



KZD-4101-004/2014
Nr ewid.196/2014/P/14/061/KZD

Informacja o wynikach kontroli

DZIAŁALNOŚĆ SZPITALI SAMORZĄDOWYCH PRZEKSZTAŁCONYCH W SPÓŁKI KAPITAŁOWE

DEPARTAMENT ZDROWIA

MISJA

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

WIZJA

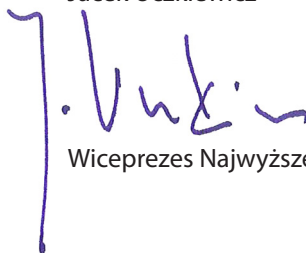
Najwyższej Izby Kontroli jest cieszący się powszechnym autorytetem najwyższy organ kontroli państwowej, którego raporty będą oczekiwanym i poszukiwanym źródłem informacji dla organów władzy i społeczeństwa

Dyrektor Departamentu Zdrowia:
Piotr Wasilewski



Akceptuję:

Jacek Uczkiewicz



Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli

Zatwierdzam:

Krzysztof Kwiatkowski



Prezes Najwyższej Izby Kontroli

Warszawa, dnia 2.03.2015 r.

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

www.nik.gov.pl

WPROWADZENIE	5
1. ZAŁOŻENIA KONTROLI	7
2. PODSUMOWANIE WYNIKÓW KONTROLI	8
2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności	8
2.2. Synteza wyników kontroli	9
2.3. Uwagi końcowe i wnioski	12
3. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI	13
3.1. Charakterystyka stanu prawnego oraz uwarunkowań ekonomicznych i organizacyjnych	13
3.2. Istotne ustalenia kontroli	14
3.2.1. Ministerstwo Zdrowia	14
3.2.1.1. Realizacja zadań Ministra Zdrowia dotyczących zmian formy organizacyjno-prawnej szpitali	14
3.2.1.2. Wsparcie procesu przekształceń SP ZOZ-ów w spółki kapitałowe	18
3.2.2. Funkcjonowanie przekształconych szpitali	18
3.2.2.1. Liczba i zakres wykonywanych świadczeń zdrowotnych	19
3.2.2.2. Sytuacja finansowa spółek i zatrudnienie pracowników medycznych ...	29
3.2.2.3. Kontrola wewnętrzna oraz nadzór epidemiologiczny w szpitalach-spółkach	34
3.2.3. Jednostki samorządu terytorialnego	36
3.2.3.1. Nadzór nad procesem przekształceń SP ZOZ	36
3.2.3.2. Nadzór nad spółkami	38
3.2.4. Inne ustalenia	39
4. INFORMACJE DODATKOWE	40
4.1. Przygotowanie kontroli	40
4.2. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli	40
4.3. Finansowe rezultaty kontroli	41
5. ZAŁĄCZNIKI	42

Wykaz stosowanych skrótów i pojęć

AOS	Ambulatoryjna opieka specjalistyczna,
CWU	Centralny Wykaz Ubezpieczonych
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
KRUS	Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NIK	Najwyższa Izba Kontroli
OW NFZ	Oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia
Ustawa o działalności leczniczej	Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r., poz. 217 ze zm.)
Ustawa o świadczeniach	Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.)
ZUS	Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Kontrola „Działalności szpitali samorządowych przekształconych w spółki kapitałowe” została przeprowadzona z inicjatywy własnej NIK i ujęta w planie pracy NIK na 2014 r.¹

Przed przekształceniem w spółki szpitale te funkcjonowały jako samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SP ZOZ). Na podstawie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej², jednostki te zostały wyposażone w osobowość prawną, samodzielność finansową, uprawnienia do sprzedaży świadczeń zdrowotnych dowolnym nabywcom, a także ustalania zasad wynagradzania personelu medycznego.

Uregulowania szczegółowe w praktyce ograniczały jednak samodzielność SP ZOZ. Musiały one np. uzyskiwać zgodę organu założycielskiego na dysponowanie majątkiem własnym, pomimo rozróżnienia przez ustawodawcę majątku własnego oraz majątku Skarbu Państwa lub j.s.t. znajdującego się w użytkowaniu zakładu. Wpływało to na ograniczenie możliwości zmiany profilu działalności³. Również konstrukcja SP ZOZ była niespójna. Z jednej strony zakład musiał wypełniać zadania publiczne, związane z realizacją celów opieki zdrowotnej w sposób gwarantujący zapewnienie odpowiedniej ich jakości, a z drugiej prowadzić gospodarkę finansową zgodnie z kryteriami ekonomicznymi. Stabilnemu funkcjonowaniu tych podmiotów nie sprzyjały częste i niekiedy mało precyzyjne zmiany prawa dotyczące m.in. wynagrodzeń pracowników, a więc mające bezpośredni wpływ na koszty funkcjonowania SP ZOZ.

Zmiany regulacji prawnych objęły również system finansowania ochrony zdrowia. Polegały one na utworzeniu najpierw regionalnych i branżowej kas chorych, a następnie scentralizowaniu funkcji płatnika publicznego poprzez utworzenie w 2003 r. Narodowego Funduszu Zdrowia.

W pierwszej dekadzie XXI wieku ujawniły się wady powyższej struktury systemu ochrony zdrowia. Spowodowały one m.in. wysokie zadłużenie SP ZOZ (na koniec 2012 r. wyniosło ponad 10 mld zł), dekapitalizację ich majątku oraz narastanie kolejek pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń. Jako przyczyny tej sytuacji wskazywano m.in.:

- brak zdolności upadłościowej SP ZOZ⁴,
- ograniczone możliwości dostosowania bazy materialnej i kadrowej do zmieniających się warunków zewnętrznych,
- nieuwzględnienie kosztów amortyzacji w cenach świadczeń kupowanych przez NFZ oraz ich niedoszacowanie,
- kierowanie środków finansowych przez NFZ zgodnie z algorytmem uwzględniającym głównie liczebność populacji oraz jej wiek, skutkujące, przy rosnącej konkurencji podmiotów ubiegających się o środki publiczne, „rozdrobnieniem” kontraktów w niektórych regionach kraju.

¹ Najwyższa Izba Kontroli badała wcześniej proces przekształceń SP ZOZ-ów w ramach kontroli, której wyniki przedstawiono w „Informacji o wynikach kontroli przekształceń własnościowych wybranych szpitali w latach 2006–2010”, Warszawa, listopad 2011 r.; <http://www.nik.gov.pl/kontrole/wyniki-kontroli-nik/kontrole,8649.html>.

² Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, która ze zmianami obowiązywała do 1 lipca 2011 r. (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.). Utraciła moc na podstawie art. 220 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 ze zm.).

³ Dotyczy to także stanu prawnego po nowelizacji ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 20 czerwca 1997 r. (Dz. U. Nr 104, poz. 661).

⁴ Art. 60 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej stanowił, że ujemny wynik finansowy SPZOZ-u nie mógł być podstawą do zaprzestania działalności, jeżeli dalsze jego istnienie było uzasadnione celami i zadaniami, do których realizacji został utworzony, a których nie mógł przejąć inny zakład w sposób zapewniający nieprzerwane sprawowanie opieki zdrowotnej nad ludnością.

Narzędziem służącym poprawie efektywności działania systemu miała być zmiana formy organizacyjno-prawnej świadczeniodawców, tj. przekształcenie SP ZOZ-ów w spółki kapitałowe. W ocenie projektodawców miało to m.in. umożliwić uzyskanie przez nie dodatkowych przychodów ze sprzedaży usług zdrowotnych na wolnym rynku, jak również ograniczyć koszty działalności w następstwie ich restrukturyzacji.

Zmiana formy niosła jednak zagrożenia, w szczególności możliwość upadłości spółki, a w konsekwencji ograniczenie dostępu do świadczeń, a także ryzyko preferowania tych usługobiorców, którzy korzystają z odpłatnych świadczeń medycznych. Do dalszych zagrożeń zaliczano również możliwość występowania zjawiska „selekcjonowania” pacjentów⁵ i wydłużania się kolejek osób oczekujących na świadczenia z powodu ograniczenia udzielania świadczeń nierentownych.

⁵ Pod pojęciem „selekcjonowania pacjentów” w literaturze przedmiotu rozumie się sytuacje ograniczania dostępu do świadczeń dla pacjentów, których koszty leczenia byłyby zbyt wysokie dla świadczeniodawcy lub ubezpieczyciela.

Cel kontroli

Celem kontroli była ocena wpływu przekształcenia szpitali w spółki kapitałowe na liczbę i zakres wykonywanych świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (NFZ) oraz sytuację finansową tych szpitali w latach 2011–2014⁶. Kontrolę Nr P/14/061 przeprowadzono w Ministerstwie Zdrowia, 9 jednostkach samorządu terytorialnego będących organami właścicielskimi oraz 20 szpitalach przekształconych w spółki kapitałowe⁷.

Ponadto, na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f) ustawy o NIK uzyskano informacje od 54 szpitali – spółek, wykonujących w 2013 r. hospitalizację w ramach kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia⁸.

⁶ Do 30 kwietnia.

⁷ Podstawą prawną kontroli w Ministerstwie Zdrowia był art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o NIK (Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.) w jednostkach samorządu terytorialnego art. 2 ust. 2 tej ustawy, a w szpitalach – spółkach art. 2 ust. 3 ustawy, a w przypadku szpitali, dla których organem właścicielskim jest w 100% jednostka samorządu terytorialnego art. 2 ust. 2 ustawy o NIK. Kontrola w Ministerstwie Zdrowia została przeprowadzona pod względem legalności, gospodarności, rzetelności i celowości; w jednostkach samorządu terytorialnego została przeprowadzona pod względem legalności, gospodarności i rzetelności; natomiast w szpitalach przekształconych w spółki kapitałowe pod względem legalności i gospodarności lub legalności, gospodarności i rzetelności (przy 100% udziale samorządu). Wykaz podmiotów objętych kontrolą bezpośrednią zamieszczono w Załączniku Nr 4 i Nr 5. Wyboru podmiotów objętych kontrolą dokonały Delegatury NIK w uzgodnieniu z koordynatorem kontroli na podstawie informacji przekazanych przez Ministerstwo Zdrowia.

⁸ Według stanu na koniec maja 2013 r. zmiana formy organizacyjno-prawnej dotyczyła 150 szpitali. Na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f) ustawy o NIK zwrócono się do 107 niekontrolowanych podmiotów, wykonujących w 2013 r. hospitalizacje w ramach kontraktów z NFZ, w których udział jednostek samorządu terytorialnego w kapitale zakładowym przekraczał 50%. Odpowiedzi nadesłały 54 szpitale samorządowe.

2.1 Ogólna ocena kontrolowanej działalności⁹

Zmiana formy organizacyjno-prawnej szpitali i utworzenie spółek w miejsce samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej nie spowodowała, w kontrolowanych podmiotach¹⁰, ograniczenia liczby i zakresu¹¹ wykonywanych świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Nie odnotowano również istotnych zmian w sposobie zarządzania tymi jednostkami¹², ponieważ przekształcone szpitale nie podjęły wystarczających działań w celu zwiększenia efektywności funkcjonowania. Nie prowadziły analiz kosztów ponoszonych na realizację poszczególnych procedur medycznych, co powodowało, że nie mogły określić ich rentowności¹³, a zarządzający tymi podmiotami nie mogli wykorzystać tego narzędzia w celu przeprowadzenia restrukturyzacji prowadzonej działalności.

Tylko nieliczne spółki badały i analizowały rynek usług medycznych, co utrudniało podejmowanie decyzji zarządczych, w szczególności zmianę zakresu udzielanych świadczeń. Ponad 90% przychodów ogółem pochodziło z kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia, a jedynie ok. 5% stanowiły przychody z tytułu odpłatnej sprzedaży usług medycznych. W przypadku usług świadczonych odpłatnie, czas oczekiwania pacjentów na uzyskanie tych świadczeń był znacznie krótszy, w porównaniu do czasu oczekiwania na takie same świadczenia udzielane w ramach kontraktów z NFZ.

Szacunki Ministerstwa Zdrowia dotyczące liczby jednostek samorządu terytorialnego zainteresowanych przekształceniem SP ZOZ-ów w spółki oraz uzyskaniem dotacji z budżetu państwa na wsparcie tego procesu okazały się wysoce nietrafne. W latach 2011–2014¹⁴ zaledwie 34 jednostki samorządu terytorialnego uzyskały dotacje, na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹⁵, przekształcając 45 SP ZOZ z przewidywanych 500. W tym samym okresie wykorzystano 23,8% środków rezerwy budżetowej przeznaczonej na ten cel. Nie analizowano przy tym przyczyn niskiego zainteresowania środkami dotacji i corocznie planowano zawyżone kwoty.

⁹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie.

¹⁰ Kontrolą objęto 20 szpitali przekształconych w spółki, w których większościowym udziałowcem były jednostki samorządu terytorialnego (w przypadku 19 spółek udział ten wynosił 100%). Nie kontrolowano spółek, w których akcje lub udziały zostały w całości zbyte przez jednostki samorządu.

¹¹ Pod pojęciem zakresu świadczeń, należy rozumieć świadczenie lub grupę świadczeń wyodrębnionych w danym rodzaju świadczeń. Natomiast miarą ich dostępności był m.in. czas oczekiwania na ich udzielenie.

¹² Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że powyższe ustalenia są zbieżne z ustaleniami poprzedniej kontroli NIK dotyczącej procesu przekształceń szpitali, która również wykazała, że zmiana formy organizacyjno-prawnej podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, nie doprowadziła do trwałej poprawy ich sytuacji finansowej oraz dostępu do usług medycznych.

¹³ Analiz takich dokonywano w sposób uproszczony, poprzez podział kosztów na poszczególne komórki organizacyjne szpitala.

¹⁴ Według stanu na dzień 30 kwietnia 2014 r.

¹⁵ Dz. U. z 2013 r., poz. 217 z zm.

2.2 Synteza wyników kontroli

1. W okresie od 2011 do 30 kwietnia 2014 liczba szpitali zwiększyła się z 984 do 1078¹⁶. Liczba łóżek szpitalnych zmniejszyła się nieznacznie z 210.987 do 210.926.

Przekształceniami organizacyjno-prawnymi objęto 174 szpitale¹⁷, w tym 125 na podstawie ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej¹⁸ i 49 na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹⁹. W 38 SP ZOZ przekształconych w spółki kapitałowe, jednostki samorządu terytorialnego zbyły posiadane akcje lub udziały (str. 14).

Pomimo postępującego procesu przekształceń SP ZOZ w spółki oraz nabywania w nich udziałów przez podmioty prywatne, Minister Zdrowia posiadał jedynie fragmentaryczne dane dotyczące wpływu procesu zmian formy organizacyjno-prawnej szpitali na dostęp do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, co NIK ocenia negatywnie (str. 16 i nast.).

2. W celu wsparcia procesu przekształceń, Minister Zdrowia²⁰ udzielał, w latach 2011–2014, jednostkom samorządu terytorialnego dotacji przeznaczonych m.in. na spłatę zobowiązań przejętych od samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, przekształconych w spółki kapitałowe. Proces udzielania oraz rozliczania dotacji był zgodny z warunkami zawartymi w umowach.

Szacunki Ministerstwa Zdrowia dotyczące liczby jednostek samorządu terytorialnego zainteresowanych przekształceniem SP ZOZ-ów w spółki oraz uzyskaniem dotacji z budżetu państwa okazały się wysoce nietrafne, ponieważ zakładano, że przekształceniami zostanie objętych 500 podmiotów. Faktycznie dotacje otrzymały tylko 34 jednostki samorządu terytorialnego, które przekształciły 45 SPZOZ w spółki kapitałowe. Szacunków tych dokonano głównie na podstawie informacji uzyskiwanych telefonicznie od świadczeniodawców oraz na podstawie doświadczeń z realizacji programu pn. „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia²¹”, (tzw. „Plan B”).

W konsekwencji, w latach 2011–2013, wykorzystano jedynie 23,8% środków rezerwy przeznaczonej w budżecie państwa na wsparcie procesu przekształceń SP ZOZ w spółki kapitałowe²².

Pomimo tego w Ministerstwie nie analizowano przyczyn niskiego zainteresowania środkami z dotacji i corocznie planowano na ten cel zawyżone kwoty, co NIK ocenia negatywnie (str. 18). Ustalenia kontroli wskazują, że niewielkie wykorzystanie rezerwy było konsekwencją struktury zobowiązań SP ZOZ-ów i ograniczeń ustawowych, dotyczących wykorzystania tych środków na spłatę zobowiązań.

3. W związku z przekształceniem szpitali w spółki nie odnotowano przypadków ograniczenia zakresu udzielanych świadczeń, w tym badań diagnostycznych. Nie uległa także istotnej zmianie liczba wykonywanych świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, która

¹⁶ Źródło: dane Ministerstwa Zdrowia.

¹⁷ Według stanu na dzień 30 kwietnia 2014 r.

¹⁸ Dz. U. z 2007 r., Nr 14, poz. 89 ze zm.

¹⁹ Dz. U. z 2013 r., poz. 217 z zm.

²⁰ Na podstawie art. 196 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

²¹ Uchwała Nr 58/2009 Rady Ministrów z dnia 27 kwietnia 2009 r.

²² W rezerwach celowych przewidziano następujące kwoty na udzielenie tych dotacji: w 2012 r. – 400 mln zł, w 2013 r. – 600 mln zł, a w 2014 r. – 400 mln zł. Wykorzystano w tym czasie 332,7 mln zł, tj. 23,8% środków ogółem, z tego w 2012 r. 39,1 mln zł (9,8%), w 2013 r. – 229,1 mln zł (38,2%), oraz w 2014 r. 64,5 mln zł (16,1%).

była uzależniona od wielkości kontraktu z NFZ. Późniejsze likwidacje komórek organizacyjnych, dokonywane po przekształceniu szpitala w spółkę, wynikały głównie z ograniczenia wartości kontraktów z Funduszem z uwagi na niskie zainteresowanie pacjentów określonymi usługami, bądź niespełniania przez świadczeniodawcę wymogów konkursowych. Liczba udzielanych świadczeń i wykonywanych badań diagnostycznych wynikała z limitów określonych w kontraktach (str. 19 i nast.).

W przypadku odpłatnych usług medycznych, pacjenci otrzymywali świadczenia na bieżąco, podczas gdy w ramach kontraktów z NFZ czas oczekiwania wynosił nawet kilka miesięcy (str. 26).

4. Szpitale przekształcone w spółki nie wdrożyły skutecznego mechanizmu kontroli kosztów. Spośród 20 kontrolowanych szpitali, tylko jeden prowadził rachunek kosztów pozwalający na wycenę poszczególnych procedur medycznych. W konsekwencji, spółki nie były w stanie ustalić, czy wykonywane procedury medyczne były dla nich rentowne (str. 33–34). Również tylko jeden szpital wykorzystywał analizę skarg, jako narzędzie poprawy jakości udzielanych świadczeń (str. 35)²³.

W 14 kontrolowanych spółkach (70%) nie funkcjonowały komórki audytu bądź kontroli, a także nie prowadzono kontroli wewnętrznej (str. 34).

5. Przekształcenie SP ZOZ-ów w spółki kapitałowe nie spowodowało zmiany struktury przychodów. Stopniowa poprawa wyników finansowych spółek, odnotowana w latach 2011–2013, była analogiczna, jak w przypadku SP ZOZ-ów. W pierwszych miesiącach 2014 r. nastąpiło pogorszenie wskaźników ekonomicznych przekształconych szpitali (str. 29 i nast.).

Spośród 16 podmiotów, przekształconych w latach 2011–2014, w przypadku których j.s.t. przejęły ich zobowiązania, w ośmiu skutki tego procesu miały jedynie doraźny wpływ na wyniki finansowe spółek, zaś po chwilowej poprawie, podobnie jak w przypadku SP ZOZ, wynik finansowy był ujemny (str. 33).

6. Uzależnienie przychodów spółek głównie od kontraktów z NFZ skutkowało tym, że żaden z kontrolowanych podmiotów nie wypracował narzędzi pozwalających na bieżącą analizę lokalnego zapotrzebowania na odpłatne usługi medyczne. W konsekwencji spółki w ograniczonym zakresie dokonywały zmian zakresu udzielanych świadczeń, uzależniając je od wymagań NFZ (str. 19–20).

7. Najczęściej stosowaną formą obniżenia kosztów działalności była zmiana formy zatrudnienia personelu medycznego, a zwłaszcza rezygnacja z umów o pracę na rzecz tzw. kontraktów (tj. umów o charakterze cywilno-prawnym), w przypadku których nie obowiązywały zasady dotyczące czasu pracy oraz przerw pomiędzy kolejnymi okresami jej świadczenia. W 49 spółkach utworzonych przed 2011 r., według stanu na koniec 2011 r., w formie umów o pracę zatrudnionych było w szpitalach 1.650 lekarzy, zaś na kontraktach 2.532. Na koniec kwietnia 2014 r. liczba lekarzy zatrudnionych w formie umowy o pracę zmniejszyła się do 1.453, zaś wykonujących pracę na podstawie kontraktów zwiększyła się do 3.033. Podobne zjawisko miało miejsce w 25 spółkach powstałych w latach 2011–2014. Liczba personelu lekarskiego zatrudnionego w formie umowy o pracę zmniejszyła się z 866 w 2011 r. do 750 w 2014 r. (na dzień 30 kwietnia), przy jednoczesnym wzroście liczby lekarzy zatrudnionych na kontraktach z 960 do 1.297 (str. 30–33).

