG. Pozostała kwota 851,8 tys. zł przypadała na udzielane w każdym roku kontrolowanego okresu darowizny rzeczowe w postaci drobnego sprzętu medycznego i leków.

Całość wymienionej pomocy ze Starostwa Powiatowego w Oławie została wykorzystana zgodnie z przeznaczeniem i rozliczona. Starostwo nie oczekiwało w związku z udzieleniem pomocy, osiągnięcia efektów ekonomicznych lub rzeczowych, za wyjątkiem efektów wynikających bezpośrednio z wykorzystania pomocy.

Nie wystąpiły przypadki pokrywania przez organ założycielski ujemnego wyniku finansowego Szpitala poprzez zastosowanie regulacji określonych w art. 59 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej*³³ (dalej: *ustawa o działalności leczniczej*) lub w art. 60 ust. 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o *zakładach opieki zdrowotnej*³⁴. Według głównej księgowej ZOZ: Szpital zastosował regulację zawartą w art. 58 *ustawy o działalności leczniczej*, która stanowi, iż SPZOZ decyduje o podziale zysku oraz regulację zawartą w art. 59 pkt 1 tej ustawy. Art. 59 pkt 1 stanowi, że SPZOZ pokrywa we własnym zakresie ujemny wynik finansowy. Stosując się do ww. zapisu ZOZ pismem z dnia 28 maja 2012 r. poinformował Zarząd Powiatu w Oławie o podjęciu decyzji o pokryciu straty w wysokości 2 534 743,57 zł, poniesionej w 2011 r., zyskiem osiągniętym w przyszłych okresach. Rada Społeczna działająca przy ZOZ Uchwałą nr 5/2012 z dnia 19 czerwca 2012 r. wydała pozytywną opinię w sprawie pokrycia straty, a Zarząd Powiatu w Oławie Uchwałą nr 370/2012 z dnia 25 czerwca 2012 r. zatwierdził wniosek Dyrektora ZOZ o pokryciu straty poniesionej w 2011 r. zyskiem osiągniętym w przyszłych okresach.

(dowód: akta kontroli str.: 53-244, 566-578)

2.1.4. W latach 2005-2007 wyniki finansowe Szpitala ulegały stopniowej poprawie³⁵ i począwszy od 2006 r. do 2009 r. Szpital osiągał dodatni wynik finansowy netto w wysokości kolejno: 232,4 tys. zł, 8 840,6 tys. zł, 5 709,6 tys. zł oraz 2 226,4 tys. zł. Na poprawę sytuacji Szpitala w tym okresie wpływ miała w szczególności realizacja takich działań restrukturyzacyjnych, określonych w programie restrukturyzacyjnym, jak: spłata wszystkich zobowiązań publicznoprawnych, cywilnoprawnych i wobec pracowników, eliminacja kosztów komorniczych i sądowych, poprawa windykacji należności, kontrola kosztów oraz kontrola jakości udzielanych świadczeń medycznych. Efektem ww. działań było obniżenie pozostałych kosztów operacyjnych³⁶ z 3 039,2 tys. zł w 2005 r. do 607,4 tys. zł w 2014 r., tj. o 80,0% oraz wzrost pozostałych przychodów operacyjnych³⁷ z 2 530,0 tys. zł w 2005 r. do 5 270,8 tys. zł w 2008 r. (108,3%). Pozytywną tendencję Szpital osiągnął także w uzyskiwanych przychodach ogółem, ponieważ zanotowano ich wzrost z poziomu

³³ Dz. U. z 2015 r., poz. 618.

³⁴ Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm. Z dniem 1 lipca 2011 r. uchylono ustawę o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 1991 r. Nr 91, poz. 408) i zaczęła obowiązywać ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej* (Dz. U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654).

³⁵ Wyniki te mieściły się w przedziale od -1 990,7 tys. zł, poprzez 232,4 tys. zł, do 8 840,6 tys. zł.

³⁶ Do pozostałych kosztów operacyjnych wlicza się m. in. tworzone rezerwy na zobowiązania, koszty sądowe i komornicze.

³⁷ Na inne przychody operacyjne składały się m.in. darowizny, rozwiązania rezerw, przychody z lat ubiegłych, kary umowne, dotacje, umorzenia i przedawnienia zobowiązań, odszkodowania, spłaty kredytu Szpitala przez Powiat Oławski.

h. Jurek - h.
W. Kuf.

16 771,5 tys. zł w 2005 r. do 38 453,2 tys. zł w 2014 r. (129,3%), przy jednoczesnym wzroście kosztów ogółem z 18 762,2 tys. zł do 38 181,8 tys. zł (103,5%).

W latach 2008-2011 wyniki finansowe uległy stopniowemu pogorszeniu³⁸ i począwszy od roku 2011 do roku 2012 wystąpił ujemny wynik finansowy. Na pogorszenie sytuacji ekonomicznej Szpitala miała wpływ w szczególności zmniejszona wartość zysków nadzwyczajnych w latach 2008-2011³⁹, na wysokość których główny wpływ miały umorzenia wierzytelności, związane z realizacją procesu restrukturyzacji i odszkodowania z firm ubezpieczeniowych. Poprawa wyniku finansowego netto w latach 2012-2014⁴⁰ była związana ze znacznym wzrostem pozostałych przychodów operacyjnych w pozycji: dotacje⁴¹, co wynikało z ich przeksięgowania z rozliczeń międzyokresowych przychodów równolegle do odpisów amortyzacyjnych od środków trwałych sfinansowanych z tych źródeł, zgodnie z art. 8 ustawy z dnia 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw⁴² oraz z art. 41 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości⁴³ (dalej: *ustawa o rachunkowości*). Na poprawę wyniku finansowego we wskazanych latach miało także umorzenie pożyczki z Banku Gospodarstwa Krajowego w łącznej kwocie 3 419,6 tys. zł zarachowane do zysków nadzwyczajnych.

(dowód: akta kontroli str. 614, 668-673)

2.1.5. W latach 2005-2014 zobowiązania Szpitala kształtowały się na poziomie 26 387,1 tys. zł w 2005 r.⁴⁴, 26 649,0 tys. zł w 2006 r.⁴⁵, 19 801,1 tys. zł w 2007 r.⁴⁶, 19 483,7 tys. zł w 2008 r.⁴⁷, 15 428,1 tys. zł w 2009 r.⁴⁸, 15 395,0 tys. zł w 2010 r.⁴⁹, 20 586,5 tys. zł w 2011 r.⁵⁰, 14 921,7 tys. zł w 2012 r.⁵¹, 13 082,7 tys. zł w 2013 r.⁵² oraz 13 301,7 tys. zł w 2014 r.⁵³.

W latach 2010-2014 ZOZ posiadał zobowiązania wymagalne z tytułu dostaw i usług. Wysokość zobowiązań wymagalnych kształtowała się następująco: w roku 2010 w kwocie 39,9 tys. zł, tj. 0,3% wszystkich zobowiązań, w roku 2011 w kwocie 160,1 tys. zł (0,8%), w roku 2012 w kwocie 778,3 tys. zł (5,2%), w roku 2013 w kwocie 152,0 tys. zł (1,2%), w roku 2014 w kwocie 324,5 tys. zł (2,4%). Szpital zapłacił w latach 2011-2014 odsetki w wysokości 609,10 zł w 2010 r., 166,41 zł w 2011 r., 54 733,15 zł w 2012 r., 12 203,32 zł w 2013 r. oraz 36 269,35 zł w 2014 r. (łącznie 103 981,33 zł) od nieterminowo regulowanych zobowiązań. Wysokość zobowiązań wymagalnych wskazywana przez ZOZ w sprawozdaniach Rb-Z o stanie zobowiązań według tytułów dłużnych oraz poręczeń i gwarancji wynosiła w latach 2010-2014

³⁸ Wyniki te mieściły się w przedziale od 5 709,6 tys. zł w 2008 r., poprzez 2 226,4 tys. zł w 2009 r. i 1 267,9 tys. zł w 2010 r. do -2 534,7 tys. zł w 2011 r.

³⁹ Wysokość zysków nadzwyczajnych w latach 2008 -2011 wyniosła odpowiednio 1,1 tys. zł, 0,0 zł, 3,3 tys. zł i 3,7 tys. zł, podczas gdy w latach 2006-2007 osiągnęły poziom odpowiednio 2 154,3 tys. zł i 5 323,0 tys. zł a w latach 2012-2013 odpowiednio 2 608,0 tys. zł i 847,5 tys. zł.

⁴⁰ Wynik finansowy netto wyniósł odpowiednio 1 264,7 tys. zł, 845,1 tys. zł i 187,0 tys. zł.

⁴¹ Wysokość dotacji wyniosła w latach 2012-2014 2 205,6 tys. zł, 1 697,5 tys. zł i 1 831,1 tys. zł, podczas gdy w latach 2005-2010 wynosiła 0,0 zł za wyjątkiem 2009 r. (58,4 tys. zł).

⁴² Dz. U. z 2012 r., poz. 742 ze zm.

⁴³ Dz. U. z 2013 r., poz. 330 ze zm.

⁴⁴ W tym długoterminowe w kwocie 2 678,0 tys. zł i krótkoterminowe w kwocie 23 709,1 tys. zł.

⁴⁵ W tym długoterminowe w kwocie 11 904,0 tys. zł i krótkoterminowe w kwocie 14 745,0 tys. zł.

⁴⁶ W tym długoterminowe w kwocie 12 401,8 tys. zł i krótkoterminowe w kwocie 7 399,3 tys. zł.

⁴⁷ W tym długoterminowe w kwocie 13 226,0 tys. zł i krótkoterminowe w kwocie 6 257,7 tys. zł.

⁴⁸ W tym długoterminowe w kwocie 11 502,7 tys. zł i krótkoterminowe w kwocie 3 925,4 tys. zł.

⁴⁹ W tym długoterminowe w kwocie 10 828,5 tys. zł i krótkoterminowe w kwocie 20 586,5 tys. zł.

⁵⁰ W tym długoterminowe w kwocie 14 282,9 tys. zł i krótkoterminowe w kwocie 6 303,6 tys. zł.

⁵¹ W tym długoterminowe w kwocie 9 508,0 tys. zł i krótkoterminowe w kwocie 5 413,7 tys. zł.

⁵² W tym długoterminowe w kwocie 7 507,5 tys. zł i krótkoterminowe w kwocie 5 575,2 tys. zł.

⁵³ W tym długoterminowe w kwocie 7 470,6 tys. zł i krótkoterminowe w kwocie 5 831,1 tys. zł.

kolejno 27,2 tys. zł, 159,1 tys. zł, 776,8 tys. zł, 62,9 tys. zł oraz 325,6 tys. zł tys. zł i była niezgodna z ewidencją księgową. Różnica wyniosła odpowiednio -12,7 tys. zł, -1,0 tys. zł, -1,5 tys. zł, -89,1 tys. zł oraz 1,1 tys. zł.

