



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura we Wrocławiu

LWR – 4101-011-03/2014
P/14/061

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli P/14/061 – Działalność szpitali samorządowych przekształconych w spółki kapitałowe.

Jednostka
przeprowadzająca
kontrolę Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura we Wrocławiu.

Kontrolerzy Kontrolerzy
Kontrolerzy 1. Mirosław Perłowski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 89790 z dnia 17 czerwca 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 1-2)

2. Jakub Mucha, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 89792 z dnia 25 czerwca 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 3-4)

Jednostka
kontrolowana Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy w Dzierżoniowie Sp. z o.o.,
zwany dalej Szpitalem lub Spółką.

Kierownik jednostki kontrolowanej Dorota Miernicka – Prezes Zarządu Spółki w okresie od 1 lutego do 21 maja 2008 r.

Dariusz Brzeziński – Prezes Zarządu Spółki w okresie od 21 maja 2008 r. do 19 grudnia 2013 r.

Maciej Smolarz i Agnieszka Krasnodębska – Członkowie Zarządu Spółki w okresie od 1 listopada 2013 r. i nadal (sprawujący funkcję kierownika jednostki kontrolowanej w okresie, kiedy nie było osoby sprawującej funkcję Prezesa Zarządu, tj. od 20 grudnia 2013 r. do 19 maja 2014 r.).

Dorota Dudzińska - Prezes Zarządu Spółki w okresie od 20 maja 2014 r. i nadal.

(dowód: akta kontroli str. 5-7)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości¹ działalność Spółki w latach 2011-2014² w zakresie funkcjonowania szpitali samorządowych przekształconych w spółki kapitałowe.

Uzasadnienie
oceny ogólnej

Podstawą oceny ogólnej były pozytywne ustalenia kontroli dotyczące w szczególności: **[1]** przeprowadzenia procesu przekształcenia Samodzielnego Publicznego Szpitala Powiatowego (dalej SPSP) w Spółkę prawa handlowego w sposób zapewniający ciągłość funkcjonowania, w tym ciągłość udzielania świadczeń medycznych, **[2]** sytuacji finansowej Spółki, pomimo ujemny wyników finansowych ze sprzedaży, która w okresie objętym kontrolą nie wskazywała na występowanie zagrożenia dla kontynuacji działalności, czego potwierdzeniem było bieżące regulowanie przez Spółkę zobowiązań, a także kształtowanie się wskaźnika płynności bieżącej w latach 2011-2013 na poziomie równym lub wyższym niż 1,2, **[3]** prawidłowego i rzetelnego wykazywania w rozliczeniach z Narodowym Funduszem Zdrowia pacjentów, którym zostały udzielone przez Szpital świadczenia medyczne.

¹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3 stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna..

² Z uwzględnieniem okresu poprzedzającego w zakresie objętym badaniem.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły przede wszystkim: [1] niepowołania w Spółce do dnia 29 sierpnia 2012 r. Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych [2] nierozpatrzenia dwóch skarg, które wpłynęły do Spółki oraz nieterminowego rozpatrywania skarg i wniosków, [3] nieużytkowania od momentu zakupu (czerwiec 2012 r.) sprzętu rehabilitacyjnego nabytego za kwotę 19,8 tys. zł, [4] powstania rozbieżności pomiędzy ustaleniami Regulaminu Organizacyjnego, faktyczną strukturą organizacyjną Spółki oraz prowadzonym przez Wojewodę Dolnośląskiego rejestrem podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Przekształcenie Samodzielnego Publicznego Szpitala Powiatowego w Dzierżoniowie w spółkę kapitałową

1.1. Likwidacja SPSP i powołanie Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej

Opis stanu
faktycznego

Uchwałą z dnia 25 września 2007 r. Rada Powiatu Dzierżoniowskiego zlikwidowała SPSP. Dzień zakończenia działalności medycznej ww. jednostki ustalono na 31 marca 2008 r., a dzień otwarcia jej likwidacji – na dzień 1 kwietnia 2008 r. Zgodnie z treścią uchwały, świadczenia zdrowotne miały być w sposób nieprzerwany zapewnione przez nowoutworzony Szpital Powiatowy Sp. z o.o. w Dzierżoniowie. Termin zakończenia czynności likwidacyjnych ustalono na dzień 30 czerwca 2008 r.

(dowód: akta kontroli str. 8-9)

Szpital Powiatowy Sp. z o.o. w Dzierżoniowie został powołany przez Powiat Dzierżoniowski na mocy aktu założycielskiego z dnia 30 listopada 2007 r. Uchwałą Zgromadzenia Wspólników Spółki z dnia 28 lutego 2008 r. powołano Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy w Dzierżoniowie Spółka z o.o. oraz nadano mu statut, stanowiący załącznik do uchwały. Zakres działalności Szpitala obejmował leczenie szpitalne i ambulatoryjne, podstawową opiekę zdrowotną oraz ratownictwo medyczne. W dniu 3 marca 2008 r. Wojewoda Dolnośląski orzekł o wpisaniu Szpitala do rejestru zakładów opieki zdrowotnej pod numerem księgi rejestrowej 02-01419. Zgodnie ze stanem na dzień 30 czerwca 2014 r. Szpital posiadał wpis w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą pod nr księgi 000000022004.

(dowód: akta kontroli str. 10-43)

W dniu 20 marca 2008 r. Szpital zawarł z SPSP w Dzierżoniowie umowę cesji wierzytelności zawartych umów przez SPSP z Dolnośląskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (DOW NFZ) na świadczenia opieki zdrowotnej. Ponadto SPSP scedował w dniu 30 czerwca 2008 r. na rzecz Szpitala należności od DOW NFZ w kwocie 1 205,6 tys. zł z tytułu nadwykonań świadczeń zdrowotnych na rzecz Szpitala.

Szpital wystąpił pismem z dnia 27 lutego 2008 r. do DOW NFZ o wszczęcie postępowania w trybie rokowań w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej po likwidowanym SPSP w Dzierżoniowie. W dniu 23 kwietnia 2008 r. Szpital zawarł z DOW NFZ trzy umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego, ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych oraz ratownictwa medycznego. W dniu 12 maja 2008 r. Szpital zawarł czwartą umowę z DOW NFZ – na udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej. Wszystkie cztery umowy obowiązywały w okresie od 1 kwietnia 2008 r. do 31 grudnia 2008 r.

(dowód: akta kontroli str. 44- 100, 234-238)

1.2. Przyjęcie Regulaminu Organizacyjnego

Szpital posiadał regulamin porządkowy z dnia 27 lutego 2008 r. Zarządzeniem nr 48/2008 Prezesa Zarządu/Dyrektora Szpitala z dnia 31 października 2008 r. wprowadzono zmiany regulaminu, dotyczące przekształcenia Oddziału Internistycznego w Bielawie na Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Bielawie.

Zarządzeniem Prezesa Zarządu Spółki z dnia 31 grudnia 2012 r. został wprowadzony, obowiązujący z dniem przyjęcia. W Regulaminie tym określono, że kwestie cennika usług medycznych oraz cennika udostępniania dokumentacji medycznej, zostaną uregulowane odrębnymi zarządzeniami Prezesa Zarządu Spółki.

(dowód: akta kontroli str. 101-102)

1.3. Pozyskanie przez Szpital majątku do prowadzenia działalności statutowej

Majątek Szpitala pochodził z utworzenia i zwiększania jego kapitału zakładowego wkładami pieniężnymi oraz z przekazanego majątku zlikwidowanego SPSP. Aktem założycielskim Spółki, Powiat Dzierżoniowski utworzył jej kapitał zakładowy wkładem pieniężnym w wysokości 50,0 tys. zł, który był kolejno powiększany o:

- a. 22 601,0 tys. zł poprzez wniesienie aportem w dniu 26 marca 2008 r. przez Powiat Dzierżoniowski własności trzech nieruchomości – po jednej zabudowanej nieruchomości w Dzierżoniowie przy ul. Cichej 1 i Bielawie przy ul. Piastowskiej 7 oraz jednej niezabudowanej nieruchomości w Bielawie przy ul. Piastowskiej 7, na których SPSP prowadził wcześniej działalność statutową i które w dniu 28 lutego 2008 r. zostały na mocy porozumienia przejęte przez Powiat Dzierżoniowski poprzez rozwiązanie prawa ich użytkowania przez SPSP,
- b. 2900,0 tys. zł poprzez wniesienie w dniu 22 sierpnia 2008 r. przez Nadzwyczajne Zgromadzenie Wspólników Spółki aportu bezspornej i wymagalnej wierzytelności Powiatu Dzierżoniowskiego wobec Spółki o wartości 1167,1 tys. zł oraz mienia ruchomego – środków trwałych i przedmiotów nietrwałych stanowiących sprzęt i wyposażenie dla Szpitala, które wcześniej użytkował SPSP o wartości 1732,9 tys. zł,
- c. 1591,0 tys. zł poprzez wniesienie w dniu 26 lutego 2009 r. przez Zgromadzenie Wspólników Spółki wkładu pieniężnego w kwocie 1 500 110 zł oraz prawa własności mienia ruchomego w postaci agregatu prądotwórczego o wartości 90 890 zł,
- d. 47,0 tys. zł poprzez wniesienie w dniu 29 marca 2010 r. przez Powiat Dzierżoniowski aportu w postaci działki gruntu położonej w Bielawie przy ul. Piastowskiej 7,
- e. 1 000,0 tys. zł poprzez wniesienie w dniu 10 maja 2012 r. przez Zgromadzenie Wspólników Spółki wkładu pieniężnego,
- f. 287,0 tys. zł poprzez wniesienie w dniu 9 września 2013 r. przez Zgromadzenie Wspólników Spółki wkładu pieniężnego w wysokości 200,0 tys. zł oraz aportu w postaci sprzętu i urządzeń medycznych o wartości 87,0 tys. zł.

Kapitał zakładowy Spółki po dokonaniu powyższych zmian osiągnął wartość 28 476,0 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 10-22, 107-154)

Wierzytelność Powiatu Dzierżoniowskiego wskazana w pkt b. wynikała z zaciągniętej w dniach 26 marca 2008 r. i 28 kwietnia 2008 r. przez Szpital od SPSP pożyczki w kwocie 1 350,0 tys. zł na podstawie umowy z dnia 12 marca 2008

r. Szpital spłacił w dniu 26 czerwca 2008 r. część pożyczki w kwocie 100,0 tys. zł, a w dniu 30 czerwca 2008 r. zobowiązanie wynikające z pożyczki zostało zmniejszone o kwotę 82,9 tys. zł wskutek kompensaty zobowiązań SPSP wobec Szpitala. Pozostałą wierzytelność w kwocie 1167,1 tys. zł, SPSP sprzedał Powiatowi Dzierżoniowskiemu.

(dowód: akta kontroli str. 224-233)

Środki trwałe i przedmioty nietrwałe SPSP, które Szpital przejął w drodze wniesienia przez Zgromadzenie Wspólników aportu (pkt b.) były przez Szpital od dnia 1 kwietnia 2008 r. do 30 czerwca 2008 r. dzierżawione od SPSP za kwotę 500 zł miesięcznie. Szpital uregulował zobowiązania z tego tytułu. W okresie od 30 czerwca 2008 r. do 22 sierpnia 2008 r. składniki majątkowe były własnością Powiatu Dzierżoniowskiego, który je przyjął protokołem zdawczo-odbiorczym z dnia 30 czerwca 2008 r., a następnie wniósł do Spółki w postaci aportu.

(dowód: akta kontroli str. 155-223)

Likwidacja SPSP została zakończona w dniu 25 sierpnia 2008 r. Likwidator złożył w dniu 12 września 2008 r. sprawozdanie końcowe z czynności likwidacyjnych, które zostało zatwierdzone uchwałą Zarządu Powiatu Dzierżoniowskiego z dnia 23 września 2008 r. Ze sprawozdania tego wynikało m in., że:

- wszyscy pracownicy SPSP stali się z dniem 1 kwietnia 2008 r. pracownikami Szpitala w trybie art. 23' ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. *Kodeksu pracy*³,
- w porozumieniu z dostawcami mediów, zostały zawarte między SPSP a Szpitalem cesje umów na dostawy mediów,
- w okresie likwidacji SPSP wypłacił byłym pracownikom wynagrodzenie za marzec 2008 r., zapłacił należne podatki i składki ZUS oraz spłacił zadłużenie wobec wierzycieli cywilnoprawnych – dostawców mediów, leków, usług,
- majątek SPSP z wyłączeniem środków trwałych i przedmiotów nietrwałych (opis w pkt b.) został sprzedany Szpitalowi,

(dowód: akta kontroli str. 248-254)

Majątek SPSP w postaci zapasów magazynowych, leków i odczynników o wartości 203,9 tys. zł oraz środki trwałe niskocenne, drobne wyposażenie i bielizna o wartości 123,6 tys. zł Szpital odkupił od SPSP w dniach 30 kwietnia 2008 r. i 30 czerwca 2008 r. Pozostała w SPSP na zakończenie likwidacji gotówka w kwocie 1006,78 zł likwidator wpłacił w dniu 28 sierpnia 2008 r. do kasy Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 255-292)

W dniu 25 sierpnia 2008 r. Szpital przejął od SPSP na podstawie trzech umów wierzytelności SPSP od kontrahentów na łączną kwotę 146,1 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 239-247)

W okresie istnienia SPSP w likwidacji i jednoczesnego działania Spółki, tj. od 1 kwietnia 2008 r. do 25 sierpnia 2008 r. amortyzację środków trwałych naliczała Spółka. Na dzień poprzedzający rozpoczęcie likwidacji SPSP nie została przeprowadzona inwentaryzacja. SPSP w latach 2006 – 2007 wypracował zysk netto wynoszący odpowiednio: 618,6 tys. zł i 1440,1 tys. zł, a w okresie od 1 stycznia 2008 r. do 25 sierpnia 2008 r. odnotował stratę netto w wysokości 3 044,8 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 50, 55-56, 293-295)

³ Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94 ze zm.

