



LBY.430.001.2018

Nr ewid. 153/2018/P/17/064/LBY

Informacja o wynikach kontroli

**FINANSOWANIE I REALIZACJA
„PROGRAMU INWESTYCJI ROZWOJOWYCH
I MODERNIZACYJNYCH W SZPITALACH WOJEWÓDZKICH
NA LATA 2009–2016”
W WOJEWÓDZTWIE KUJAWSKO-POMORSKIM**

DELEGATURA W BYDGOSZCZY

MISJA

Najwyższej Izby Kontroli jest dbałość o gospodarność i skuteczność w służbie publicznej dla Rzeczypospolitej Polskiej

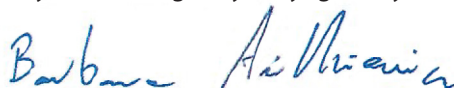
WIZJA

Najwyższej Izby Kontroli jest cieszący się powszechnym autorytetem najwyższy organ kontroli państwowej, którego raporty będą oczekiwanym i poszukiwanym źródłem informacji dla organów władzy i społeczeństwa

Informacja o wynikach kontroli

Finansowanie i realizacja „Programu Inwestycji Rozwojowych i Modernizacyjnych w szpitalach wojewódzkich na lata 2009–2016” w województwie kujawsko-pomorskim

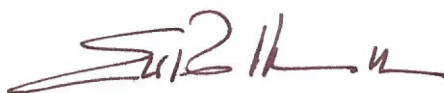
Dyrektor Delegatury w Bydgoszczy



Barbara Antkiewicz

Akceptuję:

Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli



Ewa Polkowska

Zatwierdzam:

Prezes Najwyższej Izby Kontroli



Krzysztof Kwiatkowski

Warszawa, dnia 30.X.2018r.

Najwyższa Izba Kontroli
ul. Filtrowa 57
02-056 Warszawa
T/F +48 22 444 50 00

www.nik.gov.pl

SPIS TREŚCI

WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ.....	4
1. WPROWADZENIE.....	6
2. OCENA OGÓLNA	9
3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI	11
4. WNIOSKI.....	26
5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI	28
5.1. Przygotowanie do prowadzenia programowych działań inwestycyjnych w szpitalach wojewódzkich	28
5.2. Realizacja Programu	32
5.2.1. Realizacja zadań inwestycyjnych przez KPIM.	32
5.2.2. Realizacja zadań inwestycyjnych przez szpitale wojewódzkie.....	34
5.2.3. Poziom wykonania Programu	38
5.2.4. Wykorzystanie i utrzymanie wyników inwestycji.....	41
5.2.5. Finansowanie realizacji Programu, a w szczególności wypełnienie postanowień umowy kredytowej	47
5.2.6. Nadzór Województwa Kujawsko-Pomorskiego nad realizacją Programu.....	58
5.3. Wpływ realizacji Programu na działalność i sytuację finansową uczestników Programu	61
5.3.1. Wpływ realizacji Programu na sytuację finansową Województwa Kujawsko-Pomorskiego oraz KPIM	61
5.3.2. Wpływ realizacji Programu na działalność i sytuację finansową Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy	65
5.3.3. Wpływ realizacji Programu na działalność i sytuację finansową Centrum Onkologii w Bydgoszczy.....	68
5.3.4. Wpływ realizacji Programu na działalność i sytuację finansową Szpitala Specjalistycznego we Włocławku.....	71
5.3.5. Wpływ realizacji Programu na działalność i sytuację finansową szpitali wojewódzkich nieobjętych kontrolą NIK	77
6. ZAŁĄCZNIKI	89
6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe.....	89
6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych.....	94
6.3. Tablice dotyczące dostosowania szpitali wojewódzkich i zaangażowania samorządów województw w modernizację podległych szpitali.....	104
6.4. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności	109
6.5. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli.....	110
6.6. Stanowsko Ministra do informacji o wynikach kontroli	111
6.7. Opinia Prezesa NIK do stanowiska Ministra.....	115

Zdjęcie na okładce:

Sala operacyjna Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego
im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy w toku wyposażania.
Źródło: Kujawsko-Pomorskie Inwestycje Medyczne Sp. z o.o.,
autor: p. Radosław Buryta.

Wykaz stosowanych skrótów, skrótowców i pojęć

Centrum Onkologii w Bydgoszczy	Centrum Onkologii im. prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy;
Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy	Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy;
EBI	Europejski Bank Inwestycyjny;
Kujawsko-pomorskie Inwestycje Medyczne, Spółka lub KPIM	Kujawsko-Pomorskie Inwestycje Medyczne sp. z o.o.;
ksh	ustawa z dnia 15 września 2000 r. Kodeks spółek handlowych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1577, ze zm.);
Program	„Program inwestycji rozwojowych i modernizacyjnych w szpitalach wojewódzkich na lata 2009–2012” przyjęty przez Zarząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego uchwałą nr 55/894/09 z 16 lipca 2009 r.;
podmiot tworzący	podmiot albo organ, który utworzył podmiot leczniczy w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jednostki budżetowej albo jednostki wojskowej;
PPIS	Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny;
pzp	ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1986);
Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Świeciu	Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. dr. J. Bednarza w Świeciu;
Szpital Dziecięcy w Bydgoszczy	Wojewódzki Szpital Dziecięcy im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy;
Szpital Obserwacyjno-Zakaźny w Bydgoszczy	Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny im. T. Borowicza w Bydgoszczy;
Szpital Specjalistyczny we Włocławku	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. błogosławionego księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku;
szpital wojewódzki	samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej udzielający świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego, dla którego podmiotem tworzącym (a we wcześniejszym stanie prawnym – organem założycielskim) jest samorząd województwa;
Szpital Zespolony w Toruniu	Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu;
udl	ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 160, ze zm.);
ufp	ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 2077, ze zm.);
ufp z 2005 r.	ustawa z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 249 poz. 2104, ze zm.), obowiązująca do dnia 31 grudnia 2009 r.;
ustawa o rachunkowości	ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2018 r. poz. 395, ze zm.);

ustawa o samorządzie województwa	ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz. U. z 2017 r. poz. 2096, ze zm.);
ustawa o zoz	ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14 poz. 89, ze zm.) – uchylona z dniem 1 lipca 2011 r.;
wymagania ogólnoprzestrzenne, sanitarne i instalacyjne	wymagania określone dla pomieszczeń zakładów opieki zdrowotnej (podmiotów leczniczych) przepisami rozporządzeń Ministra Zdrowia wydanymi na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy o zoz, a od 1 lipca 2011 r. na podstawie art. 22 ust. 2 i 3 udl.

1. WPROWADZENIE

Pytanie definiujące cel główny kontroli

Czy zadania przewidziane w „Programie inwestycji rozwojowych i modernizacyjnych w szpitalach wojewódzkich na lata 2009–2016” zostały prawidłowo sfinansowane i zrealizowane oraz czy osiągnięto zakładane efekty programu?

Pytania definiujące cele szczegółowe kontroli

1. Czy zapewniono prawidłowe finansowanie programu, w tym czy koszty realizacji programu nie miały negatywnego wpływu na sytuację finansową, majątkową i funkcjonowanie uczestników programu?
2. Czy zadania objęte programem zrealizowano prawidłowo i czy osiągnięto zakładane efekty?

Jednostki

kontrolowane

Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego,
Kujawsko-Pomorskie Inwestycje Medyczne sp. z o.o.,
Centrum Onkologii im. prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy,
Wojewódzki Szpital Dziecięcy im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy,
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. błogosławionego księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku.

Okres objęty kontrolą

Lata 2009–2016, a także działania wcześniejsze i późniejsze, jeśli miały wpływ na realizację lub wykorzystanie inwestycji będących przedmiotem kontroli.

Od dnia wejścia w życie ustawy o zoz, tj. 15 stycznia 1992 r., podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, w tym szpitale, zobowiązane są do posiadania pomieszczeń i urządzeń odpowiadających wymogom w zakresie ogólnoprzestrzennym, sanitarnym i instalacyjnym¹. Wymogi te dotyczą m.in. usytuowania poszczególnych pomieszczeń, w których odbywa się diagnostyka i leczenie, szerokości wejść i wyjść, wyposażenia sal w urządzenia do dezynfekcji, odpowiedniego oświetlenia, wentylacji i klimatyzacji, a także zapewnienia rezerwowych źródeł zaopatrzenia szpitala w wodę i energię elektryczną.

Jednostki, które nie spełniały powyższych wymogów w dniu wejścia przepisów wykonawczych do ww. ustawy, tj. 20 października 1992 r., zostały zobowiązane do opracowania i zrealizowania programów dostosowawczych². Pierwotny okres realizacji tych programów ustalono na 10 lat. Kolejne zmiany przepisów wydłużały ten termin, najpierw do 31 grudnia 2012 r., następnie do 31 grudnia 2016 r. i w końcu do 31 grudnia 2017 r. Ostatecznie dopuszczono funkcjonowanie podmiotów, które nie zrealizowały programu dostosowawczego, wprowadzając możliwość uzyskania opinii Państwowej Inspekcji Sanitarnej o wpływie, jaki niesie niespełnienie wymogów na bezpieczeństwo pacjentów. Opinia ta przekazywana jest do wiadomości organom nadzoru (wojewodom).

Termin dostosowania podmiotów leczniczych do ww. wymagań przesuwno ze względu na powszechne opóźnienia w realizacji programów dostosowawczych. W I kwartale 2016 r. tylko 8,4% szpitali w Polsce było w pełni dostosowanych do wymogów ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych³. Było to następstwem trudnej sytuacji ekonomicznej szpitali publicznych⁴.

Ostateczny termin dostosowania podmiotów leczniczych, w tym szpitali, do wymogów ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych upłynął 31 grudnia 2017 r. Tymczasem na 1 stycznia 2018 r. aż 45,7% podmiotów

¹ W okresie obowiązywania ustawy o zoz wymagania te określano jako „fachowe i sanitarne”. Ustalono je kolejno w: rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Polityki Społecznej z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 213 poz. 1568, ze zm.) – uchylone z dniem 26 lutego 2011 r. (dalej: „rozporządzenie z 2006 r.”), rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 31, poz. 158) – uchylonym z dniem 30 czerwca 2012 r. (dalej: „rozporządzenie z 2011 r.”); rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 739; dalej: „rozporządzenie z 2012 r.”).

² Programów dostosowania podmiotu wykonującego działalność leczniczą do wymagań ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych, wskazanych w art. 207 ust. 2 udl, a poprzednio w rozporządzeniach wydanych na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy o zoz, tj. w szczególności §53 ust. 2 rozporządzenia z 2006 r. (dalej: „program dostosowawczy”).

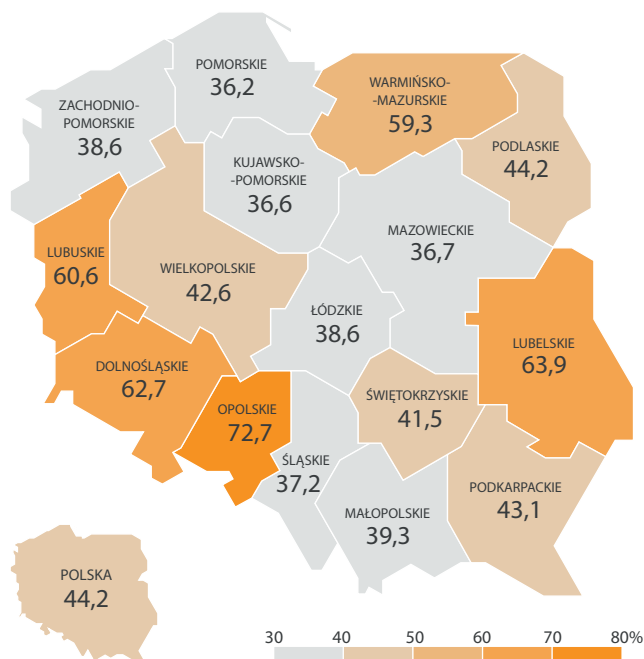
³ Według danych Ministerstwa Zdrowia spośród 955 podmiotów leczniczych prowadzących szpitale 875 nie spełniało wymagań.

⁴ Ta przyczyna została ustalona w toku analiz prowadzonych przez Ministra Zdrowia. Znajduje także potwierdzenie w innych dokumentach. Przykładowo jeszcze w 2014 r. XVII Zgromadzenie Ogólne Związku Powiatów Polskich wskazywało na potrzebę dalszego opóźnienia terminu dostosowania tych podmiotów do odpowiednich wymagań – do 2020 r., motywując to brakiem środków na modernizację. <https://www.zpp.pl/storage/library/2017-06/0c8a9f4fed1d95b991b539dd73a9b211.pdf> (stan na 21 sierpnia 2017 r.).

udzielających świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego⁵ było nadal niedostosowanych do ww. wymogów. Sytuacja niewiele się poprawiła na 31 sierpnia 2018 r., gdyż nadal 620 szpitali pozostawało niedostosowanych, co stanowiło 44,2% spośród 1 395 jednostek udzielających tego typu świadczeń.

Infografika nr 1

Udział szpitali niespełniających wymogów ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych wśród jednostek udzielających świadczeń tego rodzaju – stan na 31 sierpnia 2018 r. (%)



Źródło: Opracowanie NIK na podstawie Rejestru Podmiotów Prowadzących Działalność Leczniczą i informacji przekazanych przez państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych⁶.

Podmioty lecznicze, w tym szpitale, mogą od 31 listopada 2017 r.⁷ występować do właściwych organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej o wydanie opinii na temat wpływu niespełnienia wymogów ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych na bezpieczeństwo pacjentów. Spośród 634 szpitali, które w terminie określonym w art. 207 ust. 1 udl nie dostosowały się do wymogów ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych, 545 jednostek (tj. 86%) zwróciło się do 31 sierpnia 2018 r. o opinię do PPIS na temat wpływu niespełniania wymagań na bezpieczeństwo pacjentów. Niewystąpienie o uzyskanie wyżej wymienionej opinii przez pozostałe 89 szpitali (14%) uniemożliwia dokonanie oceny ryzyka, jakie niesie niespełnienie wyżej wymienionych wymogów na bezpieczeństwo pacjentów.

⁵ Tj. 634 spośród 1386 jednostek.

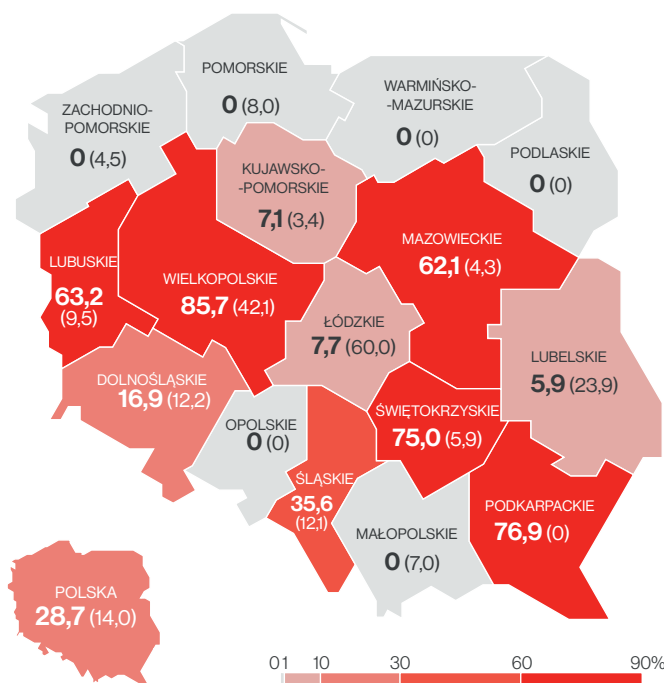
⁶ Jako szpital należy rozumieć podmiot leczniczy udzielający świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego, w tym leczenia jednego dnia (art. 2 ust. 1 pkt 9 i 11 udl). Za podmioty (szpitale) niedostosowane – przyjęto szpitale, które nie zrealizowały programów dostosowawczych we wskazanej dacie.

⁷ Tj. od wejścia w życie art. 207 ust. 3 i 4 udl.

Wśród opinii, które do 31 sierpnia 2018 r. uzyskały 522 szpitale⁸, w 150 przypadkach (28,7%) ryzyko określono jako znaczne. Ten wysoki poziom ryzyka w szpitalach określono w 85,7% opinii w województwie wielkopolskim i 76,9% opinii w województwie podkarpackim, podczas gdy opinie w sześciu województwach nie wskazały żadnego przypadku znacznego poziomu ryzyka⁹. Rozbieżności w zwymiarowaniu zagrożenia występującego w szpitalach w poszczególnych województwach, wynikają nie tylko z odmiennego poziomu spełnienia wymogów przez szpitale, lecz także z różnej metodologii wydawania ww. opinii i raportowania ich wyników, przyjętych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w różnych regionach¹⁰.

Infografika nr 2

Udział opinii o znacznym poziomie ryzyka na bezpieczeństwo pacjentów w ogólnej opinii wydanych wobec szpitali niespełniających wymagań ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych – stan na 31 sierpnia 2018 r.(%)*



* w nawiasie: udział szpitali, które **nie wystąpiły o opinię** o wpływie niespełnienia wymagań ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych na bezpieczeństwo pacjentów w ogólnej opinii, które pozostały 1 stycznia 2018 r. niedostosowane do ww. wymagań (%)

Źródło: Opracowanie NIK na podstawie informacji przekazanych przez państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych¹¹.

⁸ Różnica między 545 szpitalami, które o ww. opinie wystąpiły do właściwych organów Inspekcji Sanitarnej a 522 opiniami wydanymi przez ww. organy wynika ze spraw, które znajdowały się w toku.

⁹ Dotyczyło to województw: małopolskiego, opolskiego, podlaskiego, pomorskiego, zachodniopomorskiego, warmińsko-mazurskiego.

¹⁰ Z przedłożonych danych wynika, że przyjmowano dwie odmiennie metody określania poziomu ryzyka: (1) o poziomie ryzyka w jednostce ogółem decydował poziom ryzyka powstały wskutek niespełnienia najistotniejszego, krytycznego wymagania (2) o poziomie ryzyka w danej jednostce ogółem decydował przeważający poziom ryzyka stwarzany przez niespełnienie poszczególnych indywidualnych wymogów.

¹¹ Jako szpital należy rozumieć podmiot leczniczy udzielający świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego, w tym leczenia jednego dnia (art. 2 ust. 1 pkt 9 i 11 udl). Za podmioty (szpitale) niedostosowane – przyjęto szpitale, które nie zrealizowały programów dostosowawczych we wskazanej dacie. Szpitale ze znacznym poziomem ryzyka podano wg. metodologii przyjmowanej przez poszczególnych państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych.

2. OCENA OGÓLNA

Efektywność realizacji w latach 2009–2016 Programu inwestycji rozwojowych i modernizacyjnych w szpitalach prowadzonych przez Województwo Kujawsko-Pomorskie była znacznie niższa od zakładanej. Zadania w nim przewidziane zrealizowano jedynie w 69,5%, wydatkując 517,8 mln zł¹², tj. o 15% więcej niż kwota planowana¹³ na realizację wszystkich zamierzeń. Nie osiągnięto również jednego z dwóch celów Programu – dostosowania szpitali wojewódzkich do wymogów ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych.

Do 31 grudnia 2017 r., tj. w terminie wskazanym w ustawie o działalności leczniczej, tylko trzy spośród siedmiu¹⁴ szpitali wojewódzkich spełniły powyższe normy. Kolejne trzy szpitale uzyskały wprowadzić opinię inspekcji sanitarnej o braku lub niewielkim wpływie niedostosowania na bezpieczeństwo pacjentów, jednak nadal muszą dążyć do pełnej zgodności z normami, a w okresie przejściowym ograniczać związane z tym ryzyko zdrowotne. Jeden szpital nie wystąpił do inspekcji sanitarnej o opinię, stąd nie był znany wpływ jego niedostosowania do wymogów na bezpieczeństwo pacjentów.

Pomimo niepełnej realizacji Programu miał on istotny, pozytywny wpływ na funkcjonowanie i rozwój siedmiu objętych nim szpitali wojewódzkich. Powierzchnia szpitalna odpowiadająca zarówno wymogom ogólnoprzestrzennym, sanitarnym i instalacyjnym, jak i przeciwpożarowym zwiększyła się o 253%. Wzrósł także potencjał leczniczy szpitali, m.in. przez rozbudowę oraz zakup nowoczesnego wyposażenia i sprzętu medycznego.

Spółka Kujawsko-Pomorskie Inwestycje Medyczne rozpoczęła realizację Programu w latach 2009–2010, tj. w czasie, gdy znajdowała się w organizacji i nie była należycie przygotowana do działań inwestycyjnych. Spowodowało to w szczególności:

- wzrost kosztów czterech inwestycji o wartość dodatkowych dokumentacji projektowych (tj. 1,1 mln zł¹⁵) lub wartość zleconych z naruszeniem pzp wcześniej nieplanowanych robót (tj. 24,0 mln zł)¹⁶, co istotnie wpłynęło na niepełne wykonanie Programu;
- wzniesienie w Szpitalu Specjalistycznym we Włocławku budynku nr 13 z lądowiskiem dla śmigłowców lotniczego pogotowia ratunkowego, którego konstrukcja nie spełniała norm w zakresie nośności, w związku z czym podejmowane doraźne prace nie wyeliminowały powstających pęknięć

Niższa od zakładanej efektywność Programu: zrealizowano 70% zadań, wydatkując 115% planowanych środków

Pomimo niepełnej realizacji Programu stan obiektów szpitali uległ znaczącej poprawie

Nieprzygotowanie organizacyjne spółki KPIM w pierwszym okresie realizacji Programu

¹² Wartość nakładów KPIM i szpitali wojewódzkich poniesiona w ramach działań określonych ww. programem, a także w ramach działań przewidzianych lub realizowanych na podstawie porozumień zawartych między szpitalami i spółką, bez nakładów na inwestycje zrealizowane niezależnie przez Centrum Onkologii w Bydgoszczy i nakładów poniesionych przed przyjęciem ww. programu.

¹³ 450 mln zł.

¹⁴ Liczba siedmiu szpitali wojewódzkich objętych Programem wynika z następującego w toku jego realizacji łączenia jednostek mających siedzibę w Toruniu. Połączeniu w jeden podmiot uległy trzy szpitale spośród dziewięciu pierwotnie objętych Programem oraz jeden, w którym inwestycje miały być zrealizowane niezależnie od Programu.

¹⁵ Łączna wartość kosztów poniesionych przez KPIM: ekspertyzy i dwóch dodatkowych dokumentacji projektowych zamówionych w toku przebudowy i rozbudowy Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy.

¹⁶ Kwota obejmuje: koszty robót dodatkowych zlecone w ramach inwestycji przebudowa i rozbudowa Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy (20,7 mln zł) oraz utworzenie Parku Aktywnej Rehabilitacji i Sportu Centrum Onkologii w Bydgoszczy (dalej „PARIS”; 1,2 mln zł); a także wartość rozszerzonego zakresu robót dotyczącego budowy budynku nr 13 z lądowiskiem Szpitala Specjalistycznego we Włocławku (2,1 mln zł). Ponadto KPIM rozszerzał także zakres robót w zadaniu Blok Żywieniowy Centrum Onkologii, w którym jednak ustalenie wartości dokonanej zmiany było niemożliwe ze względu na sposób rozliczenia inwestycji.

Realizacja inwestycji nie wpłynęła negatywnie na sytuację ekonomiczną szpitali wojewódzkich
Główny ciężar inwestycji poniosło województwo kujawsko-pomorskie

Niezaplanowanie odpowiednich środków na wniesienie wkładu własnego przewidzianego umową kredytową

Opóźnienia w określaniu obowiązków szpitali w zakresie utrzymania przekazanego im mienia KPIM

i przecieków, a dalsze utrzymanie tego obiektu w dobrym stanie wymaga stałego monitorowania i ostatecznie modernizacji lub wyłączenia z użytkowania płyty lotniska.

Na skutek realizacji Programu nie pogorszyła się kondycja finansowa objętych nim szpitali wojewódzkich. Inwestycje o wartości 517,8 mln zł sfinansowała w 86% spółka KPIM, głównie ze środków kredytu z EBI, zaciągniętego w wysokości 425 mln zł. Ciężar spłaty tych zobowiązań faktycznie spoczywa jednak na Województwie Kujawsko-Pomorskim, które poręczyło kredyt, jak również przekazuje KPIM środki niezbędne do jego spłaty. Biorąc pod uwagę wartość poręczeń udzielonych KPIM w okresie kontrolowanym, tj. 725,1 mln zł, zaangażowanie Województwa w inwestycje realizowane w szpitalach w latach 2010–2016¹⁷ było najwyższe spośród 16 samorządów województw. Izba zauważyła przy tym, że bez wsparcia Samorządu sześć z siedmiu szpitali wojewódzkich nie byłoby w stanie samodzielnie przeprowadzić niezbędnych inwestycji.

Następstwem przyjętego sposobu finansowania będzie jednak zwiększenie w kolejnych latach obciążenia budżetu województwa kujawsko-pomorskiego. W okresie 2010–2016 nie miało ono negatywnego wpływu na sytuację finansową Województwa, lecz poręczenie¹⁸ w 2015 r. kolejnego kredytu udzielonego KPIM przez EBI może spowodować, że maksymalne roczne zobowiązania Województwa w 2023 r. będą trzykrotnie wyższe niż w 2016 r. i wyniosą 46,6 mln zł.

Zastrzeżenia Najwyższej Izby Kontroli dotyczą niezaplanowania przez Województwo źródeł finansowania dla wymaganego przez EBI udziału „środków własnych” w realizację Programu. Wobec braku odpowiedniego wkładu, przez prawie dwa lata nie można było uruchomić ostatniej transzy 25 mln zł kredytu, co opóźniło o nawet 2,5 roku wyposażenie w niezbędny sprzęt Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy. Z tego powodu część pomieszczeń tego szpitala nie była w tym okresie wykorzystywana.

Europejski Bank Inwestycyjny nie wnosił pisemnych zastrzeżeń do działania Spółki w toku realizacji umowy kredytowej. Do zakończenia kontroli NIK (marzec 2018 r.) KPIM nie otrzymał z EBI potwierdzenia o prawidłowym wykorzystaniu środków kredytu.

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie oceniła, sięgające pięć lat, opóźnienia w zawieraniu przez KPIM umów określających obowiązki szpitali względem przekazanego im przez Spółkę mienia. Część majątku Spółki (w badanych przypadkach o wartości 5,9 mln zł) pozostawała przez to nieubezpieczona nawet przez dwa lata.

¹⁷ Do porównania wybrano okres wykorzystania przez KPIM środków kredytu z EBI, poręczonego przez województwo.

¹⁸ Związane z nieobjętą niniejszą kontrolą kontynuacją działań inwestycyjnych KPIM w szpitalach wojewódzkich.

3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

Przygotowanie do realizacji Programu

Według stanu na 31 grudnia 2009 r. żaden z 10 szpitali, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Kujawsko-Pomorskie¹⁹, nie spełniał obowiązujących wymogów ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych, w związku z tym opracowały one programy dostosowawcze. W ich realizacji miał pomóc „Program inwestycji rozwojowych i modernizacyjnych w szpitalach wojewódzkich na lata 2009–2012”, przyjęty uchwałą Zarząd Województwa w lipcu 2009 r. Celem programu było „dostosowanie pomieszczeń szpitali do wymaganych standardów oraz podniesienie standardu usług medycznych na terenie województwa kujawsko-pomorskiego”. Dokument ten określał działania inwestycyjne w dziewięciu szpitalach wojewódzkich²⁰. Pierwotnie w Programie ustalono czas na realizację zadań odpowiednio do terminu dostosowania podmiotów leczniczych, tj. do końca 2012 r.

Prowadzenie formalnego nadzoru nad realizacją Programu, monitorowanie i raportowanie powierzono spółce Kujawsko-Pomorskie Inwestycje Medyczne, powołanej kilka miesięcy wcześniej²¹. Zadaniem Spółki miała być również realizacja inwestycji na rzecz szpitali wojewódzkich, w tym uzyskanie tytułu do dysponowania nieruchomościami szpitali i pełnienie funkcji inwestora. Wytworzone przez Spółkę inwestycje miały być następnie przekazywane szpitalom wojewódzkim do bezpłatnego korzystania, na podstawie umów, które jednocześnie określałyby zasady wykorzystania tego majątku.

Program zakładał, że oprócz inwestycji Spółki, szpitale wojewódzkie wykonają samodzielnie zadania stanowiące 15% wartości Programu. Nie przewidziano jednak źródeł finansowania dla tych zadań. Nie miało to jednakże negatywnego wpływu na jego realizację. Spółka zawierała ze szpitalami umowy użyczenia, uzyskując tytuł prawny do nieruchomości, na których miały być realizowane inwestycje budowlane. Na KPIM przeniesiono także pozwolenia na budowę, uzyskane wcześniej przez szpitale. Spółka wstąpiła również w prawa szpitali wynikające z umów na opracowanie dokumentacji projektowej.

Żadna inna jednostka samorządu województwa nie posiadała w latach 2010–2016 podobnego dokumentu, w oparciu o który realizowałyby działania inwestycyjne w podległych sobie szpitalach.

Na koniec 2009 r. żaden z 10 szpitali wojewódzkich nie spełniał obowiązujących wymogów ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych

Celem przyjętego w lipcu 2009 r. Programu było dostosowanie pomieszczeń szpitali wojewódzkich do wymaganych standardów oraz podniesienie standardu usług medycznych na terenie województwa kujawsko-pomorskiego

¹⁹ Były to: Centrum Onkologii w Bydgoszczy, Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy, Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Świeciu, Szpital Dziecięcy w Bydgoszczy, Szpital Obserwacyjno-Zakaźny w Bydgoszczy, Szpital Specjalistyczny we Włocławku (wówczas noszący nazwę Wojewódzkiego Szpitala we Włocławku), Szpital Zespolony w Toruniu, Wojewódzki Szpital Dziecięcy w Toruniu; Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Psychiatrycznego w Toruniu i Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny w Toruniu (cztery jednostki zlokalizowane w Toruniu do końca roku 2012 zostały połączone w Szpital Zespolony w Toruniu).

²⁰ Programem nie objęto Wojewódzkiego Szpitala Obserwacyjno-Zakaźnego w Toruniu, w którym inwestycje miały zostać sfinansowane ze środków europejskich. Ostatecznie, wskutek połączenia czterech szpitali wojewódzkich zlokalizowanych w Toruniu, Programem objęto wszystkie siedem szpitali wojewódzkich.

²¹ Uchwałą Sejmiku Województwa Kujawsko-Pomorskiego Nr XXX/602/09 z 26 stycznia 2009 r. w sprawie utworzenia spółki z ograniczoną odpowiedzialnością.

Umowę kredytową z EBI zawarto w sposób prawidłowy, została ona też prawidłowo poręczona

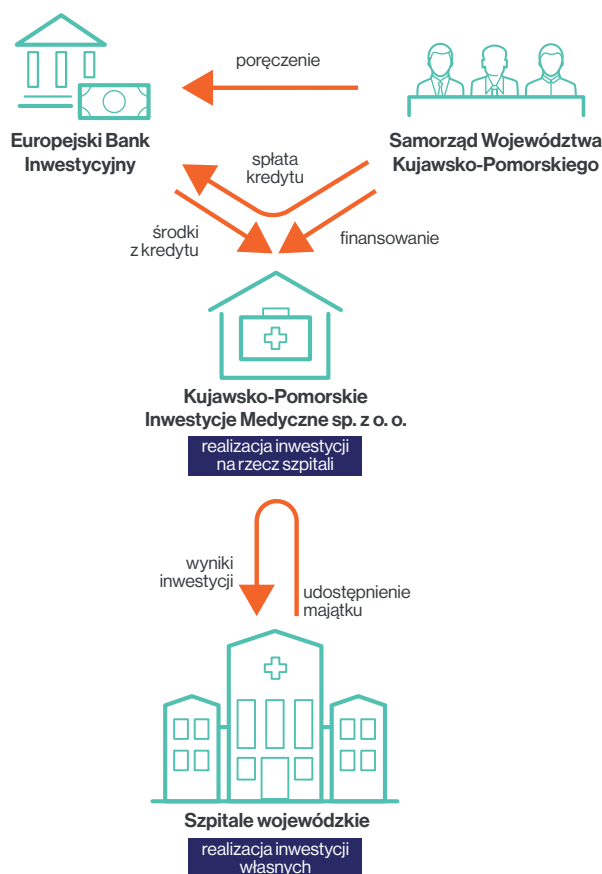
Wartość zadań w ramach Programu oszacowano na 450 mln zł brutto. Program nie przewidywał źródeł finansowania dla planowanych inwestycji w zakładanej kwocie. Sejmik Województwa w czerwcu 2009 r. wyraził zgodę na wniesienie przez Województwo dopłat do Spółki do wysokości 695 mln zł w latach 2009–2029. Środki te zasadniczo służyć miały spłacie zobowiązań wobec instytucji finansowej. Ostatecznie głównym źródłem finansowania Programu był kredyt w wysokości 425 mln zł zaciągnięty w październiku 2010 r. przez KPIM w EBI. Umowa kredytowa wymagała wniesienia przez KPIM wkładu własnego w wysokości co najmniej 425 mln zł.

Zobowiązania Spółki do kwoty 531,3 mln zł²² zostały poręczone przez Województwo Kujawsko-Pomorskie w terminie do 31 grudnia 2036 r. Udzielając tego poręczenia zachowano wymogi określone w art. 94 oraz w art. 262 ust. 1 ufp. Poręczenie było zaplanowane w budżecie województwa i poprzedzone stosowną uchwałą Sejmiku Województwa Kujawsko-Pomorskiego.

W listopadzie 2012 r. okres realizacji Programu wydłużono do 2016 r.

Infografika nr 3

Schemat organizacji i finansowania Programu



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie ustaleń kontroli.

²² Kwota poręczenia obejmuje wszelkie kwoty, których bank może się domagać na podstawie poręczonej umowy kredytowej, tj. należność główną (425 mln zł), odsetki i inne zobowiązania finansowe.

Realizacja i finansowanie Programu

W pierwszych latach swojej działalności Spółka nie była organizacyjnie i kadrowo przygotowana do realizacji powierzonych jej zadań. Zadania Spółki w 2009 r. wykonywali faktycznie pracownicy Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego, którzy na potrzeby opracowywania Programu pozyskiwali od szpitali wojewódzkich informacje o potrzebach inwestycyjnych tych placówek.

W latach 2010–2011 Spółka wykorzystywała projekty budowlane opracowane wcześniej przez szpitale wojewódzkie. Brak wystarczającej liczby osób dysponujących odpowiednimi kwalifikacjami oraz pośpiech związany ze zbliżającym się terminem (koniec 2012 r.) dostosowania podmiotów leczniczych przyczyniły się w szczególności do nieprawidłowego przygotowania rozbudowy Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy. Zamówiona przez szpital dokumentacja projektowa za kwotę 6,7 mln zł została odebrana przez KPIM, pomimo że nie spełniała podstawowego założenia projektowego, tj. nie umożliwiała prowadzenia robót budowlanych w sposób etapowy, zapewniający nieprzerwaną działalność szpitala. Usunięcie tego podstawowego błędu oraz szeregu drobniejszych, niewykrytych w projekcie, wymagało wydatkowania przez Spółkę 1,1 mln zł na dodatkowe prace projektowe i 20,7 mln zł na nieprzewidziane wcześniej roboty budowlane.

Błędy w dokumentach projektowych opracowanych przez szpitale wojewódzkie, nieodpowiednio zweryfikowanych przez KPIM, wystąpiły także w innych badanych inwestycjach. Spowodowały one konieczność udzielenia przez Spółkę zamówień dodatkowych przy utworzeniu Parku Aktywnej Rehabilitacji i Sportu²³ Centrum Onkologii, a także wykonania robót na podstawie zamiennej dokumentacji projektowej przy modernizacji Bloku Żywnościowego Centrum Onkologii²⁴. [str. 33]

Przykładem szczególnym było utworzenie ładowiska na dachu budynku nr 13 Szpitala Specjalistycznego we Włocławku. KPIM oczekiwał od wykonawcy wzniesienia budynku z ładowiskiem na dachu, pomimo że dokumentacja projektowa przewidywała wykonanie wyłącznie tarasu widokowego. Ostatecznie, po opracowaniu m.in. dodatkowej dokumentacji, wzniesiono oczekiwany obiekt z ładowiskiem na dachu, jednak ponadplanowe roboty z tym związane kosztowały 3,1 mln zł. Ponadto w tym budynku występują usterki powstające wskutek błędów konstrukcyjnych budynku i ładowiska. [str. 29–34]

Spółka prawidłowo przeprowadzała odbiory wykonanych robót budowlanych. Nieprawidłowości nie stwierdzono także przy odbiorze przez KPIM dostaw sprzętu i wyposażenia dla szpitali wojewódzkich.

KPIM rozpoczęły działalność inwestycyjną będąc faktycznie w organizacji, przez co wykorzystywały dokumentację otrzymaną od szpitali wojewódzkich, bez odpowiedniego sprawdzenia, czy nie zawiera ona błędów

²³ Wartość robót, zleconych w tej inwestycji w ramach zamówień dodatkowych, które można było przewidzieć na etapie projektowania, wyniosła 1,2 mln zł.

²⁴ Ze względu na sposób rozliczenia inwestycji ustalenie wartości robót wynikających z zamiennej dokumentacji projektowej było niemożliwe.

Kujawsko-pomorskie
Inwestycje Medyczne
przypadków
doprowadziły
do przypadków
nieubezpieczenia
majątku oraz braku jego
inventaryzacji w drodze
spisu z natury

Spółka niezwłocznie przekazywała wyniki inwestycji do wykorzystania przez szpitale wojewódzkie, jednakże z opóźnieniem do pięciu lat określała obowiązki użytkownika względem utrzymania przekazanego mienia o wartości 41,2 mln zł.

Szpital poddawały obiekty i sprzęt medyczny niezbędnym przeglądom i konserwacjom, jednak brak umów określających ich obowiązki wpłynął na pozostawienie części majątku spółki (w badanych przypadkach o wartości 5,9 mln zł) nieubezpieczonym przez okres od roku i pięciu miesięcy do dwóch lat. Skalę ryzyka w tym zakresie obniżyły działania dwóch szpitali, tj. Centrum Onkologii w Bydgoszczy i Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy, które z własnej inicjatywy ubezpieczyły majątek Spółki zanim nałożono na nie taki obowiązek. W okresie, w którym majątek pozostał nieubezpieczony, nie wystąpiły zdarzenia skutkujące jego utratą. [str. 42]

Opóźnienia sięgające pięciu lat dotyczyły także księgowania wyników inwestycji KPIM w środkach trwałych Spółki. Skutkowało to nie tylko nierzetelnością jej sprawozdań finansowych, lecz także opóźniło rozpoczęcie inventaryzacji. Majątek Spółki o wartości 171,1 mln zł, wykorzystywany przez Szpital Dziecięcy w Bydgoszczy, nie został zinwentaryzowany zarówno przez KPIM, jak i Szpital.

Wyniki inwestycji były
utrzymywane przez
szpitale wojewódzkie
w dobrym stanie.
Wyjątek stanowił
budynek nr 13 Szpitala
Specjalistycznego
we Włocławku

Poza jednym przypadkiem, wyniki inwestycji zrealizowanych przez KPIM znajdowały się w dobrym stanie technicznym. Wyjątek stanowił budynek nr 13 wraz z ładowiskiem w Szpitalu Specjalistycznym we Włocławku, w którym ponawiały się liczne spękania ścian i przecieki, pomimo doraźnych napraw. Odpowiedzialność za to ponosił zarówno KPIM – inwestor w procesie budowlanym odpowiadający za powstałe błędy konstrukcyjne budynku i ładowiska, jak i Szpital Specjalistyczny we Włocławku, który odpowiadał za stan obiektu. [str. 45]

Środki kredytu z EBI
wydatkowano zgodnie
z przeznaczeniem.
Prawidłowo spłacano
należności z tytułu
umowy kredytowej
zawartej z EBI

Kujawsko-Pomorskie Inwestycje Medyczne wydatkowały wszystkie środki kredytu z EBI (425 mln zł) na cele określone umową kredytową, tj. na realizację Programu. Harmonogram uruchamiania środków kredytu umożliwiał terminowe regulowanie przez Spółkę zobowiązań względem dostawców, usługodawców i wykonawców. W kontrolowanym okresie Spółka dokonywała terminowych spłat zobowiązań względem EBI w wysokości łącznej 60,4 mln zł, dzięki sprawnemu przekazywaniu środków²⁵ przez Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego.

Negatywny wpływ na realizację inwestycji objętych Programem miało niezabezpieczenie źródeł finansowania „środków własnych” KPIM przewidzianych umową kredytową z EBI w wysokości ok. 140 mln zł. Województwo jako organizator Programu nie podjęło działań dla rozwiązania

²⁵ Środki przekazywano w latach 2009–2016 jako dopłaty do kapitału lub w ramach podniesienia kapitału KPIM. Oprócz 60,4 mln zł wykorzystanych na spłatę zobowiązań kredytowych wobec EBI, wynikających z umowy z 3 listopada 2010 r., 19,1 mln zł zostało wykorzystanych na inwestycje w ramach Programu, a pozostałe środki na inne działania spółki (w szczególności związane z rozbudową Szpitala Zespołowego w Toruniu) oraz na koszty utrzymania Spółki.

tego problemu²⁶. Taki stan zablokował na niemal dwa lata uzyskanie ostatniej transzy 25 mln zł kredytu z EBI. W tym okresie wstrzymano zakup wyposażenia dla Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy [str. 49–50], przez co część pomieszczeń tego szpitala nie była wykorzystywana [str. 44]. KPIM uzyskały ostatecznie zgodę kredytodawcy na rozliczenie jako „środków własnych” inwestycji Centrum Onkologii w Bydgoszczy zrealizowanych w latach 2010–2016 poza Programem.

Na 5 marca 2018 r. Spółka nie dysponowała żadnym dokumentem, który zawierałby końcową ocenę EBI w odniesieniu do sprawozdania końcowego z wykorzystania środków kredytu, złożonego w kwietniu 2017 r. Pomimo że postanowienia umowy kredytowej wskazywały na pisemny charakter korespondencji, Spółka nie dysponowała także udokumentowanym stanowiskiem EBI co do spełnienia wymogów umowy kredytową z 3 listopada 2010 r., w szczególności w zakresie zapewnienia wymaganego udziału „środków własnych”. Spółka nie dysponowała nawet dokumentacją pozwalającą na potwierdzenie prawidłowości obliczenia kwoty nakładów w wysokości 280,7 mln zł, która miała zostać poniesiona w latach 2007–2009 w szpitalach wojewódzkich. Obliczenia w zakresie innych poniesionych nakładów własnych Spółki i nakładów szpitali zawierały liczne błędy.

Szpital wojewódzkie zasadniczo prawidłowo prowadziły swoje inwestycje w ramach Programu, które miały stanowić 15% jego wartości (67,5 mln zł). Większość badanych zadań szpitali polegała na dostawach wyposażenia i sprzętu medycznego. Szpitale w szczególności prawidłowo przygotowały się do tych zadań i rzetelnie dokonywały odbioru robót, dostaw lub usług. Wyniki zrealizowanych inwestycji były utrzymywane w dobrym stanie technicznym.

Kwoty, które siedem szpitali wojewódzkich²⁷ wydatkowało w latach 2010–2016 na realizację Programu, pochodziły głównie ze środków własnych (55,7 mln zł), a także środków pomocy bezzwrotnej (13,0 mln zł ze środków Unii Europejskiej, budżetu państwa i dotacji z innych źródeł), a kredytami i pożyczkami sfinansowano wydatki w kwocie 4,9 mln zł. Kontrolowane przez Izbę szpitale pozyskiwały te środki w sposób prawidłowy i właściwie realizowały warunki umów dofinansowania lub kredytowych.

Nadzór nad Spółką sprawowany przez Radę Nadzorczą oraz Zarząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego, pełniący funkcję Zgromadzenia Wspólników, był niewystarczający. Pomimo podejmowania działań nadzorczych określonych aktem założycielskim KPIM, nie udało się uniknąć lub wyeliminować nieprawidłowości w działaniu Spółki, w szczególności w zakresie zamówień publicznych i opóźnionego nawet o pięć lat zawierania ze szpitalami wojewódzkimi umów określających zasady utrzymania środków

KPIM nie dysponuje stanowiskiem EBI potwierdzającym prawidłowe wywiązanie się z warunków umowy

Szpital wojewódzkie zasadniczo prawidłowo prowadziły swoje inwestycje w ramach Programu

Szpital wojewódzkie w niewielkim stopniu korzystały ze środków zewnętrznych w toku realizacji własnych inwestycji przewidzianych Programem

Nadzór nad działalnością inwestycyjną KPIM był niewystarczający

²⁶ Przykładowo Zarząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego dokonując 12 listopada 2012 r. aktualizacji Programu uchwałą nr 46/1378/12 nie zmienił jego zapisów odnoszących się do źródeł finansowania inwestycji, przesunął natomiast okres zakończenia Programu z roku 2012 na rok 2016 odpowiednio do obowiązujących wówczas przepisów art. 207 udl.

²⁷ Uwzględniając jednostki połączone w Szpital Zespolony w Toruniu.

trwałych KPIM. Sprawozdania finansowe KPIM, mimo że badane przez biegłych rewidentów, zawierały błędy będące skutkiem księgowania wyników inwestycji w środkach trwałych z opóźnieniem do pięciu lat.

Plany finansowo-inwestycyjne KPIM za lata 2011, 2014–2016 zostały przedłożone Zarządowi Województwa i zatwierdzone przez niego w III lub IV kwartale roku, w którym miały obowiązywać. Tym samym Zarząd nie mógł sprawować w tych latach nadzoru nad działalnością inwestycyjną Spółki.

Efekty Programu

W ramach Programu wydatkowano 517,8 mln zł, w szczególności na budowę nowych obiektów, adaptację lub modernizację pomieszczeń, modernizację infrastruktury technicznej, a także zakup wyposażenia i sprzętu

W ramach Programu KPIM zrealizowały 56 zadań inwestycyjnych na rzecz szpitali wojewódzkich, wydając na ten cel 444,1 mln zł. Do inwestycji programowych o największej wartości należały: przebudowa i rozbudowa Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy za kwotę 162,0 mln zł²⁸; utworzenie PARIS Centrum Onkologii w Bydgoszczy za kwotę 42,7 mln zł; dobudowa skrzydła D Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy za kwotę 35,1 mln zł; zakup wyposażenia i sprzętu dla Szpitala Zespołowego w Toruniu za kwotę 21,5 mln zł; budowa budynku nr 13 wraz z lądowiskiem w Szpitalu Specjalistycznym we Włocławku za kwotę 18,8 mln zł.

Udział finansowy szpitali wojewódzkich w realizacji Programu wyniósł 73,6 mln zł. Zadania inwestycyjne szpitali w znacznej części polegały na wyposażeniu obiektów wybudowanych lub zmodernizowanych przez Spółkę. Największą wartość miały: zakup wyposażenia dla PARIS przez Centrum Onkologii w Bydgoszczy (6,5 mln zł), a także zakup sprzętu diagnostycznego wraz z dostosowaniem pomieszczeń: w Szpitalu Zespołowym w Toruniu (6,4 mln zł) i Szpitalu Specjalistycznym we Włocławku (5,8 mln zł).