Wysokość zobowiązań i udział w nich zobowiązań wymagalnych, na koniec poszczególnych lat 2010-2014 wobec pięciu największych wierzycieli⁵⁴ kształtował się następująco: w 2010 r. w łącznej kwocie 88,8 tys. zł, w tym wymagalnych w kwocie 37,0 tys. zł (od 2,4 tys. zł do 12,6 tys. zł) w 2011 r. w kwocie łącznej 618,6 tys. zł, w tym wymagalnych w kwocie 101,8 tys. zł (od 9,9 tys. zł do 42,5 tys. zł), w 2012 r. w kwocie łącznej 285,8 tys. zł, w tym wymagalnych w kwocie 215,5 tys. zł (od 29,1 tys. zł do 69,9 tys. zł), w 2013 r. w kwocie łącznej 205,3 tys. zł, w tym wymagalnych w kwocie 148,4 tys. zł (od 3,1 tys. zł do 88,4 tys. zł), w 2014 r. w kwocie łącznej 391,2 tys. zł, w tym wymagalnych w kwocie 194,8 tys. zł (od 20,3 tys. zł do 92,6 tys. zł).

W ocenie Dyrektora ZOZ, przyczyny powstania zobowiązań wymagalnych były różne. W początkowym okresie były to skutki wprowadzenia w życie tzw. ustawy „203” wg której przymuszono zakłady opieki zdrowotnej do podwyższenia pracownikom wynagrodzeń bez wskazania źródła finansowania podwyżki i przenosząc problem znalezienia środków na sfinansowanie świadczeń na pracodawców. ZOZ w Oławie podwyżkę naliczył, jednak powstał problem z jej wypłatą. W konsekwencji realizacja wypłaty nastąpiła poprzez egzekucje komornicze. Skutkowało to tym, iż ZOZ w Oławie musiał dodatkowo ponieść koszty sądowe, komornicze i egzekucyjne. Było to przyczyną powstania zobowiązań wymagalnych dotyczących innych płatności np. cywilnoprawnych związanych z zakupem leków, odczynników, materiałów medycznych itp. W 2005 r. ZOZ w Oławie przystąpił do restrukturyzacji finansowej, która dała możliwość częściowego umorzenia zobowiązań i restrukturyzację zakończył sukcesem. Przyczyny generowania zobowiązań wymagalnych w czasie po zakończeniu restrukturyzacji, to głównie: [1] tworzenie Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych (wcześniej przez 10 lat nie był tworzony) - roczny odpis to ponad 400 tys. zł, [2] sprawy sporne rozstrzygane w sądzie (np. Pogotowie Lotnicze, Hydrochem DGE SA), [3] nieterminowe spływanie faktur zakupowych, [4] zbyt niskie kontrakty z NFZ w świetle rosnących kosztów prowadzonej działalności, [5] wypłacone odszkodowania za popełniony błąd w sztuce medycznej, [6] nie podwyższanie przez NFZ od 2010 r. stawki za punkt wynoszącej 52 zł, mimo inflacji i wzrostu cen energii elektrycznej, paliwa, leków itd., [7] niepłacenie przez NFZ za tzw. nadwykonania za lata 2011-2014.

W sprawie przyczyn nieterminowego regulowania zobowiązań dyrektor Szpitala wskazał na zbyt niskie finansowanie świadczeń medycznych z NFZ oraz brak zapłacenia przez NFZ nadwykonań wynikających z udzielenia świadczeń w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia.

W okresie od 2005 r. do 2009 r. koszty obsługi zadłużenia ZOZ (odsetki od zobowiązań wymagalnych, koszty sądowe i koszty komornicze) wyniosły ogółem 8 607,7 tys. zł⁵⁵, w tym w roku 2005 kwotę 3 311,3 tys. zł⁵⁶, w roku 2006 kwotę 4 308,6 tys. zł⁵⁷, w 2007 r. kwotę 535,7 tys. zł⁵⁸, w 2008 r. kwotę 188,3 tys. zł⁵⁹

⁵⁴ Anestezjologiczny ZOZ, Alton2, Specjalistyczna Praktyka Ginekologiczno-Położnicza, Telekomunikacja Polska S.A., Indywidualna Praktyka Lekarska.

⁵⁵ Z kwoty tej 7 196,4 tys. zł przypadało na odsetki od zobowiązań wymagalnych, 364,7 tys. zł na koszty sądowe i 1 046,6 zł na koszty komornicze.

⁵⁶ Z kwoty tej 2 765,6 tys. zł przypadało na odsetki od zobowiązań wymagalnych, 305,4 tys. zł na koszty sądowe i 240,3 zł na koszty komornicze.

⁵⁷ Z kwoty tej 4 010,6 tys. zł przypadało na odsetki od zobowiązań wymagalnych, 31,0 tys. zł na koszty sądowe i 267,0 zł na koszty komornicze.

h. h. h. h.
u. k. f.

i w 2009 r. kwotę 263,8 tys. zł⁶⁰ (spadek w tych latach wyniósł 92,0%). W wyniku ugody restrukturyzacyjnej z wierzycielami cywilnoprawnymi zostały umorzone odsetki w kwocie 2 550,0 tys. zł, tj. 29,6%, pozostałe koszty obsługi zadłużenia w kwocie 6 053,7 tys. zł zostały przez ZOZ uregulowane ze środków własnych. Warunki ugody zostały przez ZOZ spełnione. W latach 2010-2014 ZOZ nie ponosił kosztów obsługi zadłużenia.

(dowód: akta kontroli str. 245-292, 588-591, 593-612, 654-655, 692)

2.1.6. W kontrolowanym okresie żywienie pacjentów, ochrona i sprzątanie obiektów szpitalnych było prowadzone przez szpital z wykorzystaniem własnych zasobów kadrowych. Koszty żywienia pacjentów wyniosły: w 2010 r. kwotę 685,3 tys. zł, w 2011 r. kwotę 724,7 tys. zł, w 2012 r. 753,7 tys. zł, w 2013 r. kwotę 836,9 tys. zł, w 2014 r. kwotę 852,3 tys. zł. Koszty sprzątania obiektów szpitalnych wyniosły: w 2010 r. 1 413,8 tys. zł, w 2011 r. 1 569,7 tys. zł, w 2012 r. 1 562,9 tys. zł, w 2013 r. 1 630,1 tys. zł, w 2014 r. 1 679,0 tys. zł. Koszty ochrony mienia osiągnęły poziom 57,4 tys. zł w 2010 r., 66,5 tys. zł w 2011 r., 66,3 tys. zł w 2012 r., 58,9 tys. zł w 2013 r. i 48,4 tys. zł w 2014 r. – łącznie 297,5 tys. zł.

Jak wskazał Dyrektor ZOZ, Szpital nie korzystał z możliwości zlecenia podmiotom zewnętrznym żywienia pacjentów i sprzątania obiektów ze względu na niską jakość świadczonych w ten sposób usług w przeszłości (z outsourcingu sprzątania Szpital zrezygnował w 2001 r. a żywienia – w 2002 r.). Rachunek kosztów przeprowadzony przez Szpital w tym zakresie nie wskazywał na możliwość osiągnięcia znaczących oszczędności. Z tych względów Szpital nie zdecydował się także na outsourcing ochrony mienia.

W celu ograniczenia kosztów działalności pomocniczej, ZOZ przekazywał w okresie od 7 lutego 2008 r. do dnia zakończenia czynności niniejszej kontroli, w outsourcing usługę prania bielizny szpitalnej i pościeli w trybie przetargu nieograniczonego⁶¹. Pomimo rozszerzenia w 2009 r. i 2012 r. zakresu ilościowego zlecanych usług pralniczych⁶² koszty prania nie wzrastały i wynosiły w 2010 r. 248,8 tys. zł, w 2011 r. 228,7 tys. zł, w 2012 r. 225,3 tys. zł, w 2013 r. 203,5 tys. zł oraz w 2014 r. 220,3 tys. zł. Ponadto od dnia 1 marca 2003 r. zmodyfikowano żywienie pacjentów, poprzez wprowadzenie obiadów jednodaniowych, z zachowaniem wymogów dietetycznych.

(dowód: akta kontroli str.: 293-375, 638-641, 658)

2.1.7. W 2013 r. ZOZ, w celu optymalizacji kosztów zużycia energii, rozpoczął realizację zadania pod nazwą Termomodernizacja budynku szpitalnego ZOZ w systemie „zaprojektuj i wybuduj”, polegającego na częściowej wymianie stolarki okiennej i drzwiowej, ociepleniu budynku szpitala, modernizacji kotłowni i zmianie paliwa grzewczego z oleju opałowego na gaz. Wartość inwestycji wyniosła kwotę 3 086,4 tys. zł, z której 94,1 tys. zł przypadało na środki własne, 813,8 tys. zł na dotację z Narodowego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej⁶³ i 1 679,8 tys. zł na pożyczkę od Narodowego Funduszu Ochrony Środowiska

⁵⁸ Z kwoty tej 386,8 tys. zł przypadało na odsetki od zobowiązań wymagalnych, 7,2 tys. zł na koszty sądowe i 141,7 zł na koszty komornicze.

⁵⁹ Z kwoty tej 33,0 tys. zł przypadało na odsetki od zobowiązań wymagalnych, 8,5 tys. zł na koszty sądowe i 146,8 zł na koszty komornicze.

⁶⁰ Z kwoty tej 0,4 tys. zł przypadało na odsetki od zobowiązań wymagalnych, 12,6 tys. zł na koszty sądowe i 250,8 zł na koszty komornicze.

⁶¹ Na podstawie umów: z dnia 7 lutego 2008 r., z dnia 10 lutego 2010 r., z dnia 28 lutego 2011 r., z dnia 22 marca 2012 r., umowy z dnia 24 kwietnia 2013 r. i z dnia 5 maja 2014 r.

⁶² W ramach nowoutworzonych oddziałów ortopedycznego i gastroenterologicznego, ZOL, Hospicjum, SOR.

⁶³ Na podstawie umowy nr 379/2013/Wn01/OA-TR-ZI/D z dnia 20 czerwca 2013 r.

i Gospodarki Wodnej⁶⁴, 184,0 tys. zł na dotację od Starostwa Powiatowego w Oławie⁶⁵ oraz 314,7 tys. zł na pożyczkę zaciągniętą w MedFinance⁶⁶. Efektem realizacji inwestycji było znaczne zmniejszenie kosztów zakupu paliw, z 1 012,5 tys. zł w 2012 r. do 417,8 tys. zł w 2014 r., tj. o 594,7 tys. zł (58,7%).