²³ W latach 2011–2014 (do 30 kwietnia) na działalność kontrolowanych szpitali wpłynęło 599 skarg, z których 95 (15,9%) zostało uznanych przez spółki za zasadne. Najczęstszą przyczyną ich wniesienia było niewłaściwe zachowanie personelu medycznego udzielającego świadczeń.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że w przypadku personelu medycznego zatrudnionego na tzw. kontraktach, nie obowiązują maksymalne ustawowe normy czasu pracy oraz odpoczynku²⁴. W sytuacji długotrwałego świadczenia pracy przez personel medyczny może to stanowić zagrożenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów.

8. Dziewięć spośród 20 kontrolowanych spółek dysponowało specjalistycznym oprogramowaniem komputerowym, tzw. „optymalizatorem”, pozwalającym na wskazanie możliwej do wykonania, dodatkowej procedury medycznej, która kwalifikowała dane świadczenie zdrowotne do lepiej opłacanej grupy świadczeń wykazywanych w katalogach Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP), niezależnie od rzeczywistej, medycznej potrzeby wykonania danej procedury. Systemy takie umożliwiały zwiększenie przychodów podmiotu, lecz ich wykorzystanie mogło skutkować szybszym wyczerpywaniem się limitu środków wynikających z kontraktów zawartych z NFZ i wydłużaniem kolejek osób oczekujących na udzielenie świadczeń. W ocenie NIK wykorzystanie takiego oprogramowania może skutkować nieefektywnym wykorzystaniem środków publicznych na leczenie pacjentów, a nawet prowadzić do ich wyłudzenia i powinno być przedmiotem szczególnej uwagi NFZ (str. 39).

9. Pomimo funkcjonowania w kontrolowanych podmiotach komitetów i zespołów ds. zakażeń wewnątrzszpitalnych, kontrole inspekcji sanitarnej wykrywały nieprawidłowości, niekiedy o istotnym znaczeniu dla bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów, jak np. zakażenie gronkowcem złocistym, MRSA (gronkowiec złocisty oporny na metycylinę) na oddziałach ginekologiczno-położniczych i neonatologicznych. Kontrola NIK wykazała ponadto, że w siedmiu spółkach (35%) składy komitetów i zespołów były niezgodne z obowiązującymi przepisami lub powołane do ich składu osoby nie wykonywały swoich funkcji (str. 34–35).

10. Spośród 20 podmiotów leczniczych objętych kontrolą, w 3 stwierdzono uchybienia polegające na nieaktualizowaniu danych zawartych w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Było to sprzeczne z art. 107 ustawy o działalności leczniczej. W jednym przypadku stwierdzono, że szpital nie określił cennika odpłatnych usług medycznych, do czego zobowiązywał art. 24 ust. 1 pkt 12 ustawy o działalności leczniczej (str. 28–29).

11. W procesie przekształceń w badanych jednostkach samorządu terytorialnego nie wystąpiły istotne nieprawidłowości. W niektórych przypadkach stwierdzono jednak:

- akceptowanie sprawozdań likwidatorów pomimo nieprzeprowadzenia inwentaryzacji majątku na dzień poprzedzający rozpoczęcie likwidacji SP ZOZ oraz jej zakończenie;
- przekazanie umowami cesji wierzytelności likwidowanego SP ZOZ w kwocie 968,9 tys. zł na rzecz nowo powołanej spółki, zamiast na rzecz jednostki samorządu terytorialnego, co było niezgodne z art. 53a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej²⁵.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że jedynie cztery skontrolowane jednostki samorządu terytorialnego, będące organami założycielskimi SP ZOZ, przeprowadziły przed zmianą ich formy organizacyjnej szczegółową analizę potrzeb zdrowotnych ludności objętej opieką zdrowotną

²⁴ Patrz Dział III „Czas pracy pracowników podmiotów leczniczych” (art. 93–99) ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r., poz. 217 ze zm.).

²⁵ Kontrola Starostwa Powiatowego w Grójcu. Zgodnie z art. 53a ustawy o zoz w przypadku likwidacji publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jego majątek, po zaspokojeniu wierzytelności, staje się własnością m.in. właściwej jednostki samorządu terytorialnego, a o jego przeznaczeniu decyduje podmiot, który utworzył publiczny zakład opieki zdrowotnej. W tok kontroli ustalono, że należności zlikwidowanego SP ZOZ nie stały się należnościami jednostki samorządu terytorialnego.

danego szpitala, w tym możliwości świadczenia odpłatnych usług medycznych. Analizy takie sporządzano jedynie przy ubieganiu się o środki z dotacji budżetu na wsparcie procesu przekształcenia SP ZOZ, co było warunkiem jej uzyskania (str. 36 i nast.).

2.3 Uwagi końcowe i wnioski

Uzależnienie wielkości przychodów uzyskiwanych przez spółki głównie od realizacji kontraktów zawartych z NFZ spowodowało, że ich strona przychodowa była kształtowana nie tyle przez działania własne, ile przez decyzje płatnika publicznego dotyczące tego, jakie świadczenia będą kontraktowane.

Tymczasem kontrole NIK wykazały, że jednym z głównych problemów płatnika publicznego jest brak bieżących i aktualnych informacji dotyczących procesów i zjawisk epidemiologicznych²⁶. Informacje cyklicznie przekazywane przez świadczeniodawców mają charakter retrospektywny. Od momentu zaistnienia zdarzenia do pozyskania przez Fundusz odpowiednich danych, ich przeanalizowania oraz dokonania niezbędnych zmian w planie finansowym może upłynąć wiele miesięcy. Niewystarczające rozpoznanie przez NFZ zapotrzebowania na określone usługi medyczne ma wpływ na ograniczenia w dostępie do świadczeń zdrowotnych w niektórych regionach kraju oraz narastanie kolejek osób oczekujących na udzielenie deficytowych świadczeń.

Uzależnienie finansowe spółek od przychodów z NFZ powodowało, że zniknął bodziec do prowadzenia szczegółowego rachunku kosztów, ponieważ zawarcie kontraktów po określonych przez płatnika cenach warunkowało funkcjonowanie podmiotów.

Spółki, podobnie jak SP ZOZ-y, miały więc ograniczone możliwości zmiany profilu działalności, jak również pozyskiwania dodatkowych przychodów.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli zmiana formy prawnej podmiotów leczniczych, może przynieść korzyści w sytuacji:

- wprowadzenia przez spółki narzędzi usprawniających zarządzanie, uwzględniających m.in. rozpoznanie lokalnych potrzeb i ocenę rynku usług medycznych,
- dalszej przebudowy przez Ministra Zdrowia systemu ochrony zdrowia i stworzenia mechanizmów realnej konkurencji pomiędzy spółkami o środki publiczne w oparciu o jakość i efekty świadczonych usług²⁷.

W związku z dokonującym się procesem przekształceń Minister Zdrowia powinien.

- 1) Podjąć działania w celu wdrożenia mechanizmów zapewniających uzyskiwanie aktualnych i pełnych danych niezbędnych do oceny sytuacji finansowej przekształconych podmiotów oraz wpływu tego procesu na dostęp do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.
- 2) Zasadne jest także opracowanie przez Ministra Zdrowia oraz organy właścicielskie szpitali analiz zapotrzebowania na określone świadczenia zdrowotne oraz określenie niezbędnych zasobów kadrowych i sprzętowych pozostających w dyspozycji władz publicznych pozwalających na realizację tych zadań w układzie ogólnokrajowym oraz regionalnym.

²⁶ Patrz Informacja o wynikach kontroli realizacji zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach planu finansowego na 2013 rok (Kontrola Nr P/14/060).

²⁷ Powyższy wniosek systemowy dotyczący wzmocnienia konkurencji pomiędzy świadczeniodawcami a środkami publicznymi w oparciu o jakość i efekty świadczonych usług nawiązuje do wniosku sformułowanego już w Informacji o wynikach kontroli „Dostępność i finansowanie rehabilitacji leczniczej” (Nr P/13/131).

3.1 Charakterystyka stanu prawnego oraz uwarunkowań ekonomicznych i organizacyjnych

System ochrony zdrowia w Polsce obejmuje sześć grup podmiotów, tj.:

- 1) organy rządowe, powołane do realizacji funkcji koordynacyjnych i kontrolnych;
- 2) instytucję płatnika (NFZ);
- 3) organy założycielskie lub właścicielskie placówek zdrowotnych, głównie jednostki samorządu terytorialnego (j.s.t.);
- 4) podmioty wykonujące działalność leczniczą (świadczeniodawcy);
- 5) samorzady zawodów medycznych;
- 6) populacje ubezpieczonych oraz pacjentów.

Rola jednostek samorządu terytorialnego w systemie ochrony zdrowia

Jednostki samorządu terytorialnego, po 1 stycznia 1999 r., zostały organami założycielskimi dla większości przychodni ambulatoryjnych oraz szpitali powiatowych i wojewódzkich. Przekazaniu większości ZOZ-ów samorządom nie towarzyszyła weryfikacja ich liczby, struktury i zakresu świadczonych usług, co skutkowało niekiedy dublowaniem się jednostek świadczących podobny zakres usług w sąsiednich powiatach.

Samorząd jako właściciel zakładów opieki zdrowotnej, pełniąc funkcje nadzorcze i kontrolne, dokonywał oceny działalności zakładu i pracy jego kierowników. Kontrola ta obejmowała w szczególności realizację zadań statutowych, dostępność oraz poziom udzielania świadczeń, prawidłowość gospodarki mieniem i gospodarki finansowej.

W realizacji funkcji **organizatora systemu** ochrony zdrowia samorzady terytorialne posiadały uprawnienia do tworzenia, przekształcania i likwidacji zakładów, prawo zatwierdzania zmian w statutach placówek, a także były decydentami w sprawach inwestycyjnych. Dostrzegając wady konstrukcji SP ZOZ już w 2003 r.²⁸ podejmowano próby zmiany formy prawnej funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej i przekształcenia w tzw. spółki użyteczności publicznej.

W 2009 r. Rada Ministrów podjęła uchwałę w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia²⁹” (tzw. „Plan B”). Celem Programu była spłata części zobowiązań przejętych przez j.s.t. po zlikwidowaniu SP ZOZ-ów. Przepisy „ustawy o zoz”, nie przewidywały bowiem możliwości zmiany formy organizacyjno-prawnej („przekształcenia”) samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w podmiot działający w innej formie prawnej np. spółki kapitałowej. Aby tego dokonać organ założycielski SP ZOZ musiał wpierw zlikwidować zakład, a następnie utworzyć spółkę prowadzącą niepubliczny zakład opieki zdrowotnej.

Program był realizowany przez Ministra Zdrowia w latach 2009–2011. Nakłady z budżetu państwa na jego realizację wyniosły 753,7 mln , przy czym j.s.t przejęły zobowiązania placówek w kwocie 1.418,4 mln zł.

²⁸ Patrz projekt ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych ustaw z dnia 28 listopada 2003 r. – Druk Sejmowy Nr 3609. Koncepcja spółki użyteczności publicznej była zbliżeniem SP ZOZ do spółki kapitałowej, ale z decydującym udziałem samorządu terytorialnego (75%). Przekształcenie SP ZOZ w spółkę użyteczności publicznej miało być związane z częściowym umorzeniem długu pod warunkiem przyjęcia przez zakład planu restrukturyzacji. Intencją projektu rządowego było wprowadzenie rozwiązania wskazującego na jednoznaczną odpowiedzialność właścicielską i finansową samorządu terytorialnego wobec zakładu, przymuszając jednocześnie zakład do restrukturyzacji.

²⁹ Uchwała Nr 58/2009 Rady Ministrów z dnia 27 kwietnia 2009 r.

Przyjęta w dniu 15 kwietnia 2011 r. ustawa o działalności leczniczej, przewidywała możliwość uzyskania wsparcia dla podmiotów przekształcających SP ZOZ w spółki kapitałowe. W przeciwieństwie do „ustawy o zoz”, ustawa o działalności leczniczej dopuściła możliwość przekształcenia SP ZOZ w spółkę kapitałową, bez konieczności jego uprzedniej likwidacji. Tym samym dopuszczono możliwość zachowania ciągłości prawnej podmiotu działającego w różnych formach prawnych.

W **Załączniku Nr 3** przedstawiono szczegółowe przepisy dotyczące m.in. procedury przekształcenia SP ZOZ-ów w spółki, a także zadań władz publicznych związanych z ochroną zdrowia.

3.2 Istotnie ustalenia kontroli

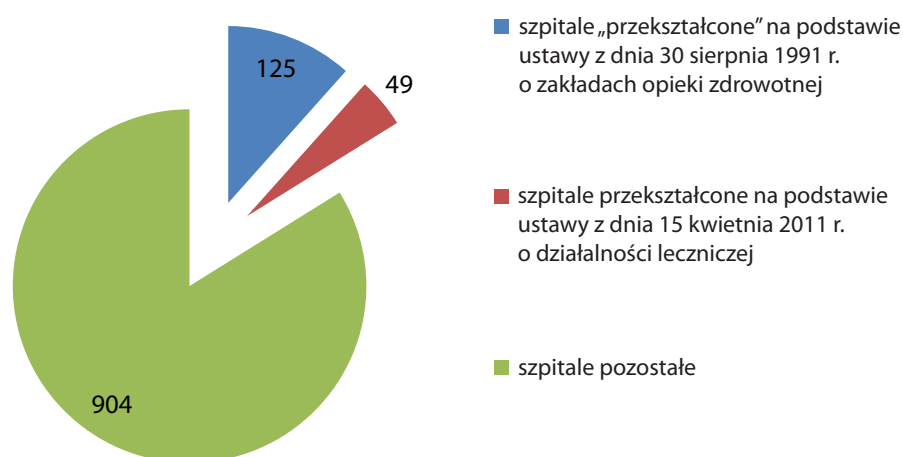
3.2.1. Ministerstwo Zdrowia

3.2.1.1. Realizacja zadań Ministra Zdrowia dotyczących zmian formy organizacyjno-prawnej szpitali

Według stanu na dzień 30 kwietnia 2014 r. proces przekształceń SP ZOZ w spółki objął 174 szpitale, w tym 125 z nich zmieniło formę organizacyjno-prawną na podstawie ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, a 49 na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Wykres nr 1

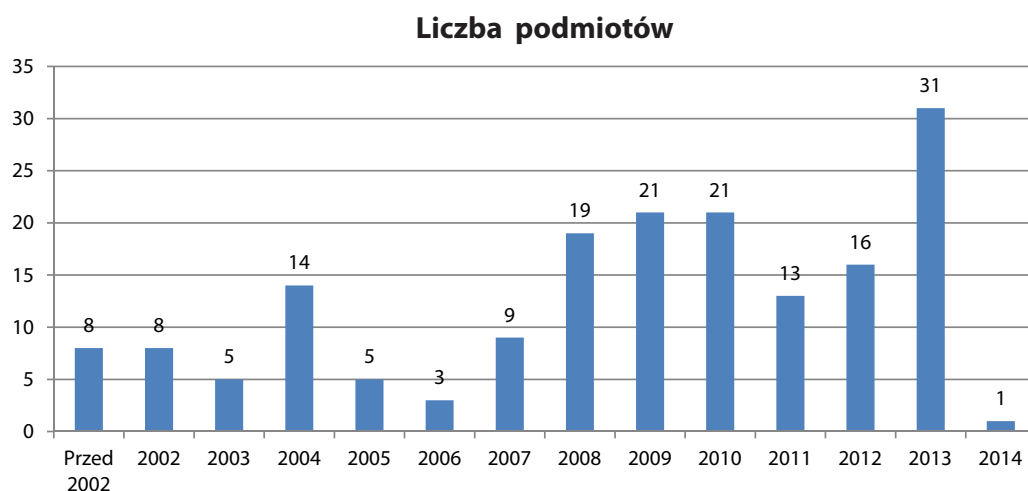
Udział szpitali działających w formie spółek kapitałowych (przekształconych na podstawie ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej oraz ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej), w łącznej liczbie szpitali, według stanu na koniec kwietnia 2014 r.



Źródło: Opracowanie własne NIK.

Wykres nr 2

Liczba szpitali publicznych, które zmieniły swoją formę organizacyjno-prawną z SP ZOZ na spółki kapitałowe w latach 2002–2014 (do 30 kwietnia).



Źródło: Dane Ministerstwa Zdrowia według stanu na dzień 30 kwietnia 2014 r.

Proces zmiany formy organizacyjno-prawnej szpitali był zróżnicowany w poszczególnych województwach.

Tabela nr 1

Liczba szpitali objętych przekształceniami w latach 2002–2014 (do 30 kwietnia) w poszczególnych województwach

Województwo	Liczba szpitali funkcjonujących w wybranych formach organizacyjno-prawnych, według stanu na dzień 30 kwietnia 2014 r.			Liczba łóżek ogółem	Liczba łóżek – SP ZOZ	Liczba łóżek – spółki	Wskaźnik łóżek/10 tys. mieszkańców (SP ZOZ)	Wskaźnik łóżek/10 tys. mieszkańców (spółki)
	Wszystkie szpitale ²	SP ZOZ	Spółka kapitałowa ¹					
Dolnośląskie	95	33	25	17.790	11.880	4.772	40,82	16,40
Kujawsko-Pomorskie	58	21	11	10.414	8.256	1.618	39,45	7,73
Lubelskie	58	34	4	12.956	11.200	1.084	51,94	5,03
Lubuskie	32	12	12	5.849	3.345	2.336	32,75	22,87
Łódzkie	67	26	8	14.214	10.692	2.045	42,55	8,14
Małopolskie	80	37	6	15.970	13.528	1.310	40,25	3,90
Mazowiecki	152	58	17	31.439	17.911	5.376	33,69	10,11
Opolskie	29	19	7	5.575	4.740	671	47,19	6,68
Podkarpackie	46	29	1	11.387	10.434	260	49,00	1,22
Podlaskie	35	23	1	7.040	6.721	99	56,24	0,83
Pomorskie	48	13	19	10.221	4.447	4.977	19,37	21,68
Śląskie	166	60	28	28.179	20.327	6.006	44,19	13,06
Świętokrzyskie	28	19	3	7.194	6.490	358	51,17	2,82
Warmińsko-Mazurskie	49	24	11	7.098	5.564	1.380	38,45	9,54
Wielkopolskie	93	41	9	16.578	13.728	2.016	39,60	5,81
Zachodniopomorskie	42	22	8	9.022	7.761	1.077	45,15	6,27
Razem:	1078	471	170	210.926	157.024	35.385	40,79	9,19

¹ W woj. kujawsko-pomorskim dwa szpitale połączyły się w jeden podmiot, natomiast w woj. dolnośląskim 5 szpitali zostało włączone w strukturę jednej spółki.

² Pozostałe podmioty to m.in. 13 instytutów badawczych dysponujących 6.488 łózkami oraz 424 inne podmioty z 12.029 łózkami będące m.in. jednostkami budżetowymi, a także utworzone przez kościół, związek wyznaniowy, fundację, związek zawodowy itp.

Źródło: Dane Ministerstwa Zdrowia.

Udziały j.s.t. w kapitale zakładowym³⁰ wynosiły: w 113 spółkach³¹ – 100%, w 5 spółkach³² – powyżej 50%, 14 spółach – poniżej 50%, w 38 spółkach – 0%.

Pomimo postępującego procesu przekształceń SP ZOZ w spółki, w tym przejmowania udziałów w nich przez podmioty prywatne, Ministerstwo Zdrowia posiadało tylko fragmentaryczne dane dotyczące oceny jego wpływu na dostęp do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, co NIK ocenia negatywnie. Prowadzone w tym zakresie analizy (dwie w latach 2011–2014) opierały się na badaniu zmian w strukturze spółek, na podstawie danych z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, a nie na kompleksowej analizie np. czasu oczekiwania pacjentów, czy kontroli zjawiska tzw. selekcjonowania dostępu do usług medycznych. Objęły one jedynie 48 szpitali. W 35 podmiotach nie odnotowano zmian struktury organizacyjnej, w 6 nastąpiła likwidacja oddziału, w 7 utworzenie lub połączenie oddziałów.

Ponadto, na wniosek Ministra Zdrowia, Lubelski OW NFZ przeprowadził w 2013 r. kontrolę leczenia w szpitalu przekształconym w spółkę. Wykazała ona m.in. brak wymaganej obsady lekarskiej w dwóch poradniach oraz ograniczenia w dostępie do świadczeń specjalistycznych i badań diagnostycznych. W konsekwencji ze świadczeniodawcą rozwiązano umowę w dwóch zakresach świadczeń oraz nałożono karę umowną w kwocie 149,9 tys. zł.

