



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Departament Spraw Społecznych

KSS.411.6.1.2026

**Pani
Anna Łukasik
Prezes Zarządu
Warszawskiego Szpitala Południowego
sp. z o.o.**

Wystąpienie pokontrolne

Zmian dokonano zgodnie z uchwałą Zespołu Orzekającego Komisji Rozstrzygającej z dnia 24 czerwca 2026 r. w sprawie KOP-KOR.441.76.2026.

I/25/003

Funkcjonowanie Warszawskiego Szpitala Południowego

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana

Warszawski Szpital Południowy sp. z o.o.¹, ul. Rotmistrza Witolda Pileckiego 99, 02-781 Warszawa

Kierownik jednostki kontrolowanej

Anna Łukasik, Prezes Zarządu, od 1.04.2025 r

Agata Kusz-Rynkun, Członek Zarządu, od 06.02.2025 r.

W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili:

Artur Krawczyk, Prezes Zarządu, od 30.11.2021 r. do 10.02.2025 r.

(akta kontroli str. 1899)

Zakres przedmiotowy kontroli

1. Prowadzenie działalności leczniczej
2. Gospodarka majątkowo-finansowa

Okres objęty kontrolą

Lata 2022-2025² z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, a dotyczących okresu objętego kontrolą.

Podstawa prawna podjęcia kontroli

Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli³

Jednostka przeprowadzająca kontrolę

Najwyższa Izba Kontroli Departament Spraw Społecznych

Kontrolerzy

1. Andrzej Dominikowski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr KZD/37/2025 z dnia 2 września 2025 r.
2. Maciej Szustowicz, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr KZD/36/2025 z dnia 2 września 2025 r.

(akta kontroli str. 1-4)

¹ Dalej: „WSzP”, „Szpital” lub „Spółka”.

² Czynności kontrolne zakończono 31 grudnia 2025 r.

³ Dz. U. z 2022 r. poz. 623, ze zm., dalej: „ustawa o NIK”.

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

Warszawski Szpital Południowy nie zawsze prawidłowo prowadził działalność leczniczą. Stwierdzono nieprawidłowości w różnych obszarach tej działalności dotyczące m.in. organizacji udzielania świadczeń, w tym należytego rozdzielenia udzielania świadczeń pacjentom nieodpłatnie (na podstawie umowy z NFZ) i odpłatnie, stanu techniczno-sanitarnego oraz wyposażenia niektórych pomieszczeń, gospodarowania sprzętem medycznym, czasu pracy personelu medycznego.

Pomimo stwierdzonych nieprawidłowości w obszarze gospodarki finansowej i pogarszającego się wyniku finansowego w latach 2023-2024 w stosunku do roku 2022 r., sytuacja finansowa Szpitala pozwalała na jego niezakłócone funkcjonowanie.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej⁵ kontrolowanej działalności

1. Prowadzenie działalności leczniczej

Opis stanu faktycznego

1.1. Warszawski Szpital Południowy sp. z o.o. był spółką, w której Miasto Stołeczne Warszawa posiadało 100% udziałów. Działalność leczniczą rozpoczął z dniem 1 stycznia 2011 r. jako Szpital SOLEC spółka z ograniczoną odpowiedzialnością (zmiana nazwy na Warszawski Szpital Południowy sp. z o.o. nastąpiła z dniem 2 stycznia 2023 r.⁶). W skład WSzP wchodziły dwa⁷ zakłady lecznicze: „Szpital Południowy”⁸ i „Przychodnia Przyszpitalna”.

Spółka powstała w celu przejęcia zadań realizowanych przez zlikwidowany Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej SOLEC z siedzibą w Warszawie przy ul. Solec 93 i realizacji przez Miasto Stołeczne Warszawa zadania własnego z obszaru użyteczności publicznej obejmującego ochronę i promocję zdrowia polegającego na zaspokajaniu potrzeb, w szczególności

⁴ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną albo ocenę negatywną. Jeśli nie zostały spełnione warunki do sformułowania oceny pozytywnej bądź negatywnej, Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę w formie opisowej.

⁵ Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych przedstawionych w kolejnych punktach niniejszego rozdziału wystąpienia pokontrolnego. Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę cząstkową jako ocenę pozytywną albo ocenę negatywną. Jeśli nie zostały spełnione warunki do sformułowania oceny pozytywnej bądź negatywnej, Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę w formie opisowej.

⁶ Zarząd Spółki uchwalił (w związku z przyjęciem 24 listopada 2022 r. nowego aktu założycielskiego) w uchwale Nr 11/11/2022 Zarządu Szpitala SOLEC sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie z dnia 28 listopada 2022 r. w sprawie zmiany adresu spółki, że zmiana nazwy następuje z dniem 2 stycznia 2023 r.

⁷ Według stanu (RPWDL) na 12 listopada 2025 r. Wcześniej funkcjonował także „Szpital Tymczasowy” będący szpitalem zlokalizowanym w miejscu nieprzeznaczonym do udzielania świadczeń zdrowotnych (przy ul. rtm. W. Pileckiego 99), w którym były udzielane świadczenia zdrowotne pacjentom z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 i został przekształcony w zakład leczniczy Szpitala na Solcu (potem WSzP), prowadząc działalność leczniczą w okresie od 13 lutego 2021 r. do 1 kwietnia 2022 r.

⁸ Wcześniejsza nazwa „Szpital na Solcu”.

mieszkańców Warszawy, poprzez wykonywanie działalności leczniczej w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁹.