Działania inwestycyjne w ramach Programu przyczyniły się do znacznej poprawy stanu budynków szpitali wojewódzkich. Założenia jednak wykonano w 69,5%, co nie pozwoliło na pełne dostosowanie obiektów czterech szpitali do obowiązujących wymogów

Realizacja Programu doprowadziła do zmodernizowania obiektów o powierzchni 37,6 tys. m² (tj. ok. 19,4% ogółu²⁹), a także wybudowania nowych obiektów o powierzchni 33,4 tys. m² (tj. 17,3% stanu początkowego). Działania te miały podstawowe znaczenie dla poprawy w latach 2010–2016 stanu dostosowania szpitali wojewódzkich do obowiązujących norm. Spośród wszystkich inwestycji zrealizowanych w tym okresie w szpitalach wojewódzkich aż 62% wykonano w ramach Programu³⁰. Wskutek realizacji Programu oraz samodzielnych działań szpitali, pod koniec 2016 r. niedostosowanie dotyczyło: w zakresie ogólnoprzestrzennym, sanitarnym i instalacyjnym 43,6% powierzchni szpitalnej, a w zakresie przeciwpożarowym 23,7% tej powierzchni, podczas gdy jeszcze pod koniec 2009 r. niedostosowanie dotyczyło: 80,3% powierzchni szpitali w zakresie wymogów ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych, a także 57,0% powierzchni w zakresie wymogów przeciwpożarowych. Wszelkie wymagania określone przepisami prawa spełniały w 2009 r. obiekty o powierzchni 38,0 tys. m², podczas gdy w 2016 r. już 134,3 tys. m².

²⁸ Wraz z pierwszą partą zakupionego wyposażenia i sprzętu, bez dokumentacji projektowej.

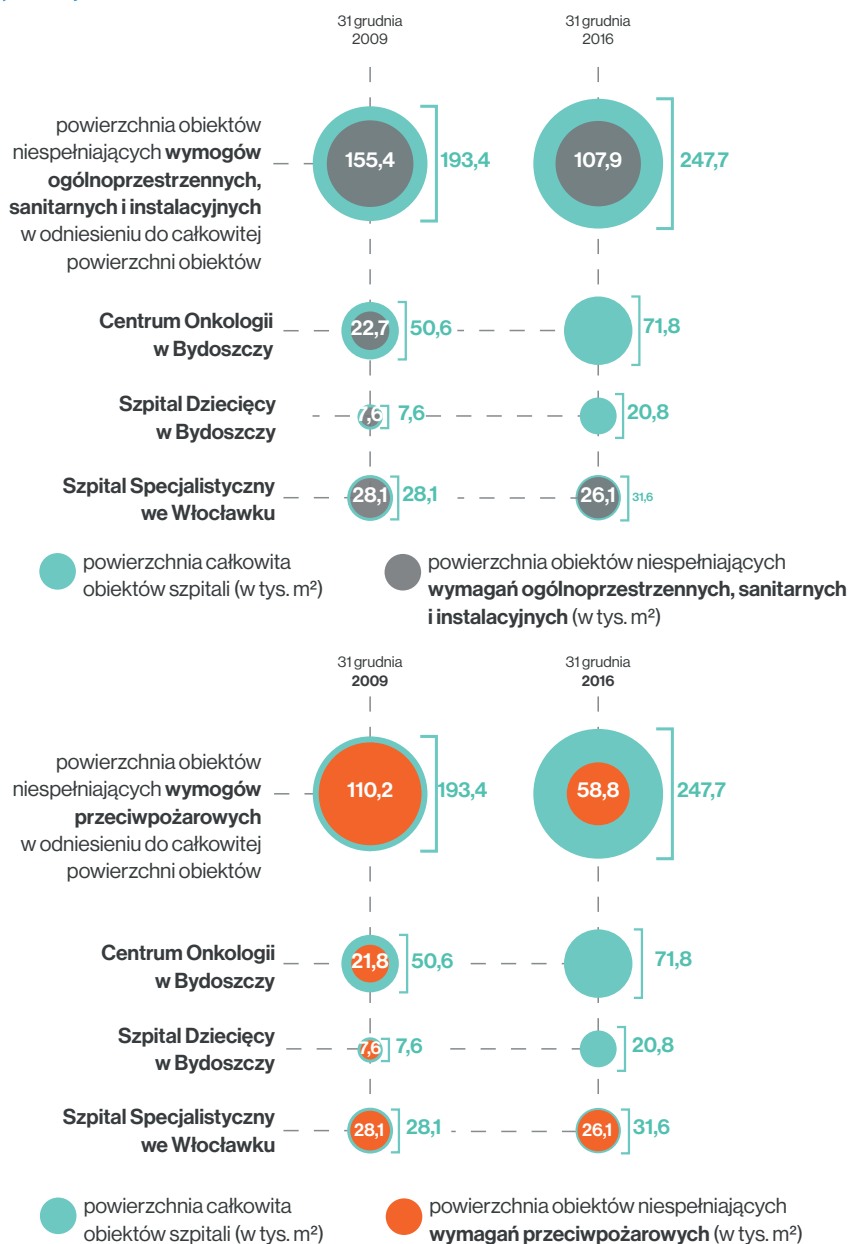
²⁹ Powierzchnia szpitali na dzień 31 grudnia 2009 r. wynosiła 193,4 tys. m².

³⁰ Szpitale wojewódzkie podejmowały także działania poza Programem, W szczególności dotyczyło to Centrum Onkologii w Bydgoszczy. Ogółem w latach 2010–2016 w ramach Programu i poza nim zmodernizowano obiekty o powierzchni 59,5 tys. m² i wybudowano nowe obiekty o powierzchni 54,3 tys. m².

SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

Infografika nr 4

Zmiany w latach 2010-2016 w powierzchni ogółem budynków szpitali wojewódzkich oraz poziomie dostosowania tych obiektów do obowiązujących norm (w tys. m² powierzchni użytkowej)



Źródło: Opracowanie NIK na podstawie danych szpitali kontrolowanych oraz informacji otrzymanych od szpitali niekontrolowanych.

Osiągnięte rezultaty były jednak mniejsze od założeń, gdyż Program wykonano w 69,5%³¹. Tylko trzy z siedmiu szpitali wojewódzkich dostosowano w pełni do obowiązujących wymagań ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych oraz przeciwpożarowych. Były to podmioty, w których Program wykonano w 99–100%, tj. Centrum Onkologii

³¹ W Programie nie wskazywano wprost na powierzchnie obiektów przewidzianych do zrealizowania inwestycji. Takie wskaźniki przewidywała jednak umowa kredytowa z EBI z 3 listopada 2010 r. Zgodnie z nią oraz sprawozdaniami przekazywanymi kredytodawcy Program przewidywał modernizację obiektów o powierzchni 54,9 tys. m² oraz budowę obiektów o powierzchni 47,1 tys. m².

w Bydgoszczy, Szpital Dziecięcy w Bydgoszczy i Szpital Obserwacyjno-Zakaźny w Bydgoszczy³². Na koniec 2016 r. niedostosowane do wymogów w zakresie ogólnoprzestrzennym, sanitarnym i instalacyjnym pozostały obiekty czterech szpitali, tj. Szpitala Zespołowego w Toruniu, Szpitala Specjalistycznego we Włocławku, Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy i Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Świeciu³³, w których Program zrealizowano od 40% do 73%. Trzy z tych szpitali³⁴ wystąpiły do właściwego Powiatowego Państwowego Inspektora Sanitarnego i uzyskały opinie, o których mowa w art. 207 ust. 3 udl, wskazujące na brak poważnych zagrożeń dla bezpieczeństwa pacjentów. Jednak – niezależnie od tej opinii – podmioty te nie wykonały obowiązku określonego w art. 207 ust. 1 udl i powinny w możliwie krótkim terminie zapewnić dostosowanie do obowiązujących wymogów. Czwarty ze szpitali, tj. Szpital Zespołowy w Toruniu, który nie zrealizował programu dostosowawczego, do połowy 2018 r. nie wystąpił o opinię inspekcji sanitarnej. Zatem niezależnie od naruszenia art. 207 ust. 1 udl, nieznan jest także wpływ stanu obiektów tego szpitala na bezpieczeństwo pacjentów.

Realizacja Programu miała także wpływ na relatywną poprawę stanu dostosowania do norm ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych szpitali podległych Województwu Kujawsko-Pomorskiemu względem szpitali podległych innym samorządom województw. Na przełomie lat 2009/2010 w pełni dostosowane do ówczesnych norm było tylko dziewięć szpitali wojewódzkich (4%). W tym okresie samorządom 13 województw, w tym Województwu Kujawsko-Pomorskiemu, podlegały wyłącznie szpitale niespełniające ww. norm, a jednostki dostosowane podlegały samorządom zaledwie trzech województw³⁵. W latach 2010–2017 nastąpił znaczący postęp w dostosowaniu szpitali wojewódzkich, gdyż na koniec tego okresu wszelkie wymagania spełniono w 34 jednostkach (tj. 18,1%)³⁶.

Najwyższa Izba Kontroli zauważyła, że szpitale podległe Województwu Kujawsko-Pomorskiemu na 31 grudnia 2017 r. zajmowały drugą pozycję w Kraju pod względem procentowego udziału jednostek w pełni dostosowanych do wymogów ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych,

³² Ostatnia z wymienionych jednostek posiada jednak obiekty o powierzchni 1,0 tys. m² wymagające prac wskazanych w decyzji Państwowej Inspekcji Pracy.

³³ Niedostosowane pozostały odpowiednio obiekty o powierzchni 63,9 tys. m²; 26,1 tys. m²; 13,3 tys. m²; 3,7 tys. m².

³⁴ Szpital Specjalistyczny we Włocławku, Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy i Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Świeciu.

³⁵ Dotyczyło to szpitali podległych Województwu Śląskiemu (pięć jednostek), Województwu Podlaskiemu (dwie jednostki) i Województwu Mazowieckiemu (dwie jednostki).

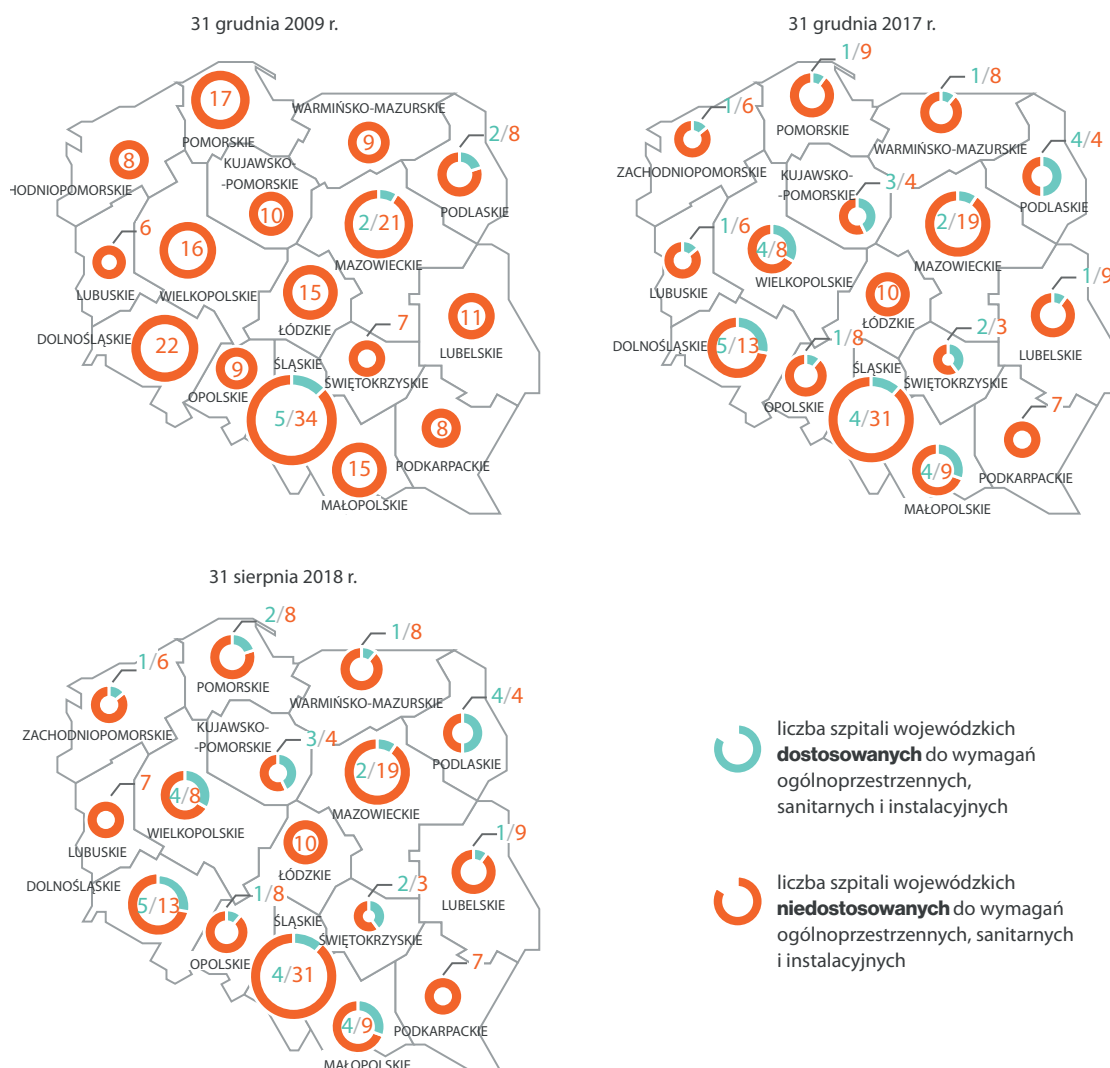
³⁶ Ponieważ powyższe dane odnoszą się do liczby podmiotów leczniczych (lub zakładów opieki zdrowotnej na gruncie poprzedniej ustawy) prezentowany wskaźnik zaburza zmiany polegające na łączeniu szpitali lub przekazywaniu ich innym podmiotom tworzącym, co następowało powszechnie w kontrolowanym okresie. Szczegółowe dane o dostosowaniu szpitali podległych poszczególnym samorządom województw do obowiązujących wymogów ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych oraz o zaangażowaniu samorządów województw w modernizację podległych szpitali zawarto w załączniku nr 6.3 [str. 104].

SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

wśród szpitali podległych samorządom tego szczebla. Jednocześnie w szpitalach podległych Województwu Kujawsko-Pomorskiemu osiągnięto w latach 2010–2017 jeden z największych postępów w tym zakresie³⁷.

Infografika nr 5

Dostosowanie szpitali, dla których podmiotami tworzącymi są samorządy województw, do wymagań ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych na koniec lat 2009 i 2017 oraz na 31 sierpnia 2018 r.



Źródło: Opracowanie NIK na podstawie informacji przekazanych przez marszałków województw, a w przypadku województwa kujawsko-pomorskiego – ustaleń kontroli i informacji przekazanych przez Marszałka Województwa.

W odniesieniu do trzech z czterech szpitali podległych Województwu Kujawsko-Pomorskiemu, które pozostały niedostosowane do norm ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej nie wskazywały na wynikające z tego poważne

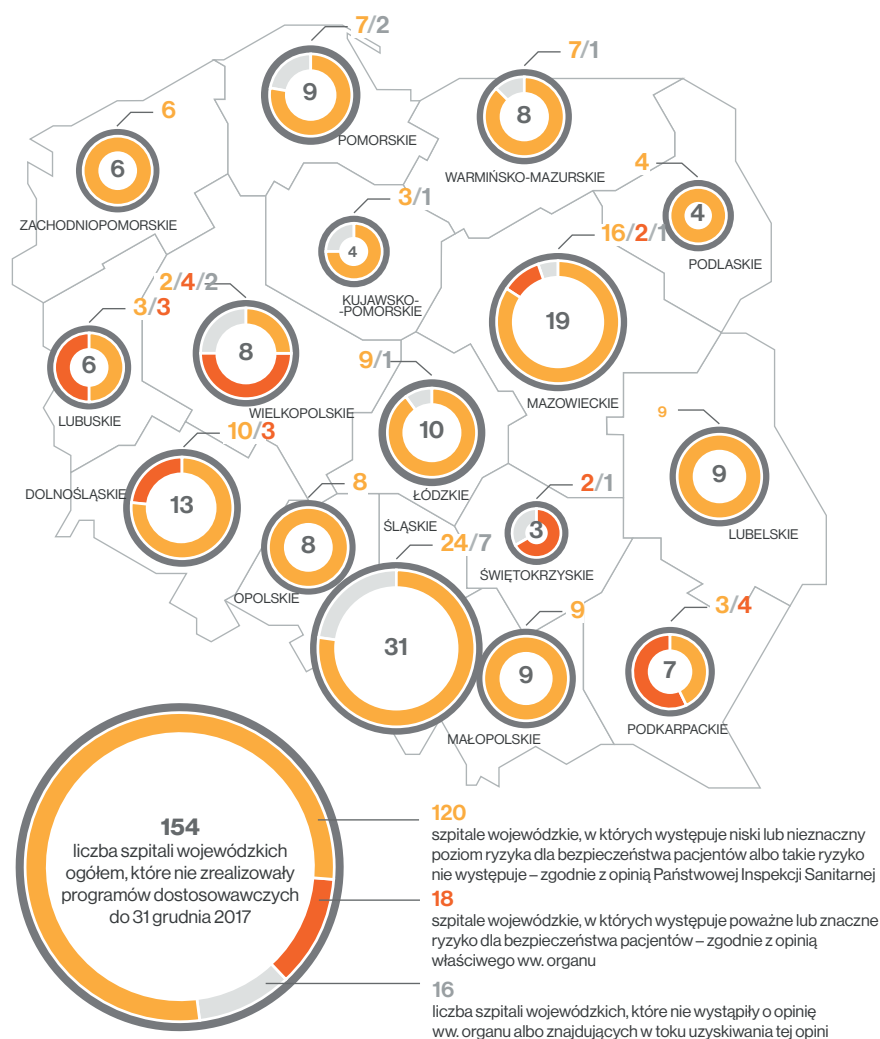
³⁷ Biorąc pod uwagę dostosowanie trzech z siedmiu szpitali (42,9%) Województwo Kujawsko-Pomorskie ustępowało tylko Województwu Podlaskiemu, w którym ww. normy spełniały cztery z ośmiu szpitali (50%). Największą liczbę szpitali w latach 2010–2017 dostosowało Województwo Dolnośląskie (pięć), Województwo Wielkopolskie i Województwo Małopolskie (po cztery), a następnie Województwo Kujawsko-Pomorskie (trzy). Natomiast w ujęciu procentowym postęp w dostosowaniu szpitali był najwyższy w wśród jednostek podległych Województwu Kujawsko-Pomorskiemu (o 42,9 punkty procentowe). Szczegółowe dane przedstawiono w Tabeli nr 1, na str. 104.

SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

lub znaczne ryzyko dla bezpieczeństwa pacjentów. Jeden ze szpitali nie wystąpił natomiast o uzyskanie takiej opinii. Tymczasem w skali kraju organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydały opinię o poważnym lub znacznym ryzyku niedostosowania do norm ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych dla bezpieczeństwa pacjentów³⁸ dla 18 szpitali (12,4%) podległych samorządom sześciu województw.

Infografika nr 6

Uzyskiwanie opinii o wpływie wymagań ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych na bezpieczeństwo pacjentów szpitali, dla których podmiotami tworzącymi są samorządy województw – stan na 31 sierpnia 2018 r.



Źródło: Opracowanie NIK na podstawie informacji przekazanych przez marszałków województw, a w przypadku województwa kujawsko-pomorskiego – ustaleń kontroli i informacji przekazanych przez Marszałka Województwa.

³⁸ Zgodnie z informacjami przekazanymi przez marszałków poszczególnych województw w części przypadków organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej stosowały różne terminologie określające poziom ryzyka dla bezpieczeństwa pacjentów lub nawet wskazywały na istnienie tego ryzyka, bez określenia jego poziomu. Takie sytuacje wystąpiły w szczególności w odniesieniu do szpitali podległych Samorządom Województw: Łódzkiego i Śląskiego.

Najważniejszą formą wsparcia³⁹ udzielanego przez samorządy województw w latach 2010–2016 podległym szpitalom w celu dostosowania tych placówek do wymagań ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych było:

- udzielenie z budżetów wszystkich 16 samorządów województwa dotacji na inwestycje (2 508 mln zł, tj. 41,1% całości wsparcia);
- udzielenie przez wszystkie 16 samorządów województw dofinansowania środkami europejskimi projektów inwestycyjnych (2 123,4 mln zł, tj. 34,8%);
- bezpośrednie przeprowadzenie przez trzy samorządy województw inwestycji i następnie przekazanie wytworzonego majątku do używania przez szpitale (635,6 mln zł, tj. 10,4%).

W trzech województwach (kujawsko-pomorskim, łódzkim i wielkopolskim) utworzono odrębny podmiot (spółkę) w celu realizacji inwestycji na rzecz szpitali wojewódzkich.

W województwie kujawsko-pomorskim w odniesieniu do wymogów przeciwpożarowych, na koniec 2016 r. dostosowania wymagały pomieszczenia trzech szpitali wojewódzkich, tj. Szpitala Specjalistycznego we Włocławku, Szpitala Zespołowego w Toruniu oraz Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Świeciu⁴⁰.

Niedostosowane do wymogów ogólnoprzestrzennych sanitarnych i instalacyjnych czterech szpitali podległych Województwu Kujawsko-Pomorskiemu jest powiązane z niepełną realizacją działań zaplanowanych wobec nich w Programie. Wśród przyczyn, dla których nie zrealizowano zakładanych w 2009 r. zadań oraz celów należy wskazać w szczególności:

- wzrost kosztów jednostkowych inwestycji z przyczyn niezależnych od uczestników Programu, między innymi z powodu wzrostu stawki VAT oraz zmian wymagań określonych w przepisach prawa, które zwiększyły koszty inwestycji;
- dokonywane przez KPIM i szpitale wojewódzkie (za zgodą Województwa) zmiany zakresu i sposobu wykonania inwestycji, mające na celu zastosowanie lepszych niż założone metod modernizacji. Z tych względów wyłączano z realizacji niektóre zaplanowane zadania w Szpitalu Zespołowym w Toruniu, Szpitalu Specjalistycznym we Włocławku i w Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy;
- odmowę przyznania przez Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego planowanego w Programie dofinansowania środkami europejskimi budowy PARIS, co wymusiło przesunięcie środków na to zadanie kosztem innych inwestycji;

Do przyczyn niepełnej realizacji Programu należą zmiany zakładanego sposobu modernizacji szpitali wojewódzkich, nieprzyznanie zakładanego dofinansowania dla jednej z inwestycji, a także podejmowanie inwestycji na podstawie niekompletnej lub błędnej dokumentacji projektowej

³⁹ Wsparcie udzielono w kwocie ogółem w wysokości 6092,0 mln zł, co obejmuje wydatki z budżetu samorządów województw (dotacje, dokapitalizowania, inne poniesione wydatki), aporty i wniesienie majątku, udzielone dofinansowania środkami europejskimi oraz poręczenia udzielone bezpośrednio szpitalom (jak i inne zabezpieczenia kredytów inwestycyjnych szpitali). Powyższa kwota nie obejmuje wyłącznie dokapitalizowanie KPIM przez Województwo Kujawsko-Pomorskie. W przypadku uwzględnienia wartości tych poręczeń (zamiast środków wnoszonych do Spółki), łączne wsparcie samorządów województw w ww. okresie wynosi 6716,2 mln zł.

⁴⁰ Obiekty odpowiednio o powierzchni 26,1 tys. m²; 23,5 tys. m²; 9,2 tys. m².

- nieplanowany wzrost kosztów zadań inwestycyjnych wskutek podjęcia dodatkowych, a pierwotnie nieprzewidzianych, robót budowlanych, co w części było skutkiem sytuacji niemożliwych do przewidzenia, jednak w odniesieniu do robót o wartości 24 mln zł było następstwem błędów w dokumentacji projektowej⁴¹.

Województwo, KPIM i sześć szpitali wojewódzkich⁴² podjęło dalsze działania celem kontynuacji Programu. Biorąc pod uwagę, że termin dostosowania szpitali do norm ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych minął 31 grudnia 2017 r., dalsze działania inwestycyjne powinny być skoncentrowane na spełnieniu ww. wymagań.

Zrealizowane w ramach Programu działania miały znaczący wpływ na wzrost potencjału diagnostycznego i leczniczego szpitali. Sam fakt dostosowania obiektów do wymogów ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych zwiększył jakość obsługi pacjentów, w szpitalach wdrożono szereg nowoczesnych procedur medycznych, a także zrealizowano inwestycje służące poprawie komfortu osób poddawanych leczeniu, np. w zakresie bazy żywieniowej. Przełożyło się to na wzrost przychodów z tytułu zakontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej.

W przypadku dwóch z trzech skontrolowanych szpitali nie osiągnięto zakładanych w Programie wskaźników w zakresie wykorzystania bazy szpitalnej. Wykorzystanie łóżek w Szpitalu Dziecięcym w Bydgoszczy wyniosło 46% wobec planowanych 85%. Szpital Specjalistyczny we Włocławku przy tych samych planach osiągnął obłożenie 62%. W obu jednostkach było to jednak powiązane głównie ze skróceniem średniego czasu pobytu pacjentów, co wynikało z wdrożenia nowych metod leczenia. Wszystkie trzy skontrolowane szpitale wojewódzkie w latach 2009–2016 zwiększyły także liczbę udzielanych świadczeń ambulatoryjnych. W rezultacie znacząco wzrosła wartość przychodów z udzielanych świadczeń zdrowotnych. Należy ponadto zauważyć, że Szpital Dziecięcy w Bydgoszczy, wskutek powstałych w realizacji Programu opóźnień, otrzymał znaczną część wyposażenia w ostatnim roku jego realizacji i nie miał możliwości rozpoczęcia działalności w pełnym zakresie.

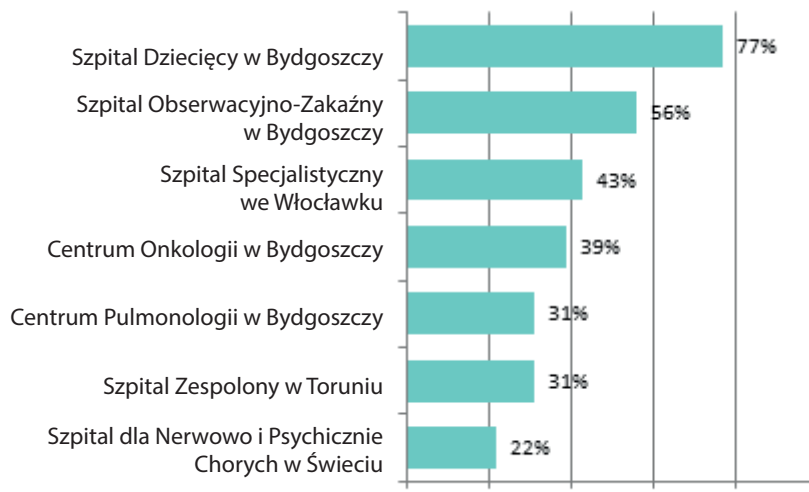
⁴¹ W jedenastu badanych inwestycjach KPIM o wartości 275,2 mln zł, 28,6 mln zł wydatkowano w ramach udzielanych w toku inwestycji zamówień dodatkowych lub istotnych rozszerzeń umów o zamówienie publiczne związanych z koniecznością zmian dokumentacji projektowych. Z tej kwoty zamówienia o wartości 25,0 mln zł dotyczyły błędów projektowych, które były zawinione przez inwestora (Kujawsko-Pomorskie Inwestycje Medyczne). Dotyczyło to czterech spośród jedenastu badanych przez NIK zadań inwestycyjnych realizowanych przez Spółkę: przebudowy i rozbudowy Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy (20,7 mln zł), utworzenia PARIS (1,2 mln zł), budowy budynku nr 13 z lądowiskiem Szpitala Specjalistycznego we Włocławku (2,1 mln zł; kwota odnosi się wyłącznie do robót dodatkowych, a wraz z zamiennymi wynosiła 3,1 mln zł), utworzenia Bloku Żywieniowego Centrum Onkologii (ze względu na sposób rozliczenia inwestycji ustalenie wartości robót wynikających z zamiennnej dokumentacji projektowej było niemożliwe).

⁴² Dotyczy to projektów tzw. EBI II i EBI III (nieobjętych niniejszą kontrolą), bez udziału Centrum Onkologii w Bydgoszczy.

SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

Wykres nr 1

Wzrost przychodów z tytułu zakontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach wojewódzkich, który nastąpił w toku realizacji Programu (między 2009 r. a 2016 r.).



Źródło: Opracowanie NIK na podstawie danych szpitali kontrolowanych oraz informacji otrzymanych od szpitali niekontrolowanych.

Ustalenia kontroli potwierdzają słuszność założeń Programu w zakresie finansowania inwestycji w szpitalach wojewódzkich przez Województwo za pośrednictwem KPIM. Analiza średniorocznych wydatków inwestycyjnych poniesionych w latach 2009–2016 przez poszczególne szpitale, w porównaniu do wartości inwestycji zrealizowanych w tych jednostkach w ramach Programu przez KPIM, wskazuje na brak zdolności do samodzielnej realizacji niezbędnych inwestycji przez sześć z siedmiu szpitali wojewódzkich. Tylko Centrum Onkologii w Bydgoszczy posiadało potencjał do samodzielnej realizacji niezbędnych inwestycji⁴³.

Realizacja Programu pozwoliła zatem na zmodernizowanie szpitali wojewódzkich niezależnie od możliwości finansowych poszczególnych jednostek i to bez nałożenia na te podmioty zobowiązań przekraczających ich możliwości. Kondycja finansowa szpitali wojewódzkich w latach 2009–2016 nie uległa bowiem pogorszeniu. Dzięki środkom kredytu z EBI szpitale nie zostały zmuszone do zaciągania zobowiązań na realizację inwestycji. Także rosnące przychody wszystkich szpitali wojewódzkich pozwoliły na pokrycie kosztów utrzymania nowych składników majątkowych.

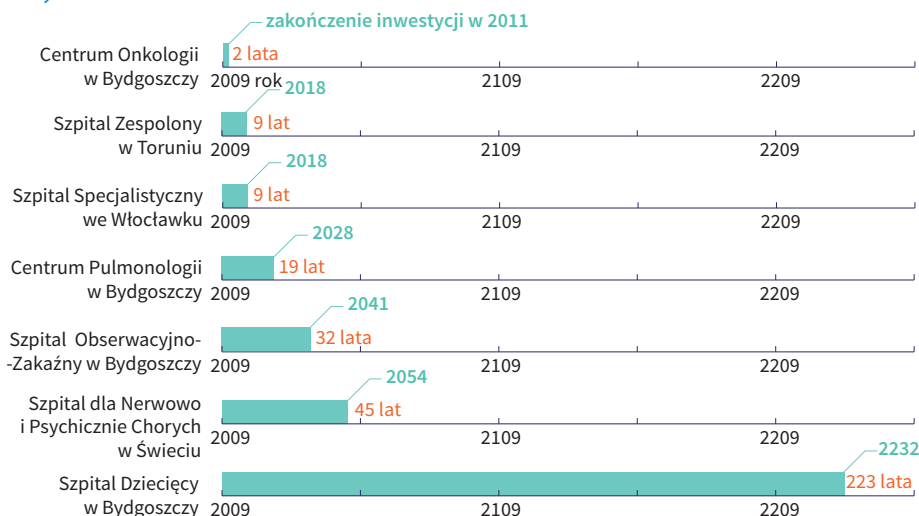
Założenia finansowe określone w Programie pozwoliły na modernizację szpitali wojewódzkich niezależnie od ich zdolności do realizacji zadań we własnym zakresie i to w ten sposób, że nie pogorszyła się ich kondycja finansowa

⁴³ Wartość inwestycji wykonanych w latach 2010–2016 przez KPIM na rzecz Centrum Onkologii wyniosła 73,0 mln zł, podczas gdy szpital wydatkował na inwestycje własne 441,8 mln zł, z czego 30,8 mln zł. w ramach Programu.

SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

Infografika nr 8

Liczba lat, w których szpitale wojewódzkie samodzielnie zrealizowałyby inwestycje odpowiadające nakładom poniesionym na ich rzecz przez kujawsko-pomorskie Inwestycje Medyczne⁴⁴



Źródło: Opracowanie NIK na podstawie danych szpitali kontrolowanych oraz informacji otrzymanych od szpitali niekontrolowanych.

Faktyczne obciążenie finansowe z tytułu realizacji Programu ponosi Województwo Kujawsko-Pomorskie, co w latach 2009–2016 nie miało istotnych negatywnych skutków

Jednak wynikające z Programu obciążenie wraz z kolejnym poręczeniem kredytu na realizację inwestycji w szpitalach wojewódzkich znacznie zwiększy zobowiązania Województwa w latach 2023–2038

Faktyczny ciężar obsługi zadłużenia z tytułu realizacji Programu ponosiło Województwo Kujawsko-Pomorskie, co jednak w latach 2009–2016 nie miało negatywnego wpływu na finanse tej jednostki. Konstrukcja Programu, zgodnie z którą umowę kredytową zawarła Spółka samorządowa, pozwoliła na zaciągnięcie zobowiązań bez naruszenia obowiązującego do końca 2013 r. wskaźnika zadłużenia (określonego w art. 170 ufp z 2005 r.). Także w dwóch pierwszych latach po wprowadzeniu nowych uregulowań ograniczających zadłużenie jednostek samorządu terytorialnego (tj. 2014–2015) zobowiązania finansowe związane z realizacją Programu nie wpływały w istotny sposób na stan finansów Województwa. Planowane kwoty spłat zobowiązań, wynikające z poręczenia udzielonego KPIM umową z 3 listopada 2010 r. wraz z kolejnym poręczeniem udzielonym tej Spółce na następne działania inwestycyjne w szpitalach wojewódzkich, wpływały jednak na wysokość nowego wskaźnika, określonego w art. 243 ust. 1 ufp. Wskaźnik ostrożnościowy za 2016 r. zbliżył się do wartości maksymalnej. Osiągnął 8,21% wobec dopuszczalnego 9,18%.

Niewielki wpływ realizacji Programu na finanse Województwa w latach 2009–2016 był następstwem sposobu jego finansowania. W tym okresie możliwe było faktyczne ograniczenie wydatków budżetu Województwa na inwestycje w szpitalach wojewódzkich. W dwóch latach poprzedzających Program (2007–2008) dotacje Województwa na inwestycje w podległych szpitalach wyniosły 116,2 mln zł, tymczasem zbliżona kwota – 127,8 mln zł została wydatkowana przez Województwo przez siedem lat faktycznej realizacji inwestycji przewidzianych w Programie (2010–2016⁴⁵).

⁴⁴ Przy założeniu, że szpitale rocznie poniosłyby nakłady w wysokości odpowiadającej średniorocznym własnym wydatkom inwestycyjnym z lat 2009–2016.

⁴⁵ Wskazane nakłady dotyczą faktycznego okresu realizacji inwestycji w ramach Programu przez KPIM. Kwota uwzględnia dokapitalizowanie (dopłaty, podniesienie kapitału) KPIM i dotacje z budżetu województwa na zadania inwestycyjne szpitali.

Jednak wykorzystanie kredytu z EBI pozwoliło na wykonanie w latach 2010–2016 inwestycji o wartości czterokrotnie większej od tych wydatków. Biorąc pod uwagę wartość zobowiązań z tytułu poręczeń, zaangażowanie Województwa w inwestycje realizowane w szpitalach było najwyższe spośród 16 samorządów województw. Szczegółowe dane o nakładach samorządów województw na inwestycje w podległych szpitalach przedstawiono na str. 106.

Następstwem zastosowanej metody finansowania będzie jednak zwiększenie w kolejnych latach obciążenia finansowego budżetu Województwa Kujawsko-Pomorskiego. Zgodnie z wieloletnią prognozą finansową, zobowiązania związane z poręczeniem kredytów zaciągniętych przez KPIM stanowiły w 2016 r. 14,6 mln zł. Maksymalne roczne zobowiązania Województwa w 2023 r. będą jednak trzykrotnie wyższe i wyniosą 46,6 mln zł.

4. WNIOSKI

Wniosek do Ministra Zdrowia

I. Na 31 sierpnia 2018 r. 44,2% wszystkich podmiotów leczniczych udzielających świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego było niedostosowanych⁴⁶ do norm ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych, mimo że upłynął okres przejściowy określony w art. 207 ust. 1 udl [str. 6]. W rezultacie prawie połowa szpitali działa z naruszeniem przepisów art. 22 ust. 1 udl, które mają zapewnić bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów.

Art. 207 ust. 3 i 4 udl wprowadził możliwość wystąpienia przez niedostosowane podmioty lecznicze (w tym szpitale) do właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej o wydanie opinii na temat wpływu niespełniania wymagań, o których mowa w art. 22 ust. 1 udl, na bezpieczeństwo pacjentów. Uzyskanie takiej opinii nie jest obligatoryjne; aż 89 szpitali (14%) do 31 sierpnia 2018 r. o tą opinię nie wystąpiło [str. 7].

Art. 207 ust. 3 i 4 udl wskazuje ponadto, że ww. opinia ma wyłącznie charakter informacyjny. W rezultacie wynik dokonanej przez PPIS oceny ryzyka na bezpieczeństwo pacjentów nie jest powiązany i nie przekłada się na ocenę spełnienia warunków dla wykonywania działalności leczniczej dokonywaną przez wojewodę jako organ prowadzący rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą (tj. organ nadzoru).

Izba zwraca uwagę również na nieokreślenie w przepisach podstawowych zasad wydawania ww. opinii przez PPIS, w tym zwłaszcza skali i kryteriów ocen. Zdaniem NIK przyczynia się do niejednorodności działań organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej w tym zakresie. Główny Inspektor Sanitarny i Minister Zdrowia⁴⁷ opracowali zalecenia określające, że przed wydaniem wyżej wymienionej opinii organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej powinny przeprowadzić kontrolę i mogą żądać od wnioskodawców między innymi przedłożenia „analizy ryzyka dla bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów”, jak i podania „planowanej daty zrealizowania programu dostosowawczego”. Zalecenia te – całkowicie zasadne – nie mają umocowania w przepisach prawa.

Mając powyższe na uwadze Najwyższa Izba Kontroli wnosi o podjęcie prac nad zmianą ustawy o działalności leczniczej, tak aby:

- **w art. 207 ust. 3 udl określono obowiązek, a nie możliwość wystąpienia do właściwego organu państwowej inspekcji sanitarnej z wnioskiem o wydanie opinii o wpływie niespełniania wymagań, o których mowa w art. 22 ust. 1, na bezpieczeństwo pacjentów;**
- **w przepisach prawa określono jednolite zasady wydawania opinii, o których mowa w art. 207 ust. 3 przez organy państwowej inspekcji sanitarnej, w tym obowiązek wskazywania zaleceń służących wyeliminowaniu stwierdzonego ryzyka i terminu na ich wykonanie.**

II. Biorąc pod uwagę, że uczestnicy Programu kontynuują działania inwestycyjne, Najwyższa Izba Kontroli, niezależnie od wniosków sformułowanych w wystąpieniach pokontrolnych, zwraca szczególną uwagę

⁴⁶ Tj. nie zrealizowało programu dostosowawczego, o którym mowa w art. 207 ust. 2 udl.

⁴⁷ Odpowiednio pismem z dnia 31 stycznia 2018 r. znak GIS-NK-ZK-091-1/LJG/18 i 3 lipca 2018 r. znak: OZO.073.22.2018/CP.

na zagadnienia, które mogą przyczynić się do usprawnienia dalszego procesu inwestycyjnego i wyeliminowania stwierdzonych nieprawidłowości. W ocenie Izby wskazane jest:

1) zwiększenie nadzoru Województwa Kujawsko-Pomorskiego nad działalnością Kujawsko-Pomorskich Inwestycji Medycznych.

Wniosek do Zarządu
Województwa
Kujawsko-Pomorskiego

Jakkolwiek podejmowano przewidziane prawem działania nadzorcze, jednak nie wystarczyły one do zapobieżenia lub wyeliminowania stwierdzonych w toku kontroli nieprawidłowości, szczególnie w zakresie naruszeń przepisów pzp [str. 33] oraz gospodarowania majątkiem Spółki [str. 42]. Wskazane jest wypracowanie metod eliminacji tych niepożądanych zjawisk. Zmian wymaga także nadzór nad sporządzaniem planów finansowo-inwestycyjnych Spółki, gdyż ich opracowanie i zatwierdzanie w drugiej połowie roku uniemożliwia skuteczny nadzór nad działalnością inwestycyjną Spółki [str. 58];

2) zapewnienie dostosowania szpitali wojewódzkich do wymogów ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych, zgodnie z art. 22 ust. 3 udl.

Wniosek do dyrektorów
szpitali wojewódzkich
niespełniających
obowiązujących
wymogów

Biorąc pod uwagę postanowienia art. 22 i 207 udl, cztery jednostki niedostosowane do obowiązujących wymagań ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych powinny pilnie kontynuować działania w celu zapewnienia zgodności ich działania z przepisami prawa. KPIM został powołany do wsparcia inwestycji realizowanych na rzecz szpitali wojewódzkich. W związku z powyższym dalsze działania podejmowane przez Spółkę powinny być skoncentrowane na spełnieniu ww. wymagań;

3) podjęcie działań zmierzających do niezwłocznego uzyskania opinii Państwowej Inspekcji Sanitarnej o wpływie niespełniania wymagań ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych przez Szpital Zespolony w Toruniu na bezpieczeństwo pacjentów.

Wniosek do Dyrektora
Szpitala Zespolonego
w Toruniu

Wskazana w art. 207 ust. 3 opinia PPIS o wpływie niespełnienia wymagań ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych na bezpieczeństwo pacjentów zapewnia między innymi niezależną ocenę stosowanych w szpitalu procedur służących ograniczeniu ryzyka zdrowotnego. Rzetelnie działający podmiot leczniczy, który nie zrealizował programu dostosowawczego, powinien dążyć do uzyskania tej wiedzy nie tylko dla dobra pacjentów, lecz także w celu ustalenia krytycznych naruszeń warunków ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych, które – biorąc pod uwagę możliwe konsekwencje – powinny zostać wyeliminowane w pierwszej kolejności;

4) staranne dokumentowanie spełniania przez KPIM istotnych warunków stawianych przez kredytodawcę.

Wniosek
do Zarządu KPIM

KPIM nie posiadał dokumentacji potwierdzającej wniesienie przez Spółkę wkładu w formie inwestycji z lat 2007–2009 na kwotę 280,7 mln zł [str. 51] oraz akceptacji przez EBI poszczególnych elementów rozliczenia umowy kredytowej z 3 listopada 2010 r. [str. 53]. Wskutek bezumownego przekazania szpitalom wyników inwestycji Spółka nie spełniła także wymogów kredytodawcy w odniesieniu do ubezpieczenia majątku [str. 42]. W ocenie Izby, biorąc pod uwagę skalę zobowiązań Spółki, wskazane jest zwiększenie staranności w gromadzeniu dokumentów potwierdzających spełnienie istotnych postanowień umów kredytowych.

5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

5.1. Przygotowanie do prowadzenia programowych działań inwestycyjnych w szpitalach wojewódzkich

Przygotowanie Programu

Powołana w I kwartale 2009 r. Spółka Kujawsko-Pomorskie Inwestycje Medyczne⁴⁸ do końca 2009 r. znajdowała się faktycznie w fazie organizacji [szczegółowe informacje o utworzeniu Spółki zawarto załączniku 6.2. Uwarunkowania organizacyjno-ekonomiczne, str. 94–95]. Powierzone jej w tym okresie zadania, w tym dokonanie analiz potrzeb inwestycyjnych szpitali oraz opracowanie Programu, wykonywali pracownicy urzędu marszałkowskiego.

Działania związane z rozpoznaniem potrzeb inwestycyjnych szpitali prowadzono na podstawie danych otrzymanych od szpitali wojewódzkich, które były zestawiane i weryfikowane. Jednocześnie Spółka zamówiła, sporządzone ostatecznie 6 kwietnia 2009 r. opracowanie eksperckie „Koncepcja realizacji inwestycji medycznych przez spółkę Kujawsko-Pomorskie Inwestycje Medyczne sp. z o.o.” Stanowiło ono podstawę do stworzenia założeń organizacyjnych Programu.

„Program inwestycji rozwojowych i modernizacyjnych w szpitalach wojewódzkich na lata 2009–2012” został przyjęty 16 lipca 2009 r.⁴⁹ Wskazano w nim ogółem 72 zadania inwestycyjne (o szacowanej wartości 450 mln zł) do realizacji na rzecz dziewięciu szpitali wojewódzkich (z których trzy w późniejszym okresie połączono w jeden podmiot leczniczy). Celem realizacji Programu było dostosowanie pomieszczeń zakładów do wymaganych standardów oraz podniesienie standardu usług medycznych na terenie województwa kujawsko-pomorskiego.

Program określał także, że szpitale wojewódzkie nim objęte wniosą wkład własny, w wysokości 15% poprzez zrealizowanie inwestycji własnych. W związku z tym założeniem Spółka podpisała ze szpitalami umowy o współpracy, określające podział zadań realizowanych w ramach Programu, szczegółowy zakres zadań własnych oraz ich szacowaną wartość. W objętych kontrolą trzech szpitalach wojewódzkich zadania określone umowami o współpracy zostały przewidziane w planach inwestycyjnych tych szpitali i uzyskały pozytywne opinie rad społecznych, czym spełniono wymogi obowiązującej wówczas ustawy o zoz, a następnie udl.

Przygotowanie inwestycji przez KPIM

Pod koniec 2009 r. Spółka wszczęła pierwsze postępowania o zamówienie publiczne na wyłonienie dostawców, usługodawców i wykonawców robót budowlanych. Umowy użyczenia, na podstawie których szpitale udostępniły Spółce nieruchomości w celu realizacji inwestycji budowlanych zostały zawarte na przełomie 2009 i 2010 r.

Najwięcej inwestycji Spółka podejmowała w latach 2010–2013, na co wskazuje liczba wszczętych postępowań o zamówienie publiczne (od 31 do 38 postępowań w roku). Podjęcie działań inwestycyjnych w tak krótkim czasie od utworzenia KPIM było możliwe dzięki temu, że pierwsze

⁴⁸ Sejmik Województwa powołał spółkę uchwałą z 26 stycznia 2009 r. Nr XXX/602/09; uchwała ta została zmieniona uchwałą XXXI/716/09 z 23 lutego 2009 r. Akt założycielski Spółki przyjęto 31 marca 2009 r.

⁴⁹ Uchwałą Zarządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego nr 55/894/09.

etapy realizacji inwestycji zostały już wykonane przez szpitale wojewódzkie. Dotyczyło to ogółem pięciu inwestycji spośród badanych siedmiu, które polegały na realizacji robót budowlanych. W ten sposób została rozpoczęta największa inwestycja realizowana na rzecz Centrum Onkologii w Bydgoszczy, tj. PARIS, a także największa inwestycja zrealizowana na rzecz Szpitala Specjalistycznego we Włocławku, tj. budowa budynku nr 13 z lądowiskiem. W odniesieniu do rozbudowy i przebudowy Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy, KPIM weszły w prawa szpitala w toku opracowywania dokumentacji projektowej zleconej w 2008 r.

