



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Poznaniu

LPO.411.11.01.2015
S/15/008

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

(tekst jednolity z uwzględnieniem zmian wprowadzonych uchwałą nr KPK/KPO-443.062.2016
Zespołu Orzekającego Komisji Rozstrzygającej z dnia 28 kwietnia 2016 r.)

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	S/15/008 – Realizacja Pracowni Kardiologii Inwazyjnej w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Grodzisku Wlkp.
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Poznaniu
Kontroler	Paweł Siuda, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 98600 z dnia 8 grudnia 2015 r. (dowód: akta kontroli str. 1,2)
Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Grodzisku Wlkp. ul. Mossego 17, 62-065 Grodzisk Wlkp. (dalej zwany Szpitalem lub SP ZOZ)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Barbara Rożyńska-Szumska, Dyrektor Szpitala ¹ (dowód: akta kontroli str. 4-11)

II. Ocena kontrolowanej działalności²

Ocena ogólna

NIK negatywnie ocenia przygotowanie kontrolowanej jednostki do realizacji Pracowni Kardiologii Inwazyjnej. Przed przystąpieniem do organizowania konkursu na udzielanie specjalistycznych usług medycznych w zakresie kardiologii inwazyjnej, w IV kwartale 2010 r., ówczesny dyrektor Szpitala, nie dokonał rzetelnej oceny możliwości zapewnienia spełniania przez SP ZOZ wymogów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ).

Z ustaleń kontroli wynika, że SP ZOZ nie posiadał wystarczających kadr i zaplecza dla zapewnienia pacjentom po zabiegach kardiologii inwazyjnej, wymaganej przez NFZ opieki. Warunki lokalowe Szpitala nie pozwalały na organizację opieki dla pacjentów po tych zabiegach w tej samej (co pracownia) lokalizacji, bez jednoczesnego ograniczenia działalności lub likwidacji innego oddziału Szpitala. Pomimo uzyskania przez SP ZOZ od NFZ negatywnego stanowiska dotyczącego możliwości zapewnienia finansowania działalności tej pracowni, w grudniu 2010 r., w oparciu o założenie, że Szpital będzie dysponował kontraktem z NFZ, została zawarta przez ówczesnego dyrektora SP ZOZ, z wyłonionym zleceńbiorcą, umowa na udzielanie specjalistycznych usług medycznych w zakresie procedur kardiologii inwazyjnej (umowa na podwykonawstwo). Umowa ta zawierała szereg postanowień niekorzystnych dla udzielającego zamówienia. Dotyczyły one w szczególności czasu jej trwania, zasad wypłaty wynagrodzenia, skutków jej wypowiedzenia przez zamawiającego i kar umownych związanych z odstąpieniem od niej.

Wobec nie zlecenia przez zamawiającego wykonywania świadczeń w ramach ww. umowy³, strony, w 2012 r., wdały się w spór cywilny, którego rozstrzygnięcie, ze względu na znaczne roszczenia wykonawcy związane z odszkodowaniem za skutki niewykonywania umowy może potencjalnie powodować istotne obciążenie dla Szpitala, a w konsekwencji dla jego organu założycielskiego - powiatu grodziskiego.

¹ Zarząd Powiatu Grodziskiego powierzył stanowisko dyrektora Szpitala w okresie od 12 kwietnia 2010 r. do 9 maja 2011 r. p. Michałowi Manickiemu, w okresie od 10 maja 2011 r. do 26 maja 2011 r. p. Tomaszowi Dolacie, a następnie od 27 maja 2011 r. p. Barbarze Rożyńskiej-Szumskiej.

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

³ Co było uzasadniane po stronie zlecającego m.in. nieaktualnością danych zawartych w rejestrze zakładów opieki zdrowotnej dotyczących miejsca wykonywania działalności, co skutkowało - zdaniem SP ZOZ - nieważnością zawartej umowy, a także brakiem możliwości spełnienia wymogów płatnika (NFZ).

NIK wskazuje jednocześnie, że Szpital nie posiadał dokumentów potwierdzających dokonanie przez jego aktualne kierownictwo, rzetelnej analizy prawnej i oceny skutków finansowych przyjętej strategii działania oraz prób polubownego zakończenia zaistniałego sporu.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

Opis stanu
faktycznego

1. Kontrolowana jednostka, w roku 2007 osiągnęła zysk netto w wysokości 125 751,74 zł. Z kolei, w latach 2008 i 2009 Szpital odnotował stratę netto, odpowiednio w kwocie 1 125 639,86 zł i 1 251 703,56 zł, i to pomimo tego, że w okresie tym zwiększał się poziom jej przychodów z kontraktu z NFZ⁴.

Wybrany przez Zarząd Powiatu w przeprowadzonym w 2010 r. konkursie, dyrektor SP ZOZ miał m.in. za zadanie poprawić wynik finansowy tej jednostki. Kierujący od 25 kwietnia 2010 r. Szpitalem, dyrektor Michał Manicki, w swojej ofercie konkursowej nie sygnalizował Zarządowi Powiatu zamiaru utworzenia kardiologii inwazyjnej, jako tej dziedziny leczenia, która miałaby wpłynąć na poprawienie wyniku finansowego Szpitala.

Zamiar taki, ówczesny dyrektor zasygnalizował dopiero podczas posiedzenia rady społecznej Szpitala w dniu 28 lipca 2010 r. na skutek zgłoszenia w imieniu „Kardiologicznego NZOZ Renimed”⁵, w piśmie z dnia 16 czerwca 2010 r., gotowości nawiązania współpracy w zakresie świadczeń kardiologii inwazyjnej. Propozycja współpracy obejmowała udostępnienie kadry profesjonalistów z zakresu kardiologii, specjalistycznej aparatury do procedur elektrofizjologicznych, badań EPS, ablacji serca i implantacji stymulatorów serca. NZOZ deklarował również gotowość zakupu dodatkowej aparatury, w tym angiografu oraz w razie potrzeby - pomocy w reorganizacji pododdziału kardiologicznego poprzez zapewnienie zgodnej z wymogami liczby specjalistów z zakresu kardiologii.

Zaproponowany model współpracy biznesowej zakładał, że stroną kontraktu z NFZ byłby Szpital, który z kolei zlecałby podwykonawcy, wykonywanie procedur kardiologii inwazyjnej. Szpital zapewniałby hospitalizację pacjentów skierowanych do ww. procedur. Zgodnie ze wstępnymi założeniami, podwykonawca ponosiłby koszty zakupu materiałów i leków oraz koszty osobowe związane z zabiegami kardiologicznymi. Wstępnie, oferent proponował, w zależności od szczegółów umowy, wynagrodzenie na poziomie od 70 do 75% stawki NFZ dla podwykonawcy, co wg jego wyliczeń, dla Szpitala dawałoby 1,5-3,0 tys. zł przychodu za osobodobę pobytu na oddziale.

Propozycja utworzenia pracowni kardiologii inwazyjnej była przedmiotem obrad rady społecznej Szpitala, Rady Powiatu Grodzkiego oraz Zarządu Powiatu, podczas których ówczesny dyrektor SP ZOZ zapewniał o istnieniu możliwości jej utworzenia, dopuszczalności i ekonomicznej opłacalności proponowanego rozwiązania.