Lokalizacja przy ul. Solec 93 przestała być wykorzystywana przez WSzP (zakończono tam prowadzenie działalności leczniczej) w 2025 r.¹⁰ Na dzień zakończenia kontroli WSzP prowadził działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne wyłącznie w lokalizacji przy ul. rtm. W. Pileckiego 99. Miało to umożliwić WSzP - według wyjaśnień Kierownika Działu Kontrolingu Zarządczego WSzP - zakwalifikowanie do tzw. sieci szpitali¹¹ i rozpoczęcie działalności pierwszego¹² w południowej części Warszawy, publicznego szpitala.

W okresie objętym kontrolą WSzP miał zawarte umowy z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzajach m.in.: leczenie szpitalne – świadczenia podstawowego szpitalnego systemu zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), ambulatoryjna opieka specjalistyczna (świadczenia w poradniach, ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne), podstawowa opieka zdrowotna, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze.

(akta kontroli str. 1529-1530, 1668, 1691, 2813-2817, 2820, 3196-3199)

1.2. W okresie 2022-2025 zmniejszono zakres działalności leczniczej WSzP: zmniejszono liczbę komórek organizacyjnych i ich specjalności (wg kodów VIII części SRKI¹³) ze 116 komórek organizacyjnych i 73 ich specjalności na początku 2022 r.¹⁴ do 94 komórek i 58 ich specjalności do listopada 2025 r.¹⁵ Jednocześnie liczba komórek organizacyjnych udzielających świadczeń zdrowotnych na podstawie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z NFZ także uległa zmniejszeniu (z 54 komórek w 2022 r. do 33 w 2025 r.)¹⁶, jednak liczba specjalności dotyczących komórek organizacyjnych w tym ujęciu utrzymywała się na podobnym poziomie (32 specjalności w 2022 r., 31 w 2023 r., 33 w 2024 r. i 31 w 2025 r.).

Powyższe było związane z ograniczaniem działalności leczniczej prowadzonej przy ul. Solec 93 i ul. Solec 99 oraz organizowaniem działalności leczniczej przy ul. rtm. W. Pileckiego 99.

W okresie objętym kontrolą średnia liczba łóżek szpitalnych w poszczególnych latach kształtowała się na poziomie (średnio w roku) 174 łóżek w 2022 r. i w 2023 r. oraz 210 łóżek w 2024 r. i w 2025 r. (kwartały I-III). Średnia długość pobytu hospitalizowanego pacjenta (w dniach)¹⁷ w analogicznych okresach rosła i wynosiła: 4,4 dni w 2022 r. (tj. od 3 dni do 10 dni pobytu w zależności od oddziału

⁹ Dz. U. z 2025 r. poz. 450, ze zm., dalej jako „udl”. Działalność Spółki miała być ukierunkowana - według § 6 ust. 2 Aktu założycielskiego - na dążenie do osiągnięcia długofalowego sukcesu gospodarczego poprzez prowadzenie działalności gospodarczej w obszarze działalności leczniczej i działalności z nią powiązanej i udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych oraz odpłatnie. W obu zakładach leczniczych (tj. Szpitala Południowego i Przychodni Przyszpitalnej) – według postanowień regulaminów udzielania świadczeń leczniczych (stanowiących załączniki do Regulaminu organizacyjnego WSzP) dla tych zakładów leczniczych.

¹⁰ Według RPWDL z dniem 13 października 2025 r. zakończyła działalność leczniczą - ostatnia zlokalizowana przy ul. Solec 93 - komórka organizacyjna tj. „Punkt Pobrań COVID -19” (wcześniej działalność leczniczą zakończyły – z dniem 30 czerwca 2024 r. – zlokalizowane tam komórki organizacyjne: „Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna” i „Izba Przyjęć”. Jako przyczynę wskazano zły stan techniczny budynku szpitala przy ul. Solec 93, który w znacznej części wymagał kompleksowego remontu i poniesienia nakładów inwestycyjnych (przez właściciela tj. Miasto St. Warszawę).

¹¹ Systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia.

¹² Wyłączając Narodowy Instytut Onkologii.

¹³ System resortowych kodów identyfikacyjnych.

¹⁴ Stan na 31 grudnia 2021 r.

¹⁵ Stan na 12 listopada 2025 r.

¹⁶ W 2022 r. – 54 komórki, w 2023 r. – 32, w 2024 r. – 36, w 2025 r. – 33. Umowy podpisane z NFZ - wg stanu na 20 października 2025 r.

¹⁷ Iloraz liczby osobodni leczenia w danym okresie do liczby chorych hospitalizowanych w tym okresie. Inaczej średnia długość hospitalizacji w dniach.

szpitalnego), 4,5 w 2023 r. (tj. 2 dni do 11 dni), 4,5 w 2024 r. (tj. od 2 dni do 10 dni) i 5,5 w pierwszych trzech kwartałach 2025 r. (tj. od 1 dnia do 10 dni). W każdym z lat okresu objętego kontrolą pacjent najkrócej był hospitalizowany na oddziale chirurgicznym ogólnym¹⁸ (1 lub 2 dni), a najdłużej – na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii¹⁹ (10 lub 11 dni). Jednocześnie wskaźnik wykorzystania łóżek szpitalnych w %²⁰ wynosił: 59,5 % w 2022 r., 97,7 % w 2023 r., 84,6 % w 2024 r. i 83,4 % w 2025 r. (kwartały I-III).

W okresie 2022-2025 zmniejszył się udział lekarzy zatrudnionych²¹ na podstawie umowy o pracę w ogólnej liczbie lekarzy świadczących pracę w WSzP: z 13,7 % na koniec 2022 r., 13,6% - na koniec 2023 r., 10,1 % - na koniec 2024 r., do 8,3 na koniec III kwartału 2025 r. Natomiast w przypadku pielęgniarek i położnych udział ten kształtował się w następujący sposób: 28,09 % na koniec 2022 r., 34,31 % na koniec 2023 r., 33,91 % na koniec 2024 r. i 32,67 % na koniec III kwartału 2025 r.

