

***OPINIA ZESPOŁU ROBOCZEGO DO PRZEPROWADZENIA
POSTĘPOWANIA PRZYGOTOWAWCZEGO MAJĄCEGO NA CELU
OCENĘ POTRZEBY ORAZ WARUNKÓW REORGANIZACJI
INSTYTUTU „POMNIK – CENTRUM ZDROWIA DZIECKA”***

WARSZAWA, 10 STYCZNIA 2013 r.

SPIS TREŚCI

1.	Wstęp	4
1.1.	Podstawy prawne działania Zespołu i cel powołania	4
1.2.	Przebieg pracy Zespołu	5
1.3.	Dokumenty przekazywane do Ministerstwa Zdrowia na potrzeby Zespołu	5
1.4.	Klauzula i ograniczenia wykorzystania opinii	8
2.	Analiza obszaru prawnego	9
2.1.	Statut Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w dniu 29 marca 2011 r.	9
2.2.	Zobowiązania cywilnoprawne objęte postępowaniami sądowymi	12
2.3.	Zobowiązania cywilnoprawne objęte postępowaniami egzekucyjnymi	13
2.4.	Zobowiązania cywilnoprawne objęte porozumieniami z wierzycielami wtórnymi	14
2.5.	Ocena umowy Nr 314/10 z dnia 01.03.2010 r. pomiędzy IPCZD, a Magellan S.A. z siedzibą w Łodzi oraz umowa przelewu wierzytelności (w celu zabezpieczenia) z dnia 01.03.2010 r. pomiędzy IPCZD, a Magellan S.A. w Łodzi	19
3.	Analiza obszaru finansowego	20
3.1.	Wstęp do analizy obszaru zarządzania finansami	20
3.2.	Stan obecny	20
3.2.1.	Zadania pionu finansowego	21
3.2.2.	Potencjał kadrowy	23
3.2.3.	Zagrożenia	23
3.3.	Wyniki działalności wybranych komórek organizacyjnych oraz poszczególnych zakresów	30
3.4.	Planowanie oraz monitoring wykonania	36
3.5.	Zarządzanie długiem – należności i zobowiązania	38
3.6.	Polityka zakupowa, procedury zamówień i zarządzanie stanami magazynowymi	46
3.7.	Wnioski w kluczowych obszarach zarządzania finansami	48
3.8.	Rekomendacje i propozycje zmian	48
4.	Analiza obszaru działalności naukowej	50
4.1.	Podstawowe informacje	50
4.2.	Rekomendacje dotyczące obszaru działalności naukowej	50
5.	Analiza obszaru działalności medycznej	51
5.1.	Dane ogólne	51
5.2.	Sprzedaż usług medycznych do NFZ i MZ	54
5.3.	Blok operacyjny	55
5.4.	Diagnostyka	56
5.5.	Komitety i Zespoły tematyczne	60
5.6.	Apteka	60
5.7.	Wnioski	61
5.8.	Wnioski i uwagi dotyczące innej działalności medycznej	69

5.9. Rekomendacje	70
6. Analiza obszaru działalności gospodarczej	72
6.1. Podstawowe informacje	72
6.2. Przykładowe umowy najmu wraz z podstawowymi zastrzeżeniami	73
6.3. Rekomendacje dotyczące poprawy działalności gospodarczej	75
7. Analiza obszaru informatycznego	75
7.1. Ogólny opis środowiska informatycznego	75
7.2. Dostawcy elementów środowiska IT	76
7.3. Koszty IT	77
7.4. Struktura Działu Informatyki IT	77
7.5. Sprzęt komputerowy i sieć komputerowa	78
7.6. Szpitalne systemy informatyczne	79
7.7. Naukowe systemy informatyczne	81
7.8. Usługi informatyczne	81
7.9. Wnioski i zastrzeżenia	82
7.10. Rekomendacje	85
8. Analiza obszaru infrastruktury i logistyki	88
8.1. Sprzęt i aparatura medyczna	88
8.2. Obszar utrzymania obiektów	93
8.3. Obszar transportu	104
8.4. Obszar żywienia	108
8.5. Podsumowanie rekomendacji dla obszaru infrastruktury	111
9. Obszar controllingu, budżetowania oraz funkcji sprzedaży	112
9.1. Budżetowanie i controlling	112
9.2. Organizacja obszaru sprzedaży	116
10. Obszar zarządzania zasobami pracowniczymi	119
10.1. Etatyżacja IPCZD	119
10.2. Zasady i regulamin wynagradzania personelu	126
11. Rekomendacje systemowe	130
11.1. Rekomendacje w zakresie systemowych zmian prawnych	130
11.2. Rekomendacje systemowe w zakresie zmian finansowania świadczeń medycznych realizowanych przez IPCZD	132
11.3. Rekomendacje proponowanych zmian konsolidacyjnych	133
11.4. Rekomendacje systemowe dotyczące restrukturyzacji długu IPCZD	134
11.5. Rekomendacje dotyczące zmian w zakresie nadzoru i kontroli nad instytutami przez Ministra Zdrowia	136
12. Podsumowanie	137

1. WSTĘP

1.1. Podstawy prawne działania Zespołu i cel powołania

Pogarszająca się sytuacja finansowa Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie, zwanego dalej „IPCZD” lub „Instytut” spowodowała konieczność dokonania analizy w przedmiocie zasadności wdrożenia działań reorganizacyjnych w jednostce.

Na podstawie art. 8 ust. 4 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. Nr 96, poz. 618, z późn. zm.) Minister Zdrowia powołał, zarządzeniem z dnia 10 października 2012 r., Zespół roboczy do przeprowadzenia postępowania przygotowawczego mającego na celu ocenę potrzeby oraz warunków reorganizacji Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 74), zwany dalej „Zespół”.

Zadaniem Zespołu było przedstawienie Ministrowi Zdrowia, w terminie 3 miesięcy od dnia wejścia w życie powyższego zarządzenia, opinii zawierającej ocenę potrzeby oraz warunków reorganizacji Instytutu, mającej na celu poprawę sytuacji finansowej tej jednostki.

W skład Zespołu zostali powołani:

- Przewodniczący - Piotr Pobrotyn - Dyrektor Akademickiego Szpitala Klinicznego im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu;
- Członkowie:
 - Prof. dr hab. Krzysztof Warzocha - Dyrektor Centrum Onkologii - Instytutu im. Marii Skłodowskiej - Curie w Warszawie oraz Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie;
 - Dr n. med. Maria Ilnicka-Mądry - Dyrektor Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM w Szczecinie.

Ponadto zgodnie z § 2 ust. 3 ww. zarządzenia Przewodniczący do udziału w pracach Zespołu zaprosił ekspertów:

- Pani Mariola Dwornikowska-Dąbrowska - Zastępca Dyrektora ds. Finansowych Akademickiego Szpitala Klinicznego im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu;
- Pani Magdalena Dylewicz - Zastępca Dyrektora ds. Infrastruktury i Logistyki Akademickiego Szpitala Klinicznego im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu;
- Pani Olga Ostrowska - Kierownik Działu Sprzedaży i Marketingu Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM w Szczecinie;
- Pan Marcin Hańko - adwokat, Hańko i Solińska Spółka Partnerska Adwokatów we Wrocławiu;
- Pan Marcin Sadowski - Wiceprezes Zarządu firmy Medcore Sp. z o.o.

1.2. Przebieg pracy Zespołu

Zespół roboczy do przeprowadzenia postępowania przygotowawczego mającego na celu ocenę potrzeby oraz warunków reorganizacji Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” przedstawił Ministrowi Zdrowia informacje dotyczące realizacji powierzonego mu zadania.

W ramach prowadzonych prac:

- Odbyło się 5 posiedzeń Zespołu:
 - w dniu 19 października 2012 r.,
 - w dniu 5 listopada 2012 r.,
 - w dniu 14 listopada 2012 r.,
 - w dniach 5-6 grudnia 2012 r.,
 - w dniach 8-10 stycznia 2013 r.;
- Członkowie i Eksperti Zespołu osobiście wizytowali IPCZD:
 - dwukrotnie w dniach 10-19 października 2012 r.,
 - w dniu 5 listopada 2012 r.,
 - w dniu 13 listopada 2012 r.,
 - w dniach 26-27 listopada 2012 r.,
 - w dniu 6 grudnia 2012 r.;
- Członkowie Zespołu uczestniczyli w dniu 6 grudnia 2012 r. w posiedzeniu Rady Naukowej IPCZD;
- Członkowie Zespołu spotkali się w Akademickim Szpitalu Klinicznym im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu:
 - w dniach 6-7 listopada 2012 r. z Zastępcą Dyrektora ds. Klinicznych Panem Jackiem Gralińskim oraz Kierownikiem ds. Sprzedaży IPCZD,
 - w dniach 11-12 grudnia 2012 r. z Główną Księgową IPCZD,
 - w dniach 19-20 grudnia 2012 r. z Dyrektorem IPCZD Panem Prof. dr hab. Januszem Książkiem.

1.3. Dokumenty przekazywane do Ministerstwa Zdrowia na potrzeby Zespołu

LP.	PISMO OD	DATA PISMA/ ZNAK	DOTYCZY	UWAGI
1	Dyrektor Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” Prof. dr hab. Janusz Książyk	22.10.2012 Lp/D/924/2012	Informacje dotyczące przeprowadzonych audytów finansowych IPCZD, firm konsultingowo-doradczych działających na zlecenie Instytutu oraz plany restrukturyzacyjne, w przedziale czasowym 2008-2012	nośnik CD
2	Dyrektor Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” Prof. dr hab. Janusz Książyk	22.10.2012 Lp/D/927/2012	Informacje na temat projektu emisji obligacji	w formie papierowej
3	Narodowy Fundusz Zdrowia	30.10.2012 SLSz-073-12-02-AJ/12/78445	Szczegółowe informacje dotyczące umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych przez NFZ z Instytutem „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” oraz szczegółowe dane analityczne w tym zakresie	w formie papierowej
4	Dyrektor Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” Prof. dr hab. Janusz Książyk	30.10.2012 L/DOK/DG/394/2012	Informacje dotyczące funkcjonowania Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” w latach 2010-2012 z podziałem na: <ul style="list-style-type: none">- obszar organizacyjny,- obszar aparatury medycznej,- obszar nadzoru technicznego,- obszar administracyjny, - obszar zarządzania kadrami,	w formie papierowej i elektronicznie

			<ul style="list-style-type: none"> - obszar transportu, - obszar żywienia, - obszar inwestycji, - obszar zaopatrzenia, - obszar zamówień publicznych, - obszar finansów, - obszar działalności naukowej, - obszar inne 	
5	Dyrektor Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” Prof. dr hab. Janusz Książczyk	6.11.2012 L/DOK/DG/399/2012	<p>Materiały dotyczące funkcjonowania Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” w latach 2010-2012. Ankieta zawierająca dane na temat.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - stan zatrudnienia na dzień 1.10.2012 r., - wykaz stanowisk z dodatkiem, - średnia płaca, - wartość magazynów, - obroty na magazynie – syntetycznie, - obroty na poszczególnych magazynach – towary analitycznie, - rozchody poszczególnych towarów do poszczególnych odbiorców analitycznie, - rozchody poszczególnych towarów do poszczególnych odbiorców analitycznie-apteka, - środki transportu własnego, - koszty wyżywienia pacjenta, - informacje dot. budynków, - wykaz sprzętu i aparatury medycznej, - plany inwestycyjne a ich realizacja, - plany remontów a ich realizacja, - wdrożone zarządzenia, - rejestr umów, - koszty utrzymania telefonów, - zobowiązania, - należności, - nadlimity, - zobowiązania wymagalne, - zakupy, - realizacja kontraktów zawartych z NFZ w 2011 r. oraz w okresie 01.01- 30.09.2012, - wykaz komitetów i zespołów tematycznych działających na terenie instytutu, - diagnostyka laboratoryjna i obrazowa, - działalność naukowa, - przychody działalności pozamedycznej, - nadgodziny, - zestawienie z wykonania osobodni i hospitalizowanych, - zestawienie zabiegów operacyjnych wykonanych w jednostkach zabiegowych, - zestawienie ilości udzielonych porad, - zestawienie przychodów, kosztów i wyników jednostek organizacyjnych, - koszty poniesione w 2011 r. i w okresie 1.01-30.09.2012 r., - apteki, - magazynu medycznego 	elektronicznie
6	Zastępca Dyrektora ds. Klinicznych Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” Jacek Graliński	9.11.2012 L/DOK/AL/405/2012	<p>Pozostałe materiały dotyczące funkcjonowania Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” w latach 2010-2012:</p> <p>Zał. 1 – ranking wyników finansowych komórek organizacyjnych,</p> <p>Zał. 2 – graficzne przedstawienie struktury organizacyjnej,</p> <p>Zał. 3 – rozszerzenie informacji dotyczącej planu inwestycji i remontów oraz stopy IRR,</p> <p>Zał. 4 – rozszerzenie informacji nt. nadgodzin,</p> <p>Zał. 5 – informacje o związkach zawodowych</p>	elektronicznie
7	Dyrektor Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” Prof. dr hab. Janusz Książczyk	12.11.2012 Lp/D/1005/2012	<p>Materiały dotyczące funkcjonowania Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” w latach 2009-2012:</p> <p>Zał. 1 - wartość środków finansowych z MZ z podziałem na inwestycje, zakupy aparatury, sprzętu, dotacje,</p> <p>Zał. 2 – wartość darowizn, w tym ile ze zbiorów publicznych,</p> <p>Zał. 3 – wartość uzyskanych środków za udzielone świadczenia zdrowotne płatne osobom fizycznym,</p> <p>Zał. 4 – wartość uzyskanych środków za udzielone świadczenia płatne podmiotom,</p>	elektronicznie

			Zał. 5 – koszty zarządu i % przychodu z płatności uzyskanych za udzielenie świadczenia zdrowotne z NFZ i MZ, Zał. 6 – audytor wewnętrzny – zagadnienia, jakimi zajmował się w ww. latach.	
8	Zastępca Dyrektora ds. Klinicznych Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” Jacek Graliński	14.11.2012 mail	Wyjaśnienia dotyczące zakupu usług w zakresie wykonywania diagnostyki kardiologicznej	elektronicznie
9	Zastępca Dyrektora ds. Klinicznych Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” Jacek Graliński	14.11.2012 mail	Informacja na temat układu zbiorowego pracy Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”	elektronicznie
10	Zastępca Dyrektora ds. Klinicznych Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” Jacek Graliński	14.11.2012 mail	Informacja na temat procedur endoskopowych	elektronicznie
11	Zastępca Dyrektora ds. Klinicznych Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” Jacek Graliński	16.11.2012 mail	Informacja na temat organizacji pracy apteki Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”	elektronicznie
12	Zastępca Dyrektora ds. Klinicznych Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” Jacek Graliński	19.11.2012 mail	Materiały: - kopia dokumentacji w zakresie umów i ugód sądowych z firmą Magellan z 9.03.2012 r., - kopia porozumienia z firmą Electus z 25.09.2012r., - kopia porozumienia z firmą MW Trade z 31.08.2012 r., - kopia umowy poręczenia zawartej z MW Trade z 30.03.2012 r., - informacja o trybie pozyskiwania pożyczki przez IPCZD - informacja nt. not odsetkowych uzyskiwanych od kontrahentów, kosztów procesowych i kosztów egzekucji, - zestawienie przychodów, kosztów i wyników ośrodków zadaniowych za rok 2010, 2011 i do 30.09.2012 r., - co składa się na „wynik na sprzedaż” 30.09.2012 r.	elektronicznie
13	Zastępca Dyrektora ds. Klinicznych Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” Jacek Graliński	20.11.2012 mail	Informacje na temat: - zasad wynagradzania lekarzy i pełnienia dyżurów lekarskich w Instytucie, - struktury zobowiązań i należności wg stanu na 30.09.2012 r., - wykaz nakazów i egzekucji sądowych od 1.01-30.09.2012 r., - treści przykładowych umów o zakazie konkurencji zawieranych z pracownikami naukowymi, - ilości programów przekazanych do realizacji podmiotom zewnętrznym wymienionych w „programie naprawczym (tab. 18 str. 53), - laboratoriów i pracowni diagnostycznych	elektronicznie
14	Zastępca Dyrektora ds. Klinicznych Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” Jacek Graliński	23.11.2012 mail	Informacje (stan na 14.11.2012 r.) dotyczące: - kierowników klinik oraz łączonych funkcji, - warunków zatrudnienia Dyrektora IPCZD, - stan umów cywilnoprawnych, - stan zatrudnienia lekarzy, pielęgniarek, sekretarek medycznych, - umowy cywilnoprawne z firmami zewnętrznymi stan na 31.10.2012 r., - umowy współistniejące stan na 16.11.2012 r.	elektronicznie
15	Kierownik Działu Prawnego Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” Marcin Erenc	23.11.2012 mail	Informacje dotyczące zmian w strukturze organizacyjnej Instytutu	elektronicznie
16	Zastępca Dyrektora ds. Klinicznych Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” Jacek Graliński	26.11.2012 mail	Szczegółowe informacja na temat badań diagnostycznych oraz: - zatrudnienia pielęgniarek i położnych, - okresu rozliczeniowego w poszczególnych medycznych grupach zawodowych	elektronicznie
17	Zastępca Dyrektora ds. Klinicznych Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” Jacek Graliński	29.11.2012 mail	Informacje na temat: - umów zawartych z firmą ALAB od 2008 r., badań przez nią wykonanych w latach 2008-2012, - ilości zatrudnionych w Instytucie radców prawnych, płac	elektronicznie

			oraz formy zatrudnienia, - zlecenia przez IPCZD zadań z zakresu obsługi prawnej kancelariom zewnętrznym	
18	Narodowy Fundusz Zdrowia	30.11.2012 CF/DOZ/2012/073 /0637/W/32166/ OR4	Informacja na temat umów dotyczących świadczeń wykonywanych w rodzaju leczenia szpitalne zawartych w latach 2011-2012 z Instytutem „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”, Uniwersyteckim Szpitalem Dziecięcym w Krakowie, Uniwersyteckim Dziecięcym Szpitalem Klinicznym im. L. Zamenhofs w Białymstoku oraz Szpitalem Klinicznym im. Karola Jonschera UM w Poznaniu	w formie papierowej i elektronicznej
19	Zastępca Dyrektora ds. Klinicznych Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” Jacek Graliński Główny Księgowy Mgr Małgorzata Sokół	30.11.2012 mail 30.11.2012 pismo	Szczegółowe informacje na temat całego Działu Informatyki działającego w Instytucie „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”	elektronicznie nośnik CD
20	Zastępca Dyrektora ds. Klinicznych Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” Jacek Graliński	5.12.2012 mail	Informacje na temat procesu planowania i kontroli realizacji kontraktu z płatnikiem publicznym, budżetowania i opracowania Planu rzeczowo-finansowego Instytutu, wyceny	elektronicznie
21	Zastępca Dyrektora ds. Klinicznych Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” Jacek Graliński	6.12.2012 mail	Informacje na temat liczby umów o pracę rozwiązanych w okresie 25.06-30.11.2012 r. oraz stanu zatrudnienia na 1.12.2012 r.	elektronicznie
22	Zastępca Dyrektora ds. Klinicznych Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” Jacek Graliński	11.12.2012 mail	Informacje uzupełniające na temat dyżurów medycznych w IPCZD	elektronicznie
23	Dyrektorzy instytutów badawczych nadzorowanych przez Ministra Zdrowia	7-12.12.2012 16 pism	Informacje dotyczące lat 2010-2012: - średniej miesięcznej płacy w roku w jednostce, - średniej miesięcznej płacy w roku według grup zawodowych - absencji pracowników według grup zawodowych	w formie papierowej
24	Zastępca Dyrektora ds. Klinicznych Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” Jacek Graliński	12-14.12.2012 mail	Informacje dotyczące: - dotacji otrzymywanych przez Instytut w latach 2002-2012, - kwot nienaliczonych na dzień 31.10.2012 r. odsetek dla zobowiązań, które posiada Instytut, których termin płatności minął i które na ten dzień są zobowiązaniami wymagalnymi, - Spółki Patron, której Instytut jest jedynym właścicielem, - Spółdzielni Budowlano-Mieszkaniowej „Międzyzlesie” przy Centrum Zdrowia Dziecka oraz Spółdzielni Budowlano-Mieszkaniowej „Lancet” przy Centrum Zdrowia Dziecka, - kosztów związanych z Działem Informatyki za lata 2009-2012	elektronicznie

1.4. Klauzula i ograniczenia wykorzystania opinii

1. Poniższa opinia została sporządzona przez Zespół w oparciu o przedstawione przez IPCZD dokumenty, zestawienia, informacje oraz oświadczenia personelu Instytutu przyjmując, że są one prawdziwe, co do treści, rzetelności i kompletności danych.
2. Zespół dokonując oceny i analizy opierał się na własnych doświadczeniach i materiale porównawczym.
3. Opinia została wytworzona wyłącznie na potrzeby Ministra Zdrowia określone zarządzeniem z dnia 10 października 2012 r., w sprawie powołania Zespołu roboczego do przeprowadzenia postępowania przygotowawczego mającego na celu ocenę potrzeby oraz warunków reorganizacji Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”.
4. Opinia zawiera dane dotyczące funkcjonowania, aktualnej sytuacji finansowej i gospodarczej IPCZD. Ujawnienie treści opinii oraz danych w niej zawartych należy do Ministra Zdrowia, jako dysponenta wytworzonego dokumentu.

2. ANALIZA OBSZARU PRAWNEGO

2.1. Statut Instytutu „Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka” zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w dniu 29 marca 2011, zwany dalej statut

Podmiot odpowiedzialny za realizację: Rada Naukowa IPCZD, Minister Zdrowia.

Tryb wprowadzenia: uchwała Rady Naukowej IPCZD, zatwierdza Minister Zdrowia.

Termin wprowadzenia: niezwłocznie po podjęciu decyzji o warunkach reorganizacji.

Ustawa z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. Nr 96, poz. 618, z późn. zm.) nie definiuje wprost wymaganej treści statutu instytutu badawczego, a jedynie w art. 6 stwierdza, że: „Instytut działa na podstawie statutu, który określa przedmiot i zakres działania instytutu”. Wskazuje ponadto w poszczególnych przepisach, jakie elementy powinien statut zawierać. Przedstawioną do opiniowania treść statutu IPCZD należy poddać aktualizacji do obowiązujących przepisów, zgodności z postanowieniami norm prawnych powszechnie obowiązujących, ewentualnie uzupełnić o zapisy doprecyzowujące zakres kompetencji organów i sposób prowadzenia działalności przez IPCZD.

W tym celu Zespół rekomenduje:

1. Doprecyzowanie zapisów o działalności leczniczej w statucie, tj. zmianę treści § 3 ust. 4 poprzez wskazanie wprost, że IPCZD jest podmiotem leczniczym prowadzącym działalność leczniczą zgodnie z treścią art. 3 ustawy o instytutach badawczych oraz ustawą o działalności leczniczej. W chwili obecnej § 3 ust. 1 wskazuje, że przedmiotem działalności „Instytutu jest działalność leczniczo-usługowa ukierunkowana na potrzeby zdrowotne dzieci i młodych dorosłych”. Natomiast § 3 ust. 4 statutu określa jedynie zakresy zadań dotyczące uczestnictwa w systemie ochrony zdrowia. Statut nie posługuje się, zatem pojęciem ustawowym „działalności”, o której mowa w art. 3 ust. 4 ustawy o instytutach badawczych, co wynika z dosłownej implementacji art. 6 ust. 2 ustawy o instytutach badawczych. Jednakże odnośnie, co do pozostałych zakresów „działania” Instytutu statut zawiera odmienną redakcję i enumeratywnie je określa.

Ponadto postanowienia statutu powinny być zgodne z aktualnie obowiązującą treścią ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, która weszła w życie 1 lipca 2011 r., tj. po zatwierdzeniu przez Ministra Zdrowia statutu IPCZD. Jak wynika z treści art. 4 ust. 1 pkt 4 ustawy o działalności leczniczej instytuty badawcze są podmiotami leczniczymi w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą. W ustawie tej w art. 3 zdefiniowano działalność leczniczą poprzez udzielanie świadczeń zdrowotnych, promocję zdrowia lub realizację zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia. Ponadto zgodnie z art. 3 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej: „Podmiot wykonujący działalność leczniczą może uczestniczyć, a podmiot wykonujący działalność leczniczą w zakresie, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, uczestniczy w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób

wykonujących zawód medyczny na zasadach określonych w odrębnych przepisach regulujących kształcenie tych osób.”

Wobec powyższego zespół **rekomenduje** doprecyzowanie postanowień § 3 ust. 4 statutu IPCZD dotyczącego *de facto* podstawowej działalności Instytutu jaką jest działalność lecznicza. Jedynie na marginesie należy wskazać, że w związku z pominięciem działalności leczniczej w treści art. 2 ust. 1-3 ustawy o instytutach badawczych dotyczącej działalności naukowej, konieczne jest wyodrębnienie działalności leczniczej pod względem finansowym i rachunkowym.

2. Wyodrębnienie finansowe i rachunkowe działalności nienaukowej poprzez wprowadzenie zmiany treści § 3 ust. 7 statutu IPCZD dotyczącej możliwości prowadzenia działalności gospodarczej, jako wyodrębnionej pod względem finansowym i rachunkowym zgodnie z art. 2. ust. 2 ustawy o instytutach badawczych.

Aktualna treść statutu, jako sposób realizacji działalności instytutu, dopuszcza możliwość prowadzenia działalności gospodarczej. Nie mniej jednak nie wprowadza przewidzianego ustawą rozróżnienia działalności zgodnie z art. 2 ust. 1-3 ustawy o instytutach badawczych od innych działalności prowadzonych na podstawie art. 2 ust. 4 ustawy o instytutach badawczych. Rozróżnienie to jest istotne albowiem pozostała działalność, wykraczająca poza zakres działalności instytutu określony w art. 2 ust.1-3 ustawy o instytutach badawczych, na podstawie art. 2 ust. 4 ustawy ma być wyodrębniona pod względem finansowym i rachunkowym z podstawowej działalności. Zatem możliwość prowadzenia działalności gospodarczej Instytutu w zakresie określonym § 3 ust. 7 pkt 1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 powinna zostać w statucie IPCZD ujęta odrębnie i uregulowana z pozostałą działalnością gospodarczą opisaną w § 3 ust. 5 ze względu na treść art. 2 ust. 4 ustawy o instytutach badawczych.

Zespół zwraca uwagę na szeroki zakres działalności gospodarczej przewidzianej w statucie obejmujący między innymi: organizację i obsługę sympozjów, zjazdów, najem, dzierżawę lub udostępnianie w innej formie składników mienia Instytutu, w tym nieruchomości, sprzedaż wyrobów dekoracyjnych, usługi żywienia zbiorowego, usługi cateringowe, prowadzenie bufetów, usługi transportowe, transport medyczny, usługi konsultingowe, inne związane z działalnością Instytutu. W połączeniu z zakresem działalności opisanej w paragrafie 3 ust. 5: badania kliniczne, opiniowanie i ekspertyzy, prowadzenie analiz oraz wdrażanie systemów poprawy jakości skutkuje prowadzeniem rozbudowanej ewidencji i rachunkowości z uwagi na konieczność jej wyodrębnienia. Taka sytuacja w konsekwencji może prowadzić do zwiększenia kosztów obsługi administracyjnej.

3. Rada Naukowa. Zespół rekomenduje zmianę § 5 dotyczącego składu i sposobu powoływania Rady Naukowej IPCZD do aktualnie obowiązującej treści ustawy o instytutach badawczych w zakresie:
 - określenia biernego prawa wyborczego,
 - czasu trwania kadencji członków Rady pochodzących z wyboru.
4. Zespół **rekomenduje** zmianę statutu w zakresie ograniczenia liczby członków Rady Naukowej do 20, w tym 50% osób spoza IPCZD wskazywanych przez Ministra Zdrowia, jako organu nadzoru.

Osoby spoza IPCZD, wchodzące w skład Rady Naukowej powinny stanowić istotne wsparcie merytoryczne w zakresie opiniodawczym i doradczym dla Rady Naukowej i Dyrektora Instytutu w zakresie: ekonomii, rachunkowości, finansów, prawa czy zarządzania. W chwili obecnej cały 40 osobowy skład Rady Naukowej stanowią osoby posiadające stopnie naukowe lub tytuły naukowe w zakresie nauk medycznych z wyjątkiem osoby Głównego Księgowego będącego na podstawie art. 30 ust. 5 ustawy o instytutach badawczych Członkiem Rady Naukowej bez prawa głosu, chyba, że posiada tytuł naukowy lub stopień naukowy doktora habilitowanego.

5. Brak zasad gospodarki mieniem. Statut Instytutu nie reguluje kwestii dotyczącej zasad gospodarki mieniem, określonych w ustawie o instytutach badawczych w art. 16-20, ani trybu zawierania zobowiązań, analogicznych dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Nie zawiera również postanowień dotyczących sposobu wykonywania obowiązków przez Dyrektora IPCZD. Taki sposób regulacji nie narusza postanowień ustawy o instytutach badawczych. W ocenie Zespołu w sytuacji rozbudowanego statutowego zakresu prowadzenia działalności przez IPCZD (w tym działalności gospodarczej) zasadne jest wprowadzenie zapisów w statucie określających obowiązki organów przy podejmowaniu istotnych decyzji dotyczących mienia, czy zaciągania zobowiązań po stronie Instytutu.

Zespół zwraca uwagę, że na skutek wyłączenia zawartego w art. 9 pkt 14 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 157, poz. 1240, z późn. zm.) instytuty badawcze nie należą do sektora finansów publicznych. Konsekwencją jest łagodniejszy reżim dotyczący sprawozdawczości, standardów księgowych i rachunkowości niż ten obowiązujący w jednostkach sektora finansów publicznych. Ponadto to, że IPCZD nie należy do sektora finansów publicznych nie zwalnia go z obowiązku stosowania ustawy o rachunkowości. Na podstawie art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy o finansach publicznych przepisy ustawy stosuje się do wszystkich podmiotów w zakresie, w jakim wykorzystują środki publiczne lub dysponują tymi środkami. Konsekwencją tego jest stosowanie w odniesieniu do organu IPCZD (Dyrektora) postanowień ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych na podstawie art. 4 ust. 1 pkt 4m. Zatem nałożenie części tych obowiązków jako wymogu statutowego jest dopuszczalne i celowe, a przede wszystkim uzasadnione aktualną złą sytuacją finansową IPCZD. Wprowadzenie tych regulacji statutowych powinno wpłynąć na ustalenie czytelnych reguł sprawozdawczości, oceny działalności Dyrektora Instytutu przez Radę Naukową i Ministra Zdrowia, jako organu nadzorującego, w zakresie działania zgodnie z zasadami: praworządności, rzetelności i gospodarności, o których mówi art. 26 ust. 2 ustawy o instytutach badawczych. Pozwoli również na lepsze sprawowanie nadzoru przez Ministra Zdrowia w trybie art. 35-37 ustawy o instytutach badawczych.

2.2. Zobowiązania cywilnoprawne objęte postępowaniami sądowymi

Podmiot odpowiedzialny za realizację: Dyrektor IPCZD, Dział Prawny IPCZD,

Tryb wprowadzenia: decyzja Dyrektora IPCZD,

Termin wprowadzenia: niezwłocznie.

Zespół negatywnie ocenia czynności podejmowane przez IPCZD w zakresie postępowań dotyczących windykacji należności przez dostawców (wierzycieli) w postępowaniach sądowych. Tryb i przyjęty sposób zaspokajania zobowiązań pozostaje w sprzeczności z zasadami: rzetelności, celowości, gospodarności i oszczędności (art. 16 ust. 4 ustawy o instytutach badawczych). Z przekazanych podczas prac Zespołu informacji od pracowników IPCZD wynika, że nie były podejmowane czynności procesowe, mające na celu weryfikację roszczeń objętych nakazami zapłaty, czy zmierzające do zawarcia ugód sądowych. Dokumenty sądowe (pozew i nakaz zapłaty) są najpierw weryfikowane przez służby księgowe IPCZD pod względem zgodności należności objętych pozwem z saldem w IPCZD. Natomiast w razie potwierdzenia księgowego zasadności roszczenia objętego pozwem, sama treść pozwu i nakazów nie była przekazywana do Działu Prawnego, celem oceny możliwości zaskarżenia nakazów zapłaty. Nie prowadzono również w sposób dostatecznie skuteczny negocjacji z wierzycielami pierwotnymi przed skierowaniem należności do postępowania egzekucyjnego, mimo posiadanego rozbudowanego zaplecza prawnego (zespół prawny IPCZD oraz kancelaria zewnętrzna).

Jak wynika z przedłożonego przez IPCZD zestawienia (zał. nr 1) w okresie od 23.03.2011 r. do 06.11.2012 r. w stosunku do IPCZD zostało wydanych 137 nakazów zapłaty, z których 93 zostały wydane w postępowaniu gospodarczym, 35 w postępowaniu nakazowym upominawczym, a 17 w postępowaniu upominawczym elektronicznym. Zespół stwierdza, że przedstawione zestawienie nie jest kompletne, nie zawiera np. wszystkich tytułów wykonawczych wydanych na rzecz wierzycieli wtórnych, z którymi zostały następnie przez IPCZD zawarte porozumienia, co do spłaty (na przykład nakazu zapłaty w trybie nakazowym Sądu Okręgowego w Legnicy z dnia 20.08.2012 r. (sygn. akt VI GNC 294/12 na kwotę należności głównej 2.796.228,57 zł wraz z odsetkami i kosztami procesu 32.217 zł. **Żaden ze wskazanych w zestawieniu 137 nakazów zapłaty nie został zaskarżony przez IPCZD, mimo formalnej możliwości zaskarżenia przynajmniej części z nich.** W szczególności większa część nakazów, bo 93, została wydana w trybie gospodarczym, który nie jest właściwy dla pozwanego, nie mającego statusu przedsiębiorcy. Po wtóre mimo, że pozwy były kierowane przez dostawców IPCZD na podstawie zawartych umów, w których zastrzeżono jako właściwy miejscowo sąd IPCZD (postanowienia prorogacyjne), pozwy były kierowane do sądów właściwości ogólnej wierzyciela. Zatem złożenie sprzeciwu od nakazu zapłaty skutkowałoby ich upadkiem oraz koniecznością rozpoznania sprawy na zasadach ogólnych, przekazaniem sprawy do sądu właściwego miejscowo dla IPCZD. **W ocenie Zespołu uzyskanie czasu na prowadzenie negocjacji z powodami oraz możliwość zawarcia ugód sądowych co do spłaty należności, dałoby wymierne korzyści, nawet przyjmując ryzyko związane z koniecznością poniesienia wyższych opłat sądowych (liczone od wartości przedmiotu sporu: 1,25% nakaz zapłaty, 2,5% ugoda sądowa, 5% wyrok). Tym bardziej, że aktualna sytuacja finansowa IPCZD daje podstawy faktyczne do ubiegania się na podstawie art. 102**

kodeksu postępowania cywilnego o częściowe lub całkowite zwolnienie z kosztów postępowania sądowego. Ponadto podjęcie i prawidłowe prowadzenie negocjacji pozwoliłoby na ograniczenie udziału wierzycieli wtórnych w strukturze zadłużenia. W toku prac Zespołu przedstawiono dokumenty wskazujące, że **aktywność kierownictwa IPCZD w prowadzeniu negocjacji z wierzycielami pierwotnymi ograniczała się do odsyłania ich do spółki Magellan S.A. w Łodzi, nazywanej „partnerem finansowym”, celem zbycia wierzytelności.**

Biorąc powyższe pod uwagę Zespół rekomenduje:

1. Zmianę trybu obiegu dokumentów sądowych, poprzez ich kierowanie w oryginale do Działu Prawnego IPCZD celem weryfikacji formalnej oraz niezwłoczne przekazywanie informacji o treści pozwu (nakazu zapłaty) do pionu finansowego.
2. Reorganizację Działu Prawnego IPCZD przez:
 - wydzielenie stanowiska osoby odpowiedzialnej za prowadzenie negocjacji z wierzycielami przed skierowaniem spraw na drogę postępowania sądowego,
 - ustalenie osoby odpowiedzialnej (koordynującej pracę) za czas weryfikacji korespondencji sądowej i egzekucyjnej, w celu zachowania terminów ustawowych do podejmowania czynności procesowych,
 - utworzenie procedury wewnętrznego obiegu dokumentów sądowych, trybu ich weryfikacji i podejmowania decyzji.
3. Istotne ograniczenie, a ostatecznie zaniechanie, wyrażania zgód na cesje wierzytelności przysługujących dostawcom wobec IPCZD.
4. Prowadzenie aktywnego udziału w postępowaniach sądowych poprzez: składanie sprzeciwów od nakazu zapłaty, zarzutów do nakazu zapłaty, wniosków o przekazanie sprawy do sądu właściwego, zawieranie ugód sądowych na warunkach finansowych możliwych do realizacji przez IPCZD.

2.3. Zobowiązania cywilnoprawne objęte postępowaniami egzekucyjnymi

Podmiot odpowiedzialny za realizację: Dyrektor IPCZD, Dział Prawny IPCZD

Tryb wprowadzenia: decyzja Dyrektora IPCZD

Termin wprowadzenia: niezwłocznie

Zespół negatywnie ocenia działania IPCZD w zakresie postępowania dotyczących windykacji należności przez dostawców (wierzycieli) w postępowaniach egzekucyjnych. Tryb i przyjęty sposób zaspokajania zobowiązań pozostaje w sprzeczności z zasadami: rzetelności, celowości, gospodarności i oszczędności (art. 16 ust. 4 ustawy o instytucjach badawczych).

Z przekazanego przez IPCZD zestawienia wynika, że w okresie od 27.12.2011 r. do 01.10.2012 r. było prowadzonych lub nadal jest prowadzonych 39 postępowania egzekucyjnych, których łączna wartość bez kosztów postępowania egzekucyjnego wynosi 9.052.319,23 zł. Natomiast wysokość opłat egzekucyjnych wynosi 585.050,48 zł. **Z informacji uzyskanych z Działu Prawnego IPCZD wynika, że nie korzystano z trybu skarg na czynności komornika, ani w zakresie dokonywanych zajęć, ani co**

do ustalania wysokości opłaty egzekucyjnej. Ponadto mimo zbiegu postępowań egzekucyjnych prowadzonych przez kilku komorników sądowych, tj. kierowanie egzekucji do tej samej wierzytelności przysługującej IPCZD od Mazowieckiego Oddziału NFZ albo tego samego rachunku bankowego nie wnioskowano o wyznaczenie jednego komornika właściwego do prowadzenia egzekucji.

Biorąc powyższe pod uwagę Zespół rekomenduje:

1. Monitorowanie przez Dział Prawny w postępowaniach sądowych chwili nadania klauzuli wykonalności tytułom egzekucyjnym.
2. Prowadzenie negocjacji z dostawcami dysponującymi tytułami wykonawczymi w sprawie zawarcia porozumień określających warunki spłaty zasądzonych należności.
3. Aktywny udział IPCZD w postępowaniach egzekucyjnych poprzez:
 - składanie skarg na czynności komornika dotyczących: ustalenia kosztów zastępstwa prawnego w postępowaniu egzekucyjnym, dokonanych zajęć wierzytelności (ponad 25% limit określony ustawą),
 - wnioskowanie o ustalenie niższej wysokości opłaty egzekucyjnej w trybie art. 49 ust. 7 ustawy o komornikach sądowych i egzekucji,
 - składanie wniosków do sądu o ustalenie komornika właściwego w razie zbiegu egzekucji i docelowo uzyskanie orzeczenia sądu o ustaleniu jednego organu egzekucyjnego (komornika), jako właściwego do prowadzenia wszystkich postępowań egzekucyjnych wobec IPCZD,
 - wnioskowanie do komornika o sporządzenie planu podziału sumy uzyskanej z egzekucji i jego bieżąca weryfikacja przez IPCZD.

2.4. Zobowiązania cywilnoprawne objęte porozumieniami z wierzycielami wtórnymi

Podmiot odpowiedzialny za realizację: Dyrektor IPCZD, Dział Prawny IPCZD

Tryb wprowadzenia: decyzja Dyrektora IPCZD,

Termin wprowadzenia: niezwłocznie

Zespół negatywnie ocenia działania IPCZD w zakresie wyrażania zgód na cesję wierzytelności, trybu nawiązywania współpracy z wierzycielami wtórnymi oraz warunków zawartych porozumień, co do spłaty zobowiązań.

Tryb nawiązania współpracy z wierzycielem wtórnym oraz przyjęty sposób ustalenia warunków spłaty zobowiązań (porozumienia) pozostaje w sprzeczności z zasadami: rzetelności, celowości, gospodarności i oszczędności (art. 16 ust. 4 ustawy o instytucjach badawczych), budzi również wątpliwości, co do legalności podjętych działań. Z przekazanych przez IPCZD częściowych informacji dotyczących zawierania porozumień wynika, że **wieloletnią praktyką było wyrażenie przez Dyrektora IPCZD zgód na zmianę wierzyciela. Zatem za martwy należy uznać obowiązujący w umowach z dostawcami zawieranych w trybie zamówień publicznych umowy zakaz cesji, w sytuacji gdy organ IPCZD akceptował takie zmiany zarówno w formie cesji, jak i umów poręczeń, czy wstąpienia w prawa zaspokojonego wierzyciela w trybie art. 518 kodeksu cywilnego.**

Zespół wskazuje, że ustawa z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych nie zawiera analogicznych zapisów do zawartych w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej zgodnie, z którymi.: „Czynność prawna mająca na celu zmianę wierzyciela samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej może nastąpić po wyrażeniu zgody przez podmiot tworzący. Podmiot tworzący wydaje zgodę albo odmawia jej wydania, biorąc pod uwagę konieczność zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych oraz w oparciu o analizę sytuacji finansowej i wynik finansowy samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej za rok poprzedni. Zgodę wydaje się po zasięgnięciu opinii kierownika samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Czynność prawna dokonana z naruszeniem ust. 2-5 jest nieważna.” (art. 54 ust. 5-6 o działalności leczniczej).

Wobec powyższego zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy o instytutach badawczych uprawnienie w tym zakresie przysługuje wyłącznie dyrektorowi instytutu. Analiza przedłożonych przez IPCZD dokumentów źródłowych wskazuje na możliwość podejmowania decyzji przez Dyrektora IPCZD bez dostatecznego wykorzystania instrumentów prawnych, bądź też mogące wskazywać na działanie z przekroczeniem obowiązujących norm prawnych.

Tabela 1 Zestawienie porozumień i ugód zawartych z wierzycielami wtórnymi

Lp	Wierzyciel	Data zawarcia	Termin spłaty	Kwota (n.g i %)	st. proc.(r)	Uwagi
1	Magellan S.A.	2012-03-09	2017-02-28	57.848.910,68 zł.	13,00%	ugoda sądowa
2	MW Trade S.A.	2012-03-30	2013-10-30	1.933.028,40 zł.	9,60%	porozumienie
3	MW Trade S.A.	2012-08-31	2018-03-20	14.879.050,98 zł.	12,20%	porozumienie
4	Electus S.A.	2012-05-02	brak danych	brak danych	brak danych	porozumienie
5	Electus S.A	2012-09-25	brak danych	15.158.438,80 zł.	zmiennie	porozumienie

Tabela 1 - uwaga lp. 1 Według przedstawionych przez IPCZD dokumentów największą jednostkową umową z wierzycielem wtórnym jest ugoda sądowa z dnia 09.03.2012 r. zawarta przed Sądem Rejonowym dla Warszawy Pragi-Północ z Magellan S.A. z siedzibą w Łodzi w imieniu IPCZD przez pracownika Instytutu na podstawie udzielonego mu upoważnienia. **Na dzień zawarcia ugody strony ustaliły wartość zobowiązań IPCZD objętych ugoda wobec Magellan S.A. na łączną kwotę 57.848.910,68 zł, w tym należność główną 52.090.737,09 zł oraz 5.758.173,59 zł tytułem zaległych należności odsetkowych.** Na powyższą należność główną składają się:

- dwie wierzytelności nabyte w drodze cesji na łączną kwotę należności głównej 2.520.588,35 zł,
- wierzytelności objęte zawartymi przez strony w 2010 r. 27 porozumieniami na łączną kwotę należności głównej 28.336.399,52 zł,
- wierzytelności objęte zawartymi przez strony w 2011 r. 7 porozumieniami na łączną kwotę należności głównej 18.013.378,92 zł,
- wierzytelności objęte zawartym przez strony w 2012 r. porozumieniem na kwotę należności głównej 3.220.370,30 zł.

Ugoda przewiduje uprawnienie dla IPCZD do wcześniejszej spłaty części lub całości zadłużenia, bez dodatkowych obciążeń i przy proporcjonalnym obniżeniu odsetek. Strony przewidziały w punkcie 7 ugody sądowej, że: „**W razie opóźnienia w zapłacie 2 rat ugody, pozostała kwota należności staje**

się wymagalna i płatna w całości.” Stosując podstawową w polskim systemie prawa cywilnego wykładnię językową interpretując powyższy zapis należy przyjąć, że **nawet jednodniowe uchybienie w dochowaniu terminu płatności którejkolwiek z dwóch rat ugody (nie zaś dwóch kolejnych rat), skutkuje z mocy prawa wymagalnością całości należności i uprawnieniem wierzyciela do uzyskania klauzuli wykonalności dla ugody sądowej, w celu wszczęcia egzekucji wobec IPCZD. Biorąc pod uwagę utratę płynności finansowej przez IPCZD, uchybienie w terminowej zapłacie w okresie od dnia 31.03.2012 r. do chwili obecnej należy uznać za wysoce prawdopodobne.**

Ponadto przyjęty przez strony sposób ustalenia zapłaty przez IPCZD należności odsetkowej wskazuje na zastosowanie anatocyzmu poprzez naliczanie odsetek - w wysokości równej dla odsetek ustawowych obowiązujących na dzień zawarcia ugody - od już naliczonych odsetek, co zgodnie z art. 482 kodeksu cywilnego jest dopuszczalne od dnia wniesienia pozwu, nie zaś zawarcia ugody sądowej.

Podstawowe jednak znaczenie ma ocena charakteru samych 35 porozumień w sprawie restrukturyzacji zobowiązań oraz trybu ich zawierania przez Dyrektora IPCZD z Magellan S.A. Analizując treść porozumienia Nr 3348/2011 ujętego w ewidencji księgowej IPCZD pod sygn. E/DK/1549/2011 Zespół stwierdza, że pierwotnie warunki finansowe ustalone przez strony były korzystniejsze, niż następnie ustalone ugodą sądową. W porozumieniu strony ustaliły obowiązek zapłaty odsetek według stopy 11,90% w stosunku rocznym wyłącznie od należności głównej.

Ponadto analiza pisma z dnia 01.10.2010 r. IPCZD kierowanego do jednego z wierzycieli JKT Wytwórnia Artykułów Higienicznych sp. z o.o. w Białymstoku wskazuje na zaniechanie przez władze IPCZD inicjowania negocjacji z wierzycielami pierwotnymi. Jak wynika z treści pisma, Zastępca Dyrektora ds. Finansowych IPCZD zwraca się do wierzyciela: „o rozważenie możliwości restrukturyzacji zobowiązań przez firmę zewnętrzną. W ostatnim czasie podjęliśmy działania, których efektem będzie kompleksowa i długoterminowa restrukturyzacja zobowiązań instytutu. W wyniku przeprowadzonego przez Instytut postępowania konkursowego finalizujemy rozmowy z firmą Magellan S.A. w Łodzi przy ul. Sienkiewicza 85/87, jako partnera finansowego. W związku z powyższym bardzo prosimy o podjęcie rozmów z firmą Magellan, która przedstawi Państwu szczegółowe warunki transakcji dotyczącej cesji wierzytelności”. **Podczas spotkania roboczego w IPCZD w dniu 15.11.2012 r. nie przedstawiono dokumentów ani wyjaśnień odnośnie trybu prowadzenia wzmiankowanego postępowania konkursowego z firmą Magellan S.A. w Łodzi.** Natomiast z informacji uzyskanych od Zastępcy Głównej Księgowej IPCZD wynikało, że przyjęty został mechanizm zachęcania wierzycieli do zbywania swych wierzytelności na rzecz jednego podmiotu wskazanego przez IPCZD. Z przedstawionych wzorów umów obowiązujących w IPCZD z dostawcami wynika, że przewidziano w nich obowiązek uzyskania zgody IPCZD na zbycie wierzytelności. Jednakże przed udzieleniem takiej zgody nie przedstawiano dostawcy propozycji spłaty zobowiązań lecz wskazywano podmiot, który może przejąć ich wierzytelność. Zespół wskazuje, że po nabyciu w drodze cesji wierzytelności firma Magellan S.A. wstępowała w ogół praw i obowiązków cedenta (wierzyciela pierwotnego). Wyjaśniono, że zazwyczaj do przejęcia wierzytelności dochodziło na zasadach analogicznych do Porozumienia Nr 3348/2011 w sprawie restrukturyzacji zobowiązań. **Powołane**

porozumienie de facto sprowadza się do rozłożenia spłaty zadłużenia: należności głównej wraz ze skapitalizowanymi odsetkami na raty. W ocenie Zespołu zastosowany w IPCZD mechanizm zachęcania dostawców do zbywania wierzytelności na rzecz konkretnego podmiotu, z którym następnie są zawierane porozumienia - akceptujące konieczność zapłaty całości odsetek za okres opóźnienia - należy ocenić negatywnie. **Prowadzi on do zaniechania działań zmierzających do umorzenia części lub całości odsetek z tytułu opóźnienia w płatności.** Konsekwencją takich działań jest zawarcie ugody sądowej z dnia 09.03.2012 r. z Magellan S.A. **na kwotę 57.848.910,68 zł** (sygn. akt VII GCo 57/12) na mocy, której IPCZD zobowiązuje się do zapłaty odsetek w kwocie 5.758.173,59 zł wraz z należnością główną w 60 miesięcznych ratach do 01.02.2017 roku.

Tabela 1 - uwaga lp. 2 i 3 Porozumienia zawarte z wierzycielem wtórnym MW Trade S.A z siedzibą we Wrocławiu mimo, że przewidują obowiązek zapłaty odsetek obliczonych jedynie od należności głównej zawierają zapisy, które **w ocenie Zespołu mogą w istotny sposób utrudnić prowadzenie postępowania restrukturyzacyjnego w IPCZD.** Oba porozumienia zawierają postanowienie, zgodnie z którym: „*W przypadku wydania przez organ założycielski Instytutu rozporządzenia, zarządzenia lub uchwały o zmianie formy organizacyjno-prawnej albo o jego likwidacji, MW Trade S.A uprawniony będzie do postawienia całej niespłaconej kwoty wynikającej z niniejszego Porozumienia w stan natychmiastowej wymagalności*”.

Ponadto porozumienie z dnia 31.08.2012 r. ustanawia w § 7 zabezpieczenia na rzecz wierzyciela MW Trade S.A. w postaci: weksla własnego *in blanco* oraz cesji wierzytelności przysługującej IPCZD od Mazowieckiego Oddziału NFZ w ramach umowy zawartej na rok 2012 r. oraz zobowiązanie IPCZD do wystąpienia do NFZ o zgodę na cesję wierzytelności na lata następne (do 2018r. włącznie) pod rygorem natychmiastowej zapłaty całej należności objętej porozumieniem. **Powyższy zapis w ocenie Zespołu w istotny sposób może utrudnić podejmowanie działań restrukturyzacyjnych w IPCZD w przyszłości.**

Tabela 1 - uwaga lp. 4 i 5 Z przekazanych Zespołowi dokumentów w postaci scanu porozumienia z dnia 25.09.2012 r. zawartego przez IPCZD z Electus S.A z siedzibą w Lubinie wynika, że strony zawarły w dniu 02.05.2012 r. inne porozumienie, co do spłaty zobowiązań, którego treść nie została jednak przekazana Zespołowi do analizy. Ponadto preambuła porozumienia, powołuje się na inne wcześniej zawierane porozumienia, które zostały postawione w stan wymagalności przez Electus S.A. Natomiast porozumienie z dnia 25.09.2012 r. dotyczy szeregu zobowiązań na łączną kwotę 15.158.438,80 zł. Strony w sumie ogólnej kwoty zobowiązań nie wyodrębniły wysokości należnych odsetek. Na podstawie porozumienia IPCZD zobowiązał się do spłaty w miesiącu wrześniu 2012r. kwoty 1.000.000 zł, a od października 2012 r. po 1.500.000 zł miesięcznie, aż do całkowitej spłaty zadłużenia oraz dotrzymania obowiązków spłaty określonych w porozumieniu z 02.05.2012 r. Electus S.A. zalicza wpłaty według kolejności: na koszty procesu, następnie odsetki, a na końcu na spłatę należności głównej. Strony ustaliły, że brak terminowej spłaty lub jej niepełna wysokość, jak również uchybienie obowiązkowi wynikającym z porozumienia z 02.05.2012 r., zwalnia Electus S.A. z obowiązków określonych umową. Taki sposób ustalenia wysokości zobowiązania IPCZD oraz

sposobu spłaty zadłużenia nie pozwala na precyzyjne ustalenie rzeczywistych kosztów, jakie zobowiązał się ponieść IPCZD.

Przy tak ustalonym stanie faktycznym Zespół wskazuje na:

1. Brak strategii opartej na racjonalności i gospodarności w zarządzaniu długiem IPCZD u osób pełniących w latach 2010-2012 funkcje kierownicze IPCZD oraz Działu Prawnego IPCZD.
2. Preferowanie wierzycieli wtórnych kosztem pierwotnych kontrahentów IPCZD, którzy byli nakłaniani do podjęcia współpracy z jedną z firm windykacyjnych. **Brak jest inicjatywy po stronie IPCZD w zakresie ustalenia porównywalnych zasad zaspokajania wierzycieli wtórnych. Konsekwencją czego jest przyjęcie rażąco niekorzystnych i nieuzasadnionych warunków spłaty należności przyznających jednemu z wierzycieli wtórnych prawo do postawienia wielomilionowej należności w stan natychmiastowej wymagalności** w razie: podjęcia decyzji o zmianie formy organizacyjno-prawnej albo zaniechania ustanowienia zabezpieczenia na wiarygodności przysługującej IPCZD od NFZ z tytułu świadczeń leczniczych.
3. Brak standardu postępowania z wierzycielami pierwotnymi, którym powinny być oferowane w sytuacji ograniczonej płynności finansowej porozumienia w sprawie spłaty należności, przy jednoczesnym nawet częściowym umorzeniu zobowiązań odsetkowych.

Do przedstawionych porozumień z wierzycielami wtórnymi i ugód sądowych nie były załączone analizy finansowe (opinia Głównego Księgowego), co do realnych możliwości wykonania przez IPCZD spłat w uzgodnionych terminach i wysokościach oraz pisemne opinie radcy prawnego (Działu Prawnego), co do skutków prawnych zawieranych umów. **Brak było również dokumentów potwierdzających bieżące informowanie organu nadzoru – Ministra Zdrowia o zawieranych umowach z wierzycielami wtórnymi oraz analizy dotyczącej możliwości ich realizacji w przyszłości (źródeł finansowania).**

Biorąc powyższe pod uwagę Zespół rekomenduje:

1. Renegocjacje zawartych porozumień i ugód w celu:
 - ustalenia warunków spłaty na poziomie realnym do aktualnych możliwości IPCZD,
 - zmianę formy zabezpieczeń,
 - precyzyjne ustalenie wysokości zobowiązania i sposobu spłaty odnośnie porozumień zawartych z Electus S.A.
2. Wprowadzenie procedury negocjacji z wierzycielami pierwotnymi.
3. Reorganizację Działu Prawnego IPCZD w tym m.in. ustalenie osoby odpowiedzialnej za negocjowanie warunków ugód (porozumień) z wierzycielami pierwotnymi.
4. Podjęcie przez Ministra Zdrowia działań kontrolnych w zakresie legalności, rzetelności i gospodarności umów zawieranych przez Dyrektora IPCZD z wierzycielami wtórnymi.
5. W ocenie Zespołu wysokość zobowiązań w stosunku do wierzycieli wtórnych, jak i wysokość miesięcznych obciążeń z tytułu ich spłaty nie jest możliwa do realizacji w aktualnej sytuacji finansowej IPCZD, niezbędne jest podjęcie decyzji dotyczącej alternatywnego źródła finansowania wymagalnych zobowiązań.

2.5. Ocena umowy Nr 314/10 z dnia 01.03.2010 r. pomiędzy IPCZD, a Magellan S.A. z siedzibą w Łodzi oraz umowa przelewu wierzytelności (w celu zabezpieczenia) z dnia 01.03.2010 r. pomiędzy IPCZD, a Magellan S.A.

Zespół negatywnie ocenia działania IPCZD w zakresie sposobu zawarcia umowy i zmiany jej warunków. Jak wynika z treści umowy Nr 314/10 z dnia 01.03.2010 r. Magellan S.A. z siedzibą w Łodzi udzielił dla IPCZD pożyczki w kwocie 16.000.000,00 zł, której zwrot ma nastąpić w 36 miesięcznych ratach poczynając od 30.04.2010 r. Zamawiający wyłonił wykonawcę w trybie przeprowadzonej procedury przetargowej. Wobec powyższego do niniejszego postępowania znajdują zastosowanie postanowienia ustawy Prawo Zamówień Publicznych, a biorąc pod uwagę wartość zamówienia, tryb przetargu nieograniczonego. **Zgodnie z treścią umowy zamawiający § 7, jako jedyne zabezpieczenie spłaty pożyczki na dzień zawarcia umowy przewidział weksel własny *in blanco* oraz zobowiązanie do jego zapłaty zgodnie z deklaracją wekslową. Tymczasem IPCZD oraz Magellan S.A. w Łodzi celem zabezpieczenia realizacji umowy pożyczki zawarły dodatkową umowę przelewu wierzytelności przysługujących IPCZD od Mazowieckiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia z tytułu umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych - świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie o numerze 07-00-01284-10-22/06 do kwoty 20.636.329,53 zł. Wprowadzenie dodatkowej formy zabezpieczenia na podstawowym źródle przychodu IPCZD, nie ujętej pierwotnie w umowie pożyczki, należy traktować jako zmianę niekorzystną dla zamawiającego.** Zespół wskazuje, że zgodnie z § 10 umowy nr 314/10 IPCZD, jako zamawiający przewidział możliwość wprowadzenia dodatkowego zabezpieczenia udzielonej pożyczki w formie cesji umów z NFZ. Nie mniej jednak dla ważności ustanowienia takiego zabezpieczenia konieczne było uprzednie zawarcie aneksu do umowy pożyczki w formie pisemnej pod rygorem nieważności (§ 10 ust. 2). **Tymczasem umowa przelewu wierzytelności (w celu zabezpieczenia) została podpisana już w dniu 01.03.2010 r., to jest tej samej dacie, co umowa pożyczki.** Podczas prac Zespołu IPCZD nie przedstawił aneksu do niniejszej umowy, który umożliwiłby zawarcie umowy cesji wierzytelności. Wątpliwości budzi również 7 tygodniowa rozbieżność w czasie pomiędzy podpisaniem umowy przelewu wierzytelności (w celu zabezpieczenia) przez Magellan S.A., a jej zarejestrowaniem w IPCZD w dniu 20.04.2010 r.

3. ANALIZA OBSZARU FINANSOWEGO

3.1. Wstęp do analizy obszaru zarządzania finansami

Zgodnie ze statutem IPCZD przedmiotem jego działania jest prowadzenie badań naukowych i prac rozwojowych oraz działalności leczniczo - usługowej ukierunkowanej na potrzeby zdrowotne dzieci, młodzieży i młodych dorosłych, realizacja zadań dydaktycznych, a także przystosowywanie wyników badań naukowych i prac rozwojowych do potrzeb praktyki oraz wdrażanie wyników badań naukowych i prac rozwojowych.

W świetle powyższego przyjęto, że funkcjonowanie obszaru finansów i polityki zakupowej w placówce o takim zakresie zadań, należy przeanalizować poprzez pryzmat relacji działań skierowanych na zasoby z zamiarem osiągnięcia celów w sposób sprawny i skuteczny. Dokonując, zatem syntezy systemu zarządzania finansami oraz systemu polityki zakupowej w Instytucie ustalono, że analiza obszaru finansów i polityki zakupowej zrobiona zostanie w oparciu o jedną z wielu definicji pojęcia „zarządzanie”, jaką stanowi zespół działań (planowanie, podejmowanie decyzji, organizowanie, przewożenie, tj. kierowanie ludźmi i kontrolowanie) ukierunkowanych na zasoby organizacji (ludzkie, finansowe, rzeczowe i informacyjne) i wykonywanych z zamiarem osiągnięcia celów organizacji w sposób sprawny i skuteczny.

Analizy obszaru dokonano w oparciu o przekazane dokumenty, tj. statut i regulamin organizacyjny IPCZD na podstawie danych, dokumentów, sprawozdań finansowych na dzień 30 września 2012 r. oraz wizyt przeprowadzonych w jednostce.

3.2. Stan obecny

System zarządzania finansami pod względem zadań i funkcji struktury zarządczej IPCZD ujęto w regulaminie organizacyjnym (wg załącznika do zarządzenia nr 34/12 z dnia 26 września 2012 r.) do realizacji przez Zastępców Dyrektora, do których obowiązków należy dokonywanie bieżącej i okresowej analizy wyników działalności podległych jednostek i komórek organizacyjnych oraz samodzielnych stanowisk pracy.

Zadania dotyczące zarządzania finansowego realizowane są przez:

- Pion Dyrektora IPCZD w zakresie zadań na rzecz:
 - planowania finansowego, kalkulacji kosztów, koordynowania procesu budżetowania, analiz ekonomicznych, oceny rentowności usług, efektywności zakupów inwestycyjnych i innych wydatków Instytutu, opracowywania statystyk,
 - administrowania majątkiem, w tym nieruchomościami Instytutu;
- Pion Zastępcy Dyrektora ds. Nauki w zakresie:
 - działalności wspomagającej badania finansowane lub dofinansowywane w szczególności ze środków przyznawanych przez ministra właściwego ds. nauki,
 - utrzymywania nieujemnego bilansu przychodów i kosztów we właściwym jednostkom i komórkom obszarze działalności;

- Pion Zastępcy Dyrektora ds. Klinicznych w zakresie:
 - zarządzania jakością, poprawy jakości i efektywności ekonomicznej udzielania świadczeń zdrowotnych oraz wdrażania nowych technologii medycznych,
 - analizy rynku i konkurencyjności w zakresie usług medycznych,
 - sprzedaży i rozliczania udzielanych przez Instytut usług medycznych,
 - zakupu usług zdrowotnych,
 - utrzymywania nieujemnego bilansu przychodów i kosztów we właściwym jednostkom i komórkom obszarze działalności;
- Pion Głównego Księgowego w zakresie:
 - obsługi finansowo-księgowej, w tym sprawozdawczości finansowej i statystycznej, prowadzenia ksiąg rachunkowych,
 - prowadzenia postępowań o zamówienia publiczne, realizacji umów i zaopatrzenia Instytutu.

3.2.1. Zadania pionu finansowego

Zgodnie z zapisami regulaminu organizacyjnego (z dnia 26 września 2012 r.) jednostki i komórki organizacyjne oraz stanowiska pracy pionu Głównego Księgowego realizują zadania w zakresie obsługi finansowo-księgowej, w tym sprawozdawczości finansowej i statystycznej, prowadzenia ksiąg rachunkowych, prowadzenia postępowań o zamówienia publiczne, realizacji umów i zaopatrzenia Instytutu.

