



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura w Katowicach

LKA – 4101-014-04/2014  
P/14/061

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

## I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/14/061 – Działalność szpitali samorządowych przekształconych w spółki kapitałowe.
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach
Kontrolerzy	1. Anna Loppe, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 90668 z dnia 25 czerwca 2014 r. 2. Magdalena Kisiołek, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 90678 z dnia 3 lipca 2014 r. <p style="text-align: right;">(dowód: akta kontroli str. 1 - 4)</p>
Jednostka kontrolowana	Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej Sp. z o.o. <sup>1</sup> , REGON: 241468653
Kierownik jednostki kontrolowanej	Sławomir Święchowicz – Prezes Zarządu Spółki <sup>2</sup> . <p style="text-align: right;">(dowód: akta kontroli str. 6-9)</p>

## II. Ocena kontrolowanej działalności

### Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia, że powołanie Spółki przyniosło efekty w zakresie poprawy sytuacji finansowej Szpitala. Dostęp pacjentów do świadczeń finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, w stosunku do sytuacji przed utworzeniem Spółki, poprawiła się w obszarze neurologia – hospitalizacja, natomiast pogorszyła się w zakresie świadczeń z kardiologii (ambulatoryjna opieka specjalistyczna) i okulistyki (leczenie szpitalne – hospitalizacja), z uwagi na utratę kontraktu NFZ. W pozostałym zakresie dostępność świadczeń nie uległa istotnym zmianom.

### Uzasadnienie oceny ogólnej

Formułując powyższą ocenę Najwyższa Izba Kontroli uwzględniła, że:

- Sytuacja finansowa Szpitala uległa poprawie - strata netto Spółki w 2013 r. zmniejszyła się o 88% w porównaniu ze stratą Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala Miejskiego w Rudzie Śląskiej<sup>3</sup> na koniec 2009 r., choć jednocześnie zwiększyła się w porównaniu do 2011 r.
- Rodzaj, zakres i liczba świadczeń udzielanych pacjentom nie uległy na skutek działań Spółki negatywnej zmianie. W wyniku utworzenia przez Spółkę Oddziału Udarowego<sup>4</sup> sytuacja poprawiła się w obszarze świadczeń w zakresie neurologia – hospitalizacja. Utrata kontraktu z NFZ spowodowała natomiast pogorszenie dostępności do świadczeń kardiologicznych (ambulatoryjna opieka specjalistyczna) i okulistycznych (leczenie szpitalne – hospitalizacja). Na podkreślenie zasługuje fakt, że Spółka podwyższyła z drugiego na trzeci stopień referencyjności udzielania świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie szpitalne w zakresach neonatologia – hospitalizacja oraz położnictwo i ginekologia – hospitalizacja. Ponadto Szpital rozszerzył działalność o świadczenia rehabilitacji leczniczej w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej.
- Przyjęte regulaminy: porządkowy i organizacyjny Spółki zawierały elementy wymienione odpowiednio w ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej<sup>5</sup> oraz ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>6</sup>.
- Wyposażenie Szpitala w sprzęt i aparaturę medyczną oraz obsada kadrowa spełniały wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego<sup>7</sup>.

<sup>1</sup> Zwany dalej: „Szpitalem” lub „Spółką”.

<sup>2</sup> Od 3 stycznia 2011 r.

<sup>3</sup> Zwanego dalej „SP ZOZ”.

<sup>4</sup> Poprzednio funkcjonował Oddział Neurologiczny z Pododdziałem Udarowym.

<sup>5</sup> Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm., zwanej dalej „ustawą o zoz”.

<sup>6</sup> Dz. U. z 2013 r., poz. 217 ze zm., zwanej dalej „ustawą o działalności leczniczej”.

NIK zauważa równocześnie, że przychody Spółki z tytułu odpłatnych usług medycznych kształtowały się na niskim poziomie (2% przychodów ogółem) i na przestrzeni lat 2011-2013 wzrosły zaledwie o 4%, podczas gdy przychody z NFZ w tym okresie wzrosły o 10 %.

### III. Opis ustalonego stanu faktycznego

#### 1. Przekształcenie SP ZOZ w spółkę kapitałową

Opis stanu  
faktycznego

1.1. Rada Miasta Ruda Śląska<sup>8</sup> w uchwale<sup>9</sup> z dnia 30 listopada 2009 r. podjęła decyzję o likwidacji SP ZOZ<sup>10</sup> wskazując, że zobowiązania i należności likwidowanego podmiotu przejmie Miasto Ruda Śląska<sup>11</sup>. Prezydent Miasta Ruda Śląska Zarządzeniem z 21 grudnia 2009 r.<sup>12</sup> powołał likwidatora SP ZOZ. Strata netto SP ZOZ wg stanu na koniec 2009 r. wynosiła 13 357,3 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 16-32, 846, 849-857)

Rada Miasta podjęła 30 listopada 2009 r. uchwałę<sup>13</sup> w sprawie powołania jednoosobowej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością pod nazwą Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej Sp. z o.o. Spółka została zawiązana na mocy aktu założycielskiego 15 grudnia 2009 r.<sup>14</sup>, a Zgromadzenie Wspólników nadało Szpitalowi statut<sup>15</sup>. Spółka została wpisana do Krajowego Rejestru Sądowego 25 stycznia 2010 r. pod numerem 346868, a wysokość kapitału założycielskiego wniesionego przez Miasto Ruda Śląska<sup>16</sup> była zgodna z ww. uchwałą Rady Miasta z 30 listopada 2009 r. i wynosiła 6 tys. zł (6 udziałów po 1 tys. zł). W wyniku zmian dokonanych przez Zgromadzenie Wspólników kapitał zakładowy Spółki został podwyższony do 26.315.000,00 zł<sup>17</sup>. Miasto, jako jedyny udziałowiec Spółki, objęło w podwyższonym kapitale zakładowym wszystkie udziały. Spółka uzyskała wpis do rejestru zakładów opieki zdrowotnej oraz podmiotów prowadzących działalność leczniczą 18 marca 2010 r., a rozpoczęła tą działalność 1 kwietnia 2010 r.

(dowód: akta kontroli str. 33-58, 388, 834, 869)

Po powołaniu Spółki ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej została zapewniona. Spółka przejęła, w drodze cesji, cały kontrakt zawarty przez SP ZOZ z Narodowym Funduszem Zdrowia – Śląskim Oddziałem Wojewódzkim w Katowicach<sup>18</sup>. Na podstawie porozumień zawartych w kwietniu 2010 r. pomiędzy NFZ, SP ZOZ, a Spółką, dotychczasowy świadczeniodawca przekazał Spółce całość praw i obowiązków wynikających z wszystkich umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych

<sup>7</sup> Dz. U. z 2013 r., poz. 1520, zwanym dalej „rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych”.

<sup>8</sup> Zwana dalej „Radą Miasta”.

<sup>9</sup> Nr 965/LII/2009

<sup>10</sup> Dzień 1 stycznia 2010 r. został oznaczony jako data otwarcia likwidacji, a 31 marca 2010 r. jako dzień zakończenia działalności medycznej SP ZOZ. Termin zakończenia czynności likwidacyjnych oznaczono na 31 grudnia 2010 r.

<sup>11</sup> Zwane dalej „Miastem”.

<sup>12</sup> Zarządzenie Nr SP.PM.0151-1578/09

<sup>13</sup> Uchwała Nr 966/LII/2009

<sup>14</sup> Akt notarialny Repertorium „A” nr 2055/2009.

<sup>15</sup> Uchwałą Nr 5/2010 z 3 marca 2010 r.

<sup>16</sup> Zwane dalej „Miastem”.

<sup>17</sup> Ostatnia zmiana wysokości kapitału zakładowego Spółki nastąpiła w kwietniu 2014 r. - podwyższenie o 2 654 000,00 zł.

<sup>18</sup> Zwanym dalej „NFZ”.

z NFZ<sup>19</sup>. Następnie, zgodnie z § 5 ww. porozumień, Spółka zawarła z NFZ umowy o udzielanie tych świadczeń.<sup>20</sup>

(dowód: akta kontroli str. 74-388, 3036-3040)

1.2. Dyrektor Szpitala Zarządzeniem z 12 kwietnia 2010 r. wprowadził Regulamin Porządkowy Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala Miejskiego w Rudzie Śląskiej<sup>21</sup>. Regulamin ten zawierał wszystkie elementy określone w art. 18a ust. 1a ustawy o ZOZ.

Zarząd Spółki wprowadził 10 października 2011 r. Regulamin Organizacyjny, zgodnie z wymogami obowiązującej od 1 lipca 2011 r. ustawy o działalności leczniczej. Od 1 stycznia 2013 r. obowiązywał Regulamin Organizacyjny ustanowiony na mocy uchwały Zarządu Spółki z 28 grudnia 2012 r., a od 17 lipca 2013 r. Regulamin wprowadzony uchwałą Zarządu z tego dnia. Kolejne zmiany Regulaminu wprowadzono: 25 października 2013 r., 30 grudnia 2013 r., 9 kwietnia 2014 r. oraz 15 lipca 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 443-455)

1.3. W dniu 15 marca 2010 r. Spółka otrzymała od Miasta bezpłatnie do używania, na podstawie umów użyczenia<sup>22</sup> na czas nieoznaczony, nieruchomości położone w Rudzie Śląskiej przy: ul. Głównej 11 (Bielszowice), ul. Wincentego Lipa 2 (Godula) i ul. Kardynała Augusta Hlonda 27 (Orzegów) – z przeznaczeniem na działalność Szpitala. Następnie, 18 sierpnia 2011 r., Miasto wniosło do Spółki aportem nieruchomości zabudowane położone przy ul. Wincentego Lipa 2.

Nieruchomość w Bielszowicach (przekazana Spółce w użyczenie) oraz majątek nieruchomy wniesiony do Spółki jako wkład niepieniężny - grunt i budynek w Goduli. – nadal po utworzeniu Spółki służą udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

W 2010 r. zakończyła działalność jednostka Szpitala w Orzegowie, co wynikało z niespełnienia wymaganych standardów przez budynek przy ul. Kard. Hlonda 27. Na mocy, zawartego z Miastem, porozumienia o rozwiązaniu umowy użyczenia, Spółka zwróciła Miastu ww. nieruchomości.<sup>23</sup> Jak wyjaśniła Wiceprezes Zarządu Spółki - Agnieszka Kozak, modernizacja tego obiektu była ekonomicznie nieuzasadniona. Funkcjonujący w nim Oddział Gruźlicy i Chorób Płuc został przeniesiony do jednostki w Bielszowicach (obecnie Oddział Chorób Płuc z Pododdziałem Chemioterapii). Jednocześnie z przeniesieniem ww. Oddziału przeniesiono: Punkt Podawania Leków Cytostatycznych, Pracownię Badań Czynnościowych Płuc oraz Pracownię Bronchoskopii. Działalność zakończyły funkcjonujące w Orzegowie Pracownia Diagnostyki Laboratoryjnej oraz Pracownia RTG, gdyż tożsame pracownie funkcjonowały w jednostkach w Bielszowicach oraz Goduli.

(dowód: akta kontroli str. 390-391, 497-501, 566, 568-569, 651-664, 667, 841-842, 857-866,869)

1.4. Służący prowadzeniu działalności medycznej przez Spółkę majątek ruchomy byłego SP ZOZ ujęto w ewidencji pozabilansowej. Pierwotnie został on oddany przez SP ZOZ w likwidacji Spółce do używania na mocy umowy dzierżawy z 16 marca 2010 r., obowiązującej (po zmianie) od 1 kwietnia 2010 r. do końca 2011 r. W umowie ustalono

<sup>19</sup>Porozumienia: nr 121/100615/03/1/2010 z 3 kwietnia 2009 r. w rodzaju leczenie szpitalne, nr 121/100615/02/1/2010 z 14 maja 2008 r. w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, nr 121/100615/02/02/2010 z 14 maja 2008 r. w rodzaju ambulatoryjna opieka zdrowotna – ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne, nr 121/100615/03/3/2010 z 15 kwietnia 2009 r. w rodzaju leczenie szpitalne – chemioterapia, nr 121/100615/04/2010 z 23 maja 2008 r. w rodzaju – opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, nr 121/100615/03/02/2010 z 3 kwietnia 2009 r. w rodzaju – leczenie szpitalne – terapeutyczne programy zdrowotne.

<sup>20</sup> Umowy: nr 121/212090/03/1/2010 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne, nr 121/212090/02/1/2010 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – ambulatoryjna opieka specjalistyczna, nr 121/212090/02/2/2010 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – ambulatoryjna opieka specjalistyczna – ambulatoryjne świadczenia kosztochłonne, nr 121/212090/03/3/2010 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne chemioterapia, nr 121/212090/04/2010 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, nr 121/121090/03/2/2010 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne terapeutyczne programy zdrowotne.