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

1. Regulamin porządkowy z dnia 27 lutego 2008 r. nie został formalnie przyjęty przez Prezesa Zarządu Szpitala, co było niezgodne z art. 18a ust. 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. *o zakładach opieki zdrowotnej*⁴, obowiązującej do dnia 30 czerwca 2011 r. oraz z art. 23 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej*⁵.

(dowód: akta kontroli str. 101-102)

W związku z brakiem przyjęcia regulaminu organizacyjnego Szpitala przed dniem 31 grudnia 2012 r. wyjaśnienia złożyli:

-[...]⁶– Prezes Zarządu Spółki w okresie od 1 lutego 2008 r. do 21 maja 2008 r., w złożonych wyjaśnieniach podała, że nie pamięta, dlaczego Regulamin Porządkowy Szpitala z dnia 27.02.2008 r. nie został zatwierdzony stosownym zarządzeniem.

-[...]⁷- Prezes Zarządu Spółki w okresie od 21 maja 2008 r. do 19 grudnia 2013 r., który wyjaśnił, że Prezesem został w dniu 21 maja 2008 r., więc nie zatwierdzał regulaminu porządkowego w dniu 27 lutego 2008 r.

(dowód: akta kontroli str. 103-104, 476-479)

2. W Regulaminie Organizacyjnym z dnia 31 grudnia 2012 r. nie wprowadzano zmian wynikających ze schematu organizacyjnego (ostatnia zmiana z dnia 6 czerwca 2014 r.) polegających na:

- likwidacji Pracowni EKG, Poradni Internistycznej, Gabinetów Fizykoterapii, Kinezyterapii, Hydroterapii, Krioterapii, Masażu Leczniczego i Fizjoterapii Domowej w Dziale Fizjoterapii w Dzierżoniowie,

- powołaniu Szkoły Rodzenia i Pracowni Prób Wysiłkowych w Dziale Fizjoterapii w Dzierżoniowie,

- likwidacji Poradni Pediatrycznej w Bielawie,

- zmianie podległości służbowej Inspektora ds. OC - wcześniej Prezesowi Zarządu, a następnie Dyrektorowi ds. Inwestycji i Rozwoju,

- likwidacji samodzielnych stanowisk: Inspektora ds. BHP, Radcy Prawnego, Specjalisty ds. Inwestycji i Rozwoju Spółki, Specjalisty ds. Marketingu i Organizacji, Pełnomocnika ds. Systemu Zarządzania Jakością,

- powołaniu samodzielnego stanowiska Inspektora Ochrony Radiologicznej,

- powołaniu komórki BHP i komórki Marketingu w Zespole ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania, komórki Obsługi Informatycznej oraz komórki Obsługi Prawnej.

(dowód: akta kontroli str. 101, 105-106)

W związku z powyższym wyjaśnienia złożyła Dorota Dudzińska – Prezes Zarządu Spółki od 20 maja 2014 r. i nadal, w których podała, że nie wszystkie ww. rozbieżności mają odzwierciedlenie w aktualnym stanie organizacyjnym Spółki oraz, że w lipcu 2014 r. planowana jest kolejna aktualizacja schematu

⁴ Dz. U. z 2007 r., Nr 14, poz. 89 ze zm.

⁵ Dz. U. z 2013 r., poz. 217 ze zm.

⁶ Tajemnica ustawowo chroniona. Wyłączono dane osobowe na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6.09.2001 r. o dostępie informacji publicznej (Dz.U. nr 112, poz. 1198 ze zm.).

⁷ Tajemnica ustawowo chroniona. Wyłączono dane osobowe na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6.09.2001 r. o dostępie informacji publicznej (Dz.U. nr 112, poz. 1198 ze zm.).

organizacyjnego oraz, że wg stanu na dzień 17 lipca 2014 r. trwały prace nad nową wersją regulaminu organizacyjnego, który będzie uwzględniał dotychczas wprowadzone i planowane zmiany.

(dowód: akta kontroli str. 442-446)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na fakt, iż wpłacenie gotówki pozostałej w SPSP na zakończenie likwidacji w kwocie 1 006,78 zł przez likwidatora w dniu 28 sierpnia 2008 r. do kasy Szpitala (Spółka przyjęła wpłatę) oraz przejęcie przez Spółkę w 2008 r. wszystkich zobowiązań SPSP wobec NFZ (szczegółowo w pkt. III.3.1), było niezgodne z art. 53a ust. 2 ustawy o Zakładach Opieki Zdrowotnej.

(dowód: akta kontroli str. 47-48, 291-292)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

2. Sytuacja finansowa szpitala

2.1. Przychody Szpitala

Opis stanu
faktycznego

Łączne przychody Spółki w okresie objętym kontrolą wyniosły 115 783,6 tys. zł, w tym: w 2011 r. – 31 974,8 tys. zł, w 2012 r. – 34 174,0 tys. zł, w 2013 r. – 36 905,8 tys. zł. Natomiast od 1 stycznia do 30 kwietnia 2014 r. przychody te wyniosły 12 725,9 tys. zł.

(dowody: akta kontroli str. 551-562, 646, 652)

Największy udział w strukturze przychodów stanowiły wpływy wynikające z realizacji kontraktów zawartych z NFZ na świadczenie usług medycznych, które wyniosły 105 073,3 tys. Kwota ta stanowiła 90,7 % przychodów ogółem oraz 92,9% przychodów ze sprzedaży (wynoszących łącznie 113 077,7 tys. zł). Przychody Spółki z tytułu realizacji kontraktów zawartych z NFZ corocznie zwiększały się w ujęciu kwotowym, lecz jednocześnie na zbliżonym poziomie utrzymywał się ich udział w relacji do przychodów ze sprzedaży. Wartości te wynosiły odpowiednio: w 2011 r. - 29 270,0 tys. zł (92,8 % przychodów ze sprzedaży), w 2012 r. - 31 282,9 tys. zł (93,0 % przychodów ze sprzedaży), w 2013 r. - 33 360,9 tys. zł (92,9 % przychodów ze sprzedaży) oraz do 30 kwietnia 2014 r. - 10 859,5 tys. zł (93,2 % przychodów ze sprzedaży). Na zwiększenie przychodów wynikających z kontraktów z NFZ wpłynęło rozpoczęcie, w kontrolowanym okresie, udzielenia świadczeń refundowanych przez NFZ w zakresie ortopedii – hospitalizacja i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (od sierpnia 2012 r. i września 2012 r.), fizjoterapii ambulatoryjnej (od stycznia 2013 r.).

Z tytułu świadczeń zdrowotnych udzielanych na zasadach komercyjnych Szpital uzyskiwał corocznie większe przychody w ujęciu kwotowym: w 2011 r. - 1 715,6 tys. zł (5,5 % przychodów ze sprzedaży), w 2012 r. - 1 836,8 tys. zł (5,5 % przychodów ze sprzedaży), w 2013 r. - 2 083,3 tys. zł (5,8 % przychodów ze sprzedaży) oraz w okresie od 1 stycznia 2014 r. do 30 kwietnia 2014 r. - 695,6 tys. zł (6,0 % przychodów ze sprzedaży).

(dowody: akta kontroli str. 551-562, 567-570)

Przychody z tytułu odpłatnego wydawania przez Spółkę odpisów z dokumentacji medycznej z kontrolowanym okresie wyniosły łącznie nie mniej niż 8,3 tys. zł,⁸ w tym w poszczególnym latach nie mniej niż: w 2011 r. – 3,9 tys. zł, w 2012 r. – 2,7 tys. zł, w 2013 r. - 1,3 tys. zł i do 30 kwietnia 2014 r. – 0,4 tys. zł.

⁸ Brak dokładnego określenia kosztów z tego tytułu wynikał z tego, iż Spółka nie prowadziła wyodrębnionej ewidencji księgowej w tym zakresie.

(dowody: akta kontroli str. 53-66, 575)

Wysokość opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej do dnia 31 grudnia 2012 r. ustalona była w formie zgodnej z art. 24 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej*⁹, bowiem określona została w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala z dnia 27 lutego 2008 r.¹⁰. Od dnia 1 stycznia 2013 r. do dnia 20 czerwca 2013 r., cennik za udostępnianie dokumentacji medycznej formalnie nie był ustanowiony w Spółce, natomiast od dnia 20 czerwca 2013 r. ustalony został na podstawie Zarządzenia Prezesa Szpitala, które nie stanowiło elementu składowego Regulaminu Organizacyjnego.

Wysokość pobieranych przez Spółkę w okresie od dnia 1 stycznia 2011 r. do 30 kwietnia 2014 r. opłat nie przekraczała stawek maksymalnych, określonych w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*¹¹.

(dowody: akta kontroli str. 1049-1062, 1064-1067, 1121-1125)

Szpital uzyskiwał również przychody z najmu powierzchni na rzecz innych podmiotów, które wynosiły w kontrolowanym okresie łącznie 896,6 tys. zł, w tym: 304,7 tys. zł w 2011 r., 276,6 tys. zł w 2012 r., 267,6 tys. zł w 2013 r. oraz 47,8 tys. zł w 2014 r. (do końca kwietnia). Stosownie do zapisów § 7 Aktu założycielskiego Spółki z dnia 30 listopada 2007 r., na zawarcie umów najmu nie była wymagana zgoda Właściciela. Ponadto w 2013 r. Spółka dokonała zbycia pojazdu (ambulansu) wraz z respiratorem za kwotę 4,5 tys. zł.

(dowody: akta kontroli str. 551-562, 576-578, 582)

W okresie objętym kontrolą corocznie wzrastała wysokość osiągniętych przez Spółkę pozostałych przychodów operacyjnych, które wynosiły: w 2011 r. – 383,9 tys. zł, w 2012 r. – 500,8 tys. zł, w 2013 r. - 622,2 tys. zł oraz do dnia 30 kwietnia 2014 r. - 1 067,6 tys. zł. Zwiększeniu ulegał również udział tych przychodów w przychodach Spółki ogółem, który wynosił odpowiednio w ww. okresie: 1,2 %, 1,5 %, 1,7 % oraz 8,4 %. Na znaczący wzrost w 2014 r. poziomu pozostałych przychodów operacyjnych, wpływ miało ujęcie w księgach rachunkowych przychodów z tytułu kar umownych w łącznej kwocie 883,3 tys. zł.

(dowody: akta kontroli str. 551-562, 575, 646, 652-653)

2.2. Systemy informatyczne umożliwiające prowadzenie i wymianę dokumentacji medycznej w formie elektronicznej

Do dnia zakończenia kontroli Szpital nie wdrożył w pełni systemów informatycznych, o których mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o *systemie informacji w ochronie zdrowia*¹², tj. systemów pozwalających na prowadzenie i wymianę dokumentacji medycznej w formie elektronicznej, pomiędzy podmiotami prowadzącymi działalność leczniczą. Przywołana ustawa pierwotnie wprowadziła wymóg wdrożenia ww. rozwiązań do dnia 31 lipca 2014 r., jednakże na podstawie art. 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 czerwca 2014 r. o *zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia*¹³, termin ten wydłużony został do dnia 31 lipca 2017 r. Jak wyjaśnił Maciej Smolarz – Członek Zarządu, prace w tym kierunku rozpoczęte zostały w Spółce w 2008 r., a do dnia zakończenia kontroli wdrożono ok. 70%

⁹ Dz. U. z 2013 r., poz. 217, ze zm.

¹⁰ Regulamin był w tym zakresie następnie zmieniany.

¹¹ Dz. U. z 2012 r., poz. 159, ze zm.

¹² Dz. U. z 2011 r., Nr 113, poz. 657, ze zm.

¹³ Dz. U. z 2014 r., poz. 998. Ustawa weszła w życie z dniem 31 lipca 2014 r.

modułów niezbędnych do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej tzw. „strefy białej” (moduły: Izba Przyjęć, Oddział, Laboratorium, Recepcja, poradnie, ratownictwo medyczne, Apteka). W zasadniczym zakresie pozostał do wdrożenia system umożliwiający wymianę dokumentacji medycznej w formie elektronicznej pomiędzy podmiotami prowadzącymi działalność leczniczą. Szacunkowe koszty niezbędne do pełnej realizacji wymogów ustawowych w tym przedmiocie Spółka szacowała na kwotę ok. 600,0 tys. zł. Maciej Smolarz wyjaśnił także, że zakończenie tych prac przewidziane jest w 2017 r., a brak ich sfinalizowania w pierwotnie zakładanym przez przepisy prawa terminie, spowodowany był brakiem szczegółowych wytycznych ustawodawcy co do wymagań systemu wymiany danych, a w konsekwencji brakiem możliwości oszacowania kosztów, co utrudniało również ewentualne pozyskanie środków finansowych w odpowiedniej wysokości. Natomiast[...]¹⁴ Prezes Zarządu, w swoich wyjaśnieniach wskazał, że z uwagi na przekształcenie, Spółka nie kwalifikowała się do pozyskania środków zewnętrznych na informatyzację.

(dowody: akta kontroli str. 835-864, 1129-1134)

2.3. Pozyskane środki publiczne

Spółka realizowała w kontrolowanym okresie 13 zadań współfinansowanych ze środków publicznych o łącznej wartości 7 997,8 tys. zł, w wyniku których na rachunek Spółki wpłynęły środki publiczne w łącznej kwocie 4 645,8 tys. zł¹⁵.