Zadania te realizują dwa Działy, w tym:

- Dział Księgowości (w ilości 21 etatów), którego zadania to przede wszystkim:
 - sporządzanie sprawozdawczości finansowej i statystycznej wynikającej z przepisów ustawy o rachunkowości oraz sprawozdawczości z wykorzystania przyznawanych dotacji,
 - współpraca z instytucjami zewnętrznymi – urzędami skarbowymi, ZUS, bankami,
 - nadzór i kontrola nad prawidłowością gospodarowania środkami finansowymi i innymi składnikami majątkowymi, opracowywanie zasad sporządzania, obiegu i przechowywania dokumentów księgowych,
 - prowadzenie ksiąg rachunkowych zgodnie z zasadami określonymi ustawą; rzetelne i przejrzyste rejestrowanie wszelkich zdarzeń i operacji gospodarczych oraz odzwierciedlanie stanu majątku, sytuacji finansowej i wyniku finansowego Instytutu,
 - ewidencja dokumentów księgowych zgodnie ze źródłem generowania przychodów i powstawania kosztów,
 - nadzór nad kompletnością i rzetelnością dokumentów dotyczących operacji gospodarczych i finansowych,
 - nadzór nad terminowością spływu i obiegu dokumentów księgowych,
 - kontrola formalno-rachunkowa dokumentów stanowiących podstawę ewidencji księgowej,
 - współpraca z kontrahentami w zakresie bieżących rozliczeń finansowych,
 - kontrola terminowości realizacji należności i zobowiązań,
 - nadzór nad prawidłowością rozliczeń podatkowych,

- ewidencja i weryfikacja dokumentów dotyczących rozliczeń zakupów,
- pełna obsługa gospodarki kasy gotówkowej w tym prowadzenie kasy głównej oraz nadzór nad pracą kas pomocniczych,
- rozliczanie i ewidencja delegacji krajowych i zagranicznych,
- opracowanie struktury podziału kosztów oraz jej bieżąca aktualizacja,
- zabezpieczanie zbiorów zgromadzonych dokumentów księgowych oraz danych komputerowych przed ich nieupoważnionym wykorzystaniem lub zniszczeniem,
- inicjowanie oraz utrzymywanie kontaktów z potencjalnymi darczyńcami wraz z organizacją procesu przekazania darowizn rzeczowych i pieniężnych,
- prowadzenie rejestru darowizn,
- ustalenie i aktualizowanie dokumentacji opisującej politykę rachunkowości w sposób zapewniający należyte sprawowanie funkcji informacyjnej i kontrolnej, dającej możliwość pozyskania informacji o działalności jednostki na potrzeby jej zarządzania i użytkowników zewnętrznych, zapewniającej włączenie systemu rachunkowości do systemu kontroli, w tym kontroli finansowej.

Zadania te Dział Księgowości realizuje pod nadzorem Głównego Księgowego.

- Dział Zamówień Publicznych i Zakupów (w ilości 32 etatów), którego zadania to przede wszystkim:
 - prowadzenie postępowań o udzielenie zamówienia publicznego,
 - opracowywanie rocznych planów zamówień publicznych oraz sprawozdań dla Prezesa Urzędu Zamówień Publicznych z udzielonych zamówień w danym roku kalendarzowym,
 - przygotowywanie i prowadzenie dokumentacji zamówień na udzielanie świadczeń zdrowotnych, tworzenie projektów umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych,
 - aktualizacja bazy asortymentowej towarów i materiałów dla potrzeb przygotowania rocznego planu zakupów,
 - opracowywanie rocznego planu zakupów – klasyfikacja zakupów uwzględniająca przepisy o zamówieniach publicznych i sporządzanie wniosków o wszczęcie postępowania w sprawie udzielenia zamówienia publicznego,
 - realizacja otrzymanych umów po rozstrzygniętym postępowaniu w sprawie udzielenia zamówienia publicznego wraz z całą dokumentacją dotyczącą danej sprawy,
 - przygotowywanie dokumentacji dotyczącej zawierania umów lub zamówień do wartości 14.000 euro w ramach art. 4 ust. 8 ustawy Prawo zamówień publicznych,
 - przygotowywanie dokumentacji dotyczącej zawierania umów lub zamówień na sprzęt zatwierdzony do realizacji na podstawie wniosków o zakup środka trwałego oraz inne zakupy realizowane w ramach programów naukowych,
 - kontrola merytoryczna dokumentów stanowiących podstawę ewidencji księgowej, opisywanie i przekazywanie do Działu Księgowości faktur VAT za zamówione towary,
 - prowadzenie magazynów Instytutu,
 - przyjmowanie dostaw i dystrybucja asortymentu do jednostek Instytutu na podstawie otrzymanych zamówień w ramach oraz poza planem rocznym – prowadzenie dokumentacji z tym związanej,

- gospodarka odzieżą BHP,
- zbiórka opakowań zwrotnych, zużytych tonerów i tuszy, prowadzenie związanej z procesem dokumentacji,
- sporządzanie miesięcznych zestawień obrotów dla Działu Księgowości oraz wydruków magazynowych na potrzeby innych jednostek Instytutu,
- współpraca z kontrahentami w zakresie bieżących dostaw i rozliczeń finansowych.

Zadania te Dział Zamówień Publicznych i Zakupów realizuje pod nadzorem Głównego Księgowego.

3.2.2. Potencjał kadrowy

Zespół stwierdza, że opisany powyżej stan kadrowy, jakim dysponuje **pion Głównego Księgowego w ilości ogółem 54 etatów** (z uwzględnieniem głównego księgowego i wyłączeniem etatu Z-cy Dyrektora ds. Finansowych, który w związku ze zmianami organizacyjnymi został zlikwidowany) nie realizuje wszystkich elementów związanych z zarządzaniem finansami w Instytucie. Zgodnie z analizą struktury organizacyjnej zadanie związane z zarządzaniem finansami przypisane jest również do realizacji przez Dyrektora Instytutu oraz poszczególnych Zastępców.

Istotny element związany z zarządzaniem finansami realizowany jest przez **Dział Analiz Ekonomicznych, który liczy 9 etatów, Dział Sprzedaży, który liczy 5 etatów i Dział Rozliczania Świadczeń liczący 15,65 etatów**. Ponadto zadania dotyczące gospodarki materiałowej oraz nieruchomości i majątku realizowane są przez **Aptekę, w której 4 osoby zajmują się zadaniami finansowymi** oraz **Dział Administracyjny zatrudniający ogółem 26,5 etatów**. Zakres finansowy obszaru naukowego realizuje ponadto **Dział Planowania Badań Naukowych i Wyjazdów Zagranicznych oraz Sekcja Szkoleń**, które zgodnie z danymi przekazanymi przez IPCZD liczyły ogółem **17,25 etatu** na dzień 1.10.2012 roku.

Zespół stwierdza, że w ścisłych powiązaniach z realizacją zadań finansowych i gospodarki materiałowej Instytutu potencjał kadrowy wynosi około 132 etatów. Stanowi to bardzo wysoki poziom zaangażowania etatowego w procesy finansowe, co winno przedkładać się na jakość realizowanych zadań, Zespół zwraca również uwagę, iż w jego opinii tak duże zaangażowanie etatowe wymaga szczegółowej weryfikacji, a docelowo obniżenia etatyacji.

3.2.3. Zagrożenia

Identyfikując zagrożenia w IPCZD dokonano analizy obszarów związanych z poziomem generowanych kosztów, wynikami komórek organizacyjnych, sposobem zarządzania w zakresie zadłużenia i płynności finansowej placówki.

Poziom kosztów

Analiza kosztów Instytutu w latach od 2010 do września 2012 r. przedstawiona została w układzie rodzajowym, jak również z wyszczególnieniem wnikliwej analizy grup kosztów o istotnej wartości.

Koszty ogółem w Instytucie w badanym okresie przedstawiono na wykresie nr 1. Analiza tych kosztów wskazuje, iż z roku na rok koszty te rosną, a ich przyrost w roku 2011 wyniósł 9%, a w roku 2012 wzrósł o kolejny 1%. Najbardziej niepokojącym jest to, iż wzrost kosztów w Instytucie następował szybciej niż zmiany w przychodach, które to w roku 2011 wzrosły ogółem o 8%, a w roku 2012 przychody ogółem spadły o ponad 5% w stosunku do roku 2011 w sytuacji, gdy koszty wzrosły o 1%.

Wykres 1 Koszty ogółem



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z IPCZD.

Wartość kosztów w roku 2012 obejmuje okres jedynie za 9 miesięcy, stąd porównanie z latami poprzednimi zostało odzwierciedlone w układzie średniomiesięcznym. Wartości kosztów ogółem przedstawiono na wykresie nr 2.

Wykres 2 Koszty ogółem średniomiesięcznie



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z IPCZD.

Na poziom kosztów w Instytucie istotny wpływ mają pozostałe koszty operacyjne i koszty finansowe. Pozostałe koszty operacyjne stanowią około 1% kosztów ogółem, natomiast koszty finansowe (tj. szeroko rozumiane koszty obsługi długu) dochodziły w 2010 roku do 4% udziału kosztów ogółem. Zwrócić należy uwagę na to, iż koszty finansowe i pozostałe koszty operacyjne głównie dotyczą kosztów obsługi zadłużenia i jeszcze bardziej pogłębiają ujemny wynik finansowy Instytutu. **W roku 2010 koszty te wyniosły ponad 12,4 mln zł, w roku 2011 już 13,8 mln, a za dziewięć miesięcy 2012 roku poziom ten wyniósł prawie 10 mln zł.**

Tabela 1 Poziom i udział poszczególnych pozycji kosztów w okresie 2010 – IX 2012

<i>Rachunek zysków i strat (wariant porównawczy)</i>	2010	udział 2010	2011	udział 2011	I-IX 2012	udział 2012
<i>B. Koszty działalności operacyjnej</i>	272 682 421	95,5%	296 520 383	95,6%	225 120 060	95,8%
<i>E. Pozostałe koszty operacyjne</i>	1 374 395	0,5%	2 725 358	0,9%	2 078 399	0,9%
<i>H. Koszty finansowe</i>	11 355 474	4,0%	10 958 053	3,5%	7 830 808	3,3%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z IPCZD.

Analiza kosztów działalności podstawowej wskazuje, na **strukturę i wysokość kosztów względem osiągniętych przez IPCZD przychodów**, która uwidacznia w poszczególnych latach **poziom kosztów w stosunku do przychodów ze sprzedaży i ich przekroczenie w poszczególnych latach** o odpowiednio **o 11,9% w 2010 roku, 12,8% w roku 2011 i o 21,6% w roku 2012.**

Tabela 2 Udział kosztów w przychodach ze sprzedaży

<i>Rachunek zysków i strat (wariant porównawczy)</i>	udział 2010	udział 2011	udział 2012
<i>B. Koszty działalności operacyjnej</i>	111,9%	112,8%	121,6%
I. Amortyzacja	6,1%	12,1%	13,5%
II. Zużycie materiałów i energii	35,0%	30,7%	32,6%
III. Usługi obce	11,2%	12,6%	12,7%
IV. Podatki i opłaty	0,5%	0,7%	0,8%
V. Wynagrodzenia, ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia	58,7%	56,2%	61,2%
VI. Pozostałe koszty rodzajowe	0,5%	0,5%	0,8%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z IPCZD.

Koszty działalności podstawowej w roku 2011 w stosunku do 2010 roku, jak wyżej wspomniano były wyższe o 9%, co przedkłada się na ponad 23,8 mln zł wzrostu, w porównaniu do zmiany przychodów jedynie na poziomie 20,5 mln zł. **Spowodowało to pogorszenie w 2011 roku wyniku na sprzedaży o 11% oraz zwiększenie straty o 3,35 mln zł do kwoty 33,4 mln zł straty na całej sprzedaży w 2011 r.** Koszty działalności podstawowej w roku 2012 zwiększyły się rok do roku o 3,6 mln zł w sytuacji zmniejszenia się przychodów o 16,8 mln zł w stosunku do roku 2011. Tym samym strata na **sprzedaży jeszcze bardziej się pogłębiła o 61% osiągając za dziewięć miesięcy 2012 r. poziom 40,3 mln zł.** Wartość straty na sprzedaży wymaga głębszej analizy kosztów działalności, co przedstawiono poniżej.

Amortyzacja zawiera w swojej strukturze koszty umorzenia środków trwałych i wartości niematerialnych. W wyniku dokonanych analiz ustalono, że poziom tych kosztów wzrasta zwłaszcza w 2011 roku, w którym to koszty wzrosły ponad dwukrotnie. W roku 2012 nie zanotowano już tak wysokiego wzrostu tych kosztów. Koszty amortyzacji wzrosły o 4%. Niestety, mimo tak wysokiego kosztu amortyzacji, **wynik na sprzedaży w roku 2010 bez uwzględnienia amortyzacji był ujemny i wyniósł 15,2 mln zł, w roku 2011 strata ta wyniosła 1,4 mln zł natomiast za 9 miesięcy 2012 r. strata przekroczyła poziom straty za cały rok 2010 i wyniosła bez amortyzacji 15,4 mln zł.**

Tabela 3 Koszty amortyzacji

TREŚĆ	wykonanie 2010	wykonanie 2011	zmiany %	zmiany zł	Wykonanie narastająco 2012	zmiany %	zmiany zł
Amortyzacja	14 778 875	31 934 228	116%	17 155 353	24 910 605	4%	1 279 912

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z IPCZD.

Zużycie materiałów zawiera m.in. koszty zużytych leków, sprzętu medycznego, krwi, odczynników, żywności. W wyniku dokonanych analiz ustalono, iż w roku 2011 koszty te w porównaniu do roku 2010 uległy ograniczeniu o 7%, czyli o około 5,5 mln zł rocznie. Niestety trendu tego Instytut nie utrzymał w roku 2012, gdyż zanotowano wzrost na poziomie 2%, tj. o około 1,1 mln zł w skali roku. Mimo wzrostu kosztów w 2010 roku w pozycji m.in. żywienia poza i dojelitowego, środków dezynfekcyjnych, krwi, odczynników i paliwa, w wyniku ograniczenia kosztów leków, programów lekowych i sprzętu medycznego i gazu uzyskano w/w oszczędności. W roku 2012 jednak nie utrzymano zmniejszenia kosztów leków, a koszty żywienia poza i dojelitowego, środków dezynfekcyjnych, krwi i paliwa zanotowały kolejne wzrosty.

Udział kosztów zużycia materiałów wynosił w 2011 roku 27%, a w 2012 roku 29% przy jednoczesnym spadku przychodów ze sprzedaży w 2012 roku o ponad 5%. Tym samym Zespół zwraca uwagę, iż istnieje konieczność zracjonalizowania tych kosztów i ich redukcji.

Tabela 4 Koszty zużycia materiałów

	TREŚĆ	wykonanie 2010	wykonanie 2011	zmiany %	zmiany zł	Wykonanie narastająco 2012	zmiany %	zmiany zł
	Zużycie materiałów	76 846 159	71 345 718	-7%	-5 500 441	54 318 689	2%	1 079 201
1	tlen	137 765	126 066	-8%	-11 699	98 322	4%	5 030
2	leki	22 468 093	20 798 178	-7%	-1 669 915	15 764 761	1%	221 503
3	programy lekowe	11 149 148	8 367 106	-25%	-2 782 043	7 234 561	15%	1 278 976
4	żywienie poza i dojelitowe	7 773 307	8 978 272	16%	1 204 965	6 898 380	2%	219 568
5	materiały opatrunkowe	779 274	783 238	1%	3 964	565 589	-4%	-29 119
6	środki dezynfekcyjne	268 250	307 329	15%	39 079	234 618	2%	5 495
7	krew i preparaty krwiopochodne	1 590 546	1 807 286	14%	216 740	1 602 869	18%	329 872
8	odczynniki i materiały pomocnicze	6 429 235	7 270 620	13%	841 385	4 887 084	-10%	-754 508
9	błony i utrwalacze RTG	136 146	41 502	-70%	-94 643	36 681	18%	7 406
10	nici	1 188 711	1 137 791	-4%	-50 920	881 146	3%	37 071
11	sprzęt medyczny, techniczny	14 174 116	12 735 928	-10%	-1 438 188	9 567 899	0%	21 271
12	żywność	1 502 615	1 561 897	4%	59 282	1 242 739	6%	95 088
13	bielizna, pościel	110 382	47 214	-57%	-63 168	24 140	-32%	-15 027
14	środki czystości	267 116	281 042	5%	13 926	176 290	-16%	-45 989
15	materiały biurowe	245 312	268 489	9%	23 177	209 440	4%	10 765
18	materiały eksploatacyjne - sprzęt techniczny	2 738 896	2 519 739	-8%	-219 157	1 865 624	-1%	-32 241
19	pozostałe materiały	3 340 872	3 014 128	-10%	-326 744	1 908 776	-16%	-469 093
20	woda i ścieki	721 009	701 105	-3%	-19 904	602 452	15%	102 165
21	gaz	1 491 875	195 319	-87%	-1 296 556	143 443	-2%	-4 061
22	paliwo	333 490	403 468	21%	69 978	373 875	24%	95 032

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z IPCZD.

Zużycie energii zawiera m.in. koszty energii elektrycznej i ciepłej. W wyniku dokonanych analiz ustalono, iż w roku 2011 koszty te w porównaniu do roku 2010 uległy zwiększeniu o 11%, czyli o około 1 mln zł rocznie. W roku 2012 za dziewięć miesięcy, zanotowano spadek na poziomie 13%, tj. o około 1,2 mln zł w skali roku. Należy jednak zwrócić uwagę, iż wartość kosztów w roku 2012 nie obejmuje całości kosztów, jakie Instytut poniesie za rok 2012, jednak gdyby trend ten się utrzymał, wpłynie to na poprawę końcowego wyniku.

Udział kosztów zużycia energii wyniósł w 2011 roku 4%, a w 2012 roku 3%.

Tabela 5 Koszty zużycia energii

	TREŚĆ	wykonanie 2010	wykonanie 2011	zmiany %	zmiany zł	Wykonanie narastająco 2012	zmiany %	zmiany zł
	Energia	8 359 277	9 293 260	11%	933 983	6 033 834	-13%	-1 248 149
1	energia elektryczna	4 719 089	5 159 604	9%	440 515	3 314 557	-14%	-740 194
2	energia ciepła	3 640 188	4 133 656	14%	493 469	2 719 276	-12%	-507 955

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z CZD.

Usługi obce zawierają m.in. koszty transportu, remontów, koszty dyżurów i usług kontraktowych, koszty utylizacji i pozostałe koszty. W wyniku dokonanych analiz ustalono, iż nastąpił wzrost o 5,8 mln zł w roku 2011 i niewielki spadek ich poziomu w roku 2012. Największy udział w kosztach mają poza kontraktami koszty usług porządkowych, konserwacji i napraw. Największy wzrost na przestrzeni dwóch lat zanotowano w:

- usługach utylizacyjnych – niewspółmierny, prawie czterokrotny wzrost w 2011 roku i ponad 58% w roku 2012, do odnotowanych w tym samym czasie spadków w zakresie przychodów IPCZD, co wymaga szczegółowych analiz przyczyn wystąpienia, a następnie likwidacji tego zjawiska,
- remontach – prawie trzykrotny wzrost w 2011,
- usługach informatycznych – ponad dwukrotny wzrost w 2011 roku i wzrost o 13% w roku 2012,
- pozostałe usługi – wzrost ponad 2,5 krotny w roku 2011,
- kontrakty (m.in. na świadczenia usług medycznych) – które zanotowały najwyższy wartościowo wzrost kosztów, bo w 2011 wzrosły koszty o 3,18 mln zł, a w roku 2012 już zanotowano wzrost o kolejne 3%. **Łączna wartość kontraktów w 2011 r. wynosiła 9,4 mln, a za 9 miesięcy 2012 r. wyniosła 7,3 mln (średniomiesięczna wartość w 2011 r. wyniosła 783 tys., a w 2012 r. 811 tys.). Wzrost ten Zespół uznaje za nieuzasadniony, zważywszy na to, iż w tym samym czasie IPCZD w sposób rażący nie wykorzystuje własnego potencjału specjalistycznego, w tym kadrowego oraz infrastrukturalnego.**

Biorąc pod uwagę **udział kosztów usług obcych** na bardzo wysokim poziomie **w stosunku do uzyskiwanego przychodu oraz ich wzrost w udziale z 11,2% w 2010 r., do 12,6% w 2011 r. i 12,7% w 2012 roku** istnieje konieczność zahamowania wzrostu tych kosztów i ich redukcji.

Tabela 6 Koszty usług obcych

	TREŚĆ	wykonanie 2010	wykonanie 2011	zmiany %	zmiany zł	Wykonanie narastająco 2012	zmiany %	zmiany zł
	Usługi obce	27 334 054	33 149 112	21%	5 815 058	23 483 880	-6%	-1 837 272
1	transport sanitarny	794 676	838 777	6%	44 102	335 548	-47%	-391 380
2	transport dostawczy	5 885	2 987	-49%	-2 898	3 728	66%	1 983
3	telefony	687 430	602 458	-12%	-84 972	396 082	-12%	-74 348
4	usługi pralnicze	1 531 912	1 269 958	-17%	-261 953	529 962	-44%	-563 343
5	usługi utylizacyjne	52 554	202 509	285%	149 955	240 079	58%	117 597
6	remonty	785 958	2 299 448	193%	1 513 490	787 862	-54%	-1 248 965
7	konserwacje i naprawy sprzętu medycznego, tech. + pozostałe:	4 149 238	4 210 694	1%	61 455	3 441 829	9%	378 412
8	usługi komunalne	528 035	359 328	-32%	-168 707	161 370	-40%	-144 168
9	usługi pocztowe i kurierskie	194 527	165 962	-15%	-28 565	109 992	-12%	-19 307
10	usługi porządkowe	3 757 723	3 432 630	-9%	-325 093	2 314 887	-10%	-346 114
11	usługi najmu i dzierżawy	199 882	234 001	17%	34 119	423 931	142%	331 240
12	usługi nadzoru i mienia	990 084	745 060	-25%	-245 023	522 560	-6%	-48 314
13	usługi bankowe	100 415	102 176	2%	1 760	84 767	11%	10 846
14	usługi prawnicze	131 272	95 400	-27%	-35 872	62 730	-12%	-11 760
15	usługi informatyczne	645 722	1 418 577	120%	772 856	1 205 849	13%	189 221
17	pozostałe usługi (np. odśnieżanie, deratyzacja, pieczętki)	1 086 665	2 662 993	145%	1 576 328	2 006 928	0%	12 911
18	kontrakty - badania, konsultacje, porady, godziny dyżurowe, godziny dyżurowe lekarzy, godziny dyżurowe pielęgniarek:	6 176 231	9 363 555	52%	3 187 324	7 263 129	3%	320 618
18.1	kontrakty - zakup usług lekarskich	5 341 479	7 910 455	48%	2 568 975	5 922 286	0%	-14 074
18.2	kontrakty-nadzór wentylacja domowa	332 761	378 492	14%	45 731	231 996	-18%	-69 164
18.3	kontrakty - dyżury	221 847	403 719	82%	181 872	360 926	19%	77 516
18.4	kontrakty - zakup usług pielęgniarstw	280 144	670 889	139%	390 745	747 922	49%	326 340
19	badania medyczne i porady, konsultacje	5 515 845	5 142 598	-7%	-373 248	3 592 648	-7%	-352 400

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z IPCZD.

Podatki i opłaty zawierają m.in. koszty opłat z tytułu PFRON oraz opłaty skarbowe. W wyniku dokonanych analiz ustalono, że poziom tych kosztów w roku 2011 w porównaniu do 2010 roku wzrósł znacznie o ponad 509 tys. zł – 41%, a w roku 2012 zanotowano kolejny wzrost o 18%. Największy wzrost zaobserwowano w kosztach opłat na PFRON.

Tabela 7 Koszty podatków i opłat

	TREŚĆ	wykonanie 2010	wykonanie 2011	zmiany %	zmiany zł	Wykonanie narastająco 2012	zmiany %	zmiany zł
	Podatki i opłaty:	1 243 784	1 753 449	41%	509 665	1 548 076	18%	310 653
1	Podatki i opłaty	243 665	275 718	13%	32 053	418 770	103%	282 643
2	PFRON	1 000 119	1 477 731	48%	477 612	1 129 306	2%	28 010

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z IPCZD.

Koszty pracy zawierają w swojej strukturze koszty brutto wynagrodzeń z tytułu zatrudnienia wraz z kosztami dyżurów pracowników zatrudnionych w szpitalu na podstawie umowy o pracę, zlecenia, umowy o dzieło i koszty stypendiów naukowych, koszty ubezpieczeń społecznych i innych świadczeń oraz koszty kontraktów zawartych przez Instytut i stanowiących część kosztów usług obcych w układzie rodzajowym.

W wyniku dokonanych analiz ustalono, że poziom tych kosztów systematycznie wzrasta. W roku 2011 wzrost ten wyniósł 5% i zwiększył koszty o ok. 8,1 mln zł, a w roku 2012 zanotowano kolejny wzrost na poziomie 2%, czyli ponad 3,5 mln zł.

Koszt pracy w przychodach ze sprzedaży z NFZ i MZ, w roku 2010 wynosił 70%, w roku 2011 - 72%, a do września roku 2012 przekroczył 78%.

Aby z przychodów Instytutu pokryć inne wydatki związane z leczeniem pacjentów, takie jak leki, materiały medyczne itp. niezbędna jest szczegółowa analiza oraz racjonalizowanie tych kosztów i ich redukcja.

Tabela 8 Koszty pracy

WYSZCZEGÓLNIENIE	wykonanie 2010	wykonanie 2011	zmiany %	zmiany zł	Wykonanie narastająco 2012	zmiany %	zmiany zł
koszty pracy	149 092 259	157 181 089	5%	8 088 831	120 566 484	2%	3 574 223
koszty pracy średniomiesięcznie	12 424 355	13 098 424		674 069	13 396 276	2%	297 852
udział kosztów pracy w przychodach ze sprzedaży (NFZ + MZ)	70%	72%			78%		

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z IPCZD.

Pozostałe koszty zawierają w swojej strukturze koszty ubezpieczeń majątkowych i OC, koszty reprezentacji, koszty delegacji i koszty podróży służbowych. W wyniku dokonanych analiz ustalono, że poziom kosztów w tej grupie wzrósł w 2011 r. jedynie o 2%, czyli o 22,8 tys. zł, natomiast w roku 2012 wzrost ten przekroczył 800 tys. zł, tj. 65%. W wyniku analiz zwraca się uwagę na wzrost kosztów reprezentacji i informacji na poziomie 76% w 2011 roku i ich prawie czterokrotny wzrost na koniec września 2012 r. Wzrost kosztów reprezentacji i informacji o ponad 440 tys. zł w 2012 r., w sytuacji zapaści finansowej IPCZD w ocenie Zespołu jest sytuacją niezrozumiałą i nieprawidłową. Duży wzrost kosztów Instytut w roku 2012 zanotował w pozycji ubezpieczeń (45%) i podróży służbowych (28%). Również wzrost kosztów podróży służbowych przedkłada się na absencję pracowników IPCZD w kontekście niewykonania kontraktu, spadku sprzedaży, wolnych łóżek i wzrostu kosztów kontraktów na usługi medyczne z zewnątrz oraz straty na działalności naukowej w ocenie Zespołu są trudne do uzasadnienia. **Biorąc pod uwagę sytuację Instytutu wydaje się niezbędne ograniczenie kosztów reprezentacji i informacji do minimum.**

Tabela 9 Pozostałe koszty

	TREŚĆ	wykonanie 2010	wykonanie 2011	zmiany %	zmiany zł	Wykonanie narastająco 2012	zmiany %	zmiany zł
	Pozostałe koszty rodzajowe	1 204 245	1 227 082	2%	22 837	1 521 621	65%	801 746
1	Ubezpieczenia OC i majątkowe	469 211	510 166	9%	40 955	553 845	45%	228 294
2	Podróże służbowe i ryczałty	551 312	504 938	-8%	-46 374	483 868	28%	140 219
3	Koszty reprezentacji i informacji	70 647	124 091	76%	53 444	441 276	374%	464 277
4	Pozostałe	113 074	87 886	-22%	-25 188	42 632	-35%	-31 044

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z IPCZD.

3.3. Wyniki działalności wybranych komórek organizacyjnych oraz poszczególnych zakresów

Analiza poszczególnych zakresów działalności podstawowej wskazuje, iż **ujemne wyniki za okres od I do IX 2012 r.** osiągnęły:

- działalność medyczna – strata na poziomie ok. 36,5 mln zł,
- działalność naukowa – strata na poziomie ok. 4,7 mln zł,
- rezydentury - strata na poziomie ok. 2,5 mln zł,
- staże – strata na poziomie 14,9 tys. zł.

Poziom ujemnych wyników finansowych został zmniejszony o uzyskane wyniki dodatnie na sprzedaży usług medycznych i pozamedycznych. Wartości te zostały zaprezentowane w *tabeli nr 10*.

Tabela 10

Pozycja	Przychody I-IX 2012	Koszty I-IX 2012	Wynik I-IX 2012
Działalność medyczna	155 154 814	191 616 826	-36 462 012
Działalność naukowa	18 698 898	23 417 514	-4 718 615
Rezydentury	5 708	2 536 337	-2 530 629
Staż	7 838	22 685	-14 847
Usługi medyczne	4 197 153	2 508 601	1 688 552
Usługi pozamedyczne	7 048 501	5 330 420	1 718 081
Zmiana stanu produktów	-312 323	-312 323	0
Suma końcowa	184 800 590	225 120 060	-40 319 470

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z IPCZD.

Ponieważ działalność medyczna przyniosła stratę, podjęto działania w celu bardziej szczegółowej analizy wyników poszczególnych komórek organizacyjnych.

Poniższe zestawienie przychodów, kosztów i wyników Oddziałów i Poradni, jak również Izby przyjęć osiągniętych **na przestrzeni lat 2010 - 2012 wskazuje na brak podejmowanych działań eliminujących niekorzystne parametry**. Zwraca się uwagę na to, iż odpowiedzialność i monitoring tych procesów przypisany jest w szczególności do Z-cy Dyrektora ds. Klinicznych.

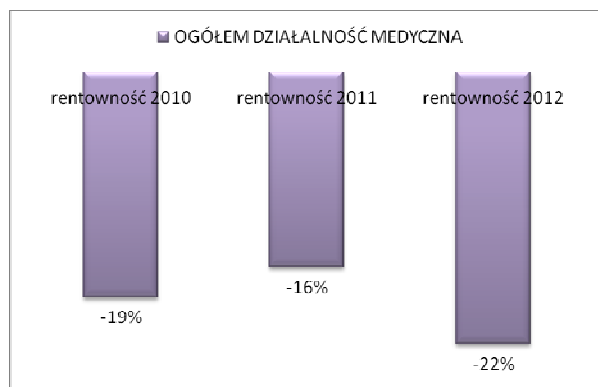
Tabela 11 Zbiorcze zestawienie przychodów, kosztów i wyników poszczególnych zakresów

Wyszczególnienie	Przychody 2010	Koszty 2010	Wynik 2010	Przychody 2011	Koszty 2011	Wynik 2011	Przychody I-IX 2012	Koszty I-IX 2012	Wynik I-IX 2012
ODDZIAŁY OGÓŁEM	171 965 371	212 416 685	-40 451 314	172 703 493	214 474 945	-41 771 452	123 033 902	161 239 321	-38 205 419
PORADNIE OGÓŁEM	27 655 826	26 330 755	1 325 071	46 370 686	41 587 159	4 783 527	32 958 501	32 680 710	277 791
PRACOWNIA CEWNIKOWANIA SERCA I ANGIOGRAFII	4 232 815	5 451 017	-1 218 202	4 723 047	6 371 380	-1 648 332	3 885 633	4 670 207	-784 573
PRACOWNIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO	2 116 545	2 394 100	-277 555	1 873 931	1 843 518	30 413	1 383 750	1 401 513	-17 763
PRACOWNIA TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ	1 863 837	2 282 153	-418 317	2 311 904	2 794 340	-482 436	1 846 851	2 251 683	-404 833
PRACOWNIA ULTRASONOGRAFII	571 562	577 399	-5 837	502 777	478 170	24 607	650 191	653 256	-3 065
ZAKŁAD MEDYCYNY NUKLEARNEJ	2 300 258	2 246 252	54 007	2 487 794	2 670 144	-182 350	2 548 786	2 215 805	332 981
ZAKŁAD OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ	1 877 287	1 013 883	863 404	2 479 874	1 815 607	664 267	1 425 342	1 179 766	245 576
IZBA PRZYJĘĆ	3 023 962	2 813 181	210 781	3 386 480	2 762 773	623 706	2 578 861	2 089 411	489 449
Ogółem	215 607 464	255 525 425	-39 917 962	236 839 985	274 798 036	-37 958 050	170 311 816	208 381 672	-38 069 856

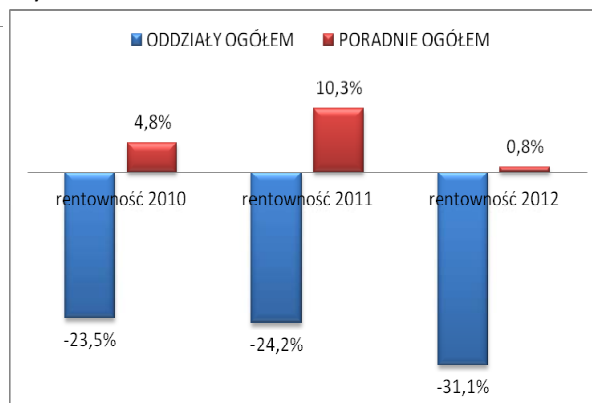
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z IPCZD.

Osiągane ujemne wyniki w działalności medycznej wskazują na pogłębiający się deficyt tego obszaru. Poziom rentowności w analizowanym okresie przedstawiono na wykresie nr 3. Deficyty w Oddziałach i w Pracowniach niepokoją tym bardziej, że poziom ujemnej rentowności zwłaszcza na Oddziałach i Pracowniach się pogłębia. W poradniach zwiększono rentowność w 2011 roku, jednak w roku 2012 znacznie się ona zmniejszyła i osiągnęła zaledwie 1%. Wartości poszczególnych poziomów osiągniętej rentowności przedstawiono na wykresach nr 4, 5 i 6.

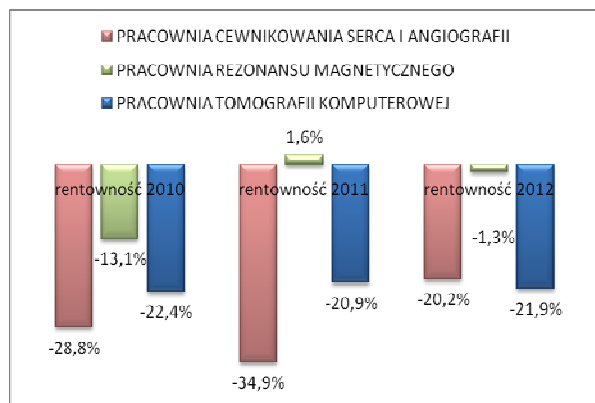
Wykres 3 Poziom rentowności



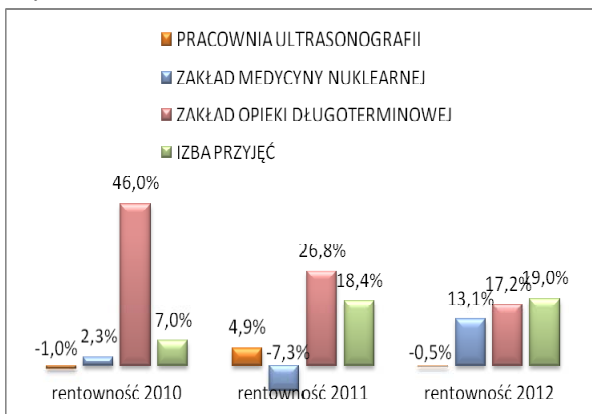
Wykres 4 Poziom rentowności



Wykres 5 Poziom rentowności



Wykres 6 Poziom rentowności



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z IPCZD. Dane za 2012 r, dotyczą miesięcy I-IX.

Analizując wszystkie oddziały Instytutu w roku 2010 na 24 oddziały, tylko 25% (6 oddziałów) z nich miało dodatnie wyniki finansowe. W roku 2011 z 27 oddziałów już tylko 19% (5 oddziałów) nie ponosiło strat. Podobnie wyglądała sytuacja na koniec września 2012 roku.

Tabela 12 Wykaz oddziałów i ich wyniki finansowe

Wyszczególnienie	Wynik 2010	Wynik 2011	Wynik I-IX 2012
ODDZ.NEONAT, PATOL.I INTES.TER.NOWORODKA	1 434 882,41	- 25 055,75	129 722,89
ODDZIAŁ CHIRURGII OGÓLNEJ	192 145,69	- 1 986 261,51	- 3 016 162,76
ODDZIAŁ CHOROÓB METABOLICZNYCH	-	- 1 898 822,83	- 841 915,30
ODDZIAŁ CHOROÓB METABOLICZNYCH, ENDOKRYNOLOGII I DIABETOLOGII	- 6 085 050,27	- 40,99	729,81
ODDZIAŁ DIABETOLOGII	-	- 266 962,64	- 497 011,51
ODDZIAŁ DIALIZ	- 1 765 780,71	- 1 224 722,41	- 467 024,16
ODDZIAŁ DZIENNY CHEMIOTERAPII	- 1 222 947,18	- 651 269,88	- 537 820,27
ODDZIAŁ DZIENNY REHABILITACJI NARZĄDU RUCHU	- 635 684,29	- 1 146 965,53	- 851 082,48
ODDZIAŁ DZIENNY REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ	847 026,49	1 183 234,58	840 529,65
ODDZIAŁ ENDOKRYNOLOGII	-	- 358 610,48	- 886 771,90
ODDZIAŁ GASTROENTEROLOGII I HEPATOLOGII	2 066 525,82	2 754,30	- 1 652 877,08
ODDZIAŁ IMMUNOLOGII	- 2 024 822,80	- 2 395 320,20	- 1 258 789,09
ODDZIAŁ INTENSYWNEJ TERAPII I	- 2 963 613,39	- 2 312 590,94	- 2 067 334,56
ODDZIAŁ INTENSYWNEJ TERAPII II	- 3 748 860,84	- 3 516 578,53	- 4 149 933,96
ODDZIAŁ KARDIOCHIRURGII	- 6 701 647,30	- 6 114 039,55	- 3 831 714,38
ODDZIAŁ KARDIOLOGII	3 109 886,60	2 134 811,42	2 027 441,58
ODDZIAŁ NEFROLOGII, TRANSPLANTACJI NEREK I NADCIŚNIENIA TĘTNICZEGO	- 1 978 277,70	- 1 732 521,80	- 1 586 233,55
ODDZIAŁ NEUROCHIRURGII	- 3 201 985,77	- 2 765 169,98	- 2 999 922,74
ODDZIAŁ NEUROLOGII I EPILEPTOLOGII	- 1 462 031,93	- 1 963 984,13	- 1 928 070,36
ODDZIAŁ NIEMOWLĘCY	- 2 371 903,44	- 3 014 813,32	358,47
ODDZIAŁ OKULISTYKI	- 1 215 154,64	- 1 825 158,97	- 959 363,95
ODDZIAŁ ONKOLOGII	- 1 250 801,68	- 2 105 760,15	- 1 407 911,04
ODDZIAŁ OTOLARYNGOLOGII	67 748,15	1 084 465,94	- 1 134 263,48
ODDZIAŁ PEDIATRII I ŻYWIENIA	- 6 418 802,48	- 5 771 969,99	- 6 787 989,78
ODDZIAŁ REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ	- 86 966,76	- 1 864 870,74	- 1 399 030,70
ODDZIAŁ REHABILITACJI PEDIATRYCZNEJ	- 4 960 809,70	- 1 011 629,09	- 688 353,55
ODDZIAŁ UROLOGII DZIECIĘCEJ	- 74 388,42	- 2 223 598,87	- 2 254 624,89
ogółem	- 40 451 314,14	- 41 771 452,04	- 38 205 419,09

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z IPCZD.

Biorąc pod uwagę wyniki finansowe, jakie osiągały poszczególne oddziały dla uzupełnienia dokonano oceny poziomu rentowności, aby móc ustalić, jaka wartość dzieli poszczególne komórki organizacyjne od możliwości zbilansowania. Ogółem, jak już wskazano powyżej oddziały osiągnęły w roku 2010 i 2011 ujemną rentowność na poziomie około 24%, a do września 2012 roku pogłębiły do 31% ujemny poziom rentowności.

Szczegółowe dane wskazują, że w 2010 roku koszty 10 oddziałów przekraczały przychody o więcej niż 50%, koszty Oddziałów: Diennej Chemioterapii i Rehabilitacji Pediatrycznej – osiągały koszty prawie 3 razy wyższe niż przychody, a koszty Oddziałów: Dializ oraz Pediatrii i Żywienia w kosztach przekroczyły ponad dwukrotnie uzyskiwane przychody. W roku 2011 koszty już 11 oddziałów przekraczały przychody o więcej niż 50%, a ponadto koszty Oddziałów: Rehabilitacji Pediatrycznej, Niemowlęcego oraz Pediatrii i Żywienia przekroczyły ponad dwukrotnie uzyskiwane przychody, również Oddziały Immunologii i Diennej Rehabilitacji Narządu Ruchu osiągnęły koszty prawie dwukrotnie wyższe niż przychody. W roku 2012 na koniec września nadal 11 z 27 Oddziałów ponosiło koszty tak wysoko przekraczające przychód, iż ich ujemna rentowność przekraczała 50%. **Największe deficyty zanotowano na Oddziałach: Pediatrii i Żywienia, Rehabilitacji Pediatrycznej i Urologii**

Dziecięcej. W sposób istotny pogorszył się także wynik Otolaryngologii, która w poprzednich okresach przynosiła dodatnie wyniki finansowe. Jedynie 3 oddziały utrzymywały w badanym okresie dodatni wynik finansowy, tj. Oddział Neonatologii, Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka, Oddział Diennej Rehabilitacji Neurologicznej oraz Oddział Kardiologii.

Tabela 13 Poziom deficytów w latach 2010 - IX 2012

<i>Wyszczególnienie</i>	<i>rentowność 2010</i>	<i>rentowność 2011</i>	<i>rentowność I-IX 2012</i>
ODDZ.NEONAT, PATOL.I INTES.TER.NOWORODKA	9%	0%	1%
ODDZIAŁ CHIRURGII OGÓLNEJ	1%	-11%	-23%
ODDZIAŁ CHOROÓB METABOLICZNYCH		-25%	-11%
ODDZIAŁ CHOROÓB METABOLICZNYCH, ENDOKRYNOLOGII I DIABETOLOGII	-66%	-41%	-
ODDZIAŁ DIABETOLOGII		-14%	-41%
ODDZIAŁ DIALIZ	-117%	-53%	-26%
ODDZIAŁ DZIENNY CHEMIOTERAPII	-188%	-66%	-73%
ODDZIAŁ DZIENNY REHABILITACJI NARZĄDU RUCHU	-53%	-96%	-89%
ODDZIAŁ DZIENNY REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ	38%	46%	44%
ODDZIAŁ ENDOKRYNOLOGII		-15%	-69%
ODDZIAŁ GASTROENTEROLOGII I HEPATOLOGII	12%	0%	-15%
ODDZIAŁ IMMUNOLOGII	-63%	-99%	-66%
ODDZIAŁ INTENSYWNEJ TERAPII I	-58%	-44%	-57%
ODDZIAŁ INTENSYWNEJ TERAPII II	-42%	-36%	-66%
ODDZIAŁ KARDIOCHIRURGII	-88%	-72%	-54%
ODDZIAŁ KARDIOLOGII	19%	13%	15%
ODDZIAŁ NEFROLOGII, TRANSPLANTACJI NEREK I NADCIŚNIENIA TĘTNICZEGO	-27%	-23%	-29%
ODDZIAŁ NEUROCHIRURGII	-35%	-31%	-46%
ODDZIAŁ NEUROLOGII I EPILEPTOLOGII	-24%	-34%	-45%
ODDZIAŁ NIEMOWLĘCY	-75%	-139%	-
ODDZIAŁ OKULISTYKI	-38%	-69%	-44%
ODDZIAŁ ONKOLOGII	-8%	-13%	-12%
ODDZIAŁ OTOLARYNGOLOGII	6%	16%	-44%
ODDZIAŁ PEDIATRII I ŻYWIENIA	-112%	-112%	-220%
ODDZIAŁ REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ	-11%	-65%	-68%
ODDZIAŁ REHABILITACJI PEDIATRYCZNEJ	-179%	-127%	-207%
ODDZIAŁ UROLOGII DZIECIĘCEJ	-1%	-60%	-98%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z IPCZD.

W roku 2010 na 32 poradnie IPCZD, tylko 8 miało dodatnie wyniki finansowe, pozostałe 24 osiągało stratę. W roku 2011 wyniki ujemny miało 24 Poradnie, natomiast 9 nie ponosiło strat. W roku 2012 na koniec września już tylko 7 Poradni miało zbilansowało się, natomiast 26 Poradni osiągnęło ujemne wyniki finansowe. Najwyższe straty przynoszą poradnie: Neurologiczna i Epileptologiczna, Kadriologiczna, Logopedyczna, Okulistyczna i Diabetologiczna. Jednak wykazywana w Poradni Żywnieniowej w roku 2012 (w okresie 9 miesięcy) 23%, czy 27% w 2011 oraz 52% w 2010 dodatnia rentowność, budzi w ocenie Zespołu wątpliwości, co do prawidłowości rozliczeń w dokonanych obrębie Kliniki Pediatrii i Żywienia zwłaszcza, że jak wyżej wskazywano wynik Oddziału Pediatrii i Żywienia jest ujemny i za rok 2010 wyniósł -6.787.989,78zł (wynik Poradni wyniósł 4.387.190,97zł), a za 2011 rok strata Oddziału wyniosła -5.771.969,99zł(wynik Poradni Żywnieniowej 5.498.832,43zł). Do września 2012 r. strata w Oddziale osiągnęła poziom -6.787.989,78 zł w sytuacji, kiedy Poradnia osiągnęła zysk na poziomie 3.231.667,29 zł, co ostatecznie wskazuje, że ogólny wynik Kliniki Pediatrii i Żywienia do września 2012 roku był ujemny i wynosił -3.556.322 zł.

Tabela 14 Wykaz poradni i ich wyniki finansowe

Wyszczególnienie	Wynik 2010	Wynik 2011	Wynik I-IX 2012
PORADNIA ALERGOLOGICZNA	- 175 006,17	- 176 251,31	- 127 694,66
PORADNIA CHIRURGICZNA	- 328 854,85	673 848,21	563 044,44
PORADNIA CHIRURGII STOMATOLOGICZNEJ dla DZIECI I DOROSŁYCH	- 43 400,60	- 25 433,38	- 212 498,31
PORADNIA CHORÓB I TRANSPLANTACJI WĄTROBY	125 921,05	107 237,06	224 127,59
PORADNIA CHORÓB METABOLICZNYCH	- 429 323,15	- 156 176,67	- 176 470,61
PORADNIA DERMATOLOGICZNA	12 639,19	- 118 361,81	- 91 228,55
PORADNIA DIABETOLOGICZNA	- 208 137,21	- 443 346,35	- 418 742,74
PORADNIA DLA DZIECI Z AUTYZMEM	52 830,48	7 342,68	- 20 476,06
PORADNIA ENDOKRYNOLOGICZNA	1 517 368,64	- 182 176,67	- 123 101,23
PORADNIA FONIATRYCZNO-AUDIOLOGICZNA	- 556 090,15	798 897,72	- 316 750,71
PORADNIA GASTROENTEROLOGICZNA	- 190 467,02	- 197 858,11	49 173,74
PORADNIA GENETYCZNA	192 423,51	90 665,19	- 161 165,56
PORADNIA GINEKOLOGII DZIECIĘCEJ	- 189 929,62	- 68 559,14	- 91 202,56
PORADNIA IMMUNOLOGICZNA	1 041 160,93	1 478 045,40	467 998,72
PORADNIA KARDIOLOGICZNA	- 543 996,99	- 452 946,32	- 474 237,26
PORADNIA KONSULTACYJNA	- 129 857,78	- 117 617,01	- 146 695,06
PORADNIA LARYNGOLOGICZNA	- 69 226,81	- 155 972,88	- 64 048,37
PORADNIA LOGOPEDYCZNA	- 324 227,97	- 525 114,01	- 250 607,37
PORADNIA NEFROLOGII I NADCIŚNIENIA TĘTNICZEGO	- 232 482,87	- 217 945,83	- 276 422,15
PORADNIA NEUROCHIRURGICZNA	- 55 180,87	- 207 008,46	- 131 487,92
PORADNIA NEUROLOGICZNA I EPILEPTOLOGICZNA	- 604 661,95	- 688 204,38	- 489 356,80
PORADNIA OKULISTYCZNA	- 417 008,41	- 393 712,44	- 273 698,71
PORADNIA ONKOLOGICZNA DZIECI I MŁODZIEŻY	- 266 909,12	- 169 249,96	- 192 989,35
PORADNIA PEDIATRYCZNA	- 17 808,94	- 18 628,27	- 23 397,70
PORADNIA PSYCHIATRYCZNA DLA DZIECI I MŁODZIEŻY	- 168 755,36	- 199 632,55	- 175 840,42
PORADNIA PSYCHOLOGICZNA	- 140 665,75	- 96 891,30	- 110 613,42
PORADNIA PULMONOLOGICZNA	- 290 921,26	- 109 630,07	- 18 716,37
PORADNIA REHABILITACJI PEDIATRYCZNEJ	- 99 460,31	- 299 363,40	- 114 096,29
PORADNIA STOMATOLOGICZNA dla DZIECI	25 269,09	204 447,86	67 916,74
PORADNIA SZCZEPIEŃ OSÓB Z GRUP RYZYKA	-	- 118 803,14	- 174 990,03
PORADNIA TRANSPLANTACJI NEREK	- 74 209,67	- 54 067,94	- 54 660,45
PORADNIA UROLOGICZNA	- 473 149,97	1 117 161,92	385 050,87
PORADNIA ŻYWIENIOWA	4 387 190,97	5 498 832,43	3 231 667,29
ogółem	1 325 071,06	4 783 527,07	277 790,73

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z IPCZD.

Biorąc pod uwagę wyniki finansowe, jakie osiągały poszczególne poradnie, również dla uzupełnienia dokonano oceny poziomu rentowności, aby móc ustalić, jaka wartość dzieli poszczególne komórki organizacyjne od możliwości zbilansowania. Ogółem, jak już wskazano powyżej poradnie osiągnęły w roku 2010 i 2011 dodatnią rentowność na poziomie odpowiednio 5% i 10%, niestety w roku 2012 zmniejszyły swoje wyniki i osiągnęły zaledwie 1% rentowności.

Tabela 15 Poziom deficytów w latach 2010 - IX 2012

WYSZCZEGÓLNIENIE	Rentowność 2010	Rentowność 2011	Rentowność I-IX 2012
PORADNIA ALERGOLOGICZNA	-25%	-22%	-20%
PORADNIA CHIRURGICZNA	-132%	48%	50%
PORADNIA CHIRURGII STOMATOLOGICZNEJ dla DZIECI I DOROSŁYCH	-26%	-11%	-173%
PORADNIA CHOROÓB I TRANSPLANTACJI WĄTROBY	15%	12%	27%
PORADNIA CHOROÓB METABOLICZNYCH	-68%	-22%	-40%
PORADNIA DERMATOLOGICZNA	6%	-59%	-53%
PORADNIA DIABETOLOGICZNA	-60%	-85%	-125%
PORADNIA DLA DZIECI Z AUTYZMEM	21%	3%	-15%
PORADNIA ENDOKRYNOLOGICZNA	59%	-7%	-8%
PORADNIA FONIATRYCZNO-AUDIOLOGICZNA	-133%	41%	-26%
PORADNIA GASTROENTEROLOGICZNA	-17%	-13%	3%
PORADNIA GENETYCZNA	9%	4%	-10%
PORADNIA GINEKOLOGII DZIECIĘCEJ	-65%	-18%	-35%
PORADNIA IMMUNOLOGICZNA	61%	66%	21%
PORADNIA KARDIOLOGICZNA	-57%	-44%	-65%
PORADNIA KONSULTACYJNA	-535%	-284%	-520%
PORADNIA LARYNGOLOGICZNA	-27%	-37%	-16%
PORADNIA LOGOPEDYCZNA	-100%	-186%	-125%
PORADNIA NEFROLOGII I NADCIŚNIENIA TĘTNICZEGO	-21%	-19%	-46%
PORADNIA NEUROCHIRURGICZNA	-76%	-342%	-285%
PORADNIA NEUROLOGICZNA I EPILEPTOLOGICZNA	-87%	-103%	-89%
PORADNIA OKULISTYCZNA	-67%	-57%	-51%
PORADNIA ONKOLOGICZNA DZIECI I MŁODZIEŻY	-55%	-37%	-51%
PORADNIA PEDIATRYCZNA	-36757%	-13306%	-100%
PORADNIA PSYCHIATRYCZNA DLA DZIECI I MŁODZIEŻY	-101%	-134%	-151%
PORADNIA PSYCHOLOGICZNA	-82%	-33%	-52%
PORADNIA PULMONOLOGICZNA	-66%	-25%	-8%
PORADNIA REHABILITACJI PEDIATRYCZNEJ	-28%	-89%	-52%
PORADNIA STOMATOLOGICZNA dla DZIECI	3%	19%	11%
PORADNIA SZCZEPIEŃ OSÓB Z GRUP RYZYKA			-1296%
PORADNIA TRANSPLANTACJI NEREK	-9%	-6%	-9%
PORADNIA UROLOGICZNA	-202%	64%	37%
PORADNIA ŻYWIENIOWA	52%	27%	23%
ogółem	5%	10%	1%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z IPCZD.

Szczegółowe dane dotyczące rentowności Poradni w analizowanym okresie wskazują, że istnieje pilna potrzeba weryfikacji sposobu funkcjonowania tych komórek, ich sposobu organizacji, finansowania, przypisywania kosztów i prawidłowości realizacji zadań, w sytuacji, kiedy to Poradnia ma realizować zadania, a nie posiada na to niezbędnych środków. **Pogłębiający się deficyt wielu Poradni może być wynikiem niewłaściwej kwalifikacji wielu porad, nieprawidłowego rozliczenia do NFZ, zbyt dużego zatrudnienia (dotyczy w szczególności ilości sekretarek i pielęgniarek).** Ponadto coraz gorsze wyniki ogółem wskazują na niedostateczny nadzór nad prawidłowym realizowaniem zadań przez Poradnie Instytutu.

3.4. Planowanie oraz monitoring wykonania

Biorąc pod uwagę wyniki finansowe, jakie osiągały poszczególne komórki organizacyjne oraz cały Instytut, zweryfikowano system planowania w Instytucie. Tym samym ustalono, iż Instytut posiada Plan finansowy na rok 2012, jednak uzyskane informacje na temat sposobu monitorowania wykonania planu finansowego wskazują na zupełny brak spójności realizowanych działań w porównaniu do planu finansowego. Na takie podsumowanie wskazuje przedstawiony poniżej plan finansowy (pierwotny) w porównaniu do wykonania za 9 miesięcy 2012 r. W Instytucie, w celu uniknięcia konieczności wyjaśniania różnic pomiędzy planowaną wartością, a rzeczywistym wykonaniem, przygotowano 18 września 2012 roku dokument dotyczący korekt planu rzeczowo-finansowego na rok 2012.

W dokumencie tym częściowo wyjaśnia się konieczność dokonania zmian zarówno w pozycji przychodów, jak i kosztów. Zespół zwraca uwagę na to, iż korektą objęto **zmniejszenie przychodów (głównie związanej z projektami unijnymi oraz umowami z NFZ) o ponad 23,69 mln zł, natomiast korekta kosztów ogółem dotyczyła zmniejszenia kosztów jedynie o około 11,01 mln zł. Korekta Planu finansowego wg propozycji wrześniowej na rok 2012 przewiduje ostatecznie wynik o 12,68 mln zł niższy niż na początku, czyli ponad 50%. Po korekcie planu finansowego ostatecznie IPCZD ma osiągnąć za 2012 r. stratę w wysokości 37,34 mln złotych (pierwotnie było 24,66 mln).**

Najbardziej niepokojącym w ocenie Zespołu jest fakt, iż mimo dokonanej korekty planowanego wyniku finansowego zwiększającego stratę z 24,7 mln na ponad 37 mln na koniec 2012 r., i tak wynik na koniec września został przekroczony o 5,1 mln zł w odniesieniu do założeń. Niestety ocena stanu faktycznego wskazuje, iż nie są dokonywane wystarczające analizy bieżące stanu realizacji planów i założeń, a co za tym idzie nie są wdrażane działania usprawniające w Instytucie. Brak określonego reżimu dyscypliny finansów publicznych rozluźnia gospodarkę finansową i powoduje wyższe straty niż planowane i niezgodność pozycji planowanych z realizacją.

Tabela 16 Plan finansowy (pierwotny) w porównaniu z wykonaniem za okres I - IX 2012 r.

Rachunek zysków i strat (wariant porównawczy)	plan 2012	Wykonanie I-IX 2012	plan za okres I-IX 2012	odchylenie wartościowe	odchylenie %
A. Przychody netto ze sprzedaży i zrównane z nimi, w tym:	314 123 884	184 800 590	235 592 913	50 792 323	21,6%
- od jednostek powiązanych		0	0	0	
I. Przychody netto ze sprzedaży produktów	311 954 512	185 112 913	233 965 884	48 852 971	20,9%
II. Zmiana stanu produktów	2 169 372	-312 323	1 627 029	1 939 352	119,2%
B. Koszty działalności operacyjnej	332 901 142	225 120 060	249 675 857	24 555 796	9,8%
I. Amortyzacja	64 680 136	24 910 605	48 510 102	23 599 497	48,6%
II. Zużycie materiałów i energii	78 995 446	60 352 523	59 246 585	-1 105 938	-1,9%
III. Usługi obce	35 665 071	23 483 880	26 748 803	3 264 923	12,2%
IV. Podatki i opłaty	1 713 977	1 548 076	1 285 483	-262 594	-20,4%
V. Wynagrodzenia VI. Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia	149 675 482	113 303 355	112 256 612	-1 046 743	-0,9%
VII. Pozostałe koszty rodzajowe	2 171 030	1 521 621	1 628 273	106 652	6,5%
C. Zysk (strata) ze sprzedaży (A-B)	-18 777 258	-40 319 470	-14 082 944	26 236 526	-186,3%
D. Pozostałe przychody operacyjne	6 760 496	7 643 517	5 070 372	-2 573 145	-50,7%
I. Zysk ze zbycia niefinansowych aktywów trwałych	7 067	4 089	5 300	1 211	22,8%
II. Dotacje	4 362 289	2 891 549	3 271 717	380 167	11,6%
III. Inne przychody operacyjne	2 391 140	4 747 878	1 793 355	-2 954 523	-164,7%
E. Pozostałe koszty operacyjne	3 831 816	2 078 399	2 873 862	795 463	27,7%
I. Strata ze zbycia niefinansowych aktywów trwałych	0	0	0	0	
II. Aktualizacja wartości aktywów niefinansowych	695	1 084 563	521	-1 084 041	-207969,6%
III. Inne koszty operacyjne	3 831 121	993 836	2 873 341	1 879 504	65,4%
F. Zysk (strata) z działalności operacyjnej (C+D-E)	-15 848 578	-34 754 352	-11 886 434	22 867 919	-192,4%
G. Przychody finansowe	270 849	90 622	203 137	112 514	55,4%
I. Dywidendy i udziały w zyskach,		0	0	0	
II. Odsetki,	270 849	45 481	203 137	157 656	77,6%
III. Zysk ze zbycia inwestycji		0	0	0	
IV. Aktualizacja wartości inwestycji		0	0	0	
V. Inne		45 142	0	-45 142	
H. Koszty finansowe	9 084 361	7 830 808	6 813 271	-1 017 537	-14,9%
I. Odsetki, w tym:	9 053 866	7 558 612	6 790 400	-768 212	-11,3%
- dla jednostek powiązanych		0	0	0	
II. Strata ze zbycia inwestycji		0	0	0	
III. Aktualizacja wartości inwestycji		0	0	0	
IV. Inne	30 495	272 196	22 871	-249 325	-1090,1%
I. Zysk (strata) z działalności gospodarczej (F+G-H)	-24 662 090	-42 494 537	-18 496 568	23 997 970	-129,7%
J. Wynik zdarzeń nadzwyczajnych (JI – III)		0	0	0	
K. Zysk (strata) brutto (I+J)	-24 662 090	-42 494 537	-18 496 568	23 997 970	-129,7%
L. Podatek dochodowy		0	0	0	
M. Pozostałe obowiązkowe zmniejszenia zysku (zwiększenia straty)		0	0	0	
N. Zysk (strata) netto (K-L-M)	-24 662 090	-42 494 537	-18 496 568	23 997 970	-129,7%
Nadwyżka finansowa (cash flow) = wynik netto + amortyzacja	40 018 046	-17 583 932	30 013 535	47 597 467	158,6%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z IPCZD.

Negatywnie należy również ocenić plan inwestycyjny Instytutu, który nie ma spójności pomiędzy zakresami działalności Instytutu, gdyż każdy pion w Instytucie przygotowuje plany, które nie mają wspólnego rozliczenia i systemu monitorowania. Plan inwestycyjny ma również charakter zmienny

i w zależności od stanu realizacji uwzględniane są w nim pozycje inwestycyjne, który na dany moment realizowane są w Instytucie, lub w bliżej nieokreślony sposób znajdują się na liście zadań inwestycyjnych, mimo istnienia systemu wniosków inwestycyjnych. **Zespół zwraca również uwagę, iż pomimo posiadania wewnętrznej procedury dotyczącej wniosków inwestycyjnych IPCZD jej nie przestrzega.**

Ponadto z przekazanych przez Instytut informacji wynika, iż dla zadań inwestycyjnych niemających charakteru projektów finansowanych ze źródeł zagranicznych, czy niektórych projektów finansowanych przez Ministerstwo Zdrowia, **nie dokonywano szerokiej analizy opłacalności inwestycji, również w oparciu o standardowe kalkulacje wskaźnikowe. To doprowadziło do sytuacji, iż przy braku płynności finansowej z uwagi na zadłużenie i problemy na działalności bieżącej istnieją realne zagrożenia i problemy z prawidłową i terminową realizacją zadań inwestycyjnych.**

Analizując proces monitorowania stanu realizacji przychodów i kosztów w porównaniu do planu dokonywanych przez Dział Analiz Ekonomicznych **zwrócono uwagę na rozbieżność prezentowanych danych zarówno w zakresie wykonania za okres I-IX 2012 r., jak i planu z danymi pochodzącymi z systemu finansowo-księgowego** (rachunku wyników i planu finansowego pierwotnego, jak i po korekcie).

Skutki takich rozbieżności finansowych wprowadzają istotny nieład informacyjny, który również dla Dyrektora Instytutu nie daje jasnych i rzetelnych informacji o stanie faktycznym.

Jest niedopuszczalną sytuacją, aby w obrębie jednej placówki funkcjonowało kilka informacji finansowych o różniących się wartościach dotyczących tego samego obszaru za ten sam okres analizy. Zwraca się uwagę na to, iż funkcja rachunkowości zarządczej w sposób istotny precyzuje sposób pozyskiwania danych i możliwość ich powiązania z informacją wynikającą z systemów ewidencyjnych.

W ocenie Zespołu różnorodność danych finansowych, brak prawidłowego systemu planowania, również w obszarze planów remontów, a także brak spójności i stałości określonych planów finansowych, inwestycyjnych i remontowych, nie sprzyja realizacji właściwej polityki finansowej.

3.5. Zarządzanie długiem – należności i zobowiązania

Zespół ocenia negatywnie sytuację finansową IPCZD na bazie przekazanych przez Instytut danych.

Poniesione straty finansowe na koniec września 2012 r. na poziomie **ponad 42 mln zł** i zobowiązania na poziomie **206,6 mln zł**, w tym zobowiązania przeterminowane na poziomie 42,4 mln zł (wg danych przekazanych w ankiecie) potwierdzają problemy finansowe placówki. **Zespół zwraca uwagę, iż w przypadku prowadzenia działalności, jako spółka prawa handlowego, takie parametry finansowe określałyby taki podmiot, jako bankruta.**

Instytut posiada na koniec września 2012 r. należności na poziomie 15,2 mln zł, z czego około 13% jest przeterminowanych.

Tabela 17 Struktura należności na koniec IX 2012 r.

Nieprzeterminowane	do 15 dni	16 - 30 dni	31 dni - 3 mies.	3 - 6 mies.	6 - 12 mies.	Powyżej 12 mies.	Ogółem Należności
13 208 383,61 zł	340 184,04 zł	205 602,05 zł	587 195,75 zł	417 600,33 zł	416 652,93 zł	26 002,77 zł	15 201 621,48 zł
86,89%	2,24%	1,35%	3,86%	2,75%	2,74%	0,17%	100,00%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z IPCZD.

Na podstawie uzyskanych informacji z Działu Księgowości ustalono, że windykacja należności dla Instytutu prowadzona jest przez zewnętrzną kancelarię prawną. Dokonując analizy struktury zatrudnienia, jak również liczby zatrudnionych osób w Dziale Prawnym wydaje się właściwe rozważenie zwiększenia wykorzystania potencjału wewnątrz Instytutu do wykonania tego zadania, co umożliwi przyspieszenie procesu windykacji, jak również brak konieczności ponoszenia dodatkowych kosztów.

Należności przeterminowane stanowią 13% należności ogółem, co odpowiada kwocie około 2 mln zł na koniec września 2012 r.