Artykuł 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³³ zobowiązuje władze publiczne, w tym m.in. Ministra Zdrowia, do zapewnienia równego dostępu do świadczeń zdrowotnych, m.in. poprzez analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych. W latach 2011–2014 (do 30 kwietnia) Ministerstwo nie opracowywało dokumentów określających sposób zapewnienia równego dostępu pacjentów do świadczeń na terenie kraju, w tym uwzględniającego rozmieszczenie świadczeniodawców. Zgłoszony został jedynie projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (druk sejmowy 2505), który zakłada w przyszłości sporządzenie Ogólnopolskiej i Regionalnych Map Potrzeb Zdrowotnych.

Analizy dotyczące zmiany formy organizacyjno-prawnej SP ZOZ-ów przeprowadzane przez Ministerstwo Zdrowia dotyczyły głównie oceny wpływu tych zmian na sytuację finansową spółek. Na podstawie danych ankietowych zebranych od 142, spośród 174 spółek kapitałowych³⁴, ustalono m.in., że przychody z ich działalności wyniosły w 2013 r. ogółem 4.548.929,8 tys. zł, w tym z tytułu kontraktów zawartych z NFZ – 3.968.626,7 tys. zł, tj. 87,2%. Pomimo zmiany formy organizacyjno-prawnej w dalszym ciągu ok 95% przychodów ze sprzedaży osiągnęte było w wyniku realizacji kontraktów zawartych z NFZ. Przychody z odpłatnych świadczeń zdrowotnych wyniosły 214.852,0 tys. zł, co stanowiło ok. 4,7% przychodów ze sprzedaży. Żadna z nich nie osiągnęła dodatniej rentowności sprzedaży.

Koszty działalności spółek wyniosły ogółem 4.461.004,0 tys. zł, w tym m.in. koszty udzielonych świadczeń zdrowotnych (bez kosztów zarządu i kosztów administracyjnych) 3.842.019,9 tys. zł (86 %).

³⁰ Według stanu na 30 kwietnia 2014 r.

³¹ Pięć spółek w województwie dolnośląskim zostały przejęte przez Sanatoria Dolnośląskie Sp. z o.o.

³² Dwie spółki w województwie kujawsko-pomorskim połączone zostały w jeden podmiot leczniczy „Nowy Szpital w Nakle i Szubinie”.

³³ Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 ze zm.

³⁴ W odniesieniu do pozostałych 32 szpitali nie uzyskano danych m.in. z powodu niewyrażenia zgody na udostępnienie danych przez 8 spółek, nieprzekazania informacji przez 5 j.s.t. z powodu braku podstaw prawnych, zmian organizacyjno-prawnych w 7 spółkach, przekształcenia 12 spółek pod koniec 2013 r. i możliwości przesłania informacji dopiero za 2014 r.

Spośród 142 spółek zysk³⁵ netto w łącznej kwocie 93.109 tys. zł odnotowały 94, zaś stratę w łącznej wysokości 66.828,4 tys. zł, 48 podmiotów.

Zmniejszeniu uległy zobowiązania ogółem z 3.419.236,3 tys. zł do 1.876.579,4 tys. zł, tj. o 45%, w tym wymagalne z 1.197.084,6 tys. zł do 108.261,5 tys. zł, tj. o 91%³⁶.

Tabela nr 2

Stan zadłużenia SP ZOZ oraz podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych działających w formie spółek kapitałowych (w mln zł)

Stan na koniec	2011 r.	2012 r.	2013 r.	I kw. 2014 r.
Zobowiązania SPZOZ ogółem	10383,6	10661,4	9922,0	9924,1
w tym zobowiązania wymagalne	2316,5	2474,0	2015,5	2009,7
Zobowiązania spółek kapitałowych utworzonych przez j.s.t.	256,6	625,0	2071,6	X

Źródło: Dane Ministerstwa Zdrowia według stanu na koniec I kw. 2014 r.

Oceniając sytuację finansową spółek, Ministerstwo nie dysponowało mechanizmem pozwalającym na uzyskiwanie aktualnych danych finansowych, pomimo tego, że zgodnie z art. 28 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia³⁷, Minister Zdrowia był zobowiązany do wydania rozporządzenia w sprawie systemu monitorowania kosztów leczenia i sytuacji finansowo-ekonomicznej podmiotów leczniczych. System ten miał zapewnić m.in. przetwarzanie informacji o kosztach leczenia w wybranych podmiotach leczniczych (m.in. SPZOZ i działających w formie spółek kapitałowych). Rozporządzenie w tej sprawie wydane zostało dopiero 6 czerwca 2013 r.³⁸

Według stanu na koniec I półrocza 2014 r. nie funkcjonował system służący przetwarzaniu danych o kosztach leczenia, gdyż nie były przekazywane dane, które miały pochodzić z tzw. Elektronicznej Platformy Gromadzenia Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych budowanej przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia³⁹. Prace nad tą Platformą nie zostały zakończone.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli analiza sytuacji finansowej spółek była utrudniona z uwagi na fakt, że w latach 2012–2014 nie obowiązywały jednolite standardy wewnętrznej ewidencji i sprawozdawczości kosztowej dla podmiotów leczniczych. Zróżnicowanie ich struktur i zakresów prowadzonej działalności, praktycznie uniemożliwiało pozyskanie wiarygodnych i porównywalnych danych o kosztach świadczeń medycznych, zaś nieadekwatne ustalenie cen świadczeń kontraktowanych przez NFZ będzie miało negatywny wpływ na sytuację finansową świadczeniodawców.

³⁵ Na podstawie sprawozdań finansowych według stanu na dzień 31 grudnia 2013 r.

³⁶ Na podstawie danych o sytuacji finansowej 129 podmiotów leczniczych z ostatniego roku przed przekształceniem w spółkę kapitałową oraz danych spółek za 2013 r.

³⁷ Dz. U. Nr 113, poz. 657 ze zm.

³⁸ Dz. U. z 2013 r., poz. 670.

³⁹ Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia – jednostce nadzorowanej przez Ministra Zdrowia, odpowiedzialnej za informatyzację w ochronie zdrowia.

W projekcie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁴⁰, zawarto delegację ustawową dla ministra właściwego do spraw zdrowia do wydania zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców. Nie planuje się jednak nałożenia obowiązku stosowania rachunku kosztów przez wszystkich świadczeniodawców ze względu na koszty jego wdrożenia oraz istotne trudności w zakresie możliwości zapewnienia kompatybilności danych przekazywanych przez wszystkich świadczeniodawców⁴¹. Rachunek kosztów wypracowany w ramach projektu ma być rozwiązaniem zalecanym.

3.2.1.2. Wsparcie procesu przekształceń SP ZOZ-ów w spółki kapitałowe

Szacunki, których Ministerstwo Zdrowia dokonało na podstawie informacji uzyskanych podczas wywiadów telefonicznych dotyczące skali zainteresowania przekształceniami na podstawie ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (zwanej w dalszej treści także uodl), okazały się nietrafne. Z przewidywanych ok. 500 podmiotów, które miały zostać objęte przekształceniem, zmiany formy organizacyjno-prawnej dokonano jedynie w 45 spośród nich.

W konsekwencji wykorzystanie instrumentu określonego w art. 196 uodl, polegającego na tym, że podmiot tworzący, który przekształcił samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową, na zasadach określonych w art. 69–82 uodl, mógł ubiegać się do dnia 31 grudnia 2013 r. o dotację celową z budżetu państwa, było niewielkie.

Z zaplanowanej, w latach 2011–2013, kwoty 1.400 mln zł przeznaczonej w budżecie państwa na wsparcie procesu przekształceń SP ZOZ w spółki kapitałowe wykorzystano zaledwie 332,7 mln zł, tj. 23,8%⁴². Mimo tak niskiego stopnia wykorzystania dotacji, w Ministerstwie nie dokonywano analiz przyczyn tego stanu. W kolejnych latach, nie dostosowano kwoty środków tej rezerwy do liczby i wartości składanych wniosków o udzielenie dotacji. W efekcie rezerwa była niewspółmiernie wysoka do potrzeb.

Przyczyną niewielkiego wykorzystania rezerwy była struktura zobowiązań SP ZOZ-ów i ograniczenia ustawowe, dotyczące wykorzystania tych środków na spłatę zobowiązań⁴³.

3.2.2. Funkcjonowanie przekształconych szpitali

Dane uzyskano od⁴⁴ 74 szpitali działających w formie spółek, objętych kontrolą bezpośrednią oraz od pozostałych podmiotów na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f) ustawy o NIK, spośród których 49 funkcjonowało w całym kontrolowanym okresie w formie spółki, zaś 25 przekształcono z SP ZOZ w jego trakcie.

⁴⁰ Patrz: Druk sejmowy Nr 2505.

⁴¹ Odpowiedź Ministra Zdrowia (Sławomira Neumana – Sekretarza Stanu) do Marszałka Sejmu z dnia 4 lutego 2014 r.

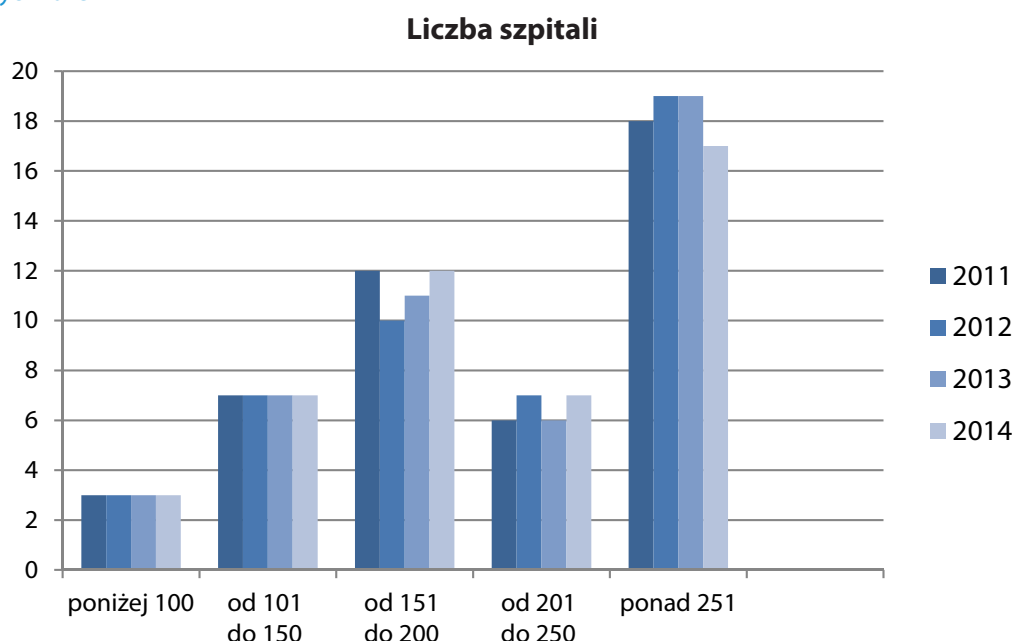
⁴² Do dnia 31 grudnia 2013 r. do Ministerstwa Zdrowia wpłynęło 45 wniosków o udzielenie dotacji od 34 podmiotów tworzących.

⁴³ Przykładowo: warunkiem uzyskania dotacji było: 1) wpisanie spółki powstałej z przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej do rejestru przedsiębiorców nie później niż w dniu 31 grudnia 2013 r. oraz 2) spełnienie warunku polegającego na m.in.: spłacie przez podmiot tworzący, który przekształcił samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową, kredytów bankowych zaciągniętych przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej poręczonych przez ten podmiot, dokonanej do dnia 31 grudnia 2009 r. (art. 197 pkt 1 i 2, lit. f) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej). Tym samym dotacja nie obejmowała kredytów zaciągniętych po tej dacie.

⁴⁴ Kontrole przeprowadzone bezpośrednio u świadczeniodawców zweryfikowały i potwierdziły rzetelność danych przekazywanych przez podmioty nie objęte kontrolą.

Wykres nr 3

Liczba badanych szpitali działających w formie spółek w latach 2011–2014 (30 kwietnia) w zależności od liczby posiadanych łóżek⁴⁵



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych zebranych od jednostek kontrolowanych oraz w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f) ustawy o NIK.

3.2.2.1. Liczba i zakres wykonywanych świadczeń zdrowotnych

Wpływ przekształcenia na zakres udzielanych świadczeń oraz ich ciągłość

Proces zmiany formy organizacyjno-prawnej szpitali, w 17 spośród 20 kontrolowanych podmiotów, nie miał istotnego wpływu na ciągłość udzielanych świadczeń. Spółki te zapewniły pacjentom dalsze, nieprzerwane ich udzielanie w podobnym rodzaju i zakresie.

W jednym przypadku, przekształcony podmiot nie uzyskał kontraktu we wszystkich zakresach świadczeń, jakie udzielał SP ZOZ⁴⁶. W przypadku dwóch kontrolowanych podmiotów powodem likwidacji części komórek organizacyjnych podczas procesu zmiany formy organizacyjno-prawnej szpitala była niska rentowność świadczeń zdrowotnych udzielanych w ramach kontraktów zawartych z NFZ⁴⁷.

Rozpoznawanie potrzeb zdrowotnych ludności objętej opieką szpitali

Szpitaly przekształcone w spółki nie wypracowały narzędzi pozwalających na badanie zapotrzebowania ludności zamieszkałej na terenie obszaru ich działania na odpłatne świadczenia

⁴⁵ Na podstawie danych przesłanych w tym zakresie od 46 szpitali działających w całym kontrolowanym okresie w formie spółki kapitałowej

⁴⁶ W Poddębickim Centrum Medycznym Sp. z o.o. nie zapewniono korzystania ze świadczeń w poradni kardiologicznej, dermatologicznej oraz w szkole rodzenia. Spółka rozszerzyła zakres udzielanych świadczeń w porównaniu do SP ZOZ-u m.in. o świadczenia udzielane w oddziałach: ortopedycznym, rehabilitacyjnym, w poradni alergologicznej.

⁴⁷ W Szpitalu Powiatowym w Pasłęku Sp. z o.o. nie zapewniono pacjentom dostępu do dotychczas udzielanych świadczeń zdrowotnych w 5 spośród 25 komórkach organizacyjnych, tj. m.in. poradniach gruźlicy i chorób płuc dla dzieci, neurologii dziecięcej oraz ginekologii – zespole chirurgii jednego dnia. Działalność poradni zakończono z powodu niskiej rentowności świadczeń oraz małej liczby pacjentów. Ponadto zlikwidowano oddział ginekologii z powodu zmniejszenia kontraktu zawartego z NFZ oraz znacznego spadku liczby świadczeniobiorców. Szpital rozszerzył natomiast swą działalność o świadczenia, które były rentowne. W Szpitalu Powiatowym w Nowym Mieście Lubawskim Sp. z o.o. zmiany do zakresu udzielanych świadczeń medycznych dotyczyły m.in. likwidacji kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nad pacjentem z cukrzycą z powodu braku rentowności tych świadczeń.

zdrowotne. Analizy takie prowadzone były na podstawie dostępnych opracowań zewnętrznych, a także kolejek osób oczekujących na udzielenie określonych świadczeń w ramach kontraktów z NFZ. Rozszerzenie zakresu udzielanych świadczeń uzależnione było od uzyskania kontraktu z NFZ.

- *Przykładowo, Szpital w Tucholi Sp. z o.o. prowadził rozpoznanie potrzeb zdrowotnych populacji objętej działaniem na podstawie analiz danych wynikających z realizacji kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia. W ich wyniku utworzono w latach 2011–2013 m.in.: pracownię tomografii komputerowej, hemodynamiki, elektrofizjologii, poradnię gruźlicy i chorób płuc, preluksacyjną. Z kolei Szpital Mazowiecki w Garwolinie Sp. z o.o., po analizie kolejek pacjentów oczekujących na te świadczenia oraz z uwagi na całkowity brak miejsc pobytowych na terenie powiatu garwolińskiego dla dzieci autystycznych, utworzył, w latach 2011–2012, oddziały terapii całościowych zaburzeń rozwojowych, dziennej terapii całościowych zaburzeń rozwojowych, a także Centrum Rehabilitacji i Terapii.*

Jedynie w dwóch szpitalach, spośród 20 kontrolowanych, przeprowadzono szersze badanie potrzeb zdrowotnych. W Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. zrealizowano badania dotyczące dostępności świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień oraz w rodzaju rehabilitacja lecznicza. Wykazały one, że spółka posiada największą w skali województwa i kraju liczbę łóżek i miejsc dziennych w oddziałach psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży, a także udziela najwięcej porad ambulatoryjnych. Natomiast w zakresie stacjonarnej neurorehabilitacji dziecięco-młodzieżowej, Spółka konkuruje na rynku z Centrum Zdrowia Dziecka i Centrum Rehabilitacji STOCER. Również Dolnośląskie Centrum Zdrowia Psychicznego Sp. z o.o. zlecało firmie zewnętrznej przeprowadzenie rozpoznania potrzeb zdrowotnych populacji objętej działaniem Szpitala.

Główną przyczyną niewielkiej aktywności spółek w tym obszarze był fakt, iż głównym źródłem przychodów był kontrakt zawarty z NFZ. Jak wynika z ustaleń kontroli realizacji zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach planu finansowego na 2013 r.⁴⁸, jednym z najistotniejszych problemów płatnika publicznego był brak aktualnych informacji dotyczących procesów i zjawisk epidemiologicznych. Cyklicznie informacje przekazywane przez świadczeniodawców miały charakter retrospektywny. Od momentu zaistnienia zdarzenia do pozyskania przez Fundusz odpowiednich danych, ich przeanalizowania oraz dokonania niezbędnych zmian w planie finansowym upływało wiele miesięcy. W sytuacji błędnego rozpoznania przez Fundusz potrzeb zdrowotnych ludności może to prowadzić do niedostosowania oferty świadczeniodawców do rzeczywistego zapotrzebowania pacjentów na określone usługi medyczne i zwiększenia liczby osób oczekujących na udzielenie deficytowych świadczeń zdrowotnych.

Wyposażenie oraz obsada kadrowa 19 spośród 20 kontrolowanych szpitali były zgodne z wymogami umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia. W Kutnowskim Szpitalu Samorządowym Sp. z o.o. kontrola NIK ujawniła różnice faktycznego wyposażenia w sprzęt, z wyposażeniem wskazanym w ofertach na kontraktowanie świadczeń zdrowotnych. Dotyczyło to oddziałów chirurgicznego oraz chirurgii onkologicznej, na których brak było łóżka intensywnej opieki medycznej, a w oddziale chirurgii urazowo-ortopedycznej artroskopu. Posiadanie tego sprzętu zostało wykazane przez spółkę w ofertach złożonych NFZ podczas kontraktowania świadczeń i wpływało na ocenę złożonych ofert. Niedokonanie, w prowadzonym przez NFZ tzw. „Portal Potencjału”, aktualizacji danych dotyczących potencjału szpitala, służącego realizacji świadczeń zdrowotnych, stanowiło naruszenie postanowień § 6 ust. 2 załącznika nr 1 do zarządzenia Nr 45/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 października 2009 r. w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia⁴⁹.

⁴⁸ Kontrola Nr P/14/060.

⁴⁹ Opublikowane na stronie internetowej NFZ.

Wyniki kontroli nie wykazały nieprawidłowości w ewidencji pacjentów oraz rozliczeniach z NFZ. Wykazywani pacjenci byli leczeni zgodnie z przedłożonymi rachunkami. Odmowy przyjęcia do szpitali związane były głównie (ponad 70% przypadków) z brakiem wskazań do hospitalizacji w trybie pilnym, po przeprowadzeniu wcześniejszej diagnozy w izbie przyjęć.

Zakres udzielanych świadczeń w szpitalach, działających w formie spółek w latach 2011–2014

Z kontroli oraz na podstawie informacji uzyskanych w trybie art. 29 ust.1 pkt 2 lit. f) ustawy o NIK wynika, że w 49 szpitalach, które zmieniły formę organizacyjno-prawną przed 2011 r., liczba oddziałów szpitalnych i poradni przyszpitalnych pozostawała na zbliżonym poziomie, zaś liczba łóżek⁵⁰ zmniejszyła się z 11.871 w 2012 r. do 11.460 w 2014 r. (stan na 30 kwietnia), tj. o 3,46%⁵¹.

Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń szpitalnych w tych szpitalach, w latach 2011–2013, utrzymywała się na stałym poziomie. W 2011 r. wyniosła 516.898 osób, aby w 2012 r. zwiększyć się do 518.910, a w następnym roku obniżyć się do 515.854. Z kolei liczba osobodni wzrosła z 2.972.872 dni do 3.016.459 dni.

