



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Krakowie

LKR – 4101-025-01/2014

P/14/064

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/14/064 – Funkcjonowanie szpitali klinicznych ¹
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Krakowie
Kontrolerzy	1. Wiesław Matras – specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr 92137 z 5 września 2014 r. 2. Paweł Lipowski – st. inspektor k.p., upoważnienie do kontroli nr 92136 z 5 września 2014 r. (dowód: akta kontroli str. 1-4)
Jednostka kontrolowana	Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, 30-663 Kraków, ul. Wielicka 265 (Szpital lub USD).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Maciej Kowalczyk, Dyrektor.

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena²

Działalność Szpitala w systemie ochrony zdrowia polegała na wykonywaniu specjalistycznych świadczeń medycznych dla dzieci (w leczeniu szpitalnym i ambulatoryjnym).

Sposób organizacji i zakres prowadzonej działalności leczniczej Szpitala odpowiadał obowiązującym wymogom prawa. Podstawę działalności leczniczej Szpitala stanowią świadczenia wykonywane w ramach umów zawartych z Małopolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia oraz z Ministrem Zdrowia w zakresie procedur wysokospecjalistycznych, realizacji siedmiu programów zdrowotnych oraz Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych. Kontrola nie wykazała przypadków pobierania opłat za świadczenia gwarantowane czy też z tytułu dopłat za wyższy standard świadczenia zdrowotnego. Stwierdzona w zakresie działalności bieżącej nieprawidłowość dotyczyła wyłonienia w 2013 roku wykonawcy usług transportu sanitarnego z pominięciem ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych³. Wykonawcę wyłoniono na zasadach określonych w art. 26 i 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁴, pomimo iż usługi transportu sanitarnego nie mieszczą się w definicji świadczenia zdrowotnego, zawartej w art. 2 pkt 10 tej ustawy.

Szpital realizował też szereg zadań dydaktycznych oraz uczestniczył w projektach naukowych i badawczych. NIK zwraca przy tym uwagę na niepełny zakres regulacji w umowie określającej zasady prowadzenia przez Collegium Medicum działalności dydaktycznej i badawczej na terenie Szpitala (uprawnienia kontrolne) oraz brak ewidencji wszystkich kosztów działalności dydaktycznej. Ponadto stosowany w Szpitalu sposób zatrudnienia nauczycieli akademickich nie spełniał wymogów określonych w art. 92 ustawy o działalności leczniczej, gdyż w umowach (o pracę i cywilnoprawnych) nie określano zadań dydaktycznych, badawczych i udzielania świadczeń, w tym wysokospecjalistycznych.

Sytuacja ekonomiczna Szpitala jest zła i mimo prowadzonych działań naprawczych, nie uległa znaczącej poprawie. Działalność Szpitala zakończono w latach 2012-2013 stratą netto w wysokości odpowiednio, 9.535,3 tys. zł i 7.228,9 tys. zł, jednak po skorygowaniu straty o wysokość amortyzacji uzyskano w tych latach wynik dodatni. Podstawowe wskaźniki charakteryzujące sytuację ekonomiczną Szpitala świadczą o jego złej sytuacji

¹ Okres objęty kontrolą: lata 2013-2014 (do czasu zakończenia czynności kontrolnych).

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

³ Dz. U. z 2013 r. poz. 907 ze zm., zwana dalej ustawą Prawo zamówień publicznych.

⁴ Dz. U. z 2013 r., poz. 217 ze zm., zwana dalej ustawą o działalności leczniczej.

finansowej i niskiej wiarygodności. Stan zobowiązań wymagalnych na koniec 2013 r. oraz I półrocze 2014 r. wynosił odpowiednio, 30.043,8 tys. zł i 37.945 tys. zł. Nieterminowe regulowanie bieżących zobowiązań skutkowało w latach 2013-2014 (do 31 sierpnia) zaplaceniem kontrahentom 2.425,5 tys. zł odsetek. Dane finansowe za półrocze 2014 r. nie wskazują na poprawę sytuacji ekonomicznej Szpitala. Sytuacja ta skutkuje poważnym zagrożeniem dla dalszej działalności statutowej Szpitala.

Podjęte działania naprawcze przynosiły pozytywne efekty w konkretnych dziedzinach, jak np. polityka lekowa, ale nie miały wpływu na stan zadłużenia jednostki ogółem. Największą pozycją kosztową Szpitala stanowią wynagrodzenia i pochodne, tymczasem Szpital nie prowadził analiz efektywności pracy na poszczególnych stanowiskach pracy i ich wartościowania. Pomimo iż prowadzenie takich analiz nie jest obligatoryjne, to jednak zdaniem NIK sprzyjałyby weryfikacji struktury zatrudnienia, a tym samym związanych z tym kosztów.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Realizacja zadań dydaktycznych i naukowo-badawczych, w tym wdrażanie nowych technologii

1.1. Skala realizacji działalności dydaktycznej

Opis stanu faktycznego

W Szpitalu w roku akademickim 2013/2014 w ramach szkolenia przeddyplomowego z: pediatrii, pomocy doraźnej, farmacji, mikrobiologii, analityki, chemii klinicznej oraz hematologii odbyło się ogółem 10 750 godz. ćwiczeń dydaktycznych⁵. W ramach szkolenia podyplomowego, w okresie tym: 343 osoby uczestniczyły w kursach specjalizacyjnych, 34 w stażach podyplomowych, prowadzono także 94 etatów rezydentkich. Ponadto, w 10 różnych szkoleniach zawodowych wzięło udział 3 202 pielęgniarek⁶.

(dowód: akta kontroli str. 180)

Szpital zawarł z Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego (CMUJ lub *Collegium*) 1 października 2007 r. umowę określającą zasady prowadzenia działalności dydaktycznej i badawczej na terenie i w jednostkach organizacyjnych Szpitala, w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych⁷. Strony zobowiązały się do nieodpłatnego, wzajemnego udostępnienia swoich pomieszczeń na wykonywanie zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Uczelnia zobowiązała się do finansowania kosztów zajęć powiązanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych z dotacji budżetu państwa, przeznaczonej na ten cel. CMUJ zobowiązało się do przekazywania Szpitalowi wynagrodzenia z tytułu realizowanych badań naukowych na jego terenie, na zasadach określonych w odrębnym porozumieniu.

Istotne warunki współpracy miały być ustalone przez strony osobno dla każdego projektu naukowego. Uczelnia zobowiązała się do pokrycia kosztów ponadstandardowych procedur medycznych (niemieszczących się w zakresie świadczeń gwarantowanych, o których mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁸). Ponadto CMUJ zobowiązało się do zapłaty Szpitalowi zryczałtowanej kwoty w wysokości 10% kwoty kosztów pośrednich Uczelni.

(dowód: akta kontroli str. 155-165, 166-167, 168-173)

Szpital udostępnił Collegium majątek ruchomy, stanowiący wyposażenie swoich jednostek organizacyjnych, na bazie którego funkcjonują jednostki organizacyjne CMUJ (232 kategorii sprzętu). Collegium także udostępniło tego rodzaju majątek Szpitalowi (961 pozycji sprzętu). W lipcu 2012 r. Collegium wskazało, że przewiduje prowadzenie zajęć dydaktycznych we wszystkich jednostkach Szpitala, wobec czego, jak wskazał dyrektor Szpitala: studenci

⁵ Przy czym Szpital nie dysponował informacjami o szkoleniach przeddyplomowych realizowanych w ramach działalności dydaktycznej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego (poza praktykami wakacyjnymi).

⁶ Jedna pielęgniarka mogła uczestniczyć w kilku szkoleniach.

⁷ W odniesieniu do studentów odbywających studia systemem stacjonarnym, niestacjonarnym oraz uczestników studiów doktoranckich.

⁸Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.; zwana dalej ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej.

korzystali z całego jego majątku ruchomego. Natomiast CMUJ od czasu zawarcia umowy nie dokonało zmian w zakresie majątku ruchomego udostępnionego Szpitalowi.

Zgodnie z umową, w uzasadnionych przypadkach, strony mogą zawierać umowy użyczenia dotyczące udostępnienia aparatury medycznej, diagnostycznej i naukowo-badawczej. Uczelnia i Szpital zawarły (do 15 października 2014 r.) łącznie dziewięć takich umów, obejmujących urządzenia biurowe oraz aparaturę i sprzęt medyczny⁹.

(dowód: akta kontroli str. 694-704)

W celu realizacji zadań dydaktycznych i naukowych, Uczelnia kieruje swoich pracowników oraz uczestników studiów doktoranckich do oddziałów klinicznych i innych jednostek organizacyjnych USD (za zgodą i wiedzą dyrektora Szpitala), na podstawie odpowiednich list w liczbie proporcjonalnej do zakresu swoich zadań dydaktycznych i naukowych.

Pismami z: 7 października 2013 r. i 8 października 2014 r. Pełnomocnik Rektora UJ ds. Klinicznych w Collegium Medicum przesłał listy pracowników oraz uczestników studiów doktoranckich skierowanych do pracy w Szpitalu. Obejmowały one odpowiednio: 148 i 120 osób, przy czym w przypadku ośmiu osób wskazano konieczność zawarcia umów cywilnoprawnych przez USD w roku akademickim: 2013/14 i 2014/15.

(dowód: akta kontroli str. 719-739, 740-754)

Strony umowy zobowiązały się do niezwłocznej jej zmiany w przypadku konieczności dostosowania jej treści do zmian wynikających z obowiązujących przepisów prawa, bądź w celu rozstrzygnięcia mogących się pojawić rozbieżności pomiędzy statutem Szpitala a strukturą organizacyjną Uczelni. Szpital ponosił odpowiedzialność za udzielane świadczenia zdrowotne, a Uczelnia za wykonywane zadania dydaktyczne i badawcze (strony miały ubezpieczać się od odpowiedzialności cywilnej w tym zakresie).

Studenci oraz uczestnicy studiów doktoranckich przed rozpoczęciem praktyk i zajęć dydaktycznych byli obejmowani ubezpieczeniem od odpowiedzialności cywilnej i następstw nieszczęśliwych wypadków. Pracownicy CMUJ, studenci oraz uczestnicy studiów doktoranckich zobowiązani byli także do przestrzegania wszelkich przepisów prawnych obowiązujących w Szpitalu, a naruszenie przez studentów oraz uczestników studiów doktoranckich tych przepisów upoważniało dyrektora USD do przedłożenia dziekanowi danego wydziału Uczelni stosownego powiadomienia. CMUJ zobowiązało się do pokrycia szkód spowodowanych zawinionym działaniem studentów¹⁰.

(dowód: akta kontroli str. 694-704)

Wszelkie spory powstałe na gruncie realizacji umowy strony miały rozwiązywać drogą uzgodnień i negocjacji, a w razie braku porozumienia właściwa była droga sądowa.

(dowód: akta kontroli str. 155-165, 166-167, 168-173)

Umowa nie określała zasad prowadzenia kontroli przez Uczelnię w zakresie wykonywania zadań badawczych i dydaktycznych w Szpitalu, przy czym w latach 2013-2014 (do sierpnia) CMUJ przeprowadziła jedną taką kontrolę.

Jak wyjaśnił dyrektor Szpitala – Uniwersytet, jako podstawę prowadzenia kontroli wskazywał art. 121 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej.

(dowód: akta kontroli str. 706-711)

Prorektor UJ ds. Collegium Medicum wyjaśnił, że w 2014 r. powstała (na Uczelni) wersja wzorcowa umowy, określająca warunki realizacji zadań dydaktycznych i badawczych prowadzonych w Szpitalu, zawierająca m.in. zapis dotyczący prowadzenia przez CMUJ kontroli w zakresie wykonywania zadań dydaktycznych i badawczych w Szpitalu. Umowę przesłano do Dyrekcji USD w celu podpisania.

(dowód: akta kontroli str. 1488-1498)

W 2013 r. przychody Szpitala z tytułu działalności dydaktycznej (środki CMUJ) wyniosły 243,9 tys. zł, a naukowej (umowy z Uczelnią) – 31,2 tys. zł. Do czerwca 2014 r. przychody te wniosły, odpowiednio: 318,2 tys. zł i 2,5 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 174-179, 1976-1979)

⁹ O wartości od 1,7 tys. zł do 375 tys. zł; w trzech przypadkach wartość przedmiotu użyczenia nie była określona.

¹⁰ W latach 2013-2014 (do 30 września) nie odnotowano naruszania przepisów ani szkód spowodowanych zawinionym działaniem studentów.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że środki uzyskiwane na prowadzenie działalności dydaktycznej były wystarczające do pokrycia grup m.in. kosztów utrzymania zaplecza dydaktycznego, zakupu materiałów biurowych, wynagrodzeń dla prowadzących zajęcia, natomiast nie były to faktyczne i pełne koszty prowadzonej w Szpitalu dydaktyki. Z uwagi na brak wypracowanej metodologii pomiaru i ewidencji w pozycji tej nie wykazywano kosztów generowanych przez działalność dydaktyczną jednostek działalności podstawowej (oddziały szpitalne i pracownie diagnostyczne). Koszty te obciążały działalność medyczną i skutkowały wzrostem kosztów udzielonych świadczeń medycznych.

Dyrektor Szpitala, w ramach Stowarzyszenia Dyrektorów Szpitali Klinicznych, wielokrotnie występował z prośbą o zwiększenie środków finansowych z tytułu udostępniania jednostek organizacyjnych na działalność dydaktyczną, ustalenia jasnego algorytmu i wydzielania ich w budżecie Uczelni, jako fundusze przeznaczone wyłącznie dla szpitali.

(dowód: akta kontroli str. 217, 694-704)

Dyrektor Szpitala wskazał, że nie uczestniczył w rozmowach na temat ustalania poziomu wynagrodzenia z tytułu udostępnienia jednostek organizacyjnych na potrzeby realizacji zadań dydaktycznych CMUJ. W tym zakresie nie były prowadzone negocjacje, a poziom finansowania był podawany Szpitalowi do wiadomości. Z rozmów prowadzonych na ten temat z Uczelnią wynikało, że kalkulacja kwoty opiera się o relację liczby studentów i zakresu zajęć dydaktycznych przeprowadzanych z ich udziałem w jednostkach Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 694-704)

W zakresie wylaniania ordynatorów/lekarzy kierujących jednostkami organizacyjnymi USD wykonującymi działalność dydaktyczną, w latach 2013-2014 (do dnia 30 września), dyrektor Szpitala zawierał umowę o pracę. Wyjaśnił, że (z reguły) łączono funkcję ordynatora z funkcją kierownika kliniki, przy czym dyrektor zawierał umowę o pracę w części odnoszącej się do kierowania oddziałem klinicznym i udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

W okresie objętym kontrolą, 13 osób mających tytuły naukowe w dziedzinie medycyny zostało skierowanych do Szpitala przez Uczelnię do kierowania oddziałami klinicznymi. Osoby te posiadały odrębne umowy o świadczenie pracy w strukturze CMUJ (w Polsko-Amerykańskim Instytucie Pediatrii Wydziału Lekarskiego), zawarte z Uczelnią oraz odrębne zawarte ze Szpitalem.

Stosunek pracy sześciu osób został nawiązany przez Szpital na podstawie pisma Prorektora UJ ds. Collegium Medicum, wskazującego kandydata na stanowisko ordynatora kliniki/kierującego jednostką organizacyjną, wyłonionego w wyniku rozstrzygnięcia konkursu (przeprowadzanego przez Uczelnię)¹¹. Na tej podstawie Szpital zawierał umowę o pracę na stanowisku ordynatora/kierownika kliniki na okres wskazany przez CMUJ.

(dowód: akta kontroli str. 153-154, 712-718)

W 2012 r. w Szpitalu zatrudnionych było 93 nauczycieli akademickich i doktorantów CMUJ (na 64,44 etatu), w 2013 r.: 92 (na 64,18 etatu), a w 2014 r. (na 13 października) – 97 takich osób (na 70,93 etatu).

(dowód: akta kontroli str. 705)

Kierownik Działu Kadr i Płac Szpitala wyjaśnił, że osoby te były skierowane przez Uczelnię, będąc zatrudnione na podstawie umów o pracę (w zakresie dotyczącym udzielania świadczeń medycznych), a osoby kierujące jednostkami organizacyjnymi Szpitala na podstawie umów o pracę w zakresie kierowania podległą jednostką.

(dowód: akta kontroli str. 705)

¹¹ Zgodnie z powoływanymi przepisami § 61 ust. 1 i 4 Statutu UJ.

Opis stanu
faktycznego

1.2 Skala realizacji działalności naukowej i badawczej

W okresie objętym kontrolą Klinika Chorób Dzieci Szpitala realizowała trzy projekty badawcze zlecone przez jedną z fundacji, o łącznych kosztach 68,6 tys. zł. Były one realizowane przez pracowników Szpitala, na podstawie umów trójstronnych, zawartych w latach 2011-2013 i miały charakter grantów naukowych. W ramach tych projektów Szpital uzyskał w latach 2012-2014 (do końca listopada), jako koszty kwalifikowane: 108,3 tys. zł (pierwszy projekt), 76 tys. zł (drugi) i 36 tys. zł (w tym wpłata zaliczkowa).

(dowód: akta kontroli str. 1868-1916)

W Klinice Endokrynologii Dzieci i Młodzieży realizowano badanie CMUJ dotyczące wczesnego zapobiegania cukrzycy, na podstawie umowy zawartej w styczniu 2005 r.¹² W okresie objętym kontrolą, koszty badania wyniosły 4,8 tys. zł, a przychody 6,1 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 1917-1931)

Ponadto w ośmiu jednostkach organizacyjnych Szpitala¹³ realizowano 11 projektów naukowych o łącznych kosztach 9,3 tys. zł. Dwa projekty zakończyły się w 2013 r., pozostałe mają zakończyć się do końca 2014 r. i 2015 r. Planowana liczba uczestników tych projektów wynosi 240 osób. Efekty ekonomiczne Szpitala dla tych projektów wyniosły w 2013 r. – 24,3 tys. zł (zapłata 10% kwoty zrealizowanych kosztów pośrednich Uczelni).