Taka organizacja inwestycji pozwalała nie tylko na szybkie ich rozpoczęcie, ale także dała szpitalom wojewódzkim bezpośrednią kontrolę nad określeniem sposobu realizacji budowy. Miało to jednak również negatywne skutki. Spółka nie uczestniczyła bowiem w określaniu przez szpitale wymagań względem dokumentacji projektowej, wykorzystywanej do opisu przedmiotu zamówienia publicznego, a ograniczone zasoby kadrowe Spółki uniemożliwiły przeprowadzenie rzetelnej weryfikacji wykonanych prac projektowych. W czterech zadaniach, w których opracowanie dokumentacji projektowej zlecił szpital, KPIM wykrył istotne błędy projektowe dopiero na etapie realizacji inwestycji. Skutkiem tego Spółka, starając się wyeliminować ujawnione wady, udzielała zamówień dodatkowych z naruszeniem pzp lub dokonywała niedopuszczalnych zmian umów o zamówienie publiczne. [str. 33]

We wskazanych wyżej inwestycjach dokumentacja projektowa stanowiąca podstawę rozpoczęcia robót budowlanych nie zawierała m.in. określonych przepisami rozwiązań w zakresie dostosowania obiektów dla osób niepełnosprawnych lub przeciwpożarowych. Należy także tutaj wskazać na przykład budowy budynku nr 13 z lądowiskiem dla Szpitala Specjalistycznego we Włocławku, w którym stanowiąca opis przedmiotu zamówienia dokumentacja projektowa nie przewidywała wskazanej w ogłoszeniu budowy lądowiska.

Przykłady

Szczególnym przykładem nierzetelności w przygotowaniu inwestycji była budowa budynku nr 13 z lądowiskiem dla Szpitala Specjalistycznego we Włocławku, w którym stanowiąca opis przedmiotu zamówienia dokumentacja projektowa nie przewidywała wskazanej w ogłoszeniu budowy lądowiska.

Innym przykładem był odbiór dokumentacji przebudowy i rozbudowy Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy. W umowie z grudnia 2008 r. Szpital określił projektantowi obowiązek zaplanowania etapowej realizacji inwestycji, pozwalającej na przenoszenie komórek szpitala w jej toku, tak żeby placówka mogła działać przez cały okres wykonywania robót. KPIM, zobowiązane do dokonania odbioru tej dokumentacji, nie zweryfikowały, czy wykonany projekt, za który zapłacono 6,7 mln zł uwzględnia ww. wymaganie. Zlecono weryfikację dokumentacji inżynierowi projektu, jednak tylko w zakresie jej kompletności i zgodności z przepisami. W związku z powyższym opiniujący nie odnieśli się do braku etapowania inwestycji. Jednocześnie Spółka nie była w stanie przedłożyć kontrolującym wchodzącego w skład tej dokumentacji planu zagospodarowania terenu, a także większości protokołów odbiorów częściowych i protokołu odbioru końcowego całości zadań projektanta. Świadczy to o niestaranym przechowywaniu tych materiałów. Postępowanie o zamówienie publiczne, w którym ww. dokumentacja

stanowiła opis przedmiotu zamówienia, wszczęto 1 września 2010 r., podczas gdy jeszcze w sierpniu inżynier projektu zgłaszał do niej uwagi, a ostateczną, pozytywną opinię wydał dopiero 14 września 2010 r. Powyższa weryfikacja formalna również nie była rzetelna, gdyż na etapie realizacji inwestycji stwierdzono, że projekt i dokumentacja wykonawcza zawierają liczne błędy uniemożliwiające prawidłową realizację inwestycji. Następstwem powyższych nieprawidłowości była konieczność zamówienia dodatkowej dokumentacji eksperckiej i projektowej za 1,1 mln zł oraz udzielenie przez KPIM dodatkowych zamówień na roboty budowlane o wartości 20,7 mln zł.

Przykład przebudowy i rozbudowy Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy pokazuje, że istotny wpływ na nienależyte przygotowanie badanych inwestycji budowlanych rozpoczynanych w latach 2009–2010 miał również pośpiech. Pierwotnie Program miał być zrealizowany do końca 2012 r., tj. do upływu terminu wynikającego z przepisów prawa na dostosowanie szpitali do wymogów w zakresie ogólnoprzestrzennym, sanitarnym i instalacyjnym [szczegóły pkt 6.2, str. 102–103]. Chociaż horyzont czasowy Programu miał zapewnić wymaganą zgodność z przepisami prawa, to jednak ograniczał faktyczny czas na realizację robót budowlanych do zaledwie dwóch lat. Dopiero w wyniku kolejnych zmian przepisów wydłużających czas na działania do 31 grudnia 2016 r. (następnie do 31 grudnia 2017 r.) oraz po dokonaniu zmiany Programu – wydłużono okres realizacji inwestycji do końca 2016 r.

W latach 2009–2010 Spółka nie była także kadrowo przygotowana do realizacji inwestycji. Przyjęci pracownicy dysponowali wykształceniem prawno-administracyjno-ekonomicznym i odpowiednim doświadczeniem (w tworzeniu Programu, w procedurach zamówień publicznych), to jednak ich liczba była niewielka. Z dniem 1 stycznia 2010 r. pracę w KPIM rozpoczęły cztery osoby, a na 31 grudnia 2010 r. zatrudnienie w Spółce wynosiło siedem osób⁵⁰. Ponadto pierwszą osobę z wyższym wykształceniem technicznym o specjalności w zakresie budownictwa zatrudniono dopiero 15 lipca 2010 r.

Kujawsko-Pomorskie Inwestycje Medyczne nie osiągały przychodów, co było zgodne z założeniami Programu, a w związku z powyższym nie mogły wykorzystywać środków własnych dla realizacji inwestycji. W ramach realizacji Programu Spółka nie korzystała także z finansowania innymi środkami obcymi niż kredyt z EBI przyznany umową z 3 listopada 2010 r.

Pozyskanie kredytu
z EBI na podstawie umowy
z 3 listopada 2010 r.

W dniu zatwierdzenia Programu źródło jego finansowania nie zostało określone. Opracowana i zatwierdzona przez Zarząd Województwa w kwietniu 2009 r. koncepcja realizacji inwestycji wskazywała wśród najlepszych rozwiązań, pozyskanie przez KPIM kredytu w instytucji finansowej, który byłby poręczony przez Województwo Kujawsko-Pomorskie i zabezpieczony planowanymi dopłatami do Spółki. Zgodnie z tą koncepcją Sejmik Województwa Kujawsko-Pomorskiego wydał zgodę na wniesienie przez Województwo dopłat⁵¹ do KPIM do wysokości maksymalnej 695 mln zł.

⁵⁰ Dla porównania stan zatrudnienia w Spółce na 31 grudnia 2011 r. wynosił 13 osób, na 31 grudnia 2012 r. – 16 osób; na 31 grudnia 2013 r. i 2014 r. – 17 osób; na 31 grudnia 2015 r. i 2016 r. – 19 osób.

⁵¹ Uchwałą nr XXXVI/899/09 z 29 czerwca 2009 r.

Kapitał początkowy Spółki oraz dopłaty do tej spółki wniesione w 2010 r. w wysokości 24,5 mln zł zostały wykorzystane w większości na sfinansowanie rozpoczynanych działań inwestycyjnych.

Docelowy sposób finansowania Programu został zapewniony poprzez zawarcie przez KPIM 3 listopada 2010 r. umowy z Europejskim Bankiem Inwestycyjnym, na podstawie której Spółka uzyskała kredyt w wysokości 425 mln zł. Zawarcie wyżej wymienionej umowy zostało poprzedzone zgodą (o której mowa w art. 230 ksh) zgromadzenia wspólników (Zarządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego). Powyższą umowę podpisano bez przeprowadzania postępowania o zamówienie publiczne, co było zgodne z art. 4 pkt 1 lit. a pzp⁵². Strony dokonały zmian ww. umowy trzema aneksami, które ostatecznie ustaliły m.in. termin końcowy dostępności środków kredytu – 3 listopada 2016 r., okres realizacji inwestycji – 31 grudnia 2016 r., okres spłaty kredytu – do 31 grudnia 2034 r.

W dniu podpisania przez KPIM umowy kredytowej, tj. 3 listopada 2010 r., Województwo Kujawsko-Pomorskie zawarło z EBI umowę poręczenia. Jako wartość zobowiązań Województwa określono wszelkie kwoty, których bank może się domagać na jej podstawie do maksymalnej wysokości 531,3 mln zł. Zawarcie powyższej umowy nastąpiło z zachowaniem procedur wskazanych w art. 94 oraz art. 262 ust. 1 ufp. Poręczenie było zaplanowane w budżecie województwa i poprzedzone stosowną uchwałą Sejmiku Województwa Kujawsko-Pomorskiego.

Skontrolowane trzy placówki medyczne prawidłowo przygotowywały się do realizacji badanych inwestycji własnych (realizowanych samodzielnie, na podstawie porozumień zawartych w KPIM), w szczególności: szacowały wartość zamówienia, dokonywały jego opisu i wybierały tryb wyłonienia dostawcy⁵³ lub wykonawcy. W przypadkach, gdy zakres inwestycji obejmował roboty budowlane, dysponowały także prawidłowo sporządzoną dokumentacją projektową⁵⁴.

Poręczenie
przez Województwo
Kujawsko-Pomorskie
kredytu zaciągniętego
przez KPIM na realizację
Programu

Przygotowanie
inwestycji realizowanych
samodzielnie
przez szpitale
wojewódzkie

⁵² Zgodnie z tym przepisem ustawy nie stosowało się m.in. do zamówień udzielanych na podstawie szczególnej procedury organizacji międzynarodowej odmiennej od określonej w tej ustawie.

⁵³ Tryby inne niż przetarg nieograniczony i przetarg ograniczony dotyczyły dwóch spośród ogółem 28 badanych postępowań o zamówienie publiczne. W tych przypadkach Centrum Onkologii w Bydgoszczy prawidłowo, na podstawie art. 67 ust. 1 pkt 1 lit. b i pkt 5 pzp, zastosowało tryb z wolnej ręki.

⁵⁴ Badaniem objęto dokumentację zadań własnych szpitali: projekt budowlany Modernizacji infrastruktury stacji łóżek Centrum Onkologii w Bydgoszczy oraz projekt funkcjonalno-użytkowy i projekt budowlany dotyczący Zakupu Rezonansu Magnetycznego wraz z dostosowaniem pomieszczeń dla potrzeb Szpitala Specjalistycznego we Włocławku.

5.2. Realizacja Programu

5.2.1. Realizacja zadań inwestycyjnych przez KPIM

Zakres badań
kontrolnych NIK

Badaniu poddano 11 spośród 56 zadań inwestycyjnych zrealizowanych przez KPIM, wymienionych w pkt 6.1 na str. 89–90 niniejszej informacji, zrealizowanych na rzecz trzech szpitali wojewódzkich: Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy, Centrum Onkologii w Bydgoszczy i Szpitala Specjalistycznego we Włocławku. Wartość nakładów poniesionych na te zadania wyniosła 275,1 mln zł, co stanowiło 62% środków wydatkowanych przez wyżej wymienioną spółkę w ramach Programu.

Wyłanianie dostawców,
usługodawców
i wykonawców robót
budowlanych

KPIM będąc spółką spełniającą przesłanki określone w art. 3 ust. 1 pkt 3 pzp⁵⁵, była zobowiązana do stosowania przepisów pzp. W badanych zadaniach inwestycyjnych Spółka przeprowadziła 52 postępowania. Spośród nich skontrolowano 31 postępowań (59,6%) na kwotę 117,4 mln zł. Do dokonania oceny udzielania zamówień publicznych przez Spółkę wykorzystano także wyniki poprzedniej kontroli NIK⁵⁶ oraz audytu Krajowej Administracji Skarbowej, przeprowadzonych w Spółce odpowiednio w 2014 r. i w 2017 r.

W Spółce, na skutek nierzetelnego postępowania z dokumentacją postępowań o zamówienie publiczne, niemożliwe było dokonanie pełnej analizy 16 spośród 31 badanych postępowań (tj. 33%). Doprowadzono bowiem do zagubienia części zarchiwizowanych materiałów⁵⁷, naruszając obowiązki wynikające z art. 36 ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach⁵⁸, tj. przechowywania tych dokumentów w składnicy akt i objęcia ich odpowiednią ochroną⁵⁹.

Poza zagadnieniami, których wskutek braku dokumentów nie można było zbadać oraz drobnymi nieprawidłowościami, niemającymi wpływu na wynik postępowań, Spółka zasadniczo prawidłowo przeprowadziła postępowania o zamówienie publiczne w trybach konkurencyjnych

⁵⁵ W przypadku badanych zamówień publicznych przepis ten stanowił, że pzp ma zastosowanie, do innych podmiotów niż jednostki sektora finansów publicznych, w szczególności gdy zostały one utworzone w szczególnym celu zaspokajania potrzeb o charakterze powszechnym niemających charakteru przemysłowego ani handlowego oraz gdy jednostki sektora finansów publicznych (oraz podmioty określone w art. 3 ust. 1 pkt 2 pzp) finansują te jednostki w ponad 50% lub posiadają ponad połowę udziałów albo akcji, lub sprawują nadzór nad organem zarządzającym, lub mają prawo do powoływania ponad połowy składu organu nadzorczego lub zarządzającego. W dniu 28 lipca 2016 r. dodano dodatkowy warunek w art. 3 ust. 1 pkt 3 pzp: osoba prawna jest zobowiązana do stosowania ustawy o ile nie działa w zwykłych warunkach rynkowych, jej celem nie jest wypracowanie zysku i nie ponosi strat wynikających z prowadzenia działalności.

⁵⁶ Kontroli NIK przeprowadzonej w Spółce w ramach tematu „Realizacji zadań publicznych przez Spółki tworzone przez jednostki samorządu terytorialnego” (P/14/019).

⁵⁷ Braki obejmowały: w czterech przypadkach dokumentacji szacowania wartości zamówienia; w dwóch przypadkach zatwierdzonej Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia; w dwóch przypadkach zatwierdzonych zmian tej specyfikacji, w trzech przypadkach protokołu z postępowania o zamówienie publiczne oraz w jednym przypadku udzielonych wyjaśnień na pytania oferentów.

⁵⁸ Dz. U. z 2018 r. poz. 217, ze zm.

⁵⁹ Przepis ten obowiązuje niezależnie od czteroletniego okresu wskazanego w art. 97 ust. 1 pzp. Braki obejmowały: w czterech przypadkach dokumentacji szacowania wartości zamówienia; w dwóch przypadkach zatwierdzonej Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia; w dwóch przypadkach zatwierdzonych zmian tej specyfikacji, w trzech przypadkach protokołu z postępowania o zamówienie publiczne oraz w jednym przypadku udzielonych wyjaśnień na pytania oferentów.

(w badanych sprawach były to głównie przetargi nieograniczone). Zastrzeżenia Izby dotyczy jedynie nieprawidłowej praktyki przekazywania do publikacji ogłoszeń o udzieleniu zamówienia. W przypadku trzech postępowań Spółka dokonywała rozstrzygnięć w okresie od 1,5 miesiąca do nawet 2,5 roku, zawierając w różnych terminach poszczególne umowy z dostawcami wyodrębnionych części zamówienia (pakietów wyposażenia szpitali). Odpowiednio po zawarciu każdej z tych umów Spółka, stosując art. 95 ust. 2 pzp⁶⁰, powinna niezwłocznie przekazywać do publikacji ogłoszenie o udzieleniu zamówienia. Tymczasem przekazania dokonywano jednorazowo, po zawarciu ostatniej umowy.

NIK negatywnie oceniła natomiast udzielanie przez KPIM zamówień w trybie z wolnej ręki, w szczególności dotyczących robót dodatkowych. Spółka udzieliła w tym trybie ośmiu zamówień (z 17 zbadanych, tj. 47,1%) na łączną kwotę 21,9 mln zł z naruszeniem art. 67 ust. 1 pkt 5 pzp⁶¹. W powyższych postępowaniach nie zachodziły przesłanki określone w tym przepisie, w szczególności sytuacja stanowiąca podstawę do ich udzielenia nie była wcześniej niemożliwa do przewidzenia. Zamówień dodatkowych udzielano bowiem ze względu na błędy popełnione na etapie przygotowania inwestycji, w szczególności błędy projektowe.

Przykłady

Realizując inwestycję polegającą na przebudowie i rozbudowie Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy KPIM udzieliły czterech zamówień z wolnej ręki na kwotę 20,7 mln zł dotychczasowemu wykonawcy, w szczególności aby wprowadzić etapowanie inwestycji, które było przewidziane przy tworzeniu założeń projektowych, jednak błędnie pominięte w dokumentacji. Jedną z dodatkowo zleconych w tym trybie robót było również odtworzenie kanalizacji deszczowej, rozebranej na wcześniejszym etapie prac. Na mniejszą skalę bezpodstawnych zamówień z wolnej ręki Spółka udzielała przy budowie PARIS. Dotyczyło to robót pominiętych w dokumentacji projektowej na kwotę 1,2 mln zł, niejednokrotnie tak oczywistych jak podjazd do budynku dla osób niepełnosprawnych.

Za nieprawidłowe Izba uznała również dokonanie przez KPIM niedozwolonych zmian dwóch zawartych umów o zamówienie publiczne⁶². W powyższych przypadkach przekazano wykonawcy do realizacji zamiennie dokumentacje projektowe, mimo że pierwotny projekt był jednocześnie opisem przedmiotu zamówienia (art. 31 ust. 1 pzp), stanowił część dokumentacji przetargowej i był załącznikiem do umowy o zamówienie publiczne. Takie działanie

⁶⁰ Według stanu prawnego na okres prowadzenia ww. postępowań (tj. przed 28 lipca 2016 r.) przepis ten określał, że jeżeli wartość zamówienia albo umowy ramowej jest równa lub przekracza kwoty określone w przepisach wydanych na podstawie art. 11 ust. 8 pzp, niezwłocznie po zawarciu umowy w sprawie zamówienia publicznego albo umowy ramowej, zamawiający przekazuje ogłoszenie o udzieleniu zamówienia Urzędowi Publikacji Unii Europejskiej.

⁶¹ Według stanu prawnego na okres udzielenia zamówienia, tj. przed 28 lipca 2016 r.

⁶² Dotyczyło to umów na roboty budowlane zawartych w toku realizacji inwestycji polegających na: budowie budynku nr 13 z lądowiskiem Szpitala Specjalistycznego we Włocławku oraz utworzeniu Bloku Żywnieniowego Centrum Onkologii.

stanowiło naruszenie art. 144 pzp⁶³ ponieważ modyfikacja projektu była zmianą istotną, a zamawiający nie przewidział wcześniej możliwości dokonania takiej zmiany.

Przykład

W przetargu na wykonanie budynku nr 13 Szpitala Specjalistycznego we Włocławku nie przewidziano możliwości dokonywania zmian umowy. Stanowiąca opis przedmiotu zamówienia dokumentacja projektowa przygotowana przez Szpital Specjalistyczny we Włocławku przewidywała wykonanie tylko budynku nr 13, bez płyty lądowiska (z tarasem widokowym na dachu). Po udzieleniu tego zamówienia, Spółka zamiast tarasu widokowego na dachu, zleciła wykonawcy wykonanie płyty lądowiska za dodatkowe 3,1 mln zł.

Nadzór nad prowadzeniem robót budowlanych, odbiór wykonanych prac lub dostaw

Nadzór inwestora, tj. Kujawsko-Pomorskich Inwestycji Medycznych nad przebiegiem robót budowlanych wspierały podmioty pełniące funkcję inżynierów kontraktu lub inspektorzy nadzoru. W trzech przypadkach Spółka nie wyegzekwowała od ww. podmiotów przekazania przez nich organom nadzoru budowlanego informacji o ostatecznym zakończeniu robót budowlanych oraz o usunięciu stwierdzonych przez te organy nieprawidłowości. Naruszało to postanowienia określone w pozwoleniach na użytkowanie. Ponadto w toku kontroli, na skutek zagubienia przez Spółkę dzienników budów, nie można było dokonać całościowej oceny prawidłowości sprawowanego nadzoru nad prowadzeniem dwóch objętych kontrolą inwestycji⁶⁴.

Zlecone roboty budowlane oraz dostawy wyposażenia i sprzętu we wszystkich badanych zadaniach zostały prawidłowo odebrane. W szczególności Spółka naliczała dostawcom kary umowne, w przypadkach gdy nastąpiły opóźnienia lub brak zgodności dostarczonego asortymentu z zamówieniem.

5.2.2. Realizacja zadań inwestycyjnych przez szpitale wojewódzkie

Szpitale wojewódzkie realizowały zadania własne, stanowiące wkład tych jednostek w realizację Programu na podstawie umów o współpracy zawieranych z KPIM w okresie październik-listopad 2009 r. Ponadto w lipcu 2010 r. zawarto dodatkową umowę o współpracy⁶⁵ na realizację PARIS.

Zmiany zakresu zadań własnych szpitali wojewódzkich

Określony umową o współpracy zakres zadań wszystkich trzech objętych kontrolą szpitali podlegał zmianom. I tak:

1. postanowienie, że PARIS zostanie sfinansowany środkami kredytu z EBI spowodowało, że Centrum Onkologii w Bydgoszczy przejęło realizację części zadań KPIM;

⁶³ W brzmieniu obowiązującym do 28 lipca 2016 r., który wówczas stanowił, że zakazuje się istotnych zmian postanowień zawartej umowy w stosunku do treści oferty, na podstawie której dokonano wyboru wykonawcy, chyba że zamawiający przewidział możliwość dokonania takiej zmiany w ogłoszeniu o zamówieniu lub w specyfikacji istotnych warunków zamówienia oraz określił warunki takiej zmiany.

⁶⁴ Dotyczyło to robót budowlanych w PARIS oraz przebudowy układu komunikacyjnego Centrum Onkologii w Bydgoszczy.

⁶⁵ Umowa między Centrum Onkologii w Bydgoszczy i KPIM, która ustalała odrębne zasady realizacji budowy PARIS, w następstwie wzrostu kosztów realizacji tego zadania.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

2. w związku ze zmianami koncepcji realizacji inwestycji w Szpitalu Specjalistycznym we Włocławku, podmiot ten nie realizował przewidzianych umową o współpracy robót remontowych, lecz wykonał inne zadania inwestycyjne, polegające w znacznej części na nabyciu sprzętu medycznego;
3. Szpital Dziecięcy w Bydgoszczy wskutek ograniczonych środków zrealizował część planowanych zadań i przykładowo zamiast wyposażyć pomieszczenia kuchenne we własnym zakresie – zobowiązał do tego ich najemcę.

Zmiany zakresu zadań w odniesieniu do Centrum Onkologii w Bydgoszczy zostały sformalizowane poprzez zawarcie aneksu do umowy o współpracę. W odniesieniu do zadań Szpitala Specjalistycznego we Włocławku i Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy takiego aneksu nie zawarto. Wszystkie skontrolowane szpitale realizowały swoje zmienione zakresy zadań w ramach zatwierdzonych planów inwestycyjnych, z zachowaniem przepisów ustawy o zoz, a następnie udl.

Umowy o współpracy oraz późniejsze uzgodnienia zapewniły w badanych przypadkach zachowanie założonego Programem rozdziału formalnego inwestycji realizowanych przez szpitale wojewódzkich od inwestycji realizowanych ze środków EBI przez KPIM. Takie rozdzielanie miało na celu uniknięcie wątpliwości m.in. w zakresie odpowiedzialności za realizację poszczególnych zadań. Jednocześnie, w przypadkach tego wymagających, zapewniono powiązanie funkcjonalne pomiędzy zadaniami zaangażowanych podmiotów, np. poprzez zobowiązanie szpitali wojewódzkich do wyposażenia pomieszczeń wybudowanych albo zmodernizowanych przez KPIM.

Zdjęcie nr 1

Przykład podziału zadań w ramach Programu – kriokomora w PARIS: obiekt zrealizowany przez KPIM, a wyposażony przez Centrum Onkologii w Bydgoszczy



Źródło: Oględziny NIK.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Badaniem kontrolnym objęto 12 inwestycji zrealizowanych ze środków własnych trzech szpitali wojewódzkich na kwotę ogółem 23,5 mln zł, co stanowiło 53,4% nakładów poniesionych przez te szpitale w ramach Programu i 34,8% nakładów poniesionych w ramach Programu przez wszystkie szpitale wojewódzkie)⁶⁶.

Prowadzenie inwestycji przez szpitale wojewódzkie

Większość (27 z 28) zbadanych postępowań o zamówienie publiczne na realizację skontrolowanych zadań własnych szpitali przeprowadzono z zachowaniem przepisów pzp⁶⁷. Umowy z wyłoniionymi wykonawcami zawarto na warunkach określonych w specyfikacjach istotnych warunków zamówienia oraz w wybranych ofertach.

Przykład

Istotną nieprawidłowość stwierdzono w Szpitalu Specjalistycznym we Włocławku. Dyrektor tej jednostki dokonał wyboru dostawcy wyposażenia Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, pomimo że nie spełniał on warunków określonych w postępowaniu o zamówienie publiczne. W rezultacie podpisano umowę⁶⁸ z podmiotem, który nie dysponował oczekiwanym doświadczeniem i potencjałem finansowym, co stanowiło naruszenie art. 24 ust. 2 pkt 4 pzp. Nieprawidłowość ta miała negatywne skutki, bowiem jeden z dostarczonych asortymentów nie odpowiadał opisowi przedmiotu zamówienia, a Szpital nie wezwał dostawcy do jego wymiany. Ówczesny dyrektor szpitala nie wyjaśnił przyczyn tej nieprawidłowości.

Prawidłowość realizacji inwestycji własnych w skontrolowanych szpitalach zweryfikowano także na przykładzie dwóch zamówień o wartości poniżej progów określonych w art. 4 ust. 8 pzp, udzielonych przez Szpital Specjalistyczny we Włocławku⁶⁹. Zastrzeżenia Izby dotyczyły udzielenia jednego z tych zamówień, dokonanego z pominięciem wewnętrznej, obowiązującej w tym zakresie procedury, tj. wykonania programu funkcjonalno-użytkowego związanego z zakupem i montażem rezonansu magnetycznego⁷⁰. Wykonanie tego programu zlecono bez zapewnienia konkurencyjnego wyboru ofert, w następstwie wezwania do uzupełnienia wniosku o przyznanie dofinansowania. Potrzebę opracowania takiego

⁶⁶ Wśród tej kwoty: 5,6 mln zł stanowiły zadania własne Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy: wyposażenie Centralnej Sterylizatorni i Centralnej Dezynfektorni, analizator do automatycznej identyfikacji i oznaczania lekowrażliwości drobnoustrojów wraz z odczynnikami, zakup serwera i komputerów, zakup komputerów i drukarek; 6,1 mln zł stanowiły zadania własne Szpitala Specjalistycznego we Włocławku: zakup rezonansu magnetycznego, wyposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, zakup noża Osseoduo, dostawa mebli dla Oddziału Dziecięco-Obserwacyjnego; 11,9 mln zł stanowiły zadania własne Centrum Onkologii w Bydgoszczy: modernizacja infrastruktury bloku żywieniowego, modernizacja infrastruktury stacji łóżek, remont infrastruktury pomieszczeń administracyjnych, wyposażenie PARIS.

⁶⁷ Na 26 badanych postępowań w trybach konkurencyjnych w 18 stosowano jedno kryterium – cenę, a w pozostałych ośmiu także inne kryteria (termin realizacji, okres gwarancji, okres wsparcia informatycznego oprogramowania, jakość produktu sparametryzowana w oparciu o cechy funkcjonalne).

⁶⁸ O wartości 103,3 tys. zł.

⁶⁹ Zakup programu funkcjonalno-użytkowego związanego z zakupem rezonansu magnetycznego wraz z dostosowaniem pomieszczeń; Dostawa mebli dla Oddziału Dziecięcego Obserwacyjnego.

⁷⁰ Wartość zamówienia wynosiła 7,0 tys. zł.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

dokumentu szpital mógł jednak wcześniej przewidzieć, ponieważ zgodnie z instrukcją dla beneficjentów, program funkcjonalno-użytkowy winien być załączony do wniosku o dofinansowanie.

Dwa z trzech skontrolowanych szpitali prawidłowo weryfikowały wykonanie zleconych dostaw i usług. Zastrzeżenia Izby dotyczyły Szpitala Specjalistycznego we Włocławku, który – poza opisanym wyżej przypadkiem nierzetelnego odbioru mebli dla Szpitalnego Oddziału Ratunkowego – także nierzetelnie dokumentował proces odbioru dwóch zamówień (brak protokołu odbioru, niepotwierdzenie wykonania części usług). W pozostałych przypadkach jednostki kontrolowane prawidłowo nadzorowały i udokumentowały wykonanie robót budowlanych, a także zapewniły uzyskanie wszelkich pozwoleń wymaganych do rozpoczęcia użytkowania wyników inwestycji.

Zdjęcie nr 2

Wynik realizacji zadania własnego Centrum Onkologii w Bydgoszczy pn. „Stacja łóżek”, pomieszczenia i urządzenia służące kompleksowemu myciu i dezynfekcji łóżek szpitalnych i innego sprzętu



Źródło: Ogłędziny NIK.

Realizacja tylko jednej spośród 12 skontrolowanych inwestycji była dofinansowana ze środków zewnętrznych. Dotyczyło to zakupu rezonansu magnetycznego wraz z dostosowaniem pomieszczeń w Szpitalu Specjalistycznym we Włocławku⁷¹. Zadanie zostało uznane przez instytucję dofinansującą za zrealizowane prawidłowo.

Spełnienie wymogów określonych przez podmioty przyznające dofinansowanie na inwestycje własne szpitali

⁷¹ Dofinansowanego z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2007–2013 (Oś priorytetowa 3. Działanie 3.2.) na podstawie umowy WP-II-W.433.3.18.2014 z 30 października 2014 r.

5.2.3. Poziom wykonania Programu

Zgodnie ze sprawozdaniem końcowym przekazanym 3 kwietnia 2017 r. przez KPIM do EBI, Spółka zrealizowała ogółem 56 zadań inwestycyjnych na rzecz objętych programem szpitali wojewódzkich⁷².

Sprawozdanie końcowe przekazane do EBI określało stopień realizacji Programu poprzez wskaźnik powierzchni szpitali wojewódzkich, objętej Programem. Dane te wskazują, że Program został zrealizowany w odniesieniu do 69,5% zakładanej powierzchni.

Tabela nr 1

Zamierzenia inwestycyjne określone w Programie i stopień ich wykonania, z podziałem na szpitale wojewódzkie

Szpitale wojewódzkie	Zamierzenia wynikające z programu /tys. m ² /		Poziom realizacji
	Modernizacja	Budowa	
Szpital Dziecięcy w Bydgoszczy	2,5	14,8	100%
Centrum Onkologii w Bydgoszczy	4,1	5,0	100%
Szpital Obserwacyjno-Zakaźny w Bydgoszczy	5,4	3,7	99%
Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Świeciu	7,6	0,0	73%
Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy	7,8	3,4	67%
Szpital Specjalistyczny we Włocławku	3,8	2,7	67%
Szpital Zespolony w Toruniu	12,0	8,5	40%

Źródło: Opracowanie NIK na podstawie załącznika nr 1 do sprawozdania końcowego przekazanego przez KPIM do EBI.

Niewykonanie części założeń Programu wpłynęło na niepełne zrealizowanie jednego z dwóch jego celów, tj. dostosowania pomieszczeń szpitali wojewódzkich do wymaganych standardów. Na dzień 1 stycznia 2018 r. cztery z siedmiu szpitali wojewódzkich nadal nie spełniały bowiem wymogów określonych przez Ministra Zdrowia. Były to: Szpital Zespolony w Toruniu, Szpital Specjalistyczny we Włocławku, Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy i Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Świeciu. Podkreślenia jednak wymaga, że przed rozpoczęciem programu 155,4 tys. m² (tj. 80,4%) powierzchni szpitali wymagało podjęcia działań dostosowawczych (głównie w zakresie wymagań ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych, a także przeciwpożarowych), natomiast po jego zakończeniu, dalszych inwestycji wymagało 113,4 tys. m² powierzchni tych jednostek (45,8%). Wskazuje to na znaczącą poprawę stanu obiektów szpitali wojewódzkich.

⁷² Nie wszystkie ze zrealizowanych zadań, wykazanych w sprawozdawczości przekazanej do EBI, odpowiadają 72 inwestycjom wymienionym w Programie. Weryfikacja realizacji Programu wobec trzech wybranych szpitali wykazała, że jedno określone w Programie zadanie Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy zostało w sprawozdaniu rozbite na trzy powiązane ze sobą zadania. Spółka przekazała część określonych Programem zadań do realizacji przez Centrum Onkologii w Bydgoszczy, a w zamian zwiększyła zaangażowanie finansowe w budowę PARIS. Program względem Szpitala Specjalistycznego we Włocławku pozostał w części niewykonany, a w części zrealizowany w odmiennym zakresie od zakładanego.

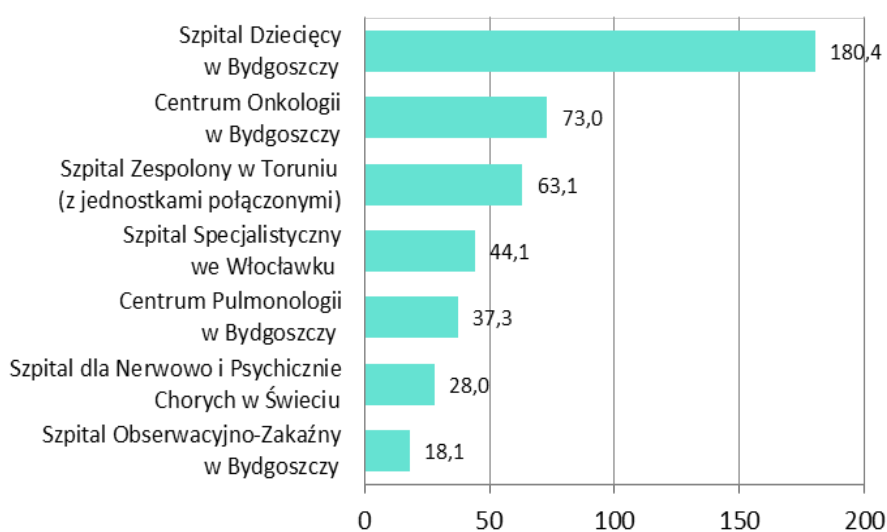
WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Zgodnie z treścią Programu, jego koszt powinien wynieść 450 mln zł. Na taką kwotę Województwo w 2009 r. przewidywało finansowanie działań inwestycyjnych KPIM. Umowa kredytowa zawarta 3 listopada 2010 r. z EBI zapewniła Spółce finansowanie w wysokości 425 mln zł. Spółka wydatkowała na inwestycje w szpitalach 444,1 mln zł, tj. 99% założeń Programu⁷³. Poza wykorzystanym w pełni kredytem z EBI, Spółka wydatkowała na ten cel także środki Województwa Kujawsko-Pomorskiego otrzymane w ramach dopłat do kapitału.

Wykonanie finansowe
Programu przez KPIM

Wykres nr 2

Nakłady KPIM na zadania zrealizowane na rzecz poszczególnych szpitali wojewódzkich
(w mln zł)



Źródło: Opracowanie NIK na podstawie załącznika nr 2 do sprawozdania końcowego przekazanego przez KPIM do EBI.

Spółka przekazywała do EBI m.in. informacje o niezależnych od KPIM przyczynach niewykonania niektórych zadań inwestycyjnych, a w szczególności o:

- wzroście stawki podatku VAT z 22% na 23%, który dla nieosiągającej przychodów Spółki w całości zwiększał koszt realizacji inwestycji;
- zmianach w przepisach prawa określających wymogi stawiane pomieszczeniom i urządzeniom podmiotów leczniczych, co wymagało modyfikacji założeń inwestycyjnych.

W trakcie realizacji Programu Spółka wskazywała Radzie Nadzorczej, Zarządowi Województwa i EBI na potrzebę zmodyfikowania sposobu realizacji niektórych zadań inwestycyjnych określonych w Programie. W szczególności dotyczyło to przypadków, w których po dodatkowej analizie uznawano, że określone Programem modernizacje starych (nawet zabytkowych) obiektów szpitalnych są niemożliwe do wykonania lub

Przyczyny niepełnej
realizacji Programu
w zakresie jego efektów
i wyników rzeczowych

⁷³ Na realizację Programu kolejne 73,6 mln zł wydatkowały szpitale wojewódzkie, które na podstawie porozumień zawieranych przez KPIM przejęły część zadań określonych w tym dokumencie. W rezultacie całość nakładów na realizację Programu ogółem stanowiła 517,8 mln zł, tj. 115% kwoty zakładanej.

nie doprowadzą do pełnego i trwałego dostosowania do wymogów prawa. W największym stopniu dotyczyło to obiektów szpitali wojewódzkich w Toruniu, połączonych w ramach Szpitala Zespołowego. Główne zadania przewidziane Programem do realizacji w tej jednostce faktycznie pozostały niewykonane⁷⁴. Częściowo zmieniano także zakres inwestycji w Szpitalu Specjalistycznym we Włocławku i w Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy. Powyższe zmiany sposobu realizacji inwestycji wskazują, że w Programie nie przewidziano najlepszych metod dostosowania tych trzech szpitali do obowiązujących wymogów, a koszt i czas realizacji zaplanowanych inwestycji był niedoszacowany.

Przykład

Szpital Specjalistyczny we Włocławku określił prawie dwukrotnie większe potrzeby w stosunku do przyjętych w Programie⁷⁵, przy czym ich realność potwierdziły materiały otrzymane w toku kontroli od organów odpowiedzialnych za sprawowanie nadzoru nad pomieszczeniami i urządzeniami tej jednostki⁷⁶.

W Programie nie określono zatem pełnego zapotrzebowania szpitali, lecz wskazano tylko potrzeby możliwe do zaspokojenia przy określonym budżecie. Oznacza to, że nawet pełna realizacja założeń programowych nie doprowadziłaby do pełnego dostosowania szpitali wojewódzkich do wymaganych od 1 stycznia 2018 r. standardów.

Istotną przyczyną uniemożliwiającą pełną realizację Programu było niepozyskanie zakładanego tym dokumentem finansowania dla PARIS w Centrum Onkologii w Bydgoszczy. W przyjętym przez Zarząd Województwa w lipcu 2009 r. Programie określono, że ta inwestycja zasadniczo zostanie sfinansowana ze środków europejskich. Jednak trzy tygodnie po zatwierdzeniu Programu przedstawiciel Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego odmówił przyjęcia złożonego przez Centrum Onkologii w Bydgoszczy wniosku o dofinansowanie ww. inwestycji środkami europejskimi o wartości 28,8 mln zł. W rezultacie realizację zasadniczej części tego zadania przejęła spółka KPIM, finansując je środkami kredytu z EBI. Znacząco ograniczyło to środki dostępne na realizację innych zadań⁷⁷.

⁷⁴ W okresie realizacji Programu, choć poza nim, KPIM rozpoczęły realizację kompleksowej przebudowy i rozbudowy tego szpitala. Nie było to jednak przedmiotem niniejszej kontroli.

⁷⁵ Jednostka ta w I kwartale 2009 r. wskazywała na niedostosowanie większości obiektów szpitala do obowiązujących wymagań. Wskazała także na potrzebę realizacji 24 inwestycji o wartości ogółem 90,1 mln zł w zakresie dostosowania Szpitala do obowiązujących wymagań; dwie inwestycje o wartości ogółem 11,0 mln zł w zakresie rozwoju usług i budowy nowych obiektów (tj. lądowiska dla helikopterów i Pracowni Rezonansu Magnetycznego); 52 rodzajów sprzętu ratującego życie o wartości ogółem 4,8 mln zł. W Programie, w pkt 5 Zidentyfikowane potrzeby, przewidziano ogółem 14 zadań do realizacji na rzecz Szpitala Specjalistycznego we Włocławku o wartości 65,0 mln zł.

⁷⁶ Wojewoda Kujawsko-Pomorski i Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny we Włocławku.

⁷⁷ Centrum Onkologii w zamian zastąpiło KPIM w realizacji i finansowaniu czterech innych zadań, co ograniczyło lecz nie wyeliminowało negatywnych skutków powyższej sytuacji. Zadania przejęte przez Centrum Onkologii miały bowiem znacząco niższą wartość niż przejęta przez Spółkę inwestycja w PARIS.

Istotne znaczenie dla niewykonania założeń określonych Programem miał wzrost kosztów realizacji zadań inwestycyjnych. W części wynikał on z przyczyn niezależnych od KPIM, tj. m.in. z powodu wzrostu kosztów podatku VAT. Nie bez znaczenia był również wzrost kosztów spowodowany zawarciem umów na roboty dodatkowe lub dokonywaniem zmian umów z naruszeniem pzp⁷⁸. Te nielegalne działania dotyczyły od 2,8% do 11% kosztów poszczególnych zadań. W każdym z powyższych przypadków było to następstwem rozpoczęcia inwestycji przez KPIM bez odpowiedniego, rzetelnego przygotowania, a w szczególności, bez odpowiedniej weryfikacji dokumentacji projektowej.

5.2.4. Wykorzystanie i utrzymanie wyników inwestycji

Zgodnie z założeniami zawartymi w Programie, zasady użytkowania przez szpitale wojewódzkie wyników inwestycji wytworzonych przez KPIM zostały określone w umowach zawartych między uczestnikami Programu. Pozwoliło to także na wyznaczenie podmiotów odpowiedzialnych za utrzymanie mienia zgodnie z wymogami EBI. Obowiązki te obejmowały między innymi:

- a) wykonywanie czynności konserwacyjnych, napraw, przeglądów, remontów zapewniających zachowanie składników majątku w dobrym stanie technicznym;
- b) ubezpieczenia składników majątku w renomowanej firmie ubezpieczeniowej zgodnie z najlepszymi praktykami;
- c) posiadania ważnych praw przejazdu i użytkowania, a także wszystkich innych zezwoleń niezbędnych do wykorzystania składników majątku.

Spółka KPIM nie osiągała przychodów, a przez to nie dysponowała źródłem finansowania dla wykonania ww. obowiązków [str. 65]. Majątek wytworzony przez Spółkę stanowił natomiast źródło przychodów dla szpitali wojewódzkich. W rezultacie opracowując wzór umów użyczenia szpitalom wyników inwestycji zrealizowanych przez KPIM przewidziano, że utrzymanie tych składników majątku będzie obowiązkiem szpitali. Taka koncepcja została zaakceptowana przez Zarząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego (podmiot tworzący szpitale oraz właściciel Spółki), którego przedstawiciel uczestniczył w uzgodnieniach w powyższym zakresie.

W I połowie 2012 r. KPIM przekazały do EBI wzór ww. umów użyczenia szpitalom wyników inwestycji, które zawierały m.in. postanowienia dotyczące utrzymania tych składników majątku. W 2012 r. Spółka rozpoczęła także zawieranie ww. umów z dwoma spośród trzech skontrolowanych szpitali wojewódzkich: Centrum Onkologii i Wojewódzkim Szpitalem Dziecięcym. Jednak po zawarciu pierwszych umów cała procedura została zatrzymana. Nie zawarto odpowiednich umów użyczenia na część inwestycji zakończonych w latach 2010–2013. W badanych sprawach, mimo niezwłocznego udostępnienia składników majątkowych Spółki do wykorzystania przez szpitale, umowy dotyczące mienia o wartości 41,2 mln zł, zawierano dopiero w okresie od listopada 2014 r. do grudnia 2015 r.,

Przekazywanie szpitalom
wyników inwestycji
zrealizowanych
przez KPIM

⁷⁸ Dotyczyło to czterech z 11 zbadanych zadań (roboty budowlane związane z rozbudową Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy, budowa PARIS, przebudowa z nadbudową Bloku Żywnieniowego Centrum Onkologii w Bydgoszczy, budowa budynku nr 13 z lądowiskiem we Włocławku).

tj. z opóźnieniami od 1,5 roku do pięciu lat. Nieterminowe określenie zakresu obowiązków użytkowników majątku Spółki narażało ją na ryzyko niewykonania postanowień umowy kredytowej z EBI. Szpitale wojewódzkie udzielając świadczeń z wykorzystaniem majątku Spółki, pomimo braku takiego zobowiązania umownego, dokonywały jednak we własnym zakresie niezbędnych przewidzianych prawem czynności w zakresie jego utrzymania, w szczególności konserwacji i przeglądów.

Przykłady

Istotnym negatywnym skutkiem opóźnień w zawieraniu ww. umów było nieubezpieczenie mienia Spółki przez dwa spośród trzech skontrolowanych szpitali wojewódzkich, w okresie w którym nie były one zobowiązane do dokonania tej czynności. Szpital Dziecięcy w Bydgoszczy ubezpieczył przekazany sprzęt po upływie od roku i pięciu miesięcy do roku i 11 miesięcy od rozpoczęcia jego użytkowania⁷⁹. Mienie Spółki użytkowane przez Szpital Specjalistyczny we Włocławku pozostało nieubezpieczone od jednego roku i 10 miesięcy do dwóch lat⁸⁰. Odpowiednich umów ubezpieczenia nie zawarły także KPIM, przez co Spółka nie wywiązała się z postanowień określonych w pkt 6.05 umowy kredytowej zawartej z EBI. Nie stwierdzono jednak zdarzeń, które skutkowałyby utratą lub uszkodzeniem nieubezpieczonego majątku.

Należy przy tym podkreślić, że Centrum Onkologii, które niezwłocznie we własnym zakresie ubezpieczyło użytkowany majątek KPIM, zwracało się wielokrotnie do Spółki o przekazanie informacji o wartości otrzymanego majątku, co było niezbędne do jego prawidłowego zaewidencjonowania i ubezpieczenia. Na pisma te Spółka nie udzieliła odpowiedzi.

Ewidencjonowanie i nadzór nad przekazanym szpitalom mieniem KPIM

Istotne nieprawidłowości stwierdzono również w systemie ewidencjonowania w latach 2010–2016 mienia KPIM oraz w sposobie sprawowania nad nim nadzoru, w szczególności w zakresie dokonywania inwentaryzacji tego majątku w drodze spisu z natury. Spółka podejmowała bowiem w tym zakresie działania z opóźnieniem i nie w całym zakresie obowiązków.

Pomimo zakończenia inwestycji, dokonanych odbiorów i uzyskania stosowanych pozwoleń Spółka nadal wykazywała wartość inwestycji jako środki trwałe w budowie. Naruszano tym art. 16d ust. 2 ustawy z 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych⁸¹. Nieprawidłowości w kontrolowanych inwestycjach dotyczyły środków trwałych o wartości 59,9 mln zł. Opóźnienia w ujęciu wyników zakończonych inwestycji w środkach trwałych Spółki trwały nawet pięć lat. Do zakończenia kontroli NIK nieprawidłowości w tym zakresie zostały jednak wyeliminowane.

⁷⁹ Badanie przeprowadzono na próbie 47 spośród 3026 pozycji wyposażenia przekazanego szpitalowi przez KPIM na podstawie umowy nr KPIM/PR/1/15 o wartości 5,2 mln zł. Sprzęt był nieubezpieczony w okresie od 16 października 2012 r. lub 12 kwietnia 2013 r. do 9 września 2014 r. Pomimo opóźnień ww. szpital i tak ubezpieczył mienie przed formalnym nałożeniem tego obowiązku przez KPIM.