Zadania te dotyczyły:

- w pięciu przypadkach zakupu sprzętu medycznego o łącznej wartości 676,9 tys. zł, współfinansowanych ze środków Samorządu Województwa (cztery zadania) oraz Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2007-2013 (jedno zadanie);
- w trzech przypadkach zakupu robót i materiałów budowlanych związanych z rozbudową, termomodernizacją oraz wymianą instalacji grzewczej, wodnej i cyrkulacji w obiektach Szpitala o łącznej wartości 7 201,4 tys. zł, współfinansowanych ze środków Narodowego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej (jedno zadanie) oraz Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Dolnośląskiego na lata 2007-2013 (dwa zadania);
- w pięciu przypadkach realizacji programów badań profilaktycznych o łącznej wartości 119, 5 tys. zł, finansowanych w całości z budżetu Powiatu Dzierżoniowskiego.

(dowody: akta kontroli str. 583-585)

Na podstawie doboru celowego, kontrolą objęto wykorzystanie pięciu składników zakupionego sprzętu medycznego o łącznej wartości zakupu 473,9 tys. zł (70,0 % wartości zakupionego sprzętu), na które Spółka otrzymała dofinansowanie w wysokości 318,7 tys. zł (72,1 % dofinansowania), tj. ambulansu wraz z wyposażeniem w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko w kwocie 373,0 tys. zł oraz czterech urządzeń umożliwiających udzielanie świadczeń w zakresie rehabilitacji medycznej, w łącznej kwocie 100,9 tys. zł¹⁶.

¹⁴ Tajemnica ustawowo chroniona. Wyłączono dane osobowe na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6.09.2001 r. o dostępie informacji publicznej (Dz.U. nr 112, poz. 1198 ze zm.).

¹⁵ W związku z tym, że część zadań była w fazie realizacji bądź rozliczenia, ostateczna kwota pozyskanych środków na ich przeprowadzenie może ulec zmianie.

¹⁶ Kontrola obejmowała wykorzystanie zakupionego w ramach umów zawartych z Województwem Dolnośląskim na wyposażenie obiektu służącego rehabilitacji osób niepełnosprawnych w sprzęt rehabilitacyjny w ramach „Programu wyrównywania różnic między regionami II” – obszar A, tj. :

1. Zakupionego w ramach umowy z dnia 7 lutego 2013 r. nr DS.-N/236/13:

a) szyny do ćwiczeń biernych kończyny dolnej zakupionej za 17,0 tys. zł,

W przypadku zakupu ambulansu wraz z wyposażeniem, badanie kontrolne wykazało, że sprzęt ten był eksploatowany i stosownie do zapisów umowy o dofinansowanie, wykorzystywany wyłącznie do udzielania świadczeń nieodpłatnych w ramach kontraktów zawartych z NFZ. W związku z tym projekt ten nie generował dochodu w rozumieniu umowy o dofinansowanie, co mogłoby skutkować koniecznością zwrotu części lub całości dofinansowania.

(dowody: akta kontroli str. 583-592)

W odniesieniu do sprzętu rehabilitacyjnego stwierdzono, że w trzech z czterech skontrolowanych składników majątkowych, sprzęt ten był wykorzystywany w okresie prowadzenia kontroli do świadczenia usług medycznych. Zapisy umów na zakup sprzętu rehabilitacyjnego nie wykluczały możliwości udzielania za jego pomocą świadczeń odpłatnych, tj. niewynikających z kontraktów zawartych z NFZ.

(dowody: akta kontroli str. 609-611)

Rozliczenia umów, w ramach których Spółka zakupiła ww. sprzęty zostały przyjęte przez podmioty, z którymi zawarto umowy o dofinansowanie¹⁷.

(dowody: akta kontroli str. 593-603, 616, 625)

2.4. Koszty i wynik finansowy Spółki

Koszty sprzedaży świadczeń NFZ ogółem nie pokrywały kosztów ich udzielania. Pomimo wykazania dodatniego wyniku finansowego za 2013 r. i w 2014 r. (do końca kwietnia), Spółka w całym kontrolowanym okresie ponosiła straty na sprzedaży w wysokości: 1 109, 6 tys. zł w 2011 r., 1 363,7 tys. zł w 2012 r., 306,6 tys. zł w 2013 r., 570,1 tys. zł w 2014 r. (do końca kwietnia). W ogólnym ujęciu działalność poszczególnych oddziałów szpitalnych nie była dochodowa. Przykładowo, w latach 2011-2013 spośród funkcjonujących siedmiu oddziałów szpitalnych dodatni wynik finansowy ogółem uzyskał trzy Oddziały: Okulistyczny (1 814,5 tys. zł), Oddział Dziecięcy (43,1 tys. zł) oraz Oddział Chorób Wewnętrznych (746,9 tys. zł). Natomiast ujemny wynik finansowy ogółem w tym okresie odnotowały cztery pozostałe Oddziały: Ginekologiczno-Położniczy (- 1276,2 tys. zł), Neonatologiczny (- 627,4 tys. zł), Chirurgiczny (- 998,2 tys. zł) oraz Ortopedyczny (- 1 198,6 tys. zł).

(dowody: akta kontroli str. 551-562; 638-640; 666-679)

Wynik finansowy netto Szpitala kształtował się w następujący sposób: w 2011 r. strata w wysokości 773,3 tys. zł, w 2012 r. strata 1 115,7 tys. zł, w 2013 r. zysk 160,0 tys. zł oraz w 2014 r. (do 30 kwietnia) zysk w wysokości 450,2 tys. zł.¹⁸ NIK zauważa, że w przypadku wyniku finansowego za 2014 r. (do 30 kwietnia) istotny wpływ na jego kształt miało ujęcie po stronie przychodów odszkodowania w kwocie 883,3 tys. zł, które do momentu zakończenia czynności kontrolnych nie wpłynęło na konto Spółki (kontrahent Szpitala skierował sprawę na drogę postępowania sądowego).

b) systemu do rehabilitacji kardiologicznej wraz z bieżnią oraz stacją analiz zakupionego za kwotę 47,0 tys. zł.

2. Zakupionego w ramach umowy z dnia 19 stycznia 2012 r. nr DS.-N/65/12:

a) zastawu do krioterapii miejscowej zakupionego za kwotę 17,1 tys. zł,

b) wanny czterokomorowej do kąpielii wodno-elektrycznych (hydroterapii) z wyposażeniem zakupionej za kwotę 19,8 tys. zł.

¹⁷ podmiot udzielający dofinansowania na zakup ambulansu, z uwagi na brak dokumentacji potwierdzającej rozpoznanie rynku w zakresie zakupu usług reklamowych i promocyjnych uznał za nieprawidłowo wydatkowane środki w łącznej kwocie 683,02 zł.

¹⁸ W latach 2007-2010 wynik finansowych SPSP oraz Spółki kształtował się następująco: [1] dla SPSP: w 2006 r. zysk 618,6 tys. zł., w 2007 r. zysk 1 440,0 tys. zł, dla SPSP w likwidacji wg stanu na dzień 25 sierpnia 2008 r. –strata 169,1 tys. zł [2] dla Spółki w 2008 r. zysk 1 233,0 tys. zł, w 2009 r. zyska 1 292,0 tys. zł, w 2010 r. strata -911,6 tys. zł. Jednakże pozyskane od Spółki dane wskazują, że wynik finansowy na koniec lipca 2014 r. był ujemny, tj. strata netto wyniosła 137,8 tys. zł.

Na wysokość straty w 2012 r. wpływ miał również brak podpisania kontraktu z NFZ w rodzaju świadczeń medycznych Podstawowa Opieka Zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej pomocy medycznej oraz znaczne zmniejszenie kwoty kontraktu w zakresie transportu sanitarnego, które wygenerowały w 2011 r. dochód w łącznej kwocie 328,1 tys. zł.

(dowody: akta kontroli str. 551-562; 579, 638-640; 644-654; 955-970)

Wykazywanie straty wynikały również z faktu wykonywania przez Spółkę tzw. świadczeń ratujących życie, ponad limity ustalone w ramach kontraktów z NFZ, które Spółka zobowiązana była wykonać, a za których udzielenie nie otrzymywała na bieżąco należności z NFZ (Spółka wykazywała na bieżąco koszty udzielania tych świadczeń).

(dowody: akta kontroli str. 551-562; 638-640; 656-679)

Jak wyjaśnił[...]¹⁹ – były Prezes Zarządu Spółki w kontrolowanym okresie Spółka była nastawiona na intensywną gospodarkę remontowo-inwestycyjną, na którą do 2013 r. wydatkowała niemal 20 mln zł. Wskazał również, że ograniczenie tych prac potencjalnie mogłoby wpłynąć na poprawę wyniku finansowego, o ile Spółka byłaby w stanie utrzymać podpisane kontrakty, przy jednoczesnym rozwoju potencjału konkurencji.

(dowody: akta kontroli str. 1121-1125)

Wpływ na wynik finansowy Spółki miały również czynniki obiektywne, do których zaliczyć można w kontrolowanym okresie wzrost podatku od towarów i usług o 1%, czy też wzrost składki rentowej z 4,5 na 6,5%. Negatywnie na finanse Szpitala oddziaływał również brak waloryzacji kosztów świadczeń przez NFZ o poziom inflacji.

(dowody: akta kontroli str. 656-679; 1090-1091, 1094-1099)

Prezes Zarządu Spółki przedstawiła analizy, z których wynikało, że w rodzaju leczenia szpitalne w odniesieniu do: pediatrii, położnictwa i ginekologii, chirurgii ogólnej oraz chorób wewnętrznych, wysokość kontraktów zawartych z NFZ w latach 2013-2014 *per capita* na mieszkańca powiatu dzierzoniowskiego, kształtował się w każdym ze wskazanych powyżej zakresów świadczeń poniżej średniej dla powiatów ziemskich województwa dolnośląskiego.

(dowody: akta kontroli str. 1102-1120)

W celu obniżenia kosztów jednostkowych, Spółka przystąpiła do realizacji projektu mającego na celu przeprowadzenie termomodernizacji obiektów Szpitala, na które pozyskano środki zewnętrznie. Ponadto[...]²⁰były Prezes Zarządu Spółki w złożonych wyjaśnieniach wskazał, że po przekształceniu Szpitala podejmowane były działania, mające na celu obniżenie kosztów jednostkowych, związane z restrukturyzacją zatrudnienia (np. poprzez zwolnienie zawodowych kierowców karettek, czy też likwidację jednych z dwóch takich samych komórek organizacyjnych, np. podwójnego oddziału internistycznego, w miejsce którego utworzono Zakład Opiekuńczo-Leczniczy).

(dowody: akta kontroli str. 53-66, 583-585, 656-679, 1121-1131)

Pozytywnie na obraz sytuacji finansowej Spółki, pomimo wskazanych powyżej czynników, wpływał brak posiadania zobowiązań wymagalnych, a także

¹⁹ Tajemnica ustawowo chroniona. Wyłączono dane osobowe na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6.09.2001 r. o dostępie informacji publicznej (Dz.U. nr 112, poz. 1198 ze zm.).

²⁰ Tajemnica ustawowo chroniona. Wyłączono dane osobowe na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6.09.2001 r. o dostępie informacji publicznej (Dz.U. nr 112, poz. 1198 ze zm.).

kształtowania się wskaźnika bieżącej płynności²¹ na poziomie wskazującym na możliwość bieżącego regulowania zobowiązań krótkoterminowych, bowiem wartość wskaźnika w latach 2011-2013 (na koniec tych lat) wynosiła odpowiednio: 2,0; 1,2; 1,7.

(dowody: akta kontroli str. 551-562; 656-679)

2.5. Należności Spółki z tytułu wykonywania świadczeń medycznych na rzecz osób nieubezpieczonych.

Z tytułu wykonania usług i świadczeń medycznych na rzecz osób nieubezpieczonych kwota należności Spółki wyniosła łącznie 70,2 tys. zł²², w tym: w 2011 r. - 6,9 tys. zł, w 2012 r. - 28,6 tys. zł, w 2013 r. - 27,5 tys. zł oraz w 2014 r. 7,2 tys. zł. Łączna kwota ściągniętych w całości należności wyniosła 47,6 tys. zł (67,8% kwot należności). Do Rady Prawnego przekazane zostały sprawy egzekucji należności o wartości 5,7 tys. zł (8,1%), w trakcie egzekucji bądź spłaty były należności na kwotę 1,6 tys. zł (2,2%), umorzone zostały należności na kwotę 8,7 tys. zł (12,4%), natomiast w odniesieniu do należności na łączną kwotę 6,6 tys. zł (9,4 tys. zł) Spółka wystawiła wezwania do zapłaty. Umorzenia należności wynikały przede wszystkim z bezskutecznej egzekucji, spowodowanej głównie brakiem dochodów dłużników, a także z faktu spisania w koszty Spółki wierzytelności o nieznacznym kwotach, których dochodzenie generowałoby po stronie Spółki koszty wyższe lub równe kwocie należności.

(dowody: akta kontroli str. 1090-1091, 1094-1099; 1131-1136)

2.6. Odprowadzanie zaliczek na podatek dochodowy od osób prawnych z tytułu wykonania świadczeń w trybie nagłym, ponad limit określony w umowach z NFZ

W związku z wykazywanym przez Spółkę w kontrolowanym okresie wynikiem finansowym, Spółka w rozliczeniach miesięcznych nie wykazywała podatku należnego do zapłaty i w rezultacie nie płaciła podatku dochodowego od osób prawnych (z wyjątkiem stycznia 2011 r., za który Spółka wykazała i zapłaciła podatek w kwocie 10,7 tys. zł). Spółka obliczając należny podatek, nie uwzględniała do podstawy opodatkowania kwot wynikających z tzw. nadwykonań, tj. ponad limity wynikające z kontraktów zawartych z NFZ, a które nie zostały zapłacone przez NFZ (nie traktowała ich jako przychodu podatkowego). Jako przychód podatkowy Spółka traktowała kwoty wynikające z ugód zawartych z NFZ, dotyczących sfinansowania nadwykonań udzielonych w trybie nagłym. Kwoty na które zawarte były ugody Spółka wykazywała w rozliczeniach miesięcznych po ich zawarciu.

