



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Katowicach

LKA – 4101-039-02/2014

P/14/078

TEKST UJEDNOLICONY

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

## I. Dane identyfikacyjne kontroli

<i>Numer i tytuł kontroli</i>	P/14/078 - Realizacja świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii przez publiczne i niepubliczne podmioty lecznicze
<i>Jednostka przeprowadzająca kontrolę</i>	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach
<i>Kontrolerzy</i>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Katarzyna Gradzik, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 92441 z dnia 23 grudnia 2014 r.</li><li>2. Tomasz Raszka, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 92446 z dnia 8 stycznia 2015 r.</li><li>3. Artur Warzocha, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 93228 z dnia 25 marca 2015 r.</li></ol> <p>(dowód: akta kontroli str. 1-8)</p>
<i>Jednostka kontrolowana</i>	Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej <sup>1</sup> ul. Szpitalna 13, 41-300 Dąbrowa Górnicza.
<i>Kierownik jednostki kontrolowanej</i>	Zbigniew Grzywnowicz, Dyrektor Szpitala (od 11 kwietnia 2007 r.). <p>(dowód: akta kontroli str. 9)</p>

## II. Ocena kontrolowanej działalności

### Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia<sup>2</sup>, że przekazanie w 2012 r. odrębnemu podmiotowi leczniczemu realizacji świadczeń kardiologicznych przeprowadzone zostało w oparciu o sporządzoną analizę finansową opłacalności tego przedsięwzięcia oraz zgodnie z obowiązującymi wewnętrznymi przepisami.

NIK zwraca jednak uwagę, że łączna liczba łóżek w oddziale kardiologicznym w dotychczasowej lokalizacji zmniejszyła się o 30% (z 51 do 36), co mogłoby mieć wpływ na dostępność świadczeń kardiologicznych dla pacjentów w Dąbrowie Górniczej.

<sup>1</sup> Zwany dalej „Szpitalem”.

<sup>2</sup> Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową.

### III. Opis ustalonego stanu faktycznego

#### 1. Przekazanie niepublicznemu podmiotowi leczniczemu realizacji świadczeń z zakresu kardiologii.

Opis stanu  
faktycznego

1.1. W latach 1998 – 2011 Oddział Kardiologii z Intensywnym Nadzorem Kardiologicznym funkcjonował w strukturach Szpitala i był zlokalizowany na II piętrze jednego z obiektów szpitalnych, tzw. pawilonu A. W 2011 r. Oddział ten posiadał łącznie 38 łóżek (32 łóżka w pokojach łóżkowych i 6 stanowisk intensywnego nadzoru).

(dowód: akta kontroli str. 53, 191)

W lutym 2005 r. pomieszczenia na parterze tego samego budynku o łącznej powierzchni 619 m<sup>2</sup>, w których dotąd zlokalizowane były wielospecjalistyczne poradnie, zostały wynajęte podmiotowi zewnętrznemu – American Heart of Poland SA z siedzibą w Ustroniu<sup>3</sup>, na podstawie umowy najmu<sup>4</sup> zawartej 1 lutego 2005 r. przez ówczesnego Dyrektora Szpitala na okres 10 lat, z przeznaczeniem na udzielanie przez ten podmiot specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie angiologii<sup>5</sup> i kardiologii inwazyjnej<sup>6</sup>. W trakcie realizacji tej umowy kolejnymi aneksami zwiększono wielkość wynajmowanej powierzchni do 750 m<sup>2</sup> (o dodatkowe pomieszczenia na parterze i w piwnicy Pawilonu A).

Zgodnie z „Projektem budowlano-wykonawczym przebudowy część parteru segm. łóżkowego pod potrzeby Oddziału Kardiologii Inwazyjnej” z datą marzec 2005 r. w pomieszczeniach na parterze Pawilonu A miały znajdować się m.in.: 4 pokoje łóżkowe (po 2 łóżka w każdym), pracownia hemodynamiki (nazwana w projekcie „salą zabiegową”), oddział intensywnego nadzoru kardiologicznego z 5 łóżkami (nazwany „salą O.I.O.K.”).

W związku z faktem, że w lutym 2015 r. upłynął termin, na który została zawarta ta umowa, w toku niniejszej kontroli zawarto z ww. podmiotem (po przeprowadzeniu postępowania w trybie przetargu w oparciu o Regulamin dotyczący zasad oraz trybu wyłaniania najemców nieruchomości znajdujących się w posiadaniu Szpitala, opisany w dalszej części wystąpienia) umowę najmu<sup>7</sup> ww. pomieszczeń (o łącznej powierzchni 750 m<sup>2</sup>) na kolejne 10 lat (do lutego 2025 r.)

(dowód: akta kontroli str. 13-16, 112-118, 198-205)

1.2. Z dniem 1 stycznia 2012 r. Szpital ograniczył działalność statutową poprzez likwidację komórek, w których udzielane były świadczenia z zakresu kardiologii i przekazanie tych zadań odrębnemu podmiotowi. W tym celu w listopadzie 2011 r. w wyniku przeprowadzonego postępowania (które szczegółowo opisano w dalszej części wystąpienia, w pkt 1.3.), Szpital zawarł z AHP, na okres 10 lat (począwszy od stycznia 2012 r.), odrębną umowę<sup>8</sup> najmu pomieszczeń na II piętrze Pawilonu A o łącznej powierzchni 800 m<sup>2</sup> (obejmującej pomieszczenia: Oddziału Kardiologii

<sup>3</sup> Zwanego dalej „AHP”.

<sup>4</sup> Nr 9/2005-N-D z 1 lutego 2005 r.

<sup>5</sup> Dziedzina medycyny zajmująca się rozpoznaniem i leczeniem chorób naczyń krwionośnych i limfatycznych. Źródło: www.zdronet.pl.

<sup>6</sup> Kardiologia inwazyjna (interwencyjna) - dziedzina będąca podspecjalnością kardiologii zajmująca się inwazyjną diagnostyką i leczeniem, opartym na stosowaniu cewnika naczyniowego, z zastosowaniem m.in. koronarografii i angioplastyki (źródło: Aniela Złotkowska, *Pracownia hemodynamiki – czym jest, jak ją projektować i wyposażać*, Ogólnopolski Przegląd Medyczny nr 3/2014).

<sup>7</sup> Nr 49/SzpSp/2015 z 13 lutego 2015 r.

<sup>8</sup> Nr 5/N-D/2011 z 14 listopada 2011 r.

z Intensywnym Nadzorem Kardiologicznym, Poradni Kardiologicznej, Pracowni EKG, Pracowni Echokardiograficznej) z przeznaczeniem na udzielanie świadczeń zdrowotnych obejmujących świadczenia szpitalne w zakresie kardiologii.

(dowód: akta kontroli str. 72-82)

Zgodnie z § 5 ust. 1 pkt 2 uchwały Nr XI/179/11 Rady Miejskiej w Dąbrowie Górniczej z dnia 26 października 2011 r.<sup>9</sup> nieruchomości będące w nieodpłatnym użytkowaniu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej<sup>10</sup>, w tym pomieszczenia lokalowe stanowiące ich część, mogą być wynajmowane na okres dłuższy niż 3 lata – za zgodą Rady Miejskiej w Dąbrowie Górniczej wyrażoną w formie uchwały, czynności te będą podjęte w oparciu o wniosek dyrektora szpitala wraz z uzasadnieniem, szczegółowym opisem oraz przewidywanym efektem ekonomicznym przedsięwzięcia. Zgodnie z § 5 ust. 2 tej uchwały wyboru najemcy dokonuje się w drodze postępowania przetargowego, z zachowaniem reguł wynikających z kodeksu cywilnego.

Na podstawie ww. uchwały Dyrektor Szpitala ustanowił<sup>11</sup> Regulamin dotyczący zasad oraz trybu wylaniania najemców lub użytkowników nieruchomości znajdujących się w posiadaniu Szpitala. Zgodnie z przepisami tego Regulaminu zawarcie umowy najmu następuje po dokonaniu wyboru najemcy na podstawie przetargu, za pośrednictwem komisji przetargowej (min. trzyosobowej) powołanej przez Dyrektora Szpitala. Ogłoszenie o przetargu zamieszcza się na tablicy ogłoszeń w siedzibie Szpitala oraz na stronie internetowej Szpitala przez okres nie krótszy niż 5 dni.