W dniu 28 lipca 2010 r., rada społeczna Szpitala, obradowała m.in. nad propozycją świadczenia w Szpitalu⁶ zabiegów kardiologii inwazyjnej. W trakcie tych obrad ówczesny dyrektor SP ZOZ przedstawił mapę zabezpieczenia świadczeń kardiologii inwazyjnej dla wielkopolski (w tym czasie najbliższej Grodziska Wlkp., takie świadczenia udzielane były w Lesznie i w Poznaniu), poinformował, że prowadzi rozmowy w sprawie współpracy z podwykonawcą, który jest zainteresowany udzielaniem świadczeń kardiologii inwazyjnej, w ramach której to on zakupi sprzęt (za około 3 000 000 zł) oraz wyremontuje i zmodernizuje pomieszczenia konieczne do udzielania ww. świadczeń.

W Szpitalu i w Starostwie Powiatowym, w trakcie kontroli NIK, nie było dokumentów przedstawiających sposób przeprowadzenia lub wyniki analizy opłacalności dla SP ZOZ udzielania świadczeń kardiologii inwazyjnej (obejmujących m.in. konieczne nakłady osobowo-rzeczowe po stronie Szpitala, warianty realizacji przedsięwzięcia, szacowaną liczbę pacjentów, którzy korzystaliby z ww. zabiegów).

(dowód: akta kontroli str. 66-74, 141-145, 740-768, 792-794, 1433-1434, 1438-1457)

⁴ W latach 2007, 2008 i 2009 wynosił on odpowiednio 10 443 661,90 zł, 11 164 020,16 zł i 12 244 532,88 zł.

⁵ Przedsiębiorstwo lecznicze Kardiologiczny NZOZ Renimed, podmiotu leczniczego – p. Renaty Siminiak posiadający wpis nr 30-01917 w rejestrze ZOZ prowadzonym przez Wojewodę Wielkopolskiego. Kierownikiem Renimed był Tomasz Siminiak

⁶ Opinia rady jest wymagana do uruchomienia nowej jednostki Szpitala – jaką była pracownia

2. Pismem z dnia 25 sierpnia 2010 r., w odpowiedzi na pytanie ze strony Szpitala, Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia (WOWNFZ) poinformował o braku możliwości zakontraktowania świadczeń z zakresu kardiologii inwazyjnej na terenie subregionu poznańskiego, w skład którego wchodził powiat grodziski ze względu na istniejącą dostępność tego rodzaju świadczeń – odpowiadającą zasadom kontaktowania⁷, a także ze względu na wymóg spełnienia przez oferentów wymagań koniecznych, wynikających z obowiązujących przepisów, w tym posiadania wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej (RZOZ) części VIII kodu resortowego: 4106 OINK⁸ (co najmniej 4-lóżkowego) oraz wpisu do RZOZ zakładu/Pracowni Radiologii Zabiegowej/Pracowni Hemodynamiki. Zgodnie z załącznikiem nr 4 pkt 7 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁹, OINK winien znajdować się w tej samej lokalizacji co Pracownia Hemodynamiki i być zaopatrzony w odpowiedni sprzęt. Ponadto, świadczeniodawca powinien zapewnić obsługę co najmniej jednego lekarza kardiologa na cztery stanowiska i dwóch pielęgniarek na zmianach dziennych oraz jednej na zmianie nocnej, na każdych dwóch stanowiskach. WOWNFZ zaznaczył, że Szpital, świadczenia szpitalne w zakresie kardiologii może realizować w ramach zawartej umowy kardiologia – hospitalizacja oraz dostępnego katalogu jednorodnych grup pacjentów (JGP). W kolejnym piśmie do WOWNFZ (z 3 września 2010 r.), dyrektor Szpitala ponowił wniosek o zabezpieczenie środków na ww. pracownię oraz zapewnił, że warunki wymienione w piśmie z 25 sierpnia 2010 r. zostaną spełnione. Na to pismo Szpitala, WOWNFZ nie udzielił odrębnej odpowiedzi, bowiem – jak wynika z informacji zasięgniętej w toku kontroli w tej jednostce – stanowisko NFZ nie uległo zmianie.

(dowód: akta kontroli str. 53-57, 1467)

Ówczesny dyrektor Szpitala, składając wyjaśnienia na okoliczność tego, dlaczego dążył do realizacji świadczeń kardiologii inwazyjnej, co do których NFZ nie gwarantował zapłaty, wskazał, że obie ww. odpowiedzi negatywne NFZ dotyczyły roku 2010 r., czyli bieżącego kontraktu. W jego ocenie, w przyszłych konkursach, SP ZOZ mógł przejąć kontrakt innego szpitala, mając lepszą ofertę. Wskazał również, że Szpital posiadał kontakt kardiologiczny, w ramach którego można było kilka procedur wykonać. Ostre zespoły wieńcowe (OZW), jako ratujące życie, były płacone jako procedury nielimitowane przez NFZ. Nie było to wg niego ryzykowne dla SP ZOZ, bowiem w sytuacji wystąpienia problemów z rozliczeniami, Szpital mógł wstrzymać natychmiast zlecenie procedur podwykonawcy, a pacjentów przewozić do innych placówek posiadających kontrakt. Umowa zawarta z podwykonawcą świadczeń kardiologii inwazyjnej nie określała bowiem liczby zlecanych świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 166-169)

3. W dniu 18 października 2010 r. odbyło się posiedzenie rady społecznej Szpitala. W porządku obrad przewidziano podjęcie uchwał dotyczących m.in. zmiany statutu Szpitala (w kształcie proponowanym przez dyrektora Szpitala w piśmie z 6 października 2010 r.) oraz przedstawienia Zarządowi Powiatu opinii dotyczącej wydzierżawienia pomieszczeń na prowadzenie pomieszczeń kardiologii inwazyjnej.

W dniu 19 października 2010 r. Zarząd Powiatu, uchwałą nr 11/2010, wyraził zgodę na oddanie w użytkowanie pomieszczeń na prowadzenie pracowni kardiologii inwazyjnej. Uzyskanie ww. zgody było wymagane stosownie do §§ 7 i 11 uchwały nr XLIII/239/2006 Rady Powiatu Grodzkiego z dnia 27 czerwca 2006 r. dotyczącej zasad zakupu lub przyjęcia aparatury i sprzętu medycznego oraz w sprawie zbycia, wydzierżawienia, wynajęcia, użytkowania lub użyczenia majątku trwałego SP ZOZ w Grodzisku Wlkp.¹⁰

(dowód: akta kontroli str. 71-76)

4. W dniu 25 listopada 2010 r., ówczesny dyrektor Szpitala zatwierdził szczegółowe warunki konkursu ofert, załącznikiem do których był projekt umowy. Zarządzeniem nr 56/10

⁷ określonym w § 9 ust. 8 oraz w zał. nr 3 do zarządzenia nr 69/2009/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 3 listopada 2009 r.

⁸ Oddział intensywnego nadzoru kardiologicznego.

⁹ Dz.U. Nr 140 poz. 1143 ze zm.

¹⁰ Ww. uchwała była zmieniana uchwałą nr XV/107/2007 Rady Powiatu Grodzkiego z dnia 28 grudnia 2007 r.

dyrektora SP ZOZ z dnia 30 listopada 2010 r. powołano komisję konkursową do przeprowadzenia postępowania w sprawie udzielania świadczeń kardiologii inwazyjnej.