Tabela nr 3

Liczba podmiotów posiadających dany oddział szpitalny wśród 49 szpitali, które w latach 2011–2014 funkcjonowały w formie spółek kapitałowych

Nazwa oddziału szpitalnego	Kod resortowy Komórki organizacyjnej	Liczba szpitali posiadających dany oddział				Liczba przyjętych pacjentów			
		2011 r.	2012 r.	2013 r.	2014 r.	2011 r.	2012 r.	2013 r.	2014 r.
Oddział wewnętrzny i interny	4000	39	39	39	39	155324	156055	132841	40032
Oddział endokrynologiczny	4030	2	2	2	2	450	813	846	289
Oddział neurochirurgiczny	4570	1	2	2	2	1192	1833	1826	601
Oddział kardiologiczny	4100	6	7	7	6	7879	10827	11188	3141
Oddział anestezjologii i intensywnej terapii	4260	25	25	24	24	3750	3999	4159	1379
Oddział neurologiczny	4220	4	5	5	5	8190	8744	8838	3131
Oddział onkologiczny	4240	1	1	1	1	4648	4666	4893	1606
Oddział pediatryczny	4401	34	34	34	34	63622	54245	66955	26926
Oddział neonatologiczny	4421	33	33	33	33	23871	24581	26423	7379
Oddział ginekologii i położnictwa	4450	38	38	38	38	71181	70136	69101	23659

⁵⁰ Na podstawie danych przesłanych w tym zakresie od 46 szpitali działających w całym kontrolowanym okresie w formie spółki kapitałowej.

⁵¹ W przeliczeniu na liczbę mieszkańców liczba szpitali w kraju wyniosła 2,4 szpitala na 100 tys. mieszkańców i 49,0 łóżek na 10 tys. mieszkańców w 2012 r. Biorąc pod uwagę liczbę łóżek na 10 tys. mieszkańców wskaźnik ten był największy w województwie śląskim (56,3) oraz lubelskim (54,7) a najmniejszy w województwie pomorskim (39,6). Źródło: www.stat.gov.pl.

Nazwa oddziału szpitalnego	Kod resortowy Komórki organizacyjnej	Liczba szpitali posiadających dany oddział				Liczba przyjętych pacjentów			
		2011 r.	2012 r.	2013 r.	2014 r.	2011 r.	2012 r.	2013 r.	2014 r.
Oddział gruźlicy i chorób płuc	4270	5	5	5	5	82234	77286	62369	15623
Oddział okulistyczny	4600	7	8	8	8	8413	7316	7568	2921
Oddział otolaryngologiczny	4610	7	7	7	7	8216	7724	7209	2378
Oddział urologiczny	4640	6	6	6	6	6717	6654	7066	2412
Oddział reumatologiczny	4280	2	2	2	2	703	711	680	220
Oddział rehabilitacyjny	4300	9	8	8	8	2094	2046	2009	779
Oddział chirurgii ogólnej	4500	37	37	37	37	59294	55739	56761	19431
Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej	4580	15	16	16	16	121298	127848	142982	50693

Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych zebranych od jednostek kontrolowanych oraz w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f) ustawy o NIK.

W 11 z 16 rodzajów poradni przyszpitalnych zwiększyła się liczba udzielonych porad oraz zlecanych badań diagnostycznych. Jedynie w poradni onkologicznej, otolaryngologicznej, reumatologicznej, odnotowano zmniejszenie liczby zlecanych badań diagnostycznych. W przypadku dwóch poradni (gastroenterologicznej oraz urologicznej) przy wzroście liczby udzielanych porad obniżyła się liczba zlecanych badań diagnostycznych, co wynikało m.in. ze zmian wyceny świadczeń dokonywanych przez NFZ. Przykładowo zmniejszenie liczby świadczeń w oddziale rehabilitacji kardiologicznej Lubuskiego Szpitala Specjalistycznego Pulmonologiczno-Kardiologiczny w Torzymiu Sp. z o.o. wynikało z wprowadzenia od października 2010 r. systemu „JGP” (Jednorodne Grupy Pacjentów). W roku 2010 stawka punktowa za osobodzień wynosiła 100 punktów, natomiast po zmianach wprowadzono trzy grupy świadczeń RK01 – 160 punktów za osobodzień, RK02 – 115 punktów oraz RK03 – 90 punktów. Większość pacjentów zakwalifikowana została do grupy RK01 wycenianej na 160 punktów; przy stałej kwocie kontraktu z NFZ zmniejszono liczbę przyjętych pacjentów, a tym samym udzielonych świadczeń.

Tabela nr 4

Liczba porad i zleconych badań diagnostycznych w wybranych przyszpitalnych poradniach w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w 49 szpitalach funkcjonujących w formie spółek w latach 2011–2014 (30 kwietnia)

Nazwa poradni	Kod resortowy komórki organizacyjnej	Liczba szpitali udzielających świadczeń w danej poradni				Liczba udzielonych porad				Liczba zleconych badań diagnostycznych			
		2011 r.	2012 r.	2013 r.	2014 r.	2011 r.	2012 r.	2013 r.	2014 r.	2011 r.	2012 r.	2013 r.	2014 r.
Poradnia gastroenterologiczna	1050	13	13	14	14	20276	24490	25705	9971	6999	8138	6034	2629
Poradnia diabetologiczna	1020	7	7	8	8	25914	25136	26472	12233	3139	4243	6765	3363
Poradnia kardiologiczna	1100	31	31	31	31	67937	71200	80752	31355	16562	22704	33631	12126
Poradnia endokrynologiczna	1030	7	8	8	8	17308	17825	19606	8124	6776	7582	12500	5295
Poradnia nefrologiczna	1130	5	5	4	4	3146	2212	2659	956	100	147	300	117
Poradnia okulistyczna	1600	15	16	16	16	73000	76999	79362	30368	1710	3048	3062	1931
Poradnia urologiczna	1640	16	17	18	18	32967	33570	37034	12927	8356	5150	5526	1666
Poradnia onkologiczna	1240	16	17	17	17	27907	30412	32555	11903	10409	10920	11922	5134
Poradnia chirurgii ogólnej	1500	35	36	37	37	248660	269276	275335	83149	17901	23011	25484	10403
Poradnia neurologiczna	1220	29	29	29	29	43871	55958	57670	20146	5633	8219	9344	4119
Poradnia gruźlicy i chorób płuc	1270	16	15	15	15	74308	81228	76079	26819	14494	16771	17663	8607
Poradnia reumatologiczna	1280	8	8	8	8	8989	11336	12612	3597	7892	8548	10003	4712
Poradnia rehabilitacyjna	1300	9	9	9	9	7907	8275	7532	2642	83	110	176	357
Poradnia ginekologiczno-pokoźnicza	1450	30	31	33	33	114669	129283	137789	51001	29806	39194	47302	19030
Poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej	1580	27	29	30	30	125361	147469	159220	58537	11227	15279	20506	8375
Poradnia otolaryngologiczna	1610	17	18	19	18	49390	54526	57435	20894	4395	4923	4472	3403

Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych zebranych od jednostek kontrolowanych oraz w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit f) ustawy o NIK.

Również w 25 szpitalach, które w latach 2011–2014 (do 30 kwietnia) zostały przekształcone w spółki kapitałowe, liczba oddziałów szpitalnych i poradni przyszpitalnych pozostała na niezmiennym poziomie.

Tabela nr 5

Liczba podmiotów udzielających świadczeń na wybranych oddziałach w 25 szpitalach, które w latach 2011–2014 (do 30 kwietnia) zmieniły formę organizacyjno-prawną na spółki kapitałowe

Nazwa oddziału szpitalnego	Kod resortowy Komórki organizacyjnej	Liczba szpitali spółek lub ich posiadaczy w swojej strukturze dany oddział szpitalny				Liczba przyjętych pacjentów				Liczba łóżek			
		2011 r.	2012 r.	2013 r.	2014 r.	2011 r.	2012 r.	2013 r.	2014 r.	2011 r.	2012 r.	2013 r.	2014 r.
Oddział wewnętrzny i interny	4000	19	19	19	19	37579	36509	44870	13368	1068	1000	892	892
Oddział kardiologiczny	4100	4	4	4	4	6360	6256	6361	2110	80	87	78	78
Oddział anestezjologii i intensywnej terapii	4260	10	10	10	10	2396	2517	2403	823	51	40	46	47
Oddział neurologiczny	4220	6	6	6	6	6151	5614	5906	2061	179	179	166	166
Oddział pediatryczny	4401	17	17	17	17	14035	14019	15515	5659	341	367	367	365
Oddział neonatologiczny	4421	12	12	12	12	13200	13447	13667	4841	260	308	291	291
Oddział ginekologii i położnictwa	4450	13	13	13	14	28495	28867	30279	12181	460	503	539	579
Oddział gruźlicy i chorób płuc	4270	2	2	2	2	1407	1447	1428	501	93	93	93	83
Oddział okulistyczny	4600	1	1	1	1	902	877	850	271	20	20	20	20
Oddział otolaryngologiczny	4610	3	3	3	3	3006	2338	2541	979	64	63	47	47
Oddział urologiczny	4640	4	4	4	4	8784	9236	10366	2963	123	116	116	113
Oddział reumatologiczny	4280	2	2	2	2	1115	1174	1236	372	60	60	60	60
Oddział rehabilitacyjny	4300	6	6	6	5	3225	3205	3129	1038	191	194	198	171
Oddział chirurgii ogólnej	4500	14	14	14	14	21944	23371	23003	7753	487	482	480	473
Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej	4580	6	6	6	6	8242	8006	9037	3019	190	190	208	208

Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych zebranych od jednostek kontrolowanych oraz w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit f) ustawy o NIK.

Spośród 16 analizowanych rodzajów poradni, w 4 (poradnia: endokrynologiczna, nefrologiczna, kardiologiczna i okulistyczna) liczba pacjentów zmniejszyła się w latach 2011–2013. W dwóch rodzajach poradni (otolaryngologiczna i gastroenterologiczna) wzrosła liczba pacjentów, w latach 2011–2013, towarzyszyło zmniejszenie liczby zlecanych badań diagnostycznych.

Tabela nr 6

Liczba udzielonych porad i zleconych badań diagnostycznych w wybranych przy szpitalnych poradniach w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w 25 szpitalach przekształconych w spółki kapitałowe w latach 2011–2014 (do 30 kwietnia)

Nazwa poradni	Kod resortowy komórki organizacyjnej	Liczba szpitali (spółek i poprzedników prawnych) udzielających świadczeń w poradniach szpitalnych						Liczba udzielonych porad				Liczba zleconych badań diagnostycznych					
		2011 r.		2012 r.		2013 r.		2014 r.		2011 r.		2012 r.		2013 r.		2014 r.	
Poradnia gastroenterologiczna	1050	6	7	8	8	8	8	10394	10502	13510	5169	11098	9547	10825	1067		
Poradnia diabetologiczna	1020	1	2	2	2	2	491	2489	3106	1195	0	0	0	1605	669		
Poradnia kardiologiczna	1100	11	12	11	11	11	28966	25512	27166	8860	10883	8401	8709	3446			
Poradnia endokrynologiczna	1030	4	4	4	4	4	14507	14241	13380	3885	7109	6626	5635	0			
Poradnia nefrologiczna	1130	3	2	2	2	2	5253	4396	4911	1811	9737	10546	10402	0			
Poradnia okulistyczna	1600	6	6	6	6	6	23099	22788	22978	8223	34	49	99	68			
Poradnia urologiczna	1640	7	7	8	8	7	17984	21501	22216	6208	10133	15402	14121	2428			
Poradnia onkologiczna	1240	3	3	4	4	4	9805	10242	12461	5327	1990	2430	5696	1525			
Poradnia chirurgii ogólnej	1500	14	16	16	16	16	68408	72511	77313	26582	23524	39423	30707	6092			
Poradnia neurologiczna	1220	9	8	8	8	8	16716	19258	19800	6961	2253	3019	3400	1231			
Poradnia gruźlicy i chorób płuc	1270	10	5	6	6	6	11957	13252	14348	5379	2932	4889	6273	2172			
Poradnia reumatologiczna	1280	3	4	4	4	3	3922	4352	4941	1146	3228	5696	5353	1492			
Poradnia rehabilitacyjna	1300	7	7	8	8	8	8761	9355	9464	3545	0	0	0	0			
Poradnia ginekologiczno-polożnicza	1450	12	13	13	13	13	63765	58088	68144	24825	44540	44666	47174	12610			
Poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej	1580	9	9	12	12	12	39944	42422	47619	18073	20716	21906	23600	2658			
Poradnia otolaryngologiczna	1610	8	7	8	8	8	13568	12817	14110	5659	5030	6905	4296	2169			

Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych zebranych od jednostek kontrolowanych oraz w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit f) ustawy o NIK.

Czas oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych

Czas oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (wykonywanych w warunkach stacjonarnych i ambulatoryjnych), we wszystkich 74 podmiotach, był różnicowany. Zmiana formy organizacyjno-prawnej świadczeniodawcy nie wpłynęła na dostęp do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, a zależnością był od wielkości kontraktu zawartego przez świadczeniodawcę z Narodowym Funduszem Zdrowia. W przypadkach odpłatnej sprzedaży usług medycznych, udzielenie świadczenia następowało bezzwłocznie.

Tabela nr 7

Czas oczekiwania (w dniach, przypadki stabilne) na udzielenie wybranych świadczeń szpitalnych oraz ambulatoryjnych w ramach ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia, w 49 szpitalach, które zmieniły formę organizacyjno-prawną przed 2011 r.

Nazwa oddziału szpitalnego	Kod resortowy Komórki organizacyjnej	2011 r.				2012 r.				2013 r.				2014 r.			
		Ubezpieczenie w NFZ		Świadczenia odpłatne		Ubezpieczenie w NFZ		Świadczenia odpłatne		Ubezpieczenie w NFZ		Świadczenia odpłatne		Ubezpieczenie w NFZ		Świadczenia odpłatne	
		od	do	od	do	od	do	od	do	od	do	od	do	od	do	od	do
Oddział wewnętrzny i interny	4000	0	61	0	14	0	41	0	9	0	86	0	8	0	137	0	8
Oddział endokrynologiczny	4030	31	48	0	31	0	81	0	0	113	135	0	0	70	220	0	70
Oddział kardiologiczny	4100	0	33	0	0	0	44	0	0	0	38	0	0	0	56	0	0
Oddział neurologiczny	4220	0	26	0	0	0	119	0	0	0	98	0	0	0	70	0	0
Oddział pediatryczny	4401	0	20	0	0	0	12	0	0	0	24	0	0	0	21	0	0
Oddział ginekologii i położnictwa	4450	0	52	0	13	0	56	0	13	0	95	0	12	0	97	0	15
Oddział gruźlicy i chorób płuc	4270	0	15	0	0	0	14	0	0	0	14	0	0	0	14	0	0
Oddział otolaryngologiczny	4610	26	135	0	0	27	271	0	0	25	131	0	0	28	138	0	0
Oddział urologiczny	4640	10	23	0	0	0	51	0	0	0	58	0	0	0	67	0	0
Oddział chirurgii ogólnej	4500	0	79	0	11	0	92	0	13	0	85	0	15	0	128	0	13

Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych zebranych od jednostek kontrolowanych oraz w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit f) ustawy o NIK.

Cechą wspólną wszystkich szpitali-spółek było natychmiastowe udzielanie płatnych usług medycznych.

Tabela nr 8

Czas oczekiwania (w dniach, przypadki stabilne) na udzielenie hospitalizacji w 13 szpitalach, które w 2011 r. działały w formie SP ZOZ, a w 2013 r. w formie spółki kapitałowej

Nazwa oddziału szpitalnego ¹	Kod resortowy Komórki organizacyjnej	2011 r.		2013 r.				2014 r.			
		Ubezpieczenie w NFZ		Ubezpieczenie w NFZ		Świadczenia odpłatne		Ubezpieczenie w NFZ		Świadczenia odpłatne	
		od	do	od	do	od	do	od	do	od	do
Oddział wewnętrzny i interny	4000	0	18	0	8	0	0	0	9	0	7
Oddział neurologiczny	4220	0	0	0	9	0	7	0	11	0	7
Oddział pediatryczny	4401	0	0	0	7	0	0	0	7	0	0
Oddział otolaryngologiczny	4610	0	88	32	228	0	0	37	241	0	0
Oddział neonatologiczny	4421	0	0	0	5	0	0	0	7	0	0
Oddział ginekologii i położnictwa	4450	0	40	0	69	0	7	0	102	0	7
Oddział gruźlicy i chorób płuc	4270	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Oddział rehabilitacyjny	4300	121	443	109	372	0	0	37	372	0	0
Oddział chirurgii ogólnej	4500	0	49	0	52	0	7	0	66	0	7

Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych zebranych od jednostek kontrolowanych oraz w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f) ustawy o NIK.

Tabela nr 9

Czas oczekiwania (w dniach, przypadki stabilne) na udzielenie świadczeń w AOS, w 13 szpitalach, które w 2011 r. funkcjonowały w formie SP ZOZ, a w 2013 r. w formie spółki kapitałowej

Nazwa oddziału szpitalnego ¹	Kod resortowy Komórki organizacyjnej	2011 r.		2013 r.				2014 r.			
		Ubezpieczenie w NFZ		Ubezpieczenie w NFZ		Świadczenia odpłatne		Ubezpieczenie w NFZ		Świadczenia odpłatne	
		od	do	od	do	od	do	od	do	od	do
Poradnia gastroenterologiczna	1050	0	0	9	9	0	0	9	9	0	0
Poradnia diabetologiczna	1020	28	28	34	34	0	0	29	29	0	0
Poradnia kardiologiczna	1100	0	197	0	282	0	7	0	238	0	7
Poradnia endokrynologiczna	1030	113	113	283	283	0	0	206	206	0	0
Poradnia okulistyczna	1600	37	165	0	161	0	0	35	197	0	0
Poradnia urologiczna	1640	0	58	0	45	0	0	0	0	0	0
Poradnia onkologiczna	1240	9	9	10	10	0	0	20	20	0	0
Poradnia chirurgii ogólnej	1500	0	25	0	4	0	0	0	5	0	0
Poradnia neurologiczna	1220	0	91	0	58	0	7	0	64	0	7
Poradnia gruźlicy i chorób płuc	1270	0	53	0	84	0	7	0	52	0	7
Poradnia reumatologiczna	1280	55	55	0	0	0	0	34	34	0	0
Poradnia rehabilitacyjna	1300	122	232	49	180	0	0	65	108	0	0
Poradnia ginekologiczno-położnicza	1450	0	26	0	51	0	2	15	45	0	2
Poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej	1580	0	46	0	63	0	0	0	11	0	0
Poradnia otolaryngologiczna	1610	0	24	2	8	0	0	1	14	0	0

Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych zebranych od jednostek kontrolowanych oraz w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit f) ustawy o NIK.

Kontrole w 20 szpitalach wykazały, że pacjenci uzyskujący świadczenia odpłatne byli przyjmowani w innych godzinach, niż pacjenci uzyskujący świadczenia w ramach kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia, co należy ocenić pozytywnie.

Spełnianie przez szpitale wymogów informacyjnych

W 3 szpitalach, spośród 20 kontrolowanych, stwierdzono nierzetelne wywiązywanie się tych podmiotów z obowiązków informacyjnych. Dotyczyło to braku aktualizacji danych zawartych w rejestrach publicznych, a także nierzetelnego informowania pacjentów o wysokości opłat za wykonanie odpłatnych usług medycznych.

- W Dolnośląskim Centrum Zdrowia Psychicznego Sp. z o.o. zamiast zgłoszonych w Rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą 289 łóżek, spółka posiadała faktycznie⁵² 245 łóżek. Ponadto wpisy do Rejestru były niezgodne ze stanem faktycznym w odniesieniu do siedmiu komórek organizacyjnych szpitala⁵³. Stanowiło to naruszenie art. 107 ust. 1 i 2 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁵⁴.
- W Strzelińskim Centrum Medycznym Sp. z o.o. spośród 22 poradni wymienionych w statucie i Rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, 13⁵⁵ nie zostało utworzonych. Podobnie było z ambulatorium ogólnym oraz pracownikami diagnostyki radiologicznej oraz diagnostyki kardiologicznej.
- W Szpitalu Powiatowym w Dzierżoniowie Sp. z o.o., w okresie od dnia 31 grudnia 2012 r. do dnia 19 czerwca 2013 r. nie obowiązywał cennik określający wysokość opłat z tytułu udostępnienia dokumentacji medycznej. Było to niezgodne z art. 24 ust. 1 pkt 9 ustawy o działalności leczniczej⁵⁶. Ponadto dane zawarte w Rejestrze podmiotów prowadzących działalność leczniczą, wskazywały na funkcjonowanie w Spółce szpitalnego oddziału ratunkowego, oddziału intensywnej opieki medycznej oraz oddziału rehabilitacyjnego, które w rzeczywistości nie istniały.

3.2.2.2. Sytuacja finansowa spółek i zatrudnienie pracowników medycznych

Szpitala „przekształcone” przed 2011 r.

Sytuacja finansowa 49 „przekształconych” szpitali uległa okresowej (w latach 2011–2013) poprawie, po czym, w 2014 r.⁵⁷, nastąpiło pogorszenie ich wskaźników ekonomicznych.