W złożonych wyjaśnieniach Prezes Spółki podała, że taki sposób wykazywania przychodów wynikał z przyjęcia przez Spółkę zasady, wedle której kwoty te stawały się przychodem dopiero w momencie zaakceptowania przez Oddział NFZ świadczeń nieobjętych zakresem umów, poprzez podpisanie aneksów do umów, tj. podpisanie ugód.[...]były Prezes Zarządu Spółki wyjaśnił, że Szpitale nie fakturują nadwykonań do NFZ ze względu na to, że takie faktury nie są przyjmowane, a w konsekwencji brak było możliwości uznania ich za przychód podatkowy. Z kolei

²¹ Który wyznaczany jest relacją aktywów bieżących do zobowiązań bieżących.

²² Kwota ta nie uwzględnia przychodów Spółki z tytułu świadczeń wykonanych na rzecz osób, którym wystawiono paragon fiskalny, a jedynie fakturę, bowiem od 1 maja 2011 r. jeśli pacjent od razu opłacał należność nie była ewidencjonowana jego osoba (nie była wystawiana faktura).

²³ Tajemnica ustawowo chroniona. Wyłączono dane osobowe na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6.09.2001 r. o dostępie informacji publicznej (Dz.U. nr 112, poz. 1198 ze zm.).

Członkowie Zarządu[...]24(Główna Księgowa w całym okresie objętym kontrolą) i [...]25wyjaśnili, że wedle ich wiedzy Spółka traktowała tego rodzaju świadczenia jako usługi nieodpłatne do momentu podpisania stosownego aneksu do umowy z NFZ (ugody) i wystawienie faktury, co wynikało z art. 12 ust. 3 i 3a ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych26. Ponadto Członkowie Zarządu przedłożyli interpretację ogólną Ministra Finansów27, mającą potwierdzać prawidłowość działania Spółki. W ocenie NIK przedłożona interpretacja nie miała jednak zastosowania w przypadku Spółki.

(dowody: akta kontroli str. 53-66, 897-939, 1090-1099, 1126-1131)

2.7. Struktura kosztów Szpitala

Koszty ogółem Szpitala w okresie od 1 stycznia 2011 r. do 30 kwietnia 2014 r. wyniosły łącznie 117 059,5 tys. zł. W okresie objętym kontrolą koszty te zwiększały się, wynosząc: 32 748,1 tys. zł w 2011 r., 35 389,8 tys. zł w 2012 r., 36 745,8 tys. zł w 2013 r. Natomiast w okresie od 1 stycznia 2014 r. do 30 kwietnia 2014 r. koszty te wyniosły 12 275,7 tys. zł.

(dowody: akta kontroli str. 551-562)

W strukturze kosztów Szpitala największy udział stanowiły koszty wynagrodzeń wraz z pochodnymi28 wynoszące: w 2011 r. – 21 329,6 tys. zł (w tym personelu medycznego 19 651,4 tys. zł), w 2012 r. – 22 289, 2 tys. zł (w tym personelu medycznego 20 413,6 tys. zł), 23 112,6 tys. zł w 2013 r. (w tym personelu medycznego 21 070,4 tys. zł) oraz 7 744,5 tys. zł do dnia 30 kwietnia 2014 r. (w tym personelu medycznego 7 091,1 tys. zł). Do wzrostu wynagrodzeń przyczyniło się zwiększenie zatrudnienia w Spółce, a także wzrost składki rentowej.

(dowody: akta kontroli str. 551-562, 656-679, 731-754, 1094-1099, 1126-1131)

Ponadto istotne elementy kosztów dotyczyły zakupu:

- a) materiałów niezbędnych do udzielania świadczeń medycznych (w tym leków, sprzętu jednorazowego), w łącznej kwocie 17 560,5 tys. zł, w tym 4 353,2 tys. zł w 2011 r.; 5 185,2 tys. zł w 2012 r.; 6 042,2 tys. zł w 2013 r. oraz 1 979,9 tys. zł do dnia 30 kwietnia 2014 r.
- b) usług obcych29 (w tym procedur medycznych) w łącznej kwocie 7 734,1 tys. zł, w tym 2 337,7 tys. zł w 2011 r.; 2 417,1 tys. zł w 2012 r.; 2 246,6 tys. zł w 2013 r. oraz 732,7 tys. zł do dnia 30 kwietnia 2014 r.
- c) paliw, energii oraz mediów w łącznej kwocie 3 813,0 tys. zł, w tym 1 231,7 tys. zł w 2011 r.; 1 169,5 tys. zł w 2012 r.; 1 013,7 tys. zł w 2013 r. oraz 398,1 tys. zł do dnia 30 kwietnia 2014 r.

(dowody: akta kontroli str. 680-730)

2.8. Zatrudnienie

Zatrudnienie, wg stanu na koniec każdego roku, kształtowało się na poziomie: 418 osób w 2011 r., 419 osób w 2012 r., 424 osób w 2013 r. oraz 426 osób w 2014 r. (wg stanu na dzień 30 kwietnia 2014 r.). Wzrost zatrudnienia wynikał z rozszerzenia

²⁴ Tajemnica ustawowo chroniona. Wyłączono dane osobowe na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6.09.2001 r. o dostępie informacji publicznej (Dz.U. nr 112, poz. 1198 ze zm.).

²⁵ Tajemnica ustawowo chroniona. Wyłączono dane osobowe na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6.09.2001 r. o dostępie informacji publicznej (Dz.U. nr 112, poz. 1198 ze zm.).

²⁶ Dz. U. z 2014r., poz. 851, ze zm.

²⁷ Pismo. DD6/033/139/MNX/13/RD-106351 z dnia 31 października 2013 r.

²⁸ W tym wynikające z umów zawartych z zatrudnionymi w innej formie niż umowy o pracę.

²⁹ Z wyłączeniem umów zawieranych w celu zapewnienia zatrudnienia personelu medycznego.

zakresu udzielonych przez Spółkę świadczeń zdrowotnych, poprzez m.in. utworzenia Pracowni Fizjoterapii w 2013 r.

Liczba oraz forma zatrudnienia personelu medycznego w okresie objętym kontrolą przedstawiała się następująco:

- a) w 2011 r. – 369 osób, w tym 298 osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę (80,8%), 44 - na podstawie kontraktu (11,9%) oraz 26 osób zatrudnionych na podstawie pozostałych umów (7,3 %);
- b) w 2012 r. – 370 osób, w tym 279 osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę (75,4%), 70 - na podstawie kontraktu (18,9%) oraz 21 - na podstawie pozostałych umów (5,7 %);
- c) w 2013 r. – 380 osób, w tym: 278 osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę (73,2%), 82 - na podstawie kontraktu (21,6%) oraz 19 - na podstawie pozostałych umów (5,3 %);
- d) w 2014 r. – 379 osób, w tym 284 osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę (74,9%), 80 osób zatrudnionych na podstawie kontraktu (21,1%) oraz 14 - na podstawie pozostałych umów (4,0%).

(dowody: akta kontroli str. 865-866)

Wyjaśniając przyczynę wzrostu liczby zawieranych kontraktów w latach 2011-2013 Dariusz Brzeziński były Prezes Zarządu Spółki wyjaśnił, że rodzaj umowy był wynikiem osiągniętego kompromisu przez strony.

(dowody: akta kontroli str. 1121-1125)

Spośród zatrudnionego w okresie w latach 2011 - 2014 personelu, liczba zatrudnionych pielęgniarek i położnych wynosiła odpowiednio: 176, 169, 169, 168. Dominującą formą zatrudnienia w tej grupie personelu medycznego w całym kontrolowanym okresie stanowiła umowa o pracę (odpowiednio liczba: 172, 157, 151, 152). Liczba osób zatrudnionych na podstawie kontraktów, w tej grupie personelu medycznego, w poszczególnych latach wynosiła odpowiednio: trzy osoby (1,7% ogółu), 11 osób (6,5%), 16 (9,5%) i 15 osób (8,9%).

(dowody: akta kontroli str. 685-688, 1121-1125)

Struktura wiekowa pielęgniarek i położnych zatrudnionych, wg stanu na dzień 30 kwietnia 2014 r., kształtowała się w następująco:

- a) urodzonych w 1963 r. i wcześniej (powyżej 50 roku życia) – 43,8%.
- b) urodzonych w latach 1964 – 1974 (powyżej 39 i poniżej 51 roku życia – 50,3%.
- c) urodzonych później niż w 1974 r (poniżej 40 roku życia) – 5,9%.

(dowody: akta kontroli str. 867)

2.9. Rachunek kosztów udzielania poszczególnych procedur medycznych

Spółka nie prowadziła rachunku kosztów udzielania poszczególnych procedur medycznych, bazując na wycenach dokonanych przez NFZ. [...] ³⁰ były Prezes Zarządu Spółki w złożonych wyjaśnieniach podał, że Szpital nie posiadał możliwości technicznych dokonania własnej wyceny procedur medycznych. W konsekwencji Spółka udzielając świadczeń komercyjnych udzielała ich w cenach wynikających z zawartych kontraktów. Jak wyjaśniła Prezes Zarządu Spółki, jedyną metodą wyceny kosztów jednostkowych w Spółce, do czasu wdrożenia elektronicznej wyceny, jest analogia do kosztów szacowanych przez NFZ. Ponadto

³⁰ Tajemnica ustawowo chroniona. Wyłączono dane osobowe na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6.09.2001 r. o dostępie informacji publicznej (Dz.U. nr 112, poz. 1198 ze zm.).

koszt świadczeń zdrowotnych dla pacjentów płacących za nie samodzielnie (poza kontraktem z NFZ) nie jest na tyle istotny, aby miał wpływ na wynik finansowy Spółki. Ponadto w związku z prowadzonym rachunkiem przychodów i kosztów poszczególnych komórek organizacyjnych, Spółka posiadała wiedzę na temat ich rentowności, co najmniej na ogólnym poziomie, tj. z uwzględnieniem wszystkich udzielanych świadczeń i kosztów przez daną komórkę.

(dowody: akta kontroli str. 53-66, 638-640, 1123-1125)

2.10. Opracowanie i wdrożenie receptariusza szpitalnego

W okresie objętym kontrolą obowiązywał receptariusz z dnia 5 września 2006 r., który został opracowany przed przekształceniem SPSP w Spółkę. Receptariusz nie został formalnie przyjęty do stosowania w Spółce.

(dowody: akta kontroli str. 1079-1082, 1085-1088, 1129-1131)

Szpital finalizuje prace związane z opracowaniem nowego receptariusza, które zostały zainicjowane na podstawie §3 ust. 1 uchwały z dnia 12 marca 2014 r. w sprawie powołania składu i zadań Zespołu Terapeutycznego. Jak wyjaśniła Kierownik Apteki Szpitala zakończenie tych prac przewidziano na przełomie sierpnia i września bieżącego roku. W zamierzeniu dokument ten ma zawierać załączniki, a wśród nich wnioski o sprowadzenie produktu leczniczego spoza Szpitalnej Listy Leków oraz wnioski o wprowadzenie leku, które były w opracowaniu.

(dowody: akta kontroli str. 53-66, 974-981)

2.11. Kwalifikacje członków Zarządu i Rady Nadzorczej

Osoby wchodzące w latach 2011-2014 w skład Zarządu Spółki posiadały wyższe wykształcenie. Ponadto legitymowały się m.in. ukończeniem studiów podyplomowych, a także kursów/szkoleń związanych z branżą medyczną i/lub zarządzaniem w podmiotach udzielających świadczeń opieki zdrowotnej.

(dowody: akta kontroli str. 890-896)

Członkowie Rady Nadzorczej Spółki również posiadali wyższe wykształcenie i stosownie do wymogu określonego w art. 41 ust.2 ustawy o działalności leczniczej, osoby te złożyły z wynikiem pozytywnym egzamin, o którym mowa w przepisach o komercjalizacji i prywatyzacji.

(dowody: akta kontroli str. 875-889)

2.12. Opracowanie biznesplanu w związku z przekształceniem SPSP w Spółkę

W związku z przekształceniem SPSP w Spółkę nie został opracowany biznesplan dla nowego podmiotu, przy czym brak było wymogu prawnego opracowania tego rodzaju dokumentu.

Natomiast w listopadzie 2009 r. został opracowany biznesplan, którego celem było określenie możliwości i niezbędnych warunków dla funkcjonowania Spółki kapitałowej w okresie co najmniej pięciu lat od dnia wpisu do rejestru, w celu uzyskania dofinansowania w ramach programu wieloletniego pod nazwą „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”. Biznesplan był załącznikiem do Programu Reorganizacji Systemu Ochrony Zdrowia na terenie Powiatu Dzierżoniowskiego. Zauważyć przy tym należy, że pomimo opracowania tego dokumentu Spółka w latach 2010-2012 wykazywała ujemny wynik finansowy.

(dowody: akta kontroli str. 551-562, 1136-1165)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. W okresie od dnia 31 grudnia 2012 r. (tj. od dnia przyjęcia nowego Regulaminu Organizacyjnego, którym uchylono Regulamin Organizacyjny z dnia 27 lutego 2008 r.³¹, w tym cennik za udostępnianie dokumentacji medycznej) do dnia 20 czerwca 2013 r. (tj. podpisania Zarządzenia nr 36/13 Prezesa Zarządu Spółki w sprawie udostępniania dokumentacji medycznej) w Szpitalu formalnie nie obowiązywał cennik określający wysokość opłat z tytułu udostępnienia dokumentacji medycznej, pomimo tego, że zgodnie z przepisem art. 24 ust. 1 pkt 9 *ustawy o działalności leczniczej*, regulacje dotyczące wysokości opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej powinny być określone w Regulaminie Organizacyjnym³². [...] ³³były Prezes Spółki wyjaśnił, że nie pamięta szczegółów okoliczności, skutkujących powstaniem omawianej nieprawidłowości.