(dowód: akta kontroli str. 376-476)

2.1.8. W okresie od 2010 r. do 2014 r. na zakup leków poniesiono koszty: w 2010 r. w kwocie 733,1 tys. zł, w 2011 r. w kwocie 916,7 tys. zł, w 2012 r. w kwocie 960,3 tys. zł, 2013 r. w kwocie 1 099,4 tys. zł, 2014 r. w kwocie 1 512,4 tys. zł; na zakup materiałów medycznych poniesiono koszty: w 2010 r. w kwocie 1 268,0 tys. zł, w 2011 r. w kwocie 1 500,8 tys. zł, w 2012 r. w kwocie 1 699,2 tys. zł, w 2013 r. w kwocie 1 983,9 tys. zł, 2014 r. w kwocie 2 139,7 tys. zł. Dostawcy leków i materiałów medycznych byli wybrani w trybie przetargu nieograniczonego. W celu racjonalnego gospodarowania lekami i materiałami medycznymi w Szpitalu powołano Komitet Terapeutyczny⁶⁷, do zadań którego należało m.in. aktualizacja – co najmniej dwa razy do roku receptariusza szpitalnego, stanowiącego spis leków w układzie alfabetycznym i w układzie ATC⁶⁸. W okresie od 2010 r. do 2014 r. koszty zakupu leków wzrosły o 779,3 tys. zł, tj. o 106,3%⁶⁹ a koszty zakupu materiałów medycznych o 871,7 tys. zł, tj. o 68,7%⁷⁰.

Jak wskazał kierownik apteki szpitalnej, wzrost kosztów zakupu leków i materiałów medycznych związany był ze wzrostem udzielania usług lecznictwa z 56 436 osobodni w 2013 r. na 59 894 osobodni w roku 2014, a dodatkowo: ze specyficzną nieprzewidywalną różnorodnością przypadków chorobowych i ich ciężkość wymagającą zaangażowania większej ilości środków leczniczych i wyrobów medycznych, poszerzeniem zakresu świadczeń ZOZ o szpitalny oddział ratunkowy, nocną i świąteczną pomoc podstawową i hospicjum, leczeniem pacjenta z rzadko występującą chorobą, zwiększeniem populacji znieczulania przy porodzie naturalnym, zwiększeniem kosztów związanych z antybiotykoterapią pacjentów, wzrostem podaży produktów związanych z antybiotykoterapią pacjentów, wzrostem podaży produktów związanych z chorobami zakrzepowymi i zwiększeniem liczby pacjentów wymagających żywienia pozajelitowego.

Udział kosztów leków przeterminowanych w kosztach zakupu leków był nieznaczny, tj. od 0,06% w 2010 r. do 0,04% w 2014 r.⁷¹. Udział kosztów materiałów medycznych przeterminowanych w kosztach zakupu materiałów medycznych był również nieznaczny, tj. w granicach 0,02%⁷².

W momencie zakupu leki i materiały medyczne ujmowano w cenach brutto w module aptecznym programu Aesculap. Przeterminowane leki i materiały medyczne po ich wycenie, zgodnie z cenami ujętymi w module aptecznym, wyksięgowywano z ewidencji magazynowej i zarachowywano w ciężar kosztów w systemie księgowym Simple.

Na koniec poszczególnych lat kontrolowanego okresu stan zapasów leków oraz materiałów medycznych wynosił odpowiednio: w 2010 r. kwotę 216,4 tys. zł i kwotę

⁶⁴ Na podstawie umowy nr 380/2013/Wn01/OA-TR-KU/P z dnia 20 czerwca 2013 r.

⁶⁵ Na podstawie umowy nr 133/2013 z dnia 28 listopada 2013 r.

⁶⁶ Na podstawie umowy z dnia 5 lipca 2013 r.

⁶⁷ Na podstawie zarządzenia Dyrektora ZOZ nr QZ 26 z dnia 28 listopada 2007 r.

⁶⁸ Oprócz Komitetu Terapeutycznego w ZOZ działały również inne komitety: do spraw Wyrobów Medycznych, do spraw Zakażeń, do spraw Antybiotykoterapii, a także wprowadzono procedurę utylizacji produktów leczniczych QP(Q) – 16A.

⁶⁹ Z 733,1 tys. zł w 2010 r. do 1 512,4 tys. zł w 2014 r.

⁷⁰ Z 1 268,0 tys. zł w 2010 r. do 2 139,7 tys. zł w 2014 r.

⁷¹ Wynosił: w 2010 r. 490,55 zł, w 2011 r. 644,51 zł, w 2012 r. 297,91 zł, w 2013 r. 1 050,55 zł i w 2014 r. 663,71 zł.

⁷² Wynosił: w 2010 r. 206,10 zł, w 2011 r. 151,73 zł, w 2012 r. 16,8 zł, w 2013 r. 0 zł i w 2014 r. 406,12 zł.

K. Hurd-b
A. F.

18,7 tys. zł, w 2011 r. kwotę 218,4 tys. zł i kwotę 27,2 tys. zł, w 2012 r. kwotę 185,6 tys. zł i kwotę 36,1 tys. zł, w 2013 r. kwotę 217,3 tys. zł i kwotę 47,3 tys. zł, w 2014 r. kwotę 255,6 tys. zł i kwotę 64,6 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 477-499)

2.1.9. W grupie zawodowej średniego personelu medycznego, od roku 2010 do roku 2014 następował systematyczny wzrost przeciętnego zatrudnienia w etatach ze 172,64 w 2010 r. do 188,89 w 2014 r. (o 16,25 etatu, tj. o 9,4%) oraz wynagrodzenia brutto z kwoty ogółem 5 846,7 tys. zł w 2010 r. do 7 197,4 tys. zł w 2014 r. (o 1 350,7 tys. zł, tj. o 23,1%) i przeciętnego wynagrodzenia brutto za godzinę z 17,65 zł w 2010 r. do 20,10 zł w 2014 r. (o 2,45 zł, tj. o 13,9%).

Dyrektor ZOZ nie określił minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, co było wymagane art. 50 ust. 1 *ustawy o działalności leczniczej*.

W Szpitalu przyjęto zestawienia ustalonych przedmiotowych norm, które zostały podpisane przez pielęgniarkę naczelną. Podstawą przyjęcia w ZOZ norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w etatach był: - średni miesięczny efektywny czas pracy pielęgniarek i położnych wyliczony w oparciu o czas nominalny oraz planowane straty czasu pracy (urlop, zwolnienia lekarskie, urlopy okolicznościowe), - normatywna obsada pielęgniarek i położnych w poszczególnych oddziałach z wyszczególnieniem 8 i 12 godzinnych dyżurów (dzień i noc) zapewniająca możliwość opieki pacjentów w stopniu gwarantującym bezpieczeństwo pacjentów oraz pielęgniarek i położnych, - specyfika pracy w poszczególnych oddziałach, a także wyniki analiz stanu zatrudnienia pielęgniarek i położnych w latach poprzednich, - ilość pacjentów w poszczególnych oddziałach, -kategoryzacja pacjentów, - ilość czasu pracy pielęgniarek i położnych przeznaczony na czynności obsługowe (administracja, transport pacjentów, konsultacje itp.), - wieloletnie doświadczenie kierownictwa szpitala i pielęgniarek oddziałowych.

Przeciętne zatrudnienie pielęgniarek i położnych w etatach w owym wewnętrznym i w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (przychodniach specjalistycznych) w 2012 r. oraz w oddziale noworodków w 2014 r. było istotnie wyższe, tj. o ponad 10% od przyjętej w ZOZ normy zatrudnienia w etatach⁷³.

Dyrektor ZOZ wskazał, że wykazane przekroczenia norm zatrudnienia wynikało z konieczności przyjęcia na pełny etat pielęgniarki do poradni medycyny pracy (ambulatoryjna opieka specjalistyczna), faktu realizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r. o *standardach postępowania oraz procedurach medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem*⁷⁴, które wprowadziło standardy, obligujące podmioty lecznicze do zapewnienia opieki okołoporodowej przez położne (oddział noworodków). Dotychczas opieka ta sprawowana była przez pielęgniarki. W tej sytuacji powstała konieczność zatrudnienia dodatkowego personelu – położnych, które stopniowo przejmowały obowiązki pielęgniarek w zakresie opieki okołoporodowej. Dodatkowo na wyższe zatrudnienie wpłynęła zwiększona ilość przyjętych pacjentów, zwiększona ilość zabiegów i porodów. Przekroczenie norm zatrudnienia w oddziale wewnętrznym wynikało z tego, że ich poziom jest ustalony na poziomie minimalnym, zapewniającym bezpieczeństwo udzielania świadczeń, podczas gdy zatrudnienie rzeczywiste może być większe.

⁷³ Przeciętne zatrudnienie w etatach: w Oddziale Wewnętrznym w 2012 r. - 37,291, norma zatrudnienia - 32, przekroczenie o 16,5%; w Ambulatoryjnej Opiece Specjalistycznej w 2012 r. - 13,468, norma zatrudnienia - 12, przekroczenie o 12,2%; w Oddziale Noworodkowym w 2014 r. - 11,854, norma zatrudnienia - 6,2, przekroczenie o 91,2%.

⁷⁴ Dz. U. z 2010 r. Nr 187, poz. 1259.

W kontroli nie ustalono przypadków, gdzie przyczyną wzrostu wynagrodzeń w tej grupie personelu była presja wywierana na kierownictwo Szpitala.