⁸⁰ Mienie przekazane na podstawie umowy nr KPIM/PR/1/14 o wartości 0,7 mln zł zostało dostarczone od 30 listopada 2012 r. do 28 stycznia 2013 r. i pozostało nieubezpieczone do 28 listopada 2014 r.

⁸¹ Dz. U. z 2018 r. poz. 1036, ze zm., dalej „ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych”.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Majątek pozostawiony w środkach trwałych w budowie, pomimo że był już użytkowany przez szpitale wojewódzkie, nie był poddawany procedurom inwentaryzacyjnym.

Zgodnie z art. 26 ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości⁸², inwentaryzację w drodze spisu z natury powinna przeprowadzić jednostka, w której znajdują się dane składniki majątku i powiadomić o wynikach spisu ich właściciela. Wskazuje to, że w przypadku składników majątku oddanych w użytkowanie, właściciel powinien dokonywać inwentaryzacji, zgodnie z art. 26 ust. 1 pkt 2 ustawy, w drodze porównania sald z użytkownikiem. Takich czynności KPIM nie dokonywały w całym okresie objętym kontrolą. Zgodnie z wewnętrznymi zasadami inwentaryzacji Spółka przewidziała samodzielne prowadzenie spisów z natury swojego majątku znajdującego się w szpitalach. Do tych czynności Spółce dawały prawo także zapisy umów użyczenia oddających jej mienie szpitalom. Spółka przeprowadziła własną inwentaryzację w drodze spisu z natury w odniesieniu do mienia znajdującego się w Centrum Onkologii w Bydgoszczy, jak i Szpitalu Specjalistycznym we Włocławku. Do czasu kontroli NIK działaniami inwentaryzacyjnymi nie objęto jednak majątku Spółki wykorzystywanego przez Szpital Dziecięcy w Bydgoszczy.

Przykład

Do końca 2017 r. nadzór nad majątkiem KPIM, o wartości 171,1 mln zł, wykorzystywanym przez Szpital Dziecięcy w Bydgoszczy był istotnie ograniczony. Pomimo, że część majątku dostarczono do szpitala w 2010 r., a pierwsze umowy na jego wykorzystanie zawarto w 2012 r. – jedynym działaniem Spółki prowadzonym w okresie kontrolowanym było ujęcie tego majątku w swojej ewidencji. Majątku tego nie zinwentaryzował w drodze spisu z natury także Szpital Dziecięcy w Bydgoszczy, pomimo że był do tego zobowiązany na podstawie art. 26 ust. 2 uor. Mienie to nie zostało również przez Szpital oznakowane, mimo takiego obowiązku wynikającego z umowy zawartej ze Spółką.

Pozostałe dwa skontrolowane szpitale: Centrum Onkologii w Bydgoszczy i Szpital Specjalistyczny we Włocławku prawidłowo prowadziły ewidencjonowanie i inwentaryzację majątku KPIM.

Przykład

Szczególną staranność wykazały przy tym służby finansowe Centrum Onkologii w Bydgoszczy, które rozpoczęły ewidencjonowanie użytkowanego majątku KPIM zanim sformalizowano jego przyjęcie stosownymi umowami. Nie mogąc pozyskać od Spółki informacji o wartości tych składników, szpital sam pozyskał te dane od dostawców. Jednostka ta oznakowała także powierzone mienie i prowadziła jego systematyczną inwentaryzację w drodze spisu z natury.

Dwa z trzech skontrolowanych szpitali (Centrum Onkologii i Szpital Specjalistyczny we Włocławku) rozpoczęły wykorzystywanie mienia bezpośrednio po zakończeniu inwestycji przez Spółkę, to jest po dokonaniu odbiorów robót budowlanych, uzyskaniu odpowiednich pozwoleń na użytkowanie obiektów lub po dostawie, montażu i odbiorach urządzeń, aparatury i sprzętu.

Wykorzystanie wyników inwestycji zrealizowanych przez KPIM

⁸² Dz. U. z 2018 r. poz. 395, dalej: „uor”.

Przykłady

Istotne opóźnienia w rozpoczęciu realizacji inwestycji dotyczyły części pomieszczeń Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy rozbudowanego i zmodernizowanego przez KPIM. Szpital nie dysponował wyposażeniem niezbędnym do rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych, przez co ponad półroczne opóźnienia w rozpoczęciu działalności odnotowano: w jednej komórce leczniczej zlokalizowanej w budynku A (opóźnienie 453 dni), pięciu komórkach leczniczych zlokalizowanych w budynku B2 (opóźnienie 439–940 dni) i dwóch komórkach leczniczych zlokalizowanych w budynku C (opóźnienie 263–267 dni)⁸³. Opóźnienia w dostawach wyposażenia miały także wpływ na brak możliwości wykorzystywania przez 3,5 roku nabytego przez Szpital Dziecięcy w Bydgoszczy sprzętu dla Centralnej Dezynfektorni.

Przyczyną niewykorzystania części pomieszczeń oraz sprzętu Centralnej Dezynfektorni tego szpitala było opóźnianie rozstrzygnięcia przez KPIM w okresie od 1,5 do dwóch lat dwóch postępowań o zamówienie publiczne na kompleksowe wyposażenie tej placówki. Spółka rozpoczęła ww. postępowania oczekując, że źródłem finansowania będą środki nowej umowy kredytowej zawartej z EBI, lub ostatnia transza kredytu udzielonego przez ten Bank umową z 3 listopada 2010 r. Uzyskanie nowego kredytu uległo jednak opóźnieniu, a środki z obowiązującej już umowy kredytowej z 3 listopada 2010 r. uzyskano dopiero po prawie dwóch latach, wskutek niespełnienia przez Spółkę wymogu kredytodawcy w zakresie wniesienia środków własnych.

W związku z niedoborem środków na ten cel 22 grudnia 2017 r. wyżej wymieniony szpital zawarł ze Spółką nowe porozumienie, w ramach którego część kosztów wyposażenia miał pokryć Szpital.

Wykorzystanie wyników inwestycji zrealizowanych przez szpitale wojewódzkie

Dwa z trzech skontrolowanych szpitali rozpoczęły wykorzystywanie wyników inwestycji własnych bezpośrednio po ich zakończeniu, tj. w przypadku Centrum Onkologii: wyposażenia PARIS, infrastruktury pomieszczeń administracyjnych, bloku żywieniowego i stacji łóżek, a w przypadku Szpitala Specjalistycznego we Włocławku: rezonansu magnetycznego i noża obrotowego. W odniesieniu do aparatury medycznej zakupionej przez Szpital Dziecięcy w Bydgoszczy, niezwłocznie rozpoczęto użytkowanie przyrządu do badania lekoodporności oraz wyposażenia Centralnej Sterylizatorni. Opóźnienie wynoszące 3,5 roku dotyczyło natomiast zakupionego przez ten szpital wyposażenia Centralnej Dezynfektorni⁸⁴.

Utrzymanie majątku wytworzonego w wyniku realizacji Programu

Zgodnie z umowami użyczenia przekazującymi szpitalom wyniki inwestycji, odpowiadały one za należyte utrzymanie mienia wytworzonego przez KPIM. Szpitale wojewódzkie były zobowiązane w szczególności do wykonywania niezbędnych przeglądów, prowadzenia konserwacji, napraw, zapewnienia posiadania niezbędnych zezwoleń i certyfikatów. Szpitale utrzymywały w należytym stanie także wyniki inwestycji własnych zrealizowanych w toku Programu.

⁸³ Opóźnienia dotyczyły działalności następujących komórek organizacyjnych: Poradni Audiologicznej, Poradni Metabolicznej, Poradni Logopedycznej, Pracowni Audiometrii i Tympanometrii, Pracowni RTG, Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej, Laboratorium Mikrobiologicznego, Pracowni Neurofizjologii Klinicznej (EEG) dla pacjentów hospicyjnych.

⁸⁴ Opóźnienie nie miało wpływu na termin gwarancji sprzętu Centralnej Dezynfektorni, gdyż jej bieg rozpoczynał się z chwilą uruchomienia urządzeń.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W dwóch spośród trzech skontrolowanych szpitali stwierdzono natomiast nieprawidłowości w zakresie utrzymania obiektów budowlanych. W przypadku Centrum Onkologii w Bydgoszczy dotyczyło to budynku portierni⁸⁵, dla którego nie założono książki obiektu budowlanego oraz nie przeprowadzono części przeglądów okresowych, o których mowa art. 62 ust. 1 pkt 1 lit. a i lit. c ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane⁸⁶. Ponadto Centrum Onkologii w Bydgoszczy w przypadku kolejnych czterech obiektów naruszyło przepisy zobowiązujące do systematycznego i terminowego prowadzenia książek obiektów budowlanych. Nie pozyskano przy tym od KPIM pełnej dokumentacji budowy dwóch obiektów.

Przykład

Szczególnie istotne nieprawidłowości dotyczyły natomiast stanu jednego z budynków drugiego szpitala – Specjalistycznego we Włocławku. Na wzniesionym przez KPIM budynku nr 13 widoczne były między innymi liczne pęknięcia ścian oraz zacieki i zawilgocenia, a także przecieki wodne z dachu. Zgromadzona dokumentacja wskazuje, że wymienione usterki ponawiają się, były m.in. zaobserwowane w toku odbioru w kwietniu 2012 r., a następnie w latach 2014 i 2015. Zobowiązany do utrzymania obiektu Szpital Specjalistyczny we Włocławku nie podejmował jednak istotnych działań w tym zakresie. Szpital wystąpił do KPIM o wykonanie ekspertyzy budowlanej. Opracowana ekspertyza stanu obiektu wskazała rekomendowane działania służące poprawie stanu całego budynku, a w szczególności konstrukcji platformy lądowiska oraz jego nawierzchni. Tej wiedzy zarząd Spółki nie przekazał jednak użytkującemu obiekt Szpitalowi, który mimo, że o nią wystąpił, nie domagał się jej przekazania.

Zdjęcia nr 3, 4

Budynek nr 13 Szpitala Specjalistycznego we Włocławku – pęknięcia ścian w Oddziale Dziecięcym i przecieki na poziomie pod lądowiskiem



Źródło: Oględziny NIK.

⁸⁵ Wybudowanego w ramach zadania przebudowa układu komunikacyjnego dróg wewnętrznych Zespołu Głównego Centrum Onkologii w Bydgoszczy.

⁸⁶ Dz. U. z 2018 r. poz. 1202, ze zm., dalej: „Prawo budowlane”.

Na uwagę zasługuje fakt, że ekspertyza techniczna budynku nr 13 z lądowiskiem we Włocławku, wskazuje na niespełnienie przez konstrukcję budynków wymogów w zakresie nośności, poprzez zbyt słabe zbrojenie części słupów nośnych oraz niewystarczającą wytrzymałość części stóp fundamentowych. Uchybienia dotyczą także konstrukcji platformy lądowiska. Wskazuje to pośrednio na błędy projektowe powstałe na etapie przygotowania inwestycji. Jak to opisano w pkt 5.2.1 na str. 34, lądowisko na dachu budynku nr 13 nie zostało zaprojektowane wraz z budynkiem, lecz doprojektowane w toku realizacji inwestycji.

Z dokumentacji obiektu, jak i ekspertyzy opracowanej na zlecenie KPIM, nie wynika aby obiekt ten stanowił zagrożenie dla przebywających w nim osób. Utrzymanie go w należyтым stanie technicznym wymaga jednak w dłuższej perspektywie czasu podjęcia szeregu działań wymienionych w ekspertyzie.

W trakcie kontroli NIK zarówno Szpital jak i Spółka wskazywały na tymczasowy charakter lądowiska na dachu budynku nr 13. Miało ono umożliwiać spełnienie wymogów dotyczących funkcjonowania we Włocławku Szpitalnego Oddziału Ratunkowego⁸⁷. W związku z tym, że lądowisko nie było w pełni funkcjonalnie powiązane z tą komórką leczniczą, zaplanowano budowę kolejnego lądowiska na dachu budynku (nr 4), zlokalizowanego w bliskości sal operacyjnych i Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Według informacji przekazanych przez Prezesa KPIM platforma na dachu budynku nr 13 ma zostać wykorzystana na inne cele.

Wpływ zrealizowanych inwestycji na działalność szpitali wojewódzkich

Dwa spośród trzech skontrolowanych szpitali nie w pełni wykorzystywały swój potencjał, na który składały się m.in. przekazane przez KPIM obiekty, sprzęt i wyposażenie. W Szpitalu Dziecięcym w Bydgoszczy w 2016 r. obłożenie w oddziałach zmodernizowanej jednostki wynosiło od 5% do 67%, średnio dla całego szpitala 46%. Cztery z pięciu oddziałów zlokalizowanych w budynkach nr 13 i 5 Szpitala Specjalistycznego we Włocławku w 2016 r. miały obłożenie od 46 do 56% (pozostały 90%), średnio dla całego szpitala 65%. Jest to wykorzystanie znacznie niższe od określonego w założeniach Programu dla obu wyżej wymienionych szpitali (85%). Kierownictwo jednostek wskazywało przy tym, że niskie obłożenie jest następstwem niedostatecznego zakontraktowania świadczeń. Dane finansowe obu szpitali wskazują jednak na skokowy wzrost przychodów z ogółu zakontraktowanych świadczeń. I tak np. Szpital Specjalistyczny we Włocławku w 2013 r. z tego źródła pozyskał 75,0 mln zł, w 2014 r. już 107,0 mln, a w kolejnych latach 115,6 i 115,7 mln zł. Podobnie Szpital Dziecięcy w Bydgoszczy, który w 2013 r. osiągał przychody z zakontraktowanych świadczeń w wysokości 38,1 mln zł, w kolejnym roku 48,4 mln zł, a w 2016 r. – 55,8 mln zł. Choć brak kontraktu mógł być przyczyną niższego obłożenia w pojedynczych grupach świadczeń, to jednak wskaźniki działalności szpitali prowadzą do wniosku, że przyczyną niższego od założeń obłożenia na oddziałach szpitalnych jest skrócenie średniego czasu pobytu pacjentów w wyżej wymienionych szpitalach. Jak wynika z przedło-

⁸⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. (Dz. U. z 2018 r. poz. 979) w brzmieniu obowiązującym do 25 grudnia 2013 r. (tj. w okresie realizacji ww. inwestycji) określało termin 1 stycznia 2014 r., w którym Szpitalny Oddział Ratunkowy powinien dysponować lotniskiem lub lądowiskiem (po kolejnych zmianach termin ustalono na 1 stycznia 2021 r.).

żonych wyjaśnień⁸⁸, w szpitalach zwiększono lub unowocześniono potencjał zabiegowy, przez co pacjenci po zabiegu nie wymagali długiego monitorowania i leczenia. Skrócenie pobytu pacjentów było także korzystne dla szpitali wobec metod naliczania wynagrodzenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Szczegółowe informacje o wpływie Programu na działalność szpitali i ich sytuację finansową zawierają pkt 5.3.2.–5.3.5. [str. 65–88]

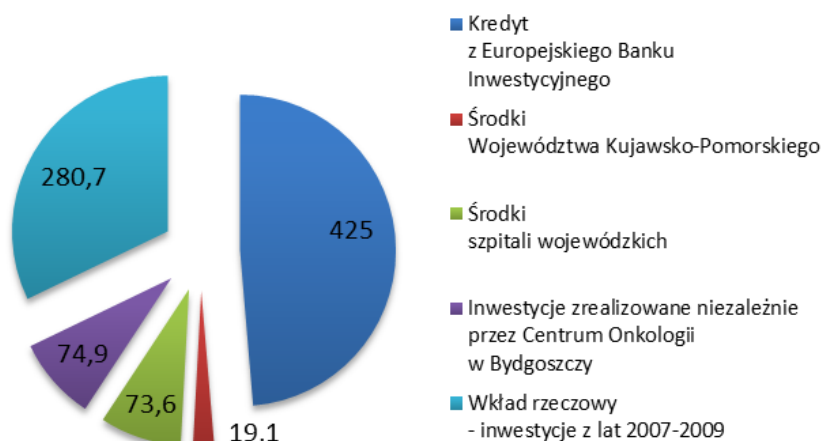
5.2.5. Finansowanie realizacji Programu, a w szczególności wypełnienie postanowień umowy kredytowej

KPIM wykorzystały 425 mln zł kredytu z EBI w całości na sfinansowanie w latach 2010–2016 inwestycji w szpitalach wojewódzkich⁸⁹. Dopełniono tym postanowień umowy kredytowej z 3 listopada 2010 r. Ponadto Spółka w celu realizacji Programu wykorzystała także środki otrzymane od Województwa Kujawsko-Pomorskiego w ramach kapitału założycielskiego, podniesienia kapitału lub dopłat do kapitału Spółki. Środki otrzymane od właściciela wynosiły w latach 2009–2016 102,4 mln zł. Wykorzystano je na: dokonanie spłat zobowiązań z tytułu ww. umowy kredytowej – 60,4 mln zł⁹⁰, na finansowanie realizacji inwestycji⁹¹ – 19,1 mln zł, a pozostałe środki na inne działania KPIM⁹² oraz na koszty jej utrzymania.

Udział kredytu z EBI
w finansowaniu
Programu

Wykres nr 3

Nakłady na realizację inwestycji wykazane przez KPIM wobec EBI (w mln zł)



Źródło: Ustalenia z kontroli NIK, a w szczególności dane z załącznika nr 2 do sprawozdania końcowego przekazanego przez KPIM do EBI.

⁸⁸ W szczególności Dyrektora i Zastępcy dyrektora ds. leczenia Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy, oraz kierowników innych, niekontrolowanych szpitali wojewódzkich, od których uzyskano informację o wpływie Programu na działalność szpitali.

⁸⁹ Spółka nie została zobowiązana do prowadzenia wyodrębnionej ewidencji księgowej dla realizacji zadań objętych umową kredytową. Objęte badaniem inwestycje sfinansowane przez Spółkę przekraczają *per saldo* kwotę kredytu z EBI. Stwierdzono także na podstawie badanych inwestycji, że Spółka dysponuje dowodami poniesienia ww. nakładów.

⁹⁰ 47,9 mln zł odsetki i 12,5 mln zł kapitał.

⁹¹ Dane wyliczone na podstawie załącznika nr 2 do sprawozdania końcowego przesłanego do EBI. Środki otrzymane z ww. źródła przeznaczano na inwestycje zasadniczo w latach 2009–2010, tj. przed podpisaniem umowy kredytowej.

⁹² Jedynym zadaniem KPIM było wspieranie procesu inwestycyjnego w szpitalach wojewódzkich. W okresie kontrolowanym Spółka rozpoczęła działania mające na celu realizację kolejnych etapów inwestycji, w szczególności rozbudowy Szpitala Zespołowego w Toruniu.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Regulowanie przez KPIM zobowiązań kredytowych

Badanie spłaty zobowiązań związanych z umową kredytową⁹³ z 3 listopada 2010 r. ze środków Województwa Kujawsko-Pomorskiego wykazało, że Spółka występowała do właściciela w odpowiednim terminie, o środki odpowiednie do dokonywania terminowych spłat.

Tabela nr 2

Uruchomienia kredytu przyznanego KPIM umową z 3 listopada 2010 r. oraz dokonywane przez Spółkę spłaty kapitału (mln zł)

Termin	Uruchomienie środków	Spłata kapitału	Saldo po transakcji
grudzień 2010 r.	60,0	-	60,0
wrzesień 2011 r.	80,0	-	140,0
grudzień 2011 r.	100,0	-	240,0
grudzień 2012 r.	100,0	-	340,0
sierpień 2014 r.	60,0	-	400,0
grudzień 2015 r.	-	3,8	396,2
maj 2016 r.	25,0	-	421,2
wrzesień 2016 r.	-	5,0	416,2
grudzień 2016 r.	-	3,7	412,5

Źródło: Opracowanie NIK na podstawie ustaleń kontroli.

Zgodnie z założeniami Programu, szpitale wojewódzkie miały samodzielnie zrealizować i sfinansować inwestycje odrębne od zadań Spółki. Wartość tych zadań miała wynosić 15% inwestycji realizowanych przez KPIM. W tym zakresie udział Spółki polegał na zawarciu w 2009 r. ze wszystkimi szpitalami wojewódzkimi objętymi Programem umów o współpracy, które m.in. określały obowiązki szpitali w zakresie samodzielnej realizacji części inwestycji.

Dokonana w toku kontroli NIK analiza płatności Spółki względem wykonawców i dostawców⁹⁴ wykazała, że dokonywane uruchomienia środków kredytu pozwalały KPIM na terminowe regulowanie swoich zobowiązań.

Skutki niezaplanowania odpowiedniego wkładu własnego KPIM w realizację Programu, lub niepozyskania zakładanych na ten wkład środków

W toku realizacji Programu powstały niedobory finansowe ograniczające lub opóźniające wykonanie zadań inwestycyjnych. Ich przyczynami były:

1. przyjęcie do realizacji i sfinansowanie w ramach Programu niezaplnowanej w nim inwestycji, o szacowanej wartości 36,5 mln zł, polegającej na utworzeniu PARIS w Centrum Onkologii w Bydgoszczy. Zatwierdzony przez Zarząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego Program przewidywał, że inwestycja ta zostanie sfinansowana w kwocie 28,6 mln zł ze środków pomocy bezzwrotnej, w tym 23,7 mln zł ze środków europejskich. Tymczasem 4 tygodnie od przyjęcia Programu Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego uznał, że inwestycja nie kwalifikuje się

⁹³ Na wybranej próbie wszystkich płatności za lata 2015–2016, tj. 16 transz.

⁹⁴ Badaniem objęto próbę płatności na kwotę 44,3 mln zł.

do otrzymania dofinansowania z tego źródła. W rezultacie KPIM sfinansowały wykonanie całego zakresu robót budowlanych związanych z tą inwestycją, o wartości końcowej 42,7 mln zł;

2. brak wystarczających środków własnych wymaganych umową kredytową zawartą 3 listopada 2010 r. z EBI. Postanowienia tej umowy zobowiązywały do poniesienia znacząco większych nakładów na inwestycje, niż określone w Programie. Mianowicie, w Programie przewidziano poniesienie nakładów sfinansowanych kredytem w wysokości 450 mln zł powiększonych o 15% (tj. 67,5 mln zł), które miały wydatkować szpitale w ramach udziału własnego, co dawało razem 517,5 mln zł. Tymczasem umowa zawarta z EBI przewidywała, że przy kredycie w wysokości 425 mln zł, kredytobiorca powinien zapewnić wkład środków własnych nie mniejszy od tej kwoty, co razem określało wartość inwestycji na 850 mln zł. Dzięki zapisom załącznika do umowy kredytowej⁹⁵, do „środków własnych”⁹⁶ zaliczono wkład rzeczowy w postaci inwestycji w szpitalach wojewódzkich zrealizowanych w latach 2007–2009 na kwotę 280,7 mln zł. Nadal jednak kredytobiorca musiał zapewnić dodatkowe nakłady w wysokości 144,3 mln zł, których sfinansowanie nie miało zabezpieczenia w Programie (nakłady do poniesienia wynosiły 569,3 mln zł).

Spółka nie mając przychodów i zdolności kredytowej nie była w stanie samodzielnie zapewnić dodatkowego finansowania. Możliwymi rozwiązaniami było jedynie pozyskanie wsparcia Województwa Kujawsko-Pomorskiego albo zwiększenie zaangażowania szpitali. W przypadku obu wyżej wymienionych okoliczności, pomimo podjętych działań, nie uniknięto negatywnych skutków powstałych niedoborów finansowych.

Pierwszy problem częściowo rozwiązano poprzez zwiększenie zaangażowania Centrum Onkologii, które przejęło od KPIM realizację pięciu inwestycji określonych w Programie na kwotę 11,2 mln zł. Była to jednak kwota znacząco niższa niż rosnące o 28,7 mln zł planowane zaangażowanie Spółki w wykonanie robót budowlanych w PARIS. Okoliczność ta, z uwzględnieniem znaczącego wzrostu kosztów tej inwestycji o 17%⁹⁷, skutkowałą ograniczeniem środków na wykonanie określonych Programem inwestycji w innych szpitalach.

W przypadku drugiego z problemów, tj. braku źródła dla sfinansowania inwestycji własnych o wartości zakładanej umową kredytową z 3 listopada 2010 r., KPIM oczekiwały wsparcia Województwa Kujawsko-Pomorskiego. Faktycznie następowało ono w latach 2009–2010, jednak w późniejszym

⁹⁵ Dopuszczającym rozliczenie inwestycji zrealizowanych przez Województwo przed jej podpisaniem (od roku 2007), powstałą lukę częściowo pokryto wartością inwestycji z lat 2007–2009.

⁹⁶ Określenie to pochodzi z preambuły do umowy kredytowej z 3 listopada 2010 r. Faktycznie KPIM rozliczały w ramach tych środków: wkład rzeczowy w postaci wartości inwestycji z lat 2007–2009, nakłady Centrum Onkologii w Bydgoszczy na inwestycje zrealizowane samodzielnie poza programem, nakłady na inwestycje własne szpitali wojewódzkich zrealizowane na podstawie umów o współpracy ze Spółką, oraz inwestycję zrealizowaną przez Spółkę ze środków dopłat do kapitału lub dokapitalizowania.

⁹⁷ W Programie przewidziano nakłady w wysokości 36,5 mln zł, podczas gdy z rozliczenia względem EBI wynika, że nakłady Spółki na to zadanie wyniosły 42,7 mln zł.

okresie Spółka otrzymywała środki służące zasadniczo spłacie zobowiązań wobec EBI, a nie realizacji inwestycji. W rezultacie bieżący wkład samorządu w inwestycje realizowane przez Spółkę wyniósł 19,1 mln zł. Środki te, wraz z wartością nakładów szpitali poniesionych na inwestycje własne realizowane na podstawie umów o współpracy, nie były jednak wystarczające do zapewnienia odpowiednich „środków własnych”, przewidzianych umową kredytową z 3 listopada 2010 r. W rezultacie Spółka nie mogła w okresie od końca 2014 r. do połowy roku 2015 uruchomić ostatniej transzy kredytu na kwotę 25 mln zł. W tym samym okresie KPIM napotykały problemy z pozyskaniem kolejnego kredytu z EBI. W latach 2014–2015 Zarząd Kujawsko-Pomorskich Inwestycji Medycznych wielokrotnie informował właściciela – Województwo Kujawsko-Pomorskie o brakach finansowych, które mogą opóźnić lub uniemożliwić realizację inwestycji. Należy tu jednak zauważyć, że Województwo Kujawsko-Pomorskie nie miało obowiązku wnoszenia tych środków do Spółki. Zgodnie bowiem z uzasadnieniem do uchwały Sejmiku Województwa⁹⁸, środki (695 mln zł) przewidziane na dopłaty do kapitału KPIM służyć miały spłacie zobowiązań finansowych. Ostatecznie w 2016 r. KPIM rozliczyły w EBI jako „środki własne” zadania zrealizowane samodzielnie przez Centrum Onkologii w Bydgoszczy. Były to inwestycje o wartości łącznej 74,9 mln zł wykonane z inicjatywy własnej tego szpitala, bez udziału Spółki, nieprzewidziane Programem. Pozwoliło to na uruchomienie 31 maja 2016 r. środków ostatniej transzy kredytu i zakończenie działań inwestycyjnych. W powyższym okresie wstrzymane były jednak ostatnie działania inwestycyjne, co spowodowało opóźnienia w wyposażeniu Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy. [str. 44]

Dopełnienie przez KPIM warunków umowy kredytowej z 3 listopada 2010 r.

Umowa kredytowa z 3 listopada 2010 oprócz obowiązków w zakresie dokonywania spłat zobowiązań oraz wykorzystania środków kredytu na realizację wskazanego w niej celu, nakładała na Spółkę szereg innych wymogów. Najistotniejsze z nich dotyczyły m.in.:

- a) zachowania przez Spółkę własności całości lub zasadniczej części aktywów, składników majątkowych sfinansowanych z kredytu;
 - w toku kontroli ustalono, że KPIM zachowały własność nabytego wyposażania i sprzętu. Spółka oddała ww. składniki majątku szpitalom w użyczenia, co było dopuszczalne na podstawie pkt 6.07 lit. c umowy kredytowej. Spółka wykazywała także w swoich aktywach (środkach trwałych) efekty zrealizowanych inwestycji budowlanych: wybudowanych lub zmodernizowanych budynków i budowli. KPIM zawarły ze szpitalami umowy użyczenia (nazwane nieodpłatnym korzystaniem) ww. nakładów poniesionych na nieruchomości;
- b) monitorowania działalności szpitali i wyników ich działalności;
 - KPIM zbierały dane ze szpitali wojewódzkich, w zakresie odpowiadającym parametrom działalności tych jednostek określonym w Programie. Zgodnie z postanowieniami umowy kredytowej Spółka przekazywała je do EBI w odstępach półrocznych;

⁹⁸ Uchwałą nr XXXVI/899/09 z 29 czerwca 2009 r.

- c) ubezpieczenia w renomowanej firmie ubezpieczeniowej prac, a także składników majątkowych wchodzących w skład Projektu zgodnie z najlepszymi praktykami przyjętymi na danym rynku;
- w tym zakresie stwierdzono przypadki nieubezpieczenia przez okres do dwóch lat majątku Spółki o wartości 5,9 mln zł sfinansowanego z kredytu [str. 42];
- d) wykonywania czynności konserwacyjnych, napraw, przeglądów, remontów urządzeń i nieruchomości wchodzących w skład Projektu niezbędnych dla utrzymania tych urządzeń i nieruchomości w dobrym stanie technicznym;
- KPIM zleciły te obowiązki szpitalom, które się z niego prawidłowo wywiązywały;
- e) posiadania ważnych praw przejazdu i użytkowania, a także wszystkich innych zezwoleń niezbędnych do wykonania i funkcjonowania Projektu, a także dokonania wdrożenia Projektu zgodnie z wymaganiami określonymi w przepisach w zakresie ochrony środowiska oraz posiadania i przestrzegania wymaganych decyzji środowiskowych dla Projektu;
- weryfikacja posiadanych przez uczestników Projektu dokumentów nie wykazała braków w powyższym zakresie.

W toku kontroli KPIM nie przedłożyły rzetelnej dokumentacji potwierdzającej poniesienie nakładów na inwestycje rozliczone w EBI jako zrealizowane ze „środków własnych”. Umowa zawarta 3 listopada z EBI określała, że przy kredycie w wysokości 425 mln zł, kredytobiorca powinien zapewnić wkład środków własnych nie mniejszy od tej kwoty⁹⁹. W szczególności:

- a) Spółka nie dysponowała dowodami poniesienia nakładów w wysokości 280,7 mln zł (co stanowi 62,6% całości „środków własnych”) stanowiących wartość zadań zrealizowanych w latach 2007–2009. Brak było nawet kompletnego zestawienia inwestycji rozliczanych w ramach wyżej wymienionej kwoty. Jedyna posiadana przez KPIM dokumentacja określa podział tej kwoty na poszczególne szpitale. Tymczasem, z danych o nakładach inwestycyjnych w szpitalach wojewódzkich za lata 2007–2009¹⁰⁰ wynika, że całość wydatków inwestycyjnych tych jednostek wyniosła w powyższym okresie 237,7 mln zł. Nakładów w wysokości 280,7 mln zł nie można także potwierdzić wydatkami określonymi w sprawozdaniach z wykonania budżetów Województwa Kujawsko-Pomorskiego za te lata. Prezes KPIM wyjaśnił, że nie dysponuje listą inwestycji realizowanych przez szpitale w latach 2007–2009 (tzw. I faza), została ona opracowana przed powstaniem Spółki przez pracowników Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego i zaakceptowana przez EBI. Spółka nie przedłożyła jednak w toku kontroli żadnego pisemnego dowodu potwierdzającego powyższe okoliczności;

**Sprawozdawczość
przedkładana do EBI
oraz dokumentowanie
innych zagadnień
związanych z realizacją
umowy kredytowej
z 3 listopada 2010 r.**

⁹⁹ W pkt 2 preambuły ww. umowy oszacowano koszt projektu na 901,3 mln zł, z czego wkład środków własnych KPIM – 476,3 mln zł. Jednak z pkt 4 preambuły ww. umowy wynika, że minimalny wkład środków własnych Spółki powinien wynieść 425 mln zł. Umowa kredytowa w załączniku A określiła jednak termin realizacji inwestycji od roku 2007, przez co dopuszczono także rozliczenie nakładów poniesionych przed powołaniem KPIM.

¹⁰⁰ Gromadzonym w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Kujawsko-Pomorskiego w ramach sprawowanego nadzoru.

b) nakłady na zadania inwestycyjne z lat 2007–2009 wymienione w sprawozdaniu końcowym przekazanym do EBI, a także wykazane w tym dokumencie nakłady na zadania szpitali z lat 2010–2016 w sześciu badanych przypadkach nie były realizowane w ramach czasowych określonych w tych dokumentach. Zadania te faktycznie realizowano w obu ww. okresach, jednak Spółka niejednolicie zaliczyła je do jednej lub do obu z tych grup. Dwa zadania realizowane w Szpitalu Specjalistycznym we Włocławku zostały zaliczone do lat 2007–2009, choć faktycznie były rozpoczęte w tym okresie, jednak trwały do 2016 r.¹⁰¹ Jedno zadanie rozpoczęte przez Centrum Onkologii w 2009 r. i kontynuowane w latach następnych zostało natomiast wykazane jako zadanie z lat 2010–2016¹⁰². Kolejne zadanie Centrum Onkologii zostało wskazane w trzech pozycjach¹⁰³ zbiorczego zestawienia za lata 2007–2009 i w dwóch pozycjach zadań z lat 2010–2016. Wobec braku danych o sposobie naliczenia kwot nakładów za lata 2007–2009, nie było możliwe sprawdzenie, czy niektóre z nakładów ze „środków własnych” nie zostały liczone podwójnie w obu okresach. Prezes KPIM nie wyjaśnił przyczyn tych rozbieżności. Wskazał, że EBI nie wnosił uwag do sporządzanych przez Spółkę rozliczeń.

Przypadki nierzetelnego wykazywania wartości inwestycji do EBI dotyczyły także zadań realizowanych przez KPIM. Skala nieprawidłowości była w tym przypadku jednak znacząco mniejsza i była związana z prowadzeniem w Spółce trzech ewidencji wartości inwestycji. Ewidencja inwestycji wykazywanych do EBI miała odpowiadać nakładom poniesionym bezpośrednio na inwestycje, tj. wartości dowodów księgowych (faktur) dokumentujących koszty związane z poszczególnymi zadaniami inwestycyjnymi. Druga ewidencja – wartości środków trwałych do ubezpieczenia – miała zapewniać ustalenie „wartości odtworzeniowej środka trwałego” i zgodnie z przekazanymi przez Spółkę wyjaśnieniami, powinna odpowiadać wartości wykazywanej wobec kredytodawcy. Ostatnia ewidencja – księgowa – odpowiadała kosztom bezpośrednim inwestycji powiększonym o inne koszty Spółki związane pośrednio z realizacją inwestycji. Tymczasem w jednostkowych przypadkach istniały nieuzasadnione rozbieżności między poszczególnymi ewidencjami, których KPIM nie były w stanie wyjaśnić. I tak:

- w jednym przypadku, wobec EBI wykazano kwotę niższą o 7 tys. zł niż wykazaną w pozostałej ewidencji Spółki;
- w dwóch przypadkach wykazano wobec kredytodawcy wydatki na łączną kwotę 0,3 mln zł, nieujęte w pozostałej ewidencji;
- w jednym przypadku, wydatki na kwotę 23 tys. zł zostały rozliczone wobec kredytodawcy w innych zadaniach inwestycyjnych, niż w pozostałej ewidencji.

¹⁰¹ Zadania: zakup sprzętu i aparatury medycznej niezbędnej w diagnozowaniu i leczeniu stanów nagłych, modernizacja Szpitalnego Oddziału Rachunkowego.

¹⁰² Pod nazwą. Przebudowa infrastruktury przychodni.

¹⁰³ Rozbudowa Zakładu Teleradioterapii.

W ocenie Izby Spółka działała nierzetelnie nie podejmując działań zmierzających do zapewnienia jednolitości w raportowaniu jej przez szpitale wojewódzkie o kosztach inwestycji własnych, realizowanych na podstawie umów o współpracy, a finansowanych przez szpitale z pomocy bezzwrotnej (w szczególności ze środków europejskich i dotacji budżetu państwa). Stwierdzono, że Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy wykazywało wobec Spółki wartość nakładów poniesionych przez tę jednostkę, bez środków z dotacji otrzymanych w ramach „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”¹⁰⁴. Natomiast Szpital Specjalistyczny we Włocławku wykazywał łącznie nakłady własne oraz nakłady sfinansowane środkami europejskimi. Zdaniem NIK, biorąc pod uwagę że umowa kredytowa z EBI dopuszczała finansowanie zadań z „dotacji krajowych lub grantów”, prowadziło to do zaniżenia nakładów szpitali. Ogółem w sprawozdaniach skierowanych do EBI zaniżono nakłady szpitali wojewódzkich sfinansowane z: dotacji z budżetu państwa – na kwotę 3,1 mln zł oraz środków europejskich – na kwotę 0,4 mln zł¹⁰⁵. W ocenie NIK rzetelne działania w tym zakresie zmniejszyłyby lukę finansową w zapewnieniu odpowiedniego udziału „środków własnych”, która powstała w latach 2014–2016. [str. 49]

Sprawozdanie końcowe z realizacji inwestycji objętych finansowaniem na podstawie umowy z 3 listopada 2010 r. zostało przedłożone przez KPIM do EBI 3 kwietnia 2017 r. Spółka do czasu zakończenia kontroli (tj. do 5 marca 2018 r.) nie otrzymała żadnej informacji o ocenie tego sprawozdania przez kredytodawcę. Prezes KPIM wyjaśnił, że w sytuacji uwag lub braku akceptacji dokumentów EBI zwraca się (najczęściej mailowo) z prośbą o dokonanie korekty lub uzupełnienia. W przypadku ostatniego sprawozdania, kredytodawca nie zwracał się o takie uzupełnienie.

Najwyższa Izba Kontroli zwróciła uwagę na potrzebę uzyskiwania pisemnych potwierdzeń prawidłowości postępowania kredytobiorcy przy realizacji postanowień umowy kredytowej, zwłaszcza, że pkt 12.02 umowy kredytowej dawał KPIM podstawy do kierowania do kredytowy wniosków o pisemne dokumentowanie podejmowanych decyzji. Oprócz braku pisemnego potwierdzenia prawidłowości sprawozdania końcowego, nieudokumentowane pozostały istotne decyzje dotyczące w szczególności rozliczenia „środków własnych” w realizację inwestycji, w tym faktyczne potwierdzenie przez EBI rozliczenia nakładów inwestycyjnych z lat 2007–2009 na kwotę 280,7 mln zł [str. 49]. Zarząd KPIM wskazywał m.in., że zgodę kredytodawcy można wywieść w sposób dorozumiały, na podstawie późniejszych działań kredytodawcy, który w szczególności uruchamiał transze kredytu lub podpisywał kolejne umowy kredytowe ze Spółką, czego nie uczyniłby w przypadku zastrzeżeń.

¹⁰⁴ Dotyczyło to dwóch weryfikowanych w toku kontroli faktur na kwotę 0,7 mln zł.

¹⁰⁵ Niewykazane nakłady sfinansowane z dotacji lub środków europejskich dotyczyły dwóch szpitali wojewódzkich: Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy i Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Świeciu.

Przykład

Szczególnym przykładem braku udokumentowania uzgodnień dotyczących realizacji umowy kredytowej jest opisany wcześniej [str. 50] przypadek rozliczenia wobec EBI jako zadań ze „środków własnych” dziewięciu inwestycji Centrum Onkologii w Bydgoszczy (o wartości 74,9 mln zł), wykonanych z inicjatywy własnej szpitala, bez udziału Spółki, poza zakresem zawartych umów o współpracy i nieprzewidzianych Programem. To rozliczenie nie odpowiada zapisom preambuły umowy kredytowej z 3 listopada 2010 r. i nie zostało w żaden sposób pisemnie potwierdzone przez kredytodawcę.

Faktyczny ciężar zobowiązań z tytułu zawartej przez KPIM umowy kredytowej ponosi województwo kujawsko-pomorskie

Program przewidywał, iż spłata zobowiązań finansowych KPIM względem instytucji finansowej nastąpi ze środków przekazanych Spółce przez Województwo Kujawsko-Pomorskie w formie dopłat do kapitału.

Sejmik Województwa Kujawsko-Pomorskiego 29 czerwca 2009 r. wyraził zgodę na wniesienie przez Województwo dopłat¹⁰⁶ do KPIM do wysokości maksymalnej 695 mln zł w latach 2009–2029, z przeznaczeniem na pokrycie kosztów inwestycji realizowanych przez Spółkę w zakładach opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo. Zgodnie z uzasadnieniem ww. uchwały środki te miały być przeznaczone na spłatę zobowiązań finansowych Spółki, w tym 450 mln zł na spłatę kapitału, a w pozostałej części odsetek.

Wnoszenie przez województwo kujawsko-pomorskie środków do KPIM

Ogółem Województwo Kujawsko-Pomorskie przekazało KPIM w latach 2009–2016 102,4 mln zł¹⁰⁷. Z tej kwoty 50 tys. zł przekazano w ramach kapitału początkowego spółki, 24,5 mln zł w ramach dopłaty do kapitału i 77,9 mln zł w ramach podwyższenia kapitału Spółki.

Przeprowadzone badanie przekazywania powyższych płatności¹⁰⁸ wykazało, że Województwo Kujawsko-Pomorskie podnosiło kapitał KPIM w ramach kwot zaplanowanych w budżecie, na podstawie uchwał Nadzwyczajnego Zgromadzenia Wspólników¹⁰⁹. Płatności dokonywano niezwłocznie po podjęciu powyższych uchwał, zapewniając Spółce środki na terminową spłatę swoich zobowiązań względem EBI.

W Programie określono, że Województwo będzie wносило środki do KPIM w formie dopłat do kapitału. Tymczasem od 2011 r. Województwo przekazywało do KPIM środki w następstwie podniesienia kapitału. Dopłaty na gruncie przepisów o finansach publicznych stanowią wydatki bieżące, a podniesienie kapitału stanowi wydatki majątkowe, które nie wpływają negatywnie na wskaźnik dopuszczalnego poziomu spłat zobowiązań, o którym mowa w art. 243 ufp. [str. 99]

¹⁰⁶ Uchwałą nr XXXVI/899/09.

¹⁰⁷ W poszczególnych latach było to: 1,5 mln zł w 2009 r.; 24,5 mln zł w 2010 r.; 8 mln zł w 2011 r.; 10 mln zł w 2012 r.; po 5 mln zł w latach 2013–2014; 17,7 mln zł w 2015 r. i 30,7 mln zł w 2016 r.

¹⁰⁸ Badanie ograniczono do 2016 roku, wykorzystano także ustalenia w odniesieniu do lat 2010–2014 (do sierpnia) przeprowadzone w II połowie 2014 r. w toku kontroli NIK w temacie „Realizacja zadań publicznych przez spółki tworzone przez jednostki samorządu terytorialnego” (P/14/019), która nie wykazała nieprawidłowości w powyższym zakresie.

¹⁰⁹ W jednoosobowej spółce samorządu województwa funkcję zgromadzenia wspólników pełni zarząd województwa [str. 98].

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Program przewidywał, że KPIM będą prowadzić działalność *non-profit*, a realizowane inwestycje będą finansować przejściowo w oparciu o kredyty lub inne instrumenty finansowe. Biorąc pod uwagę, że w dokumencie tym zakładano działalność Spółki na zasadach *non-profit*, koniecznością było zapewnienie jej zdolności kredytowej. W Programie wskazano na dwa możliwe kierunki działań w tym zakresie. Jednym z nich było udzielenie poręczenia kredytu Spółki przez Województwo Kujawsko-Pomorskie.

Marszałek Województwa Kujawsko-Pomorskiego wskazał na trzy pozytywny czynniki finansowania inwestycji za pośrednictwem spółki samorządowej:

- a) zapewnienie jednorazowego finansowania umożliwiającego realizowanie szeregu kompleksowych zadań niezbędnych do podniesienia standardu świadczeń udzielanych przez placówki opieki zdrowotnej;
- b) realizację zadań przez profesjonalny podmiot, który nie tylko przeprowadza inwestycje, ale także weryfikuje potrzeby inwestycyjne szpitali;
- c) umożliwienie uzyskania środków finansowych bez ograniczenia obowiązków do roku 2013 limitami zadłużenia.

W dniu podpisania przez KPIM umowy kredytowej, tj. 3 listopada 2010 r., Województwo Kujawsko-Pomorskie zawarło z EBI umowę poręczenia. Jako wartość zobowiązań Województwa określono wszelkie kwoty, których bank może się domagać na jej podstawie do maksymalnej wysokości 531,3 mln zł. Zawarcie powyższej umowy nastąpiło z zachowaniem procedur wskazanych w art. 94 oraz art. 262 ust. 1 ufp, w tym poręczenie było zaplanowane w budżecie województwa i zostało poprzedzone stosowną uchwałą Sejmiku Województwa Kujawsko-Pomorskiego.

Poręczenie przez Województwo Kujawsko-Pomorskie kredytu udzielonego KPIM przez EBI na podstawie umowy z 3 listopada 2010 r.

W uchwałach budżetowych Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2012–2016 planowane były wydatki z tytułu poręczenia kredytu zaciągniętego przez KPIM umową z 3 listopada 2010 r, czym wykonano dyspozycję określoną w art. 212 ust. 1 pkt 7 ufp. Powyższy przepis został jednak naruszony w odniesieniu do uchwały budżetowej na 2011 r., ponieważ w budżecie województwa na ten rok nie zaplanowano wydatków na poręczenie w kwocie odpowiadającej pierwszym transzom spłat odsetek do EBI, co stwierdziła kontrola Regionalnej Izby Obrachunkowej w Bydgoszczy.

Poręczenie ww. kredytu było uwzględnione także w wieloletnich prognozach finansowych Województwa Kujawsko-Pomorskiego¹¹⁰. Dokumenty te zgodnie z art. 227 ust. 2 ufp zawierały prognozę długu odpowiadającą terminowi, na jaki zaciągnięto lub planowano zaciągnąć zobowiązania. Jednak, tak jak i zapisy uchwały budżetowej na 2011 r., wieloletnia prognoza finansowa na ten rok nie określała planowanych w 2011 r. wydatków na poręczenie.

¹¹⁰ Analizie poddano ww. dokumenty za wybrane lata (2011 i 2016).

Zapewnienie środków na wniesienie przez KPIM „wkładu własnego” wymaganego umową kredytową z 3 listopada 2010 r.

Największy stwierdzony w toku kontroli problem związany z finansowaniem Programu przez Województwo Kujawsko-Pomorskie dotyczył braku zapewnienia źródeł finansowania dla inwestycji własnych KPIM. Program przewidywał, że inwestycje o wartości 450 mln zł zostaną sfinansowane z kredytu oraz ze środków szpitali wojewódzkich o wartości 67,5 mln zł. Pomimo, że umowa kredytowa z 3 listopada 2010 r. przyznawała kredyt w wysokości 425 mln zł, a także wymagała wniesienia odpowiedniego wkładu własnego – 144,3 mln zł [str. 49], (tj. ponad dwukrotnie większej kwoty niż określono w Programie dla szpitali), Województwo Kujawsko-Pomorskie nie podjęło żadnych działań dla rozwiązania tego problemu.