Szczegółowe warunki konkursu były zgodne z zasadami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 13 lipca 1998 r. w sprawie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenie zdrowotne¹¹. Z postępowania sporządzono protokół. Ogłoszenie konkursu nastąpiło 26 listopada 2010 r., z terminem składania ofert 2 grudnia 2010 r. Wpłynęła w tym terminie jedna oferta, którą złożyła firma Renimed. Podmiot ten, przedstawił wypis z rejestru ZOZ z 2008 r., w którym zostało wykazane, jako jedyne, miejsce prowadzenia działalności leczniczej w miejscowości Kowanówko. Po wezwaniu przez komisję konkursową do przedstawienia aktualnego wypisu z rejestru ZOZ, 17 grudnia 2010 r. oferent dostarczył datowany na ten dzień wypis z takimi samymi danymi jak poprzednio.

Ogłoszeniem z dnia 1 grudnia 2010 r. dokonano zmiany terminu składania ofert na dzień 10 grudnia 2010 r. W wymienionym terminie nie wpłynęły żadne oferty.

(dowód: akta kontroli str. 58-60, 80-84, 141-145)

5. Umowa na świadczenie usług medycznych w zakresie kardiologii inwazyjnej została zawarta w dniu 17 grudnia 2010 r. przez dyrektora Szpitala – Michała Manickiego z Renatą Siminiak reprezentującą NZOZ Renimed (przyjmujący zamówienie) na okres 10 lat. Jej przedmiotem było powierzenie przez Szpital udzielania usług medycznych w zakresie procedur kardiologii inwazyjnej, w tym w szczególności wykonywanie koronarografii, angioplastyk wieńcowych, ablacji serca oraz implantacji stymulatorów i defibrylatorów, wynikających z umów zawartych przez Szpital z NFZ.

Przyjmujący zamówienie zobowiązał się m.in. do zapewnienia na swój koszt wymaganego w pracowni kardiologii inwazyjnej sprzętu medycznego, odpowiedniego personelu oraz zapewnienia sprzętu jednorazowego, materiałów i leków zgodnie ze standardami określonymi przez NFZ, a także do pokrycia kosztów ewentualnych znieczuleń przy wykonywaniu procedur medycznych. Miał również wykonać remont i adaptację pomieszczeń na pracownię kardiologii inwazyjnej, zgodnie z wymaganiami sanitarno-epidemiologicznymi, radiologicznymi i NFZ. Wszelkie czynności wykonywane w ramach umowy miały być realizowane według harmonogramu zgodnego z wymaganiami NFZ oraz z uzgodnieniami stron, przez 7 dni w tygodniu, całą dobę. Szpital użyczył przyjmującemu zamówienie pomieszczenie (118,3 m²) w celu realizacji stanowiących przedmiot umowy procedur medycznych oraz zapewniał jego ogrzewanie, dostawę energii elektrycznej, wody, odbiór ścieków, dostęp do internetu i telefonu, a także pokrywał koszt prania oraz dezynfekcji bielizny.

Zgodnie z treścią umowy, przyjmujący zamówienie uprawniony był do wykonywania procedur medycznych zleconych na piśmie przez Szpital. Treść umowy odpowiadała wzorowi umowy z konkursu, a oferta zawierała elementy wymagane postanowieniami konkursowymi.

(dowód: akta kontroli str. 85-98, 160-173, 708-715, 1460-1462)

6. Wojewoda Wielkopolski, decyzją nr PS.IV-1.8011-12-12-360/10 z dnia 17 grudnia 2010 r., dokonał zmian w rejestrze ZOZ Szpitala, poprzez wprowadzenie nowej nazwy komórki organizacyjnej – Oddział Internistyczno-Kardiologiczny z Pododdziałem Intensywnej Opieki Kardiologicznej, pod adresem Grodzisk Wlkp. ul. Mossego 17 z niezmiennym kodem komórki (część VIII kodu resortowego) 4000 – oddział chorób wewnętrznych. Odbiór na wniosek Szpitala pracowni kardiologii inwazyjnej przez służby sanitarno-epidemiologiczne nastąpił 4 maja 2011 r. W dniu 6 maja 2011 r. Szpital zgłosił pracownię do rejestru ZOZ.

(dowód: akta kontroli str. 77-79, 105-107, 678-695)

7. Po zawarciu umowy z przyjmującym zamówienie, Szpital w 2011 r. (10 czerwca i 1 sierpnia) dwukrotnie występował do WOWNFZ z pytaniami dotyczącymi możliwości uzyskania kontraktu oraz finansowania procedur medycznych w zakresie kardiologii inwazyjnej. WOWNFZ wskazywał, że nie może udzielić wiążących informacji dotyczących

¹¹ Dz.U. Nr 93 poz. 592, zwane dalej rozporządzeniem MZ w sprawie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych

możliwości kontraktowania takich świadczeń, a do ich rozliczania konieczne jest posiadanie odpowiednio zorganizowanego i wyposażonego OINK posiadającego kod 4106.

Dyrektor Szpitala wystąpiła¹² 12 lipca 2011 r. do Wojewody Wielkopolskiego (WUW) - organu prowadzącego rejestr ZOZ, z zapytaniem odnośnie możliwości uzyskania dodatkowego kodu 4106 dla Oddziału Internistyczno-Kardiologicznego z Pododdziałem Intensywnej Opieki Kardiologicznej, który posiadał kod nr 4000. WUW, pismem z 20 lipca 2011 r. poinformował Szpital o braku takiej możliwości, jak również o braku możliwości zmiany kodu 4000 na 4106 ze względu na niezgodność z § 10 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla ZOZ oraz szczegółowych zasad ich nadawania¹³.

(dowód: akta kontroli str. 110-119)

8. Dyrektor Szpitala, pismem z dnia 8 września 2011 r., m.in. poinformowała przyjmującego zamówienie o tym że Szpital nie ma zawartej umowy na wykonywanie procedur ujętych w grupie E27- koronarografia oraz innych zabiegów inwazyjnych, które nie są świadczeniami nielimitowanymi i mogą być realizowane wyłącznie po spełnieniu warunków wymaganych - wskazanych w załączniku nr 4 do zarządzenia 17/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 6 kwietnia 2011 r. Wskazała, że jednym z warunków, niemożliwym do spełnienia przez Szpital, a który nie pozwala na realizację świadczeń z grupy E27 był brak wyodrębnionej komórki organizacyjnej z kodem 4106 - OINK, wyposażonego w co najmniej cztery łóżka. Zwróciła również uwagę, że przyjmujący zamówienie miał pełną wiedzę i świadomość przystępując do konkursu ofert na realizację świadczeń z zakresu pracowni kardiologii inwazyjnej, jak wygląda sytuacja rejestrowa Szpitala, tj. - jakie posiada komórki organizacyjne, jakie one posiadają kody rejestrowe, ile Szpital posiada łóżek OINK oraz jakie w związku z tym możliwości ma on w zakresie zawarcia umowy z NFZ. Wskazała, że przyjmujący zamówienie, przystępując do konkursu znał ryzyko, że Szpital może w ogóle nie uzyskać kontraktu z NFZ na kardiologię inwazyjną, że zainstalowany sprzęt przez dany okres może być niewykorzystywany oraz, że mogą się z tym wiązać ewentualne straty finansowe po jego stronie.