(dowód: akta kontroli str.: 500-532, 638, 641, 660-664)

2.1.10. W latach 2010-2014 zatrudnienie personelu niemedycznego ogółem wynosiło: w 2010 r. 105,23 etatów (w tym 31,44 etatów pracowników administracji i 73,79 pracowników obsługi⁷⁵), w 2011 r. 106,9 etatów (w tym 32,64 etatów pracowników administracji i 74,26 pracowników obsługi⁷⁶), w 2012 r. 112,8 etatów (w tym 34,81 etatów pracowników administracji i 77,99 pracowników obsługi⁷⁷), w 2013 r. 113,33 etatów (w tym 32,11 etatów pracowników administracji i 81,22 pracowników obsługi⁷⁸) i w 2014 r. 111,79 etatów (w tym 31,08 etatów pracowników administracji i 80,71 pracowników obsługi⁷⁹). W okresie tym wysokość wynagrodzenia personelu niemedycznego ogółem wynosiła: w 2010 r. kwotę 2 821 374,42 zł (w tym pracowników administracji kwotę 1 214 023,86 zł i pracowników obsługi kwotę 1 607 350,56 zł), w 2011 r. kwotę 2 906 651,29 zł (w tym pracowników administracji kwotę 1 274 345,54 zł i pracowników obsługi kwotę 1 632 305,75 zł), w 2012 r. kwotę 2 956 293,24 zł (w tym pracowników administracji kwotę 1 285 245,96 zł i pracowników obsługi kwotę 1 671 047,28 zł), w 2013 r. kwotę 3 028 848,43 zł (w tym pracowników administracji kwotę 1 252 390,52 zł i pracowników obsługi kwotę 1 776 457,91 zł), w 2014 r. kwotę 3 048 269,97 zł (w tym pracowników administracji kwotę 1 257 550,51 zł i pracowników obsługi kwotę 1 790 719,46 zł). W 2014 r. przy nieznacznym spadku poziomu zatrudnienia tychże pracowników, wzrosło nieznacznie ich wynagrodzenie brutto ogółem i przeciętne wynagrodzenie miesięczne brutto. W 2014 r. liczba etatów tych pracowników było mniejsza o 0,36 etatu od liczby etatów w 2010 r. Ich wynagrodzenie brutto ogółem w 2014 r. było o 43 526,65 zł, tj. o 3,6% wyższe od wynagrodzenia w 2010 r. Przeciętne wynagrodzenie miesięczne brutto tych pracowników w 2014 r. wyniosło 3 371,81 zł i było o 153,98 zł, tj. o 4,8% wyższe od wynagrodzenia w 2010 r., wynoszącego 3 217,83 zł. Także wzrósł, na przestrzeni lat 2010-2014 poziom zatrudnienia pracowników obsługi (działalność pomocnicza) o 6,92 etatu, tj. o 9,4%⁸⁰, ich wynagrodzenia brutto ogółem o 183 368,9 zł, tj. o 11,4% i przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego brutto – o 33,69 zł, tj. o 1,9%. W tej grupie pracowników nie zostały wprowadzone mechanizmy mające na celu optymalizację kosztów zatrudnienia.

(dowód: akta kontroli str. 533)

2.1.11. ZOZ zatrudniał lekarzy na podstawie umowy o pracę: w 2010 r. na 34,61 etatach (w tym: na 9,63 etatach w grupie ordynatorów/zastępców z przeciętnym miesięcznym wynagrodzeniem 8 846,54 zł na osobę i stawką godzinową 54,60 zł, na 16,16 etatach w grupie specjalistów II stopnia z przeciętnym miesięcznym

⁷⁵ Wśród których przypadało 46,65 etatów na salowe i pomoc laboratoryjną, 19,79 etatów na sprzętaczkę, pracowników kuchni i pracowników warsztatu, 5,35 etatów na sekretarki medyczne, 2 etaty na rejestratorki medyczne.

⁷⁶ Wśród których przypadało 46,60 etatów na salowe i pomoc laboratoryjną, 20,73 etatów na sprzętaczkę, pracowników kuchni i pracowników warsztatu, 4,88 etatów na sekretarki medyczne, 2,05 etatów na rejestratorki medyczne.

⁷⁷ Wśród których przypadało 49,06 etatów na salowe i pomoc laboratoryjną, 22,36 etatów na sprzętaczkę, pracowników kuchni i pracowników warsztatu, 4,57 etatów na sekretarki medyczne, 2 etaty na rejestratorki medyczne.

⁷⁸ Wśród których przypadało 48,73 etatów na salowe i pomoc laboratoryjną, 25,83 etatów na sprzętaczkę, pracowników kuchni i pracowników warsztatu, 4,66 etatów na sekretarki medyczne, 2 etaty na rejestratorki medyczne.

⁷⁹ Wśród których przypadało 46,42 etatów na salowe i pomoc laboratoryjną, 26,94 etatów na sprzętaczkę, pracowników kuchni i pracowników warsztatu, 5,33 etatów na sekretarki medyczne, 2 etaty na rejestratorki medyczne.

⁸⁰ Od 73,79 etatu w 2010 r. do 80,71 etatu w 2014 r.

h. h. h. h.
U. P. P.

wynagrodzeniem 5 762,20 zł na osobę i stawką godzinową 35,57 zł, na 3,47 etatach w grupie specjalistów I stopnia z przeciętnym miesięcznym wynagrodzeniem 4 536,51 zł na osobę i stawką godzinową 28,38 zł, na 5,35 etatach w grupie bez specjalizacji z przeciętnym miesięcznym wynagrodzeniem 4 588,95 zł na osobę i stawką godzinową 24,03 zł); w 2011 r. na 33,33 etatach (w tym: na 9,92 etatach w grupie ordynatorów/zastępców z przeciętnym miesięcznym wynagrodzeniem 8 644,04 zł na osobę i stawką godzinową 51,66 zł, na 13,94 etatach w grupie specjalistów II stopnia z przeciętnym miesięcznym wynagrodzeniem 5 981,65 zł na osobę i stawką godzinową 37,03 zł, na 3,47 etatach w grupie specjalistów I stopnia z przeciętnym miesięcznym wynagrodzeniem 4 548,23 zł na osobę i stawką godzinową 28,56 zł, na 5,75 etatach w grupie bez specjalizacji z przeciętnym miesięcznym wynagrodzeniem 4 330,74 zł na osobę i stawką godzinową 25,68 zł, w grupie stażystów na 0,25 etatu z przeciętnym miesięcznym wynagrodzeniem 2 757,59 zł na osobę i stawką godzinową 16,53 zł), w 2012 r. na 36,79 etatach (w tym: na 9,00 etatach w grupie ordynatorów/zastępców z przeciętnym miesięcznym wynagrodzeniem 9 302,61 zł na osobę i stawką godzinową 54,46 zł, na 15,54 etatach w grupie specjalistów II stopnia z przeciętnym miesięcznym wynagrodzeniem 5 552,73 zł na osobę i stawką godzinową 34,46 zł, na 3,09 etatach w grupie specjalistów I stopnia z przeciętnym miesięcznym wynagrodzeniem 4 572,27 zł na osobę i stawką godzinową 28,71 zł, na 8,08 etatach w grupie bez specjalizacji z przeciętnym miesięcznym wynagrodzeniem 4 350,39 zł na osobę i stawką godzinową 25,54 zł, w grupie stażystów na 1,08 etatu z przeciętnym miesięcznym wynagrodzeniem 2 718,11 zł na osobę i stawką godzinową 15,01 zł); w 2013 r. na 38,64 etatach (w tym: na 8,00 etatach w grupie ordynatorów/zastępców z przeciętnym miesięcznym wynagrodzeniem 9 930,44 zł na osobę i stawką godzinową 56,22 zł, na 16,52 etatach w grupie specjalistów II stopnia z przeciętnym miesięcznym wynagrodzeniem 5 720,67 zł na osobę i stawką godzinową 35,69 zł, na 3,27 etatach w grupie specjalistów I stopnia z przeciętnym miesięcznym wynagrodzeniem 4 717,76 zł na osobę i stawką godzinową 28,79 zł, na 9,77 etatach w grupie bez specjalizacji z przeciętnym miesięcznym wynagrodzeniem 4 717,76 zł na osobę i stawką godzinową 26,52 zł, w grupie stażystów na 1,08 etatu z przeciętnym miesięcznym wynagrodzeniem 2 712,56 zł na osobę i stawką godzinową 14,46 zł), w 2014 r. na 41,05 etatach (w tym: na 8 etatach w grupie ordynatorów/zastępców z przeciętnym miesięcznym wynagrodzeniem 10 152,32 zł na osobę i stawką godzinową 57,99 zł, na 15,38 etatach w grupie specjalistów II stopnia z przeciętnym miesięcznym wynagrodzeniem 6 027,01 zł na osobę i stawką godzinową 37,55 zł, na 3,27 etatach w grupie specjalistów I stopnia z przeciętnym miesięcznym wynagrodzeniem 4 970,49 zł na osobę i stawką godzinową 30,26 zł, na 11,48 etatach w grupie bez specjalizacji z przeciętnym miesięcznym wynagrodzeniem 4 522,88 zł na osobę i stawką godzinową 25,64 zł, na 2,92 etatu w grupie stażystów z przeciętnym miesięcznym wynagrodzeniem 2 332,61 zł na osobę i stawką godzinową 12,00 zł).

W latach 2010-2014 poziom zatrudnienia lekarzy na podstawie umowy o pracę w grupie ordynatorów/zastępców, specjalistów II stopnia i specjalistów I stopnia obniżał się nieznacznie, tj. odpowiednio o: 1,63 etatu (o 16,9%), 0,78 etatu (o 4,8%), 0,2 etatu (o 5,8%), przy wzroście miesięcznego wynagrodzenia brutto odpowiednio o: 1 305,78 zł (o 14,8%⁸¹), 264,81 zł (o 4,6%⁸²), 433,98 zł (o 9,6%⁸³). Wzrósł poziom zatrudnienia lekarzy w grupie bez specjalizacji i stażystów⁸⁴ odpowiednio o 6,13

⁸¹ Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto za godzinę obniżyło się o 14,52 zł, tj. o 29,7%.

⁸² Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto za godzinę wzrosło o 0,84 zł, tj. o 2,8%.

⁸³ Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto za godzinę obniżyło się o 0,55 zł, tj. o 1,9%.

⁸⁴ Zatrudnianych od 2011 r.

etatu (o 114,6%) i o 2,68 etatu (od 2011 r.), tj. blisko 11-krotnie, przy obniżeniu miesięcznego wynagrodzenia brutto odpowiednio o 66,07 zł (o 1,4%⁸⁵) oraz o 424,98 zł (o 15,4%⁸⁶).

W kontrolowanym okresie poziom wynagrodzenia i zatrudnienia lekarzy zatrudnianych na podstawie tzw. kontraktów⁸⁷ wynosił ogółem: w 2010 r. 3 255 938,95 zł i 34,0 lekarzy, w 2011 r. 4 238 194,64 zł i 41,66 lekarzy, w 2012 r. 4 780 838,21 zł i 48,5 lekarzy, w 2013 r. 5 265 406,91 zł i 54,23 lekarzy, w 2014 r. 5 322 311,98 zł i 52,8 lekarzy. Przeciętna liczba osób ogółem, z którymi zawierano kontrakty wzrosła o 19,8⁸⁸, tj. o 55%. Największy wzrost zatrudnienia nastąpił w grupie lekarzy pozostałych, ponad 6-krotny, bo z dwóch w 2010 r. do 12,26 w 2014 r. przy wzroście ich przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia o 3 612,03 zł⁸⁹, tj. o 221,3%. Wzrost zatrudnienia w grupie specjalistów II stopnia wyniósł 5,87⁹⁰ w 2014 r., tj. o 24,5%, przy wzroście ich przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia o 2 349,96 zł⁹¹, tj. o 52,2%.