<sup>21</sup> Zarządzeniem Nr 6/2010 z 12 kwietnia 2010 r., zwanym dalej „Regulaminem”.

<sup>22</sup> Umowy nr: 4/2010, 5/2010 i 6/2010. Porozumieniem z 15 marca 2011 r. zawartym pomiędzy Miastem, a Szpitalem, została rozwiązana umowa użyczenia nr 6/2010.

<sup>23</sup> Porozumienie o rozwiązaniu umowy użyczenia nr 6/2010 z 15 marca 2010 r. zawarte w dniu 22 marca 2011 r. oraz protokół zdawczo-odbiorczy spisany 22 marca 2011 r.

wysokość zaliczki na poczet opłaty czynszu w kwocie 243,8 tys. zł brutto miesięcznie. Zgodnie z ww. umową, SP ZOZ w likwidacji miał do 31 sierpnia 2010 r. ustalić wysokość czynszu na podstawie wyceny dokonanej przez rzeczoznawcę majątkowego, co jednak nie zostało wykonane. Po przeprowadzonych przez Spółkę negocjacjach z SP ZOZ w likwidacji, nastąpiła zmiana tytułu użytkowania sprzętu -- na użyczenie (umowa użyczenia obowiązująca od 1 kwietnia 2011 r.). Następnie, w wyniku przekazania przez likwidatora majątku ruchomego SP ZOZ Miastu, Spółka zawarła 2 stycznia 2012 r. kolejną umowę użyczenia z Miastem.

Wycena wartości rynkowej składników majątku udostępnionego Szpitalowi, z określeniem wartości miesięcznego czynszu dzierżawy, została wykonana na zlecenie Miasta dopiero we wrześniu 2013 r., a ostateczne ustalenie czynszu dzierżawnego za okres obowiązywania umowy dzierżawy nastąpiło 10 kwietnia 2014 r. w umowie (porozumieniu) zawartej pomiędzy Spółką, a Miastem. W umowie tej rozliczono łączne zobowiązania Spółki wobec Miasta, w tym wcześniej nieregulowany czynsz dzierżawny (za okres od 1 kwietnia 2010 r. do 31 marca 2011 r.) w łącznej kwocie 1 264 287,94 zł<sup>24</sup>. Jednocześnie, na mocy ww. umowy strony dokonały wzajemnej kompensaty należności i zobowiązań. Ostatecznie zobowiązania Spółki rozliczono poprzez konwersję wierzytelności na udziały, przy podwyższeniu jej kapitału<sup>25</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 663, 666, 672-840, 843, 845)

1.5. Kontrola użytkowania sprzętu medycznego<sup>26</sup>: tomografu komputerowego PHILIPS BRILLIANCE- 64<sup>27</sup>, cyfrowego aparatu RTG ARGOSTAT TSH PLUS<sup>28</sup> oraz aparatu RTG DUO DIAGNOST-PHILIPS<sup>29</sup>, przekazanego Spółce w użyczenie przez Miasto wykazała, że był on wykorzystywany przez Szpital do udzielania świadczeń zdrowotnych.

(dowód: akta kontroli str. 798, 800, 954-958, 961)

Amortyzacja środków trwałych użytkowanych przez Spółkę (tj. majątku ruchomego likwidowanego SP ZOZ) nie była naliczana. Od 1 stycznia 2012 r. właścicielem ww. środków trwałych było Miasto.

(dowód: akta kontroli str. 940, 947-951, 970-1010, 1100)

Ocena  
częstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia, że powstanie Spółki i przejęcie działalności medycznej przebiegało zgodnie z założeniami organu założycielskiego, co zapewniło ciągłość udzielania świadczeń medycznych bezpośrednio po zmianie formy organizacyjno-prawnej szpitala.

## 2. Sytuacja finansowa szpitala

Opis stanu  
faktycznego

2.1. W latach 2011-2013<sup>30</sup> przychody Spółki wzrastały i wyniosły odpowiednio 64 212 tys. zł, 68 353 tys. zł, 69 239 tys. zł. Dla porównania przychody w SP ZOZ w 2009 r. wyniosły 54 835 tys. zł.

Spółka największe przychody uzyskiwała ze sprzedaży świadczeń w ramach realizacji umów z NFZ. Przychody z tego tytułu wyniosły 58 151 tys. zł w 2011 r., 62 044 tys. zł w 2012 r. i 63 734 tys. zł w 2013 r. (tj. odpowiednio 91%, 91%, 92% przychodów ogółem).

Wartość niezapłaconych świadczeń medycznych wykonanych ponad limit określony w umowach z NFZ malała i kształtowała się następująco: 3 960 tys. zł w 2011 r.,

<sup>24</sup> 877,0 tys. zł stanowiło należność główną, a 387,3 tys. zł odsetki.

<sup>25</sup> Zgromadzenie Wspólników na mocy uchwały Nr 2/2014 z 29 kwietnia 2014 r. podwyższyło kapitał zakładowy Spółki z kwoty 26 315,0 tys. zł do kwoty 28 969,0 tys. zł, tj. o kwotę 2 654,0 tys. zł poprzez ustanowienie 2 654 nowych, równych i niepodzielnych udziałów o wartości nominalnej 1 tys. zł każdy. Miasto jako jedyny udziałowiec objęło w podwyższonym kapitale zakładowym wszystkie nowoutworzone udziały i pokryło wszystkie udziały wkładem pieniężnym.

<sup>26</sup> Próbę do badania wybrano wg kryterium największej wartości.

<sup>27</sup> nr seryjny 95032, wg wykazu środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych użyczonych Szpitalowi wartość tomografu komputerowego na dzień 1 stycznia 2012 r. wynosiła 4 630,0 tys. zł brutto

<sup>28</sup> nr seryjny 003/167 Wartość aparatu wg wykazu środków trwałych wynosiła 1 721,6 tys. zł brutto

<sup>29</sup> nr seryjny 3000810 Wartość aparatu wg wykazu środków trwałych wynosiła 1 983,4 tys. zł brutto

<sup>30</sup> Dla zapewnienia porównywalności danych z analizy został wyłączony 2010 r. z uwagi na fakt, że w 2010 r. wykonywanie świadczeń zdrowotnych zostało przejęte przez Spółkę 1 kwietnia 2010 r., a rok obrotowy trwał od 15 grudnia 2009 r. do 31 grudnia 2010 r.

3 125 tys. zł w 2012 r. i 1 322 tys. zł w 2013 r. Na mocy ugód sądowych Spółka otrzymała zapłatę z tytułu nadwykonań za 2011 r. w wysokości 1 583 tys. zł, a za 2012 r. 1 281 tys. zł. Przychody ze sprzedaży odpłatnych (komercyjnych) usług medycznych stanowiły niewielki (ok. 2%) udział w przychodach ogółem i wyniosły 1 109 tys. zł w 2011 r., 1 329 tys. zł w 2012 r., 1 155 tys. zł w 2013 r. Wiceprezes Zarządu wyjaśniła, że pacjenci korzystający z usług szpitala to w przeważającej mierze pacjenci ubezpieczeni, którzy wybierają korzystanie ze świadczeń w ramach kontraktu z NFZ. W ramach działalności pomocniczej Spółka uzyskiwała przychody z wynajmu powierzchni i pomieszczeń szpitalnych w wysokości 382 tys. zł w 2011 r., 324 tys. zł w 2012 r. i 320 tys. zł w 2013 r. Spadek przychodów z wynajmu spowodowany był zmniejszeniem wynajmowanych powierzchni.

Pozostałe przychody operacyjne stałe malały i wyniosły 2 755 tys. zł w 2011 r., 2 066 tys. zł w 2012 r. i 1 836 tys. zł w 2013 r. (tj. odpowiednio 4%, 3%, 3% przychodów ogółem). Główną przyczyną tego spadku były coraz niższe kwoty uzyskiwane z rozwiązania odpisów aktualizujących należności<sup>31</sup>. Przychody finansowe (głównie odsetki od lokat) były marginalne i kształtowały się następująco: 115 tys. zł w 2011 r., 109 tys. zł w 2012 r. i 65 tys. zł w 2013 r. (tj. odpowiednio 0,18%; 0,16%; 0,09% przychodów ogółem).

(dowód: akta kontroli str. 1034, 1042, 1973-1980, 2043-2045, 3068-3069)

W myśl art. 24 ust. 1 pkt 9 ustawy o działalności leczniczej w Regulaminie organizacyjnym Spółki określono zasady odpłatnego wydawania odpisów z dokumentacji medycznej. § 17 ust. 1 tego regulaminu stanowił, że wysokość opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej określa Zarząd Spółki.

Opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej w okresie objętym kontrolą ustalono w maksymalnej wysokości tj. 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale<sup>32</sup> za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej oraz za sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych i 0,0002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale za jedną stronę kopii dokumentacji medycznej, co było zgodne z art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>33</sup>.

W latach 2011-2013 Spółka osiągnęła przychody z tytułu odpłatnego wydawania odpisów dokumentacji medycznej w łącznej wysokości 52,1 tys. zł<sup>34</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 455-494, 1034, 1315-1334)

Należności z tytułu wykonanych usług medycznych od osób nieubezpieczonych były niewielkie i kształtowały się następująco: 69,7 tys. zł w 2012 r. i 15,4 tys. zł w 2013 r.<sup>35</sup>, z tego spłacono odpowiednio 4,1 tys. zł i 2,3 tys. zł. Należności na łączną kwotę 52,8 tys. zł Spółka przekazała do wyegzekwowania firmie windykacyjnej i poniosła z tego tytułu koszty w wysokości 2,2 tys. zł. Ponadto w 2012 r. Spółka odsprzedała firmie windykacyjnej wierzytelności na kwotę 26,7 tys. zł i uzyskała w ten sposób przychód 4,1 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 1456-1527, 2009-2013, 2019-2021)

2.2. Spółka otrzymała dotację z Ministerstwa Zdrowia w ramach programu zdrowotnego „Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego na lata 2010-2012 POLKARD” na zakup aparatu do echokardiografii. Na podstawie umowy<sup>36</sup> z dnia 11 września 2012 r.<sup>37</sup> zakupiono

<sup>31</sup> Rozwiązanie odpisów aktualizujących należności kształtowały się następująco: w 2011 r. 2 259 tys. zł, w 2012 r. 1 614 tys. zł (tj. o 29% mniej niż w roku poprzednim) i w 2013 r. 1 282 tys. zł (tj. o 21% mniej niż w roku poprzednim).

<sup>32</sup> Począwszy od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

<sup>33</sup> Dz. U z 2012 r. poz. 159 ze zm. (zwanej dalej ustawą o prawach pacjenta). W Regulaminie Porządkowym Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala Miejskiego w Rudzie Śląskiej z dnia 12 kwietnia 2010 r. w §11 ust. 1 ustalono, że opłaty za udostępnianie dokumentacji są pobierane w maksymalnej wysokości określonej w art. 28 ust. 4 o prawach pacjenta.

<sup>34</sup> Z tego 17,3 tys. zł w 2011 r., 19,9 tys. zł w 2012 r., 14,9 tys. zł w 2013 r.

<sup>35</sup> Do końca roku 2011 Spółka prowadziła zbiorcze konto należności z tytułu udzielania usług medycznych dla wszystkich pacjentów indywidualnych, w związku z tym nie było możliwości wyodrębnienia należności od osób nieubezpieczonych za lata 2010-2011.

<sup>36</sup> Nr 5/2/30/2012/2131/881.

<sup>37</sup> Zwanej dalej umową o dotację.

echokardiograf za 166 tys. zł (z tego 141,1 tys. zł to dotacja Ministerstwa Zdrowia, a 24,9 tys. zł to udział własny Szpitala). Zakupiony sprzęt był wykorzystywany wyłącznie do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach kontraktu z NFZ, zgodnie z § 2 ust. 7 umowy o dotację. Spółka terminowo przekazywała sprawozdania merytoryczne, rozliczenia finansowe, a także informacje w zakresie wykorzystywania zakupionego echokardiografu.

(dowód: akta kontroli str. 1528-1567, 2000-2002, 2009-2013)

Na podstawie umowy<sup>38</sup> z dnia 21 lutego 2013 r. Spółka otrzymała dofinansowanie w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2007-2013<sup>39</sup> na projekt „Wdrożenie e-usług publicznych”. Celem projektu było wdrożenie oprogramowania integrującego procesy realizowane w szpitalu, zapewniającego ich kompleksową obsługę. Wydatki kwalifikowalne projektu wyniosły 860 143,98 zł<sup>40</sup>. Zakończenie finansowe realizacji projektu nastąpiło 29 maja 2014 r.