Pracownia, mimo jej przygotowania, nie zaczęła udzielać świadczeń zdrowotnych. Szpital nie zlecał przyjmującemu zamówienie wykonania procedur medycznych i nie ubiegał się o kontrakt z NFZ na świadczenia kardiologii inwazyjnej na rok 2012 i następne lata.

(dowód: akta kontroli str. 118-121)

9. Po objęciu 27 maja 2011 r. przez Barbarę Rożyńską-Szumską obowiązków dyrektora, mimo zawarcia umowy z przyjmującym zamówienie, SP ZOZ nie podjął w okresie czerwiec-grudzień 2011 r. faktycznych działań (wydzielenie odpowiednich pomieszczeń dla potrzeb hospitalizacji pacjentów po zabiegach¹⁴ i ich wyposażenia w sprzęt oraz niezbędną kadrę, pozwalających na uruchomienie pracowni kardiologii inwazyjnej) mających na celu spełnienie warunków koniecznych do rozpoczęcia wykonywania świadczeń kardiologii inwazyjnej i starania się o kontrakt z NFZ na zabiegi kardiologii inwazyjnej.

Wyjaśniając ten fakt, dyrektor Szpitala podała, że zgodnie z obowiązującymi wtedy przepisami, w tym z zarządzeniem Nr 69/2009/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 3 listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne, aby uruchomić działalność w zakresie realizacji świadczeń pracowni kardiologii inwazyjnej z uwzględnieniem procedur: OZW - leczenie inwazyjne, wymaganym było posiadanie:

- oddziału kardiologicznego z zatrudnionym personelem lekarskim, tj. równoważnik co najmniej 3 etatów (nie dotyczy dyżuru medycznego), w tym równoważnik co najmniej 2 etatów specjalista kardiologii, z łózkami intensywnego nadzoru kardiologicznego z wydzielonym stałym dyżurem pielęgniarstwa - w lokalizacji,
- co najmniej czterolóżkowego OINK, zarejestrowanego w rejestrze ZOZ z wpisem w części VIII kodu resortowego: 4106.

¹² Pismo nr SPZPZ/ZDA/0110/10/11 z 12 lipca 2011 r.

¹³ Dz.U. Nr 170 poz. 1797 ze zm.

¹⁴ Obowiązek przyjmującego zamówienie dotyczył wyłącznie wyposażenia pracowni kardiologii inwazyjnej.

Zgodnie z wymogami, OINK winien znajdować się w lokalizacji pracowni kardiologii inwazyjnej z kadrą stanowiącą specjalistę kardiologii lub w trakcie specjalizacji z kardiologii oraz co najmniej 1 pielęgniarkę na 2 stanowiska na zmianie dziennej oraz co najmniej 1 pielęgniarkę na 3 stanowiska na zmianie nocnej. Poza kadrą, wymagany był też specjalistyczny sprzęt.

Taki stan rzeczy wymagał przede wszystkim tego, aby zlokalizować OINK w budynku przy ul. Mossego 3. Jedyną lokalizacją, braną ówczesnie pod uwagę, był oddział ginekologiczno-położniczy. W rachubę wchodziła ewentualnie część ginekologiczna oddziału, która zlokalizowana na pierwszym piętrze ma pięć sal, po trzy łóżka. Aby z tego oddziału wydzielić cztery łóżka dla OINK, należałoby praktycznie zlikwidować ginekologię. Przede wszystkim brak zaplecza socjalnego i pomieszczeń porządkowych i węzła sanitarnego dla mężczyzn, eliminował pomysł utworzenia w ginekologii innego oddziału, o innym zakresie działania. Było to nie możliwe, przede wszystkim z punktu widzenia rozporządzenia Ministra Zdrowia z 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej¹⁵.

Zdaniem składającej wyjaśnienia, wydzielenie z ginekologii sali, OINK jako oddziału, nie otrzymałoby pozytywnej decyzji sanitarno-epidemiologicznej, dalej, nie uzyskałoby pozytywnej decyzji skutkującej wpisem we właściwym rejestrze ZOZ, a na koniec zostałoby też zakwestionowane przez NFZ, jako płatnika świadczeń medycznych.

Kolejna kwestią, była sprawa kardiologii – w 2011 r. kod resortowy dla oddziału internistyczno-kardiologicznego to 4000, co wskazuje na internistyczny, a nie jak być powinno, kardiologiczny profil działalności. Poza tym wskazanym było, aby funkcjonował on w lokalizacji pracowni. Oddział zlokalizowany jest w budynku przy ul. Mossego 17, a więc poza lokalizacją pracowni przy ul. Mossego 3.

Pomijając powyższe, zdaniem dyrektora Szpitala, ograniczenie ginekologii do połowy pomieszczeń nie było też ekonomicznie zasadne, co pokazał wynik finansowy tego oddziału¹⁶, a efekt uruchomienia pracowni, nie wiązałby się z zyskiem, lecz ze stratami. Inną kwestią, równie ważną i trudną do realizacji, była kadra do obsady ww. komórki, której nie było, a jej pozyskanie było wręcz niemożliwe.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że po zapoznaniu się z dokumentacją związaną z warunkami kontraktowania na lata 2012-2016 zarówno oddziału kardiologicznego, w tym wykonywania świadczeń OZW stwierdzono następujące przeszkody: brak OINK w rejestrze ZOZ, brak możliwości infrastrukturalnych dla stworzenia OINK, brak możliwości finansowych dla stworzenia OINK, brak uzasadnienia dla funkcjonowania w powiecie grodziskim pracowni kardiologii inwazyjnej¹⁷, brak zainteresowania NFZ kontraktowaniem nowych podmiotów realizujących procedury kardiologii inwazyjnej oraz niewystarczającą liczbę zainteresowanych kardiologów dla obsady oddziału kardiologicznego i OINK.

(dowód: akta kontroli str. 141-145, 1460-1462)

Z informacji uzyskanej w trakcie kontroli z WOWNFZ wynika, że w odniesieniu do warunków organizacyjnych i lokalowych Szpitala w Grodzisku Wlkp., w części dotyczącej OINK, pracowni kardiologii inwazyjnej, oddziału internistyczno-kardiologicznego oraz ew. utworzonego pododdziału dla pacjentów po zabiegach kardiologii inwazyjnej wydzielonego z oddziału ginekologicznego poprzez oddzielenie go ścianką działową, w kontekście ew. realizacji i rozliczania procedur z zakresu kardiologii inwazyjnej, Oddział NFZ nie zaakceptowałby tego rodzaju rozwiązania. Wszystkie bowiem ww. komórki muszą być tak zlokalizowane, aby tworzyły funkcjonalną i organizacyjną całość, i powinny pozostawać w jednej lokalizacji. Nie do przyjęcia jest również sytuacja, że pracownia kardiologii inwazyjnej znajduje się w innym miejscu niż oddział kardiologiczny z OINK.