Spośród 49 szpitali, objętych kontrolą oraz od których zebrano dane w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f) ustawy o NIK, na koniec kwietnia 2014 r. 38 wykazywało stratę netto w łącznej wysokości 28.440,98 tys. zł. Pozostałe 11, odnotowało zysk w kwocie 5.297,14 tys. zł⁵⁸. Zysk na działalności operacyjnej wykazało 13 podmiotów (8.953,08 tys. zł), zaś stratę 35 szpitali (25.761,66 tys. zł). Jeden podmiot wykazał zerowy wynik na działalności operacyjnej. Kwota zobowiązań wymagalnych, wykazana przez 23, podmioty wyniosła ogółem 30.107,44 tys. zł.

Z analizy 346 danych dotyczących SP ZOZ-ów udzielających całodobowych świadczeń stacjonarnych wynika, że w pierwszych 5 miesiącach 2014 r. 101 (29,2%) wykazało zysk w łącznej wysokości 73.311,9 tys. zł, a 232 stratę w kwocie 619.818,1 tys. zł. W 13 SP ZOZ-ach wynik finansowy był zerowy.

Dla porównania, w latach 2011–2013, zmniejszyła się liczba podmiotów wykazujących stratę netto, jak również jej wysokość. Zwiększała się natomiast liczba podmiotów wykazujących zysk na działalności operacyjnej. Również szpitale działające w formie SP ZOZ wykazywały w latach 2011–2013 poprawę swojej sytuacji finansowej.

⁵² Wynikało to również ze sprawozdań MZ-30.

⁵³ Nie istniały: oddział VII Psychiatryczny, Całodobowy oraz Pododdziały: Psychogeriatryczny Całodobowy oddziałów całodobowych III i IV, Rehabilitacji Psychiatrycznej oddziałów całodobowych IV i V oraz Dzienny Rehabilitacji Psychiatrycznej III Oddziału Dziennego, a Pododdział Psychiatryczny o Podstawowym Stopniu Zabezpieczenia w Oddziale V Psychiatrycznym Całodobowym nie był wydzielony. Kontrola ustaliła ponadto, że nie istniały: poradnia leczenia nerwic, psychologiczna oraz poradnia psychogeriatryczna i zaburzeń pamięci.

⁵⁴ Zgodnie z art. 107 ust. 1 i 2 tej ustawy podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do rejestru jest obowiązany zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania. W przypadku niezgłoszenia zmiany danych objętych rejestrem w terminie, o którym mowa w ust. 1, organ prowadzący rejestr może, w drodze decyzji administracyjnej, nałożyć na podmiot wykonujący działalność leczniczą karę pieniężną w wysokości do dziesięciokrotnego minimalnego wynagrodzenia za pracę określonego na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę.

⁵⁵ Alergologiczna, Chirurgii Naczyniowej, Kardiologiczna, Neonatologiczna, Dermatologiczna, Endokrynologiczna, Rehabilitacyjna, Hepatologiczna, Wad Postawy, Neurologiczna, Psychologiczna, Zdrowia Psychicznego, Urologiczna.

⁵⁶ Cennik taki przyjęto 20 czerwca 2013 r. na podstawie Zarządzenia Prezesa Szpitala, jako odrębny dokument, a nie jako część Regulaminu Organizacyjnego.

⁵⁷ Tj. w pierwszych 4 miesiącach objętych kontrolą.

⁵⁸ Zaledwie dwa szpitale (w Pleszewie i w Puszczykowie) odpowiadały za 67,36% łącznych zysków.

Tabela nr 10
Wybrane parametry finansowe spółek – szpitali w latach 2011–2013

Wyszczególnienie	2011 r.		2012 r.		2013 r.	
	Liczba podmiotów	Kwota	Liczba podmiotów	Kwota	Liczba podmiotów	Kwota
Zysk na działalności operacyjnej ¹	21	17.384,23	25	28.222,54	29	26.393,21
Strata na działalności operacyjnej ¹	27	53.250,58	23	54.283,56	19	33.411,79
Zysk netto	20	11.801,85	26	20.495,66	27	19.560,62
Strata netto	29	54.116,22	23	54.614,55	22	35.098,85
Zobowiązania wymagalne	24	31.587,96	25	49.326,16	23	27.102,27

¹ Nie uwzględniono podmiotu, który wykazał zerowy wynik na działalności operacyjnej.

Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych zebranych od jednostek kontrolowanych oraz w trybie art. 29 ust. 1, pkt 2, lit f) ustawy o NIK.

Tabela nr 11
Wybrane parametry finansowe SP ZOZ w latach 2011–2013

Wyszczególnienie	2011 r.			2012 r.			2013 r.		
	Zysk	Strata	Kwota zobowiązań wymagalnych	Zysk	Strata	Kwota zobowiązań wymagalnych	Zysk	Strata	Kwota zobowiązań wymagalnych
Liczba podmiotów	130	213	207	193	152	209	212	134	203
Kwota w tys. zł	151423,5	901.349,4	1.293.403,0	300.309,7	610.258,8	1.383.878,5	340.779,9	388.693,6	1.319.894,6

Źródło: Opracowanie własne NIK.

Przychody ogółem 49 spółek zwiększały się w latach 2011–2013 z 1.629.838,81 tys. zł, do 1.777.431,73 tys. zł, tj. o 9,06%. Koszty ogółem wzrosły w tym okresie z 1.674.810,09 tys. zł, do 1.795.238,39 tys. zł, tj. o 7,19%.

Koszty wynagrodzeń wzrosły z 798.905,14 tys. zł w 2011 r. do 821.647,77 tys. zł w 2013 r., tj. o 2,85%. Udział kosztów wynagrodzeń, w kosztach ogółem zmniejszył się w latach 2011–2013 z 47,70% do 43,32%.

Zmiana formy zatrudnienia miała wpływ na wzrost kosztów usług obcych spółek. Wzrosły one z 448.122,06 tys. zł w 2011 r. do 514.703,20 tys. zł⁵⁹ w 2013 r., tj. o 14,86%. Wzrost ten był ponad dwukrotnie większy od dynamiki kosztów ogółem oraz większy niż dynamika przyrostu przychodów ogółem.

Przychody z tytułu realizacji kontraktów z NFZ wzrosły z 1.489.463,60 tys. zł w 2011 r. do 1.628.383,65 tys. zł w 2013 r., tj. o 9,33%, a ich udział w przychodach ogółem w badanym okresie przekraczał 90%⁶⁰. Przychody z tytułu odpłatnego udzielania świadczeń zdrowotnych zwiększyły się z 64.721,51 tys. zł w 2011 r. do 76.196,01 tys. zł w 2013 r. Ich udział w przychodach ogółem zwiększył się z 3,97% w 2011 r. do 5,04% według stanu na koniec kwietnia 2014 r.

⁵⁹ W pierwszych czterech miesiącach 2014 r. wyniosły 225.008,75 tys. zł.

⁶⁰ W 2011 r. – 91,39%, w 2012 r. 91,90%, w 2013 r. – 91,61%, w 2014 r. (do 30 kwietnia) – 90,43%.

Niższa niż możliwości szpitali wysokość kontraktów zawartych z NFZ, w relacji do bazy materialnej szpitali, oraz niewielki popyt na odpłatne usługi medyczne skutkowało m.in. niskim obłożeniem łóżek, a w konsekwencji niskim stopniem wykorzystania infrastruktury szpitalnej. Dla szpitali przekształconych przed 2011 r., w badanym okresie wynosiło ono odpowiednio: 64,9% w 2011 r., 63,5% w 2012 r., 63,4% w 2013 r. oraz 65,7% w pierwszych czterech miesiącach 2014 r. Wskazuje to na możliwość udzielania dodatkowych świadczeń zdrowotnych bez rozbudowy bazy szpitalnej systemu ochrony zdrowia, co skutkowałoby zmniejszeniem liczby pacjentów oczekujących i czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń⁶¹.

W celu ograniczenia kosztów szpitali zmieniano formę zatrudnienia personelu medycznego, rezygnując z umów o pracę na rzecz umów cywilno-prawnych. Przeciętne zatrudnienie w szpitalach zmniejszyło się w przeliczeniu na pełne etaty z 16.866,59 w 2011 r. do 15.811,76 w 2014 r. (według stanu na 30 kwietnia), tj. o 6,25%. W 2011 r. w formie umowy o pracę zatrudnionych było w badanych szpitalach 1.650 lekarzy, zaś na kontraktach 2.532. Na koniec kwietnia 2014 r. liczba lekarzy zatrudnionych w formie umowy o pracę zmniejszyła się do 1.453, zaś wykonujących pracę na podstawie kontraktów zwiększyła się do 3.033. Podobnie w przypadku pielęgniarek, w 2011 r. zatrudnionych w formie umowy o pracę było 7.099 pielęgniarek, zaś na kontraktach 854. W 2014 r. (na koniec kwietnia) było to odpowiednio 6.511 oraz 1.140 pielęgniarki⁶². Zmianę formy zatrudnienia wyjaśniano tym, że „przy zatrudnianiu nowych lekarzy, ze względu na brak stabilności umów zawartych z NFZ, przyjęto zasadę zawierania umów cywilnoprawnych. (...) ta forma jest bardziej korzystna, m.in. z uwagi na niższe koszty zatrudnienia w sytuacji braku kontynuacji umowy na świadczenia w danym zakresie lub obniżenia planu rzeczowo-finansowego w kolejnym konkursie ofert ogłaszanych przez NFZ. Umowy cywilnoprawne stwarzają możliwość zatrudnienia lekarzy w elastycznym czasie pracy, co ma znaczenie szczególnie w sytuacji braku lekarzy specjalistów udzielających świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Ponadto, ta forma zatrudniania poprawia wydajność pracy i zwiększa samodzielność personelu (wysokość wynagrodzenia ustalana jest w zależności od liczby wykonanych punktów rozliczeniowych)”.

⁶¹ Jak wynika z ustaleń kontroli pn. „Wykonanie w 2012 r. planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia” (kontrola Nr P/13/128) podczas której badaniem ankietowym objęto 934 podmioty wykonujące hospitalizację w ramach kontraktu z NFZ według stanu na dzień 30 czerwca 2012 r.; (odpowiedzi nadeszło 495 szpitali), stopień wykorzystania łóżek szpitalnych zmniejszył się nieznacznie w latach 2010–2012 z 64,8% do 64,0%, przy wzroście liczby osób oczekujących na udzielenie świadczeń z 683,7 tys. do 783,8 tys. osób. Jednocześnie ankietowane szpitale wskazywały, że wartość dodatkowych świadczeń możliwych do wykonania, bez zwiększania zatrudnienia, wzrosła, w latach 2010–2012 z 3.176.073,3 tys. zł do 3.898.628,9 tys. zł, tj. o 22,7%. Stopień wykorzystania bazy szpitalnej zależał od liczby łóżek i formy organizacyjno-prawnej. Badanie ankietowe wykazało, że w 2012 r., w grupie szpitali posiadających powyżej 500 łóżek, ich wykorzystanie wynosiło ponad 70%, podczas gdy wśród szpitali dysponujących od 10 do 100 łóżkami zmniejszało się do 58% oraz do 52% w grupie jednostek dysponujących do 10 łóżkami. Najwyższe obłożenie łóżek szpitalnych zaobserwowano także wśród instytutów badawczych (68,0%) oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (67,4%), a najniższe wśród szpitali działających w formie spółek kapitałowych (poniżej 60%). Wykorzystanie bazy materialnej było zróżnicowane także pod względem regionalnym. Najniższe obłożenie łóżek odnotowano w 2012 r. na terenie woj. zachodniopomorskiego (55,2%), lubuskiego (58,6%), śląskiego (58,7%) oraz wielkopolskiego (58,8%). Z kolei najwyższe w woj. lubelskim (72,2%), mazowieckim (70,2%) oraz pomorskim (67,0%). Jednocześnie w woj. śląskim oraz wielkopolskim odnotowano największą liczbę osób oczekujących na hospitalizację.

⁶² Liczba lekarzy przypadająca na 10 tys. ludności w 2012 r. wahała się od 14 w województwie wielkopolskim do ponad 26 w województwie mazowieckim. Liczba pielęgniarek na 10 tys. mieszkańców również była najmniejsza w województwie wielkopolskim – 43, natomiast największa w województwie lubelskim – niemal 65. Źródło: www.stat.gov.pl.

Zmiana umów o pracę na tzw. kontrakty może stanowić, w ocenie NIK, zagrożenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów, w sytuacji długotrwałego świadczenia pracy przez personel medyczny. W przypadku personelu medycznego zatrudnionego na tzw. kontraktach, nie obowiązują bowiem ustawowe normy czasu pracy oraz odpoczynku.

Na poprawę wyniku finansowego niektórych przekształconych szpitali wpływ miało przeniesienie kosztów amortyzacji na podmiot właścicielski. Poprawiło to wynik finansowy netto⁶³, lecz skutkowało zapłatą podatku dochodowego od osób prawnych, z czego zwolnione były podmioty działające w formie SP ZOZ. Ponadto szpitale działające w formie spółek kapitałowych ponosiły koszty najmu lub dzierżawy nieruchomości, podczas gdy SP ZOZ-y wykorzystywały go nieodpłatnie.

Niższa dynamika wzrostu kosztów ogółem w relacji do przychodów, zmniejszająca się liczba zatrudnionego personelu oraz liczby łóżek wskazuje na podejmowanie przez przekształcone szpitale działań zmierzających do restrukturyzacji działalności. Ich sytuacja była jednak w dużej mierze uzależniona od wysokości kontraktów z NFZ.

Szpitale, które zmieniły formę organizacyjno-prawną w latach 2011–2014

Sytuacja finansowa 25 szpitali przekształconych w spółki w badanym okresie uległa poprawie w latach 2011–2013, lecz pogorszyła się w pierwszych czterech miesiącach 2014 r.

Przychody ogółem tych podmiotów zwiększyły się z 750.798,85 tys. zł w 2011 r. do 920.682,78 tys. zł w 2013 r., tj. o 22,63%. W tym samym okresie koszty ogółem zwiększyły się o 17,97%, z 778.429,65 tys. zł do 918.305,20 tys. zł.

W wyniku przekształceń, jednostki samorządu terytorialnego przejęły zobowiązania SP ZOZ-ów w łącznej kwocie 321.102,82 tys. zł.

Na koniec kwietnia 2014 r. 17 spośród 25 spółek odnotowało stratę netto oraz stratę na działalności operacyjnej. Tyle samo spółek wykazało zobowiązania wymagalne w łącznej wysokości 14.910,29 tys. zł.

⁶³ Koszty amortyzacji majątku ruchomego i nieruchomego wykorzystywanego przez Poddębickie Centrum Zdrowia Sp. z o.o. ponoszone przez Powiat Poddębicki, według danych za 2012 r. i 2013 r. wynosiły blisko 4 mln zł. Gdyby środki trwałe i wartości niematerialne i prawne ujęte były w ewidencji księgowej spółki, osiągnęłaby ona stratę w wysokości ok 3,3 mln zł w 2012 r. i 2013 r., podczas gdy spółka osiągnęła w latach 2012–2013 zysk netto w wysokości odpowiednio 673,37 tys. zł i 622,15 tys. zł.

Również w Powiatowym Centrum Zdrowia sp. z o.o. w Drezdenku, w wyniku ponoszenia kosztów amortyzacji przez powiat, nastąpiła w latach 2011–2013 poprawa wyniku finansowego odpowiednio o 707,6 tys. zł, 616,6 tys. zł i 218,9 tys. zł (w latach 2011–2012 spółka korzystała z majątku na podstawie umowy użyczenia, a w 2013 r. koszty amortyzacji znacznie przewyższały koszty dzierżawy nieruchomości ponoszone przez spółkę).

W NZOZ „Szpital Powiatowy” w Słubicach sp. z o.o. nastąpiła poprawa wyniku finansowego w związku z ponoszeniem kosztów amortyzacji przez powiat. W latach 2011–2013 koszty Powiatu z ww. tytułu wyniosły łącznie 2.515,3 tys. zł, przy przychodach za dzierżawę mienia po zlikwidowanym SP ZOZ wynoszących 1.412,0 tys. zł.

Tabela nr 12

Wybrane dane dotyczące sytuacji finansowej spółek przekształconych w latach 2011–2013

Wyszczególnienie		2011 r.	2012 r.	2013 r.
Liczba podmiotów będących spółkami (stan na koniec roku)		6	11	25
Wyniki finansowe netto	Liczba podmiotów ponoszących stratę netto	5	6	10
	Kwota straty netto w tys. zł	10.290,87	17.115,15	20.402,79
	Liczba podmiotów uzyskująca zysk netto	1	5	15
	Kwota zysku netto w tys. zł	27,92	1.376,65	16.109,46
Wyniki finansowe na działalności operacyjnej	Liczba podmiotów ponosząca stratę na działalności operacyjnej	6	5	9
	Kwota straty na działalności operacyjnej	9.901,31	16.883,44	13591,38
	Liczba podmiotów uzyskująca zysk na działalności operacyjnej	0	6	16
	Kwota zysku na działalności operacyjnej	0	6.632,27	21.876,45
Liczba podmiotów posiadająca zobowiązania wymagalne		6	6	17
Kwota zobowiązań wymagalnych w tys. zł		4.277,04	14.340,56	13.427,55

Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych zebranych od jednostek kontrolowanych oraz w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f) ustawy o NIK.

Wszystkie 25 szpitali przekształconych w latach 2011–2013 dokonywało reorganizacji zatrudnienia. Liczba personelu lekarskiego zatrudnionego w formie umowy o pracę zmniejszyła się z 866 w 2011 r. do 750 w 2014 r. (na dzień 30 kwietnia), przy jednoczesnym wzroście liczby lekarzy zatrudnionych na kontraktach z 960 do 1.297. Liczba pielęgniarek zatrudnionych w formie umowy o pracę zmniejszyła się z 3.515 do 3.230, a na kontraktach pozostała bez zmian (470 osób).

Obłożenie łóżek szpitalnych w 25 szpitalach wynosiło średnio: 63,8% w 2011 r., 61,7% w 2012 r., 68,4% w 2013 r. oraz 67,7% w 2014 r.

W ocenie NIK, przeprowadzone przekształcenia nie gwarantują poprawy sytuacji finansowej, a odnotowana w latach 2011–2013 poprawa wyników finansowych była podobna, jak w nieprzekształconych SP ZOZ.

Spośród 16 spółek przekształconych w latach 2011–2014, w przypadku których jednostki samorządu terytorialnego przejęły zobowiązania, w ośmiu przypadkach skutkowało to doraźną poprawą wyniku finansowego spółki. W kolejnych latach podmioty te wykazały jednak stratę netto. Może to skutkować w przyszłości ponownym narastaniem zadłużenia i tym samym częściowe oddłużenie tych jednostek ochrony zdrowia nie będzie trwałe.

Rachunek kosztów

Tylko jeden spośród 20 kontrolowanych szpitali prowadził rachunek kosztów procedur medycznych. Pozostałe spółki nie miały odpowiednich informacji o rentowności stosowanych procedur. W pozostałych 19 szpitalach koszty działalności ustalano według tzw. „klucza podziałowego” pomiędzy poszczególne komórki organizacyjne szpitala zgodnie z zasadami ustalonymi przez zarządy tych podmiotów. Powodowało to nieporównywalność szczegółowych danych kosztowych poszczególnych szpitali.

3.2.2.3. Kontrola wewnętrzna oraz nadzór epidemiologiczny w szpitalach-spółkach

Kontrola wewnętrzna

Jedynie w dwóch szpitalach, spośród 20 kontrolowanych powołano wyspecjalizowaną komórkę audytu⁶⁴ lub rewidenta zakładowego⁶⁵. W przypadku jednego szpitala, chociaż wyodrębniono stanowisko do spraw kontroli wewnętrznej, to w praktyce nie wykonywano kontroli⁶⁶. W dwóch innych szpitalach wykonywano kontrole wewnętrzne bez wyodrębnienia wyspecjalizowanej komórki kontrolnej⁶⁷. W jednym szpitalu⁶⁸ wprowadzono system kontroli zarządczej. W pozostałych 14 spółkach nie funkcjonowały komórki audytu bądź kontroli.

Kontrola epidemiologiczna

Szereg nieprawidłowości ujawniły inspekcje sanitarne, pomimo tego, że we wszystkich kontrolowanych szpitalach działały komitety i zespoły ds. zakażeń wewnątrzszpitalnych.