Wraz z wdrożeniem powyższego projektu, Szpital zastosował i wprowadził wszystkie wytyczne, zasady i rekomendacje dotyczące budowy i stosowania bezpiecznego przetwarzania elektronicznej dokumentacji, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia<sup>41</sup>. Wiceprezes Zarządu wyjaśniła, że na dzień 24 lipca 2014 r. Ministerstwo Zdrowia nie uruchomiło Systemu Informacji Medycznej, a także nie przekazało pełnej specyfikacji technicznej tego systemu, w związku z tym Szpital nie ma wdrożonej pełnej integracji z tym systemem. Bez uruchomienia systemu po stronie Ministerstwa Zdrowia nie jest możliwe pełne prowadzenie i wymiana dokumentacji medycznej w formie elektronicznej pomiędzy podmiotami prowadzącymi działalność medyczną.

(dowód: akta kontroli str. 1568-1670, 1973-1978)

W latach 2011-2013 Spółka otrzymywała również z Ministerstwa Zdrowia i z Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego środki publiczne na realizację programu kształcenia w oparciu o umowy związane z prowadzeniem specjalizacji oraz stażu podyplomowego lekarzy, na łączną kwotę 4 613 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 400-442, 668)

2.3. Koszty ponoszone przez Spółkę stale rosły i wyniosły w kolejnych latach okresu 2011 r. – 2013 r. odpowiednio: 65 068 tys. zł, 68 089 tys. zł, 70 643 tys. zł. Dla porównania koszty w SP ZOZ kształtowały się na poziomie 68 192 tys. zł w 2009 r. Największy, rosnący udział w kosztach ogółem miały koszty działalności operacyjnej, które wyniosły 60 598 tys. zł w 2011 r., 64 650 tys. zł w 2012 r., 68 802 tys. zł w 2013 r. (tj. odpowiednio 93,1%; 94,9%; 97,4% kosztów ogółem). Przyczynami wzrostu kosztów działalności operacyjnej było przede wszystkim zwiększenie kosztów amortyzacji (wynikające z inwestycji w sprzęt medyczny)<sup>42</sup> oraz – wynikające ze zmiany przepisów - podwyższenie o 2 pkt procentowe składki rentowej w części opłacanej przez pracodawcę w 2012 r.

Pozostałe koszty operacyjne stanowiły z każdym rokiem coraz mniejszą część kosztów ogółem i wyniosły 4 286 tys. zł w 2011 r., 3 196 tys. zł w 2012 r., 1 384 tys. zł w 2013 r. (tj. odpowiednio 6,6%; 4,7%; 1,9% kosztów ogółem). Wynikało to głównie z niższych odpisów aktualizujących należności związanych z nadwykonaniami kontraktów z NFZ.

Koszty finansowe w Spółce rosły i wyniosły: 184 tys. zł w 2011 r., 243 tys. zł w 2012 r., 457 tys. zł w 2013 r. (tj. odpowiednio 0,3%; 0,4%; 0,6% kosztów ogółem). Zwiększenie kosztów finansowych związane było ze wzrostem odsetek od zobowiązań. Wiceprezes Zarządu wyjaśniła, m.in. że: *w 2012 i 2013 roku nastąpił duży wzrost przychodów z NFZ. Dotyczy to głównie procedur nielimitowanych. Rozliczenie tych procedur ponad limit zawarty w umowie odbywa się na następujących zasadach: Spółka występuje comiesięcznie do NFZ z wnioskiem o ich zapłatę. Termin zapłaty uzależniony jest od decyzji NFZ. Rozłożenie*

<sup>38</sup> Nr UDA-RPSL.02.02.00-00-052/12-00.

<sup>39</sup> Priorytet II „Społeczeństwo informacyjne”, Działanie 2.2 „Rozwój elektronicznych usług publicznych”.

<sup>40</sup> Z tego 621,5 tys. zł to środki Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego (72,25% kwoty całkowitych wydatków kwalifikowalnych projektu), 109,7 tys. zł to współfinansowanie z krajowych środków budżetu państwa (12,75% kwoty całkowitych wydatków kwalifikowalnych projektu) a 129,0 tys. zł to wkład własny Spółki (15% kwoty całkowitych wydatków kwalifikowalnych projektu).

<sup>41</sup> Dz. U. Nr 113, poz. 657 ze zm.

<sup>42</sup> Koszty amortyzacji wyniosły w 2011 r. 489 tys. zł, w 2012 r. 1 308 tys. zł, w 2013 r. 1 944 tys. zł.

*płatności w czasie (...) ma negatywny wpływ na terminowe regulowanie zobowiązań, czego konsekwencją jest wzrost odsetek od zobowiązań.*

Największą grupę kosztów w układzie rodzajowym stanowiły wynagrodzenia i ubezpieczenia społeczne (średnio 63,5% kosztów ogółem), zużycie materiałów i energii (średnio 18,5% kosztów ogółem) oraz usługi obce (średnio 10% kosztów ogółem)<sup>43</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 1036-1037, 2005-2008, 2040-2043, 3068-3069)

W Spółce nie analizowano rentowności poszczególnych świadczeń kontraktowanych przez NFZ. Wiceprezes Zarządu wyjaśniła, m.in. że: *rachunek kosztów udzielania poszczególnych świadczeń medycznych prowadzony jest (...) w przypadku procedur realizowanych na rzecz pacjenta nieubezpieczonego.* Dodała, że w ramach zakupionego i wdrożonego w 2014 r. oprogramowania informatycznego Spółka nabyła moduł Kalkulacja Kosztów Leczenia, który umożliwił będzie określenie kosztu udzielonego świadczenia oraz porównanie go z wyceną NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 663-667)

2.4. Spółka zlecała wykonanie części badań laboratoryjnych podmiotom zewnętrznym (głównie były to badania histopatologiczne, cytologiczne, toksykologiczne i mikrobiologiczne). W analizowanym okresie poniesiono koszty z tego tytułu na łączną kwotę 1 164 tys. zł<sup>44</sup>. Jak wyjaśnił Prezes Zarządu badania były zlecane za zewnątrz na tyle rzadko, że koszt wykonywania ich w miejscu przekraczał znacznie koszt ponoszony przy zakupie u podwykonawcy. Dodał, że jakość badań wykonywanych przez podmioty zewnętrzne była zadowalająca. Badania wykonywane były terminowo, transport odbywał się przy zachowaniu wszystkich wymogów, a materiał wkładany był do pojemnika w obecności pracownika laboratorium.

(dowód: akta kontroli str. 2009-2013, 2019-2021, 3083)

2.5. W Spółce, w celu racjonalizacji farmakoterapii, opracowano i wdrożono receptariusz szpitalny. Ostatnia aktualizacja receptariusza dokonana przez Komitet Terapeutyczny<sup>45</sup> miała miejsce 23 lipca 2014 r. Receptariusz zawierał spis pozycji w układzie anatomiczno-terapeutyczno-chemicznym (ATC). Leki były pogrupowane według działów terapeutycznych i przynależności do grup farmakologicznych. W załącznikach Receptariusza określono wzory: zamówienia na lek rezerwowy zastrzeżony niesłużący do profilaktyki ani leczenia zakażeń, zamówienia na lek rezerwowy zastrzeżony służący do leczenia lub profilaktyki zakażeń, zamówienia na lek zarejestrowany w Polsce nieznajdujący się na szpitalnej liście leków, wniosku o wprowadzenie leku na szpitalną listę leków oraz wniosku o skreślenie leku ze szpitalnej listy.

(dowód: akta kontroli str. 1671-1778, 1973-1987)

2.6. Przychody uzyskiwane ze sprzedaży świadczeń w ramach umowy z NFZ<sup>46</sup> nie pokrywały w pełni kosztów ich udzielenia w badanym okresie<sup>47</sup>. Wiceprezes Zarządu podkreśliła, że *„w sytuacji zapłaty przez NFZ wszystkich zrealizowanych przez Spółkę*

<sup>43</sup> Spółka poniosła koszty z tytułu wynagrodzeń i ubezpieczeń społecznych w wysokości 40 915 tys. zł w 2011 r., 43 575 tys. zł w 2012 r., 44 754 tys. zł w 2013 r. (tj. odpowiednio 62,9%; 64%; 63,4% kosztów ogółem), w tym wynagrodzenia personelu medycznego: 31 443 tys. zł w 2011 r., 32 536 tys. zł w 2012 r., 33 420 tys. zł w 2013 r. Zużycie materiałów i energii kształtowało się następująco: w 2011 r. 11 425 tys. zł, w 2012 r. 12 080 tys. zł, w 2013 r. 12 631 tys. zł (tj. odpowiednio 17,6%; 17,7%; 19,3% kosztów ogółem), z tego koszty z tytułu zużycia leków i środków pomocniczych wyniosły 3 787 tys. zł w 2011 r., 3 803 tys. zł w 2012 r. oraz 4 114 tys. zł w 2013r. Koszty związane z usługami obcymi wyniosły 6 777 tys. zł w 2011 r., 6 474 tys. zł w 2012 r., 7 454 tys. zł w 2013 r. (tj. odpowiednio 10,4%; 9,5%; 10,6% kosztów ogółem).

<sup>44</sup> Z tego 337 tys. zł w 2011 r., 391 tys. zł w 2012 r. i 436 tys. zł w 2013 r.

<sup>45</sup> Zarządzeniem 38/2013/DM Dyrektora Medycznego Szpitala Miejskiego w Rudzie Śląskiej Sp. z o.o. z dnia 4 października 2013 r. powołano Komitet Terapeutyczny w następującym składzie: Ordynatorzy Oddziału I i II Chorób Wewnętrznych i Diabetologii, Z-ca Ordynatora Oddziału Ginekologiczno-Położniczego, Kierownik Apteki Szpitalnej, Kierownik Zespołu Poradni Specjalistycznych oraz Specjalista ds. mikrobiologii.

<sup>46</sup> Rozliczone i zapłacone przez NFZ w tym również na mocy ugód sądowych.

<sup>47</sup> Stopień pokrycia kosztów przychodami ze sprzedaży świadczeń NFZ ustalono na podstawie obliczenia udziału procentowego przychodów ze sprzedaży świadczeń NFZ w przychodach ze sprzedaży ogółem (który wyniósł 94,1% w 2011 r., 94,2% w 2012 r. i 94,7% w 2013 r.), a następnie tym samym udziałem procentowym przemnożono koszty operacyjne ogółem w poszczególnych latach. W ten sposób ustalono wysokość kosztów udzielania świadczeń NFZ na poziomie 57 025 tys. zł w 2011 r., 60 892 tys. zł w 2012 r., 65 156 tys. zł w 2013 r.

*świadczeń medycznych koszty udzielonych świadczeń medycznych zostałyby pokryte w 2011 i 2012 r.”*

W 2011 r. i 2012 r. ogółem przychody netto ze sprzedaży pokryły koszty ich uzyskania<sup>48</sup>, czego nie udało się Spółce osiągnąć w 2013 r.<sup>49</sup>

W 2011 r. Spółka poniosła stratę netto w wysokości 673 tys. zł, czego powodem było utworzenie wysokiego odpisu aktualizującego należności z tytułu wykonania ponad limit umowy z NFZ w kwocie 3 961 tys. zł.

W 2012 r. Spółka, dzięki znacznemu zwiększeniu przychodów (o 4 141 tys. zł, tj. 6% w porównaniu z 2011 r.<sup>50</sup>), wypracowała zysk netto w kwocie 254 tys. zł.

Strata w 2013 r. wyniosła 1 546 tys. zł. Przyczyną był spadek dynamiki wzrostu przychodów związany z remontem oddziału położniczego<sup>51</sup> oraz wzrost kosztów amortyzacji. NIK zauważa jednak, że strata netto w 2013 r. była mniejsza o 88% od straty SP ZOZ w ostatnim roku jego działalności (2009 r.), która wynosiła 13 357 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 663-667, 3068-3069, 2015-2018)

Zgromadzenie Wspólników przeznaczyło zysk z 2012 r. na nagrody dla pracowników. Straty z 2011 r. i 2013 r., zgodnie z uchwałami Zgromadzenia Wspólników, miały zostać pokryte zyskiem z przyszłych lat oraz dopłatami.

(dowód: akta kontroli str. 843-870, 1310-1314)

W latach 2011-2012 wskaźniki rentowności sprzedaży brutto i netto, majątku oraz kapitału własnego wykazywały tendencję rosnącą. W 2013 r. nastąpiło załamanie ww. wskaźników spowodowane ujemnym wynikiem finansowym netto<sup>52</sup>.