(dowody: akta kontroli str. 1052-1056, 1123-1125)

2. Wysokość opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej została określona w okresie od dnia 20 czerwca 2013 r. do dnia zakończenia kontroli, na podstawie: Zarządzenia Prezesa Zarządu Szpitala z dnia 20 czerwca 2013 r. oraz uchwały Zarządu Szpitala z dnia 5 czerwca 2014 r., pomimo tego, że stosownie do wymogów określonych w art. 24 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej*³⁴ cennik ten powinien stanowić element Regulaminu Organizacyjnego każdego podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Wspomniane powyżej zarządzenie i uchwała stanowiły samodzielne regulacje - nie były związane z przyjęciem, bądź zmianą Regulaminu Organizacyjnego. NIK zwraca uwagę, że przyczyną wystąpienia tej nieprawidłowości było niewłaściwe sformułowanie §83 ust. 3 Regulaminu Organizacyjnego z dnia 31 grudnia 2012 r., który wskazywał na możliwość uregulowania tych kwestii w drodze odrębnego zarządzenia, co było sprzeczne z postanowieniami przywołanego wyżej przepisu ustawy *o działalności leczniczej*. Wyjaśniając przyczynę wystąpienia tej nieprawidłowości [...] ³⁵były Prezes Spółki w złożonych wyjaśnieniach podał, że nie pamięta okoliczności związanych z tym faktem. Natomiast osoby wchodzące aktualnie w skład Zarządu Spółki wyjaśniły, że podstawą do głosowania za uchwałą z dnia 5 czerwca 2014 r. był przywołany zapis Regulaminu Organizacyjnego, a także fakt, że cennik ten został przyjęty przez właściwy organ, tj. Zarząd Spółki.

(dowody: akta kontroli str. 1054-1062, 1094-1099, 1123-1125)

3. Szpital od dnia 13 czerwca 2012 r. (tj. od dnia zakupu) do dnia zakończenia czynności kontrolnych, nie udzielał świadczeń medycznych, przy pomocy wanny do elektromasażu (hydroterapii) nabytej za kwotę 19,8 tys. zł w wyniku zawarcia umowy o dofinansowanie z Województwem Dolnośląskim. Infrastruktura Szpitala nie umożliwiała użytkowania tego sprzętu (brak było instalacji wodno-kanalizacyjnej o wymaganych parametrach). [...] ³⁶ – Członek Zarządu w złożonych wyjaśnieniach podał, że oferowane programy dofinansowania nie korespondują z terminami realizacji założonymi przez beneficjentów pomocy, którzy przez to zmuszeni są z dużym wyprzedzeniem

³¹ Cennik za udostępnianie dokumentacji medycznej stanowił załącznik do uchylonego Regulaminu Organizacyjnego.

³² Jak wspomniano powyżej, cennik taki przyjęto dnia 20 czerwca 2013 r. na podstawie Zarządzenia Prezesa Szpitala jako odrębny dokument, a nie jako część Regulaminu Organizacyjnego.

³³ Tajemnica ustawowo chroniona. Wyłączono dane osobowe na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6.09.2001 r. o dostępie informacji publicznej (Dz.U. nr 112, poz. 1198 ze zm.).

³⁴ Dz. U. z 2013 r., poz. 217, ze zm.

³⁵ Tajemnica ustawowo chroniona. Wyłączono dane osobowe na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6.09.2001 r. o dostępie informacji publicznej (Dz.U. nr 112, poz. 1198 ze zm.).

³⁶ Tajemnica ustawowo chroniona. Wyłączono dane osobowe na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6.09.2001 r. o dostępie informacji publicznej (Dz.U. nr 112, poz. 1198 ze zm.).

inwestować w zakup niezbędnego sprzętu, który jest jednym z etapów całości przedsięwzięcia. Wyjaśnił również, że brak użytkowania tego sprzętu wynikał z konieczności przeprowadzenia remontu³⁷, który zakończył się w lutym 2014 r., natomiast do końca sierpnia 2014 r. przewidziano prowadzenie napraw gwarancyjnych, które umożliwią użytkowanie wspomnianego urządzenia. [...] ³⁸były Prezes Spółki wyjaśnił, że potrzeba rozbudowa działu fizjoterapii była dla niego oczywista, stąd podjęta została decyzja o zakupie sprzętu, natomiast analiza zasadności zakupu niezbędnego sprzętu została zlecona kierownikowi właściwej komórki organizacyjnej.

(dowody: akta kontroli str. 609-611, 630-637, 1129-1131)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

1. Struktura zatrudnienia pielęgniarek i położnych wskazuje na powstanie tzw. luki pokoleniowej wśród tej kategorii personelu medycznego z uwagi na fakt, że wśród personelu pielęgniarskiego 5,9% stanowiły osoby poniżej 40 roku życia. Sytuacja taka może w przyszłości doprowadzić do trudności w spełnieniu wymogów niezbędnych do udzielenia świadczeń, bądź też doprowadzić do obniżenia ich jakości.

Zarówno Prezes Zarządu Szpitala, jak i [...] ³⁹były Prezes Zarządu Szpitala wyjaśnili, że zjawisko to ma charakter powszechny w skali kraju. Prezes Zarządu Spółki wskazała również, że Szpital zwraca uwagę na oferty pracy składane przez osoby młode⁴⁰, natomiast nie zawsze możliwe jest zatrudnienie osób wchodzących na rynek pracy ze względu na specyficzne wymagania.

(dowody: akta kontroli str. 867, 1102-1120, 1129-1131)

2. Pomimo tego, że nie stwierdzono w toku kontroli przedawnienia roszczeń z tytułu nadwykonań udzielonych w trybie nagłym, w ocenie NIK, zasadne jest skrócenie czasu poprzedzającego formalne występowanie przez Spółkę do NFZ w celu uzyskania zapłaty za nadwykonania. Szpital do dnia zakończenia czynności kontrolnych nie wystąpił do NFZ w celu uzyskania zapłaty za świadczenia nagłe, których udzielono w 2013 r. ponad limity kontraktów zawartych z NFZ. Spółka była w trakcie weryfikacji dokumentów związanych z tego rodzaju świadczeniami, w celu przekazania ich do NFZ. NIK zauważa również, że formalne wystąpienie do NFZ w celu uzyskania zapłaty za nadwykonania za rok 2011 nastąpiło dopiero w 2014 r.

(dowody: akta kontroli str. 947-954, 1094-1099)

3. Spółka nie posiadała pełnej wiedzy dotyczącej wyceny poszczególnych procedur medycznych. W rezultacie, pomimo udzielania tzw. świadczeń komercyjnych, nie dysponowała informacjami, które z tych świadczeń były dochodowe.

(dowody: akta kontroli str. 53-66, 638-640, 1123-1125)

4. Receptariusz, który stosowany był w Spółce do momentu zakończenia wykonywania czynności kontrolnych, nie został formalnie przyjęty do stosowania, mimo tego, że został opracowany dla SPSP.

³⁷ Na realizację tego remontu Spółka pozyskała środki publiczne z RPO, priorytet V – wymiana instalacji co, ciepłej wody użytkowej i cyrkulacji w Budynku Głównym Szpitala.

³⁸ Tajemnica ustawowo chroniona. Wyłączono dane osobowe na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6.09.2001 r. o dostępie informacji publicznej (Dz.U. nr 112, poz. 1198 ze zm.).

³⁹ Tajemnica ustawowo chroniona. Wyłączono dane osobowe na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6.09.2001 r. o dostępie informacji publicznej (Dz.U. nr 112, poz. 1198 ze zm.).

⁴⁰ Czego przykładem ma być podjęte decyzja o zatrudnieniu absolwentki szkoły pielęgniarskiej od września na okres próbny.

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych

Opis stanu faktycznego

3.1. Zapewnienie ciągłości udzielania świadczeń medycznych w okresie przekształcenia

Stosownie do zapisów §2 ust. 1 uchwały Nr XI/98/00 Rady Powiatu Dzierżoniowskiego z dnia 25 września 2007 roku w sprawie likwidacji SPSP, mieszkańcom powiatu korzystającym dotychczas ze świadczeń zdrowotnych SPSP zapewniony miał zostać dostęp do świadczeń medycznych w sposób nieograniczony.

(dowód: akta kontroli str. 8-9)

Porównanie danych zawartych w 2008 r. w rejestrze zakładów opieki zdrowotnej dla SPSP i Spółki⁴¹ oraz danych w Regulaminach Porządkowych SPSP i NZOZ w okresie bezpośrednio poprzedzającym zaprzestanie funkcjonowania SPSP oraz w okresie związanym z rozpoczęciem działalności Spółki potwierdziło, że w strukturze organizacyjnej Spółki wyodrębnione zostały komórki organizacyjne, odpowiadające zakresom przedmiotowym świadczeń w zakresie nie węższym niż wykazane dla SPSP.

(dowód: akta kontroli str. 28-42; 982-985)

Spółka podpisała umowy z NFZ na udzielanie świadczeń zdrowotnych, które obowiązywały od dnia 1 kwietnia 2008 r., tj. od dnia następnego po dniu, w którym SPSP zaprzestał udzielania świadczeń zdrowotnych. W konsekwencji Spółka, tak jak SPSP, bezpośrednio po przekształceniu udzielała świadczeń w czterech rodzajach: [1] podstawowa opieka zdrowotna (świadczenia nocnej i świątecznej opieki medycznej, nocnej i świątecznej ambulatoryjnej i wyjazdowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej oraz transportu sanitarnego w POZ)⁴²; [2] ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne⁴³; [3] leczenie szpitalne⁴⁴; [4] ratownictwo medyczne⁴⁵. Ponadto na podstawie porozumienia z dnia 28 listopada 2008 r. Spółka przejęła wszystkie zobowiązania SPSP wobec NFZ, wynikające z umów zawartych w przywołanych powyżej rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej⁴⁶.

(dowód: akta kontroli str. 47-48, 67-100, 986-996)

3.2. Rozpoznanie potrzeb zdrowotnych populacji objętej działaniem Szpitala

W okresie objętym kontrolą Szpital nie prowadził rozpoznania potrzeb zdrowotnych populacji objętej jego działaniem.[...] ⁴⁷były Prezes Zarządu Spółki w złożonych wyjaśnieniach nie podał przyczyny braku takich działań do grudnia 2013 r., wskazał natomiast, że Szpital rozszerzał zakres przedmiotowy udzielanych świadczeń

⁴¹ Porównanie danych w zakresie funkcjonujących komórek organizacyjnych, wykazanych w księdze rejestrowej nr 02-01017 Samodzielnego Publicznego Szpitala Powiatowego w Dzierżoniowie wg stanu na dzień 27 lutego 2008 r. oraz informacji zawartych w decyzji Wojewody Dolnośląskiego znak PS.II.8011/90/L2008 z dnia 3 marca 2008 r. o wpisie Spółki do rejestru zakładów opieki zdrowotnej Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy w Dzierżoniowie Sp. z o.o. (nr księgi 02-01419).

⁴² Na podstawie umowy nr 01/6/3202112/01/2008/01 z dnia 15 maja 2008 r.

⁴³ Na podstawie umowy nr 02/1/3202112/01/2008/01 z dnia 23 kwietnia 2008 r.

⁴⁴ Na podstawie umowy nr 03/1/3202112/01/2008/01 z dnia 23 kwietnia 2008 r.

⁴⁵ Na podstawie umowy nr 09/2/3202112/01/2008/01 z dnia 23 kwietnia 2008 r.

⁴⁶ Porozumienie zawarte dnia 28 listopada 2011 r. pomiędzy Dolnośląskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ, a Spółką oraz Powiatem Dzierżoniowskim.

⁴⁷ Tajemnica ustawowo chroniona. Wyłączono dane osobowe na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6.09.2001 r. o dostępie informacji publicznej (Dz.U. nr 112, poz. 1198 ze zm.).

medycznych, kierując się na bieżąco potrzebami zdrowotnymi mieszkańców powiatu

(dowody: akta kontroli str. 53-66, 1121-1123)

W okresie objętym kontrolą Spółka rozpoczęła udzielania świadczeń z zakresu ortopedii (w rodzaju leczenie szpitalne, jak i ambulatoryjna opieka specjalistyczna), rehabilitacji (w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna), a także w 2009 r. rozpoczęła udzielanie świadczeń w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym (w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej).

(dowody: akta kontroli str. 656-679, 955-970)

3.3. Ograniczanie zakresu świadczeń udzielanych w ramach ubezpieczenia w NFZ, a także świadczeń nierentownych

Na podstawie danych przekazanych przez Spółkę weryfikacją objęto relację liczby badań diagnostycznych wykonywanych w poradniach przyszpitalnych do liczby udzielanych świadczeń/porad w poszczególnych latach. Szczegółową weryfikacją objęto przypadki, w których pomimo utrzymywania się na zbliżonym poziomie lub zwiększania się liczby świadczeń/porad w poszczególnych zakresach świadczeń zmniejszała się liczba udzielanych badań diagnostycznych. Przypadki te związane były z trzema komórkami organizacyjnymi Szpitala:

1. Poradnią Ginekologiczno-Położniczą, w której w 2011 r. udzielono 2722 porad/świadczeń i zlecono 3339 badań diagnostycznych (relacja liczby zleconych badań do porad wynosiła 1,22), natomiast w 2012 r. liczba świadczeń/porad wzrosła do 3194, a liczba badań diagnostycznych zmniejszyła się do 3110 (relacja liczby zleconych badań do porad wynosiła 0,97).
2. Poradnią Okulistyczną, w której w 2012 r. udzielono 4679 porad/świadczeń i zlecono 2927 badań diagnostycznych (relacja liczby zleconych badań do porad wynosiła 0,63), natomiast w 2013 r. liczba świadczeń/porad wzrosła do 4927, a liczba badań diagnostycznych zmniejszyła się do 2824 (relacja liczby zleconych badań do porad wynosiła 0,57).
3. Poradnią Chirurgiczną, w której w 2012 r. udzielono 4904 porad/świadczeń i zlecono 1102 badania diagnostycznych (relacja liczby zleconych badań do porad wynosiła 0,22), natomiast w 2013 r. liczba świadczeń/porad zmniejszyła się do 4895 (tj. o dziewięć), natomiast liczba badań diagnostycznych - do 810 (relacja liczby zleconych badań do porad wynosiła 0,17).