(dowód: akta kontroli str. 181-183)

W przypadku sześciu z dziecięciu projektów objętych kontrolą, ich realizacja na terenie Szpitala odbywała się na podstawie tzw. zleceń w ramach współpracy naukowo-badawczej (z CMUJ)¹⁴. Wskazywały one każdorazowo m.in. imienny skład zespołu badawczego, liczbę uczestników, okres realizacji oraz wykaz procedur medycznych: standardowych finansowanych przez NFZ i ponadstandardowych (np. pobranie szpiku kostnego w warunkach sali operacyjnej, porada ambulatoryjna). W przypadku tych ostatnich Szpital określał ich wycenę: koszty jednostkowe wynosiły od 14,98 zł do 379,78 zł. Każdorazowo były one zatwierdzane przez dyrektora Szpitala oraz przedstawiciela Uczelni.

Na tej podstawie kierownik projektu występował o wykonanie tych procedur w Szpitalu (skierowanie w ramach współpracy naukowo-badawczej), co podlegało akceptacji Uczelni. Przychody z projektów (objętych badaniem) wyniosły 11,2 tys. zł. Wykazane przez Szpital korzyści z realizacji tych projektów obejmowały m.in. realizację zadań statutowych, prestiż jednostki realizującej działania naukowe oraz rozwój zawodowy pracowników. Kontrolowane projekty realizowano terminowo, zgodnie z umownymi harmonogramami i były poprzedzane kalkulacjami kosztów. Tematyka projektów była zgodna z zakresem działania Szpitala.

(dowód: akta kontroli str.181-183, 1932-1956)

Dyrektor Szpitala zarządzeniem z 8 sierpnia 2012 r. (ze zm.) wprowadził procedurę zawierania umów o badania kliniczne. Badanie takie mogło się rozpocząć jedynie po uzyskaniu pisemnej zgody dyrektora i podpisaniu umowy z jego sponsorem, na podstawie pisemnego wniosku sponsora lub badacza (lekarza zatrudnionego w Szpitalu) i dostarczeniu wymaganych dokumentów. Sponsor lub firma CRO (*Contract Research Organization*) miała dostarczyć m.in. protokół badania, harmonogram wizyt i wykaz procedur diagnostycznych i terapeutycznych wraz z terminami ich przeprowadzenia, wykaz leków, które miał otrzymać uczestnik badania, opinię właściwej komisji bioetycznej, propozycję harmonogramu płatności, wzór informacji dla uczestnika oraz formularza świadomej zgody. Na tej podstawie Szpital, po wyrażeniu wstępnej zgody przez jego dyrektora i uiszczeniu opłaty administracyjnej za rozpatrzenie wniosku (jeden tys. zł netto), prowadził negocjacje w przedmiocie zawarcia umowy.

(dowód: akta kontroli str. 1275-1279)

¹² Zmienionej pięcioma aneksami i mającej obowiązywać do końca 2016 r.

¹³ Na podstawie ww. porozumienia z CMUJ (z 27 kwietnia 2012 r.).

¹⁴ Były to następujące projekty: „Ocena wyników laparaskopowej rekonstrukcji pochwy w porównaniu z innymi technikami zabiegowymi”; „Poznanie patomechanizmów odległych następstw wcześniactwa – badanie z wykorzystaniem technik mikromacierzowych”; „Występowanie oraz znaczenie ekspresji i mutacji receptora c-KIT (CD 117) w ostrej białaczce szpikowej u dzieci i perspektywy zastosowania inhibitorów kinazy tyrozynowej tego receptora”; „Eksperymentalne leczenie następstw urazu rdzenia kręgowego i stanów niedotlenienia ośrodkowego układu nerwowego z użyciem komórek macierzystych autologicznych szpiku”; „Wpływ rekonstrukcji ekspresji prawidłowej formy białka pRb na zdolność komórek nowotworu gałki ocznej do przerzutowania w warunkach *in vitro*” oraz „Analiza ekspresji receptorów cytotoksyczności naturalnej na subpopulacjach komórek NT i NKT – próba oceny ich związku z rozwojem ciężkich i nawracających zakażeń wirusowych u dzieci z pierwotnymi niedoborami odporności humoralnej”.

W Szpitalu w latach 2013-2014 (do października) realizowano 14 badań klinicznych, w tym osiem na podstawie umów zawartych przed 2013 r. Wszyscy sponsorzy tych badań byli podmiotami niekrajowymi. Sześć badań (do czerwca 2014 r.) zostało zakończonych, a wszystkimi badaniami (w okresie do końca 2014 r.) Szpital ma objąć 91 osób.

Wynagrodzenie Szpitala za jednego pacjenta objętego badaniem ustalano na poziomie od 2,2 tys. zł do 7,9 tys. zł, przy czym w dwóch (objętych kontrolą) przypadkach badania miały charakter niekomercyjny. Tytułem realizacji wszystkich badań Szpital uzyskał łącznie (do października 2014 r.) 100,3 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 184, 185)

Kontrolą objęto pięć badań klinicznych, w tym dwa badania niekomercyjne¹⁵. Realizowano je na podstawie umów trójstronnych (Szpital, Uniwersytet i badacz)¹⁶. Trzy badania prowadzono na podstawie umów zawartych z podmiotami niekrajowymi (wykonywane w wielu ośrodkach na terenie kraju).

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w przypadku porozumień dwustronnych, Szpital nie posiadał odpisów umów zawartych pomiędzy badaczami i sponsorami badań, gdyż nie był ich stroną. Informacje dotyczące wzajemnych praw i obowiązków badacza i sponsora a także kwestie wynagrodzenia, były znane Szpitalowi w przypadku umów trójstronnych. W trakcie realizacji umów Szpital dysponował informacjami o liczbie faktycznie włączonych do badania uczestników oraz etapie realizacji badania, na podstawie danych przekazywanych przez badacza oraz sponsora lub „CRO”.

(dowód: akta kontroli str. 706-711)

W informacji udzielonej NIK Prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych podał, że umowy z badaczami podpisywano w dacie umów zawieranych przez sponsora ze Szpitalem, a płatność za jednego pacjenta dla badacza wynosiła od 11,8 tys. zł do 17 tys. zł (4 tys. euro).

(dowód: akta kontroli str. 1417-1424)

Dyrektor Szpitala wskazał, że wynagrodzenia za badania kliniczne ustalano na podstawie wysokości budżetu badania przeznaczonego na jednego uczestnika w Szpitalu, kalkulacji kosztów badania (opartej na odnotowywanych kosztach z danego okresu sprawozdawczego) i propozycji sponsora, co do wynagrodzenia Szpitala. W objętych kontrolą pięciu badaniach zaakceptowano propozycję finansową sponsora, jako uwzględniającą pokrycie kosztów, jak i zarobek Szpitala.

W przypadku dwóch kontrolowanych niekomercyjnych badań klinicznych, których sponsorem był Uniwersytet, dyrektor Szpitala wskazał, że ich realizacja znajdowała oparcie w Statucie USD. Badania kliniczne przeprowadzane były w Szpitalu, gdy przewidywane korzyści terapeutyczne oraz dla zdrowia publicznego usprawiedliwiały dopuszczenie ryzyka. Spełnienie tej przesłanki jest każdorazowo kontrolowane m.in. przez komisję bioetyczną.

(dowód: akta kontroli str. 1473-1487)

Uczestnicy objętych kontrolą badań klinicznych byli typowani przez badacza, przy uwzględnieniu kryteriów włączenia, określonych w protokołach badań oraz wymogów przewidzianych przepisami prawa (m.in. uzyskanie świadomej zgody pacjenta/opiekuna). W poddanych kontroli badaniach uczestniczyło (na różnych etapach) – odpowiednio: 2, 22 i 8 pacjentów (badania komercyjne) oraz 17 i 5 pacjentów (jedno badanie jest w realizacji).

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że badania kliniczne wykonywane były przez badaczy na podstawie stosunku cywilnoprawnego łączącego ich ze sponsorem badania (lub jego przedstawicielem). Godziny wykonywania przez lekarzy zadań związanych z prowadzonym

¹⁵ Były to badania: „Wieloośrodkowe, otwarte badanie fazy 1 mające na celu ustalenie bezpieczeństwa stosowania i farmakokinetyki *MMX Mesalaminy* po podaniu u dzieci i młodzieży z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego”; „6-tygodniowe wieloośrodkowe, randomizowane badanie prowadzone metodą podwójnie ślepej i podwójnie pozorowanej próby, oceniające wpływ walsartanu w zależności od dawki na spadek ciśnienia krwi u dzieci w wieku 1-5 lat, chorych na nadciśnienie, z przewlekłą chorobą nerek lub bez, z następującą po nim 20-tygodniową fazą dostosowania dawki, prowadzoną metodą otwartej próby”; „Badanie III fazy, randomizowane, z zastosowaniem leku badanego – apreitanu oraz aktywnego komparatora – ondansetronu, mających na celu zapobieganie nudnościom i wymiotom spowodowanych zastosowaniem średnio lub wysoce emetogenicznej chemioterapii u dzieci z chorobą nowotworową”; „Pierwszy międzynarodowy wieloośrodkowy program leczenia klasycznej postaci chłoniaka Hodgkina u dzieci i młodzieży” oraz „Azytromycyna w leczeniu indukującym remisję w aktywnej postaci Leśniowskiego-Crohna u dzieci (AZCRO)”.

¹⁶ W ich przypadku badacz zobowiązywał się do przeprowadzenia badania bez odrębnego wynagrodzenia, a Szpital nie ponosił kosztów wynikających z wykonywania umowy.

badaniem klinicznym determinuje każdorazowo specyfika konkretnego badania. Jeżeli pacjent jest hospitalizowany to opieka nad nimi jest sprawowana w systemie ciągłym, co wiąże się również z udzielanymi świadczeniami niezwiązanymi z badaniem klinicznym.

(dowód: akta kontroli str. 1425-1487)

Leki stosowane w badaniach wydawano na podstawie receptariusza szpitalnego; były one także przygotowywane w Aptece Szpitala. Wszystkie zastosowane preparaty lecznicze były wpisane na kartę zleceń (stanowiącą element dokumentacji medycznej pacjenta) oraz indywidualny formularz obserwacji klinicznej pacjenta (CRF) wypełniany w ramach niekomercyjnego badania klinicznego.

(dowód: akta kontroli str. 1430-1472, 1473-1487)

Do umów dołączano, jako załączniki: protokoły badań (w języku angielskim; streszczenia protokołu sporządzano w języku polskim), wykazy procedur diagnostycznych i terapeutycznych, pozytywne opinie komisji bioetycznych (w tym wydawanych dla tzw. ośrodków wiodących), pozwolenia na prowadzenie badań wydawane przez Prezesa Urzędu Rejestracji, wykazy imienne i stanowiskowe członków zespołów badawczych, harmonogramy płatności oraz polisy ubezpieczeniowe. Zgodnie z protokołami badań, miały one charakter etapowy. Realizacja badań (komercyjnych) poprzedzona była kalkulacją kosztów, opartych na proponowanych harmonogramach. We wszystkich przypadkach koszty badań nie przekraczały uzyskanych przychodów z tytułu ich realizacji.

(dowód: akta kontroli str. 1280-1332, 1333-1357, 1358-1382, 1383-1392, 1393-1406, 1407-1416, 1986-2030)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

Stosowany w Szpitalu system zatrudnienia nauczycieli akademickich (i osób odbywających studia doktoranckie) CMUJ nie spełniał wymogów określonych w art. 92 ustawy o działalności leczniczej. W USD nauczyciele akademicy zatrudniani byli na podstawie umów o pracę (w zakresie dotyczącym udzielania świadczeń medycznych), a osoby kierujące jednostkami organizacyjnymi Szpitala na podstawie umów o pracę w zakresie kierowania podległą jednostką. Zgodnie ze wskazanym przepisem, zatrudnienie to powinno być oparte na systemie zadaniowego czasu pracy (umowa o pracę lub cywilnoprawna), z określeniem zadań dydaktycznych, badawczych i udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

1. NIK zwraca uwagę na niepełny zakres regulacji w umowie określającej zasady prowadzenia przez Collegium Medicum działalności dydaktycznej i badawczej na terenie Szpitala. Umowa ta nie regulowała zasad prowadzenia kontroli przez Uczelnię na terenie Szpitala, które zgodnie z wymogami art. 89 ust. 5 pkt 7 ustawy o działalności leczniczej powinny być jej obligatoryjnym elementem. Brak tej regulacji nie wpłynął jednak na ograniczenie uprawnień kontrolnych Uczelni, które wykonywano na podstawie art. 121 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej. Według stanu na 12 grudnia 2014 r. projekt nowelizacji ww. umowy, m.in. w tym zakresie, znajdował się na etapie uzgodnień między Szpitalem a Uczelnią.
2. Szpital nie ewidencjonował wszystkich kosztów działalności dydaktycznej prowadzonej przez CMUJ na jego terenie. Zgodnie z zasadą współmierności wyrażoną w art. 6 ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości¹⁷, wymagane jest ujęcie w wyniku finansowym danego okresu wszystkich kosztów, które w sposób bezpośredni lub pośredni przyczyniły się do powstania przychodów danego okresu.

Zdaniem NIK niewyodrębnienie przez Szpital wszystkich kosztów prowadzonej działalności dydaktycznej skutkuje brakiem pełnej wiedzy zarządzających Szpitalem o takich kosztach. Dlatego też, należałoby rozważyć zasadność wprowadzenia w Szpitalu pełnej ewidencji kosztów działalności dydaktycznej.

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Szpitala w zakresie realizacji zadań dydaktycznych i naukowo-badawczych, w tym wdrażania nowych technologii medycznych.

Ocena cząstkowa

¹⁷ Dz. U. z 2013 r., poz. 330 ze zm., zwana dalej ustawą o rachunkowości

Szpital w znacznym stopniu uczestniczył w kształceniu przed- i podyplomowym personelu medycznego, w szczególności prowadzonym przez Uniwersytet, realizując również projekty badawcze i badania kliniczne, stanowiące statutowe cele działania Szpitala, jak i CMUJ.

Nieprzyjęcie przez Szpital rozwiązań w zakresie podstaw zatrudnienia nauczycieli akademickich określonych w art. 92 ustawy o działalności leczniczej (niestosowanie zadaniowego czasu pracy lub umów cywilnoprawnych) nie wpłynęło negatywnie na realizację zadań dydaktycznych i naukowo-badawczych.

2. Działalność w systemie ochrony zdrowia i uzyskane w tym zakresie efekty

2.1. Sposób organizacji prowadzonej działalności medycznej

Opis stanu faktycznego

Wprowadzony zarządzeniem dyrektora Szpitala z 31 grudnia 2012 r. (ze zm.) Regulamin organizacyjny tej jednostki – odpowiadał wymogom art. 24 ustawy o działalności leczniczej. Określał m.in. cele i zadania Szpitala, strukturę organizacyjną¹⁸, przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych oraz wysokość opłat za świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych.

(dowód: akta kontroli str. 28-31)

Szpital posiadał aktualny i zgodny ze stanem faktycznym wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz Radę Społeczną.

(dowód: akta kontroli str. 756-814, 818-849, 1957-1959)

Rada Społeczna Szpitala podjęła 10 stycznia 2012 r. uchwałę o wprowadzeniu zmian do swojego Regulaminu, w celu dostosowania jego treści do wymogów ustawy o działalności leczniczej. W dniu 17 kwietnia 2012 r. Szpital zwrócił się do Prorektora UJ ds. Collegium Medicum z prośbą o zatwierdzenie w nim zmian (jako tekstu jednolitego). Do dnia rozpoczęcia niniejszej kontroli NIK regulamin ten nie został zatwierdzony.

(dowód: akta kontroli str. 28-31, 32-34, 35-39)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że nie zna przyczyn niezatwierdzenia przedmiotowych zmian przez podmiot tworzący w Regulaminie Rady Społecznej. Z kolei Prorektor UJ ds. Collegium Medicum w piśmie z 27 listopada 2014 r. wskazał, że przewodniczący nowej kadencji rad społecznych uniwersyteckich podmiotów leczniczych zostaną niezwłocznie poproszeni o przygotowanie i przedstawienie do akceptacji projektu regulaminu zgodnego z obowiązującymi przepisami.

(dowód: akta kontroli str. 706-711, 1488-1498)

W Szpitalu prowadzono dokumentację medyczną zbiorczą w formie elektronicznej i papierowej. W ramach systemu komputerowego „CLININET” prowadzono księgę główną (przyjęć i wypisów z USD), listy osób oczekujących na świadczenie zdrowotne (tzw. raporty i księga oczekujących), księgi chorych każdego oddziału oraz księgę zgonów.

(dowód: akta kontroli str. 815-817)

Na wybranych oddziałach Szpitala prowadzono w formie papierowej¹⁹:

- karty indywidualnej opieki pielęgniarskiej, które zakładano każdemu pacjentowi przyjętemu na dany oddział, także w trybie dziennym/jednodniowym;
- indywidualne karty zleceń lekarskich, jako podstawowy dokument z leczenia pacjenta na danym oddziale;

oraz zakładane w razie potrzeby – w zależności od przyjętego sposobu leczenia pacjenta, m.in. dobową indywidualną kartę leków, kartę obserwacyjną pacjenta (obserwacji dziennej) oraz kartę gorączkową (niemowlęcia)²⁰.

(dowód: akta kontroli str. 1151-1274)

¹⁸ Przedsiębiorstwa: Szpital Dziecięcy i Centrum Ambulatoryjnego Leczenia Dzieci (dalej: „CALD”).