(dowód: akta kontroli str. 17-18, 26-30)

W dniu 30 sierpnia 2011 r. Dyrektor Szpitala zwrócił się do Rady Społecznej Szpitala z dwoma wnioskami:

- wnioskiem o wyrażenie opinii w sprawie ograniczenia działalności statutowej Szpitala poprzez likwidację: Oddziału Kardiologii z Intensywnym Nadzorem Kardiologicznym, Poradni Kardiologicznej, Pracowni EKG oraz Pracowni Echokardiograficznej w związku z planowanym przekazaniem ich zadań podmiotowi świadczącemu usługi w wyżej wymienionym zakresie, a który zostanie wyłoniony w trybie postępowania konkursowego i który zapewni ich świadczenie w niezmienionym zakresie; we wniosku podano też, że likwidacja ww. komórek organizacyjnych nie spowoduje ograniczenia udzielania i dostępności świadczeń dla pacjentów ponieważ podmiot, który wydzierżawi pomieszczenia będzie zobowiązany do utrzymania ich zakresu i profilu działalności w tych pomieszczeniach,
- wnioskiem o wyrażenie opinii w sprawie wydzierżawienia ww. podmiotowi powierzchni pomieszczeń ww. komórek organizacyjnych (800m<sup>2</sup>) na okres do 10 lat; we wniosku podano też, że najemca zobowiązany będzie do utrzymania profilu i zakresu udzielanych świadczeń.

---

<sup>9</sup> W sprawie: określenia zasad zbywania, oddawania w dzierżawę, najmu, użytkowania lub użyczenia aktywów trwałych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Rada Miejska w Dąbrowie Górniczej.

<sup>10</sup> Zwanych dalej „szpitalami”.

<sup>11</sup> Zarządzeniem Nr 52/2011 z 31 października 2011 r. w sprawie wprowadzenia Regulaminu dotyczącego zasad oraz trybu wylaniania dzierżawców, najemców lub użytkowników nieruchomości znajdujących się w posiadaniu Szpitala Specjalistycznego im. Sz. Stankiewicza w Dąbrowie Górniczej.

Wnioski te Dyrektor Szpitala umotywował koniecznością restrukturyzacji jednostki w związku ze stale wzrastającą strukturą zadłużenia oraz poszukiwaniem rozwiązań pozwalających na optymalizację kosztów funkcjonowania Szpitala. Dyrektor podał we wnioskach, że wydzierżawienie ww. pomieszczeń będzie opłacalne dla Szpitala, gdyż spodziewane przychody z czynszu powinny przewyższać dochody uzyskiwane przez Oddział Kardiologii i pozwolić na rozwój pozostałych zakresów udzielanych świadczeń. Najemca będzie też zobowiązany do przeprowadzenia na własny koszt i we własnym zakresie wszelkich prac adaptacyjnych i dostosowawczych.

W tym samym dniu Rada Społeczna Szpitala pozytywnie zaopiniowała oba ww. wnioski<sup>12</sup>.

Uchwałami odpowiednio z: 12 września 2011 r.<sup>13</sup> oraz 26 października 2011 r.<sup>14</sup> Rada Miejska w Dąbrowie Górniczej uchwaliła – na wniosek Prezydenta Miasta i w związku z ww. uchwałami Rady Społecznej Szpitala - dokonanie likwidacji ww. komórek organizacyjnych Szpitala oraz wyraziła zgodę na wydzierżawienie ww. pomieszczeń na okres do 10 lat.

(dowód: akta kontroli str. 19-25)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że *przyczynami likwidacji funkcjonującego w Szpitalu Oddziału kardiologii wraz z poradniami i przekazania tych zadań podmiotowi niepublicznemu były m.in.: trudna sytuacja ekonomiczna (zmniejszający się rokrocznie zysk z prowadzenia oddziału, konieczność podjęcia działań, które przyczynią się do pozyskania środków finansowych celem zapewnienia płynności finansowej szpitala), a także zdekapitalizowany sprzęt (brak nowoczesnego wyposażenia oddziału i poradni przy jednoczesnym braku środków na jego zakup, chęć utrzymania i zapewnienie właściwego rozwoju nowoczesnej kardiologii dla mieszkańców miasta) oraz brak możliwości sprostaniu konkurencji w otoczeniu szpitala (zbliżające się kontraktowanie świadczeń kardiologicznych).*

W odpowiedzi na pytanie o dokumentację potwierdzającą sporządzenie analizy finansowej (wycień opłacalności ww. przedsięwzięcia) Dyrektor Szpitala okazał zestawienia w formie tabel (bez podpisu osoby sporządzającej i z datą 25.08.2011 r.) Obejmowały one: informację o przychodach, kosztach i wyniku finansowym Oddziału Kardiologicznego i Poradni Kardiologicznej za lata 2008-2010, I półrocze 2011 r. i „symulację na 2011 r.” oraz informację o wartościach kontraktu w ww. okresie, a także wycięnie średniomiesięcznego zysku - w przypadku dalszej działalności przy 100% wykonanego planu - w wysokości 28,9 tys. zł (liczonego jako różnica pomiędzy przychodami 326,0 tys. zł, a kosztami 297,1 tys. zł). Podano również wysokość zysku możliwego do osiągnięcia w przypadku dzierżawy oddziału i poradni kardiologicznej (56,0 tys. zł) i sprzedaży posiłków pacjentom (11,5 tys. zł). Dyrektor wyjaśnił też, że *nie brał pod uwagę możliwości stworzenia własnej pracowni hemodynamiki. Powodem tego był fakt wieloletniej dobrej współpracy z AHP, a także co jest równie istotnym sąsiedztwo kolejnej pracowni hemodynamiki w szpitalu św. Barbary (odległość około 4-5 km), kolejne pracownie hemodynamiki (w Katowicach-Ochojcu, Zabrze, informacje o planach utworzenia kolejnej pracowni hemodynamiki w szpitalu św. Barbary i przeniesienie dotychczas funkcjonującej do Szpitala Miejskiego w Sosnowcu, plany utworzenia pracowni hemodynamiki w Myszkowie). Takie zagęszczenie pracowni na tak małym terenie wykluczało sens podejmowania działań aby tworzyć kolejną pracownię w dąbrowskim szpitalu. Zamiast tego została podjęta decyzja o wyłączeniu ze struktur szpitala leczącego wyłącznie zachowawczo część schorzeń kardiologicznych i przekazanie tego*

<sup>12</sup> Uchwały Rady Społecznej Szpitala Nr 9/2011 i 10/2011 z 30 sierpnia 2011 r.

<sup>13</sup> Uchwała Nr X/159/11 Rady Miejskiej w Dąbrowie Górniczej z 12 września 2011 r.

<sup>14</sup> Uchwała Nr X/180/11 Rady Miejskiej w Dąbrowie Górniczej z 26 października 2011 r.

zakresu podmiotowi zewnętrznemu, który miał zostać wyłoniony w postępowaniu konkursowym, a który to mógłby zapewnić pacjentom kardiologicznym opiekę kompleksową w tym m.in. wykonywanie procedur w pracowni hemodynamiki, wszczepienie rozruszników czy rehabilitację kardiologiczną. Prowadząc jedynie tzw. kardiologię zachowawczą szpital nie był w stanie sprostać aktualnym standardom jakie wymagane są w leczeniu m.in. ostrych zespołów wieńcowych.