W wyniku analiz przekazanych przez IPCZD zestawień finansowych dotyczących struktury należności zwrócono uwagę na brak w nich not odsetkowych z tytułu opóźnień w zapłacie, co w sytuacji braku skutecznej windykacji należności w tym zakresie spowoduje oczywiste uszczuplenie środków finansowych dla Instytutu zważywszy, iż koszty finansowe z racji zadłużenia, jakie ponosi Instytut są niewspółmiernie wyższe. **Fakt ten może stanowić o braku naliczania odsetek przez IPCZD podmiotom, które opóźniają się względem niego w terminowej spłacie swoich zobowiązań.**

Analiza zobowiązań wskazuje, że na koniec września 2012 r. Instytut wg przekazanych danych posiadał zobowiązania, jak już przedstawiono powyżej, na poziomie 206,6 mln zł. Zobowiązania wobec dostawców z tytułu dostaw i usług *per saldo* na koniec września 2012 r. wg danych przekazanych przez Instytut wynoszą 82,5 mln zł. **Zawarte w tabeli informacje wskazują, iż zobowiązania nieprzeterminowane wobec dostawców z tytułu dostaw i usług stanowią tylko 12,3% na koniec IX 2012 r. tj., kwotę 10,1 mln złotych.**

Tabela 18 Struktura zobowiązań wobec dostawców z tytułu dostaw i usług na koniec IX 2012 r.

Ogółem zobowiązania krótkoterminowe	Zobowiązania Nieprzeterminowane	do 15 dni	16 - 30 dni	31 dni - 3 mies.	3 - 6 mies.	6 - 12 mies.	Powyżej 12 mies.
82 499 146,49 zł	10 110 135,97 zł	4 356 745,98 zł	4 354 431,92 zł	16 998 912,65 zł	23 906 524,55 zł	15 756 250,36 zł	7 016 145,06 zł
100,0%	12,3%	5,3%	5,3%	20,6%	29,0%	19,1%	8,5%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z IPCZD.

Największych wierzycieli **zobowiązań krótkoterminowych**, skupiających 80% zobowiązań wyszczególniono w poniższej tabeli. Warto zaznaczyć, iż 80% zobowiązań Instytut posiada wobec 30 kontrahentów. Najwyższy poziom zobowiązań Instytutu posiada wobec wierzycieli wtórnych (prawie 50% zobowiązań).

Tabela 19 Wierzyciele posiadający ogółem 80% **zobowiązań krótkoterminowych** Instytutu na koniec IX 2012 r.

NAZWA KONTRAHENTA	PerSaldo	Udział ogółem
MW TRADE S.A.	-19 078 664,26 zł	23%
MAGELLAN S.A.	-15 800 463,38 zł	19%
ELECTUS S.A.	-3 720 236,44 zł	5%
RWE POLSKA S.A.	-2 219 670,36 zł	3%
PROFARM PS SP.Z O.O.	-1 974 944,86 zł	2%
HOSPITAL SERWIS PARTNER SP. Z O.O. SPÓŁKA KOMANDYTOWA	-1 946 787,25 zł	2%
JOHNSON & JOHNSON POLAND SP. Z O.O.	-1 828 370,25 zł	2%
COMPLEX BUD SP. Z O.O.	-1 749 140,66 zł	2%
FARMACOL S.A.	-1 636 830,62 zł	2%
REGIONALNE CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA W WARSZAWIE	-1 456 741,17 zł	2%
CENTRALA FARMACEUTYCZNA CEFARM S.A.	-1 348 131,29 zł	2%
FRESENIUS KABI POLSKA SP. Z O.O.	-1 173 667,09 zł	1%
IMPEL CLEANING SP. Z O.O.	-1 080 244,73 zł	1%
ABBOTT LABORATORIES POLAND SP. Z O.O.	-856 312,26 zł	1%
ST.JUDE MEDICAL	-851 912,00 zł	1%
ASCLEPIOS S.A.	-828 938,23 zł	1%
PGF URTICA SP. Z O.O.	-788 918,09 zł	1%
FARMATEX II S.C. HURTOWNIA FARMACEUTYCZNA - KRYSZYNA ŁADYŃSKA,LILIANA KAŁUSKA,BARTŁOMIEJ ŁADYŃSKI,FR	-770 156,84 zł	1%
MIEJSKIE PRZEDSIĘBIORSTWO WODOCIĄGÓW I KANALIZACJI W M.ST. WARSZAWIE S.A.	-716 741,37 zł	1%
UNIMAX SP. Z O.O.	-621 550,80 zł	1%
BIOMEDICA POLAND SP. Z O.O.	-584 333,56 zł	1%
AESCULAP CHIFA SP. Z O.O.	-583 536,53 zł	1%
SANOFI-AVENTIS SP. Z O.O.	-562 069,80 zł	1%
SAMODZIELNY PUBLICZNY CENTRALNY SZPITAL KLINICZNY W WARSZAWIE	-553 948,00 zł	1%
POLIMED SP.Z O.O.	-551 778,80 zł	1%
VIRIDIAN POLSKA SP. Z O.O.	-531 676,51 zł	1%
PROMED S.A.	-527 501,90 zł	1%
GAMBRO POLAND SP. Z O.O.	-512 622,69 zł	1%
COLOR TRADING SP. Z O.O.	-435 679,73 zł	1%
RADIOMETER SP. Z O.O.	-418 017,36 zł	1%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z IPCZD.

Zespół zwraca uwagę na rozbieżność w wartości zobowiązań wymagalnych uzyskanych od Instytutu w poszczególnych zestawieniach. Informacja dotycząca zobowiązań wg kontrahentów wykazuje z tytułu zobowiązań z tytułu dostaw i usług zobowiązania przeterminowane w wysokości 72.389.010,52 zł, a informacja ogólna zawarta w przekazanych Zespołowi materiałach z ankiety wykazuje poziom zobowiązań przeterminowanych w wysokości 46.353.849 zł. Prawidłowa analiza i ocena stanu zobowiązań wymagalnych wobec takiej rozbieżności danych nie jest możliwa i Zespół nie jest w stanie jednoznacznie określić kwoty ostatecznej zobowiązań wymagalnych.

Tabela 20 Struktura zobowiązań ogółem (krótko i długoterminowych) Instytutu na koniec IX 2012 r.

lp.	Wyszczególnienie	31.12.2011	30.09.2012	zmiana	%
I.	zobowiązania z tytułu dostaw i usług, w tym:	79 270 293,60	82 754 992,79	3 484 699,19	4%
1.	faktury i rachunki	78 789 975,71	82 754 992,79	3 965 017,08	5%
2.	noty odsetkowe	371 300,01	0,00	-371 300,01	-100%
3.	koszty procesowe	109 017,88	0,00	-109 017,88	-100%
4.	koszty egzekucyjne	0,00	0,00	0,00	
5.	odsetki naliczone przez placówkę	0,00	0,00	0,00	
II.	Zobowiązania - wadia i zabezpieczenie umów	445 554,32	538 235,34	92 681,02	21%
1.	wadia	207 427,00	178 644,00	-28 783,00	-14%
2.	zabezpieczenie umów	238 127,32	359 591,34	121 464,02	51%
III.	zobowiązania inwestycyjne	0,00	0,00	0,00	
IV.	Pozostałe, w tym:	62 312,78	255 846,30	193 533,52	311%
1.	sporne	0,00	0,00	0,00	
2.	dotacje	0,00	0,00	0,00	
3.	dostawy niefakturowane	62 312,78	255 846,30	193 533,52	311%
4.	nadpłaty	0,00	0,00	0,00	
V.	Zobowiązania publiczno-prawne, w tym:	11 619 039,65	15 540 467,64	3 921 427,99	34%
1.	ZUS – bieżące	3 775 644,81	3 767 627,27	-8 017,54	0%
2.	ZUS - zaległości	1 863 844,43	3 151 184,69	1 287 340,26	69%
3.	PDOF - bieżące	1 152 749,00	1 131 342,00	-21 407,00	-2%
4.	PDOF - zaległości	3 685 254,13	6 420 138,00	2 734 883,87	74%
5.	PDOP - bieżące	0,00	0,00	0,00	
6.	PDOP - zaległości	0,00	0,00	0,00	
7.	PFRON - bieżące	120 238,00	121 688,00	1 450,00	1%
8.	PFRON - zaległości	628 851,82	731 845,77	102 993,95	16%
9.	VAT	233 318,00	89 638,00	-143 680,00	-62%
10.	inne	159 139,46	127 003,91	-32 135,55	-20%
VI.	Zobowiązania z tytułu wynagrodzeń, w tym:	1 398 996,06	1 331 826,37	-67 169,69	-5%
1.	wynagrodzenia	1 055 493,90	978 705,46	-76 788,44	-7%
2.	depozyty	0,00	0,00	0,00	
3.	potrącenia	319 032,55	329 005,08	9 972,53	3%
4.	potrącenia komornicze	24 469,61	24 115,83	-353,78	-1%
VII.	Pozostałe zobowiązania	11 919 477,27	11 893 027,72	-26 449,55	0%
XXX.	Ogółem zobowiązania krótkoterminowe bez funduszy specjalnych	104 715 673,68	112 314 396,16	7 598 722,48	7%
VIII.	Fundusze specjalne	3 520 523,43	3 953 974,10	433 450,67	12%
IX.	Zobowiązania długoterminowe	71 481 518,84	90 355 572,95	18 874 054,11	26%
	kredyty i pożyczki	9 726 548,60	8 820 913,14	-905 635,46	-9%
	inne	61 754 970,24	81 534 659,81	19 779 689,57	32%
	Układ ratalny długoterm. ZUS	12 059 373,16	11 835 176,86	-224 196,30	-2%
	Układ ratalny długoterm. US	0,00	2 882 975,00	2 882 975,00	100%
	Układ ratalny długoterm. PFRON	1 765 938,67	1 765 938,67	0,00	0%
	Pozostałe	47 929 658,41	65 050 569,28	17 120 910,87	36%
	SUMA	179 717 715,95	206 623 943,21	26 906 227,26	15%

Źródło: opracowanie na podstawie danych z IPCZD.

W wyniku analiz przekazywanych zestawień dotyczących struktury zobowiązań **Zespół zwraca uwagę na brak w ewidencji not odsetkowych z tytułu zaległości w zapłacie na koniec września 2012 r.**, co w sytuacji zadłużenia przeterminowanego z pewnością winno być zaewidencjonowane w księgach rachunkowych. **Na podstawie orientacyjnych wyliczeń i otrzymanych danych (uwzględniających niezaewidencjonowane odsetki) ogólna kwota zobowiązań może sięgać wartości ok. 240 mln.**

Informację dotyczącą nie ujmowania zobowiązań odsetkowych i innych związanych z kosztem obsługi długu **potwierdza Dział Księgowości Instytutu w pisemnej odpowiedzi dla Zespołu na pytanie** dotyczące „Informacji na temat momentu, w którym Instytut ujmuje w księgach rachunkowych noty odsetkowe uzyskiwane od kontrahentów, koszty procesowe i koszty egzekucji. Noty odsetkowe,

koszty procesu i koszty egzekucji ujmowane są w księgach rachunkowych Instytutu na podstawie wyciągów bankowych w momencie ich uregulowania na rachunek bankowy kontrahenta. Niezapłacone noty odsetkowe na koniec roku obrachunkowego ewidencjonowane są w księgach rachunkowych.”

Taki sposób ewidencji w ocenie Zespołu zniekształca rzetelną informację na temat stanu finansowego placówki w czasie jej bieżącego funkcjonowania. Zwraca się, bowiem uwagę na to, iż zgodnie z przepisami zamknięcia roku bilansowego dokonuje się w czasie 90 dni od dnia bilansowego, zatem informacja na temat rzeczywistych kosztów obsługi zadłużenia placówki nie dość, że znana jest po upływie określonego czasu, to jeszcze nie uwzględnia danych aktualnych. **Brak bieżącej ewidencji kosztów procesowych, kosztów egzekucyjnych, czy kosztów odsetek powoduje, iż w zasadzie nie jest znana sytuacja finansowa Instytutu. Trudno też w takim przypadku prawidłowo zaplanować proces restrukturyzacji zadłużenia, bo jak wynika z powyższego zestawienia, na 30 września 2012 r. w ewidencji Instytut nie posiadał zobowiązań z tytułu kosztów procesowych, odsetek, czy też kosztów egzekucyjnych na kwotę ok. 35 mln złotych.**

Zwraca się jednak uwagę, iż z zapisu art. 6 ustawy o rachunkowości wynika, że zgodnie z nadrzędną zasadą memoriału w ewidencji muszą być ujęte wszystkie dokumenty dotyczące przychodów i rozchodów, a tym samym dotyczące zobowiązań i należności. Natomiast z art. 28 ustawy o rachunkowości wynika, że w księgach rachunkowych zobowiązania wycenia się w kwocie wymagającej zapłaty, a należności w kwocie wymaganej zapłaty. Wprawdzie ustawa o rachunkowości mówi, że wyceny aktywów i pasywów dokonuje się nie rzadziej niż na dzień bilansowy, to w przypadku takiej sytuacji, jaką posiada Instytut, **Zespół rekomenduje dokonywanie wyceny na bieżąco. Powinny być zatem ewidencjonowane wszystkie otrzymane noty odsetkowe bez względu na to czy są zapłacone czy nie.** Jeżeli tych not nie ma to należy urealniać salda wewnętrznymi dokumentami „Polecenia księgowania”. W przypadku należności należy na bieżąco wystawiać noty odsetkowe obciążając odbiorców i wzywać do zapłaty, a następnie w przypadku braku zapłaty sprawę kierować do sądu. Zasady te powinny być wpisane do polityki rachunkowości Instytutu. Nie ma tu żadnego znaczenia, że Instytut nie należy do jednostek sektora finansów publicznych. Jedyne złagodzenie tej sytuacji dotyczy swobody w umarzaniu odsetek. Ustawa o finansach publicznych nie określa także dla jednostek sektora finansów publicznych terminów ewidencjonowania odsetek.

Zespół pragnie podkreślić, iż stan ten możliwy jest dlatego, że instytuty w tym IPCZD nie podlegają ustawie o finansach publicznych, a ich polityka rachunkowości nie eliminuje nieprawidłowości.

Sytuacja finansowa Instytutu na koniec września 2012 r. wskazuje na zwiększenie zobowiązań ogółem o 15% z kwoty 179,7 mln zł na koniec grudnia 2011 r. do kwoty 206,6 mln zł na koniec września 2012 r. Największy wzrost zobowiązań stanowił wzrost zobowiązań publiczno-prawnych o 34%, oraz wzrost zobowiązań długoterminowych związanych głównie z udzielonymi przez firmy Magellan S.A., MW Trade S.A. i Electus S.A. pożyczkami albo porozumieniami, co do odroczenia spłaty (raty).

Tabela 21 Wykaz porozumień na dzień 19.11.2012 r.

Wierzyciel wtórny	Numer porozumienia/ugody	Kwota należność główna	Odsetki zaległe	Koszty procesu	Odsetki bieżące	Ogółem
Magellan S.A.	Uгода sądowa	52 090 737,90	5 758 173,59	0,00	16 173 752,40	74 022 663,89
Electus S.A.	Porozumienie ramowe z 25-09-2012r.	14 669 532,94	456 688,86	32 217,00	0,00	15 158 438,80
M.W. Trade S.A.	Poro. z dn. 30.03.2012 r.	1 860 867,79	213 778,24	0,00	0,00	2 074 646,03
M.W. Trade S.A.	Poro. z dn. 31.08.2012 r.	14 122 345,00	756 705,98	0,00	5 334 777,02	20 213 828,00
Razem		82 743 483,63	7 185 346,67	32 217,00	21 508 529,42	111 469 576,72

Źródło: opracowanie na podstawie danych z IPCZD.

Dane przedstawione przez Instytut w zakresie porozumień dotyczących **wierzytelności wobec wierzycieli wtórnych wskazują, iż ponad 50% zobowiązań Instytutu stanowią zobowiązania wobec w/w wierzycieli**. Struktura tych zobowiązań wskazuje, że zaledwie 74% wartości zobowiązań dotyczy zobowiązań pierwotnych wynikających z faktur, a **26% to zobowiązania związane z obsługą zadłużenia**. Prowadzona polityka Instytutu związana ze zmianą wierzyciela pierwotnego na wierzyciela wtórnego i rozłożenie w czasie spłaty powstałego zobowiązania jest kosztowną operacją i powoduje zwiększanie się kosztów obsługi zadłużenia, które znacząco zwiększają deficyt jednostki.

Prowadzona polityka sprzedaży długu wierzycielom wtórnym pozwoliła Instytutowi na zmniejszenie na koniec września 2012 r. poziomu zobowiązań wymagalnych, jednak z drugiej strony nie spowodowała zmniejszenia się zobowiązań krótkoterminowych, co w przyszłości znów przyczyni się do zwiększenia zobowiązań wymagalnych z uwagi na to, iż Instytut realizuje płatności zawieranych powyżej porozumień ze środków własnych, a przy uzyskiwanych ujemnych wynikach na sprzedaży nie generuje bieżąco nadwyżki środków finansowych, która pozwoliłaby mu na realizację spłat wynikających zarówno z porozumień, jak i bieżących płatności związanych z normalnym funkcjonowaniem.

Taka polityka w ocenie Zespołu zasługuje na negatywną ocenę, gdyż nie obejmuje systemowego długofalowego rozwiązania i wyjścia z trudnej sytuacji finansowej, a jedynie pogłębia i tak już trudną bieżącą sytuację oraz generuje dodatkowe koszty, które nie znajdują pokrycia. Poziom zobowiązań krótkoterminowych przedstawiono na *wykresie nr 7*.

Wykres 7 Zobowiązania krótkoterminowe



Źródło: opracowanie na podstawie danych z IPCZD.

Instytut oprócz zobowiązań z tytułu porozumień wobec wierzycieli wtórnych o wartości 111.469.576,72 zł posiada zobowiązania z tytułu pożyczek i kredytów oraz układów ratalnych. Wartość ogółem zaciągniętych pożyczek, kredytów i innych instrumentów finansowych (w tym porozumień), które Instytut będzie musiał spłacić w przyszłości według zestawienia na dzień 29.10.2012 r. wynoszą 147.420.795,83 zł, w tym odsetki na kwotę 30.291.563,66 zł (stanowiące 21% kwoty zobowiązania), z tego:

- wartość pożyczek i kredytów – kwota ogółem 39.534.868,86 zł z tego uzyskana wartość pożyczek i kredytów - 34.898.539,33 zł + odsetki 4.636.329,53 zł, a kwota pozostająca do spłaty wynosi 10.997.894,53 zł, w tym 139.806,40 zł odsetek,
- wartość układów ratalnych - kwota objęta układami: należność główna 26.083.068,27 zł + odsetki 2.205.795 zł + opłata prolongacyjna 4.300.376 zł, a kwota pozostająca do spłaty wynosi 18.804.276,68 zł, w tym 1.187.744,07 zł odsetek,
- wartość porozumień - kwota objęta porozumieniami: należność główna 99.964.539,90 zł + odsetki 18.413.769,24 zł, a kwota pozostająca do spłaty wynosi 117.618.624,62 zł, w tym 28.964.013,19 zł odsetek.

Powyższe potwierdza ogromne obciążenia bieżącego funkcjonowania Instytutu w zakresie przepływów finansowych powstałego zobowiązania.

Mając na uwadze powyższe, Zespół podkreśla, iż w chwili obecnej, Instytut nie jest w stanie samodzielnie obsługiwać długu, nawet w sytuacji zbilansowania swojej działalności, tj. pokrywania swoich kosztów na działalności bieżącej osiąganymi przychodami. Szczegółowa informacja została zawarta w poniższej tabeli.

Tabela 22 Informacja o zaciągniętych pożyczkach, kredytach lub innych instrumentach finansowych wg stanu na dzień sporządzenia informacji 29.10.2012 r.

Pożyczki , kredyty							
Nazwa kontrahenta	Data obowiązywania umowy	Należność główna	Odsetki	Opłata prolongacyjna	Pozostało do spłaty - nal. główna	Pozostało do spłaty - odsetki	Pozostało do spłaty - opłata prolongacyjna
Magellan S.A. - pożyczka	01.03.2010 - 31.03.2013	16 000 000,00	4 636 329,53		2 666 666,80	139 806,40	
Getin Noble Bank - kredyt w rachunku bieżącym	19.07.2011 - 19.07.2014	6 000 000,00					
BRE Bank - kredyt inwestycyjny	20.12.2007 - 29.12.2017	12 000 000,00			7 487 579,66		
Prime Car Management - leasing operacyjny	02.05.2012 - 20.05.2015	898 539,33			703 841,67		
Układy ratalne							
Nazwa kontrahenta	Data obowiązywania umowy	Należność główna	Odsetki	Opłata prolongacyjna	Pozostało do spłaty - nal. główna	Pozostało do spłaty - odsetki	Pozostało do spłaty - opłata prolongacyjna
Zakład Ubezpieczeń Społecznych - układ ratalny	19.03.2010 - 30.03.2017, Aneks z dnia 22.06.2010	19 307 936,51	1 409 954,00	3 560 177,00	12 511 143,76	556 969,00	3 055 498,00
Urząd Skarbowy - układ ratalny	Decyzja 14.03.2012 - 20.03.2014	4 612 757,60	165 796,00	337 490,00	3 267 371,00	95 237,00	302 437,00
Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych - układ ratalny	Decyzja 29.12.2011 - 24.01.2017	2 162 374,16	630 045,00	402 709,00	1 838 017,85	535 538,07	390 579,00
Porozumienia							
Nazwa kontrahenta	Data obowiązywania umowy	Należność główna	Odsetki	Opłata prolongacyjna	Pozostało do spłaty - nal. główna	Pozostało do spłaty - odsetki	Pozostało do spłaty - opłata prolongacyjna
MAGELLAN S.A.							
ugoda sądowa	09.03.2012 - 28.02.2017	52 090 737,09	5 758 173,59		43 543 579,10	17 204 989,11	
ELECTUS S.A.							
porozumienie	02.05.2012 - 31.03.2016	2 516 791,25	119 752,12		2 202 192,35	559 645,69	
porozumienie ramowe	25.09.2012 - 30.06.2013	14 669 532,94	488 905,86		13 658 439,80		
MW TRADE S.A.							
umowa poręczenia	30.05.2012 - 15.07.2014	3 417 598,63	628 347,85		2 910 796,27	488 677,70	
umowa poręczenia	30.05.2012 - 15.05.2017	6 054 884,83	3 079 439,10		6 054 884,83	2 848 571,07	
umowa poręczenia	30.05.2012 - 15.05.2017	5 231 782,37	2 033 889,48		4 952 810,02	1 828 483,71	
umowa poręczenia	30.03.2012 - 30.10.2013	1 860 867,79	213 778,24		1 209 564,06	83 773,27	
porozumienie	31.08.2012 - 20.03.2018	14 122 345,00	6 091 483,00		14 122 345,00	5 949 872,64	

Źródło: opracowanie na podstawie danych z IPCZD.

Zespół zwraca w tym miejscu uwagę na to, że Instytut działając w swoim imieniu informował poszczególnych wierzycieli pierwotnych o swojej trudnej sytuacji finansowej uniemożliwiającej regulowanie bieżących zobowiązań jednocześnie proponując bezpośrednie negocjacje i kontakt z określonymi wierzycielami wtórnymi. **Metodologia ta doprowadzała do przejęcia zobowiązań przez wierzycieli wtórnych za zgodą Instytutu**, natomiast spłaty Instytut dokonywał w oparciu o porozumienia i ugody, których wartość i koszty opisano powyżej. Sposób i tryb zawierania porozumień spłaty z wierzycielami wtórnymi został szczegółowo opisany na przykładzie ugody

sądowej zawartej z firmą Magellan S.A. i omówiony w odrębnej części dokumentu wraz z negatywną opinią Zespołu.

Analizą objęto również postępowania sądowe i egzekucyjne dotyczące zobowiązań Instytutu. Analiza ta dotyczyła zarówno sposobu postępowania, podejmowanych działań niwelujących lub minimalizujących koszty dodatkowe, takie jak koszty procesowe, koszty egzekucyjne, koszty zastępstwa procesowego, koszty odsetek, oraz sposobu ujęcia w ewidencji księgowej i sprawozdaniach finansowych Instytutu.

Jak już opisano powyżej, Instytut dokonuje zapisów w ewidencji księgowej kosztów odsetek, kosztów procesowych, kosztów egzekucyjnych w momencie ich zapłaty (za wyjątkiem końca roku obrotowego - informacja przekazana IPCZD), co Zespół negatywnie ocenia z uwagi na brak rzetelnych informacji o rzeczywistym poziomie zadłużenia Instytutu na określony dzień.

3.6. Polityka zakupowa, procedury zamówień i zarządzanie stanami magazynowymi

Zakupy w Instytucie dokonywane są w oparciu o Regulamin zamówień publicznych wprowadzony Zarządzeniem Dyrektora oraz Zarządzenie Dyrektora Instytutu w zakresie określenia trybu postępowania i czynności związanych z dokonywaniem wydatków publicznych nieobjętych przepisami ustawy Prawo zamówień publicznych. Zadania realizowane w zakresie procedur ustawy dokonywane są przez opisany powyżej Dział Zamówień Publicznych i Zakupów. Zadania i rekomendacje dotyczące struktury i sposobu funkcjonowania tego działu zawarto w odrębnej części dokumentu.

Analizę dotyczącą ilości postępowania i wartości zamówień z podziałem na tryb zakupu, oparto na danych przygotowanych przez Instytut. Dane te przedstawia poniższa tabela.

Tabela 23 Zestawienie ilości i wartości realizowanych zamówień według trybu

okres	2010		2011		styczeń-wrzesień 2012	
	Liczba postępowań	wartość zamówień/w zł/	Liczba postępowań	wartość zamówień/w zł/	Liczba postępowań	wartość zamówień/w zł/
tryb zakupu						
przetarg nieograniczony/ograniczony	158	100 974 825,32	179	145 077 399,25	112	61 927 274,57
zapytanie o cenę	0	0,00	1	62 322,87	0	0,00
zamówienie z wolnej ręki	53	43 040 461,83	30	14 112 208,20	17	27 282 556,84
artykuł 4 ustawy PZP	2654	11 813 064,08	2976	13 430 221,61	2229	10 028 369,52
poza ustawą	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Ogółem	2865	155 828 351,23	3186	172 682 151,93	2358	99 238 200,93

Źródło: opracowanie na podstawie danych z IPCZD.

Struktura zakupów wg trybu wskazuje, że w Instytucie w roku 2010 największy udział dokonywanych zakupów był w trybie przetargu nieograniczonego/ograniczonego i kształtował się na poziomie 65% wszystkich zakupów. Wartość zamówień w tym trybie w roku 2010 wyniosła 101 mln zł.

Na uwagę jednak zasługuje liczba przeprowadzonych procedur w trybie art. 4 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (tj. Dz. U. z 2010 r. Nr 113, poz. 759, z późn. zm.),

tzn. realizacja zakupu opartą na przesłankach, które dopuszczają brak zastosowania procedury zgodnie z w/w ustawą. W tym trybie w 2010 roku przeprowadzono 2654 postępowań, na wartość ponad 11,8 mln zł, co stanowi 8% wartości wszystkich dokonanych zamówień.

Dla obszaru efektywnego zarządzania istotnym elementem wymagającym zmian jest również **obszar dotyczący zarządzania stanami magazynowymi oraz trybem zakupów** realizowanym przez Instytut. W czasie wizyty Zespołu w IPCZD kierownictwu jednostki zwracano uwagę na nieracjonalnie wysokie utrzymywanie stanów magazynowych w stosunku do zużycia poszczególnych grup asortymentu niezbędnego do realizacji statutowych zadań w obszarze nauki i realizacji procesu medycznego oraz wysokie ceny jednostkowe zakupu. W tym miejscu należy zwrócić uwagę, iż efekt ten w dużej mierze spowodowany jest kalkulowaniem przez dostawców ryzyka braku terminowej zapłaty przez IPCZD do ceny jednostkowej sprzedaży. Efektywne i stabilne w czasie obniżenie cen jednostkowych możliwe będzie dla Instytutu po zbilansowaniu jego działalności bieżącej oraz dokonaniu restrukturyzacji długu. Uzyskanie takiego efektu, który pozwoli na terminowe w czasie realizowanie swoich zobowiązań powinno stać się podstawą uzyskania efektu obniżenia cen jednostkowych. Biorąc pod uwagę doświadczenia innych placówek po restrukturyzacji efekt obniżki powinien przekroczyć 10%. Do czasu uzyskania tego efektu bardzo istotnym elementem wydaje się zwiększenie płynności finansowej Instytutu poprzez efektywne obniżenie stanów magazynowych oraz wartościowe zmniejszenie współczynnika rotacji zapasów do oczekiwanej wartości oscylującej w granicach 6. Zespół podziela ideę wpisaną do programu restrukturyzacji realizacji zakupów w tzw. grupie zakupowej, do której mógłby Instytut przystąpić z innymi podmiotami, np. grupy zakupowej wszystkich instytutów medycznych nadzorowanych przez Ministra Zdrowia.

W obszarze polityki magazynowej Zespół zwraca również uwagę na rozproszoną strukturę magazynową. Docelowe optymalne jest posiadanie jedynie dwóch magazynów, to jest magazynu medycznego obsługiwanego przez aptekę szpitalną w pełnym zakresie całego asortymentu medycznego oraz drugiego magazynu, tzw. magazynu szarego.

Tryb zamówień

Realizacja zakupów po umowach przetargowych powinna być spójna z ilością i wartością asortymentu, uwzględnionego w sumie budżetów kosztowych poszczególnych komórek organizacyjnych. Zamówienia na zewnątrz IPCZD powinny być poprzedzone uporządkowanym wpływem zamówień z poszczególnych komórek organizacyjnych Instytutu i odpowiadać zamówionemu przez poszczególne komórki organizacyjne asortymentowi, z założeniem przestrzegania reżimu budżetowego dla danej komórki. Jednostką odpowiedzialną za pilnowanie budżetu kosztowego przez daną komórkę organizacyjną oraz udzielającą informacji, co do narastających kwot zużycia w poszczególnych grupach rodzajowych kosztów, powinna być apteka szpitalna. Dla kosztów pozostałych tzw. magazyn szary. Istniejący obecnie w IPCZD system zamówień nie posiada kompleksowego zinformowania tego obszaru, skutkuje praktycznym brakiem wiedzy ze strony zamawiających komórek, co do wygenerowanych kwot kosztowych przy poszczególnych zamówieniach. W konsekwencji IPCZD nie jest w stanie zweryfikować, czy dana Klinika zamawiając po

raz kolejny ten sam asortyment nie posiada ich w nadmiarze, na przykład z tzw. „przezorności” zarządczej (mimo braku faktycznego zapotrzebowania zamawia asortyment, potęgowany obawą wstrzymaniem dostaw przez dostawców kontrahentów). Mechanizm ten ostatecznie jedynie potęguje i tak trudną sytuację finansową Instytutu.

Zespół zwraca uwagę, że ten obszar wymaga od kadry zarządzającej IPCZD szczególnej edukacji personelu w zakresie obniżenia stanów magazynowych. Istotnym wydaje się również fakt, iż działania te powinny być prowadzone spójnie ze zmianą polityki finansowej, szczególnie na płaszczyźnie zarządzania długiem.

W zakresie realizacji polityki zakupów oraz polityki magazynowej Zespół negatywnie ocenia również nadmierną ilość pracowników administracyjnych zaangażowanych w ten proces. Jako zbędny oraz kosztochłonny należy uznać dalszy sposób realizacji zakupów poprzez tzw. dział handlowy z mnogością zatrudnionych tam pracowników. Polityka zakupów na zewnątrz powinna być realizowana przez komórki odpowiedzialne następnie za przyjęcie zamówienia od komórek organizacyjnych i dystrybucję zamówienia do nich.

3.7. Wnioski w kluczowych obszarach zarządzania finansami

1. Zaobserwowano, że nie dokonuje się bieżącego przypisywania odpowiednich wartości ponoszonych przez Instytut kosztów, zwłaszcza w zakresie kosztów obsługi zadłużenia, co zniekształca informację na temat bieżącego wyniku finansowego i stanu zobowiązań.
2. Brak jest należytej analizy informacji finansowej dotyczącej przychodów, kosztów i wyników komórek skutkujący brakiem podejmowania działań optymalizacyjnych przez osoby zatrudnione w Instytucie, którym przypisano taką odpowiedzialność.
3. Brak jest spójnej sprawozdawczości i właściwego systemu monitoringu, powiązanego z procesem restrukturyzacji.
4. Brak jest rekomendacji Działu Analiz i innych komórek odpowiedzialnych za ocenę działań bieżących, co do kierunków podejmowania działań korygujących w celu uzyskania jak najbardziej optymalnych wyników finansowych.
5. W związku z analizą kosztów poszczególnych zakresów działalności podstawowej wskazuje się, iż rezyduencji i staże przyniosły stratę na poziomie około 2,6 mln zł.

3.8. Rekomendacje i propozycje zmian

Zespół rekomenduje:

1. Zmiany dotyczące realizacji zadań finansowych, które dotyczą Pionu Zastępcy Dyrektora ds. Finansowych/Głównego Księgowego w zakresie, którego będzie spoczywać odpowiedzialność za finanse Instytutu i nadzór nad sprawami finansowymi z wykorzystaniem już funkcjonujących komórek organizacyjnych tj.: Działu Księgowości, Działu Zamówień Publicznych i Zakupów, Działu Analiz Ekonomicznych i Controllingu, Działu Wynagrodzeń (Płac).
2. Weryfikację zadań realizowanych przez Dział Zamówień Publicznych i Zakupów w części związanej ze sprawami handlowymi i ich częściowe przejęcie przez pracowników Działu oraz

przekazanie pozostałych obowiązków do realizacji przez poszczególne piony, w tym personelowi zatrudnionemu w poszczególnych komórkach organizacyjnych, co umożliwi zoptymalizowanie procesów, a nie ich powielanie.

3. Przeniesienie magazynów do Apteki z Działu Zamówień Publicznych i Zakupów w zakresie m. in. odczynników i materiałów medycznych i sprzętu medycznego, co zwiększy właściwy nadzór nad tym asortymentem i pozwoli na racjonalne wykorzystanie zasobów personalnych w Aptece. **Istnieje konieczność zlikwidowania wielości magazynów w placówce, gdyż nie sprzyja to optymalnej gospodarce magazynowej.**
4. Rozszerzenie zadań Działu Analiz z rekomendacją natychmiastowego wdrożenia zadań controllingu i budżetowania, ze szczególnym uwzględnieniem wdrożenia budżetowania w komórkach Instytutu. Biorąc pod uwagę fakt, iż (jak wynika z przedstawionych danych) obecnie działalność medyczna przynosi ponad 23,5% straty, działalność naukowa posiada ujemną rentowność na poziomie 25,2%, wdrożenie narzędzi budżetowania powinno umożliwić w bardzo krótkim czasie zahamowanie ujemnego wyniku poszczególnych komórek i zbilansowanie się Instytutu na bieżącej działalności. Zespół podkreśla, iż do wykonania tych zadań nie potrzeba zatrudniania nowych pracowników, a jedynie należy zwiększyć efektywność wykorzystania posiadanego potencjału.
5. Weryfikację kosztów stałych komórek – oddziałów, w szczególności kosztów pracy.
6. Zmniejszenie kosztów ogólnozakładowych, które konsumują 15,58% przychodu z NFZ i MZ za 9 miesięcy 2012 roku, a za 2011 rok 15,42%, (w ASK we Wrocławiu za 2011 rok 4,32%, a w SPSK nr 1 w Szczecinie za 2011 rok – 4,5%).
7. Poprawę procesu planowania finansowego. W wyniku analizy przedstawionych materiałów planistycznych ustalono, iż proces planowania ma charakter oderwany od rzeczywistości i funkcjonowania placówki. Plan finansowy i jego realizacja za 2012 rok dobitnie wskazuje na potrzebę pilnej restrukturyzacji Instytutu.
8. Zwiększenie nadzoru nad dochodzeniem roszczeń z tytułu odsetek od należności IPCZD wynikających z opóźnień w zapłacie.
9. Prowadzenie bieżącej ewidencji należności odsetkowych i należności z tytułu postępowań sądowych.
10. Prowadzenie bieżącej ewidencji zobowiązań wynikających z not odsetkowych, porozumień i ugód, zobowiązań związanych z kosztami procesowymi i kosztami egzekucyjnymi.
11. Wzmocnienie nadzoru nad przestrzeganiem realizacji zamówień publicznych, zgodnie z ustawą Prawo zamówień publicznych, w tym m. in. zwiększenie rzetelności wyceny poszczególnych wartości zamówień oraz wprowadzenie monitoringu efektów uzyskanych w wyniku procedur przetargowych w celu okresowej oceny skuteczności przeprowadzonych postępowań. Rekomendacja ta uwzględnia zaobserwowane nieprawidłowości na tym etapie postępowań związane z brakiem powiązania kwoty przeznaczonej na realizację zamówienia z rzeczywistym zużyciem, możliwościami finansowymi Instytutu, czy też realną ceną możliwą do uzyskania. W ocenie Zespołu niezbędny jest ścisły nadzór nad tym obszarem pionu finansowego poprzez zwiększenie tego nadzoru przez Z-cę Dyrektora ds. Finansowych /Głównego Księgowego

4. ANALIZA OBSZARU DZIAŁALNOŚCI NAUKOWEJ

4.1. Podstawowe informacje

1. IPCZD posiada wysoka kategorię I, obecnie kat. A, pod względem aktywności naukowej pośród wszystkich jednostek naukowo-klinicznych rankingu Komitetu Ewaluacji Jednostek Naukowych Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego (MNiSW). Po ostatniej ocenie parametrycznej przeprowadzonej we wrześniu 2010 r. zajmuje pozycję 3 w tej kategorii. Wskaźnik efektywności naukowej jednostki wyliczony na podstawie w/w rankingu pozostaje na wysokim poziomie (78.5), co oznacza, że ilość i jakość publikacji naukowych będących skutkiem prowadzonej działalności naukowej w stosunku do liczby pracowników naukowych IPCZD jest na satysfakcjonującym poziomie, zwłaszcza w porównaniu z innymi instytutami badawczymi i uniwersytetami medycznymi.
2. IPCZD przeprowadza okresową, z akceptowalną częstotliwością, weryfikację aktywności naukowej pracowników IPCZD zatrudnionych na etatach naukowych, co oznacza, że prowadzona jest właściwa polityka kadrowa w zakresie statutowej działalności naukowej jednostki.
3. Jednakże pomimo w/w działań w IPCZD obserwuje się stały, coroczny spadek dotacji statutowej z MNiSW, z równoczesnym brakiem możliwości realnego wpływu na tendencję spadkową.
4. IPCZD jest realizatorem dużej liczby grantów UE, przy umiarkowanej liczbie grantów finansowanych przez MNiSW (dawniej), a obecnie NCBiR oraz NCN i stosunkowo małej liczbie badań klinicznych.
5. Pracownicy naukowcy IPCZD zobowiązani są wiążącymi umowami o zakazie konkurencji, na mocy powszechnie obowiązujących przepisów prawa, ale wyłącznie w zakresie działalności konkurencyjnej obejmującej działalność naukowo-badawczą.
6. Pomimo dobrej sytuacji związanej z merytoryczną stroną działalności naukowej IPCZD w analizowanym okresie czasu (lata 2010-2012), **odnotowuje się stały ujemny wynik finansowy tej działalności w wymiarze ok. 8 mln zł/rocznie**. Oznacza to, że deficyt ten jest pokrywany ze środków nieprzeznaczonych na ten cel, tj. głównie z przychodów z działalności leczniczej.

4.2. Rekomendacje dotyczące obszaru działalności naukowej

1. Utrzymanie dotychczasowego potencjału naukowego jednostki.
2. Utrzymanie dotychczasowego finansowania działalności naukowej z tytułu projektów UE.
3. Przeprowadzenie ankietyzacji wszystkich pracowników IPCZD mającej na celu wskazanie rzeczywistego zaangażowania wykonawców planu naukowego w jego realizację. Działanie to wpłynie w dużym stopniu na poprawę wyniku finansowego działalności naukowej Instytutu poprzez przeniesienie niezaangażowanych kosztów bezpośrednich do działalności leczniczej lub innych. Należy jednak podkreślić, że w ostatecznym rezultacie inna działalność jednostki zostanie obciążona, a co za tym, nie wpłynie to na poprawę końcowego wyniku finansowego IPCZD.
4. Zwiększenie aktywności wykonawców planu naukowego w zakresie stałego pozyskiwania grantów (NCBiR, NCN) i badań klinicznych, umożliwiających pokrycie kosztów bezpośrednich, a tym samym

zwiększeniu przychodów działalności naukowej dla IPCZD. **W konsekwencji, część lub pełen koszt np. wynagrodzeń (niemających pokrycia z dotacji statutowej), byłby pokryty np. z grantu/badania klinicznego.** Przy takim zastosowaniu polityki finansowania działalności naukowej IPCZD, koszty niemające pokrycia z innych źródeł, nie powinny być wytworzone. Działanie to wpłynie nie tylko na urealnienie kosztów działalności naukowej IPCZD, ale poprawi także końcowy wynik finansowy jednostki, poprzez pokrycie bieżących kosztów bezpośrednich, wytworzonych przez wykonawców planu naukowego, przychodami z w/w źródeł. Ten obszar wydaje się szczególnie istotny ze względu na fakt, że w sposób nie zależny od IPCZD, spada dotacja statutowa na działalność naukową z MNiSW.

5. Rozszerzenie zakazu prowadzenia działalności konkurencyjnej przez pracowników zatrudnionych na etatach naukowych IPCZD na działalność leczniczą na rzecz innych podmiotów, które posiadają umowę z Płanikiem Publicznym (Narodowy Fundusz Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia).

Zespół zwraca uwagę na potrzebę rozwiązań systemowych umożliwiających prawidłowość utrzymania potencjału naukowego poprzez gwarantowanie wysokości kwoty z MNiSW w powiązaniu z efektywnością (wskaźnik efektywności) działalności naukowej jednostki. Zwracamy uwagę, iż zmieniające się w sposób istotny kwoty dotacji naukowej w kolejnych latach (w szczególności, gdy ulega ona zmniejszeniu), koszty stałe są i będą musiały być pokrywane z pogłębiania straty związanej z prowadzeniem działalności medycznej.

5. ANALIZA OBSZARU DZIAŁALNOŚCI MEDYCZNEJ

Na podstawie informacji uzyskanych w trakcie prac Zespołu z IPCZD i NFZ ustalono:

5.1. Dane ogólne

1. IPCZD posiada **23 oddziały szpitalne całodobowe, 4 oddziały dzienne, 33 poradnie i 8 zakładów diagnostycznych.**
2. W oddziałach szpitalnych znajdują się **łącznie 554 łóżka**. W roku 2011 Instytut posiadał o 20 łóżek więcej - **574**.
3. W roku 2011 w IPCZD hospitalizowanych było łącznie **37 935 pacjentów**, w okresie styczeń-wrzesień 2012 r. liczba hospitalizowanych wynosiła **30 715**.
4. Ruch chorych, średni pobyt chorego na oddziale, średnie wykorzystanie łóżek w roku 2011 i w okresie styczeń-wrzesień 2012 r. szczegółowo przedstawione są w *tabeli nr 1*.
5. Liczba hospitalizacji zrealizowanych w IPCZD w poszczególnych klinikach z podziałem na miejsce zamieszkania pacjentów, w szczególności województwo mazowieckie i pozostałe województwa, przedstawia *tabela nr 2*.
6. W poradniach IPCZD w roku 2011 **udzielono 167 816 porad** (miesięcznie średnio **13 984 porady, dziennie 666**), w okresie styczeń-wrzesień 2012 r. – **128 038 porad** (miesięcznie średnio **14 226 porad, dziennie 677**) - *tabela nr 3*.

Tabela 1 Zestawienie z wykonania osobodni i hospitalizowanych

Lp	Nazwa Kliniki /Oddziału	2011 ROK								I - IX 2012							
		Łożka rzeczywiste	Osobodni wykonanie	Hospitalizowani wykonanie	Przyjęcia z innego oddziału	Zgony	Średnie wykorzystanie łóżka			Łożka rzeczywiste	Osobodni wykonanie	Hospitalizowani wykonanie	Przyjęcia z innego oddziału	Zgony	Średnie wykorzystanie łóżka		
							Średni pobyt chorego	w dniach	w %						Średni pobyt chorego	w dniach	w %
1	Chirurgii Ogólnej	34	10700	2708	643	1	4,8	314,7	86,2%	34	8595	2010	377	0	4,3	252,8	92%
2	Chorób Metabolicznych	23	4483	1380	23	3	3,3	194,9	53,4%	23	3373	1156	13	0	2,9	146,7	54%
3	Diabetologii	13	2751	744	9	0	3,7	211,6	58,0%	13	2034	639	9	0	3,2	156,5	57%
4	Endokrynologii	13	2757	911	6	0	3,0	212,1	58,1%	13	2413	761	19	0	3,2	185,6	68%
5	Gastroenterologii Hepatologii i Zaburzeń Odżywiania	40	13955	5938	86	0	2,4	348,9	95,6%	40	11284	4701	37	0	2,4	282,1	103%
6	Immunologii	8	1851	724	19	1	2,6	231,4	63,4%	8	1604	636	11	0	2,5	200,5	73%
7	Kardiochirurgii	24	6080	804	502	1	13,4	253,3	69,4%	24	4570	598	365	0	7,6	190,4	69%
8	Kardiologii	48	12584	2184	314	3	6,4	262,2	71,8%	48	9515	1812	299	4	5,3	198,2	72%
9	Nefrologii, Transpl. Nerek i Nad. Tętn.	40	8374	2575	161	0	3,4	209,4	57,4%	40	6037	1759	89	0	3,4	150,9	55%
10	Neonatologii, Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka	31	10085	1335	73	18	7,3	325,3	89,1%	31	8177	1062	23	7	7,7	263,8	96%
11	Neurochirurgii	25	8952	1547	349	0	7,2	358,1	98,1%	25	6094	1158	263	1	5,3	243,8	89%
12	Neurologii i Epileptologii	24	6692	1826	37	0	3,8	278,8	76,4%	24	5208	1697	22	0	3,1	217,0	79%
13	Niemowlęcy	20	4500	711	9	0	6,6	225,0	61,6%				0	0	0,0		0%
14	OIT1	10	2789	254	163	27	14,1	278,9	76,4%	10	1946	203	131	21	9,6	194,6	71%
15	OIT2	20	3868	1451	1390	37	3,2	193,4	53,0%	20	2909	1083	1041	15	2,7	145,5	53%
16	Okulistyki	24	4230	1325	17	0	3,2	176,3	48,3%	24	3585	1045	11	0	3,4	149,4	55%
17	Onkologii	57	18403	3021	146	11	6,1	322,9	88,5%	57	13315	2194	121	4	6,1	233,6	85%
18	Otolaryngologii	8	1213	2581	3	0	0,5	151,6	41,5%	8	1204	3438	2	0	0,4	150,5	55%
19	Pediatrici i Żywności	35	8502	1634	87	3	5,3	242,9	66,6%	35	6735	1595	73	0	4,2	192,4	70%
20	Rehabilitacji Neurologicznej	35	9897	644	0	0	15,5	282,8	77,5%	35	8035	517	0	0	15,5	229,6	84%
21	Rehabilitacji Pediatrycznej	11	5042	243	0	0	20,9	458,4	125,6%	11	2469	119	0	0	20,7	224,5	82%
22	Transplantacji Narządów	10	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0%	10			0	0	0,0	0,0	0%
23	Urologii	21	5323	3395	115	0	1,6	253,5	69,4%	21	3932	2532	90	0	1,6	187,2	68%
RAZEM ODDZIAŁY CAŁODOBOWE		574	153031	37935	4152	105	4,3	266,6	73,0%	554	113034	30715	2996	52	3,7	204,0	74%

ODDZIAŁY DZIENNE

Lp.	Wyszczególnienie	2011 ROK					I - IX 2012				
		Miejsca faktyczne	Osobodni wykonanie	Hospitalizowani wykonanie	Średnie wykorzyst. miejsca		Miejsca faktyczne	Osobodni wykonanie	Hospitalizowani wykonanie	Średnie wykorzyst. miejsca	
					w dniach	w %				w dniach	w %
1	Dializ		0	607	0,0	0%		0	389	0,0	0%
2	Dzienny Chemioterapii		0	1718	0,0	0%		0	1323	0,0	0%
3	Dzienny Rehab. Narządu Ruchu		20246	4527	0,0	0%		13143	8301	0,0	0%
4	Dzienny Rehabilitacji Neurolog.		18134	4136	0,0	0%		12914	7962	0,0	0%

Tabela 2 Liczba hospitalizacji zrealizowanych w IPCZD w poszczególnych klinikach z podziałem na miejsce zamieszkania pacjenta

LP.	NAZWA JEDNOSTKI	2011 ROK			I - IX 2012 ROK		
		OGÓŁEM PACJENCI HOSPITALIZOWANI	PACJENCI Z WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO	PACJENCI Z INNYCH WOJEWÓDZTW	OGÓŁEM PACJENCI HOSPITALIZOWANI	PACJENCI Z WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO	PACJENCI Z INNYCH WOJEWÓDZTW
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
1	CHORÓB METABOLICZNYCH	1 206	508/42%	698/58%	828	227/27%	601/73%
2	DIABETOLOGII	566	483/85%	83/15%	247	212/86%	35/14%
3	ENDOKRYNOLOGII	620	433/70%	187/30%	1 030	779/76%	251/24%
4	GASTROENTEROLOGII, HEPATOLOGII I ZABURZEŃ ODŻYWIANIA	5 689	3271/57%	2418/43%	4 854	2707/56%	2147/44%
5	IMMUNOLOGII	656	274/42%	382/58%	594	277/47%	317/53%
6	KARDIOLOGII	1 853	791/43%	1062/57%	1 458	667/46%	791/54%
7	NEFROLOGII, TRANSPLANTOLOGII NEREK I NADCIŚNIENIA TĘTNICZEGO	2 402	1446/60%	956/40%	1 645	936/57%	709/43%
8	NEONATOLOGII, PATOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII NOWORODKA	1 488	840/56%	648/44%	1 159	605/52%	554/48%
9	NEUROLOGII I EPILEPTOLOGII	1 536	946/62%	590/38%	1 426	858/60%	568/40%
10	NIEMOWLĘCY	692	523/76%	169/24%			
11	ODDZIAŁ INTENSYWNEJ TERAPII 1	164	86/52%	78/48%	152	74/49%	78/51%
12	ODDZIAŁ INTENSYWNEJ TERAPII 2	845	272/32%	573/68%	724	233/32%	491/68%
13	ONKOLOGII	1 155	492/43%	663/57%	839	284/34%	555/66%
14	PEDIATRII I ŻYWIENIA	1 475	1008/68%	467/32%	1 454	1091/75%	363/25%
15	REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ	485	266/55%	219/45%	371	206/56%	165/44%
16	REHABILITACJI PEDIATRYCZNEJ	238	118/50%	120/50%	108	39/36%	69/64%
17	CHIRURGII OGÓLNEJ	2 148	1213/56%	935/44%	1 659	933/56%	726/44%
18	KARDIOCHIRURGII	322	132/41%	190/59%	231	101/44%	130/56%
19	NEUROCHIRURGII	1 166	493/42%	673/58%	875	362/41%	513/59%
20	OKULISTYKI	1 272	632/49%	640/51%	992	514/52%	478/48%
21	OTOLARYNGOLOGII	2 518	2232/89%	286/11%	3 390	3 008/89%	382/11%
22	UROLOGII	3 225	1 697/53%	1 528/47%	2 348	1 260/54%	1 088/46%
23	OGÓŁEM	31 721	18 156/57%	13 565/43%	26 384	15 373/58%	11 011/42%

W grupie pacjentów z innych województw (13 565)

nawiększą liczbę stanowią pacjenci z województwa

najmniejszą liczbę stanowią pacjenci z województwa

lubelskiego (17 %)

opolskiego (2 %)

Tabela 3 Zestawienie ilości udzielonych porad

Lp.	Nazwa poradni	Ilość porad	
		2011 ROK	I - IX 2012
1	IZBA PRZYJĘĆ	2671	1795
2	PORADNIA ALERGOLOGICZNA	11460	9214
3	PORADNIA CHIRURGICZNA	5933	4914
4	PORADNIA CHIRURGII STOM. DLA DZIECI I DOROSŁYCH	2327	1600
5	PORADNIA CHOROÓB I TRANSPLANTACJI WĄTROBY	3066	2288
6	PORADNIA CHOROÓB METABOLICZNYCH	5767	4174
7	PORADNIA DERMATOLOGICZNA	3896	4879
8	PORADNIA DIABETOLOGICZNA	2830	2294
9	PORADNIA DLA DZIECI Z AUTYZMEM	1182	1566
10	PORADNIA ENDOKRYNOLOGICZNA	5157	3853
11	PORADNIA FONIATRYCZNA	6380	
12	PORADNIA FONIATRYCZNO-AUDIOLOGICZNA		6354
13	PORADNIA GASTROENTEROLOGICZNA	7392	5520
14	PORADNIA GENETYCZNA	3472	2579
15	PORADNIA GINEKOLOGII DZIECIĘCEJ	4863	3617
16	PORADNIA IMMUNOLOGICZNA	3926	3272
17	PORADNIA KARDIOLOGICZNA	14552	9626
18	PORADNIA KONSULTACYJNA	304	345
19	PORADNIA KONSULTACYJNO- PULMONOLOGICZNA	2513	
20	PORADNIA PULMONOLOGICZNA		1745
21	PORADNIA LARYNGOLOGICZNA	7203	5035
22	PORADNIA LOGOPEDYCZNA	8515	5774
23	PORADNIA NEFROLOGII I NADCIŚNIENIA TĘTNICZEGO	7877	5504
24	PORADNIA NEUROCHIRURGICZNA	1737	907
25	PORADNIA NEUROLOGICZNA i EPILEPTOLOGICZNA	11240	8464
26	PORADNIA OKULISTYCZNA	11085	8227
27	PORADNIA ONKOLOGICZNA DZIECI I MŁODZIEŻY	8239	6213
28	PORADNIA PSYCHIATRYCZNA DLA DZIECI I MŁODZIEŻY	2616	1655
29	PORADNIA PSYCHOLOGICZNA	2216	1809
30	PORADNIA REHABILITACJI PEDIATRYCZNEJ	9172	5184
31	PORADNIA STOM. DLA DZIECI	6369	5151
32	PORADNIA TRANSPLANTACJI NEREK	1382	1025
33	PORADNIA UROLOGICZNA	5337	5904
34	PORADNIA ŻYWIENIOWA	935	772
	OGÓŁEM:	171614	131259
	Przychodnia bez Psychiatrii	167 816	128 038

5.2. Sprzedaż usług medycznych do NFZ i MZ

1. Wartość kontraktu podpisanego przez IPCZD z Mazowieckim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia na wykonywanie świadczeń medycznych w roku 2011 wynosiła **200.414.824,65 zł** – tabela nr 4.

Wartość umów podpisanych z Ministerstwem Zdrowia na realizację programów zdrowotnych i procedur wysokospecjalistycznych osiągnęła kwotę **19.499.751,48 zł**.

2. W roku 2012 odpowiednio NFZ – **195.769.259,54 zł** – tabela nr 5, Ministerstwo Zdrowia – **15.942.911,00 zł** (trzy kwartały 2012 r.).
3. W roku 2011 za wykonane świadczenia płatność została uregulowana w całości, zarówno przez NFZ, jak i Ministerstwo Zdrowia.

Tabela 4 Zestawienie umów zawartych pomiędzy MOW NFZ, a IPCZD na realizację świadczeń w ramach środków publicznych

Okres kontraktowy 2011 rok			
Rodzaj świadczeń	Zakontraktowane wartość	Realizacja wartość	% realizacji
AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA	8 816 029,50 zł	9 353 977,70 zł	106,10%
AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA - AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA DIAGNOSTYCZNE KOSZTOCHŁONNE	1 510 850,00 zł	1 508 700,00 zł	99,86%
LECZENIE SZPITALNE	128 814 498,31 zł	129 364 119,27 zł	100,43%
OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ	687 365,54 zł	683 037,00 zł	99,37%
REHABILITACJA LECZNICZA	7 269 253,30 zł	7 920 915,46 zł	108,96%
LECZENIE STOMATOLOGICZNE	586 989,00 zł	586 989,00 zł	100,00%
ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODRĘBNI	25 291 950,00 zł	25 286 946,00 zł	99,98%
ŚWIADCZENIA PIELĘGNACYJNE I OPIEKUŃCZE	2 253 060,00 zł	2 250 360,00 zł	99,88%
PROFILAKTYCZNE PROGRAMY ZDROWOTNE	403 480,00 zł	356 224,00 zł	88,29%
ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE BĘDĄCE PRZEDMIOTAMI ORTOPEDYCZNYMI ORAZ ŚRODKAMI POMOCNICZYMI	0,00 zł	780,00 zł	0,00%
PROGRAMY TERAPEUTYCZNE (LEKOWE)	12 408 931,00 zł	10 980 268,20 zł	88,49%
CHEMIOTERAPIA	12 372 418,00 zł	12 355 625,68 zł	99,86%
OGÓŁEM ROK 2011	200 414 824,65 zł	200 647 942,31 zł	100,12%

Tabela 5 Zestawienie umów zawartych pomiędzy MOW NFZ, a IPCZD na realizację świadczeń w ramach środków publicznych

Okres kontraktowy: 2012 r.	KONTRAKT 2012 r.			
	Zakontraktowane wartość na rok 2012	Zakontraktowana wartość w okresie I - IX 2012	Realizacja w okresie I - IX 2012	% realizacji wartości I - IX 2012
Rodzaj świadczeń				
AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA	9 831 687,90 zł	7 203 494,10 zł	8 119 811,50 zł	113%
AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA DIAGNOSTYCZNE KOSZTOCHŁONNE	1 463 830,00 zł	1 075 060,00 zł	1 039 480,00 zł	97%
LECZENIE SZPITALNE	122 694 543,90 zł	91 602 855,90 zł	99 577 126,54	109%
PSYCHIATRIA I PSYCHOLOGIA	756 319,50 zł	562 648,50 zł	499 108,50 zł	89%
REHABILITACJA LECZNICZA	7 392 791,00 zł	5 481 668,00 zł	5 457 015,76 zł	100%
LECZENIE STOMATOLOGICZNE	693 389,04 zł	503 332,14 zł	475 158,88 zł	94%
PROFILAKTYCZNE PROGRAMY ZDROWOTNE	281 182,00 zł	195 943,00 zł	150 304,00 zł	77%
ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODRĘBNI	24 547 694,00 zł	18 199 020,00 zł	18 114 104,00 zł	100%
LECZENIE SPASTYCZNOŚCI OPORNEJ NA LECZENIE FARMAKOLOGICZNE Z ZASTOSOWANIEM POMPY BAKLOFENOWEJ	60 000,00 zł	0,00 zł	0,00 zł	
SPO ŚWIADCZENIA PIELĘGNACYJNE I OPIEKUŃCZE	2 044 080,00 zł	1 547 280,00 zł	1 584 720,00 zł	102%
CHEMIOTERAPIA (styczeń - czerwiec)	6 461 697,21 zł	6 461 697,21 zł	6 454 883,20 zł	100%
CHEMIOTERAPIA (lipiec - grudzień)	6 353 583,00 zł	3 177 150,00 zł	2 726 605,18 zł	85,82%
PROGRAMY ZDROWOTNE (LEKOWE) – (styczeń - czerwiec)	6 603 086,99 zł	6 603 086,99 zł	6 598 607,72 zł	99,93%
PROGRAMY ZDROWOTNE (LEKOWE) – (lipiec - grudzień)	6 393 790,00 zł	3 198 862,00 zł	2 267 461,99 zł	70,88%
PROGRAMY TERAPEUTYCZNE (lipiec - grudzień)	191 585,00 zł	95 894,00 zł	94 522,08 zł	98,57%
OGÓŁEM ROK 2012	195 769 259,54 zł	132 843 207,64 zł	153 158 909,35 zł	115,29%

5.3. Blok operacyjny

Instytut „ Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka” posiada 7 sal operacyjnych, w których zatrudnionych jest 130 pracowników medycznych:

- 35 lekarzy w tym 15 rezydentów,
- 75 pielęgniarek i położnych,
- 14 sanitariuszy.

W roku 2011 wykonano 5 448 zabiegów operacyjnych, a w okresie styczeń-wrzesień 2012 r. - 4 152 zabiegi.

Tabela nr 6 przedstawia dane w zakresie ilości zabiegów w ogólnej liczbie pacjentów hospitalizowanych w klinikach zabiegowych.

Tabela 6 Kliniki zabiegowe

LP.	2011 ROK				I - IX 2012 ROK					
	NAZWA JEDNOSTKI ZABIEGOWEJ	IŁOŚĆ HOSPITALIZACJI	IŁOŚĆ ZABIEGÓW	IŁOŚĆ ZABIEGÓW/HOSPITALIZACJE %	IŁOŚĆ HOSPITALIZACJI	IŁOŚĆ ZABIEGÓW	IŁOŚĆ ZABIEGÓW/HOSPITALIZACJE %	LICZBA LEKARZY	LICZBA PIEŁĘGNIAREK	POZOSTAŁY PERSONEL
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.
1	CHIRURGII OGÓLNEJ	2 708	1928	71%	2 010	1 558	78%	5	47	8
2	KARDIOCHIRURGII	804	510	63%	598	364	61%	11	26	8
3	NEUROCHIRURGII	1 547	750	48%	1 158	534	46%	11	27	12
4	OKULISTYKI	1 325	504	38%	1 045	401	38%	7	14	3
5	OTOLARYNGOLOGII	2 581	1146	44%	3 438	864	25%	2	6	2
6	UROLOGII	3 395	610	18%	2 532	430	17%	9	21	5
	OGÓŁEM	12 360	5 448	44%	10 781	4 151	39%	45	141	38

Najbardziej efektywne działanie na bloku operacyjnym wykazuje Klinika Chirurgii Ogólnej. Dotyczy to ilości operowanych w stosunku do hospitalizacji, jak również średniej ilości wykonywanych przez jednego lekarza zabiegów.

Średnia ilość zabiegów w miesiącu na jednego lekarza to:

	Rok 2011	Rok 2012
- Klinika Chirurgii Ogólnej	32	34,6
- Kardiochirurgia	3,86	3,68
- Neurochirurgia	5,68	5,39
- Okulistyka	6	6,36
- Otolaryngologia	47,75	48
- Urologia	5,65	5,31

Ilość wykonanych operacji, średnie obciążenie zabiegami jednego specjalisty (Otolaryngologia szczegółowy opis we wnioskach pkt 13) wskazuje na nieefektywne wykorzystanie potencjału specjalistów zatrudnionych w IPCZD.

5.4. Diagnostyka

W pracowniach diagnostycznych i laboratoriach IPCZD łącznie zatrudnionych jest 343 osób.