¹⁹ Oględzinom w toku kontroli poddano dokumentację medyczną z Oddziału i Kliniki Neurologii, Oddziału Chirurgii Dziecięcej, Oddziału Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka, Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Izby Przyjęć, a także Bloku Operacyjnego.

²⁰ Dodatkowo stosowane były: karta pielęgnacji i obserwacji kaniuli obwodowej – zakładana w przypadku stosowania leków podawanych dożylnie; karta płynów na dzień – zakładana w przypadku stosowania kroplówek i obrazująca tzw. dobowy bilans płynów; karta podanych i wydalonych płynów doustnych; karta obserwacji centralnego cewnika naczyniowego; karta monitorowania centralnego dostępu naczyniowego; karta żywienia niemowlęcia/hiperalimentacji; protokół dializ otrzewnowych; karta glikemiczna (podaży insuliny i glukozy); karta wentylacji mechanicznej.

Historię zdrowia i choroby pacjenta, podzieloną na część pielęgniarską i lekarską, zakładano dla każdego pacjenta na Izbie Przyjęć w ww. systemie informatycznym oraz w formie papierowej, a następnie prowadzono na danym oddziale. Zawierała ona m.in. wyniki badań diagnostycznych, opisy zabiegów, wyniki konsultacji, dekursusy/epikryzy (dokumentujące przebieg leczenia) oraz wyniki zrealizowanych procedur medycznych.

W zależności od przyjętego sposobu leczenia pacjenta stosowane były skierowania i karty zleceń na wykonanie badań diagnostycznych i konsultacji lekarskich (z zakresu diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej, w formie elektronicznej i papierowej; przy czym wybrane wyniki badań były dostępne w systemie informatycznym). W oddziałach o charakterze zabiegowym prowadzone były także w formie papierowej księgi zabiegów oraz księgi iniekcji.

Prowadzono również księgi raportów (dyżurów) pielęgniarskich, które zawierały opis ogólnego stanu dzieci, wskazanie: liczby dzieci przyjętych i wypisanych oraz liczby dzieci gorączkujących. W księgach tych odnotowywano też dodatkowe informacje związane z leczeniem dzieci, w szczególności ich zachowaniem się podczas pobytu na danym oddziale, jak i zachowaniem się osób odwiedzających.

W oddziałach prowadzono także księgi raportów (dyżurów) lekarskich, które obok danych objętych księgami pielęgniarskimi, zawierały wskazanie wybranych tzw. rozpoznai klinicznych oraz wskazanie zmian i proponowanego lub podjętego leczenia.

Oddziały szpitalne nie prowadziły księgi odmów przyjęć oraz list osób oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Księgę odmów przyjęć do Szpitala, zawierającą m.in. wskazanie udzielonego świadczenia zdrowotnego oraz adnotacje o braku zgody pacjenta na pobyt w szpitalu lub powód odmowy przyjęcia prowadzono w Izbie Przyjęć.

W Szpitalu prowadzono księgi operacji na poszczególnych salach oraz książki protokołów pielęgniarek operacyjnych²¹. W zapisie prowadzonym przez pielęgniarki anestezyjologiczne w przedmiotowej księdze odnotowywane były m.in. stwierdzenia, czy uzyskano zgodę pacjenta na przeprowadzaną operację. Na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii (w obszarze anestezjologii) prowadzona była również, w formie papierowej, dokumentacja medyczna w postaci m.in. karty znieczulenia oraz karty operacyjnej.

(dowód: akta kontroli str. 1151-1274, 1960-1975)

W CALD prowadzone były m.in. karty ambulatoryjne pacjentów (wraz ze zgodą pacjenta na przeprowadzenie badań i udzielanie innych świadczeń zdrowotnych oraz oświadczeniem o upoważnieniu/nieupoważnieniu do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia oraz udzielonych pacjentowi świadczeniach zdrowotnych), księgi przyjęć poradni oraz – w poradniach zabiegowych – księgi dokonanych zabiegów/operacji. W pracowniach diagnostycznych prowadzono księgi danej pracowni.

W ramach CALD prowadzono – dla każdego lekarza (odrębnie) – terminarz przyjęć pacjentów. Prowadzono także listę pacjentów (pierwszorazowych) oczekujących do poradni/lekarza danej specjalności.

(dowód: akta kontroli str. 1271-1274)

W Szpitalu stosowano praktykę polegającą na umieszczaniu w dokumentacji medycznej (zbiorczej) naklejek potwierdzających wykonanie konkretnej czynności przez personel medyczny, w szczególności zastosowanego implantu, użytego zestawu narzędzi chirurgicznych, bielizny operacyjnej, dokonanej dezynfekcji pola operacyjnego. Oznaczenia takie zawierały m.in. datę ważności użytego narzędzia sterylnego (naklejki przyklejane z opakowań wyrobów medycznych).

(dowód: akta kontroli str. 1151-1274, 1960-1975, 2021-2030)

²¹ W ramach Bloku Operacyjnego funkcjonowało siedem sal operacyjnych, w tym sala hybrydowa oraz dodatkowo sala tzw. zabiegów drobnych.

2.2 Zakres prowadzonej działalności leczniczej

Opis stanu
faktycznego

Szpital prowadził leczenie w ramach m.in. klinik/oddziałów klinicznych, oddziałów szpitalnych, zakładów, pracowni oraz CALD. Zgodnie z § 6 ust. 1 pkt 1 Statutu Szpitala, podstawowe kierunki jego działalności medycznej obejmowały udzielanie świadczeń zdrowotnych, w ramach specjalności jego jednostek organizacyjnych, m.in. w rodzaju świadczenia szpitalne oraz ambulatoryjna specjalistyczna opieka zdrowotna.

(dowód: akta kontroli str. 10-18, 706-711)

Pierwszego wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą Szpital dokonał 10 grudnia 2012 r. W latach 2013-2014 (do dnia rozpoczęcia kontroli NIK) dokonano osiem zmian w tym rejestrze, obejmujących m.in. rozpoczęcie działalności przez nowe komórki organizacyjne oraz zmiany liczby łóżek.

(dowód: akta kontroli str. 818-849)

2.3. Udział w systemie ochrony zdrowia

Opis stanu
faktycznego

W 2013 r. Szpital zawarł umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (tzw. kontrakty):

- z Małopolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (MOW NFZ), m.in. w ramach leczenia szpitalnego w 39 zakresach i leczenia ambulatoryjnego w 32 zakresach, programów lekowych w 60 zakresach oraz w 11 zakresach tzw. świadczeń kontraktowanych odrębnie – na łączną kwotę 166 563,4 tys. zł;
- z Ministrem Zdrowia (MZ), w ramach czterech procedur wysokospecjalistycznych, kontynuacji realizacji siedmiu programów zdrowotnych oraz Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych na kwotę 9 315,3 tys. zł (5,3% wszystkich zawartych przez Szpital kontraktów).

Łączna wartość wszystkich umów o udzielanie świadczeń w 2013 r. wynosiła 175 878,7 tys. zł, a faktyczne wykonanie świadczeń zdrowotnych wyniosło 99,8% w przypadku umów z MOW NFZ: i 98,9% umów z MZ. Wartość wykonanych świadczeń wyniosła łącznie: 175 514,5 tys. zł (99,8%). W I półroczu 2014 r. wartość zawartych umów wynosiła: 81 971,6 tys. zł z MOW NFZ i 9 447,1 tys. zł z MZ (10,3% wszystkich kontraktów Szpitala)²².

(dowód: akta kontroli str. 186-196, 197-198)

Dyrektor Szpitala podał, że różnice pomiędzy liczbą wykonanych i zakontraktowanych przez płatnika publicznego (NFZ i MZ) świadczeń zdrowotnych w 2013 r. i 2014 r. (do 30 września), wynikały wyłącznie z zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne zgłoszonego przez pacjentów. W efekcie limitów ustalonych odrębnie dla każdego rodzaju i zakresu świadczeń na poszczególne miesiące roku zazwyczaj występuje sytuacja, w której w ramach realizowanej umowy Szpital ma znaczne kwoty nadwykonań w części rozliczonych świadczeń, przy równoczesnym niewykonaniu w innych obszarach. Z praktycznego punktu widzenia przyczyną różnic pomiędzy planem na świadczenia zdrowotne a jego realizacją jest przede wszystkim limitowy charakter umów we wszystkich zakresach oraz nieprzewidywalna epidemiologia. (...) brak równorzędnej placówki, do której można by skierować „ponadlimitowych” pacjentów powoduje z punktu widzenia Szpitala praktycznie niemożność funkcjonowania w zakresie sztywno określonych limitów.

(dowód: akta kontroli str. 706-711)

W 2013 r. w Szpitalu leczono 31 369 pacjentów, a w I połowie 2014 r.: 15 651 (bez chorych pozostających z roku poprzedniego i tzw. ruchu międzyoddziałowego). Hospitalizowano – odpowiednio: 34 617 i 17 662 osoby. Średnia liczba łóżek wynosiła: 541 i 522 łóżka. Średni okres pobytu chorego wynosił w obu tych okresach 4,3²³ a średnie obłożenie łóżek: 63,9 i 33,8²⁴.

(dowód: akta kontroli str. 199)

²² Umowy z MZ mają określone limity roczne, inaczej niż w przypadku MOW NFZ.

²³ Stosunek liczby osobodni leczenia w danym okresie do liczby chorych hospitalizowanych w tym okresie.

²⁴ Stosunek liczby chorych hospitalizowanych do średniej liczby łóżek rzeczywistych.

2.4. Pobieranie opłat za udzielane świadczenia zdrowotne

Wartość odpłatnych świadczeń zdrowotnych (29 178) udzielonych w 2013 r. przez Szpital wynosiła 2 768,6 tys. zł, w tym 1 784,6 tys. zł udzielonych badań diagnostycznych (26 275). W odniesieniu do przychodów Szpitala ogółem przychody z tytułu świadczeń odpłatnych stanowiły 1,37%. Do I połowy 2014 r. wartość 13 573 odpłatnych świadczeń wyniosła 1 370,1 tys. zł, w tym 941,1 tys. zł badań diagnostycznych (12 065). Przychody z tego tytułu stanowiły 1,43% wszystkich przychodów Szpitala w tym okresie.

(dowód: akta kontroli str. 200)

Szpital w ramach kontraktu z MOW NFZ nie pobierał opłat za świadczenia gwarantowane oraz nie pobierał opłat z tytułu dopłat za wyższy standard świadczenia zdrowotnego. Dyrektor Szpitala wskazał, że obecny system informatyczny nie pozwala, poza ww. podziałem na dalsze uszczegółowienie ilości i wartości udzielonych świadczeń.

W trakcie kontroli nie stwierdzono nienależnego pobierania opłat od pacjentów za udzielane świadczenia zdrowotne.

(dowód: akta kontroli str. 153-154, 1031-1037)

W Szpitalu obowiązywały procedury:

- przyjęcia pacjenta w ramach Działu Usług Odpłatnych;
- przyjęcia na planowe leczenie pacjenta nieuprawnionego do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Dyrektor Szpitala określił także cenniki: osobodnia pobytu pacjenta w oddziale, analiz laboratoryjnych, badań obrazowych i pozostałych usług (medycznych).

Kalkulacja kosztów procedur odbywała się na podstawie przepisów nieobowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r.²⁵. W szczególności koszt leczonego pacjenta był liczony, jako koszt leków i zrealizowanych procedur, natomiast pozostałe koszty związane z pobytem i opieką medyczną były wyliczane, jako średnie koszty osobodnia pobytu w oddziale.

W latach 2013-2014 opłaty za odpłatne świadczenia zdrowotne ustalano na podstawie kalkulacji kosztów, analiz cen rynkowych oraz narzutu (wynoszącego średnio 20%).

W okresie objętym kontrolą dyrektor Szpitala określał również w formie komunikatów, wysokość opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej oraz wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta w prosektorium Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 850-902, 1983-1985)

2.5. Zlecenie usług medycznych podmiotom zewnętrznym

W okresie od 2013 do 2014 r. (I półrocze) Szpital był związany 43 umowami o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne z 33 podmiotami zewnętrznymi, w tym z 16 osobami wykonującymi zawód medyczny. Umowy te obejmowały m.in. wykonywanie badań diagnostycznych, konsultacji lekarskich, pełnienie dyżurów i usługi transportu sanitarnego²⁶.

Obroty Szpitala z wykonawcami tych usług w 2013 r. wyniosły 5 579,9 tys. zł, a w I połowie 2014 r. – 2 866,6 tys. zł. Najniższe kwoty wydatkowano na badania toksykologiczne, a najwyższe na pełnienie dyżurów chirurgicznych.

Podwykonawców poszczególnych świadczeń wybierano zgodnie z kryterium oceny ofert według ceny jednostkowej każdego świadczenia. W warunkach konkursu ofert oraz umowach nie określano liczby świadczeń, ponieważ były one zlecane w ilościach uzależnionych od aktualnych potrzeb Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 201-208)

Badaniem objęto procedury udzielania zamówień na świadczenia zdrowotne realizowane w 2013 r. w zakresie:

- badania rezonansu magnetycznego dla pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu;
- transportu sanitarnego (siedem pakietów świadczeń, obejmujących m.in. świadczenia z lekarzem lub ratownikiem medycznym w granicach lub poza granicami Krakowa).

²⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 164, poz. 1194). Rozporządzenie utraciło moc 1 lipca 2011 r. (data wejścia ustawy z 11 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej).

²⁶ Umowy zawierane były w okresie od maja 2011 r. do lutego 2014 r.

Kryterium wyboru ofert stanowiła w tych przypadkach łączna wartość brutto pakietu świadczeń objętych postępowaniem.

W postępowaniach złożono po jednej ofercie; każda z nich spełniała warunki konkursu i na tej podstawie zawarto z oferentami umowy na okres dwóch lat.

Zlecenie transportu sanitarnego odbywało się na podstawie umowy zawartej 1 stycznia 2012 r. na okres dwóch lat i kontynuowanej od 1 stycznia 2014 r.

W przypadku badań MRI ustalono maksymalną wartość umowy na kwotę 1 761,8 tys. zł, a w przypadku transportu sanitarnego – zarówno w 2013 r., jak i na 2014 r. na kwotę: 282,5 tys. zł (w 2013 r. łączna suma obrotów z realizatorem tej umowy wyniosła 186,8 tys. zł). W dniu 14 maja 2014 r. zawarto aneksy do wskazanych umów²⁷.

(dowód: akta kontroli str. 201-208, 1017-1021, 2033-2109)

Szpital zlecał także udzielanie świadczeń zdrowotnych personelowi medycznemu (m.in. na pełnienie dyżurów medycznych). Badaniem objęto cztery (wybrane), udzielone w latach 2012-2013, takie zamówienia, które obejmowały: udział w zabiegach operacyjnych oraz prowadzenie konsultacji i udzielanie porad w Klinice Kardiochirurgii Dziecięcej oraz dyżury z zakresu kardiochirurgii we wskazanej Klinice; prowadzenie całonocnego nadzoru nad pacjentem w ramach świadczeń udzielanych przez Pracownię i Poradnię Radioterapii oraz zabezpieczenie dyżurów lekarskich w Klinice Chirurgii Dziecięcej, Oddziale Ortopedyczno-Urazowym, Oddziale Neurochirurgii i w Oddziale Ratunkowym/Izbie Przyjęć.

W postępowaniach tych ustalono kryterium w postaci proponowanej stawki za udzielenie świadczeń zdrowotnych. W wyniku postępowań zawarto dwuletnie umowy z trzema podmiotami, zgodnie z którymi m.in. za realizację świadczeń będących przedmiotem konkursu dany oferent zaproponował kwotę – odpowiednio: 8 tys. zł ryczałtem za miesiąc oraz stawkę 80 zł za godzinę dyżuru lekarskiego; 10 tys. zł²⁸ oraz stawki od 35 zł do 70 zł za godzinę dyżuru lekarza (w zależności specjalizacji i stażu wykonywania zawodu lekarza).

W uzasadnieniu rekomendacji zawarcia umowy komisja konkursowa wskazywała m.in., że cena za świadczone usługi była niższa niż w przypadku, gdyby dyżury musiałyby być zapewnione w trybie dyżuru medycznego wynikającego z ustawy o działalności leczniczej, a proponowane kwoty nie przekraczały kwoty dotychczas płaconej przez Szpital.

(dowód: akta kontroli str. 1022-1030)

Wymienione wyżej procedury konkursu ofert przeprowadzono zgodnie z wymogami określonymi w art. 26-28 ustawy o działalności leczniczej. Prawidłowo określono przedmiot i wartość zamówienia oraz sporządzono umowę o udzielenie zamówienia na świadczenia medyczne realizowane przez podmiot zewnętrzny.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że przesłankami dla podejmowania decyzji o zleceniu wykonywania badań rezonansu magnetycznego oraz realizacji usług z zakresu transportu sanitarnego były przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa szpitalnego²⁹, które dla realizatorów świadczeń w trybie hospitalizacji określało wymóg zapewnienia (całodobowego) dostępu do wskazanych usług (określonych także w przypadku transportu sanitarnego w ustawie o świadczeniach). Szpital nie posiadał własnej pracowni MRI, a przy określaniu zakresu zamówienia uwzględniono dotychczasowe zapotrzebowanie w tym zakresie. Podobnie, Szpital nie dysponował własnym transportem, który mógłby zapewnić pacjentom dostęp do całonocnych świadczeń transportu sanitarnego na poziomie odpowiadającym zapotrzebowaniu oraz w pełni zgodny z wymogami.

(dowód: akta kontroli str. 1031-1037)

Dyrektor Szpitala wskazał, że w tych przypadkach nie było możliwości wyliczenia efektywności ekonomicznej, ze względu na brak wartości przychodów uzyskiwanych

²⁷ Zgodnie, z którymi w miejsce zapewnienia przez zleceniobiorcę „terminowości oraz punktualności realizacji zgłoszeń (zleceń przewozu): w przypadkach nagłych – realizacja zleceń niezwłocznie”, wprowadzono zapis: „(...) w przypadkach nagłych – wykonanie zlecenia w czasie możliwie najkrótszym, koniecznym dla realizacji usługi transportu”.