(akta kontroli str. 2177-2178, 2199-2202, 2275-2294, 3247-3250)

1.3. WSzP został zakwalifikowany do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej²², jako szpital I stopnia²³. Było to podstawą do zawarcia z NFZ umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej²⁴.

Warunkiem podpisania umowy PSZ na okres od 1 stycznia 2027 r. - zgodnie z art. 6 ustawy o z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta²⁵ - jest uzyskanie autoryzacji, która jest przyznawana na okres 5 lat przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia²⁶. W WSzP wprowadzono, co jest konieczne, aby uzyskać ww. autoryzację, wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem²⁷ zgodnie z wymogiem wynikającym z art. 61 ustawy o jakości, tj. w terminie do 30 czerwca 2024 r.²⁸

Przed wprowadzeniem obligatoryjnego ww. wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem, w WSzP zbudowano system zarządzania jakością na bazie założeń międzynarodowej normy ISO 9001:2005 (uzyskano stosowny certyfikat i prowadzono cyklicznie audyty).

¹⁸ Oddział Chirurgii Ogólnej / Oddział Chirurgii Ogólnej i Proktologicznej.

¹⁹ Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii – do 1 kwietnia 2022 r. istniały dwa takie oddziały.

²⁰ Iloraz całkowitej liczby wykorzystanych osobo-łóżek do liczby oferowanych miejsc w szpitalu, podzielony przez liczbę dni w roku (365) i pomnożony przez 100 (wynik w %). Inaczej wskaźnik obłożenia łóżek. Mierzy on, jaki procent dostępnych łóżek jest zajęty przez pacjentów w danym okresie.

²¹ Liczba osób.

²² Art. 95I ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. z 2025 r. poz. 1461, ze zm.; dalej jako „uśoz”.

²³ W związku z realizacją świadczeń zdrowotnych w profilach: chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych, ortopedii i traumatologii narządów ruchu, położnictwa i ginekologii, anestezjologii i intensywnej terapii

²⁴ Dalej jako „umowa PSZ”. Umowa została zawarta na okres od 1 stycznia 2023 r. do 30 czerwca 2027 r.

²⁵ Dz. U. poz. 1692; dalej jako „ustawa o jakości”.

²⁶ Dalej jako „NFZ”. Według zaktualizowanego harmonogramu składania wniosków o autoryzację na obszarze województwa mazowieckiego (z dnia 23 grudnia 2025 r.) termin złożenia przez WSzP wniosku o akredytację ustalony został na okres od 9 do 30 marca 2026 r.

²⁷ Dalej jako „WSZjB”.

²⁸ System składający się z zasad, procedur, metod oraz opisów stanowisk pracy, w celu zapobieżenia wystąpieniu zdarzeń niepożądanych. Uchwała Zarządu Spółki: nr 11/12/2023 z dnia 28 grudnia 2023 r. w sprawie przyjęcia procedury „Zarządzanie Ryzykiem w Warszawskim Szpitalu Południowym sp. z o.o.”, nr 7/6/2025 z dnia 18 czerwca 2024 r. w sprawie przyjęcia procedury „Monitorowania, zasad zgłaszania, analizy, przyczyn źródłowych, identyfikacji ryzyka oraz opracowywania zaleceń działań naprawczych zdarzeń niepożądanych”.

W ocenie NIK istotne jest, aby w dążeniu do spełnienia standardów akredytacyjnych²⁹ zapewnić wzajemną spójność obu systemów zarządzania jakością i docelowo stworzenie jednego, spójnego systemu, który spełnia formalne wymogi normy ISO, specyficzne standardy akredytacyjne (CMJ)³⁰ oraz zawiera obowiązkowe elementy WSZJiB (stworzenie jednego zbioru procedur, prowadzenie szkoleń personelu z procedur wynikających ze wszystkich systemów jednocześnie, a nawet przeprowadzanie wewnętrznych audytów, które oceniają zgodność z ISO, WSZJiB i standardami akredytacyjnymi w jednym raporcie).

Wdrożony w WSzP system zarządzania jakością był niekompletny z powodu braków w dokumentacji (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 1820-1824, 1891-1897, 1902-2107, 2824-2825, 3028-3037, 3109, 3198)

1.4. W WSzP sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych określone były w regulaminie organizacyjnym³¹. Ponadto WSzP był obowiązany do przekazywania, w celu dokonywania wpisu do księgi rejestrowej³² danych, o których mowa w art. 100 udl.

WSzP nie zgłosił organowi rejestrowemu zaprzestania działalności dwóch komórek organizacyjnych w ustawowym terminie (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*). Nie dokonał również odpowiednich zmian w regulaminie organizacyjnym (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 2813-2819)

1.5. W WSzP³³ był zorganizowany Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR).³⁴

Warunki działania (SOR) odpowiadały wymogom ogólnoprzestrzennym dla wybranych pomieszczeń i urządzeń, wymaganiom ogólnobudowlanym i innym wymaganiom w zakresie szpitalnego oddziału ratunkowego³⁵.