(dowód: akta kontroli str. 1468-1469)

¹⁵ Dz.U. nr 31 poz. 158

¹⁶ Z ustaleń kontroli wynika, że poziom przychodów z NFZ ww. oddziału w latach 2010, 2011, 2012, 2013 i 2015 wynosił odpowiednio 2446,4 tys. zł, 2788,4 tys. zł, 2996,4 tys. zł, 3437,7 tys. zł, 3464,2 tys. zł i 3459,9 tys. zł

¹⁷ analiza mapy zabezpieczenia świadczeń kardiologii inwazyjnej w subregionie poznańskim i w subregionie leszczyńskim, w tym miesięcznej liczby przekazywanych pacjentów z OZW do pracowni poznańskich

10. Szpital, mimo nieposiadania kontraktu z NFZ na kardiologię inwazyjną, mógł w ramach posiadanego kontraktu z NFZ na kardiologię-hospitalizację, rozliczać jednorodne grupy świadczeń od E31 do E38¹⁸. Kontrolowana jednostka, tego typu świadczeń nie zlecała przyjmującemu zamówienie.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że rozliczanie powyższych świadczeń, pomimo, że były one zawarte w obowiązującej umowie z NFZ w zakresie „Kardiologia”, było niemożliwe przede wszystkim z powodu braku właściwej kadry lekarskiej i pielęgniarskiej.

Ponadto, miesięczny kontrakt dla kardiologii wynosił 644 punkty i był w 100% realizowany bez świadczeń z grup E31-E38. Wykonywanie ww. świadczeń realizowanych w ramach podwykonawstwa w pracowni kardiologii inwazyjnej, skutkowałoby przede wszystkim kosztami i realizacją nadwykonań, których NFZ nie płacił. Poza tym, ewentualne nadlimity mogły z dużym prawdopodobieństwem, skutkować kontrolą NFZ, która z pewnością wychwyciłaby braki kadrowe, a w konsekwencji, nałożeniem kary umownej z zobowiązaniem do zwrotu wartości zrealizowanych świadczeń, a nawet rozwiązaniem umowy.

SP ZOZ nie zlecał przyjmującemu zamówienie wykonywania świadczeń także ze względu na wątpliwości prawne, co do podstaw funkcjonowania pracowni kardiologii inwazyjnej. Istotne było również zasygnalizowane wcześniej stanowisko WOWNFZ, co do możliwości prawnych dotyczących rozliczania inwazyjnych procedur leczenia OZW.

Szpital nie wystąpił o kontrakt z NFZ na kardiologię – hospitalizację na rok 2012 i lata następne. Od 2012 r., procedury kardiologiczne w SP ZOZ były rozliczane z poziomu kontraktu dla chorób wewnętrznych.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że po zapoznaniu się z warunkami realizacji świadczeń oraz realiami funkcjonowania oddziału kardiologicznego w latach 2009-2011 stwierdzono brak wystarczającej liczby zainteresowanych kardiologów dla obsady oddziału kardiologicznego a także brak środków finansowych na zatrudnienie dodatkowego personelu pielęgniarskiego do obsady stanowiska intensywnej opieki medycznej. Wskazała, że wielkość roczna kontraktu na lata 2009-2011 dla oddziału Chorób Wewnętrznych i Oddziału Kardiologicznego była tożsama z poziomem kontraktu dla chorób wewnętrznych zawartego na lata 2006-2008 (kwota dla jednego zakresu została przez NFZ podzielona na dwa zakresy). Takie finansowanie świadczeń, gdzie znakomita większość hospitalizacji w zakresie kardiologia-hospitalizacja mogła być rozliczana w zakresie choroby wewnętrzne-hospitalizacja, przy zwiększonych wymaganiach kadrowo-sprzętowych, było wysoce niekorzystne dla SP ZOZ. Wobec powyższego, w jej ocenie, bezzasadnym byłoby ponoszenie środków finansowych na utrzymanie kadry lekarskiej i pielęgniarskiej zgodnie z wymogami dla dwóch zakresów świadczeń w sytuacji, gdy wysokość kontraktu i jego realizacja dla jednego zakresu byłaby taka sama.

(dowód: akta kontroli str. 141-145, 1460-1462)

11. Istotną okolicznością związaną z niezlecaniem przyjmującemu zamówienie świadczeń przez Szpital było uzyskanie informacji, o tym, że podmiot ten, od marca 2010 r. nie prowadził działalności we wskazanym w rejestrze ZOZ, dotychczasowym miejscu wykonywania działalności i nie miał innego miejsca prowadzenia działalności leczniczej. Wystąpiły zatem wątpliwości, co do jego statusu, jako zakładu opieki zdrowotnej na czas konkursu i zawarcia umowy. Mimo tych wątpliwości SP ZOZ nie skorzystał z możliwości, o której mowa w § 14 ust. 2 pkt 5 umowy z 17 grudnia 2010 r., rozwiązania umowy z zachowaniem siedmiodniowego terminu wypowiedzenia w sytuacji, gdy dane zawarte w ofercie przyjmującego zamówienie okazały się nieprawdziwe.

Odnosnie tej kwestii, dyrektor Szpitala wyjaśniła, że nie mogło to być powodem do rozwiązania umowy z wykorzystaniem zapisów § 14 ust. 2 pkt 5 umowy z 17 grudnia 2010 r. Dopiero potwierdzenie przez Wojewodę Wielkopolskiego (organ prowadzący rejestr ZOZ) powyższych informacji dawało podstawę do wypowiedzenia umowy. Zbyt wczesne wypowiedzenie umowy,

¹⁸ Nazwy pakietów E31-E38: E31 – wszczepienie/wymiana rozrusznika jednojamowego; E32 E31 – wszczepienie/wymiana rozrusznika dwujamowego; E33 – wszczepienie/wymiana układu z funkcją resynchronizującą serca (CRT), E34 – wszczepienie/wymiana kardiowertera-defibrylatora jedno/dwujamowego; E36 – wszczepienie/wymiana CRT-D > 17 R. Ż; E37 – naprawa/repozycja/rewizja/wymiana elektrody/układu stymulującego/kardiowertera-defibrylatora; E38 - usunięcie przeżyłnej elektrod w przypadku powikłań.

bez uzasadnienia, mogło skutkować negatywnie dla SP ZOZ. O zastrzeżeniach SP ZOZ ustnie został powiadomiony, w lipcu 2011r., pracownik Wydziału Polityki Społecznej i Zdrowia WUW, który w tamtym czasie był odpowiedzialny za prowadzenie Rejestru ZOZ Wojewody Wielkopolskiego. Wówczas, w rejestrze wojewody nie można było sprawdzić statusu przyjmującego zamówienie (takiej informacji udzielili pracownicy wojewody). Wobec braku reakcji ze strony WUW na ustne zgłoszenie, we wrześniu 2011 r., SP ZOZ pisemnie poinformował właściwy wydział WUW w Poznaniu, o niezgodności wpisu w ww. rejestrze, dotyczącego daty zakończenia działalności przyjmującego zamówienie w dotychczasowym miejscu jej wykonywania. Ustawy, zarówno o ZOZ jak i o działalności leczniczej wyraźnie określały skutki nieposiadania przez zakład opieki zdrowotnej (podmiot leczniczy), miejsca prowadzenia działalności leczniczej¹⁹.

Wątpliwości te w dalszym ciągu nie zostały rozstrzygnięte. Na dzień 27 stycznia 2016 r. sprawa wpisu nadal jest wyjaśniana (nie zostało jeszcze zakończone postępowanie toczące się przed właściwymi organami WUW, Wojewódzkim Sądem Administracyjnym i Ministrem Zdrowia). Władze Szpitala nie zakładały, że sprawa ta będzie trwała tak długo, jak się okazało i że jest tak skomplikowana.