²⁸ Przy realizacji przez Przyjmującego zamówienie obowiązku wykonania miesięcznie świadczeń objętych umową, które zapewnią osiągnięcie przychodu ze sprzedaży świadczeń medycznych na poziomie 500 tys. zł miesięcznie; „jeżeli Przyjmujący zamówienie wykona osobiście w ramach umowy procedury o łącznej wartości powyżej 91 tys. zł (1 750 pkt) to otrzyma dodatkowe wynagrodzenie w wysokości 8% od nadwyżki ponad wartość 91 tys. zł”; założono także ewentualne obniżenie wynagrodzenia do założonego limitu.

²⁹ Dz. U. z 2013 r. poz. 1520 ze zm.

bezpośrednio z tych świadczeń (usługi te są jednym z elementów składowych uzyskiwanych przychodów za realizowane świadczenia zdrowotne i kosztów z nimi związanych). Efekt, jaki został osiągnięty to możliwość dostępu i realizacji świadczeń w sytuacji braku ze strony Szpitala środków na inwestycję w zakup odpowiedniego sprzętu oraz poniesienia dodatkowych kosztów związanych z zatrudnieniem nowych osób. Z kolei przestankami zlecenia usług medycznych z zakresu świadczeń lekarskich były: konieczność zapewnienia specjalisty do zabezpieczenia świadczeń z zakresu kardiologii, jako specjalizacji deficytowej; lekarza radioterapeuty ze względu na duże zapotrzebowanie na zabiegi z zakresu radioterapii oraz zapewnienie odpowiedniej liczby kadry lekarskiej do obsadzenia dyżurów medycznych. Realizacja świadczeń przez lekarzy na kontrakcie pozwalała także na większą elastyczność ich udzielania, a ekonomiczność przedsięwzięcia była potwierdzana kalkulacjami wskazującymi, że koszt godziny dyżuru w ramach etatu w większości przewyższał wynagrodzenie płacone lekarzowi w ramach kontraktu. Kontrakty te stanowiły bardziej elastyczną formę zatrudnienia, a system wynagradzania motywuje do jak najwydajniejszej pracy (w 2013 r. przychody Zakładu Radioterapii Dzieci i Dorosłych wzrosły ponad dwukrotnie względem 2011 r.). Cena za świadczone usługi była niższa niż w przypadku, gdyby dyżury te musiałyby być zapewnione w trybie dyżuru medycznego wynikającego z ustawy o działalności leczniczej oraz nie przekraczały kwoty płaconej wcześniej przez Szpital (łączny efekt ekonomiczny wynikający z niższej stawki godzinowej dla lekarzy kontraktowych to ok. 200 tys. zł. oszczędności za 2013 r.).

(dowód: akta kontroli str. 1031-1037)

Zakres umowy o wykonywanie transportu sanitarnego pacjentów z 30 grudnia 2013 r. (zawartej do 31 grudnia 2015 r.) przewidywał m.in. transport pacjentów ze schorzeniami zagrażającymi zdrowiu i życiu oraz z dysfunkcją narządu ruchu uniemożliwiającą korzystanie ze środków transportu publicznego w przypadkach konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w podmiocie leczniczym oraz wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia. W umowie ustalono m.in. liczbę 14 osób udzielających świadczeń zdrowotnych oraz maksymalną wartość umowy (282,5 tys. zł) z zastrzeżeniem, że wartość umowy będzie stanowić sumę wartości poszczególnych świadczeń oraz, że ustalona maksymalna kwota nie upoważnia zleceniobiorcy do żądania złożenia przez Szpital zleceń do pełnej wysokości maksymalnej. Określono jednomiesięczny okres wypowiedzenia umowy lub jej rozwiązanie natychmiastowe w przypadku rażącego naruszenia istotnych postanowień. W okresie obowiązywania umowy przewidziano realizację usług w ramach od 104 do 414 transportów pacjentów lub od 112 do 448 godzin świadczeń (w zależności od rodzajów świadczeń/pakietu).

(dowód: akta kontroli str. 1071-1021, 2033-2109)

Wyjaśniając przyczyny niezastosowania w przypadku zlecenia świadczeń transportu sanitarnego wymogów ustawy Prawo zamówień publicznych, dyrektor Szpitala podał, że biorąc pod uwagę bardzo ogólny charakter definicji świadczenia zdrowotnego zawartego w ustawie o świadczeniach, Szpital przyjął, że m.in. wykonywanie transportu sanitarnego pacjentów wpisuje się w ten zakres (służąc zachowaniu, ratowaniu lub przywracaniu zdrowia). Dla realizatorów przedmiotowych świadczeń przewidziano szereg wymogów dotyczących zapewnienia specjalnych warunków wykonywania transportu, w tym określonych w ustawie o świadczeniach (m.in. konieczność spełniania cech technicznych i jakościowych określonych w Polskich Normach przenoszących Europejskie Normy Zharmonizowane). Ponadto uwzględnienie licznych wymogów, w tym sanitarnych, jakim podlegają podmioty lecznicze, pozwalało założyć, iż jedynie wybrany w trybie konkursu ofert realizator zapewni właściwą jakość wykonywanych świadczeń transportu sanitarnego, zgodnie z potrzebami Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 1031-1037)

W Szpitalu w latach 2013-2014 (do 31 sierpnia) podmioty zewnętrzne oraz podmiot tworzący, przeprowadziły 13 kontroli odnoszących się do poszczególnych aspektów funkcjonowania Szpitala.

Kontrole te wskazywały m.in. na: udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom MOW NFZ oraz przedstawianie przez Szpital danych niezgodnych ze stanem faktycznym (sprawozdawczość), nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej, niewystarczający system kontroli wewnętrznej oraz uchybienia

w zakresie przestrzegania przepisów prawa pracy. Po wskazanych kontrolach Szpital informował podmioty kontrolujące o realizacji wniosków/zaleceń, do których wykonania został zobowiązany.

(dowód: akta kontroli str. 148-152)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zwraca uwagę, że od 1 lipca 2011 r. (daty wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej), Rada Społeczna Szpitala funkcjonowała na podstawie regulaminu niedostosowanego do wymogów art. 48 ustawy o działalności leczniczej. Podjęta 10 stycznia 2012 r. uchwała o wprowadzeniu zmian do Regulaminu tej Rady, do dnia rozpoczęcia kontroli NIK, nie została zatwierdzona przez podmiot tworzący.

Ustalona
nieprawidłowość

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

Wykonawcę usług transportu sanitarnego wyłoniono w wyniku konkursu ofert na zasadach określonych w art. 26 i 27 ustawy o działalności leczniczej, tj. z pominięciem ustawy z dnia Prawo zamówień publicznych.

Szpital, jako podmiot leczniczy będący jednostką sektora finansów publicznych, w zakresie zlecenia usług transportu sanitarnego, powinien zgodnie z wymogami art. 3 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych stosować przepisy tej ustawy. Przepisy ustawy o działalności leczniczej nie powinny mieć tu zastosowania, gdyż usługi transportu sanitarnego nie mieszczą się w definicji świadczenia zdrowotnego, zawartej w art. 2 pkt 10 tej ustawy (powtórzonej także w art. 5 pkt 40 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej).

Udzielenie zamówienia publicznego, wykonawcy, który nie został wybrany w trybie określonym w przepisach o zamówieniach publicznych, stanowi przesłankę odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych, określoną w art. 17 ust. 1b pkt 1 ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych³⁰.

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Szpitala w zakresie prowadzonej działalności w systemie ochrony zdrowia i uzyskanych w tym zakresie efektów.

Działalność Szpitala polegała na wykonywaniu specjalistycznych świadczeń medycznych dla dzieci (w leczeniu szpitalnym i ambulatoryjnym) finansowanym w głównej mierze ze środków publicznych. Organizacja wewnętrzna Szpitala była dostosowana do profilu jego działalności. Stwierdzona nieprawidłowość dotyczyła zlecenia przez Szpital usług transportu sanitarnego z pominięciem wymogów ustawy Prawo zamówień publicznych.

³⁰ Dz. U. z 2013 r. poz. 168.

3. Sytuacja ekonomiczna z uwzględnieniem działań restrukturyzacyjnych i naprawczych

3.1. Plan finansowy

Opis stanu faktycznego

Stosownie do wymogów art. 48 ust. 2 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej Rada Społeczna zaopiniowała pozytywnie:

- plan finansowy Szpitala na 2013 r., w którym założono: 187.466,3 tys. zł przychodów, 204.019,1 tys. zł kosztów oraz wynik finansowy (stratę) a poziomie 16.552,7 tys. zł (o 19% mniej w stosunku do planu wyniku finansowego na 2012 r.³¹);
- plan finansowy Szpitala na 2014 r., w którym założono 197.086,6 tys. zł przychodów, 217.266,6 tys. zł kosztów oraz wynik finansowy (stratę) na poziomie 20.179,9 tys. zł (o 22% więcej w stosunku do planu wyniku finansowego na rok 2013).

W ww. planach finansowych Szpitala wyodrębniono po stronie:

- przychodów: przechody ze sprzedaży (w tym sprzedaż świadczeń zdrowotnych oraz pozostałą sprzedaż), pozostałe przychody operacyjne³² i przychody finansowe³³;
- kosztów: koszty działalności operacyjnej (w tym rodzajowe³⁴), pozostałe koszty operacyjne³⁵ oraz koszty finansowe³⁶.

W myśl art. 31 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych³⁷ jako odrębne pozycje w planach finansowych należy wyszczególnić m.in. następujące elementy:

- dotacje z budżetu państwa lub budżetów jednostek samorządu terytorialnego;
- koszty zakupu towarów i usług;
- środki na wydatki majątkowe;
- środki przyznane innym podmiotom;
- stan należności i zobowiązań na początek i koniec roku;
- stan środków pieniężnych na początek i koniec roku.

(dowód: akta kontroli str. 144-147,211,240-261,552)

Dyrektor USD wyjaśnił m.in., że (...) *Ustawodawca chcąc objąć w pełni podmioty inne niż państwowe i samorządowe osoby prawne zasadami określonymi w art. 31 u.f.p. winien wskazać, iż wszystkie jednostki sektora finansów publicznych tworzą plany w formie przewidzianej tymże przepisem, gdyż obecna jego konstrukcja nie zapewnia jednoznacznej interpretacji w tym zakresie. Stosowanie przepisów u.f.p. w sposób odpowiedni pozwala na dostosowanie planów finansowych jednostki do faktycznie zachodzących w niej procesów finansowo-gospodarczych i tworzenie planu finansowego zgodnie z potrzebami zakładu i oczekiwaniami podmiotów nadzorujących, co znalazło wyraz w pozytywnych opiniach Rady Społecznej. W związku z powyższym, plan finansowy Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego (...) opracowany jest w formie odzwierciedlającej potrzeby w zakresie operatywnego i strategicznego zarządzania jednostką. Znalazły się w nim wszelkie informacje niezbędne do prowadzenia prawidłowej polityki finansowej, możliwe do przewidzenia i zaplanowania w oparciu o posiadaną wiedzę, odzwierciedlające zjawiska mogące wystąpić i istotnie wpłynąć na sytuację finansową Szpitala.*

(dowód: akta kontroli str. 552,555)

W latach 2013-2014 (do 20 października 2014 r.) Szpital prowadził dwie inwestycje ujęte kolejno w sześciu- i trzyletnim planie inwestycyjnym³⁸ pn.:

1. *Modernizacja Oddziału Chirurgicznego.* Dla inwestycji sporządzono studium wykonalności oraz analizę kosztów i korzyści³⁹. Zadanie zaplanowano w związku

³¹ Wersja II planu finansowego na 2012 r. z 30 września 2012 r.

³² W pozostałych przychodach operacyjnych wyodrębniono m.in.: poziom rezerw dotyczących nagród jubileuszowych oraz rent i odpraw, darowizny, nawiązki, dotacje na zakup aparatury (amortyzacje).

³³ W pozostałych przychodach finansowych wyodrębniono m.in. odsetki bankowe, różnice kursowe.

³⁴ W kosztach rodzajowych według grup wyodrębniono m.in.: leki, preparaty kwiatopochodne, materiały medyczne, materiały, energię, usługi obce, podatki i opłaty, wynagrodzenia, świadczenia na rzecz pracowników, amortyzacje, pozostałe koszty.

³⁵ W pozostałych kosztach operacyjnych wyodrębniono m.in.: utworzenie rezerw na odprawy emerytalno-rentowe i nagrody jubileuszowe, odszkodowania dla pacjentów, zastępstwa procesowe,

³⁶ W kosztach finansowych wyodrębniono m.in.: odsetki od zobowiązań, odsetki od budżetu, różnice kursowe.

³⁷ Dz. U. z 2013 r., poz. 885 ze zm.; zwana dalej ustawą o finansach publicznych.

³⁸ Plan inwestycyjny Szpitala przyjęty na lata 2011-2016 zaopiniowany (pozytywnie) przez Radę Społeczna uchwałą z 19 stycznia 2011 r. zmieniony następnie uchwałą z 23 stycznia 2014 r., zaopiniowany (pozytywnie) na lata 2014-2016.

³⁹ Styczeń 2009 r.

ze złym stanem technicznym Oddziału Chirurgicznego. Przeprowadzone analizy wykazały koszty i korzyści projektu. Dofinansowanie inwestycji w 2013 r. z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego (EFRR) stanowiło 3.293,3 tys. zł, zaś z MZ – 581,1 tys. zł. W I połowie 2014 r. środki EFRR stanowiły 43,9 tys. zł, dotacji z MZ – 7,7 tys. zł, a oraz dotacji z Urzędu Miasta Krakowa – 92,8 tys. zł;

2. *Przebudowa Szpitala.* Dla inwestycji sporządzono ocenę jej ekonomicznej efektywności⁴⁰. Wskaźniki efektywności inwestycji były pozytywne i wskazywały na rentowność projektu. Środki dotacji z MZ w 2013 r. wyniosły 43.037,3 tys. zł, a w I półroczu 2014 r. – 18.219,6 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 144-147,230-239,289-296,379,380,418-429,477,515)

W myśl art. 48 ust. 2 pkt 2 lit. a i b ustawy o działalności leczniczej rada społeczna opiniuje ustalany przez dyrektora szpitala, plan inwestycyjny oraz sprawozdanie z jego wykonania.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że pozytywna opinia Rady Społecznej odnosi się do planu finansowego na rok 2013 dotyczyła również planu inwestycyjnego. *Przedstawiając Radzie Społecznej Szpitala sprawozdanie z wykonania planu finansowego za rok 2013, informowano również Radę o wykonaniu planu inwestycyjnego za rok 2013. Pozytywna opinia Rady odnosząca się do planu finansowego w gruncie rzeczy dotyczyła całej działalności Zarządu Szpitala, w tym realizacji planu inwestycyjnego.*

Z wyjaśnień Zastępcy Dyrektora ds. ekonomicznych USD oraz złożonego przez Szpital do Pełnomocnika Rektora UJ ds. Klinicznych w Collegium Medicum sprawozdania z realizacji planu finansowego wynika, że plan inwestycji Szpitala przyjęty na rok 2013 na poziomie 50,3 mln zł oraz jego wykonanie w 2013 r. w kwocie 47 mln zł stanowił odrębną pozycję i nie stanowił części planu finansowego tej jednostki⁴¹.

(dowód: akta kontroli str. 6,7, 240-266, 270-273,434-477,488,515, 552, 585, 1082,1083, 1499,1500)

Szpital nie ustalił wewnętrznej procedury dotyczącej wniosków inwestycyjnych. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że posiada bieżące informacje wskazujące na konieczność dokonania zakupu sprzętu (...) i aktywnie poszukuje środków finansowych poza budżetem Szpitala (fundacje, indywidualni darczyńcy itp.). Innym sposobem pozyskiwania aparatury i sprzętu są fundusze z celowych programów inwestycyjnych (...). Wnioskowanie odbywa się w oparciu o listę sprzętu zawartą w programie, natomiast decyzja o podziale środków podejmowana jest poza szpitalem, w oparciu o obiektywne kryteria wskazujące na celowość zakupu.

(dowód: akta kontroli str. 7,20,269)

W okresie objętym kontrolą Szpital złożył do MZ pięć ofert na zakup aparatury medycznej. Do 18 września 2014 r. Szpital zawarł z MZ, w wyniku dokonanego wyboru ofert w postępowaniu konkursowym, trzy umowy, tj.:

- a) na realizację w 2013 r. Programu Wieloletniego na lata 2011-2020 *Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej* obejmującą zakup zestawu do kontrolowanego zamrażania przeszczepów⁴²;
- b) na realizację w 2013 r. zadania pn. *Zakup sprzętu i aparatury medycznej dla oddziałów kardiologii dziecięcej* w ramach Narodowego Programu Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego na lata 2013-2016 POLKARD⁴³;
- c) na realizację zadania pn. *Poprawa działania systemu radioterapii onkologicznej w Polsce – Dopuszczenie i modernizacja zakładów radioterapii* w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych⁴⁴.

W ramach programów zdrowotnych w latach 2013-2014 (I półrocze) ze środków MZ dofinansowano zakup aparatury medycznej za 8.114,8 tys. zł⁴⁵.

(dowód: akta kontroli str. 147, 297-323, 381-417)

⁴⁰ Sierpień 2008 r.

⁴¹ Sprawozdanie z realizacji planu finansowego USD za 2013 r. (sporządzone na dzień 27 marca 2014 r. – wersja bilansowa) przyjęte i zaopiniowane pozytywnie przez Radę Społeczną Szpitala 20 maja 2014 r. uchwałą nr 1.