Wzrost liczby lekarzy zatrudnionych na podstawie umów o pracę i zawartych kontraktów wyniósł łącznie 25,24 etatów, tj. z 68,61 etatów w 2010 r. do 93,85 etatów w 2014 r. (o 36,8%) i wynikał z uruchomienia nowych działalności. W marcu 2011 r. rozpoczęto udzielanie świadczeń w nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej, w czerwcu 2012 r. utworzono szpitalny oddział ratunkowy, w lipcu 2012 r. rozpoczął działalność zakład opiekuńczo-leczniczy i hospicjum. Dodatkowo, zwiększyła się liczba lekarzy rezydentów i stażystów.

W latach 2010-2014 miesięczne wynagrodzenie lekarza-ordynatora i zastępcy ordynatora, zatrudnionego w ramach umowy o pracę, wynosiło kolejno 8 846,54 zł, 8 644,04 zł, 9 302,61 zł, 9 930, 44 zł i 10 152,32 zł. W tym samym okresie wynagrodzenie lekarza-ordynatora i zastępcy ordynatora, zatrudnionego na podstawie tzw. kontraktu, wynosiło kolejno 14 123,37 zł, 14 724,26 zł, 14 918,13 zł, 13 795,85 zł i 16 357,26 zł i było większe od wynagrodzenia ordynatora i zastępcy ordynatora zatrudnionego na podstawie umowy o pracę odpowiednio o 5 276,83 zł (59,6%), 6 080,22 zł (70,3%), 5 615,52 zł (60,4%), 3 865,41 zł (38,9%) i 6 204,94 zł (61,1%).

Według Dyrektora ZOZ, bardzo trudno jest porównać umowę o pracę, która ma ściśle określone ramy czasowe do umowy kontraktowej. Z reguły, aby zastąpić taką umowę kontraktową należałoby zatrudnić nawet 1,5 lub 2 osoby w ramach umowy o pracę. Istnieją specjalizacje lekarskie, gdzie brakuje specjalistów (anestezjologów, laryngologów, neonatologów), co sprzyja możliwości uzyskania wyższych wynagrodzeń. Lekarze ci z reguły preferują zatrudnienie w ramach umowy kontraktowej.

W przedmiocie wprowadzenia mechanizmów mających na celu optymalizację kosztów zatrudnienia lekarzy i redukcji kosztów z tego tytułu, Dyrektor ZOZ wskazał, że w wielu miejscach wynagrodzenie lekarzy jest powiązane z ilością wykonywanych świadczeń, co zapewnia właściwe wykorzystanie czasu pracy i realizację zawartego z NFZ kontraktu na świadczenia zdrowotne. Realizowane jest to między innymi poprzez premię uznaniową, uzależnioną od wartości udzielonych świadczeń w danym oddziale, lub w przypadku umów kontraktowych poprzez uzależnienie całego wynagrodzenia od wartości wykonanych świadczeń. W trakcie

⁸⁵ Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto za godzinę obniżyło się o 6,51 zł, tj. o 34,8%.

⁸⁶ Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto za godzinę obniżyło się o 2,2 zł tj. o 20,0%.

⁸⁷ Wskazany poziom zatrudnienia nie uwzględniał lekarzy zatrudnionych na dyżurach lekarskich przez firmy świadczące usługi na rzecz Szpitala.

⁸⁸ 36 w 2010 r. do 55,8 w 2014 r.

⁸⁹ Z 1 632,08 zł w 2010 r. do 5 244,11 zł w 2014 r.

⁹⁰ Z 24 w 2010 r. do 29,87 w 2014 r.

⁹¹ Z 4 505,15 zł w 2010 r. do 6 855,11 zł w 2014 r.

h. hyst-11
W-101

kontroli NIK Szpital wprowadzał zmiany, mające na celu uzależnienie wynagrodzeń lekarzy od wyniku finansowego danej komórki, co już funkcjonuje w Dziale Rehabilitacji.

Nie stwierdzono przypadków wzrostu wynagrodzeń lekarzy na skutek presji wywieranej na kierownictwo Szpitala przez tzw. deficytowych specjalistów. Jak wskazał Dyrektor ZOZ, miały miejsce incydentalne przypadki rezygnacji Szpitala z udzielania świadczeń zdrowotnych w danym zakresie z powodu braku porozumienia płacowego z lekarzem specjalistą, co skutkowało brakiem kontynuacji jego zatrudnienia. Dotyczyło to lekarza rehabilitanta i psychiatry. Znalezienie lekarza gastroenterologa na zastępstwo za lekarza przebywającego na zwolnieniu chorobowym również okazało się niemożliwe.

W 2014 r. Szpital zatrudniał trzech lekarzy na podstawie zarówno umów o pracę, jak i umów cywilno-prawnych, odprowadzając do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych składki od ich wynagrodzeń z obydwu tytułów.

(dowód: akta kontroli str. 504-508, 534-536, 629-635, 660, 662)

2.1.12. Do realizacji działań restrukturyzacyjnych nie zatrudniano ekspertów zewnętrznych.

(dowód: akta kontroli str. 537)

2.1.13. Szpital nie przekazywał organowi założycielskiemu informacji, w formie odrębnego dokumentu, o zaawansowaniu prowadzonych działań restrukturyzacyjnych w ramach programu restrukturyzacyjnego i ich wynikach. Na koniec każdego kwartału przekazywana była, w formie sprawozdania Rb-Z⁹² i Rb-N⁹³, informacja o zobowiązaniach i należnościach oraz informacja finansowa z działalności ZOZ-u. W każdym roku obrotowym w ZOZ sporządzano plan finansowy i inwestycyjny, opiniowany przez Radę Społeczną i przekazywany organowi założycielskiemu. Na koniec półrocza i roku sporządzany był raport z wykonania planu. Organ założycielski zatwierdzał również roczne sprawozdania finansowe ZOZ, po przeprowadzeniu analizy opinii i raportu biegłego rewidenta badającego sprawozdanie finansowe.

Na próbie 14 tytułów dłużnych w kwocie ogółem 9 195,1 tys. zł, dotyczących najwyższych zobowiązań wybranych w doborze celowym wg stanu na koniec 2014 r., w tym z tytułu kredytów i pożyczek w kwocie 8 945 083,46 zł⁹⁴ i z tytułu dostaw i usług w kwocie 249 978,72 zł⁹⁵, ustalono, że wykazane na ten dzień w księgach rachunkowych⁹⁶ kwoty zobowiązań nie były zgodne z dokumentami źródłowymi, ponieważ zobowiązania zostały wycenione na koniec roku 2014 niezgodnie z kwotą wymagającą zapłaty, o której mowa w art. 28 ust. 1 pkt 8 ustawy o rachunkowości, tj. bez odsetek przypadających na dzień bilansowy. W kwocie zobowiązań nie wykazano zobowiązań przedawnionych lub umorzonych.

(dowód: akta kontroli str. 538-564)

2.1.14. Starostwo Powiatowe w Oławie otrzymywało od Szpitala coroczne opinie biegłego rewidenta z badania sprawozdań finansowych, zawierające analizę wskaźnikową, w tym zyskowość sprzedaży, zyskowość aktywów, wskaźniki płynności bieżącej i szybkiej, gotówki, rotacji należności, rotacji zobowiązań, rotacji

⁹² Kwartalne sprawozdanie o stanie zobowiązań według tytułów dłużnych oraz poręczeń i gwarancji.

⁹³ Kwartalne sprawozdanie o stanie należności oraz wybranych aktywów finansowych.

⁹⁴ Wobec czterech instytucji finansujących: Raiffaisen Bank Polska SA, Banku Spółdzielczego w Oławie, Narodowego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej, MedFinance SA.

⁹⁵ Wobec dziesięciu firm: Hydrochem DGE SA, PGNiG Obrót Detaliczny Sp. z o.o., Henry Kruse Sp. z o.o., Sanofi-Aventis Sp. z o.o., HTS Medij Sp. z o.o., Pogotowia Ratunkowego we Wrocławiu, Samo Polska Sp. z o.o., Diahem AG Diagnostic Products, Konwald Sp. z o.o. i Lotniczego Pogotowia.

⁹⁶ Konta zespołu 2 Rozrachunki i roszczenia.

zapasów oraz zadłużenia. Ponadto Szpital przekazywał co kwartał do tego Starostwa szczegółową informację finansową ze swojej działalności. Starostwo Powiatowe w Oławie nie wskazywało Szpitalowi modelu współpracy z innymi jednostkami służby zdrowia⁹⁷.

(dowód: akta kontroli str. 639, 641, 644-653)

2.1.15. Sprawozdanie finansowe Szpitala podlegało corocznemu badaniu przez biegłych rewidentów, w zakresie zgodności z zasadami rachunkowości⁹⁸. Ponadto Szpital był kontrolowany przez Urząd Kontroli Skarbowej w 2008 r. w przedmiocie celowości i zgodności z prawem gospodarowania wybranymi środkami publicznymi w 2005 r. oraz przez Starostwo Powiatowe w Oławie w 2006 r. w przedmiocie wydatkowania środków z dotacji z lat 2004-2005, w 2009 r. w przedmiocie gospodarki finansowej w latach 2008-2009, w 2010 r. w zakresie gospodarowania majątkiem ruchomym, w 2012 r. w zakresie realizacji postanowień art. 2 ust. 1-4 ustawy z dnia 22 października 2010 r. o *zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej*⁹⁹, oraz w 2015 r. w zakresie funkcjonowania nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Niezależnie od tego Komisja Doraźna Rady Powiatu Oławskiego przeprowadziła w 2009 r. kontrolę realizacji zadań statutowych i poziomu udzielonych świadczeń. Dokumenty dotyczące kontroli Urzędu Kontroli Skarbowej i Starostwa Powiatowego w Oławie jako zakwalifikowane do kategorii B5 i podlegające 5-letniemu okresowi przechowywania zgodnie z rozporządzeniem Ministra Kultury z dnia 16 września 2002 r. w *sprawie postępowania z dokumentacją, zasad jej klasyfikowania i kwalifikowania oraz zasad i trybu przekazywania materiałów archiwalnych do archiwów państwowych*¹⁰⁰, nie zostały zachowane. Od roku 2010 Szpital nie był kontrolowany przez Starostwo Powiatowe w Oławie oraz nie był kontrolowany przez inne podmioty zewnętrzne, za wyjątkiem firm badających sprawozdania finansowe Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 565, 693)

2.2. Wpływ działań restrukturyzacyjnych na sytuację finansową Szpitala

2.2.1. Prowadzone działania restrukturyzacyjne ujęte zarówno w programie restrukturyzacji, jak też podejmowane w następnym okresie spowodowały poprawę wyników finansowych szpitala, w tym zmniejszyły stan jego zadłużenia.