(dowód: akta kontroli str. 141-145, 1281-1286)

12. W dniu 6 grudnia 2011 r., przyjmujący zamówienie, poprzez pełnomocnika, ostatecznie wezwał Szpital do wykonania umowy z 17 grudnia 2010 r. w terminie trzech dni. W dniu 16 grudnia 2011 r., wobec bezskuteczności wezwania, odstąpił od umowy, wzywając jednocześnie Szpital do zwrotu poniesionych przez siebie nakładów i naprawienia wynikłej z niewykonywania umowy szkody w łącznej wartości 7 754 000 zł, pod rygorem dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

Przyjmujący zamówienie, 5 marca 2012 r., wniósł do sądu pozew o zapłatę od Szpitala na jego rzecz kwoty 8 085 702 zł wraz z odsetkami od 24 grudnia 2011 r. do dnia zapłaty, tytułem odszkodowania za nakłady i straty związane z brakiem realizacji umowy o podwykonawstwo. Na dzień 12 lutego 2016 r. sprawa była w toku²⁰.

Szpital, 2 lipca 2014 r., złożył natomiast do sądu przeciwko przyjmującemu zamówienie pozew o wydanie nieruchomości (pomieszczeń pracowni kardiologii inwazyjnej) oraz o zapłatę 113 400 zł za jej używanie. Sąd, na wniosek Szpitala złożony w związku z wyrażeniem przez pełnomocników pozwanego chęci podjęcia rozmów ugodowych, sprawę tę zawiesił w dniu 12 listopada 2015 r.²¹

Równolegle toczyła się sprawa administracyjna rozpoczęta z wniosku Szpitala o dokonanie zmian w rejestrze ZOZ w zakresie wskazania przez przyjmującego zamówienie prawidłowej daty zakończenia działalności w dotychczasowym miejscu prowadzenia działalności leczniczej oraz wykreślenia z rejestru komórki i jednostki organizacyjnej przyjmującego zamówienie w Grodzisku Wlkp. przy ul. Mossego 17, jako nigdy nieistniejącej. W tej sprawie orzekł Wojewoda Wielkopolski, WSA w Warszawie oraz Minister Zdrowia. Minister Zdrowia uchylił decyzją nr 3/2016 z 27 stycznia 2016 r., decyzję Wojewody Wielkopolskiego z dnia 29 października 2015 r. nr PS-IV.9611.1.2012.4 w całości i przekazał sprawę ją do ponownego rozpatrzenia organowi pierwszej instancji.

Szpital, w związku ze sporami sądowymi w sprawie umowy z dnia 17 grudnia 2010 r. poniósł w latach 2012-2015 koszty obsługi prawnej w wysokości 100 730, 34 zł.

(dowód: akta kontroli str. 12, 189-706, 1130-1376, 1460-1466)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Szpital nie dysponował dokumentami potwierdzającymi przeprowadzenie rzetelnej analizy opłacalności uruchomienia pracowni kardiologii inwazyjnej, poprzedzającej przystąpienie do ogłoszenia konkursu na udzielanie tego typu świadczeń. Posiadane przez

¹⁹ art. 14 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i art. 17 ust. 1 pkt. 1 zastępującej ją ustawy o działalności leczniczej

²⁰ Ostatnią czynnością była informacja o nieprzydatności opinii biegłego z 1 października 2015 r. i zobowiązanie biegłego sądowego przez Sąd Okręgowy w Poznaniu z dnia 12 stycznia 2016 r. do dokonania ponownie czynności zgodnie z poleceniem Sądu.

²¹ Postanowienie Sądu Okręgowego w Poznaniu sygnatura akt. XII C 1593/14 z 12 listopada 2015 r.

Szpital dane w tym zakresie nie były kompletne i nie stanowią dowodu na dokonanie przez ówczesnego dyrektora jednostki, wszechstronnej analizy umożliwiającej podjęcie racjonalnej decyzji w tym zakresie.²²

Nie ustalono ponadto, jak zorganizować opiekę nad pacjentami po zabiegach kardiologii inwazyjnej. Nie podjęto też działań w celu oszacowania koniecznych do poniesienia, związanych z tym kosztów.

Ówczesny dyrektor Szpitala, odnośnie wyników analizy zawierającej warianty finansowania i opłacalności przedsięwzięcia, podał, że dokumenty takie były sporządzane i przedstawiane organom Powiatu. Liczbę pacjentów szacowano na podstawie własnych doświadczeń ze szpitala w Kowanówku.

Ustalenia kontroli nie pozwalają jednak na potwierdzenie tego faktu. W szczególności, kontrolowana jednostka (ani były jej dyrektor), w czasie kontroli nie dysponowali takimi dokumentami. Nie potwierdzili także tego faktu, ówcześni Starosta i Wicestarosta pełniący zarazem funkcje przewodniczącej rady społecznej Szpitala. Informacja ówczesnego dyrektora Szpitala o zleceniu oszacowania kosztów organizacji takiej jednostki w Szpitalu, nie została potwierdzona przez pracownika, który został wskazany przez niego, jako osoba do tego zobowiązana.

W ocenie NIK, podejmowanie decyzji o zawarciu długoletniej umowy na wykonywanie świadczeń kardiologii inwazyjnej jako nowego profilu w działalności jednostki, bez posiadania udokumentowanej, wieloaspektowej analizy, uwzględniającej uwarunkowania prawne, organizacyjne i sytuację finansową Szpitala, było działaniem nierzetelnym i powodującym powstanie znaczącego ryzyka gospodarczego.

(dowód: akta kontroli str. 61-74, 141-145, 166-173, 1433, 1434)

2. Jedną z istotnych okoliczności mających znaczenie dla podjęcia decyzji o powstaniu pracowni kardiologii inwazyjnej, podnoszoną przez ówczesnego dyrektora Szpitala, było posiadanie przez tę jednostkę kontraktu w zakresie kardiologia-hospitalizacja. Kontrakt w tym zakresie Szpital posiadał w 2010 i 2011 r. W trakcie trwania procedury aneksowania kontraktu z NFZ na 2011 r., w dniu 23 listopada 2010 r., przed podpisaniem umowy z przyjmującym zamówienie – w odpowiedzi na pismo WOWNFZ w sprawie usunięcia braków w ofercie w zakresie leczenia szpitalnego – dyrektor Szpitala oświadczył, że jednostka ta posiada lekarzy w zakresie kardiologii, wskazując trzech lekarzy o wymaganej specjalizacji.

Z ustaleń kontroli wynika jednak, że Szpital nie miał w latach 2010 i 2011 jakiegokolwiek umowy z ww. lekarzami na pracę na oddziale internistyczno-kardiologicznym – byli to lekarze wykazani w ofercie przyjmującego zamówienie na świadczenie kardiologii inwazyjnej. W tych latach Szpital zatrudniał natomiast jednego lekarza posiadającego specjalizację z kardiologii, który nie został wymieniony w piśmie z 23 listopada 2010 r.

(dowód: akta kontroli str. 58-60, 100, 101, 141-145, 168, 176-183, 941)

3. Szpital nie był przygotowany do realizacji świadczeń kardiologii inwazyjnej i nie gwarantował wymaganej opieki dla pacjentów po zabiegach. Nie zorganizowano, bowiem w lokalizacji pracowni OINK.