⁴² Umowa nr 6/13/34/2013/42/357 z 17 czerwca 2013 r. wraz z aneksem nr 1 z 21 października 2013 r.

⁴³ Umowa nr 5/8/6/2013/42/773 z 22 października 2013 r.

⁴⁴ Umowa nr 1/6/7/2013/42/223 z 20 maja 2013 r. wraz z aneksem nr 1 z 20 maja 2013 r. została zawarta na podstawie oferty złożonej do MZ w 2012 r.

⁴⁵ Środki wydatkowane w 2013 r.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że nie posiada sformalizowanej procedury monitorowania wykonania planu finansowego, monitoring jest prowadzony w formie sporządzanej, co miesiąc przez Dział Kontrolingu Szpitala analizy realizacji planu finansowego. Opracowanie tabelaryczne opracowywane jest w systemie narastającym i zawiera dla każdej pozycji planu kwotę zaplanowaną dla danego okresu, wielkość faktycznie wykonaną oraz wskazanie wielkości odchylenia rzeczywistego wykonania od założeń planowych.

(dowód: akta kontroli str. 7,19,224)

Istotne odchylenia (powyżej 15%) przy realizacji planu finansowego Szpitala w latach 2013-2014 (III kwartały)⁴⁶ pomiędzy planem a rzeczywistym wykonaniem wystąpiły w następujących pozycjach:

➤ 2013 r. przy wykonaniu planu:

a) przychodów, w których:

- przychody z działalności dydaktycznej wynosiły 119% planu (o 47,5 tys. zł wyższe);
- przychody z działalności naukowej wynosiły 267% planu (o 114,1 tys. zł wyższe);
- przychody za wynajem pomieszczeń wynosiły 129% planu (o 205,8 tys. zł wyższe);
- dzierżawy i inne usługi wynosiły 131% planu (o 66,4 tys. zł wyższe);
- darowizny wynosiły 1231% planu (o 1.984 tys. zł wyższe);
- inne pozostałe przychody operacyjne wynosiły 437% (o 252,9 tys. zł wyższe);
- przychody finansowe (inne) wynosiły 203% (o 170,8 tys. zł wyższe);

b) kosztów, w których:

- pozostałe koszty operacyjne w pozycji pozostałe koszty wynosiły 484% planu (o 909,6 tys. zł wyższe);
- koszty działalności finansowej w pozycji odsetki od zobowiązań wynosiły 204% (o 945,9 tys. zł wyższe);

➤ 2014 r. (za III kwartały) przy wykonywaniu planu przychodów, w których:

- przychody z działalności dydaktycznej wynosiły 304% planu za 9 miesięcy (o 443,3 tys. zł wyższe);
- dzierżawy i inne usługi wynosiły 131% planu (o 98,3 tys. zł wyższe);
- pozostałe przychody operacyjne w pozycji *dotacja zakup aparatury - amortyzacja* wynosiły 124% planu (o 252,9 tys. zł wyższe);
- pozostałe przychody operacyjne w pozycji *inne, pozostałe* osiągnęły poziom 124% realizacji planu (o 19,4 tys. zł wyższe);

(dowód: akta kontroli str. 270-278,927,1126-1135)

Z-ca dyrektora ds. ekonomicznych Szpitala wyjaśniła, że przy tworzeniu planów Szpital kieruje się zasadą ostrożności. Aby nie doprowadzać do przeszacowania planowanych wielkości, prognoza nie uwzględnia zjawisk hipotetycznych, które co prawda mogą zajść, ale możliwość ich zaistnienia jest wysoce niepewna lub istnieje znacząca trudność w oszacowaniu ich wielkości. Działalność Szpitala prowadzona jest w rynkowym otoczeniu i podlega wpływom czynników zewnętrznych wobec Szpitala, które wymuszają zmiany w stosunku do poczynionych założeń planowych. Plan finansowy na kolejny rok tworzony był w oparciu o dane historyczne (plan na 2013 w oparciu o wielkości pozycji zrealizowane za 10 miesięcy 2012 r., natomiast plan na rok 2014 na podstawie 9 miesięcy 2013 r.). Tworzenie kolejnych wersji planu znacząco utrudniłoby ocenę skuteczności podejmowanych działań porównując realizację wyniku finansowego za rok 2013 do planowanych wartości można (...) dostrzec, jakie efekty przyniosły działania podejmowane w celu poprawy sytuacji szpitala (planowany wynik -16,5 mln zł zaś osiągnięty -7,2 mln zł).

(dowód: akta kontroli str. 927-933)

Plan inwestycji Szpitala za 2013 r. wykonano w kwocie 47.023,8 tys. zł, tj. 7% poniżej zakładanej wartości. Z tego dla zadania:

- *Modernizacja Oddziału Chirurgicznego* zrealizowano mniejszy niż zakładano zakres finansowy (o ok. 5%). Planowany na lata (2011-2014) zakres robót rzeczowych w całości zakończono w I kwartale 2014 r., a w październiku 2014 r. uzyskano pozwolenie na użytkowanie⁴⁷. Na podstawie aneksu z 2 września 2014 r. do umowy

⁴⁶ Według stanu na 23 października 2014 r.

⁴⁷ Decyzja Nr 546/2014 z dnia 17 października 2014 r. Powiatowego Inspektora Nadzoru Budowlanego w Krakowie. Od 1 listopada 2014 r. stała się ona ostateczna.

o dofinansowanie zawartej z Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia⁴⁸ uzyskano możliwość zakupu dodatkowej aparatury medycznej za 2,7 mln zł z równoczesnym przesunięciem terminu zakończenia inwestycji do czerwca 2015 r.;

- *Przebudowa Szpitala* w wyniku nierozstrzygnięcia postępowań przetargowych na wyposażenie centralnej serwerowni zakres finansowy był o 7% mniejszy od planu. W 2014 r. przewidziano niewykonanie planu w kategorii roboty budowlane za 4,65 mln zł (15% kosztu przebudowy budynku). Według wyjaśnień zastępcy dyrektora ds. technicznych USD roboty nie zostaną ukończone z dwóch powodów (...) pierwszy niezależny od Szpitala to przerwanie prac i zejście z budowy podwykonawcy robót elektrycznych i teletechnicznych w grudniu 2013 r., co spowodowało ok. 3 miesięczną przerwę w wykonaniu prac, a co za tym idzie łańcuch kolejnych następstw terminowych problemów związanych z przekazywaniem frontów robót dla wykonawcy (...) drugi powód to problemy ze znalezieniem lokalizacji zastępczych dla przebudowywanych obszarów szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 477,480,481,1045-1048,1135,1138-1150,1614-1633)

Wyremontowane i wyposażone w sprzęt gospodarczo-meblowy oraz specjalistyczny i wysokospecjalistyczny sprzęt medyczny odcinki VIII, IX i X Oddziału Chirurgicznego⁴⁹ na dzień kontroli, tj. 8 grudnia 2014 r. były nieużytkowane.

(dowód: akta kontroli str. 1613)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że równolegle w budynku B mieszczącym się na poziomie B1 modernizowanego oddziału chirurgicznego wykonywane są prace budowlane w ramach programu *Przebudowa Szpitala*. W pomieszczeniach poziomu P2 (nad oddziałem chirurgicznym) prowadzone są ciężkie roboty budowlane m.in. skuwanie warstw posadzek i częściowe likwidacje ścian. W związku z tym ze względów bezpieczeństwa zdecydowano o nierozpoczynaniu pracy oddziału chirurgicznego do czasu zakończenia tychże robót. Rozpoczęcie pracy na oddziale planuje się na dzień 2 lutego 2015 r., poświęcając styczeń na prace związane z przygotowaniem oddziału.

(dowód: akta kontroli str. 1883,1884)

Po zakończeniu każdego kwartału, Szpital przekazywał Pełnomocnikowi Rektora UJ ds. Klinicznych w Collegium Medicum informacje o działalności Szpitala, w tym ocenę wykonania założonego planu rzeczowo-finansowego i planu inwestycyjno-remontowego.

(dowód: akta kontroli str.224-229,430-518)

3.2. Realizacja przychodów

Opis stanu faktycznego

Przychody ogółem Szpitala w latach 2012-2013 wynosiły odpowiednio: 186.643,6 tys. zł i 201.532,9 tys. zł, a w I połowie 2014 r. – 95.393,6 tys. zł. Głównym ich źródłem była sprzedaż świadczeń NFZ. Przychody z tego tytułu wyniosły w 2012 r. – 153.761,8 tys. zł (88,8%), w 2013 r. – 165.734,7 tys. zł (82,2%) i w I połowie 2014 r. – 77.031,1 tys. zł (80,8%). Ważną pozycją w przychodach były inne przychody operacyjne (obejmujące głównie rozliczenie przychodów przyszłych okresów w wysokości amortyzacji, darowizny), które w powyższym okresie stanowiły, odpowiednio: 12.620,5 tys. zł (6,8%), 14.610,1 tys. zł (7,3%) i 7.697,1 tys. zł (8,1%).

Przychody finansowe ze środków budżetowych w latach 2012-2014 (I półrocze) wynosiły 7,9%, 7,5% i 8,1% przychodów ogółem. Obejmowały one m.in. środki otrzymane na dydaktykę, z narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych, na wysokospecjalistyczne procedury, badania przesiewowe i dotacje na rezydentury.

Szpital osiągnął również przychody z tytułu wykorzystywania majątku na cele pozastatutowe (wynajem pomieszczeń, usługi parkingowe), uzyskując rocznie z tego tytułu środki na poziomie ok. 1% przychodów ogółem.

(dowód: akta kontroli str. 135,209-211,266-268,581)

⁴⁸ Umowa o dofinansowanie projektu pn. *Modernizacja Oddziału Chirurgicznego (...)* w ramach programu 12.2, Priorytetu XI, Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2007-2013 z 28 grudnia 2010 r.

⁴⁹ Dotyczy zadania inwestycyjnego *Modernizacja Oddziału Chirurgicznego*. Na pomieszczenia zmodernizowanego Oddziału składały się pokoje wielołożkowe, izolatki, łazienki pacjentów, personelu i rodziców, stanowiska pielęgniarskie z zapleczem, pokoje zabiegowe, dyżurki i pokoje socjalne personelu, pomieszczenia gospodarcze i magazynowe, pomieszczenia do mycia i przygotowania respiratorów.

Wartość świadczeń medycznych wykonanych przez Szpital ponad zakontraktowane przez NFZ limity w 2013 r. wyniosła 2.287 tys. zł⁵⁰. W efekcie zawartej ugody⁵¹ (2.194,8 tys. zł) z MOW NFZ do 30 czerwca 2014 r. sfinansowano świadczenia na kwotę 2.146,6 tys. zł (98% wartości ugody)⁵².

(dowód: akta kontroli str. 76-80,99-107,903-905,1050,1053)

Należności przeterminowane Szpitala na koniec 2013 r. wynosiły 379,8 tys. zł (1,9% ogółu należności). Na koniec września 2014 r. należności te stanowiły 695,2 tys. zł (przy czym należności wymagalne z 2013 r. uległy zmniejszeniu do kwoty 111,3 tys. zł).

(dowód: akta kontroli str. 212,583,584, 922-926,1040)

Analiza pięciu największych kwotowo pozycji należności przeterminowanych wykazała, że Szpital w każdym przypadku wystawiał ponaglenia do zapłaty, w tym również wezwanie przedsądowe do zapłaty. Noty odsetkowe wystawiane przez dział budżetowo-finansowy Szpitala obejmowały wszystkie należności danego kontrahenta zapłacone po terminie.

(dowód: akta kontroli str.1040-1043)

Windykacja należności przeterminowanych prowadzona była przez Szpital własnymi siłami. Na etapie wezwań do zapłaty i przedsądowych wezwań do uregulowania należności prowadzona była przez dział budżetowo-finansowy Szpitala. Przy dalszym braku zapłaty windykacje należności przekazywano do biura radcy prawnego Szpitala celem wystąpienia na drogę sądową z powództwem o zapłatę. W okresie objętym kontrolą na skutek braku możliwości wyegzekwowania zapłaty umorzono 36 tys. zł należności. Powodem umorzenia był brak możliwości uzyskania zapłaty w toku czynności komorniczych lub zebrany materiał dotyczący danych personalnych dziecka oraz jego opiekunów nie był wystarczający dla sądu, jak również nie dawał podstaw do skierowania sprawy do sądu.

(dowód: akta kontroli str. 1050,1052,1510,1511)

Szpital zaciągnął na działalność w badanym okresie kredyty w:

- Banku DnB NORD Polska S.A. w styczniu 2012 r. – 20.000 tys. zł na pokrycie deficytu środków finansowych na prowadzenie działalności bieżącej⁵³ (splacany zgodnie z harmonogramem spłat przyjętym w umowie kredytowej);
- Gettin Noble Bank S.A. we wrześniu 2014 r. – 20.000 tys. zł na spłatę zobowiązań wymagalnych wobec dostawców materiałów i usług⁵⁴.

(dowód: akta kontroli str. 597-674,965-968,989)

Aktywność Szpitala ukierunkowaną na pozyskanie dodatkowych środków finansowych w ramach programów finansowych ze środków UE opisano w pkt 3.1. wystąpienia pokontrolnego. Ponadto, Szpital złożył trzy wnioski inwestycyjne do programów finansowanych ze środków UE, Mechanizmu Finansowego Norweskiego i EOG dotyczące lat 2013-2014⁵⁵, które zostały wpisane na listę rezerwową projektów.

(dowód: akta kontroli str. 324,982,984,985)

W strukturze organizacyjnej Szpitala funkcjonowało Biuro Akcji Odnowy powołane zarządzeniem wewnętrznym dyrektora Szpitala⁵⁶, którego zadaniem była realizacja zadań informacyjnych i marketingowych oraz pozyskiwanie środków finansowych niezbędnych do przeprowadzenia modernizacji jego infrastruktury, zakupu specjalistycznej aparatury oraz innego wyposażenia. W wyniku podjętych starań w badanym okresie, Szpital pozyskał nieodpłatnie środki trwałe i materiały na łączną wartość 11.833,8 tys. zł oraz środki finansowe w wysokości 1.612,5 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 127-134,982,986-989)

⁵⁰ Wartość wykonania pozostająca niezapłacona po rozliczeniu grudnia

⁵¹ Aneks rozliczeniowy i ugodę z tytułu realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w roku 2013 Szpital zawarł z MOW NFZ 11 lutego 2014 r.

⁵² 2.112.376 zł przychód w 2013 r. oraz 34.278 zł do czerwca 2014 r.

⁵³ Umowa o kredyt nieodnawialny Nr 1345/114/2012 z 23 stycznia 2012 r.

⁵⁴ USD podpisał 23 września 2014 r. dwie umowy kredytowe (o nr. S1940/KO/2014 i S1941/KO/2014) na kredyt nieodnawialny.

⁵⁵ Wniosek o dofinansowanie ze środków Małopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego 2007-2014 (środki UE) projektu *Wdrożenie e-rejestracji w USD*. Wniosek o dofinansowanie ze środków PL07 (środki Mechanizmu Finansowego EOG i Norweskiego Mechanizmu Finansowego) projektu *Małopolskie Centrum Leczenia Zakażeń Noworodka w USD*. Wniosek o dofinansowanie ze środków PL07 projektu *Modernizacja Oddziału Chirurgicznego USD*.

⁵⁶ Zarządzenie dyrektora Szpitala nr 50/2003 z 9 grudnia 2013 r.

W latach 2013-2014 (do 22 września 2014 r.) na terenie Szpitala działało pięć fundacji/stowarzyszeń. Wysokość osiągniętych od nich przez Szpital przychodów⁵⁷ wynosiła, odpowiednio: 687,6 tys. zł i 243,5 tys. zł (0,34% i 0,25% ogółu przychodów).

(dowód: akta kontroli str. 26,521-525,549,550,986)

Według dyrektora Szpitala funkcjonowanie na terenie Szpitala tych podmiotów było korzystne i wpłynęło m.in. na:

- polepszenie jakości udzielanych przez Szpital świadczeń medycznych poprzez przekazywanie przez nie darowizn rzeczowych lub pieniężnych na m.in. na zakup leków, zakup sprzętu medycznego, wyposażenia sal chorych;
- wspomaganie procesu leczniczego i terapeutycznego poprzez udzielanie przez nie pomocy rodzinom pacjentów (dofinansowanie dojazdów, pobytu), oraz roztaczanie opieki nad samymi pacjentami (zapewnienie odpowiednich warunków w domach, specjalistycznej diety, niezbędnych środków higienicznych).

(dowód: akta kontroli str. 706-709)

3.3. Koszty działalności Szpitala

Opis stanu
faktycznego

W 2013 r. koszty w układzie rodzajowym ogółem Szpitala wyniosły 202.982,8 tys. zł, co stanowiło 104,6% kosztów 2012 r. W I połowie 2014 r. koszty te wyniosły 109.555 tys. zł. Najistotniejszą ich pozycją były wynagrodzenia, które w latach 2012-2013 kształtowały się na zbliżonym poziomie, odpowiednio 44,9% i 44% kosztów ogółem. Natomiast w I połowie 2014 r. udział wynagrodzeń stanowił 41,4% kosztów ogółem.

Działania podejmowane przez Szpital celem zrationalizowania kosztów prowadzonej działalności w latach 2013-2014 omówiono w pkt 3.7. wystąpienia pokontrolnego.

W 2012 r. działania te polegały na ograniczeniu kosztów rzeczowych w zakresie leków, preparatów krwiopochodnych oraz materiałów medycznych. Oszczędności w zakresie leków polegały na wprowadzeniu w Aptece Szpitalnej procedury dzielenia drogich antybiotyków, ograniczenia zakupu drogich leków i materiałów medycznych oraz poszukiwaniu tańszych dostawców. Według wyjaśnień dyrektora Szpitala działania te przyniosły m.in. oszczędności w wysokości 1.096,7 tys. zł w skali roku w zakresie wykorzystania m.in. leków cytostatycznych, przeciwgrzybiczych oraz spadku wydatków na antybiotyki I, II o ok. 45 tys. zł miesięcznie.