W strukturze aktywów trwałych najistotniejszą pozycję stanowiły rzeczowe aktywa trwałe, których wartość bilansowa wzrosła z kwoty 8 197,7 tys. zł w 2005 r. do 26 949,2 tys. zł w 2014 r. (228,7%), w szczególności wskutek przeprowadzonych w ZOZ inwestycji, takich jak: modernizacja i przebudowa budynku B z zakupem sprzętu i wyposażenia, zakup urządzeń teleinformatycznych i wdrożenie technologii telekomunikacyjnych na potrzeby rentgenodiagnostyki, rozbudowa i przebudowa szpitalnego oddziału ratunkowego, termomodernizacja budynku Szpitala i modernizacja kotłowni, zakup aparatury medycznej. Najistotniejszą pozycję aktywów obrotowych stanowiły środki pieniężne i inne aktywa pieniężne, których stan na koniec 2014 r. wyniósł 1 941,0 tys. zł i był niższy o 15,4% od stanu na koniec 2005 r. wynoszącego 2 241,8 tys. zł.

W strukturze pasywów najistotniejszą pozycję stanowiły zobowiązania i rezerwy na zobowiązania w kwocie 22 286,6 tys. zł w 2014 r. Zobowiązania długoterminowe na koniec 2014 r. wynosiły 7 470,6 tys. zł i w całości stanowiły wartość zaciągniętych kredytów i pożyczek. Zobowiązania z tytułu dostaw i usług na koniec 2014 r. wyniosły 5 394,9 tys. zł, z czego 324,5 tys. zł (6,0%) stanowiły zobowiązania

⁹⁷ Starostwo nie promowało systemu wymiany doświadczeń i współpracy pomiędzy jednostkami służby zdrowia oraz nie wskazywało innych jednostek służby zdrowia jako podmiotów konkurencyjnych.

⁹⁸ Kontrole potwierdziły prawidłowość stosowania przepisów o rachunkowości.

⁹⁹ Dz. U. z 2010 r., Nr 230, poz. 1507

¹⁰⁰ Dz. U. z 2002 r. Nr 167, poz. 1375.

wymagalne. Stan zobowiązań wymagalnych w latach 2005-2014 mieścił się w przedziale od 34,4 tys. zł na koniec 2009 r. do 23 228,8 tys. zł w 2005 r. Stan zobowiązań wymagalnych na koniec 2014 r. był niższy od stanu na koniec 2005 r. o 98,6%. Zmniejszenie się stanu zobowiązań wymagalnych wynikało z ich całkowitego umorzenia oraz spłaty z uzyskanej pożyczki od Skarbu Państwa w kwocie 4 887,2 tys. zł oraz kredytu bankowego w wysokości 10 mln zł. Działania te zostały zrealizowane w ramach postępowania restrukturyzacyjnego.

Analiza wybranych danych finansowych o stanie pasywów wskazuje, że w latach 2011-2014 Szpital wykazywał istotny poziom rozliczeń międzyokresowych przychodów, które wynosiły od 445,0 tys. zł w 2011 r. do 8 001,6 tys. zł w 2012 r. Wzrost rozliczeń międzyokresowych przychodów wynikał z zaliczenia do nich 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 z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, regulacjami ogólnymi wynikającymi z treści art. 41 ust. 1 pkt 2 i ust. 2 ustawy o rachunkowości, a intencją tych zmian było przyczynienie się do braku generowania strat bilansowych ZOZ spowodowanych zdarzeniami gospodarczymi wynikającymi w szczególności z nieodpłatnego przyjęcia środków trwałych.

W Szpitalu odnotowano znaczący wzrost rezerw na zobowiązania z poziomu 1 170,0 tys. zł w 2011 r. do 2 229,3 tys. zł w 2012 r., tj. o 90,5%, co wynikało z utworzenia rezerw na odprawy emerytalne, nagrody jubileuszowe oraz w związku z toczącą się przeciwko Szpitalowi sprawą sądową o odszkodowanie i sporem prowadzonym z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.

(dowód: akta kontroli str. 58, 593-612, 614, 654, 674-677)

W analizie wybranych danych finansowych o przychodach Szpitala istotnym jest odnotowany wzrost o 149,3% przychodów ze sprzedaży, które z kwoty 14 239,7 tys. zł w 2005 r. i wzrosły do 35 494 tys. zł w 2014 r. Wzrost ten spowodowany był w szczególności zwiększeniem zakresu świadczonych usług medycznych, poprzez uruchomienie podstawowej opieki zdrowotnej, szpitalnego oddziału ratunkowego, nocnej i świątecznej opieki medycznej, zakładu opiekuńczo-leczniczego oraz hospicjum.

Pozostałe przychody operacyjne Szpitala kształtowały się na poziomie od 250,2 tys. zł (2010 r.) do 5 270,8 tys. zł (2008 r.). W latach 2012-2014 pozostałe przychody operacyjne zwiększyła równowartość odpisów amortyzacyjnych środków trwałych sfinansowanych z dotacji lub otrzymanych nieodpłatnie. Kwoty zwiększające z tego tytułu przychody wyniosły 5 734,2 tys. zł. Istotną pozycją pozostałych przychodów operacyjnych były ponadto inne przychody operacyjne wynoszące od 340,5 tys. zł w 2012 r. do 5 270,8 tys. zł w 2008 r. Przychody finansowe Szpitala kształtowały się w latach 2005-2014 na poziomie od 1,8 tys. zł (2005 r.) do 234,3 tys. zł (2009 r.) i nie miały istotnego udziału w jego przychodach.

(dowód: akta kontroli str. 614, 668-673, 678)

Koszty ogółem Szpitala wzrosły z poziomu 18 762,2 tys. zł w 2005 r. do 38 181,8 tys. zł w 2014 r. (103,5%), na co główny wpływ miało rozszerzenie działalności Szpitala, tworząc nowe komórki organizacyjne; podstawowa opieka zdrowotna, zakład opiekuńczo-leczniczy, hospicjum, szpitalny oddział ratunkowy, nocna i świąteczna opieka medyczna. Wzrost kosztów został spowodowany również znacznym zwiększeniem wartości amortyzacji z poziomu 598,3 tys. zł w 2005 r. do 2 762,3 tys. zł (361,7%), co było związane z zakończeniem prowadzonych inwestycji.

Koszty wynagrodzeń osobowych wyniosły 12 653,0 tys. zł w 2010 r. (przy średnim zatrudnieniu wynoszącym 348,5 etatów) i wzrosły do 14 784,1 tys. zł w 2014 r. (przy średnim zatrudnieniu wynoszącym 397,5 etatów). Wzrost przeciętnego wynagrodzenia w latach 2010-2014 wyniósł 2,5%, przy czym najbardziej wzrosły wynagrodzenia w grupie lekarzy zatrudnionych na podstawie kontraktów (o 55,1%), a najmniej w grupie pracowników niemedycznych (o 1,9%). Koszty wynagrodzeń z pochodnymi stanowiły w 2005 r. 62,1% kosztów podstawowej działalności operacyjnej, a ich udział spadł do 2014 r. do 50,4%, na co najistotniejszy wpływ miał duży wzrost kosztów udzielonych świadczeń zdrowotnych – z 3 907,6 tys. zł w 2005 r. do 14 389,8 tys. zł (268,3%). Istotną pozycją kosztów podstawowej działalności operacyjnej były usługi obce, które w 2005 r. wyniosły 986,8 tys. zł i rosły w badanym okresie osiągając w 2014 r. poziom 7 780,3 tys. zł (wzrost o 688,4%). Główną przyczyną tego wzrostu były zawierane umowy cywilnoprawne, tzw. kontrakty z lekarzami, które stanowiły w latach 2010-2014 od 60,9% do 68,4% kosztów usług obcych. Koszty wynagrodzeń z pochodnymi i koszty kontraktów zawieranych z personelem medycznym w latach 2010-2014 były najistotniejszymi kosztami podstawowej działalności operacyjnej, gdyż odpowiadały za udział od 67,3% do 64,8% tych kosztów.

Pozostałe koszty operacyjne szpitala kształtowały się na poziomie od 384,0 tys. zł (2010 r.) do 3 039,2 tys. zł (2005 r.). Istotną pozycją pozostałych kosztów operacyjnych była aktualizacja wartości aktywów niefinansowych oraz inne koszty operacyjne.

Koszty finansowe kształtowały się na poziomie od 349,8 tys. zł (2010 r.) do 4 507,3 tys. zł (2006 r.). Najwyższe koszty finansowe poniósł Szpital w latach 2005-2006 w kwocie 6 776,2 tys. zł z tytułu odsetek z tytułu nieterminowej zapłaty zobowiązań.

(dowód: akta kontroli str. 500-503, 533-536, 593-612, 668-673, 675-677, 679)

Szpital uzyskiwał dodatni wynik na sprzedaży w latach 2005-2009. Począwszy od 2010 r. do 2014 r. wyniki na sprzedaży były ujemne i wykazywały stratę od 782,5 tys. zł (2010 r.) do 2 153,3 tys. zł (2011 r.). Wynik na działalności operacyjnej Szpitala (EBIT¹⁰¹) był dodatni w latach 2005-2009 i 2013-2014 oraz mieścił się w przedziale od 574,2 tys. zł (2013 r.) do 4 589,3 (2007 r.), a powiększony o amortyzację był dodatni w latach 2005-2014. Istotna poprawa wyniku na działalności operacyjnej w 2012 r. (-545,1 tys. zł) w stosunku do roku poprzedniego (-1 986,3 tys. zł) wynikała w szczególności z opisanych wcześniej zmian sposobu ujmowania w ewidencji księgowej zdarzeń gospodarczych polegających na otrzymaniu dotacji na zakup środków trwałych lub nieodpłatnym otrzymaniu środków trwałych i zwiększeniu pozostałych przychodów operacyjnych równolegle do odpisów amortyzacyjnych od tych środków trwałych.

Wynik na działalności gospodarczej w latach 2007-2009 oraz 2013-2014 był dodatni i mieścił się w przedziale od 30,6 tys. zł (2013 r.) do 5 815,9 tys. zł (2008 r.). Na wynik ten wpływały w szczególności malejące od roku 2006 koszty finansowe, które zmniejszyły się z kwoty 2 800,6 tys. zł w 2005 r. do kwoty 624,7 tys. zł w 2014 r. Główną przyczyną tych pozytywnych zmian była w szczególności poprawa płynności finansowej Szpitala umożliwiająca bieżące regulowanie zobowiązań, co skutkowało zmniejszającą się kwotą odsetek z tytułu nieterminowej spłaty zobowiązań.