Michał Manicki wyjaśnił, że zamierzał zorganizować OINK w pierwszym półroczu 2011 r. Działania takie nie zostały jednak podjęte, a zamiar ten nie znalazł również odzwierciedlenia w dokumentach planistycznych Szpitala (finansowych lub rzeczowych).

Szpital nie miał również możliwości uzyskania finansowania z NFZ dla świadczeń objętych umową z przyjmującym zamówienie. Co prawda, zdaniem byłego dyrektora Szpitala, nie stanowiło to przeszkody dla realizacji ww. umowy, jednak jej konstrukcja i wymagania oparte zostały właśnie na założeniach, które miały wynikać z kontraktu z NFZ.

W ocenie NIK, w takiej sytuacji, przystępując do zawarcia umowy z przyjmującym zamówienie, Szpital winien dysponować odpowiednim potencjałem dla zapewnienia pobytu pacjentów po zabiegach oraz realnymi możliwościami ubiegania się o kontrakt z NFZ.

²² Szpital był w posiadaniu danych o wycenie procedur kardiologii inwazyjnej, kosztach użyczenia pomieszczeń na pracownię oraz wyliczenia procentowego udziału Szpitala w przychodach (w wariantach wartości 1 lub 5 milionów zł).

(dowód: akta kontroli str. 53-74,160-173,1467-1469,1532-1567,1577,1578)

4. W grudniu 2010 r., w oparciu o założenie, że Szpital będzie dysponował kontraktem z NFZ, została zawarta przez ówczesnego dyrektora SP ZOZ, z przyjmującym zamówienie, umowa na udzielanie specjalistycznych usług medycznych w zakresie procedur kardiologii inwazyjnej. Umowa ta zawierała szereg postanowień niekorzystnych dla udzielającego zamówienia. I tak:

4.1. Treść zawartej umowy, przewidująca 10-letni okres jej trwania nie uwzględniała możliwości nieuzyskania kontraktu z NFZ na realizację świadczeń z zakresu kardiologii inwazyjnej lub możliwości utraty tego kontraktu w przyszłości.

Były dyrektor Szpitala wyjaśnił, że kalkulacja biznesowa musiała uwzględniać interes podwykonawcy ponoszącego znaczące nakłady, których zwrot następowałby w dłuższym czasie. Tak długi okres trwania umowy, jego zdaniem, nie był dla SP ZOZ ryzykowny, wobec braku założonych w umowie limitów zlecanych zabiegów lub braku kontraktu z NFZ. Zdaniem NIK, wyjaśnienia te nie usprawiedliwiają ponoszenia ryzyka wiązania się umową na tak długi okres czasu, w sytuacji Szpitala borykającego się wówczas ze znacznymi problemami finansowymi oraz będącego na początku zmian związanych z procesem dostosowania pomieszczeń do aktualnych wymogów.

4.2. W ocenie NIK, postanowienia umowy dotyczące skutków jej wypowiedzenia przez SP ZOZ (§ 14 ust. 6), były dla kontrolowanej jednostki niekorzystne. W umowie przewidziano bowiem obowiązek zapłaty przez Szpital zryczałtowanej kwoty dwóch milionów zł tytułem „zwrotu udokumentowanych kosztów zakupu aparatury trwale zainstalowanej w pracowni kardiologii inwazyjnej, tj. angiografu i zestawu do badań hemodynamicznych oraz kosztów adaptacji pomieszczeń niezbędnych do uruchomienia pracowni”.²³ W ocenie NIK, ze względu na długotrwały, dziesięcioletni okres związania umową, zasady wzajemnych rozliczeń stron w przypadku jej rozwiązania przed upływem okresu, na jaki została zawarta, powinny uwzględniać stopień zużycia ww. aparatury.

Były dyrektor SP ZOZ M. Manicki wyjaśniając, dlaczego nie zastosowano rozwiązań uzależniających wysokość tego świadczenia od faktycznej wartości sprzętu na dzień rozwiązania umowy, wobec faktu przewidywanego 10-letniego terminu związania umową, podał, że nie do końca był przekonany co do słuszności takiej koncepcji. Wychodził z założenia, że musi być współmierność między karą umowną dla podwykonawcy (określoną w § 14 pkt 7 projektu umowy), a zryczałtowanym zwrotem kosztów płaconym przez SP ZOZ w przypadku wypowiedzenia umowy (§ 14 pkt 6 projektu umowy). Według niego, należało uwzględnić również to, że ten zapis nie był tylko rekompensatą dla podwykonawcy za sprzęt, ale też za utracone przychody w związku z wypowiedzeniem umowy. Jego zdaniem, wartość zawarta w umowie – tj. (ostatecznie) dwa miliony zł odpowiadała szacunkowym kosztom przygotowania i wyposażenia pracowni kardiologii inwazyjnej.

NIK wskazuje, że stanowisko to nie znajduje odzwierciedlenia w treści zawartej umowy. Przedmiotowe zapisy dotyczyły bowiem wyłącznie „zwrotu udokumentowanych kosztów zakupu aparatury trwale zainstalowanej w pracowni Kardiologii Inwazyjnej tj. angiografu i zestawu do badań hemodynamicznych oraz kosztów adaptacji pomieszczeń niezbędnych do uruchomienia pracowni” i nie odnosiły się w ogóle (a także nie rozwiązywały) kwestii roszczeń o zwrot utraconych przychodów.

4.3 Umowa zawierała nieprecyzyjne postanowienia dotyczące zasad wypłaty wynagrodzenia należnego podwykonawcy (§ 11 ust. 3). Zgodnie z jej treścią, podwykonawca miał otrzymywać wynagrodzenie miesięczne z dołu za udzielanie usług medycznych kardiologii inwazyjnej w wysokości 77% wyceny procedur za wykonane usługi, określonych przez NFZ, obowiązujących w dniu wykonania świadczenia. Wpłata wynagrodzenia na konto bankowe przyjmującego zamówienie miała następować „po przedłożeniu rachunku/faktury, w terminie 14 dni od otrzymania przez Szpital zapłaty należności z NFZ dotyczącej rozliczanego miesiąca, lecz nie później niż do dnia pierwszego

²³ Zgodnie z treścią umowy, Szpital stawał się w takim przypadku właścicielem i dysponentem leków, materiałów medycznych i pozostającej aparatury nie zainstalowanej trwale w pracowni.

następnego miesiąca". NIK wskazuje, że postanowienia te w sposób nieprecyzyjny określały termin zapłaty i nie uwzględniały przy tym sytuacji, w której podstawę wzajemnych rozliczeń będą stanowiły świadczenia uprzednio niezakontraktowane przez NFZ (w tym ratujące życie).

Zdaniem byłego dyrektora, zapis ten był korzystny dla SP ZOZ, bowiem gwarantował mu zysk bez ryzyka. Prezentował on pogląd, że roszczenie przyjmującego zamówienie miało stać się wymagalne, gdy Szpital uzyska środki z NFZ.

Aktualna dyrektor Szpitala wskazała, że odmowa zapłaty przez NFZ bądź wstrzymanie się przez ten podmiot z zapłatą, w świetle § 11 ust. 3 umowy z 17 grudnia 2010 r., nie wstrzymywałaby obowiązku zapłaty na rzecz przyjmującego zamówienie za udzielone świadczenie przez Szpital. Równocześnie podkreśliła, że nie było możliwości wykonywania i rozliczania z NFZ jakichkolwiek procedur, w tym ratujących życie, bez obecności OINK.