(dowód: akta kontroli str. 82,83,136,328-331)

Celem zrationalizowania kosztów Szpital przekazał w badanym okresie do prowadzenia ośmiu jednostkom zewnętrznym działalność medyczną na zasadach outsourcingu. Przedmiotem umowy było:

- udzielanie świadczeń medycznych w Pracowni Radiologii przez techników elektroradiologii;
- dyżury lekarskie w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii;
- udzielanie świadczeń zdrowotnych w postaci dyżurów lekarskich w SOR⁵⁸;
- wykonywanie zabiegów ablacji połączonych ze szkoleniem w tym zakresie pracowników Szpitala oraz wykonywanie pomocniczych prac technicznych.

Outsourcing usług obejmował także sprząatanie i dezynfekcję, usługi pralnicze oraz usługi brokerskie związane z ubezpieczeniem.

(dowód: akta kontroli str. 84,1038,1039)

Wśród pozostałych pozycji kosztów w układzie rodzajowym do najistotniejszych w latach 2012-2014 (I półrocze) należały: zużycie materiałów (od 28,28% do 30,85%), ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia (od 7,83% do 8,20%), amortyzacja (od 5,78% do 6,55%), usługi obce (od 5,90 % do 6,44 %) i zużycie mediów (od 4,06% do 4,61%).

Udział pozostałych kosztów operacyjnych i kosztów finansowych w kosztach działalności operacyjnej Szpitala w 2012 r. kształtował się na poziomie 0,2 % i 1,3%, a w 2013 r. wynosił 0,6% i 1,3%. W I połowie 2014 r. udział tych kosztów kształtował się na poziomie 0,2% i 0,9%.

Istotny wpływ⁵⁹ dla kosztów Szpitala w 2013 r. miał poziom pozostałych kosztów operacyjnych kształtujących się na poziomie 0,6%. W latach 2012-2014 (I półrocze)

⁵⁷ Przychody z tytułu czynszu, badań laboratoryjnych, darowizn pieniężnych, darowizn rzeczowych.

⁵⁸ Szpitalny Oddział Ratunkowy.

pozostałe koszty operacyjne i finansowe w znacznej mierze dotyczyły kosztów obsługi zadłużenia, pogłębiając tym samym ujemny wynik finansowy Szpitala.

(dowód: akta kontroli str.136, 213,340,1000)

W latach 2012–2014 (I półrocze) następował systematyczny wzrost wartości zobowiązań i rezerw na zobowiązania Szpitala od 188.309,3 tys. zł do 273.377,9 tys. zł. Udział zobowiązań wymagalnych w zobowiązaniach ogółem w tym czasie wynosił, odpowiednio: 15,4%,12,8% i 13,9% i dotyczył zobowiązań z tytułu dostaw i usług (m.in. z tytułu energii, gazu, wody) oraz zobowiązań wobec ZUS⁶⁰.

(dowód: akta kontroli str. 214,675-690,907-920)

Szpital zawarł w latach 2013-2014 r. (do dnia rozpoczęcia kontroli NIK) 63 porozumienia/ugody, których przedmiotem było ustalenie zasad ratalnej spłaty wierzytelności z pierwotnymi wierzycielami oraz 2 porozumienia z wierzycielem wtórnym.

(dowód: akta kontroli str. 68-75, 973-981,955,959,989)

Zobowiązania przeterminowane Szpitala z tytułu dostaw i usług na koniec 2013 r. stanowiły 29.746 tys. zł (64,1% ogółu zobowiązań z tego tytułu). Analiza tych zobowiązań wykazała, że odsetki od zobowiązań z tytułu dostaw i usług razem z kwotą podstawową zobowiązania wykazano w pasywach bilansu za 2013 r. w kwocie ogółem 46.412,2 tys. zł w pozycji *Zobowiązania krótkoterminowe wobec pozostałych jednostek z tytułu dostaw i usług*.

(dowód: akta kontroli str. 215,339,675-693,961-964)

Na koniec września 2014 r. w Szpitalu obowiązywało 15 pisemnych porozumień i ugód z pierwotnym wierzycielem w sprawie rozłożenia wierzytelności przeterminowanych na raty o łącznej wartości 8.002,8 tys. zł. Zobowiązania wobec wierzyciela wtórnego spłacano zgodnie z przyjętym harmonogramem i na dzień kontroli wynosiły 1.030,3 tys. zł⁶¹.

(dowód: akta kontroli str. 68-75,142,989,1051,1056,1057,1512-1531)

Główna Księgowa Szpitala wyjaśniła m.in., że plany spłaty zaległych zobowiązań sporządzane były na każdy miesiąc w oparciu o posiadane informacje na temat poziomu spodziewanych wpływów środków finansowych, lecz z uwagi na brak znamion dokumentu księgowego wydruki te nie były archiwizowane. Niejednokrotnie plany te były korygowane z uwagi na konieczność pilnych zapłat. Niezrealizowane płatności były przesuwane na kolejny miesiąc, za każdym razem w uzgodnieniu z wierzycielem (...) podpisywane ugody w większości przypadków zawierały zapis o zrzeczeniu się wierzyciela z należnych mu odsetek za opóźnienie w zapłacie lub określając inną – niż ustawowa stawkę procentową. W każdym jednak przypadku ustalając inny niż pierwotny, dopuszczony przez wierzyciela termin zapłaty zobowiązań, którego dochowanie jest gwarancją niedochodzenia roszczeń na drodze sądowej. Niewątpliwie największą korzyść uzyskuje Szpital z zawarcia tych ugód, które gwarantują nienaliczanie odsetek zapłaty po terminie. Oszacowanie tych kwot nie jest proste, ale biorąc pod uwagę, że takimi ugodami obejmowane są przede wszystkim największe zobowiązania (często wartość tych ugód to kwoty liczone w setkach tysięcy), a warunki spłaty są ustalane na 4 i więcej miesięcy, to wartość zaoszczędzonych w ten sposób środków jest ogromna. Ponadto brak dodatkowych kosztów wynikających z ewentualnych procesów sądowych, brak konieczności jednorazowej, szybkiej płatności wynikającej np. z otrzymanego nakazu zapłaty.

(dowód: akta kontroli str. 954,955,959,960,1056)

Zapłacone odsetki z tytułu nieterminowego regulowania zobowiązań zaciągniętych przez Szpital wyniosły w latach 2013-2014 (do 31 sierpnia)⁶² łącznie 2.425.537,14 zł.

(dowód: akta kontroli str. 109-126,1634-1867)

Dyrektor Szpitala oraz Główna Księgowa wyjaśnili, że nieterminowe regulowanie zobowiązań wynikało wprost z organizacji i niedostatecznego poziomu finansowania wysokospecjalistycznej opieki pediatrycznej w ramach środków powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

(dowód: akta kontroli str.758,768-769,954,957,958,982,989)

⁵⁹ Jako istotny uznaje się poziom pozostałych kosztów operacyjnych w granicach 0,6 % - 0,8 % i więcej kosztów ogółem, natomiast kosztów finansowych (tj. szeroko rozumianych kosztów obsługi długu) powyżej 3 % ogółem.

⁶⁰ Według sprawozdania o finansach samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej za 2012 r. (MZ-03), za 2013 r. (MZ-03) oraz za I półrocze 2014 r. (MZ-03).

⁶¹ Na dzień 30 września 2014 r. należność główna wynosiła 1.008.268,42 zł + odsetki bieżące (22.069,57 zł).

⁶² Sporządzono według stanu na 2 października 2014 r.

3.4. Stan i struktura zatrudnienia oraz wysokość wynagrodzeń

Zatrudnienie w Szpitalu na koniec 2012 r., 2013 r. oraz czerwca 2014 r. wynosiło odpowiednio: 1853, 1.888 i 1.879 osób. Najliczniejszymi grupami zawodowymi były: pielęgniarki (35,1% do 35,7%) i lekarze (19,10% do 18,36%). Zatrudnienie osób w pozostałych grupach zawodowych za ten okres wynosiło dla:

- pozostałego personelu średniego medycznego od 16,1% do 16,3%;
- pozostałego personelu niższego medycznego od 8,4% do 8,52%;
- obsługi od 7,9% do 8,2%;
- administracji od 6,6% do 6,9%;
- pozostałego personelu wyższego od 6,2 % do 6,4 %.

Szpital prowadził analizy w zakresie liczby udzielonych porad/badań w miesiącu leczonych pacjentów w podziale na jednostki organizacyjne w przeliczeniu na lekarza i etat.

(dowód: akta kontroli str. 137, 991, 1058-1078)

Szpital nie prowadził analiz w zakresie:

- statystycznej liczby wypisów pacjentów realizowanych na jeden etat przeliczeniowy;
- średniej dziennej liczby zabiegów operacyjnych wykonywanych na jeden etat przeliczeniowy lekarza w godzinach podstawowej ordynacji pracy oraz w godzinach pełnienia dyżurów medycznych.

(dowód: akta kontroli str. 982,991)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że nie przeprowadzano analizy efektywności pracy na poszczególnych stanowiskach pracy (analizy efektywności pracy personelu medycznego, jak też i pozostałych grup zawodowych). Przepisy prawa pracy nie nakładają obowiązku prowadzenia analiz efektywności i wartościowania pracy. Niemniej unikanie ewentualnych przerostów zatrudnienia było przedmiotem stałej uwagi Dyrekcji i kierowników poszczególnych działów. Zatrudnienie w poszczególnych komórkach organizacyjnych stanowi realizację minimalnych norm oraz wymogów NFZ, zapewniając podstawowy stopień bezpieczeństwa pacjentów. Dla zapewnienia pełnego komfortu pacjentów, rodziców i personelu, zatrudnienie w zakresie wszystkich grup zawodowych powinno być wyższe.

(dowód: akta kontroli str. 21,27,991)

Średnie zatrudnienie w Szpitalu w latach 2012 – 2014 (I połowa) kształtowało się na poziomie 1.796,5 – 1.839,6 etatów. Natomiast średnie roczne wynagrodzenie brutto na jednego pracownika w tym okresie wynosiło, odpowiednio: 46.227 zł, 47.005 zł i 23.492 zł. W okresie tym o 4,27% (2012 r.) oraz 1,68% (2013 r.) nastąpił przyrost średniego wynagrodzenia brutto w stosunku do roku ubiegłego. W I półroczu 2014 r. średnie miesięczne wynagrodzenie brutto kształtowało się na poziomie roku ubiegłego.

(dowód: akta kontroli str. 138, 139)

W badanym okresie nie utworzono w Szpitalu osobnego, opartego o stały procent odpisu na fundusz nagród. W Szpitalu przyznawane były premie na podstawie Regulaminu wynagradzania. Regulamin wynagradzania nie określał składnika płacowego o nazwie nagroda. Szczegółowe zasady przyznawania premii wyróżniały dwa ich typy:

- premia regulaminowa ustalana procentowo od wynagrodzenia (1% wynagrodzenia zasadniczego);
- premia uznaniowo-zadaniowa przyznawana za wykonanie dodatkowych zadań wykraczających poza zakres czynności oraz dla osób, które istotnie i bezpośrednio przyczyniły się do zwiększenia wpływów finansowych Szpitala. Premie udzielane są na wniosek kierowników po zatwierdzeniu do wypłaty przez dyrektora.

Wysokość odpisu premiowego dla obu rodzaju premii według ww. regulaminu mogła wynosić od 10% do 20% wynagrodzenia zasadniczego. Wydatki na premie wynosiły w badanym okresie stanowiły ok. 11% wydatków na wynagrodzenia zasadnicze.

(dowód: akta kontroli str. 588-596)

Wartość premii wypłaconych w Szpitalu dla średniomiesięcznej liczby osób wyniosła: 5.305.928 zł (w 2012 r. dla 1870 osób), 6.091.574 zł (w 2013 r. dla 1882 osób) oraz 3.213.497 zł (w 2014 r. I połowie dla 1904 osób).

(dowód: akta kontroli str. 140)

W 2013 r. na wniosek Rady Społecznej Dyrektor Szpitala otrzymał nagrodę roczną, za rok 2012 od Pełnomocnika Rektora UJ ds. Klinicznych w Collegium na podstawie art. 10 ust. 1, 6 i 7 ustawy z dnia 3 marca 2000 r. o wynagradzaniu osób kierujących niektórymi podmiotami prawnymi⁶³.

(dowód: akta kontroli str. 140,141,587,588,590,1002-1005,2110)

Według wyjaśnień dyrektora Szpitala na wysokość wynagrodzenia i poziom zatrudnienia w tej jednostce wpłynęły następujące czynniki:

- zmiana ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 22 października 2010 r.⁶⁴ narzucająca przeznaczenie 40% wzrostu kontraktów na podwyżkę wynagrodzeń dla pracowników (w tym minimum 75% tej kwoty dla pielęgniarek);
- podpisanie 17 września 2013 r. porozumienia ze związkami zawodowymi w ramach procedury sporu zbiorowego zgłoszonego przez związek. W porozumieniu zawarto zapis o wypłacaniu dodatku dla pracowników z wyłączeniem grup zawodowych pielęgniarek i lekarzy w wysokości 29,15 zł;
- konieczność wprowadzenia w życie zapisów art. 214 ustawy o działalności leczniczej: od dnia 1 października 2014 r. dokonano zmiany wymiarów etatów dla 83 osób (zmniejszono je z pełnego etatu do 4/5 etatu).

(dowód: akta kontroli str. 1031,1033)

Parametr obrazujący etatyzację Szpitala opisano w pkt 3.7. wystąpienia pokontrolnego.

Z kadrą kierowniczą klinik/oddziałów Szpitala zawierano umowy o pracę. Odpowiedzialność kierowników klinik/ordynatorów za sytuację ekonomiczną jednostki wynikała z zarządzenia Dyrektora⁶⁵ w sprawie zasad pracy na stanowisku konsultanta. W załączniku nr 1 do tego zarządzenia zapisano, że ordynator/kierownik oddziałów jest odpowiedzialny za stan ekonomiczny jednostki, wskazując konkretne działania, do których w tym zakresie jest zobowiązany⁶⁶.

(dowód: akta kontroli str. 714, 934-938,940-943,983,993)

3.5. Gospodarowanie majątkiem rzeczowym i finansowym

Opis stanu
faktycznego

CMUJ na podstawie umowy o zarząd nieruchomości z 1 lutego 2001 r.⁶⁷ przekazał Szpitalowi na czas nieokreślony w zarząd grunty oraz budynki położone w Krakowie przy ul. Wielickiej 265 i ul. Kurczaba 23. Nieruchomości przekazane w zarząd Szpitala obejmowały działki i budynki opisane w księgach wieczystych stanowiące własność Skarbu Państwa⁶⁸. Sprawowany zarząd ma charakter nieodpłatny. Właścicielem budynków oraz gruntu jest uczelnia. Użytkowanie przez Szpital gruntów i budynków nie znalazło odzwierciedlenia w księgach wieczystych.

(dowód: akta kontroli str. 40-53,1491,1563-1612)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że Uczelnia zdecydowała oddać Szpitalowi nieruchomości w zarząd, a nie w nieodpłatne użytkowanie, po konsultacji z profesorami prawa UJ, którzy uznali taką konstrukcję prawną za właściwą.

(dowód: akta kontroli str. 551,553)

Prorektor UJ ds. Collegium Medicum wyjaśnił m.in., że w ocenie Uczelni, to do niej, jako użytkownika wieczystego gruntów i właściciela budynków należało prawo wyboru formy przekazania nieruchomości Szpitalowi oraz zakres korzystania z nich, który ograniczony został do zwykłego zarządu. Takie zapisy odzwierciedlały wolę Uczelni, chcącej zapewnić sobie kontrolę i nadzór nad nieruchomościami, czego nie zapewniłoby ustanowienie użytkowania, jako ograniczonego prawa rzeczowego, które przyznałoby daleko idące uprawnienia Szpitalowi w gospodarowaniu tymi nieruchomościami. Ponadto uznać można, że ustawodawca nie wskazał wyłącznie na możliwość ustanowienia ograniczonego prawa

⁶³ Dz. U. z 2013 r. poz.254 ze zm.

⁶⁴ Dz. U. Nr 230, poz.157.

⁶⁵ Zarządzenie Dyrektora USD nr 15/2007 z 9 lipca 2007 r.

⁶⁶ Załącznik nr 1 do Zarządzenia Dyrektora USD nr 15/2007 z 9 lipca 2007 r., część II (szczegółowa) pkt 4.

⁶⁷ Do umowy o zarząd nieruchomości z 1 lutego 2001 r. sporządzono dwa aneksy (aneks nr 1 z 1 marca 2007 r. oraz aneks nr 2/2013 z 22 lipca 2013 r.).

⁶⁸ Na podstawie art. 256 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. z 2012 r. poz. 572 ze zm.) grunty Skarbu Państwa pozostające w użytkowaniu wieczystym uczelni publicznej stają się jej własnością. Wartość tych gruntów zwiększa fundusz zasadniczy uczelni publicznej.

rzeczowego w formie aktu notarialnego. Zawieranie umów w formie aktu notarialnego, jak również zmiana lub uzupełnienie w tej formie generowałoby dodatkowe koszty.

(dowód: akta kontroli str. 1489,1491,1492)

W sprawozdaniu finansowym Szpitala za 2013 r.⁶⁹, nie wykazano nieruchomości (grunty, budynki) oddane przez CMUJ w zarząd na podstawie umowy z 1 lutego 2001 r. Grunty oraz budynki przekazane Szpitalowi w zarząd nie figurują w ewidencji księgowej bilansowej⁷⁰. Wartość budynków będących własnością CMUJ użytkowanych przez Szpital według stanu na 31 sierpnia 2014 r. wynosiła 30.498.345 zł. Na koncie 011 środki trwałe oraz w księgach inwentarzowych Szpitala ujęto wartość budynków wybudowanych przez Szpital, tj. Budynek Centralnego Bloku Operacyjnego z Centralną Sterylizatorem i Oddziałem Intensywnej Terapii oraz Budynek Radioterapii.