W latach 2014–2016 powyższa luka, połączona z opóźnieniem zawarcia kolejnej umowy kredytowej, doprowadziła m.in. do opóźnienia w wyposażeniu Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy [str. 44, 50]. W tych okolicznościach uwagę zwraca bierna postawa Województwa Kujawsko-Pomorskiego – organizatora Programu, który pomimo znanych od końca 2010 r. braków źródeł finansowania niezbędnych inwestycji, nie podejmował działań pozwalających rozwiązać ten problem zanim spowoduje on negatywne skutki.

Szpital wojewódzkie finansowały swoje działania inwestycyjne w ramach Programu głównie ze środków własnych, a ponadto ze środków pomocy bezzwrotnej (dotacji, środków UE)

Według danych KPIM, siedem szpitali wojewódzkich (licząc szpitale toruńskie łącznie) wydatkowało w latach 2010–2016 na realizację Programu ogółem 73,6 mln zł. Z tych środków 75,5% zostało sfinansowanych ze środków własnych, 7,7% ze środków europejskich, 6,8% zostało sfinansowane kredytem, 2,7% zrealizowano z dotacji z budżetu państwa. Z innych źródeł¹¹¹ sfinansowano nakłady stanowiące 7,3% kosztów inwestycji własnych.

¹¹¹ Głównie było to wsparcie udzielone przez Województwo Kujawsko-Pomorskie, a także Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Tabela nr 3

Źródła środków finansowych na zrealizowane w ramach Programu inwestycje szpitali wojewódzkich (w mln zł)

	nakłady ogółem	Źródła finansowania				
		środki własne	kredyt	dotacja z budżetu państwa	środki europej- skie	inne
Szpital Obserwacyjno-Zakaźny w Bydgoszczy	1,1	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Świeciu	2,6	2,6	0,0	0,0	0,0	0,0
Szpital Zespolony w Toruniu (połączony)	21,2	13,9	0,0	2,0	1,9	3,4
Centrum Pulmonologii	5,0	5,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Szpital Specjalistyczny we Włocławku	7,4	1,6	0,0	0,0	3,8	2,0
Centrum Onkologii	31,0	30,8	0,2	0,0	0,0	0,0
Szpital Dziecięcy w Bydgoszczy	5,6	0,8	4,8	0,0	0,0	0,0
RAZEM	73,6	55,8	5,0	2,0	5,7	5,4

Źródło: Opracowanie NIK na podstawie zestawień przesłanych przez szpitale w toku rozpoznania przedkontrolnego, ustaleń kontroli i załącznika nr 2 do sprawozdania końcowego przekazanego przez KPIM do EBI.

Dwa spośród trzech szpitali wojewódzkich objętych kontrolą dokonywały z opóźnieniem płatności wykonawcom lub dostawcom inwestycji objętych Programem. I tak:

- Szpital Specjalistyczny we Włocławku w przypadku trzech z czterech badanych inwestycji dokonywał płatności z opóźnieniem wynoszącym od dwóch do 382 dni. Szpital z tego tytułu nie zapłacił odsetek;
- Szpital Dziecięcy w Bydgoszczy dokonywał płatności w dwóch z czterech badanych inwestycji z opóźnieniem wynoszącym od ośmiu do 146 dni i zapłacił z tego tytułu odsetki w wysokości 1,7 tys. zł.

Z ustaleń kontroli i informacji otrzymanych od szpitali niekontrolowanych wynika, że inwestycje objęte Programem stanowiły tylko część inwestycji realizowanych przez szpitale wojewódzkie w latach 2010–2016. Inwestycje objęte Programem stanowiły zdecydowaną większość wyłącznie w odniesieniu do Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy, który poza Programem wydatkował jedynie 0,7 mln zł. Odpowiednio: Szpital dla Nerwowo i Psychicznie w Świeciu – 2,4 mln zł, Szpital Obserwacyjno-Zakaźny – 3,5 mln zł, Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy – 7,7 mln zł, Szpital Zespolony w Toruniu (bez jednostek połączonych) – 17,2 mln zł, Szpital Specjalistyczny we Włocławku – 28,8 mln zł, a Centrum Onkologii w Bydgoszczy – 364,7 mln zł. Spośród ww. inwestycji zrealizowanych niezależnie przez Centrum Onkologii w Bydgoszczy, KPIM wybrały zadania inwestycyjne o wartości 74,9 mln zł, które zostały wykazane w sprawozdaniu do EBI jako „środki własne” w realizację umowy kredytowej z 3 listopada 2010 r. Wszystkie

Dwa spośród trzech skontrolowanych szpitali nie regulowało swoich zobowiązań w terminie, przy czym jeden z nich zapłacił z tego tytułu odsetki

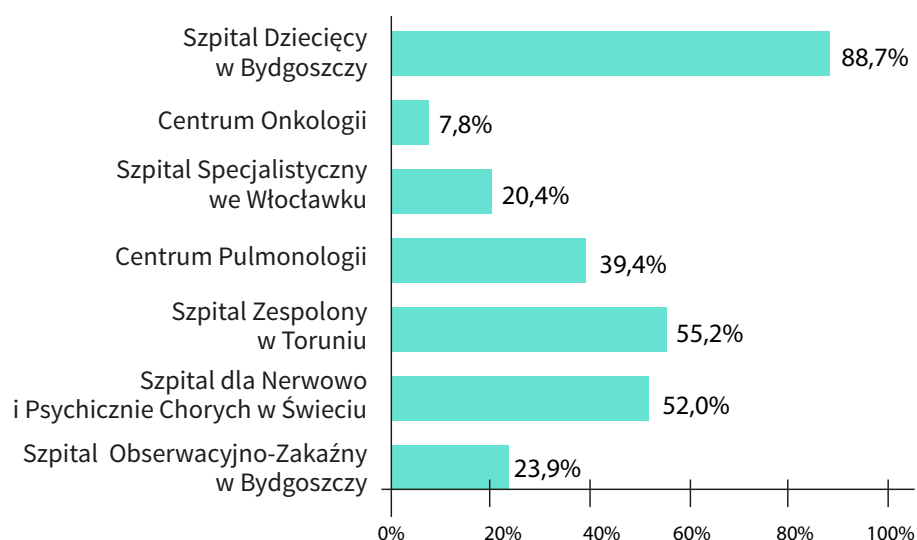
Szpital oprócz inwestycji objętych Programem realizowały w latach 2010–2016 inne inwestycje. Ich wartość była różna – od 0,7 mln zł w Szpitalu Dziecięcym w Bydgoszczy do 364,7 mln zł w Centrum Onkologii w Bydgoszczy

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

szpitale wojewódzkie (poza Szpitalem Dziecięcym w Bydgoszczy) były zdolne do realizacji jeszcze innych, dodatkowych zadań inwestycyjnych. Wskazuje to, że realizacja zadań własnych w ramach Programu nie stanowiła nadmiernego obciążenia dla tych jednostek. Należy jednak zwrócić uwagę, że Program był początkowo planowany do realizacji przez trzy lata (2009–2012), a faktycznie realizowano go przez sześć lat (2010–2016), co także pozwoliło szpitalom na sfinansowanie dodatkowych inwestycji (poza Programem).

Wykres nr 4

Udział inwestycji własnych szpitali wojewódzkich zrealizowanych w ramach Programu w całości wydatków inwestycyjnych tych jednostek z lat 2010–2016



Źródło: Opracowanie NIK na podstawie ustaleń kontroli, informacji przekazanych w toku kontroli przez szpitale niekontrolowane i załącznika nr 2 do sprawozdania końcowego przekazanego przez KPIM do EBI.

5.2.6. Nadzór Województwa Kujawsko-Pomorskiego nad realizacją Programu

Sprawowanie nadzoru nad KPIM przez Zarząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego pełniący funkcję zgromadzenia wspólników

Zarząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego, pełniący funkcję Zgromadzenia Wspólników KPIM, realizował zadania nadzorcze określone w akcie założycielskim Spółki, w tym m.in. w zakresie rozpatrywania i zatwierdzania sprawozdań zarządu Spółki i sprawozdań finansowych. Organ ten zatwierdzał także kierunki rozwoju Spółki oraz roczne i wieloletnie plany finansowo-inwestycyjne Spółki [str. 42–43].

W ocenie NIK Zarząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego nie podejmował niezbędnych działań nadzorczych zapewniających terminowe zatwierdzanie planów finansowo-inwestycyjnych za lata 2011, 2014–2016. Zarząd Spółki przedkładał wyżej wymienionych plany Radzie Nadzorczej do zaopiniowania dopiero w II i III kwartale roku, w rezultacie czego były one zatwierdzane przez zgromadzenie wspólników Spółki w III lub nawet w IV kwartale roku, w którym miały one obowiązywać. Pomimo, że Spółka wskazywała na trudności w tworzeniu planów finansowo-inwestycyjnych i konieczność ich uzgadniania ze szpitalami, to jednak zgodnie z § 17 ust. 4 Aktu Założycielskiego KPIM plany te winny zostać

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

przedłożone zgromadzeniu wspólników jeszcze przed rozpoczęciem roku (do 15 grudnia). Plany powinny wyznaczać kierunki działań, a wskutek opóźnień w ich zatwierdzaniu – faktycznie określały one stan w większości już poniesionych wydatków i wykonanych zadań.

Rada Nadzorcza KPIM realizowała zadania określone aktem założycielskim polegające na ocenie sprawozdań zarządu z działalności Spółki, sprawozdań finansowych, ocen wniosków zarządu Spółki dotyczących podziału zysku lub straty, oceny kwartalnych raportów zarządu z działalności Spółki.

Sprawozdania finansowe KPIM za lata 2010–2016 oceniali również biegli rewidenci. Opinie i raporty biegłego rewidenta wskazywały, że wyżej wymienione sprawozdania w każdym przypadku rzetelnie przedstawiały informacje o sytuacji majątkowej i finansowej Spółki, oraz że zostały sporządzone z zachowaniem zasad (polityki) rachunkowości, na podstawie prawidłowo prowadzonych ksiąg rachunkowych i były zgodne z przepisami prawa i aktem założycielskim Spółki.

Ustalenia kontroli NIK wskazują jednak, że biegli rewidenci dokonując swoich analiz w odniesieniu do sprawozdań finansowych za lata 2010–2015 nie zwrócili uwagi na nierzetelną i niezgodną z przepisami ewidencję środków trwałych KPIM. Spółka bowiem pomimo zakończenia inwestycji, dokonanych odbiorów i uzyskania stosowanych pozwoleń – nadal wykazywała wartość inwestycji jako środki trwałe w budowie. Naruszano tym art. 16d ust. 2 ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych. Nieprawidłowości w kontrolowanych inwestycjach dotyczyły środków trwałych o wartości 59,9 mln złotych. Opóźnienia w ujęciu wyników zakończonych inwestycji w środkach trwałych Spółki trwały nawet pięć lat. Miało to wpływ nie tylko na nierzetelne wykazywanie stanu majątku KPIM, ale także opóźniło okres rozpoczęcia naliczania amortyzacji. W rezultacie zniekształceniu uległ zarówno bilans jak i rachunek zysków i strat Spółki. [str. 42-43]

Pracownicy Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w latach 2009–2016 przeprowadzili trzy kontrole w szpitalach wojewódzkich, w toku których skontrolowano niektóre z działań objętych Programem¹¹². Kontrole nie wykazały nieprawidłowości.

Zarząd Województwa nie zlecił przeprowadzenia w KPIM kontroli, o której mowa w art. 212 § 1 ksh. Marszałek Województwa podkreślił, że: działania nadzorcze wobec Spółki były podejmowane w ramach uprawnień Zarządu Województwa jako zgromadzenia wspólników; stały nadzór sprawowała też rada nadzorcza KPIM; organy Województwa nie otrzymały także informacji o nieprawidłowościach w działalności Spółki, które uzasadniłyby podjęcie kontroli przewidzianej w art. 212 § 1 ksh.

**Działania nadzorcze
prowadzone przez
Radę Nadzorczą
Kujawsko-Pomorskich
Inwestycji Medycznych**

**Kontrole prowadzone
przez Urząd
Marszałkowski
Województwa
Kujawsko-Pomorskiego
u uczestników Programu**

¹¹² Kontrole przeprowadzono dwukrotnie w Centrum Onkologii w Bydgoszczy (na przełomie lat 2011–2012 i w 2015 r.), Szpitalu Specjalistycznym we Włocławku (w 2012 r.).

Nadzór nad sytuacją finansową i działalnością szpitali wojewódzkich

Służby finansowe Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego prowadziły stały monitoring wyników finansowych szpitali¹¹³. Obejmował on między innymi porównywanie wykonania planów finansowych szpitali z latami poprzednimi, sumowanie łącznych wyników dla wszystkich szpitali, analizę trendów. Zbierane dane dotyczyły między innymi stanu zobowiązań i działalności inwestycyjnej jednostek. W urzędzie prowadzono także monitoring realizacji zadań przez szpitale wojewódzkie. Obejmował on podstawowe dane o potencjale jednostek (personelu, liczbie łóżek), wykorzystaniu tego potencjału do udzielania świadczeń zdrowotnych, wynagrodzeniu personelu, działalności leczniczej. Od 2012 r. monitoring obejmował także dane łączące wykonanie rzeczowe z wykonaniem finansowym, między innymi sprzedaż na łóżko; koszt na łóżko; koszty osobodnia; średnia sprzedaż na pracownika; średni koszt na pracownika.

Nieprawidłowości występujące w KPIM, które nie zostały wykryte w ramach sprawowanego nadzoru

Pomimo działań Zarządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego i przedstawicieli Województwa w radzie nadzorczej KPIM, nie uniknięto stwierdzonych w toku kontroli Spółki nieprawidłowości w zakresie:

- a) udzielania przez KPIM zamówień publicznych w trybie z wolnej ręki (w szczególności dodatkowych i uzupełniających) z naruszeniem pzp (str. 33);
- b) dokonywania przez KPIM istotnych zmian postanowień umów o zamówienie publiczne z naruszeniem pzp (str. 33);
- c) przekazywania szpitalom wyników zrealizowanych inwestycji bez zawierania umów, które podpisywano nawet z pięcioletnim opóźnieniem, co skutkowało w szczególności niewypełnieniem obowiązków umowy kredytowej z 3 listopada 2010 r. w zakresie ubezpieczenia mienia nabytego ze środków kredytu (str. 41–42).

Zarząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego i Rada Nadzorcza KPIM analizowały przedkładane przez Zarząd Spółki informacje o postępowaniach o zamówienie publiczne. Dotyczyły one jednak tylko postępowań w trybach konkurencyjnych. Nie zapewniono natomiast systematycznego raportowania o postępowaniach Spółki prowadzonych w trybie z wolnej ręki, w szczególności dodatkowych i uzupełniających. Powyższe organy nie analizowały także przypadków dokonywanych przez KPIM istotnych zmian postanowień umów o zamówienie publiczne. Analiza tej dokumentacji mogłaby nie tylko zapewnić zgodność działania Spółki z pzp, ale także pozwalałaby uzyskać informacje o przyczynach wzrostów kosztów inwestycji i opóźnień powstałych na etapie ich realizacji.

¹¹³ W opracowaniach pod nazwą Sprawozdania z wykonania planów finansowych wojewódzkich osób prawnych.

5.3. Wpływ realizacji Programu na działalność i sytuację finansową uczestników Programu

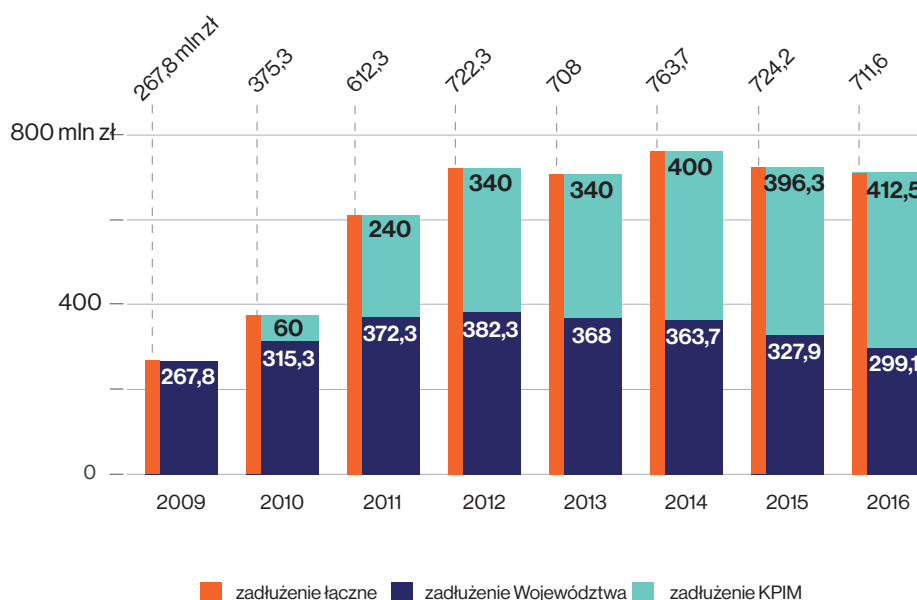
5.3.1. Wpływ realizacji Programu na sytuację finansową Województwa Kujawsko-Pomorskiego oraz KPIM

Zobowiązania finansowe Województwa na koniec poszczególnych lat rosły z 267,8 mln zł na koniec 2009 r. do 382,3 mln zł na koniec 2012 r., aby w następnych latach spadać do 299,1 mln zł na koniec 2016 r. W tym okresie dochody Województwa wahały się od min. 736,6 mln zł w 2011 r. do max. 962,9 mln zł w 2015 r.

Zadłużenie
Województwa
Kujawsko-Pomorskiego
w porównaniu
do zadłużenia KPIM
z tytułu realizacji
Programu

Wykres nr 5

Zadłużenie Województwa Kujawsko-Pomorskiego w odniesieniu do zadłużenia KPIM z tytułu kredytu finansującego realizację Programu (w mln zł)



Źródło: Opracowanie NIK na podstawie zestawienia przygotowanego w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Kujawsko-Pomorskiego.

Zobowiązania KPIM z tytułu kredytów, zgodnie z art. 68 ufp z 2005 r. i art. 72–37 ufp (a także przepisów wykonawczych wydanych na ich podstawie), nie są uwzględniane do obliczenia kwoty długu Województwa Kujawsko-Pomorskiego. Zobowiązania te wyniosły 60 mln zł na koniec 2010 r. i rosły do 400 mln zł w 2014 r., by następnie spaść do 396,3 mln zł w 2015 r. i ponownie wzrosnąć do 412,5 mln zł w 2016 r. Od 2014 r. zobowiązania Spółki z tytułu kredytów zaciągniętych w EBI są wyższe niż zobowiązania finansowe Województwa Kujawsko-Pomorskiego.

Pomimo, że zobowiązania KPIM nie są wliczane się do długu jednostki samorządu terytorialnego, to jednak zgodnie z założeniami Programu – są spłacane przez Spółkę z dopłat lub podniesienia kapitału. Oznacza to, że ciężar spłat umowy kredytowej faktycznie ponosi Województwo Kujawsko-Pomorskie.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Deficyt budżetu Województwa Kujawsko-Pomorskiego

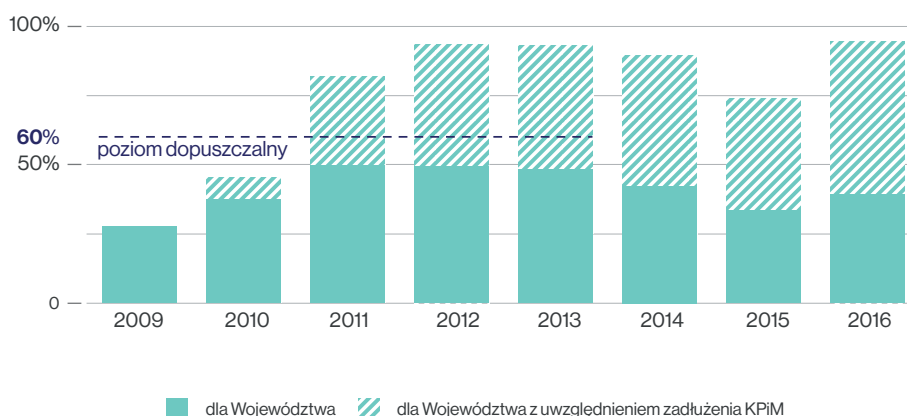
Deficyt budżetu Województwa Kujawsko-Pomorskiego zwiększał się w latach 2009–2011, osiągając maksimum w 2011 r. na poziomie 38,4 mln zł. W 2012 r. deficyt ten uległ zmniejszeniu, a w kolejnych latach okresu kontrolowanego Województwo uzyskiwało nadwyżki budżetowe, które wartość maksymalną osiągnęły w 2016 r. – 69,1 mln zł¹¹⁴.

Wskaźnik zadłużenia do dochodów Województwa Kujawsko-Pomorskiego określony w art. 170 ufp z 2005 r.

Wskaźnik relacji zadłużenia do jego dochodów ogółem liczony wg zasad określonych w art. 170 ufp z 2005 r. na koniec poszczególnych lat wynosił (%): 28,12 (2009 r.); 38,37 (2010 r.); 50,54 (2011 r.); 50,31 (2012 r.); 48,69 (2013 r.); 43,12 (2014 r.); 34,05 (2015 r.); 40,40 (2016 r.)¹¹⁵. W latach 2009–2013 wskaźnik określony w art. 170 ufp z 2005 r. nie powinien przekraczać 60%. Od roku 2014 ww. ograniczenie nie ma zastosowania do budżetów jednostek samorządu terytorialnego¹¹⁶.

Wykres nr 6

Wskaźnik (%) relacji zadłużenia do dochodów Województwa Kujawsko-Pomorskiego obliczony zgodnie z art. 170 ufp z 2005 r. (limit obowiązujący do roku 2013)



Źródło: Opracowanie NIK na podstawie zestawienia przygotowanego w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Kujawsko-Pomorskiego.

Zobowiązania KPIM nie wchodziły w skład długu Województwa Kujawsko-Pomorskiego. Do tej wartości nie wliczały się także niewymagalne zobowiązania Województwa z tytułu poręczenia kredytu udzielonego Spółce przez EBI. W rezultacie kredyt zaciągnięty przez Spółkę umową kredytową z 3 listopada 2010 r. w EBI nie był objęty w latach 2010–2013 ograniczeniem wynikającym ze wskaźnika określonego w art. 170 ufp. Gdyby natomiast analogiczne zobowiązania zaciągnęło Województwo Kujawsko-Pomorskie, wskaźnik ten wynosiłby na koniec: 2010 r. – 45,67%, 2011 r. – 83,12%, 2012 r. – 95,5%, a na koniec 2013 r. – 93,67%. Wynika z tego, że Województwo nie mogło zaciągnąć analogicznych do Spółki zobowiązań bez naruszenia ww. przepisu. Dla porównania na koniec kolejnych lat wskaźnik ten, liczony przy analogicznym założeniu, wynosiłby na koniec: 2014 r. – 90,54%; 2015 r. – 75,21%, a na koniec 2016 r. – 96,11%.

¹¹⁴ Deficyt wyniósł: w 2009 r. 22,4 mln zł, w 2010 r. 29,2 mln zł, w 2011 r. 38,4 mln zł, w 2012 r. 6,3 mln zł. Nadwyżka budżetowa wynosiła: w 2013 r. 13,6 mln zł, w 2014 r. 8,6 mln zł, w 2015 r. 4,1 mln zł, w 2016 r. 69,1 mln zł.

¹¹⁵ Podane wyżej dane odnoszące się do lat 2014–2016 podano w celach porównawczych.

¹¹⁶ Zwanych dalej „jst”.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Obowiązujące od 2014 r. ograniczenie wysokości spłat zobowiązań finansowych jst., określone w art. 243 ufp, zobowiązuje do odniesienia wydatków i rozchodów na spłatę wskazanych w tym przepisie zobowiązań finansowych w stosunku do dochodów jednostki pomniejszonej o wydatki bieżące. Na koniec poszczególnych lat wyżej wymieniona relacja, w przypadku Województwa, wynosiła: w 2014 r. – 5,52%; w 2015 r. – 5,21%; w 2016 r. – 8,21%. Przepis ten określa także sposób obliczenia dopuszczalnego poziomu ww. wskaźnika. Dla Województwa wynosił on dla poszczególnych lat¹¹⁷: 10,78% w 2014 r., 11,02% w 2015 r. i 9,18% w 2016 r.

Ograniczenia wynikające z art. 243 ufp

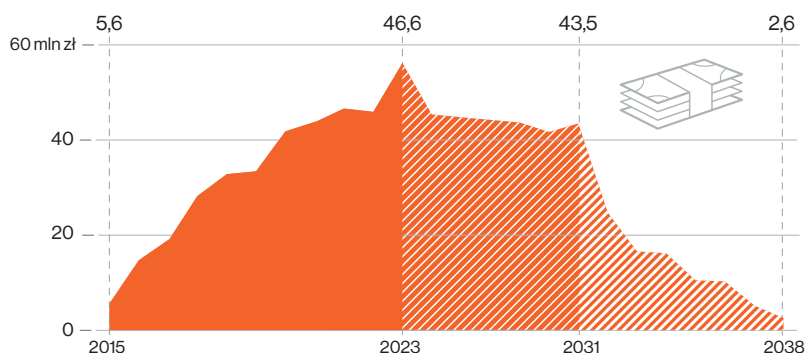
W związku z zapisem art. 243 ust. 1 pkt 3 ufp, planowane w budżecie wydatki na niewymagalne zobowiązania z tytułu poręczenia kredytu Spółki w EBI, udzielonego przez Województwo Kujawsko-Pomorskie umową z 3 listopada 2010 r. zwiększały wartość planowanego wskaźnika spłaty zobowiązań. Ograniczało to możliwość ujmowania w budżetach spłat innych zobowiązań. W 2016 r. Województwo Kujawsko-Pomorskie prawidłowo przyjęło, że dokonywane przez KPIM w ciągu roku spłaty rat kapitałowych i odsetkowych obniżają zobowiązania samorządu z tytułu poręczenia i pozwalają na zmniejszanie w toku roku budżetowego wysokości planowanych na ten cel wydatków. Takie działanie pozwalało na obniżenie planowanego wskaźnika spłaty zobowiązań, a także możliwość zaplanowania innych zobowiązań przy zachowaniu jego poziomu.

Zgodnie WPF na lata 2016–2038 obciążenie budżetu województwa związane z umowami kredytowymi zawieranymi przez Kujawsko-Pomorskie Inwestycje Medyczne w EBI będzie w kolejnych latach rosło z 18,7 mln zł w 2017 r. do wartości maksymalnej 46,6 mln zł w 2023 r. Planowane obciążenie na lata 2023–2028 będzie przekraczało trzykrotność planowanych wydatków na poręczenia w ostatnim roku objętym kontrolą (2016) wynoszących 14,6 mln zł¹¹⁸.

Zobowiązania Województwa Kujawsko-Pomorskiego w latach 2017–2038

Infografika nr 7

Planowane obciążenie Województwa Kujawsko-Pomorskiego poręczeniami z tytułu kredytów zaciągniętych przez KPIM w EBI (w mln zł)



Źródło: Opracowanie NIK na podstawie WPF na lata 2016–2038¹¹⁹.

¹¹⁷ Wskaźnik ustalony w Wieloletniej Prognozie Finansowej (dalej „WPF”), w oparciu o średnią arytmetyczną z 3 poprzednich lat z uwzględnieniem wykonania roku poprzedniego.

¹¹⁸ Faktyczne spłaty dokonane w tym roku przez Kujawsko-Pomorskie Inwestycje Medyczne były o 4,7% wyższe od tych planów.

¹¹⁹ Według danych w uchwale NR XV/302/15 Sejmiku Województwa Kujawsko-Pomorskiego z dnia 21 grudnia 2015 roku w sprawie WPF Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2016–2038 (ze zm.). <http://bip.kujawsko-pomorskie.pl/category/2016-wpf-wk-p/> (stan na 2 stycznia 2018 r.).

Podstawowe uwarunkowania mające wpływ na sytuację finansową KPIM

Sytuacja finansowa KPIM prezentowana w sprawozdawczości finansowej za lata 2009–2016 była skutkiem założeń dotyczących jej zadań i zasad funkcjonowania określonych między innymi w Programie. Akt założycielski Spółki wynikał z tych zasad i je uściślał. W § 6 pkt 1–3 tego dokumentu określono, że celem funkcjonowania KPIM było wspieranie we wszelkich prawnie dopuszczalnych formach spzoz (dla których podmiotem tworzącym jest Województwo) w: spełnieniu wymogów określonych w przepisach prawa i zaleceniach organów nadzoru dla pomieszczeń i urządzeń podmiotów leczniczych, a także w poszerzaniu zakresu oraz podnoszeniu standardu świadczonych usług. Wsparcie to miało nastąpić poprzez pozyskanie finansowania, prowadzenie inwestycji oraz przekazywanie rezultatów tych inwestycji szpitalom wojewódzkim. Spółka miała działać na zasadzie non profit. Jakkolwiek akt założycielski przewidywał możliwość prowadzenia ubocznej działalności gospodarczej, to wszelkie dochody z jej tytułu powinny służyć do realizacji celów podstawowych Spółki.

Sytuacja finansowa i majątkowa Kujawsko-Pomorskich Inwestycji Medycznych w toku realizacji Programu

W 2009 r. Spółka znajdowała się w organizacji, nie dysponowała majątkiem (środkami trwałymi), a jedynie środkami przeznaczonymi na rozpoczęte działania inwestycyjne w szpitalach, które sfinansowano środkami Województwa wniesionymi wraz z utworzeniem KPIM i zwiększeniem jej kapitału. W 2010 r. Spółka finansowała działalność inwestycyjną zasadniczo wniesionymi przez Województwo Kujawsko-Pomorskie dopłatami w wysokości 24,5 mln zł. W związku z podpisaniem umowy kredytowej z EBI i uruchomieniem pierwszej transzy kredytu sprawozdanie finansowe za 2010 r. wskazuje pierwsze zobowiązania Spółki z tego tytułu – w wys. 60,0 mln zł. W kolejnych latach zobowiązania te zmieniały się odpowiednio do dokonanych kolejnych uruchomień transz kredytu lub dokonywania spłat kapitału. [str. 48]

W 2010 r. Spółka dysponowała już środkami trwałymi (0,2 mln zł), znaczącemu zwiększeniu uległa wartość środków trwałych w budowie, które osiągnęły 30 mln zł. Środki trwałe w budowie rosły od 121,4 mln zł na koniec 2011 r., do 324,5 mln zł na koniec 2014 r., aby następnie wskutek przeniesienia w środki trwałe (zakończania inwestycji) spaść do 67,4 mln zł na koniec 2016 r. Środki trwałe rosły w całym okresie obejmującym lata 2011–2016 od 0,1 mln zł na początku, do 340,7 mln zł na końcu. Biorąc jednak pod uwagę ustalenia kontroli NIK w odniesieniu do ewidencji środków trwałych [str. 59] prezentowanych przez Spółkę danych nie można uznać za wiarygodne.

W 2009 r. KPIM będąc w organizacji poniosły, zgodnie ze sprawozdaniami finansowymi, koszty w wysokości 13,8 tys. zł¹²⁰. W 2010 r. wyniosły one 1,1 mln zł, z czego 0,6 mln zł stanowiły koszty operacyjne¹²¹. Od 1 stycznia 2011 r. Spółka zmieniła zasady prowadzenia ksiąg rachunkowych i zaczęła w ciężar kosztów inwestycji zaliczać także koszty jej funkcjonowania¹²². W rezultacie od sprawozdania finansowego sporządzonego

¹²⁰ Spółka w 2009 r. osiągnęła przychody w wys. 0,5 mln zł, w całości finansowe.

¹²¹ Spółka w tym roku osiągnęła także przychody w wysokości 503,2 tys. zł, na które składały się zasadniczo pozostałe przychody operacyjne i przychody finansowe.

¹²² Także osiągane przychody (głównie finansowe i pozostałe operacyjne – np. kary umowne) zaczęto odnosić w wartość realizowanych zadań inwestycyjnych, z tym że pomniejszały one wartość środków trwałych w budowie.

na 31 grudnia 2011 r. w kolejnych sprawozdaniach (do 2016 r. włącznie) jedynym kosztem wykazywanym przez Spółkę była amortyzacja¹²³. Strata wykazywana przez Spółkę odpowiadała kosztom tej amortyzacji¹²⁴. Do końca 2015 r. strata Spółki miała w całości pokrycie w kapitale rezerwowym, powstałym w wyniku dokonanych przez Województwo dopłat.

Założeniem Programu było jednak finansowanie inwestycji realizowanych przez KPIM ze środków kredytu oraz dokonywanie spłat tego kredytu ze środków dopłat do Spółki wniesionych przez Województwo Kujawsko-Pomorskie. Program nie przewidywał zatem zapewnienia pokrycia kosztów działalności Spółki jej przychodami. W 2012 r. Spółka podjęła wstępne działania mające na celu pozyskanie przychodów na prowadzoną działalność. Zgodnie z tą koncepcją Spółka miałyby rozpocząć zarządzanie majątkiem szpitali wojewódzkich, w ramach którego wynajmowałyby podmiotom trzecim mienie niepotrzebne szpitalom. Do wdrożenia tej koncepcji jednak nie doszło, a Zarząd Spółki nie podał przyczyny odstąpienia od powyższych zamierzeń.

Próba zapewnienia przychodów Kujawsko-Pomorskim Inwestycjom Medycznym

5.3.2. Wpływ realizacji Programu na działalność i sytuację finansową Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy

Szpital Dziecięcy w Bydgoszczy zgłaszając w 2009 r. potrzeby inwestycyjne do Programu, wskazywał na trudne warunki lokalowe. Za potrzebą jego rozbudowy przemawiało rosnące zapotrzebowanie na udzielane świadczenia zdrowotne, tj. zarówno rosnąca liczba pacjentów, jak i wysoki wskaźnik obłożenia (77,3% przy 54% w przypadku innych, tego typu placówek z regionu).

Cele działań inwestycyjnych w Szpitalu Dziecięcym w Bydgoszczy

W Programie ujęto jedno zadanie polegające na kompleksowej budowie od podstaw nowego kompleksu Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy w istniejącej lokalizacji (od przygotowania projektu budowlanego, poprzez wykonanie robót budowlanych, instalacyjnych, a także dostawę i montaż urządzeń, na rozruchu technologicznym kończąc). Wartość tego zadania wynosiła 135,1 mln zł i pod tym względem była to największa inwestycja ujęta w tym dokumencie.

Przewidziane Programem zadania inwestycyjne w Szpitalu Dziecięcym w Bydgoszczy

Szpital na podstawie porozumienia zawartego 15 października 2009 r. z KPIM zobowiązał się do zrealizowania i sfinansowania we własnym zakresie trzech zadań o łącznej wartości 5,5 mln zł: wyposażenia Działu Centralnej Sterylizacji; wyposażenia technologicznego zaplecza gastronomicznego; wyposażenia laboratorium analitycznego i laboratorium bakteriologicznego.

¹²³ Koszty amortyzacji wynosiły na koniec poszczególnych lat: 34 tys. zł (2011 r.); 0,4 mln zł (2012 r.); 1,6 mln zł (2013 r.); 4,7 mln zł (2014 r.); 10 mln zł (2015 r.); 17,6 mln zł (2016 r.).

¹²⁴ Z wyjątkiem 2016 r., w którym straty powiększyły koszty finansowe w wysokości 6 mln zł.

Zdjęcie nr 5
Szpital Dziecięcy w Bydgoszczy



Źródło: Oględziny NIK.

Wykonanie Programu w Szpitalu Dziecięcym w Bydgoszczy

Określone w Programie zadanie zostało wykonane przez KPIM¹²⁵. Koszty tej inwestycji wzrosły jednak o 44,9 mln zł, do ogółem 180,4 mln zł. Spowodowane to było w szczególności zleceniem przez Spółkę dodatkowych zamówień na dokumentację projektową oraz czterech zamówień na roboty dodatkowe. Wydłużyło to termin zakończenia realizacji tej inwestycji o 447 dni. Ponadto wskutek przejściowego braku środków (szczegóły str. 49) Spółka opóźniła rozstrzygnięcie części postępowań o zamówienie publiczne na wyposażenie szpitala. Z tego powodu część nowych pomieszczeń szpitala w budynkach A, B2 i C pozostała niewykorzystana przez okres od pół roku do nawet 2,5 roku. [str. 44]

Zakładając, że Szpital Dziecięcy w Bydgoszczy wydatkowałby samodzielnie w kolejnych latach kwoty odpowiadające jego średniorocznym wydatkom inwestycyjnym z lat 2009–2016, to zrealizowałby inwestycje o wartościach równych wydatkom Spółki w okresie 223 lat.

Szpital Dziecięcy w Bydgoszczy realizując zadania własne zakupił sprzęt do Działu Centralnej Sterylizacji i Centralnej Dezynfektorni oraz analizator do automatycznej identyfikacji lekowrażliwości drobnoustrojów w laboratorium analitycznym i laboratorium bakteriologicznym. Szpital zakupił także inne wyposażenie¹²⁶, rozliczone w ramach Programu lecz w nim nieprzewidziane. Na ten cel szpital wydatkował 5,5 mln zł. Szpital nie zakupił wyposażenia dla zaplecza gastronomicznego. Zadanie to zostało zrealizowane w inny sposób – poprzez zlecenie usługi żywienia pacjentów firmie zewnętrznej.

Poziom dostosowania Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy do obowiązujących wymogów

Na początku 2010 r. całość obiektów Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy nie spełniała norm w zakresie przeciwpożarowym, a także ogólnoprzestrzennym, sanitarnym i instalacyjnym. Dzięki przeprowadzonej inwestycji

¹²⁵ Przy czym w sprawozdaniu końcowym przekazanym do EBI Spółka wykazała ww. zadanie trzech pozycjach dotyczących: prac projektowych, budowy wraz z wyposażeniem oraz wyposażenia szpitala.

¹²⁶ Sprzęt komputerowy i oprogramowanie.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

w granicznym terminie do 31 grudnia 2017 r. pomieszczenia i urządzenia tej jednostki spełniały wymagania ogólnoprzestrzenne, sanitarne i instalacyjne, a także wszelkie inne wymogi¹²⁷.

Zdjęcie nr 6

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy



Źródło: Oględziny NIK z 25 stycznia 2018 r.

W wyniku realizacji Programu powierzchnia obiektów wykorzystanych przez szpital wzrosła w latach 2010–2016 o 13,3 tys. m², tj. z 7,5 tys. m² do 20,8 tys. m².

Na 31 grudnia 2016 r. Szpital Dziecięcy w Bydgoszczy dysponował 220 łózkami przy wykorzystaniu 46%. Osiągnięto zatem zakładany Programem potencjał w postaci bazy leczniczej (plan 216 łózek). Program określał na 2016 r. docelowy wskaźnik obłożenia łóżek szpitalnych wynoszący 85%, z zaznaczeniem, że obłożenie nie powinno być niższe niż 70%. Nie osiągnięto zatem zamierzeń w zakresie wykorzystania bazy łózkowej. Należy jednak zwrócić uwagę, że pomimo niezrealizowania założeń szpital osiągnął zakładaną liczbę hospitalizacji (plan 12,9 tys., realizacja 13,5 tys.). Przyczyną niższego obłożenia był spadek średniego czasu w jakim pacjent przebywał w szpitalu z 5,2 dni do 2,7 dnia. Przyczyną tego stanu było również znaczące zwiększenie i unowocześnienie bazy zabiegowej szpitala¹²⁸, co zmniejszyło udział leczenia zachowawczego – bardziej czasochłonnego. Szpital zwiększył także liczbę świadczeń udzielanych w poradniach o 28,6%, a także rozpoczął realizację nowych procedur, w szczególności diagnostycznych¹²⁹.

**Efekty realizacji
Programu w Szpitalu
Dziecięcym
w Bydgoszczy**

¹²⁷ Według danych Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego i Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy.

¹²⁸ Wniosek ten wynika z wyjaśnień kadry zarządzającej szpitalem, potwierdzonych przez dane o wzroście liczby zabiegów wykonywanych przez ten podmiot.

¹²⁹ Przykładowo w 2016 r. wykonano 1045 badań obrazowych aparatami tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego, których nie wykonywano w 2009 r.

Według Programu personel powinien składać się między innymi z 84 lekarzy, 165 pielęgniarek i 104 osób pozostałego personelu medycznego – a osiągnięto odpowiednio 138, 237 i 256 zatrudnionych. Do wzrostu zatrudnienia lekarzy przyczyniło się przyjęcie większej liczby lekarzy rezydentów i stażystów.

Okres realizacji Programu zbiegł się w czasie ze znaczącym wzrostem przychodów Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy, w szczególności z tytułu zakontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej (wzrost o 77% między 2010 r. a 2016 r.). W tym okresie rosły także koszty działalności szpitala, jednak odpowiednio do wzrostu przychodów tak, że jego sytuacja finansowa pozostawała stabilna¹³⁰.

Dyrektor Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy wskazał, że zarządzana przez niego jednostka stała się nowoczesnym centrum leczenia specjalistycznego dzieci i młodzieży. Modernizacja szpitala pozwoliła na poszerzenie zakresu leczniczego o zabiegowe oddziały: chirurgii dziecięcej i neurochirurgii dziecięcej, unowocześniła bazę lokalową i wyposażyła w sprzęt oddział laryngologiczny, co w efekcie pozwoliło na realizację procedury wszczepiania implantów usznych u dzieci. W nowych oddziałach zabiegowych stosowane są najnowocześniejsze metody leczenia operacyjnego. Cztery sale operacyjne są w pełni wykorzystane na potrzeby chirurgii, laryngologii i neurochirurgii dziecięcej. Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii wyposażony w nowoczesny sprzęt pozwala na stosowanie najnowszych technik znieczulenia i ratowania życia. Nowoczesna sterylizacja, izolatki w każdym oddziale minimalizują ryzyko zakażeń szpitalnych. Szpital jest jedyną placówką w Bydgoszczy, w której leczy się oparzenia. Istotnym uzupełnieniem leczenia zachowawczego i zabiegowego, a także pacjentów ze schorzeniami przewlekłymi jest nowoczesna rehabilitacja. W każdym oddziale jest klasa szkolna i pokój wypoczynkowy dla matek z kąciakiem zabaw dla dzieci.

Dalsze plany inwestycyjne

W czerwcu 2017 r. Szpital zawarł umowę o współpracy z KPIM, której przedmiotem był finansowany przez obie strony umowy dalszy zakup wyposażenia dla Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy.

5.3.3. Wpływ realizacji Programu na działalność i sytuację finansową Centrum Onkologii w Bydgoszczy

Cele działań inwestycyjnych w Centrum Onkologii w Bydgoszczy

Centrum Onkologii w Bydgoszczy, zgłaszając w 2009 r. potrzeby inwestycyjne do Programu, podało, że jest jednym z najnowocześniejszych w Europie ośrodków onkologicznych i realizuje szerokie spektrum działalności. Utrzymanie wysokiego standardu generowało jednak wysokie koszty, a także wymagało ciągłego ponoszenia nakładów na infrastrukturę. Centrum Onkologii w Bydgoszczy dążyło zatem do zapewniania

¹³⁰ Szpital na przemian osiągał zysk lub stratę na działalności operacyjnej (ujemny wynik w tym zakresie odnotowano w latach 2010, 2011, 2014 i 2015). Największa strata na działalności operacyjnej wystąpiła w 2015 r. i wyniosła 3,5 mln zł. Straty z lat 2014 i 2015 zostały pokryte przez Województwo Kujawsko-Pomorskie na podstawie art. 59 udl.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

odpowiednich przychodów ze swojej działalności, jak i przeprowadzenia inwestycji zapewniających dalszą optymalizację działalności leczniczej i zwiększenie jej kompleksowości.

W Programie wymieniono 14 działań inwestycyjnych o wartości 42,3 mln zł, które można podzielić na kilka grup zadań polegających na: modernizacji oddziałów szpitalnych (trzy zadania dotyczące pięciu oddziałów), modernizacji bazy diagnostycznej (dwa zadania); modernizacji infrastruktury przychodni (jedno zadanie); tworzenia lub modernizacji infrastruktury technicznej i komunikacyjnej szpitala (osiem zadań dotyczących między innymi pomieszczeń administracyjnych, instalacji technicznych, stacji łóżek, układu komunikacyjnego, zaplecza żywieniowego i wsparcia duchowego), doposażenia komórek w sprzęt i aparaturę (jedno zadanie).

W Programie wymieniono także zadanie własne Centrum Onkologii w Bydgoszczy: budowa PARIS o wartości 36,5 mln zł. Miało ono zostać sfinansowane w przeważającej części ze środków europejskich (23,7 mln zł), a szpital poszukiwał dalszego wsparcia finansowego na kwotę 6,5 mln zł, którą miała zapewnić Spółka. Ponadto szpital na podstawie porozumienia zawartego 3 listopada 2009 r. z KPIM zobowiązał się do realizacji kolejnych pięciu zadań własnych o łącznej wartości 7,7 mln zł¹³¹.

Przewidziane
Programem zadania
inwestycyjne w Centrum
Onkologii w Bydgoszczy

Zdjęcie nr 7

Wejście główne do Parku Aktywnej Rehabilitacji i Sportu Centrum Onkologii w Bydgoszczy – stan po zakończeniu inwestycji (listopad 2012 r.)



Źródło: Kujawsko-Pomorskie Inwestycje Medyczne.

W związku z odmową Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego przyjęcia wniosku o dofinansowanie środkami europejskimi utworzenia PARIS, 26 lipca 2010 r. zawarto nową umowę o współpracy,

¹³¹ Wykonanie dokumentacji projektowej zadań oraz uruchomienie dwóch dźwigów osobowych; doposażenie komórek organizacyjnych w sprzęt laboratoryjny i aparaturę medyczną – zakup tomografu komputerowego; przebudowy infrastruktury przychodni; wykonanie nowego ujęcia wody; budowa infrastruktury Zespołu Wsparcia Duchowego – I etap i II etap.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

na podstawie której KPIM przejęły od szpitala realizację i finansowanie powyższego zadania. Zmieniono także umowę o współpracy z 3 listopada 2009 r. tak, że Centrum Onkologii przejęło do samodzielnej realizacji część zadań¹³² w zakresie modernizacji infrastruktury szpitala o szacowanej wartości 5,5 mln zł.

W rezultacie wyżej wymienionymi umowami o współpracy przewidziano w szpitalu realizację 20 zadań własnych o wartości planowanych nakładów 74,6 mln zł, z czego w kompetencjach KPIM pozostało 11 zadań na kwotę 61,4 mln zł.

Wykonanie Programu w Centrum Onkologii w Bydgoszczy

Szpital, jak i Spółka zrealizowały wszystkie zadania wskazane w umowie o współpracy o łącznej wartości 103,8 mln zł, z czego inwestycje Spółki wyniosły 73,0 mln zł. Nie wystąpiły przypadki realizacji innych, nieokreślonych w umowie zadań inwestycyjnych. Za zgodą EBI, KPIM rozliczyły wobec kredytodawcy, jako „wkład własny” także dodatkowe nakłady poniesione przez Centrum Onkologii w Bydgoszczy na zadania własne, realizowane poza umową współpracy łączącą szpital ze Spółką¹³³.