(dowód: akta kontroli str. 56, 59-62, 187-188)

1.3. W listopadzie 2011 r. ogłoszono przetarg na wydzierżawienie powierzchni użytkowej 800 m<sup>2</sup> (obejmującej pomieszczenia: Oddziału Kardiologii z Intensywnym Nadzorem Kardiologicznym, Poradni Kardiologicznej, Pracowni EKG, Pracowni Echokardiograficznej) na okres 10 lat z przeznaczeniem na udzielanie świadczeń zdrowotnych obejmujących świadczenia szpitalne w zakresie kardiologii oraz sprzedaż know-how (związanego z wieloletnią realizacją usług medycznych w oparciu o posiadany kontrakt z NFZ na leczenie szpitalne z zakresu kardiologii oraz świadczenia ambulatoryjne w zakresie Poradni kardiologicznej), a także przejęcie pracowników ww. komórek i udzielanie świadczeń (nieodpłatne i całodobowe) w zakresie konsultacji kardiologicznych wraz z niezbędnymi badaniami dla Szpitala zgodnie z jego potrzebami. W opisie warunków udziału w postępowaniu (oraz we wzorze umowy) podano ponadto m.in., że dzierżawca musi zapewnić kontynuację świadczeń w zakresie kardiologii, wykonywanych dotychczas przez Szpital oraz ich powiązanie ze świadczeniami w zakresie kardiologii inwazyjnej w ramach swojej komórki lub jednostki organizacyjnej. Zgodnie z ogłoszeniem, oferta wybranego dzierżawcy miała zostać wyłoniona w oparciu o następujące kryteria oceny i ich wagi:

- cena (85 %), przy czym określono minimalną cenę za dzierżawę 70 zł netto za 1 m<sup>2</sup> miesięcznie oraz minimalną cenę za know – how – 3.000.000 zł netto,
- termin płatności ceny sprzedaży know – how (10%), przy czym określono odpowiednie wartości punktowe za płatność jednorazową lub płatności w ratach,
- kompleksowość świadczeń zapewnianych przez przyszłego dzierżawcę (5 %), przy czym określono odpowiednie wartości punktowe za: posiadanie w strukturach organizacyjnych komórki lub jednostki organizacyjnej udzielającej świadczeń w zakresie kardiologii inwazyjnej (1 pkt za każdą komórkę), odległość od siedziby wynajmującego do najbliższej takiej komórki lub jednostki organizacyjnej (5 pkt za odległość do 30 km od siedziby wynajmującego do najbliższej takiej komórki oraz 1 pkt za odległość powyżej 30 km) oraz liczbę zatrudnionych lekarzy kardiologów z II stopniem specjalizacji (1 pkt za każdego takiego lekarza).

Ogłoszenie umieszczone było na tablicy ogłoszeń w siedzibie Szpitala oraz na stronie internetowej Szpitala przez okres 7 dni do dnia otwarcia ofert.

(dowód: akta kontroli str. 31-53)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że osobiście zatwierdził wartość minimalnej ceny za dzierżawę pomieszczeń oraz za know-how. Minimalna cena za dzierżawę pomieszczeń została ustalona przez służby administracyjno - ekonomiczne na podstawie analizy danych rynkowych cen dzierżawy pomieszczeń w podmiotach leczniczych oraz informacji z podobnych postępowań prowadzonych w okolicznych podmiotach, m.in. w Chorzowie, gdzie podobne zostały podjęte podobne decyzje. Uwzględniła ona elementy kosztochłonne związane z powierzchnią, wzięto pod uwagę wielkość przeznaczoną pod dzierżawę powierzchni oraz jej przeznaczenie, niezależnie od czynszu dzierżawnego Dzierżawca pokrywa koszty dostawy mediów, sam ponosi także koszty sprzątnięcia i ochrony tych pomieszczeń.

*Wycena know - how Szpitala została wyliczona przy uwzględnieniu prowadzonej przez służby administracyjno - ekonomiczne analizy danych rynkowych z podobnych transakcji, wartości posiadanego przez Szpital kontraktu z NFZ jaki zostanie scedowany na Wykonawcę czyli potencjalnych przyszłych przychodów z tego składnika niematerialnego oraz wartości intelektualnej, jaką wnoszą przejmowani pracownicy mający określoną wiedzę medyczną i techniczną w zakresie realizacji kontraktu i udzielania świadczeń wysokospecjalistycznych w zakresie kardiologii, w tym pozyskaną w trakcie pracy w Szpitalu wiedzę naukową i praktyczną. Elementem know-how były też procedury organizacyjne związane z udzielaniem świadczeń, w tym wynikające z posiadanych przez Szpital akredytacji i systemu ISO. Pod pojęciem know-how rozumiana była zatem konkretna wiedza techniczna z danej dziedziny, umiejętność wykonania kontraktu z NFZ i udzielania świadczeń w zakresie kardiologii, kompetencje i wiedza. Wartość know-how uwzględniała również tzw. wartość wymienną w połączeniu z wartością użytkową tj. wartość jaką można otrzymać za nią na rynku, w tym przypadku determinowaną m.in. wartością kontraktu z NFZ i wartością świadczeń medycznych jakie mogą zostać udzielone i sfinansowane.*

(dowód: akta kontroli str. 57)

W określonym w ogłoszeniu terminie (9 listopada 2011 r.) wpłynęła jedna oferta, złożona przez AHP, która zaoferowała stawki za najem pomieszczeń oraz za zakup know-how w wysokości ww. cen minimalnych. Komisja przetargowa powołana przez Dyrektora Szpitala dokonała sprawdzenia poprawności oferty i jej kompletności w stosunku do wymagań i postanowiła zarekomendować zlecenie ww. wykonawcy realizacji przedmiotu zamówienia.

(dowód: akta kontroli str. 63-68, 69-71)

Uwagi dotyczące  
badanej działalności

NIK zwraca uwagę, że już w ogłoszeniu o przetargu (a następnie w treści zawartej umowy) wymagano od najemcy zapewnienia m.in. kontynuacji obecnie udzielanych świadczeń medycznych z zakresu kardiologii na co najmniej tym samym poziomie, a także ich powiązania ze świadczeniami w zakresie kardiologii inwazyjnej, wykazania się doświadczeniem i przygotowaniem merytorycznym (czyli odpowiednią kadrami medyczną posiadającą wymagane kwalifikacje dla tego rodzaju działalności). Nie musiał on zatem nabywać know-how definiowanego przez Dyrektora jako „określona wiedza medyczna i techniczna w zakresie realizacji kontraktu i udzielania świadczeń wysokospecjalistycznych w zakresie kardiologii”. Ustalenie wartości „know-how” na poziomie 3 mln zł miało raczej na celu osiągnięcie wyższej ceny za rezygnację Szpitala z udzielania świadczeń z zakresu kardiologii.

(dowód: akta kontroli str. 31-53, 85-92)

Opis stanu  
faktycznego

1.4. W wyniku przeprowadzonego postępowania Szpital zawarł z AHP 14 listopada 2011 r., na okres 10 lat (od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2021 r., przy zastrzeżeniu, że w przypadku gdy ostateczna data zakończenia likwidacji komórek organizacyjnych udzielających świadczeń w zakresie kardiologii będzie inna, z tą datą na okres 10 lat od tej daty), umowę nr 5/N-D/2011, której przedmiotem były:

- dzierżawa pomieszczeń o łącznej powierzchni 800 m<sup>2</sup> (obejmującej pomieszczenia na II piętrze Pawilonu A: Oddziału Kardiologii z Intensywnym Nadzorem Kardiologicznym, Poradni Kardiologicznej, Pracowni EKG, Pracowni Echokardiograficznej) z przeznaczeniem na „udzielanie świadczeń zdrowotnych obejmujących świadczenia szpitalne w zakresie kardiologii w zakresie co najmniej realizowanym na dzień ogłoszenia przetargu przez Szpital

z zapewnieniem ciągłości udzielania tych świadczeń, bez istotnego ograniczenia ich dostępności, warunków udzielania i jakości”, za cenę netto 56.000 zł miesięcznie (68.880 zł brutto); dodatkowo dzierżawca zobowiązany został do ponoszenia kosztów z tytułu opłat za media (zużycie wody, energii, rozmów telefonicznych – wg odpowiednio wskazań liczników lub bilingów),

- sprzedaż „know-how” związanego z wieloletnią realizacją usług medycznych w oparciu o posiadany kontrakt z NFZ na leczenie szpitalne z zakresu kardiologii oraz świadczenia ambulatoryjne w zakresie Poradni kardiologicznej za kwotę 3.000.000 zł netto (3.690.000 zł brutto), płatną w 6 równych miesięcznych ratach w terminach: I rata płatna do 7 dni od daty podpisania umowy, a następne do 21 dnia każdego kolejnego miesiąca,
- przejęcie z dniem rozpoczęcia dzierżawy pracowników Oddziału Kardiologicznego Szpitala wraz z zapewnieniem im minimalnych gwarancji w zakresie zatrudnienia określonych warunkami przetargu,
- świadczenie przez Dzierżawcę na rzecz Wyzierżawiającego usług medycznych w zakresie konsultacji kardiologicznych wraz z wykonaniem badań niezbędnych dla postawienia diagnozy dla pacjentów Szpitala zgodnie z zapotrzebowaniem i na wezwanie.