(dowód: akta kontroli str. 54,85-98,338-339,551,552,906,911-915)

Główna Księgowa Szpitala wyjaśniła, że ewidencja nieruchomości przekazanych Szpitalowi w zarząd prowadzona jest pozabilansowo przez Sekcję Inwentaryzacji i Kasacji. Ma ona za zadanie ułatwić sprawowanie zarządu i umożliwić wypełnienie obowiązków wynikających z zawartej umowy o zarząd nieruchomości. Prowadzona ewidencja zawiera informacje do celów kontrolnych i zarządczych, m.in. wartość nieruchomości podaną przez właściciela.

(dowód: akta kontroli str. 54,954,956)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że *zakres gospodarowania zasobem nieruchomości Uczelni, oddanym Szpitalowi do zarządzania na podstawie umowy o zarząd nieruchomości nie daje, (...) podstaw do traktowania powierzonego mienia jako aktywów Szpitala, stąd też nieruchomości te nie zostały ujęte w księgach rachunkowych Szpitala. Ponadto z poczynionych przez nas ustaleń wynika, że zasoby te są wykazywane przez Uczelnię, jako aktywa własne w ewidencji bilansowej (...) Zatem ujęcie przedmiotowych zasobów majątku w ewidencji bilansowej Szpitala nie może nastąpić w wyniku jednostronnego działania, a wymaga ustaleń i zgody właściciela nieruchomości.*

(dowód: akta kontroli str. 551,552,554)

W okresie objętym kontrolą Szpital wynajmował pomieszczenia/powierzchnię 27 podmiotom, w tym 26 odpłatnie. Szczegółowym badaniem objęto pięć umów. W każdym przypadku stawki za najem były waloryzowane. Ustalając stawkę czynszu brano pod uwagę stawki za najem lokali użytkowych ujęte w załączniku do zarządzenia Prezydenta Miasta Krakowa w sprawie trybu i szczegółowych warunków najmu lokali użytkowych stanowiących własności Gminy Miejskiej Kraków⁷¹.

(dowód: akta kontroli str. 519-548,1532-1562)

W latach 2012-2014 (I półrocze) Przychody Szpitala z tytułu:

- dzierżawy, najmu i użyczenia pomieszczeń innym podmiotom wynosiły: 740,9 tys. zł, 905,8 tys. zł i 451,4 tys. zł (zysk: 519,5 tys. zł, 668,1 tys. zł i 339,3 tys. zł);
- czynszów w zakładowym budynku mieszkalnym (hotel pielęgniarek) wynosiły: 585,2 tys. zł, 556,9 tys. zł i 271,6 tys. zł (strata: 10,8 tys. zł, 88 tys. zł i 43,3 tys. zł);
- usług parkingowych wynosiły: 195,7 tys. zł, 220,6 tys. zł i 105 tys. zł (zysk 0,4 tys. zł, 21,5 tys. zł i 3,9 tys. zł);
- pozostałych usług (zwrot usług za media, sprzedaż usług ksero, opłat administracyjnych za rozpatrzenie wniosku dot. badań klinicznych itp.) wynosiły: 197,2 tys. zł, 282,8 tys. zł i 229,7 tys. zł (zysk 52,2 tys. zł, 49,4 tys. zł i 31,7 tys. zł).

(dowód: akta kontroli str. 223,586)

Kierownik Działu Administracji Szpitala wyjaśnił, że na ujemny wynik finansowy hotelu pielęgniarek miał wpływ przeprowadzony w nim remont. Oprócz tych wydatków w ostatnim czasie rosły koszty bieżącej konserwacji budynku związane z licznymi usterkami technicznymi oraz wymianą zużytego sprzętu wyposażenia. Na wynik finansowy miał też wpływ spadek przychodów, pomimo, że w miesiącu wrześniu 2013 r. podwyższono opłatę

⁶⁹ Bilans USD za 2013 r., sprawozdanie o finansach samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej za 2013 r. (Typ: MZ-03).

⁷⁰ Ewidencja pozabilansowa w USD prowadzona jest do konta 950 zobowiązania warunkowe oraz konta 975 wydatki strukturalne.

⁷¹ Załącznik do zarządzenia Nr 2760/2013 Prezydenta Miasta Krakowa z dnia 24 września 2013 r.

za zakwaterowanie – zmniejszyła się liczba mieszkańców (średnio o 20 osób), głównie ze względu na niski standard.

(dowód: akta kontroli str. 1980,1981)

Szpital użyczył Regionalnemu Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Krakowie (RCKiK) nieodpłatnie pomieszczenia o łącznej powierzchni 245,30 m² na prowadzenie regionalnego punktu krwiodawstwa⁷². RCKiK zobowiązało się pokrywać koszty z tytułu należności za centralne ogrzewanie, energię elektryczną, wodę, ścieki odpady komunalne i niebezpieczne, sprzątanie oraz obsługę techniczną.

(dowód: akta kontroli str. 574-580)

Z-ca dyrektora Ds. administracyjnych wyjaśniła, że od stycznia 1999 r. stacje i punkty krwiodawstwa zostały przekształcone w RCKiK i Terenowe Oddziały. Zgodnie z powyższym została zawarta pomiędzy Szpitalem a RCKiK umowa przekazania mienia. W dalszej części podała, że w związku z zapytaniem (...) o plany Szpitala co do zmiany formy udostępnienia RCKiK pomieszczeń Szpitala z nieodpłatnej na odpłatną, Szpital podejmie działania w celu ustalenia możliwości zmiany stosunku prawnego w przedmiotowym zakresie.

(dowód: akta kontroli str. 969,970)

3.6. Wynik finansowy

Opis stanu faktycznego

Działalność Szpitala za 2013 r. zamknęła się stratą netto 7.228,9 tys. zł (w 2012 r. – 9.535,3 tys. zł). Amortyzacja naliczona w kosztach w 2013 r. wyniosła 11.737,1 tys. zł. Po skorygowaniu straty o amortyzację wynik był dodatni i wynosił 4.508,1 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 108,136)

W 2013 r. podstawowe wskaźniki charakteryzujące sytuację ekonomiczną Szpitala świadczyły o złej sytuacji finansowej i niskiej wiarygodności, pomimo poprawy w porównaniu do roku ubiegłego). I tak wskaźnik:

- zyskowności netto⁷³ wyniósł -3,62% (przy -5,11% w roku ubiegłym);
- zyskowności działalności operacyjnej⁷⁴ wyniósł -2,42% (przy -4,42%);
- produktywności aktywów⁷⁵ wyniósł -2,79% (przy -6,08%);
- bieżącej płynności⁷⁶ wyniósł 0,37 (przy 0,51);
- szybkiej płynności⁷⁷ wyniósł 0,32 (przy 0,48);
- ogólnego zadłużenia⁷⁸ wyniósł 1,35 (przy 1,39);
- finansowanie majątku trwałego⁷⁹ wyniósł -0,35 (przy -0,39)

W I półroczu 2014 r. wskaźniki te w stosunku do roku ubiegłego uległy dalszemu pogorszeniu i kształtowały się na poziomie: -14,36% (wskaźnik zyskowności netto), -13,37% (zyskowności działalności operacyjnej), -6,49% (produktywności aktywów), 0,28 (bieżącej płynności), 0,25 (szybkiej płynności), 1,37 (ogólnego zadłużenia), -0,37 (finansowania majątku trwałego).

(dowód: akta kontroli str.108)

Działalność z zakresu lecznictwa szpitalnego w 2013 r. wygenerowała 18.240,6 tys. zł straty. Strata na działalności medycznej wynosiła -16.829,9 tys. zł, prowadzeniu staży w trybie rezydentur -1.775,6 tys. zł, prowadzeniu usług medycznych -405,8 tys. zł. Zysk 770,8 tys. zł uzyskano na działalności dydaktycznej, naukowej i usługach pozamedycznych.

(dowód: akta kontroli str.216,217)

⁷² W myśl zapisów § 2 pkt 1 umowy z 5 maja 1999 r. RCKiK przejął pomieszczenia Szpitala na podstawie art. 710 KC i rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 grudnia 1998 r. (Dz. U. Nr 166 poz. 1261). Do ww. umowy zawarto dwa aneksy, których postanowienia obowiązywały od 8 listopada 1999 r. oraz 10 czerwca 2003 r.

⁷³ Wyraża efektywność całokształtu działalności szpitala. Pożądana jest maksymalna wielkość wskaźnika.

⁷⁴ Wyraża efektywność finansową działalności operacyjnej szpitala (tj. bez uwzględnienia przychodów i kosztów finansowych). Pożądana jest maksymalna wielkość wskaźnika.

⁷⁵ Wyraża rentowność zaangażowania aktywów, czyli ich zdolność do wypracowania zysku operacyjnego. Pożądana jest maksymalna wielkość tego wskaźnika.

⁷⁶ Wyraża zdolność do spłacania krótkoterminowych zobowiązań posiadany majątkiem obrotowym. Optymalna wysokość wskaźnika powinna oscylować w granicach 1-2.

⁷⁷ Wyraża zdolność szybkiego uregulowania krótkoterminowych zobowiązań szpitala. Optymalnie wskaźnik ten powinien wynosić 1 lub więcej.

⁷⁸ Informuje o stopniu pokrycia majątku kapitałami obcymi. Akceptowalna wielkość to maksimum 0,6-0,8.

⁷⁹ Informuje w jakim stopniu majątek trwały jest finansowany kapitałem własnym oraz zobowiązaniami długoterminowymi. Generalnie korzystna jest sytuacja, gdy wskaźnik ten kształtuje się na poziomie powyżej 1 z tendencją wzrostową.

Główna Księgowa Szpitala oraz kierownik działu kadr i płac Szpitala wyjaśnili, że straty z tytułu:

- działalności medycznej spowodowane były w głównej mierze zbyt niską wyceną procedur medycznych w porównaniu z ich faktycznymi kosztami. Stratę tę powodowały również koszty dydaktyki nierozzerwalnie związane z udzielaniem świadczeń (m.in. zwiększone zużycie materiałów medycznych), które nie są sfinansowane przez CMUJ;
- prowadzenia usług medycznych: wynikały z wyższych kosztów funkcjonowania pracowni, związanych z gotowością 24 godzinną i rozliczaniem ich na oddziały kliniczne, na konto usług medycznych. Koszty funkcjonowania to w dużej mierze koszty stałe, niezależne od ilości wykonywanych procedur. Przy podejmowaniu decyzji na temat komercyjnej sprzedaży konkretnych badań, czy procedur Szpital kierował się głównie rachunkiem kosztów zmiennych a oferowaną cenę usługi opierał na analizie rynku i cen oferowanych przez konkurencję. W 2013 r. udział kosztów stałych w analizowanych jednostkach kształtował się na poziomie 53%, a zmiennych ok. 47%. W każdym przypadku zapłata za wykonaną komercyjnie usługę pokryła 100 % kosztów zmiennych oraz znaczną część kosztów stałych funkcjonowania jednostki organizacyjnej;
- prowadzenia staży w trybie rezydentur wynikały z finansowania przez Szpital takich składników wynagrodzenia jak wynagrodzenia za pełnienie dyżurów medycznych, dodatek za wysługę lat, ekwiwalenty za niewykorzystane urlopy wypoczynkowe oraz świadczeń rzeczowych w postaci odzieży i obuwia roboczego.

(dowód: akta kontroli str. 1015,1016,1051,1055,1056)

Szpital udzielał świadczeń zdrowotnych w ramach poszczególnych specjalności medycznych w klinikach, oddziałach, zakładach, poradniach oraz pracowniach. Analiza przychodów i kosztów poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala wykazała w ramach działalności medycznej stratę ogółem, wynoszącą w latach 2012-2014 (styczeń – wrzesień), odpowiednio: –28.254,2 tys. zł, –24.814,4 tys. zł i –22.019,5 tys. zł w 2014 r. Z tego stratę ogółem: w klinikach: –21.002,9 tys. zł, –19.262,2 tys. zł i –22.019,5 tys. zł oraz w przychodniach: –4.178,4 tys. zł, –3.934,9 tys. zł i –3.902 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 12,15,795-810, 218-220,994)

Największe straty w latach 2012-2014 (za 9 miesięcy) generowało osiem komórek organizacyjnych Szpitala. Poniższe dane jednoznacznie wskazują na pogarszające się wyniki finansowe:

- Oddziału Kardiochirurgii i Intensywnej Opieki Kardiologicznej/Klinika Kardiochirurgii Dziecięcej (–6.066,2 tys. zł, –2.852,3 tys. zł i –2.268,5 tys. zł);
- Oddziału Onkologii i Hematologii/Klinika Onkologii i Hematologii Dziecięcej (–2.819,3 tys. zł, –3.979,8 tys. zł i –3.507,7 tys. zł);
- Oddziału Pediatrii, Reumatologii i Chorób Środowiskowych/Klinika Chorób Dzieci (–1.589,3 tys. zł, –1.242,2 tys. zł i –2.310,5 tys. zł);
- Oddziału Chirurgii Dziecięcej/Klinika Chirurgii Dziecięcej (–2.508,9 tys. zł, –3.274,9 tys. zł i –2.770,9 tys. zł);
- Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii (–4.772,2 tys. zł, –5.673,2 tys. zł i –6.684,8 tys. zł);
- Oddziału Urologicznego/Klinika Urologii Dziecięcej (–915,5 tys. zł, –1.288,6 tys. zł i –1.038,7 tys. zł);
- Oddziału Leczenia Żywnościowego (–1.302,7 tys. zł, –775,1 tys. zł i –1.137,5 tys. zł);
- Izby Przyjęć (–3.094,8 tys. zł, –3.446,7 tys. zł i –2.370,1 tys. zł).

(dowód: akta kontroli str.218-222,995-997)

Monitoring jednostek organizacyjnych Szpitala samodzielnych ekonomicznie pod względem generowanych kosztów i osiągniętych przychodów należał do jego działu kontrolingu. W okresie objętym kontrolą dział ten, co miesiąc opracowywał materiały zawierające dane o przychodach, kosztach oraz wyniku tych jednostek. Materiały te były przekazywane dyrektorowi i kierownikom jednostek organizacyjnych Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 773,1080,1081)

W sprawie przyczyn nierentowności ośmiu najbardziej deficytowych komórek organizacyjnych Szpitala wyjaśnienia złożyli kierownicy oddziałów/klinik. Z treści tych

wyjaśnien wyniku, że powodem tego było w pierwszej kolejności niedoszacowanie procedur medycznych oraz wysoki odpis amortyzacyjny związany z nowo wybudowanym i wyposażonym blokiem operacyjnym⁸⁰. Ponadto na obniżenie rentowności poszczególnych oddziałów USD miał wpływ:

- przedłużony pobyt pacjentów IT z uwagi na trwający remont Szpitala, którzy faktycznie nie wymagali pobytu w oddziale⁸¹;
- wysoki koszt bloku operacyjnego, który stanowił 2/3 przychodu rzeczywistego kontraktu z NFZ⁸²;
- brak możliwości sumowania procedur wykonanych w trakcie jednego pobytu, w przypadku pacjentów z różnymi jednostkami chorobowymi. Niemożliwość rozliczenia każdego pobytu pacjentów z chorobami przewlekłymi, wymagających częstych pobytów, nierzadko w okresach krótszych niż 14 dni, jako osobnej hospitalizacji⁸³. Także brak możliwości sumowania kosztów hospitalizacji hematologicznych i onkologicznych z procedurami zabiegowymi, wykonywanymi na bloku operacyjnym lub w oddziałach chirurgicznych⁸⁴;
- brak finansowania całodobowej gotowości zespołu i całego zaplecza diagnostyczno-terapeutycznego, oraz konieczności utrzymywania przez oddział wolnych miejsc dla zabezpieczenia potrzeb populacji pediatrycznej Małopolski⁸⁵;
- brak możliwości rozliczenia grupy JGP⁸⁶ w przypadku kontynuacji hospitalizacji i przyjmowania pacjentów z innych specjalistycznych oddziałów USD. Możliwość rozliczenia hospitalizacji pacjenta po jego wypisie, w przypadku długoterminowej hospitalizacji ponoszone były koszty, których w trakcie nie można było rozliczyć⁸⁷;
- brak referencyjności, zarówno do poziomu świadczonych usług jak i szkolenia studentów i stażystów⁸⁸.

(dowód: akta kontroli str. 1085-1124)

Szpital stosownie do wymogów art. 8 ust 1 ustawy z 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw⁸⁹ środki trwałe o wartości 41.497,3 tys. zł – odpowiadającej niezamortyzowanej części wartości początkowej aktywów trwałych otrzymanych nieodpłatnie na sfinansowanie dotacji, których wartość zwiększyła przed dniem 1 lipca 2011 r. fundusz założycielski – przeniósł na rozliczenie międzyokresowe przychodów. Z tytułu tej operacji wynik finansowy Szpitala zwiększył się w latach 2012 i 2013 kolejno o 4.154 tys. zł i 3.696,2 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 25, 55-62)

W opinii biegłego rewidenta badającego sprawozdanie finansowe Szpitala za 2012 r. dokonane przeksięgowanie spowodowało „papierowe” podwyższenie wyniku finansowego, natomiast nie miało żadnego wpływu na sytuację finansową szpitala. Sprawozdania finansowe za rok 2012 i 2013 sporządzone zostały, we wszystkich istotnych aspektach, zgodnie ustawą o rachunkowości oraz na podstawie prawidłowo prowadzonych ksiąg rachunkowych. Według biegłego rewidenta stan finansowy Szpitala wskazywał na wystąpienie zagrożenia działalności statutowej w bliżej nieokreślonym czasie.