W latach 2006-2007 oraz 2012-2013 istotny wpływ na wynik finansowy miały straty i zyski nadzwyczajne związane z realizacją restrukturyzacji prowadzonej na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej. W okresach tych ujęto jako zyski nadzwyczajne w kwocie łącznej 10 896,8 tys. zł umorzenia przez wierzycieli

¹⁰¹ Earnings Before Interest and Taxes – zysk przed odsetkami (koszty finansowe pomniejszone o przychody finansowe) i podatkami.

1. hmyd - 4
11-11-11

publicznoprawnych i cywilnoprawnych odsetek od zobowiązań przeterminowanych oraz umorzoną przez BGK pożyczkę restrukturyzacyjną.

W latach 2006-2009 oraz 2012-2014 wynik netto Szpitala był dodatni i wyniósł od 187,0 tys. zł w 2014 r. do 8 840,6 tys. zł w 2007 r., a ujemny w 2005 r. oraz w latach 2010-2011.

Wyniki finansowe Szpitala wskazują, iż prowadzone działania restrukturyzacyjne, ujęte w programie restrukturyzacji, spowodowały poprawę tych wyników poczynając od 2006 r. Najważniejszy wpływ na poprawę wyniku finansowego netto Szpitala miało zmniejszenie kosztów finansowych oraz pozostałych kosztów.

(dowód: akta kontroli str. 614, 668-673, 680)

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 2005-2006 wyniósł od 0,21 do 0,41, w 2007 r. 1,10, w latach 2008-2009 od 1,99 do 2,08, w latach 2010-2011 od 1,24 do 1,52, a w latach 2012-2014 wyniósł od 0,97 do 1,04. Powyższe dane wskazują na brak bieżącej płynności Szpitala w latach 2005-2006, jego poprawę w latach 2007-2009, przyjęcie wartości optymalnych (1,2-1,7) w latach 2010-2011 oraz nieznaczny spadek w latach 2012-2014;
- wskaźnik szybkiej płynności, umożliwiający ocenę zdolności Szpitala do terminowego regulowania bieżących zobowiązań w latach 2005-2006 wyniósł od 0,2 do 0,4. Poprawa nastąpiła w latach 2007-2014, przy czym w latach 2007 oraz 2011-2014 wskaźnik przyjął prawidłową wartość (0,9-1,3) i wyniósł od 0,89 do 1,17, a w latach 2008-2010 wartość wskaźnika wzrosła nadmiernie (od 1,42 do 1,99), co wynikało ze zwiększenia stanu środków pieniężnych w kasie i na rachunkach;
- wskaźnik wypłacalności, wskazujący, ile razy zobowiązania przekraczają kapitał własny w badanym okresie nie osiągnął pożądanego poziomu (0,01-0,5) a w roku 2008 wyniósł 8,75, co mogło wskazywać na utratę przez Szpital zdolności do regulowania zobowiązań;
- wskaźnik rotacji należności w latach 2005-2007 mieścił się w przedziale od 42 dni do 71 dni, co oznaczało trudności w terminowym wpływie należności Szpitala a w latach 2008-2014 nastąpiła jego stabilizacja na poziomie od 29 do 36 dni, który świadczył o poprawie dokonywania płatności przez kontrahentów Szpitala, głównie przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
- wskaźnik rotacji zobowiązań miał porównywalną tendencję do wskaźnika rotacji należności i wynosił w latach 2005-2007 od 47 do 255 dni a w latach 2008-2014 od 18 do 38 dni;
- wskaźnik rotacji zapasów w latach 2005-2014 miał tendencję malejącą w przedziale od 7 dni w 2005 r. do 4 dni w 2013 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, w latach 2005 oraz 2010-2011 był ujemny (od -4,66% do -11,87%) a w pozostałych latach był dodatni (od 0,49% do 38,37%);
- wskaźnik ogólnego zadłużenia, informujący o stopniu finansowania aktywów kapitałami obcymi przyjął pożądaną wartość do 60% w latach 2010-2011. W latach 2005-2008 wskaźnik mieścił się w przedziale od 89,98% do 199%, co oznaczało istotne obniżenie wiarygodności Szpitala wobec instytucji finansowych. W latach 2009 oraz 2012-2014 wskaźnik wyniósł od 68,12% do 72,79%.

Kształtowanie się w wyżej wskazany sposób wskaźników ekonomicznych charakteryzujących sytuację majątkową i finansową Szpitala wskazuje na uzyskanie

1. hach
17. 10. 14

(dowód: akta kontroli str. 644-653, 681-689)

(dowód: akta kontroli str. 12-51, 597-598, 603-604, 660-664, 667)

¹⁰² Wynik ze sprzedaży/przychody ze sprzedaży – pożądana tendencja rosnąca.

¹⁰³ Wynik netto/aktywa – pożądana tendencja rosnąca.

104 Należności krótkoterminowe + inwestycje krótkoterminowe/zobowiązania krótkoterminowe - optymalny poziom to 0,9-1,3.

¹⁰⁵ Środki pieniężne/zobowiązania krótkoterminowe – pożądana tendencja rosnąca.

¹⁰⁶ Zapasy x 360/przychody ze sprzedaży - pożądana tendencja malejąca.

107 **Kapitał własny/aktywa** – pożądana tendencja rosnąca.

108 Zobowiązania ogółem/pasywa - pożądana tendencja malejąca.

¹⁰⁹ Przychody ogółem/aktywa – pożądana tendencja rosnąca.

¹¹⁰ Przychody ze sprzedaży/rzeczowe aktywa trwale – pożądana tendencja rosnąca.

¹¹¹ Przyjęto stan na ostatni dzień roku.

¹¹² Wybranych w doborze celowym.

posiadał danych o liczbie oczekujących dla oddziału wewnętrznego, chirurgii ogólnej, ginekologii i laryngologii, gdzie średni czas oczekiwania wynosił od 30 do 60 dni (dane szacunkowe), za wyjątkiem roku 2013 dla oddziału laryngologii, gdzie liczba oczekujących wyniosła 116 pacjentów, ze średnim czasem oczekiwania wynoszącym 60 dni. Na koniec roku 2014 liczba oczekujących na przyjęcie do oddziałów wewnętrznego i chirurgii ogólnej wyniosła po 15 pacjentów, do oddziału ginekologii – 23 pacjentów i do oddziału laryngologii – 590 pacjentów, a średnia liczba dni oczekiwania na przyjęcie do tych oddziałów wyniosła odpowiednio 14, 53, 52 i 180.

Jak wskazał Dyrektor ZOZ zapisy dotyczące oczekujących pacjentów dokonywano w formie papierowej (dokumentacja uległa częściowemu zniszczeniu), uniemożliwiającej uzyskanie danych o ich liczbie. Dane z oddziałów wewnętrznego, chirurgii ogólnej i ginekologii z lat 2010-2013, a z oddziału laryngologii z lat 2010-2012, dotyczące czasu oczekiwania na przyjęcie, są danymi szacunkowymi, uzyskanymi od pracowników tych oddziałów. Obecnie trwają prace mające na celu stworzenie elektronicznej rejestracji planowych przyjęć do oddziałów szpitalnych. Oddział laryngologii przyjmuje pacjentów przede wszystkim w trybie planowym, a czas oczekiwania dla pacjentów stabilnych wzrósł od roku 2014, co było wynikiem bardzo dużego zapotrzebowania na usługi świadczone przez oddział laryngologii w stosunku do wielkości kontraktu z NFZ.

Poszerzenie zakresu świadczonych w ZOZ usług o oddział ortopedyczny w 2009 r., szpitalny oddział ratunkowy i zakład opiekuńczo-leczniczy oraz hospicjum w 2012 r. oraz nocną i świąteczną opiekę medyczną w 2013 r. nie było poprzedzone analizą potrzeb zdrowotnych w regionie powiatu oławskiego, która by miała charakter odrębnego dokumentu. Zgodnie z informacją Dyrektora ZOZ zakład opiekuńczo-leczniczy został utworzony na prośbę Dyrektora Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, podyktowaną brakiem na terenie powiatu oławskiego takiej usługi. Szpitalny Oddział Ratunkowy powstał jako element systemu ratownictwa medycznego, określony w Wojewódzkim Planie Działania Systemu Ratownictwa Medyczne dla Województwa Dolnośląskiego. Dla prawidłowego działania Szpitalnego Oddziału Ratunkowego utworzono Oddział Ortopedyczny, który był potrzebny z uwagi na zbyt małą podaż tych usług we Wrocławiu – najbliższym ośrodku, w którym takie usługi świadczone. Nocna i świąteczna opieka medyczna jest opieką zapewniającą doraźną pomoc lekarza pacjentom w czasie, gdy przychodnie podstawowej opieki zdrowotnej są zamknięte. Konieczność wydzielenia i zabezpieczenia takich świadczeń ustalił Narodowy Fundusz Zdrowia i ogłosił konkurs w tym zakresie. ZOZ, jako podmiot dysponujący odpowiednią bazą, jako jedyny złożył ofertę.

(dowód: akta kontroli str.: 6-11, 504-508, 579-581, 636-637, 639, 642-643, 659-660, 662)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Dyrektor ZOZ nie określił minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, co było wymagane art. 50 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej. Zestawienia ustalonych przedmiotowych norm zostały podpisane przez pielęgniarkę naczelną. Za określenie tych norm, jak wyjaśnił Dyrektor ZOZ, odpowiadała pielęgniarka naczelną, nie zostały one jedynie opublikowane w formie wewnętrznego zarządzenia. W zakresie czynności pielęgniarki naczelną nie było wskazanego obowiązku określenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych.

(dowód: akta kontroli str.: 504-508)

2. Wysokość zobowiązań wymagalnych, zgodnie z ewidencją księgową, wynosiła w latach 2010-2014 kolejno: 39,9 tys. zł, 160,1 tys. zł, 778,3 tys. zł, 152,0 tys. zł

h. h. h. h.
ci. K. K.

oraz 324,5 tys. zł, natomiast wykazywana przez ZOZ w sprawozdaniach finansowych Rb-Z za IV kwartał odpowiednio: 27,2 tys. zł, 159,1 tys. zł, 776,8 tys. zł, 62,9 tys. zł oraz 325,6 tys. zł, co było niezgodne z ewidencją księgową. Różnica wyniosła odpowiednio: -12,7 tys. zł, -1,0 tys. zł, -1,5 tys. zł, -89,1 tys. zł oraz 1,1 tys. zł. Jak wyjaśniła Irena Fryderyk – główny księgowy ZOZ w Oławie, przyczyną wskazanych różnic były niekompatybilne terminy sporządzania i składania sprawozdań Rb-Z o zobowiązaniach (do 3 miesięcy od zakończenia roku, po czym podlegały obowiązkowym badaniom przez biegłego rewidenta) oraz sprawozdań Rb-Z za IV kwartał (do 37 dni po zakończeniu roku). Sprawozdania Rb-Z za IV kwartał nie były korygowane po ich sporządzeniu, co było wynikiem przeoczenia istnienia takiego obowiązku przez główną księgową Szpitala. Stanowiło to naruszenie § 10 ust. 5 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 4 marca 2010 r. w sprawie sprawozdań jednostek sektora finansów publicznych w zakresie operacji finansowych¹¹³.