Efekty realizacji Programu w Centrum Onkologii w Bydgoszczy

Centrum Onkologii w Bydgoszczy było zdolne do prowadzenia i finansowania własnych inwestycji o skali odpowiadającej wartości Programu. Realizacja inwestycji przez KPIM miała istotne znaczenie dla szpitala, jednak było ono mniejsze niż waga samodzielnie przeprowadzonych przez tę jednostkę działań modernizacyjnych. Wartość wszystkich inwestycji szpitala w latach 2009–2016 wyniosła 411,0 mln zł, tj. prawie czterokrotnie więcej niż łączne inwestycje szpitala i Spółki zrealizowane w ramach Programu. W konsekwencji realizacja Programu tylko częściowo wpłynęła na zmiany w potencjale leczniczym i stanie technicznym tej jednostki.

W wyniku realizacji Programu powierzchnia obiektów wykorzystanych przez Szpital wzrosła w latach 2010–2016 o 21,1 tys. m², tj. z 50,6 tys. m² do 71,7 tys. m². Na początku 2010 r. część obiektów szpitala znajdujących się na powierzchni 21,8 m² nie spełniała norm w zakresie przeciwpożarowym, a 22,7 m² w zakresie ogólnoprzestrzennym, sanitarnym i instalacyjnym. W granicznym terminie do 31 grudnia 2017 r. wszystkie pomieszczenia i urządzenia Centrum Onkologii w Bydgoszczy spełniały wymagania ogólnoprzestrzenne, sanitarne i instalacyjne. Szpital został także w pełni dostosowany do wymogów przeciwpożarowych i innych wymogów określonych przepisami prawa¹³⁴.

W Programie określono, że w wyniku jego realizacji potencjał leczniczy Centrum Onkologii będzie stanowiła m.in. baza lecznicza 300 łóżek szpitalnych, przy średnim wykorzystaniu 96%. Faktycznie szpital na 31 grudnia 2016 r. dysponował 322 łózkami przy wykorzystaniu 84,84%. Personel – według Programu – powinien składać się między innymi ze 145 lekarzy, 310 pielęgniarek i 330 osób pozostałego personelu medycznego – a osiągnięto

¹³² Tj.: wykonania instalacji spalania tlenku etylu, wymiany instalacji wody zimnej i ciepłej, realizacji prac dotyczących stacji uzdatniania wody, modernizacji węża ciepłego i systemu wody lodowej do celów klimatyzacji, remontu infrastruktury pomieszczeń administracyjnych.

¹³³ Ogółem dziewięć zadań o wartości 74,9 mln zł.

¹³⁴ Według danych Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego i Centrum Onkologii w Bydgoszczy.

odpowiednio 204, 328 i 265 zatrudnionych. W Programie założono¹³⁵ udzielenie świadczeń 16 100 hospitalizowanym, faktycznie hospitalizowano 19 064. Szpital w wyniku realizacji Programu, a przede wszystkim własnych działań, oprócz zwiększenia udzielania świadczeń szpitalnych, rozszerzył także działalność poradni, zakładów i pomocniczej działalności medycznej. Liczba osób, którym udzielono innych (poza hospitalizacją) świadczeń zdrowotnych, wzrosła z 1255 tys. osób wg stanu na 31 grudnia 2009 r. do 1765 tys. osób na 31 grudnia 2016 r.

Zmiany sytuacji finansowej Centrum Onkologii w Bydgoszczy w latach 2009–2016 są w mniejszym stopniu następstwem realizacji Programu, a w większym stopniu skutkiem własnych działań inwestycyjnych tej jednostki. Realizowane w latach 2009–2016 inwestycje własne szpitala (w tym w ramach Programu) nie miały negatywnego wpływu na sytuację finansową Szpitala. Koszty funkcjonowania jednostki znajdowały pokrycie w rosnących przychodach¹³⁶. Zobowiązania Szpitala w tym okresie wzrosły, jednak pozostawały na bezpiecznym poziomie¹³⁷.

Przedstawiciel kadry zarządzającej Centrum Onkologii w Bydgoszczy wskazał, że realizacja Programu miała pozytywny efekt między innymi na: dostosowanie pomieszczeń szpitala do obowiązujących wymagań, podniesienie poziomu jakości świadczonych przez szpital świadczeń; poprawę standardu i warunków obsługi pacjentów także przez wprowadzenie innowacyjnych technologii żywienia, usprawnienie ruchu pojazdów na obszarze szpitala a także zwiększenie liczby miejsc parkingowych. Efektem działań była zatem poprawa wyników leczenia pacjentów z chorobą nowotworową w województwie kujawsko-pomorskim.

Kujawsko-Pomorskie Inwestycje Medyczne nie planowały kontynuacji działań inwestycyjnych w Centrum Onkologii w Bydgoszczy.

Dalsze plany inwestycyjne

5.3.4. Wpływ realizacji Programu na działalność i sytuację finansową Szpitala Specjalistycznego we Włocławku

Szpital Specjalistyczny we Włocławku, zgłaszając w 2009 r. potrzeby inwestycyjne do Programu, wskazywał na niepełną realizację w latach 2005–2007 planów restrukturyzacji, które okazały się nierealne z przyczyn organizacyjnych i technicznych, zwłaszcza ze względu na niedostosowanie pomieszczeń tego podmiotu do obowiązujących wymagań. Szpital planował także rozszerzyć swoją działalność. Tymczasem pierwotnie przeznaczone do tego obiekty zlokalizowane we Wieńcu-Zdroju, ze względu na swój zabytkowy charakter, nie mogły podlegać odpowiedniej adaptacji. W pierwszej kolejności szpital zmierzał do wprowadzenia nowych usług medycznych połączonych ze wzrostem przychodów. Jednocześnie podmiotem zgłaszał konieczność modernizacji obiektów szpitala, które nie spełniały wymagań określonych w przepisach prawa.

Cele działań inwestycyjnych w Szpitalu Specjalistycznym we Włocławku

¹³⁵ Na dzień 31 grudnia 2016 r.

¹³⁶ Poza latami 2011–2012 Centrum Onkologii osiągało zysk na działalności operacyjnej. Przychody z zakontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej wzrosły między 2009 r. a 2016 r. o 39,4%.

¹³⁷ W szczególności szpital finansował swoją działalność inwestycyjną także kredytami i pożyczkami, jednak poziom ogólnego zadłużenia szpitala był bezpieczny, gdyż wskaźnik zadłużenia, o którym mowa w art. 71 udl, osiągnął najwyższy poziom 0,15 w latach 2014–2015 wobec progu 0,5 określonego w art. 72 udl.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Przewidziane
Programem zadania
inwestycyjne
do realizacji w Szpitalu
Specjalistycznym
we Włocławku

Tak określone cele działań inwestycyjnych spowodowały, że w Programie wymieniono 14 zadań inwestycyjnych o wartości 65,0 mln zł, które można zaliczyć do następujących grup:

- 1) modernizacja pomieszczeń szpitala w celu ich dostosowania do obowiązujących wymogów, w tym w szczególności: ośmiu oddziałów szpitalnych (lub innych komórek leczenia szpitalnego)¹³⁸, a także pomieszczeń pracowni patomorfologii, pracowni serologii oraz holi i klatek windowych;
- 2) modernizacja pomieszczeń szpitala w celu ich dostosowania do obowiązujących przepisów wraz z ich adaptacją na nowe cele: przebudowa budynku nr 7 pod potrzeby zakładu rehabilitacji i oddziału rehabilitacji; przebudowa budynku nr 5 na potrzeby oddziału psychiatrii;
- 3) budowa nowego budynku – nr 13 z przeznaczeniem na oddział dziecięcy oraz wewnętrzny, wraz z utworzeniem lądowiska dla helikopterów.

Szpital na podstawie porozumienia zawartego 9 listopada 2009 r. z KPIM zobowiązał się do realizacji inwestycji własnych o szacowanej wartości 7,6 mln zł, tj. prac w odniesieniu do pomieszczeń przychodni Chorób Płuc, Gruźlicy i Chorób Zakaźnych oraz prac w piwnicach sześciu budynków szpitala.

Zdjęcie nr 8

Budynek nr 13 z lądowiskiem w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Włocławku po zakończeniu inwestycji



Źródło: Kujawsko-Pomorskie Inwestycje Medyczne.

Przykład

W Programie nie zaplanowano wszystkich inwestycji niezbędnych do dostosowania pomieszczeń Szpitala Specjalistycznego we Włocławku do obowiązujących przepisów prawa. Szpital w styczniu 2009 r. informował Urząd Marszałkowski o swoich potrzebach w tym zakresie, wskazując ogółem 24 inwestycje o łącznej wartości 90,1 mln zł. Ponadto zgłaszał potrzeby w zakresie budowy nowych

¹³⁸ II Oddziału Chorób Wewnętrznych z Pracownią Endoskopii; Oddziału Neurochirurgii; Oddziału Chirurgii Ogólnej z Odcinkiem Dziecięcym; Oddziału Neurologii; Oddziału Pulmonologii, Diagnostyki i Leczenia Raka Płuc; Izby Przyjęć Oddziału Położniczego; Oddziału Kardiologii z Ośrodkiem Wszczepiania Stymulatorów – II etap; Oddziału i Poradni Dermatologii.

obiektów za kwotę 11 mln zł i zakupu 52 rodzajów sprzętu ratującego życie o wartości 4,8 mln zł. Porównując powyższe oczekiwania do zadań określonych w Programie oraz zadań własnych szpitala, do realizacji przyjęto inwestycje o wartości 68,6% zgłoszonych potrzeb. Wynikało to z ograniczenia kosztów planowanych działań do 450 mln zł jeszcze przed poznaniem potrzeb inwestycyjnych szpitali i opracowaniem Programu. Podział tych nakładów na szpitale wojewódzkie uzgodniono w szczególności na spotkaniu 6 lutego 2009 r. Odbyło się ono z udziałem Marszałka Województwa, dwóch dyrektorów departamentów Urzędu i dyrektorów dziesięciu szpitali wojewódzkich.

Zakres zadań realizowanych przez KPIM na rzecz Szpitala Specjalistycznego we Włocławku podlegał zmianom. W szczególności Spółka wykonała zadania nieokreślone w Programie, tj. przebudowę Oddziału Urologii z wyposażeniem oraz przebudowę układu funkcjonalnego pomieszczeń: Zespołu Poradni Specjalistycznych, Przychodni Pulmonologii, Poradni Chorób Zakaźnych, a także Działu przyjęć planowanych, a ponadto przebudowę budynku nr 5 na potrzeby Oddziału Neurologii z Pododdziałem Udarów i Oddziału Okulistyki oraz Okulistycznego Bloku Operacyjnego, zamiast dla Oddziału Psychiatrii. Zadania te zostały uwzględnione i zatwierdzone w planie finansowo-inwestycyjnym Spółki już cztery miesiące po przyjęciu Programu przez Zarząd Województwa.

Oprócz powyższych zmian, zamierzenia określone w Programie w znacznej części nie zostały wykonane. O ile zbudowany został nowy obiekt – budynek nr 13 z lądowiskiem, to już plany w zakresie adaptacji obiektów zostały wykonane tylko częściowo: przeprowadzono modernizację budynku nr 5 połączoną z jego rozbudową, a plany w odniesieniu do budynku nr 7 zostały wykonane w nieznacznym zakresie¹³⁹. W najmniejszym stopniu przeprowadzono planowane modernizacje obiektów istniejących pomieszczeń. W tym zakresie wykonano wyłącznie określoną Programem modernizację Oddziału Kardiologii, a niewykonanych pozostało 10 zadań¹⁴⁰. W sprawozdaniu przedłożonym do EBI określono, że działania w odniesieniu do Szpitala Specjalistycznego we Włocławku zrealizowane zostały w 67%. Ogółem Spółka wydatkowała na zadania w Szpitalu Specjalistycznym we Włocławku 44,1 mln zł, tj. 67,9% kwoty określonej w Programie. Zakładając, że Szpital Specjalistyczny we Włocławku wydatkowałby samodzielnie w kolejnych latach kwoty odpowiadające jego średniorocznym wydatkom inwestycyjnym z lat 2009–2016, to zrealizowałby inwestycje o wartościach wydatków Spółki w czasie dziewięciu lat.

Ze strony Spółki wskazywano, że zmiany priorytetów wynikały ze zmian na stanowiskach kierowniczych we włocławskim szpitalu. Wyjaśniając przyczynę nieprzeprowadzenia zakładanych modernizacji pomieszczeń wskazano na inicjatywę przedstawicieli EBI, którzy zgłaszali uwagi w odniesieniu do zasadności podejmowania prac remontowych i sugerowali podjęcie działań mających na celu kompleksową modernizację infrastruktury i budynków szpitala. Wskazuje to, że zakres zadań wymienionych w Programie nie określał najlepszego sposobu realizacji celów szpitala.

Wykonanie
Programu w Szpitalu
Specjalistycznym
we Włocławku

¹³⁹ Parter budynku z przeznaczeniem na potrzeby Zakładu Rehabilitacji.

¹⁴⁰ Modernizacja: II Oddziału Chorób Wewnętrznych z Pracownią Endoskopii; Oddziału Neurochirurgii; Oddziału Chirurgii Ogólnej z Odcinkiem Dziecięcym; Oddziału Neurologii; Pracowni Serologii z Bankiem Krwi; Oddziału Pulmonologii, Diagnostyki i Leczenia Raka Płuc; Izby Przyjęć Oddziału Położniczego; Zakładu Patomorfologii; Klatek schodowych i holi windowych; Oddziału i Poradni Dermatologii.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Zdjęcie nr 9

Jeden z przecieków z płyty lądowiska dla śmigłowców umiejscowionego na budynku nr 13 Szpitala Specjalistycznego we Włocławku



Źródło: Oględziny NIK.

Niezrealizowanie planowanych modernizacji pomieszczeń oddziałów szpitalnych spowodowało, że aktualność straciły także zadania własne wyznaczone Szpitalowi Specjalistycznemu we Włocławku. Szpital wykonał zatem odmienny zakres inwestycji niż określony umową o współpracy z 9 listopada 2009 r. Najważniejszą inwestycją szpitala stał się zakup rezonansu magnetycznego wraz z dostosowaniem pomieszczeń, a ponadto szpital dokonywał zakupów szeregu urządzeń i aparatury medycznej, zamawiał dokumentację projektową wydając na powyższe zadania łącznie 7,4 mln zł, co stanowiło 96,7% zakładanej umowy wartości. Niezależnie od współpracy z KPIM podejmował inne prace modernizacyjne, w szczególności dotyczące rozbudowy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.

W odniesieniu do budynku nr 13 z lądowiskiem we Włocławku, pomimo podejmowanych przez Spółkę licznych działań w toku odbioru i po jego wykonaniu, do dnia zakończenia kontroli nie zostały usunięte istotne wady tego obiektu. Już na etapie odbioru inwestycji¹⁴¹ wskazywano na szereg usterek, które zostały usunięte przez wykonawcę. Usterki te ponawiały się jednak w kolejnych latach, a KPIM zwracał się do wykonawcy o ich usunięcie. Zlecona przez Spółkę ekspertyza techniczna obiektu odebrana 17 czerwca 2016 r. (z datą 2016 r.) wykazała, że konstrukcja budynku nie spełnia wymogów stanów granicznych nośności. Oględziny przeprowadzone przez NIK podczas kontroli w Szpitalu Specjalistycznym we Włocławku wykazały występujące przecieki na dachu II piętra budynku, liczne pęknięcia ścian, nadproży oraz wokół drzwi, zacieki i zawilgocenia w narożnikach ścian.

**Efekty realizacji
Programu w Szpitalu
Specjalistycznym
we Włocławku**

W wyniku realizacji Programu powierzchnia obiektów wykorzystanych przez szpital wzrosła w latach 2010–2016 o 3,5 tys. m² (z 28,1 tys. m² do 31,6 tys. m²). Na początku 2010 r. całość obiektów szpitala nie spełniała norm w zakresie przeciwpożarowym, a także ogólnoprzestrzennych,

¹⁴¹ Dokonanego 27 kwietnia 2012 r.

sanitarnych i instalacyjnych. Pomimo realizacji Programu, na koniec 2016 r. Szpital Specjalistyczny we Włocławku pozostał drugim pod względem potrzeb dostosowawczych szpitalem wojewódzkim. Dalszych działań wymaga bowiem 26,1 tys. m² (82,6%) powierzchni obiektów wykorzystywanych przez ten podmiot.

W granicznym terminie 31 grudnia 2017 r. pomieszczenia i urządzenia Szpitala Specjalistycznego we Włocławku nie spełniały wymagań ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych. Był to zasadniczo skutek niezaplanowania w Programie części działań zapewniających dostosowanie zgłoszonych przez szpital pomieszczeń, a także braku realizacji większości zadań modernizacyjnych określonych w Programie. Szpital 29 grudnia 2017 r. wystąpił do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego we Włocławku o wydanie opinii o wpływie niespełnienia ww. wymagań na bezpieczeństwo pacjentów. Ustalenia NIK wskazują, że naruszenie dotyczyło nie tylko obiektów w jakich nie zrealizowano inwestycji wskazanych w Programie.¹⁴² Naruszenie przepisów dotyczyło także Oddziału Dziecięcego umiejscowionego w nowym budynku nr 13, który nie dysponował wymaganym urządzeniem: płuczko-dezynfektorem, planowanym do zakupu dopiero w połowie 2019 r. Postanowieniem z 30 stycznia 2018 r. PPIS we Włocławku wydał opinię, że brak spełnienia wymagań ma nieznaczny wpływ na bezpieczeństwo pacjentów. Przepisy art. 207 udl nie wskazują na termin w jakim szpital powinien zostać dostosowany do wymagań ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych po uzyskaniu ww. opinii. W postanowieniu PPIS przytoczono jedynie terminy planowanych inwestycji z wniosku szpitala. Wskazano w nich okres realizacji – lata 2017–2023.

Program określał, że w wyniku jego realizacji potencjał leczniczy Szpitala Specjalistycznego we Włocławku będzie określony między innymi przez bazę leczniczą 725 łóżek szpitalnych, przy średnim wykorzystaniu 85%. Po jego realizacji szpital dysponuje jednak 624 łózkami przy wykorzystaniu 62%. Personel – według Programu – powinien obejmować między innymi 190 lekarzy, 440 pielęgniarek i 220 osób pozostałego personelu medycznego, a osiągnięto odpowiednio 198, 433 i 364 zatrudnionych. Wyższy od zakładanego wzrost zatrudnienia wynikał m.in. z włączenia do szpitala Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego we Włocławku. Według Programu zamierzono udzielić świadczeń 40 tys. hospitalizowanym przez 160 tys. osobodni. Faktycznie hospitalizowano 30,9 tys. osób przez 141,4 tys. osobodni. Oprócz działalności szpitalnej o 50% względem 2009 r. wzrosła liczba porad i zabiegów udzielanych w poradniach.

¹⁴² Np. szerokość drzwi uniemożliwiała ruch pacjentów na łózkach m.in. na oddziałach II Wewnętrzny, Neurochirurgii, Pulmonologii, Diagnostyki i Leczenia Raka, Dermatologii; Zakład Patomorfologii nie dysponował jadalnią i szatnią, służą szatniową, wydzieloną pracownią technik specjalnych.

Zdjęcie nr 10

Zmodernizowany budynek nr 5 po zakończeniu inwestycji



Źródło: Kujawsko-Pomorskie Inwestycje Medyczne.

Pozytywne wyniki realizacji Programu widoczne są szczególnie we wzroście o 43% przychodów tego szpitala z tytułu zakontraktowanych świadczeń zdrowotnych, który nastąpił w latach 2009–2016. Od 2015 r. poprawiał się także wynik na działalności operacyjnej szpitala. Jednak w latach 2009–2016 szpital stopniowo zwiększał zadłużenie i nie regulował w terminie swoich zobowiązań. W marcu 2017 r. Województwo poręczyło (do wysokości 22 mln zł) kredyt służący spłacie zobowiązań wymagalnych Szpitala, co jest elementem wdrażanego programu restrukturyzacyjnego.

Kierownictwo szpitala wskazało na pozytywne skutki realizacji Programu. Wszystkie inwestycje zrealizowane w latach 2009–2016 w ramach umowy o współpracy były niezbędne dla umożliwienia tej jednostce dostosowania, rozwoju lub modernizacji infrastruktury (zarówno sprzętu, jak i nieruchomości). Główne aspekty wskazanych korzyści to rozszerzenie działalności, a także poprawa standardów udzielania świadczeń. W szczególności wskazano na korzyści związane z:

- dostosowaniem i wyposażeniem Szpitalnego Oddziału Ratunkowego zgodnie z obowiązującymi wymogami, wraz z budową lądowiska dla śmigłowców Lotniczego Pogotowia Ratunkowego;
- remontem Oddziału Kardiologii wraz z dostosowaniem stanowisk intensywnego nadzoru kardiologicznego, co było niezbędne dla działania Pracowni Kardiologii Inwazyjnej, a także utworzenia w oddziale Pracowni urządzeń wszczepialnych;
- zakupem rezonansu magnetycznego, który pozwolił na utworzenie odpowiedniej pracowni;
- budową budynku nr 13 i modernizacją budynku nr 5, co polepszyło standard świadczeń między innymi w oddziałach Dziecięcym, Dziecięcym Obserwacyjnym, Chorób Wewnętrznych I, Neurologii z Pododdziałem Udarowym, Okulistyki wraz z Blokiem Operacyjnym.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Szpital zawarł 22 listopada 2016 r. umowę o partnerstwie, a 28 czerwca 2017 r. umowę o współpracy z KPIM, której przedmiotem były w szczególności: wykonanie inwestycji w dziewięciu budynkach szpitala oraz w zakresie dróg wewnętrznych i parkingów.

Dalsze plany
inwestycyjne

5.3.5. Wpływ realizacji Programu na działalność i sytuację finansową szpitali wojewódzkich nieobjętych kontrolą NIK

W toku kontroli Izba pozyskała informacje o wynikach realizacji Programu od pozostałych, nieobjętych niniejszą kontrolą, czterech szpitali wojewódzkich. Do przedstawienia wyników realizacji Programu przez te jednostki wykorzystano także sprawozdawczość Kujawsko-Pomorskich Inwestycji Medycznych przedkładaną do Europejskiego Banku Inwestycyjnego, a także dane zbierane w ramach nadzoru przez Urząd Marszałkowski. Informacje o treści programów dostosowawczych, o których mowa w art. 207 udl, oraz o stopniu ich realizacji pozyskano od: Wojewody Kujawsko-Pomorskiego, właściwych Państwowych Powiatowych Inspektorów Sanitarnych, Urzędu Marszałkowskiego oraz z ww. czterech szpitali.

Szpital Obserwacyjno-Zakaźny w Bydgoszczy

Szpital Obserwacyjno-Zakaźny w Bydgoszczy, zgłaszając w 2009 r. zadania inwestycyjne do Programu, wskazywał na potrzebę rozbudowy kompleksu szpitala o kolejny budynek, do którego miały zostać przeniesione trzy oddziały szpitalne, a także izba przyjęć oraz jednostki pomocnicze. Wskazywano także na konieczność wykonania w pierwszej kolejności zaleceń Państwowej Inspekcji Pracy oraz PPIS, które dotyczyły między innymi wyposażenia szpitala w windy.

Cele
działań inwestycyjnych
w Szpitalu Obserwacyjno-
Zakaźnym w Bydgoszczy

Zdjęcie nr 11

Nowy budynek łóżkowy Szpitala Obserwacyjno-Zakaźnego w Bydgoszczy (stan po zakończeniu inwestycji)



Źródło: Kujawsko-Pomorskie Inwestycje Medyczne.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W Programie wskazano cztery zadania inwestycyjne o wartości ogółem 15,3 mln zł¹⁴³ dotyczące tego szpitala, tj.: modernizację Oddziału niedoborów odpornościowych, Przychodni, Pracowni diagnostycznych oraz Laboratorium; budowę od podstaw budynku łóżkowego; przebudowę Oddziału „Wysokożakażnego”; zakup sprzętu i aparatury medycznej dla oddziałów i pracowni diagnostycznych.

Szpital na podstawie porozumienia zawartego w 16 listopada 2009 r. z KPIM zobowiązał się do samodzielnego zakupu sprzętu medycznego.

Wykonanie Programu w Szpitalu Obserwacyjno-Zakaźnym w Bydgoszczy

Zaplanowane w Programie zadania zostały wykonane. KPIM kosztem 18,1 mln zł rozbudowały Szpital Obserwacyjno-Zakaźny, oraz dokonały modernizacji istniejących obiektów (w szczególności budynku A, a także zakupiły sprzęt medyczny i wyposażenie.

Zakładając, że Szpital Obserwacyjno-Zakaźny wydatkowałby samodzielnie w kolejnych latach kwoty odpowiadające jego średniorocznym wydatkom inwestycyjnym z lat 2009–2016, to zrealizowałby inwestycje o wartości porównywalnej do nakładów Spółki w okresie 32 lat. Szpital we własnym zakresie dokonał prac remontowych, modernizacyjnych oraz zakupów na kwotę 1,1 mln zł.

Efekty realizacji Programu w Szpitalu Obserwacyjno-Zakaźnym w Bydgoszczy

W okresie realizacji Programu powierzchnia obiektów wykorzystanych przez Szpital Obserwacyjno-Zakaźny w Bydgoszczy wzrosła w latach 2010–2016 o 5 tys. m² z 4,2 tys. m² do 9,2 tys. m². Na początku 2010 r. całość szpitala wymagała dostosowania do wymogów w zakresie ogólnoprzestrzennym, sanitarnym i instalacyjnym, a ponadto obiekty o powierzchni 2,1 tys. m² wymagały dostosowania do obowiązujących wymogów przeciwpożarowych. Realizacja Programu pozwoliła na pełne dostosowanie budynków i pomieszczeń do powyższych wymogów. W szczególności obiekty szpitala na dzień 31 grudnia 2017 r. spełniały wymogi ogólnoprzestrzenne, sanitarne i instalacyjne¹⁴⁴.

W Programie określono, że w wyniku jego realizacji potencjał leczniczy Szpitala Obserwacyjno-Zakaźnego w Bydgoszczy będzie stanowiła między innymi baza lecznicza 120 łóżek szpitalnych, przy średnim wykorzystaniu 85,02%. Faktycznie szpital na 31 grudnia 2016 r. dysponował 120 łózkami przy wykorzystaniu 83,61%. Według Programu personel powinien składać się między innymi z 33 lekarzy, 79 pielęgniarek i 43 osób pozostałego personelu medycznego – a osiągnięto odpowiednio 40, 85 i 38 zatrudnionych. W Programie określono, że szpital w 2016 r. będzie hospitalizował 5,9 tys. pacjentów przez 36,1 tys. osobodni, a faktycznie w tym roku udzielił świadczeń szpitalnych 6,1 tys. osobom przez 36,7 tys. osobodni.

Między 2009 r. a 2016 r. o 55,6% wzrosły przychody Szpitala Obserwacyjno-Zakaźnego w Bydgoszczy z tytułu zakontraktowanych świadczeń zdrowotnych. Poza przejściowym okresem lat 2010–2011, w trakcie realizacji Programu, szpital osiągał dodatni wynik finansowy na działalności

¹⁴³ W odniesieniu do Szpitala Obserwacyjno-Zakaźnego w Bydgoszczy w dwóch częściach Programu określono różne założenia inwestycyjne. W pkt 5 „Zidentyfikowane potrzeby” wskazano cztery inwestycje o wartości 15,3 mln zł, natomiast w pkt 7 – „Analiza techniczna”, określono trzy zadania o wartości 10,5 mln zł.

¹⁴⁴ Według danych Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego i informacji otrzymanych ze Szpitala Obserwacyjno-Zakaźnego w Bydgoszczy.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

operacyjnej. Począwszy od 2013 r. do 2016 r. szpital nie regulował w terminie swoich zobowiązań. Zaległości pozostawały na poziomie 2,0–2,5 mln zł. Na bezpiecznym poziomie były wskaźniki zadłużenia szpitala¹⁴⁵.

Dyrektor szpitala wskazała, że do najważniejszych efektów realizacji Programu należało zwiększenie potencjału leczniczego szpitala. Zwiększyła się także jakość udzielanych świadczeń. Wzrosła możliwość izolowania pacjentów, wdrożono system monitorowania zakażeń szpitalnych, zwiększono potencjał w zakresie diagnostyki obrazowej. Poprawił się ogólny komfort pobytu pacjentów. Działaniami objęto także przyszpitalną poradnię chorób zakaźnych.

W dniu 28 czerwca 2017 r. Szpital Obserwacyjno-Zakaźny podpisał umowę o współpracy z KPIM, której przedmiotem było kontynuowanie działań modernizacyjnych, w szczególności w zakresie budynku B, nieobjętego działaniami w ramach Programu. Przewidziano także adaptację części pomieszczeń budynku C na inne cele.

Dalsze plany inwestycyjne

Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy

Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy, zgłaszając w 2009 r. zadania inwestycyjne do Programu, wskazywało na potrzebę dostosowania pomieszczeń i urządzeń tej jednostki do obowiązujących wymagań w zakresie ogólnoprzestrzennym, sanitarnym i instalacyjnym, a także dostosowania obiektów do innych norm, w szczególności przeciwpożarowych. Oprócz działań dostosowawczych szpital wskazywał także na potrzebę działań zmieniających zakres udzielanych świadczeń odpowiednio do potrzeb zdrowotnych pacjentów. Kolejne oczekiwania dotyczyły infrastruktury szpitala, termomodernizacji budynków, a także remontu dróg wewnętrznych i parkingów.

Cele działań inwestycyjnych w Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy

W Programie wskazano 20 zadań inwestycyjnych dotyczących wyżej wymienionego szpitala (o wartości ogółem 55,2 mln zł), tj.:

- trzy zadania polegające na modernizacji, dostosowaniu pomieszczeń komórek organizacyjnych szpitala do wymogów w zakresie ogólnoprzestrzennym, sanitarnym i instalacyjnym, w tym między innymi oddziałów szpitalnych, a także odpowiednie dostosowanie wejścia głównego szpitala oraz budynku patomorfologii;
- trzy zadania polegające na modernizacji i adaptacji budynków lub pomieszczeń: modernizację budynku z przeznaczeniem na przychodnię oraz adaptację piwnic i strychów szpitala na cele użytkowe;
- jedno zadanie polegające na modernizacji obiektów przy ul. Meysnera do wymogów przeciwpożarowych;
- pięć prac modernizacyjno-remontowych, w tym: modernizację dachów szpitala, wykonanie izolacji przeciwwilgociowej budynków, termomodernizację budynków;
- cztery zadania polegające na modernizacji infrastruktury: wodnej, kanalizacyjnej, tlenowni i kotłowni;

¹⁴⁵ W latach 2009–2016 wskaźnik zadłużenia, o którym mowa w art. 71 udl, osiągnął najwyższy poziom w latach 2015–2016, tj. 0,12 wobec progu 0,5 określonego w art. 72 udl.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- trzech przypadków rozbudowy lub dobudowy nowych segmentów do istniejących obiektów szpitala¹⁴⁶ z przeznaczeniem na blok operacyjny, zakłady diagnostyczne i zabiegowe, oddział intensywnej terapii, cztery inne oddziały, izbę przyjęć, magazyny i pomieszczenia administracyjne;
- jedno zadanie polegające na zakupie sprzętu i aparatury medycznej.

Na podstawie porozumienia zawartego w 12 listopada 2009 r. z Kujawsko-Pomorskimi Inwestycjami Medycznymi Szpital zobowiązał się do realizacji części z inwestycji, o wartości 7,2 mln zł. Zadania szpitala obejmowały całość zadań polegających na modernizacji infrastruktury, większość prac modernizacyjno-remontowych (poza dachami), a także modernizację i dostosowanie wejścia głównego, adaptację budynku na potrzeby przychodni, modernizację budynku patomorfologii, a także zakup aparatury medycznej. Szpital ponadto został zobowiązany do wykonania wszelkich dokumentacji projektowych.

Zdjęcie nr 12

Patio powstałe po wybudowaniu skrzydła D Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy.
Stan bezpośrednio po zakończeniu inwestycji



Źródło: Kujawsko-Pomorskie Inwestycje Medyczne.

Wykonanie Programu w Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy

W sprawozdaniu przedłożonym do EBI określono, że działania w odniesieniu do Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy zostały zrealizowane w 67%. Koszty inwestycji wyniosły 42,2 mln zł, tj. 76,5% kwoty zakładanej, z czego szpital poniósł nakłady w wysokości 4,9 mln zł (69% kwoty zakładanej), a KPIM 37,3 mln zł (77,6% kwoty zakładanej). Przyjmując, że Centrum Pulmonologii wydatkowałoby samodzielnie w kolejnych latach kwoty odpowiadające jego średniorocznym wydatkom inwestycyjnym z lat 2009–2016, to zrealizowałoby inwestycje o wartościach wydatków Spółki w okresie 19 lat.

¹⁴⁶ Tj. budowy skrzydła D, budowy segmentu E – łącznika, rozbudowy budynku C.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

KPIM zrealizowały trzy zadania inwestycyjne określone Programem: Dobudowę pięciokondygnacyjnego skrzydła D wraz z infrastrukturą zewnętrzną, a ponadto dostosowanie obiektów przy ul. Meysnera do wymogów przeciwpożarowych oraz modernizację dachów.

Działania szpitala obejmowały wykonywanie dokumentacji projektowych zadań inwestycyjnych oraz samodzielne wykonywanie robót remontowych, termomodernizacji, modernizacji urządzeń i instalacji infrastruktury technicznej. Największym wartościowo zadaniem szpitala były zakupy aparatury i sprzętu medycznego o wartości 3,1 mln zł.

W wyniku realizacji Programu powierzchnia obiektów wykorzystanych przez szpital wzrosła w latach 2010–2016 o 6,5 tys. m² z 13,5 tys. m² do 20,0 tys. m². Na początku 2010 r. całość obiektów szpitala nie spełniała norm w zakresie ogólnoprzestrzennym, sanitarnym i instalacyjnym, a w zakresie przeciwpożarowym normy spełniały wyłącznie obiekty o powierzchni 2,9 tys. m² (21,5%). W wyniku realizacji Programu obiekty szpitala w pełnym zakresie dostosowane zostały do wymogów przeciwpożarowych. Jednak realizacja Programu nie zapewniła pełnego dostosowania szpitala do wymogów ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych. Na zakończenie Programu (koniec 2016 r.) obiekty szpitala o powierzchni 13,2 tys. m² (tj. 66,4%) nie spełniały wymogów w tym zakresie. Z informacji przekazanych przez wyżej wymienioną jednostkę wynika, że w części z wyżej wymienionych obiektów zapewniono spełnienie części wymagań, jednak pełne dostosowanie wymagało kompleksowej modernizacji. W granicznym terminie do 31 grudnia 2017 r. pomieszczenia i urządzenia Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy nie spełniały wymagań ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych. Postanowieniem z 15 lutego 2018 r. PPIS w Bydgoszczy wydał opinię, że brak spełnienia wymagań niesie za sobą znikome ryzyko dla pacjentów. Przepisy art. 207 udl nie wskazują na termin w jakim szpital powinien zostać dostosowany do wymagań ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych po uzyskaniu wyżej wymienionej opinii. W postanowieniu PPIS przytoczono jedynie terminy planowanych inwestycji z wniosku szpitala. Wskazano w nich okres realizacji – do 2021 r.

W Programie założono, że w wyniku jego realizacji potencjał leczniczy Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy będzie stanowiła między innymi baza lecznicza 346 łóżek szpitalnych, przy średnim wykorzystaniu 85%. Faktycznie szpital na 31 grudnia 2016 r. dysponował 294 łózkami przy wykorzystaniu 78%. Według Programu personel powinien składać się między innymi z 175 lekarzy, 310 pielęgniarek i 330 osób pozostałego personelu medycznego – a osiągnięto odpowiednio 78, 227 i 120 zatrudnionych. W Programie określono zamiar udzielenia w 2016 r. świadczeń 8,8 tys. hospitalizowanym przez 100,0 tys. osobodni, a faktycznie w tym roku hospitalizowano 10,9 tys. osób przez 81,1 tys. osobodni.

W okresie realizacji Programu zwiększały się przychody szpitala z tytułu zakontraktowanych świadczeń zdrowotnych, które wzrosły w latach 2009–2016 o 30,6%. Pomimo, że wynik na działalności operacyjnej szpitala ulegał w wyżej wymienionym okresie wahaniom (od straty w wysokości 1,2 mln zł do zysku w wys. 0,8 mln zł), to szpital nie był zadłużony i nie wykazywał w swoich sprawozdaniach zobowiązań wymagalnych.

Efekty realizacji
Programu w Centrum
Pulmonologii
w Bydgoszczy

Dyrektor szpitala wskazała na pozytywne skutki realizacji Programu, w tym dostosowanie pomieszczeń i urządzeń szpitala do obowiązujących przepisów, a także zwiększenie zakresu i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. Wśród wskazanych efektów inwestycji wymienione zostały: zwiększenie liczby łóżek dla osób leczonych z powodu ciężkich zaburzeń oddychania, zwiększenie potencjału zabiegowego przez utworzenie nowej sali operacyjnej, zwiększenie liczby łóżek intensywnej opieki medycznej, rozszerzenie zakresu udzielanych świadczeń w zakresie ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej, zwiększenie potencjału diagnostycznego w zakresie chorób nowotworowych, dostosowanie części sal do określonego normami rozkładu łóżek, wydzielenie w pomieszczeniach pobytu pacjentów części higieniczno-sanitarnych (z natryskami, umywalkami itd.), wydzielenie w oddziałach szpitalnych izolatek, dostosowanie infrastruktury do potrzeb osób niepełnosprawnych.

Dalsze plany inwestycyjne

Szpital zawarł 28 czerwca 2017 r. umowę o współpracy z KPIM, której przedmiotem była w szczególności realizacja zadań niewykonanych w ramach Programu: modernizacja i nadbudowa segmentu C, a także budowa segmentu E. Przedmiotem umowy było także między innymi wyposażenie segmentu D, termomodernizacja budynków, a także rozbudowa szpitala na nowym terenie.

Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Świeciu

Cele działań inwestycyjnych w Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Świeciu

Będąc najstarszym szpitalem psychiatrycznym na terenie Polski (budowanym w latach 1847–1855) Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Świeciu zgłaszał do Programu w 2009 r. potrzeby inwestycyjne w zakresie dostosowania pomieszczeń i urządzeń tej jednostki do obowiązujących wymagań w zakresie ogólnoprzestrzennym, sanitarnym i instalacyjnym, a także dostosowania obiektów do innych norm, w szczególności przeciwpożarowych. Oprócz działań dostosowawczych szpital wskazywał także na potrzebę inwestycji zapewniających zmianę profilu udzielanych świadczeń odpowiednio do potrzeb zdrowotnych pacjentów.

W Programie wskazano 19 zadań inwestycyjnych o wartości ogółem 29,7 mln zł, w tym:

- cztery zadania polegające na modernizacji budynków i oddziałów, poprzez ogólny kompleksowy remont budynków wraz z wymianą poszycia dachowego (budynek nr 28 oraz nr 4, Oddziały XVI i XV);
- osiem działań w zakresie remontu oddziałów szpitalnych, modernizacji pomieszczeń innych komórek medycznych, a także pomieszczeń administracyjnych;
- pięć zadań w zakresie modernizacji lub budowy infrastruktury technicznej (wodnej, elektrycznej, informatycznej itp.) szpitala;
- jedno zadanie polegające na zakupie sprzętu i aparatury medycznej;
- jedno zadanie polegające na zakupie karetki do przewozu chorych.

Porozumienie zawarte w 16 listopada 2009 r. między szpitalem a KPIM uregulowało podział odpowiedzialności za realizację wyżej wymienionych zadań. Szpital zobowiązał się do wykonania jednej inwestycji – remontu budynku administracyjnego, o wartości 3,5 mln zł. Pozostałe 18 zadań zobowiązała się wykonać wyżej wymieniona Spółka.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W sprawozdaniu przedłożonym do EBI określono, że działania w odniesieniu do Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Świeciu zostały zrealizowane w 73%. KPIM wykonały łącznie 11 zadań inwestycyjnych o wartości 28,0 mln zł. Zakładając, że Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Świeciu wydatkowałby samodzielnie w kolejnych latach kwoty odpowiadające jego średniorocznym wydatkom inwestycyjnym z lat 2009–2016, to zrealizowałby inwestycje o wartościach wydatków Spółki w okresie 45 lat. Szpital nie wykonał zakładanego kompleksowego remontu pomieszczeń administracyjnych. W zamian za to zrealizował inne prace remontowe, zakupił wyposażenie, a także zlecił opracowanie dokumentacji projektowych o łącznej wartości 2,7 mln zł.

Wykonanie Programu
w Szpitalu dla Nerwowo
i Psychicznie Chorych
w Świeciu

Zdjęcia nr 13 i 14

Efekty modernizacji zabytkowego obiektu (nr 13–14) Szpitala dla Psychicznie Chorych w Świeciu – górne zdjęcie – stan przed modernizacją, dolne – bezpośrednio po modernizacji



Źródło: Kujawsko-Pomorskie Inwestycje Medyczne.

W wyniku realizacji Programu powierzchnia obiektów wykorzystanych przez szpital zmalała w latach 2010–2016 o 0,8 tys. m² z 27,0 tys. m² do 26,2 tys. m². Na początku 2010 r. jedynie 10,0 tys. m² (37,4 %) obiektów szpitala spełniało normy w zakresie ogólnoprzestrzennym, sanitarnym

Efekty realizacji
Programu w Szpitalu
dla Nerwowo
i Psychicznie Chorych
w Świeciu

i instalacyjnym, a także w zakresie przeciwpożarowym. Po zakończeniu Programu, wszelkie normy spełniają pomieszczenia o powierzchni 17,1 tys. m² (65,0 %). Według stanu na koniec 2016 r. Szpital pozostaje w znacznym stopniu niedostosowany do wymogów w zakresie: ogólnoprzestrzennym, sanitarnym i instalacyjnym, których nie spełniają obiekty o powierzchni 3,7 tys. m² (14,1%), a także przeciwpożarowym, których nie spełniają obiekty o powierzchni 9,2 tys. m² (35,1%). W granicznym terminie do 31 grudnia 2017 r. pomieszczenia i urządzenia Szpitala dla nerwowo i psychicznie chorych w Świeciu nie spełniały wymagań ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych. W dniu 19 stycznia 2018 r. Szpital uzyskał jednak postanowienie zawierające opinię PPIS w Świeciu, że niespełnianie wyżej wymienionych wymagań nie wpływa na bezpieczeństwo pacjentów. Przepisy art. 207 udl nie wskazują na termin w jakim szpital powinien zostać dostosowany do wymagań ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych po uzyskaniu opinii. Postanowienie PPIS także nie wskazywało na deklarowany przez szpital termin dostosowania.

W Programie określono, że w wyniku jego realizacji potencjał leczniczy Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Świeciu będzie stanowiła baza lecznicza 480 łóżek szpitalnych, przy średnim wykorzystaniu 97%. Faktycznie szpital na 31 grudnia 2016 r. dysponował 475 łózkami przy wykorzystaniu 97%. Według Programu personel powinien składać się między innymi z 41 lekarzy, 225 pielęgniarek i 150 osób pozostałego personelu medycznego – a osiągnięto odpowiednio 47, 212 i 150 zatrudnionych. W Programie określono, że szpital w 2016 r. będzie hospitalizował 6,2 tys. pacjentów przez 167,1 tys. osobodni, a faktycznie w tym roku udzielił świadczeń szpitalnych 5,3 tys. osób przez 168,6 tys. osobodni.

Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Świeciu między 2009 r. a 2016 r. zwiększył przychody z tytułu zakontraktowanych świadczeń zdrowotnych o 21,5%. Poza 2012 r. gdy odnotował nieznaczną stratę na działalności operacyjnej, szpital osiągał wynik dodatni. Jednostka nie regulowała w terminie swoich zobowiązań w latach 2009–2010, natomiast od 2011 r. nie posiadała już żadnych zobowiązań z tego tytułu, jak również z tytułu kredytów.

Dyrektor szpitala wskazał na szereg pozytywnych skutków realizacji Programu, przede wszystkim w zakresie dostosowania obiektów do obowiązujących wymagań, modernizacji infrastruktury technicznej szpitala, doposażenia w sprzęt i wyposażenie, co podniosło zarówno jakość świadczeń jak i komfort pobytu pacjentów. W szczególności poprawie uległy możliwości prowadzenia zajęć terapeutycznych. Dzięki działaniom KPIM szpital mógł z własnych środków realizować inne działania, w tym adaptować budynek gospodarczy na zespół poradni specjalistycznych.

Dalsze plany inwestycyjne

Szpital zawarł 28 czerwca 2017 r. umowę o współpracy z KPIM, której przedmiotem była w szczególności kontynuacja działań modernizacyjnych w zakresie: modernizacji sieci sanitarnej, teletechnicznej i energetycznej, modernizacji kolejnych 11 budynków szpitala, zakupu wyposażenia, w szczególności kuchni szpitalnej.

Szpital Zespolony w Toruniu

Informacje o celach realizacji Programu i faktycznych efektach jego realizacji odniesieniu do Szpitala Zespolonego w Toruniu są trudne do porównania z powodu połączeniem tej jednostki z innymi wojewódzkimi podmiotami leczniczymi¹⁴⁷, zarówno objętymi jak i nieobjętymi planowanymi działaniami inwestycyjnymi. Dodatkowym problemem dla dokonania powyższego porównania była zmiana koncepcji inwestycji w podstawowej lokalizacji tego szpitala przy ul. Świętego Józefa, wprowadzona na wcześniejszym etapie realizacji Programu.

Szpital Zespolony w Toruniu, zgłaszając w 2009 r. zadania inwestycyjne do Programu, wskazywał zarówno na potrzeby dostosowania swoich budynków, pomieszczeń i urządzeń do wymogów przeciwpożarowych i w zakresie ogólnoprzestrzennym, sanitarnym i instalacyjnym, jak również na konieczność rozwoju swojej działalności, w szczególności przez powołanie Oddziału Rehabilitacyjnego, budowę Centralnego Bloku Operacyjnego, rozszerzenie działalności Oddziału Chemioterapii Nowotworów. Zadania w Programie określono odpowiednio do wyżej wymienionych potrzeb¹⁴⁸ na łączną wartość 87,1 mln zł. Połączony ze szpitalem Wojewódzki Szpital Dziecięcy w Toruniu wskazywał na potrzebę kontynuacji rozpoczętych działań inwestycyjnych, na które brakowało środków, gdyż w 2009 r. podmiot ten znajdował się w bardzo trudnej sytuacji finansowej. Działania wskazane w Programie¹⁴⁹ dotyczyły realizacji kolejnego etapu rozbudowy, utworzenia Wojewódzkiego Centrum Stomatologii w skrzydle szpitala, a także modernizacji części pomieszczeń, poprawy stanu infrastruktury szpitala, zakupu wyposażenia i sprzętu. Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Psychiatrycznego połączony także ze Szpitalem Zespolonym w Toruniu wskazywał na potrzebę odpowiedniego dostosowania pomieszczeń, oraz na zwiększenie potencjału leczniczego, gdyż obłożenie w jednostce przekraczało 100%, a czas oczekiwania na przyjęcie wynosił trzy miesiące. W związku z powyższym w Programie zaplanowano¹⁵⁰ zmianę lokalizacji lecznictwa stacjonarnego w tej jednostce na siedzibę przy ul. Marii Skłodowskiej-Curie oraz modernizację i rozbudowę znajdujących się tam obiektów, a także adaptację pomieszczeń przy ul. Mickiewicza na nowe cele.