(dowody: akta kontroli str. 551-562)

Jak wyjaśnił Dyrektor ds. Medycznych zmniejszenie się liczby zleconych badań diagnostycznych w Poradni Ginekologiczno-Położniczej wynikał ze spadku liczby porodów, a w przypadku Poradni Chirurgicznej wynikał z uruchomienia w Szpitalu Poradni Ortopedycznej, która przejęła część zleconych badań. W odniesieniu do Poradni Okulistycznej stwierdził, że różnica ta jest niewielka i może wynikać z faktu przyjmowana w ciągu roku różnorodnej grupy pacjentów.

Z kolei[...]⁴⁸wyjaśnił, że bez dogłębnej analizy stanu zdrowia pacjentów nie da się określić tych przyczyn. Nie wykluczył, że w tym czasie mogły się zmienić przepisy w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Dodał także, że mogło to być

⁴⁸ Tajemnica ustawowo chroniona. Wylączono dane osobowe na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6.09.2001 r. o dostępie informacji publicznej (Dz.U. nr 112, poz. 1198 ze zm.).

skutkiem zwracania lekarzom uwagi na zasadność kierowania pacjenta na diagnostykę w celu obniżenia kosztów poradni.

(dowody: akta kontroli str. 1085-1088, 1132-1134)

W pozostałym okresie, w przypadku ww. poradni nie stwierdzono istotnych różnic w relacji liczby wykonywanych badań diagnostycznych do liczby świadczeń/porad⁴⁹. NIK zauważa również, że w przypadku Poradni Ortopedycznej, pomimo tego, że w latach 2013 i 2014 generowała ona straty, systematycznie wzrastał wskaźnik relacji liczby zleconych badań diagnostycznych do udzielonych świadczeń/porad i wynosił: 0,36 w 2012 r., 0,41 w 2013 r. oraz 0,51 w 2014 r. (do 30 kwietnia).

(dowody: akta kontroli str. 551-562; 638-640)

3.4. Liczba łóżek, którymi dysponował Szpital w okresie od 1 stycznia 2011 r. do dnia 30 kwietnia 2014 r.

Spółka udzielała świadczeń na oddziałach szpitalnych w dwóch jednostkach organizacyjnych, tj. w Szpitalu w Dzierżoniowie (w którym znajdowały się oddziały: internistyczny, chirurgiczny, ginekologiczno-położniczy, neonatologiczny oraz ortopedyczny) oraz w Szpitalu Bielawie (w którym znajdowały się oddziały: pediatryczny i okulistyczny).

W okresie objętym kontrolą średnia liczba łóżek ogółem na oddziałach szpitalnych wynosiła: 176 w 2011 r., 184 w 2012 r., 157 w 2013 r. oraz 169 wg stanu na dzień 20 kwietnia 2014 r.⁵⁰

Średnia liczba łóżek w poszczególnych oddziałach szpitalnych w kontrolowanym okresie wynosiła:

- oddział internistyczny: 58 łóżek w 2011 r.; 56 w 2012 r.; 38 w 2013 r.; 48 do dnia 30 kwietnia 2014 r.
- oddział chirurgiczny: 30 łóżek 2011 r.; 30 w 2012 r.; 26 w 2013 r.; 30 do dnia 30 kwietnia 2014 r.
- oddział ginekologiczny i położniczy: 26 łóżek w 2011 r.; 26 łóżek w 2012 r.; 26 w 2013 r.; 26 do dnia 30 kwietnia 2014 r.
- oddział noworodkowy: 15 łóżek w 2011 r.; 15 w 2012 r.; 15 w 2013 r.; 15 do dnia 30 kwietnia 2014 r.
- oddział okulistyczny: 23 łóżka w 2011 r.; 21 w 2012 r.; 19 w 2013 r.; 19 do dnia 30 kwietnia 2014 r.
- oddział dziecięcy: 24 łóżka w 2011 r.; 21 w 2012 r.; 21 w 2013 r.; 21 do dnia 30 kwietnia 2014 r.
- oddział ortopedyczny: 15 łóżek w 2012 r.; 12 w 2013 r. (przy czym z rocznego sprawozdania MZ wynikało, że liczba łóżek wynosiła 26); 10 łóżek do dnia 30 kwietnia 2014 r.

Średnie wykorzystanie łóżek na oddziałach szpitalnych kształtowało się następująco:

- 58,4% w 2011 r., w tym najwyższe wykorzystanie odnotowano na oddziale internistycznym (76,8%), a najniższe na oddziale pediatrycznym (34,0%),

⁴⁹ W relacji do lat poprzedzających.

⁵⁰ Ponadto Spółka w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym dysponowała przeciętnie 31 łózkami w 2011 r. oraz 30 łózkami w okresie od dnia 1 stycznia 2012 r. do dnia 30 kwietnia 2014 r.

- 57,2% w 2012 r., w tym najwyższe wykorzystanie odnotowano na oddziale internistycznym (79,9%), a najniższe na oddziale ortopedycznym (16,8%)⁵¹,
- 61,1% w 2013 r. w tym najwyższe wykorzystanie odnotowano na oddziale internistycznym (89,2%), a najniższe na oddziale neonatologicznym (39,3%),
- 53,5% w 2014 r. (do dnia 30 kwietnia) najwyższe wykorzystanie odnotowano na oddziale internistycznym (81,9%), a najniższe na oddziale neonatologicznym (39,7%).

(dowody: akta kontroli str. 757-758, 762, 767-834)

3.5. Udzielanie świadczeń zdrowotnych przy pomocy sprzętu zakupionego ze środków budżetu UE

Spółka nabyła przy udziale środków budżetu UE ambulans wraz z wyposażeniem. Jak wspomniano w części III.2 wystąpienia pokontrolnego, w toku kontroli nie stwierdzono, by zakupiony sprzęt był wykorzystywany do udzielania odpłatnych świadczeń, tj. świadczeń finansowanych z innych środków niż publiczne.

(dowody: akta kontroli str. 586-587, 589-592)

3.6. Prowadzenie list osób oczekujących na udzielenie świadczeń oraz przyczyny odmów przyjęcia do Szpitala

Spółka prowadziła jedną listę osób oczekujących na udzielenie świadczeń, która obejmowała jedynie pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń medycznych refundowanych przez NFZ.

(dowody: akta kontroli str. 53-66,973)

Z przekazanych przez Szpital danych wynikało, że do 2012 r. włącznie, nie było konieczności oczekiwania na udzielenie świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz ambulatoryjnych świadczeń kosztochłonnych. [...] ⁵² były Prezes Zarządu Spółki wyjaśnił, że wykazywanie dopiero od 2013 r. pacjentów oczekujących wynikało z ustaleń przeprowadzonej kontroli w przedmiocie prowadzenia i sporządzania sprawozdawczości do NFZ dotyczącej osób oczekujących na badania medyczne.

(dowody: akta kontroli str. 973, 1129-1131)

Świadczenia komercyjne udzielane były w Szpitalu na bieżąco. Jak wyjaśniła Prezes Spółki pacjenci, którym udzielano świadczeń komercyjnych przyjmowani byli po przekroczeniu przez Spółkę limitów miesięcznych w ramach kontraktów zawartych z NFZ. Wskazała również, że Szpital przyjmował poza kolejnością pacjentów nieubezpieczonych w stanach zagrażających życiu.

(dowody: akta kontroli str. 53-66, 973, 1102-1120, 1123-1125)

W odniesieniu do wydłużenia czasu oczekiwania pacjentów na przyjęcie do Szpitala ustalono, że w przypadku:

- oddziału ginekologiczno-położniczego, czas ten wydłużył się z 23 dni w 2012 r. do 43 dni w 2013 r. (przy spadku liczby oczekujących z 21 osób do 17),
- oddziału chirurgicznego, czas oczekiwania wydłużył się z 11 dni w 2011 r. do 22 dni w 2012 r., (przy spadku liczby oczekujących ze 144 osób do 125),

⁵¹ Oddział ten rozpoczął swą działalność w 2012 r.

⁵² Tajemnica ustawowo chroniona. Wyłączono dane osobowe na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6.09.2001 r. o dostępie informacji publicznej (Dz.U. nr 112, poz. 1198 ze zm.).

- zakładu opiekuńczo-leczniczego (zol), czas oczekiwania wydłużył się z 20 dni w 2011 r. do 61 dni w latach 2012-2013. (przy spadku liczby oczekujących z 11 do ośmiu osób).

Jak wyjaśnił dyrektor ds. medycznych Szpitala, wydłużenie czasu oczekiwania na przyjęcie do Szpitala mogło wynikać m.in. z ustalonych przez NFZ limitów kontraktów, zmian terminu udzielenia świadczenia przez samych oczekujących (oddziały szpitalne), natomiast w przypadku zol wynikało to z dobrej opieki medycznej świadczonej pacjentom i w związku z tym braku wolnych miejsc.

(dowody: akta kontroli str. 973, 1083-1089)

Łączną liczbą odmów przyjęcia do Szpitala pacjentów, którym przysługiwało prawo do świadczeń refundowanych w ramach NFZ w okresie od dnia 1 stycznia 2011 r. do dnia 30 kwietnia 2014 r. wyniosła 5154. W latach 2011-2013 liczba odmów przyjęcia pacjentów wzrastała wynosząc odpowiednio: 195 odmów, 1405 i 2518 odmów, a dane do 30 kwietnia 2014 r., wskazują na utrzymanie się tendencji wzrostowej, bowiem w tym okresie liczba odmów ukształtowała się na poziomie 1036. Główną przyczyną odmowy przyjęć był brak wskazań do hospitalizacji, obejmujący łącznie 3045 przypadków (w poszczególnych latach odpowiednio: 150, 183, 737 i 349), natomiast skierowanie do innego szpitala było przyczyną 384 odmów (w poszczególnych latach odpowiednio: 6, 143, 169, 66).

(dowody: akta kontroli str. 973)

Wyjaśniając wzrost liczby odmów przyjęcia do Szpitala[...]⁵³były Prezes Zarządu Spółki w złożonych wyjaśnieniach podał, że każdorazowo decydowały o tym względy medyczne. Natomiast Z-ca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśnił, że jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy była utrata kontraktu na nocną i świąteczną pomoc lekarsko-pielęgniarską, ponieważ do czasu gdy Szpital posiadał kontrakt na te usługi, pacjenci byli wstępnie segregowani i ci, którzy nie byli w stanie zagrożenia życia byli od razu przekierowywani do pomocy nocnej i świątecznej. W związku z tym nie byli wykazywani w dokumentacji izby przyjęć. Jako kolejną przyczynę Dyrektor ds. Medycznych wskazał wdrożenie modułu systemu informatycznego do obsługi izby przyjęć, co skutkowało m.in. tym, że obecnie odmowy wykazywane są nie tylko w grupie pacjentów zgłaszających się ze skierowaniem ale także w grupie pacjentów zgłaszających się w trybie ambulatoryjnym, np. z urazem opatrzonym na miejscu i nie wymagającym hospitalizacji. NIK zauważa jednak, że utrata kontraktu nastąpiła z końcem lutego 2011 r., a moduł oprogramowania związanego z Izłą Przyjęć funkcjonuje w Spółce od 2010 r.

(dowody: akta kontroli str. 837-839, 955-956, 1083-1084, 1123-1125)

3.7. Wyposażenie Szpitala oraz obsada kadrowa w świetle wymogów niezbędnych do prowadzenia działalności

W toku kontroli NIK weryfikacją objęto spełnianie przez Szpital wymogu posiadania sprzętu i wyposażenia na oddziałach szpitalnych, niezbędnych do udzielania w roku 2014 świadczeń w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie chorób wewnętrznych oraz chirurgii ogólnej.

Przeprowadzone w toku kontroli oględziny Oddziału Chirurgii Ogólnej w Dzierżoniowie oraz Oddziału Chorób Wewnętrznych w Dzierżoniowie wykazały, że Oddziały te zostały wyposażone w aparaturę i sprzęt medyczny niezbędny do ich funkcjonowania, w świetle wymogów określonych w Załączniku nr 3 do

⁵³ Tajemnica ustawowo chroniona. Wyłączono dane osobowe na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6.09.2001 r. o dostępie informacji publicznej (Dz.U. nr 112, poz. 1198 ze zm.).

rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁵⁴.

(dowody: akta kontroli str. 998-1002, 1004-1006, 1011-1012, 1017-1018)

Liczba oraz kwalifikacje zatrudnionego personelu lekarskiego, niezbędnego do udzielania świadczeń w zakresie chorób wewnętrznych oraz chirurgii ogólnej wg stanu na dzień 31 lipca 2014 r. również były zgodne z wymogami przywołanego aktu prawnego.