(dowód: akta kontroli str.: 654-657)

3. ZOZ nie prowadził dla oddziałów wewnętrznego, chirurgii ogólnej i ginekologii w latach 2010-2013, a dla oddziału laryngologii w latach 2010-2012, list oczekujących na świadczenia medyczne w formie umożliwiającej aktualne określenie ich liczby i średniego czasu oczekiwania, wbrew art. 20 ust. 4-6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹¹⁴. Jak wyjaśnił Dyrektor ZOZ, zapisy dotyczące oczekujących pacjentów dokonywano w formie papierowej (dokumentacja uległa częściowemu zniszczeniu), uniemożliwiającej uzyskanie danych o ich liczbie. Dane z oddziałów wewnętrznego, chirurgii ogólnej i ginekologii z lat 2010-2013, a z oddziału laryngologii z lat 2010-2012, dotyczące czasu oczekiwania na przyjęcie są danymi szacunkowymi, uzyskanymi od pracowników tych oddziałów. Listy oczekujących prowadzone za 2014 r. umożliwiły określenie ich liczby i średniego czasu oczekiwania.

(dowód: akta kontroli str.: 579-581, 642-643, 659-660, 662)

4. W latach 2010-2014 Szpital zapłacił odsetki w kwocie 609,10 zł w 2010 r., 166,41 zł w 2011 r., 54 733,15 zł w 2012 r., 12 203,32 zł w 2013 r. oraz 36 269,35 zł w 2014 r. od nieterminowo regulowanych zobowiązań (łącznie 103 981,33 zł), pomimo zapisu art. 44 ust. 3 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych¹¹⁵, zgodnie z którym wydatki publiczne powinny być dokonywane w wysokości i terminach wynikających z wcześniej zaciągniętych zobowiązań. Dyrektor Szpitala wyjaśnił m.in., że zapłacenie odsetek wynikało z utraty płynności finansowej Szpitala, spowodowanej niepłaceniem przez Narodowy Fundusz Zdrowia za tzw. nadgodziny, uznanie przez Urząd Kontroli Skarbowej we Wrocławiu za niewłaściwe zakwalifikowanie przez Szpital niektórych wydatków do kategorii wydatków statutowych, co w konsekwencji spowodowało, że dochód przeznaczony na te wydatki nie mógł korzystać ze zwolnienia podatkowego, zaplaceniem spornej kwoty składek na ZUS dopiero po niekorzystnym dla Szpitala wyroku sądowym oraz tym, że zawierane ugody i porozumienia z wierzycielami nie zawsze skutkowały pełnym umorzeniem odsetek, bądź ich nienaliczaniem.

(dowód: akta kontroli str.: 692, 695-696)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

1. Realizacja działań restrukturyzacyjnych pozwoliła na poprawę sytuacji finansowej Szpitala, niemającej jednak trwałego charakteru, ponieważ nadal występowały cywilnoprawne zobowiązania wymagalne, wynoszące w latach 2008-2012

¹¹³ Dz. U. z 2014 r., poz. 1773.

¹¹⁴ Dz. U. z 2015 r., poz. 581 ze zm.

¹¹⁵ Dz. U. z 2013 r., po. 885 ze zm.

h. h. h. h.
u. u. u.

kolejno 1 038,2 tys. zł, 34,4 tys. zł, 39,9 tys. zł, 160,1 tys. zł i 788,3 tys. zł, a wynik finansowy z działalności operacyjnej w tych samych latach wyniósł odpowiednio: 6 432,9 tys. zł, 2 535,5 tys. zł, -916,2 tys. zł, -1 986,2 tys. zł i -545,0 tys. zł. Należy zauważyć, że znaczący wpływ na wskazany zysk miała otrzymywana pomoc zewnętrzna, wykazywana w innych przychodach operacyjnych, która wyniosła odpowiednio 4 971,0 tys. zł, 2 787,5 tys. zł, 134,3 tys. zł, 580,9 tys. zł i 230,9 tys. zł. Poprawa wyniku finansowego netto w latach 2012-2014¹¹⁶ była związana ze znacznym wzrostem pozostałych przychodów operacyjnych w pozycji: dotacje¹¹⁷, co wynikało z ich przeksięgowania z rozliczeń międzyokresowych przychodów równoległe do odpisów amortyzacyjnych od środków trwałych sfinansowanych z tych źródeł, zgodnie z art. 8 ustawy z dnia 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw oraz z art. 41 ustawy o rachunkowości. Na poprawę wyniku finansowego we wskazanych latach miało także umorzenie pożyczki z Banku Gospodarstwa Krajowego w łącznej kwocie 3 419,6 tys. zł zarachowane do zysków nadzwyczajnych. Powyższe potwierdza także analiza wskaźnikowa opisana w pkt III.2.2.2. niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

(dowód: akta kontroli str.: 12-51, 593-616, 668-673)

2. Zobowiązania wymagalne Szpitala zostały wycenione niezgodnie z kwotą wymagającą zapłaty, o której mowa w art. 28 ust. 1 pkt 8 ustawy o rachunkowości, tj. bez odsetek przypadających na dzień bilansowy, które wyniosły w 2010 r. 0,1 tys. zł, tj. 0,0004% wartości pasywów¹¹⁸, w 2011 r. 0,5 tys. zł, tj. 0,0013% wartości pasywów¹¹⁹, w 2012 r. 9,3 tys. zł, tj. 0,0269% wartości pasywów¹²⁰, w 2013 r. 1,0 tys. zł, tj. 0,003% wartości pasywów¹²¹, w 2014 r. 11,4 tys. zł, tj. 0,0348% wartości pasywów¹²². Według wyjaśnień głównej księgowej ZOZ minimalny udział procentowy wartości odsetek w kwocie pasywów nie zaburzał realnej wartości pasywów, co jest istotą wyceny w kwocie wymagającej zapłaty. Z tych względów żadna z firm audytorskich, która kontrolowała sprawozdania ZOZ, nie kwestionowała wyceny wartości zobowiązań ujętych w bilansie, uznając, że została zachowana zasada istotności przy ocenie sytuacji majątkowej i finansowej jednostki.

(dowód: akta kontroli str. 539-564)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie **[1]** fakt przyjęcia norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych przez naczelną pielęgniarkę, zamiast przez Dyrektora Szpitala, **[2]** brak korygowania sprawozdań Rb-Z za IV kwartał w latach 2010-2014, skutkującego niezgodnością podawanych w nich wysokości zobowiązań wymagalnych z ewidencją księgową Szpitala, **[3]** brak prowadzenia dla oddziałów: wewnętrznego, chirurgii ogólnej i ginekologii w latach 2010-2013, a dla oddziału laryngologii w latach 2010-2012, list oczekujących na świadczenia medyczne w formie umożliwiającej aktualne określenie ich liczby i średniego czasu oczekiwania, oraz **[4]** zapłacenie przez Szpital w latach 2010-2014 odsetek od nieterminowo regulowanych zobowiązań. Ponadto uwagę kontroli NIK zwraca brak trwałego charakteru poprawy sytuacji finansowej Szpitala po przeprowadzonej w latach 2005-2007 restrukturyzacji oraz niezgodność wyceny zobowiązań wymagalnych z kwotą wymagającą zapłaty (bez odsetek).

¹¹⁶ Wynik finansowy netto wyniósł odpowiednio 1 264,7 tys. zł, 845,1 tys. zł i 187,0 tys. zł.

¹¹⁷ Wysokość dotacji wyniosła w latach 2012-2014 2 205,6 tys. zł, 1 697,5 tys. zł i 1 831,1 tys. zł, podczas gdy w latach 2005-2010 wynosiła 0,0 zł za wyjątkiem 2009 r. (58,4 tys. zł).

¹¹⁸ Wynoszących 27 484,7 tys. zł.

¹¹⁹ Wynoszących 38 155,9 tys. zł.

¹²⁰ Wynoszących 34 555,5 tys. zł.

¹²¹ Wynoszących 33 586,7 tys. zł.

¹²² Wynoszących 32 716,6 tys. zł.

h. h. h. h.
o. k. k. k.

Na pozytywną ocenę zasługuje natomiast: [1] przeprowadzenie restrukturyzacji finansowej Szpitala w latach 2005-2007, w wyniku której zostały osiągnięte wszystkie założone cele, w tym spłata wszystkich zobowiązań, [2] przeprowadzenie w latach 2013-2014 termomodernizacji budynku Szpitala i modernizacji kotłowni, co przyczyniło się do zmniejszenia kosztów zużycia energii, [3] rzetelne informowanie organu założycielskiego o postępach w przeprowadzanej restrukturyzacji oraz o sytuacji ekonomicznej Szpitala.

IV. Uwagi i wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹²³ (dalej: *ustawa o NIK*), wnosi o:

1. Określenie przez dyrektora ZOZ minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych.
2. Korygowanie sprawozdań Rb-Z zgodnie z postanowieniami § 10 ust. 5 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 4 marca 2010 r. w sprawie sprawozdań jednostek sektora finansów publicznych w zakresie operacji finansowych.
3. Podjęcie działań restrukturyzacyjnych/naprawczych, mających na celu poprawę sytuacji ekonomicznej Szpitala na podstawie planu opartego na rzetelnie przeprowadzonej analizie w zakresie istniejących możliwości.
4. Zintensyfikowanie działań na rzecz niedopuszczenia do zapłaty przez Szpital odsetek od nieterminowo regulowanych zobowiązań.

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 we Wrocławiu.

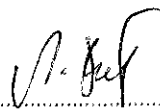
Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 *ustawy o NIK* proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 30 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

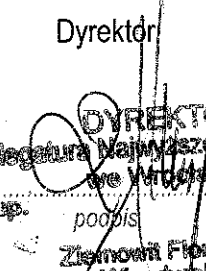
Wrocław, dnia 11 grudnia 2015 r.

Kontroler:
Mirosław Perłowski
Główny specjalista k.p.


.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura we Wrocławiu

Dyrektor


DYREKTOR
Delegatura Najwyższej Izby Kontroli
we Wrocławiu
Z up. podpis
Ziemowit Florkowski
Wicedyrektor

¹²³ Dz. U. z 2015 r., poz. 1096.