Wskaźniki płynności ogólnej, szybkiej i bieżącej utrzymywały się na względnie stałym poziomie, jednakże poniżej norm przyjętych przez biegłego rewidenta w badaniu sprawozdania finansowego Spółki za 2013 r.<sup>53</sup> Obrót należnościami w dniach oraz szybkość spłaty zobowiązań w dniach stale się wydłużały, co skutkowało wzrostem kosztów z tytułu odsetek od zobowiązań<sup>54</sup>. Na dzień sporządzania sprawozdań finansowych Spółka posiadała zobowiązania w wysokości 12 283 tys. zł w 2011 r., 13 870 tys. zł w 2012 r., 14 320 tys. zł w 2013 r. (z tego zobowiązania wymagalne stanowiły odpowiednio 3 892 tys. zł, 3 994 tys. zł, 4 163 tys. zł). Prezes Zarządu wyjaśniła, m.in. że: *zwiększenie stanu zobowiązań (...) związane jest z ogólnie zwiększonymi kosztami działalności i wynikającymi z tego tytułu zobowiązaniami. Wzrost w/w zobowiązań (...) znajduje pokrycie we wzroście należności krótkoterminowych (...).*

(dowód: akta kontroli str. 1040-1042, 1260, 2009-2013, 3067)

<sup>48</sup> Zysk ze sprzedaży w 2011 r. wyniósł 744 tys. zł, a w 2012 r. 1 528 tys. zł.

<sup>49</sup> Strata ze sprzedaży wyniosła 1 464 tys. zł

<sup>50</sup> Wzrost przychodów nastąpił w związku z rozwojem ośrodka perinatologii oraz utworzeniem z dniem 1 stycznia 2012 r. oddziału udarowego.

<sup>51</sup> Spadek przychodów z tego tytułu Spółka oszacowała na poziomie 900 tys. zł

<sup>52</sup> Wskaźnik rentowności brutto sprzedaży liczony jako stosunek wyniku ze sprzedaży do przychodów ze sprzedaży produktów i materiałów x100% wyniósł w 2011 r. 1,2%, w 2012 r. 2,32%, w 2013 r. -2,18%; wskaźnik rentowności netto sprzedaży liczony jako stosunek wyniku finansowego netto do przychodów ze sprzedaży produktów i materiałów x100% wyniósł w 2011 r. -1,09%, w 2012 r. 0,39%, w 2013 r. -2,3%; wskaźnik rentowności majątku liczony jako stosunek wyniku finansowego netto do aktywów ogółem x 100% wyniósł w 2011 r. -1,87%, w 2012 r. 0,65%, w 2013 r. -3,81%; %; wskaźnik rentowności kapitału własnego liczony jako stosunek wyniku finansowego netto do kapitału własnego x 100% wyniósł w 2011 r. -3,24%, w 2012 r. 1,16% i w 2013 r. -7,12%.

<sup>53</sup> Wskaźnik płynności ogólnej liczony jako stosunek aktywów obrotowych ogółem do zobowiązań krótkoterminowych wyniósł w 2011 r. 0,99; w 2012 r. 1; w 2013 r. 0,95; (norma 1,2); wskaźnik płynności szybkiej liczony jako stosunek aktywów obrotowych ogółem pomniejszonych o zapasy do zobowiązań krótkoterminowych wyniósł w 2011 r. 0,88; w 2012 r. 0,91; w 2013 r. 0,84 (norma 1); ); wskaźnik płynności bieżącej liczony jako stosunek inwestycji krótkoterminowych do zobowiązań krótkoterminowych wyniósł w 2011 r. 0,21; w 2012 r. 0,15; w 2013 r. 0,14 (norma 0,2).

<sup>54</sup> Szybkość obrotu należnościami w dniach liczona jako stosunek przeciętnego stanu należności z tytułu dostaw i usług x 365 do przychodów ze sprzedaży wyniosła w 2011 r. 32 dni, w 2012 r. 40 dni i w 2013 r. 42 dni; szybkość spłaty zobowiązań w dniach liczona jako stosunek przeciętnego stanu zobowiązań krótkoterminowych z tyt. dostaw i usług x 365 do przychodów netto ze sprzedaży wyniosła w 2011 r. 36 dni, w 2012 r. 41 dni, w 2013 r. 38 dni.

Z tytułu osiągniętego dochodu w latach 2010 – 2013 Spółka odprowadzała należny podatek dochodowy od osób prawnych<sup>55</sup>. Wiceprezes Zarządu podała, że „o świadczenia zdrowotne wykonane ponad limit, a niezapłacone przez NFZ do dnia zatwierdzenia sprawozdania finansowego, Spółka występuje na drogę postępowania sądowego. Faktury za w/w świadczenia wystawiane są na podstawie podpisanej umowy - ugody z chwilą rozliczenia świadczeń zgodnie z procedurami NFZ i wtedy zaksięgowane są jako przychód stanowiący podstawę naliczenia podatku dochodowego od osób prawnych<sup>56</sup>.”

(dowód: akta kontroli str. 1381-1455)

Sytuacja majątkowo-finansowa Spółki, w porównaniu do sytuacji SP ZOZ, uległa poprawie<sup>57</sup>. Wpływ na poprawę wyników finansowych miał przede wszystkim fakt, że Spółka nie przejęła wierzytelności zlikwidowanego SP ZOZ.

Wskaźniki rentowności majątku, sprzedaży brutto i netto skorygowanych o amortyzację oraz płynności finansowej znacząco wzrosły<sup>58</sup>. Wynik ze sprzedaży powiększony o amortyzację w Spółce wskazywał wartości dodatnie, podczas gdy w SP ZOZ był ujemny<sup>59</sup>. Ponadto, przychody w Spółce ze sprzedaży świadczeń w ramach kontraktu z NFZ wzrosły średnio o 20% w roku. Wpływ na powyższe miał także fakt, że Spółka nie ponosiła kosztów amortyzacji sprzętu zlikwidowanego SP ZOZ.

W analizowanym okresie, Miasto Ruda Śląska systematycznie podwyższało kapitał zakładowy Spółki oraz dokonywało dopłat do kapitału zakładowego na łączną kwotę 30 123 tys. zł<sup>60</sup>. Zgodnie z wyjaśnieniami Prezydent Miasta Ruda Śląska, środki przekazywano m.in. w celu realizacji planu inwestycyjnego, poprawienia płynności finansowej oraz realizacji świadczeń medycznych okulistycznych w ramach oddziału okulistycznego i poradni okulistycznej<sup>61</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 843-870, 1310-1314, 1038-1039, 3068-3069)

Sprawozdania finansowe Spółki za lata 2010 – 2013 były badane przez biegłego rewidenta. W sprawozdaniu z badania stwierdził on m.in., że *nie istnieje niepewność, co do możliwości kontynuacji działalności Spółki w latach następnym po latach badanych.*

(dowód: akta kontroli str. 1122-1303, 1346-1380)

2.7. Wielkość zatrudnienia w Spółce w badanym okresie nieznacznie się zwiększyła. Według stanu na koniec 2013 r. w Spółce zatrudnione były 1 034 osoby (tj. o 4% więcej w porównaniu z 2011 r.). Najlicniejszą grupę stanowiły pielęgniarki - 370 osób (w tym 355 osób było zatrudnionych na podstawie umowy o pracę), następnie pozostały personel medyczny - 302 osoby, lekarze – 242 osoby (w tym 171 osób było zatrudnionych na podstawie umowy o pracę) oraz pozostały personel niemedyczny – 120 osób. W porównaniu z 2011 r. największy wzrost zatrudnienia odnotowano wśród pozostałego personelu medycznego (7%), następnie wśród pielęgniarek (4%) i lekarzy (2%). Spadła natomiast liczba personelu niemedycznego (o 2%). Wzrosła w tym czasie liczba pielęgniarek świadczących usługi zdrowotne na podstawie umów cywilnoprawnych (z zera do 15 osób), a liczba lekarzy świadczących usługi zdrowotne na podstawie umów

<sup>55</sup> Spółka odprowadziła należny podatek dochodowy za okres od 15 grudnia 2009 r. do 31 grudnia 2010 r. w wysokości 0 zł, za 2011 r. w wysokości 135,3 tys. zł, za 2012 r. w wysokości 119,8 tys. zł i za 2013 r. 383,3tys. zł.

<sup>56</sup> Podobne stanowisko zostało przedstawione przez Dyrektora Izby Skarbowej w Warszawie (znak: IPPB5/423-449/09-4/AS z dnia 30 października 2009 r., [www.sip.mf.gov.pl/sip/](http://www.sip.mf.gov.pl/sip/)).

<sup>57</sup> W celu zachowania porównywalności danych w analizie pominięto koszty amortyzacji, z uwagi na fakt, że SPZOZ posiadał na stanie środków trwałych sprzęt i aparaturę medyczną od których naliczono koszty amortyzacji, natomiast Spółka dysponowała sprzętem i aparaturą medyczną taką jak SPZOZ, lecz w formie użyczenia, od którego nie naliczono kosztów amortyzacji.

<sup>58</sup> Wskaźnik rentowności majątku w SPZOZ w 2009 r. wyniósł -171%; wskaźnik rentowności brutto skorygowany o amortyzację w SPZOZ w 2009 r. wyniósł -9,22%, w Spółce w 2011 r. 1,99%, w 2012 r. 4,31 %, w 2013 r. 0,71%; wskaźnik rentowności netto skorygowany o amortyzację w SPZOZ w 2009 r. wyniósł -17,38%, w Spółce w 2011 r. -0,3%, w 2012 r. 2,37%, w 2013 r. 0,59%; wskaźniki płynności ogólnej, szybkiej i bieżącej w SPZOZ w 2009 r. wyniosły odpowiednio: 0,41; 0,39 i 0,01.

<sup>59</sup> W SPZOZ w 2009 r. wynik ze sprzedaży powiększony o amortyzację wyniósł -4 616 tys. zł, w Spółce w 2011 r. wyniósł 1 233 tys. zł, w 2012 r. 2 836 tys. zł, w 2013 r. 480 tys. zł.

<sup>60</sup> Z tego 6 534 tys. zł w formie podwyższenia kapitału zakładowego, 22 429 tys. zł w formie aportu i 1 160 tys. zł w formie dopłat.

<sup>61</sup> W szczególności na leczenie pacjentów ze związanymi z wiekiem zmianami zwyrodnieniowymi siatkówki, leczenie zaćmy i jaskry.

cywilnoprawnych utrzymywała się na tym samym poziomie<sup>62</sup>. Wiceprezes Zarządu podała, że: *przejście na kontrakty w Spółce nastąpiło w niewielkim stopniu z uwagi na brak akceptacji personelu.*

(dowód: akta kontroli str. 2003-2008, 3070)

W latach 2011-2013 wśród personelu pielęgniarskiego najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 36-55 lat (średnio 87%), następnie osoby powyżej 55 lat (średnio 7%) i osoby poniżej 36 lat (średnio 6%). W badanym okresie na zbliżonym poziomie kształtowała się liczba pielęgniarek w przedziale wiekowym 36-55 lat. Liczba personelu pielęgniarskiego w wieku powyżej 55 lat wzrosła dwukrotnie, natomiast liczba pielęgniarek w wieku poniżej 36 lat spadła o 36%.

(dowód: akta kontroli str. 1043)

2.8. Opracowany na wniosek Rady Miasta Ruda Śląska w dniu 16 listopada 2009 r. biznesplan dla nowego podmiotu – Spółki, w ramach realizacji Programu Wieloletniego pod nazwą „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia” jak wyjaśniła Prezes Zarządu, nie stał się nigdy oficjalnie obowiązującym planem (głównie ze względu na zawarte w planie założenie, iż działania te powinny być rozpoczęte niezwłocznie i być przeprowadzone przed planowanym terminem przekazania Spółce działalności medycznej, tj. 1 kwietnia 2010 r., co nie zostało zrealizowane). Podała również, że część działań podejmowanych przez Spółkę było zbieżnych z założeniami zawartymi w planie restrukturyzacji, w biznesplanie<sup>63</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 1779-1972, 2003-2008)

2.9. Zarząd Spółki składał się z dwóch osób. Prezesem Zarządu był lekarz medycyny, a Wiceprezes Zarządu posiadała wykształcenie wyższe ekonomiczne.