- W Szpitalu Miejskim w Rudzie Śląskiej Sp. z o.o. w wyniku kontroli przeprowadzonych przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego stwierdzono odstępstwa od wymogów sanitarnych na oddziale urazowo-ortopedycznym i kardiologicznym, zakażenie gronkowcem złocistym, MRSA na oddziale ginekologiczno-położniczym i neonatologicznym. Wskazano także na nieprawidłowości w zakresie zapobiegania oraz zwalczania chorób zakaźnych oraz sposobu postępowania z odpadami medycznymi. Z kolei w czasie kontroli Wojewódzkiej Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej wskazano na brak aktualnych przeglądów wentylacji i pomiarów dozymetrycznych oraz pola elektromagnetycznego, a także brak odpowiednich szkoleń i certyfikatów wybranych osób. Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny stwierdził natomiast, że apteka szpitalna nie spełnia wymogów sanitarnych.
- Kontrola inspekcji sanitarnej ujawniła, że w Strzelińskim Centrum Medycznym Sp. z o.o. komitet ds. kontroli zakażeń szpitalnych, został powołany zarządzeniem Prezesa Zarządu Spółki dopiero w dniu 13 lutego 2013 r. Wcześniej wydane zarządzenie z dnia 1 marca 2008 r. powołujące taki komitet nie było realizowane ponieważ spotkania zespołu kontroli zakażeń szpitalnych odbywały się nieregularnie, oraz nie wprowadzono nadzoru mikrobiologicznego w zakresie zbierania i analizy danych o czynnikach ryzyka zakażeń, antybiotykoterapii, a także nie prowadzono szpitalnej polityki antybiotykowej. Kontrola epidemiologiczna nie obejmowała oceny procedur zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym, oceny zużycia środków ochrony indywidualnej i zbiorowej, prawdopodobieństwa wystąpienia zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.
- W Szpitalu Powiatowym Sp. z o.o. w Pasłęku stwierdzono, że w prowadzonym rejestrze czynników alarmowych nie ujmowano wszystkich wymaganych art. 14 ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz o zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi⁶⁹ danych, tj. danych o płci zarejestrowanych pacjentów (art. 15 ust. 5 pkt 4) oraz charakterystyki podstawowych objawów klinicznych art. 15 ust. 5 pkt 6).

⁶⁴ W Powiatowym Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Drezdenku.

⁶⁵ W Centrum Zdrowia w Mikołowie Sp. z o.o.

⁶⁶ W Lubuskim Szpitalu Specjalistycznym Pulmonologiczno-Kardiologicznym w Torzymiu Sp. z o.o.

⁶⁷ W Dolnośląskim Centrum Zdrowia Psychicznego Sp. z o.o. oraz w Szpitalu Powiatowym w Pasłęku Sp. z o.o. W Szpitalu tym, w latach 2011–2014, przeprowadzono łącznie 85 kontroli wewnętrznych, z czego w 27 przypadkach stwierdzono nieprawidłowości, zaś w jednym przypadku stwierdzono rażące zaniedbanie obowiązków służbowych. Część leków na bloku operacyjnym było przeterminowanych. Przeterminowany był również sprzęt do wkłuc, iniekcji oraz intubacji, płyny infuzyjne oraz zestawy narzędziowe wielokrotnego użytku. Naruszenia te skutkowały udzieleniem personelowi kary nagany z wpięciem do akt.

⁶⁸ Powiatowe Centrum Medyczne Sp. z o.o. w Braniewie.

⁶⁹ Dz. U. z 2013 r., poz. 947 ze zm.

W wyniku kontroli przeprowadzonych przez NIK ustalono, że w siedmiu spośród 20 kontrolowanych szpitali składy komitetów ds. zakażeń wewnątrzszpitalnych były niezgodne z obowiązującymi przepisami⁷⁰ lub powołane do ich składu osoby nie wykonywały swoich funkcji⁷¹.

Ponadto w Poddębickim Centrum Zdrowia Sp. z o.o. kontrole związane ze zwalczaniem zakażeń szpitalnych były przeprowadzane rzadziej niż co 6 miesięcy i nie obejmowały wszystkich zagadnień epidemiologicznych⁷². Dodatkowo w sytuacjach stwierdzonych nieprawidłowości nie przeprowadzono kontroli powtórnej w terminie nie późniejszym niż 3 miesiące od dnia przekazania raportu z kontroli kierownikowi zakładu. Raporty z kontroli nie zawierały: informacji o stwierdzonych nieprawidłowościach oraz zaleceń pokontrolnych. Powyższe działania świadczą o naruszeniu postanowień § 2 ust. 1 w związku z § 3 ust. 1, § 4 ust. 1 i 4 oraz § 5 ust. 1 pkt 5 i 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie zakresu, sposobu i częstotliwości prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych⁷³.

Skargi

Na działalność kontrolowanych podmiotów wpłynęło w latach 2011–2014 (do 30 kwietnia) 599 skarg pacjentów, z których 95 (15,9%) szpitale oceniły jako zasadne. Głównym powodem skarg było niewłaściwe zachowanie personelu szpitala w stosunku do pacjenta lub odmowa wykonania określonych badań. W dwóch, spośród 20 kontrolowanych szpitali, nie prowadzono rejestru skarg i wniosków.

Jako przykład dobrej praktyki wskazać należy postępowanie Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Drezdenku, w którym wpływające skargi i wnioski były przedmiotem analizy zespołu ds. jakości. Ponadto analiza skarg i wniosków oraz związane z nimi zdarzenia medyczne były badane przez zespół ds. analizy zdarzeń niepożądanych. Wnioski stanowiły podstawę do wypracowania rekomendacji i zaleceń dla poprawy bezpieczeństwa pacjentów w Szpitalu.

⁷⁰ W Szpitalu Powiatowym Sp. z o.o. w Golubiu-Dobrzyniu, Szpitalu Tucholskim Sp. z o.o., Szpitalu Powiatowym Sp. z o.o. w Pasłęku, w Strzelińskim Centrum Medycznym Sp. z o.o. składy komitetów ds. zakażeń wewnątrzszpitalnych nie odpowiadały wymogom art. 15. ust. 1 i 3 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z powodu niepowołania diagnosty laboratoryjnego – mikrobiologa, specjalisty mikrobiologa oraz lekarza wykonującego zadania służby medycyny pracy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. Nr 96, poz. 593 ze zm.).

W jednym ze szpitali kontrolowanych przez Delegaturę NIK w Bydgoszczy przewodniczącym zespół ds. kontroli zakażeń szpitalnych był lekarz, nie posiadający kwalifikacji, określonych w § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych (Dz. U. z 2014r., poz. 746).

W Poddębickim Centrum Zdrowia Sp. z o.o. od 1 września 2013 r. w skład zespołu kontroli zakażeń szpitalnych nie wchodziła pielęgniarka lub położna – specjalista do spraw epidemiologii lub higieny i epidemiologii (art. 15 ust. 1 pkt 2 ww. ustawy).

⁷¹ W jednym ze szpitali kontrolowanych przez Delegaturę NIK we Wrocławiu, w latach 2011–2014 (do 9 czerwca), jako członków komitetu oraz zespołu kontroli zakażeń szpitalnych powołano odpowiednio lekarza wykonującego zadania służby medycyny pracy oraz diagnostę laboratoryjnego, lecz osoby te faktycznie nie brały udziału w pracach komitetu i zespołu.

⁷² W szczególności: oceny ryzyka występowania zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, monitorowania czynników alarmowych i zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywanych świadczeń, procedur zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym procedur dekontaminacji, stosowania środków ochrony indywidualnej i zbiorowej, wykonywania badań laboratoryjnych, analizy lokalnej sytuacji epidemiologicznej oraz profilaktyki i terapii antybiotykowej.

⁷³ Dz. U. z 2010 r. Nr 100, poz. 646.

3.2.3. Jednostki samorządu terytorialnego⁷⁴

3.2.3.1. Nadzór nad procesem przekształceń SP ZOZ

Główną przyczyną podjęcia przez j.s.t. decyzji o zmianie formy organizacyjno-prawnej SP ZOZ była konieczność dokonania restrukturyzacji finansowej, w tym zadłużenia, a także uzyskanie dodatkowych środków ze sprzedaży odpłatnych usług medycznych. Zakładano również, że zmiana formy działania podmiotów pozwoli na poprawę zarządzania nimi.

Cztery, spośród 9 kontrolowanych jednostek samorządu terytorialnego będących organem założycielskim SP ZOZ, przeprowadziły przed przekształceniem szczegółową analizę potrzeb zdrowotnych ludności objętej opieką zdrowotną danego szpitala. W pozostałych przypadkach nie dokonano takich analiz.

Po przekształceniu, organy właścicielskie szpitali, nie dokonywały okresowych analiz potrzeb zdrowotnych ludności, chociaż obowiązek taki wynika z art. 6 ustawy o finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej. Jako przykład dobrej praktyki przedstawić można działania Powiatu Mikołowskiego, który, corocznie, rozsyłał ankiety do podmiotów udzielających świadczeń medycznych, działających na terenie Powiatu dotyczące najbardziej aktualnych potrzeb zdrowotnych. Uzyskane w ten sposób informacje stanowiły podstawę dalszych działań, jak np. realizacji czterech programów zdrowotnych dla mieszkańców Powiatu.

W ocenie kontrolowanych j.s.t. możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych w oparciu o rozpoznane potrzeby zdrowotne była ograniczona, ponieważ o zakresie świadczeń decyduje NFZ stosujący własne kryteria oceny potrzeb i dostępności do świadczeń zdrowotnych. W konsekwencji, jak wyjaśniano „(...) nie ma możliwości podjęcia współpracy, która miałaby rzeczywisty wpływ na planowane przedsięwzięcia (...)”. Samorządy wskazywały również, że „(...) obecnie obowiązujące przepisy w żaden sposób nie wskazują, ani nie obligują podmiotów tworzących, czy to na poziomie gminy, powiatu czy województwa, do działań mających charakter konsultacji, czy jakiegokolwiek współpracy w aspekcie działań wobec własnych jednostek ochrony zdrowia. Jest to istotna luka prawna, albowiem brak jest podmiotu ustawowo zobowiązanego do zapewnienia lub koordynacji świadczeń medycznych na danym obszarze”.

Dostrzegając potrzebę racjonalizacji rozmieszczenia placówek ochrony zdrowia, jednostki samorządu terytorialnego powoływały ciała konsultacyjne, co należy ocenić pozytywnie⁷⁵. Skuteczność ich działania była jednak ograniczona z uwagi na brak możliwości władczego oddziaływania na poszczególne samorządy. Skutkowało to tym, że kontrakty z NFZ były niejednokrotnie dzielone pomiędzy kilka podmiotów, co uniemożliwiało pełne i efektywne wykorzystanie bazy szpitalnej.

⁷⁴ Kontrolę przeprowadzono w starostwach powiatowych w: Braniewie, Gorzowie Wielkopolskim, Gostyninie, Grójcu (w ramach kontroli rozpoznawczej), Kutnie, Mikołowie, Poddębicach, Tucholi oraz urządach marszałkowskich w Warszawie i Wrocławiu.

⁷⁵ Patrz, Program Wojewódzki – Strategia Polityki Zdrowotnej Województwa Łódzkiego na lata 2006–2013; w 2012 roku została powołana Regionalna Rada Polityki Zdrowotnej. W skład Rady wchodzi przedstawiciele m.in.: Wojewody Łódzkiego, Konwentu Powiatów Województwa Łódzkiego, Zrzeszenia Szpitali Powiatowych i Miejskich Województwa Łódzkiego, Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, a także Sejmiku Województwa Łódzkiego. W 2014 r. Członkowie Rady opiniowali m.in. diagnozę do „Strategii Polityki Zdrowotnej dla Województwa Łódzkiego na lata 2014–2020”, analizę SWOT dla województwa w zakresie ochrony zdrowia oraz sam projekt „Strategia Polityki Zdrowotnej dla Województwa Łódzkiego na lata 2014–2020”.

Ustalenia kontroli wskazują na uchybienia polegające m.in. na tym, że niektóre jednostki samorządu terytorialnego akceptowały sprawozdania likwidatorów, pomimo nieprzeprowadzenia inwentaryzacji majątku na dzień poprzedzający rozpoczęcie likwidacji SP ZOZ oraz jej zakończenia. Stwierdzono także przypadek niedochodzenia należności w kwocie 968,9 tys. zł po zlikwidowanym SP ZOZ przekazanych przez likwidatora bez zgody j.s.t. umową cesji na rzecz nowo powołanej spółki, zamiast na rzecz jednostek samorządu terytorialnego, co naruszało art. 53a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej⁷⁶.

Jednostki samorządu terytorialnego objęte kontrolą przekazały majątek ruchomy nowo utworzonym spółkom, głównie w formie aportu, dzierżawy lub użyczenia⁷⁷. Zwraca uwagę wysoki wskaźnik jego amortyzacji przekraczający niejednokrotnie 60%⁷⁸.

Z uwagi na skalę zadłużenia SP ZOZ, które musiałyby zostać przejęte przez organ założycielski, proces likwidacji lub przekształcenia niektórych SP ZOZ w spółki kapitałowe nie został zakończony lub też nastąpiło przejście działalności leczniczej przez podmioty prywatne.

- *W przypadku szpitala, dla którego organem założycielskim był powiat śremski, w kontrolowanym okresie równolegle funkcjonowała oraz SP ZOZ, którego zadłużenie systematycznie zwiększało się i na koniec 2013 r. wyniosło 89.553,38 tys. zł, a przychody 1.493,35 tys. zł. Przychody spółki, która przejęła działalność medyczną wyniosły w 2013 r. 44.898,26 tys. zł. W ocenie NIK, przyczyną równoległego funkcjonowania SP ZOZ był fakt, iż zakończenie likwidacji SP ZOZ-u spowodowałoby konieczność przejęcia zobowiązań przez powiat lub spółkę, których obsługa mogłoby stanowić zagrożenie dla funkcjonowania tych podmiotów.*
- *W przypadku Starostwa Powiatowego w Gorzowie Wielkopolskim⁷⁹, pomimo rozpoczęcia likwidacji SP ZOZ w Kostrzynie nad Odrą w 2007 r., do dnia zakończenia kontroli NIK, proces ten nie został zakończony z uwagi na kwotę zobowiązań SP ZOZ, które wyniosły 99.881,4 tys. zł⁸⁰. Działalność medyczna została przejęta przez nowo utworzoną spółkę⁸¹, która następnie została zbyta przez powiat⁸². W ocenie NIK przyczyną tego stanu był fakt, iż Powiat nie miał możliwości wygospodarowania tak dużych środków bez uszczerbku dla realizacji zadań własnych.*
- *Przejęcie szpitala przez inwestora prywatnego nastąpiło również w powiecie gostyńskim. Podejmowane, w latach 2011–2012, działania restrukturyzacyjne polegające m.in. na zmniejszeniu zatrudnienia oraz obniżeniu wynagrodzeń okazały się nieskuteczne. Zobowiązania jednostki wzrosły z 27 896,9 tys. zł (w tym wymagalne 3 529,6 tys. zł) na koniec 2010 r. do 39 522,5 tys. zł (w tym wymagalne 18 103,1 tys. zł) na koniec 2012 r.*

⁷⁶ Kontrola Starostwa Powiatowego w Grójcu.

⁷⁷ Wyjątek stanowi proces przekształceń SP ZOZ podległych Marszałkowi Woj. Mazowieckiego. W przypadku pięciu SP ZOZ zlikwidowanych na podstawie ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, w miejsce których powołano sześć spółek, wniesiono wkład pieniężny w wysokości 72.889 tys. zł. Majątek ruchomy i nieruchomy służący działalności medycznej przekazano na podstawie umów użyczenia. Również Samorząd Województwa Lubuskiego oraz Powiat Strzelecko-Drezdenecki przekazał majątek ruchomy odpowiednio dla Lubuskiego Szpitala Specjalistycznego Pulmonologiczno-Kardiologicznego w Torzymiu Sp. z o.o. oraz Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Drezdenku na podstawie umów użyczenia.

⁷⁸ Jedynie szpital w Poddębicach wykazał niski, sięgający 11% stopień umorzenia majątku trwałego. Z kolei stopień amortyzacji majątku (poza wartościami prawnymi i materialnymi) Dolnośląskiego Centrum Zdrowia Psychicznego sięgał 85%.

⁷⁹ Przebieg procesu likwidacji szpitala oraz zagospodarowania jego majątku był przedmiotem kontroli Najwyższej Izby Kontroli Delegatury w Zielonej Górze, zakończonej w marcu 2009 r. Wydana przez NIK ocena negatywna w zakresie działań Powiatu uzasadniona została m.in. brakiem skutecznego nadzoru nad funkcjonowaniem szpitala w latach 1999–2006, a w konsekwencji zbyt późnego podjęcia decyzji o jego likwidacji.

⁸⁰ Według stanu na dzień 31 maja 2014 r.

⁸¹ Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, zarejestrowana w KRS w dniu 20 czerwca 2007 r.

⁸² W dniu 13 sierpnia 2007 r. Powiat zbył 51% udziałów (po cenie nominalnej) na rzecz firmy KNOW HOW w Szczecinie, a 12 września 2007 r. nabywca zbył je po cenie nominalnej na rzecz firmy Nowy Szpital Holding Sp. z o.o. z siedzibą w Szczecinie. W dniu 13.08.2007 r. Wojewoda Lubuski wpisał do rejestru zakładów opieki zdrowotnej Nowy Szpital, jako Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej. W dniu 6 marca 2008 r. Powiat zbył dalsze 39% udziałów w spółce.

- *Narastanie zadłużenia spowodowało, że powiat wydzierżawił szpital i przychodnię przyszpitalną podmiotowi zewnętrznemu, natomiast podstawową opiekę zdrowotną przekazano spółce⁸³ powołanej w miejsce SP ZOZ. W ramach aportu spółka ta otrzymała nieruchomości, o wartości ponad 17 mln zł, wykorzystywane na prowadzenie m.in. swojej działalności statutowej. Niewielkie przychody z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych w podstawowej opiece zdrowotnej trudności w regulowaniu zobowiązań, spowodowały, że w styczniu 2014 r., został złożony wniosek o ogłoszenie upadłości spółki. Majątek tego podmiotu stanowi masę upadłościową i nie ma gwarancji, że w przyszłości będzie przeznaczony na cele działalności medycznej. W ocenie NIK może to istotnie utrudnić realizację przez Powiat zadań władzy publicznej wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁸⁴ (m.in. art. 6 pkt 1 oraz art. 8) w odniesieniu do mieszkańców Powiatu.*

Kontrolowane jednostki samorządu terytorialnego wspierały proces przekształceń SP ZOZ, głównie poprzez przejście zobowiązań⁸⁵ likwidowanych SP ZOZ w łącznej wysokości 244.324.398,51 zł⁸⁶ oraz ich spłatę – 201.468.010,54 zł⁸⁷, z tego 111.642.878,57 zł z dotacji uzyskanej od Ministra Zdrowia. Podejmowały również działania w celu umorzenia części przejętych zobowiązań⁸⁸.

3.2.3.2. Nadzór nad spółkami

Organy właścicielskie spółek wykorzystywały instrumenty nadzoru przewidziane w Kodeksie spółek handlowych.

W Starostwie Powiatowym w Poddębicach określono ponadto szczegółowe zasady nadzoru właścicielskiego, a w Mazowieckim Urzędzie Marszałkowskim zobowiązano spółki do przekazywania miesięcznych, kwartalnych i rocznych sprawozdań dotyczących sytuacji i wyników ekonomiczno-finansowych.

Trzy spośród 9 kontrolowanych jednostek samorządu terytorialnego przeprowadzało w badanym okresie kontrole lub audyty podległych szpitali⁸⁹.

W przypadku Starostwa Powiatowego w Kutnie zlecano dokonanie audytu podmiotom zewnętrznym. Audyt przeprowadzony w Kutnowskim Szpitalu Samorządowym Sp. z o.o. wykazał nieprawidłowości dotyczące m.in. podwójnego fakturowania należności z tytułu nadwykonań, braku kontrasygnat głównego księgowego na zawieranych umowach, podpisywanie niekorzystnych dla szpitala umów o dzieło, zatrudnienie na kierowniczym stanowisku osoby z prawomocnym wyrokiem zakazującym obejmowanie takiego stanowiska, nierozliczanie zaliczek pobieranych na poczet wynagrodzenia. Dokonana w następstwie audytu korekta kosztów i należności

⁸³ Data wpisania spółki do Krajowego Rejestru Sądowego.

⁸⁴ Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

⁸⁵ Dla porównania kwota przejętych należności wyniosła 5.646.375,51 zł.

⁸⁶ Kwota ta nie obejmuje odsetek od przejętych zobowiązań, które powstały w latach 2011–2014 (do 30 kwietnia). W przypadku Marszałka Woj. Mazowieckiego kwota obejmuje zobowiązania SP ZOZ (dwa podmioty; 13.905,36 tys. zł), które były objęte kontrolami jednostkowymi. Zmiana formy organizacyjno-prawnej dotyczyła 8 podmiotów, z tego 5 zlikwidowano, powołując 6 spółek na podstawie przepisów ustawy o zoz, oraz 3 SP ZOZ na podstawie ustawy o działalności leczniczej. Łącznie Samorząd Woj. Mazowieckiego przejął zobowiązania w wysokości 196.166,80 tys. zł oraz należności w kwocie 4.128,53 tys. zł w związku z likwidacją 5 SP ZOZ-ów).

⁸⁷ Kwota ta obejmuje odsetki, które narosły w latach 2011–2014 (do 30 kwietnia) od przejętych po SP ZOZ zobowiązań.