Ponieważ zakończenie likwidacji komórek organizacyjnych udzielających świadczeń w zakresie kardiologii nastąpiło w lutym 2012 r., Szpital 28 grudnia 2011 r. zawarł z AHP umowę nr 9/N-D/2011 dzierżawy części ww. pomieszczeń (o powierzchni 772,53 m<sup>2</sup> za kwotę 54.077,10 zł netto miesięcznie) przez okres przejściowy, tj. od 1 stycznia 2012 r. do dnia likwidacji komórek organizacyjnych udzielających świadczeń w zakresie kardiologii i wejścia w życie umowy nr 5/N-D/2011, nie dłużej niż do 29 lutego 2012 r. Porozumieniem z 13 lutego 2012 r. strony postanowiły, że z dniem 20 lutego 2012 r. rozwiązaniu uległa umowa nr 9/N-D/2011, zaś z dniem 21 lutego 2012 r. weszła w życie umowa nr 5/N-D/2011.

Aneksami z 5 marca 2012 r. i z 30 lipca 2014 r. na wnioski AHP zwiększono powierzchnię wynajmowanych pomieszczeń odpowiednio do: 925 m<sup>2</sup> (dodatkowa powierzchnia obejmowała: korytarz na II piętrze przy windach, hol przed oddziałem kardiologicznym oraz szatnię dla personelu) i do 946 m<sup>2</sup> (dodatkowa powierzchnia obejmowała piwnice w celu przechowywania brudnej bielizny), na co uzyskał zgodę Rady Społecznej Szpitala<sup>15</sup> i Rady Miejskiej w Dąbrowie Górniczej<sup>16</sup>. W wyniku podpisanych aneksów, a także dokonanych co roku zmian wysokości czynszu o roczny wskaźnik inflacji czynsz najmu netto wynosił: od 5 marca 2012 r. 64.757,70 zł, od 1 lutego 2013 r. 67.153,73 zł, od 1 lutego 2014 r. 67.755,06 zł i od 1 sierpnia 2014 r. 69.293,10 zł.

(dowód: akta kontroli str. 72-82, 83-84, 85-92)

Odnośnie sposobu przekazania know-how na podstawie ww. umowy, Dyrektor wyjaśnił, że *przekazanie know-how zostało dokonane poprzez przejęcie przez Wykonawcę pracowników Szpitala posiadających w/w wiedzę we wszystkich jej obszarach oraz przekazanie wytworzonych, poufnych standardów związanych z obowiązującymi procedurami akredytacyjnymi i systemu ISO, które Wykonawca mógł włączyć do swojego systemu lub wykorzystać celem modyfikacji swojego systemu.*

(dowód: akta kontroli str. 57)

1.5. W 2008 r. Szpital zawarł z AHP - po przeprowadzeniu odrębnego postępowania - jeszcze jedną umowę dot. najmu pomieszczeń w Pawilonie F z przeznaczeniem na

<sup>15</sup> Uchwała Nr 6/2012 Rady Społecznej Szpitala z dnia 26 stycznia 2012 r.

<sup>16</sup> Uchwała Nr XV/271/12 Rady Miejskiej w Dąbrowie Górniczej z dnia 29 lutego 2012 r.



usługi leczenia stacjonarnego z zakresu chirurgii naczyniowej na okres 2008 – 2018. Pawilon ten bezpośrednio sąsiedował z Pawilonem A i mieściły się w nim 2 z 7 pokoiów łóżkowych Oddziału Chirurgii Naczyń prowadzonego przez AHP (pozostałe 5 pokoiów było zlokalizowanych na II piętrze Pawilonu A).

(dowód: akta kontroli str. 106-110)

1.6. Z powyższych ustaleń wynika, że w okresie objętym kontrolą udostępniono jednemu podmiotowi (AHP) pomieszczenia na parterze i na II piętrze Pawilonu A oraz w Pawilonie F, w celu świadczenia w nich usług leczenia stacjonarnego z zakresu kardiologii i chirurgii naczyń. Pomieszczenia te wynajmowane były na podstawie trzech odrębnych umów, zawartych w różnych momentach, w wyniku odrębnych postępowań i na różne okresy (pomieszczenia w Pawilonie A: na parterze na okres 2005 – 2015, a następnie na okres 2015-2025, na II piętrze na okres 2012 – 2022, pomieszczenia w Pawilonie F na okres 2008 – 2018).

W wyniku oględzin (15 kwietnia 2015 r.) w toku kontroli prowadzonej w AHP ustalono, że:

- na parterze Pawilonu A mieściła się izba przyjęć AHP, Pracownia Hemodynamiki, Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (5-łóżkowy) oraz 4 sale łóżkowe Oddziału Kardiologii (łącznie 10 łóżek),
- w przylegającym do tego budynku Pawilonie F na parterze mieściły się m.in. 2 sale łóżkowe Oddziału Chirurgii Naczyń (łącznie 4 łóżka),
- na II piętrze Pawilonu A mieściły się poradnie specjalistyczne, pracownia kontroli stymulatorów i kardiowerterów stymulatorów serca, 7 sal łóżkowych Oddziału Kardiologii (21 łóżek) oraz 5 pokoiów łóżkowych Oddziału Chirurgii Naczyń (łącznie 14 łóżek).

(dowód: akta kontroli str. 217-219)

Nie podejmowano działań w celu ogłoszenia i przeprowadzenia jednego postępowania na wynajem łącznej powierzchni obu kondygnacji w Pawilonie A. Pomieszczenia udostępnione AHP na parterze i na II piętrze Pawilonu A faktycznie od 2012 r. stanowiły jedną, funkcjonalną całość (na obu kondygnacjach były zlokalizowane pomieszczenia Oddziału Kardiologii, w tym pokoje łóżkowe tego oddziału). Zatem działalność wykonywana w pomieszczeniach wynajętych na podstawie jednej z umów nie mogła być prowadzona w oderwaniu od działalności prowadzonej w pomieszczeniach wynajętych na podstawie drugiej z nich.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że *pomieszczenia na parterze i II piętrze Pawilonu A były oddawane w najem w różnych okresach czasu na podstawie odrębnych postępowań, z uwagi na różne czasokresy i zakresy tych umów, a także wymogi formalnoprawne co do trybu wyboru oferenta nie można było połączyć tych umów, ani rozszerzyć ich zakresów. Obecny sposób korzystania z pomieszczeń przez Najemcę wynika zapewne z faktu, iż posiada on obie powierzchnie, na moment jednak ogłaszania postępowań nie istniały wskazania, że w przypadku wyboru innego Najemcy, co było możliwe mając na uwadze konkurencyjny charakter postępowania przetargowo - konkursowego, nie będzie on mógł realizować umowy. W takim przypadku konieczne byłoby zapewne przeorganizowanie funkcjonowania AHP i zdanie pomieszczeń. Każda z umów jest samodzielna, zatem ze strony Szpitala nie istniały przeciwwskazania do ogłaszania konkursu. Działanie polegające*

na konsolidacji umów mogłoby natomiast być oceniane jako celowe działanie pod konkretnego Oferenta i spotkać się z zarzutami wobec Dyrekcji Szpitala, co do naruszenia zasad transparentności postępowania.

(dowód: akta kontroli str. 195)

Uwagi dotyczące  
badanej działalności

NIK, uwzględniając swobodę zawierania i kształtowania umów zauważa, że w sytuacji gdyby w wyniku postępowania na wynajem pomieszczeń na parterze pawilonu A od 2015 r. wyłoniony został inny podmiot niż AHP, mogłoby to powodować utrudnienia w zapewnieniu ciągłości udzielania świadczeń z zakresu kardiologii.

Opis stanu  
faktycznego

1.7. Środki trwałe i wyposażenie pomieszczeń Kardiologii zostały przekazane na inne oddziały lub do depozytu (co ustalono na podstawie „zestawienia sprzętu medycznego przekazanego na Oddziały Szpitala po Oddziale Kardiologii”, w którym poszczególne urządzenia zostały przyporządkowane różnym oddziałom, a w odpowiednich pozycjach widniały podpisy osób przejmujących te urządzenia). W latach 2010-2011 nie dokonywano zakupów sprzętu medycznego i wyposażenia dla pomieszczeń Kardiologii.

Wszyscy pracownicy zatrudnieni w Oddziale Kardiologicznym wg stanu na 31 grudnia 2011 r. (36 osób, w przeliczeniu na etaty 34,5 etatów) zostali przejęci przez AHP.