Liczba zakładów - **8**, w ramach tych zakładów funkcjonuje **27** pracowni oraz **2** pracownie samodzielne:

Zakład Biochemii i Medycyny Doświadczalnej L/ZBM

- Pracownia Patofizjologii L/ZBM/RP
- Pracownia Densytometrii L/ZBM/RD
- Pracownia Zaburzeń Metabolizmu L/ZBM/RM
- Pracownia Farmakokinetyki L/ZBM/RF

Zakład Diagnostyki Obrazowej L/ZDO

- Pracownia Badań Podstawowych L/ZDO/RB
- Pracownia Cewnikowania Serca i Angiografii L/ZDO/RC

Pracownia Tomografii Komputerowej L/ZDO/RT
Pracownia Ultrasonografii L/ZDO/RU
Pracownia Rezonansu Magnetycznego L/ZDO/RM

Zakład Genetyki Medycznej L/ZGE

Pracownia Cytogenetyczna L/ZGE/RC
Pracownia Hodowli Tkanek i Diagnostyki Prenatalnej L/ZGE/RH
Pracownia Genetyki Molekularnej L/ZGE/RM

Zakład Medycyny Nuklearnej L/ZMN

Pracownia Badań Scyntygraficznych i Terapii Izotopowej L/ZMN/RS
Pracownia Izotopowych Badań Klierensowych i Kontroli Radiofarmaceutyków L/ZMN/RI

Zakład Mikrobiologii i Immunologii Klinicznej L/ZMK

Pracownia Diagnostyki Mikrobiologicznej L/ZMK/RM
Pracownia Biologii Molekularnej L/ZMK/RB
Pracownia Diagnostyki Immunologicznej L/ZMK/RI

Zakład Patologii L/ZPA

Pracownia Autopsji L/ZPA/RA
Pracownia Histologii L/ZPA/RH
Pracownia Cytochemii i Immunomorfologii L/ZPA/RC
Pracownia Mikroskopii Elektronowej L/ZPA/RM
Pracownia Immunologii L/ZPA/RI
Pracownia Medycyny Mitochondrialnej L/ZPA/RN

Zakład Psychologii Zdrowia L/ZPZ

Pracownia Psychologii Pediatrycznej L/ZPZ/RP
Pracownia Muzykoterapii L/ZPZ/RM

Zakład Radioimmunologii L/ZRD

Pracownia Diagnostyki Endokrynologicznej i Alergologicznej L/ZRD/RA
Pracownia Endokrynologii Molekularnej L/ZRD/RE

Pracownia Immunologii Transfuzjologicznej Z Bankiem Krwi L/RTB

Pracownia Zgodności Tkankowej L/RZT

Poza tym istnieją pracownie funkcjonujące przy 8 klinikach (od 1 do 3):

Klinika Rehabilitacji Pediatrycznej

Pracownia Fizjoterapii L/RP/RFT
Pracownia Diagnostyki Narządu Ruchu L/RP/RDR

Klinika Gastroenterologii, Hepatologii i Zaburzeń Odżywiania

Pracownia Diagnostyki Gastroenterologicznej L/GAa/RDG

Klinika Kardiologii

Pracownia Elektrofizjologii Klinicznej L/KA/REK
Pracownia Diagnostyki Nieinwazyjnej Układu Krążenia L/KA/RDN

Klinika Nefrologii, Transplantacji Nerek i Nadciśnienia Tętniczego

Pracownia Diagnostyki Nadciśnienia Tętniczego L/NT/RDN

Klinika Neurochirurgii

Pracownia Neurofizjologii L/NC/RNC
Pracownia Neuropsychologii Rozwojowej L/NC/RNR

Klinika Neurologii i Epileptologii

Pracownia EEG i Wideometrii L/NE/REW
Pracownia Potencjałów Wywołanych i EMG L/NE/RPW

Klinika Pediatrii i Żywienia

Pracownia Antropologii L/PE/RAN

Klinika Urologii Dziecięcej

Pracownia Endoskopowa L/UR/REN

Pracownia Badań Urodynamicznych L/UR/RBU

Pracownia Uroterapii L/UR/RUT

Oprócz badań wykonywanych przez personel IPCZD wykonywane są również badania przez podmioty zewnętrzne. Badania w kierunku diagnostyki endoskopowej przewodu pokarmowego, szczególnie diagnostyki i leczenia chorób dróg żółciowych, wątroby i trzustki wykonywane są przez podmioty zewnętrzne (w ciągu ostatnich 12 miesięcy **137** badań wykonały podmioty zewnętrzne). Badania wykonywane są przez podmiot zewnętrzny ENDOTERAPIA sp. z o.o.

Cena jednostkowa tych badań jest bardzo wysoka, powiększona o koszt transportu do siedziby podwykonawcy lub znaczny koszt dojazdu wykonawcy badania do IPCZD (575 zł koszt dojazdu).

Dla porównania poniżej zostały zaprezentowane kwoty netto zabiegów płaconych przez IPCZD na rzecz ENDOTERAPIA sp. z o.o. oraz sprzedawanych (cennik zewnętrzny) przez SPSK Nr 1 w Szczecinie:

- ECPW zabiegowo-kontrolna uwzględniająca zabieg sfinkterotomii lub kontrolę instrumentalną dróg żółciowych/trzustkowych lub usunięcia protezy z dróg żółciowych/trzustkowych:

IPCZD - **2 000 zł**, SPSK Nr 1 w Szczecinie - **1 100 zł**,

- ECPW z zabiegiem wymiany protez w drogach żółciowych/trzustkowych:

IPCZD - **2 450 zł**, SPSK Nr 1 w Szczecinie - **1 100 zł**,

- ECPW z zabiegiem usunięcia złogu (liczba złogów od 1 do 3, średnica każdego nie większa niż 12 mm) z dróg żółciowych/trzustkowych:

IPCZD - **2 650 zł**, SPSK Nr 1 w Szczecinie - **1 200 zł**,

- ECPW z zabiegiem dróg żółciowych/trzustkowych:

IPCZD - **3 600 zł**, SPSK Nr 1 w Szczecinie **1 430 zł**,

- ECPW z zabiegiem drenażu torbieli okołotrzustkowych lub okołodwunastniczych:

IPCZD - **3 300 zł**, SPSK Nr 1 w Szczecinie - **1 530 zł**,

- ECPW z zabiegiem usunięcia złogów (liczba złogów powyżej 3 lub złóg o średnicy powyżej 12 mm) lub z zabiegiem litotrypsji mechanicznej złogów w drogach żółciowych/trzustkowych:

IPCZD - **3 300 zł**, SPSK Nr 1 w Szczecinie - **1 855 zł**,

- Przeszkórna przezwątrobowa cholangiografia (PTC) diagnostyczno – zabiegowa:

IPCZD - **2 600 zł**, SPSK Nr 1 w Szczecinie - **1 510 zł**,

- ECPW i PTC zabiegowe wykonywane u jednego pacjenta w celu uzyskania drożności dróg żółciowych:

IPCZD - **4 000 zł**, SPSK Nr 1 w Szczecinie - **1 510 zł**.

Ponoszony koszt najczęściej zlecanego badania ECPW z zabiegiem drenażu dróg żółciowo/trzustkowych - **3 000 zł** netto plus transport (w SPSK Nr 1 w Szczecinie – **1 430 zł**) jest prawie równoważny z wartością środków finansowych, które jednostka zgodnie z wyceną procedur w katalogu JGP uzyskuje z NFZ za cały pobyt pacjenta.

Brak osób posiadających odpowiednie kwalifikacje do wykonywania powyższych badań w IPCZD i bazowanie wyłącznie na jednej osobie z zewnątrz, która posiada najwyższe kwalifikacje (informacja uzyskana od Pana Profesora Józefa Ryżko, Kierownika Kliniki Gastroenterologii) stwarza zagrożenie ciągłości leczenia i możliwości nagłych interwencji u leczonych w Instytucie dzieci.

Jednocześnie ponoszone koszty obciążają istotnie finanse jednostki.

➤ **Diagnostyka laboratoryjna**

Diagnostyka laboratoryjna powierzona jest w głównej mierze firmie zewnętrznej ALAB Laboratoria Sp. z o.o. umowa zawarta w dniu 06.02.2008 r. na okres 5 lat związana była z przejęciem części personelu w oparciu o zapis art. 23¹KP. W/w umowa nie jest kompleksowa. W okresie od 2008 roku zawierane były z tą firmą inne umowy i aneksy (z wolnej ręki) na inne badania (z zakresu serologii, oznaczenia poziomu miedzi, selenu, cynku, chlorku, badania równowagi kwasowo-zasadowej i innych parametrów). Ceny wielu badań zawartych w umowie są znacznie wyższe niż średnie ceny oferowane przez inne laboratoria w kraju: np. amoniak (**ALAB – 25 zł, MEDIS – 8,77 zł**), kwas mlekowy (**13 zł - 7,50 zł**), wapń zjonizowany (**16 zł - 3,33 zł**), równowaga kwasowo-zasadowa (**11 zł – 6,11 zł**), CK-MB (**15 zł – 7,53 zł**), białko CRP (**9,4 zł – 5,5 zł**), ALFA 1 antytrypsyna (**62 zł – 21,15 zł**), płyn mózgowo-rdzeniowy (**14 zł – 6,3 zł**), mielogram (**50 zł – 31, 5 zł**), miedź (**17 zł – 11,25 zł**), żelazo (**6 zł – 3,82 zł**).

W umowie brak jest ponadto zapisów precyzujących zasady wystawiania skierowań na wykonanie badań i wskazania osób do tego uprawnionych. Efektem tego jest brak kontroli nad zlecanymi badaniami, zasadności ich zlecenia oraz informacji o ilości, rodzaju, wartości wystawianych skierowań z podziałem na badania naukowe, badania kliniczne i lecznicze.

Dnia 06.02.2008 r. IPCZD podpisał również z firmą ALAB Laboratoria Sp. z o. o. umowę na wynajem pomieszczeń o powierzchni 525 m² ze stawką **10 zł netto/m²** miesięcznie oraz opłatą ryczałtową za zużyte media (energia elektryczna, gaz, woda, ścieki itp.) po bardzo niskich cenach. Umowa ta nie zawiera zapisu o obowiązku waloryzacji tych cen i przez cały okres jej trwania nie były one zmieniane, mimo wzrostu cen mediów na przestrzeni 5 lat.

➤ **Diagnostyka obrazowa (USG)**

Pomimo, że IPCZD posiada w Zakładzie Radiologii Pracownię USG, badania usg wykonywane są przez podmiot zewnętrzny:

- Medycyna Specjalistyczna Sp. z o. o. NSZOZ – USG (cena jednostkowa badania 40 zł, doppler 60 zł),
- Medycyna Specjalistyczna Sp. z o. o. NSZOZ – Kardio - 370 zł (SPSK Nr 1 w Szczecinie – wykonuje to badanie po cenie 130 zł), IPCZD może otrzymać zwrot kosztów z NFZ wg wyliczenia - Grupa W17 – 10 pkt pomnożone przez wycenę punktu w poradni, ZOW NFZ – cena 1 pkt = 9,13 zł), tj. 91,30 zł, czyli strata na tym badaniu dla IPCZD wynosi 278,70 zł. Brak jest informacji na czym sprzęcie wykonywane są badania. W przypadku wykonywania badań na sprzęcie IPCZD (wg wykazu aparatury Instytut takim dysponuje) w/w ceny badań są znacznie zawyżone (szczególnie wykonywane przez Medycyna Specjalistyczna Sp. z o.o. NSZOZ - Kardio).

5.5. Komitety i Zespoły tematyczne

W Instytucie funkcjonuje 30 komitetów i zespołów tematycznych powołanych zarządzeniami Dyrektora. Zakres realizowanych przez nie zadań jest określony właściwie. Niemniej jednak brak jest materiałów ukazujących pracę tych zespołów, na podstawie których można byłoby ocenić skuteczność ich pracy.

Nieprawidłowość stwierdza się w przypadku Komitetu Terapeutycznego, który nie aktualizował Receptariusza Szpitalnego od 2009 roku.

5.6. Apteka

Stan zatrudnienia – 54 osoby, w tym:

- **w Pracowni Cytostatyków** – zatrudnionych jest 8 pracowników fachowych plus 2 pomoce.
Praca w systemie jednozmianowym, dziennie wykonywanych jest średnio 40 wlewów.
- **w Pracowni Antybiotyków i Leków Przeciwgrzybiczych** – zatrudnione 4 osoby wykwalifikowane i 1 pomoc, praca dwuzmianowa w dni robocze.
- **Żywnienie domowe i wentylacja oraz Pracownia Żywienia Pozajelitowego** – zatrudnionych jest łącznie 19 osób. Dziennie wykonywanych jest średnio 90 – 100 mieszanin żywieniowych, w dni świąteczne średnio 50.
- **Ekspedycja** – zatrudnionych 7 pracowników fachowych i 2 pomoce.

Mimo, iż Apteka jest zabezpieczona przez pracowników 24 godziny na dobę w ramach pracy zmianowej, dodatkowo jest realizowany jednoczesny nadzór przez Kierownika Apteki i jego zastępcę w ramach dyżuru pod telefonem.

Poziom realizacji części przetargów jest bardzo niski. Duża część umów przetargowych jest aneksowanych, czasami wielokrotnie. Apteka Szpitalna przygotowuje rocznie 50 postępowań przetargowych.

Brak jest pełnej integracji informatycznej programów posiadanych przez Aptekę Szpitalną (6: Hipokrates, InfoMedica, Grafik, r-NFZ, Baxa, Multicomp) z pozostałym oprogramowaniem szpitalnym. Apteka nie jest połączona z modułem Apteczek Oddziałowych (IPCZD nie zakupił takiej licencji). **Stan zatrudnienia w Aptece, biorąc pod uwagę ilość wykonywanych wlewów, mieszanek żywieniowych, ilości wydawanych leków (czas pobytu 0 – 1 dniowy, średnie wykorzystanie łóżek oraz przyjęcia w trybie planowym) wskazuje na potrzebę redukcji zatrudnienia personelu oraz reorganizację pracy zespołu.** Dla porównania w SPSK Nr 1 w Szczecinie Apteka **dokonuje zamówień oraz ekspedycji leków na kwotę średniorocznie 51.500.000 zł (IPCZD 31 432 000 zł)** dla leczonych 45 000 pacjentów (IPCZD 37 935 pacjentów). Posiada Pracownię Cytostatyków, która przygotowuje 25 – 30 wlewów dziennie. Zatrudnienie: 3,5 etatu mgr farmacji, 2 pielęgniarki i 5 techników. Wykonywane zadania są porównywalne w zakresach: Pracownia Cytostatyków i Antybiotyków oraz Ekspedycja. W SPSK Nr 1 w Szczecinie zadania te wykonują osoby zatrudnione w wymiarze 10,5 etatu, w IPCZD – 35 etatów.

5.7. Wnioski

1. W IPCZD leczeni są pacjenci z całego kraju, przeważa jednak liczba pacjentów z województwa mazowieckiego. Świadczy to o tym, że zabezpiecza on potrzeby zdrowotne regionu. Pacjenci spoza województwa mazowieckiego pochodzą głównie z województw ościennych (np. lubelskiego), natomiast z województw odległych (np. opolskie) ilości leczonych są śladowe. Szczegółową analizę przedstawia *tabela nr 8*.

Tabela 8 % udział pacjentów z poszczególnych województw /wg kodu TERYT/ w ogólnej liczbie hospitalizacji zrealizowanych w IPCZD w poszczególnych zakresach świadczeń w roku 211 i w okresie styczeń - wrzesień 2012 r.

rok	nazwa zakres	Województwo																
		brak danych	Dolnośląskie	Kujawsko - Pomorskie	Lubelskie	Lubuskie	Łódzkie	Małopolskie	Mazowieckie	Opolskie	Podkarpackie	Podlaskie	Pomorskie	Śląskie	Świętokrzyskie	Warmińsko - Mazurskie	Wielkopolskie	Zachodniopomorskie
2011	DIABETOLOGIA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA	0,0%	1,3%	1,3%	5,1%	0,0%	1,3%	0,0%	85,4%	0,0%	1,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	2,5%	0,6%	0,0%
		0,5%	1,1%	1,8%	4,9%	0,2%	0,9%	0,4%	85,3%	0,4%	0,4%	0,7%	0,4%	1,1%	1,4%	0,0%	0,5%	0,2%
	ENDOKRYNOLOGIA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA	0,0%	0,6%	1,8%	7,3%	0,6%	1,8%	1,2%	70,3%	0,0%	5,5%	3,0%	0,6%	1,2%	3,0%	1,8%	0,0%	1,2%
		0,6%	0,8%	1,5%	7,1%	0,5%	1,1%	0,8%	69,8%	0,0%	3,1%	1,9%	0,8%	1,6%	1,9%	6,1%	1,9%	0,3%
	GASTROENTEROLOGIA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA	0,6%	1,6%	2,2%	6,9%	1,7%	2,8%	1,6%	59,7%	1,7%	2,8%	2,3%	2,5%	3,6%	2,3%	2,1%	3,2%	2,3%
	ONKOLOGIA I HEMATOLOGIA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA	0,6%	3,1%	2,4%	7,3%	2,2%	4,1%	2,2%	42,6%	0,3%	8,9%	3,6%	2,4%	3,0%	3,1%	9,4%	4,4%	0,4%
	IMMUNOLOGIA KLINICZNA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA	0,8%	0,9%	3,4%	6,9%	2,6%	7,3%	1,5%	41,8%	0,5%	2,1%	3,4%	2,9%	4,4%	1,8%	4,7%	12,7%	2,4%
	KARDIOLOGIA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA	5,3%	1,1%	11,6%	13,5%	0,7%	0,9%	0,9%	42,7%	0,3%	3,0%	6,5%	1,1%	0,9%	4,0%	5,8%	0,7%	1,0%
	NEFROLOGIA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA	0,1%	2,2%	3,1%	5,0%	0,6%	1,4%	1,0%	64,3%	0,2%	5,9%	1,8%	0,5%	4,0%	3,6%	2,4%	3,0%	0,8%
	NEUROLOGIA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA	0,7%	3,3%	2,7%	4,6%	0,8%	3,2%	1,0%	61,6%	1,0%	4,3%	2,5%	1,2%	2,4%	3,7%	1,7%	3,5%	1,8%
	ANESTEZIOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA DLA DZIECI II POZIOM REFERENCYJNY - HOSPITALIZACJA	11,0%	1,8%	2,4%	6,7%	0,0%	2,4%	1,2%	52,4%	0,6%	1,8%	3,7%	2,4%	3,7%	1,8%	4,3%	2,4%	1,2%
		13,4%	3,6%	4,0%	10,1%	1,8%	2,1%	2,4%	32,2%	0,6%	4,6%	5,0%	3,0%	3,2%	2,7%	5,0%	5,2%	1,3%
	PEDIATRIA - HOSPITALIZACJA	1,2%	7,2%	5,4%	5,4%	0,8%	2,6%	3,9%	29,1%	1,6%	5,7%	5,7%	3,6%	11,4%	3,1%	3,6%	7,0%	2,6%
		7,1%	0,7%	1,2%	2,6%	0,4%	0,9%	0,3%	75,6%	0,3%	1,4%	1,3%	0,1%	2,3%	3,2%	1,9%	0,3%	0,4%
		1,1%	1,1%	3,3%	7,1%	0,5%	2,6%	0,3%	68,3%	0,5%	1,2%	2,0%	1,0%	2,7%	2,6%	1,6%	2,7%	1,3%
	NEONATOLOGIA - HOSPITALIZACJA III POZIOM REFERENCYJNY	32,2%	0,0%	1,5%	4,0%	0,5%	2,5%	0,0%	44,2%	0,5%	2,0%	3,0%	0,5%	2,0%	5,0%	1,5%	0,5%	0,0%
		13,6%	1,7%	3,4%	1,7%	0,0%	0,0%	1,7%	55,9%	0,0%	1,7%	5,1%	3,4%	1,7%	3,4%	3,4%	3,4%	0,0%
	NEONATOLOGIA - HOSPITALIZACJA III POZIOM REFERENCYJNY - N20, N23, N24, N25, N22, N21	32,2%	0,2%	0,9%	2,3%	0,0%	0,6%	0,0%	56,2%	0,4%	1,6%	1,1%	0,1%	1,3%	1,6%	0,9%	0,5%	0,0%
		16,8%	0,4%	3,6%	3,6%	0,0%	0,0%	0,4%	66,1%	0,0%	1,4%	2,9%	0,4%	0,4%	1,8%	0,7%	1,8%	0,0%
	CHIRURGIA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA	3,3%	1,2%	2,5%	8,6%	1,7%	2,3%	1,2%	57,3%	0,6%	4,3%	2,5%	1,0%	2,4%	2,7%	3,3%	3,1%	1,9%
	KARDIOCHIRURGIA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA	7,1%	0,9%	11,8%	17,1%	0,3%	0,0%	0,6%	41,0%	0,0%	1,9%	6,2%	0,3%	0,6%	3,4%	6,8%	0,9%	0,9%

	NEUROCHIRURGIA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA	0,8%	5,5%	3,2%	8,7%	2,1%	1,8%	3,3%	42,3%	0,5%	5,3%	4,6%	6,3%	1,8%	2,0%	5,3%	5,3%	1,3%
	OKULISTYKA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA	2,1%	2,5%	2,9%	5,4%	1,0%	4,6%	1,2%	49,8%	1,2%	2,2%	2,9%	2,5%	1,0%	4,1%	4,0%	7,9%	4,7%
	OKULISTYKA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA PLANOWA	1,3%	2,0%	3,8%	6,2%	1,1%	5,3%	1,1%	49,5%	0,7%	2,0%	3,6%	2,7%	1,3%	4,0%	5,1%	6,4%	3,8%
	OTORYNOLARYNGOLOGIA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA	0,6%	0,3%	0,7%	3,5%	0,3%	1,3%	0,3%	88,6%	0,1%	0,3%	1,1%	0,4%	0,2%	1,1%	0,9%	0,2%	0,2%
	UROLOGIA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA	2,8%	1,4%	3,0%	12,2%	0,6%	2,4%	2,4%	52,6%	1,4%	3,6%	3,4%	1,7%	2,9%	3,4%	2,7%	2,2%	1,2%
	TRANSPLANTOLOGIA KLINICZNA DZIECIĘCA- HOSPITALIZACJA	0,6%	5,7%	5,7%	8,9%	1,9%	7,6%	6,3%	14,6%	2,5%	3,8%	4,4%	3,2%	10,8%	6,3%	1,9%	10,8%	5,1%
3,4%		3,4%	8,6%	1,7%	1,7%	3,4%	5,2%	27,6%	0,0%	3,4%	0,0%	6,9%	13,8%	0,0%	1,7%	5,2%	13,8%	
1,1%		8,5%	6,8%	3,9%	3,6%	11,7%	7,8%	15,7%	1,8%	5,3%	3,2%	4,3%	8,5%	1,8%	4,3%	8,2%	3,6%	
	TRANSPLANTOLOGIA KLINICZNA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA G30,L95,L96,L97	0,0%	4,7%	9,3%	7,0%	2,3%	4,7%	7,0%	16,3%	4,7%	2,3%	2,3%	11,6%	16,3%	2,3%	0,0%	9,3%	0,0%
	Leczenie Szpitalne suma:	3,3%	1,9%	3,2%	7,2%	1,1%	2,4%	1,5%	57,3%	0,8%	3,3%	2,9%	1,7%	2,8%	2,7%	3,1%	3,1%	1,5%
	REHABILITACJA OGÓLNOUSTROJOWA W WARUNKACH STACJONARNYCH	0,0%	1,3%	0,8%	7,1%	1,3%	6,3%	1,7%	49,6%	0,4%	2,9%	6,7%	2,1%	2,1%	3,4%	5,9%	3,8%	4,6%
	REHABILITACJA NEUROLOGICZNA	0,0%	2,3%	2,1%	10,5%	1,9%	2,5%	1,4%	54,8%	0,2%	6,6%	4,3%	2,3%	1,4%	2,9%	2,1%	2,9%	1,9%
	Rehabilitacja Lecznicza suma:	0,0%	1,9%	1,7%	9,4%	1,7%	3,7%	1,5%	53,1%	0,3%	5,4%	5,1%	2,2%	1,7%	3,0%	3,3%	3,2%	2,8%
	rok 2011 suma:	3,3%	1,9%	3,2%	7,3%	1,1%	2,4%	1,5%	57,2%	0,8%	3,4%	2,9%	1,7%	2,8%	2,8%	3,1%	3,1%	1,5%
2012	DIABETOLOGIA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA	0,0%	0,4%	1,2%	6,5%	0,0%	1,6%	0,8%	85,8%	0,0%	0,8%	0,8%	0,4%	0,0%	0,8%	0,8%	0,0%	0,0%
	ENDOKRYNOLOGIA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA	0,2%	1,0%	1,6%	7,1%	0,6%	1,2%	0,4%	75,6%	0,7%	1,3%	1,6%	1,1%	0,9%	2,1%	2,8%	1,3%	0,8%
	GASTROENTEROLOGIA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA	0,3%	2,5%	3,6%	7,0%	2,1%	3,6%	3,0%	50,4%	2,4%	3,6%	2,3%	2,9%	3,7%	3,1%	2,5%	5,0%	2,4%
	ONKOLOGIA I HEMATOLOGIA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA	1,8%	1,1%	4,3%	6,4%	2,0%	5,0%	2,4%	33,8%	1,0%	10,5%	5,4%	3,2%	2,6%	3,0%	11,6%	4,4%	1,5%
	IMMUNOLOGIA KLINICZNA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA	0,2%	1,1%	3,0%	6,1%	0,9%	3,0%	0,6%	47,3%	0,8%	2,7%	4,4%	3,0%	4,7%	3,0%	5,7%	11,4%	2,1%
	KARDIOLOGIA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA	4,6%	0,7%	10,1%	14,5%	0,5%	0,9%	0,8%	45,7%	0,1%	2,4%	6,4%	1,3%	1,0%	2,9%	5,7%	1,0%	1,4%
	NEFROLOGIA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA	0,2%	1,7%	2,9%	5,1%	0,7%	1,5%	1,3%	60,8%	0,5%	6,3%	1,8%	0,5%	4,5%	4,9%	2,9%	3,3%	0,9%
	NEUROLOGIA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA	1,3%	2,6%	1,7%	7,4%	1,9%	2,9%	1,3%	60,2%	0,7%	2,6%	2,1%	0,9%	2,3%	3,8%	2,3%	3,6%	2,4%
	ANESTEZIOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA DLA DZIECI II POZIOM REFERENCYJNY - HOSPITALIZACJA	7,2%	2,0%	3,9%	11,2%	2,6%	3,9%	1,3%	48,7%	2,0%	2,6%	2,6%	3,9%	0,7%	0,0%	2,6%	3,9%	0,7%
		11,3%	2,6%	6,6%	10,2%	1,0%	3,0%	1,4%	32,2%	0,7%	6,2%	5,5%	3,3%	1,8%	2,3%	6,1%	3,0%	2,6%

PEDIATRIA - HOSPITALIZACJA	2,2%	7,1%	4,2%	5,9%	2,3%	4,0%	6,2%	27,4%	1,4%	5,0%	4,2%	6,0%	9,7%	2,8%	3,7%	5,3%	2,5%
	0,4%	1,4%	2,3%	5,3%	0,9%	3,0%	1,5%	66,2%	0,8%	1,8%	2,2%	1,5%	2,8%	2,7%	1,6%	3,4%	2,1%
	0,7%	0,9%	2,2%	7,2%	0,6%	2,1%	0,4%	75,0%	0,7%	1,0%	1,2%	0,3%	1,4%	1,8%	1,3%	1,8%	1,4%
	0,0%	3,0%	4,5%	0,0%	1,5%	4,5%	0,0%	40,9%	3,0%	1,5%	10,6%	3,0%	3,0%	3,0%	6,1%	13,6%	1,5%
NEONATOLOGIA - HOSPITALIZACJA III POZIOM REFERENCYJNY	26,4%	1,5%	1,5%	5,6%	0,5%	0,5%	0,5%	44,7%	0,0%	3,6%	3,0%	0,5%	1,5%	3,0%	3,6%	1,0%	2,5%
NEONATOLOGIA - HOSPITALIZACJA III POZIOM REFERENCYJNY - N20, N23, N24, N25, N22, N21	31,4%	0,3%	0,2%	2,2%	0,1%	1,0%	0,3%	53,7%	0,4%	1,2%	2,1%	0,4%	1,6%	3,0%	1,0%	0,5%	0,4%
CHIRURGIA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA	2,2%	1,4%	2,2%	8,4%	1,4%	2,1%	1,0%	57,5%	1,1%	5,6%	3,1%	1,4%	2,7%	2,9%	2,7%	1,8%	2,7%
KARDIOCHIRURGIA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA	5,2%	0,4%	8,7%	18,2%	0,0%	0,0%	0,4%	43,7%	0,4%	2,6%	8,2%	0,9%	0,4%	4,3%	5,2%	0,4%	0,9%
NEUROCHIRURGIA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA	1,3%	3,8%	4,2%	10,2%	1,0%	2,3%	2,5%	41,4%	0,6%	5,8%	4,1%	6,2%	1,6%	2,6%	6,2%	5,5%	0,8%
OKULISTYKA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA PLANOWA	0,8%	2,0%	3,7%	5,9%	1,2%	3,8%	0,8%	51,8%	1,2%	3,1%	2,0%	3,1%	2,3%	4,0%	4,7%	5,3%	3,9%
OTORYNOLARYNGOLOGIA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA	0,4%	0,2%	0,6%	3,6%	0,0%	1,0%	0,3%	88,7%	0,1%	0,6%	0,8%	0,4%	0,5%	1,3%	1,0%	0,4%	0,2%
UROLOGIA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA	3,0%	1,6%	2,7%	11,1%	0,8%	2,4%	2,3%	53,7%	0,8%	3,0%	3,2%	1,8%	3,0%	3,9%	2,9%	2,5%	1,5%
TRANSPLANTOLOGIA KLINICZNA DZIECIĘCA- HOSPITALIZACJA	0,0%	5,4%	5,4%	8,9%	5,4%	5,4%	8,9%	18,8%	0,9%	4,5%	4,5%	2,7%	3,6%	8,9%	3,6%	8,0%	5,4%
	0,0%	8,7%	0,0%	4,3%	2,2%	13,0%	4,3%	13,0%	0,0%	4,3%	0,0%	4,3%	26,1%	2,2%	0,0%	6,5%	10,9%
	1,1%	5,9%	3,0%	4,4%	4,1%	13,7%	8,1%	21,5%	1,5%	4,4%	3,7%	3,3%	7,4%	2,2%	2,6%	8,1%	4,8%
TRANSPLANTOLOGIA KLINICZNA DZIECIĘCA - HOSPITALIZACJA G30,L95,L96,L97	0,0%	14,3%	11,4%	8,6%	0,0%	2,9%	8,6%	11,4%	0,0%	2,9%	2,9%	5,7%	2,9%	2,9%	2,9%	17,1%	5,7%
Leczenie Szpitalne suma:	2,9%	1,7%	3,0%	7,2%	1,0%	2,5%	1,6%	58,4%	0,8%	3,2%	2,7%	1,8%	2,6%	2,9%	3,1%	3,0%	1,7%
REHABILITACJA OGÓLNOUSTROJOWA W WARUNKACH STACJONARNYCH	0,0%	1,9%	2,8%	3,7%	0,9%	7,4%	6,5%	36,1%	0,0%	3,7%	11,1%	5,6%	2,8%	1,9%	7,4%	1,9%	6,5%
REHABILITACJA NEUROLOGICZNA	0,3%	1,6%	2,2%	13,2%	1,3%	2,4%	1,3%	55,5%	0,0%	3,8%	4,3%	2,4%	1,3%	3,0%	1,3%	4,3%	1,6%
Rehabilitacja Lecznicza suma:	0,2%	1,7%	2,3%	11,1%	1,3%	3,5%	2,5%	51,1%	0,0%	3,8%	5,8%	3,1%	1,7%	2,7%	2,7%	3,8%	2,7%
rok 2012 (styczeń - wrzesień) suma:	2,8%	1,7%	3,0%	7,3%	1,0%	2,5%	1,6%	58,3%	0,8%	3,2%	2,8%	1,8%	2,5%	2,9%	3,1%	3,0%	1,7%

2. IPCZD pracuje głównie w systemie leczenia planowego.

W zakresie neurochirurgii, gastroenterologii i transplantologii, w porównaniu z innymi uniwersyteckimi szpitalami o profilu pediatrycznym, wykonuje najwięcej świadczeń medycznych. Pozostałe procedury wykonuje się częściej w innych pediatrycznych szpitalach uniwersyteckich w kraju np. Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie, **rok 2011:**

- Diagnostyka i leczenie padaczki: IPCZD - **104**, Kraków - **837**,
- Urazy głowy z istotnym uszkodzeniem mózgu: IPCZD - **23**, Kraków - **384**,
- Średnie zabiegi jamy ustnej gardła i krtani: IPCZD - **42**, Kraków - **206**,
- Operacje przepuklin brzusznych: IPCZD - **150**, Kraków - **272**,
- Zaburzenia odżywiania: IPCZD - **211**, Kraków - **270**,
- Nowotwory nerek i dróg moczowych: IPCZD - **13**, Kraków - **41**,
- Średnie endoskopowe zabiegi moczowodu: IPCZD - **3**, Kraków - **160**,
- Zabiegi moszny, jądra: IPCZD - **141**, Kraków - **269**,
- Średnia chirurgia noworodka: IPCZD - **27**, Kraków - **132**,
- Choroby dolnych dróg oddechowych: IPCZD - **52**, Kraków - **1157**,
- Poważne schorzenia uwarunkowane genetycznie: IPCZD - **169**, Kraków - **173**,
- Cukrzyca: IPCZD - **365**, Kraków - **530**,
- Guzy lite układu nerwowego: IPCZD - **28**, Kraków - **164**,
- Zaburzenia krzepliwości i inne choroby krwi i śledziony: IPCZD - **18**, Kraków - **187**.

Analogiczna sytuacja w leczeniu tych schorzeń występuje w okresie **styczeń-wrzesień 2012 roku**.

3. Średnie obłożenie łóżek świadczy o niewykorzystaniu bazy łóżkowej i diagnostycznej.

W roku **2011 średnie** wykorzystanie łóżek w IPCZD wynosiło **73 %**. **Optymalna wartość** dla funkcjonowania szpitala winna wynosić **od 80 % do 85 %**.

Każdorazowe obniżenie tego wskaźnika wpływa na zwiększenie kosztów leczenia ogółem poprzez duży udział kosztów stałych. Średni czas pobytu pacjentów (bardzo duży odsetek pobytów 0 lub 1-dniowych) wskazuje na wykonywanie nieskomplikowanych procedur medycznych, co przekłada się na uzyskiwanie zmniejszonych środków finansowych z NFZ. Równocześnie nie wykorzystuje się potencjału wysoko wykwalifikowanego personelu medycznego.

Analizując dane dotyczące działalności poszczególnych klinik stwierdza się:

1. **OIOM** - na przestrzeni lat 2011 – 2012 rośnie liczba hospitalizowanych pacjentów rozliczanych jako pobyty jednodniowe. W 2012 r. stanowili oni ponad **64 %** pacjentów. Spada więc wartość jednej hospitalizacji, gdyż maleje średni czas pobytu. Krótki czas pobytu, duża liczba pacjentów na jednym z oddziałów (II) intensywnej terapii świadczyć może o tym, że oddział ten pełni rolę sali pooperacyjnej. W sytuacji równoległego funkcjonowania sal wybudzeń, utrzymywanie takiego charakteru OIOMU-u jest bardzo kosztowne (przy założeniu, że spełnia wszystkie wymogi kadrowe, sprzętowe itp. stawiane oddziałom intensywnej opieki medycznej).
2. **Chirurgia Dziecięca** – na przestrzeni ostatnich lat spada liczba hospitalizacji z jednoczesnym skróceniem pobytu średniego. Wiele hospitalizacji ma datę przyjęcia i wypisu taka samą. Obniża się przez to wartość hospitalizacji.
3. **Diabetologia** – maleje liczba pacjentów w zakresie diabetologii lub czas ich pobytu wynosi 0.

4. **Endokrynologia** – bardzo krótkie hospitalizacje, znaczna ich część z czasem pobytu od 0 do 1 dnia, z niską wartością przychodów z NFZ.
5. **Gastroenterologia** – najbardziej stabilna sytuacja na tle innych klinik IPCZD. Wzrasta liczba hospitalizacji z czasem pobytu wyższym niż 5 dni, co przekłada się na wartość przychodów uzyskiwanych z NFZ. Klinika ma zakres działalności znacznie szerszy niż inne, z szerszą diagnostyką. Wyróżnia się na tle innych szpitali klinicznych w kraju o profilu pediatrycznym.
6. **Kardiochirurgia** – stabilna dla Kliniki liczba pacjentów, z czasem leczenia dużej grupy pacjentów powyżej 10 dni, współfinansowanie ze środków Ministerstwa Zdrowia .
7. **Kardiologia** – sukcesywnie spada czas hospitalizacji i związana z tym jej wartość.
8. **Nefrologia** – duży wzrost liczby hospitalizacji z czasem pobytu od 0 do 1 dnia, co prawdopodobnie ma związek z wykonywaną tylko diagnostyką. Obniża to znacznie średnią wartość hospitalizacji.
9. **Neonatologia** – wzrost hospitalizacji 0-dniowych i związany z tym spadek średniej wartości hospitalizacji.
10. **Neurochirurgia** – stabilna sytuacja od lat, znikomy procent krótkich hospitalizacji, kompleksowe leczenie pacjentów.
11. **Neurologia** – wzrasta liczba krótkich od 0 do 1-dniowych hospitalizacji, obniża to znacznie średnią wartość hospitalizacji.
12. Ilość wykonywanych zabiegów, zwłaszcza w zakresie **urologii, okulistyki, laryngologii**, świadczy o niewykorzystywaniu potencjału bloku przy zachowaniu pełnej obsady pielęgniarskiej. W/w Kliniki mają niski wskaźnik pacjentów operowanych w stosunku do liczby leczonych w nich chorych (co 3–5 leczony pacjent wymaga zabiegu). Dużo procedur zachowawczych w Klinikach o profilu zabiegowym. W Klinice Urologii aż 70 % hospitalizacji to hospitalizacje 0 i 1-dniowe, z wykonywanymi procedurami o charakterze średnich i małych zabiegów. Przekłada się to na najniższą średnią wartość hospitalizacji.
13. **Klinika Otolaryngologii** – istotą działania Kliniki są krótkie zabiegi z pobytem od 0 do 1 dnia. Od roku 2011 spada wartość hospitalizacji, a rośnie liczba leczonych. Realizowane są proste zabiegi nie wymagające hospitalizacji, zwłaszcza w IPCZD (jako wysokospecjalistycznej jednostce). Klinika posiada 8 łóżek przy utrzymaniu całodziennej opieki (2 lekarzy plus 2 pielęgniarki plus 2 pozostałego personelu).

Rok 2011: - liczba leczonych pacjentów – **2581**,

- kontrakt z NFZ – **8.203.571,00 zł**,

- wykonano **1146** zabiegów, co stanowi **44,4%** leczonych w Klinice,

- wykorzystanie łóżek **42 %** (2581 leczonych).

Rok 2012 (styczeń-wrzesień):

- liczba leczonych pacjentów – **3438**,

- przychody z NFZ **2.560.984 zł**,

- wykonano **864** zabiegi, co stanowi **25 %** leczonych,

- średnie wykorzystanie łóżek **55 %** (średnio na 1 lekarza przypada **191** pacjentów na miesiąc, **64** pacjentów przypada na **1** pielęgniarkę).

Z analizy wynika, że nie możliwe jest leczenie **382** chorych miesięcznie (2012 r.) na **8** łóżkach przy wykorzystaniu połowy stanu łóżkowego (**8** łóżek to miesięcznie **240** osobodni, wykazano **382** osobodni). Zgodnie z uzyskanymi informacjami tylko w Grupie C31 – *Kompleksowe zabiegi uszu* i Grupie C46 - *Średnie zabiegi endoskopowe* poniżej 18 roku życia, w roku 2011 wykonano 1926 procedur zabiegowych. Przy znamienym zmniejszeniu kontraktu z NFZ na rok 2012 i wykazaniu w okresie trzech kwartałów **864** zabiegów na bloku operacyjnym, z samej Grupy C46 - *Średnie zabiegi endoskopowe* do NFZ wykazano **2448** procedur zabiegowych. **W świetle powyższych danych nasuwają się pytania, co spowodowało tak znaczne obniżenie kontraktu, gdzie wykonywane są zabiegi poza blokiem operacyjnym IPCZD a wykazywane do NFZ i gdzie, przy takiej liczbie, Ci pacjenci byli hospitalizowani.**

14. **Klinika Urologii** - najniższy przychód na jednego pacjenta ze wszystkich klinik IPCZD uzyskany w latach 2009 – 2012. Przy dużej liczbie leczonych pacjentów niski wskaźnik leczonych operacyjnie (**17-18 %**). Dużo więcej zabiegów urologicznych wykonywanych jest w innych szpitalach klinicznych o profilu pediatrycznym, a szczególnie endoskopowych i skomplikowanych. Widoczne niewykorzystanie potencjału operacyjnego i bazy łóżkowej. Takie funkcjonowanie Kliniki może być powodem systematycznego, corocznego zmniejszania się wartości kontraktu z NFZ.
15. **Na szczególną uwagę zasługuje Klinika Pediatrii i Żywienia, której koszty dwukrotnie przekraczają kwotę przychodów uzyskanych w okresie od stycznia do września 2012 roku z NFZ. Równocześnie posiada ona największe zatrudnienie. Na 35 łóżek zatrudnionych jest 41 lekarzy, 52 pielęgniarki i 14 osób personelu pomocniczego. Powoduje to, że na 1 lekarza przypada miesięcznie 4 pacjentów, a na 1 zatrudnioną pielęgniarkę 3 pacjentów.** Analiza danych finansowych w/w Kliniki od roku 2010 wykazuje, że kwota uzyskana z NFZ w **2010 r.** w wysokości **7.504.010 zł** zabezpieczyła jedynie środki na wynagrodzenie wraz z pochodnymi. **W roku 2011** natomiast wartość kontraktu z NFZ **wynosiła 6.211.636 zł**, a na wynagrodzenie wraz z pochodnymi wydano kwotę **7.353.664 zł**. Stanowi to **118 %** przychodów uzyskanych z NFZ. Dane dotyczące tej kwestii w okresie styczeń-wrzesień 2012 r. przedstawiają się jeszcze gorzej. W kwocie **2.992.384 zł** uzyskanej z NFZ koszty osobowe wynoszą **5.151.741 zł (172%)**.

Koszty utrzymania Kliniki Pediatrii i Żywienia w latach 2010-2012 wynosiły kolejno **17.646.849 zł**, **16.096.058 zł**, **9.874.643 zł**. Koszty te są porównywalne z roczną wysokością przychodów z NFZ średniej wielkości szpitala powiatowego w Polsce.

Tabela nr 9 Kliniki zachowawcze ze szczególnym uwzględnieniem małej liczby pacjentów przypadających średniomiesięcznie na jednego zatrudnionego lekarza i pielęgniarkę.

LP.	2011 ROK				I-IX 2012							
	NAZWA JEDNOSTKI ZABIEGOWEJ	LICZBA ŁÓŻEK	LICZBA HOSPITALIZACJI	ŚREDNIE WYKORZYSTANIE ŁÓŻKA	LICZBA ŁÓŻEK	ŚREDNIOMIESIĘCZNA LICZBA HOSPITALIZACJI	ŚREDNIE WYKORZYSTANIE ŁÓŻKA	LICZBA LEKARZY	LICZBA PIELĘGNIAREK	POZOSTAŁY PERSONEL	LICZBA PACJENTÓW/ LICZBA LEKARZY (ŚREDNIOMIESIĘCZNIE)	LICZBA PACJENTÓW/ LICZBA PIELĘGNIAREK (ŚREDNIOMIESIĘCZNIE)
1.	2.	3.	4.	5.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.
1	CHOROŃ METABOLICZNYCH	23	1380	53%	23	128	54%	8	20	7	16	6
2	DIABETOLOGII	13	744	58%	13	71	57%	12	22	6	13	7
3	ENDOKRYNOLOGII	13	911	58%	13	85	68%					
4	GASTROENTEROLOGII, HEPATOLOGII I ZABURZEŃ ODŻYWIANIA	40	5938	96%	40	522	103%	30	56	16	17	9
5	IMMUNOLOGII	8	724	63%	8	71	73%	3	14	2	24	5
6	KARDIOLOGII	48	2184	72%	48	201	72%	29	49	23	7	4
7	NEFROLOGII, TRANSPLANTOLOGII NEREK I NADCIŚNIENIA TĘTNICZEGO	40	2575	57%	40	195	55%	11	32	5	18	6
8	NEONATOLOGII, PATOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII NOWORODKA	31	1335	89%	31	119	96%	26	50	16	5	2
9	NEUROLOGII I EPILEPTOLOGII	24	1826	76%	24	185	79%	17	27	15	11	7
10	NIEMOWLĘCY	20	711	62%	0	0	0%					
11	ODDZIAŁ INTENSYWNEJ TERAPII 1	10	254	76%	10	23	71%	46	154	47	3	1
12	ODDZIAŁ INTENSYWNEJ TERAPII 2	20	1451	53%	20	120	53%					
13	ONKOLOGII	57	3021	88%	57	244	85%	19	50	12	13	5
14	PEDIATRII I ŻYWIENIA	35	1634	67%	35	177	70%	41	52	14	4	3
15	REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ	35	644	78%	35	57	84%	13	17	75	4	4
16	REHABILITACJI PEDIATRYCZNEJ	11	243	126%	11	13	82%					
17	TRANSPLANTACJI NARZĄDÓW	10	0	0%	10	0	0%					
	OGÓŁEM	438	25 575		418	2211		255	543	238	9	4

Z posiadanych materiałów i opracowań wynika wniosek, że w IPCZD nie są stosowane zasady racjonalnego zatrudnienia w stosunku do liczby leczonych pacjentów, czasu hospitalizacji i wysokości kontraktów z NFZ. Szczególnie w roku 2012 zaobserwować można tendencję skracania pobytu pacjentów w IPCZD. W badanym okresie styczeń-wrzesień 2012 r. ponad 40 % hospitalizowanych miało datę przyjęcia taką samą jak data wypisu (najwięcej Otolaryngologia i Urologia). Skutkuje to obniżeniem wartości hospitalizacji, utwierdza, że IPCZD ma w wielu specjalnościach charakter szpitala regionalnego, w którym w ciągu jednego dnia dziecko może uzyskać pomoc i wrócić do domu. Udział długich hospitalizacji, powyżej 10 dni, spada na przestrzeni lat i w roku 2012 (styczeń-wrzesień) jest niższy niż 10 % leczonych. Wzrasta ilość nisko wycenianych przez NFZ procedur. Stanowią one do 30 % wszystkich hospitalizacji w 2012 roku. Spada średnia wartość hospitalizacji, co może nieść wzrost zadłużenia przy utrzymaniu organizacji *status quo*. Na przestrzeni ostatnich lat maleje ilość procedur kompleksowych (kosztochłonnych, ale jednocześnie wyżej wycenionych), a wzrasta ilość średnich i drobnych zabiegów nisko wycenionych.

5.8. Wnioski i uwagi dotyczące innej działalności medycznej

1. Izba Przyjęć

Przekazanie podmiotowi zewnętrznemu wykonywania świadczeń lekarskich w Izbie Przyjęć ze stawką **80,00zł/h**, przy braku pełnienia ostrych dyżurów przez IPCZD.

2. Medycyna pracy

Świadczenia w tym zakresie przekazano podmiotowi zewnętrznemu na podstawie umowy zawierającej wysoką wartość (**rocznie 148.368,00 zł**).

3. Zawarto wiele umów w zakresie **wentylacja domowa**, w których w sposób nieprecyzyjny określono płatność za wykonanie zadania bez możliwości monitorowania czynności np.:

- ryczałt za dyspozycję pod telefonem - 1 650 zł,
- za konsultacje w zależności od odległości - od 110 do 550 zł,
- za godzinę prowadzenia dokumentacji medycznej - 88 zł,
- zwrot kosztów za dojazd na konsultację, o I pkt 2 w wysokości 0,84 zł.

4. Nadgodziny

Mimo zatrudnienia dużej liczby personelu, zawarcia umów z podmiotami zewnętrznymi, we wszystkich grupach zawodowych występują nadgodziny. W roku 2011 łączna wartość nadgodzin wyniosła **1.578.673,00 zł**, a za okres styczeń-wrzesień 2012 roku – **1.722.714,00 zł**.

➤ Najwyższa ilość nadgodzin występuje w grupie pielęgniarek.

W roku 2011 liczba nadgodzin: **28.017 na kwotę 1.084.344,00 zł**, co średniomiesięcznie wynosi koszt **90.362,00 zł**. Za okres styczeń – wrzesień 2012 r. liczba nadgodzin **32.330 na kwotę 1.223.347,00 zł**, co średniomiesięcznie stanowi koszt **135.927,00 zł**.

Wskaźniki obłożenia, średni czas pobytu, zakażenia szpitalne nie tłumaczą tak dużej liczby nadgodzin.

➤ Stosowanie intensywnej polityki w zakresie udzielania urlopów szkoleniowych w ramach kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych:

- do 1200 godzin, czyli około 163 dni w ramach specjalizacji,
- około 700 godzin, czyli około 95 dni kurs kwalifikacyjny,
- około 350 godzin, czyli około 47 dni kurs specjalistyczny.

Na szczególnie negatywną opinie zasługuje występowanie bardzo dużej ilości nadgodzin w grupie personelu ekonomiczno-administracyjnego, która w 2011 r. wynosiła 1755 o wartości 92.365 zł, a w okresie styczeń-wrzesień 2012 r. 1055 o wartości 65.546 zł.

5. IPCZD jest beneficjentem dwóch programów finansowanych ze środków unijnych przy współfinansowaniu przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, których zarządzanie przekazał podmiotowi zewnętrznemu –Spółce MILBARDOX-Milena Bardońska.

Oba projekty: „Żywcyk” i „Dzieciaki Mazowska” o porównywalnej wartości –każdy ponad 9 mln zł.

W Programie „Żywcyk” wartość równa 12 % wielkości zadania, tj. **1.1184.447,00 zł** przeznaczona jest na wynagrodzenia. Według podawanych przez IPCZD różnych informacji wynika, że Instytut przekazuje, co miesiąc kwotę **91.770,30 zł** dla firmy MILBARDOX na obsługę obu programów.

Firma MILBARDOX opłaca z tej kwoty pracowników, a wśród nich Dyrektora IPCZD.

5.9. Rekomendacje

IPCZD dla utrzymania statusu ośrodka ogólnokrajowego musi dokonać restrukturyzacji swojej działalności poprzez:

1. Wykorzystanie potencjału osobowego dla wykonywania wysokospecjalistycznych świadczeń.
2. Zmianę charakteru wykonywanych świadczeń nieskomplikowanych 0 i 1-dniowych na świadczenia kompleksowe i wysokospecjalistyczne o wyższej wartości wycenionej w Katalogu Jednorodnych Grup Pacjentów. Utrzymująca się od pewnego czasu tendencja do przyjmowania pacjentów na krótką diagnostykę i proste zabiegi, skutkuje niską wyceną procedur z NFZ, powoduje sukcesywne obniżanie zawieranych kontraktów oraz zawęża obszar wykonywania świadczeń dla dzieci z województwa mazowieckiego i obniża rangę jednostki.
3. Właściwe wykorzystanie bazy łóżkowej i diagnostycznej.
4. Wykorzystanie bloku operacyjnego przez kliniki zabiegowe, które w strukturze leczonych pacjentów mają niski procent wykonanych zabiegów (otolaryngologia, urologia, okulistyka). Utrzymanie gotowości bloku operacyjnego, w tym stanie zatrudnienia pogłębia deficyt jednostki.
5. Wdrożenie pilnego działania do wykorzystania kwalifikacji posiadanej kadry specjalistów dla wykonywania procedur diagnostyczno-leczniczych, co zwiększy bezpieczeństwo leczonych dzieci (odstąpienie od zewnętrznego jednoosobowego monopolu na np. EPCW), zmniejszy koszty wykonania (echo serca), uwiarygodni rangę wysokospecjalistycznej placówki.
6. Przeprowadzenie natychmiastowej działalności Kliniki Otolaryngologii, w której nastąpiło wielokrotne zmniejszenie wartości kontraktu z NFZ z nieznanymi Zespołowi przyczyn, a wzrosła liczba leczonych chorych (przy 55 % wykorzystaniu łóżek fizycznie nie korzystają z bazy łóżkowej).
7. Podjęcie natychmiastowego działania w Klinice Pediatrii i Żywienia, w której od lat wartość wynagrodzeń osobowych jest równa lub wyższa od wartości kontraktu z NFZ (**za okres styczeń-wrzesień 2012 r. wynosi powyżej 170 % przychodu z NFZ na leczenie chorych**).
8. Zmianę niekorzystnego dla finansowania Instytutu, prowadzenia diagnostyki laboratoryjnej częściowo w zakresie własnym, a częściowo przez podmiot zewnętrzny.

Stan ten powoduje konieczność posiadania własnej aparatury oraz zespołu diagnostycznego. Należy podjąć decyzję opartą na wyliczeniu kosztów, w jakiej formie powinno się prowadzić laboratorium.

Laboratoria IPCZD powinny być zainteresowane rozwijaniem specjalistycznych badań unikatowych wykorzystywanych w diagnostyce pacjentów IPCZD, a w przyszłości badania te mogą być istotnym przychodem ze sprzedaży usług w tym zakresie innym podmiotom realizującym usługi medyczne.

W przypadku zlecenia badań podmiotowi zewnętrznemu należy bezwzględnie przestrzegać zasad:

- wyznaczenia osób upoważnionych do wystawiania zleceń na badania,
- podziału zleczonych badań na rzecz pacjentów leczonych i inne badania (naukowe, kliniczne),
- prowadzenia monitoringu tworzonych kosztów przez kierującego, jednostkę (imiennie),
- zawierania w umowach zapisu dotyczącego zmniejszenia cen jednostkowych w przypadku zwiększenia ilości zleczonych badań.

W przypadku umowy związanej z najmem pomieszczeń i mediów, należy bezwzględnie zawrzeć zapis o rewaloryzacji, nie rzadziej niż raz w roku. Zaleca się wprowadzenie dla wykonywania badań

parametrów krytycznych posiadanie własnego sprzętu i wykonywanie ich przez personel oddziału (np. OIOM, Kardiologia, Kardiochirurgia itp.).

9. Przeprowadzenie restrukturyzacji zatrudnienia we wszystkich grupach zawodowych, a w szczególności: obsłudze, administracji, sekretarek (w różnych formach zatrudnienia pracuje **131** sekretarek) i personelu apteki oraz wykorzystanie zatrudnionego personelu do wykonywania świadczeń zleczanych podmiotom zewnętrznym (np. Izba Przyjęć). Należy dokonać weryfikacji dyżurów pod telefonem (np. Apteka).
10. Zweryfikowanie zawartych z podwykonawcami umów w zakresie świadczeń medycznych dotyczących kwoty oraz doprecyzowanie zakresu wykonywanych świadczeń i monitorowanie ich wykonania.
11. Bezwzględne odejście od kosztochłonnej formy nadgodzin poprzez alokację personelu (pielęgniarki), zatrudnienie pracowników w momencie potrzeby „na zastępstwo”, wydłużenie okresu rozliczeniowego do 4 miesięcy, zmianę polityki kształcenia (zmniejszenie ilości urlopów szkoleniowych), wprowadzenie limitowanej usprawiedliwionej nieobecności płatnej (od 10 do 14 dni w skali roku), korzystanie z innych form zatrudnienia.
12. Powiązanie wartości środków przeznaczanych na wynagrodzenie z przychodami uzyskiwanymi od płatnika.
13. Monitorowanie umów przetargowych na leki i materiały medyczne. Przygotowywanie zamówień na podstawie stanu posiadania, zużycia, profilu i czasu leczenia pacjentów – rzeczywistych potrzeb. Ilość i rodzaj zamawianych leków należy uzależnić od czasu leczenia (od stycznia - września 2012 r. w ponad 40 % było leczonych w czasie od 0 do 1 dnia) oraz dokonywać, co najmniej dwa razy w roku, aktualizacji Receptariusza.
14. Nie oddawanie stronie trzeciej realizacji programów, których beneficjentem jest IPCZD ze środków zewnętrznych (często środki unijne, z resortu bądź to nauki bądź zdrowia). Naganny jest fakt wypłacania, z tych środków, wynagrodzenia przez podwykonawców obsługujących programy, pracownikom Instytutu, w szczególności Dyrektorowi jednostki.
15. Łączenie klinik z małą liczbą łóżek i/lub mających małe obłożenie. Pozwoli to zmniejszyć zdecydowanie nakłady na wynagrodzenia (odejście od wielu etatów sekretarek, reorganizacja dyżurów lekarskich, odejście od nadgodzin zwłaszcza w grupie pielęgniarek, likwidację dodatków funkcyjnych itp.) obniży koszty stałe, środki pomocnicze i wiele innych.
16. Reorganizacja zatrudnienia w poradniach specjalistycznych, gdzie nie znajduje się podstaw do zatrudnienia tak licznej grupy pielęgniarek i sekretarek medycznych. Zarówno liczba przyjmowanych pacjentów, jak i kontrakt z NFZ wymaga dostosowania stanu zatrudnienia do wykonywanych zadań i otrzymywanych środków.
17. Wprowadzenie IPCZD na listę jednostek, dla których istnieje obowiązek posiadania audytora wewnętrznego. Rzetelne prowadzone audytu w kontrolowanej jednostce, znacznie wcześniej zasygnalizowałyby potrzebę wprowadzenia działań naprawczych.

6. ANALIZA OBSZARU DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ

6.1. Podstawowe informacje

Zespół wnosi zastrzeżenia do działalności z zakresu sprzedaży, najmu, dzierżawy lub udostępnienia w innej formie składników mienia Instytutu, w tym nieruchomości, w szczególności wraz z dostawą mediów i usług telekomunikacyjnych.

Zespół nie wnosi zastrzeżeń do prowadzonej działalności IPCZD na mocy § 3 pkt 7 Statutu IPCZD, w tym:

- organizacja i obsługa sympozjów, zjazdów, konferencji, kursów, posiedzeń naukowo-szkoleniowych organizowanych przez Instytut lub przy współudziale Instytutu, imprez o podobnym charakterze oraz imprez towarzyszących,
- korzystanie z przysługujących Instytutowi praw autorskich w zakresie nie objętym ust. 2 pkt 6,
- sprzedaż praw do korzystania z zastrzeżonych przez Instytut znaków towarowych,
- sprzedaż pożytków naturalnych, nieużytych materiałów, odpadów i surowców wtórnych,
- sprzedaż wyrobów dekoracyjnych,
- usług żywienia zbiorowego, usług cateringowych, prowadzenia bufetów,
- usług transportowych, w tym w zakresie transportu medycznego,
- usług konsultingowych i działalności doradczej w zakresie wdrażania i doskonalenia systemów zarządzania jakością i środowiskiem, informatyki, badań i analiz ekonomicznych oraz technicznych, a także innych usług w zakresie doradztwa związanego z prowadzeniem działalności i usług zarządzania w jednostkach świadczących usługi medyczne.

W przedmiocie prowadzenia działalności gospodarczej (na mocy § 3 pkt 7) Statutu IPCZD, tj. sprzedaży, najmu, dzierżawy lub udostępnienia w innej formie składników mienia Instytutu, w tym nieruchomości, w szczególności wraz z dostawą mediów i usług telekomunikacyjnych, Zespół przedstawia, co następuje:

1. Z przekazanych dokumentów **nie wynika, iż zawarte umowy najmu powierzchni użytkowych zostały poprzedzone procedurami przetargowymi** według zasad określonych w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 5 października 1998 r. w sprawie zasad organizowania przetargu na sprzedaż środków trwałych przez przedsiębiorstwa państwowe oraz warunków odstąpienia od przetargu (Dz. U. Nr 97, poz. 443).
2. W żadnej z wyspecyfikowanych umów najmu, **IPCZD nie występował do Ministra Skarbu o wydanie zgody na dokonanie czynności prawnej** w zakresie rozporządzenia składnikami aktywów trwałych. Należy przypuszczać, że w przypadku, co najmniej części zawartych umów - zgoda taka była wymagana (wartość środka trwałego wg cen rynkowych przekracza wartość 50 tys. euro). Tym samym na mocy przepisu art. 5a ust. 2 ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o zasadach wykonywania uprawnień przysługujących Skarbowi Państwa - **umowy te są nieważne z mocy prawa**.
3. W zakresie rozporządzania składnikami środków trwałych IPCZD zostało wydane Zarządzenie nr 31/05 Dyrektora Instytutu z 28 października 2005 r. w sprawie ustalenia minimalnych stawek czynszu za wynajem powierzchni należących do IPCZD. Z analizy stawek zawartych umów wynika, że w co najmniej kilku przypadkach **nie były one przestrzegane**. Ponadto, przedmiotowe zarządzenie uniemożliwia jednoznaczne zdefiniowanie rodzaju świadczeń wykonywanych przez

wynajmujących, wobec których można zastosować minimalne stawki czynszu. W/w warunki zamówienia powinny być regulowane Zarządzeniem Dyrektora **określającym zasady prowadzenia przetargów na sprzedaż lub oddanie składników aktywów trwałych Instytutu**, które nakłada m.in. obowiązek przeprowadzenia oceny ekonomicznej i technicznej stanowiącej podstawę do rozporządzania składnikami aktywów stałych. Dodatkowo należy wprowadzić **Regulamin przetargu pisemnego na sprzedaż, najem lub dzierżawę aktywów trwałych stanowiących własność Instytutu** wraz z trybem przygotowywania **Obwieszczeniem o przetargu** stanowiącego załącznik do Regulaminu. Powyższe wzory dokumentów stanowią załącznik do niniejszej opinii (*załącznik 1 do opinii Zespołu*).

4. W niektórych umowach zawartych przez IPCZD nie ujęto zapisu o rewaloryzacji cen najmu.
5. Z przekazanego materiału informacyjnego wynika, że IPCZD objął wszystkie udziały w kapitale zakładowym "PATRON" Spółka z o.o. W/w udziały zostały pokryte wkładem niepieniężnym w postaci rzeczy ruchomych Instytutu. Spółce został powierzony do zarządzania majątek IPCZD, w postaci nieruchomości z prawem do pobierania pożytków. Powyższe czynności prawne, zostały dokonane na podstawie umowy zawartej pomiędzy stronami w 2002 r. Spółka posiada prawo do pobierania pożytków z nieruchomości, stanowiącej własność lub pozostającej w faktycznym władaniu IPCZD. Wartość inwentarzowa brutto na dzień 01.01.2012 r. oddanych do użytkowania nieruchomości wynosiła ponad 14 mln zł. **Z udostępnionej dokumentacji nie wynika jednak, jakie środki materialne tj. dochody Instytutu stanowią wynik współpracy z przedmiotową Spółką.**
6. W strukturze organizacyjnej IPCZD nie ma stanowiska Z-cy Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych lub innego o podobnym zakresie kompetencji, dlatego też mając na względzie zaobserwowane uchybienia Zespół rekomenduje utworzenie takiego stanowiska w strukturze IPCZD.

6.2. Przykładowe umowy najmu, wraz z podstawowymi zastrzeżeniami

Umowa – „Alab Laboratoria Sp. z o.o.” /umowa tylko w zakresie wynajmu pomieszczeń/:

- **Miesięczna cena m² najmowanej powierzchni wydaje się niska** w porównaniu do stawek obowiązujących w innych Instytutach na terenie Warszawy w zakresie podobnych usług outsourcingowych: IPCZD (10 zł/m²), IHT (92,5 zł/m², z uwzględnieniem kosztów mediów i łączny telefonicznych). W analizowanym przypadku należy jednak uwzględnić czynnik, mogący mieć pośredni wpływ na wysokość ceny za m² najmowanej powierzchni, jakim jest średnia cena badania podstawowego, wykonywanego przez firmę zewnętrzną w ramach outsourcingu (w IHT wynosi ona 2,3 zł). **W tym miejscu należy podkreślić, iż Zespół za dalece nieprawidłowe uważa, że niskim stawkom czynszu towarzyszą bardzo wysokie ceny za wykonywane badania laboratoryjne przez ALAB na rzecz IPCZD** (omówienie cennika badań usług laboratoryjnych ujęte w innej części dokumentu);
- Ponadto w związku z tą umową nie wystąpiono do Ministra Skarbu o wydanie zgody na dokonanie czynności prawnej w zakresie rozporządzenia składnikami aktywów trwałych, **co oznacza, że umowa z mocy prawa jest nieważna**;
- Pomimo istnienia takiej możliwości nie uwzględniono w umowie najmu zapisu o waloryzacji cen.