4.4. Treść postanowień § 14 ust. 9 umowy²⁴, odnosząca się do zasad ustalenia wysokości kar umownych na rzecz Szpitala w przypadku niewywiązania się przez podwykonawcę z obowiązków umownych zawierała na tyle istotne błędy zarówno w zakresie zastosowanego odesłania do innej jednostki redakcyjnej tekstu umowy, jak i samej redakcji, że w istocie uniemożliwiała (a co najmniej istotnie utrudniała) w razie zaistnienia sporu, ustalenie zgodnego zamiaru stron w tym zakresie.

Były dyrektor SP ZOZ Michał Manicki wyjaśnił, że było to skutkiem błędu w sposobie redakcji umowy. Intencją tego zapisu było to, aby jeśli przyjmujący zamówienie wypowie umowę był on zmuszony jak najszybciej zwolnić pomieszczenia Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 85-98, 141-165, 160-173, 496, 800-814)

Skutki zawarcia przedmiotowej umowy zostały opisane w pkt 12 sekcji „Opis ustalonego stanu faktycznego”.

5. Do dnia 5 stycznia 2016 r. Szpital nie dysponował dokumentami potwierdzającymi dokonanie analizy skutków ekonomicznych i prawnych nie podjęcia działalności pracowni kardiologii inwazyjnej, przeprowadzonej po zmianie kierownictwa.

NIK przyjmuje do wiadomości wyjaśnienia aktualnej dyrektor Szpitala, że istniały okoliczności w znacznym stopniu utrudniające podjęcie ww. działalności, jednak po ich zidentyfikowaniu nie udokumentowano przeprowadzenia analizy wariantów i skutków ewentualnych działań lub zaniechań Szpitala. Zdaniem NIK, kierownictwo Szpitala, zmieniając kierunek dotychczasowych działań w zakresie dalszego funkcjonowania pracowni kardiologii inwazyjnej (w sytuacji, gdy decyzja ta była obciążona ryzykiem zaistnienia zarówno konsekwencji prawnych jak i finansowych) winno, w celu dochowania należytej staranności, udokumentować przebieg i wynik takiej analizy.

(dowód: akta kontroli str.141-155)

Uwagi dotyczące
kontrolowanej
działalności

1. Udzielanie świadczeń kardiologii inwazyjnej, w założeniu, miało stanowić dla Szpitala m.in. szansę na poprawę złej sytuacji finansowej, w jakiej znajdowała się ta jednostka. Do uzyskania kontraktu z NFZ w tym zakresie konieczne jednak było spełnienie warunków NFZ i Ministerstwa Zdrowia (m.in. zapewnienie sprzętu i obsady w OINK).

Porównanie wyniku finansowego Szpitala w latach 2011-2014²⁵ wskazuje na to, że przy braku uruchomienia kardiologii inwazyjnej, sytuacja finansowa Szpitala w tym okresie, uległa znacznej poprawie. NIK zauważa, że podjęcie przez jednostkę tej działalności wiązałoby się z koniecznością poniesienia nakładów i ograniczeniem powierzchni, w działającym i realizującym stabilny poziom przychodów, oddziale ginekologii. Wobec zidentyfikowanych ryzyk dotyczących zapewnienia finansowania oraz pozyskania

²⁴ W brzmieniu: „Niewykonanie obowiązku, o którym mowa w ust. 6 niniejszego paragrafu powoduje obowiązek zapłaty kary umownej na rzecz Udzielającego zamówienia w wysokości 2 000,00 zł (słownie dwóch tysięcy złotych) za każdy dzień zwłoki według ustawowych odsetek.”

²⁵ W 2010 r. strata Szpitala wynosiła 2 460 279, 33 zł. W okresie od stycznia do kwietnia 2011 r. (Michał Manicki był dyrektorem Szpitala do 9 maja 2011 r.) Szpital osiągnął stratę w wysokości 1 901 158,88 zł. Na koniec maja 2011 r. (od 27 maja 2011 r. dyrektorem Szpitala jest Barbara Rożyńska-Szumaska) strata ta wzrosła o 438 917,20 zł (do 2 340 076,07 zł), a końcowo rocznie o 129 667,63 zł (do 2 469 743,63 zł). W 2012 r. strata Szpitala wynosiła 214 486,87 zł. W 2013 r. Szpital osiągnął zysk w wysokości 77 401,99 zł. W 2014 r. strata Szpitala wynosiła 23 047,01 zł.

odpowiedniej liczby pacjentów przez kontrolowaną jednostkę, zdaniem NIK, realizacja umowy na wykonywanie świadczeń kardiologii inwazyjnej mogłaby nie przyczynić się do doraźnej²⁶ poprawy sytuacji finansowej Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 14-52, 1532-1540)

2. Szpital podejmował próby renegotiacji umowy z przyjmującym zamówienie, jednak nie posiadał śladu rewizyjnego tego typu działań.

Od czerwca do 7 września 2011 r. Barbara Rożyńska-Szumaska prowadziła rozmowy z przedstawicielem przyjmującego zamówienie w celu: zmian zapisów dotyczących prezentowego udziału w zyskach dla SP ZOZ (z 23% na 30%), zmiany formy użytkowania lokalu na pracownię kardiologii na odpłatną oraz zmiany podmiotu kontraktu z NFZ na świadczenia kardiologii inwazyjnej (tak, aby to przyjmujący zamówienie był stroną umowy z NFZ, a SP ZOZ był podwykonawcą). Jak wyjaśniła dyrektor Szpitala, wobec braku woli jakiegokolwiek zmiany umowy ze strony przyjmującego zamówienie, przebieg negocjacji nie został udokumentowany. Wystosowała natomiast do niego, w dniu 8 września 2011 r., pisma o braku możliwości zawarcia umowy z NFZ na 2011 r. na świadczenia będące przedmiotem umowy i w konsekwencji - zlecenia takich świadczeń. Ponadto, 9 lutego 2015 r. Zarząd Powiatu zobowiązał Szpital, do podjęcia rozmów z przyjmującym zamówienie w celu przeanalizowania możliwości polubownego rozwiązania sporu.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że wobec niezakończonych postępowań administracyjnych i sądowych oraz z powodu rozbieżności w stanowiskach stron nie mogło dojść do rozmów odnośnie ewentualnej ugody. Ewentualne rozmowy ugodowe w sprawie o zapłatę podjęte zostaną dopiero po wyjaśnieniu kwestii treści opinii biegłego sądowego dokonującego wyceny wartości składników majątkowych nabytych przez przyjmującego zamówienie po dniu zawarcia umowy.

(dowód: akta kontroli str.120-121, 141-145, 151-155, 1379-1432, 1460-1466)

IV. Wniosek

Wniosek pokontrolny

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli²⁷, wnosi o zapewnienie podejmowania decyzji mających istotne znaczenie dla Szpitala, po rzetelnym przeprowadzeniu i udokumentowaniu analiz dotyczących szans i zagrożeń, a także wariantów ich realizacji.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

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

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosku

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

²⁶ W perspektywie 3-5 lat

²⁷ Dz. U. z 2015 r., poz. 1096

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.

Poznań, dnia 14 marca 2016 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Poznaniu

Dyrektor
Andrzej Aleksandrowicz

.....
podpis