W latach 2009-2014 (17 lipca) w Radzie Nadzorczej Spółki zasiadało 14 osób. Wszyscy jej członkowie zdali z wynikiem pozytywnym egzamin dla kandydatów na członków rad nadzorczych w spółkach Skarbu Państwa, o którym mowa w art. 12 ust. 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1996 r o komercjalizacji i prywatyzacji<sup>64</sup>, lub byli zwolnieni z obowiązku składania takiego egzaminu (dwie osoby na podstawie § 5 pkt 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 7 września 2004 r., w sprawie szkoleń i egzaminów dla kandydatów na członków rad nadzorczych spółek, w których Skarb Państwa jest jedynym akcjonariuszem<sup>65</sup>, a trzy - na podstawie § 5 pkt 3 tego rozporządzenia).

(dowód: akta kontroli str. 1030-1033)

Uwagi dotyczące  
badanej  
działalności

Najwyższa Izba Kontroli zauważa, że:

1. Przychody Spółki z tytułu odpłatnych usług medycznych kształtowały się na niskim poziomie (jedynie 2% przychodów ogółem) i na przestrzeni lat 2011-2013 wzrosły zaledwie o 4%, podczas gdy możliwość pozyskiwania takich dochodów była jednym z celów określonych w uchwale Rady Miasta z 30 listopada 2009 r. Nr 966/LIII/2009 w sprawie powołania jednoosobowej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością pod nazwą Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej Sp. z o.o. i objęcia w niej wszystkich udziałów.<sup>66</sup> W tym samym okresie przychody z NFZ wzrosły o 10 %.
2. W kontrolowanym okresie odsetki od powstałych zobowiązań znacząco wzrastały (w 2012 r. o 32%, a w 2013 r. aż o 228%), co wskazuje na zwiększające się

<sup>62</sup> W 2011 r. w Spółce pracowało 998 osób, z tego 237 lekarzy (w tym 165 lekarzy na podstawie umowy o pracę), 356 pielęgniarek, 282 pozostałego personelu medycznego, 123 personelu niemedycznego.

<sup>63</sup> Było to m.in. zakończenie działalności w jednostce w Orzegowie i przekazanie budynku Miastu Ruda Śląska, wdrożenie systemu zarządzania jakością zgodnie z normą ISO 9001:2008 oraz wstępne przygotowania do uzyskania certyfikatu akredytacyjnego Ministra Zdrowia, reorganizacja działalności działu rehabilitacji z rehabilitacją przyłóżkową, zmniejszenie ilości łóżek na oddziale neurologicznym, kardiologicznym z pododdziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego i otolaryngologicznego, utworzenie oddziału udarowego.

<sup>64</sup> Dz. U. z 2013 r. poz. 216 ze zm.

<sup>65</sup> Dz. U. Nr 198 poz. 2038ze zm. (dalej rozporządzenie w sprawie szkoleń i egzaminów).

<sup>66</sup> W uzasadnieniu ww. uchwały podano m.in., że zwiększenie atrakcyjności usług medycznych oraz zarządzanie oparte na wolnorynkowych zasadach powinno doprowadzić do uzyskania rentowności przez nowo utworzony podmiot.

problemy z płynnością finansową jednostki. Z uwagi na powyższe niezbędne jest podjęcie działań w celu zapewnienia regulowania przez Spółkę zobowiązań w terminie.

Najwyższa Izba Kontroli ocenia, iż sytuacja finansowa Spółki uległa poprawie w odniesieniu do sytuacji finansowej SP ZOZ, zwracając równocześnie uwagę na rosnącą wielkość zobowiązań i problemy z ich terminowym regulowaniem, a także niski udział w sprzedaży usług komercyjnych.

### 3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych

3.1. Bezpośrednio po utworzeniu, Spółka zapewniła realizację świadczeń zdrowotnych w niezmiennym rodzaju i zakresie, poprzez przejęcie całego kontraktu zawartego przez SP ZOZ z NFZ, w myśl § 2 ust. 2 uchwały Rady Miasta z dnia 30 listopada 2009 r.<sup>67</sup>.

Szpital w okresie objętym kontrolą:

- udzielał stacjonarnych świadczeń zdrowotnych<sup>68</sup>,
- udzielał ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych i konsultacji<sup>69</sup> w zakresie: chirurgii ogólnej, chirurgii naczyniowej, położnictwa i ginekologii, psychiatrii, kardiologii, gastroenterologii, neonatologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, medycyny pracy, okulistyki, okulistyki dla dzieci, neurologii, otorynolaryngologii, otorynolaryngologii dziecięcej, dermatologii i wenerologii, reumatologii, audiologii i foniatryi, onkologii klinicznej i rehabilitacji medycznej,
- prowadził diagnostykę medyczną,<sup>70</sup>
- wykonywał implantacje układów stymulujących,
- udzielał ambulatoryjnych świadczeń w zakresie leczenia bólu,
- prowadził rehabilitację w gabinecie rehabilitacji i w systemie przyłóżkowym.

(dowód: akta kontroli str. 129-140, 144-181, 221-262, 282-288, 290-309, 340-346, 368-377, 389-390, 402, 413-414, 430-431, 2200-2212, 2215-2250, 2260-2359, 2364-2506, 2513-2522, 2527-2534, 2539-2713, 2791-2817, 2848-2875)

W trakcie działalności Spółki wystąpiły zmiany w zakresie udzielanych świadczeń, które zaowocowały podniesieniem poziomu leczenia oraz dostępem do wysokospecjalistycznych świadczeń:

- od 1 stycznia 2012 r. funkcjonował w Szpitalu Oddział Udarowy. Spółka uzyskała zgodę na jego otwarcie oraz zakontraktowała z NFZ świadczenia w ramach tego oddziału,
- od 1 stycznia 2011 r. Szpital uzyskał kontrakt NFZ na udzielanie świadczeń na III poziomie referencyjnym, podczas gdy SP ZOZ udzielał świadczeń na II poziomie referencyjnym w zakresach: neonatologia – hospitalizacja oraz położnictwo i ginekologia – hospitalizacja. Oddział neonatologiczny został również wyposażony w system nieinwazyjnego wspomagania oddechu u noworodków i wcześniaków Infant Flow, respirator oscylacyjny, inkubator oraz pulsoksymetr.

Ponadto, w lipcu 2014 r., Spółka uzyskała kontrakt NFZ<sup>71</sup> na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – rehabilitacja lecznicza (zakres świadczeń – fizjoterapia ambulatoryjna), dzięki

<sup>67</sup> Uchwała Nr 965/LII/2009.

<sup>68</sup> W zakresie: gastroenterologii, chorób wewnętrznych, onkologii klinicznej, kardiologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, chirurgii ogólnej, chirurgii naczyniowej, położnictwa i ginekologii, neonatologii, psychiatrii, geriatrii, rehabilitacji medycznej, anestezjologii i intensywnej terapii, chorób płuc z chemioterapią nowotworów, neurologii z leczeniem udarów SM, okulistyki, otorynolaryngologii, otorynolaryngologii dziecięcej, audiologii i foniatryi, pediatrii, reumatologii i diabetologii.

<sup>69</sup> W zakresie: gastroenterologii, chorób wewnętrznych, onkologii klinicznej, kardiologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, chirurgii ogólnej, chirurgii naczyniowej, położnictwa i ginekologii, neonatologii, psychiatrii, geriatrii, rehabilitacji medycznej, anestezjologii i intensywnej terapii, chorób płuc z chemioterapią nowotworów, neurologii z leczeniem udarów SM, okulistyki, otorynolaryngologii, otorynolaryngologii dziecięcej, audiologii i foniatryi, pediatrii, reumatologii i diabetologii.

<sup>70</sup> W zakresie: diagnostyki laboratoryjnej, radiologii i diagnostyki obrazowej (RTG, TK, USG), endoskopii, EEG, EKG, badań czynnościowych i kontroli wszczepionych rozruszników, audiometrii, badań czynnościowych płuc, prób wysiłkowych i diagnostyki patomorfologicznej, diagnostyki prenatalnej i wad płodu.

<sup>71</sup> Umowa Nr 121/212090/05/2014L.

czemu rozszerzył się krąg świadczeniobiorców. Wcześniej świadczenia te były realizowane na potrzeby pacjentów hospitalizowanych, natomiast nowy kontrakt pozwolił na rehabilitację również pacjentów ambulatoryjnych (zewnętrznych).

(dowód: akta kontroli str. 78, 118, 409-401, 2200-2206, 2791-2796)

Wprowadzone w 2010 r. zmiany organizacyjne w działalności Szpitala, wiążące się z zakresem udzielanych świadczeń, nie miały negatywnego wpływu na ich dostępność:

- zlikwidowano Oddział Reumatologiczny - Wiceprezes Zarządu Spółki wyjaśniła m.in., że oddział zlikwidowano z uwagi na możliwość realizacji świadczeń z zakresu reumatologii w ramach posiadanego kontraktu z zakresu chorób wewnętrznych na przekształconym Oddziale I Chorób Wewnętrznych i Reumatologii, który kontynuował realizację świadczeń z zakresu reumatologii,
- Oddział Gruźlicy i Chorób Płuc (zlokalizowany w Orzegowie) przeniesiono do Bielszowic i obecnie funkcjonuje jako Oddział Płuc z Pododdziałem Chemioterapii, przy jednoczesnej zmianie specjalności Oddziału<sup>72</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 390-391, 663-667)

W wyniku niekorzystnych dla Spółki rozstrzygnięć NFZ (po przeprowadzonych konkursach ofert) Szpital nie uzyskał nowego kontraktu na realizację świadczeń w ramach Poradni Kardiologicznej<sup>73</sup> (ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie kardiologii) oraz Oddziału Okulistyki<sup>74</sup> (leczenie szpitalne okulistyka – hospitalizacja, okulistyka - hospitalizacja B12<sup>75</sup>, B13<sup>76</sup>, B14<sup>77</sup>, B15<sup>78</sup>, B04<sup>79</sup>, B05<sup>80</sup>, B06<sup>81</sup>). W obu przypadkach oferta Spółki spełniała wymogi zarówno formalno-prawne, jak również określone dla udzielania ww. świadczeń zdrowotnych w przepisach prawa. Oferty złożone przez Spółkę przegrały w rankingu końcowym NFZ z innymi podmiotami. Szpital bezskutecznie odwoływał się od rozstrzygnięć do Dyrektora ŚOW NFZ oraz Prezesa NFZ.

W odniesieniu do świadczeń w zakresie kardiologii postępowanie odwoławcze zakończono, natomiast w zakresie okulistyki Szpital zaskarżył decyzję Prezesa NFZ do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego<sup>82</sup>. WSA wyrokiem z 27 marca 2013 r.<sup>83</sup> uchylił zaskarżoną decyzję, stwierdził, że nie podlega ona wykonaniu i zasądził od Prezesa NFZ na rzecz skarżącego Szpitala zwrot kosztów postępowania. WSA w uzasadnieniu wyroku wskazał, iż NFZ odmówił Spółce wglądu do ofert złożonych przez pozostałych uczestników konkursu. Nieudostępnienie przedmiotowych akt sprawy Spółce celem zweryfikowania wyników konkursu stanowiło, zdaniem WSA, naruszenie art. 77 § 1 i art. 80 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego<sup>84</sup>. Prezes NFZ złożył do Naczelnego Sądu Administracyjnego<sup>85</sup> skargę kasacyjną<sup>86</sup> od wyroku WSA. Sprawa ta, na dzień kontroli NIK (13 sierpnia 2014 r.), pozostawała w toku.

W sprawozdaniu z działalności Szpitala za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2011 r. Zarząd Spółki w sprawie nieuzyskania kontraktu NFZ podał, m.in. że: „Analiza tego postępowania pozwala wskazać, iż przyczyną takiego stanu rzeczy jest *zbyt duży obszar kontraktowania przez NFZ świadczeń (teren byłego województwa katowickiego) i wysoka konkurencyjność podmiotów wynikająca przede wszystkim z ogromnych nakładów inwestycyjnych funduszy prywatnych (zdecydowana większość świadczeń została zakontraktowana w Katowicach w istotnej części przez 3 duże, nowopowstałe, monospecjalistyczne, prywatne szpitale. (...)*”

<sup>72</sup> Z charakteryzowanej kodem resortowym 4270 (oddział gruźlicy i chorób płuc) na 4272 (oddział chorób płuc).

<sup>73</sup> Od 1 stycznia 2011 r.

<sup>74</sup> Od stycznia 2012 r.

<sup>75</sup> Usunięcie zaćmy powikłanej metodą emulsyfikacji z jednoczesnym wszczepieniem soczewki.

<sup>76</sup> Usunięcie zaćmy niepowikłanej metodą emulsyfikacji z jednoczesnym wszczepieniem soczewki.

<sup>77</sup> Usunięcie zaćmy powikłanej metodami innymi niż emulsyfikacja z jednoczesnym wszczepieniem soczewki.