(dowód: akta kontroli str. 93-97, 98-99)

1.8. W latach 2011 -2014 AHP nie regulował w terminie zobowiązań wobec Szpitala z tytułu określonego w umowie czynszu najmu oraz z tytułu sprzedaży know-how. W treści umowy najmu nr 5/N-D/2011 postanowiono, że za nieterminową zapłatę Szpitalowi przysługują odsetki ustawowe, a w przypadku zalegania przez AHP z zapłatą czynszu powyżej 14 dni od terminu wymagalności, przysługuje Szpitalowi prawo rozwiązania umowy z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia. Pomimo nieterminowej zapłaty przez AHP ww. należności z tytułu określonego w umowie czynszu najmu oraz z tytułu sprzedaży know-how, w Szpitalu nie podejmowano stosownych działań, w tym nie kierowano wezwań do zobowiązanego i nie naliczono odsetek za zwłokę. Opóźnienia w płatnościach wynosiły od 1 do 56 dni<sup>17</sup>, przy czym rozliczenie następowało przelewem bankowym lub w formie kompensaty wzajemnych zobowiązań.

(dowód: akta kontroli str. 79-80, 183)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił w tej sprawie, że *nie był informowany przez Głównego Księgowego o istnieniu jakichkolwiek zaległości czynszowych ani o tym że nie były naliczane odsetki z tytułu opóźnień w płatnościach, a następnie podał, że wg wyjaśnień udzielonych przez Dział Finansowo - Księgowy przyczyną powyższego był fakt, że: rozliczenia ze spółką AHP generowały zarówno zobowiązania jak i należności, zobowiązania wygaszane były poprzez potrącenia wzajemne w trybie przepisów art. 498-505 Kodeksu cywilnego, stosowany przez Szpital komputerowy system finansowo – księgowy nie pozwalał na automatyczne generowanie potrąceń wzajemnych, a otrzymane potrącenia wzajemne księgowane były ręcznie wystawianymi dokumentami. Skutkiem takiego księgowania było przypisanie terminu zapłaty należności datą wystawienia potrącenia wzajemnego, a nie datą*

<sup>17</sup> Przykładowo: Faktura na kwotę 66.514,83 zł wystawiona z datą 1 lutego 2012 r. i terminem zapłaty 10 lutego 2012 r., została zapłacona 6 kwietnia 2012 r., tj. 56 dni po terminie, faktura na kwotę 79.651,97 zł wystawiona z datą 2 stycznia 2013 r. i terminem zapłaty 10 stycznia 2013 r., została zapłacona 5 marca 2013 r., tj. 54 dni po terminie.

wymagalności zobowiązania, a powstające w ten sposób dni opóźnienia nie dawały podstaw do wyliczenia odsetek za zwłokę.

(dowód: akta kontroli str. 188)

Uwagi dotyczące  
badanej działalności

NIK zwraca uwagę, że stosowany przez Szpital system finansowo – księgowy, a także sposób księgowania potrąceń wzajemnych zobowiązań nie stanowi usprawiedliwienia dla braku egzekwowania terminowego regulowania należności przez podmioty zewnętrzne.

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia, że przekazanie odrębnemu podmiotowi leczniczemu realizacji świadczeń kardiologicznych przeprowadzone zostało w oparciu o sporządzoną analizę finansową opłacalności tego przedsięwzięcia oraz zgodnie z obowiązującymi wewnętrznymi przepisami. Nie egzekwowano od niego terminowego regulowania należności z tytułu najmu pomieszczeń.

## **2. Wpływ decyzji o przekazaniu niepublicznemu podmiotowi leczniczemu realizacji świadczeń kardiologicznych na sytuację finansową jednostki oraz dostępność świadczeń dla pacjentów.**

Opis stanu  
faktycznego

2.1. W latach poprzedzających zaprzestanie realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii, tj. 2010-2011 Szpital poniósł stratę w wysokości odpowiednio: (-) 4.464,5 tys. zł, i (-) 4.600,8 tys. zł. Wysokość straty w 2011 r. wzrosła w stosunku do stanu z 2010 r., pomimo otrzymania części przychodów z tytułu sprzedaży know-how (2 raty na łączną kwotę 1.000,0 tys. zł).

Zysk osiągnięty przez Oddział Kardiologiczny wynosił: 535,1 tys. zł w 2010 r. i 475,8 tys. zł w 2011 r. Średni czas hospitalizacji pacjenta wyniósł 6 dni.

(dowód: akta kontroli str. 120, 147, 148, 150)

W pierwszym roku po przekazaniu Oddziału Kardiologii podmiotowi zewnętrznemu (2012 r.) Szpital poniósł stratę w wysokości (-) 178,1 tys. zł. Znaczne zmniejszenie straty netto spowodowane było zyskiem na pozostałej działalności operacyjnej. Wynikało to przede wszystkim z otrzymania części przychodów z tytułu sprzedaży know-how (kolejne 4 raty na łączną kwotę 2.000,0 tys. zł).

Bez samego jednorazowego wpływu z tytułu sprzedaży know-how, przy zachowaniu pozostałych parametrów przychodów i kosztów (z zachowaniem zasady *caeteris paribus*) Szpital w 2011 r. poniósłby stratę w wysokości: (-) 5.600,8 tys. zł, a w 2012 r. (-) 2.178,1 tys. zł.

W 2013 r. Szpital osiągnął zysk w wysokości 2.374,5 tys. zł, natomiast w 2014 r. poniósł stratę w wysokości (-) 3.843,8 tys. zł.

Wynik ze sprzedaży usług (w tym usług medycznych) był natomiast ujemny zarówno w okresie realizacji przez Szpital świadczeń w zakresie kardiologii, jak i w okresie po zaprzestaniu ich realizacji. Wynosił on w latach 2010-2014 odpowiednio: (-) 6.371,3 tys. zł, (-) 8.171,3 tys. zł, (-) 7.308,3 tys. zł, (-) 5.507,4 tys. zł, (-) 9.224,5 tys. zł i to pomimo, że w latach 2012-2014 znacznie wzrosła wartość przychodów z tytułu najmu (które również wchodziły w skład przychodów ze sprzedaży usług). Dochody z wynajęcia podmiotowi zewnętrznemu pomieszczeń Kardiologii wyniosły 747,0 tys. zł w 2012 r., 803,4 tys. zł w 2013 r. i 820,1 tys. zł w 2014 r.

Na znaczne obniżenie wyniku ze sprzedaży usług w 2014 r. wpływ miały m.in. zwiększone koszty amortyzacji wynikające z zakupu sprzętu do radioterapii na potrzeby Zagłębiowskiego Centrum Onkologii<sup>18</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 122, 133, 142-145)

Szpital ponosił od 1 stycznia 2012 r. koszty badań (wykonanych w ramach udzielonych porad ambulatoryjnych) w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym<sup>19</sup> pacjentów, którzy przyjmowani byli następnie (na podstawie skierowania) na Oddział Kardiologiczny prowadzony przez AHP, pomimo że Spółka ta posiadała własną, odrębną izbę przyjęć z własnym systemem rejestracji pacjentów. Szpital nie obciążał AHP kosztami z tego tytułu.

Na podstawie zestawień otrzymanych z AHP ustalono, że w kolejnych latach okresu 2012-2014 z SOR Szpitala skierowano na leczenie do AHP, odpowiednio: 408, 502 i 610 pacjentów. Stanowili oni odpowiednio: 14%, 15% i 20% wszystkich pacjentów leczonych w AHP.

W wybranych do badania 3 miesiącach z lat 2012-2013 (stycznia, lipca i listopada każdego roku) dotyczyło to odpowiednio 107 i 165 pacjentów SOR (co ustalono na podstawie otrzymanych „Wykazów pobytów w oddziale SOR Szpitala- tryb wypisu kontynuacja hospitalizacji lecz w innym zakładzie opieki stacjonarnej” oraz zestawień hospitalizacji otrzymanych z AHP). Pacjenci ci stanowili prawie połowę wszystkich pacjentów wypisanych w tych miesiącach z SOR do innych zakładów opieki stacjonarnej (tj. 47% z 224 pacjentów w wybranych miesiącach 2012 r. i 47% z 345 pacjentów w wybranych miesiącach 2013 r.)