Umowa – „Apteka Czesława Gumułka”:

- **Miesięczna cena m² najmowanej powierzchni jest niska** w porównaniu do stawek obowiązujących w innych Instytutach/Szpitalach Klinicznych na terenie Warszawy za wynajem porównywalnej powierzchni (ok. 100 m²) przeznaczonej dla tych samych celów (apteka): **IPCZD (3,1 tys. zł/mc), CO-I (135 tys. zł/mc, czyli 45-krotnie wyższa), SPCSK przy ul. Banacha (91 tys. zł/mc, czyli 30-krotnie wyższa);**
- Ponadto przedmiotowa umowa została zawarta na czas nieokreślony;
- Nie wystąpiono do Ministra Skarbu o wydanie zgody na dokonanie czynności prawnej w zakresie rozporządzenia składnikami aktywów trwałych, **co jest jednoznaczne z uznaniem umowy za prawnie nieważną.**

Umowa – „Specjalistyczny Ośrodek Medycyny Wieku Dojrzałego”

- **Miesięczna cena m² najmowanej powierzchni jest niska** w porównaniu do stawek obowiązujących w innych Instytutach na terenie Warszawy za wynajem porównywalnej powierzchni (ok. 100 m²) przeznaczonej dla celów leczniczych nie związanych z działalnością Instytutu: **IPCZD (19,22 zł/m²), IHT (40,0 zł/m²);**
- Nawet gdyby uznać Zarządzenie Dyrektora dot. stawek minimalnych za wiążące, to **w przedmiotowej umowie nie zastosowano się do tych zapisów**, z których jednoznacznie wynika, iż stawka minimalna powinna wynosić 30 zł za m² najmowanej powierzchni przy uwzględnieniu warunku, iż podmiot nie świadczy usług na rzecz Instytutu i prowadzi inną działalność usługową;
- Ponadto w przedmiotowej umowie nie wystąpiono do Ministra Skarbu o wydanie zgody na dokonanie czynności prawnej w zakresie rozporządzenia składnikami aktywów trwałych, **co jest jednoznaczne z uznaniem umowy za prawnie nieważną.**

Umowa – „Solid Security Sp. z o.o. szatnie”

- **Miesięczna cena m² najmowanej powierzchni jest niska** w porównaniu do stawek obowiązujących w innych Instytutach na terenie Warszawy za wynajem porównywalnej powierzchni przeznaczonej dla tych samych celów (szatnia): **IPCZD (7,0 zł/m²), CO-I (112,70 zł/m², czyli 19-krotnie wyższa);**
- Pomimo istnienia takiej możliwości nie uwzględniono w umowie najmu zapisu o waloryzacji cen;
- Nie wystąpiono do Ministra Skarbu o wydanie zgody na dokonanie czynności prawnej w zakresie rozporządzenia składnikami aktywów trwałych, **co jest jednoznaczne z uznaniem umowy za prawnie nieważną.**

Umowa – „Konsorcjum: Apcoa Parking Polska Art.-Security Group parkingi”

- Przychody z tytułu najmowanej powierzchni jest niska, w porównaniu do przychodów innych Instytutów na terenie Warszawy za wynajem powierzchni przeznaczonej dla tych samych celów (parking). Należy podkreślić, że najważniejszym czynnikiem wpływającym na wielkość przychodów z tego tytułu powinna być liczba łóżek szpitalnych w danej placówce leczniczej, która pośrednio decyduje o liczbie użytkowanych miejsc parkingowych, zwłaszcza przez chorych i osoby odwiedzające oraz zatrudniony personel, (co przekłada się na rotacje ilości samochodów na 1 miejsce parkingowe): IPCZD (liczba łóżek: 554, średni przychód z tytułu najmu: 8,2 tys. zł/mc, średni przychód z tytułu najmu na 1 łóżko **IPCZD: 14,80 zł**), CO-I (liczba łóżek: 653, średni przychód z tytułu najmu:

50,0 tys. zł/mc, średni przychód z tytułu najmu na 1 łóżko **CO-I: 76,67 zł, czyli 5-krotnie wyższy**), IHT (liczba łóżek: 199, średni przychód z tytułu najmu: 20,0 tys. zł/mc, średni przychód z tytułu najmu na 1 łóżko **IHT: 100,50 zł, czyli 6-krotnie wyższy**);

- Pomimo istnienia takiej możliwości nie uwzględniono w umowie najmu zapisu o waloryzacji cen;
- Nie wystąpiono do Ministra Skarbu o wydanie zgody na dokonanie czynności prawnej w zakresie rozporządzenia składnikami aktywów trwałych, **co jest jednoznaczne z uznaniem umowy za prawnie nieważną.**

6.3. Rekomendacje dotyczące poprawy działalności gospodarczej

1. Przeprowadzenie audytu zewnętrznego w celu dokonania szczegółowej analizy wszystkich zawartych przez IPCZD umów najmu.
2. Rozwiązanie umów zawartych z pominięciem lub naruszeniem prawa (np. art. 5b ust. 1 ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o zasadach wykonywania uprawnień przysługujących Skarbowi Państwa).
3. Uchylenia Zarządzenia nr 31/05 Dyrektora Instytutu z 28 października 2005 r. w sprawie ustalenia minimalnych stawek czynszu za wynajem powierzchni należących do IPCZD.
4. Wprowadzenie Zarządzenia Dyrektora Instytutu w sprawie określenia zasad prowadzenia przetargów na sprzedaż lub oddanie składników aktywów trwałych Instytutu, które nakłada m.in. obowiązek przeprowadzenia oceny ekonomicznej i technicznej stanowiące podstawę do rozporządzenia składnikiem aktywów stałych.
5. Wprowadzenie Regulaminu przetargu pisemnego na sprzedaż, najem lub dzierżawę aktywów trwałych stanowiących własność Instytutu wraz z oświadczeniem o przetargu stanowiącym załącznik do Regulaminu (wzory powyższych dokumentów stanowią załącznik 1 do niniejszej opinii).
6. W przypadku zamiaru wynajmu powierzchni przekraczającej 50 m² zaleca się wykonanie operatu szacunkowego dokonanego przez rzeczoznawcę.
7. Przeprowadzenie procedur przetargowych na wynajem lub dzierżawę pomieszczeń IPCZD zgodnie z w/w zapisami (pkt 4, 5 i 6).
8. Przeprowadzenie analizy prawnej w zakresie legalności stosunku prawnego łączącego IPCZD ze Spółką "PATRON" Sp. z o.o. i przestrzegania przez IPCZD zasad rzetelności, celowości, gospodarności i oszczędności w ramach tej działalności.
9. Utworzenie w IPCZD stanowiska Z-cy Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych lub innego o podobnym zakresie kompetencji, do którego zadań powinno należeć m.in. wdrożenie i egzekucja w/w zaleceń.

7. ANALIZA OBSZARU INFORMATYCZNEGO

7.1. Ogólny opis środowiska informatycznego

W ramach środowiska informatycznego IPCZD wyróżnić można:

- Sprzęt komputerowy i sieć komputerową:
 - serwery wraz ze standardowym oprogramowaniem serwerowym (system operacyjny, systemy archiwizacji, systemy bezpieczeństwa itp.),

- komputery, drukarki i inny drobny sprzęt komputerowy wraz ze standardowym oprogramowaniem komputerowym,
- stacje diagnostyczne, stacje referencyjne,
- sieć komputerowa i urządzenia aktywne sieci;
- Szpitalne systemy informatyczne:
 - ERP (systemy finansowo, księgowo-płacowe),
 - HIS (system szpitalny) wraz z systemem dla Apteki Szpitalnej,
 - PACS i RIS (systemy diagnostyki obrazowej),
 - LIS (systemy laboratoryjne),
 - Hurtownia danych (system analizy danych),
 - inne;
- Naukowe systemy informatyczne (wspierające prowadzenie działalności naukowej):
 - projekt eSUM Dzieciaki Mazowska,
 - projekt Żywczyk,
 - projekt EPN – Elektroniczna Platforma Nauki (w trakcie wyboru Wykonawcy),
 - drobne projekty i narzędzia informatyczne;
- Usługi informatyczne (Dział Informatyki i firmy zewnętrzne) dotyczące obsługi:
 - sprzętu komputerowego, sieci i urządzeń aktywnych sieci,
 - szpitalnych systemów informatycznych,
 - naukowych systemów informatycznych.

Z zebranych z IPCZD informacji wynika, że w latach 2013-2015 jednostka planuje poczynić następujące nakłady na środowisko informatyczne:

L.P.	Sprzęt IT + mat. eksploatacyjne	Naukowe systemy informatyczne	Szpitalne systemy informatyczne	Dział Informatyki	Razem
Rok 2013	3 206 000,00	0,00	4 347 332,00	932 000,00	8 485 332,00
Rok 2014-15	661 000,00	10 000 000,00	3 100 000,00	1 864 000,00	15 625 000,00
RAZEM	3 867 000,00	10 000 000,00	7 447 332,00	2 796 000,00	24 110 332,00

Źródło: dane przekazane przez IPCZD

7. 2. Dostawcy elementów środowiska IT

W latach 2009-2012 (na bazie otrzymanych umów):

- **Sprzęt komputerowy:** sprzęt do IPCZD dostarczały firmy: Henwar (14 umów), Cezar (2 umowy), ETC (1 umowa), Setup (1 umowa), Comp (1 umowa), Etech (1 umowa), Deligo (1 umowa),
- **Szpitalne systemy informatyczne:** Systemy i umowy Nadzór Autorski dostarczały: Asseco, PIEL,
- **Naukowe systemy informatyczne:** Systemy do Projektów dostarczyły: NeroSoft (2 umowy - projekt eSUM Dzieciaki Mazowska), BM5 (1 umowa - projekt Żywczyk),
- **Obsługa:** Umowy na usługi z IPCZD podpisały: Asseco (1 w ramach umowy o Nadzór Autorski oraz 1 osobna umowa) i PIXEL (w ramach umowy dostaw), JW. Serwis (coroczna umowa na serwis pogwarancyjny sprzętu),
- Dodatkowo w IPCZD funkcjonuje dwunastoosobowy Dział Informatyczny opisany w dalszej części.

7.3. Koszty IT

Na bazie zabranych informacji wynika, że na przestrzeni ostatnich 8 lat IPCZD na środowisko informatyczne wydał:

Rok	Sprzęt IT + mat. eksploatacyjne	Naukowe systemy informatyczne	Szpitalne systemy informatyczne	Dział Informatyki	Razem
Rok 2005	2 539 764,00	0,00	4 325 326,00	462 000,00	7 327 090,00
Rok 2006	200 000,00	0,00	300 000,00	462 000,00	962 000,00
Rok 2007	200 000,00	0,00	300 000,00	462 000,00	962 000,00
Rok 2008	450 000,00	0,00	3 959 470,00	462 000,00	4 871 470,00
Razem 2005-2008	3 389 764,00	0,00	8 884 796,00	1 848 000,00	14 122 560,00
Rok 2009	648 858,46	0,00	761 890,00	907 000,00	2 317 748,46
Rok 2010	563 515,67	0,00	1 025 580,00	962 000,00	2 551 095,67
Rok 2011	492 842,40	0,00	1 237 802,00	892 000,00	2 622 644,40
Rok 2012	664 282,05	9 265 000,00	1 891 332,00	932 000,00	12 752 614,05
Razem 2009-2012	2 369 498,58	9 265 000,00	4 916 604,00	3 693 000,00	20 244 102,58
Razem 2005-2012	5 759 262,58	9 265 000,00	13 801 400,00	5 541 000,00	34 366 662,58

Legenda tabeli:

1. **Kategoria sprzęt IT + mat. eksploatacyjne** zawiera: koszty zakupu sprzętu i sieci komputerowych, koszty materiałów eksploatacyjnych i obsługi tego sprzętu przez firmy w ramach dostawy oraz jako dodatkowe usługi.
2. **Kategoria Naukowe systemy informatyczne** zawiera: koszty zakupu oprogramowania i sprzętu komputerowego w ramach umów dot. projektów „Dzieci Mazowsza”, „Żywcyk” i są w całości sfinansowane przez ww. Projekty ze źródeł UE.
3. **Kategoria Szpitalne systemy informatyczne** zawiera koszty: zakupu licencji, Nadzoru Autorskiego, i usług serwisowych.
4. **Kategoria Dział Informatyki** lub (zgodnie z planowaną zmianą Dział Informatyki + Dział Zarządzania Systemami Informatycznymi) zawiera koszty: zatrudnienia pracowników IPCZD - Dział Informatyki, koszty brutto bez kosztów pracodawcy.

Uwagi do tabeli:

1. Do wyliczeń przyjęto dane z umów przekazanych przez IPCZD.
2. Wartość umów, których podmiotem był drobny sprzęt komputerowy.
3. Koszty materiałów eksploatacyjnych oraz Działu Informatyki za lata 2005-2008 zostały oszacowane.

7.4. Struktura Działu Informatyki IT

W Dziale Informatyki zatrudnionych jest 12 osób (Kierownik, Zastępca Kierownika oraz 10 specjalistów) Przedstawiciele Działu w różnej formie i zakresie współpracują z poszczególnymi Dostawcami.

Definicja Działu Informatyki

W niniejszym opracowaniu określenie Działu Informatyki dotyczy obu nowo planowanych w strukturze IPCZD Działów z uwagi na:

- planowane wprowadzenie (już podczas prowadzonej analizy) podziału Działu Informatyki (zadania i zespół) na dwa działy: Dział Informatyki + Dział Zarządzania Systemami Informatycznymi), przy jednoczesnym zachowaniu zatrudnienia i kosztów działania,
- funkcjonowania Działu Informatyki do końca 2012 r., jako jednego działu,
- planowanej podległości obu Działów pod Dyrektora Naczelnego,
- pokazanie środowiska informatycznego, jako spójnej całości analizowanej od strony obszarów, a nie zakresu obowiązków pracowników, czy Działów odpowiedzialnych za obsługę tych obszarów,

- ocenę przez Zespół planowanego podziału Działu na dwa działy, jako niekorzystną dla pracowników/użytkowników systemów w IPCZD i obsługi zgłoszeń.

W momencie rozpoczęcia analizy w strukturze IPCZD funkcjonował jeden Dział Informatyki. W trakcie prac Zespół zaprezentował propozycję jego podziału na Dział Informatyki oraz Dział Zarządzania Systemami Informacyjnymi. Niezależnie od podziału osób na grupy zakres obowiązków pozostał ten sam. Z uwagi na fakt, iż Zespół nie podziela pomysłu podziału Działu Informatyki na dwa oddzielne Działy, a rekomenduje istnienie jednego Działu z precyzyjnie podzielonymi obowiązkami.

7.5. Sprzęt komputerowy i sieć komputerowa

Instytut posiada środowisko serwerowe (serwery, pamięci masowe) adekwatne do potrzeb i osiągniętych korzyści z ich wykorzystywania, w tym:

- 26 różnego rodzaju serwerów dedykowanych do poszczególnych systemów szpitalnych;
- 1020 komputerów różnych firm (stacjonarnych i przenośnych), w tym:
 - około 130 (13%) komputerów w wieku powyżej 7 lat,
 - około 590 (58%) komputerów w wieku 5-7 lat,
 - około 170 (17%) komputerów w wieku do 4 lat,
 - około 130 (13%) komputerów w wieku do 2 lat;
- 530 drukarek i urządzeń wielofunkcyjnych różnych firm w wieku od roku do 15 lat:
 - około 470 drukarek jednostranowych atramentowych i laserowych,
 - 35 urządzeń wielofunkcyjnych,
 - 25 drukarek kodów kreskowych.

W wyniku podpisanej umowy na opracowanie systemu informatycznego wraz z dostawą oprogramowania aplikacyjnego obejmującego medyczną i administracyjną działalność IPCZD (nr sprawy ZP/CZD/05/04) podpisanej w dniu 15.10.2004 r., Instytut w latach 2004 - 2005 wybudował szkielet sieci informatycznej i jej główne elementy. Do dnia dzisiejszego sieć informatyczna jest modernizowana w ramach poszczególnych projektów modernizacyjnych (remonty IPCZD) oraz we własnym zakresie przez pracowników IPCZD.

WYSZCZEGÓLNIENIE	2009	2010	2011	01-10.2012
Koszty związane z naprawą i eksploatacją drukarek (tonery, naprawy itp.)	496 651,14	306 844,12	236 483,60	213 563,53
Koszty związane z naprawą i modernizacją sprzętu komputerowego (komputery, notebooki, monitory, czytniki, serwery, pamięci do serwerów, komputerów itp.)	102 207,32	38 758,07	18 358,80	28 138,54
Koszty związane z rozbudową i modernizacją sieci komputerowej - (urządzenia sieciowe, kable, światłowody itp.)	0,00	28 953,48	0,00	56 579,98
łącznie	598 858,46	374 555,67	254 842,40	298 282,05

7.6. Szpitalne systemy informatyczne

Budowa szpitalnego systemu informatycznego w IPCZD rozpoczęta została w 2004 r. od podpisania umowy na opracowanie systemu informatycznego wraz z dostawą oprogramowania aplikacyjnego obejmującego medyczną i administracyjną działalność IPCZD (nr sprawy ZP/CZD/05/04) w dniu 15.10.2004 r.

Pomimo dużych nakładów finansowych IPCZD wykorzystuje szpitalne systemy informatyczne do wsparcia swojej działalności tylko w obszarach:

- zdarzenia finansowo-księgowe z płacami i ewidencją majątku,
- zagadnienia kadrowe wraz z obsługą grafików,
- obsługa przetargów i zamówień wewnętrznych,
- gospodarka magazynowa materiałów niemedyceńskich,
- obieg informacji o pacjencie (rejestracja, przyjęcia na oddział oraz do gabinetu),
- rozliczenia z płatnikiem,
- obsługa apteki szpitalnej, zamawianie i dystrybucja leków pomiędzy Apteką a Klinikami,
- zlecenia i obsługa badań laboratoryjnych,
- zlecenia i obsługa badań diagnostyki obrazowej.

Inne jednostki, które poniosły mniejsze nakłady finansowe na środowisko IT oprócz w/w wykorzystują szpitalne systemy informatyczne w następujących obszarach:

- analizy zarządcze,
- budżetowanie,
- analiza kosztów leczenia pojedynczego pacjenta,
- ewidencja kosztów oraz zlecenia leków i medycznego sprzętu jednorazowego na pacjenta,
- zlecenia i obsługa badań nieobrazowanych,
- ewidencja szczegółowych danych dot. operacji, bloku operacyjnego,
- gospodarka i dystrybucja krwi (bank krwi),
- ewidencja informacji o pobycie pacjenta w gabinetach lekarskich,
- wypełnienie i generowanie dokumentacji medycznej, jako wydruk z komputera,
- wypełnianie i generowanie dokumentacji pielęgniarskiej, jako wydruk z komputera.

Od roku 2004 IPCZD zakupił i uruchomił dodatkowo następujące elementy szpitalnych systemów informatycznych, na podstawie niżej wymienionych umów:

- umowa z dnia 15.10.2004 r. na mocy, której IPCZD nabył oprogramowanie aplikacyjne obejmujące medyczną i administracyjną działalność IPCZD (nr sprawy ZP/CZD/05/04) - system Hipokrates, kontynuacja to m. in. umowa nr 1474/11,
- umowa nr 403-2008 umowa na mocy, której IPCZD nabył system wspomagający zarządzanie – system InfoMedica,
- umowa nr 1474/11 „objęcia nadzorem autorskim i serwisem oprogramowania aplikacyjnego Hipokrates”,

- umowa nr 1473/11 „objęcia opieką serwisową modułów oprogramowania aplikacyjnego InfoMedica” (umowa z wolnej ręki),
- umowa nr 74/12 „Dostawa, instalacja i konfiguracja oprogramowania aplikacyjnego dla systemu RIS/PACS/WEB/Teleradiologia”.

Z wymienionych powyżej umów wynika, iż IPCZD posiada większość modułów kompleksowego systemu, ale jednak te brakujące w sposób istotny uniemożliwią większe wykorzystanie całego systemu w wielu ważnych procesach zarządczych IPCZD.

IPCZD posiada elementy tzw. zintegrowanych szpitalnych systemów informatycznych, które są wykorzystywane w zakresie ewidencyjno-statystyczno-rozliczeniowym.

Aby skompletować podstawową funkcjonalność szpitalnych systemów informatycznych niezbędny jest w pierwszej kolejności zakup licencji na oprogramowanie wspierające m. in. następujące obszary:

- ewidencja informacji o pobycie pacjenta w gabinetach lekarskich,
- budżetowanie,
- ewidencja kosztów oraz zlecenia leków i medycznego sprzętu jednorazowego na pacjenta,
- ewidencja szczegółowych danych dot. operacji, bloku operacyjnego.

W dalszej kolejności, aby doprowadzić do pełnej wymiany informacji z wykorzystaniem szpitalnych systemów informatycznych, niezbędny będzie zakup licencji na oprogramowanie wspierające, w szczególności następujące procesy:

- ewidencja informacji o pobycie pacjenta w gabinetach lekarskich,
- wypełnienie i generowanie dokumentacji medycznej, jako wydruk z komputera,
- wypełnianie i generowanie dokumentacji pielęgniarskiej, jako wydruk z komputera,
- zakażenia szpitalne,
- patomorfologia,
- gospodarka i dystrybucja krwi (bank krwi),
- oraz inne elementy systemu w zależności od rozwoju systemu lub oferty innych firm.

IPCZD posiada umowy o nadzór autorski z producentami poszczególnych systemów dotyczące m.in. aktualizacji systemów do zmieniającego się prawa oraz poprawiania błędów dla Działu Informatyki IPCZD.

Dodatkowo, IPCZD posiada umowy serwisowe dotyczące tych systemów, których przedmiotem jest m.in. help-desk, usuwanie awarii, wsparcie konsultantów.

Usługi serwisowe do pakietu Hipokrates realizowane są w ramach umowy o nadzór autorski, usługi serwisowe do pakietu InfoMedica realizowane są w ramach osobnej umowy, zawartej z wolnej ręki. Usługi serwisowe do pakietu Hazon firmy Pixel realizowane są w ramach umowy dostawy do roku 2015.

7.7. Naukowe systemy informatyczne

IPCZD posiada różne narzędzia informatyczne wspierające działania naukowe lub obsługę pacjentów na odległość, w tym, w szczególności narzędzia:

- wspierające zbieranie danych statystycznych na potrzeby badań naukowych - są to małe autorskie oprogramowania lub bazy Excel;
- z obszaru telemedycyny zbudowane w ramach dwóch projektów finansowanych ze źródeł UE, tj.:
 - projekt eSUM – „System elektronicznych usług medycznych eSUM Dzieciaki Mazowska”,
 - projekty „Żywczyk” – „Wprowadzenie ogólnopolskiego systemu zlecenia i rejestracji żywienia pozajelitowego u dzieci „Żywczyk”;
- dodatkowo IPCZD jest w trakcie wyłonienia Wykonawcy systemu informatycznego EPN w ramach projektu finansowanego ze źródeł UE pt.: „Elektroniczna Platforma Nauki” IPCZD - wartość zamówienia ok. 10 mln złotych

W ramach projektów dostarczany jest sprzęt komputerowy (serwery, systemy wideokonferencyjne i inny sprzęt komputerowo-medyczny) oraz opracowywane są nowe specjalizowane systemy informatyczne. Koszty rozwoju systemów przez 3 lata od dnia podpisania umowy ponoszą dostawcy tych systemów. Orientacyjny termin pojawienia się kosztów obsługi tworzonych systemów informatycznych lub konieczności samodzielnej aktualizacji tych systemów to rok 2016.

7.8. Usługi informatyczne

Usługi związane z obsługą samego sprzętu (serwery, komputery i sieć komputerowa), jak i użytkowników tego sprzętu prowadzi 7 osób z Działu Informatyki.

Usługi dotyczące Szpitalnych systemów informatycznych można podzielić na następujące poziomy:

- I poziom - przyjęcie zgłoszenia od użytkownika i kwalifikacja zgłoszenia do zagadnień związanych ze sprzętem lub systemem medycznym/naukowym,
- II poziom - (proste zgłoszenia) szybka pomoc mająca na celu usunięcia awarii lub prośby o pomoc w rozwiązaniu problemu użytkownika w jednym lub grupie modułów systemu,
- III poziom - (złożone zgłoszenia wymagające krótkiej analizy) rozwiązanie problemu w terminie korzystnym dla użytkownika,
- IV poziom - (występuje w przypadku stwierdzenia usterki) nadzór autorski – naprawy błędów, usuwanie usterek – realizowany przez producenta,
- V poziom - (zaawansowane merytorycznie lub funkcjonalnie zagadnienia wymagające analizy i działania Producenta) rozwiązanie problemu z udziałem przedstawiciela serwisu,
- VI poziom - konsultacje merytoryczne, monitoring wykorzystania, zwiększenia/i zachęcanie do zwiększenia wykorzystania pojedynczych lub grupy funkcji Szpitalnego systemu informatycznego.

Usługi związane z obsługą szpitalnych systemów informatycznych prowadzone są w IPCZD w następujący sposób:

- I poziom realizowany jest przez Dział Informatyki – centralne zgłoszenie,
- II i III poziom realizowany jest przez Dział Informatyki (2-3 osoby),

- IV poziom realizowany przez producentów systemów,
- V poziom realizowany przez serwis – w przypadku IPCZD – Producent danego systemu,
- VI poziom – nie realizowany w IPCZD.

Pracownicy Działu Informatyki obsługują proste zgłoszenia użytkowników. Bardziej skomplikowane są przekazywane do producentów – nie są w stanie kreować potrzeb użytkowników, nie podpowiadają w jaki sposób można by skonfigurować posiadane elementy szpitalnych systemów informatycznych, aby otrzymywane analizy były bardziej użyteczne dla zarządzających IPCZD.

Szpitalne systemy informatyczne wymagają stałego monitoringu jakości danych, stałej rekonfiguracji systemów dostosowanej do zmieniających się uwarunkowań w jednostce, wymogów analitycznych, wsparcia użytkowników w codziennej obsłudze poszczególnych systemów.

Usługi związane z obsługą naukowych systemów informatycznych prowadzone były do 2011 roku w małym zakresie. Większość prac polegała na wsparciu użytkowników przy obsłudze „małych” narzędzi informatycznych, baz danych oraz opracowywaniu założeń do wniosków o dofinansowanie. Liczba zgłoszeń oraz zaangażowanie pracowników Działu Informatyki na rzecz Naukowych systemów informatycznych zdecydowanie wzrasta, co jest spowodowane uruchomieniem systemów z projektów „eSUM-Dzieciaki Mazowska” oraz „Żywczyk” oraz planowanym, od początku roku 2013, uruchomieniem projektu Elektroniczna Platforma Nauki.

7.9. Wnioski i zastrzeżenia

1. **Wydatki IPCZD na posiadane środowisko IT, w szacowanej wysokości łącznej przekraczającej 34 mln złotych (szczególnie w obszarze szpitalnych systemów informatycznych) są większe niż w podobnych lub większych jednostkach ochrony zdrowia w dodatku posiadających większy zakres funkcjonalny wykorzystywanych systemów i wspieranych przez nie obszarów/procesów w jednostkach. Przedstawione planowane inwestycje nie gwarantują zmiany tego stanu, a jedynie nieefektywne wydatkowanie środków.**
2. Wydatki na środowisko informatyczne są bardzo znaczące, zakres procesów wspieranych przez narzędzia informatyczne jest podstawowy, a osiągnięte efekty z punktu widzenia funkcjonalności działania IPCZD minimalne.
3. **IPCZD mimo znaczących wydatków na wszystkie elementy środowiska IT posiada komputery i drukarki w 70% procentach w wieku ponad 5 lat.**
4. Wiek, różnorodność (producentów i konfiguracji), brak standaryzacji posiadanego sprzętu generuje znaczącą liczbę usterek zgłaszanych przez użytkowników i konieczność zatrudniania osób odpowiedzialnych za prace konserwacyjne i modernizacyjne oraz dodatkowo zatrudnianie firmy zewnętrznej odpowiedzialnej za realizację usługi konserwacji i napraw pogwarancyjnych drukarek komputerowych igłowych, atramentowych i laserowych, monitorów, laptopów oraz pozostałych urządzeń komputerowych.

5. Pomimo znacznych wydatków ponoszonych dotychczas na system HIS będzie musiał być dostosowany do współpracy z aktualnie budowanymi systemami informatycznymi w ramach projektów P1 i P2 przez CSIOZ, co może się przyczynić do wygenerowania dodatkowych kosztów.
6. Pomimo znacznych wydatków ponoszonych dotychczas na szpitalne systemy informatyczne, Instytut będzie musiał dostosować do wymogów ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. art. 24 ust. 1a u.p.p. o systemie informacji w ochronie zdrowia, wprowadzającej od dnia 1 sierpnia 2014 r. obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej i przystosowanie do procesu generowania i wymiany z innymi ośrodkami elektronicznej dokumentacji medycznej.
7. **Zespół pozytywnie ocenia, że naukowe systemy informatyczne są rozwijane, natomiast negatywnie ocenia to, iż koszty utrzymania i obsługi tych systemów są i będą pokrywane z działalności medycznej.**

Zespół zgłasza następujące zastrzeżenia:

1. **Brak strategii wykorzystania środowiska informatycznego (brak jest jasnych wytycznych oraz kryteriów oceny w jaki sposób, z korzyścią dla IPCZD, powinno być wykorzystywane środowisko informatyczne w jego codziennej działalności).**
2. Niewłaściwe zmiany organizacyjne (podział Działu Informatyki na dwa Działy):
 - nie spowodują poprawy i zmiany tego stanu, a wręcz przeciwnie mogą przyczynić się do zwiększenia ilości zgłoszeń,
 - wydłużą czas obsługi zgłoszeń
 - w przyszłości mogą skutkować nieracjonalnym zwiększeniem kosztów ponoszonych przez IPCZD na ten cel.
3. **Niewłaściwa, również w ocenie Dyrekcji IPCZD, obsługa (reakcja na zgłoszenie od użytkownika) szpitalnych systemów informatycznych mimo, że w nią zaangażowani są Dział Informatyki - w zakresie obsługi podstawowych zagadnień oraz producenci (osobne umowy nadzoru i serwisu) - w zakresie trudniejszych kwestii.**
4. Zbyt duży wpływ projektów, w ramach których budowane są naukowe systemy informatyczne, na codzienną pracę użytkowników oraz Działu Informatyki. W pełni zrealizowane projekty mogą przynieść wiele korzyści dla IPCZD, ale jednocześnie wprowadzą wiele obowiązków związanych z wprowadzaniem danych do tych systemów, rozwojem oraz bieżącą obsługą. **W budżecie IPCZD należy przewidzieć koszty obsługi tych systemów, co pogłębić może występujący już w chwili obecnej wysoki ujemny wynik finansowy IPCZD.**
5. **Niekorzystne zakupy licencji na użytkowane Szpitalne systemy informatyczne:**
 - większość modułów jest licencjonowanych na określoną liczbę licencji (w tym m. in. elementy dotyczące ruchu chorych, zleceń), co jest niekorzystne dla IPCZD i bardzo istotne z punktu widzenia ewentualnych kosztów zakupów kolejnych licencji oraz angażowania nowych użytkowników do pracy w szpitalnych systemach informatycznych,
 - w przypadku konieczności integracji któregośkolwiek elementu pakietu InfoMedica lub Hipokrates z nowym systemem kupowanym przez IPCZD, każdorazowo niezbędny jest zakup usługi/licencji integracji.

6. Zbyt małe wykorzystanie szpitalnych systemów informatycznych:
- efekt wykorzystania w stosunku do ponoszonych kosztów jest niewielki,
 - funkcjonalność kluczowych elementów, jakimi są HIS oraz EPR jest wykorzystywana w minimalnym zakresie, tzn. bilans roczny i sprawozdawczość finansowa, rozliczenia z NFZ oraz wymiana danych o zleceniach, systemy informatyczne są wykorzystywane w podstawowym zakresie, w procesach, które wymagają ustawowej sprawozdawczości lub statystyk na rzecz podmiotów zewnętrznych,
 - **szpitalne systemy informatyczne nie są wykorzystywane w procesach analiz zarządczych, efektywnego, wykorzystywanego w codziennej działalności, budżetowania, liczenia kosztów leczenia pojedynczych pacjentów oraz generowania (jako wydruk z komputera) elektronicznej wersji dokumentacji medycznej, elektronicznej wersji dokumentacji pielęgniarstwa oraz ewidencji informacji w specjalistycznych zakładach/pracowniach/działach Instytutu,**
7. **Niekorzystne zapisy umów o nadzór autorski:**
- **na bazie przedstawionych umów, można stwierdzić, że nie wszystkie systemy zakupione w postępowaniach przetargowych są objęte opieką producenta,**
 - IPCZD ma podpisane umowy (nadzór autorski) z producentami poszczególnych systemów dotyczących m.in. aktualizacji systemów do zmieniającego się prawa oraz poprawiających błędy – są to umowy na krótki okres (np. HIS – 18 miesięcy), co nie pozwala wynegocjować korzystnych warunków i powoduje stałą presję ze strony producenta,
 - **koszty ponoszone przez IPCZD na nadzór autorski na rzecz producentów są zdecydowanie wyższe niż w podobnej wielkości jednostkach posiadających oprogramowanie tego samego producenta.**
8. **Nieefektywnie zawarte i wykorzystywane umowy serwisowe:**
- mimo zawartych umów brak jest progresji efektów działania szpitalnych systemów informatycznych,
 - usługi serwisowe do pakietu Hipokrates realizowane w ramach umowy o nadzór autorski,
 - **usługi serwisowe do pakietu InfoMedica realizowane są w ramach osobnej umowy, zawartej z wolnej ręki (tryb wyboru budzi zastrzeżenia Zespołu, ponieważ takie usługi powinny być nabywane w drodze postępowania przetargowego),**
 - usługi serwisowe do pakietu Hazon realizowane są w ramach umowy dostawy do roku 2015.
9. Zbyt duża awaryjność mechanizmów integracji wewnątrz systemów oraz pomiędzy systemami kilku producentów działających na terenie IPCZD pomimo, iż systemy te powinny być zintegrowane przez dostawców systemów (w ramach zawartych umów).
10. Usługi dotyczące obsługi sprzętu komputerowego i sieci są realizowane adekwatnie do potrzeb. **Zespół zwraca jednak uwagę, iż ilość tych zgłoszeń jest znaczna, co wynika z zaawansowanego wieku oraz różnorodności tego sprzętu.**
11. **Nieskuteczna i niewłaściwa obsługa szpitalnych systemów informatycznych:**
- taka forma obsługi systemów nie przyczynia się do zwiększania wykorzystania tych systemów przez użytkowników, a co za tym idzie ekonomicznych oraz informacyjnych efektów z działania szpitalnych systemów informatycznych.

- proponowana zmiana organizacyjna (podział na dwa Działy) bez zwiększenia kompetencji zespołu (nowe osoby) w żaden sposób nie zmieni tej sytuacji,
 - koszty usług serwisowych zdecydowanie przekraczają ceny **rynkowe**,
 - Zespół zwraca uwagę, iż do tej pory osoby zaangażowane w ten proces nie były w stanie wypracować mechanizmów przyczyniających się do ustalenia/wdrożenia właściwej roli dla szpitalnych systemów informatycznych w działalności IPCZD oraz zwiększenia ich wykorzystania oraz poprawy jakości danych pod kątem analiz ekonomicznych w systemach.
12. **Mimo działań Działu Informatyki oraz dostawców/producentów IPCZD ponosi dodatkowe koszty np. (4 000 zł miesięcznie) związane z monitorowaniem poprawności oraz kompletności danych rejestrowych w systemach informatycznych nadzorowanych przez Dział Informatyki, dotyczących części medycznej, celem minimalizacji błędów w rozliczeniach z płatnikami. Fakt ten Zespół uważa za nieprawidłowość.**
13. Nieprecyzyjny podział kosztów i zasobów pomiędzy dwoma rodzajami systemów, tj. szpitalnymi i naukowymi systemami informatycznymi. Zespół zwraca szczególną uwagę, iż ważne jest z jakich środków finansowana jest obsługa naukowych systemów informatycznych – powinna być z programów naukowych, a nie ze środków bieżących Instytutu.
14. Nieefektywne zakupy sprzętu podzielone na wiele pakietów z pojedynczymi konfiguracjami, co przyczynia się do zróżnicowania konfiguracji dostarczanego sprzętu i zwiększenia kosztów ich serwisowania.

7.10. Rekomendacje

Zespół rekomenduje:

1. **Zbudowanie strategii i większe zwrócenie uwagi na relację cena/efekt podczas realizowanych inwestycji informatycznych, efektywne wykorzystanie systemów i optymalne warunki późniejszej obsługi. Wydatki IPCZD na posiadane środowisko IT, w szacowanej wysokości łącznej przekraczającej 34 mln złotych (szczególnie w obszarze szpitalnych systemów informatycznych) są większe niż w podobnych lub większych jednostkach ochrony zdrowia w dodatku posiadających większy zakres funkcjonalny wykorzystywanych systemów i wspieranych przez nie obszarów/procesów w jednostkach.**
2. **Zweryfikowanie planów inwestycyjnych, ponieważ przedstawione obecnie przez IPCZD planowane inwestycje na rok 2013 nie gwarantują zdaniem Zespołu, iż środki te wydatkowe będą efektywnie na rozbudowę i kompleksowe zintegrowanie systemów informatycznych IPCZD.**
3. Przeprowadzenie analizy posiadanych zasobów informatycznych z wypracowaniem strategii ich wykorzystania:
 - w pierwszym etapie przeanalizować posiadane zasoby;
 - **zbudować długoletnią strategię informatyczną IPCZD** i w tym ustalić cele posiadania i wykorzystania środowiska informatycznego;
 - następnie dostosować sposób pozyskiwania i obsługi poszczególnych elementów środowiska informatycznego IPCZD:

- według jakich zasad kupowany jest sprzęt komputerowy i rozbudowywana sieć komputerowa,
 - według jakich zasad i strategii są rozbudowywane szpitalne systemy informatyczne,
 - według jakich zasad oraz z jakich źródeł są kupowane i później rozwijane naukowe systemy informatyczne,
 - jak jest realizowana (jak zbudować kompetentne zespoły ludzkie w każdym z obszarów) obsługa opisanych powyżej obszarów środowiska informatycznego:
 - kto (zespół Działu Informatyki czy firma zewnętrzna) i jak obsługuje sprzęt komputerowy i sieć komputerową,
 - kto (zespół Działu Informatyki czy firma zewnętrzna), jak, na jakich zasadach oraz z jakim podziałem kompetencji (precyzyjne zdefiniowanie odpowiedzialnych za usługi z każdego z VI poziomów usług opisanych w opracowaniu) obsługuje szpitalne systemy informatyczne,
 - kto (zespół Działu Informatyki czy firma zewnętrzna), jak i na jakich zasadach plus z jakim podziałem kompetencji obsługuje naukowe systemy informatyczne (precyzyjne zdefiniowanie odpowiedzialnych za zbudowanie założeń do systemów, kontrola wykonania oraz późniejszy rozwój obejmujący obsługę i prace programistyczne).
4. **Przeprowadzenie szerokiej analizy i ustalenie, czy tańsze będzie rozbudowanie obecnie posiadanych przez IPCZD systemów, czy zakup nowego kompleksowego rozwiązania wraz z niezbędnymi usługami związanymi z uruchomieniem i obsługą. Zespół zwraca przy tym uwagę na planowane przez IPCZD wysokie wydatki w kolejnych latach na modernizację i uzupełnienie brakujących niektórych elementów systemu (w latach 2013 – 2015 - szacunkowo 24.110,000 zł). Inne instytuty i szpitale w Polsce zorganizowały obsługę swoich instytucji w oparciu o współpracę z różnymi firmami informatycznymi, a koszty ponoszone na ten cel są niższe (np. SPSK Nr 1 w Szczecinie w latach 2003-2012 poniósł wydatek inwestycyjny w wysokości 9.028.079,75 zł na zbudowanie kompleksowego systemu informatycznego).**
 5. **Precyzyjnie określić sposób obsługi szpitalnych systemów tak, aby zwiększyć ich wykorzystanie przy jednoczesnym zapewnieniu zasobów do obsługi naukowych systemów informatycznych.**
 6. **Zwiększyć wykorzystanie szpitalnych systemów informatycznych poprzez zwiększenia kompetencji zespołu poprzez reorganizację Działu Informatyki tak, aby pozyskać do niego osoby z dużym doświadczeniem zdobytym w wielu jednostkach ochrony zdrowia.**
 7. W dalszych planach uwzględnić fakt, że system HIS jest systemem starym technologicznie, a co za tym idzie w najbliższych latach będzie konieczność jego wymiany.
 8. Zważywszy na ujemny wynik finansowy Instytutu negocjować zakup, w pierwszej kolejności, elementów wspierających proces zbierania pełnych danych o pacjentach oraz liczenia kosztów, m.in.: poradni (gabinety lekarskie i zlecenia z gabinetów lekarskich), apteczki oddziałowej, bloku operacyjnego, banku krwi.
 9. **Zmianę stanu informatyzacji IPCZD i funkcjonujących w Instytucie systemów tak, aby dawały one gwarancję uzyskiwania odpowiednich informacji analitycznych w odpowiednim czasie, które powinny być postawą sprawnego zarządzania IPCZD.**

10. **Rozbudowywać i modernizować szpitalne systemy informatyczne o kolejne elementy dopiero po przeprowadzeniu prac zwiększających wykorzystanie obecnie posiadanych i dostosowaniu do analiz zarządczych.**
11. **Wesprzeć poniżej wymienione procesy narzędziami informatycznymi: analizy zarządcze oparte o dobrej jakości dane, budżetowanie, ewidencja informacji o pobycie pacjenta w gabinetach lekarskich, ewidencja kosztów oraz zlecenia leków i medycznego sprzętu jednorazowego na pacjenta.**
12. Ujednolicić i renegować umowy nadzoru autorskiego, co powinno umożliwić obniżenie kosztów takich umów, uwzględniając szczególnie:
 - okres obowiązywania – zalecane maksymalnie długie okresy,
 - zakres (nowe wersje, poprawa błędów, upusty, nowa funkcjonalność),
 - mechanizmy integracji – usługi te jako element umowy, nie osobne zamówienie,
 - integralność – umowy z producentami systemów, które są zintegrowane i wymagają stałego serwisu mechanizmów integracji powinny być podpisane na ten sam okres.
13. Istnienie jednego Działu z precyzyjnie podzielonymi obowiązkami i spójną polityką obsługi zgłoszeń optymalną dla pracowników/użytkowników systemów w IPCZD. Zespół nie podziela pomysłu podziału Działu Informatyki na dwa Działy.
14. Rozpocząć proces inwentaryzacji posiadanego sprzętu, jego weryfikacji pod kątem przydatności w relacji do prac na nim wykonywanych przez użytkowników oraz użytkowanych na nim systemach szpitalnych oraz wprowadzić standaryzację i obniżenie kosztów zakupów sprzętu komputerowego.
15. Inwentaryzację urządzeń drukujących i obniżenie kosztów druku w IPCZD poprzez zmniejszenie liczby drukarek jednostanowiskowych na rzecz drukarek sieciowych **z niższym kosztem jednostkowego wydruku** (w chwili obecnej w IPCZD jest około 470 drukarek jednostanowiskowych atramentowych i laserowych).
16. Dokonywanie kolejnych zakupów tak, aby konfiguracja kupowanego sprzętu była adekwatna do jego zastosowania, koszty serwisu i gwarancji maksymalnie długo były po stronie dostawców/producentów, a koszty obsługi po stronie IPCZD maksymalnie niskie. IPCZD powinien kupować komputery w większych ilościach 50-100 sztuk w jednym czasie, w jednej konfiguracji tak, aby stopniowo standaryzować posiadany sprzęt komputerowy i ograniczyć koszty (osobowe i techniczne) jego utrzymania i modernizacji. **Bardzo istotne jest, iż jednorazowy zakup większej ilości sprzętu obniża koszt jednostkowy zakupu.**
17. Zwrócić szczególną uwagę na budowane naukowe systemy informatyczne, pod kątem:
 - jak największej automatyki działania, m. in. zaangażowanie etatowych (nienaukowych) pracowników IPCZD w obsługę tych systemów,
 - jak najniższych kosztów utrzymania i obsługi dostarczanej w ramach projektów aparatury (medycznej i informatycznej) oraz budowanych systemów informatycznych.
18. Zabudżetować koszty obsługi tych systemów dotyczących nadzoru autorskiego/rozwoju systemów informatycznych – po okresie 36 miesięcy gwarancji (rozwój/utrzymanie systemów przez Dział Informatyki lub firmy zewnętrzne) oraz serwisu pogwarancyjnego sprzętu.

8. ANALIZA OBSZARU INFRASTRUKTURY I LOGISTYKI

8.1. Sprzęt i aparatura medyczna

W 2009 roku w wyniku połączenia Sekcji Aparatury Medycznej i Sekcji Techników Medycznych powstał jeden ośrodek organizacyjny Dział Aparatury Medycznej, któremu wyznaczono następujące zadania:

- utrzymywanie w sprawności technicznej urządzeń medycznych, w tym: nadzorowanie prawidłowej i bezpiecznej eksploatacji aparatury i urządzeń medycznych, przeglądy techniczne, usuwanie usterek, konserwacja, zlecenie, nadzorowanie i rozliczanie konserwacji, napraw, przeglądów i remontów,
- wykonywanie badań i pomiarów, wydawanie orzeczeń technicznych i ekspertyz,
- współorganizacja montażu i rozruchu urządzeń medycznych,
- planowanie i opiniowanie zakupów inwestycyjnych w zakresie nadzorowanej aparatury i urządzeń,
- prowadzenie dokumentacji technicznej,
- współpraca z zespołem anestezyjologów, pielęgniarek w zakresie poprawności działania aparatury i urządzeń medycznych na stanowiskach pacjenta, pomoc w doraźnych wezwaniach.

W wyniku połączenia sekcji obecnie w Dziale Aparatury Medycznej łącznie pracuje **14** osób.

Liczba i rodzaj sprzętu

łącznie w Instytucie jest około **4750 aparatów medycznych** (bez uwzględnienia drobnego sprzętu, który jest nieewidencjonowany). Każda Klinika czy Zakład mają przydzielonego pracownika, który odpowiada za utrzymanie aparatury w ruchu.

Tabela 1 Wykaz ilościowy i wartościowy sprzętu

Rok produkcji	Ilość	Wartość - według cen zakupu [zł]
2002 i wcześniej	1630	47 949 818,00
2003	199	4 068 867,00
2004	178	7 041 846,00
2005	367	14 505 184,00
2006	864	11 441 755,00
2007	342	8 464 689,00
2008	571	10 911 686,57
2009	110	6 190 595,55
2010	139	7 613 391,94
2011	178	9 606 507,94
2012	172	6 720 483,05
RAZEM	4750	134 514 824,05

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z IPCZD.

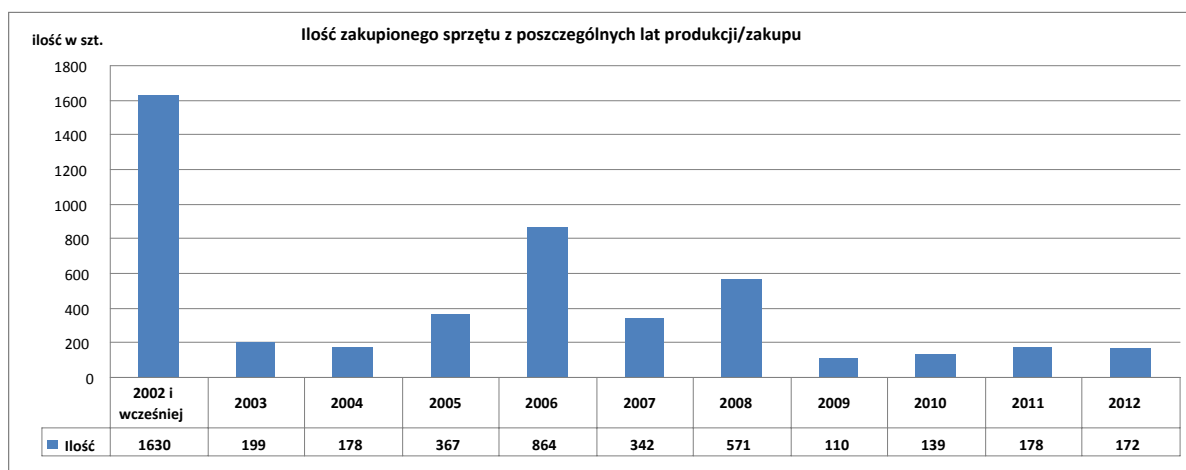
Każde urządzenie podlega opiece serwisowej, przy czym ze względu na ograniczone środki finansowe część aparatury nie miała wykonanych planowych przeglądów okresowych. Z informacji uzyskanych w formie pisemnej od Kierownika Działu Aparatury Medycznej, Instytut dysponuje harmonogramem przeglądów, które będą realizowane w zależności od zagwarantowania środków finansowych.

Zespół pragnie zwrócić uwagę, iż fakt ten stanowi realne zagrożenie wykonywania świadczeń medycznych w oparciu o sprzęt i aparaturę medyczną, która z powodu braku przeglądów do tego celu nie powinna być wykorzystywana. Stan taki stwarza duże ryzyko roszczeń odszkodowawczych

ze strony pacjentów, może powodować nieracjonalne zwiększanie się kosztów napraw z powodu wadliwego serwisowania oraz niesie za sobą realne niebezpieczeństwo dla leczonych w IPCZD pacjentów.

Poniżej przedstawiono strukturę wiekową sprzętu i aktualną jego wartość. Zestawienie sporządzone we współpracy z Działem Księgowości. **Dział aparatury medycznej nie prowadzi takiej ewidencji.**

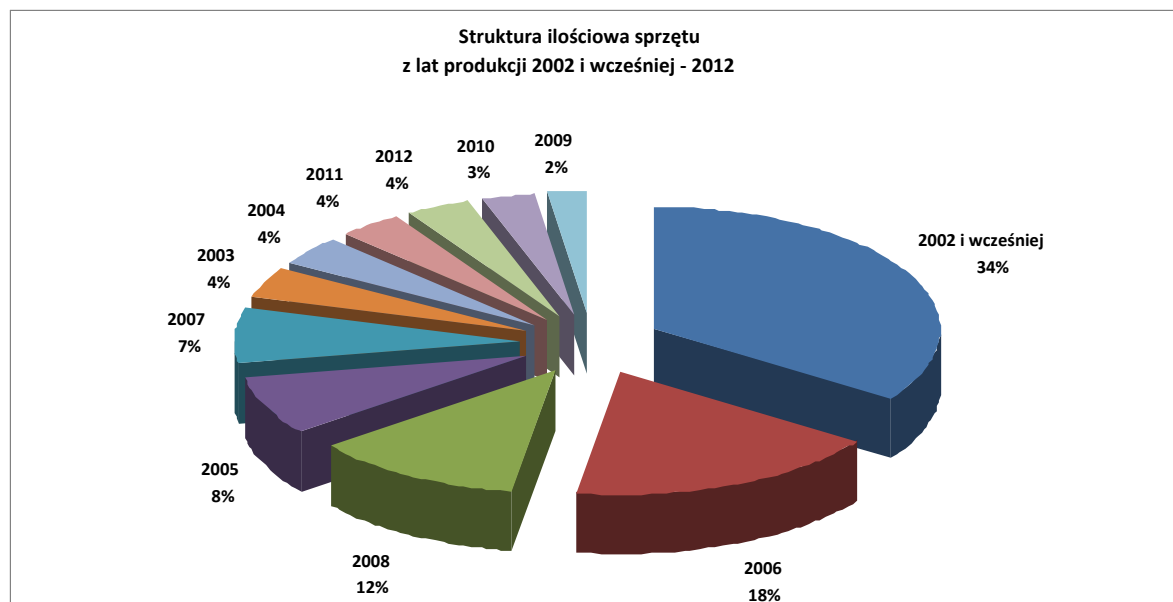
Wykres 1 Ilość zakupionego sprzętu z poszczególnych lat produkcji/zakupu



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z IPCZD.

Największą ilość sprzętu, tj. około 34% stanowi sprzęt o okresie używania powyżej 10 lat.

Wykres 2 Struktura ilościowa sprzętu z lat produkcji 2002 i wcześniej do 2012

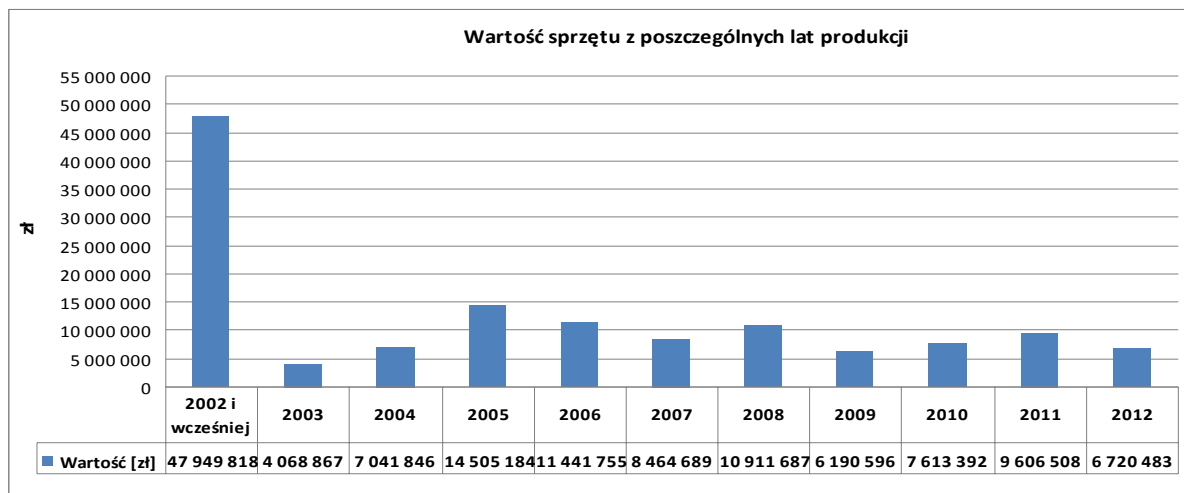


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z IPCZD.

Zestawienie obejmuje dane dotyczące aparatury medycznej będącej na stanie IPCZD oraz zakupionej z projektów, grantów itp. Dla porównania wartość aktualna środków trwałych IPCZD wynosi **22.053.472,42 zł.**

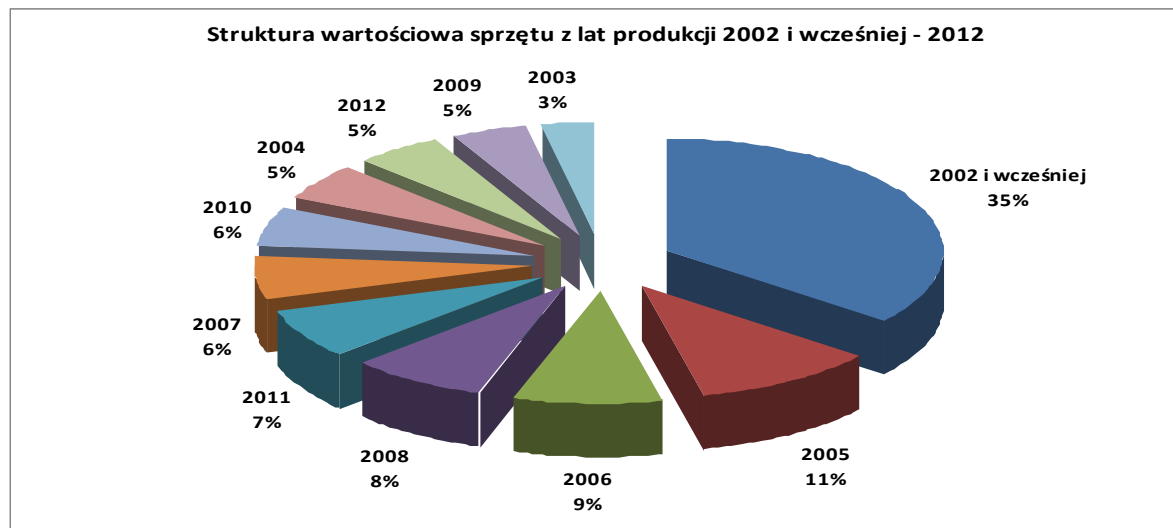
Zespół zwraca uwagę, iż brak informacji w zakresie przedstawionych powyżej danych w Dziale Aparatury Medycznej ogranicza prawidłowość funkcjonowania tego Działu. Jednocześnie należy zwrócić uwagę na zaawansowany wiek aparatury, co skutkować powinno koniecznością jej odnowienia i wpływa również na wyższe koszty naprawy.

Wykres 3 Wartość sprzętu z poszczególnych lat produkcji



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z IPCZD.

Wykres 4 Struktura wartościowa sprzętu z lat produkcji 2002 i wcześniej do 2012



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z IPCZD.

Należy zaznaczyć, iż przedstawiona wiekowa struktura sprzętu stanowi o realnym ryzyku bardzo częstego występowania awarii, przez co może zaburzać udzielanie świadczeń medycznych w sposób nieprzerwany. Zespół zwraca uwagę, iż 34 % ilości posiadanych zasobów to urządzenia wyprodukowane do 2002 roku.

Zespół pragnie zasignalizować, iż sytuacja związana z wiekiem aparatury medycznej, w przypadku dalszego utrzymywania się, może zagrozić dalszemu funkcjonowaniu IPCZD lub istotnemu

ograniczeniu jego działalności (może bowiem dojść do sytuacji, iż w przypadku awarii tak starego sprzętu Instytut nie będzie w stanie go naprawić). Niebezpieczeństwo to jest tym większe, iż sprzęt w IPCZD, który jest starszy niż 5 lat według zestawień przedstawionych Zespołowi, stanowi aż 69%.

Nakłady na serwis i konserwacje

Usługi serwisu i napraw realizowane są na podstawie umów ryczałtowych, umów serwisowych lub zleceń doraźnych. W ostatnich latach ze względu na sytuację finansową wprowadzano korektę planu finansowego, co oznaczało redukcję przyznaných środków finansowych. **Wskazywało to głównie na brak przeglądów i kalibracji większości aparatury za wyjątkiem wytypowanych urządzeń strategicznych, mających w opinii IPCZD bezpośredni wpływ na bezpieczeństwo pacjenta (ok. 10% aparatów).**

Zespół negatywnie ocenia taki stan rzeczy. Brak kalibracji i przeglądów sprzeczny jest z logiką racjonalnego zarządzania. Zdaniem zespołu może to doprowadzić w niedalekiej przyszłości do sytuacji, gdy koszty naprawy nieserwisowanych urządzeń wielokrotnie przekroczą kwoty, jakie IPCZD wydatkowałaby na ich serwis, a brak kalibracji części urządzeń takiej jednostki, jak Instytut podważają wiarygodność wykonywanych przez IPCZD na nich badań. Stan ten Zespół uważa za dalece nieprawidłowy.

Tabela 2 Środki finansowe wydatkowane na serwis i konserwację sprzętu medycznego

Rok rozliczeniowy	Środki planowane (w zł)	Środki wydatkowane (w zł)
2010	3 100 000	1 813 416
2011	3 265 000	1 910 187
do IX 2012	4 100 000	1 675 194

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z IPCZD.

Zespół zwraca również uwagę, że niewykonywanie przeglądów okresowych wymaganych przez producentów może spowodować:

- brak spełnienia wymagań akredytacyjnych,
- brak spełnienia wymogów NFZ,
- niezgodność z obowiązującą z ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych.

INFORMACJA WG DANYCH UZYSKANYCH Z IPCZD (STAN NA DZIEŃ 15.10.2012 ROKU)

Wnioski:

1. Zespół stwierdza, iż w IPCZD brak jest skutecznego bieżącego nadzoru nad sprzętem i aparaturą medyczną, co spowodowane jest:

- brakiem kompleksowych, standardowych analiz z zakresu aparatury medycznej, np: ilości awarii, przyczyn awarii itp.,
- brakiem rzeczywistej ewidencji aparatury medycznej z uwzględnieniem podziału sprzętu związanego z działalnością usługową i działalnością naukową (granty, projekty), co przekłada się na nierzetelne rozliczanie kosztów serwisu i napraw, pomiędzy tymi obszarami działalności IPCZD,

- brakiem jasnych kryteriów tworzenia zapotrzebowania ze strony Oddziałów na aparaturę medyczną,
 - brakiem odnawiania zasobów sprzętowych.
2. Ponadto, Zespół zaobserwował, że brak jest jasnego podziału kompetencji w zakresie kompleksowego zarządzania sprzętem (kto zamawia, negocjuje umowy, weryfikuje zgłoszone usterki, wycenia, odbiera naprawę, ponosi koszty naprawy w przypadku ewidentnego zaniedbania czy uszkodzenia).
 3. Istniejące rozbieżności w zakresach obowiązków dotyczących tych samych stanowisk (inny zakres przedstawiała Dział Personalny, inny wykazuje Kierownik Działu Aparatury Medycznej), przekładają się na nieoptymalny podział pracy.
 4. Brak jest dopasowania rzeczywistego potencjału zawodowego pracownika do profilu kwalifikacyjnego stanowiska.
 5. Brak jest jasnych kryteriów tworzenia zapotrzebowania ze strony oddziałów na aparaturę medyczną.
 6. Brak jest kompletnych umów serwisowych. Ponadto nieterminowe regulowanie zobowiązań za przeglądy i naprawy sprzętu, często powoduje odmowę wykonania następnej usługi.
 7. Dokumentacja sprzętu jest chaotyczna, co spowodowane jest między innymi brakiem unifikacji dokumentów w omawianym zakresie.
 8. Z powodu ograniczonych środków finansowych niedotrzymane są terminy napraw i przeglądów.

Jak już wspomniano niepokój Zespołu budzi struktura wiekowa sprzętu. Z uzyskanych informacji wynika, że około 34 % sprzętu medycznego jest w eksploatacji 10 i więcej lat. Należy zatem rozważyć zasadność jego użytkowania i przeanalizować, czy nie jest przestarzały technologicznie, a koszty serwisu nie przewyższają jego wartości. Obszar ten wymaga odpowiednich nakładów inwestycyjnych. Zespół pragnie zauważyć, iż do takiego stanu rzeczy doprowadziła wieloletnia polityka zaniechania inwestycji w tym obszarze przez Kierownictwo Instytutu. Zaniechanie przeznaczania wartości odpisów amortyzacyjnych na odnawianie technologiczne i wiekowe sprzętu, aparatury medycznej należy ocenić jako długoletnią błędną politykę zarządczą, a skutki ujemnego wyniku finansowego wynikającego z tej polityki doprowadziły do dziś obserwowanego, dalece niepokojącego stanu faktycznego w tym zakresie.

W opinii zespołu długoletnie błędy zarządcze w wielu obszarach, w tym, np. w ponadnormatywnym generowaniu kosztów pracy, wynikających z utrzymywania zbyt wysokiej struktury etatowej oraz bardzo wysokiego poziomu średnich płac, nadmiernej rozbudowy administracyjnej, przy wieloletnim zaniechaniu restrukturyzacyjnym tych obszarów, doprowadziły do drastycznego ograniczenia zakupu sprzętu i aparatury medycznej.

Zespół rekomenduje **konieczność modernizacji systemu** w zakresie nadzoru nad sprzętem, aparaturą pomiarową tak, aby pozwolił on na:

- zarządzanie urządzeniami poprzez tworzenie raportów i zestawień dotyczących stanu ewidencyjnego urządzeń, historii kosztów serwisu, wygasających gwarancji, terminów zakończenia umów serwisowych, najbliższych zleceń do wykonania, planu przeglądów okresowych w wersji elektronicznej do natychmiastowego zarządczego wykorzystania,

- poprawę ciągłości działania urządzeń,
- wydłużenie czasu życia urządzeń,
- planowanie i analizę kosztów obsługi,
- ewidencjonowanie wyposażenia - aparatury medycznej oraz pozostałych składników infrastruktury z podziałem na grupy urządzeń z ograniczeniem dostępu dla użytkowników do wybranej grupy,
- dbałość pracowników o sprzęt i aparaturę Instytutu.

Zespół rekomenduje przeprowadzenie wymienionych powyżej modernizacji m.in., w oparciu o:

- **Rozdzielenie ewidencji kosztów** napraw związanych z procesem usługowym, a procesem naukowym (granty, projekty) dla rzetelności prowadzonej ewidencji kosztowej w IPCZD w obu obszarach.
- Wprowadzenie systemu **podstawowych analiz zarządczych w zakresie aparatury medycznej** np. określania przyczyn awarii, co z kolei warunkuje opracowanie i wdrożenie procedury w zakresie likwidacji szkód, której celem jest m.in. prowadzenie postępowań wyjaśniających w sprawach odpowiedzialności majątkowej pracowników instytutu.
- Zatrudniania pracowników w Dziale Aparatury Medycznej o wysokich kwalifikacjach zawodowych odpowiadających wiedzy w zakresie nowoczesnych technologii medycznych.
- **Przestrzeganie wszelkich wymogów producenta**, ze szczególnym naciskiem na obowiązek wykonywania technicznych przeglądów okresowych. Wszelkie prace naprawcze, kalibracyjne lub przeglądowe muszą być wykonywane przez personel do tego celu przeszkolony.
- **Rzetelne dokonywanie przeglądów wszystkich urządzeń.**
- **Rzetelne i zgodne z wartościami rynkowymi kalkulowanie kosztów przeglądów i napraw.**
- Przeprowadzanie **oceny kosztów eksploatacji** w postaci symulacji kosztów dotyczących między innymi ilości procedur wykonywanych na urządzeniu, wyboru technologii wielorazowa/ jednorazowa, wielkości wpływów np. z NFZ za wykonane procedury medyczne na danym urządzeniu, kosztów wyposażenia zużywalnego, awaryjności urządzeń, opłacalności napraw.
- Opracowanie **efektywnej polityki negocjacyjnej** wobec zewnętrznych firm serwisowych.