Stwierdzono, że na SOR, oprócz przyjęć osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, odbywały się także, choć w ograniczonym zakresie, przyjęcia na leczenie szpitalne w trybie planowym (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 1740-174, 2381-2402, 2834-2837)

1.6. W okresie objętym kontrolą WSzP, oprócz świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, udzielał również świadczeń odpłatnie. Udzielanie takich świadczeń uregulowano

²⁹ Akredytacja w ochronie zdrowia udzielana przez ministra właściwego do spraw zdrowia, o której mowa w art. 21 ustawy o jakości, ma na celu dobrowolne potwierdzenie spełniania przez podmiot wykonujący działalność leczniczą standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz funkcjonowania tego podmiotu, a posiadanie odpowiedniego certyfikatu akredytacyjnego wiąże się z możliwością uzyskania korzyści (dodatkowych środków finansowych w ramach umowy z NFZ) dzięki naliczeniom za pomocą stosownego współczynnika korygującego, o którym mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 22 września 2017 r. (Dz.U. z 2025 r. poz. 878).

³⁰ Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

³¹ Zgodnie z obowiązkiem określonym w art. 23 udl.

³² RPWDL.

³³ W zakładzie leczniczym „Szpital Południowy”.

³⁴ Co było możliwe w związku ze spełnieniem wymogów określonych w § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2025 r. poz. 1646); dalej jako „rozporządzenie o SOR”), tj. w lokalizacji znajdowały się: oddział chirurgii ogólnej, oddział chorób wewnętrznych, oddział anestezjologii i intensywnej terapii, pracownia diagnostyki obrazowej oraz miejsce udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

³⁵ Dokonano celowego doboru wymogów dla potrzeb badania w drodze oględzin.

w § 14 ust. 1 Regulaminu udzielania świadczeń zdrowotnych w zakładzie leczniczym „Szpital Południowy”³⁶ i § 13 ust. 1 Regulaminu udzielania świadczeń zdrowotnych w zakładzie leczniczym „Przychodnia Przyszpitalna”³⁷.

Na Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej nie zapewniono należytego rozdzielania udzielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych (na podstawie umowy z NFZ) oraz udzielanych odpłatnie (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 2838-2852, 2940-2952, 2987-2988)

1.7. WSzP jako podmiot leczniczy i świadczeniodawca był obowiązany³⁸, do spełniania warunku posiadania pomieszczeń lub urządzeń, odpowiadających wymaganiom odpowiednim do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych³⁹.

Do badania spełnienia ww. wymagań⁴⁰ w komórkach organizacyjnych WSzP wybrano komórki organizacyjne „Zakładu Patomorfologii”⁴¹, a także Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej⁴².

Stwierdzono, że nie zapewniono spełnienia niektórych wymagań dotyczących pomieszczeń lub urządzeń w ww. komórkach organizacyjnych (szczegółowe opisy w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 2403-2476, 2477-2519, 2520-2576, 2853-2878, 2879-2889, 2989-3016)

1.8. WSzP był obowiązany⁴³, aby osoby wykonujące zawody medyczne udzielały świadczeń zgodnie z harmonogramem stanowiącym załącznik do umowy z NFZ, w tym w zakresie dostępności miejsca udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Stwierdzono jednak, że w przypadku udzielania świadczeń w poradni neurologicznej, nie zapewniono spełnienia ww. wymagań, tj. świadczeń udzielano w innej lokalizacji niż wskazana w harmonogramie, a WSzP nie zgłosił zmiany miejsca udzielania świadczeń NFZ oraz do RPWDL (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 2890-2939)

1.9. W WSzP prowadzono ewidencję mienia ruchomego (w tym sprzętu medycznego), jednak nie w każdym przypadku zapewniono aktualną i precyzyjną informację o na jego temat, co stwierdzono na przykładach: wanny porodowej⁴⁴ i oftalmoskopu⁴⁵. Powyższe wyroby medyczne nie

³⁶ Załącznik nr 3 do Regulaminu organizacyjnego.

³⁷ Załącznik nr 4 do Regulaminu organizacyjnego.

³⁸ Zgodnie z art. 17 ust. 1 pkt 1 i art. 22 ust. 1 udl oraz z § 7 ust. 1 załącznika („Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych”) do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2025 r. poz. 400, ze zm.; dalej jako „OWU”).

³⁹ Określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2022 r. poz. 402; dalej jako „rozporządzenie w sprawie szczegółowych wymagań”).

⁴⁰ Dokonano celowego wyboru wymogów dla potrzeb badania w drodze oględzin.

⁴¹ Jednostka organizacyjna w zakładzie leczniczym „Szpital Południowy”: (dwie komórki organizacyjne przy ul. Leona Kruczkowskiego: Pracownia Histopatologii i Pracownia Badań Cytodiagnostycznych oraz jedna komórka organizacyjna przy ul. rtm. Witolda Pileckiego 99: Zakład Badań Pośmiertnych

⁴² Przy ul. Witolda Pileckiego 99.

⁴³ Zgodnie z § 3 ust. 1 i § 6 ust. 1 w związku z § 1 pkt 2 lit. a) załącznika do OWU.

⁴⁴ W związku z oględzinami w Zakładzie Badań Pośmiertnych – ww. wanna pozostawiona była w okolicach tego Zakładu.

⁴⁵ W związku z badaniem dotyczącym udzielania świadczeń w poradni neurologicznej.

znajdowały się w posiadaniu komórek organizacyjnych, do których zostały przypisane w wykazie „Środków trwałych medycznych” (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 2890-2939)

1.10. WSzP był obowiązany⁴⁶, aby osoby wykonujące zawody medyczne udzielały świadczeń zgodnie z harmonogramem stanowiącym załącznik do umowy z NFZ, w tym w zakresie personelu udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej.