<sup>78</sup> Usunięcie zaćmy niepowikłanej metodami innymi niż emulsyfikacja z jednoczesnym wszczepieniem soczewki.

<sup>79</sup> Przeszczep rogówki – kategoria I.

<sup>80</sup> Przeszczep rogówki – kategoria II.

<sup>81</sup> Przeszczep rogówki – kategoria III.

<sup>82</sup> Zwanego dalej „WSA”, pismo SMRS/DMO/10233/2012 z 23 października 2012 r.

<sup>83</sup> Sygn. Akt VI SA/Wa 2527/12.

<sup>84</sup> Dz. U. z 2013 r., poz. 267 ze zm., zwany dalej „Kpa”.

<sup>85</sup> Zwanego dalej „NSA”.

<sup>86</sup> Pismo znak: NFZ/CF/BP/2012/0254/W/14313/BZA z 28 maja 2013 r.

Od maja 2012 r. realizacja świadczeń medycznych okulistycznych w ramach Oddziału Okulistycznego, w szczególności leczenie pacjentów ze związanymi z wiekiem zmianami zwyrodnieniowymi siatkówki oraz leczenie operacyjne zaćmy, jest wspomagane poprzez dopłaty ze środków finansowych Miasta. Wiceprezes Zarządu Spółki wyjaśniła, że obecnie świadczenia realizowane są przez Oddział Okulistyki w trybie komercyjnym, w ograniczonym zakresie (głównie operacje leczenia zaćmy).

W latach 2011-2013 (po wygaśnięciu dotychczasowej umowy – kontraktu z NFZ) Spółka nie mogła uzyskać kontraktu na świadczenia w zakresie kardiologii (ambulatoryjna opieka specjalistyczna), bowiem NFZ nie ogłosił nowego konkursu. Kierownik Działu Metodyczno-Organizacyjnego podał, że kolejne konkursy ofert miały zostać planowo ogłoszone w 2013 r. – na lata następne. „*SÓW NFZ nie ogłosił konkursu do dnia dzisiejszego (13 sierpnia 2014 r.), w związku z powyższym Spółka nadal nie ma możliwości uzyskania kontraktu.*”

Utrata kontraktu z NFZ w powyższych zakresach pozbawiła pacjentów dostępu do refundowanych świadczeń udzielanych przez Szpital. Ze świadczeń realizowanych wcześniej w zakresie kardiologii w ramach w kontraktu z NFZ korzystali, m. in. pacjenci po implantacji układów stymulujących realizowanych przez Oddział Kardiologiczny Szpitala z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego. W odwołaniu od negatywnego rozstrzygnięcia postępowania konkursowego Spółka wskazała, iż: „*Obecnie pacjenci będący mieszkańcami Rudy Śląskiej zmuszeni będą korzystać z kontroli i programowania układów stymulujących w Zabrze lub Katowicach. Żadna poradnia w Rudzie Śląskiej ani okolicy nie zapewnia możliwości kontroli i programowania ww. urządzeń.*”

(dowód: akta kontroli str. 410, 870, 2891, 2902, 2933-3023)

3.2. Analizy rozpoznania potrzeb zdrowotnych, jak wyjaśniła Wiceprezes Zarządu Spółki „*(...) prowadzone były w oparciu o dane wewnętrzne, takie jak wskaźniki stopnia wykonania umów zawieranych z NFZ, analizy dynamiki zmian ilości pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia, czy też monitorowanie takich wskaźników, jak stopień wykorzystania łóżek. Źródłem wiedzy o zapotrzebowaniu na określone świadczenia zdrowotne są również informacje przekazywane przez personel Szpitala bezpośrednio od pacjentów. Efektem prowadzonych działań są, m.in. składane przez Spółkę oferty w postępowaniach konkursowych ogłaszanych przez NFZ na realizację świadczeń w zakresach, których Szpital wcześniej nie realizował: neurologia w zakresie leczenia udarów, nocna i świąteczna opieka zdrowotna<sup>87</sup>, rehabilitacja – fizjoterapia ambulatoryjna, czy też rozszerzanie katalogu świadczeń odpłatnych.*”

(dowód: akta kontroli str. 671, 3024-3025)

3.3. Poziom zleczanych badań diagnostycznych przez Spółkę (w latach 2011 – 2013) był zbliżony do poziomu sprzed likwidacji SP ZOZ w Poradniach: Gastroenterologicznej, Leczenia Bólu, Kardiologicznej (od 2011 r. świadczenia odpłatne), Okulistycznej oraz Poradni Okulistycznej dla Dzieci.

(dowód: akta kontroli str. 3057, 3060-3061)

Zwiększenie liczby badań diagnostycznych pacjentów Szpitala w stosunku do świadczeń udzielanych pacjentom SP ZOZ w latach 2011 - 2013 odnotowano w:

- Poradni Chirurgii Ogólnej, gdzie w latach 2011-2013 odsetek pacjentów objętych badaniami (liczony jako iloraz pacjentów, którym zlecono badania diagnostyczne do wszystkich pacjentów leczonych w poradni) wynosił odpowiednio 25,8%, 31,9%, 36,3% (dla porównania 18% w 2009 r. ). Zwiększenie liczby badań diagnostycznych dotyczyło głównie badań laboratoryjnych i badań USG.
- Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, gdzie ww. odsetek pacjentów wynosił odpowiednio 36,8%, 39,3%, 40,6% (dla porównania 28,8% w 2009 r. ). Wzrost ten związany był z większą liczbą skierowań na badania RTG, które stanowiły ok. 90% wszystkich badań diagnostycznych wykonywanych dla ww. Poradni. Prezes Zarządu Spółki wyjaśnił, że Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej jest obecnie jedyną w Rudzie Śląskiej, która przyjmuje pacjentów ze złamaniami wielomiejscowymi.

<sup>87</sup> Spółce nie udało się uzyskać kontraktu w tym zakresie.

- Poradni Reumatologicznej - ww. odsetek pacjentów objętych tymi badaniami wynosił odpowiednio 164,6%, 149,5%, 151,5% (dla porównania 143,3% w 2009 r.). Pod koniec 2010 r. Szpital zakończył prowadzenie Oddziału Reumatologicznego (hospitalizacje w tym zakresie przeniesione zostały na Oddział I Chorób Wewnętrznych i Reumatologii). W wyniku tej reorganizacji diagnostyka chorób reumatologicznych została przeniesiona do Poradni. Badania laboratoryjne stanowiły ok. 85% wszystkich badań diagnostycznych wykonywanych dla Poradni Reumatologicznej.
- Poradni Dermatologicznej - odsetek pacjentów objętych tymi badaniami wynosił: 1%, 3,6%, 2,3% (dla porównania 1,7% w 2009 r.)
- Poradni Neurologicznej - odsetek pacjentów objętych tymi badaniami wynosił: 117,2%, 125,1%, 124,3% (dla porównania 108,7% w 2009 r.). Prezes Zarządu Spółki wyjaśnił: *„W związku ze zwiększonym od roku 2012 kontraktem w Oddziale Neurologicznym (głównie w części dotyczącej procedur udarowych) zdecydowanie wzrosła liczba pacjentów, którzy wymagają kontroli poszpitalnej. (...)”*

(dowód: akta kontroli str. 3028, 3032, 3057, 3060-3061)

Ograniczenie liczby badań diagnostycznych udzielanych pacjentom Szpitala w poszczególnych latach okresu 2011 r. – 2013 r., w stosunku do okresu przed likwidacją SP ZOZ, wystąpiło na przykład w:

- Poradni Ginekologiczno-Położniczej - ww. odsetek pacjentów objętych badaniami wynosił odpowiednio 24,4%, 12,5%, 7%, a dla porównania w 2009 r. wyniósł 47%.
- Poradni Neonatologicznej, odsetek pacjentów objętych badaniami wynosił: 35,5%, 31,3%, 33%, a w 2009 r. wyniósł 252,4%.
- Poradni Otolaryngologicznej - odsetek pacjentów objętych badaniami wynosił: 17,7%, 9,5%, 10,7%, a w 2009 r. wyniósł 18,6%. Zmniejszenie liczby badań diagnostycznych dotyczyło głównie badań audiometrycznych. W 2012 r. nastąpił spadek liczby ww. badań o prawie 70% (z 91 w 2011 r. do 29 w 2012 r.).
- Poradni Zdrowia Psychicznego - odsetek pacjentów objętych badaniami wyniósł: 2,1%, 1,3%, 2,7%, a w 2009 r. wyniósł 4,2%.

Przyczynami ograniczeń tych badań były m.in.: rosnąca z roku na rok liczba badań diagnostycznych wykonywanych w ramach Izby Przyjęć Szpitala dla pacjentów, którzy nie są przyjmowani w celu hospitalizacji (średnia liczba badań dla pacjenta Izby Przyjęć w roku 2010 wyniosła 2,2, w roku 2013 – 3,2) oraz wykonywanie niektórych badań (np. badań audiometrycznych) w większości przez firmy zewnętrzne, ze względu na ich wyższą jakość.

(dowód: akta kontroli str. 3027-3032, 3057, 3060-3061)

3.4. W okresie działalności Spółki czas oczekiwania na procedurę medyczną wykonywaną w ramach kontraktu z NFZ w trybie planowym, w porównaniu do czasu oczekiwania na tę samą procedurę wykonywaną odpłatnie, był znacznie dłuższy. Przyczyną tej dysproporcji była głównie wielkość kontraktu – wartość umowy determinującej określoną liczbę świadczeń, która może zostać sfinansowana ze środków publicznych. Prezes Zarządu Spółki wyjaśnił, że: *„Fakt, iż NFZ płaci za realizowane świadczenia do wysokości zawartego kontraktu powoduje konieczność tworzenia list oczekujących na świadczenie – okres oczekiwania zależy od ilości pacjentów, u których istnieje potrzeba wykonania danego świadczenia. Posiadany przez Spółkę potencjał (personel, sprzęt, warunki lokalowe) wykonawczy pozwala na realizację znacznie większej ilości świadczeń, niż wynika to z wartości kontraktu. Stąd możliwość realizacji świadczeń komercyjnych, dla których czas oczekiwania jest krótszy, niż w przypadku świadczeń finansowanych ze środków publicznych”*.

(dowód: akta kontroli str. 3028, 3032-3033)

Najdłuższy czas oczekiwania na procedurę medyczną wykonywaną w ramach kontraktu z NFZ w trybie planowym, w porównaniu do czasu oczekiwania na tę samą procedurę wykonywaną odpłatnie – wystąpił w przypadku świadczeń udzielanych:

- w zakresie zabiegów usuwania zaćmy (Oddział Okulistyki) - w 2011 r. czas oczekiwania na świadczenia udzielane w ramach kontraktu z NFZ wynosił 406 dni, czas oczekiwania na świadczenia odpłatne wynosił do 14 dni, od 2012 r. Szpital nie posiada kontraktu z NFZ w tym zakresie,

- na Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej - czas oczekiwania na świadczenia udzielane w ramach kontraktu z NFZ wynosił w 2011 r.- 39 dni, w 2012 r.- 50 dni, w 2013 r. -126 dni, czas oczekiwania na świadczenia odpłatne wynosił w latach 2011- 2013 – poniżej 10 dni,
- w Poradni Gastroenterologicznej (Godula) - czas oczekiwania na świadczenia udzielane w ramach kontraktu z NFZ wynosił w 2011 r.- 81 dni, w 2012 r.- 104 dni (kontrakt został wyczerpany w 100%), w 2013 r.- 105 dni, czas oczekiwania na świadczenia odpłatne wynosił w latach 2011-2013 - jeden dzień,
- w Poradni Oka - świadczenia odpłatne w latach 2011-2012 nie były udzielane, czas oczekiwania na świadczenie udzielone w ramach kontraktu z NFZ wynosił: w 2013 r. - 108 dni, świadczenia odpłatne w 2013 r. były realizowane na bieżąco.

W przypadku wszystkich ww. świadczeń kontrakt z NFZ został w kolejnych latach wyczerpany w 100% lub nieznacznie przekroczony.

(dowód: akta kontroli str. 2848-2849, 2857, 2859, 2862-2863, 2867-2869, 2871-2872, 3061-3063)

Porównanie dostępności świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Spółkę w odniesieniu do świadczeń udzielanych przez SP ZOZ, w wybranych zakresach<sup>88</sup>, wykazało że:<sup>89</sup>

- średni czas oczekiwania w dniach na udzielenie świadczenia w Szpitalu w zakresie chorób wewnętrznych (przypadki stabilne) w latach 2011-2013 wynosił odpowiednio: 53, 42 i 54, a dla porównania w 2009 czas ten wyniósł 20 dni.
- średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia w Szpitalu w zakresie chirurgii ogólnej (przypadki stabilne) w latach 2011-2013 wynosił odpowiednio 65, 46 i 80, a w 2009 r. świadczenia te udzielane były na bieżąco.