8.2. Obszar utrzymania obiektów

Dział Nadzoru Technicznego sprawuje nadzór nad zapewnieniem prawidłowego stanu technicznego oraz prawidłową eksploatacją budynków, budowli, urządzeń i instalacji technicznych.

Do jego zadań należy:

- zapewnienie prawidłowego stanu technicznego oraz prawidłowej eksploatacji budynków, budowli i urządzeń,
- planowanie, zlecenie i nadzór nad wykonawstwem pomiarów kontrolnych, konserwacji, napraw, przeglądów i remontów,
- planowanie i opiniowanie zakupów inwestycyjnych w zakresie infrastruktury technicznej,
- prowadzenie dokumentacji technicznej,
- monitorowanie i raportowanie o stanie technicznym obiektów, instalacji i urządzeń,
- wykonanie napraw instalacji i urządzeń,
- kontrola stanu ochrony przeciwpożarowej,

- zgłaszanie wniosków dotyczących systemu ochrony przeciwpożarowej,
- działania profilaktyczne w zakresie ochrony przeciwpożarowej,
- kierowanie działaniami ratowniczo-gaśniczymi do czasu przybycia jednostek straży pożarnej i udział w dochodzeniach popożarowych.

Charakterystyka obiektów i instalacji technicznych

INSTALACJE SANITARNE:

1. Instalacje, sieci wodociągowe i kanalizacyjne

- Źródłem zaopatrzenia w wodę IPCZD jest własne ujęcie wodociągowe (trzy studnie głębinowe). Zapas wody utrzymywany jest w dwóch zbiornikach retencyjnych o pojemności **300 m³** każdy. Sieć wodociągowa Instytutu ma długość około 3 km. Łącznie jest około **3,5 tys.** punktów poboru wody.
- Ścieki odprowadzane są do miejskiej sieci kanalizacyjnej za pośrednictwem instalacji kanalizacyjnych. Sieci wykonane są w technologii rur kamionkowych. Łączna długość sieci kanalizacyjnej to około **2 km**. Instytut posiada **8** przykanalików, którymi odprowadzane są ścieki.

Tylko budynek E w obrębie pięter ma zmodernizowaną instalację kanalizacyjną.

2. Instalacje grzewcze

Źródłem energii cieplnej dla Instytutu jest miejska sieć ciepłownicza. Źródłem rezerwowym jest kotłownia zakładowa olejowo-gazowa wyposażona w trzy kotły. Ciepło wysokoparametrowe transformowane jest w **sześciu węzłach ciepłowniczych** ogólnobytowych. Budynki od A do H wyposażone są dodatkowo w węzły ciepła technologicznego. Łączna moc cieplna zamówiona w Stołecznym Przedsiębiorstwie Energetyki Ciepłej wynosi 9 MW. Łączna ilość grzejników zamontowanych w budynkach instytutowych wynosi około **2000** szt. Budynki E, RE i budynek Kliniki Pediatrii wyposażone są w zawory termostatyczne z głowicami. Pozostałe budynki mają zawory grzejnikowe ręczne, albo częściowo rozkompletowane. Instalacje grzewcze wykonane są w technologii stalowych rur spawanych.

3. Instalacje parowe

Instytut wyposażony jest w dwie instalacje pary technologicznej:

- na paliwo gazowe - jedna o wydajności około 400 kg pary nasyconej dla potrzeb sterylizacji,
- na olej opałowy - druga o wydajności około 900 kg pary nasyconej dla potrzeb działu żywienia.

4. Instalacje gazów medycznych

IPCZD wyposażony jest w centralne instalacje gazów medycznych. Są to instalacje tlenu medycznego, technicznego, sprężonego powietrza medycznego i technicznego oraz próżni. W mniejszym zakresie występują instalacje dwutlenku węgla, podtlenku azotu, helu.

5. Instalacje gazu ziemnego

Budynki A, B i D wyposażone są w instalacje gazu ziemnego. Budynki A i B wykorzystują gaz ziemny dla potrzeb laboratoriów. W budynku D zlokalizowana jest gazowa wytwornica pary.

6. Instytut posiada duże instalacje do uzdatniania wody

- W budynku D zlokalizowana jest stacja uzdatniania wody dla potrzeb bloku operacyjnego i sterylizacji.

- Stacja uzdatniania wody dla potrzeb apteki szpitalnej produkująca wodę wysokiej jakości.
- Stacja uzdatniania wody basenowej.
- Około dwudziestu małych, różnej wielkości stacji uzdatniania wody dla potrzeb kuchni, kotłowni oraz wytwornic pary.

INSTALACJE ELEKTRYCZNE

Energia elektryczna dostarczana do IPCZD jest na poziomie 15 kV (dwie sekcje) i na tym napięciu Dział Nadzoru Technicznego przejmuje nadzór nad eksploatacją wszystkich urządzeń elektroenergetycznych. Są to urządzenia:

- przesyłu (transformatory, linie kablowe),
- rozdziału (stacje, rozdzielnie, tablice i rozdzielnice),
- rezerwowego zasilania (agregaty prądotwórcze),
- bezprzerwowego zasilania (UPS),
- 12 transformatorów o łącznej mocy ponad 9 MVA,
- 5 agregatów prądotwórczych: 1x330 kVA, 4x200 kVA,
- 5 UPS dużej mocy: 2x200 kVA, 1x275 kVA, 1x20 kVA, 1x40 kVA.

System jest zróżnicowany ze względu na specyfikę obiektu. Występują w nim trzy typy układów sieciowych: TN-C, TN-S, IT (dedykowane dla sal operacyjnych, intensywnej terapii itp.).

INSTALACJE WENTYLACJI I KLIMATYZACJI

Ilość nawiewanego powietrza do obiektów IPCZD to ok. **1.200.000 m³/h**.

Wykaz ważniejszych urządzeń:

1. Ilość central klimatyzacyjnych - **128 szt.**
2. Agregaty chłodnicze AERMEC po 900 KW mocy chłodniczej każdy - **3 szt.**
3. Agregaty chłodnicze o mocy poniżej 50 KW - **4 szt.**
4. Agregat chłodniczy dla potrzeb Apteki - cytostatyki – (94 KW mocy chłodniczej) - **1 szt.**
5. Agregat chłodniczy dla potrzeb Pediatrii (116 KW mocy chłodniczej) - **1 szt.**
6. Agregat chłodniczy dla potrzeb Rezonansu magnetycznego i Angiografii (130 KW mocy chłodniczej) - **1 szt.**
7. Ilość klimatyzatorów - **80 szt.**
8. Ilość dygestoriów - **25 szt.**
9. Ilość komór laminarnych - **32 szt.**
10. Ilość nawilżaczy parowych - **44 szt.**
11. Pompy, wentylatory wyciągowe, falowniki - **ok. 250 szt.**

Roczny koszt zakupów filtrów do wentylacji - **430.000 zł**

Aktualne inwestycje w branży:

- budowa bloku operacyjnego, ilość nowych central klimatyzacyjnych – **27 szt.**

Wykonując powierzone zadania Dział Nadzoru Technicznego w okresie roku przyjmuje i realizuje około 10 tys. różnego rodzaju zgłoszeń. Są to zarówno drobne usterki, jak i wymagające dużych nakładów sił i środków awarie i zapotrzebowania remontowo-modernizacyjne.

Ponadto oprócz bieżącego utrzymania w ruchu instalacji i obiektów Dział realizował w ostatnich latach szereg zadań remontowo-inwestycyjnych:

- remont modernizacyjny Kliniki Pediatrii,
- budowa bloku operacyjnego wraz z modernizacją Kliniki Anestezjologii,
- modernizacja Apteki Szpitalnej, Pracowni Cytostatyków, Antybiotyków i Leków Przeciwgrzybiczych,
- termomodernizacja budynku głównego „E” - dwa etapy,
- termomodernizacja budynków A, B, C, D, F, G,
- budowa lądowiska dla śmigłowców,
- remont budynku Ra (parter) z przeznaczeniem na tzw. „Ośrodek Zaburzeń Hormonalnych”,
- budowa Centrum Transplantologii,
- adaptacja pomieszczeń na potrzeby infolinii,
- adaptacja pomieszczeń dla kartotek medycznych.

Ilość i struktura wiekowa budynków

IPCZD zbudowany w latach 1977-1987 **posiada 28 budynków** o łącznej powierzchni użytkowej **69.041 m²**. Powierzchnia użytkowa poszczególnych budynków, wiek budynków, przeznaczenie i ilość kondygnacji podane są w *tabeli nr 3*.

Tabela 3 Wykaz budynków IPCZD

L. p	Nazwa budynku	Powierzchnia [m ²]	Ilość kondygnacji	Wiek budynku	Data oddania do użytku	Przeznaczenie /faktyczne wykorzystanie
1	Budynek "A" z łącznikiem A-B	2 488,00	4 kondygnacje + maszynownia	35	1977	Szpitalny
2	Budynek "B" z łącznikiem B-C	2 874,00	4 kondygnacje + maszynownia	35	1977	Szpitalny
3	Budynek "C" przychodnie z łącznikiem C-D	2 579,00	4 kondygnacje + maszynownia	35	1977	Szpitalny
4	Budynek "D" z łącznikiem D-E	7 371,00	4 kondygnacje + maszynownia	35	1977	Szpitalny
5	Budynek "E" z łącznikiem E-F i wymiennikownią i maszynownią chłodu	14 284,00	14 kondygnacji + maszynownia	35	1977	Szpitalny
6	Budynek "F" z łącznikiem F-G	4 146,00	4 kondygnacje + maszynownia	35	1977	Administracja
7	Budynek "G" z łącznikiem G-H	4 368,00	4 kondygnacje + maszynownia	35	1977	Azpitalny/Administracja
8	Budynek "H" z łącznikami H-G, H-J	1 901,00	2 kondygnacje + maszynownia	35	1977	Administracja
9	Budynek "J"	1 205,00	1 kondygnacja	35	1977	Techniczne
10	Budynek "K"	1 637,00	4 kondygnacje + maszynownia	35	1977	Administracja
11	Budynek "Z" zwierzętarnia	1 331,00	3 kondygnacje	35	1977	Szpitalny
12	Budynek "Pediatrii", Ł-10	3 689,00	2 kondygnacje	29	1983	Szpitalny
13	Budynek "Ra", Ł-1, Ł-2 i Ł-6	2 394,00	3 kondygnacje + maszynownia	28	1984	Szpitalny
14	Budynek "Rb", Ł-3 i Ł-4	2 401,00	3 kondygnacje + maszynownia	28	1984	Szpitalny
15	Budynek "Rc", Ł-5 i Ł-7	2 229,00	3 kondygnacje + maszynownia	28	1984	Szpitalny
16	Budynek "Rd", stacją IV i Ł8 i maszynownią chłodu	2 958,00	3 kondygnacje + maszynownia	27	1985	Szpitalny
17	Budynek "Re", Ł-9	2 278,00	3 kondygnacje + maszynownia	25	1987	Szpitalny
18	Hydrofornia	407	1 kondygnacja	33	1979	Techniczne
19	Stacja nr V (elektroenergetyczna)	281	1 kondygnacja	26	1986	Techniczne
20	Portiernia Pz (Z)	34	1 kondygnacja	30	1982	Techniczne
21	Portiernia Pa (A)	9	1 kondygnacja	19	1993	Administracja
22	Magazyn materiałów łatwopalnych	49	1 kondygnacja	33	1979	Techniczne
23	Magazyn gazów	37	1 kondygnacja	31	1981	Magazyn
24	Kotłownia	257	1 kondygnacja	7	2005	Techniczne
25	Budynek wagi	6	1 kondygnacja	30	1982	Techniczne
26	Centralna wymiennikownia	639	1 kondygnacja	33	1979	Techniczne
27	Basen rehabilitacyjny	782	3 kondygnacje	28	1984	Szpitalny/Basen
28	Blok Operacyjny	6 407,00	4 kondygnacje	0	w trakcie realizacji	Szpitalny

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z IPCZD.

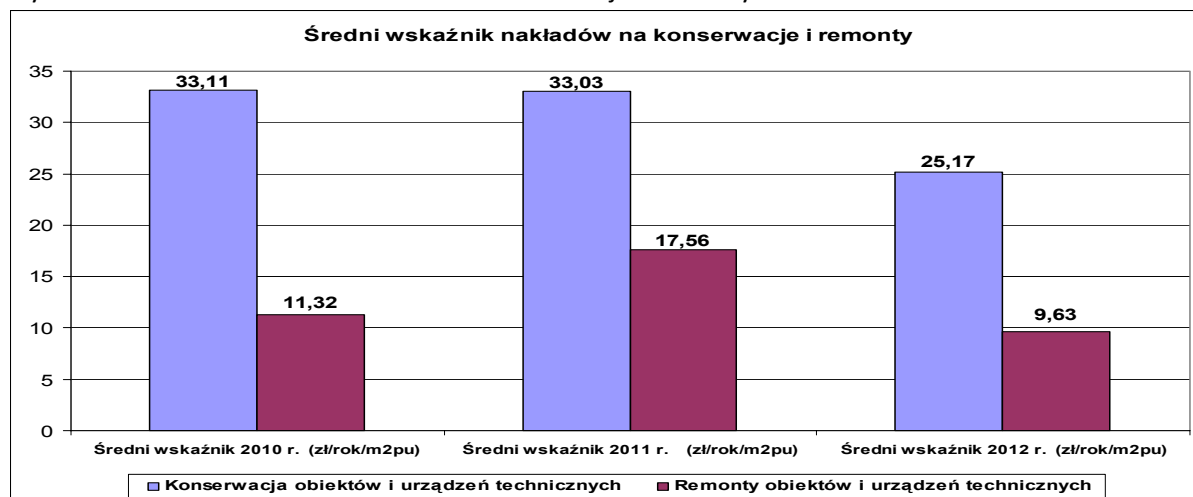
W ostatnim czasie dokonano kapitalnego remontu Kliniki Pediatrii i Żywienia, którego koszt wyniósł ok. 30 mln zł w całości sfinansowanego przez organizację pozarządową. W ostatniej dekadzie IPCZD wykorzystał wsparcie największych polskich fundacji, a łączna kwota darowizn przekroczyła 200 mln zł. Środki te przeznaczono głównie na remonty, adaptacje pomieszczeń oraz wyposażenie w wysokospecjalistyczną aparaturę medyczną. W 2011 r. rozpoczęto budowę nowego kompleksu Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Ośrodka Transplantacyjnego. Środki na budowę zostały przyznane z dotacji Unii Europejskiej oraz Ministerstwa Zdrowia. Wymagany wkład własny IPCZD przy realizacji tej inwestycji to kwota ok. 20 mln zł.

Tabela 4 Nakłady na konserwację i remonty.

Lp	Wyszczególnienie	Rok 2010 (w zł)	Rok 2011 (w zł)	Rok 2012 (w zł) za 9m-cy roku	Średni wskaźnik 2010 r	Średni wskaźnik 2011 r	Średni wskaźnik 2012 r
					zł/rok/m2 pow. uż.	zł/rok/m2 pow. uż.	zł/rok/m2 pow. uż.
1	Konserwacja obiektów i urządzeń technicznych	2 073 756	2 068 899	1 576 489	33,11	33,03	25,17
2	Remonty obiektów i urządzeń technicznych	709 317	1 099 954	602 910	11,32	17,56	9,63

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z IPCZD.

Wykres 5 Średni wskaźnik nakładów na konserwację i remonty



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z IPCZD.

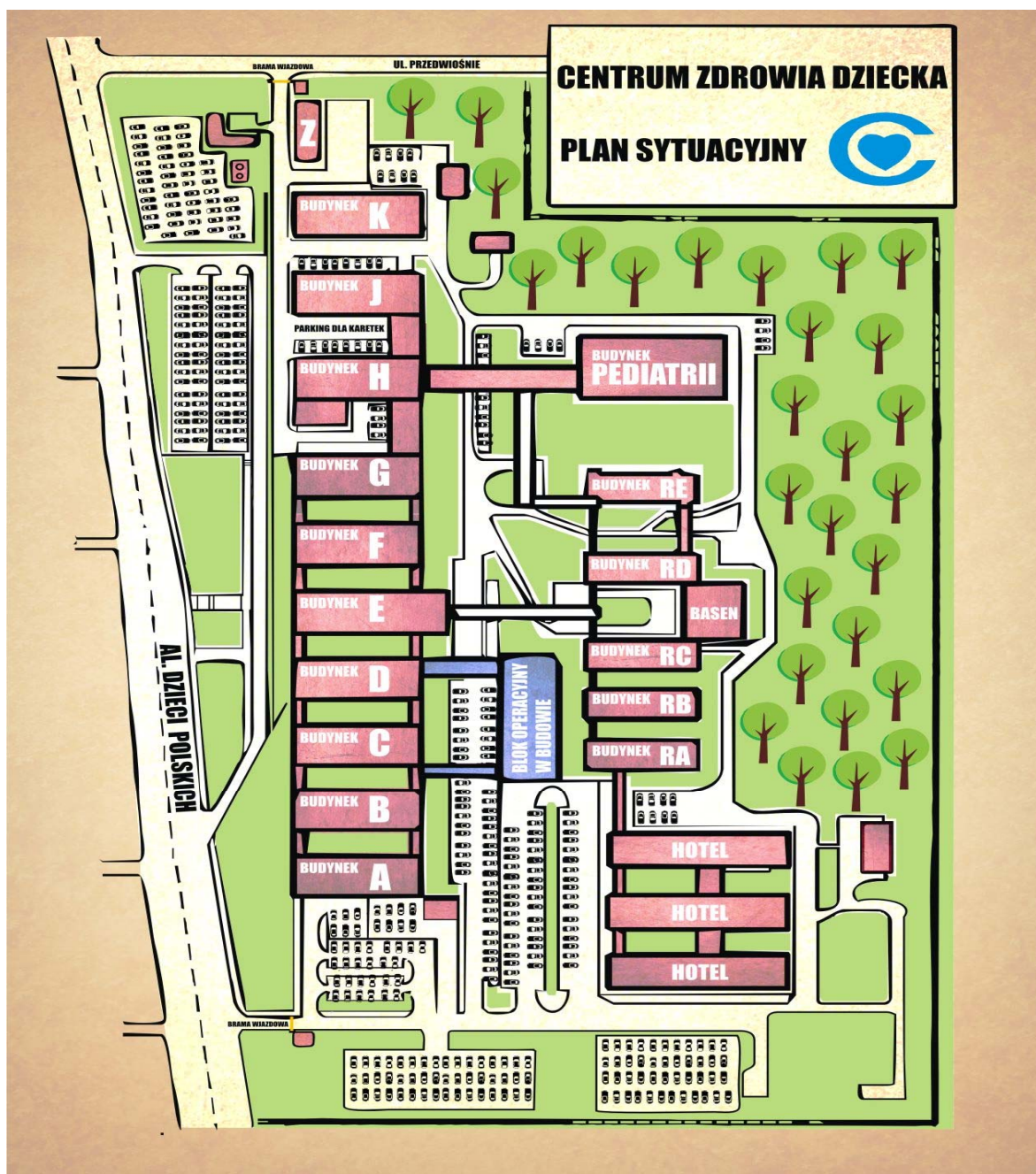
Zespół zwraca uwagę, iż z przytoczonych danych IPCZD każdego roku musi przeznaczać kwoty rzędu 3 mln zł na remonty i konserwację urządzeń i obiektów. Ze względu na zły stan techniczny oraz dostosowanie do wymagań technicznych określonych w przepisach infrastruktura IPCZD wymagać będzie w najbliższym czasie remontów, które pozwolą na bezpieczne użytkowanie pomieszczeń. Przewidywane przez Instytut koszty na realizację wspomnianych prac, w podziale na poszczególne obszary, zaprezentowane przez Dyrektora IPCZD „Programie naprawczym” (str. 6), to:

- ✓ remont klinik - ok. 35 mln zł,
- ✓ remont poradni specjalistycznych - ok. 12 mln zł,
- ✓ remont Centralnej Sterylizacji - ok. 9 mln zł,
- ✓ remont Zakładu Mikrobiologii i Immunologii Klinicznej oraz Zakładu Biochemii i Medycyny Doświadczalnej - 20 mln zł,
- ✓ remont i doposażenie w 2 aparaty MRI Zakładu Diagnostyki Obrazowej - 20 mln zł,
- ✓ remont Pracowni Hydroterapii - ok. 2 mln zł.

Zespół potwierdza, iż przedstawione przez Dyrektora Instytutu w wartościach kalkulacyjnych koszty zbliżone są do faktycznego zapotrzebowania IPCZD. Jednocześnie zwraca uwagę, iż **bez podjęcia natychmiastowych działań naprawczych przez IPCZD poprawiających bardzo trudną sytuację finansową połączoną z restrukturyzacją długu, realizacja tak śmiałych i niewątpliwie potrzebnych inwestycji nie będzie możliwa.**

Według wiedzy członków Zespołu przekazanej przez pracowników Działu Administracyjnego IPCZD samodzielnie nie zarządza całością posiadanych nieruchomości. Istotna część powiązana z prowadzeniem działalności komercyjnej, tj.: np. hotel dla pacjentów znajdujący się przy głównym budynku łóżkowym Instytutu oraz tereny do niego przyległe, hotel pielęgniariski oraz mieszkania zakładowe zostały w 2002 roku przekazane w zarządzanie utworzonej przez IPCZD spółce PATRON. Z powodu braku formalnych uprawnień ten obszar nieruchomości, jak i sama spółka PATRON, której Instytut jest 100% udziałowcem nie została poddana analizie przez Zespół.

Dla zobrazowania struktury rozkładu budynków IPCZD poniżej przedstawiono rzut obiektów przekazany Członkom Zespołu przez Kierownika Działu Administracyjnego.



Źródło: dane przekazane przez IPCZD.

INFORMACJE WG DANYCH UZYSKANYCH Z IPCZD (STAN NA DZIEŃ 15.10.2012 ROKU)

Wnioski:

1. Stan techniczny i technologia wykonania budynków powoduje bieżące problemy eksploatacyjne. Stanowi to również o utrudnieniu w optymalnym usytuowaniu poszczególnych komórek IPCZD, w tym komórek medycznych. Tymczasem właściwe rozplanowanie położenia poszczególnych komórek organizacyjnych w budynku ma istotne znaczenie dla jakości, efektywności i kosztów działania instytucji. W przypadku IPCZD lokalizacja oddziałów szpitalnych ma, co do zasady, charakter historyczny. Rozproszona budowa pawilonowa powoduje konieczność transportu wewnętrznego i potrzebę korzystania z rozwiązań, rzutujących na podwyższenie kosztów działalności np.:
 - zatrudnienie większej ilości personelu,
 - dublowanie się niektórych struktur organizacyjnych,
 - zwiększenie zapotrzebowania na aparaturę medyczną.

Z tych przyczyn zdaniem Zespołu niezbędne jest zweryfikowanie i optymalizacja programu funkcjonalno-użytkowego dla IPCZD z uwzględnieniem możliwego łączenia komórek organizacyjnych ze sobą oraz optymalizacją potrzebnej dla nich bazy lokalowej.

2. Zespół stwierdził również, że z powodu utrzymującego się przez ostatnie lata ujemnego wyniku finansowego w zakresie nadzoru nad nieruchomościami IPCZD zaczęły występować:
 - ograniczenia finansowe skutkujące brakiem serwisowania przeważającej ilości urządzeń technicznych,
 - brak serwisowania urządzeń technicznych, który skutkuje obecnie częstymi awariami, powodując konieczność kosztownych napraw urządzeń.

Należy zauważyć, że w sytuacji ograniczonych środków finansowych, kwoty na remonty i inwestycje w nieruchomości podlegają najszybciej redukcji, pozornie bez konsekwencji doraźnych. Zespół zwraca uwagę, że prowadzenie takiej polityki finansowej w dłuższym okresie czasu np. z powodu ustawicznego wieloletniego przyrastania długu IPCZD może doprowadzić do całkowitej dekapitalizacji posiadanej bazy.

Rekomendacje:

Zespół stwierdza, iż koniecznym jest opisanie i stworzenie w ramach przeprowadzenia wewnętrznej inwentaryzacji **nowego programu funkcjonalno-użytkowego** dla każdego z obiektów z uwzględnieniem zaakceptowanych przez właściciela (Ministra Zdrowia) długoletniego planu strategicznego działalności IPCZD. Przeprowadzenie analizy posiadanej powierzchni, co pozwoli na efektywne i zgodne z obowiązującymi przepisami wykorzystanie posiadanego potencjału oraz na ewentualne zwiększenie obszaru swojej działalności, jak np. ilości miejsc szpitalnych lub wynajęcie zbędnych powierzchni podmiotom zewnętrznym.

Dział Administracyjny

Zadaniem Działu Administracyjnego jest:

- administrowanie budynkami i terenami Instytutu, w tym gospodarka pomieszczeniami,
- rozliczanie sprzedaży usług niemedycechnych Instytutu,
- nadzorowanie i rozliczanie usług gospodarczych świadczonych na rzecz Instytutu,
- prowadzenie kartoteki dzieł sztuki,
- prowadzenie kancelarii głównej,
- prowadzenie archiwum zakładowego,
- wykonywanie spisów inwentaryzacyjnych z natury, przeprowadzanie inwentaryzacji zdawczo - odbiorczych oraz prowadzenie innych prac w zakresie inwentaryzacji
- transport wewnętrzny,
- prowadzenie centralnej powielarni, kolportaż wydawnictw wewnętrznych,
- prowadzenie magazynów podręcznych oraz depozytu ubrań i innego mienia pacjentów szpitala,
- gospodarowanie środkami łączności,
- zamawianie, wydawanie i ewidencjonowanie plombownic, referentek, przepustek samochodowych itp.,
- pielęgnacja roślin doniczkowych wewnątrz obiektów Instytutu,
- konserwacja terenów zielonych należących do Instytutu,
- utylizacja odpadów roślinnych,
- przygotowywanie i monitoring realizowanych umów: przygotowywanie umów i aneksów do nich, negocjowanie warunków umów, monitoring realizacji zawartych umów, wystawianie faktur.

Gospodarka mediami

1. Energia cieplna

IPCZD zasilany jest w energię cieplną z Miejskiej Sieci Ciepłowniczej. Posiada dwa przyłącza ciepłownicze. Parametry wody sieciowej to 125/80°C. Instytut posiada trzy węzły ciepłownicze grupowe c.o., c.w.u. i dwanaście węzłów ciepłowniczych budynkowych dla potrzeb ciepła technologicznego. Moc zamówiona w SPEC to 9 MW. System ciepłowniczy w zakresie ogrzewania budynków pracuje w podziale 40% ogrzewanie grzejnikami i 60% ogrzewanie poprzez system wentylacyjny. Długość wewnętrznej sieci ciepłowniczej wysokoparametrowej wynosi około 0,5 km. Rezerwowym źródłem energii cieplnej jest kotłownia olejowo-gazowa. W tej chwili do dyspozycji, jako rezerwa paliwowa jest olej opałowy. Umowa na dostawy paliwa gazowego do kotłowni została wypowiedziana. Ceny jednostkowe ustalone są według taryfy SPEC- Międzyzlesie. System ciepłowniczy wyposażony jest w układy zdalnego monitoringu i regulacji.

Tabela 5 Koszty zakupu energii cieplnej dla IPCZD.

Lp	Rok	Koszt w zł brutto
1	2012 (I – IX)	2 719 276
2	2011	4 133 656
3	2010	3 640 188

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z IPCZD.

2. Gaz ziemny

Gaz ziemny niskociśnieniowy kupowany jest z PGNiG. W rozliczeniach obowiązuje taryfa W-5. Gaz ziemny w ilości około 8500m³/m-c wykorzystywany jest jako paliwo w wytwornicy pary o wydajności ok. 400 kg pary dla potrzeb sterylizacji. Szczątkowo jest także używany do zasilania palników laboratoryjnych w budynkach A i B. W instalację gazu ziemnego wyposażone są budynki A, B i D. Roczne koszty zakupu paliwa gazowego przedstawiają się następująco:

Tabela 6 Roczne koszty zakupu paliwa gazowego

Lp.	Rok	Koszt w zł brutto
1	2012 (I – IX)	143 443
2	2011	195 319
3	2010	1 491 875
	UWAGA	W 2010 r. paliwo gazowe wykorzystywane było jako źródło energii własnej kotłowni gazowo-olejowej. Z tego powodu takie duże było jego zużycie w tym roku w stosunku do lat następnych.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z IPCZD.

3. Olej opałowy

Olej opałowy wykorzystywany jest jako źródło energii do wytwornicy pary w budynku G. Zakup odbywa się na podstawie umowy podpisanej w wyniku przeprowadzonego postępowania przetargowego zgodnie z ustawą z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych. Wytwornica pary ma moc około 1000 kg/h. Para produkowana jest dla potrzeb Działu Żywnienia. System zasilania w parę technologiczną pozwala w sytuacjach awaryjnych na zasilanie wzajemne sterylizacji i kuchni z dowolnej wytwornicy pary.

Tabela 7 Roczne koszty zakupu oleju opałowego

Lp.	Rok	Koszt w zł brutto
1	2012 (I – IX)	213 723
2	2011	226 339
3	2010	192 052

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z IPCZD.

4. Woda i ścieki

Instytut zasilany jest w wodę z własnego ujęcia wodnego. Posiada trzy studnie głębinowe, stacje przygotowania wody wodociągowej, dwa zbiorniki retencyjne i wodociąg zakładowy długości około 3 km. Uzdatniona woda wprowadzana jest do wodociągu i instalacji wodnych. Ścieki wytwarzane w Instytucie odprowadzane są do miejskiej sieci kanalizacyjnej za pośrednictwem ośmiu przykanalików. Średniomiesięczna ilość wytwarzanych ścieków to około 12 tys. m³. Instytut posiada wewnętrzną sieć kanalizacyjną długości około 2 km.

Tabela 8 Koszty odprowadzania ścieków

Lp.	Rok	Koszt w zł brutto
1	2012 (I – IX)	602 452
2	2011	701 105
3	2010	721 009

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z IPCZD.

5. Energia elektryczna

Energia elektryczna dostarczana jest do IPCZD przez RWE Polska S.A. do dwusekcyjnej (dwa kierunki) stacji 15 kV nr 9790. Rozliczenie odbywa się w grupie taryfowej B23 z tym, że cena za energię jest stała całodobowo. Moc umowna 2.000 kW, a średnie zużycie to około 1000 MWh/m-c w zależności od pory roku. Z rozdzielni 15kV zasilanych jest 12 transformatorów od 630 do 1000 kVA. W układzie elektroenergetycznym funkcjonuje 5 agregatów prądowców o łącznej mocy 1130 kVA oraz 5 UPS dużej mocy (gwarantujących bezprzerwywe zasilanie wydzielonych odbiorów) - 735 kVA.

Tabela 9 Koszty zużycia energii elektrycznej

L p	Rok	Koszt w zł brutto
1	2012 (I – IX)	3 314 557
2	2011	5 159 604
3	2010	4 719 089

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z IPCZD.

INFORMACJA WG DANYCH UZYSKANYCH Z IPCZD (STAN NA DZIEŃ 15.10.2012 ROKU)

Wnioski:

Na podstawie wyżej przedstawionych zestawień Zespół rekomenduje konieczność podjęcia przez IPCZD prób obniżenia w zakresie ponoszonych kosztów w szczególności energii elektrycznej i ciepłej. Efekt ten powinien być osiągnięty dzięki polityce racjonalizacji wykorzystania ich przez IPCZD np. poprzez ograniczenia dostawy ciepła nocą do obiektów nieużywanych w nocy oraz edukację pracowników w zakresie racjonalizowania postaw takich jak chociażby wyłączenie światła w pomieszczeniu, które pracownik opuszcza. Z obserwacji poczynionych w trakcie wizyt w IPCZD, Zespół stwierdza, że Instytut posiada w tym obszarze jeszcze duże rezerwy. Drugim sposobem obniżenia kosztów mediów powinno być podjęcie negocjacji w zakresie obniżenia ceny jednostkowej za dostarczane media.

Rekomendacje

Większość zadań realizowanych przez Dział Administracyjny, w którym zatrudnionych jest łącznie 26,50 etatu (wg stanu na dzień 1.10.2012 r. – dane z IPCZD) w zakresie sprzątnia, prania, ochrony obiektu, obsługi szatni, obsługi parkingów, utrzymania łączności, gospodarki odpadami, gospodarki mediami, dzierżawy i serwisu kserokopiarek, prac poligraficznych i reklamowych **ograniczają się do** koordynacji zawartych umów podwykonawczych. **W związku z powyższym Zespół proponuje rozważenie możliwości likwidacji tego Działu i włączenia realizowanych przez niego zadań w strukturę Działu Nadzoru Technicznego oraz dokonania redukcji zatrudnienia po przeprowadzonej w tym zakresie analizie, a dotyczącej w szczególności rozszerzenia obowiązków pracowników tego.** Ponadto Zespół wskazuje na konieczność przeprowadzenia **weryfikacji wszystkich umów podwykonawczych we wspomnianym wyżej zakresie** pod kątem merytorycznej zasadności, analizy rynku oraz skutkowi ekonomicznego z koniecznością uwzględnienia optymalizacji kosztów.

8.3. Obszar transportu

Działalność Działu Transportu polega na zapewnieniu pełnej obsługi wszystkich jednostek organizacyjnych IPCZD w zakresie transportu samochodowego, w tym przede wszystkim transportu sanitarnego.

Dział Transportu realizuje m.in. następujące zadania:

- **obsługa Izby Przyjęć** - Kierowcy w Izbie pracują 7 dni w tygodniu, przez 24 godziny na dobę, tj. 1 kierowca w godzinach 8.00-20.00, 1 kierowca w godzinach 20.00- 8.00 oraz od poniedziałku do piątku dodatkowo 1 kierowca w godzinach 8.00-16.00,
 - **transport krwi i składników krwiopochodnych,**
 - **obsługa transportu chorych Lotniczego Pogotowia Ratunkowego,**
 - **obsługa Kriobanku Homogennych Zastawek Serca** - W celu zapewnienia pełnej dyspozycyjności środków transportowych do dyspozycji pracowników Kriobanku jest przewidziany dodatkowo samochód marki Fiat Grande Punto,
 - **transport sanitarny wewnętrzny, transport pacjentów na/po leczeniu z/do domów oraz transport pacjentów na/po leczeniu z/do innych ośrodków i szpitali** - Transporty pacjentów w w/w obszarach swoim zasięgiem obejmują teren całego kraju.,
 - **obsługa Programu „EARNEST/CHOPIN, NUTRIMENTHE”**, transport pacjentów swoim zasięgiem obejmuje teren Warszawy i województwa mazowieckiego,
 - **obsługa pacjentów hemodializowanych Oddziału Dializ**, transport pacjentów, który swoim zasięgiem obejmuje teren Warszawy i województwa mazowieckiego,
 - **obsługa pacjentów objętych programem wentylacji domowej** - dotyczy transportu co dwa miesiące wyposażenia specjalistycznego do 34 pacjentów (dane zmienne) na terenie całego kraju,
 - **transport wyposażenia i worków żywieniowych dla pacjentów objętych programem żywienia pozajelitowego na terenie woj. mazowieckiego, łódzkiego, świętokrzyskiego i podkarpackiego.** Do obsługi tych przedsięwzięć przewidziane są 3 szt. pojazdów marki Renault Kangoo wyposażonych w agregaty chłodnicze umożliwiające utrzymanie temperatury przestrzeni ładunkowej na poziomie 2-8 st. C. W miesiącu realizowane są cotygodniowe transporty do 45 pacjentów,
 - **transport wyposażenia dla pacjentów objętych programem żywienia pozajelitowego i dojelitowego na terenie kraju** - Transporty pacjentów w w/w obszarach swoim zasięgiem obejmują teren całego kraju. Transporty te odbywają się do każdego pacjenta, co miesiąc lub co dwa miesiące, zgodnie z ustalonym harmonogramem.
- Reasumując, Dział Transportu realizuje dostawy preparatów, leków i materiałów opatrunkowych dla ok. 350 pacjentów (dane zmienne) objętych programami wentylacji domowej oraz żywienia dojelitowego i pozajelitowego (łącznie z transportem worków żywieniowych),
- **transport materiałów do badań** zleczanych przez kliniki w innych szpitalach i ośrodkach medycznych na terenie Warszawy. Jest to zamierzenie stałe realizowane od poniedziałku do piątku,

- **transport aparatury medycznej z/do naprawy oraz realizacja zleceń przewozowych nie medycznych** (gospodarczych) wszystkich komórek organizacyjnych Instytutu. Są to transporty przede wszystkim z Działu Aparatury Medycznej, Działu Księgowości, Działu Rozliczania Świadczeń, Apteki, Działu Sprzedaży, Działu Organizacji Pracy Klinicznej, Działu Administracyjnego, Działu Handlowego, Działu Nadzoru Technicznego. Transporty te realizowane są na terenie Warszawy,
- **obsługa Zespołu Transplantacyjnego**, czyli transport zespołu transplantacyjnego oraz **transport organów do przeszczepów oraz dawców i biorców**. Są to transporty realizowane zazwyczaj w systemie nie planowym (nie dotyczy przeszczepów tzw. rodzinnych) i swoim zasięgiem obejmują teren kraju. Do realizacji tych przedsięwzięć jest przewidziany dodatkowo samochód, marki Fiat Ulysse, uprzywilejowany w ruchu drogowym.

Do zabezpieczenia tych zadań w Dziale zatrudnionych jest **15 kierowców, dyspozytor** oraz Kierownik. Pracownicy pracują w równoważnym systemie czasu pracy w dwumiesięcznym okresie rozliczeniowym.

W zakresie sprzętu Dział Transportu w części dysponuje wyeksploatowanymi, ale sprawnymi technicznie pojazdami. W czerwcu 2012 r. zostały zakupione w formie leasingu 3 szt. samochodów sanitarnych na potrzeby transportów pacjentów objętych programami żywienia dojelitowego i pozajelitowego. Koszt zakupu pojazdów wyniósł 817.364,52 zł.

W dyspozycji Działu Transportu obecnie znajduje się:

- **12 szt. samochodów sanitarnych** wyposażonych w zestawy do tlenoterapii oraz ssaki medyczne. Dodatkowo 3 nowe pojazdy są wyposażone w instalacje i przetwornice umożliwiające pracę urządzeń medycznych wymagających w czasie jazdy napięcia 220V-230V,
- **4 szt. samochodów osobowych,**
- **3 szt. samochodów ciężarowych uprzywilejowanych w ruchu drogowym** (zakupione w maju 2012 r.) do obsługi transportu worków żywieniowych wykonywanych przez pracownię żywieniową. Koszt zakupu pojazdów wyniósł 288.899,98 zł.

Ponadto w dyspozycji Działu Transportu do końca września 2012 r. znajdował się użyczony przez Mazdę Poland samochód osobowy marki Mazda 5. Aktualnie Instytut dysponuje użyczonym przez BMW Polska samochodem osobowym BMW X1 uprzywilejowanym w ruchu drogowym.

Tabela 10 Wykaz pojazdów IPCZD

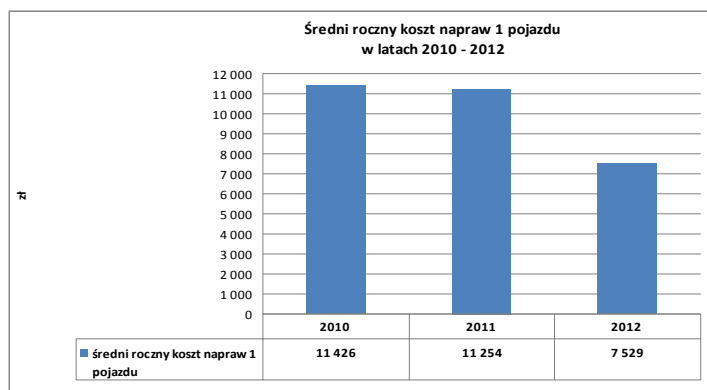
Lp	NR REJ.	MARKA POJAZDU	RODZAJ POJAZDU	POJEMNOŚĆ SILNIKA	ROK PROD.
SAMOCOHODY SANITARNE					
1	WTO 1695	RENAULT MASTER 2,5	specjalny-sanitarny	2499	2000
2	WTO 2367	RENAULT MST F35L	specjalny-sanitarny	2799	1999
3	WZA 602C	MERCEDES VITO	specjalny-sanitarny	2299	1996
4	WZV 0340	MERCEDES SPRINTER 208D	specjalny-sanitarny	2299	1996
5	WZV 2266	MERCEDES SPRINTER 208D	specjalny-sanitarny	2299	1995
6	WT 12294	VOLKSWAGEN LT - 35 TDI	sam. ciężarowy- karetka sanitarna	2799	2002
7	WT 36287	MERCEDES SPRINTER	specjalny-sanitarny	2148	2008
8	WT 38092	MERCEDES VITO 115 CDI	ambulans sanitarny	2148	2008
9	GD 286ES	PEUGEOT BOXER 435 L2H2 160	ambulans sanitarny	2999	2011
10	GD 341ES	PEUGEOT BOXER 435 L2H2 160	ambulans sanitarny	2999	2011
11	GD 287ES	PEUGEOT BOXER 435 L2H2 160	ambulans sanitarny	2999	2011
12	WT 23745	RENAULT TRAFIC	osobowy- mikrobus 9m	1870	2005
SAMOCOHODY OSOBOWE					
13	WB 49777	PEUGEOT 307 SW	osobowy	1997	2004
14	WT 21766	PEUGEOT PARTNER	osobowy	1868	2004
15	WT 44742	FIAT GRANDE PUNTO	osobowy	1368	2007
SAMOCOHODY CIĘŻAROWE					
16	WT 54962	RENAULT KANGOO	ciężarowy	1461	2012
17	WT 54981	RENAULT KANGOO	ciężarowy	1461	2012
18	WT 54982	RENAULT KANGOO	ciężarowy	1461	2012
POJAZDY INNE					
19	WT 26115	FIAT ULYSSE - Klinika Chirurgii	osobowy - mikrobus 7m	1997	2005
20	WY 3984 V	BMW X1	osobowy- pojazd używany	1995	2011

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z IPCZD.

Średni przebieg posiadanych samochodów sanitarnych to około 430 000 km (uwzględniając nowe karetki), a najstarsze 16 i 17 letnie karetki mają przebieg ponad 860 000 km. W samochodach osobowych średni przebieg to ponad 230 000 km. W 2010 r. Dział Transportu zrealizował **565 179 km** i dysponował budżetem w kwocie **1 361 938,19 zł.**, natomiast w 2011 r. zrealizował **573 484 km** i dysponował budżetem w kwocie **1 474 116,05 zł.** W okresie styczeń – wrzesień 2012 r. zrealizowano **508 168 km.** Wszystkie pojazdy Instytutu tankowane są bezgotówkowo w oparciu o karty flotowe na stacjach PKN ORLEN na podstawie umowy zawartej na okres do sierpnia 2013 r. lub do wyczerpania kwoty w wysokości 976 540,00 zł brutto. Ubezpieczenie pojazdów pod względem komunikacyjnym w zakresie OC, AC i NNW realizowane jest w TU GENERALI zgodnie z umową zawartą na okres 1 roku (15.07.2012 r. - 14.07.2013 r.) do kwoty 62 500,00 zł brutto.

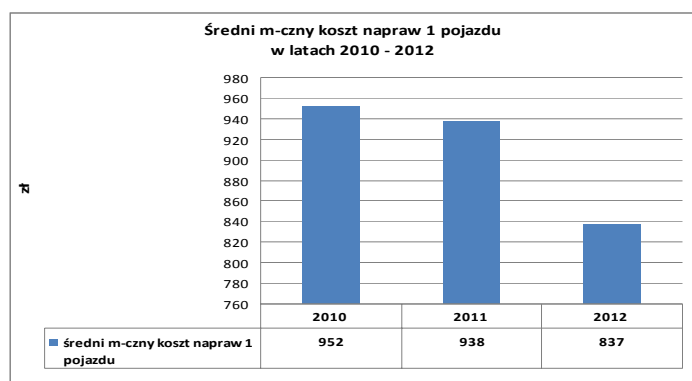
W celu zabezpieczenia transportu pacjentów na potrzeby radioterapii Oddziału Onkologii, Instytut posiada umowę zawartą do października 2014 r. na kwotę 162 864 zł brutto. Sporadycznie Instytut wykorzystuje lokalne Stacje Pogotowia Ratunkowego w celu zabezpieczenia transportu dawców i biorców do przeszczepów realizowanych w Instytucie. Utrzymanie w prawidłowym stanie technicznym bazy transportu sanitarnego w IPCZD rocznicę generuje koszt ok. 1 mln zł.

Wykres 6 Średni roczny koszt napraw 1 pojazdu w latach 2010-2012



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z IPCZD.

Wykres 7 Średni miesięczny koszt napraw 1 pojazdu w latach 2010-2012



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z IPCZD.

INFORMACJE WG DANYCH UZYSKANYCH Z IPCZD (STAN NA DZIEŃ 15.10.2012 ROKU)

Wnioski:

W wyniku dokonanej analizy kosztów transportu realizowanego przez IPCZD w porównaniu do szacunkowych kosztów usługi outsourcingu tego zakresu zadań, można wywnioskować, iż **koszty generowane przez zasoby własne są niższe niż koszty zlecenia tej usługi innemu Wykonawcy o ok. 300 tys. rocznie**. Do obliczenia szacunkowych kosztów usługi outsourcingu przyjęto średnią stawkę za km = 4 zł (wg cen rynkowych), średnia miesięczna liczba km = 53.443 (dane z IPCZD). Jednakże w długoletniej perspektywie konieczne będzie poniesienie kosztów związanych z inwestycją w odnowienie floty transportowej.

Tabela 11 Koszty Działu Transportu IPCZD

RAZEM KOSZTY DZIAŁU TRANSPORTU IPCZD						
Kod	Rodzaje kosztów	Koszty Bezpośrednie	Koszty Pośrednie Rozliczone	Koszty Całkowite	Średnie koszty za 1 m-c	Symulacja za 12 m-cy 2012
00	Amortyzacja	87 271	10 323	97 594	10 844	130 126
10	Zużycie materiałów	426 601	6 339	432 940	48 104	577 254
11	Zużycie energii	2 311	22 524	24 836	2 760	33 114
20	Usługi remontowe	0	856	856	95	1 141
21	Usługi transportowe	2 898	0	2 898	322	3 864
29	Pozostałe usługi obce	358 374	6 138	364 512	40 501	486 015
30	Wynagrodzenia	485 990	88 884	574 875	63 875	766 500
31	Ubezpie. społ. i inne świadc. prac.	112 468	31 643	144 111	16 012	192 147
40	Podatki i opłaty	25 819	590	26 409	2 934	35 212
87	K. Alokowane / Przeksięgowywane	0	360	360	40	480
88	Pozostałe koszty	29 881	0	29 881	3 320	39 841
	Razem dla Ośrodka	1 531 613	167 658	1 699 271	188 808	2 265 695
SZACUNKOWY KOSZT - WYKONAWCA ZEWNĘTRZNY (metodologia cena 4 zł za km, m-czna liczba km = 53.443)						2 565 285
RÓŻNICA						-299 590

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z IPCZD.

Rekomendacje:

Biorąc pod uwagę, że koszty generowane przez zasoby własne są niższe niż koszty zlecenia tej usługi innemu Wykonawcy szacunkowo o ok. 300 tys. rocznie, racjonalnym jest pozostawienie Działu Transportu w obecnym kształcie.

8.4. Obszar żywienia

Podstawowym zadaniem Działu Żywienia jest zabezpieczenie żywienia pacjentów IPCZD oraz produkcja i sprzedaż posiłków zarówno dla pracowników Instytutu i jak innych klientów.

➤ Sekcja Kuchni Centralnej

1. Produkcja oraz dystrybucja posiłków dla pacjentów Instytutu powyżej pierwszego roku życia.
2. Przygotowywanie i monitoring realizowanych umów: negocjowanie warunków umów, przygotowywanie umów i aneksów do nich, monitoring realizacji zawartych umów, wystawianie faktur.
3. Prowadzenie dokumentów GHP/GMP oraz dokumentacji HACCP.
4. Przygotowywanie informacji na potrzeby wewnętrzne IPCZD w zakresie działalności żywienia.
5. Opracowywanie materiałów i dokumentacji w zakresie przepisów sanitarno-epidemiologicznych.
6. Współpraca we wdrażaniu systemu zarządzania jakością w zakresie żywienia szpitalnego.
7. Monitoring zagadnień prawnych w zakresie żywienia zbiorowego w szpitalu.
8. Cykliczne szkolenia personelu w zakresie stosowania środków chemicznych.
9. Cykliczne szkolenia personelu w zakresie utrzymania higieny osobistej pracowników oraz higieny na stanowisku pracy.
10. Comiesięczne przygotowywanie sprawozdań finansowych dot. żywienia pacjentów.

➤ **Sekcja Kuchni Mlecznej**

1. Produkcja posiłków dla pacjentów Instytutu poniżej pierwszego roku życia.
2. Udzielanie porad w zakresie żywienia noworodków i niemowląt.
3. Przygotowywanie i monitoring realizowanych umów: negocjowanie warunków umów, przygotowanie umów i aneksów do nich, monitoring realizacji zawartych umów, wystawianie faktur.
4. Prowadzenie dokumentów GHP/GMP oraz dokumentacji HACCP.
5. Opracowywanie materiałów i dokumentacji w zakresie przepisów sanitarno-epidemiologicznych.
6. Współpraca we wdrażaniu systemu zarządzania jakością w zakresie żywienia szpitalnego.
7. Cykliczne szkolenia personelu w zakresie stosowania środków chemicznych.
8. Cykliczne szkolenia personelu w zakresie utrzymania higieny osobistej pracowników oraz higieny na stanowisku pracy.
9. Comiesięczne przygotowywanie sprawozdań finansowych dot. żywienia pacjentów.

➤ **Sekcja Dietetyki**

1. Przygotowywanie jadłospisów dla pacjentów IPCZD zgodnych z zaleceniami Instytutu Żywności i Żywienia oraz zaleceniami lekarzy prowadzących.
2. Wsparcie bieżących potrzeb w Klinikach i Oddziałach związanych z żywieniem i dietetyką.
3. Obsługa pacjentów IPCZD w zakresie żywienia i dietetyki.
4. Prowadzenie szkoleń dla opiekunów pacjentów Instytutu.

➤ **Sekcja Bufetów**

1. Produkcja oraz sprzedaż posiłków dla klientów bufetów.
2. Produkcja oraz sprzedaż posiłków regeneracyjnych dla uprawnionych do tego pracowników IPCZD.
3. Obsługa konferencji, sympozjów oraz prowadzenie działalności cateringowej w zakresie gastronomii.
4. Comiesięczne przygotowywanie dla kierownictwa IPCZD sprawozdań finansowych dotyczących sprzedaży w bufetach.
5. Prowadzenie dokumentów GHP/GMP oraz dokumentacji HACCP.
6. Opracowywanie materiałów i dokumentacji w zakresie przepisów sanitarno-epidemiologicznych.
7. Cykliczne szkolenia personelu w zakresie stosowania środków chemicznych.
8. Cykliczne szkolenia personelu w zakresie utrzymania higieny osobistej pracowników oraz higieny na stanowisku pracy.

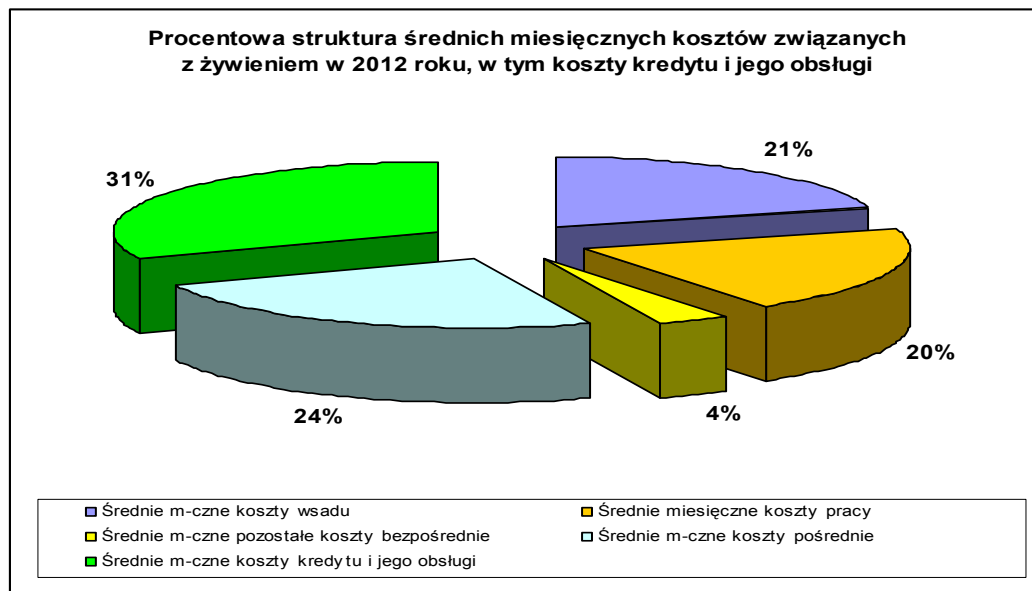
łącznie kuchnia prowadzi 89 diet oraz diety indywidualne na specjalne zlecenie lekarza.

łącznie w Dziale zatrudnionych jest **65 pracowników** (w tym 2 osoby nieaktywne), pracujących w 2-miesięcznym okresie rozliczeniowym. Dla wszystkich pracowników Działu Żywności z wyłączeniem zatrudnionych na stanowisku dietetyków, obowiązuje norma dobowo 8 godzin i przeciętnie 40 godzin w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy.

W 2007 roku IPCZD pozyskał środki na finansowanie inwestycji pt. „**Modernizacja systemu żywienia**” w ramach kredytu inwestycyjnego na kwotę **12 mln zł** wyłonionego w drodze postępowania

przetargowego. Z uzyskanych informacji wynika, że do 2017 roku będą dokonywane spłaty tego zobowiązania.

Wykres 8 Procentowa struktura średnich miesięcznych kosztów związanych z żywieniem w 2012 roku w IPCZD



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z IPCZD.

Z przedstawionych danych wynika, że w relacji do obecnej liczby żywionych pacjentów średni dobowy całkowity koszt wyżywienia pacjenta jest bardzo wysoki i wynosił w 2012 r. 31 zł. Na koszt ten składa się: koszty pracy oraz koszty pośrednie, a koszty kredytu i jego obsługi związane z inwestycją w Kuchnię dodatkowo go podwyższają. Zespół jednoznacznie negatywnie ocenia podjętą decyzję zarządczą dotyczącą inwestycji w przedmiotowym zakresie. Ocena negatywna związana jest z bardzo istotnym podrożeniem kosztów żywienia w Instytucie oraz bardzo wysokim dobowym kosztem tego żywienia względem ceny, jaką można uzyskać w procedurze przetargowej na outsourcing. Dla przykładu, cena jednostkowa w Centrum Onkologii w Warszawie uzyskana w procedurze przetargowej pod koniec 2012 roku wynosi zdecydowanie mniej, tj. 12,20 zł brutto.

INFORMACJA WG DANYCH UZYSKANYCH Z IPCZD (STAN NA DZIEŃ 15.10.2012 ROKU)

Wnioski:

Z przedstawionych danych wynika, iż średnie miesięczne koszty żywienia w IPCZD w 2012 roku wyniosły ok. 430.899 zł. Największy udział w tej kwocie mają koszty kredytu i jego obsługi związane z inwestycją w Kuchnię, tj. ok. 31%. Koszty zatrudnienia w kuchni stanowią 20%, a koszty wsadu jedynie 21% ogółu kosztów związanych z żywieniem.

Rekomendacje:

W związku z obowiązkiem spłaty kredytu do 2017 roku Zespół rekomenduje, aby obniżenie kosztów żywienia, poza głęboką restrukturyzacją kuchni, osiągnąć dzięki wykorzystaniu potencjału Działu Żywienia poprzez rozszerzenie zakresu tej działalności pomocniczej dla innych szpitali i instytutów.

Takie rozwiązanie pozwoli na uzyskanie przez IPCZD dodatkowych przychodów, jak również obniży jednostkowy koszt wytworzenia usługi, co spowoduje, w efekcie końcowym, obniżenie kosztów żywienia w IPCZD.

W wyniku przeprowadzonej analizy mocy przerobowych Kuchni IPCZD oszacowano, iż wykorzystując obecne zasoby kadrowe i rzeczowe, możliwy byłby wzrost produkcji posiłków Kuchni o ok. 50%. W celu skrócenia okresu zwrotu zainwestowanego kapitału założono wzrost produkcji o 50% od roku 2013. Przychody z tego tytułu wzrosłyby szacunkowo o ok. 950.000 zł w skali roku. Szacuje się, iż założenie to skróciłoby okres zwrotu inwestycji o ok. 4 lata. Ponadto Zespół zwraca uwagę, iż możliwe jest jeszcze obniżenie kosztów wsadu poprzez wprowadzenie nowych ujednoliconych norm żywienia chorych zgodnie ze specyfikacją danej jednostki i zaleceniami żywieniowymi oraz renegocjacją umów na produkty spożywcze z wykorzystaniem efektu skali, dzięki bezwzględnemu wzrostowi ilości przygotowywanych posiłków.

8.5. Podsumowanie rekomendacji dla obszaru infrastruktury

Zespół stwierdza, że zadania w analizowanej części obszaru infrastruktury są rozproszone na poszczególne komórki organizacyjne, które realizują je z uwzględnieniem jedynie swoich bieżących potrzeb bez uwzględnienia koordynacji i weryfikacji z elementami całościowymi. Efektem tej sytuacji jest brak jednolitych zasad, elementów nadzoru oraz odpowiedzialności za wykonywanie działań w poszczególnych zakresach dotyczących procesów organizacyjnych.

Nie istnieje proces tworzenia, obiegu i przechowywania dokumentów, nie funkcjonuje w tym zakresie żaden nadzór nad wykonywaniem zadań organizacyjnych, a idąc dalej efektów planowania operacyjnego. Można zaobserwować ewidentną koncentrację na jednostkach, stanowiskach, czy funkcjach, nie na procesach, przez co realizacja zadań postrzegana jest, jako suma, bardziej lub mniej efektywnych działań poszczególnych osób, a nie jako wypadkowa wyników w łańcuchu procesów. Takie podejście nie sprzyja koncepcji mapy procesów zachodzących w organizacji, która została opracowana, ale najwidoczniej niewdrożona przez IPCZD.

Ponadto można zauważyć brak funkcjonalnej, adekwatnej i skutecznej kontroli zarządczej w zakresie:

- delegowania uprawnień,
- określenia celów, zadań, monitorowania ich oceny i realizacji,
- identyfikacji i analizie ryzyka,
- ciągłości działania,
- cech organizacji „uczącej się”,
- komunikacji wewnętrznej i zewnętrznej,
- kwalifikacji i kompetencji zawodowych.

Zdaniem Zespołu nakreślone powyżej rozproszenie zadań organizacyjnych w obszarze infrastruktury technicznej i logistyki spowodowane jest szeregiem niekorzystnych czynników przejawiających się m.in.:

- brakiem jasnego określenia zadań i podziału pracy, co prowadzi nieraz do powielania zadań, podobnie brakiem określonego wskazania osób odpowiedzialnych za ich realizację,

- brakiem wykwalifikowanej kadry,
- kosztami utrzymania dublujących się stanowisk pracy,
- powstawaniem negatywnej rywalizacji, konkurencji w zakresie kadrowym i kompetencyjnym oraz problemem społecznym w postaci zasiedzenia, zdemotywowania pracowników, co przekłada się na trudności w spójnej realizacji zadań oraz utrudnioną współpracę z komórkami organizacyjnymi,
- brakiem przejrzystej polityki płacowej oraz jasnych kryteriów wynagradzania przekładającego się na likwidację dysproporcji płacowych,
- brakiem nadzoru nad prawidłowym gromadzeniem i przechowywaniem dokumentów; przypadkowość i problemy z kompletnością dokumentacji, czego efektem jest nieład,
- brakiem możliwości wykorzystania posiadanego potencjału pomieszczeń, sprzętu i aparatury oraz niedostatecznymi funduszami na rozbudowę infrastruktury w obiektach oraz dostatecznego wyposażenia kolejnych obszarów itd., z uwzględnieniem restrykcyjnego egzekwowania przepisów sanitarno-epidemiologicznych,
- brakiem jasnych procedur z zakresu zakupu, przyjmowania, ewidencji, napraw i kasacji sprzętu i aparatury medycznej,
- zaniedbaniami w zakresie koordynacji umów serwisowych.

W związku z zebranymi danymi, w celu poprawy funkcjonalności i organizacji pracy oraz porządkowania zaszczości organizacyjno- prawnych w obszarze infrastruktury technicznej i logistyki przeprowadzona powinna zostać szczegółowa analiza oraz audyt wewnętrzny.

Następstwem tego winno być opracowanie nowego rozdziału i układu procesów, zadań i kompetencji, które powinny skutkować odtworzeniem struktury podległej Z-cy Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych.

9. OBSZARY CONTROLLINGU I BUDŻETOWANIA ORAZ FUNKCJI SPRZEDAŻY

9.1 Controlling i budżetowanie

W przedstawionych przez IPCZD dokumentach podstawowym instrumentem, który Instytut zamierzał zastosować dla poprawy swojego wyniku finansowego był controlling i budżetowanie poszczególnych komórek organizacyjnych. W wyniku zebranych materiałów oraz po przeprowadzonych rozmowach, mimo ustnych deklaracji o zastosowaniu tego instrumentu zarządczego Zespół stanowczo stwierdza, iż do grudnia 2012 roku nie zostały zbudowane założenia do controllingu i budżetowania oraz nie zostały wdrożone narzędzia w tym zakresie.

Brak przepływu informacji pomiędzy Kierownictwem IPCZD, a Klinikami

W tym zakresie należy zwrócić uwagę na fakt, że:

- Zespołowi nie przedstawiono żadnych dokumentów, ani informacji potwierdzających zastosowanie budżetów przychodowo-kosztowych z określeniem oczekiwanego wyniku finansowego dla żadnej z komórek medycznych lub niemedycznych,

- niewystarczające dla skutecznego wdrożenia takiej formy zarządzania, w ocenie Zespołu, szkolenia oraz przekazywanie informacji poszczególnym komórkom medycznym przez Z-cę Dyrektora ds. Klinicznych IPCZD, bądź osoby przez niego delegowane do tego celu. Zespół stwierdził brak przekazywania precyzyjnej informacji o nałożonych zadaniach, ujętych w formę precyzyjną (kwantyfikowalną) i wyrażoną w wartości pieniądza (budżet), wartości kontraktów z NFZ (wraz ze zmianami zachodzącymi w danym okresie) i zastosowania polityki kosztowej adekwatnej do możliwych do osiągnięcia przychodów,
- brak stałego przekazywania osiągniętych, w poszczególnych obszarach, wyników (przychody i koszty) oraz porównywania ich z wcześniej ustalonymi planami (budżetami),
- brak aktywnego angażowania Kierowników komórek organizacyjnych, w szczególności Kierowników komórek medycznych, w proces szacowania poziomu możliwego i koniecznego ekonomicznie pozyskania przychodu, dostosowywania do niego poziomów poszczególnych kosztów, głównie osobowych i bezpośrednich oraz analizowania i podejmowania działań zarządczych w realizacji usługi medycznej,
- brak oparcia poziomu poboru materiałów i zlecenia usług w stosunku do przyjętych założeń finansowych dla danej komórki,
- dużą decentralizację zarządzania i samodzielność Kierowników Klinik nieopartą na ustaleniach i zgodności z założeniami strategicznymi oraz operacyjnymi Kierownictwa IPCZD.