(dowód: akta kontroli str. 1501-1509)

3.7. Przekształcenia strukturalne i działania naprawcze

Opis stanu faktycznego

Działania restrukturyzacyjne w Szpitalu prowadzone były od początku przekształceń systemowych w ochronie zdrowia, tj. od ponad 14 lat i sprowadzały się do stałego nadzoru nad kosztami i przychodami. Czynności te wykonywane były w ramach działalności bieżącej Szpitala i przedstawiane były Radzie Społecznej przy okazji zatwierdzenia planów finansowych oraz ich realizacji. W praktyce nie oszacowano wysokości środków niezbędnych do przeprowadzenia działań naprawczych. Szpital nie otrzymał środków

⁸⁰ Oddział Urologiczny, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Oddział Chirurgii Dziecięcej.

⁸¹ Oddział Kardiologii i Intensywnej Opieki Kardiologicznej.

⁸² Oddział Urologiczny.

⁸³ Oddział Pediatrii, Reumatologii i Chorób Środowiskowych.

⁸⁴ Oddział Onkologii i Hematologii.

⁸⁵ Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Izba Przyjęć USD.

⁸⁶ Jednorodne Grupy Pacjentów.

⁸⁷ Oddział Leczenia Żywieniowego.

⁸⁸ Oddział Chirurgii Dziecięcej.

⁸⁹ Dz. U. z 2012 r. poz. 742 ze zm.

na restrukturyzację od CMUJ. Tym samym prowadzone były tylko takie działania, które nie wymagały zaangażowania dodatkowych środków. Według dyrektora Szpitala tak prowadzona restrukturyzacja nie miała charakteru przekształcenia, likwidacji, rozszerzenia lub ograniczenia działalności i nie wymagała osobnej opinii Rady Społecznej.

(dowód: akta kontroli str. 21,23,24,334,921,983,992,1007,1010,1013)

W pismach CMUJ skierowanych do Szpitala poinformowano m.in., że działania restrukturyzacyjne (plany) na lata 2013-2014 powinny być skierowane na osiągnięcie następujących poniższych celów⁹⁰:

- zbilansowanie wyniku finansowego podmiotu;
- obniżenie poziomu zobowiązań w szczególności wymagalnych;
- poprawy jakości świadczonych usług zdrowotnych;
- poprawy działalności dydaktycznej i badawczej;
- odnowienie środków trwałych jednostki.

(dowód: akta kontroli str.332,333,344,345)

W przyjętych planach restrukturyzacyjnych Szpitala działania ukierunkowane były na:

- zwiększenie przychodów⁹¹ obejmowały m.in. dalsze wywieranie „presji” na przeszacowanie specjalistycznych procedur dla dzieci, negocjacje z MOW NFZ w celu zwiększenia kontraktów na świadczenia, w których występują nadwykonania, dalsze rozwijanie procedur Nielimitowanych (zwiększenie liczby łóżek intensywnej terapii, zwiększenie liczby procedur noworodkowych oraz przeszczepowych);
- ograniczenie kosztów⁹²: dotyczyły ograniczenia kosztów farmakoterapii, weryfikacji wprowadzonych limitów dla poszczególnych jednostek w odniesieniu do zużywanych leków, ograniczenia zużycia materiałów.

(dowód: akta kontroli str.335,353)

Realizując plan restrukturyzacji Szpitala w latach 2013-2014 (do 30 października), dokonano m.in.:

- zmiany organizacji oddziałów pediatrycznych (poprzez integrację dotychczas rozproszonych oddziałów ostrożydrowych w ramach jednej kliniki);
- zwiększenia przychodów Oddziału Intensywnej Terapii (poprzez zwiększenie liczby łóżek spodziewane zyski wyniosą 3 mln zł w 2014 r.);
- zmniejszenia wydatków w Aptece Szpitalnej na leki. Kontynuacja działań podjętych w poprzednich latach poprzez wydawanie dawek leków w systemie *unit-dose* dały oszczędności w efekcie wprowadzenia dzielenia antybiotyków, cytostatyków, leków przeciwgrzybiczych na indywidualne dawki oraz sporządzania żywienia pozajelitowego w kwotach 2.101.336 zł (w 2013 r.) i ponad 500 tys. zł (za 8 miesięcy 2014 r.). Umowy depozytowe na wyroby medyczne dały możliwość zapłaty za wyrób medyczny po zużyciu bez konieczności zakupu i magazynowania pełnego asortymentu;
- odnowienia środków trwałych (poprzez remonty, przebudowę, pozyskanie nowego sprzętu) przy udziale środków zebranych przez własną fundację, pozyskanych z innych fundacji oraz z programów unijnych i MZ na modernizację najbardziej potrzebujących oddziałów oraz zakupy niezbędnego sprzętu. Wybudowanie nowego Bloku Operacyjnego z Oddziałem Intensywnej Terapii oraz utworzenie Odcinka Intensywnej Terapii Kardiochirurgicznej dało możliwość zwiększenia liczby wykonywanych zabiegów i zwiększyło przychody. Elementem zasadniczo wpływającym na zwiększenie przychodów była również zmiana organizacyjna Zakładu Radioterapii oraz zainstalowanie drugiego akceleratora, co dało możliwość leczenia pacjentów dorosłych i ponad trzykrotnie zwiększyło przychody.

(dowód: akta kontroli str.334-337,346-353,355,356,944-953,992)

Szpital na bieżąco informował organ założycielski o pogarszającej się sytuacji finansowej wskazując m.in., że:

- praktycznie nie ma możliwości istotnego zwiększenia przychodów bez systemowych rozwiązań polegających na zwiększeniu niedoszacowanych procedur pediatrycznych.

⁹⁰ Pismo CMUJ z 22 marca 2013 r., Pismo CMUJ z 12 lutego 2014 r.

⁹¹ Plan restrukturyzacji Szpitala na 2014 r.

⁹² Plan restrukturyzacji Szpitala na 2014 r., Plan restrukturyzacji Szpitala na 2013 r.

Równocześnie nie ma możliwości dalszego ograniczenia kosztów bez radykalnych zmian zakresu działalności Szpitala;

- prowadzona przebudowa Szpitala skutkuje generowaniem dodatkowych kosztów;
- środki pozyskiwane przez Szpital z bieżącej działalności nie wystarczają na pokrycie jej kosztów prowadzenia, tym bardziej brak jest możliwości regulowania zaległości płatniczych z wcześniejszych okresów;
- poziom wygenerowanej straty za 2013 r. gwarantuje ciągłość działania w 2014 r. w niezmienionej formie organizacyjno-prawnej, bez konieczności przekształcenia w spółkę jednak nie gwarantują poprawy finansowej;
- kontrakt z NFZ na rok 2014 uległ zmniejszeniu w porównaniu do 2013 r.;
- konieczność spłacenia przeterminowanych zobowiązań i znacznie wyższe niż planowano obciążenie przez kontrahentów odsetkami za przeterminowane zobowiązania było powodem zaciągnięcia kredytu bankowego w 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 343,335,350,945,951,952)

Zobowiązania wymagalne Szpitala zwiększały się w 2013 r. w stosunku do roku 2012 o 7%, a w I połowie 2014 r. o 26% do roku poprzedniego.

(dowód: akta kontroli str. 214)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że przyczyną wzrostu zobowiązań wymagalnych było niedoszacowanie procedur pediatrycznych oraz brak pokrycia innych kosztów, które wyspospecjalistyczny pediatryczny szpital uniwersytecki musiał ponosić, zwłaszcza, gdy jest jedyną tego typu instytucją w regionie. Ponadto w I połowie 2014 r. wzrost zobowiązań wymagalnych wynikał z braku zmiany ceny jednostkowej punktu w stopniu choćby zwiększającą inflację, znacznie wyższej dynamiki wzrostu kosztów w stosunku do dynamiki przychodów, zakończenia gwarancji na aparaturę medyczną i konieczności pokrycia kosztów umów serwisowych.

(dowód: akta kontroli str. 1082,1083)

W piśmie z 3 października 2014 r. skierowanym do CMUJ (w trakcie kontroli NIK) dyrektor Szpitala poinformował, że podejmie działania mające na celu oddalenia groźby konieczności przekształcenia w spółkę, ale nie ma możliwości zbilansowania działalności szpitala. Do działań tych zaliczył: doprowadzenie do zwiększenia wykonania w tych specjalnościach, w których istnieją długie terminy oczekiwania (w tym celu zostaną podjęte rozmowy z ordynatorami); próbę arbitralnego obniżenia kosztów materiałów i leków o 10% i dokonanie ponownego przeglądu możliwości redukcji zatrudnienia.

Parametr obrazujący etatyzację⁹³ Szpitala stanowiący stosunek liczby etatów bez rezydentów do liczby łóżek wynosił 3,3 (na 30 września 2014 r.) świadczy o nadmiernej etatowości i przeroście zatrudnienia.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że stan zatrudnienia pozostawał pod stałym nadzorem dyrekcji i działu spraw osobowych od samego początku reformy sektora ochrony zdrowia. W efekcie ukształtowało się w pełni uzasadnione przekonanie, iż obecny stan zatrudnienia zapewnia niezbędne minimum konieczne do realizacji kontraktów. Wspomniany w piśmie z 3 października b.r. przegląd zatrudnienia dotyczył planu redukcji zatrudnienia oraz kosztów w drodze rezygnacji z całego zakresu działań nieopłacalnych, co łączyłoby się z wypowiedzeniem kontraktu w szeregu specjalności, dla których w województwie małopolskim nie ma alternatywy. Zdaniem dyrektora Szpitala wskaźnik 1-2 może być przydatny dla szpitali niższego szczebla, prowadzących działalność przed wszystkim dla dorosłych. USD jest natomiast wyspospecjalistycznym szpitalem ostatniej szansy dla wszystkich dzieci z Małopolski i musi przyjąć wszystkich pacjentów. Łączy się to z koniecznością posiadania oddziałów reprezentujących pełne spektrum medycyny dziecięcej oraz pełnych zasobów diagnostycznych i leczniczych.

(dowód: akta kontroli str. 81, 944, 946, 1031,1033,1034)

Zakładany przez Szpital ujemny wynik finansowy na koniec 2014 r., po uwzględnieniu zwiększenia kontraktu z MOW NFZ oraz sfinansowaniu nadwykonań w sumie o 7,6 mln. zł wykazywałby stratę 13,3 mln zł. Wynik ten uwzględniający planowaną korektę z tytułu

⁹³ Wskaźnik oceny prowadzonej przez Szpital polityki zarządzania zasobami ludzkimi. Wartość tego wskaźnika powinna oscylować w granicach 1-2.

amortyzacji (13,4 mln zł) wynosiłby 116 tys. zł (w latach 2012, 2013 wynik finansowy Szpitala skorygowany o amortyzację wynosił kolejno 3,2 mln zł i 4,5 mln zł).

(dowód: akta kontroli str. 273,350,951,953)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w zakresie przeorganizowania struktury szpitala w taki sposób, aby mógł osiągnąć większe przychody udało się zrobić prawie wszystko, co było możliwe (...). Podstawowym ograniczeniem, które nie pozwala osiągnąć zbilansowania przychodów i kosztów jest systematyczne niedoszacowanie procedur pediatrycznych i brak poprawy pomimo uznania tego faktu przez decydentów. Mając na względzie czynione obietnice, w każdym planie finansowym uwzględniano możliwość zwiększenia przychodów z tego tytułu, jednakże bez efektu. Dalsze utrzymywanie cen szeregu procedur poniżej ich rzeczywistych kosztów oraz brak pokrycia innych kosztów ponoszonych przez wysokospecjalistyczny szpital (...) doprowadzi do załamania naszej działalności.

W planie restrukturyzacji Szpitala na 2014 r. założone przychody z tytułu niedoszacowanych procedur pediatrycznych wykazano na poziomie 6 mln zł.

(dowód: akta kontroli str. 951,983,992)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

Dopuszczono do powstania zobowiązań wymagalnych, skutkiem czego była zapłata przez Szpital odsetek od nieterminowego regulowania zobowiązań w latach 2013-2014 (do 31 sierpnia) łącznie w wysokości 2.425.537 zł, co stanowiło naruszenie zasady wyrażonej w art. 44 ust. 3 ustawy o finansach publicznych, że wydatki publiczne powinny być dokonywane w wysokości i terminach wynikających z wcześniej zaciągniętych zobowiązań.

Niewykonanie w terminie zobowiązania jednostki sektora finansów publicznych, którego skutkiem jest zapłata odsetek stanowi przesłankę odpowiedzialności za naruszenia dyscypliny finansów publicznych z art. 16 ust. 1 ustawy o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zwraca uwagę na brak opinii Rady Społecznej w sprawie planu inwestycyjnego Szpitala na 2013 rok oraz sprawozdania z jego wykonania, o których mowa w art. 48 ust. 2 pkt 2 lit. a i b ustawy o działalności leczniczej. Wydatki inwestycyjne były co prawda ujęte w zbiorczym planie i sprawozdaniu finansowym 2013 r., to jednak szczegółowy plan inwestycyjny oraz sprawozdanie z jego realizacji stanowiły też odrębne opracowania i jako takie powinny podlegać opiniowaniu przez Radę Społeczną.

Ponadto stwierdzono, że Szpital nie został wyposażony w majątek w drodze nieodpłatnego przekazania w użytkowanie nieruchomości, tj. w sposób określony w art. 54 ust 1 oraz art. 56 ust. 2⁹⁴ ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Zgodnie z art. 54 ust. 1 tej ustawy, Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej gospodaruje samodzielnie przekazanymi w nieodpłatne użytkowanie nieruchomościami i majątkiem Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego oraz majątkiem własnym (otrzymanym lub zakupionym).

Z punktu widzenia zasad ewidencji tego mienia w księgach rachunkowych Szpitala zastosowanie mają przepisy art. 3 ust. 1 pkt 12 ustawy o rachunkowości. Wynika z nich, że dla uznania składników majątkowych jako aktywa jednostki a w konsekwencji do ujęcia ich w księgach rachunkowych i wykazania w sprawozdaniu finansowym (bilansie) jednostki, powinny zostać spełnione warunki określone w tym przepisie. Zatem powinny być kontrolowane przez jednostkę zasoby majątkowe o wiarygodnie określonej wartości, powstałe w wyniku przeszłych zdarzeń, które spowodują w przyszłości wpływ do jednostki korzyści ekonomicznych. Ponadto art. 3 ust.1 pkt 15 ustawy o rachunkowości definiujący środki trwałe stanowi, iż zalicza się do nich rzeczowe aktywa trwałe i zrównane z nimi, o przewidywanym okresie ekonomicznej użyteczności dłuższym niż rok, kompletne zdane do użytku i przeznaczone na potrzeby jednostki (a zatem używane do realizacji działalności statutowej jednostki). Nieruchomości te powinny zatem być ujęte w księgach rachunkowych Szpitala w grupie środków trwałych.

⁹⁴ Fundusz założycielski zakładu stanowi wartość wydzielonej samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej części mienia Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego lub mienia uczelni medycznej.

Sytuacja ekonomiczna Szpitala jest zła i mimo prowadzonych działań naprawczych, nie uległa znaczącej poprawie. Działalność Szpitala zakończono w latach 2012-2013 stratą netto w wysokości odpowiednio, 9.535,3 tys. zł i 7.228,9 tys. zł, jednak po skorygowaniu straty o wysokość amortyzacji uzyskano w tych latach wynik dodatni. Podstawowe wskaźniki charakteryzujące sytuację ekonomiczną Szpitala świadczą o jego złej sytuacji finansowej i niskiej wiarygodności. Stan zobowiązań wymagalnych na koniec 2013 r. oraz I półrocze 2014 r. wynosił odpowiednio, 30.043,8 tys. zł i 37.945 tys. zł. Nieterminowe regulowanie bieżących zobowiązań skutkowało w latach 2013-2014 (do 31 sierpnia) zapłaceniem kontrahentom 2.425,5 tys. zł odsetek. Dane finansowe za półrocze 2014 r. nie wskazują na poprawę sytuacji ekonomicznej szpitala. Sytuacja finansowa Szpitala może powodować zagrożenie dla jego dalszej działalności statutowej.

Podejmowane działania naprawcze przynosiły pozytywne efekty w konkretnych dziedzinach, jak np. polityka lekowa, ale nie miała wpływu na stan zadłużenia jednostki ogółem. Największą pozycję kosztową Szpitala stanowią wynagrodzenia i pochodne, tymczasem Szpital nie prowadził analiz efektywności pracy na poszczególnych stanowiskach pracy i ich wartościowania. Pomimo iż prowadzenie takich analiz nie jest obligatoryjne, to jednak zdaniem NIK sprzyjałyby weryfikacji struktury zatrudnienia, a tym samym związanych z tym kosztów.

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli⁹⁵, wnosi o:

- 1) podjęcie w porozumieniu z podmiotem tworzącym zdecydowanych działań zmierzających do poprawy sytuacji finansowej Szpitala, w tym redukcji zobowiązań wymagalnych;
- 2) wprowadzenia zadaniowego systemu czasu pracy z nauczycielami akademickimi CMUJ, będącymi pracownikami Szpitala, na zasadach określonych w art. 92 ustawy o działalności leczniczej;
- 3) zlecenie usług transportu sanitarnego na zasadach i trybach przewidzianych w ustawie Prawo zamówień publicznych.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia zastrzeżeń

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

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

Obowiązek poinformowania NIK o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków

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

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

Kraków, dnia 21 stycznia 2015 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Krakowie
z up.

Kontrolerzy:
Wiesław Matras
specjalista kontroli państwowej
Paweł Lipowski
starszy inspektor kontroli państwowej

Marcin Kopeć
Wicedyrektor

⁹⁵Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.