(dowody: akta kontroli str. 1003, 1007-1010, 1016)

3.8. Wykazywanie przez Spółkę pacjentów w rozliczeniach z NFZ

W toku kontroli weryfikacją objęto 15 924 numerów PESEL pacjentów, za leczenie których w 2013 r. NFZ zapłacił Szpitalowi. Badaniem objęto pacjentów wykazywanych w rodzajach świadczeń: leczenie szpitalne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz ambulatoryjna opieka specjalistyczna świadczenia kosztochłonne, pod kątem wykazania tych pacjentów w systemie informatycznym Spółki, jako leczonych w 2013 r. Badanie to potwierdziło, że Spółka rozliczała z NFZ pacjentów, których numery PESEL figurowały w dokumentacji Spółki, jako pacjentów leczonych w 2013 r.⁵⁵

(dowody: akta kontroli str. 1033-1048)

3.9. Wykorzystanie optymalizatora Jednorodnych Grup Pacjentów

Spółka w lutym 2012 r. nabyła, w ramach posiadanego systemu informatycznego dedykowanego do obsługi ruchu chorych (dalej: System), moduł Symulatora JGP w skład, którego wchodził Optymalizator (symulator) JGP oraz Gruper JGP. Z instrukcji użytkownika Systemu wynikało, że podczas dokonywania rozliczeń hospitalizacji pacjentów, System ten umożliwiał określanie grupy świadczeń, możliwych do wykazania (w tym wyżej wycenianych przez NFZ), pod warunkiem zmiany kombinacji rozpoznań wpisowych, spośród rozpoznań zaewidencjonowanych. Na funkcjonowanie tego oprogramowania w latach 2012-2014 Spółka, na mocy obowiązujących umów, zobowiązała się przeznaczyć łącznie kwotę 19,7 tys. zł, z których dotychczas wydatkowano 13,1 tys. zł.

(dowody: akta kontroli str. 53-66, 835-836, 840-864)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. W przekazanym do Wojewody Dolnośląskiego sprawozdaniu rocznym o działalności Szpitala ogólnego (MZ-29) za 2013 r. wskazano, że na Oddziale Ortopedycznym liczba łóżek wynosiła 26, podczas gdy zgodnie ze stanem faktycznym Spółka dysponowała 12 łózkami. Kierownik Statystyki i Archiwum Medycznego wyjaśniła, że przyczyną powstania nieprawidłowości była pomyłka.
2. Dane zawarte w rejestrze podmiotów prowadzących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 w związku z art. 106 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 25 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej wskazywały na funkcjonowanie w Spółce następujących komórek organizacyjnych, które w rzeczywistości nie były utworzone:

⁵⁴ Dz. U., poz.1520. Do zapisów przywołanego Rozporządzenia odwołuje się również Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia 89/2013 z dnia 19 grudnia 2013 r.

⁵⁵ W jednym przypadku stwierdzono brak występowania w dokumentacji Spółki numeru PESEL pacjenta, za którego leczenie Fundusz zapłacił Spółce kwotę 26,16 zł. Przypadek ten mieścił się w granicach błędu statystycznego (zarówno w zakresie ilościowym, jak i jakościowym – kwotowym). W konsekwencji nie mógł być brany pod uwagę przy formułowaniu oceny wykazywania przez Spółkę pacjentów w celu rozliczenia z NFZ.

- a) Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (kod resortowy 4902 Szpitalny oddział ratunkowy), wykazany w Dziale III Lp. 5 Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.
- b) Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej (kod resortowy 4260 Oddział anestezjologii i intensywnej terapii), wykazany w Dziale III Lp. 6 rejestru z liczbą łóżek - jedno.
- c) Oddziału Rehabilitacyjnego (kod resortowy 4300 Oddział rehabilitacyjny), wykazany w Dziale III Lp. 55 rejestru z liczbą łóżek - 10.

Stan ten był nieprawidłowy w świetle postanowień art. 107 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, obligującej podmiot wykonujący działalność leczniczą, do zgłaszania organowi prowadzącemu rejestr (wojewoda) wszelkich zmian danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania. Za brak spełnienia obowiązku dokonania ww. zmian ustawodawca przewidział możliwość nałożenia kary pieniężnej w wysokości do dziesięciokrotnego minimalnego wynagrodzenia za pracę (art. 107 ust. 2-11 ww. ustawy). Dariusz Brzeziński były Prezes Zarządu Spółki wyjaśnił, że wymogi przywołanych przepisów trudno pogodzić z praktyką, bowiem często wpisywanie komórek organizacyjnych do rejestru miało miejsce na celu ubieganie się o kontrakt z NFZ. Wskazał również, że brak wykreśleń wynikał, w przypadku braku uzyskania kontraktu z NFZ, z konieczności ewentualnego powtarzania czynności związanych z wpisem do rejestru. W dniach 1 sierpnia 2014 r. i 18 sierpnia 2014 r. Prezes Spółki złożyła do Wojewody Dolnośląskiego wnioski o skorygowanie ww. zapisów w rejestrze.

3. Regulamin Organizacyjny NZOZ Szpitala Powiatowego w Dzierżoniowie Sp. z o.o. w §13 ppkt 4, w § 14 ppkt 3 wyszczególniał funkcjonowanie w ramach struktury Szpitala: Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej oraz Oddziału Rehabilitacyjnego, pomimo tego, że jak wskazano powyżej (pkt 1), takie komórki organizacyjne w rzeczywistości nie funkcjonowały. Stan ten był sprzeczny z wymogami określonymi w art. 24 ust. 1 pkt ustawy o działalności leczniczej, zgodnie z którym w regulaminie organizacyjnym podmiotu wykonującego działalność leczniczą określa się m.in. strukturę organizacyjną oraz organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych podmiotu wykonującego działalność leczniczą. [...] ⁵⁶ były Prezes Zarządu Spółki wyjaśnił, że nie pamięta okoliczności związanych z opracowywaniem Regulaminu Organizacyjnego z 2012 r. Z kolei Prezes Zarządu wyjaśniła, że w toku przeprowadzania kontroli NIK trwały prace nad zmianą Regulaminu Organizacyjnego.

(dowody: akta kontroli str. 755-758, 765-766, 800-812, 1068-1077, 1094-1099, 1102-1120, 1123-1125)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zwraca również uwagę, że czynniki, które wg wyjaśnień pracowników Spółki powodowały zwiększenie liczby odmów przyjęcia pacjentów do Szpitala wystąpiły przed rokiem 2012 r., a liczba odmów przyjęcia do Szpitala systematycznie wzrastała także w 2013 r. i w 2014 r. (do 30 kwietnia 2014 r.).

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości działalność w kontrolowanym obszarze.

⁵⁶ Tajemnica ustawowo chroniona. Wyłączono dane osobowe na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6.09.2001 r. o dostępie informacji publicznej (Dz.U. nr 112, poz. 1198 ze zm.).

4. Kontrola wewnętrzna i zewnętrzna w Spółce (wybrane zagadnienia)

4.1 Kontrola zewnętrzna w Spółce

Opis stanu
faktycznego

W latach 2011 – 2014 (do dnia zakończenia kontroli) 13 instytucji zewnętrznych przeprowadziło w Szpitalu 40 kontroli, w tym osiem kontroli DOW NFZ, jedną – Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Wałbrzychu, dwie - Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia – Instytucja Wdrażająca dla Priorytetu POIiŚ, sześć - Dolnośląski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny, dwie - Dolnośląski Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny, sześć - Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Wałbrzychu, cztery - Dolnośląski Urząd Wojewódzki we Wrocławiu, trzy - Wojewódzki Fundusz Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej we Wrocławiu, jedną - Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Dzierżonowie, cztery - Okręgowy Inspektorat Pracy we Wrocławiu, jedną - Wojewódzki Inspektor Ochrony Roślin i Nasiennictwa we Wrocławiu Oddział w Dzierżonowie, jedną - Powiatowy Urząd Pracy w Dzierżonowie, jedną - Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych.

Analizą objęto osiem kontroli przeprowadzonych przez DOW NFZ w następującym zakresie:

- 1) Sprawdzenia wymogów konkursu na świadczenie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (luty 2011 r.). Po kontroli tej brak było uwag i zaleceń.
- 2) Prawidłowości realizacji umowy na świadczenia w zakresie okulistyki (październik 2011 r.). Podczas tej kontroli stwierdzono brak wyposażenia gabinetu w stosowny sprzęt. Nałożono karę w kwocie 3,9 tys. zł. Sformułowano ocenę negatywną z uwagi na niezgodność realizacji umowy z jej postanowieniami. Zalecono dostosowanie świadczeń do harmonogramu, umieszczenie uzupełnionych informacji dotyczących poradni okulistycznej. Pismem z dnia 28 lutego 2012 r. Szpital poinformował DOW NFZ o zachowaniu dostępności świadczonych usług oraz o zamierzonym podwyższeniu standardu świadczonych usług medycznych po 30.04.12 r., tj. po zakończeniu remontu.
- 3) Prawidłowości realizacji umowy w zakresie badań angiograficznych narządu wzroku oraz tomografii komputerowej (listopad 2011 r.). Po kontroli tej sformułowano ocenę pozytywną. Zalecono dostosowanie świadczeń do harmonogramu oraz jego aktualizację. Szpital poinformował w dniu 5 stycznia 2012 r. DOW NFZ o zrealizowaniu zaleceń.
- 4) Świadczenia usług w zakresie chirurgii ogólnej, kolonoskopii, tomografu komputerowego, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, leczenia bólu, okulistyki, pobierania materiału do cytologii (czerwiec 2012 r.). Po kontroli tej brak było uwag i zaleceń.
- 5) Świadczenia usług medycznych w zakresie chorób wewnętrznych – hospitalizacja (lipiec-sierpień 2012 r.). W wyniku tej kontroli stwierdzono niedostosowanie pomieszczeń do obowiązujących unormowań, sformułowano ocenę pozytywną z uchybieniami. Zalecono wykonywanie umów zgodnie z zasadami określonymi w zarządzeniu Prezesa NFZ, dokumentowanie działań zgodnie z rzeczywistością. Szpital poinformował DOW NFZ o decyzji Dolnośląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego z dnia 6 listopada 2012 r., zgodnie z którą pomieszczenia i urządzenia Oddziału Internistycznego odpowiadają stosownym wymogom. Wskazana decyzja została załączona do pisma z dnia 14 listopada 2012 r. skierowanego do DOW NFZ.

- 6) Porównania informacji z ofertą Szpitala ze stanem faktycznym w przedmiocie świadczeń medycznych w zakresie traumatologii narządów ruchu – hospitalizacja (sierpień 2012 r.). Po kontroli tej brak było uwag i zaleceń.
- 7) Porównania informacji z ofertą Szpitala ze stanem faktycznym w przedmiocie świadczeń medycznych w zakresie fizjoterapii i rehabilitacji ambulatoryjnej (grudzień 2012 r.). Po kontroli tej brak było uwag i zaleceń.
- 8) Prawidłowości realizacji umowy w zakresie gotowości dobowej zespołów ratownictwa medycznego (kwiecień-maj 2013 r.). Po kontroli tej stwierdzono realizację transportów międzyszpitalnych wbrew umowie, ograniczoną gotowość dobową do udzielania świadczeń, realizację wbrew umowie zleceń innych podmiotów. Sformułowano ocenę pozytywną z nieprawidłowościami pod względem legalności, pozytywną z uchybieniem pod względem celowości oraz negatywną pod względem rzetelności. Nałożono karę w kwocie 13,8 tys. zł. W wyniku złożonego w dniu 31 lipca 2013 r. przez Szpital zażalenia na Dyrektora DOW NFZ, Prezes NFZ nałożył w dniu 24 października 2013 r. na Dyrektora DOW NFZ obowiązek podjęcia dodatkowych czynności kontrolnych. W związku z ww. stanowiskiem Prezesa NFZ, DOW NFZ w dniu 16 grudnia 2013 r. odstąpił od nałożonej kary.

(dowód: akta kontroli str. 296-297)

Poza ww. instytucjami, kontrolę w Spółce przeprowadziło od 12 listopada 2012 r. do 14 grudnia 2012 r. Starostwo Powiatowe w Dzierżonowie. Kontrola objęła organizację i funkcjonowanie Izby Przyjęć Szpitala oraz sposób załatwiania skarg i wniosków wpływających do Szpitala i Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta w okresie od powstania Spółki do dnia rozpoczęcia kontroli. Nie było uwag do rozpatrywania przez Szpital skarg i wniosków oraz funkcjonowania Izby Przyjęć. Stwierdzono natomiast, że w przypadku pism z Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczących prośby o wyjaśnienie spraw, które zgłaszali do NFZ pacjenci, po załatwieniu sprawy przez Szpital i poinformowaniu o tym NFZ, nie ma informacji zwrotnej o zakończeniu sprawy oraz o tym jaka odpowiedź została udzielona skarżącemu, co uniemożliwiałoby zakwalifikowanie skargi do zasadnej lub niezasadnej. W związku z tym zalecono, aby w pismach wyjaśniających kierowanych do Narodowego Funduszu Zdrowia, Szpital zamieszczał zapis dotyczący informowania o sposobie załatwienia skargi przez Fundusz. Ponadto zalecono zwiększoną kontrolę i nadzór na pracę personelu szpitalnego, zwłaszcza w kontaktach z pacjentem.

(dowód: akta kontroli str. 298-320)

Zalecenie dotyczące zwiększonej kontroli na pracę personelu szpitalnego, zwłaszcza w kontaktach z pacjentem było realizowane poprzez systematyczną i cykliczną (kwartalnie) analizą ankiet satysfakcji pacjenta, które były powszechnie dostępne w każdej komórce organizacyjnej mającej bezpośredni kontakt z pacjentem. Wnioski z analizy ankiet przedstawiane były Zarządowi Szpitala. Na podstawie sygnałów z ankiet zidentyfikowano m. in. problemy istniejące w Izbie Przyjęć. W związku z tym przeniesiono Poradnię Chirurgiczną do wyremontowanych pomieszczeń oraz dokonano rozdzielania ruchu pacjentów w trybie planowym i w trybie nagłym. W toku były działania dotyczące oddzielenia części holu Izby Przyjęć w taki sposób, aby był on niewidoczny z korytarza w celu zapewnienia intymności pacjentów oraz oznakowanie Izby Przyjęć i jej otoczenia w taki sposób, aby pacjenci identyfikowali ścieżki komunikacyjne i poruszali się w obszarach przeznaczonych dla danego rodzaju świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 329-342)

4.2 Kontrola wewnętrzna w Spółce

W Spółce nie utworzono komórki kontroli wewnętrznej.