W obydwu ww. zakresach średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego przez Spółkę znacznie się wydłużył. Kierownik Działu Metodyczno-Organizacyjnego wyjaśnił, że Spółka nie posiada wiedzy „(...) dlaczego SP ZOZ wykazywał taką wartość. (...) Według naszej wiedzy nie nastąpiły zmiany prawne w sposobie sprawozdawania kolejek, ani zmiany organizacyjne (np. zmiana ilości łóżek na oddziale), które mogłyby mieć wpływ na to, że wcześniej nie było kolejki, a w następnych latach jest wykazywana. Podobnie sytuacja ma się w przypadku oddziałów internistycznych.

Odnosząc się do okresu funkcjonowania Spółki, to zarówno w odniesieniu do oddziałów internistycznych jak i oddziału chirurgicznego należy stwierdzić, że wartości dla poszczególnych lat utrzymują się na zbliżonym poziomie – wahania w poszczególnych latach mogą być spowodowane zmianami zapotrzebowania na świadczenia w poszczególnych zakresach czyli zmianami ilości pacjentów chcących skorzystać ze świadczeń realizowanych przez tut. Szpital lub też wagą ciężkości udzielanych świadczeń i rozliczanych w NFZ. Wysokość kontraktu nie uległa istotnym zmianom. Zmienia się natomiast struktura przyjmowanych do Szpitala przypadków (zwiększeniu ulega ilość hospitalizacji w trybie nagłym, co powoduje zwiększenie okresu oczekiwania na świadczenie w trybie planowym)<sup>90</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 2194-2197, 3087, 3108)

3.5 Na koniec 2013 r. Szpital posiadał w 15 oddziałach szpitalnych 474 łóżka. W porównaniu do 2009 r. nastąpił spadek liczby łóżek o 8%.<sup>90</sup> Liczba łóżek pozostała na tym samym poziomie na Oddziałach: II Chorób Wewnętrznych i Diabetologii, Ginekologiczno-Położniczym, Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Psychiatrii Ogólnej, Pediatricznym, Otolaryngologicznym, Okulistycznym i nieznacznemu zwiększeniu (o 3 łóżka) uległa na Oddziale I Chorób Wewnętrznych i Reumatologii (z 28 na 29) oraz na Oddziale Neonatologicznym (z 30 na 32).

Zmniejszenie liczby łóżek wystąpiło:

- na Oddziale Chorób Płuc z Pododdziałem Chemioterapii (zmniejszenie z 42 w 2009 r. do 30 w 2013 r.) i związane było z przeniesieniem Oddziału Gruźlicy i Chorób Płuc oraz na Oddziale Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych (zmniejszenie

<sup>88</sup> 03.4000.030.02 – choroby wewnętrzne – hospitalizacja wyróżnik 1, 2, 3 oraz 03.4500.030.02 – chirurgia ogólna – hospitalizacja.

<sup>89</sup> Dane pochodzą od NFZ.

<sup>90</sup> W 2009 r. i w I kwartale SP ZOZ posiadał 516 łóżek szpitalnych.

z 47 w 2009 r. do 34 w 2013 r.) i spowodowane było niepełnym obłożeniem łóżek na tym Oddziale. Kierownik Działu Metodyczno-Organizacyjnego wyjaśnił, że „(...) wielkość i rodzaj kontraktu z NFZ pozwalał na zmniejszenie ilości łóżek bez zagrożenia dostępności do świadczeń dla pacjentów”.

- na Oddziale Kardiologicznym z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (zmniejszenie z 49 łóżek w 2009 r. do 48 w 2013 r.),
- na Oddziale Neurologicznym (zmniejszenie z 32 w 2009 r. na 12 w 2013 r.) w związku z utworzeniem Oddziału Udarowego oraz niepełnym wykorzystaniem łóżek. Kierownik Działu Metodyczno-Organizacyjnego wyjaśnił, że wielkość i rodzaj kontraktu z NFZ pozwalał na zmniejszenie ilości łóżek bez zagrożenia dostępności do świadczeń dla pacjentów. W 2011 r. nastąpiło przekształcenie Oddziału Neurologicznego z Pododdziałem Udarowym, dysponującego 23 łózkami<sup>91</sup>, w Oddział Neurologiczny dysponujący 12 łózkami<sup>92</sup> oraz utworzono Oddział Udarowy z 16 łózkami<sup>93</sup>.

Ponadto, zakończono działalność Oddziału Reumatologicznego (świadczenia realizowane dotychczas przez ten Oddział od 2011 r. realizował Oddział I Chorób Wewnętrznych i Reumatologii).

(dowód: akta kontroli str. 403, 3087-3088, 3152)

W latach 2009 – 2013 średnie procentowe wykorzystanie łóżek szpitalnych kształtowało się w przedziale od 0% na Oddziale Okulistyki w 2013 r.<sup>94</sup> do 128% na Oddziale Neonatologicznym w 2013 r.

(dowód: akta kontroli str. 3087-3088)

3.6. W okresie objętym kontrolą Spółka udzielała świadczeń zdrowotnych wykorzystując do tego celu sprzęt zakupiony ze środków budżetu Unii Europejskiej<sup>95</sup>. Wśród składników majątku trwałego, znajdował się sprzęt medyczny zakupiony przez Miasto w ramach realizacji projektu „Przywrócenie funkcji medycznych Pawilonu C oraz zakup tomografu komputerowego dla Szpitala Miejskiego nr 2 w Rudzie Śląskiej”<sup>96</sup>. Miasto otrzymało dofinansowanie na realizację ww. projektu na podstawie umowy<sup>97</sup> z 23 czerwca 2009 r. zawartej z Wojewodą Śląskim (Instytucją Pośredniczącą). Wśród zakupionego sprzętu medycznego, znajdowały się m.in.: tomograf komputerowy PHILIPS BRILLIANCE – 64, aparat RTG DUO DIAGNOST-PHILIPS, myjnia – dezynfektor basenów i kaczek szpitalnych z własną wytwornicą pary, zestaw do badań wysiłkowych, 2 aparaty EKG, holter EKG, 2 pompy infuzyjne, ssak i 3 kardiomonitoringi.

(dowód: akta kontroli str. 677, 827, 876-877, 886, 897, 933, 951, 1034, 2880, 2882, 2884, 2886, 2888, 3026, 3033)

Realizacja ww. projektu była przedmiotem kontroli ze strony Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego, przeprowadzonej w maju 2014 r. W wyniku kontroli, która obejmowała okres od 18 lipca 2009 r. do maja 2014 r., ustalono, że cel projektu został zachowany, a wskaźniki produktu są utrzymywane na poziomie wskazanym we wniosku o dofinansowanie. W wyniku ww. kontroli, przeprowadzonej na miejscu realizacji projektu, stwierdzono, że trwałość projektu jest zachowana.

(dowód: akta kontroli str. 934-939)

3.7. W Spółce prowadzone były prawidłowo listy oczekujących na świadczenia objęte kontraktem z NFZ oraz jedna lista oczekujących na świadczenia odpłatne w zakresie operacji zaćmy.

(dowód: akta kontroli str. 3154-3156)

<sup>91</sup> W tym 4 łózkami intensywnej opieki medycznej.

<sup>92</sup> W tym 1 łóżko intensywnej opieki medycznej.

<sup>93</sup> W tym 4 łóżka intensywnej opieki medycznej i 12 łóżek przeznaczonych dla wczesnej rehabilitacji neurologicznej (udarowej).

<sup>94</sup> utrata kontraktu z NFZ, na Oddziale Okulistyki były wykonywane jednodniowe zabiegi operacyjne leczenia zaćmy, ale zgodnie z wytycznymi do sporządzania sprawozdań MZ-29 jednodniowa hospitalizacja nie była liczona do statystyki obłożenia łóżek.

<sup>95</sup> Zwanej dalej „UE”.

<sup>96</sup> Nr 701200-426.

<sup>97</sup> Nr Z/2.24/III/3.5.2/118/05/U/426/09.

W systemie AMMS gromadzono dane na temat przyczyn odmów przyjęcia pacjenta do Szpitala. W latach 2010 (I kw.) – 2014 (do 30 kwietnia) wystąpiło łącznie 103 835 przypadków odmów przyjęcia pacjentów do Szpitala<sup>98</sup>. Najczęstsze przyczyny odmów to: brak wskazań do hospitalizacji (96 728 przypadków)<sup>99</sup>, odmowa hospitalizacji przez pacjenta (2 296 przypadków)<sup>100</sup>, skierowania pacjentów do innego szpitala (1 588 przypadków)<sup>101</sup>.

W okresie objętym kontrolą wystąpiły nieliczne przypadki braku: możliwości hospitalizacji ze strony Szpitala, odpowiedniego zakresu świadczeń i wolnych łóżek (14 w 2014 r.).

(dowód: akta kontroli str. 3157)

3.8. W wyniku badania udzielania świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne w dwóch zakresach o największej wartości określonej w planie rzeczowo-finansowym<sup>102</sup>:

- Neonatologia (Oddział Neonatologiczny) – wartość kontraktu z NFZ ogółem: 10 295 480,00 zł,
- Choroby wewnętrzne – hospitalizacja (Oddział Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych, Oddział I Chorób Wewnętrznych i Reumatologii, Oddział II Chorób Wewnętrznych i Diabetologii) wartość kontraktu ogółem 8 308 560,00 zł,

stwierdzono, że na ww. Oddziałach znajdował się sprzęt medyczny wymieniony w umowie zawartej z NFZ oraz wprowadzony do systemu informatycznego - Portalu Potencjału NFZ<sup>103</sup>. Wyposażenie ww. Oddziałów w sprzęt i aparaturę medyczną oraz obsada kadrowa spełniały wymogi określone w zał. nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.

(dowód: akta kontroli str. 954-969, 2705-2790, 3158-3179)

3.9. Na podstawie porównania danych otrzymanych z NFZ z danymi ze Spółki dotyczącymi pacjentów leczonych i rozliczonych przez NFZ w 2013 r. stwierdzono, że wszyscy pacjenci wykazani w rozliczeniach z NFZ byli faktycznie leczeni w Spółce.

(dowód: akta kontroli str. 2190, 2198-2199, 3081-3082)

3.10. Spółka korzystała w latach 2011-2014 z programu informatycznego kwalifikującego usługi medyczne do określonych grup JGP dla rodzajów świadczeń: leczenie szpitalne oraz ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Wykorzystywano moduły systemów Info Medica oraz AMMS. Prezes Zarządu Spółki wyjaśnił, że: „*Optymalizator JGP jest narzędziem pozwalającym na kwalifikację zrealizowanego świadczenia do określonej grupy świadczeń stosowanej w rozliczeniach z NFZ. Stosowanie optymalizatora znacznie ułatwia pracę personelu odpowiedzialnego za kwalifikację świadczeń. Optymalizator pozwala, m.in. na: 1) szybkie obliczanie wartości punktowych, 2) uczy aktualnego (częste zmiany) sposobu grupowania JGP, wskazuje na błędy i niedoskonałości kodowania i grupowania, sugerując prawidłowe kodowanie. Analiza wskazująca na ewentualne korzyści ze stosowania programu informatycznego kwalifikującego usługi medyczne do wskazanych grup procedur, tj. optymalizatora JGP nie jest możliwa do przeprowadzenia z uwagi na fakt, iż obecnie procedury nie są już kwalifikowane „ręcznie”, a tylko przy użyciu optymalizatora – brak jest danych porównawczych.*”

(dowód: akta kontroli str. 3026, 3033)

<sup>98</sup> W I kw. 2010 r. wystąpiło 6 066 przypadków odmów przyjęcia pacjenta do Szpitala, w II-IV kw. 2010 r. – 18 395 odmów, w 2011 r. – 24 739 odmów, w 2012 r. – 22 563 odmów, w 2013 r. – 24 061 odmów, w 2014 r. (do 30 kwietnia) – 8 011 odmów.

<sup>99</sup> Z tego: w I kw. 2010 r. – 5 840, w II-IV kw. 2010 r. – 17 202, w 2011 r. – 23 462, w 2012 r. – 21 230, w 2013 r. – 21 439, w 2014 r. (do 30 kwietnia) – 7 555 przypadki.

<sup>100</sup> Z tego: w I kw. 2010 r. – 75, w II-IV kw. 2010 r. – 650, w 2011 r. – 412, w 2012 r. – 455, w 2013 r. – 521, w 2014 r. (do 30 kwietnia) – 183 przypadki.