W zakresie kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne - w dwóch wybranych w sposób celowy komórkach organizacyjnych⁴⁷ - nie w każdym przypadku zapewniono spełnienie ww. wymagań, tj. nie wszystkie osoby wskazane w harmonogramie w sekcji III. Personel udzielał świadczeń oraz świadczeń udzielały osoby nie wskazane w harmonogramie. Stanu zatrudnienia nie weryfikowano, a zmiany informacji o osobach udzielających świadczeń zdrowotnych nie zgłaszano terminowo do NFZ w celu zmiany harmonogramu (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 2577-2776, 3156-3175)

1.11. WSzP zobowiązany był do przestrzegania regulacji dotyczących czasu pracy i odpoczynku personelu medycznego oraz do zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom w procesie leczenia.

Stwierdzono jednak przypadki⁴⁸ nadmiernego obciążania pracą personelu medycznego (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 2577-2776, 2777-2812, 3176-3195)

1.12. WSzP jako świadczeniodawca zobowiązany był⁴⁹ do udzielania świadczeń w pomieszczeniach wyposażonych w aparaturę i sprzęt medyczny posiadający stosowne certyfikaty, atesty lub inne dokumenty potwierdzające dopuszczenie ich do użytku oraz dokumenty potwierdzające dokonanie aktualnych przeglądów wykonanych przez uprawnione podmioty, biorąc pod uwagę wymogi dotyczące wyrobów medycznych⁵⁰.

Stwierdzono jednak⁵¹, że w dwóch z 18 przypadków objętej badaniem aparatury, brak było przeglądu w odpowiednim terminie lub brak dokumentacji potwierdzającej dokonanie przeglądów technicznych (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 779-896)

Stwierdzone nieprawidłowości

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

1. Dokumentacja będąca elementem systemu zarządzania jakością sporządzana i przechowywana była nierzetelnie. Brak było części raportów z audytów (braki dotyczyły niektórych

⁴⁶ Zgodnie z § 3 ust. 1 i § 6 ust. 1 w związku z § 1 pkt 2 lit. b) załącznika do OWU.

⁴⁷ Na Oddziale Chirurgii Ogólnej i Proktologicznej oraz na Oddziale Chorób Wewnętrznych i Geriatrii.

⁴⁸ Badanie przeprowadzono w dwóch wybranych w sposób celowy komórkach organizacyjnych (tj. na Oddziale Chirurgii Ogólnej i Proktologicznej oraz na Oddziale Chorób Wewnętrznych i Geriatrii) oraz w wybranej w sposób celowy grupie 20 osób wykonujących zawody medyczne.

⁴⁹ Zgodnie z § 7 ust. 1 załącznika do OWU.

⁵⁰ Art. 63 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych Dz. U. z 2024 r. poz. 1620, ze zm.

⁵¹ Przy doborze kierowano się kryterium najwyższej wartości księgowej (początkowej).

z przeprowadzonych audytów na 2024 r.), rocznych harmonogramów audytów wewnętrznych (brakowało harmonogramów na lata 2022 i 2023), załączników (rysunków) od nr 2 do nr 30 do Księgi jakości, a także wykazu procedur obowiązujących w WSzP (brakowało wykazu dotyczącego 2002 r.) oraz rejestrów zdarzeń niepożądanych, które miały miejsce w WSzP (obejmujących lata 2023-2024). Świadczy to o tym, że w badanym okresie nie zawsze dochowywano należytej staranności w WSzP w zakresie sporządzania i/lub przechowywania dokumentacji⁵²,

Koordynator Działu Jakości, Audytu i Kontroli Wewnętrznej, wyznaczonego w regulaminie organizacyjnym do wykonywania zadań w zakresie audytów i kontroli jakości oraz zarządzania ryzykiem i bezpieczeństwem pacjenta, w tym monitorowania zdarzeń niepożądanych, wyjaśniła, że ww. rysunki od numeru 2 do 30 nie zostały opracowane i co za tym idzie nie zostały dołączone do Księgi jakości, która została przyjęta uchwałą Prezesa Zarządu nr 4//9/2024 z dnia 6 września 2024 r.

(akta kontroli str. 1955-1956, 2014-2015, 3109)

2. Regulamin organizacyjny WSzP, w zakresie danych określonych w art. 24 ust. 1 pkt 7 udl, zawierał informacje niezgodne ze stanem faktycznym, o niefunkcjonujących komórkach organizacyjnych.

Komórki organizacyjne: „Poradnia chirurgii onkologicznej I”⁵³ (ul. Solec 99) i „Poradnia chirurgii onkologicznej II” (ul. rtm. Witolda Pileckiego 99), mimo że faktycznie nie funkcjonowały były ujęte w regulaminie organizacyjnym WSzP.

Kierownik Działu Rozliczeń Świadczeń Zdrowotnych, wyznaczonego w regulaminie organizacyjnym do wykonywania zadań w zakresie zgodności, wyjaśniła⁵⁴, że komórki te były ujęte w regulaminie (i w RPWDL) ze względu na planowane w 2021 r. przystąpienie do konkursu na realizację świadczeń z zakresu chirurgii onkologicznej.

Utrzymywanie ww. opisanego stanu mogło wprowadzać w błąd, w tym pacjentów, co do zakresu udzielanych przez WSzP świadczeń.

(akta kontroli str. 2813-2819)

3. Nie dochowano obowiązku aktualizacji informacji o WSzP w księdze rejestrowej (RPWDL), co stanowiło naruszenie art. 107 ust. 1 udl.

Komórki organizacyjne: „Poradnia chirurgii onkologicznej I”⁵⁵ (ul. Solec 99) i „Poradnia chirurgii onkologicznej II” (ul. rtm. Witolda Pileckiego 99), mimo tego, że faktycznie nie funkcjonowały nadal były ujęte w księdze rejestrowej WSzP. Nie dokonano zgłoszenia organowi prowadzącemu rejestr zmian w tym zakresie, mimo obowiązku zgłoszenia tego w terminie określonym w art. 107 ust. 1 udl, tj. w terminie 14 dni od dnia ich powstania.