Zespół negatywnie ocenia dotychczasową komunikację Kierownictwa IPCZD z Kierownikami Klinik dotyczącą ustalenia wysokości kontraktu z NFZ na dany rok, rodzaju i zakresu świadczeń nim objętych. Z informacji uzyskanych od kadry kierowniczej komórek medycznych wynika jednoznacznie, że do 2012 roku nie znali oni zawieranych na dany rok budżetowy wysokości swoich kontraktów, czego konsekwencją był brak przekazu o oczekiwanym celu do zrealizowania przez jednostkę w danym roku i planowanej strukturze świadczeń medycznych. W ocenie Zespołu przekazywane z wyprzedzeniem i na bieżąco informacje o wartościach finansowych umów na świadczenia jest warunkiem koniecznym dla racjonalnego prowadzenia działalności medycznej przez IPCZD. Pozwala to bowiem na szybkie podejmowanie decyzji zarządczych w oparciu o uzyskane informacje. Natomiast w IPCZD Kierownicy Klinik, nie posiadając wiedzy dotyczącej wysokości zakontraktowanych usług na dany rok, sami deklarowali przewidywaną przez siebie wartość przychodu, jaki planują osiągnąć w danym okresie. Sytuacja taka stała w sprzeczności ze stanem faktycznym wynikającym z zawartych umów i w konsekwencji z brakiem racjonalności polityki finansowej polegającej na dostosowaniu w sposób najbardziej zbliżony do optymalnego modelu kosztów do planowanych przychodów. Podobna sytuacja odnosiła się także do ustalania poziomu kosztów, a w konsekwencji dawało to brak wypracowywania między Kierownictwem IPCZD a Kierownikami Klinik podstawowej informacji, jaką jest oczekiwany na koniec danego okresu wynik finansowy. Kluczowe jest, z punktu widzenia stosowania narzędzia controllingu i budżetowania, zaangażowanie osoby Kierownika Kliniki w znajomość i współtworzenie całego budżetu dla danej komórki zadaniowej. Dodatkowo w zakresie kosztów pośrednich, dla optymalizacji kosztów planowanych w jego komórce organizacyjnej, Kierownik Kliniki powinien stać się automatycznym sprzymierzeńcem Dyrektora IPCZD w zakresie restrukturyzacji kosztów komórek usługowych, działających na rzecz komórek zadaniowych.

Zespół wskazuje, że stosowany w Instytucie cennik wewnętrzny nie zapewnia optymalizacji takich komórek jak radiologia, co w połączeniu z brakiem znajomości cen stosowanych przez podmioty zewnętrzne np. w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, nie sprzyja tworzeniu mechanizmów obniżania kosztów pośrednich przypisanych do poszczególnych komórek zadaniowych.

Poddając analizie wysokości kontraktów na świadczenia lecznicze realizowane w IPCZD - planowane przychody roczne - z faktyczną działalnością leczniczą Instytutu (liczba leczonych pacjentów zarówno w trybie hospitalizacji, jak i ambulatoryjnym) Zespół stwierdza, że przy takim podejściu brak jest możliwości wprowadzenia racjonalnych mechanizmów optymalizacji kosztów do osiągniętych przychodów. Realizowanie części świadczeń leczniczych, które mogły być wykonane z powodzeniem w innych szpitalach, o niższym potencjale kadrowym i sprzętowym, należy ocenić negatywnie. Faktycznie realizacja tych świadczeń następowała kosztem innych możliwych procedur medycznych, również gwarantujących przychód przy lepszym wykorzystaniu bardzo dużego potencjału kadrowego i sprzętowego, jakim dysponuje IPCZD. Taka postawa uniemożliwia racjonalność kosztową w jakimkolwiek obszarze. Brak dostosowania się do realiów rynku stał w sprzeczności z polityką kadrową, doprowadzając do przerostu zatrudnienia w wielu obszarach funkcjonowania IPCZD.

Istotnym elementem był również obserwowany przez ekspertów możliwy pobór wszystkich materiałów medycznych, leków, sprzętu medycznego, zgłaszanych napraw, usterek, w praktyce bez jakiegokolwiek nadzoru i ograniczeń. Niepokój Zespołu wzbudził również fakt, iż przytoczone powyżej mechanizmy, doprowadzające do narastania ujemnego wyniku finansowego, odbywały się bez jakichkolwiek analiz prawidłowości generowania kosztów przez poszczególne komórki. W Instytucie brak jest danych analitycznych dotyczących zarówno asortymentowego, jak i kwotowego zużycia, na przykład leków, sprzętu jednorazowego użycia, rękawic medycznych, materiałów opatrunkowych, ilości zleczanych badań laboratoryjnych i diagnostycznych w powiązaniu z ilością oraz rodzajem leczonych chorych. Nie wykonywano nie tylko wysublimowanych analiz w powiązaniu z wykonywanymi procedurami medycznymi, ale brak było również prostych, statystycznych zestawień, takich jak chociażby liczba zużytych par rękawic na jednego pacjenta na jeden dzień, koszt leku na jednego pacjenta na jedną hospitalizację, koszt badań laboratoryjnych przypadających na jednego pacjenta w trakcie jednej hospitalizacji, itp.

Brak przepływu informacji i współpracy pomiędzy administracją IPCZD, a Klinikami

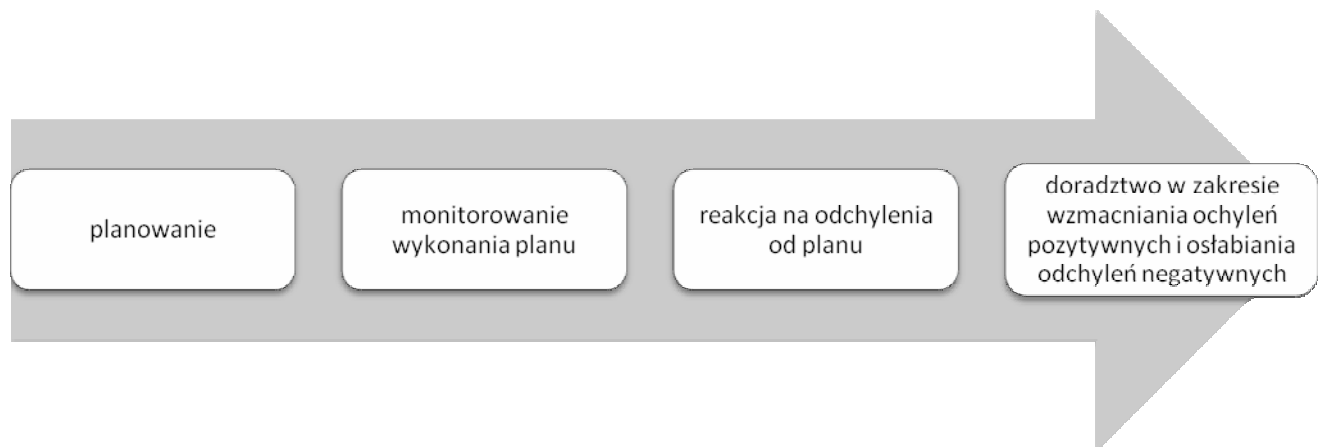
Zespół wskazuje, że jedną z przyczyn braku podstawowej informacji zarządczej dla Kierowników Klinik jest brak zrozumienia realizacji zadań zarządczych oraz celów realizowanych przez administrację IPCZD, przynajmniej u części Kierowników Klinik. W ogólnym zarysie, strategiczne zarządzanie Instytutem jest utrudnione w sytuacji, gdy pion Medyczny oraz pion Administracyjny działają w oderwaniu od siebie, nie do końca znając ich rolę w jednostce i konieczność wzajemnej komunikacji. Komunikacja ta powinna być oparta na wymianie informacji w obszarze danych medycznych i finansowych. Należy również zwrócić uwagę, iż prawidłowość prowadzenia statutowej działalności IPCZD powinno opierać się na zrozumieniu „służebnej” roli jaką administracja powinna spełniać dla jego działalności naukowej i medycznej. Ponadto w wielu obszarach administracji IPCZD następuje powielanie funkcji i zadań, co wpływało negatywnie na możliwość współpracy z komórkami zadaniowymi. Brak jest w Instytucie

struktury organizacyjnej w obszarze odpowiedzialnym za budżetowanie i controlling, a funkcje te są całkowicie rozproszone na oddzielne kompetencyjne działy administracyjne. Powoduje to, iż żadna komórka administracyjna nie integruje danych z wielu obszarów takich jak, w szczególności: medycyna, statystyka, sprzedaż, koszty i poprzez to nie tworzy analiz controllingowych, które stanowiłyby wsparcie Klinik w bieżącym podejmowaniu decyzji zarządczych. Daje się również zauważyć zjawisko „szumu informacyjnego”, poprzez generowanie informacji tego samego rodzaju w różnych Działach lub na podobnych stanowiskach, często umiejscowionych w różnych pionach w strukturze organizacyjnej IPCZD.

Podsumowując, należy stwierdzić, iż w IPCZD nie funkcjonuje zaplanowany i sformalizowany obszar zajmujący się zadaniami controllingu i budżetowania, a w dotychczasowym funkcjonowaniu utrudniony jest nawet przepływ podstawowych informacji w układzie Kierownictwo – Kliniki, Administracja – Kliniki. Oznacza to, iż osiągnięte efekty działania w zakresie realizacji usług medycznych nie stanowią podstawy do podejmowania decyzji na kolejne okresy przez komórki realizujące te usługi, a zbierane informacje przez administrację są wykorzystywane jedynie do jej zadań lub na potrzebę Dyrekcji, a nie Kierowników Klinik.

Rekomendacje:

W zakresie controllingu i budżetowania konieczne jest stworzenie kompleksowego systemu w formie sformalizowanej i opartej na jasnym podziale obowiązków, kompetencji i odpowiedzialności.



System powinien opierać się na następujących zasadach:

1. Przygotowanie IPCZD do wdrożenia systemu controllingu i budżetowania:

- stworzenie nowego planu kont, określającego miejsca powstawania kosztów, jasnego systemu rodzajów kosztów i przychodów oraz odpowiedniego przypisania przychodów i kosztów do komórek organizacyjnych,
- wyznaczenie centrum zysku i centrum kosztów w oparciu o strukturę organizacyjną,
- stworzenie systemu informacyjnego w oparciu o posiadane zasoby informatyczno-systemowe oraz pozasystemowe,
- przeszkolenie personelu w zakresie zasad controllingu.

2. Wdrożenie systemu:

- opracowanie planu budżetowego dla całego IPCZD,

- opracowanie i wdrożenie budżetów przychodowo-kosztowych wraz z wynikiem finansowym dla poszczególnych centrów budżetowych,
- wdrożenie budżetów w komórkach organizacyjnych.

3. Prowadzenie systemu:

- stała i comiesięczna analiza planu budżetów wraz z wykonaniem w danym okresie i ustalenie poziomu odchyień od planu,
- analiza odchyień i ustalenie ich przyczyn oraz wpływu na dalszą realizację budżetów oraz potrzeby wprowadzenia działań zarządczych,
- doradztwo kierownikom komórek organizacyjnych w podejmowaniu decyzji korygujących.

9.2. Organizacja obszaru sprzedaży

Za nieuzasadnione Zespół uznaje rozproszenie w strukturze IPCZD szeroko rozumianego obszaru sprzedaży w różnych Działach, a nawet pionach. Wprowadzanie rozróżnienia przedmiotowo-podmiotowego rozliczeń (nauka, świadczenia niemedyce, medyczne, świadczenia rozliczane z NFZ i MZ) oraz komórek organizacyjnych je realizujących powoduje:

- skomplikowanie procesu sprzedaży i rozproszenie odpowiedzialności za jego poprawność,
- brak zapewnienia „szczelności” sprzedaży,
- rozbudowę etatową administracji,
- brak jednolitej polityki w tym obszarze oraz możliwości całościowego analizowania i zarządzania.

Obowiązujący tryb zbierania danych sprzedażowych przez pracowników administracyjnych w konfrontacji z wynikami funkcjonowania Instytutu w ostatnich latach wskazuje na nieefektywność takiego rozwiązania. Przygotowanie danych rozliczeniowych i sprzedażowych w różnych pionach Instytutu wydaje się sprzeczne z istotą niezbędnej spójności zarządczej i jest przejawem braku zrozumienia zadań pomiędzy poszczególnymi pionami.

Ponadto w związku z brakiem „zintegrowanego” systemu informatycznego, dane dotyczące poszczególnych obszarów sprzedaży przygotowane są w formie zgrywania informacji w różnych miejscach szpitala (taką informację przekazał Zespołowi Kierownik Działu Sprzedaży IPCZD). Na zadane przez członków Zespołu pytania, czy Dyrektor, Z-ca Dyrektora, albo jakakolwiek komórka organizacyjna, weryfikuje rzetelność i szczelność sprzedaży, Zespół uzyskał odpowiedź negatywną. **Należy zatem stwierdzić, iż Instytut nie kontroluje i nie jest w stanie określić, czy wszystkie wykonane świadczenia we wszystkich rodzajach są ewidencjonowane i w całości przedstawiane płatnikom do sfinansowania (jak np. NFZ, MZ).** W trakcie wizyty w IPCZD Członków Zespół, w grudniu 2012 roku, pojawiła się firma odpowiedzialna za wdrożenie systemu informatycznego, przedstawiając po raz pierwszy wstępną propozycję narzędzia informatycznego do przeprowadzenia analizy zarządczej. Jednak planowane funkcjonalności nie przewidywały np. możliwości wygenerowania raportu porównującego liczbę leczonych i wypisanych pacjentów w systemie statystyki medycznej z liczbą leczonych i wypisanych pacjentów sprawozdawanych do rozliczenia z płatnikiem. W konsekwencji negatywnie należy ocenić sposób i nadzór sprawowany nad funkcją sprzedaży, w tym kontrolę, czy wszystkie świadczenia realizowane w Instytucie zostały skutecznie zidentyfikowane i poprawnie rozliczone. Dotyczy to zarówno roku 2012, jak i wszystkich poprzednich lat. Mając na uwadze sytuację finansową Instytutu

zwracamy uwagę, że weryfikacja danych sprzedażowych z poprzednich lat jest szansą na poszukiwanie środków finansowych, a funkcja kontrolna w obszarze szczelności sprzedaży powinna być zasadą dobrego zarządzania. Przyjęty w IPCZD sposób rozliczania świadczeń, w tym w szczególności świadczeń z NFZ, co do zasady, stoi w sprzeczności z zastosowaniem elementów budżetowania i controllingu. Jeżeli za wynik finansowy i realizację zadań przychodowych oraz kosztowych w części decentralizacji zarządzania odpowiedzialny powinien być Kierownik Kliniki, to również w jego kompetencji i bezpośrednim nadzorze powinien być realizowany w Klinice obszar sprzedaży.

Podsumowując, należy stwierdzić, iż proces sprzedaży nie jest traktowany jako jeden obszar zarówno w zarządzaniu, jak i w strukturze organizacji. Poszczególne Działy, stanowiska w Działach administracyjnych lub medycznych realizują wydzielone zadania w tym obszarze, bez jednoznacznie określonej polityki w tym zakresie, jasnych procedur realizacji, współpracy, a także bez określonego jednolitego nadzoru nad obszarem i brakiem całościowej funkcji planistyczno-analitycznej sprzedaży. W szczególności, należy zwrócić uwagę na następujące wady:

- **rozbicie na piony - poszczególne funkcje sprzedaży rozbite są między dwoma pionami, a głównie pionem Dyrektora Naczelnego i Dyrektora ds. Klinicznych. Powoduje to niejednolite zarządzanie w tym zakresie i brak tworzenia jasnej i spójnej podległości na poziomie rozproszonych komórek organizacyjnych. Uniemożliwia to prowadzenie funkcji sprzedaży, jako jednolitego i ciągłego procesu, który rozpoczyna się od zarejestrowania pacjenta, a kończy na uzyskaniu środków finansowych za zrealizowaną usługę od określonego płatnika,**
- **wielość komórek organizacyjnych - w obecnej strukturze organizacyjnej oraz zadaniach, które są do niej przypisane, funkcją sprzedaży zajmuje się, w całości lub w części swoich zadań, wiele komórek organizacyjnych. Jest to przede wszystkim siedem działów/zakresów, z których cztery realizują faktyczny obszar sprzedaży i marketingu, a trzy ewidencji świadczeń i dokumentacji medycznej, która stanowi podstawę potwierdzającą realizację określonego świadczenia medycznego i niemedyceznego. Oznacza to, iż zarówno sam proces, jak i jego dwie części składowe realizowane są przez kilka komórek przy czym zakres zadań między komórkami jest podzielony w sposób utrudniający jednolite działanie, komunikację i całościowe zarządzanie tymi obszarami. Wpływa to też na etatyzację w tych Działach oraz elastyczność wykorzystania zasobów ludzkich w zakresie zmienności obciążenia pracą. Uwzględniając to w tych dwóch obszarach panuje nieład organizacyjny i kompetencyjny,**
- **rozproszenie organizacyjne – Zespół zwraca również uwagę na fakt braku jednolitej struktury zarządzania personelem zatrudnionym na stanowiskach medycznych, które są przypisane do poszczególnych komórek organizacyjnych. Mimo, że w swoich funkcjach obsługują te komórki to jednak w dużym stopniu są odpowiedzialne za ewidencję danych medycznych, które stanowią podstawę do rozliczenia usług medycznych. Taka struktura powoduje brak jednolitych wzorców postępowania, trudność w nadzorze nad realizacją funkcji sprzedaży oraz brak koordynacji i komunikacji w działaniach z innymi Działami,**
- **nadetatyzacja - analizując zatrudnienie w poszczególnych Działach oraz ujmując liczbę etatów, które w całości lub w części są dedykowane funkcji sprzedaży, należy stwierdzić bardzo znaczącą**

nadetatyzację, która głównie odnosi się do stanowisk sekretarek medycznych rozproszonych i przypisanych do poszczególnych oddziałów, poradni i zespołów medycznych.

Rekomendacje:

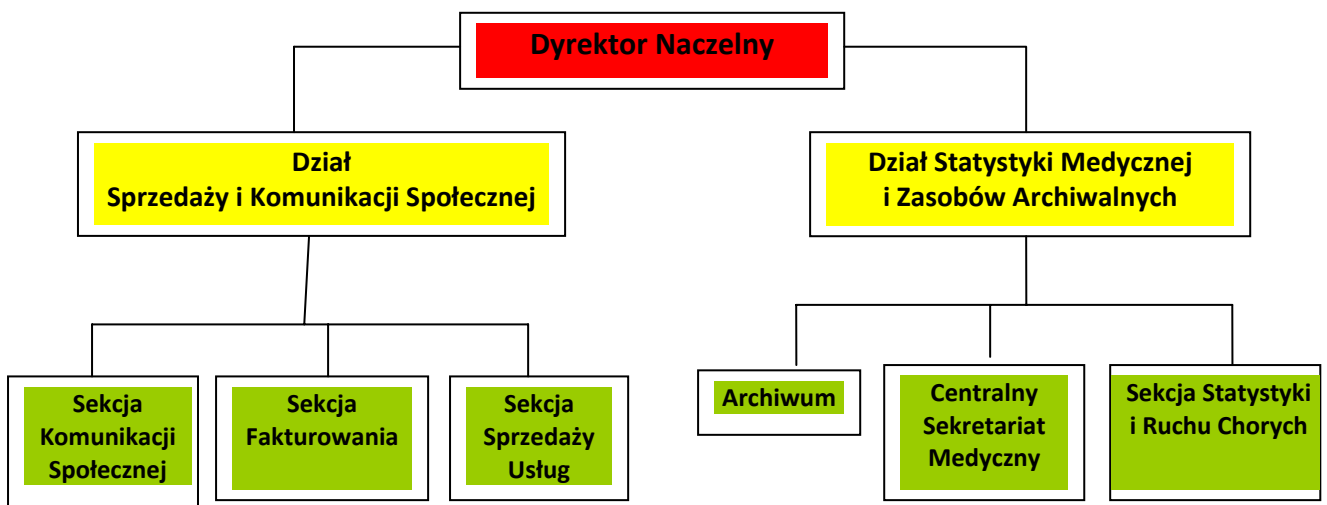
Budując nowy model funkcji sprzedażowej w obrębie IPCZD należy uwzględnić go, jako proces następujących po sobie czynności rozpoczynając od funkcji rejestracji i ewidencji zgłaszających się pacjentów, poprzez uzupełnienie danych statystycznych i rozliczeniowych, rozliczenie świadczeń z płatnikami, po funkcje analizowania oraz weryfikowania szczelności i poprawności funkcji sprzedażowej. Uwzględniając taki model prowadzenia sprzedaży należy oprzeć go zarówno na komórkach bezpośrednio przypisanych tej funkcji, jak i komórkach, które są odpowiedzialne za merytoryczne przygotowanie i przekazanie danych. Dodatkowo istotną kwestią jest podział tego dużego procesu na trzy kluczowe podprocesy związane z hospitalizacjami pacjentów (w trybie planowym i nagłym), świadczeniami ambulatoryjnymi i diagnostycznymi oraz sprzedażą komercyjną i medyczną oraz inną sprzedaż. Generalną zasadą, która wynika z wyżej opisanych podprocesów jest fakt, iż Dział Sprzedaży jest odpowiedzialny za całość czynności związanych z wygenerowaniem na końcowym etapie dokumentu przychodowego w postaci faktury lub dokumentu analogicznego. Poniżej zostaną przedstawione docelowe założenia procesu sprzedaży w rozbiciu na dwa główne procesy. Wszystkie podprocesy charakteryzują się tą samą logiką czynności, przy czym różnice polegają tylko na częściowo innym organizacyjnie miejscu ich wykonawstwa.

Etapy procesu sprzedaży:

- ewidencja usług - czynności realizowane, jako rejestracja pacjentów, prowadzenie systemu kolejkowego dla NFZ oraz tworzenie rejestru statystyczno-rozliczeniowego w systemie informatycznym szpitala;
- uzupełnienie danych - czynności polegające na wprowadzeniu danych merytorycznych do rejestru rozliczeniowego (rozpoznanie, rozpoznania współistniejące, wykonane procedury, pozostałe dane statystyczne zamykające świadczenia);
- rozliczenie danych - czynności polegające na wprowadzeniu do systemu określonych produktów sprzedażowych przynależnych każdemu zrealizowanemu świadczeniu medycznemu oraz wytworzenie dokumentów potwierdzających to zdarzenie, jako podstawa do następnego wytworzenia faktury sprzedażowej. Czynności te mogą być wykonywane zarówno w formie papierowej (stworzenia zestawienia), jak i w formie informatycznej (rozliczanie poprzez elektroniczne systemy płatników lub system kas fiskalnych);
- wystawienie dokumentu sprzedażowego - czynności polegające na wystawieniu faktury lub analogicznego dokumentu wraz ze złożeniem go u określonego płatnika zrealizowanych usług;
- weryfikacja - zespół czynności polegających na sprawdzaniu zgodności między liczbą i poprawną wartościową zaewidencjonowanych świadczeń przychodowych, a liczbą faktycznie zrealizowanych usług zaewidencjonowanych we wszystkich bazach danych IPCZD;
- analiza - czynności polegające na generowaniu różnozakresowych zestawień obrazujących realizację świadczeń przez Instytut oraz ich przedstawianie na różnych poziomach struktury zarządzania w celu budowy polityki sprzedaży oraz stałego monitorowania i obrazowania efektów przychodowych generowanych poprzez realizację usług sprzedażowych IPCZD.

Powyższa logika procesowa musi być ujęta w każdym z podprocesów, które powinny zawierać wszystkie elementy tak, aby to zadanie zrealizować w sposób szczelny (brak nierozliczonych lub źle rozliczonych usług) oraz w odpowiednim czasie (jak najszybszy wpływ płatności do Instytutu oraz zagwarantowanie skuteczności sprzedaży).

Poniżej przedstawiamy przykładową, rekomendowaną przez Zespół modyfikację struktury organizacyjnej w tym zakresie.



Efektem końcowym zastosowania tego działania jest istotna redukcja personelu w zakresie sekretarek medycznych oraz innych pracowników związanych z funkcją sprzedaży.

10. OBSZAR ZARZĄDZANIA ZASOBAMI PRACOWNICZYMI

Kolejnym obszarem ogólnej oceny zarządczej dokonanej przez Zespół jest szeroko rozumiany obszar zarządzania zasobami pracowniczymi, zarówno w zakresie ilości etatów w poszczególnych grupach zawodowych w ujęciu ogólnym, jak i poziomu wynagradzania w Instytucie.

10.1. Etatyżacja IPCZD

Poniżej prezentujemy zestawienie etatyżacji pracowników przekazane przez służby kadrowe IPCZD na ręce Członków Zespołu. Zestawienie nie obejmuje pracowników zatrudnionych na umowy cywilno-prawne. Dla porównania zestawiono je z danymi z podobnymi jednostkami, tj.: Akademickiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu oraz SPSK Nr 1 w Szczecinie.

Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”:

- liczba łóżek - 554,
- liczba oddziałów szpitalnych całodobowych - 23,
- liczba oddziałów dziennych - 4,
- liczba Poradni - 33,
- liczba Zakładów diagnostycznych - 8,
- liczba kontraktów - 100 (lekarze - 66, pielęgniarki - 12, rehabilitanci - 12, inny personel medyczny z wyższym wykształceniem - 3, administracja - 6, medycyna pracy -1).

Tabela 1 Zatrudnienie z podziałem na grupy zawodowe w IPCZD wg stanu na 04-12-2012

NAZWA GRUPY PERSONELU	ILOŚĆ ETATÓW
lekarze	215,65
lekarze naukowcy	68,45
lekarze rezydenci	111
lekarze stomatolodzy STM	6,4
pielęgniarki PLG	754,25
diagności i analitycy WYZDIA	58
inni z wykształceniem wyższym naukowcy WYZNST	26,5
inni z wykształceniem wyższym rehabilitant WYZREH	49
inni z wykształceniem wyższym	66,5
farmaceuci FRM	21
technicy i inni z wykształceniem średnim medycznym TCH	136,35
sekreтарики medyczne	131
opiekunki dziecięce SREDOP	40,9
niższy medyczny NIŻ	22
salowe SAL	67
pracownicy personelu technicznego TECH	37,25
personel gospodarczy i obsługa OBS	107,75
ekonomiczni i administracja EKA	199,8
SUMA ETATÓW	2118,8

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z IPCZD.

Akademicki Szpital Kliniczny we Wrocławiu:

- liczba łóżek - 1032,
- liczba oddziałów szpitalnych całodobowych - 37,
- liczba oddziałów dziennych - 1,
- liczba Poradni - 37,
- liczba Zakładów diagnostycznych - 6,
- liczba kontraktów - 8.

Tabela 2 Zatrudnienie z podziałem na grupy zawodowe w ASK we Wrocławiu, stan na 31.12.2012 r.

	grupa zawodowa	
ADMINISTRACJA	KAPELANI	1,75
	KIER.KOMÓREK/Z-C	19,50
	PRAC.ADMINISTRAC	87,50
	PRAC.EKONOMICZNI	20,50
	PRAC.TECHNICZNI	22,00
ADMINISTRACJA Suma		151,25
KIEROWNICTWO	DYREKTOR	1,00
	GŁÓWNY KSIĘGOWY	1,00
	KIER.KOMÓREK/Z-C	0,00
	PEŁNOMOCNICY	3,50
	Z-CY DYREKTORA	5,00
KIEROWNICTWO Suma		10,50
LEKARZE	KIER.KOMÓREK/Z-C	8,75
	LEKARZE AM	103,32
	LEKARZE ASK	158,39
	ORDYN/KIER/Z-CY	24,28
LEKARZE Suma		294,74
LEKARZE REZYD	LEKARZ-REZYDENT	270,00
LEKARZE REZYD Suma		270,00
LEKARZE STAŻYŚCI	LEKARZ-STAŻYSTA	70,00
LEKARZE STAŻYŚCI Suma		70,00
NIŻSZY MEDYCZNY	NIŻSZY POZOSTALI	3,00
	NOSZOWI	47,00
	POMOCE	10,00
	SALOWE	183,50
	SANITARIUSZE SZP	4,00
	STERYLIZANCI	6,00
NIŻSZY MEDYCZNY Suma		253,50
OBSŁUGA	ELEKTRYCY	11,00
	KIEROWCY	5,00
	KUCHARKI	8,00
	MAGAZYNIERZY	10,00
	OBSŁUGA POZOSTAL	12,00
	POMOCE	20,00
	PRAC.GOSP/SPRZĄT	26,00
	PRAC.OBSŁUGI	1,00
	STERYLIZANCI	11,00
OBSŁUGA Suma		104,00

Tabela 2 Zatrudnienie z podziałem na grupy zawodowe w ASK we Wrocławiu, stan na 31.12.2012 r.

	grupa zawodowa		
PIELĘGNIARKI	ANESTEZ/PIEL-POŁ	69,00	
	INSTRUM/PIEL-POŁ	54,50	
	PIELĘGN.-KADRA	52,00	
	PIELĘGNIARKI	593,69	
	PRZEŁ.OŻ.PIEL/POŁ		
	PERFUZJONISTKI	4,00	
	KIER.KOMÓREK/Z-C	0,00	
PIELĘGNIARKI Suma		773,19	
POŁOŻNE	ANESTEZ/PIEL-POŁ	7,00	
	INSTRUM/PIEL-POŁ	4,00	
	POŁOŻNA-KADRA	6,00	
	POŁOŻNE	79,50	
	PRZEŁ.OŻ.PIEL/POŁ		
	PIELĘGN.-KADRA		
POŁOŻNE Suma		96,50	
ŚREDNI-INNY	REJESTRATORKI ME	36,00	
	SEKRETARKI MED.	40,88	
	STATYSTYCY MEDYC	1,00	
	PRAC.ADMINISTRAC		
	PRAC.TECHNICZNI		
	SIŚREDNI-INNY Suma	77,88	
ŚREDNI-MEDYCZN	DIETETYCKI	2,00	
	KIER.KOMÓREK/Z-C	1,00	
	LABORANCI	3,00	
	MASAŻYŚCI	1,00	
	OPIEKUN MEDYCZNY	2,00	
	RATOWNICY MEDYCZ	12,00	
	TECHNICY ANAL.ME	34,00	
	TECHNICY DENTYST		
	TECHNICY FARMACJ	9,00	
	TECHNICY FIZJOTE	6,00	
	TECHNICY RTG	47,35	
	SMŚREDNI-MEDYCZN Suma		117,35
	WYŻSZY-INNY	ANALITYCY MEDYCZ	5,00
DIAGNOŚCI LABORA		11,00	
FARMACEUCI		12,00	
KIER.KOMÓREK/Z-C		4,00	
PSYCHOŁODZY		2,90	
REHABIL/FIZJOTER		18,07	
WYŻSZY POZOSTAŁY		9,55	
WYŻSZY-INNY Suma		62,52	
OGÓŁEM		2 281,43	
BEZ REZYDENTÓW I STAŻYSTÓW		1 941,43	

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z ASK we Wrocławiu

SPSK nr 1 w Szczecinie:

- liczba łóżek - 820,
- liczba oddziałów szpitalnych całodobowych - 26,
- liczba oddziałów dziennych – 3,
- liczba Poradni - 44,
- liczba Zakładów diagnostycznych - 6,
- liczba kontraktów - 325.

Outsourcing obejmuje: laboratoria, żywienie, ochronę, obsługę informatyczną, pranie, serwis sprzętu, usługi konserwacyjne, usługi prawne.

Tabela 3 Zatrudnienie z podziałem na grupy zawodowe w SPSK nr 1 w Szczecinie stan na 31.12.2012 r.

Lp.	Nazwa grupy personelu	Umowa o pracę	Ilość etatów przeliczen.	umowa kontraktowa	Ogółem (3+5)
1	2	3	4	5	6
1	Lekarze ogółem	332,00	284,090	171,00	503,00
2	w tym : lekarz medycyny	133,00	85,840	171,00	304,00
3	lekarz rezydent	166,00	166,000		166,00
4	lekarz stażysta	31,00	31,000		31,00
5	lekarz dentysta	2,00	1,250		2,00
6	Pielęgniarki i położne	657,00	645,500	118,00	775,00
7	Ratownik medyczny	10,00	9,500	6,00	16,00
8	Inny wyższy medyczny	24,00	21,833	22,00	46,00
9	Magister farmacji	4,00	3,500		4,00
10	Personel średni medyczny	84,00	83,000		84,00
11	Personel niższy medyczny	15,00	15,00		15,00
12	Pracownicy obsługi	23,00	23,000		23,00
13	Technicy medyczni	74,00	73,000	8,00	82,00
14	Administracja	116,00	113,750		116,00
15	Salowe i Sanitariuszki	53,00	53,000		53,00
Razem		1 392,00	1 325,173	325,00	1717,00

Źródło: : dane przekazane z SPSK Nr 1 w Szczecinie

Omawiając przedstawioną powyżej strukturę zatrudnienia Zespół pragnie podkreślić, iż pomimo tak wysokiej etatyżacji w IPCZD część usług została powierzona podmiotom zewnętrznym (outsourcing) obejmujący m.in.: dział diagnostyki laboratoryjnej, usługi sprzątnia i salowych. Zatem wykazywane stanowiska salowych ograniczają się jedynie do zabezpieczenia tymi pracownikami wybranych, śladowych obszarów działalności Instytutu. Dla porównania Akademicki Szpital Kliniczny we Wrocławiu realizuje wszystkie w/w usługi we własnym zakresie. W związku z brakiem możliwości uzyskania informacji, co do etatowości w firmach zewnętrznych, które realizują świadczenia na rzecz IPCZD, Zespół może jedynie szacować, że dla części laboratoryjnej w systemie zabezpieczenia całodobowego liczba etatów, która zwiększyłaby zatrudnienie IPCZD nie byłaby mniejsza niż 30 etatów, a dla usług sprzątnia nie byłaby mniejsza niż 200 etatów przeliczeniowych. Należy nadmienić, iż firmy zewnętrzne realizują na rzecz IPCZD takie usługi, jak zarządzanie parkingiem, czy zarządzanie nieruchomościami komercyjnymi.

Szpital	Liczba łóżek	Liczba etatów bez rezydentów	Wskaźnik	Zastosowanie outsourcingu
IPCZD	554	2007,80	3,62	częściowy
ASK	1032	1941,43	1,88	brak
SPSK nr 1 w Szczecinie	820	1520,00	1,85	częściowy

Podsumowując należy stwierdzić, iż przy stosunkowo podobnej strukturze w zakresie komórek leczenia ambulatoryjnego i zakładów diagnostycznych, wskaźnikiem porównawczym obrazującym etatyżację jest parametr liczby etatów na łóżko szpitalne. W ramach tej analizy jest uwidoczniła różnica między IPCZD, a szpitalami użytymi do porównania. W szpitalach stosowanych jako punkt odniesienia wskaźnik kształtuje się na poziomie prawie 1,9 etatu na jedno łóżko, natomiast

etatyzacja IPCZD jest prawie dwukrotnie wyższa i wynosi 3,62 etatu. W zestawieniu nie ujęto liczby etatów w zakresie stażystów i rezydentów.

Zespół zwraca uwagę, iż w IPCZD pomimo ustawowego celu, jakim jest realizacja zadań naukowych, tylko niespełna 5% pracowników to pracownicy naukowcy (wg raportu NIK stanowili oni dokładnie na dzień 30.06.2011 roku 4,22% wszystkich pracowników, to jest 92 pełne etaty przeliczeniowe). **Zdaniem Zespołu liczba pracowników naukowych nie budzi żadnych zastrzeżeń, a ich ewentualny wzrost wraz ze wzrostem aktywności naukowej należy rozumieć, jako proces oczekiwany i prawidłowy.** W ogólnej ocenie pozostała liczba zatrudnionych w IPCZD wykazuje nadmierną etatowość. W tym miejscu należy jednak podkreślić, iż szczegółowej analizie w zakresie zasadności utrzymywania tak rozbudowanej struktury zatrudnienia do realizowanych zadań, w tym w szczególności zadań świadczenia usług medycznych, wymaga każda grupa zawodowa. Stanowisko Zespołu jest jednoznaczne - **przerost zatrudnienia dotyczy każdej grupy zawodowej.** Należy nadmienić, że oceniając adekwatność etatową grupy zawodowej lekarzy, przy zastosowaniu przelicznika etatowego dla realizowanych przez poszczególne komórki medyczne zadań, konieczna jest weryfikacja faktycznej możliwości zaangażowania w ten proces lekarzy rezydentów, poprzez wykazanie ich efektywności pracy w przeliczeniu na aktywne 0,3 etatu. Związane jest to z czasem przebywania lekarzy rezydentów poza macierzystym oddziałem na stażach kierunkowych, kursach szkoleniowych, itp. w zakresie realizowanej specjalności medycznej. Stanowisko Zespołu jest zbieżne z treścią raportu Najwyższej Izby Kontroli „*Funkcjonowanie wybranych instytutów badawczych nadzorowanych przez Ministra Zdrowia*”, w którym wskazano, że: „...*Ponadto kierownictwa większości instytutów, ustalając wielkość środków na wynagrodzenia, nie brały pod uwagę dyspozycji zawartych w art. 16 ustawy o jednostkach badawczo-rozwojowych, a obecnie art. 18 ust. 6 ustawy o instytutach badawczych, tj. ustalania wynagrodzeń w ramach swoich możliwości finansowych. Średnie miesięczne wynagrodzenie brutto na jednego pracownika w latach 2008-2010 stale wzrastało od 4140,87 zł do 4443,14 zł. Jednostką o najwyższym średnim miesięcznym wynagrodzeniu brutto na jednego pracownika w I połowie 2011 r. był Instytut znajdujący się w najgorszej sytuacji finansowej (CZD), natomiast najniższe wynagrodzenie zanotowano w jednostce o najlepszej kondycji ekonomicznej (IMID). W kontrolowanych instytutach nie powiązano efektów ekonomicznych z polityką kadrową i systemem wynagradzania...*” (raport NIK str. 7) oraz „...*zmiany i przekształcenia powinny przebiegać w określonej sekwencji przyczynowo-skutkowej oraz być rozłożone w czasie. I tak na przykład wdrożenie skutecznego systemu motywacyjnego wynagradzania (zrozumiałego i akceptowanego przez pracowników) wymaga całego ciągu zdarzeń i decyzji (stworzenie systemu pomiaru i oceny efektywności pracy, uzyskanie akceptacji partnerów społecznych tzn. związków zawodowych, wypowiedzenie lub modyfikacja zakładowego układu zbiorowego pracy, posiadanie skutecznego narzędzia pomiaru i rozliczania efektów pracy;*”, dalej „...*sytuacja w zakresie działań restrukturyzacyjnych kontrolowanych jednostek przedstawia się następująco: podejmowane przez IPCZD działania restrukturyzacyjne nie spowodowały zasadniczej zmiany sytuacji finansowej Instytutu. Stwierdzono, że na 25 jednostek organizacyjnych (kliniki, zakłady, zespół poradni, izba przyjęć) funkcjonujących w 2010 r. wynik dodatni wykazało 7 jednostek, wynik ujemny 18 jednostek. W 2010 r. w stosunku do 2008 r. poprawa wyniku nastąpiła w przypadku 12 jednostek, a jego pogorszenie w przypadku 13 jednostek. Z powyższych względów rezultaty*

restrukturyzacji należy uznać za niezadowalającą. Ponadto nie zrealizowano planowych założeń w zakresie redukcji zatrudnienia i ograniczania kosztów wynagrodzeń w latach 2008-2010 o 8 mln zł – koszty wynagrodzeń wzrosły w tym czasie o 10,2 mln zł (ze 110,8 mln zł w 2008 r. do 121,0 mln zł w 2010 r.), a średnioroczne zatrudnienie zwiększyło się o 55,92 etatu (z 2.020,24 do 2076,16); nie zrealizowano planów w zakresie obniżenia kosztów usług obcych (wzrosły z 24,3 mln zł w 2008 r. do 27,2 mln zł w 2010 r.). Nie wprowadzono też skutecznego systemu motywacyjnego, ukierunkowanego na poprawę wyników poszczególnych klinik i zakładów. Stosowany przez Instytut, w oparciu o obowiązujący regulamin wynagradzania, system dodatków i premii dla pracowników, nie przyczynił się do poprawy wyników jednostek organizacyjnych. W szczególności w Instytucie nie wprowadzono powiązania wynagrodzenia kierowników klinik z wynikami finansowymi kierowanych przez nich jednostek...”, jak i treści raportu NIK ze strony 30 „...W CZD nie podjęto działań w celu obniżenia kosztów, w tym osobowych, realizowania części procedur medycznych, których faktyczne koszty wykonania przekraczają odpłatność NFZ. Stwierdzono, że w niektórych przypadkach tylko koszty wynagrodzeń lekarzy i personelu pomocniczego przekraczają koszty łączne procedur wg wyceny NFZ, co potwierdza potrzebę ograniczenia kosztów osobowych w Instytucie, w zakresie realizacji tych świadczeń.” (raport NIK str. 17).

Za dalece nieodpowiedzialne Zespół uznaje ignorowanie przez Kierownictwo IPCZD wniosków zawartych w cytowanym protokole NIK oraz wcześniejszych rekomendacjach dotyczących zaniechania działań restrukturyzacyjnych w obszarze zarządzania zasobami pracowniczymi zarówno, co do ilości zatrudnionych pracowników, jak i wysokości średniej płacy w Instytucie. Zdaniem Zespołu według stanu na grudzień 2012 roku zgłaszane przez Kierownictwo Instytutu wnioski restrukturyzacyjne mają raczej charakter propagandowy i medialny. Zespół nie dostrzegł, poza ustnymi zapowiedziami, istotnych działań restrukturyzacyjnych, pomimo przekazywanych, w toku spotkań, rekomendacji Dyrektorowi Instytutu oraz jego przedstawicielom w wielu obszarach. Rekomendacje te znalazły jedynie odzwierciedlenie w komunikacie medialnym, zamieszczonym również na stronie internetowej IPCZD. Należy podkreślić, iż uzasadnieniem tej tezy jest wysoce niepokojący stale wzrastający trend ilości zatrudnianych pracowników w Instytucie. Odwołując się do raportu NIK, **poza wzrostem etatów, jaki zaobserwował NIK w roku 2010 (o 55,92 etatu do wysokości 2076,16 etatów), z danych przekazanych Członkom Zespołu wynika, iż stan zatrudnienia na dzień 01.10.2012 r. wynosi już 2203,07 etatów, w tym: na umowę o pracę - 2123,55 etatu, umowy-zlecenia 27,6 etatów przeliczeniowych, kontrakty - 51,92 etatów przeliczeniowych.**

Z informacji, jakie uzyskał Zespół, w Instytucie nie przeprowadzono:

- analizy efektywności pracy na poszczególnych stanowiskach pracy,
- analiz w zakresie personelu medycznego, jak i pozostałych grup zawodowych.

Instytut **nie dysponuje** (dane takie nie zostały udostępnione Członkom Zespołu) podstawowymi **analizami** dotyczącymi wykorzystania pracy personelu lekarskiego takimi jak: statystyczna liczba wypisów pacjentów realizowanych na jeden etat przeliczeniowy, średnia dzienna liczba zabiegów operacyjnych wykonywanych na jeden etat przeliczeniowy lekarza w godzinach podstawowej ordynacji pracy oraz w godzinach pełnienia dyżurów medycznych. IPCZD nie dysponuje także analogicznymi

danymi dla personelu średniego zatrudnionego w blokach operacyjnych (np. liczba godzin wykorzystania pielęgniarek anestezyjologicznych, czy instrumentariuszek w godzinach podstawowej ordynacji pracy).

Nie udostępniono również danych dotyczących pomiaru efektywności pracy anestezyjologów na bloku operacyjnym, takich jak liczba realizowanych średnio dziennie procedur znieczulenia z podziałem na ich typ, średniodzienne zaangażowanie godzinowe anestezyjologa w trakcie trwania zabiegów operacyjnych oraz na sali budzeń. Brak jest również analiz efektywności pracy poszczególnych grup zawodowych w poradniach specjalistycznych, w przedsiębiorstwie rehabilitacji i oddziałach dziennych. Mając na względzie wspomniane już w treści dokumentu powielanie zadań administracyjnych w wielu działach, nie dokonano podczas pracy Zespołu, a przynajmniej nie przedstawiono Członkom Zespołu materiału potwierdzającego analizę racjonalności i potrzeby utrzymywania tak rozbudowanej i w takim kształcie funkcjonującej kadrowej obsady administracyjno-technicznej.

10.2. Zasady i regulamin wynagradzania personelu

Za dalece niepokojący należy uznać również fakt, iż pomimo zastrzeżeń przedstawionych w raporcie NIK dotyczących średnich wartości wynagrodzenia w Instytucie, według przekazanych przez IPCZD do Ministerstwa Zdrowia danych **średnia płaca w Instytucie według stanu na dzień 11.12.2012 roku uległa dalszemu wzrostowi i wynosi 4815,20 zł.** W ocenie Zespołu trend ten niesie za sobą dalsze ryzyko szybkiego narastania długu, a co za tym idzie ryzyko narażenia Instytutu na wstrzymanie jego działalności w przypadku braku podjęcia natychmiastowych działań naprawczych. Według wiedzy Zespołu na dzień 31.12.2012 roku mimo przedstawionych przez Kierownictwo IPCZD informacji (komunikat prasowy) dotyczących obniżenia średniego poziomu wynagrodzeń o 8% pracownikom IPCZD, do dnia 7 stycznia 2013 r. nie wręczono wypowiedzeń warunków pracy i płacy. Zespół wskazuje, że pomimo ogłoszonego przez Dyrektorów IPCZD procesu restrukturyzacji w wielu obszarach to na przestrzeni lat 2008-2012 następował równoczesny wzrost zatrudnienia i wysokości wynagrodzeń. Przedstawiona Członkom Zespołu przez IPCZD tabela **skutków finansowych podwyżek wynagrodzeń, jakie nastąpiły w latach 2010 do września 2012 wskazuje na wzrost poziomu wynagrodzeń łącznie w roku 2012 o kwotę 6 364 708,00 zł.** Zespół zwraca uwagę, iż fakt ten stoi w jawnej sprzeczności z przepisem § 5 pkt 2 regulaminu wynagradzania IPCZD z dnia 01.04.2009 roku, przekazanego przez Instytut na ręce Zespołu, jako obowiązującego w trakcie pracy Zespołu, w brzmieniu „...wysokość środków przeznaczonych na wynagrodzenia pracowników musi uwzględniać możliwości finansowe pracodawcy...”. Poniższa tabela przedstawia kwoty wzrostu wynagrodzeń w poszczególnych latach.

Tabela 4 Kwoty wzrostu wynagrodzeń w IPCZD w poszczególnych latach

ROK	PODWYŻKI Z 2010	PODWYŻKI Z 2011	PODWYŻKI Z I-IX 2012	RAZEM
2010	1.988.030,00			1.988.030,00
2011	3.676.287,00	934.183,00		4.610.470,00
2012	3.607.911,00	1.571.154,00	1.185.643,00	6.364.708,00

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z IPCZD.

Zespół negatywnie ocenia zaniechanie działań, zmierzających do istotnych zmian zapisów regulaminu wynagradzania i ich dostosowanie do możliwości finansowych IPCZD. Skonfigurowanie załącznika nr 1 do regulaminu wynagradzania, tj. taryfikatora kwalifikacyjnego jedynie z minimalną stawką wynagrodzenia zasadniczego daje możliwość budowania systemu wynagrodzeń praktycznie bez górnego ograniczenia kwoty wynagrodzenia zasadniczego dla wszystkich stanowisk pracy. Z analizy wartości wynagrodzeń dla poszczególnych stanowisk pracy wynika, że wiele stanowisk odbiega bardzo istotnie od przedstawionych w tabeli stawek minimalnych. W praktyce doprowadza to do swobody w kreowaniu wysokości wynagrodzeń, często skutkując nieracjonalnymi bardzo wysokimi wynagrodzeniami dla poszczególnych pracowników. Ciężko jest w takim wypadku mówić, iż IPCZD prowadzi politykę zatrudnienia w oparciu o odpowiednie wartościowanie stanowiska pracy i adekwatną do tego wysokość wynagrodzenia. Mechanizm ten, który Zespół ocenia negatywnie, działa nie tylko w zakresie różnych stanowisk pracy dla różnych pracowników Instytutu, ale również może stać się podstawą patologicznie ponadnormatywnych wynagrodzeń w odniesieniu do średnich wartości wynagrodzenia obserwowanych dla tych samych stanowisk pracy w innych Instytutach oraz szpitalach miasta Warszawy.

Należy podkreślić, iż w ocenie Zespołu fakt ten jest jedną z istotnych okoliczności wpływających na generowanie ujemnego wyniku finansowego przez Instytut. **W związku z powyższym cały regulamin wynagradzania powinien zostać poddany ponownej analizie i weryfikacji, stosownie do uwag zawartych w raporcie Najwyższej Izby Kontroli oraz przedstawionych powyżej.** Należy zaznaczyć, iż dla awansu poziomego pracowników oraz transparentności systemu wynagrodzeń w IPCZD w tym zakresie rekomendowany powinien być kierunek opracowania „widełek” wysokości wynagrodzenia dla danego stanowiska od kwoty minimalnej do kwoty maksymalnej.

Jako dalece **niezadowolający** i nieefektywny Zespół uznaje również system proponowanych w **regulaminie dodatków i premii.** Mając na względzie tak dużą liczbę zatrudnionych pracowników na poszczególnych stanowiskach pracy Zespół proponuje weryfikację zapisów regulaminu, dotyczących wykonywania świadczeń za dodatkową odpłatnością. **Przykładowo niezrozumiałym jest fakt systemowego zapisu w regulaminie dodatku za wykonywanie procedur chirurgicznych poza obowiązującym pracownika czasem pracy,** np. w godzinach popołudniowych pomiędzy 15.35 a 21.00. W ocenie Zespołu zabezpieczenie organizacji udzielania świadczeń może w tym zakresie nastąpić bez ponoszenia dodatkowych kosztów pracy, poprzez zastosowanie dla części pracowników mechanizmu przesunięcia czasu pracy. Należy zwrócić również uwagę, że **aktualna konstrukcja dodatku może zachęcać pracowników do rozwiązań patologicznych, takich jak ograniczanie aktywności operacyjnej w podstawowej ordynacji pracy, argumentowane różnymi przyczynami, a co za tym idzie przesuwaniem części zabiegów planowych na godziny popołudniowe.** Dodatek ten wydaje się tym bardziej mało zrozumiały, że analiza wykorzystania bloków operacyjnych dokonana przez Zespół w IPCZD pokazuje, że w zakresie standardowej organizacji pracy istnieją wystarczające rezerwy.

Zespół negatywnie opiniuje brak analiz efektywności wykorzystania personelu przez IPCZD, co powinno być realizowane i przedstawiane Dyrektorowi IPCZD w formie pisemnej. Zważywszy na brak realizacji zadań szpitalnego oddziału ratunkowego należy uznać, iż zasadnicza część zabiegów

operacyjnych, w tym i dla pacjentów przekazywanych z innych szpitali, ma charakter zabiegów planowych, a co za tym idzie, możliwych do wykonania w podstawowej ordynacji pracy. **Bardziej efektywne, z poziomu dbałości o wynik finansowy Instytutu, byłoby ustalenie premii za realizowanie określonych planów budżetowych przez poszczególnych Kierowników.**

Zespół zwraca uwagę, iż opisany powyżej stan znajduje również uzasadnienie w treści przytaczanego raportu NIK „... w CZD nie wprowadzono skutecznego systemu motywacyjnego, ukierunkowanego na poprawę wyników poszczególnych klinik i zakładów. Stosowany przez Instytut, w oparciu o obowiązujący regulamin wynagradzania, system dodatków i premii dla pracowników, nie przyczynił się do poprawy wyników jednostek organizacyjnych. **W szczególności w Instytucie nie wprowadzono powiązania wynagrodzenia kierowników klinik z wynikami finansowymi kierowanych przez nich jednostek.** Stwierdzono również, że w Instytucie nie utworzono do 30 września 2010 r., tj. w okresie obowiązywania ustawy o jednostkach badawczo-rozwojowych, funduszu nagród, co było niezgodne z art. 15 ust. 2a tejże ustawy.” (raport NIK str. 23).

Zespół zwraca uwagę, że pomimo jednoznacznego wskazywania obszarów niezbędnych zmian w Instytucie, Kierownictwo Instytutu do grudnia 2012 roku, nie tylko nie wprowadziło żadnych zmian w regulaminie wynagradzania, ale także nie podjęło w tym zakresie żadnych działań analitycznych, czy wdrożeniowych i, wedle przekazanych ustnie przez Dyrektora IPCZD informacji Członkom Zespołu, Instytut w dalszym ciągu nie przewiduje zmian. **Reasumując brak podjęcia aktywności działań korygujących przez IPCZD w tym zakresie należy jednoznacznie określić, jako zaniechanie restrukturyzacyjne, którego skutkiem jest istotny wpływ na generowanie ujemnego wyniku finansowego przez Instytut.** Jako brak troski w zakresie generowania optymalnego wyniku finansowego należy uznać również ustalenie poziomu wynagrodzenia dla lekarza-rezydenta, powyżej poziomu środków przekazywanych na jego etat z budżetu Państwa. **Należy podkreślić, iż w obszarze zarządzania zasobami pracowniczymi pomimo jednoznacznych rekomendacji i zaleceń od organów kontrolnych oraz medialnej deklaracji Kierownictwa Instytutu, do grudnia 2012 roku nie dokonano faktycznie żadnych istotnych zmian restrukturyzacyjnych. Zespół zwraca również uwagę, iż paradoksalnie, w Instytucie obserwowany jest stały wzrost ilości zatrudnianych pracowników oraz stały wzrost średniej płacy, wynoszący odpowiednio, w 2010 - 4741,14 zł, w 2011 - 4811,25 zł, a w 2012 - 4815,20 zł.**

W obszarze zarządzania zasobami pracowniczymi dotyczącymi najliczniejszej grupy personelu, jakim są pielęgniarki, Zespół negatywnie ocenia przyznanie wyłącznie Pielęgniarsce Naczelnej decyzyjności w zakresie określania ilości etatów w poszczególnych komórkach organizacyjnych oraz pracy w godzinach nadliczbowych. **W IPCZD brak jest mechanizmów kontroli zasadności zatrudnienia pielęgniarek.** Struktura zatrudnionych pielęgniarek z założenia ma kompensować absencję urlopową i chorobową. Według informacji, jakie otrzymał Zespół od Dyrektora Instytutu, nie zatwierdza on wniosków Pielęgniarki Naczelnej dotyczących nowozatrudnionych pielęgniarek czy nadgodzin. **Polityka kadrowa w obszarze pielęgniarstwa kieruje się własnymi, odrębnymi wytycznymi, bez nadrzędnych zaleceń i kontroli.**

W ocenie Zespołu brak jest również mechanizmów dotyczących racjonalności wydatkowania środków finansowych poprzez redukcję etatów utrzymywanych osób zatrudnionych jedynie do zabezpieczenia, w okresie 2-3 miesięcy w roku, absencji urlopowych i chorobowych. Tańszym rozwiązaniem jest pozyskanie w formie umów cywilnoprawnych zabezpieczenia pracy pielęgniarek na okres około 3 miesięcy lub umów o pracę na zastępstwo (wynikającej z faktycznej absencji urlopowej, chorobowej, szkoleniowej lub innej) przez podmioty zewnętrzne. Taki mechanizm daje szanse oszczędności na zredukowanych etatach przez okres pozostałych 9 miesięcy. Poniżej przedstawiamy średni poziom miesięcznych płac oraz absencje pracowników przekazane na wniosek Zespołu przez IPCZD do Ministerstwa Zdrowia, w podziale na grupy zawodowe.

Tabela 5 Średni poziom miesięcznych płac, oraz absencje pracowników w IPCZD w latach 2010-2012

Średnia płaca miesięczna w roku wg grup	2010	2011	2012
	na etat	na etat	na etat
Średnia płaca miesięczna w roku w Instytucie	4 741,14 zł	4 811,25 zł	4 815,20 zł
Średnia płaca miesięczna w roku wg grup			
Lekarze	8 569,60 zł	8 842,28 zł	8 960,34 zł
Pielęgniarki	4 518,72 zł	4 408,22 zł	4 458,19 zł
technicy, laboranci	3 622,41 zł	3 662,90 zł	3 683,65 zł
Farmaceuci	6 678,79 zł	6 765,38 zł	6 875,42 zł
mgr diagnosta i analityk, rehabilitant	4 754,29 zł	4 574,22 zł	4 426,80 zł
statystyk medyczny	2 809,61 zł	2 782,05 zł	2 753,10 zł
inni niż wyżej wymienione stanowiska pracownicy wykonujący zawody medyczne	2 772,88 zł	2 836,47 zł	2 758,66 zł
Administracja	4 058,50 zł	4 598,28 zł	4 654,08 zł
Obsługa	2 471,01 zł	2 553,46 zł	2 551,46 zł
Pracownicy naukowci	9 958,18 zł	10 726,77 zł	10 401,14 zł
Pracownicy inżynieryjno techniczni	4 378,91 zł	4 699,50 zł	5 034,58 zł
pracownicy biblioteczni i dokumentacji naukowej	3 960,12 zł	3 393,39 zł	3 187,99 zł
pracownicy na stanowiskach robotniczych	1 867,63 zł	1 811,72 zł	1 599,53 zł
<i>Materiał przygotowany przez Sekcję Wynagrodzeń</i>			
Absencja pracowników wg grup zawodowych	Rok 2010	Rok 2011	Rok 2012
	114 784,52	114 535,12	101 144,05
Lekarze	11 073,02	12 404,49	11 158,95
pielęgniarki i położne	46 694,73	45 622,75	40 820,87
Felczer	-	-	-
technicy, laboranci	6 442,16	6 488,06	4 796,39
Farmaceuta	602,00	776,00	645,00
ratownik medyczny	-	-	-
mgr (anal.med. rehabil.)	6 901,78	6 213,95	5 958,00
stat. Medyczni	790,58	1 139,00	775,00
inni niż wyżej wymienione stanowiska pracownicy wykonujący zawody medyczne	18 163,28	17 063,23	16 098,29
Administracja	11 132,10	11 474,70	9 187,55
Obsługa	4 624,01	4 302,42	3 381,78
inne jeżeli istnieją	-	-	-
pracownicy naukowci	5 063,61	5 406,03	5 083,47
pracownicy badawczo-techniczni	-	-	-
pracownicy inżynieryjno-techniczni	2 206,00	1 673,24	1 355,25
pracownicy administracyjno-ekonomiczni	-	-	-
pracownicy biblioteczni i dokumentacji naukowej	623,25	1 249,25	762,00
pracownicy na stanowiskach robotniczych	468,00	722,00	1 121,50
Dane z systemu kadrowo-płacowego INFOMEDICA wg stanu na dzień 11.12.2012 r.			
Dane podane w dniach			

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z IPCZD

Uwzględniając powyższą tabelę należy stwierdzić, iż w ostatnich trzech latach następował stały wzrost wynagrodzeń pracowników, co bezpośrednio wpływało na osiągnięty wynik finansowy.

Na podstawie rachunku zysków i strat	2010	2011	2012
Wynagrodzenia, ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia w stosunku do PRZYCHODU OGÓŁEM	58,70%	56,20%	61,20%
Wynagrodzenia, ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia w stosunku do PRZYCHODU ZE SPRZEDAŻY (NFZ i MZ)	70%	72%	78%

W efekcie udział kosztów wynagrodzeń wraz z pochodnymi zwiększał się rok do roku, w tendencji ostatnich trzech lat, w stosunku do przychodu:

- ogółem: o 2,4% między 2010, a 2012 rokiem, przy spadku pozytywnym o 1,5% w roku 2011,
- na sprzedaży: o 2% między rokiem 2010 i 2011 oraz o kolejne 6% między rokiem 2011, a rokiem 2012.

Rekomendacje:

1. Konieczność przeprowadzenia szczegółowej analizy zatrudnienia w poszczególnych obszarach i konieczność redukcji etatów do poziomu możliwości finansowych oraz adekwatności do realizowanych zadań zdrowotnych i naukowych.
2. Konieczność redukcji średnich wynagrodzeń w IPCZD o około 10%.
3. Zmiana struktury organizacyjnej oraz alokacja realizowanych zadań między komórkami organizacyjnymi, szczególnie w zakresie administracji.
4. Analiza zasad wynagradzania i wprowadzenie koniecznych zmian w tym zakresie w regulaminie wynagradzania.

11. REKOMENDACJE SYSTEMOWE

11.1. Rekomendacje w zakresie systemowych zmian prawnych

Oceniając potrzeby i aktualne warunki prawne reorganizacji IPCZD, Zespół rekomenduje wykorzystanie wybranych wniosków i rekomendacji w pracach nad nowelizacją ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych, ewentualnie uchwalenie odrębnej ustawy o instytutach medycznych i szpitalach klinicznych, uwzględniając w szczególności:

1. Nadanie instytutom medycznym statusu jednostki sektora finansów publicznych rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 157 poz. 1240, z późn. zm.).
2. Wprowadzenie uprawnienia dla Rady Ministrów, na wniosek Ministra Zdrowia, do podjęcia uchwały o pozbawieniu instytutu medycznego przydzielonego lub nabytego mienia w przypadku jego reorganizacji, połączenia albo przekształcenia analogicznego do tego przewidzianego w przepisie art. 43 ustawy o działalności leczniczej.
3. Wprowadzenie zasad pokrywania ujemnego wyniku finansowego instytutu medycznego przez Skarb Państwa – analogicznie do zasad obowiązujących w samodzielnych publicznych zakładach opieki

zdrowotnej (art. 59 ustawy o działalności leczniczej).

4. Wprowadzenie wymogu uzyskania zgody Ministra Zdrowia na zmianę wierzyciela instytutu medycznego na analogicznych zasadach, co określone art. 54 ust. 5-6 ustawy o działalności leczniczej.
5. Zakaz tworzenia i przystępowania do spółek, których przedmiot działalności jest szerszy niż określony w art. 2 ust. 1 ustawy o instytutach badawczych (działalność naukowa).

Oceniając potrzeby i aktualne warunki prawne reorganizacji IPCZD Zespół rekomenduje wykorzystanie wybranych wniosków i rekomendacji w pracach nad nowelizacją ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) z następującymi założeniami:

1. Zmianę art. 11 poprzez dodanie do zadań ministra właściwego do spraw zdrowia obowiązku określenia zakresu i rodzaju świadczeń leczniczych finansowanych ze środków publicznych wykonywanych przez instytuty medyczne.
2. Zmianę art. 97 ust. 3 poprzez dodanie zapisu, że do zakresu działania Funduszu należy również w szczególności, przeprowadzanie rokowań i zawieranie świadczeń opieki zdrowotnej z instytutami medycznym na zasadach określonych w planie rzeczowo-finansowym przez ministra właściwego do spraw zdrowia, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie.
3. Zmianę art. 118 poprzez dodanie w art. 2 pkt 2 przepisu, zgodnie z którym w planie finansowym Funduszu Prezes Funduszu określa wysokość planowanych kosztów poszczególnych oddziałów wojewódzkich Funduszu, w tym kosztów finansowania świadczeń leczniczych wykonywanych przez instytuty medyczne, w rodzaju i zakresach świadczeń określonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia.
4. Zmianę art. 123 poprzez dodanie ust. 1a o następującej treści: *„W przypadku, gdy plan finansowy Funduszu nie uwzględnia określonego dla instytutów medycznych rodzaju i zakresów świadczeń leczniczych w ilości określonej przez ministra właściwego do spraw zdrowia dla instytutów medycznych, minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych odmawia zatwierdzenia planu finansowego Funduszu i zaleca Prezesowi Funduszu usunięcie nieprawidłowości, określając termin wprowadzenia zmian nie dłuższy niż 7”.*
5. W dziale „VI Postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami” wprowadzić tryb rokowań, jako wyłącznie właściwy do zawierania umów pomiędzy Funduszem, a instytutami medycznymi. Wyłączyć możliwość udziału instytutów medycznych w postępowaniach konkursowych prowadzonych przez Fundusz oraz kontraktowania świadczeń leczniczych innych niż ustalonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia po uzyskaniu opinii rady naukowej instytutu medycznego.