⁸⁸ Przykładowo Starostwo w Poddębicach doprowadziło do umorzenia 593,41 tys. zł przejętych zobowiązań; Starostwo w Kutnie doprowadziło do umorzenia zobowiązań o wartości 680,81 tys. zł; Starostwo w Braniewie – 240,30 tys. zł.

⁸⁹ Samorząd Województwa Mazowieckiego, w latach 2011–2014, przeprowadził 7 kontroli w spółkach powstałych z likwidacji lub przekształcenia SP ZOZ, tj. w Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim w Siedlcach Sp. z o.o. (3 kontrole w tym jedna dotycząca stażystów), Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. z siedzibą w Zagórzcu (2 kontrole), w Szpitalu Mazowieckim w Garwolinie Sp. z o.o. (1 kontrola), w Mazowieckim Szpitalu Bródnowskim w Warszawie Sp. z o.o. (1 kontrola). Z kolei Samorząd Województwa Dolnośląskiego wszczął kontrolę w Dolnośląskim Centrum Zdrowia Psychicznego Sp. z o.o. w kwietniu 2014 r.

z tytułu nadwykonań spowodowała podwyższenie wykazywanej przez spółkę straty netto z kwoty ok. 1,5 mln zł do ok. 3 mln zł. W wyniku audytu, Zarząd Spółki przekazał do prokuratury zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa przez poprzedni Zarząd Spółki⁹⁰.

3.2.4. Inne ustalenia

1. Blisko połowa (9 podmiotów) spośród 20 kontrolowanych szpitali posiadała program informatyczny, tzw. „optymalizator JGP”. Pozwalał on na wskazanie, jaką procedurę można wykonać dodatkowo u danego pacjenta, w celu zakwalifikowania go do wyżej wycenianej przez NFZ grupy świadczeń, niezależnie od rzeczywistych potrzeb zdrowotnych pacjenta.

W ocenie NIK mogło to skutkować nie tylko wykonywaniem procedur medycznych, które nie przyczyniały się do poprawy stanu zdrowia leczonych, lecz także szybszym wyczerpywaniem się kontraktu z NFZ, co w konsekwencji wpływało na dłuższy czas oczekiwania na udzielenie świadczeń przez pozostałych pacjentów.

2. W przypadku jednego szpitala stwierdzono 716 przypadków wystawienia w 2011 r. recept refundowanych przez NFZ na łączną kwotę 25,6 tys. zł na rzecz pacjentów, którzy nie byli leczeni w tej jednostce, co wskazuje na prawdopodobieństwo wykorzystywania blankietów w związku z udzielaniem świadczeń poza szpitalem.

3. Zobowiązania Zakładowego Funduszu Świadczeń Społecznych⁹¹ przejęte przez Powiat Kutnowski po likwidowanym SP ZOZ wyniosły, na dzień zakończenia jego likwidacji, 4.527.070,86 zł. Wysoki stan zobowiązań wobec Funduszu był wynikiem nieprzekazywania przez SP ZOZ środków w wysokości wymaganej ustawą⁹² mimo wyroków sądowych wydanych w tej sprawie⁹³. W ewidencji księgowej Starostwa zobowiązania z powyższego tytułu nie były wykazywane.

4. W Dolnośląskim Centrum Zdrowia Psychicznego Sp. z o.o., pomimo zlikwidowania dwóch oddziałów i utworzenia w ich miejsce jednego, nie zredukowano stanowisk kierowniczych, tj. Ordynatorów i Pielęgniarek Oddziałowych. Na wynagrodzenia osób zajmujących dublujące się stanowiska wydatkowano 362,7 tys. zł, co w ocenie NIK, w sytuacji ponoszonych przez spółkę strat, było niegospodarne.

5. W przeciwieństwie do SP ZOZ, które były ustawowo zwolnione z ponoszenia opłat z tytułu korzystania z nieruchomości przeznaczonych na cele statutowe, szpitale działające w formie spółek kapitałowych zobowiązane były do ponoszenia tych kosztów.

Samorządy uzyskały, w latach 2011–2014, przychody z tytułu dzierżawy nieruchomości w łącznej wysokości 4.518,14 tys. zł⁹⁴, a także wyegzekwowały odsetki od nieterminowego regulowania zobowiązań z tytułu dzierżawy lub najmu majątku trwałego w wysokości 97,35 tys. zł⁹⁵.

⁹⁰ Prokuratura wszczęła śledztwo, które zostało umorzone w grudniu 2013 r.

⁹¹ Na 31.12.2011 r. – 346,2 tys. zł oraz 268,9 tys. zł na 31.12.2012 r. i 31.12.2013 r.

⁹² Ustawa z dnia 4 marca 1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych – Dz. U. z 2012 r. poz. 592 ze zm.

⁹³ Wyroki z 17.06.2005 r., z 14.11.2007 r., z 28.10.2009 r. zobowiązujący SP ZOZ do przekazania na rzecz ZFŚS odpowiednio: 1.742.334,56 zł za okres 1.01.2002 r. – 31.12.2004 r., 504.641,75 zł za okres 1.01.2005 r. – 31.12.2006 r. oraz 1.558.663,52 zł za okres 1.01.2006 r. – 31.05.2009 r.

⁹⁴ Uwzględniono jedynie przychody uzyskiwane przez j.s.t. od spółek samorządowych. Nie uwzględniono przychodów Powiatu w Gorzowie Wielkopolskim od operatora zewnętrznego w kwocie 21 tys. zł netto miesięcznie.

⁹⁵ Trudna sytuacja finansowa niektórych nowo powołanych podmiotów spowodowała, że część j.s.t. w celu poprawy ich wyników finansowych umarzała należności z tytułu zaległego czynszu dzierżawnego wraz z odsetkami. Przykładowo: Starostwo w Poddębicach umorzyło odsetki za zwłokę w uiszczaniu czynszu dzierżawnego w latach 2011–2014 w kwocie 62,7 tys. zł; z kolei starostwo w Kutnie umorzyło zaległości szpitala na kwotę 469,16 tys. zł.

4.1 Przygotowanie kontroli

Kontrola działalności szpitali samorządowych przekształconych w spółki kapitałowe została przeprowadzona, jako kontrola realizacji zadań z elementami kontroli finansowej, w Ministerstwie Zdrowia, w 9 jednostkach samorządu terytorialnego będących organami właścicielskimi spółek oraz w 20 szpitalach działających w formie spółek kapitałowych wykonujących hospitalizacje w ramach kontraktu z NFZ. Badania kontrolne poprzedzono kontrolą rozpoznawczą (Nr R/13/006) przeprowadzoną w Powiatowym Centrum Medycznym w Grójcu Sp. z o.o. oraz Starostwie Powiatowym w Grójcu.

4.2 Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli

Kontrolę przeprowadzono w okresie od 15 maja do 9 października 2014 r. W wystąpieniach pokontrolnym oceniono działalność Ministra Zdrowia mającą na celu wsparcie procesu przekształceń w ochronie zdrowia oraz wskazano ujawnione nieprawidłowości, formułując wnioski zmierzające do ich usunięcia. Minister Zdrowia nie złożył zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego. Wnioski pokontrolne adresowane do Ministra Zdrowia dotyczyły:

- 1) opracowania i wdrożenia mechanizmów zapewniających uzyskiwanie aktualnych i pełnych danych niezbędnych do oceny sytuacji finansowej przekształconych podmiotów oraz wpływu tego procesu na dostęp do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych;
- 2) dokonanie kompleksowej oceny wpływu zmiany formy organizacyjno-prawnej SP ZOZ na dostęp pacjentów do świadczeń finansowanych ze środków publicznych;
- 3) ustalenie przyczyn przeszacowania liczby podmiotów, które miały być objęte procesem przekształceń celem uniknięcia nietrafnych prognoz w przyszłości.

Wnioski pokontrolne adresowane do jednostek samorządu terytorialnego dotyczyły m.in.:

- 1) przygotowania kompleksowej strategii rozwoju systemu ochrony zdrowia na terenie działania j.s.t.;
- 2) przeanalizowania funkcjonujących mechanizmów monitoringu funkcjonowania spółki w celu ich doskonalenia i zapewnienia adekwatnej reakcji na nieosiągnięcie przez ten podmiot oczekiwanych wyników ekonomiczno-finansowych.

Z kolei wnioski skierowane do szpitali działających w formie spółek kapitałowych dotyczyły m.in.:

- 1) podjęcia dalszych działań zmierzających do poprawy sytuacji finansowej;
- 2) uzupełnienia składów komitetów i zespołów ds. zakażeń wewnątrzszpitalnych;
- 3) uzupełnienia regulaminów organizacyjnych o zapisy dotyczące określenia organizacji procesu udzielania odpłatnych świadczeń zdrowotnych;
- 4) aktualizacji danych zawartych w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zgodnie ze stanem faktycznym.

Jednostki organizacyjne NIK sformułowały łącznie 47 wniosków, z których 15 zrealizowano, a 5 znajdowało się w toku realizacji. Złożono zastrzeżenia do treści trzech wystąpień pokontrolnych.

4.3 Finansowe rezultaty kontroli

Stwierdzone w toku kontroli nieprawidłowości wyniosły łączne 5.884,27 tys. zł. Kwota ta obejmowała:

- 968,90 tys. zł wydatkowanych z naruszeniem prawa polegającym na niedochodzeniu przez j.s.t. należności po zlikwidowanym SP ZOZ przekazanych umową cesji na rzecz nowo powołanej spółki, zamiast na jednostkę samorządu terytorialnego, zgodnie z art. 53a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (str. 37);
- 4.527,07 tys. zł sprawozdawczy skutków nieprawidłowości polegających na niewykazywaniu w ewidencji księgowej j.s.t. zobowiązań przejętych po likwidowanym SP ZOZ wynikających z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych (str. 39);
- 362,70 tys. zł wydatkowane z naruszeniem zasad należytego zarządzania finansami publicznymi, polegające m.in. na wydatkowaniu środków finansowych na wynagrodzenia osób zajmujących dublujące się stanowiska w szpitalu, w sytuacji ponoszenia strat przez ten podmiot (str. 39);
- 25,6 tys. zł wydatkowane w następstwie naruszenia prawa polegającego na wystawieniu w 2011 r. recept na rzecz pacjentów, którzy nie byli leczeni w tej jednostce i uzyskaniu refundacji z NFZ (str. 39).

Wykaz ważniejszych aktów prawnych dotyczących badanej tematyki

1. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, ze zm.).
2. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r., poz. 217 ze zm.).
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.).
4. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2013 r., poz. 885 ze zm.).
5. Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2013 r., poz. 330 ze zm.).
6. Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2013 r., poz. 907 ze zm.).
7. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 113, poz. 657 ze zm.).

Wykaz przepisów dotyczących m.in. procedury przekształcenia SP ZOZ-ów w spółki, a także zadań władz publicznych związanych z ochroną zdrowia

Przepisy prawa dotyczące „przekształcenia” SP ZOZ w spółkę kapitałową zgodnie z ustawą z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej⁹⁶

Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej nie określała trybu przekształcenia SP ZOZ-u w spółkę kapitałową z zachowaniem ciągłości prawnej przekształcanego podmiotu. „Przekształcenia” dokonywano poprzez likwidację SP ZOZ-u oraz powołanie nowego podmiotu, tj. spółki kapitałowej.

Zgodnie z art. 35b ust. 1 ustawy o zoz, SP ZOZ pokrywał z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów koszty działalności i zobowiązań. SP ZOZ, jako osoba prawna, posiadał swoje organy zarządzające, prowadził samodzielną gospodarkę finansową i samodzielnie odpowiadał za swoje zobowiązania.

Zasadniczym źródłem finansowania SP ZOZ były przychody uzyskiwane na podstawie umów zawieranych o realizację świadczeń zdrowotnych z NFZ⁹⁷.

Stosownie do postanowień art. 53 ust. 1 ww. ustawy, SP ZOZ gospodarował samodzielnie przekazanymi w nieodpłatne użytkowanie nieruchomościami i majątkiem Skarbu Państwa lub komunalnym oraz majątkiem własnym (otrzymanym i zakupionym). Zbycie aktywów trwałych, oddanie go w dzierżawę, najem, użytkowanie oraz użyczenie mogło nastąpić wyłącznie na zasadach określonych przez podmiot, który utworzył zakład (art. 53 ust. 2 ustawy o zoz)⁹⁸.

Wniesienie majątku SP ZOZ lub przysługującego mu do niego prawa w formie aportu do spółek, jego przekazanie fundacji lub stowarzyszeniu wymagało zgody podmiotu, który utworzył zakład (art. 53 ust. 4 ustawy o zoz).

Zgodnie z art. 53 ust. 5 ustawy o zoz, wniesienie majątku SP ZOZ lub przysługującego mu do niego prawa w formie aportu do spółek, jego przekazanie fundacji lub stowarzyszeniu, których przedmiotem działalności jest świadczenie usług w zakresie ochrony zdrowia, było zabronione.

W przypadku likwidacji publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jego majątek, po zaspokojeniu wierzytelności, stawał się własnością Skarbu Państwa lub właściwej jednostki samorządu terytorialnego lub własnością publicznej uczelni medycznej albo publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, a o jego przeznaczeniu decydował podmiot, który utworzył publiczny zakład opieki zdrowotnej (art. 53a ust. 2 ustawy o zoz).

Wartość majątku SP ZOZ, zgodnie z art. 56 ust. 1 ustawy o zoz, określały: fundusz założycielki i fundusz zakładu. Fundusz założycielski SP ZOZ stanowił wartość wydzielonej zakładowi części mienia państwowego lub komunalnego lub mienia publicznej uczelni medycznej albo publicznej

⁹⁶ Dz. U. Nr 31, poz. 408.

⁹⁷ Zgodnie z art. 4 pkt 10 ustawy z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 249, poz. 2104 ze zm.) NFZ zaliczony został do sektora finansów publicznych. Od 1 stycznia 2010 r. kwestię tę reguluje art. 9 pkt 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2013 r., poz. 885 ze zm.).

⁹⁸ Zasady, o których mowa w art. 53 ust. 2 ustawy o zoz, mogą polegać w szczególności na ustanowieniu wymogu uzyskania zgody podmiotu, który utworzył zakład na zbycie, wydzierżawienie, wynajęcie, oddanie w użytkowanie oraz użyczenie aktywów trwałych (art. 53 ust. 3 ustawy o zoz).

uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych (art. 56 ust. 2 ustawy o zoz). Fundusz zakładu stanowił wartość majątku zakładu po odliczeniu funduszu założycielskiego (art. 56 ust. 3 ww. ustawy).

W myśl art. 53 ust. 8 ustawy o zoz, podstawą gospodarki SP ZOZ był plan finansowy ustalany przez kierownika zakładu. Zakład ten decydował sam o podziale zysku (art. 59 ustawy o zoz), a także pokrywał we własnym zakresie ujemny wynik finansowy (art. 60 ust. 1 ustawy). Ujemny wynik finansowy SP ZOZ nie mógł być podstawą do zaprzestania działalności, jeżeli dalsze istnienie tego zakładu uzasadnione było celami i zadaniami, do których realizacji został utworzony, a których nie może przejąć inny zakład w sposób zapewniający nieprzerwane sprawowanie opieki zdrowotnej nad ludnością (art. 60 ust. 2 ustawy o zoz).

Jeżeli ujemny wynik finansowy nie mógł być pokryty przez zakład we własnym zakresie, organ, który utworzył SP ZOZ, wydawał rozporządzenie lub podejmował uchwałę o zmianie formy gospodarki finansowej zakładu (dalsze finansowanie następuje na zasadach określonych dla jednostki budżetowej albo zakładu budżetowego) lub o jego likwidacji (art. 60 ust. 3 ustawy).

Zobowiązania i należności SP ZOZ po jego likwidacji stawały się zobowiązaniami i należnościami Skarbu Państwa lub właściwej jednostki samorządu terytorialnego, lub odpowiednio publicznej uczelni medycznej albo publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, lub Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (art. 60 ust. 6 ustawy o zoz).

Minister właściwy do spraw zdrowia mógł odmówić zgody na likwidację lub przekształcenie publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w wyniku którego miałyby miejsce jego likwidacja lub istotne ograniczenie poszczególnych rodzajów działalności zakładu i udzielanych świadczeń zdrowotnych, tylko w przypadku, gdy zakład udzielał określonych świadczeń zdrowotnych jako jedyny w województwie i nie było możliwe dalsze udzielanie tych świadczeń w innym zakładzie opieki zdrowotnej (art. 36b. ust. 1 ustawy o zoz). W decyzji odmawiającej wyrażenia zgody minister właściwy do spraw zdrowia przyznawał publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej środki niezbędne do dalszego funkcjonowania zakładu w zakresie gwarantującym realizację świadczeń zdrowotnych na dotychczasowym poziomie (art. 36b. ust. 2 ustawy o zoz). Za zobowiązania publicznego zakładu opieki zdrowotnej, powstałe po wydaniu decyzji odmawiającej zgody na likwidację lub przekształcenie zakładu, w wyniku którego miała nastąpić likwidacja lub istotne ograniczenie poszczególnych rodzajów działalności zakładu i udzielanych świadczeń zdrowotnych, odpowiedzialność ponosił Skarb Państwa (art. 36b. ust. 3 ustawy o zoz).

Majątek pozostały po zlikwidowanym SP ZOZ mógł zostać wdzierżawiony, sprzedany innemu podmiotowi lub wniesiony do spółki utworzonej przez jednostkę samorządu terytorialnego (np. w celu prowadzenia niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej). Zgodnie z art. 9 ustawy z dnia 20 grudnia 1996 r. o gospodarce komunalnej⁹⁹ j.s.t. mogą tworzyć spółki z ograniczoną odpowiedzialnością lub spółki akcyjne, a także mogą przystępować do takich spółek. W jednoosobowych spółkach jednostek samorządu terytorialnego funkcję zgromadzenia

⁹⁹ Ustawa z dnia 20 grudnia 1996 r. o gospodarce komunalnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 45 poz. 236).

wspólników (walnego zgromadzenia) pełnią organy wykonawcze tych jednostek samorządu terytorialnego (art. 12 ust. 4 ww. ustawy). O ewentualnym zbyciu udziałów w spółce decyduje organ stanowiący jednostki samorządu terytorialnego¹⁰⁰.

Przepisy prawa dotyczące przekształcenia SP ZOZ w spółkę kapitałową zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹⁰¹

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (uodl), precyzyjniej niż ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej określiła tryb przekształcenia SP ZOZ w spółkę kapitałową, a także przewidywała możliwość uzyskania wsparcia dla podmiotów przekształcających SP ZOZ.

Przekształcenie SP ZOZ w spółkę kapitałową¹⁰² odbywa się na zasadach określonych w art. 70-82. Podmiot tworzący, na podstawie danych o przychodach ze sprawozdania finansowego za ostatni rok obrotowy oraz danych o zobowiązaniach i inwestycjach krótkoterminowych według stanu na dzień poprzedzający dzień złożenia wniosku o wpisanie spółki kapitałowej do rejestru przedsiębiorców, ustala wskaźnik¹⁰³ zadłużenia SP ZOZ.

Jeżeli wartość wskaźnika zadłużenia wynosi:

- 1) powyżej 0,5 – podmiot tworzący, przed dniem przekształcenia, przejmuje zobowiązania SP ZOZ o takiej wartości, aby wskaźnik zadłużenia wyniósł nie więcej niż 0,5;
- 2) 0,5 lub mniej – podmiot tworzący może, przed dniem przekształcenia, przejąć zobowiązania SP ZOZ.

Przejęciu w pierwszej kolejności podlegają zobowiązania wymagalne najdawniej obejmujące kwotę główną wraz z odsetkami (art. 72).

¹⁰⁰ Zgodnie z art. 13 ust. 1 ustawy o samorządzie województwa (Dz. U. z 2013 r., poz. 596 ze zm.), w sferze użyteczności publicznej województwo może tworzyć spółki z ograniczoną odpowiedzialnością lub spółki akcyjne, a także może przystępować do takich spółek. Zgodnie z art. 12 pkt 8 g ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2013 r., poz. 595 ze zm.) do wyłącznej właściwości rady powiatu należy tworzenie i przystępowanie do spółek, ich rozwiązywanie i występowanie z nich oraz określenia zasad wnoszenia wkładów oraz obejmowania, nabywania i zbywania udziałów i akcji. W myśl art. 18 ust. 2 pkt 9 lit. f) ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2013 r., poz. 594 ze zm.) do wyłącznej właściwości rady gminy należy m.in. tworzenie i przystępowanie do spółek i spółdzielni oraz rozwiązywanie i występowanie z nich.

¹⁰¹ Dz. U. z 2013 r., poz. 217 ze zm.

¹⁰² Przekształcenie, może polegać na przekształceniu SP ZOZ-ów w jedną spółkę, pod warunkiem że przekształcane zakłady mają ten sam podmiot tworzący.