Cele działań
inwestycyjnych w Szpitalu
Zespolonym w Toruniu

¹⁴⁷ Szpital podlegał zmianom organizacyjnym polegającym na włączaniu w jego strukturę innych podmiotów leczniczych, i tak: na podstawie uchwały Nr XLI/1015/09 Sejmiku Województwa Kujawsko-Pomorskiego z 23 grudnia 2009 r., z dniem 8 listopada 2010 r. ww. szpital połączony został m.in. z Wojewódzkim Szpitalem Dziecięcym w Toruniu (objętym Programem) a uchwałą Nr XVI/291/11 Sejmiku Województwa Kujawsko-Pomorskiego z 19 grudnia 2011 r., z dniem 31 grudnia 2012 r. ww. szpital został połączony m.in. z Wojewódzkim Ośrodkiem Lecznictwa Psychiatrycznego w Toruniu (objętym Programem) i Wojewódzkim Szpitalem Obserwacyjno-Zakaźnym w Toruniu (nieobjętym Programem).

¹⁴⁸ Z tym, że w Programie nie przewidziano zadania skierowanego wprost na rozszerzenie działalności Oddziału Chemioterapii Nowotworów, natomiast uwzględniono także zadania związane z planowanym łączeniem szpitala z innymi wojewódzkimi podmiotami leczniczymi.

¹⁴⁹ W Programie w dwóch sekcjach przewidziano różną liczbę i różne nakłady na zadania inwestycyjne (w pkt 5 Zidentyfikowane problemy – 15,5 mln zł, w pkt 7 Analiza techniczna 9,2 mln zł).

¹⁵⁰ W pkt 5 Programu wartość zadań wyniosła 46 mln zł, w pkt 7 nie ujęto modernizacji i adaptacji budynków przy ul. Mickiewicza o wartości 4 mln zł.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Zdjęcie nr 15

Gabinet dentystyczny dla dzieci w Wojewódzkim Centrum Stomatologii Szpitala Zespolonego w Toruniu. Stan po zakończeniu prac modernizacyjnych



Źródło: Kujawsko-Pomorskie Inwestycje Medyczne.

Wykonanie Programu w Szpitalu Zespolonym w Toruniu

Zadania w lokalizacji przy ul. Konstytucji 3 maja w Toruniu (dawny Wojewódzki Szpital Dziecięcy) zostały w większości wykonane. W szczególności utworzono Wojewódzkie Centrum Stomatologii. W tym przypadku zakres prac znacząco przekraczał założenia, przez co koszty zadania wyniosły 15,4 mln zł, wobec planowanych 2,0–2,3 mln zł.

Zdjęcie nr 16

Wyremontowany budynek przy ul. Mickiewicza 24/26 z przeznaczeniem na poradnię zdrowia psychicznego. Stan po zakończeniu prac modernizacyjnych



Źródło: Kujawsko-Pomorskie Inwestycje Medyczne.

Działania planowane w odniesieniu do lokalizacji przy ul. św. Józefa, Mickiewicza i Marii Skłodowskiej-Curie w Toruniu nie zostały w większości wykonane. Wynikało to ze zmiany koncepcji realizacji inwestycji wobec Szpitala Zespolonego w Toruniu. Rozbudowa obiektów przy ul. Marii Skłodowskiej-Curie z przeznaczeniem na stacjonarne leczenie psychiatryczne okazała się niemożliwa ze względu na zabytkowy charakter obiektów. KPIM informowały EBI o tych problemach na początku 2011 r. Jako alternatywną lokalizację wskazano teren przy ul. św. Józefa. Wraz z połączeniem w Szpitalu Zespolonym w Toruniu wojewódzkich podmiotów leczniczych zmieniła się także koncepcja realizacji inwestycji w tej jednostce. Wskazano na zasadność przeniesienia komórek leczenia zakaźnego i psychiatrycznego do nowo wybudowanych obiektów przy ul. św. Józefa. Realizacja tej koncepcji skłoniła do przeprowadzenia kompleksowej rozbudowy Szpitala Zespolonego w Toruniu w wyżej wymienionej lokalizacji. Wymagało to jednak zwiększenia kosztów projektu i wydłużyło czas jego realizacji. Z tego też względu KPIM wyłączyły ze swoich planów inwestycyjnych pierwotnie zaplanowane zadania i rozpoczęły działania w celu pozyskania środków na rozbudowę szpitala, które nie zostały objęte niniejszą kontrolą NIK. Spółka podpisała 28 sierpnia 2014 r. ze Szpitalem Zespolonym w Toruniu umowę o partnerstwie, dotyczącą zasad prowadzenia inwestycji polegającej na rozbudowie tej jednostki.

W zakresie leczenia psychiatrycznego zrealizowano działania modernizacyjno-remontowe w obiektach przy ul. Mickiewicza i Skłodowskiej-Curie wraz z dokumentacją projektową o wartości łącznej 7,2 mln zł. W odniesieniu do lokalizacji przy ul. św. Józefa w szczególności zmodernizowano jeden oddział szpitalny, a także infrastrukturę techniczną szpitala, zakupiono wyposażenie i aparaturę medyczną, opracowano dokumentację projektową. Na powyższe zadania wydatkowano 33,1 mln zł.

Ogółem nakłady KPIM na zadania realizowane na rzecz Szpitala Zespolonego w Toruniu i jednostek połączonych wyniosły 63,3 mln zł. Przyjmując, że ww. szpital wydatkowałoby samodzielnie w kolejnych latach kwoty odpowiadające jego średniorocznym wydatkom inwestycyjnym z lat 2009–2016, to zrealizowałoby inwestycje o wartościach wydatków Spółki w okresie dziewięciu lat. Szpital i jednostki połączone wydatkowały na zadania własne 21,9 mln zł. Wśród zadań własnych realizowanych w jednostkach włączonych do ww. szpitala dominował zakup sprzętu i aparatury medycznej. W obiektach przy ul. św. Józefa także zakupiono sprzęt i aparaturę medyczną, a także przeprowadzono modernizację pomieszczeń, w szczególności: Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej, Oddziału Neurologii i Oddziału Chorób Płuc. Ogółem wydatki wszystkich podmiotów zaangażowanych w działania w ww. szpitalu stanowiły 56,7% wartości inwestycji wskazanych w Programie. Kujawsko-Pomorskie Inwestycje Medyczne wykazały wobec EBI realizację zadań w Szpitalu Zespolonym w Toruniu na poziomie w 40%.

Efekty realizacji Programu w Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Świeciu

W 2009 r. Szpital Zespolony w Toruniu, z uwzględnieniem czterech jednostek połączonych w późniejszych latach¹⁵¹ dysponował obiektami o powierzchni 62,4 tys. m², przy czym wszystkie te budynki nie odpowiadały normom w zakresie ogólnoprzestrzennym, sanitarnym i instalacyjnym, a obiekty o powierzchni 24,6 tys. m² także normom przeciwpożarowym. Na koniec 2016 r. szpital dysponował obiektami o pow. 68,2 tys. m², z czego 63,9 tys. m² (93,4%) pozostało niedostosowane do obowiązujących wymagań ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych, a 23,6 tys. m² (34,6%) także do norm przeciwpożarowych. W granicznym terminie do 31 grudnia 2017 r. pomieszczenia i urządzenia Szpitala Zespolonego w Toruniu nie spełniały wymagań ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych określonych. Szpital do 29 czerwca 2018 r. nie wystąpił do PPIS w Toruniu o wydanie opinii o wpływie niespełnienia wyżej wymienionych wymagań na bezpieczeństwo pacjentów, o której mowa w art. 207 ust. 3 udl. Jak wskazał dyrektor szpitala, nie wystąpiono o uzyskanie ww. opinii z powodu prowadzonej obecnie rozbudowy

Ocena wpływu realizacji Programu na Szpital Zespolony w Toruniu jest bardzo utrudniona wskutek zmian w jego strukturze (połączenia podmiotów) i niezrealizowania kluczowych inwestycji. Dla trzech połączonych jednostek objętych Programem przewidziano ogółem 1026 łóżek szpitalnych, przy średnim wykorzystaniu 82%, a osiągnięto (dla czterech połączonych szpitali) 1043 łóżka, przy średnim obłożeniu 74%; zaplanowano zatrudnienie 272 lekarzy, a osiągnięto 284. Planowano hospitalizację 65,1 tys. osób przez 296,0 tys. osobodni, a osiągnięto 54,3 tys. hospitalizacji przez 283,3 tys. osobodni.

Łączenie jednostek miało także dominujący wpływ na sytuację finansową szpitala, następującą w latach 2010–2012. Przychody szpitala z tytułu zakontraktowanych świadczeń zdrowotnych między 2009 r. a 2016 r. podwoiły się¹⁵². Wyniki finansowe szpitala na działalności operacyjnej podlegały wahaniom w latach 2009–2012 (w przedziale od straty 8,7 mln zł w 2010 r. zł do zysku 14,0 mln zł w 2009 r.), aby w kolejnych latach ustabilizować się na poziomie dodatnim – od 0,8 mln zł w 2016 r. do 4,2 mln zł w 2012 r. Szpital od 2010 r. wykorzystywał w ograniczonym stopniu kredyty długoterminowe (2–3 mln zł) i zasadniczo nie posiadał zobowiązań wymagalnych.

Zdaniem Dyrektora Szpitala realizacja Programu wpłynęła na podniesienie poziomu opieki nad pacjentem, wdrożenie nowych technologii medycznych oraz metod leczenia, poprawę dostępności do sprzętu medycznego najnowszej generacji. Program umożliwił przez to świadczenie usług zgodnie z obowiązującymi standardami medycznymi.

¹⁵¹ Przy czym dane dla jednostek połączonych, w zależności od ich dostępności, podawane są na rok 2009 lub na ostatni rok poprzedzający połączenie.

¹⁵² Dane dla Szpitala Zespolonego w Toruniu bez jednostek połączonych. W 2009 r. przychody łączne z tytułu świadczeń zdrowotnych dla Szpitala Zespolonego w Toruniu, Wojewódzkiego Szpitala Obserwacyjno-Zakaźnego w Toruniu, Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Toruniu i Wojewódzkiego Ośrodka Lecznictwa Psychiatrycznego w Toruniu wyniosły 191,1 mln zł, tj. faktyczny wzrost wynosił ok. 30,6%.

6. ZAŁĄCZNIKI

6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe

Celem głównym kontroli było udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy zadania przewidziane w „Programie inwestycji rozwojowych i modernizacyjnych w szpitalach wojewódzkich na lata 2009–2016” zostały prawidłowo sfinansowane i zrealizowane oraz osiągnięto zakładane efekty programu?

Cel główny kontroli

Przewidziano, że w wyniku przeprowadzonych badań kontrolnych możliwe będzie udzielenie odpowiedzi na następujące pytania szczegółowe:

Cele szczegółowe

1. Czy zapewniono prawidłowe finansowanie programu, w tym czy koszty realizacji programu nie miały negatywnego wpływu na sytuację finansową, majątkową i funkcjonowanie uczestników programu?
2. Czy zadania objęte programem zrealizowano prawidłowo i czy osiągnięto zakładane efekty?

Kontrolą objęto pięć jednostek: Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego (podmiot odpowiedzialny za tworzenie założeń Programu i nadzór nad podmiotami zaangażowanymi w jego realizację); Kujawsko-Pomorskie Inwestycje Medyczne sp. z o.o. (spółkę samorządu województwa odpowiedzialną za realizację Programu i pozyskanie finansowania); trzy wybrane szpitale wojewódzkie – samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (odpowiedzialne za realizacji części zadań inwestycyjnych i wykorzystanie wyników inwestycji), tj.: Szpital Dziecięcy w Bydgoszczy, Centrum Onkologii w Bydgoszczy i Szpital Specjalistyczny we Włocławku.

Zakres kontroli

Zakres przedmiotowy kontroli w przypadku każdej z jednostek był dostosowany do zakresu ich zadań związanych z realizacją inwestycji określonych w programie, i tak:

- a) w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Kujawsko-Pomorskiego obejmował: sprawowanie nadzoru nad wykonaniem Programu; ocenę wpływu założeń Programu i jego aktualizacji na efekty zrealizowanych działań; działania w zakresie finansowania programu; nadzór nad finansowym wykonaniem Programu i nadzór nad sytuacją majątkową i finansową podmiotów realizujących Program;
- b) w KPIM obejmował: realizację Programu; koordynację zadań wykonywanych przez szpitale; pozyskanie środków na finansowanie Programu; wydatkowanie tych środków;
- c) w szpitalach wojewódzkich obejmował: prowadzenie inwestycji własnych w porozumieniu z ww. spółką; wykorzystanie i utrzymanie efektów inwestycji zrealizowanych w ramach Programu; pozyskanie środków na zadania własne; wpływ zrealizowanych inwestycji na sytuację finansową szpitala.

Kontrole realizacji inwestycji przez KPIM oraz szpitale wojewódzkie przeprowadzono na próbach, którymi były zadania inwestycyjne o łącznej wartości 298,5 mln zł. Spośród ogółu objętych kontrolą zadań inwestycyjnych badaniami w KPIM objęto zadania o wartości 275,1 mln zł, co stanowiło 62% środków wydatkowanych przez Spółkę w ramach Programu i 65% środków wydatkowanych z kredytu udzielonego przez EBI. Obejmowało to zadania zrealizowane przez Spółkę z przeznaczeniem dla:

ZAŁĄCZNIKI

- a) Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy: roboty budowlane, zakup sprzętu i aparatury medycznej i wyposażenia o wartości 162,0 mln zł; wyposażenie medyczne o wartości 10,5 mln zł; dokumentacja projektowa o wartości 7,8 mln zł;
- b) Centrum Onkologii w Bydgoszczy: budowa PARIS o wartości 42,7 mln zł; przebudowa z nadbudową Bloku Żywnieniowego o wartości 7,8 mln zł; przebudowa stacji łóżek o wartości 6,0 mln zł; przebudowa układu komunikacyjnego dróg wewnętrznych Zespołu Głównego Centrum Onkologii o wartości 2,5 mln zł;
- c) Szpitala Specjalistycznego we Włocławku: budowa budynku nr 13 z lądowiskiem we Włocławku” (Oddział Dziecięcy, Oddział I Wewnętrzny) o wartości 18,8 mln zł; modernizacja i rozbudowa budynku nr 5 i częściowo nr 7 – 16,8 mln zł; dostawa łóżek szpitalnych o wartości 0,2 mln zł; wykonanie ekspertyzy ornitologicznej i chiropterologicznej budynków szpitala o wartości 15,3 tys. zł.

Badaniem objęto także zadania zrealizowane ze środków własnych trzech szpitali wojewódzkich na kwotę ogółem 23,5 mln zł, co stanowiło 34,8% wydatków wszystkich szpitali wojewódzkich w ramach Programu. Kontrolą objęto inwestycje zrealizowane przez:

- Szpital Dziecięcy w Bydgoszczy: wyposażenie Działu Centralnej Sterylizacji i Centralnej Dezynfektorni o wartości 5,0 mln zł; zakup serwera i komputerów o wartości 0,2 mln; zakup komputerów i drukarek o wartości 0,2 mln zł; wyposażenie laboratorium bakteriologicznego – zakup analizatora do automatycznej identyfikacji i oznaczania lekowrażliwości drobnoustrojów o wartości 0,2 mln zł;
- Centrum Onkologii w Bydgoszczy: wyposażenie PARIS o wartości 6,4 mln zł; remont infrastruktury pomieszczeń administracyjnych o wartości 3,0 mln zł; modernizacja infrastruktury bloku żywieniowego o wartości 1,8 mln zł; modernizacja infrastruktury stacji łóżek o wartości 0,6 mln zł;
- Szpital Specjalistyczny we Włocławku: zakup rezonansu magnetycznego wraz z dostosowaniem pomieszczeń dla potrzeb Szpitala Specjalistycznego we Włocławku o wartości 5,8 mln zł; dostawa noża Osseoduo z wyposażeniem – wartość 0,1 mln zł; wyposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego o wartość 0,1 mln zł; dostawa mebli dla Oddziału Dziecięco-Obserwacyjnego o wartości 40,5 tys. zł.

Okres objęty kontrolą Kontrolą objęto lata 2009–2016, z uwzględnieniem okresów wcześniejszych i późniejszych, jeśli zdarzenia mające wówczas miejsce miały wpływ na ocenę realizacji i wykorzystania inwestycji będących przedmiotem kontroli. Czynności kontrolne przeprowadzono w okresie od 25 października 2017 r. do 5 marca 2018 r.

Kryteria kontroli Kontrolę przeprowadzono w jednostkach organizacyjnych samorządu terytorialnego i w samorządowych osobach prawnych, na podstawie art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹⁵³, z uwzględnieniem kryteriów: legalności, gospodarności i rzetelności.

¹⁵³ Dz. U. z 2017 r. poz. 524, ze zm., zwana dalej „ustawą o NIK”.

W ramach przygotowania przedkontrolnego uzyskano szereg dokumentów w trybie art. 29 ust. 1 pkt 1 w związku z art. 28 ust. 2 pkt 4 ustawy o NIK. Dotyczyło to w szczególności: treści dokumentów programowych, umowy kredytowej i umowy poręczenia z 3 listopada 2010 r., sprawozdań finansowych, sprawozdań z realizowanych inwestycji, umów zawieranych między szpitalami wojewódzkimi a Kujawsko-Pomorskimi Inwestycjami Medycznymi, danych o programach dostosowawczych szpitali wojewódzkich i dostosowaniu szpitali do wymogów ppoż. Powyższe dokumenty, które uzyskano ze szpitali wojewódzkich, Kujawsko-Pomorskich Inwestycji Medycznych, Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego, Wojewody Kujawsko-Pomorskiego, właściwych Komendantów Powiatowych Państwowej Straży Pożarnej, służyły nie tylko opracowaniu programu kontroli, wykorzystano je także jako materiał dowodowy w toku prowadzonych czynności kontrolnych.

W celu ustalenia stanu realizacji przez szpitale programów dostosowawczych określonych w art. 207 udl, na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f zwrócono się o informacje lub dokumenty między innymi do Głównego Inspektora Sanitarnego, właściwych Państwowych Powiatowych Inspektorów Sanitarnych i szpitali wojewódzkich nieobjętych kontrolą NIK. W związku z brakami w dokumentacji kontrolowanych procesów budowlanych zwracano się także w wyżej wymienionym trybie o informacje do firmy projektowej, Powiatowego Inspektora Nadzoru Budowlanego w Bydgoszczy i Komendanta Miejskiego Państwowej Straży Pożarnej w Bydgoszczy. Pozyskiwano także informacje o wynikach realizacji Programu od szpitali wojewódzkich nie objętych kontrolą szczegółową.

W toku kontroli prowadzonej w Kujawsko-Pomorskich Inwestycjach Medycznych Izba zleciła na podstawie art. 12 pkt 3 ustawy o NIK Komendantowi Miejskiemu Państwowej Straży Pożarnej w Bydgoszczy przeprowadzenie kontroli spełnienia wymogów przeciwpożarowych w budynkach powstałych w wyniku realizacji jednej z inwestycji przeprowadzonej przez spółkę.

Kontrola pt. Finansowanie i realizacja „Programu inwestycji rozwojowych i modernizacyjnych w szpitalach wojewódzkich na lata 2009–2016” w województwie kujawsko-pomorskim (P/17/064) została podjęta z inicjatywy własnej NIK i należy do kategorii kontroli wykonania zadań. NIK nie prowadził do tej pory kontroli w powyższym zakresie. Działalność KPIM oraz sprawowanie nadzoru przez Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego nad tą spółką były dotychczas (tj. II połowie 2014 r.) objęte kontrolą NIK w temacie „Realizacji zadań publicznych przez spółki tworzone przez jednostki samorządu terytorialnego” (P/14/019). Wyniki tej kontroli wykorzystano w toku analizy przedkontrolnej, do której użyto także ustalenia innych kontroli NIK (planowych i doraźnych)

Działania na podstawie
art. 29 ustawy o NIK

Zlecenie przez NIK
kontroli organom
kontroli, rewizji, inspekcji

Analiza przedkontrolna

dotyczących realizacji inwestycji w szpitalach¹⁵⁴. Przygotowując program kontroli wykorzystano także liczne artykuły prasowe, które wskazywały na problemy z przebiegiem niektórych inwestycji realizowanych w ramach Programu.

Kryteria doboru jednostek do kontroli

Cele kontroli wymagały przeprowadzenia kontroli w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Kujawsko-Pomorskiego, a także KPIM. Doboru szpitali wojewódzkich objętych kontrolą dokonano celowo. Podstawowym wyznacznikiem przy doborze szpitali była wartość inwestycji objętych Programem realizowanych na rzecz danego szpitala.

Stan realizacji wniosków pokontrolnych

Wyniki kontroli przedstawiono w pięciu wystąpieniach pokontrolnych. W każdym z wystąpień sformułowano wnioski pokontrolne, których było ogółem 24, a w dwóch wystąpieniach sformułowano ogółem pięć uwag systemowych.

Z informacji o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych wynika, że zrealizowano 15 wniosków (62,5%), podjęto działania w celu realizacji kolejnych ośmiu wniosków (33,3%), a nie zrealizowano jednego wniosku (4,2%)

Złożone zastrzeżenia do wystąpień pokontrolnych i sposób ich rozpatrzenia

Kierownicy dwóch jednostek kontrolowanych zgłoszyli ogółem 25 zastrzeżeń do zawartych w skierowanych do nich wystąpieniach: ocen (w tym w zakresie stwierdzonych nieprawidłowości), uwag, a także stanów faktycznych.

Marszałek Województwa w piśmie z 29 marca 2018 wniósł ogółem cztery zastrzeżenia do oceny ogólnej, ocen częściowych, jednej nieprawidłowości i trzech uwag zawartych w wystąpieniu pokontrolnym z 5 marca 2018 r. Zespół Orzekający Komisji Odwoławczej uchwałą z 22 maja 2018 r., uwzględnił w części dwa zastrzeżenia: jedno odnoszące się do nieprawidłowości oraz jedno odnoszące się do uwagi, oceny ogólnej i jednej oceny częściowej. Wskutek uznania ww. zastrzeżeń dokonano zmian zapisów wystąpienia, a w szczególności przytoczono argumenty składającego zastrzeżenia odnośnie zakresu sprawowanego nadzoru nad KPIM, w tym w szczególności nad terminowością przyjmowania planów finansowo-inwestycyjnych Spółki.

Zarząd KPIM zgłosił w piśmie z 3 kwietnia 2018 r. ogółem 21 zastrzeżeń do: oceny ogólnej, ocen częściowych, 18 nieprawidłowości, a także stanów faktycznych zawartych w wystąpieniu pokontrolnym z 5 marca 2018 r. Zespół Orzekający Komisji Odwoławczej uchwałą z dnia 14 czerwca 2018 r. w całości uwzględnił wszystkie trzy zastrzeżenia wniesione do stanów faktycznych dokonując korekt treści wystąpienia, a ponadto w części uwzględnił zastrzeżenia do dwóch nieprawidłowości, w wyniku czego w szczególności skorygowano liczbę stwierdzonych naruszeń art. 144 ust. 1 pzp (z trzech do dwóch), a ponadto dokonano korekty danych zawartych w opisie innej nieprawidłowości.

¹⁵⁴ W szczególności: „Realizacja programów wieloletnich z zakresu inwestycji budowlanych” (D/15/501), „Funkcjonowanie szpitali klinicznych” (P/14/064), „Przygotowanie, realizacja i finansowanie inwestycji Zagłębiowskie Centrum Onkologii (...)” (I/15/001).

ZAŁĄCZNIKI

W trakcie kontroli stwierdzono nieprawidłowości finansowe na kwotę 84 mln 780,5 tys. zł, dotyczące finansowych lub sprawozdawczych skutków nieprawidłowości, z czego: 22,7 tys zł dotyczyło uszczuplenia środków lub aktywów, 25 mln 68,4 tys. zł kwot wydatkowanych z naruszeniem prawa, 59 mln 687,7 tys. zł sprawozdawczych skutków nieprawidłowości, a 1,7 tys. zł kwot wydatkowanych w następstwie działań stanowiących naruszenie prawa.

Finansowe rezultaty kontroli

W wyniku kontroli skierowano jedno zawiadomienie o naruszeniu dyscypliny finansów publicznych. Dotyczyło ono nieprzeprowadzania inwentaryzacji przez Szpital Dziecięcy w Bydgoszczy, podlegające odpowiedzialności na podstawie art. 18 ust. 1 dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1458).

Dyscypliny finansów publicznych

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności
1.	Delegatura NIK w Bydgoszczy	Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego	Piotr Całbecki	Opisowa
2.	Delegatura NIK w Bydgoszczy	Kujawsko-Pomorskie Inwestycje Medyczne sp. z o.o.	Aleksander Szczęsny ¹⁵⁵	Opisowa
3.	Delegatura NIK w Bydgoszczy	Centrum Onkologii im. prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy	Janusz Kowalewski ¹⁵⁶	Opisowa
4.	Delegatura NIK w Bydgoszczy	Wojewódzki Szpital Dziecięcy im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy	Edward Hartwich ¹⁵⁷	Opisowa
5.	Delegatura NIK w Bydgoszczy	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. błogosławionego księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku	Marek Bruzdowicz ¹⁵⁸	Opisowa

Wykaz jednostek kontrolowanych

¹⁵⁵ Od 21 stycznia 2011 r. Poprzednio Waclaw Filar.

¹⁵⁶ Od 11 grudnia 2014 r. Poprzednio Zbigniew Pawłowicz.

¹⁵⁷ Od 1 października 2016 r. Poprzednio: od 19 listopada 2015 r. do 30 września 2016 r. Wiesław Kielbasiński; od 1 października 2010 r. do 18 listopada 2015 r. Jarosław Cegielski; od 28 marca 1991 r. do 30 września 2010 r. Edward Grządziel.

¹⁵⁸ Od 17 czerwca 2015 r. Poprzednio: od 7 marca do 3 kwietnia 2013 r. Stefan Kwiatkowski; od 4 kwietnia 2013 r. do 31 lipca 2015 r. Krzysztof Malatyński; od 31 maja 2007 r. do 31 grudnia 2013 r. Bronisław Dziegielewski.

6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych

Uwarunkowania organizacyjno-ekonomiczne

Organizacja i finansowanie Programu

Kujawsko-Pomorskie Inwestycje Medyczne zostały powołane przez Sejmik Województwa 26 stycznia 2009 r.¹⁵⁹ Dokument określający koncepcję realizacji przez KPIM inwestycji zatwierdziło zgromadzenie wspólników ww. spółki 28 kwietnia 2009 r.¹⁶⁰ Zakładano w tym dokumencie pozyskanie przez utworzoną Spółkę (działającą na zasadzie *non-profit*) przejściowego finansowania inwestycji ze źródeł zewnętrznych, jak np. kredyt bankowy, cesja wierzytelności z tytułu dopłat do spółki, przystąpienie przez podmiot zewnętrzny (inwestora) do spółki. Zabezpieczeniem dla pozyskanych środków zewnętrznych i źródłem ich spłaty powinny być dopłaty do kapitału spółki wnoszone przez właściciela. Na podstawie porozumień zawieranych ze szpitalami wojewódzkimi KPIM winna uzyskać tytuł do dysponowania nieruchomościami i pełnić funkcję inwestora. Wyniki inwestycji Spółki powinny być przekazywane szpitalom do bezpłatnego korzystania. Szpitale wojewódzkie wniosą wkład własny realizując i finansując samodzielnie wyodrębnione zadania inwestycyjne.

Zarząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego uchwałą nr 55/894/09 z 16 lipca 2009 r. przyjął „Program inwestycji rozwojowych i modernizacyjnych w szpitalach wojewódzkich na lata 2009–2012”. Wskazano w nim dziewięć szpitali wojewódzkich (z których trzy w późniejszym okresie połączono w jeden podmiot leczniczy), w których Program miał być realizowany. Programem nie objęto Wojewódzkiego Szpitala Obserwacyjno-Zakaźnego w Toruniu, w którym inwestycje miały zostać sfinansowane ze środków europejskich.

Wskazano, że „celem projektu jest dostosowanie pomieszczeń zakładów do wymaganych standardów oraz podniesienie standardu usług medycznych na terenie Województwa Kujawsko-Pomorskiego”. W dalszej części Programu wskazano trzy cele:

- 1) „podniesienie standardu usług medycznych na terenie województwa kujawsko-pomorskiego;
- 2) wzrost efektywności zarządzania zasobami energetycznymi w jednostkach ochrony zdrowia;
- 3) poprawa wizualizacji nieruchomości zakładów opieki zdrowotnej i dostosowanie ich w tym zakresie do standardów europejskich”.

Określono, że zadaniem Kujawsko-Pomorskich Inwestycji Medycznych będzie prowadzenie nadzoru formalnego nad realizacją programu, monitorowanie, raportowanie. Szacowaną wartość zadań w ramach programu określono na 450 mln zł brutto.

¹⁵⁹ Uchwałą Sejmiku Województwa Nr XXX/602/09 z 26 stycznia 2009 r. w sprawie utworzenia spółki z ograniczoną odpowiedzialnością.

¹⁶⁰ Dokument z 6 kwietnia 2009 r. nosił nazwę „Koncepcja realizacji inwestycji medycznych przez spółkę Kujawsko-Pomorskie Inwestycje Medyczne sp. z o.o.”.

W dniu 3 października 2010 r. wyżej wymieniona Spółka zawarła umowę kredytową z Europejskim Bankiem Inwestycyjnym. Umowa ta, zawarta w języku angielskim i oparta o prawo Luksemburga, przyznawała Spółce kredyt w wysokości 425 mln zł z przeznaczeniem na „wsparcie realizacji Programu Rozwoju i Modernizacji Szpitali wojewódzkich w latach 2009–2012 w województwie kujawsko-pomorskim”, a przez to osiągnięcie technicznych i profesjonalnych standardów wymaganych przez polskie prawo do 2012 r. poprzez zwiększenie potencjału świadczenia usług medycznych przez szpitale, poprawę jakości pomieszczeń szpitalnych i bazy łóżkowej, racjonalizację zużycia energii. Załącznik do wyżej wymienionej umowy wskazywał na to, że program będzie realizowany w 10 szpitalach wojewódzkich¹⁶¹. Wskazano także na terminarz działań: jako daty początkowe działań w szpitalach – lata 2007–2008, a datę końcową – rok 2012.

Wkrótce po pozyskaniu środków finansowych z EBI nastąpiły zmiany w prawie polskim w zakresie funkcjonowania podmiotów leczniczych, a w szczególności warunków jakimi powinny odpowiadać ich pomieszczenia i urządzenia¹⁶². W dniu 1 lipca 2011 r. weszły w życie przepisy udl, które zawierały w swej treści (art. 207) przepisy dotyczące obowiązku dostosowania pomieszczeń i urządzeń podmiotów leczniczych. Termin dostosowania obiektów po tych zmianach oraz nowelizacji udl określono ostatecznie na 31 grudnia 2017 r.

Wskazane wyżej zmiany przepisów stanowiły główne uzasadnienie aktualizacji Programu. Zarząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego uchwałą nr 461378/12 z 12 listopada 2012 r. zmienił odpowiednio uchwałę z 2009 r., przesuwając w szczególności okres zakończenia Programu z roku 2012 na rok 2016.

Analiza stanu prawnego

Art. 94 ust 1 i 2 ufp stanowi, że jednostki samorządu terytorialnego mogą udzielać poręczeń i gwarancji, z uwzględnieniem przepisów tej ustawy, przy czym łączna ich kwota powinna zostać wykazana w uchwale budżetowej. Czynności udzielenia poręczenia, zgodnie z art. 262 ust. 1 ufp dokonuje dwóch członków zarządu jst wskazanych w uchwale przez zarząd przy kontrasygnacie skarbnika. Powyższe poręczenia i gwarancje powinny być terminowe i udzielane do określonej kwoty.

Zgodnie z art. 212 ust. 1 pkt 7 ufp uchwała budżetowa jst zawiera między innymi kwotę wydatków przypadających do spłaty w danym roku budżetowym, zgodnie z zawartą umową, z tytułu poręczeń i gwarancji udzielonych

Zmiany założeń w toku realizacji Programu

Przepisy o finansach publicznych w odniesieniu do udzielania przez jst poręczeń i gwarancji, a także ich wykazywania w budżecie i wieloletnich prognozach finansowych

¹⁶¹ W pierwszym akapicie wskazano liczbę 10 szpitali, taka liczba jest też wymieniona z nazwy w opisie, jednak w drugim akapicie wskazano, że działania objęte programem przewidziano w dziewięciu jednostkach. Wskazano tam na nieobjęty Programem Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny w Toruniu, który w latach 2009–2012 był jednostką samodzielną, a z dniem 31 grudnia 2012 r (Uchwałą Nr XVI/291/11 Sejmiku Województwa Kujawsko-Pomorskiego z 19 grudnia 2011 r. został połączony z Wojewódzkim Szpitalem Zespolonym im. L. Rydygiera w Toruniu.

¹⁶² Nowe wymogi określono w rozporządzeniu obowiązującym od 26 lutego 2011 r., kolejne rozporządzenie weszło w życie od 14 lipca 2012 r. Należy zwrócić uwagę, że rozporządzenie z 2011 r. przestało obowiązywać przed dniem 30 czerwca 2012 r, przez co do dnia wejścia w życie rozporządzenia z 2012 r. nie obowiązywały żadne wymogi w ww. zakresie.

przez jednostkę samorządu terytorialnego. W budżecie powinny zatem zostać zaplanowane wydatki na potencjalną spłatę zobowiązań z tytułu udzielonego poręczenia przypadające (zgodnie z umową poręczenia) na dany rok budżetowy. W budżecie nie wykazuje się niewymagalnych zobowiązań z tytułu udzielonych poręczeń i gwarancji. Kwota długu jest nie jest obligatoryjnym elementem uchwały budżetowej, planowaną kwotę zadłużenia wykazuje się natomiast w wieloletniej prognozie finansowej.

Przepis art. 226 ust. 1 pkt 1 ufp wskazuje, że wieloletnia prognoza finansowa powinna być realistyczna i określać dla każdego roku objętego prognozą co najmniej: dochody bieżące oraz wydatki bieżące budżetu jednostki samorządu terytorialnego, w tym na obsługę długu, gwarancje i poręczenia. Treść rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 10 stycznia 2013 r. w sprawie wieloletniej prognozy finansowej jednostki samorządu terytorialnego¹⁶³ wskazuje, że w tych dokumentach powinna zostać wykazana wartość planowanych bieżących wydatków z tytułu poręczeń i gwarancji po udzieleniu poręczenia. Zgodnie z objaśnieniem do załącznika nr 1 do wyżej wymienionego rozporządzenia informację o wydatkach z tytułu niewymagalnych poręczeń i gwarancji, wykraczających poza okres którego dotyczy wieloletnia prognoza finansowa, należy zamieścić w objaśnieniach do prognozy.

Wpływ poręczeń
i gwarancji na wskaźniki
zadłużenia lub spłaty
zobowiązań jest

Na podstawie art. 121 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. Przepisy wprowadzające ustawę o finansach publicznych¹⁶⁴ art. 243 ufp ma zastosowanie do budżetów jest od roku 2014. Przepis ten określa, że organ stanowiący jednostki samorządu terytorialnego nie może uchwalić budżetu, którego realizacja spowoduje, że w roku budżetowym oraz w każdym roku następującym po roku budżetowym relacja:

łącznej kwoty przypadających w danym roku budżetowym:

- spłat rat kredytów i pożyczek¹⁶⁵, wraz z należnymi w danym roku odsetkami od kredytów i pożyczek¹⁶⁶,
- wykupów papierów wartościowych¹⁶⁷ wraz z należnymi odsetkami i dyskontem od papierów wartościowych¹⁶⁸,
- potencjalnych spłat kwot wynikających z udzielonych poręczeń oraz gwarancji,

do planowanych dochodów ogółem budżetu;

przekroczy dopuszczalną wartość wskaźnika (którego sposób obliczania wykazano w tym przepisie). Powyższa relacja oraz wartość wskaźnika określonego w art. 243 ufp powinny zostać wykazane w wieloletnich prognozach finansowych.

¹⁶³ Dz. U. z 2015 r. poz. 92, obowiązuje od 1 lutego 2013 r.

¹⁶⁴ Dz. U. Nr 157, poz. 1241 ze zm., dalej: „ustawa wprowadzająca ufp”.

¹⁶⁵ O których mowa w art. 89 ust. 1 pkt 2–4 oraz art. 90 ufp.

¹⁶⁶ O których mowa w art. 89 ust. 1 i art. 90 ufp.

¹⁶⁷ Emitowanych na cele określone w art. 89 ust. 1 pkt 2–4 oraz art. 90 ufp.

¹⁶⁸ Emitowanych na cele określone w art. 89 ust. 1 i art. 90 ufp.

Do obliczenia długu jst ma zastosowanie art. 72–73 ufp¹⁶⁹. Dług jst w tym świetle składa się z wyemitowanych papierów wartościowych opiewających na wierzytelności pieniężne; zaciągniętych kredytów i pożyczek; przyjętych depozytów; wymagalnych zobowiązań (wynikających z odrębnych ustaw oraz prawomocnych orzeczeń sądów lub ostatecznych decyzji administracyjnych oraz uznanych za bezsporne przez właściwą jednostkę sektora finansów publicznych będącą dłużnikiem).

Na podstawie art. 85 pkt 3 ustawy wprowadzającej ufp do dnia 31 grudnia 2013 r. miały zastosowanie przepisy art. 169–170 ufp z 2005 r. W art. 169 ufp z 2005 r. określono przepisy ograniczające kwotę spłat zobowiązań z budżetu jst łączna kwota przypadających w roku budżetowym:

spłat rat kredytów i pożyczek wraz z odsetkami, a także wykupów papierów warów wartościowych wraz z dyskontem, których zaciągnięcie/emisja była przeznaczona na:

- finansowanie planowanego deficytu budżetu jednostki samorządu terytorialnego;
- spłatę wcześniej zaciągniętych zobowiązań z tytułu emisji papierów wartościowych oraz zaciągniętych pożyczek i kredytów;

powiększone o:

- odsetki od kredytów i pożyczek, a także dyskonto od papierów wartościowych, wynikające ze zobowiązań, które zostały zaciągnięte w celu pokrycia występującego w ciągu roku przejściowego deficytu budżetu jednostki samorządu terytorialnego;
- potencjalne spłaty kwot wynikających z udzielonych przez jst poręczeń i gwarancji;

nie mogą przekroczyć 15% planowanych na dany rok budżetowy dochodów jst¹⁷⁰.

Przy czym do powyższej wartości spłat zobowiązań nie wliczały się kwoty wydatków wynikających zaciągniętych kredytów i pożyczek (lub wyemitowanych papierów wartościowych lub udzielonych samorządowym osobom prawnym poręczeń i gwarancji) w związku z zawarciem umowy z dysponentem środków określonych w art. 5 ust. 3 ustawy (w tym przepisie wskazano na różne źródła środków europejskich).

W art. 170 ufp z 2005 r. znajdowała się regulacja określająca dopuszczalny próg zadłużenia jst. Stanowiła ona, że łączna kwota długu jst na koniec roku budżetowego nie może przekroczyć 60% wykonanych dochodów ogółem tej jednostki w tym roku budżetowym. Przekroczenie ww. granicy

¹⁶⁹ Oraz wydanych na podstawie art. 72 ust. 2 i 73 ust. 5 ufp rozporządzeń Ministra Finansów: z dnia 28 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowego sposobu klasyfikacji tytułów dłużnych zaliczanych do państwowego długu publicznego (Dz. U. Nr 298, poz. 1767); z dnia 30 marca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu ustalania wartości zobowiązań zaliczanych do państwowego długu publicznego, długu Skarbu Państwa, wartości zobowiązań z tytułu poręczeń i gwarancji (Dz. U. Nr 57, poz. 366).

¹⁷⁰ Należy zwrócić uwagę, że wskaźnik ten, w przypadku przekroczenia II progu ostrożnościowego, tj. relacji państwowego długu publicznego w stosunku do produktu krajowego brutto na poziomie powyżej 55%, ulegał obniżeniu do 12%.

podlegało kwartalnej weryfikacji w ciągu roku budżetowego. Przy obliczaniu wyżej wymienionej relacji długu nie uwzględniano się wartości zobowiązań (kredytów, pożyczek, wyemitowanych papierów wartościowych) zaciągniętych w związku z zawarciem umowy z dysponentem środków określonych w art. 5 ust. 3 wyżej wymienionej ustawy (przy czym zobowiązania te podlegają wyłączeniu jedynie do dnia zakończenia projektu, programu lub zadania oraz do czasu otrzymania refundacji). Przepisy ufp z 2005 r. nie określały sposobu obliczania długu jst, jednak piśmiennictwo wskazywało na możliwość analogicznego zastosowania art. 68 ufp z 2005 r. odnoszącego się do państwowego długu publicznego. Zatem Dług jst tworzyły zobowiązania z tytułu wyemitowanych papierów wartościowych, zaciągniętych kredytów i pożyczek, przyjętych depozytów, a także wymagalnych zobowiązań. Sposób obliczania długu jst pozostał także niezdefiniowany wprost w ufp. W latach 2010–2013, kiedy to nadal obowiązywał art. 170 ufp z 2005 r., można było odpowiednio zastosować dla obliczenia długu jst przepisy odnoszące się do państwowego długu publicznego (w szczególności art. 72–73).

Kwota długu jst nie jest wskazywana w ufp jako obligatoryjny element uchwały budżetowej. Planowana kwota zadłużenia wskazywana jest natomiast w wieloletniej prognozie finansowej¹⁷¹.

Regulacje odnoszące się do tworzenia spółek z ograniczoną odpowiedzialnością przez samorząd województwa, a także funkcjonowania tych spółek

Ustawa o samorządzie województwa w art. 14 ust. 1 pkt 2 określa, że samorząd województwa wykonuje zadania o charakterze wojewódzkim określone ustawami między innymi w zakresie promocji i ochrony zdrowia. Art. 13 ust. 1 tej ustawy stanowi, że w sferze użyteczności publicznej województwo może tworzyć spółki z ograniczoną odpowiedzialnością, spółki akcyjne lub spółdzielnie, a także może przystępować do takich spółek lub spółdzielni. Art. 18 pkt 19 lit. e wyżej wymienionej ustawy wskazuje, że tworzenie, przekształcanie i likwidowanie wojewódzkich samorządowych jednostek organizacyjnych oraz wyposażanie ich w majątek należy do kompetencji sejmiku województwa.

Ustawa z dnia 20 grudnia 1996 r. o gospodarce komunalnej¹⁷² określa w art. 1 ust. 2 między innymi, że celem zadań o charakterze użyteczności publicznej jest bieżące i nieprzerwane zaspokajanie zbiorowych potrzeb ludności w drodze świadczenia usług powszechnie dostępnych. Zgodnie z art. 2 tej ustawy gospodarka komunalna może być prowadzona przez jednostki samorządu terytorialnego także w formie spółek prawa handlowego. Art. 9 ust. 1 ustawy określa natomiast uprawnienia jst do tworzenia spółek (lub przystępowania do spółek) z ograniczoną odpowiedzialnością lub akcyjnych.

Zgodnie z art. 151 § 3 i 4 ksh wspólnicy spółki z ograniczoną odpowiedzialnością są zobowiązani jedynie do świadczeń określonych w umowie spółki i nie odpowiadają za zobowiązania spółki. Przedmiot działalności spółki z ograniczoną odpowiedzialnością, zgodnie z art. 157 §1 pkt 2 ustawy określa umowa spółki. W przypadku utworzenia spółki przez jednego wspólnika umowa spółki nosi nazwę aktu założycielskiego (art. 4 §2 ustawy).

¹⁷¹ Zgodnie z art. 226 ust. 1 pkt 6 ufp. W przypadku budżetów jst od roku 2014 patrz także załącznik nr 1 do rozporządzenia w sprawie wpf.

¹⁷² Dz. U. z 2017 r. poz. 827, ze zm. Dalej: „ustawa o gospodarce komunalnej”.

Organami spółki z ograniczoną odpowiedzialnością są:

- zarząd spółki, który prowadzi sprawy spółki i reprezentuje spółkę (art. 201 §1 wyżej wymienionej ustawy, przepisy dotyczące jego funkcjonowania, a także odnoszące się do jego członków zawarto w art. 201–211 ustawy);
- rada nadzorcza lub komisja rewizyjna (uregulowania dotyczące tych organów zawarto w art. 213–222 ustawy);
- zgromadzenie wspólników (wskazanego w art. 227 ww. ustawy, którego funkcjonowanie regulują art. 227–254 ustawy);

Ustawa o gospodarce komunalnej zawiera szczególne regulacje odnoszące się do funkcjonowania samorządowych spółek prawa handlowego. Zgodnie z art. 10a ust. 1 ustawy w spółkach z udziałem jst istnieje obowiązek powołania rad nadzorczych. Przepis art. 10a ust. 5–6 ustawy o gospodarce komunalnej wskazują na odmienne od art. 201 §4 ksh zasady powoływania członków zarządu spółki z udziałem jst, których powołuje i odwołuje rada nadzorcza.

Zgodnie z art. 12 ust. 4 ustawy o gospodarce komunalnej w jednoosobowych spółkach jednostek samorządu terytorialnego funkcję zgromadzenia wspólników pełnią organy wykonawcze tych jednostek samorządu terytorialnego.

Zasadniczym sposobem wniesienia przez udziałowców majątku do spółki (w tym środków finansowych) jest podwyższenie jej kapitału. Ponieważ umowa spółki określa wysokość kapitału zakładowego (art. 157 § 1 pkt 3 ksh), czynność ta wymaga zmiany umowy spółki (art. 257 ksh), chyba że sama umowa spółki przewiduje maksymalną wysokość podwyższenia i termin podwyższenia. Zmiany umowy spółki dokonuje się w trybie określonym w art. 255 w związku z 246 § 1 i § 3 ksh. Drugi ze sposobów w wyposażenia spółki w majątek został określony w art. 177 § 1 ksh. Stanowi on, że umowa spółki może zobowiązywać wspólników do dopłat w granicach liczbowo oznaczonej wysokości w stosunku do udziału. Wysokość i terminy dopłat są oznaczane w miarę potrzeby uchwałą wspólników (art. 178 § 1 ustawy). Dopłaty mogą podlegać zwrotowi, którego zasady określono w art. 179 ksh.

Należy zwrócić uwagę na różnicę z punktu widzenia finansów publicznych między podwyższeniem kapitału spółki a dopłatami do spółki. Zgodnie z załącznikiem nr 4 do rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 2 marca 2010 r. w sprawie szczegółowej klasyfikacji dochodów, wydatków, przychodów i rozchodów oraz środków pochodzących ze źródeł zagranicznych¹⁷³ dopłaty w spółkach prawa handlowego (§ 415) są wydatkami bieżącymi, a wydatki m.in. na wniesienie wkładów do spółek prawa handlowego (§ 601) są wydatkami majątkowymi. Wydatki bieżące niekorzystnie wpływają na wskaźnik dopuszczalnego poziomów spłat zobowiązań jst. określony w art. 243 ufp, gdyż pomniejszają wartość licznika w ułamkach wskazanych w tym przepisie.

¹⁷³ Dz. U. z 2014 r. poz. 1053, ze zm.