Wynik finansowy działalności SOR w tym okresie był ujemny, wyniósł on bowiem: (-)729,7 tys. zł w 2012 r., (-)303,6 tys. zł w 2013 r. i (-)634,1 tys. zł w 2014 r. Średni koszt świadczenia udzielonego jednemu pacjentowi w SOR wynosił 130,50 zł<sup>20</sup> w 2012 r. i 143,20 zł<sup>21</sup> w 2013 r. Łączny szacunkowy koszt<sup>22</sup> poniesiony przez Szpital z tytułu badań na SOR pacjentów przyjętych następnie na Oddział Kardiologiczny prowadzony przez AHP wyniósł zatem nie mniej niż 53.241 zł w 2012 r. oraz 71.884 zł w 2013 r. i 87.352 zł w 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 148, 151-170, 173-182, 238)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił w tej sprawie, że: *SOR ma obowiązek udzielania świadczeń w sytuacjach zagrożenia życia i zdrowia, bez wykonania podstawowych badań biochemicznych nie można podjąć decyzji o odesłaniu pacjenta z SOR do innego oddziału w tym przypadku do Oddziału kardiologicznego AHP, gdyż symptomy wskazujące na zespół wieńcowy mogą wynikać także z innych schorzeń pacjentów, które muszą być wykluczone przed przekazaniem pacjenta do Oddziału specjalistycznego, takiego jaki funkcjonuje w AHP. Decyzja o przewiezieniu pacjenta*

<sup>18</sup> Utworzony przy Szpitalu ośrodek leczenia chorób nowotworowych, inwestycja w trakcie realizacji.

<sup>19</sup> Zwanym dalej „SOR”.

<sup>20</sup> Według wyliczenia: łączne koszty poniesione w 2012 r. na SOR: 3.582.862,58 zł, średni miesięczny koszt: 298.571,88 zł, łączna liczba pacjentów SOR w wybranych miesiącach: w styczniu 2288, w lipcu 2248, w listopadzie 2029, średni miesięczny koszt przypadający na 1 pacjenta: w styczniu 130,49 zł, w lipcu 132,82 zł, w listopadzie 147,15 zł, przyjęto najniższą z tych wartości po zaokrągleniu.

<sup>21</sup> Według wyliczenia: łączne koszty poniesione w 2013 r. na SOR: 3.955.640,81 zł, średni miesięczny koszt: 329.636,73 zł, łączna liczba pacjentów SOR w wybranych miesiącach: w styczniu 2283, w lipcu 2302, w listopadzie 2224, średni miesięczny koszt przypadający na 1 pacjenta: w styczniu 144,39 zł, w lipcu 143,20 zł, w listopadzie 148,22 zł, przyjęto najniższą z tych wartości.

<sup>22</sup> Liczony jako iloczyn liczby pacjentów (408 w 2012 r., 502 w 2013 r. i 610 w 2014 r.) i średniego kosztu porady (130,50 zł w 2012 r., 143,20 zł w latach 2013-2014). W 2014 r., z uwagi na podobną wysokość kosztów ogółem przyjęto średni koszt porady na tym samym poziomie co w 2013 r.

*do SOR nie należy do lekarza SOR, ale do dyspozytora medycznego ratownictwa. W sytuacji jednak kiedy taki pacjent jest przywożony do SOR musi zostać poddany badaniu i dopiero po otrzymaniu wyników badań i diagnostyce może być przekazany do innego podmiotu leczniczego.*

(dowód: akta kontroli str. 189-190)

2.2. W roku 2011, bezpośrednio poprzedzającym przekazanie spółce AHP Oddziału Kardiologii, Oddział ten (będący wówczas w strukturze Szpitala i mieszczący się na II piętrze pawilonu A) posiadał łącznie 38 łóżek (32 łóżka w oddziale i 6 stanowisk intensywnego nadzoru). Natomiast Oddział Kardiologii prowadzony przez AHP i mieszczący się na parterze tego budynku posiadał 13 łóżek. Łącznie więc dla pacjentów dostępnych było 51 łóżek w tej lokalizacji.

Na podstawie wpisów do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą ustalono, że w okresie po przekazaniu działalności w zakresie kardiologii oddział ten, funkcjonujący już w strukturach AHP, posiadał łącznie od 33 do 37 łóżek (licząc łącznie z 5-łóżkowym OINK, 3-łóżkowym Oddziałem Elektrokardiologicznym, którego działalność zakończono 29 czerwca 2012 r. oraz 2-łóżkowym Oddziałem Kardiologicznym, którego działalność zakończono 10 marca 2014 r.).

W wyniku oględzin przeprowadzonych w toku kontroli NIK przeprowadzonej w AHP (15 kwietnia 2015 r.) ustalono natomiast, że łączna liczba łóżek przeznaczonych dla pacjentów ze schorzeniami kardiologicznymi wynosiła 36, z tego: 31 łóżek w samym Oddziale Kardiologicznym i 5 łóżek w Oddziale Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego). Na parterze pawilonu A znajdowały się: 4 pokoje łóżkowe Oddziału Kardiologicznego (z łącznie 10 łózkami), 5-łóżkowy Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego oraz pracownia hemodynamiki. W przylegającym do tego budynku pawilonie F znajdowały się także 2 pokoje Oddziału Chirurgii Naczyń (4 łóżka).

Na II piętrze Pawilonu A znajdowało się: 7 pokoi łóżkowych Oddziału Kardiologicznego (z łącznie 21 łózkami), a także 5 pokoi Oddziału Chirurgii Naczyń (14 łóżek).

(dowód: akta kontroli str. 53, 217-219, 237)

2.3. W 2011 r. w Oddziale Kardiologii prowadzonym przez Szpital (tj. w roku bezpośrednio poprzedzającym przejęcie oddziału przez AHP) udzielono pacjentom łącznie 1748 świadczeń, z których rozliczono 1670 świadczeń w ramach 19 różnych Jednorodnych Grup Pacjentów sprawozdawanych do NFZ (tzw. JGP), z tego 18 z sekcji E (choroby serca) i jednej (D16 - zator płuc) z sekcji D (choroby układu oddechowego). Średni czas hospitalizacji pacjenta w Oddziale Kardiologii wyniósł 6 dni.

Natomiast w Oddziale Kardiologii prowadzonym przez AHP – co ustalono na podstawie informacji uzyskanych od Prezes Zarządu AHP - w tym samym roku udzielono pacjentom łącznie 2125 świadczeń w ramach 23 różnych JGP sprawozdawanych do NFZ, z tego 2100 świadczeń (99 %) w ramach 12 grup zaliczanych do kardiologii inwazyjnej (które nie były wykonywane i rozliczane przez Szpital), a 25 pozostałych świadczeń w ramach 10 grup zaliczanych do kardiologii zachowawczej oraz jednej z sekcji D (D16).

(dowód: akta kontroli str. 150, 212, 213)

W 2012 r. zmianie uległa struktura świadczeń udzielanych w Oddziale Chorób Wewnętrznych<sup>23</sup> Szpitala (znajdującym się w tym samym budynku, co Oddział Kardiologii). W 2011 r. udzielono bowiem pacjentom łącznie 3049 świadczeń w ramach 101 różnych JGP, w tym 860 świadczeń (28%) w ramach 19 JGP sprawozdawanych wcześniej do NFZ przez Oddział Kardiologii. Już wówczas część świadczeń udzielanych w Oddziale Wewnętrznym stanowiły świadczenia udzielane pacjentom ze schorzeniami kardiologicznymi, przykładowo: E53 i E54 „Niewydolność krążenia” (295 z 540 przypadków sprawozdanych przez łącznie oba ww. oddziały), E56 i E57 „Choroba niedokrwienna serca” (134 z 632 sprawozdanych przypadków), E61 i E62 „Zaburzenia rytmu serca” (57 ze 151 sprawozdanych przypadków), E88 „Nadciśnienie tętnicze” (213 z 391 sprawozdanych przypadków).

Po przekazaniu AHP działalności w zakresie kardiologii, w 2012 r. odnotowano wzrost o 39% liczby udzielonych w Oddziale Wewnętrznym świadczeń z zakresu kardiologii do 1195 świadczeń. Świadczenia te stanowiły 35% liczby wszystkich udzielonych w 2012 r. świadczeń w tym Oddziale w liczbie 3410. Największy wzrost nastąpił w grupach: D16 („Zator płuc” z 6 w 2011 r. do 13 w 2012 r.), E16 („Ostry zespół wieńcowy, powyżej 69 roku życia lub z powikłaniami”, z 3 w 2011 r. do 17 w 2012 r.), E17 („Ostry zespół wieńcowy, poniżej 70 roku życia”, z 2 w 2011 r. do 18 w 2012 r.), E53 („Niewydolność krążenia powyżej 69 roku życia lub z powikłaniami”, z 228 w 2011 r. do 304 w 2012 r.), E61 („Zaburzenia rytmu serca powyżej 69 roku życia lub z powikłaniami”, z 42 w 2011 r. do 117 w 2012 r.), E62 („Zaburzenia rytmu serca poniżej 70 roku życia bez powikłań”, z 15 w 2011 r. do 76 w 2012 r.), E73 („Choroby zastawek serca powyżej 17 roku życia”, z 11 w 2011 r. do 35 w 2012 r.)