Przekształcenie może polegać również na przekształceniu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej mających różne podmioty tworzące będące jednostkami samorządu terytorialnego w jedną spółkę.

W tym ostatnim przypadku podmioty tworzące będące jednostkami samorządu terytorialnego zawierają, na podstawie uchwał organów stanowiących tych jednostek, porozumienie obejmujące:

- 1) nazwy i adresy samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej mających podlegać przekształceniu w spółkę kapitałową;
- 2) określenie poszczególnych składników mienia wnoszonego do spółki tytułem aportu przez poszczególne podmioty tworzące;
- 3) określenie wartości i liczby udziałów albo akcji obejmowanych w zamian za aporty, o których mowa w pkt 2;
- 4) wskazanie podmiotu tworzącego, który będzie wykonywał zadania organu dokonującego przekształcenia;
- 5) zakres i wysokość kosztów przekształcenia ponoszonych przez poszczególne podmioty tworzące;
- 6) wskazanie członków organów spółki pierwszej kadencji.

Do porozumienia dołącza się projekt umowy spółki (statutu) i projekt regulaminu organizacyjnego (art. 73–74).

¹⁰³ Wskaźnik zadłużenia ustala się jako relację sumy zobowiązań długoterminowych i krótkoterminowych, pomniejszonych o inwestycje krótkoterminowe samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej do sumy jego przychodów (art. 71 uodl).

Organem dokonującym przekształcenia SP ZOZ w spółkę kapitałową, zwanym dalej „organem dokonującym przekształcenia”, jest m.in.: organ wykonawczy jednostki samorządu terytorialnego – w przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest jednostka samorządu terytorialnego (art. 75 pkt 2).

Zgodnie z art. 76 ust. 1 uodl, kierownik SP ZOZ jest obowiązany niezwłocznie doręczyć organowi dokonującemu przekształcenia odpowiedzi na pytania zawarte w kwestionariuszu samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, wraz z wymaganymi dokumentami, a także udzielać wyjaśnień niezbędnych do przeprowadzenia przekształcenia¹⁰⁴.

Organ dokonujący przekształcenia sporządza akt przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę. (art. 77 uodl). Akt przekształcenia¹⁰⁵ zawiera:

- 1) akt założycielski spółki;
- 2) imiona i nazwiska członków organów spółki pierwszej kadencji;
- 3) pierwszy regulamin organizacyjny.

Dniem przekształcenia SP ZOZ w spółkę, jest dzień wpisania tej spółki do rejestru przedsiębiorców. Z dniem przekształcenia następuje wykreślenie z urzędu SP ZOZ z Krajowego Rejestru Sądowego. Spółka kapitałowa z dniem przekształcenia wstępuje we wszystkie prawa i obowiązki, których podmiotem był SP ZOZ (art. 80 ust. 1–2 i 4 uodl).

Z dniem przekształcenia pracownicy przekształcanego SP ZOZ stają się, z mocy prawa, pracownikami spółki. Stosunki pracy osób zatrudnionych na podstawie powołania w przekształcanym samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej wygasają z dniem przekształcenia (art. 81 uodl).

Podmiot tworzący dokonuje na dzień poprzedzający dzień przekształcenia jednorazowego określenia wartości rynkowej nieruchomości znajdujących się w tym dniu w posiadaniu samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jeżeli nieruchomości te są przekazywane na własność spółce. Określenia wartości rynkowej nieruchomości, o których mowa w art. 3 ust. 1 pkt 15 lit. a ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości¹⁰⁶, dokonuje rzeczoznawca majątkowy na zasadach i w sposób określony w ustawie z dnia 21 sierpnia 1997 r. o gospodarce nieruchomościami¹⁰⁷.

Bilans zamknięcia SP ZOZ staje się bilansem otwarcia spółki, przy czym suma kapitałów własnych jest równa sumie funduszu założycielskiego, funduszu zakładu, funduszu z aktualizacji wyceny i niepodzielonego wyniku finansowego za okres działalności zakładu przed przekształceniem,

¹⁰⁴ Minister właściwy do spraw Skarbu Państwa w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia określił, w drodze rozporządzenia, wzór kwestionariusza oraz wykaz dokumentów niezbędnych do przekształcenia, kierując się koniecznością ograniczenia obowiązków informacyjnych kierownika samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej do danych niezbędnych do przeprowadzenia przekształcenia (art. 76 ust. 2 uodl); patrz rozporządzenie Ministra Skarbu Państwa z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie określenia wzoru kwestionariusza samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej przeznaczonego do przekształcenia w spółkę kapitałową oraz wykazu dokumentów niezbędnych do sporządzenia aktu przekształcenia (Dz. U. z 2012 r., poz. 26).

¹⁰⁵ Minister właściwy do spraw Skarbu Państwa w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, ramowy wzór aktu przekształcenia, mając na celu zapewnienie sprawności procesu przekształcenia SP ZOZ w spółkę kapitałową (art. 78 ust. 2 uodl). Akt przekształcenia zastępuje czynności określone w przepisach ustawy z dnia 15 września 2000 r. – Kodeks spółek handlowych (Dz. U. z 2013 r., poz. 1030 ze zm.), poprzedzające złożenie wniosku o wpisanie spółki do rejestru przedsiębiorców (art. 79 ust. 1 uodl); patrz rozporządzenie Ministra Skarbu Państwa z dnia 22 grudnia 2012 r. w sprawie określenia ramowego wzoru aktu przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową (Dz. U. z 2012 r., poz. 44).

¹⁰⁶ Dz. U. z 2013 r., poz. 330, ze zm.

¹⁰⁷ Dz. U. z 2014 r., poz. 518 ze zm.

z uwzględnieniem korekty wartości wynikającej z przeszacowania do wartości rynkowej nieruchomości oraz korekty nieumorzonej części wartości nieruchomości, które nie podlegają przekazaniu do spółki (art. 82 uodl).

Wybrane zagadnienia prawne związane z udzielaniem dotacji na podstawie przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej

Podmiot tworzący mógł wystąpić (w terminie do dnia 31 grudnia 2013 r.) do Ministra Zdrowia z wnioskiem o dotację. Warunkiem uzyskania dotacji było wpisanie spółki powstałej z przekształcenia SP ZOZ do rejestru przedsiębiorców nie później niż w dniu 31 grudnia 2013 r., a ponadto spełnienie następujących warunków polegających na:

- zawarciu ugody z wierzycielami w zakresie zobowiązań cywilnoprawnych podmiotu tworzącego przejętych od samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, obejmującej co najmniej częściowe umorzenie tych zobowiązań lub odsetek od nich lub
- istnieniu w dniu przekształcenia przejętych przez podmiot tworzący zobowiązań cywilnoprawnych wynikających z zaciągniętych kredytów bankowych, o których mowa w art. 34 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej lub
- uiszczeniu przez podmiot tworzący, który przekształcił samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową, podatku od towarów i usług od wniesionego do tej spółki aportu lub
- istnieniu w dniu przekształcenia zobowiązania wynikającego z pożyczki udzielonej przez podmiot tworzący samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej, zawartej przed dniem 31 grudnia 2009 r. lub
- poniesieniu kosztów określenia wartości rynkowej nieruchomości w sposób, o którym mowa w art. 82 ust. 1 i 2 lub
- spłacie przez podmiot tworzący, który przekształcił SP ZOZ w spółkę kapitałową, kredytów bankowych zaciągniętych przez SP ZOZ poręczonych przez ten podmiot, dokonanej do dnia 31 grudnia 2009 r.

Wniosek o udzielenie dotacji albo przekazanie środków, składało się do ministra właściwego do spraw zdrowia wraz z dokumentami potwierdzającymi spełnienie powyższych przesłanek (określonych w art. 197 uodl). Wniosek taki zawierał:

- 1) proponowaną kwotę dotacji, stanowiącą wartość:
 - a) umorzonych wierzytelności lub odsetek, o których mowa w art. 197 pkt 2, lit. a, lub
 - b) zobowiązań, o których mowa w art. 197 pkt 2 lit. b, lub
 - c) uiszczzonego podatku, o którym mowa w art. 197 pkt 2 lit. c, lub
 - d) pozostałego do spłaty zobowiązania, o którym mowa w art. 197 pkt 2, lit. d, według stanu na dzień przekształcenia, jednak nie większą, niż pozostała do spłaty w dniu 31 grudnia 2009 r., lub
 - e) kosztów określenia wartości rynkowej nieruchomości w sposób, o którym mowa w art. 82 ust. 1 i 2, lub
 - f) spłaconych przez podmiot tworzący do dnia 31 grudnia 2009 r. kredytów bankowych, o których mowa w art. 197 pkt 2 lit. f;
- 2) planowany podział proponowanej kwoty dotacji albo środków, o których mowa w art. 196 ust. 2, na cele określone w art. 201.

Wnioski rozpatrywano według kolejności ich wpływu (art. 198 uodl).

Zgodnie z art. 190 ustawy o działalności leczniczej zobowiązania podmiotu tworzącego, po spełnieniu warunków opisanych w tym artykule podlegają umorzeniu.

Minister właściwy do spraw zdrowia przekazywał dotację celową podmiotowi tworzącemu, który spełnił warunki uzyskania dotacji, na podstawie umowy. Dotację albo środki, o których mowa w art. 196 ust. 2, przeznacza się na spłatę zobowiązań podmiotu tworzącego przejętych od samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, odsetek od nich lub pokrycie kosztów przekształcenia, w tym kosztów określenia wartości rynkowej nieruchomości. Dotacja niewykorzystana albo niewłaściwie wykorzystana podlega zwrotowi na zasadach określonych w przepisach o finansach publicznych (art. 200–202 uodl).

Wybrane zagadnienia prawne

1. Artykuł 68 ust. 1 i 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1999 r.¹⁰⁸ stanowi, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia i obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

2. Warunki oraz zakres podmiotowy i przedmiotowy udzielania świadczeń zdrowotnych określony został w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁰⁹. Zgodnie z ww. ustawą, świadczeniem zdrowotnym jest działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania (art. 5 pkt 40), a świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczenie (art. 15 ust. 1). Przez potrzeby zdrowotne należy rozumieć liczbę i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej, które powinny być zapewnione w celu zachowania, przywrócenia lub poprawy zdrowia danej grupy świadczeniobiorców (art. 5 pkt 29).

3. Zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń zdrowotnych, obejmują: tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany, promocję zdrowia i profilaktykę mające na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu, finansowanie w trybie i na zasadach określonych ww. ustawą świadczeń opieki zdrowotnej (art. 6 ustawy o świadczeniach).

Do zadań własnych samorządu gminy, powiatu i województwa w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej (art. 7, 8 i 9 ustawy o świadczeniach) m.in. należy: opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców.

Do zadań wojewody w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej (art. 10 ustawy o świadczeniach) należy m.in. ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie województwa.

¹⁰⁸ Dz. U. Nr 78, poz. 483 ze zm.

¹⁰⁹ Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

4. Działalność jednostek samorządu terytorialnego, będących organami założycielskimi SP ZOZ objętych kontrolą, regulują ustawy: z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym¹¹⁰, zwana dalej także „uosg”; z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym¹¹¹, zwana dalej także „uosp”; z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa¹¹², zwana dalej także „uosw”.

Zgodnie z art. 7 ust. 1 pkt 5 uosg, do zadań własnych gminy należy zaspakajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty w zakresie ochrony zdrowia.

Do wyłącznej właściwości rady gminy m.in. należy: podejmowanie uchwał w sprawach majątkowych gminy przekraczających zakres zwykłego zarządu, dotyczących: zasad nabywania, zbywania i obciążania nieruchomości oraz ich wydzierżawiania lub wynajmowania na czas dłuższy niż 3 lata lub na czas nieoznaczony, zaciągania długoterminowych pożyczek i kredytów, tworzenia i przystępowania do spółek i spółdzielni oraz rozwiązywania i występowania z nich, określania zasad wnoszenia, cofania i zbywania udziałów i akcji przez wójta; tworzenia, likwidacji i reorganizacji przedsiębiorstw, zakładów i innych gminnych jednostek organizacyjnych oraz wyposażenia ich w majątek, określania wysokości sumy, do której wójt może samodzielnie zaciągać zobowiązania (art. 18 ust. 2 uosg).

W myśl art. 4. ust. 1 pkt 2 uosp, powiat wykonuje określone ustawami zadania publiczne o charakterze ponadgminnym w zakresie promocji i ochrony zdrowia. Do wyłącznej właściwości rady powiatu m.in. należy: podejmowanie uchwał w sprawach majątkowych powiatu dotyczących: zasad nabywania, zbywania i obciążania nieruchomości oraz ich wydzierżawiania lub wynajmowania na czas dłuższy niż 3 lata, zaciągania długoterminowych pożyczek i kredytów, tworzenia i przystępowania do spółek, ich rozwiązywania i występowania z nich oraz określania zasad wnoszenia wkładów lub obejmowania, nabywania i zbywania udziałów i akcji, tworzenia, przekształcania i likwidacji jednostek organizacyjnych oraz wyposażenia ich w majątek, określania wysokości sumy, do której zarząd może samodzielnie zaciągać zobowiązania (art. 12 pkt 8a, c, g, i pkt 9 uosp).

Samorząd województwa, zgodnie z art. 14 ust. 1 pkt 2 uosw, wykonuje zadania o charakterze wojewódzkim określone ustawami w zakresie promocji i ochrony zdrowia.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 uosw, w sferze użyteczności publicznej województwo może tworzyć spółki z ograniczoną odpowiedzialnością lub spółki akcyjne, a także może przystępować do takich spółek.

Do wyłącznej właściwości sejmiku województwa m.in. należy: podejmowanie uchwał w sprawach majątkowych województwa dotyczących: zasad nabywania, zbywania i obciążania nieruchomości oraz ich wydzierżawiania lub wynajmowania na czas dłuższy niż 3 lata lub na czas nieoznaczony, o ile ustawy szczególne nie stanowią inaczej¹¹³; emitowania obligacji oraz określania zasad ich zbywania, nabywania i wykupu, zaciągania długoterminowych pożyczek i kredytów, ustalania maksymalnej wysokości pożyczek i kredytów krótkoterminowych zaciąganych przez zarząd województwa oraz maksymalnej wysokości pożyczek i poręczeń udzielanych przez zarząd województwa w roku budżetowym, tworzenia spółek prawa handlowego i przystępowania do nich oraz określania

¹¹⁰ Dz. U. z 2013 r., poz. 594 ze zm.

¹¹¹ Dz. U. z 2013 r., poz. 595 ze zm.

¹¹² Dz. U. z 2013 r., poz. 596 ze zm.

¹¹³ Uchwała sejmiku województwa jest wymagana również w przypadku, gdy po umowie zawartej na czas oznaczony do 3 lat strony zawierają kolejne umowy, których przedmiotem jest ta sama nieruchomość; do czasu określenia zasad zarząd może dokonywać tych czynności wyłącznie za zgodą sejmiku województwa.

zasad wnoszenia wkładów, a także obejmowania, nabywania i zbywania udziałów i akcji, tworzenia, przekształcania i likwidowania wojewódzkich samorządowych jednostek organizacyjnych oraz wyposażania ich w majątek (art. 18 uosw).

Wykaz szpitali przekształconych w spółki i objętych kontrolą

Lp.	Województwo	Rok przekształcenia	Podmiot tworzący samodzielny publiczny ZOZ	Nazwa sp zoZ – wyłącznie jednostek szpitalnych	Miejscowość	Nowa forma organizacyjno-prawna	Nazwa spółki, która powołała podmiot leczniczy	Udział samorządu terytorialnego
1.	dolnośląskie	2008	Powiat	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy im. Wojciecha Oczki w Strzelinie	Strzelin	sp. z o.o.	Strzezińskie Centrum Medyczne	100%
2	dolnośląskie	2010	Województwo	Specjalistyczny Zespół Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej SP ZOZ	Wrocław	sp. z o.o.	Dolnośląskie Centrum Zdrowia Psychicznego	100%
3.	dolnośląskie	2008	Powiat	Samodzielny Publiczny Szpital Powiatowy w Dzierżoniowie	Dzierżoniów	sp. z o.o.	Szpital Powiatowy w Dzierżoniowie	100%
4.	kujawsko-pomorskie	2001	Powiat	SP ZOZ w Golubiu-Dobrzyniu	Golub Dobrzyń	sp. z o.o.	Szpital Powiatowy w Golubiu Dobrzyniu	100%
5.	kujawsko-pomorskie	2002	Powiat	SP ZOZ w Tucholi	Tuchola	sp. z o.o.	Szpital Tucholski	85,61%
6.	kujawsko-pomorskie	2004	Powiat	SP ZOZ w Aleksandrowie Kujawskim	Aleksandrów Kujawski	sp. z o.o.	Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim	100%
7.	lubuskie	2010	Powiat	SP ZOZ	Drezdenko	sp. z o.o.	Powiatowe Centrum Zdrowia	100%
8.	lubuskie	2010	Województwo	Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno-Kardiologiczny SP ZOZ	Torzyn	sp. z o.o.	Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno-Kardiologiczny w Torzynie sp. z o.o.	100%
9.	lubuskie	2011	Powiat	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	Stubice	sp. z o.o.	N ZOZ „Szpital Powiatowy” w Stubicach sp z o.o.	100%
10.	łódzkie	2010	Powiat	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	Kutno	sp. z o.o.	Kutnowski Szpital Samorządowy	100%
11.	łódzkie	2011	Powiat	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	Poddębice	sp. z o.o.	Poddębickie Centrum Zdrowia	100%
12.	mazowieckie	2010	Powiat	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej przy ul. Piotra Skargi 10	Grójec	sp. z o.o.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Powiatowe Centrum Medyczne” w Grójcu*	100%

Lp.	Województwo	Rok przekształcenia	Podmiot tworzący samodzielny publiczny ZOZ	Nazwa sp zoZ – wyłącznie jednostek szpitalnych	Miejscowość	Nowa forma organizacyjno-prawna	Nazwa spółki, która powołała podmiot leczniczy	Udział samorządu terytorialnego
13.	mazowieckie	2010	Województwo	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny przy ul. Poniatowskiego 26 w Siedlcach	Siedlce	sp. z o.o.	Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach sp. z o.o.	100%
14.	mazowieckie	2011	Województwo	Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii i Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży	Zagórze k. Warszawy	sp. z o.o.	Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii	100%
15.	mazowieckie	2011	Województwo	Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii i Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży	Zagórze k. Warszawy	sp. z o.o.	Szpital Mazowiecki w Garwolinie	100%
16.	śląskie	2009	Powiat	Zespół Opieki Zdrowotnej	Mikołów	sp. z o.o.	Centrum Zdrowia w Mikołowie	100%
17.	śląskie	2010	Miasto	Szpital Miejski	Ruda Śląska	sp. z o.o.	N ZOZ Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej	100%
18.	śląskie	2013	Powiat	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy	Pyskowice	sp. z o.o.	Szpital w Pyskowicach	100%
19.	warmińsko-mazurskie	2004	Powiat	SP ZOZ w Nowym Mieście Lubawskim	Nowe Miasto Lubawskie	sp. z o.o.	Szpital Powiatowy w Nowym Mieście Lubawskim	100%
20.	warmińsko-mazurskie	2009/2010	Powiat	SP ZOZ	Pasłęk	sp. z o.o.	Szpital Powiatowy	100%
21.	warmińsko-mazurskie	2011	Powiat	SP ZOZ w likwidacji	Braniewo	sp. z o.o.	Powiatowe Centrum Medyczne	100%

* Kontrolowane w ramach kontroli rozpoznawczej Nr R/13/006.

Wykaz pozostałych podmiotów objętych kontrolą

Lp.	Delegatura NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa kontrolowanej jednostki
1.	Delegatura w Bydgoszczy	Starostwo Powiatowe w Tucholi
2.	Delegatura w Katowicach	Starostwo Powiatowe w Mikołowie
3.	Delegatura w Łodzi	Starostwo Powiatowe w Kutnie
4.		Starostwo Powiatowe w Poddębicach
5.	Delegatura w Olsztynie	Starostwo Powiatowe w Braniewie
6.	Delegatura w Warszawie	Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego
7.	Delegatura we Wrocławiu	Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego
8.	Delegatura w Zielonej Górze	Starostwo Powiatowe w Gorzowie Wielkopolskim
9.	Departament Zdrowia	Starostwo Powiatowe w Gostyninie
10.		Starostwo Powiatowe w Grójcu*
11.	Departament Zdrowia	Ministerstwo Zdrowia

* Kontrolowane w ramach kontroli rozpoznawczej Nr R/13/006.

Wykaz organów, 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. Komisja Finansów Publicznych
6. Komisja do Spraw Kontroli Państwowej
7. Komisja Zdrowia
8. Minister Finansów
9. Minister Zdrowia
10. Rzecznik Praw Pacjentów
11. Szef Centralnego Biura Antykorupcyjnego
12. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia

Informacja zostanie również przekazana, w formie elektronicznej, do jednostek samorządu terytorialnego szczebla powiatowego i wojewódzkiego.