Kierownik Działu Rozliczeń Świadczeń Zdrowotnych, wyznaczonego w regulaminie organizacyjnym do zgłaszania zmian danych do RPWDL, wyjaśniła⁵⁶, że komórki te były ujęte w regulaminie ze względu na planowane w 2021 r. przystąpienie do konkursu na realizację świadczeń z zakresu

⁵² W tym przewidzianej w procedurach (np. dotyczących zdarzeń niepożądanych).

⁵³ Kody identyfikujące komórkę organizacyjną i jej specjalność (VII i VIII cz. SRKI): 1540 Poradnia chirurgii onkologicznej.

⁵⁴ Wyjaśnienia z dnia 5 grudnia 2025 r.

⁵⁵ Kody identyfikujące komórkę organizacyjną i jej specjalność (VII i VIII cz. SRKI): 1540 Poradnia chirurgii onkologicznej.

⁵⁶ Wyjaśnienia z dnia 5 grudnia 2025 r.

chirurgii onkologicznej. Warunkiem ubiegania się o kontrakt z NFZ jest posiadanie odpowiedniego wpisu w RPWDL wskazującego m.in. specjalność komórki organizacyjnej.

Utrzymywanie nieaktualnych informacji w RPWDL było niezgodne z ww. przepisem oraz może skutkować wprowadzeniem w błąd co do zakresu udzielanych przez WSzP świadczeń.

(akta kontroli str. 2813-2819)

4. Nie zapewniono aktualizacji informacji w RPWDL w zakresie terminowego zgłaszania przez WSzP organowi rejestrowemu danych w celu aktualizowania informacji o WSzP w księdze rejestrowej (RPWDL), mimo obowiązku określonego w art. 107 ust. 1 udl, o faktycznie funkcjonującej komórce organizacyjnej.

Komórka organizacyjna (faktycznie funkcjonująca podczas kontroli NIK) „Centralna Sterylizatornia” (w ramach jednostki organizacyjnej „Centrum Usług”) przy ul. rtm. Witolda Pileckiego 99 była ujęta w regulaminie organizacyjnym WSzP, a mimo to nie została ujęta w księdze rejestrowej w RPWDL. Było to niezgodne z art. 107 ust. 1 udl, bowiem w terminie 14 dni od dnia powstania tej komórki organizacyjnej nie złożono wniosku o zmianę wpisu w RPWDL. „Centralna Sterylizatornia” (ul. rtm. W. Pileckiego 99) była ujęta w regulaminie organizacyjnym od początku 2023 r.

Kierownik Działu Rozliczeń Świadczeń Zdrowotnych⁵⁷, wyjaśniła, że „Centralna Sterylizatornia” nie została ujęta jako komórka organizacyjna w RPWDL, ponieważ nie spełnia ustawowej definicji komórki organizacyjnej udzielającej świadczeń zdrowotnych, której wykaz podlega wpisowi do RPWDL. (...) Wytyczne organów rejestrowych oraz utrwalona praktyka wskazują, że Centralne Sterylizatornie nie są ujmowane jako komórki organizacyjne w rejestrach RPWDL, ponieważ nie wykonują świadczeń zdrowotnych”.

Nie można zgodzić się z wyżej przedstawionym poglądem, ponieważ organ rejestrowy wydaje jedynie wytyczne w formie wezwań do uzupełnienia braków w dokumentach i są to konkretne instrukcje dotyczące usunięcia uchybień formalnych czy merytorycznych we wniosku, aby uzyskać wpis do rejestru. Należy zauważyć, że w art. 100 ust. 1 pkt 6 udl mowa jest o komórkach, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

Sterylizatornia powinna być wpisana do RPWDL z kodem 9000 „Inna i nieokreślona komórka działalności medycznej”. Ponadto wcześniej funkcjonująca komórka organizacyjna „Centralna Sterylizatornia” (ul. Solec 93) była wpisana do RPWDL (rozpoczęła działalność z dniem 29 grudnia 2017 r. i została wykreślona z RPWDL w związku z zakończeniem działalności z dniem 1 września 2022 r.).

(akta kontroli str. 2813-2819)

5. Na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (SOR) odbywały się przyjęcia na leczenie szpitalne w trybie planowym, co było niezgodnie z § 2 ust. 2 rozporządzenia o SOR.

Stwierdzono⁵⁸, że na SOR, oprócz przyjęć w trybie pilnym (stanów nagłych zagrożenia życia lub zdrowia), odbywały się także, choć w ograniczonym zakresie, przyjęcia na leczenie szpitalne w trybie planowym (pracę zorganizowano w ten sposób, że od godz. 11.00 przyjęcia planowe odbywały się w Rejestracji SOR, zamiast w Rejestracji przyjęć planowych).

⁵⁷ Działu wyznaczonego w regulaminie organizacyjnym do zgłaszania zmian danych do RPWDL.

⁵⁸ W wyniku oględzin dokonanych na SOR w ramach niniejszej kontroli w dniu 19 listopada 2025 r.

Przyczyną zorganizowania tych przyjęć na SOR było niewłaściwe postanowienie regulaminu organizacyjnego tj. § 26 ust. 1 i 2 Załącznika nr 3 do Regulaminu organizacyjnego⁵⁹ w brzmieniu: „Przyjęcia planowe prowadzi Punkt przyjęć w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym. Punkt przyjęć kieruje pacjenta do oddziału, do którego pacjent został skierowany, zgodnie ze skierowaniem (...)”.