W 2013 r. świadczenia z zakresu kardiologii stanowiły 28% liczby wszystkich udzielonych i rozliczonych wg grup JGP świadczeń w tym Oddziale (882 z 3195), a w 2014 r. - 25% rozliczonych świadczeń (708 z 2861). W niektórych rodzajach świadczeń nadal odnotowano wzrost, z czego największy w grupach: E53 („Niewydolność krążenia powyżej 69 roku życia lub z powikłaniami”, z 304 w 2012 r. do 358 w 2013 r. E61 („Zaburzenia rytmu serca powyżej 69 roku życia lub z powikłaniami”, E73 („Choroby zastawek serca powyżej 17 roku życia”, z 35 w 2012 r. do 67 w 2013 r.)

W 2014 r. świadczenia z zakresu kardiologii stanowiły 25% liczby wszystkich udzielonych i rozliczonych wg grup JGP świadczeń w tym Oddziale (708 z 2861).

(dowód: akta kontroli str. 206-211)

Przyczyny wzrostu liczby świadczeń w wybranych ww. grupach w latach 2012-2013 w stosunku do poziomu z 2011 r. Dyrektor wyjaśnił następująco: *Wskazane grupy JGP mogą być rozliczane przez Oddział Wewnętrzny jak i Oddział Kardiologiczny. Kierowanie więc do podmiotu zewnętrznego (AHP) przez szpital wszystkich pacjentów niewymagających zastosowania procedur w ramach pracowni hemodynamiki byłoby niezasadne i sprzeczne z obowiązującymi przepisami prawa. Szpital może kierować pacjentów do innych świadczeniodawców tylko w przypadku braku możliwości udzielenia świadczenia za pomocą własnego potencjału (np. brak oddziału neurochirurgii lub kardiologii w strukturze, brak wolnych łóżek w OIOM).* Natomiast odnośnie wzrostu liczby świadczeń z zakresu kardiologii ogółem udzielonych w Oddziale Wewnętrznym w 2012 r. Dyrektor Szpitala podał w wyjaśnieniach, że od roku 2011 do 2013 w szpitalu nastąpił spadek hospitalizacji z tytułu zachorowań spowodowanych chorobami układu krążenia (wg ICD-10)

---

<sup>23</sup> Zwanym dalej „O. Wewnętrznym”.

z 2581 hospitalizacji w 2011 r. do 1294 w 2012 r. i 1227 w 2013 r. Jednakże w wyliczeniu tym w 2011 r. uwzględnił zarówno liczbę hospitalizacji w Oddziale Wewnętrznym (839 osób), jak i w Oddziale Kardiologii (1742 osoby), który wówczas funkcjonował w strukturach Szpitala, natomiast w latach 2012-2013 wyłącznie liczbę hospitalizacji w Oddziale Wewnętrznym.

Uwzględniając wyłącznie liczby hospitalizacji w Oddziale Wewnętrznym w ww. okresie, należy stwierdzić, że w 2011 r. liczba hospitalizacji z tytułu zachorowań spowodowanych chorobami układu krążenia wynosiła 839 osób, a w kolejnych latach odpowiednio: 1294 osoby i 1227 osób. Nastąpił zatem znaczny wzrost (o 54% w 2012 r. i o 46% w 2013 r.) tej liczby w stosunku do 2011 r.

(dowód: akta kontroli str. 189)

W latach 2012-2014, po przejęciu działalności w zakresie kardiologii przez AHP udzielono pacjentom tego oddziału (funkcjonującego już w strukturze AHP) odpowiednio: 2974, 3271 i 3059 świadczeń w ramach 34, 38 i 39 różnych JGP<sup>24</sup>.

Wzrost liczby udzielonych świadczeń (w stosunku do zrealizowanej przez Oddział Kardiologii w strukturach Szpitala w 2011 r.) nastąpił w następujących grupach: E61 i E62 („Zaburzenia rytmu serca”) i E74 („Wrodzone wady serca”), w pozostałych grupach nastąpił spadek liczby świadczeń. Średni czas hospitalizacji pacjenta w Oddziale Kardiologii prowadzonym przez AHP wyniósł niecałe 3 dni (2,67 doby w 2012 r., 2,76 doby w 2013 r. i 2,41 doby w 2014 r.)

(dowód: akta kontroli str. 194, 214-216)

Uwagi dotyczące  
badanej działalności

NIK zwraca uwagę, że wbrew temu co wyjaśnił Dyrektor, kierowanie przez szpital pacjentów ze schorzeniami kardiologicznymi niewymagających zastosowania procedur w ramach pracowni hemodynamiki (czyli tzw. leczenia inwazyjnego) na oddział wyspecjalizowany właśnie w leczeniu schorzeń kardiologicznych, nie jest niezasadne i sprzeczne z obowiązującymi przepisami prawa.

Fakt, że w tej samej lokalizacji istnieją oddział chorób wewnętrznych i oddział kardiologiczny z pracownią hemodynamiki nie oznacza, że w oddziale kardiologicznym powinni być hospitalizowani tylko pacjenci wymagający leczenia inwazyjnego, natomiast pozostali w oddziale chorób wewnętrznych.

Oddział chorób wewnętrznych, który jakkolwiek jest także desygnowany do leczenia schorzeń układu krążenia, nie musi spełniać zastrzonych warunków, które wymagane są dla oddziałów kardiologicznych. W szczególności nie musi zapewniać wyodrębnionego oddziału lub przynajmniej stanowisk intensywnego nadzoru kardiologicznego, ani całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia przez specjalistę w dziedzinie kardiologii lub specjalistę w dziedzinie chorób wewnętrznych w trakcie specjalizacji z kardiologii. Z tego względu nie sposób przyjąć, że dla pacjentów ze schorzeniami kardiologicznymi korzystniejsza jest hospitalizacja w oddziale chorób wewnętrznych.

Ponadto, przepisy nie przewidują możliwości wyspecjalizowania się, czy skoncentrowania podmiotu leczniczego posiadającego oddział kardiologiczny, wyłącznie na leczeniu inwazyjnym. Potwierdził to Dyrektor Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ<sup>25</sup>, podając, że: *każdy świadczeniodawca posiadający zawartą umowę w zakresach kardiologia – hospitalizacja i kardiologia – hospitalizacja E10-E14 (a nie jest możliwe posiadanie umowy tylko na drugi z ww. zakresów – przyp. NIK) zobowiązany jest do udzielania świadczeń zarówno związanych z leczeniem*

<sup>24</sup> Co ustalono na podstawie informacji uzyskanych od Prezes Zarządu AHP.

<sup>25</sup> W piśmie z 18 sierpnia 2014 r., znak WSOZ-I-073-225/2044-AW/2014.

*ostrzych zespołów wieńcowych<sup>26</sup>, jak i pozostałych świadczeń kardiologicznych, w związku z powyższym podstawą odmowy udzielania świadczeń nie może być wskazanie, iż podmiot realizuje świadczenia wyłącznie związane z leczeniem OZW, bowiem nie znajduje to uzasadnienia w treści obowiązujących przepisów oraz zawartej umowy. Odmowa udzielenia świadczenia winna być uzasadniona przesłankami o charakterze medycznym, np. ustaleniem, że proces diagnostyczno-terapeutyczny winien być prowadzony w oddziale o innej specjalności.*

(dowód: akta kontroli str. 251-252)

Natomiast ciągła gotowość do przyjęcia wszystkich pacjentów ze schorzeniami kardiologicznymi i leczenia ich w Oddziale Wewnętrznym Szpitala, w ocenie NIK, umożliwiła spółce AHP ograniczenie kosztochłonnego leczenia zachowawczego i skoncentrowanie się prawie wyłącznie na leczeniu inwazyjnym pacjentów, które jest wysoko wycenione przez NFZ. Szpital natomiast przejmuje kosztochłonne leczenie zachowawcze pacjentów kardiologicznych, ograniczając tym samym hospitalizację pacjentów z innymi schorzeniami (np. z chorobami płuc, przewodu pokarmowego, cukrzycą, niewydolnością nerek, układu krwiotwórczego).