<sup>101</sup> Z tego: w I kw. 2010 r. – 77, w II-IV kw. 2010 r. – 246, w 2011 r. – 425, w 2012 r. – 409, w 2013 r. – 354, w 2014 r. (do 30 kwietnia) – 77 przypadków.

<sup>102</sup> Stanowiącym zał. nr 1 do umowy nr 12/212090/03/1/2014 (w brzmieniu określonym aneksem nr 4/03/1/2014 z 14 maja 2014) zawartej pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia – Śląskim Oddziałem Wojewódzkim w Katowicach a Szpitalem Miejskim w Rudzie Śląskiej Sp. z o.o.

<sup>103</sup> W Portalu Potencjału znajdował się sprzęt medyczny, który został przez Szpital zgłoszony do NFZ, ale Oddział NFZ nie sporządził jeszcze stosownego aneksu do umowy.

Najwyższa Izba Kontroli ocenia, iż zmiana formy organizacyjno-prawnej i możliwość udzielania odpłatnych świadczeń zdrowotnych nie wpłynęła negatywnie na dostęp do usług medycznych udzielanych w ramach kontraktów zawartych z NFZ. Pogorszenie dostępności do świadczeń w zakresie kardiologii (ambulatoryjna opieka specjalistyczna) i okulistyki – hospitalizacja (leczenie szpitalne) nie było spowodowane nieprawidłowościami w działalności jednostki kontrolowanej, lecz niezyskaniem kontraktu NFZ na realizację ww. świadczeń. Izba pozytywnie ocenia poszerzenie zakresu świadczeń finansowanych przez NFZ (uzyskanie kontraktu) na udzielanie świadczeń w zakresach neonatologia – hospitalizacja oraz położnictwo i ginekologia na wyższym (III) niż poprzednio poziomie referencyjnym, a ponadto uzyskanie kontraktu NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – rehabilitacja lecznicza (zakres świadczeń – fizjoterapia ambulatoryjna) oraz utworzenie Oddziału Udarowego.

#### 4. Kontrola wewnętrzna i zewnętrzna w Spółce

Opis stanu  
faktycznego

4.1. W latach 2010-2014 (do 30 kwietnia) w Spółce przeprowadzono 106 kontroli zewnętrznych, w tym: 67 kontroli sanitarnych przeprowadzonych przez państwowego powiatowego inspektora sanitarnego i Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną, 15 kontroli dokumentacji medycznej i wystawiania druków ZUS/ZLA przeprowadzonych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, dziewięć kontroli przeprowadzonych przez Państwową Inspekcję Pracy, pięć kontroli przeprowadzonych przez NFZ<sup>104</sup>, cztery kontrole w zakresie działalności pracowni serologii i gospodarki krwią przeprowadzone przez Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, dwie kontrole dotyczące działalności apteki szpitalnej przeprowadzone przez Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego, jedną kontrolę poradni medycyny pracy przeprowadzoną przez Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy, jedną kontrolę realizacji zadań obrony cywilnej przeprowadzoną przez Wydział Zarządzania Kryzysowego Urzędu Miasta Ruda Śląska, jedną kontrolę Konsultanta Wojewódzkiego ds. Dermatologii i Wenerologii oraz jedną kontrolę Konsultanta Wojewódzkiego ds. Neonatologii.

W ramach kontroli przeprowadzonych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Konsultantów Wojewódzkich oraz Wydział Zarządzania Kryzysowego Urzędu Miasta Ruda Śląska nie stwierdzono nieprawidłowości.

W wyniku kontroli przeprowadzonych przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego stwierdzono odstępstwa od wymogów sanitarnych na oddziale urazowo-ortopedycznym i kardiologicznym, zakażenie gronkowcem złocistym MSSA na oddziale ginekologiczno-położniczym i neonatologicznym. Wskazano także na nieprawidłowości w zakresie zapobiegania oraz zwalczania chorób zakaźnych oraz sposobu postępowania z odpadami medycznymi. Kontrole sprawdzające wykazały realizację zaleceń pokontrolnych.

W czasie kontroli Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej wskazano na brak aktualnych przeglądów wentylacji i pomiarów dozymetrycznych oraz pola elektromagnetycznego, a także brak odpowiednich szkoleń i certyfikatów wybranych osób. Zalecenia pokontrolne wykonano.

W wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ stwierdzono następujące nieprawidłowości: niewłaściwe rozliczenie jednej pacjentki, nieprzedłożenie dokumentacji dopuszczającej sprzęt do użytkowania na oddziale ginekologiczno-położniczym i neonatologicznym oraz braki w prowadzeniu wymaganych druków w dokumentacji medycznej. Wnioski pokontrolne zrealizowano.

Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny w toku kontroli stwierdził, że apteka szpitalna nie spełnia wymogów sanitarnych. Apteka otrzymała warunkowe dopuszczenie do 31 grudnia 2016 r.

(dowód: akta kontroli str. 1988-1999, 3083)

4.2. W latach 2010-2014 (do 7 lipca) do Spółki wpłynęło 69 skarg. Zgodnie z procedurą postępowania w przypadku skarg i interwencji, stosowaną w Spółce, następnie

<sup>104</sup> Z tego 4 w zakresie realizacji umów na finansowanie świadczeń zdrowotnych i 1 w zakresie programów lekowych.

wprowadzoną w formie pisemnej 14 czerwca 2013 r.<sup>105</sup>, skargi były rozpatrywane w terminie wskazanym w treści skargi, a w przypadku gdy termin nie był wskazany do 14 dni od daty wpływu. W wyjątkowych sytuacjach termin rozpatrzenia skargi wydłużany był do miesiąca, o czym informowano skarżącego. Skargi dotyczyły m.in.: błędów w sztuce lekarskiej, zakażeń szpitalnych, nieprawidłowego funkcjonowania Izby Przyjęć, procesów leczenia pacjentów, długiego oczekiwania na świadczenia medyczne. Spośród ww. skarg 13 uznano za zasadne. Dotyczyły one błędnych lub niepełnych zapisów w dokumentacji medycznej, sposobu udostępniania dokumentacji medycznej, niezapewnienia transportu sanitarnego, zakażenia gronkowcem złocistym, nieodpowiedniego zachowania personelu medycznego, pokrycia kosztów zakupu leków. W ramach realizacji spraw podnoszonych w skargach od października 2013 r. umożliwiono pacjentom odbiór kopii dokumentacji medycznej w lokalizacji w Bielszowicach. Prezes

Zarządu podał, że kwestie poruszane w skargach pacjentów omawiane są na cyklicznych spotkaniach z personelem Spółki, gdzie przedstawiane są wnioski i wytyczne do dalszej działalności.

(dowód: akta kontroli str. 2043-2045, 2054-2064)

4.3. W Spółce funkcjonował Komitet Kontroli Zakażeń Szpitalnych, w skład którego wchodził: Lekarz Naczelny, przewodniczący oraz członkowie Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych, ordynatorzy oddziałów otolaryngologicznego i chirurgii ogólnej i naczyniowej, Pielęgniarka Koordynująca Działu Centralnej Sterylizacji, Kierownik Apteki Szpitalnej, Pielęgniarka Naczelna oraz Lekarz Zakładowy. Dyrektor Medyczny powołał również Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych, w którego skład wchodził: lekarz jako przewodniczący Zespołu, pielęgniarka i położna epidemiologiczna oraz specjalista ds. mikrobiologii. Skład Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych i Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych spełniał wymogi określone w art. 15 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.<sup>106</sup>

(dowód: akta kontroli str. 2065-2079)

W ramach realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych w Spółce prowadzono dokumentację, na którą składały się m.in.: karty rejestracji drobnoustroju alarmowego, karty rejestracyjne zakażenia szpitalnego, ankieta pacjenta, karty zgłoszenia podejrzenia/rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej, karty zgłoszenia podejrzenia/rozpoznania zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, rejestr pracowników narażonych na ekspozycję. W celu monitorowania zakażeń szpitalnych opracowano 20 procedur dotyczących zapobiegania zakażeniom, z którymi zapoznawano pracowników. Raz w roku sporządzano raport mikrobiologiczny zawierający liczbę wykonywanych badań mikrobiologicznych oraz ilość wyhodowanych organizmów w całym szpitalu i na poszczególnych oddziałach w celu optymalizacji profilaktyki i terapii antybiotykowej. Dwukrotnie w ciągu roku przeprowadzano także kontrole wewnętrzne związane ze zwalczaniem zakażeń szpitalnych. Roczne raporty o bieżącej sytuacji epidemiologicznej Szpitala były przekazywane Państwowemu Powiatowemu Inspektorowi Sanitarnemu w Rudzie Śląskiej w terminie określonym w § 5 ust. 2 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala.<sup>107</sup>

(dowód: akta kontroli str. 2080-2183)

W latach 2011-2014 (do 30 kwietnia) przeciwko Spółce prowadzonych było pięć spraw sądowych związanych z odszkodowaniami z tytułu błędów lekarskich i zakażeń szpitalnych. Jedna sprawa dotyczyła błędu lekarskiego (sprawa zakończona - powództwo oddalono w całości), a pozostałe cztery sprawy dotyczyły zakażeń szpitalnych, z czego jedna została zakończona (powództwo oddalono w całości), a trzy były w toku na dzień kontroli NIK.

<sup>105</sup> Załącznik nr 5 do uchwały nr 52/2013 Zarządu Szpitala Miejskiego w Rudzie Śląskiej Sp. z o.o. w sprawie wprowadzenia procedur i druków Systemu Zarządzania Jakością.

<sup>106</sup> Dz. U. z 2013 r., poz. 947 ze zm.

<sup>107</sup> Dz. U. Nr 294, poz. 1741.

W przypadku jednej sprawy, w celu zabezpieczenia roszczeń rentowych Spółka poniosła koszty w łącznej wysokości 1,2 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 2084-2187)

4.4. Spółka nie posiadała wydzielonej komórki odpowiedzialnej za prowadzenie kontroli wewnętrznej. Jak wyjaśnił Prezes Zarządu kontrola sprawowana była na poziomie poszczególnych komórek organizacyjnych przez ich kierowników w trakcie bieżącej działalności. Na poziomie poszczególnych pionów kontrola sprawowana była przez Lekarza Naczelnego, Pielęgniarkę Naczelną, Kierownika Zespołu Poradni Specjalistycznych oraz Dyrektorów Medycznego i Finansowo-Administracyjnego. Ponadto w zakresie pełnej działalności Spółki kontrola sprawowana była przez Zarząd w ramach spotkań z kadrą kierowniczą.

(dowód: akta kontroli str. 2043-2045)

4.5. Spółka nie była kontrolowana przez podmiot właścicielski na mocy art. 212 § 1 ustawy z dnia 15 września 2000 r. Kodeks spółek handlowych<sup>108</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 843-848)

4.6. Spółka w celu podniesienia jakości świadczonych usług z początkiem 2013 r. opracowała i wdrożyła System Zarządzania Jakością zgodnie z normą ISO 9001:2008 dotyczący całodobowej opieki stacjonarnej oraz specjalistycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w zakresie profilaktyki, diagnostyki, leczenia zachowawczego i operacyjnego, pielęgnacji, rehabilitacji i fizykoterapii oraz promocji zdrowia<sup>109</sup>. Spółka nie przechodziła procesu akredytowania prowadzonego przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

(dowód: akta kontroli str. 440-441, 663-667, 2188-2189)

#### Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie realizację przez Spółkę zaleceń kontrolnych oraz prowadzenie działań w celu zapobiegania i zwalczania zakażeń.

### IV. Uwagi

Najwyższa Izba Kontroli zauważa, że w celu dalszej poprawy sytuacji finansowej Spółki niezbędne jest zwiększenie jej przychodów z tytułu odpłatnych (komercyjnych) usług medycznych oraz podejmowanie niezbędnych działań w celu uzyskania nowych kontraktów z NFZ.

### 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 z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli<sup>110</sup> 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.

Obowiązek  
poinformowania  
NIK o sposobie  
wykorzystania  
uwag i wykonania  
wniosków

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

<sup>108</sup> Dz. U. z 2013 r. poz. 1030 ze zm.

<sup>109</sup> W dniach 5 - 7 sierpnia 2013 r. odbył się Audyt Certyfikujący Zespołu Audytorów DNV Business Assurance i po spełnieniu wszystkich warunków normy Systemu Zarządzania Jakością w dniu 11 września 2013 r. Spółka otrzymała Certyfikat Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001:2008 na okres trzech lat.

<sup>110</sup> Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm., zwanej dalej „ustawą o NIK”.

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 24 września 2014 r.

**Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Katowicach**

**Kontroler  
Anna Loppe  
Główny specjalista k.p.**

.....