Kierownik SOR, jako osoba odpowiedzialna, wyjaśnił, że pacjenci do przyjęć planowych nie rejestrują się do SOR i nie pobierają karteczek z numerami kolejki SOR. Te przyjęcia odbywają się w czasie, kiedy nikt nie czeka do zarejestrowania się jako pacjent SOR. Przez co pacjenci do przyjęć planowych nie wchodzi do kolejki pacjentów SOR, nie opóźniają i nie blokują przyjęć pilnych. Jeżeli w trakcie przyjmowania pacjenta do planowej hospitalizacji pojawi się pacjent, czy to przywieziony przez ZRM, czy to pacjent, który przyszedł samodzielnie, chcący zarejestrować się do SOR, proces przyjęcia planowego jest przerywany, po to, aby zarejestrować w pierwszej kolejności pacjenta SOR. Pacjent do przyjęcia planowego jest informowany, że jego rejestracja będzie za chwilę kontynuowana.

Utrzymywanie ww. opisanego stanu powoduje niezgodność z ww. przepisem rozporządzenia o SOR i może skutkować kolidowaniem z przyjęciami w trybie nagłym, do których przeznaczony jest SOR.

(akta kontroli str. 1740-1741, 2381-2402, 2834-2837)

6. Na Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej nie zapewniono należytego rozdzielania udzielania świadczeń pacjentom nieodpłatnie (na podstawie umowy z NFZ) i odpłatnie, bowiem personel zgłoszony do umowy z NFZ, w porach wskazanych w załączniku „Harmonogram – Zasoby” do tej umowy, udzielał świadczeń opieki zdrowotnej, których koszt był pokrywany przez pacjentów, co było niezgodne z postanowieniami umowy i z § 9 ust. 1 załącznika do OWU.

W komórce organizacyjnej „Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej” w godzinach przewidzianych w umowie z NFZ (załącznik „Harmonogram – Zasoby” sekcja II. Dostępność miejsca udzielania świadczeń), korzystając z pomieszczeń (w komórce organizacyjnej wskazanej w ww. załączniku w sekcji I. Miejsce udzielania świadczeń) i sprzętu (wskazanego w ww. załączniku w sekcji IV. Sprzęt) lekarze udzielający świadczeń w ramach umowy z NFZ (wykazani w ww. załączniku w sekcji III. Personel) udzielali świadczeń odpłatnie. Dotyczyło to części Oddziału na I piętrze na obszarze wydzielonym jako „Warszawskie Centrum Chirurgii Kręgosłupa” (WCCK)⁶⁰. Było to niezgodne z § 9 ust. 1 załącznika do OWU, w którym ustalono, że świadczeniodawca udziela świadczeń przez cały okres obowiązywania umowy, zgodnie z określonym w umowie harmonogramem oraz planem rzeczowo-finansowym. W Załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁶¹ w pkt „35. Ortopedia i traumatologia narządu ruchu (...)” w wymaganiach dotyczących organizacji świadczeń ustalono: „zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia (...)”. Podobnie, w korelacji z tym rozporządzeniem, w umowie z NFZ (w załączniku „Harmonogram – Zasoby” sekcja II. Dostępność miejsca udzielania świadczeń” ustalono, że udzielanie świadczeń gwarantowanych w zakresie „Ortopedia i traumatologia narządu

⁵⁹ Regulamin udzielania świadczeń zdrowotnych w zakładzie leczniczym „Szpital Południowy”.

⁶⁰ WCCK nie było komórką organizacyjną w sensie formalnym.

⁶¹ Dz. U. z 2023 r. poz. 870, ze zm.

ruchu – hospitalizacja” (realizowanych na Oddziale Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej) ma być realizowane w każdy dzień tygodnia całodobowo (od godz. 0:00 do godz. 24:00).

Przyczyną opisanej nieprawidłowości był brak funkcjonalnego rozdzielenia świadczeń udzielanych na podstawie umowy z NFZ oraz opłacanych przez pacjentów.

Według wyjaśnień Kierownik Działu Rozliczeń Świadczeń Zdrowotnych⁶², proces udzielania świadczeń zdrowotnych określony był w regulaminie organizacyjnym WSzP. Świadczenia zdrowotne, za które pobierane były opłaty udzielane były w sposób nieograniczający dostępności do świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Z kolei według wyjaśnień [...]*, lekarza Oddziału udzielającego świadczeń na terenie oznaczonym jako „WCCK” (podpisanego jako „Kierownik WCCK”) konsultacje ambulatoryjne pacjentów NFZ przeprowadzane były w oddzielnym wydzielonym czasie tzn. w osobne dni lub z przerwą 2 godziną względem konsultacji komercyjnych, a blokady [zastrzyki leków] wykonywane komercyjnie były w sali zabiegowej dedykowanej usługom komercyjnym w godzinach, w których lekarze WCCK nie świadczyli usług w ramach NFZ. Pobytu chorych komercyjnych odbywały się w WCCK dedykowanym do usług komercyjnych. Praca lekarzy i personelu medycznego w ramach usług komercyjnych nie pokrywała się w czasie świadczenia usług w ramach NFZ. Natomiast Kierownik Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, na którego terenie znajduje się tzw. „WCCK” wyjaśnił, że lekarze WCCK widnieją [wskazywani są] jako pracownicy Oddziału Ortopedii praktycznie pracujący tylko w miejscu WCCK, i nie posiada wiedzy odnośnie wynagrodzeń / kontraktów osób tam pracujących i podmiotu leczniczego [WCCK].