Niektóre finansowe i organizacyjne aspekty funkcjonowania spzoz

Zgodnie z obowiązującymi do 30 czerwca 2011 r. przepisami ustawy o zoz samodzielny zakład opieki zdrowotnej¹⁷⁴ mógł być tworzony m.in. przez jst (art. 35b ust. 1 i 2 w związku z art. 8 ust. 1 pkt 3 ustawy). Zgodnie z art. 11 ust. 1 i 3 ustawy ustrój zakładu opieki zdrowotnej (w tym spzoz) oraz inne sprawy dotyczące jego funkcjonowania, nieuregulowane w ustawie, określał statut. Statut (z wyjątkami określonymi w ustawie) nadawał podmiot, który utworzył zakład.

Zgodnie z art. 44. ust. 1–2 ustawy o zoz odpowiedzialność za zarządzanie publicznym zakładem opieki zdrowotnej ponosił kierownik zakładu, który kierował zakładem i reprezentował go na zewnątrz.

Organem inicjującym i opiniodawczym podmiotu tworzącego spzoz, a także organem doradczym kierownika spzoz była rada społeczna (art. 44b ustawy). Rada społeczna w zakresie finansowym i majątkowym odpowiadała w szczególności za:

- przedstawianie podmiotowi, który utworzył publiczny zakład opieki zdrowotnej, wniosków i opinii w sprawach zbycia środka trwałego oraz zakupu lub przyjęcia darowizny nowej aparatury i sprzętu medycznego, związanych z przekształceniem lub likwidacją zakładu, jego przebudową, rozszerzeniem lub ograniczeniem działalności (art. 46 pkt 1 ustawy o zoz);
- przedstawianie kierownikowi publicznego zakładu opieki zdrowotnej wniosków i opinii w sprawach między innymi: planu finansowego i inwestycyjnego, rocznego sprawozdania z realizacji planu inwestycyjnego i finansowego, kredytów bankowych lub dotacji (art. 46 pkt 2 ustawy o zoz).

W art. 53 ust. 1–3 ustawy zoz określono, że spzoz gospodaruje samodzielnie przekazanymi w nieodpłatne użytkowanie nieruchomościami i majątkiem Skarbu Państwa lub komunalnym oraz majątkiem własnym (otrzymanym i zakupionym). Zbycie aktywów trwałych spzoz, oddanie go w dzierżawę, najem, użytkowanie oraz użyczenie może nastąpić wyłącznie na zasadach określonych przez podmiot, który utworzył zakład. Podstawą gospodarki spzoz był plan finansowy ustalany przez kierownika zakładu (art. 53 ust. 8 ustawy o zoz).

Źródła finansowania działalności spzoz określał art. 54 ustawy o zoz. Należy zauważyć, że przepis ten zawiera zamknięty katalog źródeł środków finansowych, obejmujący między innymi środki podmiotu tworzącego i innych jst przeznaczone na współfinansowanie programów z udziałem środków z budżetu UE lub innych środków zagranicznych niepodlegających zwrotowi. Podobnie zamknięty katalog zawarto w art. 55 ustawy o zoz, określający dotacje jakie może otrzymać spzoz. W tym miejscu także wskazano możliwość dotowania realizacji programów finansowanych z budżetu UE lub innych zagranicznych środków bezzwrotnych. Przewidziano możliwość dotowania remontów, inwestycji, w tym zakupu aparatury i sprzętu medycznego, to jednak dotującym może być wyłącznie podmiot tworzący, właściwy organ jst lub minister właściwy dla spraw zdrowia.

¹⁷⁴ Dalej: „spzoz”.

Zasady nadzoru przez podmiot tworzący spzoz określono w art. 67 ustawy o zoz, poprzez wskazanie, że podmiot tworzący dokonuje kontroli i oceny działalności zakładu opieki zdrowotnej oraz pracy kierownika zakładu. Kontrola i ocena obejmują w szczególności: realizację zadań statutowych, dostępność i poziom udzielanych świadczeń; prawidłowość gospodarowania mieniem; gospodarkę finansową.

W dniu 1 lipca 2011 r. weszły w życie przepisy udl, które zmieniły zasadniczo zasady organizacji podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych. Określiła ona na nowe terminy, działalność leczniczą (art. 3 ust. 1–2 i 2a udl)¹⁷⁵, podmiot wykonujący działalność leczniczą (art. 2 ust. 1 pkt 5 udl); podmioty lecznicze (art. 4 udl) do których zaliczono spzoz (ust. 1 pkt 2 przepisu).

Zasady funkcjonowania podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami, do których zalicza się m.in. spzoz, spisane zostały w rozdziale 3 Działu II udl. Przepis art. 42 ust. 1–2 tej ustawy wskazuje, że ustrój podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, a także inne sprawy dotyczące jego funkcjonowania nieuregulowane, określa statut. Zgodnie z art. 46 ust. 1 udl odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą ponosi kierownik. Zadania rady społecznej wymieniono w art. 48 udl. Podobnie jak w ustawie o zoz jest ona organem inicjującym i opiniodawczym podmiotu tworzącego oraz organem doradczym kierownika. Zbliżone do poprzedniego stanu prawnego są także jej zadania w odniesieniu do gospodarki majątkowej i finansowej spzoz.

Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, zgodnie z art. 52 udl, pokrywa z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów koszty działalności i reguluje zobowiązania. Pomimo wskazywanej samodzielności prowadzonej działalności spzoz, od 15 lipca 2016 r. kierownicy spzoz zostali, na podstawie art. 53a udl, zobowiązani do sporządzania i przekazywania podmiotowi tworzącemu raportu o sytuacji ekonomiczno-finansowej spzoz. Pierwszy z tych raportów winien zostać przekazany w terminie do 31 maja 2017 r.

Zgodnie z art. 54 ust. 1–3 udl spzoz gospodaruje posiadany mieniem. Zbycie aktywów trwałych samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, oddanie ich w dzierżawę, najem, użytkowanie oraz użyczenie może nastąpić wyłącznie na zasadach określonych przez podmiot tworzący. Zasady te polegają w szczególności na ustanowieniu wymogu uzyskania zgody podmiotu tworzącego na zbycie, wydzierżawienie, wynajęcie, oddanie w użytkowanie oraz użyczenie aktywów trwałych.

¹⁷⁵ Działalność lecznicza polega głównie na udzielaniu świadczeń zdrowotnych (art. 3 udl). Świadczeniem zdrowotnym są działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania (art. 2 ust. 1 pkt 10 udl). Rodzajami działalności leczniczej są stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne i inne niż szpitalne oraz ambulatoryjne świadczenia zdrowotne (art. 8 udl). Świadczenie szpitalne to wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenie zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie może być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin (art. 2 ust. 1 pkt 11 udl).

Odpowiednio do art. 54 ustawy o zoz, przepisy art. 55 w związku z art. 114–117 regulują dopuszczalne źródła uzyskiwania przez spzoz środków finansowych.

Zasady nadzoru podmiotu tworzącego nad spzoz określono w art. 121–122 udl, poprzez wskazanie m.in., że podmiot tworzący sprawuje nadzór nad zgodnością działań podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą z przepisami prawa, statutem i regulaminem organizacyjnym oraz pod względem celowości, gospodarności i rzetelności. Podmiot ten może żądać informacji, wyjaśnień oraz dokumentów od organów podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą oraz dokonywać kontroli i oceny działalności tego podmiotu. Kontrola i ocena obejmują w szczególności: realizację zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych; prawidłowość gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi; gospodarkę finansową.

Regulacje określające warunki wykonywania działalności leczniczej

Zgodnie z art. 9 ust. 1 ustawy o zoz pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej powinny odpowiadać określonym wymaganiom ogólnoprzestrzennym, sanitarnym (w ówczesnym stanie prawnym „wymaganiom fachowym i sanitarnym”). Zgodnie z art. 13 ust. 1 ustawy o zoz spełnienie tych warunków było niezbędne do uzyskania wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej, który to wpis był wymagany, zgodnie z art. 12 ust. 1 tej ustawy do rozpoczęcia działalności przez ten podmiot.

Zgodnie z art. 9 ust. 2 ustawy o zoz Minister właściwy do spraw zdrowia (po uzyskaniu odpowiednich opinii) winien określić wymagania, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej oraz terminy i zakres dostosowania zakładu opieki zdrowotnej do tych wymagań.

W okresie objętym kontrolą obowiązywały dwa rozporządzenia wydane na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy o zoz: rozporządzenie z 2006 r. obowiązujące do 25 lutego 2011 r. i rozporządzenie z 2011 r. obowiązujące od 26 lutego 2011 r. do 29 czerwca 2012 r.¹⁷⁶

Po wejściu w życie udl, tj. od 1 lipca 2011 r., spzoz jako jedno z podmiotów leczniczych powinny na podstawie art. 17 ust. 1 w związku z art. 22 posiadać pomieszczenia spełniające wymagania odpowiednie do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych. Wymagania te (zgodnie z art. 22 ust. 2 i 3 udl) powinny odnosić się do warunków ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych, określonych w rozporządzeniu wydanym (po zasięgnięciu odpowiednich opinii) przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Do 14 lipca 2016 r. zgodnie z art. 100 ust. 4 i 5 udl uzyskanie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą wymagało przedłożenia opinia organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej odnośnie spełnienia

¹⁷⁶ Art. 219 ust. 1 udl wskazywał na zachowanie mocy dotychczas wydanych rozporządzeń wydanych na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy o ZOZ. Z dniem 30 czerwca 2012 r. weszła w życie nowelizacja ww. przepisu, która usunęła z listy rozporządzeń utrzymanych w mocy rozporządzenie wydane na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy. W związku z tym, w okresie od 30 czerwca 2012 r. do 14 lipca 2012 r. nie obowiązywały żadne wymogi ogólnoprzestrzenne, sanitarne i instalacyjne w odniesieniu do pomieszczeń podmiotów leczniczych.

warunków określonych w art. 22 udl (od 15 lipca 2016 r. wystarcza przedłożenie stosownego oświadczenia). W odróżnieniu od ustawy o zoz, udl określała wprost w treści ustawy (art. 207 udl) termin dostosowania pomieszczeń do wymogów wskazanych w art. 22.

W okresie kontrolowanym wydano jedno rozporządzenie na podstawie art. 22 ust. 4 udl, tj. rozporządzenie z 2012 r. obowiązujące od 14 lipca 2012 r.

Należy także zwrócić uwagę, że niezależnie od wymogów określonych w wyżej wymienionych rozporządzeniach budynki szpitalne muszą spełniać wymogi ogólnobudowlane, określone w rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie¹⁷⁷. Przepisy te służą wyznaczeniu norm w zakresie projektowania i budowania obiektów budowlanych. Należy zwrócić uwagę, że budynek służący opiece zdrowotnej jest w myśl tego rozporządzenia budynkiem użyteczności publicznej (§ 3 pkt 6). Szczególne wymagania rozporządzenia w sprawie warunków technicznych odnoszące się do budynków opieki zdrowotnej dotyczą: wyposażenia w dźwigi osobowe (§ 54); schodów i stopni (§ 68–69); wysokości pomieszczeń (§ 72); wysokości balustrad (§ 298).

¹⁷⁷ Dz. U. z 2015 r., poz. 1422, ze zm.

6.3. Tablice dotyczące dostosowania szpitali wojewódzkich i zaangażowania samorządów województw w modernizację podległych szpitali

Tabela nr 1

Stan dostosowania szpitali, dla których samorzady województwa są podmiotem tworzącym, do wymogów ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych

Lp.	Samorząd Województwa	Liczba szpitali wojewódzkich		Liczba szpitali wojewódzkich w pełni dostosowanych do wymogów ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych		Liczba szpitali wojewódzkich, które opracowały i realizowały programy dostosowawcze na 31.12.2009 r.	Liczba szpitali wojewódzkich, które w terminie do 31.12.2017 r. nie wykonały w pełnym zakresie programów dostosowawczych.	Udział szpitali, wojewódzkich, które na dzień 31.12.2009 r. spełniały wymagania ogólnoprzestrzenne, sanitarne i instalacyjne (%)	Udział szpitali, wojewódzkich, które na dzień 31.12.2017 r. spełniały wymagania ogólnoprzestrzenne, sanitarne i instalacyjne (%)	Uwagi
		31.12.2009 r.	31.12.2017 r.	31.12.2009 r.	31.12.2017 r.					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.	Dolnośląskiego	22	18	0	5	22	13	0,0%	27,8%	
2.	Kujawsko-pomorskiego	10	7	0	3	10	4	0,0%	42,9%	
3.	Lubelskiego	11	10	0	1	11	9	0,0%	10,0%	
4.	Lubuskiego	6	7	0	1	5	6	0,0%	14,3%	
5.	Łódzkiego	15	10	0	0	brak danych	10	0,0%	0,0%	(1)*
6.	Małopolskiego	15	13	0	4	15	9	0,0%	30,8%	
7.	Mazowieckiego	23	21	2	2	18	19	8,7%	9,5%	(2)
8.	Opolskiego	9	9	0	1	8	8	0,0%	11,1%	
9.	Podkarpackiego	8	7	0	0	8	7	0,0%	0,0%	
10.	Podlaskiego	10	8	2	4	8	4	20,0%	50,0%	
11.	pomorskiego	17	10	0	1	15	9	0,0%	10,0%	(3), (4), (5)
12.	Śląskiego	39	35	5	4	34	31	12,8%	11,4%	
13.	Świętokrzyskiego	7	5	0	2	7	3	0,0%	40,0%	
14.	Warmińsko-Mazurskiego	9	9	0	1	9	8	0,0%	11,1%	(3)
15.	Wielkopolskiego	16	12	0	4	16	8	0,0%	33,3%	
16.	Zachodniopomorskiego	8	7	0	1	8	6	0,0%	14,3%	
SUMA/ŚREDNIA:		225	188	9	34	194	154	4,0%	18,1%	*

Uwagi i objaśnienia zostały wymienione kolejno na końcu załącznika 6.3, po tabeli nr 3 [str. 107]

Tabela nr 2

Wyniki ocen Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie ryzyka dla pacjentów, wynikającego z niedostosowania szpitali dla których podmiotem tworzącym są samorządy województw (dane na 31 sierpnia 2018 r.)

Lp.	Samorząd Województwa	Liczba szpitali wojewódzkich, które w terminie do 31.12.2017 r. nie wykonały w pełnym zakresie programów dostosowawczych	Liczba szpitali wojewódzkich, które do 31.08.2018 r. uzyskały opinię o wpływie niespełniania wymagań, o których mowa w art. 22 ust. 1, na bezpieczeństwo pacjentów (art. 207 ust. 3 udl)	Liczba szpitali, w których opinia wskazywała na następujący poziom ryzyka dla pacjentów:			Liczba szpitali wojewódzkich, które nie zrealizowały programów dostosowawczych i nie wystąpiły o uzyskanie opinii wskazanej w art. 207 ust. 3 udl	Udział szpitali, które uzyskały opinię (art. 207 ust. 3 udl) wskazując na ryzyko dla pacjentów niższe niż poważne lub znaczne, lub w których nie określono poziomu tego ryzyka(%)	Udział szpitali, które uzyskały opinię (art. 207 ust. 3 udl) wskazując na poważne lub znaczne ryzyko dla pacjentów (%)	Udział szpitali, które uzyskały opinię (art. 207 ust. 3 udl) wskazując na ryzyko dla pacjentów niższe niż poważne lub znaczne, lub w których nie określono poziomu tego ryzyka(%)	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
1.	Dolnośląskiego	13	13	3	7	3	0	23,1%	76,9%		
2.	Kujawsko-Pomorskiego	4	3	0	2	1	1	0,0%	100,0%		
3.	Lubelskiego	9	9	0	3	9	0	0,0%	100,0%	(6)	
4.	Lubuskiego	6	6	3	5	0	0	37,5%	62,5%	(6)	
5.	Łódzkiego	10	9	0	9	0	0	0,0%	100,0%	(7), (8)	
6.	Małopolskiego	9	9	0	9	0	0	0,0%	100,0%		
7.	Mazowieckiego	19	18	2	14	2	1	11,1%	88,9%	(9)	
8.	Opolskiego	8	8	0	3	5	0	0,0%	100,0%		
9.	Podkarpackiego	7	7	4	2	1	0	57,1%	42,9%		
10.	Podlaskiego	4	4	0	1	3	0	0,0%	100,0%		
11.	pomorskiego	9	7	0	2	5	1	0,0%	100,0%	(10)	
12.	Śląskiego	31	24	0	23	1	brak danych	0,0%	100,0%	(11), (12)	
13.	Świętokrzyskiego	3	2	2	0	0	0	100,0%	0,0%		
14.	Warmińsko-Mazurskiego	8	7	0	1	6	0	0,0%	100,0%	(13)	
15.	Wielkopolskiego	8	6	4	3	0	2	57,1%	42,9%	(6)	
16.	Zachodniopomorskiego	6	6	0	5	1	0	0,0%	100,0%		
	SUMA/ŚREDNIA	154	138	18	89	37	5	12,4%	87,6%		

Wsparcie finansowe w realizacji inwestycji, jakie zostało udzielone podległym szpitalom przez samorządy województw w latach 2010–2016

Lp.	Samorząd Województwa	Forma wsparcia udzielonego szpitalom wojewódzkim w latach 2010–2016																Uwagi			
		Przekazanie dotacji z budżetu województwo na zadania inwestycyjne		Dokapitalizowanie w celach inwestycyjnych szpitali prowadzonych w formie spółek prawa handlowego		Wsparcie przez województwo środkami europejskimi projektu inwestycyjnego realizowanego w szpitalach wojewódzkich		Poręczenia lub gwarancje kredytów i pożyczek zaciągniętych przez szpitale inwestycyjne		Wsparcie w formie rzeczowej (z wyłączeniem aportów)		Wnieście aportu		Wsparcie udzielone samorządowej spółki celowej realizującej inwestycje na rzecz szpitali wojewódzkich		Inne formy wsparcia					
												liczba jedn.	wartość /tys. zł/	liczba jedn.	wartość /tys. zł/						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
1.	Dolnośląskiego	17	111 632	3	26 277	13	31 645	6	89 610	0	0	0	0	0	0	0	0	259 164			
2.	Kujawsko-Pomorskiego	6	26 921	0	0	5	16 893	0	0	0	0	0	0	9	100 898 (725 050)	0	0	144 712 (768 864)	(14)		
3.	Lubelskiego	10	203 723	0	0	8	43 832	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	247 555			
4.	Lubuskiego	7	45 848	1	550	5	170 865	1	14 000	0	0	3	195 536	0	0	0	0	426 799			
5.	Łódzkiego	15	154 190	0	0	9	126 690	7	69 779	0	0	0	0	12	7 588	4	42 267	400 514 (15)			
6.	Małopolskiego	13	134 562	1	3 480	10	566 332	1	7 700	0	0	1	1 478	0	25 264	0	0	713 552 (16)			
7.	Mazowieckiego	23	377 816	0	0	12	197 605	4	10 027	4	3	0	0	1	0	13	74 122	684 837 (17)			
8.	Opolskiego	10	51 363	1	400	5	56 641	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	108 404			
9.	Podkarpackiego	7	221 349	0	0	5	70 440	1	955	0	0	0	0	0	0	0	0	292 744			
10.	Podlaskiego	10	231 682	0	0	10	125 419	3	5 950	0	0	0	0	0	0	0	0	363 051			
11.	pomorskiego	10	129 290	1	6 283	6	124 590	0	0	0	0	0	0	0	0	2	500 913	761 076 (18)			
12.	Śląskiego	36	314 843	6	15 560	23	111 645	16	5 965	1	50	1	7 659	0	0	0	0	455 722			
13.	Świętokrzyskiego	6	181 221	0	0	6	163 855	1	1 384	1	0	0	0	0	0	0	0	346 460 (19)			
14.	Warmińsko-Mazurskiego	9	37 660	0	0	8	133 272	3	46 644	0	0	0	0	0	0	0	0	217 576			
15.	Wielkopolskiego	16	196 476	0	0	12	126 429	2	46 241	0	0	0	0	1	14 000	15	60 546	443 691 (20)			
16.	Zachodniopomorskiego	8	89 399	0	0	5	57 224	3	79 555	0	0	0	0	0	0	0	0	226 178 (21)			
	OGÓŁEM:	203	2 507 975	13	52 550	142	2 123 377	48	377 810	6	53	5	204 673	23	147 750 (771 902)	34	677 847	6 092 035 (6 716 187)			

Objaśnienia:

Źródłem danych dla tablic 1–3 są informacje przekazane przez marszałków województw, za wyjątkiem danych dotyczących Województwa Kujawsko-Pomorskiego, dla których źródłem danych są ustalenia kontroli, sprawozdania z wykonania budżetów województwa, oraz informacja Marszałka Województwa aktualizująca dane o dostosowaniu szpitali na 31 sierpnia 2018 r. W tablicy 1–3 prezentowana liczba szpitali [jednostek] dotyczy podmiotów leczniczych prowadzących szpitale, dla których dane województwo było podmiotem tworzącym. W szczególności, w przypadku jednego podmiotu leczniczego prowadzącego dwa szpitale w tabeli podano jedną jednostkę. W poprzednim stanie prawnym (na gruncie ustawy o zoż), liczba jednostek dotyczy zakładów opieki zdrowotnej, dla których dane województwo było organem tworzącym.

Uwagi:

- (1) Województwo Łódzkie nie dysponowało kompletnymi danymi w odniesieniu do liczby podległych szpitali wojewódzkich, które opracowały i realizowały programy dostosowawcze 31 grudnia 2009 r.
- (2) Spośród szpitali, dla których na dzień 31 grudnia 2009 r. podmiotem tworzącym było Województwo Mazowieckie, dwa zostały połączone z innymi jednostkami, a jeden zaprzestał działalności szpitalnej, jednak liczba szpitali na 31 grudnia 2017 r. zwiększyła się o jedną jednostkę, wydzieloną z innego szpitala. W rezultacie dane o liczbie realizowanych programów dostosowawczych na 31 grudnia 2009 r. nie obejmują jednostek zlikwidowanych.
- (3) Dodatkowo jeden szpital został w pełni dostosowany do wymogów ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych w terminie do 31 sierpnia 2018 r.
- (4) Dwa szpitale, dla których pomiotem tworzącym było Województwo Pomorskie nie opracowały na 31 stycznia 2009 r. programów dostosowawczych (kolumna 7) ze względu na realizowane w nich zadania inwestycyjne i planowane zmiany siedzib.
- (5) Szpitale, dla których podmiotem tworzącym było Województwo Pomorskie podlegały w latach 2010–2017 istotnym zmianom organizacyjnym, w ramach których trzy szpitale przekazano innym jednostkom, a 11 jednostek przekształcono w siedem szpitali prowadzonych w formie spółek. Te zmiany uniemożliwiły wykazanie danych w kolumnie 8 w odniesieniu do dwóch jednostek.
- (6) W części opinii wydanych wobec szpitali danego województwa organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej określały więcej niż jeden poziom ryzyka występujący w pojedynczej jednostce (odrębnie w odniesieniu do różnych obiektów lub zakresu niespełnionych wymagań), przez co dane w kolumnach 5, 6 i 7 nie sumują się do liczby opinii kolumnie 4.
- (7) W odniesieniu do Województwa Łódzkiego w kolumnie 6 wskazano siedem opinii określających ryzyko jako niewielkie lub nieistotne oraz 2 opinie wskazujące na istnienie ryzyka, jednak bez wskazania jego poziomu.
- (8) Jeden ze szpitali podległych Województwu Łódzkiemu wystąpił o opinię organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, jednak do 31 sierpnia 2018 r. jej nie uzyskał. Jest to przyczyną różnicy między kolumnami 3 i 4.
- (9) Jeden szpital, dla którego podmiotem tworzącym jest Województwo Mazowieckie, nie wystąpił o uzyskanie opinii wskazanej w art. 207 ust. 3 udl, gdyż w dniu 30 lipca 2018 r. uzyskał pozwolenie na użytkowanie nowego obiektu, do którego zostanie przeniesiona działalność lecznicza.
- (10) Jeden podmiot zobowiązał się opracować wniosek z terminem do 30 września 2009 r. Jest to przyczyną różnicy między kolumnami 3 i 4.
- (11) Województwo Śląskie nie podało, informacji objaśniających przyczyny, dla których występuje różnica między kolumnami 3 i 4, nie podano także danych w odniesieniu do kolumny 8.
- (12) Zgodnie z danymi przekazanymi przez Województwo Śląskie, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej wydawały opinie bez określenia poziomu ryzyka lub z innym poziomem ryzyka, niż wykazany w opisie w kolumnach 5, 6 i 7 (dwa przypadki „ma wpływ”, ośiem przypadków „ma nieznaczny/ma nieistotny wpływ”; 12 przypadków „może mieć wpływ”, jeden przypadek „może mieć nieznaczny/nieistotny wpływ”; jeden przypadek „nie ma wpływu”).
- (13) Jeden szpital, dla którego podmiotem tworzącym jest Województwo Warmińsko-Mazurskie, został w pełni dostosowany do wymogów ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych między 1 stycznia a 31 sierpnia 2018 r.
- (14) Wysokość wsparcia udzielonego przez Województwo Kujawsko-Pomorskie za pośrednictwem samorządowej spółki celowej realizującej inwestycje na rzecz szpitali wojewódzkich (tj. KPIM) podano w dwóch kwotach – w pierwszej kolejności wg wartości dokapitalizowania w latach 2010–2016, a w nawiasie wskazano wsparcie wg wartości udzielonego poręczenia. Ponieważ większość wnoszonego do KPIM kapitału służyło spłacie poręczonych zobowiązań, sumowanie tych kwot zawyżyłoby wartość faktycznego wsparcia Województwa. Wartość poręczenia odnosi się do poręczenia objętej kontrolą NIK umowy kredytowej z 3 listopada 2010 r., a także nieobjętego kontrolą poręczenia z 2015 r. na kwotę 193 800 tys. zł (poręczenie kredytu KPIM zaciągniętego w EBI na kontynuację realizacji inwestycji w szpitalach wojewódzkich).
- (15) W pozycji „inne” (kolumny 17–18) wskazano wartość ustanowionej hipoteki na nieruchomościach Województwa Łódzkiego, która stanowiła zabezpieczenie kredytów inwestycyjnych zaciągniętych przez szpitale wojewódzkie.
- (16) W odniesieniu do wsparcia przez Województwo Małopolskie środkami europejskimi projektów inwestycyjnych realizowanych w szpitalach wojewódzkich (kolumny 8–9) w przekazanej informacji dokonano podziału na umowy dofinansowania zawarte w perspektywie 2007–2013 (286 002 tys. zł, 10 jednostek) i 2014–2020 (280 330 tys. zł, 10 jednostek).
- (17) Województwo Mazowieckie wskazało na szereg innych form wsparcia, które zostały ujęte w tabeli nr 3 w następujący sposób:

- wniesienie aportu służącego celom inwestycyjnym do spółki celowej o wartości 15 169 tys. zł oraz dokapitalizowanie w celu inwestycyjnym spółki celowej prowadzącej budowę szpitala o wartości 10 095 tys. zł zostały wykazane łącznie w kolumnach 15–16;
- wydatki poniesione przez Województwo na zakup sprzętu oraz budowę lub modernizację obiektów wykorzystywanych przez podmioty lecznicze, dla których województwo jest podmiotem tworzącym, o wartości 74 122 tys. zł, wykazano w kolumnach 17–18;

⁽¹⁸⁾ Województwo Pomorskie wykazało wsparcie w formie rzeczowej szpitali na kwotę 500 913 tys. zł., jednak jak określono w objaśnieniu, z tej kwoty 119 750 tys. zł dotyczyło wartości sprzętu i wyposażenia, którego właścicielem pozostaje samorząd, pozostałe 381 163 tys. zł obejmowało wartość kosztów inwestycji zrealizowanych przez samorząd na rzecz dwóch szpitali, przy czym wyniki tych inwestycji najpierw zostały przekazane tym jednostkom w użytkowanie, a po przekształceniu szpitali z spoz w spółki, stały się majątkiem powstałych jednostek. Biorąc pod uwagę ww. opis, wykazaną kwotę wyszczególniono w pozycji „inne” (kolumny 17–18). Zapewnia to jednolitość prezentacji danych z pozostałymi samorządami województw (patrz uwagi 17 i 20).

⁽¹⁹⁾ Województwo Świętokrzyskie wskazało, że wsparło jeden szpital w formie rzeczowej (kolumna 11), nie przekazało jednak informacji o wartości tego wsparcia (kolumna 12).

⁽²⁰⁾ Województwo Wielkopolskie w pozycji „inne” (kolumny 17–18) wykazało środki trwałe i wartości niematerialne i prawne przekazane w użytkowanie podmiotom leczniczym.

⁽²¹⁾ Województwo Zachodniopomorskie wykazało liczbę podmiotów, którym przyznano dotacje w podziale na poszczególne lata (od 5 do 8 rocznie). Biorąc pod uwagę, że na dzień 31 grudnia 2009 r. było ono podmiotem tworzącym dla 8 szpitali wojewódzkich, w tabeli przyjęto (kolumna 3), że wsparcie dotyczyło wszystkich jednostek.

ZAŁĄCZNIKI

6.4. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności

1. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 160, ze zm.).
2. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14 poz. 89, ze zm.) – uchylona z dniem 1 lipca 2011 r.
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, ze zm.).
4. Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1986).
5. Ustawa z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz. U. z 2018 r. poz. 1202, ze zm.).
6. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 2077, ze zm.).
7. Ustawa z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 249, poz. 2104, ze zm.) – uchylona z dniem 1 stycznia 2014 r.
8. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009r . Przepisy wprowadzające ustawę o finansach publicznych (Dz. U. Nr 157, poz. 1241, ze zm.).
9. Ustawa z dnia 20 grudnia 1996 r. o gospodarce komunalnej (Dz. U. z 2017 r. poz. 827).
10. Ustawa z dnia 15 września 2000 r. Kodeks spółek handlowych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1577, ze zm.).
11. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz. U. z 2018 r. poz. 913, ze zm.).
12. Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2018 r. poz. 395, ze zm.).
13. Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 2 marca 2010 r. w sprawie szczegółowej klasyfikacji dochodów, wydatków, przychodów i rozchodów oraz środków pochodzących ze źródeł zagranicznych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1053, ze zm.).
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Polityki Społecznej z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 213, poz. 1568, ze zm.) – uchylone z dniem 26 lutego 2011 r.
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 31, poz. 158) – uchylone z dniem 30 czerwca 2012 r.
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 739).
17. Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz. U. z 2015 r. poz. 1422, ze zm.).

6.5. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
6. Rzecznik Praw Obywatelskich
7. Przewodniczący Sejmowej Komisji do Spraw Kontroli Państwowej
8. Przewodniczący Sejmowej Komisji Samorządu Terytorialnego i Polityki Regionalnej
9. Przewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia
10. Przewodniczący Senackiej Komisji Samorządu Terytorialnego i Administracji Państwowej
11. Przewodniczący Senackiej Komisji Zdrowia
12. Minister Zdrowia
13. Rzecznik Praw Pacjenta
14. Komendant Główny Państwowej Straży Pożarnej
15. Główny Inspektor Sanitarny
16. Wojewoda Kujawsko-Pomorski
17. Marszałkowie województw
18. Przewodniczący Sejmiku Województwa Kujawsko-Pomorskiego
19. Prezes Regionalnej Izby Obrachunkowej w Bydgoszczy
20. Kujawsko-Pomorski Komendant Wojewódzkiej Państwowej Straży Pożarnej
21. Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Bydgoszczy

6.6. Stanowisko Ministra do informacji o wynikach kontroli



Minister Zdrowia

Warszawa, 06 grudnia 2018

DNM.093.15.2018.4.KCZ

Pani
Ewa Polkowska
Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli

Szanowna Pani Prezes,

w nawiązaniu do pisma z dnia 22 listopada 2018 r. o znaku: LBY.430.001.2018, przy którym przekazano Informację o wynikach kontroli P/17/064 **Finansowanie i realizacja „Programu inwestycji rozwojowych i modernizacyjnych w szpitalach wojewódzkich na lata 2009-2016” w województwie kujawsko-pomorskim**, uprzejmie proszę o przyjęcie stanowiska do ww. dokumentu.

Cześć 4. Wnioski, str. 23.

W art. 3 ustawy z dnia 15 listopada 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw¹, ustawodawca dokonał nowelizacji art. 207 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej², zwanej dalej „ustawą”, dodając do niego ust. 3, zgodnie z którym podmiot, który wykonywał działalność leczniczą w dniu wejścia w życie ustawy, nie spełniając wymagań, o których mowa w art. 22 ust. 1 ustawy, i w terminie do dnia 31 grudnia 2017 r. nie zrealizował lub częściowo nie zrealizował programu dostosowania, może wystąpić do właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej (dalej także „PIS”), o wydanie opinii o wpływie niespełniania wymagań, o których mowa

¹ Dz. U. z 2017 r. poz. 2110.

² Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, z późn. zm.

w art. 22 ust. 1 ustawy, na bezpieczeństwo pacjentów. Należy wskazać, że intencją wprowadzenia rozwiązania zawartego w art. 207 ust. 3 ustawy było umożliwienie dalszego funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą (najczęściej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej), które nie spełniają wszystkich wymagań oraz nie dostosowały w pełni pomieszczeń i urządzeń w terminie zawartym w ww. przepisie, bez konieczności wydłużania po raz kolejny 26-letniego okresu dostosowania (okresy dostosowawcze obowiązywały także na podstawie wcześniejszych przepisów).

Minister Zdrowia wskazał, iż opinie PIS o wpływie niespełniania wymagań dotyczących pomieszczeń lub urządzeń tych podmiotów na bezpieczeństwo pacjentów mają dotyczyć wymagań wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą³, i nie mogą rozstrzygać o wpływie na bezpieczeństwo pacjentów wynikającym z ewentualnego niespełniania wymagań określonych w innych przepisach, w szczególności prawa budowlanego i przepisów przeciwpożarowych. Podkreślenia wymaga fakt, iż każda sprawa wymaga indywidualnego podejścia, z uwagi na specyfikę organizacyjno-techniczną kontrolowanych podmiotów leczniczych. W toku postępowania inspektorzy biorą pod uwagę przedłożoną przez wnioskodawcę m.in. analizę ryzyka dla bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów w kontekście udzielanych świadczeń zdrowotnych i propozycję rozwiązań zastępczych, równoważnych pod względem osiągnięcia skutku (zgodnie z zaleceniami Ministra Zdrowia). Uwzględniając powyższe, nieuzasadnione jest ujednolicanie zasad wyznaczania terminów usunięcia nieprawidłowości oraz zasad egzekwowania dostosowania do wymagań nałożonych podmiotom leczniczym.

Przedmiotowa sprawa była m.in. przedmiotem narady Głównego Inspektora Sanitarnego z Państwowymi Wojewódzkimi Inspektorami Sanitarnymi, podczas której zostało wypracowane robocze stanowisko zw. wytyczne dla inspektorów, stanowiące pomoc przy wydawaniu opinii. Ocena wpływu niespełnienia wymagań dokonywana przez organy PIS odbywa się w oparciu o stan faktyczny, według jednolitych kryteriów, określonych w wytycznych, ze wskazaniem głównych obszarów o znacznym wpływie na bezpieczeństwo pacjentów, do których należą: bezpieczeństwo biologiczne (przenoszenie biologicznych czynników chorobotwórczych), sterylizacja i dekontaminacja, sale i bloki operacyjne, zapewnienie rezerwowych źródeł zasilania

³ Dz. U. z 2012 r. poz. 739.

w energię i wodę, ciągi wentylacyjne, izolacja pacjentów chorych na choroby zakaźne oraz prawidłowy dostęp do łóżek (z 3 stron) w OIOM.

Jednocześnie należy wskazać, że zgodnie z art. 1 pkt 7 i art. 4 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej⁴, organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej sprawują bieżący nadzór sanitarny nad podmiotami wykonującymi działalność leczniczą, w kontekście przestrzegania przepisów ustawy oraz ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi⁵. Zgodnie z art. 27 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, państwowy inspektor sanitarny w chwili stwierdzenia naruszenia wymagań higienicznych i zdrowotnych nakazuje, w drodze decyzji, usunięcie w ustalonym terminie stwierdzonych uchybień. Przepis ten, może zostać zastosowany zarówno wobec podmiotów, które spełniają wszystkie wymagania i dostosowały w pełni pomieszczenia i urządzenia w odpowiednim terminie, jak i tych podmiotów, które nie występowały na podstawie art. 207 ust. 3 ustawy o opinii Państwowej Inspekcji Sanitarnej o wpływie niespełniania wymagań, o których mowa w art. 22 ust. 1 ustawy, na bezpieczeństwo pacjentów. Podkreślić należy, iż prowadzenie kontroli przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej jest na bieżąco koordynowane i monitorowane.

Odnosząc się natomiast bezpośrednio do wniosku Najwyższej Izby Kontroli (dalej „NIK”) skierowanego do Ministra Zdrowia w kwestii podjęcia prac nad zmianą ustawy, poprzez określenie w art. 207 ust. 3 ustawy obligatoryjnego wystąpienia do właściwego organu państwowej inspekcji sanitarnej z wnioskiem o wydanie opinii o wpływie niespełniania wymagań, o których mowa w art. 22 ust. 1, na bezpieczeństwo pacjentów, uprzejmie wyjaśniam, iż nie jest zasadne wprowadzenie obligatoryjności opinii. Zgodnie z brzmieniem art. 17 ust. 1 pkt 1 ustawy, podmiot leczniczy jest obowiązany spełniać warunek m.in. posiadania pomieszczenia lub urządzenia, odpowiadającego wymaganiom określonym w art. 22, zatem to na podmiocie leczniczym, który zna możliwości techniczne i ekonomiczne obiektu ciąży obowiązek podjęcia decyzji co do ostatecznego zakresu działania. Przepis fakultatywny do złożenia wniosku nie zwalnia podmiotu leczniczego z dokonania oceny ryzyka, jakie niesie niespełnienie ww. wymogów dla bezpieczeństwa pacjentów. Natomiast właściwym do podjęcia decyzji o wpisie, zmianie bądź wykreśleniu z rejestru podmiotu leczniczego jest organ rejestrowy, który zgodnie z art. 111 ww. ustawy jest uprawniony do kontroli podmiotów

⁴ Dz. U. z 2017 r. poz. 1261, z późn. zm.

⁵ Dz. U. z 2018 r. poz. 151, z późn. zm.

wykonujących działalność leczniczą w zakresie zgodności wykonywanej działalności z przepisami określającymi warunki wykonywania działalności leczniczej.

Odnosząc się do wniosku NIK w kwestii określenia w przepisach prawa jednolitych zasad wydawania opinii, o których mowa w art. 207 ust. 3 ustawy przez organy państwowej inspekcji sanitarnej, w tym obowiązku wskazywania zaleceń służących wyeliminowaniu stwierdzonego ryzyka i terminu na ich wykonanie, stoję na stanowisku, że na tym etapie wprowadzanie zmian legislacyjnych wydaje się wątpliwe i wymagałoby przeprowadzenia szerokiej analizy.

Jak wynika z przedmiotowej Informacji NIK o uzyskanie ww. opinii nie wystąpiło 89 szpitali spośród 634, co stanowi 14%, a zatem dominująca część podmiotów skorzystała z możliwości złożenia wniosku. Wobec powyższego wydane dotychczas opinie w świetle wprowadzonych zmian w przepisach mogłyby zostać podważone z uwagi na wadliwą podstawę prawną.

Z ww. Informacji NIK wypływa wniosek, że rozbieżności w zwymiarowaniu zagrożenia występującego w szpitalach w poszczególnych województwach wynikają nie tylko z odmiennego poziomu spełnienia wymogów przez szpitale, lecz także z różnej metodologii wydawania ww. opinii i raportowania ich wyników, przyjętych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Podkreślenia wymaga, że opinia wydana w trybie art. 207 ust. 3 ustawy jest jednorazowym postępowaniem, i nie należy jej mylić z decyzją wydaną w ramach bieżącego nadzoru sanitarnego ani z programem dostosowawczym. Opinie wydaje państwowy inspektor sanitarny sprawujący nadzór nad podmiotem w oparciu o przepisy prawa, na podstawie własnej wiedzy fachowej i oceny stanu faktycznego. Organy PIS nie wskazują w opinii zaleceń służących wyeliminowaniu stwierdzonego ryzyka ani terminu na ich wykonanie. Opinia nie legalizuje niezgodności, stwierdza wyłącznie, jaki jest jej wpływ na bezpieczeństwo pacjentów i może stanowić dla organu rejestrowego podstawę rachunku zysków i strat. Dalsze usunięcie niezgodności jest przedmiotem odrębnych postępowań administracyjnych.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Janusz Cieszyński
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/

6.7. Opinia Prezesa NIK do stanowiska Ministra



PREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
KRZYSZTOF KWIATKOWSKI

LBY.430.001.2018

Warszawa, 15 stycznia 2019 r.

Opinia
Prezesa Najwyższej Izby Kontroli
do stanowiska Ministra Zdrowia z 6 grudnia 2018 r. do informacji o wynikach kontroli
pn. Finansowanie i realizacja „Programu inwestycji rozwojowych i modernizacyjnych w szpitalach
wojewódzkich na lata 2009-2016”, na terenie województwa kujawsko-pomorskiego.

Stosownie do art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹, przedstawiam opinię do ww. stanowiska.

Przepisy art. 207 ust. 3 i 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej², obowiązujące od 30 listopada 2017 r., nałożyły nowe obowiązki na organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej: wydawanie opinii – na wniosek podmiotu prowadzącego działalność leczniczą – o wpływie niespełnienia wymagań ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych³ na bezpieczeństwo pacjentów⁴. W ocenie Najwyższej Izby Kontroli celem wprowadzenia tych przepisów było dążenie do poprawy bezpieczeństwa pacjentów leczonych w placówkach służby zdrowia, które nie zostały dostosowane do powyższych wymagań.

Z przeprowadzonej kontroli, jak i informacji przekazanych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej i samorządy województw (organy prowadzące podmioty lecznicze) wynika jednak, że ww. unormowania mają ograniczoną skuteczność w osiąganiu tego celu. Jest to w szczególności następstwem braku obowiązku uzyskiwania ww. opinii o wpływie niespełnienia wymagań ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych na bezpieczeństwo pacjentów. Przeważająca część szpitali uzyskała taki dokument, jednak 89 szpitali w kraju nie zwróciło się o sporządzenie opinii. W konsekwencji, obecnie w Polsce mogą funkcjonować podmioty, które nie spełniają ustalonych wymogów (m.in. sanitarnych), a wpływ takiego stanu na bezpieczeństwo pacjentów jest nieznany. Zaniepokojenie wywołują także różnice regionalne w tym zakresie. W województwie łódzkim 60% szpitali nie wystąpiło o opinię, w województwie wielkopolskim – 42%, a w województwie lubelskim – 24%⁵. Taka skala braków nie pozwala na dokonanie ogólnej oceny poziomu bezpieczeństwa pacjentów szpitali we wskazanych regionach, a obecne przepisy nie pozwalają na zmianę tej sytuacji. Dobro pacjentów wymaga zatem obligatoryjnego uzyskiwania opinii wskazanych w art. 207 ust. 3 i 4 udl.

Istotne jest przy tym, że poszczególne organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej dokonują oceny ryzyka zdrowotnego pacjentów w znacząco różny sposób. W dwóch województwach wystąpiły przypadki opinii, które w ogóle nie określały poziomu ryzyka występującego w szpitalach. Opinie, co do zasady, nie określały także ostatecznego terminu dostosowania ocenianych jednostek do odpowiednich wymogów. Występowały ponadto

¹ Dz.U. z 2017 r. poz. 524, ze zm.

² Dz.U. z 2018 r. poz. 2190, ze zm., dalej: „udl”.

³ Tj. wymogów określonych w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 22 ust. 3 udl.

⁴ Dalej: „opinie”.

⁵ Dane o udziale szpitali, które nie wystąpiły o opinię o wpływie niespełnienia wymogów ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych na bezpieczeństwo pacjentów, zostały przedstawione na rysunku 2 w sekcji Wprowadzenie Informacji o wynikach kontroli.

istotne różnice regionalne w częstotliwości określania w opiniach znaczącego poziomu ryzyka zdrowotnego. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w sześciu województwach nie stwierdziły takiego poziomu zagrożenia w żadnym ze szpitali, podczas gdy w pięciu województwach znaczny poziom ryzyka stwierdzono w ponad 60% szpitali. Opinie nie zawsze stanowiły rzetelną informację o stanie bezpieczeństwa pacjentów w niedostosowanych szpitalach; nie dawały podstaw do porównywania poziomu ryzyka występującego w poszczególnych województwach, jak również nie dyscyplinowały kierowników szpitali do podjęcia działań w celu osiągnięcia pożądanego stanu obiektów, wyposażenia i infrastruktury.

Należy także podkreślić, że opinia Państwowej Inspekcji Sanitarnej nie jest powiązana z ewentualnymi dalszymi działaniami nadzorczymi tego organu, jak i wojewody (organu rejestrowego). Niejasne zatem pozostaje, czy stwierdzone w opiniach naruszenia wymagań ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych mogą *per se* stanowić podstawę do wydania decyzji o usunięciu uchybień w ustalonym terminie⁶, albo czy w rażących przypadkach mogą prowadzić do wykreślenia podmiotu prowadzącego działalność leczniczą (lub jego zakładu) z rejestru⁷. Jak wynika z przekazanych przez Pana Ministra w toku kontroli NIK informacji, podtrzymanych także w stanowisku z 6 grudnia 2018 r., powyższa opinia ma dla organów nadzoru wyłącznie charakter informacyjny. Wyznaczenie terminu na usunięcie określonych w tej opinii odstępstw od wymogów ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych następuje w drodze odrębnych postępowań prowadzonych w trybach nadzorczych. Biorąc pod uwagę interes społeczny, tj. bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, należy zapewnić szybkość i prostotę prowadzonych postępowań, m.in. poprzez unikanie powielania i zbędnej zwłoki w czynnościach zapewniających dostosowanie szpitali do określonych wyżej norm.

Zdaniem NIK, bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów wymaga zatem pi tego prawnego uregulowania standardów wydawania opinii.

Jak wskazują wyniki innych kontroli NIK, w szczególności zawarte w opublikowanej w II kw. 2018 r. Informacji o wynikach kontroli pn. „Zakażenia w podmiotach leczniczych”⁸, w Polsce następuje znaczący wzrost liczby zakażeń szpitalnych. Kontrolą w szczególności objęto procedury wewnątrzszpitalne i potencjał kadrowy jednostek, wskazując na braki w tym zakresie. Wyniki niniejszej kontroli uzupełniają tę wiedzę, obrazując stan obiektów, urządzeń i infrastruktury szpitalnej w odniesieniu do norm, które mają m.in. zapobiegać zakażeniom szpitalnym.

Wnioski sformułowane przez Najwyższą Izbę Kontroli wobec Pana Ministra dążą do usprawnienia i przyspieszenia trwającego już ponad dwie dekady procesu dostosowywania szpitali do wymagań ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych. Jest to potrzeba szczególnie pilna, gdyż według stanu na 31 sierpnia 2018 r. ponad 44% szpitali w kraju nadal nie spełniało norm mających zapewnić bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów.

⁶ Na podstawie art. 27 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. 2017 r. poz. 1261, ze zm.).

⁷ Na podstawie art. 108 ust. 2 i 3 oraz art. 109 u.dl.

⁸ Nr ewid. 13/2018/P/17/060/KZD.