(dowód: akta kontroli str. 52, 65, 106)

W Szpitalu funkcjonował Komitet Kontroli Zakażeń Szpitalnych, powołany zarządzeniem Prezesa Zarządu Spółki z dnia 23 lutego 2009 r. Skład Komitetu był dwukrotnie zmieniany. Od dnia 29 sierpnia 2012 r. w jego skład wchodziło dziewięć osób, w tym siedmiu lekarzy. Zarządzeniem Prezesa Zarządu Spółki z dnia 29 sierpnia 2012 r. został powołany Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych.

(dowód: akta kontroli str. 343-349)

Szpital sporządzał i przekazywał roczne raporty o zakażeniach zakładowych za lata 2011 – 2013 do Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Dzierżonowie odpowiednio w dniach: 13 lutego 2012 r., 5 lutego 2013 r. i 3 lutego 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 350-368)

W Szpitalu były prowadzone kontrole epidemiologiczne. Ponadto odbywały się szkolenia personelu z zakresu zapobiegania zakażeniom.

(dowód: akta kontroli str. 369-441)

Przeciwko Szpitalowi toczyły się cztery sprawy sądowe dotyczące żądania zapłaty odszkodowania bądź zadośćuczynienia na łączną kwotę 287,0 tys. zł. Trzy z przedmiotowych spraw nie zostało zakończonych do dnia 30 czerwca 2014 r., a czwarta zakończyła się zasądzeniem na rzecz powoda kwoty 60,0 tys. zł, zapłaconej solidarnie z lekarzem pozwanym wspólnie ze Szpitalem. Zobowiązanie z tego tytułu zostało zaspokojone przez ubezpieczyciela Szpitala i ubezpieczyciela pozwanego lekarza. W związku z przedmiotowymi sprawami Spółka nie poniosła żadnych bezpośrednich kosztów.

(dowód: akta kontroli str. 474)

4.3 Załatwianie skarg

W książce skarg i wniosków Szpitala Powiatowego w Dzierżonowie Sp. z o.o. zostało odnotowanych łącznie 121 spraw, w tym: 20 w 2011 r., 42 w 2012 r., 40 w 2013 r. oraz 19 w I półroczu 2014 r.

Wśród tych spraw, znajdowały się 84 skargi, w tym 15 z 2011 r., 23 z 2012 r., 32 z 2013 r. oraz 14 z I półrocza 2014 r. Pozostałe sprawy dotyczyły wniosków, podziękowania itp. Do analizy wybrano trzy skargi z 2011 r., po dwie z 2012 r. i 2013 r. i jedną z I półrocza 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 447-470)

Spośród skontrolowanych ośmiu skarg do rozpatrzenia, do czterech z nich nie wniesiono uwag.

(dowód: akta kontroli str. 447-448)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Zalecenie dotyczące zamieszczania zapisów w pismach kierowanych do NFZ dotyczących informowania o sposobie załatwienia skargi czy wniosku przez Fundusz nie było realizowane.

(dowód: akta kontroli str. 321-324)

W związku z powyższym wyjaśnienia złożyli:

-[...]⁵⁷były Prezes Zarządu Spółki, który podał, że skargami zajmowała się bezpośrednio Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta oraz Zespół ds. Roszczeń, którym kierował dyrektor medyczny. Po przeprowadzeniu postępowań wyjaśniających przygotowywali oni stosowne odpowiedzi adresatom. Postępowania dotyczyły głównie kwestii medycznych, stąd w ich treść nie ingerował i nie pamiętał ich szczegółowych zapisów.

-[...]⁵⁸– Członek Zarządu Spółki, która wyjaśniła, że w pismach z dnia 16 stycznia 2014 r. i 19 lutego 2014 r. nie zamieściła zapisu z zaleceń pokontrolnych Starostwa Powiatowego z powodu przeoczenia. Oświadczyła też, że niniejsze pisma zostaną uzupełnione o stosowne zapisy i ponownie wysłane do NFZ. Każde następane pismo zostanie opatrzone stosowną klauzulą.

(dowód: akta kontroli str. 325-328)

2. Przed dniem 29 sierpnia 2012 r. w Szpitalu nie było powołanego Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych, mimo że o konieczności jego powołania Pielęgniarka Epidemiologiczna informowała kierownictwo Szpitala. Stan ten był niezgodny z art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o *chorobach zakaźnych i zakażeniach*⁵⁹ oraz z art. 14 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o *zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi*.⁶⁰

(dowód: akta kontroli str. 343-349, 480-482)

W związku z tym wyjaśnienia złożyli:

-[...]⁶¹- Prezes Zarządu Szpitala, która podała, że w dniach od 1 lutego 2008 r. do 21 maja 2008 r. za Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych bezpośrednio odpowiedzialny był dyrektor ds. medycznych Janusz Ferdyn, który jednocześnie pełnił obowiązki lekarza epidemiologa wraz z pielęgniarką epidemiologiczną. Jednocześnie nadmieniła, że Spółka była wtedy Spółką w trakcie organizacji.

-[...]⁶²były Prezes Zarządu Szpitala: „Niestety nie pamiętam okoliczności związanych z powołaniem Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych.”

(dowód: akta kontroli str. 103-104, 476-479)

3. W Szpitalu w latach 2011-2013 przeprowadzono 229 kontroli epidemiologicznych z zaplanowanych 309 (74,1%) oraz 68 kontroli w I połowie 2014 r. z zaplanowanych 219 na cały 2014 r. (31,1%). Z łącznej liczby 297 przeprowadzonych kontroli, w wyniku 207 z nich sformułowano zalecenia pokontrolne, przy czym w czterech przypadkach postanowiono o przeprowadzeniu kontroli ponownych mających na celu sprawdzenie realizacji zaleceń (kontrole te zaplanowano na okres późniejszy, nieobjęty badaniem NIK). Realizacja zaleceń została sprawdzona przez NIK w odniesieniu do próby 36,9% kontroli, tj. 75 z 203 kontroli. W 50 przypadkach kontroli stwierdzono pełną realizację zaleceń i wniosków pokontrolnych, w kolejnych 16 – częściową realizację, a w pozostałych 9 – w Szpitalu nie dokonano sprawdzenia realizacji tych zaleceń.

⁵⁷ Tajemnica ustawowo chroniona. Wyłączono dane osobowe na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6.09.2001 r. o dostępie informacji publicznej (Dz.U. nr 112, poz. 1198 ze zm.).

⁵⁸ Tajemnica ustawowo chroniona. Wyłączono dane osobowe na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6.09.2001 r. o dostępie informacji publicznej (Dz.U. nr 112, poz. 1198 ze zm.).

⁵⁹ Dz. U. Nr 126, poz. 1384 ze zm.

⁶⁰ Dz. U. z 2013 r., poz. 947 ze zm.

⁶¹ Tajemnica ustawowo chroniona. Wyłączono dane osobowe na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6.09.2001 r. o dostępie informacji publicznej (Dz.U. nr 112, poz. 1198 ze zm.).

⁶² Tajemnica ustawowo chroniona. Wyłączono dane osobowe na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6.09.2001 r. o dostępie informacji publicznej (Dz.U. nr 112, poz. 1198 ze zm.).

(dowód: akta kontroli str. 369-441)

W związku z powyższym wyjaśnienia złożyła[...]⁶³– Pielęgniarka Epidemiologiczna, w których podała, że kontrole nie zostały wykonane z powodu termomodernizacji budynku szpitalnego w Bielawie, przenoszenia oddziałów/komórek organizacyjnych do innych lokalizacji, absencji chorobowej, rozwiązywania spraw bieżących związanych pracą pielęgniarki epidemiologicznej, podjęcia w 2013 r. studiów podyplomowych, odbywaniem praktyk. Nie zrealizowanie jednej kontroli doraźnej (dotyczącej izolacji) spowodowane było zgonem pacjentki przed datą planowanej kontroli. Na cały 2014 rok zaplanowano 214 kontroli sanitarno-epidemiologicznych. Do czerwca 2014 r. miało być zrealizowanych 77 kontroli, z czego wykonano 71, co stanowi 92,2%. Nie zrealizowanie ok. 8% (sześć kontroli) związane było z problemami epidemiologicznymi wynikłymi w trakcie pracy.

Niewykonanie przez Pielęgniarkę Epidemiologiczną sprawdzeń z wykonania zaleceń pokontrolnych wynikało z podnoszenia przez Pielęgniarkę Epidemiologiczną kwalifikacji zawodowych związanych z zajmowanym stanowiskiem, wdrażaniem systemu ISO (2011) w swojej dziedzinie oraz nadzorowanie wdrażania systemu w wyznaczonych komórkach organizacyjnych szpitala, audytowaniem wyznaczonych komórek organizacyjnych szpitala od 2012 r. do chwili obecnej (lipiec 2014 r.), zastępowaniem Pielęgniarki Naczelnej podczas jej nieobecności, koniecznością uczestnictwa w nieplanowanych zebraniach zespołów i komitetów funkcjonujących w ramach systemu ISO (jako członek), przygotowywaniem specyfikacji do przetargów, udziałem w postępowaniu, ocenie i wyborze wykonawców, wykonywaniem na bieżąco prac zleconych przez Prezesa Spółki.

(dowód: akta kontroli str. 475, 480-489)

4. Stwierdzono brak udzielenia odpowiedzi skarżącym na dwie skargi z dnia 11 kwietnia 2011 r. oraz z dnia 6 grudnia 2012 r., a także przekroczenie w dwóch przypadkach miesięcznego terminu załatwienia sprawy – dla skargi z dnia 21 stycznia 2013 r. o trzy miesiące i dwa dni oraz dla skargi z dnia 25 kwietnia 2014 r. o jeden miesiąc. W obydwu sprawach, w których odnotowano opóźnienie nie zawiadomiono stron o przyczynach zwłoki i nie wyznaczono nowego terminu sprawy. Było to niezgodne z art. 35 §3 i art. 36 §1 i §2 ustawy – *Kodeks postępowania administracyjnego*⁶⁴ (Kpa).

(dowód: akta kontroli str. 447-448)

W związku z powyższym wyjaśnienia złożyli:

-[...]⁶⁵– Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta, która wyjaśniła, że w dniu 8 lutego 2013 r. Dyrektor ds. Medycznych wystosował informację w tej sprawie do Prezesa Szpitala (w odniesieniu do skargi z dnia 6 grudnia 2012 r.).

-[...]⁶⁶– Dyrektor ds. Medycznych, który podał, że stanowisko Dyrektora Medycznego zostało przekazane Prezesowi Zarządu w dniu 8 lutego 2013 r. (w odniesieniu do skargi z dnia 6 grudnia 2012 r.). Złożoność i sposób skomplikowania sprawy spowodował, że termin jej rozpatrzenia został znacznie przekroczony (w odniesieniu do skargi z dnia 21 stycznia 2013 r.).

⁶³ Tajemnica ustawowo chroniona. Wyłączono dane osobowe na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6.09.2001 r. o dostępie informacji publicznej (Dz.U. nr 112, poz. 1198 ze zm.).

⁶⁴ Dz. U. z 2013 r., poz. 267 ze zm.

⁶⁵ Tajemnica ustawowo chroniona. Wyłączono dane osobowe na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6.09.2001 r. o dostępie informacji publicznej (Dz.U. nr 112, poz. 1198 ze zm.).

⁶⁶ Tajemnica ustawowo chroniona. Wyłączono dane osobowe na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6.09.2001 r. o dostępie informacji publicznej (Dz.U. nr 112, poz. 1198 ze zm.).

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie zagadnienia związane z kontrolą wewnętrzną i zewnętrzną w Spółce oraz załatwianiem skarg z uwagi na opisane nieprawidłowości.

IV. Uwagi i wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli⁶⁷, wnosi o:

- 1. Doprowadzenie do zgodności między faktycznie istniejącą strukturą organizacyjną Szpitala, a postanowieniami obowiązującego Regulaminu Organizacyjnego.**
- 2. Podjęcie działań zmierzających do pełnej realizacji zaleceń pokontrolnych sformułowanych po przeprowadzeniu kontroli Szpitala przez podmioty zewnętrzne.**
- 3. Zapewnienie pełnej realizacji planów kontroli epidemiologicznych oraz sprawdzanie realizacji wszystkich zaleceń pokontrolnych sformułowanych w wyniku przeprowadzonych kontroli epidemiologicznych.**
- 4. Każdorazowe przekazywanie wnoszącym skargi na działalność Szpitala odpowiedzi zawierających ich rozstrzygnięcie w terminach i na zasadach określonych w art. 35 § 3 i art. 36 § 1 i § 2 Kpa.**
- 5. Uwzględnienie w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala min. zapisów dotyczących wysokości opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej.**

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

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

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

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

⁶⁷ Dz. U. z 2012 r., poz.82 ze zm.

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

Wrocław, dnia 10 września 2014 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura we Wrocławiu

Dyrektor
z up. Zdzisław Poręba
p.o. Wicedyrektor

Kontroler/Kontrolerzy:

Mirosław Perłowski
Główny specjalista kontroli państwowej

.....
podpis

.....
podpis

Jakub Mucha
Starszy inspektor kontroli państwowej

.....
podpis