11.2. Rekomendacje systemowe w zakresie zmian finansowania świadczeń medycznych realizowanych przez IPCZD

Po przeprowadzeniu analizy działalności IPCZD zdaniem Zespołu zasadnicza część problemów finansowych instytutu wygenerowana została przez obszar prowadzonej polityki kosztowej. Zespół zwraca jednak uwagę, nie odnosząc się do części przychodowej wynikającej z realizacji statutowych zadań naukowych, iż elementem, który wpływał na pogłębianie ujemnego wyniku finansowego był, zwłaszcza od czasu wprowadzenia JGP, układ rentowności poszczególnych grup katalogowych, w które zostały wpisane świadczenia medyczne. Przedstawiając rekomendację należy zaznaczyć, iż w obecnej przestrzeni prawnej IPCZD pozyskiwał środki na realizację usług medycznych w trybie konkursowym z NFZ i MZ. W zakresie realizacji świadczeń medycznych IPCZD podlega pod wszystkie obowiązujące przepisy prawa na zasadach równych ze wszystkimi innymi szpitalami, które jako podmiot działalności medycznej, na tych samych prawach, mają dostęp do środków publicznych przeznaczonych na finansowanie świadczeń medycznych. Obecny sposób kontraktowania i finansowania świadczeń dotyczy zawierania umów na realizację świadczeń danej specjalności w zakresie całego dostępnego katalogu. Mając na względzie obecny porządek prawny IPCZD nie może selektywnie dokonywać wyboru pacjentów, którym należy wykonać ściśle określone procedury. Dla wszystkich pacjentów, którzy zgłaszają się po pomoc medyczną do Instytutu, w zależności od ich stanu zdrowia, Instytut powinien zagwarantować możliwość diagnozy i leczenia, oczywiście z uwzględnieniem tzw. 'systemu kolejkowego'. Taki stan prawny ma również odzwierciedlenie i potwierdzenie w przedstawionych przez NFZ analizach dotyczących zarówno struktur realizowanych przez IPCZD rodzajach świadczeń, jak i procentowym udziale pacjentów z poszczególnych województw. Zdaniem Zespołu część procedur wysokospecjalistycznych wykazuje faktyczny poziom niedofinansowania, to jest jednostkowej rentowności ujemnej, przy założeniu optymalizacji kosztów. Znalazło to zresztą odzwierciedlenie w formie powołania do pracy zespołu ekspertów, specjalistów różnych specjalności oraz przedstawicieli centrali NFZ, w zakresie opracowania nowych wycen katalogu świadczeń wysokospecjalistycznych oddziałów pediatrycznych. W tym miejscu pragniemy jedynie zwrócić uwagę, iż niski procentowy udział procedur wysokospecjalistycznych w Instytucie oraz ich niedoszacowanie nie mogą stanowić jedynej przesłanki dotyczącej generowania przez IPCZD ujemnego wyniku finansowego.

Omawiając rekomendacje dotyczące zmian w zakresie finansowania i realizacji świadczeń przez IPCZD Zespół pragnie zwrócić uwagę, że dla ich faktycznego zaistnienia niezbędne będzie wprowadzenie wielu zmian prawnych na poziomie różnych aktów prawnych, tj.:

- Zespół rekomenduje i pozytywnie popiera dokonanie zmian rentowności w obszarze wniesionych do NFZ przez ekspertów pediatrycznych procedur wysokospecjalistycznych;
- Dla realizacji strategicznej funkcji instytutów Zespół rekomenduje zmiany trybu zawierania umów z płatnikami z formy konkursowej na tryb rokowań. Alternatywnym rozwiązaniem mogłoby być wypracowanie kompleksowego systemu referencyjności w dziedzinach wysokospecjalistycznych procedur medycznych;
- Dla pełnego wykorzystania potencjału intelektualnego i kwalifikacyjnego IPCZD w zakresie wykonywania wysokospecjalistycznych procedur medycznych dla obszaru całej Polski Zespół

pozytywnie rekomenduje możliwość zawierania w trybie rokowań umów na realizację wybranych z katalogu świadczeń danej specjalności poszczególnych grup procedur wysokospecjalistycznych, bez ustawowego obowiązku realizacji wszystkich świadczeń w zakresie danej specjalności. Umożliwi to realizację postulatów zgłaszanych przez wiele środowisk, aby instytuty realizowały jedynie świadczenia wysokospecjalistyczne. Wpłynie to na systemową poprawę jakości i efektywności ekonomicznej w zakresie realizowanych wysokospecjalistycznych procedur medycznych dzięki m.in. koncentracji w jednym miejscu potencjału ludzkiego, wysokospecjalistycznej kadry medycznej i sprzętu.

Alternatywą dla powyżej przedstawionych rekomendacji, przy utrzymaniu obowiązującego porządku prawnego, zdaniem Zespołu, powinno być uwzględnienie racjonalnego zwiększenia kosztochłonności ich funkcjonowania oraz rozważenie wprowadzenia referencyjności.

11.3. Rekomendacje proponowanych zmian konsolidacyjnych

Mając na uwadze obserwowany w IPCZD trend dotyczący struktury przyjmowanych pacjentów, niewykorzystania w pełni bazy łóżkowej Instytutu, w szczególności dotyczący procedur wysokospecjalistycznych w odniesieniu do potencjału ludzkiego, specjalistycznego oraz infrastrukturalnego, którą dysponuje Instytut, **Zespół rekomenduje Ministrowi Zdrowia rozważenie przeprowadzenia reorganizacji IPCZD poprzez konsolidację z inną jednostką mającą ten sam organ założycielski, kontrolny i nadzorczy, prowadzący podobną działalność medyczną i naukową (np. z Instytutem Matki i Dziecka).**

Proponowana przez Zespół konsolidacja w pierwszym etapie powinna dotyczyć formalnie utworzenia jednego instytutu w oparciu o dwie lokalizacje, obecnie zajmowane przez oba Instytuty. Spodziewane efekty reorganizacyjne w pierwszym etapie konsolidacji, dotyczyć powinny:

1. Obniżenia kosztów administracyjnych poprzez funkcjonowanie jednej administracji dla tak skonfigurowanego podmiotu, co skutkować będzie wynikającym, z efektu skali, obniżeniem ilości niezbędnych etatów dla realizacji zadań administracyjnych.
2. Uzyskanie efektu skali w zakresie wspólnego wykorzystywania obszarów usługowych tak skonfigurowanego instytutu, na przykład w obszarze kuchni, sterylizacji.
3. Obniżenia kosztów ogólnego zarządu.
4. Uzyskania bardziej racjonalnych cen jednostkowych zakupów poprzez zwiększenie masy zakupowej.
5. Rozszerzenia oferty naukowej i medycznej w tak utworzonym Instytucie poprzez zsumowanie realizowanych zadań. Uczyni to Instytut bardziej wiarygodną placówką, zarówno w opinii pacjentów w zakresie działalności medycznej, jak również w ocenie płatników za realizowane usługi, jak i dostawców towarów i usług dla Instytutu.
6. Uczynienia Instytutu jednostką bardziej konkurencyjną i docelowo nowocześniejszą, a poprzez to rozszerzoną kompleksowość świadczeń medycznych, działalności naukowo-badawczej i edukacyjnej dającą mu stabilność funkcjonowania w kolejnych latach. W tym miejscu należy zwrócić uwagę, że dzisiaj oba Instytuty funkcjonują w oparciu o mechanizmy, często patologicznej konkurencji.

W drugim etapie konsolidacja powinna zmierzać do opracowania, dla obiektów zajmowanych obecnie przez IPCZD nowego programu funkcjonalno-użytkowego, uwzględniającego efektywne wykorzystanie około 69,041 tys. m², które posiada Instytut, w celu przeniesienia działalności dwóch lokalizacji Instytutu do docelowej jednej, to jest obecnej siedziby IPCZD. Należy zwrócić uwagę, iż konsolidacja obu Instytutów w jeden oraz docelowe ich umiejscowienie w jednej lokalizacji była już wcześniej rozważana przez ekspertów. Dodatkowym atutem za połączeniem obu instytutów w jeden i ich jedną lokalizację jest obecnie prowadzona w IPCZD inwestycja budowy bloku operacyjnego oraz oddziału intensywnej terapii. Podjęcie szybkiej decyzji o konsolidacji pozwoli dyrektorowi tak powstałego i Instytutu na opracowanie nowego programu funkcjonalno-użytkowego, nie tylko w obszarze już zagospodarowanych budynków, ale również na dostosowanie tego programu do zadań naukowych i medycznych realizowanych obecnie przez oba instytutach.

Zaprzestanie ponoszenia kosztów eksploatacji oraz kosztów najmu powierzchni obiektów obecnie zajmowanych przez Instytut Matki i Dziecka jest kolejnym argumentem za przeprowadzeniem konsolidacji obu instytutów.

W podsumowaniu rekomendacji należy podkreślić, iż reorganizacja polegająca na połączeniu IPCZD i IMID powinna z wielokrotności efekt restrukturyzacji obu Instytutów, w tym w szczególności IPCZD, zmierzający do wypracowania dodatniego wyniku finansowego przez skonsolidowany podmiot. Poprzez zwiększenie masy przychodowej, zarówno w obszarze grantów naukowych, jak i wynikających z połączenia wysokości kontraktów z NFZ i MZ w zakresie świadczeń medycznych oraz zsumowania wszystkich pozostałych przychodów bardziej racjonalne i możliwe stanie się równoczesne przeprowadzenie niezbędnego procesu restrukturyzacji długu. Istotne powiększenie przychodu da pozwoli na rozszerzenie instrumentów restrukturyzacji finansowej. Należy jednak zaznaczyć, iż dla skutecznego przeprowadzenia tego procesu niezbędne będzie wygospodarowanie inwestycyjnych środków finansowych ze strony budżetu Państwa na zrealizowanie prac remontowych i adaptacyjnych, zgodnych z zaakceptowanym przez Ministra Zdrowia nowym programem funkcjonalno-użytkowym dla skonsolidowanego w ten sposób Instytutu w lokalizacji obecnie zajmowanej przez IPCZD oraz wygospodarowane zgody na modyfikację programu funkcjonalno-użytkowego w zakresie prowadzonej inwestycji nowego centralnego bloku operacyjnego i oddziału anesteziologii i intensywnej terapii.

11.4. Rekomendacje systemowe dotyczące restrukturyzacji długu IPCZD

W opinii Zespołu restrukturyzacja długu IPCZD dla skuteczności i trwałości efektu jej przeprowadzenia, jako warunek obligatoryjny, wymaga wcześniejszego skutecznego wdrożenia programu restrukturyzacyjnego w IPCZD, gwarantującego uzyskania przez Instytut dodatniego wyniku finansowego lub przynajmniej bilansowania działalności bieżącej. Jedynie uzyskanie sytuacji braku narastania dodatkowych zobowiązań, powinno stać u podstawy poszukiwania, stworzenia, a następnie uruchomienia instrumentów restrukturyzacji długu.

W konsekwencji w ocenie Zespołu nie jest możliwe, aby Instytut dokonał takich działań restrukturyzacyjnych, nawet z uwzględnieniem zmian reorganizacyjnych, polegających na konsolidacji z innym instytutem, które umożliwiłyby samodzielny spłatę wygenerowanych dotychczas zobowiązań. W tym miejscu należy również podkreślić, że w związku z tym, iż Instytut nie podlega bezpośrednio przepisom ustawy o finansach publicznych, jak również nie ewidencjonuje bieżąco w księgach rachunkowych zobowiązań wynikających z not odsetkowych, kosztów procesowych i egzekucyjnych (pomimo zapisu art. 6 ustawy o rachunkowości) wykazywana obecnie struktura zobowiązań nie oddaje w pełni faktycznej wysokości kwoty niezbędnej na spłatę wszystkich zobowiązań. Według Zespołu, z uwagi na niewłaściwą politykę rachunkowości w tym zakresie, do kwoty wykazywanych zobowiązań (na dzień 30 września 2012 r. 206,6 mln zł) należy doliczyć kwotę około 35 mln zł zobowiązań nieujawnionych. Zespół, we wcześniejszej części dokumentu wskazał również na ryzyko wynikające z zapisów ugód, jakie IPCZD zawarł z wierzycielami wtórnymi, dotyczących **klauzuli natychmiastowych spłaty zobowiązań w przypadku podjęcia względem Instytutu działań restrukturyzacyjnych**. Ponadto Zespół negatywnie ocenia pozycję negocjacyjną IPCZD dotyczącą restrukturyzacji zadłużenia w związku z dopuszczeniem do sytuacji posiadania przez trzy podmioty – Magellan S.A., Electus S.A. oraz MW Trade ponad 50% wierzytelności Instytutu.

Zespół rekomenduje konieczność stałego monitoringu stanu zadłużenia IPCZD, jak również pozostałych instytutów badawczych ze szczególnym uwzględnieniem: stanu zobowiązań wobec wierzycieli wtórnych, stanu zobowiązań z tytułu odsetek, kosztów procesowych i kosztów egzekucyjnych oraz zobowiązań wymagalnych. Zespół wskazuje na konieczność przedstawiania okresowych, co najmniej miesięcznych raportów w zakresie skutków ekonomicznych podejmowanych działań restrukturyzacji długu ze szczególnym uwzględnieniem poniesionych kosztów oraz dokonywanych umorzeń.

Mając na względzie powyżej przytoczone fakty, zdaniem Zespołu, w przypadku spełnienia przez Instytut warunku reorganizacji i restrukturyzacji zbilansowania swojej działalności, niezbędnym dla skuteczności przeprowadzenia procesu restrukturyzacji staje się utworzenie rozwiązania systemowego, z przynajmniej częściowym zaangażowaniem środków z budżetu Państwa. **Zespół wskazuje na konieczność utworzenia gwarancyjnego funduszu restrukturyzacyjnego**, który będzie w stanie zasilić, różnymi instrumentami, proces restrukturyzacji długu. Gwarancyjny fundusz restrukturyzacyjny powinien, z jednej strony, dysponować środkami, które w formie bezzwrotnej dotacji będą w stanie obsłużyć część długu oraz wspomóc środkami do uruchomienia niezbędnych, niskoprocentowych pożyczek, dających gwarancje pełnego przeprowadzenia procesu restrukturyzacji całego długu. Fundusz taki mógłby zostać utworzony w części ze środków przeznaczonych obecnie w ustawie budżetowej dla procesu przekształceń samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego. Wydaje się racjonalne postawienie tezy, iż w roku budżetowym 2013 całość środków przeznaczonych na ten cel nie zostanie skonsumowana. Drugim elementem powinno być dysponowanie przez gwarancyjny fundusz restrukturyzacyjny możliwością niskoprocentowych pożyczek. Środki na ten cel mogłyby być pozyskane poprzez zaangażowanie do gwarancyjnego funduszu restrukturyzacyjnego takich instytucji, jak, np. Agencja Rozwoju Przemysłu, Bank

Gospodarstwa Krajowego lub inne państwowe osoby prawne, w tym spółki skarbu państwa posiadające odpowiednią wielkość środków finansowych, którą mogłyby przeznaczyć na ten cel.

Oczywistym jest, iż systemowy instrument gwarantowanego funduszu restrukturyzacyjnego, poza warunkiem pierwszym to jest wypracowaniem dodatniego wyniku finansowego przez jednostkę, która ma podlegać restrukturyzacji lub co najmniej pokrywania kosztów swojej działalności przez osiągnięte przychody, powinien być uruchamiany pod warunkiem drugim, to jest zaangażowania w proces restrukturyzacji samego podmiotu, który będzie jej podlegać. Zaangażowanie takie w przypadku IPCZD można osiągnąć poprzez np. zbycie majątku zbędnego z punktu widzenia prowadzonej działalności statutowej oraz przeznaczenie uzyskanych kwot, jako własny wkład do restrukturyzacji długu.

Mechanizmem uzupełniającym bądź alternatywnym, mogłoby być sprzedanie udziałów w spółce Patron bądź oddanie jej udziałów w zastaw, a osiągnięte w ten sposób kwoty przeznaczone być powinny na restrukturyzację długu. Oczywiście możliwych sposobów własnego zaangażowania może być więcej, niemniej jednak, w tym miejscu podajemy, w naszej ocenie, odpowiednie i możliwe do zastosowania przez IPCZD w szybkim terminie propozycje.

11.5. Rekomendacje dotyczące zmian w zakresie nadzoru i kontroli nad instytutami przez ministra właściwego do spraw zdrowia

Mając na względzie obserwowany ujemny wynik finansowy w IPCZD oraz fakt, iż stan ten wykazuje niepokojący w czasie trend, Zespół zwraca uwagę na bardziej efektywne wykorzystanie przepisów ustawy o instytutach badawczych zapewniających ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, kontrole i wpływ na funkcjonowanie Instytutu. W tym miejscu należy zwrócić uwagę, że minister właściwy do spraw zdrowia zatwierdza sprawozdanie finansowe, co oznacza, że jest zawiadomiony o sytuacji finansowej jednostki. Przepisy ustawy zawierają także regulacje obejmujące program naprawczy. Przewidują także, że minister właściwy do spraw zdrowia, mając na względzie dbałość o prawidłowe funkcjonowanie Instytutu może dokonać dowolnego podziału zysku oraz odwołać Dyrektora Instytutu ze względu na niezastosowanie się do wyżej wymienionych zaleceń ministra właściwego do spraw zdrowia. Zespół zwraca także uwagę, że przepisy ustawy umożliwiają ministrowi właściwemu do spraw zdrowia wpływ na skład Rady Naukowej Instytutu, ponieważ od 30 do 50% jej członków może być powołanych na podstawie rekomendacji ministra właściwego do spraw zdrowia. Powyższe rekomendacje znajdują się także w raporcie NIK nt. „Funkcjonowania wybranych instytutów badawczych nadzorowanych przez Ministra Zdrowia” (lipiec 2012 r.; pkt 3.3.5, str. 32-35).

12. PODSUMOWANIE

Pogarszająca się sytuacja finansowa IPCZD spowodowała konieczność wdrożenia działań mających na celu restrukturyzację i reorganizację Instytutu.

Na podstawie art. 8 ust. 4 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych, Minister Zdrowia powołał zarządzeniem z dnia 10 października 2012 r. Zespół roboczy do przeprowadzenia postępowania przygotowawczego mającego na celu ocenę:

1. potrzeby
2. warunków reorganizacji IPCZD.

Potrzeba reorganizacji wyniknęła z faktu, że IPCZD utracił płynność finansową na skutek czego obecnie nie jest w stanie ani realizować swoich podstawowych zadań statutowych, ani samodzielnie obsługiwać narastającego przez lata długu (ocenianego na dzień niniejszego raportu na ok. 240 mln zł). Ocena warunków reorganizacji IPCZD została dokonana przez Zespół w oparciu o opisany, aktualny stan faktyczny w obszarach: prawnym, finansowym, działalności medycznej, naukowej, gospodarczej, informatycznej, infrastruktury oraz budżetowania i controllingu, a następnie wytyczenie kierunków zmian (rekomendacji) wewnętrznych (dotyczących IPCZD) i zewnętrznych (systemowych), mających na celu restrukturyzację i reorganizację jednostki.

Należy z całą mocą podkreślić, iż w/w ocena została dokonana w oparciu o przedstawione przez IPCZD dokumenty, zestawienia, informacje oraz oświadczenia personelu, które Zespół przyjął za prawdziwe, co do treści, rzetelności i kompletności danych. Zespół, dokonując analizy przesłanych informacji opierał się na własnych doświadczeniach i materiale porównawczym, a w szczególności, na zarządzanych przez Członków Zespołu jednostkach (szpitalach klinicznych i instytutach badawczych).

W skład Zespołu zostali powołani:

- Przewodniczący Piotr Pobrotyn – Dyrektor Akademickiego Szpitala Klinicznego im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu,
- Członkowie:
 - Prof. dr hab. Krzysztof Warzocha – Dyrektor Centrum Onkologii - Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie oraz Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie,
 - Dr n. med. Maria Ilnicka-Mądry – Dyrektor Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM w Szczecinie,

Podsumowanie prac Zespołu dotyczące opisu stanu faktycznego w obszarach działalności IPCZD można przedstawić następująco:

Obszar prawny:

1. Ustawa z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych nie definiuje wprost wymaganej treści statutu, a jedynie stwierdza, że „Instytut działa na podstawie statutu, który określa przedmiot i zakres działania instytutu”. Wskazuje ponadto, jakie elementy statut powinien zawierać. Tymczasem statut IPCZD nie reguluje kwestii dotyczącej zasad gospodarki mieniem, określonym w art. 16-20 w/w ustawy, ani trybu zawierania zobowiązań, analogicznych dla

samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Statut IPCZD nie zawiera również postanowień dotyczących sposobu wykonywania obowiązków przez Dyrektora.

2. Taki sposób regulacji nie narusza postanowień wzmiankowanej powyżej ustawy o instytutach badawczych. Niemniej jednak, w ocenie Zespołu, w sytuacji rozbudowanego statutowego zakresu prowadzenia działalności przez IPCZD, w tym działalności gospodarczej zasadne jest wprowadzenie zapisów w statucie określających obowiązki organów przy podejmowaniu istotnych decyzji dotyczących mienia, czy zaciągania zobowiązań po stronie Instytutu. Ponadto, zgodnie z przepisami ustawy o instytutach badawczych, działalność gospodarcza powinna być wydzielona pod względem finansowym i rachunkowym z podstawowej działalności IPCZD.
3. Postanowienia statutu Instytutu powinny być także zgodne z aktualnie obowiązującymi przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej. Oznacza to m.in. konieczność wyodrębnienia działalności leczniczej pod względem finansowym i rachunkowym.
4. Zgodnie z przepisami ustawy o finansach publicznych, instytuty (w tym IPCZD) przestały być jednostkami sektora finansów publicznych. Nie łagodzi to w żaden sposób stosowania wobec nich ustawy o rachunkowości, z której wynika, że zgodnie z nadrzędną zasadą memoriału, w ewidencji muszą być ujęte wszystkie dokumenty dotyczące przychodów i rozchodów, a tym samym dokumenty dotyczące zobowiązań i należności. Ponadto, w wielu decyzjach przyznających Instytutowi środki publiczne, zwłaszcza dotacje, nakładany jest na niego obowiązek stosowania się do przepisów ustawy o finansach publicznych.
5. Tymczasem wykazywana przez IPCZD struktura zobowiązań nie oddaje w pełni faktycznej wysokości kwoty niezbędnej na spłatę wszystkich zobowiązań. Według opinii Zespołu do kwoty wykazywanych zobowiązań (na dzień 30 września 2012 roku - 206,6 mln zł) należy dodać kwotę około 35 mln zobowiązań nieujawnionych, a wynikających z braku księgowania odsetek od zobowiązań przeterminowanych, co do których nie został jeszcze wydany prawomocny nakaz zapłaty.
6. W tym miejscu należy wskazać na dodatkowe ryzyko wynikające z ugod, jakie IPCZD zawarło z wierzycielami wtórnymi, dotyczące klauzuli natychmiastowych spłat zobowiązań w przypadku podjęcia przez Instytut lub względem Instytutu działań restrukturyzacyjnych. Co do zasady oznacza to brak możliwości przeprowadzenia natychmiastowych działań w tym zakresie bez utworzenia gwarancyjnego funduszu restrukturyzacyjnego, który będzie w stanie zasilić różnymi instrumentami finansowymi proces restrukturyzacji długu.
7. Oczywistym jest, iż systemowy instrument finansowy, poza warunkiem pierwszym, jakim jest wypracowanie dodatniego wyniku finansowego IPCZD lub co najmniej pokrywania kosztów swojej działalności przez osiągnięte przychody, powinien zostać uruchomiony pod warunkiem drugim, jakim jest zaangażowanie w proces restrukturyzacji samego podmiotu, który będzie jej podlegać. Aby tak się stało, konieczne jest zdefiniowanie i usunięcie problemów IPCZD w pozostałych obszarach, poza omówionymi już aspektami prawnymi. Należą do nich:

I. Zobowiązania cywilnoprawne:

1. Zespół negatywnie ocenia postawę IPCZD w zakresie postępowań dotyczących windykacji należności przez dostawców (wierzycieli) w postępowaniach sądowych i egzekucyjnych.
2. Tryb i przyjęty sposób zaspokajania zobowiązań pozostawał i pozostaje w sprzeczności z zasadami rzetelności, celowości, gospodarności i oszczędności wynikającymi z art. 16 ust. 4 ustawy o instytutach badawczych. I tak:
 - żaden ze wskazanych w zestawieniu 137 nakazów zapłaty nie został zaskarżony przez IPCZD, a podkreślenia wymaga fakt, że uzyskanie czasu na prowadzenie negocjacji z powodami oraz możliwość zawarcia ugód sądowych, co do spłaty należności, dałoby Instytutowi wymierne korzyści;
 - IPCZD nie korzystał z trybu skarg na czynności komornika, zarówno w zakresie dokonywanych zajęć, jak i co do ustalenia wysokości opłaty egzekucyjnej;
 - aktywność Kierownictwa IPCZD w prowadzeniu negocjacji z wierzycielami pierwotnymi, co do zasady, ograniczała się do odsyłania ich do spółki Magellan S.A., nazywanej „partnerem finansowym”, celem zbycia wierzytelności.
3. Zespół negatywnie ocenia działania IPCZD w zakresie wyrażania zgód na cesję wierzytelności, trybu nawiązywania współpracy z wierzycielami wtórnymi oraz warunków zawartych porozumień, co do spłaty zobowiązań, które, oprócz sprzeczności z zasadami rzetelności, celowości, gospodarności i oszczędności opisanymi w ustawie, budzą także wątpliwości, co do legalności podjętych działań. I tak, Zespół stwierdził:
 - brak strategii opartej na racjonalności i gospodarności w zarządzaniu długiem przez kierownictwo IPCZD oraz jego Dział Prawny, w tym w postępowaniu z wierzycielami pierwotnymi, którym powinny być oferowane, w sytuacji ograniczonej płynności finansowej porozumienia w sprawie spłaty należności, przy jednoczesnym, nawet częściowym, umorzeniu zobowiązań odsetkowych;
 - wieloletnią praktyką wyrażania przez Dyrektora IPCZD zgód na zmianę wierzyciela. Za martwy należy uznać, obowiązujący w umowach z dostawcami zawieranych w trybie zamówień publicznych, umowy zakaz cesji w sytuacji, gdy IPCZD akceptował takie zmiany zarówno w formie cesji, jak i umów poręczeń, czy wstąpienia w prawa zaspokojonego wierzyciela w trybie art. 518 kodeksu cywilnego;
 - preferowanie wierzycieli wtórnych kosztem pierwotnych kontrahentów IPCZD, którzy byli nakłaniani do podjęcia współpracy z jedną z firm zajmujących się skupowaniem wierzytelności;
 - brak inicjatywy po stronie IPCZD w zakresie ustalenia porównywalnych zasad zaspokajania wierzycieli wtórnych;
 - przyjęcie rażąco niekorzystnych i nieuzasadnionych warunków spłaty należności, przyznających jednemu z wierzycieli wtórnych prawo do postawienia wielomilionowej należności w stan natychmiastowej wymagalności w razie podjęcia decyzji o zmianie formy organizacyjno-prawnej albo zaniechania ustanowienia zabezpieczenia na wierzytelności przysługującej IPCZD od NFZ z tytułu świadczeń medycznych;

- do przedstawionych porozumień z wierzycielami wtórnymi i ugód sądowych nie były załączone analizy finansowe (opinia Głównego Księgowego) co do realnych możliwości wykonania przez IPCZD spłat w uzgodnionych terminach i wysokości, ani pisemne opinie radcy prawnego (Działu Prawnego), co do skutków prawnych zawieranych umów.

4. W podsumowaniu należy stwierdzić, że:

- w wyniku wieloletnich zaniechań realizacji procesu restrukturyzacji IPCZD, Instytut znalazł się w sytuacji, w której wysokość zobowiązań w stosunku do wierzycieli wtórnych, jak i wysokość miesięcznych obciążeń z tytułu ich spłaty nie jest możliwa do realizacji w jego aktualnej;
- niezbędne jest, po wprowadzeniu faktycznych i efektywnych działań restrukturyzacyjnych IPCZD podjęcie decyzji dotyczącej alternatywnego źródła finansowania wymagalnych zobowiązań jednostki;
- konieczne jest także podjęcie działań kontrolnych w zakresie legalności, rzetelności, celowości, gospodarności i oszczędności umów zawieranych przez Dyrektora IPCZD w w/w zakresie.

II. Obszar finansowy:

1. Koszty działalności podstawowej IPCZD z roku na rok zwiększają się o kilka milionów złotych, podczas gdy w tym samym czasie, przychody maleją w skali kilkunastu milionów złotych. I tak, koszty działalności zwiększyły się w 2012 rok o 3,6 mln zł w sytuacji zmniejszenia się przychodów o 16,8 mln zł w stosunku do roku 2011. Tym samym strata na sprzedaży bardziej pogłębiła się, osiągając za dziewięć miesięcy 2012 r. poziom 40,3 mln zł.
2. Niepokojąca jest także struktura wzrostu kosztów działalności podstawowej IPCZD, która dotyczy przede wszystkim kosztów pracy. Koszt pracy **w przychodach ze sprzedaży z NFZ i MZ w 2010 roku wynosił 70%, w roku 2011 - 72%, a do września roku 2012 wzrósł już do ponad 78%.**
3. Pomimo tych negatywnych zjawisk, Dyrekcja IPCZD nie podejmowała i nie podejmuje działań mających na celu ich eliminację. Szczegółowe dane wskazują, że w 2010 roku koszty 10 na 27 istniejących oddziałów przekraczały przychody o więcej niż 50%, w tym 4 oddziały przekroczyły ponad 2-krotnie uzyskiwane przychody, podczas, gdy w 2011 roku koszty w 11 na 27 oddziałach przekraczały przychody o więcej niż 50%, w tym 5 oddziałów przekroczyło ponad 2-krotnie uzyskiwane przychody.
4. Najbardziej niepokojącym w ocenie Zespołu jest fakt, iż mimo dokonanej korekty planowanego wyniku finansowego zwiększającego stratę z 24,7 mln na ponad 37 mln na koniec 2012 r. i tak wynik na koniec września 2012 r. wykazuje stratę o 5,1 mln zł wyższą od zaplanowanej. To oznacza, że nie są dokonywane wystarczające analizy bieżące stanu realizacji planów i założeń, a co za tym idzie nie są wdrażane działania usprawniające w Instytucie.
5. Negatywnie należy również ocenić plan inwestycyjny IPCZD. Pomimo posiadania wewnętrznej procedury dotyczącej wniosków inwestycyjnych, IPCZD jej nie przestrzega. To doprowadziło do sytuacji, iż przy braku płynności finansowej z uwagi na zadłużenie i problemy na działalności bieżącej istnieją realne zagrożenia i problemy z prawidłową i terminową realizacją zadań inwestycyjnych.

6. W podsumowaniu należy stwierdzić, że poniesione przez IPCZD straty finansowe na koniec września 2012 r. na poziomie ponad 42 mln zł i zobowiązania na poziomie 206,6 mln zł, w tym zobowiązania przeterminowane na poziomie 42,4 mln zł potwierdzają bardzo poważne problemy finansowe placówki. Do kwoty wykazywanych zobowiązań należy dokończyć kwotę około 35 mln zobowiązań nieujawnionych, a wynikających z braku księgowania odsetek od zobowiązań przeterminowanych. Ponadto, IPCZD oprócz w/w zobowiązań posiada zobowiązania z tytułu pożyczek i kredytów oraz układów ratalnych, które będzie musiał spłacić w przyszłości. Według zestawienia na dzień 29.10.2012 r. wynoszą one 147.420.795,83 zł, w tym odsetki na kwotę 30.291.563,66 zł (stanowiące 21% kwoty zobowiązania). W przypadku prowadzenia działalności, jako spółka prawa handlowego, takie parametry finansowe określałyby podmiot, jako bankruta.
7. Mając powyższe na uwadze, Zespół stwierdza, że w chwili obecnej, IPCZD nie jest w stanie samodzielnie obsługiwać długu, nawet w sytuacji zbilansowania swojej działalności operacyjnej, tj. pokrywania swoich kosztów na działalności bieżącej osiąganymi przychodami.

III. Działalność lecznicza:

1. IPCZD posiada 23 oddziały szpitalne całodobowe, 4 oddziały dzienne, 33 poradnie i 8 zakładów diagnostycznych. W oddziałach szpitalnych znajdują się łącznie 554 łóżka.
2. Wartość kontraktu podpisanego przez IPCZD:
 - z MO NFZ na wykonywanie świadczeń medycznych w roku 2011 wynosiła 200.414.824,65 zł, ale spadła w 2012 r. do 195.769.259,54 zł;
 - ponadto wartość umów podpisanych z MZ na realizację programów zdrowotnych i procedur wysokospecjalistycznych osiągnęła w 2011 roku kwotę 19.499.751,48 zł i 15.942.911,00 zł za 3 kwartały 2012 r.;
 - IPCZD jest także beneficjentem 2 programów („Żywczyk” i „Dzieciaki Mazowska”), każdy po ponad 9 mln zł finansowanych ze środków unijnych oraz przez MNiSW. Zarządzanie tymi programami IPCZD przekazał podmiotowi zewnętrznemu – Spółce MILBARDOX-Milena Bardońska. Instytut przekazuje z tego tytułu spółce, co miesiąc kwotę 91.770,030 zł. Firma MILBARDOX opłaca z tej kwoty pracowników IPCZD I, a wśród nich jego Dyrektora;
3. Ponadto Zespół zwraca uwagę na:
 - krótki średni czas pobytu chorego na oddziale, który w 2012 roku wynosił 3,7 dnia, a średnie wykorzystanie łóżek nie przekraczało 74%;
 - pogłębiającą się z roku na rok tendencja do przyjmowania pacjentów na krótką diagnostykę i proste zabiegi, co skutkuje niską wyceną procedur z NFZ, powoduje sukcesywne obniżanie zawieranych kontraktów oraz zawęża obszar wykonywania świadczeń dla dzieci z województwa mazowieckiego i obniża rangę jednostki;
 - niewystarczające wykorzystanie bloku operacyjnego przez kliniki zabiegowe, które w strukturze leczonych pacjentów mają niski procent wykonanych hospitalizacji i zabiegów operacyjnych (otolaryngologia – 25%, urologia – 17%, okulistyka – 38%);
 - jedynie 5 z 27 Oddziałów oraz 7 z 33 Poradni nie przynoszą strat. Brak jest powiązania wartości środków przeznaczanych na wynagrodzenia pracowników z przychodami uzyskiwanymi przez jednostkę od płatnika. Największe patologie w tym zakresie obserwuje się w Klinice kierowanej

przez Dyrektora IPCZD - Klinice Pediatrii i Żywienia, w której od lat wartość wynagrodzeń osobowych jest wyższa od wartości kontraktu z NFZ. Za okres styczeń-wrzesień 2012 r. wynosi ona ponad 170% przychodu z NFZ;

- niekorzystnym dla finansowania Instytutu jest prowadzenie diagnostyki laboratoryjnej częściowo w zakresie własnym, a częściowo przez podmiot zewnętrzny. Szczególnie niepokojące jest płacenie przez IPCZD firmie zewnętrznej zawyżonych cen za badania laboratoryjne;
- powszechnie stosowana jest w Instytucie kosztobłonna forma nadgodzin zamiast zatrudniania pracowników w momencie potrzeby „na zastępstwo”. W szczególności pod rozważenie należy wziąć nadgodziny występujące w grupie pielęgniarek (średni koszt miesięczny nadgodzin – ponad 100 tys. zł). Bardzo znaczące środki przeznaczane są także na dyżury pod telefonem.

IV. Działalność gospodarcza

1. Zespół zwraca uwagę, że prowadzone na mocy § 3 pkt 7 statutu IPCZD sprzedaż, najem, dzierżawa lub udostępnienie w innej formie składników mienia Instytutu, w tym nieruchomości wraz z dostawą mediów i usług telekomunikacyjnych przedstawia wiele nieprawidłowości. Z przekazanych dokumentów wynika, iż:

- zawarte umowy najmu powierzchni użytkowych nie zostały poprzedzone procedurami przetargowymi według zasad określonych w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 5 października 1998 r. w sprawie zasad organizowania przetargu na sprzedaż środków trwałych przez przedsiębiorstwa państwowe oraz warunków odstąpienia od przetargu, konsekwencją tego są rażąco niskie ceny najmu uzyskiwane przez IPCZD w bardzo długich okresach czasowych, w wielu przypadkach wielokrotnie niższe od analogicznych powierzchni wynajmowanych analogicznym podmiotom przez inne szpitale i instytuty na terenie Warszawy (Apteka, Laboratoria, Parking, inne podmioty lecznicze działające na terenie IPCZD);
- w żadnej z wyspecyfikowanych umów najmu, IPCZD nie występował do Ministra Skarbu o wydanie zgody na dokonanie czynności prawnej. Tym samym na mocy przepisu art. 5a ust. 2 ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o zasadach wykonywania uprawnień przysługujących Skarbowi Państwa - umowy te stanowią nieważną czynność prawną;
- pomimo wydania zarządzenia nr 31/05 Dyrektora Instytutu z 28 października 2005 r. w sprawie ustalenia minimalnych stawek czynszu za wynajem powierzchni należących do IPCZD, w co najmniej kilku przypadkach podpisanych umów nie były one przestrzegane. W wielu umowach zawartych przez IPCZD nie ujęto także zapisu o rewaloryzacji cen najmu;

2. IPCZD samodzielnie nie zarządza całością posiadanych nieruchomości. Istotną część, powiązaną z prowadzeniem działalności komercyjnej, w tym hotel dla pacjentów, hotel pielęgniarski, tereny do nich przyległe oraz mieszkania zakładowe zostały w 2002 roku przekazane w zarządzanie utworzonej przez IPCZD spółce z o.o. PATRON:

- Instytut objął wszystkie udziały w kapitale zakładowym spółki PATRON, które zostały pokryte wkładem niepieniężnym w postaci wspomnianych nieruchomości należących do Instytutu;
- Spółka posiada prawo do pobierania pożytków z nieruchomości należących do Instytutu. Z udostępnionej dokumentacji nie wynika jednak, jakie środki materialne i czy w ogóle,

tj. dochody Instytutu stanowią wynik współpracy z przedmiotową Spółką. Wiadomo natomiast, że w jej władzach zasiadają i pobierają wynagrodzenia etatowi pracownicy IPCZD;

- Z powodu braku formalnych uprawnień ten obszar działalności gospodarczej IPCZD, jak i sama spółka PATRON, nie mogła zostać poddana analizie przez Zespół.

V. Obszar infrastruktury:

1. Sprzęt i aparatura medyczna (w liczbie ok. 4750 szt):

- około 34% sprzętu stanowi sprzęt przestarzały, o okresie używania powyżej 10 lat;
- brak jest w IPCZD skutecznego bieżącego nadzoru nad sprzętem i aparaturą medyczną, w tym stwierdza się powszechny brak kalibracji i przeglądów okresowych oraz serwisowych. Zdaniem Zespołu, sytuacja taka spowoduje, że:
 - w niedalekiej przyszłości koszty naprawy nieserwisowanych urządzeń wielokrotnie przekroczą kwoty, jakie IPCZD wydatkowałaby na ich serwis,
 - brak kalibracji podważają wiarygodność wykonywanych przez IPCZD na nich badań. Stan ten dla tak referencyjnej placówki, jaką powinien być IPCZD, Zespół uważa za dalece nieprawidłowy,
- Zespół podkreśla, iż do w/w stanu rzeczy doprowadziła wieloletnia polityka zaniechania przeznaczania wartości odpisów amortyzacyjnych na odnawianie technologiczne i wiekowe sprzętu i aparatury medycznej, co należy ocenić, jako długoletnią błędną politykę zarządczą.

2. Infrastruktura techniczna (28 budynków o powierzchni 69.041 m²):

- w ostatnim czasie dokonano kapitalnego remontu Kliniki Pediatrii i Żywienia kierowanej przez Dyrektora IPCZD, którego koszt wyniósł ok. 30 mln zł - w całości sfinansowany przez organizację pozarządową;
- w 2011 r. rozpoczęto budowę nowego kompleksu Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Ośrodka Transplantacyjnego - środki na budowę zostały przyznane z dotacji Unii Europejskiej oraz MZ;
- zaprezentowane w „Programie naprawczym”, autorstwa Dyrektora IPCZD, przewidywane koszty na remonty i konserwację pozostałych obiektów wynoszą około 100 mln zł. Zespół zwraca uwagę, iż kwota ta wydaje się być zgodna z faktycznym zapotrzebowaniem tego zadania. Jednak bez podjęcia natychmiastowych działań naprawczych przez IPCZD, poprawiających katastrofalną sytuację finansową połączoną z restrukturyzacją długu, realizacja tych zadań nie będzie możliwa;
- z przyczyn wcześniej podanych, Zespół nie był w stanie oszacować stanu infrastrukturalnego i kosztów planowanych remontów nieruchomości należących do Instytutu, a przekazanych w zarządzanie spółce PATRON.
- Ogólny stan większości budynków wykazuje duży stopień dekapitalizacji.

3. Żywnienie:

- w 2007 r. IPCZD pozyskał środki na finansowanie inwestycji pt. „Modernizacja systemu żywienia” w ramach kredytu inwestycyjnego na kwotę 12 mln zł;

- z danych wynika, iż koszt 1 doby żywienia wynosi 31,2 zł (Centrum Onkologii w Warszawie – 12,2 zł, SPSK Nr 1 w Szczecinie – 11,7 zł). Najbardziej niepokojące jest jednak to, że największy udział w tej kwocie mają koszty kredytu i jego obsługi (aż 31 %) związane z inwestycją w kuchnię. Koszty tzw. wsadu stanowią jedynie 21% kwoty kosztów związanych z żywnością, co stanowi tylko 6,55 zł.

4. Infrastruktura informatyczna:

- wydatki IPCZD na posiadane środowisko IT, w szacowanej wartości 34 mln zł są zbyt duże (szczególnie w systemach szpitalnych) w porównaniu do innych jednostek posiadających większy zakres funkcjonalny (dla porównania SPSK Nr 1w Szczecinie – 9.028.079,75 zł);
- wysoka kosztowo umowa serwisowa dotycząca systemów szpitalnych (roczne koszty ok. 1 mln) w stosunku do realizowanych usług (w praktyce za wizytę 2 konsultantów raz w tygodniu, standardowe aktualizacje systemu oraz zdalne konsultacje telefoniczne);
- nieskuteczną i niewłaściwą obsługę szpitalnych systemów informatycznych, mimo znacznego zaangażowania Działu Informatyki i producentów (nieefektywne umowy serwisowe);
- niekorzystne zapisy dla IPCZD w umowach na zakup licencji i umów o nadzór autorski;
- zbyt bardzo zróżnicowany i przestarzały sprzęt komputerowy (70% w wieku ponad 5 lat);
- brak wykorzystania systemów w procesach analiz zarządczych, budżetowania, liczenia kosztów leczenia pojedynczych pacjentów oraz generowania (jako wydruk z komputera) elektronicznej wersji dokumentacji medycznej.

VI. Obszar budżetowania i controllingu:

1. W wyniku zebranych materiałów i przeprowadzonych rozmowach z Kierownictwem IPCZD, a także mimo ustnych deklaracji o zastosowaniu tego instrumentu zarządczego, Zespół stanowczo stwierdza, iż do grudnia 2012 roku nie zostały zbudowane założenia do controllingu i budżetowania oraz nie zostały wdrożone narzędzia w tym zakresie.
2. Zespół negatywnie ocenia dotychczasową komunikację Dyrektora IPCZD z Kierownikami Klinik dotyczącą ustalenia wysokości kontraktu z NFZ na dany rok, rodzaju i zakresu świadczeń nim objętych. Kierownicy Klinik nie posiadając wiedzy dotyczącej wysokości zakontraktowanych usług na dany rok, sami deklarowali przewidywaną przez siebie wartości przychodu, jaki planują osiągnąć w danym okresie. Sytuacja taka stała w sprzeczności ze stanem faktycznym wynikającym z zawartych umów i w konsekwencji z brakiem racjonalności polityki finansowej polegającej na braku dostosowania w najbardziej zbliżony do optymalnego modelu kosztów do planowanych przychodów.
3. Zespół zauważa, że z powodu rozbudowanej struktury organizacyjnej oraz oparciu prowadzenia procesów ewidencyjnych na wielu komórkach, stworzenie spójnego controllingu budżetowania będzie mocno utrudnione w zakresie zbierania i analizowania danych.

VII. Obszar kadrowy:

1. Przerost zatrudnienia dotyczy każdej grupy zawodowej, najbardziej widoczna jest nadetatyzacja w zakresie sekretarek oraz innych, niemających bezpośredniego związku z przychodami szpitala, w tym ogrodników, inspektorów ochrony środowiska, rozbudowanego zespołu ds. komunikacji społecznej i obsługi pacjentów. Stosując metodę porównawczą, wskaźnikiem: liczba

zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na posiadaną bazę, Zespół zwraca uwagę, iż dla IPCZD współczynnik ten osiąga niepokojąco wysoką wartość, tj. 3,62. Dla porównania w Akademickim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu wartość ta wynosi 1,88, a dla Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Szczecinie 1,85. Bardzo wysoki współczynnik zatrudnienia na łóżko tym bardziej budzi zastrzeżenia członków Zespołu, że Instytut outsourcingował znaczącą część swojej działalności wraz z przekazaniem zewnętrznym firmom swoich pracowników. Dotyczy to usług salowych i sprzątania oraz usług diagnostyki laboratoryjnej. Stan zatrudnienia na dzień 01.10.2012 r. wynosi już 2 203,07 etatów, w tym na umowę o pracę 2.123,55 etatu, umowy - zlecenia 27,6 etatów przeliczeniowych, kontrakty 51,92 etatów przeliczeniowych.

2. Stanowisko Zespołu jest zbieżne z treścią raportu NIK i za skrajnie nieodpowiedzialne uznaje ignorowanie przez Dyrektora IPCZD wcześniejszych rekomendacji i braku wdrożenia działań restrukturyzacyjnych w obszarze zarządzania zasobami pracowniczymi, zarówno, co do liczby zatrudnionych pracowników, jak i wysokości średniej płacy w Instytucie.
3. W IPCZD nie przeprowadzono analizy efektywności pracy na poszczególnych stanowiskach pracy. Jedynie liczba pracowników naukowych nie budzi zastrzeżeń, a ich ewentualny wzrost, wraz ze wzrostem aktywności naukowej należy rozumieć, jako proces oczekiwany i prawidłowy, mający na celu utrzymanie potencjału naukowego jednostki na nie mniejszym niż dotychczasowy poziomie, tj. kategorii A według rankingu Komitetu Ewaluacji Jednostek Naukowych MNiSW.
4. Zespół zwraca jednak uwagę, że mimo dobrej sytuacji związanej z merytoryczną stroną działalności naukowej IPCZD, co roku odnotowuje się stały ujemny wynik finansowy tej działalności w wymiarze ok. 8 mln zł/rocznie. Oznacza to, że deficyt ten jest pokrywany ze środków nieprzeznaczonych na ten cel, tj. głównie z przychodów działalności leczniczej. Istnieje, zatem konieczność zwiększenia aktywności wykonawców planu naukowego w zakresie stałego pozyskiwania grantów (NCBiR, NCN), umożliwiających pokrycie kosztów bezpośrednich, a tym samym zwiększeniu przychodów z działalności naukowej dla IPCZD.
5. Należy podkreślić, że pomimo nadmiernego stanu zatrudnienia, w każdym analizowanym roku w większości grup zawodowych występują nadgodziny, w tym w grupie pielęgniarek (średni koszt miesięczny nadgodzin – ponad 100 tys. zł) oraz w grupie pracowników administracyjnych (średni koszt miesięczny nadgodzin - ponad 80 tys. zł).
6. Według przekazanych danych średnia płaca w Instytucie wg stanu na dzień 11.12.2012 r. uległa dalszemu wzrostowi i wynosi obecnie 4 815,20 zł. Zespół zwraca uwagę, iż fakt ten stoi w jawnej sprzeczności z zapisami ustawy o instytutach badawczych oraz regulaminu wynagradzania IPCZD z dnia 01.04.2009 roku w brzmieniu „... wysokość środków przeznaczonych na wynagrodzenia pracowników musi uwzględniać możliwości finansowe pracodawcy...”.
7. Zespół negatywnie ocenia zaniechanie działań, Dyrekcji IPCZD zmierzających do istotnych zmian zapisów regulaminu wynagradzania i ich dostosowanie do możliwości finansowych Instytutu. Określenie tylko wartości minimalnej wynagrodzenia w regulaminie wynagrodzeń może stać się podstawą do zbyt wysokich wynagrodzeń w odniesieniu do średnich wartości obserwowanych dla tych samych stanowisk w innych instytutach, szpitalach czy instytucjach miasta Warszawy,

8. Należy podkreślić, iż w ocenie Zespołu polityka kadrowo-płacowa jest jednym z najistotniejszych czynników wpływających na generowanie ujemnego wyniku finansowego przez IPCZD. W związku z powyższym cały regulamin wynagradzania powinien zostać poddany ponownej analizie i weryfikacji, stosownie do uwag zawartych w raporcie NIK oraz przedstawionych przez Zespół.

Wniosek końcowy

Zespół zwraca uwagę, iż niezbędne jest w obecnej sytuacji finansowej IPCZD uruchomienie systemowego mechanizmu restrukturyzacji długu dla tej jednostki. Członkowie Zespołu stwierdzają, że kategorię warunkiem skuteczności procesu restrukturyzacji długu oraz dalszego prawidłowego funkcjonowania IPCZD jest dokonanie głębokich zmian reorganizacyjnych gwarantujących, stałe w czasie, generowanie dodatniego wyniku finansowego, bądź przynajmniej bilansowanie przez Instytut kosztów swojej działalności przez osiągnięte przychody. Podsumowując Zespół pragnie podkreślić, iż brak podjęcia działań naprawczych, pomimo uruchomienia mechanizmów systemowej pomocy finansowej, nie daje gwarancji stabilnego funkcjonowania IPCZD w kolejnych latach.

ZARZĄDZENIE NR .../....

Dyrektora

z dnia roku

w sprawie określenia szczegółowych zasad prowadzenia przetargów na sprzedaż lub oddania składników aktywów trwałych innym podmiotom na podstawie umów prawa cywilnego

Na podstawie art. 16 i 17 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. Nr 96, poz. 618, z późn. zm.) oraz § pkt.... Statutu zarządza się, co następuje:

§ 1

1. W celu zapewnienia prawidłowej gospodarki mieniem, zwanego dalej „Instytutem”, określa się szczegółowe zasady, sprzedaży, najmu lub dzierżawy składników aktywów trwałych.
2. Sprzedaż, najem, dzierżawę należy każdorazowo poprzedzić oceną ekonomiczną i techniczną, sporządzoną w formie pisemnej, która stanowi podstawę do podjęcia decyzji o rozporządzeniu składnikami aktywów stałych.
3. Sprzedaż, najem lub dzierżawa składników aktywów trwałych powinna być dokonana w drodze przetargu publicznego na zasadach określonych w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 5 października 1993 r. w sprawie zasad organizowania przetargu na sprzedaż środków trwałych przez przedsiębiorstwa państwowe oraz warunków odstąpienia od przetargu.

§ 2

1. Ustanawia się szczegółowe zasady prowadzenia postępowań realizowanych w drodze przetargu publicznego na sprzedaż, najem lub dzierżawę składników aktywów trwałych stanowiących mienie Instytutu.
2. Zasady, o których mowa w ust. 1 określa Regulamin przetargu publicznego, stanowiący załączniki do niniejszego Zarządzenia.

§ 3

1. Przetarg, o którym mowa w § 2 przygotowuje i przeprowadza Komisja Przetargowa powołana przez Dyrektora spośród pracowników Instytutu, na wniosek Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych.
2. Komisja Przetargowa składa się, co najmniej z 3 członków. Liczba członków Komisji Przetargowej może zostać powiększona ze względu na potrzeby lub/i specyfikę przedmiotu przetargu.

§ 4

1. Przetarg, o którym mowa w § 2, ma charakter publiczny i przeprowadzany jest w formie przetargu pisemnego (zbieranie ofert) lub przetargu ustnego (licytacji).
2. Obwieszczenie o przetargu zamieszcza się, co najmniej 14 dni przed datą rozpoczęcia przetargu.
3. Obwieszczenie o przetargu zamieszcza się:
 - a) na stronie internetowej Instytutu,
 - b) na tablicy ogłoszeń Dyrektora,
 - c) w codziennej prasie krajowej.
4. Wzór obwieszczenia o przetargu stanowi załącznik do Regulaminu Przetargu Publicznego.

§ 5

1. Przed przystąpieniem do przetargu Komisja Przetargowa ustala cenę oszacowania środków trwałych będących przedmiotem przetargu. Wyceny (operat szacunkowy) dokonuje rzeczoznawca. Jeżeli wartość rynkową przedmiotu rozporządzenia można ustalić na podstawie opublikowanych cenników lub notowań giełdowych albo, jeżeli koszt wyceny przewyższa 20% wartości bilansowej przedmiotu rozporządzenia, wyceny może dokonać Komisja Przetargowa.
2. Komisja określa wysokość wymaganego wadium w wysokości 10% ceny wywoławczej środka trwałego, który stanowi przedmiot przetargu.

§ 6

1. Komisja przetargowa sporządza obwieszczenie o przetargu, przyjmuje i ocenia złożone oferty.
2. Umowy sprzedaży, najmu lub dzierżawy zawiera się z oferentem, którego oferta została wybrana w postępowaniu przetargowym, z zastrzeżeniem § 7.
3. W przypadku sprzedaży Nabywca jest obowiązany zapłacić cenę nabycia niezwłocznie po zawarciu umowy sprzedaży lub w terminie wyznaczonym przez sprzedającego, nie dłuższym niż 7 dni.
4. Z przebiegu postępowania przetargowego sporządza się protokół.

§ 7

W przypadku konieczności łączenia procedur związanych z dzierżawą pomieszczeń lub urządzeń stanowiących mienie Instytutu z zamówieniami na dostawy, usługi lub roboty budowlane prowadzonymi w trybie ustawy Prawo zamówień publicznych, procedura przetargu pisemnego jest prowadzona zgodnie z przepisami ustawy Prawo zamówień publicznych.

§ 8

Instytut zobowiązany jest uzyskać zgodę ministra właściwego do spraw Skarbu Państwa na dokonanie czynności prawnej w zakresie rozporządzenia składnikami aktywów trwałych w rozumieniu przepisów o rachunkowości, zaliczonymi do wartości niematerialnych i prawnych, rzeczowych aktywów trwałych lub inwestycji długoterminowych, w tym oddania tych składników do korzystania innym podmiotom na podstawie umów prawa cywilnego lub ich wniesienia, jako wkładu do spółki lub spółdzielni, jeżeli wartość rynkowa przedmiotu rozporządzenia przekracza równowartość w złotych kwoty 50 000 euro, obliczonej na podstawie średniego kursu ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski według stanu z dnia wystąpienia o zgodę.

§ 9

Za przygotowanie, organizację i przeprowadzenie przetargów na sprzedaż lub oddanie składników aktywów trwałych stanowiących mienie Instytutu innym podmiotom na podstawie umów prawa cywilnego, odpowiedzialny jest Dział Administracyjno-Gospodarczy i Komisja Przetargowa.

§ 10

Nadzór nad przestrzeganiem postanowień Zarządzenia, powierza się Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych.

§ 11

Dodatkowy zapis...

§ 12

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

DYREKTOR

.....

Załącznik do Zarządzenia Nr .../....
Dyrektora
.....
z dnia roku

REGULAMIN

przetargu pisemnego na sprzedaż, najem lub dzierżawę aktywów trwałych stanowiących własność
.....

Postanowienia ogólne.

§ 1

1. Regulamin określa zasady przeprowadzania przetargu pisemnego lub ustnego na sprzedaż, najem lub dzierżawę składników aktywów trwałych przez, zwanego dalej „Instytutem”.
2. Celem przetargu jest uzyskanie najwyższej ceny.

Podstawa prawna przeprowadzenia przetargu.

§ 2

Przetarg, o którym mowa w § 1 przeprowadza się na podstawie:

1. Ustawy z dnia 25 września 1981 r. o przedsiębiorstwach państwowych w zakresie przepisów art. 46 ust. 4 (tj. Dz. U. z 2002 r. Nr 112, poz. 981, z późn. zm.);
2. Ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o zasadach wykonywania uprawnień przysługujących Skarbowi Państwa, w zakresie przepisów art. 5a – 5c (Dz. U. Nr 106, poz. 493, z późn. zm.);
3. Ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. Nr 96, poz. 618, z późn. zm.);
4. Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 5 października 1993 r. w sprawie zasad organizowania przetargu na sprzedaż środków trwałych przez przedsiębiorstwa państwowe oraz warunków odstąpienia od przetargu (Dz. U. Nr 97, poz. 443, z późn. zm.);
5. Definicję środka trwałego zawiera art. 3 ust. 1 pkt 15 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (tj. Dz. U. z 2009 r. Nr 152, poz. 1223, z późn. zm.).

Przedmiot przetargu i jego cena.

§ 3

1. Przedmiotem przetargu jest sprzedaż, najem lub dzierżawa składników aktywów trwałych stanowiących własność Instytutu.
2. Szczegółowy opis przedmiotu przetargu znajduje się w materiałach przetargowych, które winny zostać udostępnione oferentom. Warunki sprzedaży, dzierżawy lub najmu zostają określone w obwieszczeniu o przetargu.
3. Cena wywoławcza składników aktywów trwałych zostaje podana do publicznej wiadomości w obwieszczeniu o przetargu.

Warunki i zasady uczestnictwa w przetargu.

§ 4

1. Uczestnikiem przetargu może być osoba fizyczna lub osoba prawna. Jeżeli oferentem jest konsorcjum, holding lub grupa podmiotów gospodarczych nie będących osobą prawną w rozumieniu przepisów prawa polskiego, to wówczas za oferenta będzie się uważać osobę prawną upoważnioną przez pozostałych uczestników stosownymi pełnomocnictwami i wpłacającą w imieniu wszystkich wadium.
2. Oferent zobowiązany jest do wniesienia wadium w formie, terminie oraz sposobie określonym w obwieszczeniu o przetargu. Wniesione wadium pełni funkcję kaucji gwarancyjnej.
3. Jeżeli żaden z uczestników przetargu nie zaproponuje ceny, co najmniej równej cenie wywoławczej, wpłacone wadium przepadnie na rzecz Instytutu. Wadium przepadnie również na rzecz Instytutu, jeżeli oferent, którego oferta została przyjęta uchyli się od zawarcia umowy.
4. Wadium wpłacone przez uczestnika przetargu, który przetarg wygrał, zalicza się na poczet ceny.
5. Wadium zwraca się niezwłocznie po odwołaniu lub zamknięciu przetargu, z wyjątkiem wadium wniesionego przez uczestnika przetargu, który przetarg wygrał. Wadium podlega zwrotowi wraz z należnym oprocentowaniem bankowego rachunku bieżącego Instytutu, po pomniejszeniu o koszty prowadzenia rachunku oraz prowizji bankowej za przelew pieniędzy na rachunek uczestnika przetargu.

Komisja Przetargowa.

§ 5

1. Czynności związane z przeprowadzeniem przetargu wykonuje Komisja Przetargowa powołana przez Dyrektora w trybie zarządzenia, zwana dalej Komisją.
2. Komisja działa na podstawie niniejszego Regulaminu oraz obowiązujących przepisów prawa.
3. Zasady postępowania członków Komisji:
 - 1) Komisja ma obowiązek traktować wszelkie materiały i informacje otrzymane w związku z postępowaniem, jako poufne;
 - 2) Komisja ma obowiązek działać obiektywnie, wnikliwie i starannie, mając na względzie dobro Instytutu;
 - 3) W postępowaniu przetargowym członkami Komisji nie mogą być osoby, które:
 - a) pozostają w związku małżeńskim albo w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia albo są związani z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z oferentem, jego zastępcą prawnym lub członkami władz osób prawnych, stających do przetargu;
 - b) przed upływem trzech lat od daty wszczęcia postępowania przetargowego były w stosunku pracy lub zlecenia z oferentem albo członkami władz osób prawnych stających do przetargu;
 - c) pozostają z oferentem w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości, co do ich bezstronności;
 - d) Członkowie Komisji podpisują stosowne oświadczenie;
 - e) w przypadku stwierdzenia, że członek Komisji jest powiązany z którymkolwiek oferentem, jest on obowiązany bezzwłocznie złożyć rezygnację z udziału w postępowaniu przetargowym.

Przetarg.

§ 6

1. Postępowaniem przetargowym kieruje Przewodniczący Komisji.
2. Przetarg jest ważny bez względu na liczbę uczestników, jeżeli chociaż jeden uczestnik złożył ofertę powyżej ceny wywoławczej.

3. Przetarg uważa się za zakończony wynikiem negatywnym, jeżeli żaden z uczestników przetargu nie złożył oferty ponad cenę wywoławczą oraz w sytuacji, kiedy przetarg został prawidłowo ogłoszony i nikt do niego nie przystąpił.
4. Przetarg odbywa się poprzez złożenie w terminie i miejscu wyznaczonym w obwieszczeniu, zamkniętej oferty z podaną ceną ostateczną.
5. Oferta powinna zostać oznaczona nazwą przedmiotu przetargu oraz danymi oferenta, do oferty należy załączyć oryginał dowodu wpłaty wadium.
6. Przetarg otwiera Przewodniczący Komisji, przekazując uczestnikom informacje: cenę wywoławczą, skutki uchylecia się od zawarcia umowy oraz podając do wiadomości imiona i nazwiska lub nazwy oferentów oraz cenę podaną w ofercie.
7. W przypadku, gdy kilku oferentów zaoferuje tę samą cenę, Przewodniczący Komisji postanawia o kontynuowaniu przetargu, w formie przetargu ustnego – licytacji, między tymi oferentami, wyznaczając jednocześnie termin licytacji.
8. Komisja wybiera ofertę z najwyższą ceną.
9. Nabywca jest obowiązany zapłacić cenę nabycia niezwłocznie po zawarciu umowy lub w terminie wyznaczonym przez Komisję Przetargową, nie dłuższym niż 7 dni od dnia podpisania umowy.

Protokół z przetargu.

§ 7

1. Protokół przeprowadzonego przetargu zawiera w szczególności informacje:
 - 1) o terminie i miejscu oraz przedmiocie przetargu,
 - 2) o osobach dopuszczonych i niedopuszczonych do przetargu wraz z uzasadnieniem,
 - 3) o rozstrzygnięciach podjętych przez Komisję Przetargową wraz z uzasadnieniem,
 - 4) o najwyższej cenie osiągniętej w przetargu,
 - 5) imię, nazwisko i adres lub nazwę albo firmę oraz siedzibę osoby ustalonej, jako nabywca składnika aktywów trwałego,
 - 6) imiona i nazwiska Przewodniczącego i Członków Komisji.
2. Protokół przeprowadzonego przetargu sporządza Przewodniczący Komisji, a podpisują go Przewodniczący i wszyscy Członkowie Komisji.
3. Protokół przeprowadzonego przetargu stanowi podstawę do zawarcia umowy sprzedaży.

Postanowienia końcowe

§ 8

Instytut zastrzega sobie prawo unieważnienia przetargu bez podania przyczyn.

W zakresie postanowień nieuregulowanych niniejszym Regulaminem zastosowanie mają przepisy, o których mowa w § 2.

Załącznik do Regulaminu przetargu
pisemnego lub ustnego na
sprzedaż, najem lub dzierżawę
składnika aktywów trwałych
stanowiących własność

.....

.....

OBWIESZCZENIE O PRZETARGU

....., ogłasza przetarg
pisemny na sprzedaż/najem/dzierżawę:

1. Szczegółowych informacji na temat przetargu udziela osoba upoważniona do kontaktów z Oferentami oraz udzielania wyjaśnień p., (adres jednostki), pokój nr piętro telefon:, e-mail
2. Przedmiot sprzedaży/ najmu/ dzierżawy można obejrzeć w miejscu: w terminie
3. Wysokość ceny wywoławczej wynosi: pln.
4. Postępowanie prowadzone będzie na zasadach przetargu pisemnego lub ustnego, określonych w przepisach rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 5 października 1993 r. w sprawie zasad organizowania przetargu na sprzedaż środków trwałych przez przedsiębiorstwa państwowe (Dz. U. Nr 97, poz. 443, z późn. zm.) oraz Regulaminu przetargu pisemnego, którego treść jest dostępna na stronie <http://www.adresjednostki.pl/przetargi-publiczne>.
5. Oferent przystępujący do przetargu zobowiązany jest wnieść wadium w wysokości pln na rachunek (nazwa jednostki) o nr
6. Oferta pisemna powinna ponadto zawierać: oferowaną cenę, dane o Oferencie tj. imię i nazwisko, adres, telefon, wyciąg z ewidencji działalności gospodarczej, a w przypadku osób prawnych aktualny wyciąg z KRS oraz oświadczenie o zapoznaniu się z warunkami przetargu i przyjęciu ich bez zastrzeżeń.
7. Wadium złożone przez oferentów, których oferty nie zostały przyjęte, zostanie zwrócone niezwłocznie po dokonaniu wyboru oferty, a Oferentowi, którego oferta została wybrana, zostanie zarachowane na poczet ceny.
8. Termin składania ofert w przetargu pisemnym upływa w dniu r. o godz.
9. Miejsce składania ofert:
10. Okres związania z ofertą ostateczną: 30 dni od daty jej złożenia.
11. Sprzedaż zwolniona z podatku VAT na podstawie art. 43 ust. 1 pkt 2 ustawy o podatku od towarów i usług (Dz. U. 2004 r. Nr 54, poz. 535, z późn. zm.).

Przewodniczący

Piotr Pobrotyn

Członek

Dr n. med. Maria Ilnicka-Mądry

Członek

Prof. dr hab. Krzysztof Warzocha

Warszawa, dnia 16 stycznia 2013 r.