Opis stanu  
faktycznego

2.4. Śląski Oddział Wojewódzki NFZ przeprowadził w Szpitalu jedną kontrolę w części zbieżną z niniejszą kontrolą NIK w odniesieniu do kontrolowanego okresu (lata 2011 – 2014) oraz zagadnień. Kontrola ta, przeprowadzona w listopadzie 2014 r. dotyczyła realizacji umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych odnośnie spełniania przez SOR wymagań dotyczących pomieszczeń, wyposażenia i zapewnienia realizacji badań pacjentów. Oddział NFZ negatywnie ocenił pod względem legalności i rzetelności realizację ww. umowy w zakresie dostępności i organizacji udzielania świadczeń ze względu na: brak analizatora parametrów medycznych, brak systemu bezprzewodowego przywoływania osób, brak jednego, w pełni wyposażonego, z dwóch funkcjonujących stanowiska resuscytacyjnego (brak aparatu do znieczulania z wyposażeniem stanowiska do znieczulania mobilnego, respiratorów: transportowego i stacjonarnego), brak sprzętu umożliwiającego monitorowanie czynności życiowych oraz powierzchniowego ogrzewania pacjenta, brak wyposażenia stanowiska intensywnej terapii w sprzęt umożliwiający pomiar ośrodkowego ciśnienia żylnego krwi oraz brak możliwości opracowywania chirurgicznego ran i drobnych urazów. Ponadto, w obszarze terapii natychmiastowej nie okazano żadnej sali opatrunków gipsowych oraz występował brak stołu zabiegowego z lampą operacyjną, brak aparatu do znieczulania z wyposażeniem stanowiska do znieczulania, natomiast w obszarze obserwacji brak było czwartego stanowiska do obserwacji. Dodatkowo w kontroli NFZ stwierdzono, że SOR nie okazał kontrolerom sprzętu ujętego w umowie, w tym: analizatora parametrów krytycznych, aparatów do znieczulania, aparatów EKG, kardiomonitorów, pomp infuzyjnych, pulsoksymetru, respiratora, zestawów resuscytacyjnych oraz urządzeń do ogrzewania pacjenta, natomiast realizował świadczenia medyczne przy użyciu sprzętu nieujętego w obowiązującej umowie, w tym: aparatu EKG, pulsoksymetru i ssaka. Powyższe nieprawidłowości stanowiły naruszenie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego<sup>27</sup> oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego<sup>28</sup>. W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami Oddział NFZ nałożył na Szpital karę umowną w wysokości 32.450,50 zł oraz przedstawił

<sup>26</sup> Zwanych dalej „OZW”.

<sup>27</sup> Dz. U. z 2011 r. Nr 237, poz. 1420 ze zm.

<sup>28</sup> Dz. U. z 2009 r. Nr 140, poz. 1443 ze zm.



m.in. zalecenia dot. dostosowania pomieszczeń oraz wyposażenia SOR do wymogów odpowiedniego z ww. rozporządzeń. Dyrektor Szpitala wniósł zastrzeżenia do wystąpienia pokontrolnego. Dyrektor Oddziału NFZ nie znalazł jednak podstaw do uwzględnienia zastrzeżeń i podtrzymał wszystkie ustalenia kontroli. Takie samo stanowisko zajął Prezes NFZ, który w piśmie z 25 marca 2015 r. nie uwzględnił zażalenia Dyrektora Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 254-314)

Uwagi dotyczące  
badanej działalności

W latach 2012-2014, w wyniku przekazania działalności w zakresie kardiologii podmiotowi zewnętrznemu, łączna liczba łóżek dla pacjentów ze schorzeniami kardiologicznymi w dotychczasowej lokalizacji (w Dąbrowie Górniczej przy ul. Szpitalnej 13 w Pawilonie A) zmalała z 51 do 36 (o 30%).

Przed przekazaniem działalności przez Szpital w 2011 r., obydwa oddziały kardiologiczne liczyły łącznie 51 łóżek (z tego: oddział prowadzony przez Szpital 38 łóżek, a oddział prowadzony przez AHP 13 łóżek), natomiast po tym przekazaniu (od 2012 r. jedyny w tej lokalizacji oddział kardiologiczny prowadzony przez AHP posiadał 36 łóżek).

(dowód: akta kontroli str. 191, 217-219, 237)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił w tej sprawie, że wg jego oceny *brak jest podstaw do stawiania tezy, że AHP ograniczył dostępność i dokonał redukcji potencjału Oddziału Kardiologicznego oraz że nie można sumować łóżek posiadanych przez AHP w latach 2005 - 2011 przez jej własny Oddział Kardiologii Inwazyjnej i Angiologii z łózkami Oddziału Kardiologicznego przejętego od Szpitala.*

(dowód: akta kontroli str. 188-189)

Zdaniem NIK, liczba łóżek, którymi dysponuje podmiot leczniczy, o ile nie musi stanowić samoistnie o dostępności świadczeń, o tyle – jako jeden z elementów oceny tej dostępności – może mieć na nią wpływ. Ograniczenie liczby łóżek o 30% od 2012 r. mogłoby zatem wpływać na dostępność do świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii dla pacjentów w Dąbrowie Górniczej.

Dyrektor Szpitala w złożonych wyjaśnieniach przedstawił też porównanie liczby hospitalizacji w latach 2007-2011 (wynosiły one odpowiednio: 1674, 1747, 1765, 1829, 1749) oraz – na podstawie przekazanych informacji przez pracownika AHP - liczby pacjentów hospitalizowanych w latach 2012-2014 po przekazaniu działalności tej spółce (wynosiły one odpowiednio: 3035, 3351 i 3128).

(dowód: akta kontroli str. 194)

Zdaniem NIK sam wzrost liczby hospitalizacji w Oddziale Kardiologii, prowadzonym przez AHP w kolejnych latach po przekazaniu jej działalności Szpitala w zakresie kardiologii, nie musiał świadczyć o tym, że zachowana została dotychczasowa dostępność świadczeń, gdyż mógł być spowodowany także zmianami w strukturze świadczeń i związanym z tym znacznym skróceniem średniego czasu pobytu pacjentów (z 6 do 2-3 dni). Wzrosła bowiem prawie wyłącznie liczba świadczeń z zakresu kardiologii inwazyjnej, której cechą jest ograniczony czas hospitalizacji, przy równoczesnym ograniczeniu pozostałych świadczeń kardiologicznych.

Ponadto, łączna liczba udzielonych świadczeń z zakresu kardiologii przez oba podmioty lecznicze (wg JGP, w tym również D16) w tej lokalizacji (jako że Szpital nadal udzielał takich świadczeń w Oddziale Wewnętrznym), także zmalała. W 2011 r. wynosiła ona 4655 świadczeń (łącznie w Szpitalu udzielono 2530

świadczeń, z tego 1670 świadczeń w Oddziale Wewnętrznym i 860 świadczeń w Oddziale Kardiologii, natomiast w AHP 2125 świadczeń) w 2012 r. już 4154 świadczenia (w Szpitalu w Oddziale Wewnętrznym 1185 świadczeń, w AHP 2969 świadczeń), w 2013 r. 4147 świadczeń (w Szpitalu w Oddziale Wewnętrznym 882 świadczenia, w AHP 3265 świadczeń), natomiast w 2014 r. zaledwie 3760 świadczeń (w Szpitalu 708 świadczeń, w AHP 3052 świadczenia).

(dowód: akta kontroli str. 206-216)

#### Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia, że w wyniku przekazania odrębnemu podmiotowi leczniczemu realizacji świadczeń kardiologicznych dopuszczono do zmniejszenia łącznej liczby łóżek w oddziale kardiologicznym w dotychczasowej lokalizacji o 30% (z 51 do 36), co mogłoby mieć wpływ na dostępność świadczeń kardiologicznych dla pacjentów w Dąbrowie Górniczej. Odnotowano wprawdzie wzrost liczby hospitalizacji w Oddziale Kardiologii prowadzonym przez AHP w kolejnych latach po przekazaniu przez Szpital działalności w zakresie kardiologii, jednak - w ocenie NIK - spowodowany mógł być on również głównie zmianami w strukturze świadczeń (wzrostem liczby świadczeń z zakresu kardiologii inwazyjnej kosztem leczenia zachowawczego, które w części przejął Oddział Chorób Wewnętrznych) i związanym z tym znacznym skróceniem średniego czasu pobytu pacjentów.

## IV. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia  
zastrzeżeń

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

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

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

Katowice, dnia 30 czerwca 2015 r.

**Najwyższa Izba Kontroli**  
**Delegatura w Katowicach**