Jednak według stanu opisanego w harmonogramach pracy („grafikach”) lekarzy na terenie tzw. WCCK, w przypadku dwóch z czterech lekarzy udzielających świadczeń na terenie tzw. WCCK (tj. [...]* i [...]*) wykazanych w ww. załączniku w sekcji III. Personel w umowie z NFZ), czas pracy przeznaczony na udzielanie świadczeń finansowanych ze środków NFZ pokrywał się z udzielaniem świadczeń komercyjnych (i tak odpowiednio [...]*: środa 8.00 – 19.00 – NFZ, środa 16.00 – 20.00 – komercyjnie; [...]*: środa 8.00 – 19.00 – NFZ, środa 10 – 15.00 – komercyjnie).

W wyjaśnieniach [...]*, - lekarz Oddziału udzielający świadczeń na terenie oznaczonym jako „WCCK” (podpisany jako „Kierownik WCCK”) – niektóre pomieszczenia Oddziału znajdujące się na terenie tzw. WCCK uznał za pomieszczenia „dedykowane usługom komercyjnym”, mimo, iż brak funkcjonalnego rozdzielenia świadczeń opłacanych przez pacjentów od świadczeń udzielanych na podstawie umowy z NFZ oraz brak (w regulaminie organizacyjnym i RPWDL) komórki organizacyjnej „WCCK” (komórką organizacyjną jest Oddział). Z kolei z ustaleń (Kierownika Działu Technicznego) wynika, że pomieszczenie Oddziału na terenie oznaczonym jako „WCCK”) jest wykorzystywane dla celów komercyjnych, tj. pokój B+I/074 [znajdujący się na obszarze wydzielonym jako „WCCK”), „jest wykorzystywany przez pacjentów komercyjnych, którzy są transportowani wraz z łóżkiem szpitalnym na Blok Operacyjny i również z niego przewożeni do ww. pokoju”.

⁶² Działu wyznaczonego w regulaminie organizacyjnym do wykonywania zadań z zakresu obsługi umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

* Na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. z 2022 r. poz. 902, ze zm.) NIK wyłączyła jawność informacji w zakresie danych osobowych. Wyłączenia tego dokonano w interesie osoby fizycznej.

Działalność komercyjna prowadzona na tym samym Oddziale i w tym samym czasie, przez te same osoby, które pracują w ramach kontraktu z NFZ, może być uznana przez Fundusz za naruszenie umowy.

(akta kontroli str. 2520-2576, 2838-2852, 2889, 2940-2952, 2987-2988)

7. Niewłaściwy stan sanitarno-techniczny budynku oraz wyposażenia pomieszczeń w lokalizacji przy ul. Leona Kruczkowskiego 3 w Zakładzie Patomorfologii.

W Zakładzie Patomorfologii w lokalizacji przy: ul. Leona Kruczkowskiego 3⁶³ stwierdzono⁶⁴ niewłaściwy stan sanitarno-techniczny oraz wyposażenia pomieszczeń, w tym niespełnianie następujących wymagań dotyczących pomieszczeń lub urządzeń określonych w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych wymagań, w szczególności:

a) na pierwszym piętrze budynku część podłóg oraz ich połączenia ze ścianami nie były wykonane z materiałów (i w sposób) umożliwiających ich mycie i dezynfekcję (co było niezgodne z wymogami przepisów § 30 rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań).

Kierownik Zakładu Patomorfologii i Kierownik Działu Technicznego w zakresie ich odpowiedzialności wyjaśnili, że przyczyną tego stanu rzeczy było pierwotne zamierzenie, że pierwsze piętro budynku przy ul. Leona Kruczkowskiego 3 będzie przeznaczone do adaptacji pomieszczeń administracyjnych, socjalnych oraz do prowadzenia działań edukacyjnych. Pomieszczenia te miały być przeniesione z parteru budynku (architektura budynku, stropy drewniane nie pozwalają na duże obciążenie) w związku z planowanym rozwinięciem pracowni badań genetycznych. Remont [części] pomieszczeń pierwszego piętra został wykonany z własnych środków [WSzP] przez pracowników Działu Technicznego. Zamierzenia [co do wykorzystania pierwszego piętra] są nieznane. Zakład rozrasta się, być może w przyszłości pomieszczenia te zostaną wykorzystane na potrzeby Zakładu Patomorfologii. Budynek należy do Miasta.

b) zagrożenia przeciekania dachu lub rozszczelnienia instalacji (częściowo dziurawy sufit w archiwum dokumentacji medycznej, zacieki na suficie klatki schodowej, zacieki na suficie u ujścia instalacji wentylacji w pracowni badań śródoperacyjnych i cytologicznych), mimo że WSzP użytkując budynek na podstawie umowy z Miastem St. Warszawą, powinien utrzymywać budynek we właściwym stanie technicznym tj. zgodnie z przepisami art. 61 i art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane⁶⁵.

Kierownik Zakładu Patomorfologii i Kierownik Działu Technicznego w zakresie ich odpowiedzialności wyjaśnili, że fakt powstania zacieków został zgłoszony do działu technicznego, a remont dachu przewidziany jest na 2/3 kwartał 2026 roku.

c) niesprawa wentylacja w pomieszczeniu pracowni histopatologicznej. Było to niezgodne z wymogami przepisów § 2 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2024 r. w sprawie wymagań, jakim powinno odpowiadać medyczne laboratorium diagnostyczne, oraz kwalifikacji personelu⁶⁶ oraz § 6 ust. 2 pkt 3 i § 12 ust. 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej

⁶³ W lokalizacji przy ul. Leona Kruczkowskiego 3 znajdują się dwie z trzech komórek organizacyjnych (Pracownia Histopatologii, Pracownia Badań Cytodiagnostycznych) jednostki organizacyjnej p.n. „Zakład Patomorfologii” (na parterze budynku). Wymagania są ustalone m.in. łącznie dla Zakładu Patomorfologii (w sekcji X. Zakład Patomorfologii w załączniku nr 1 rozporządzenie w sprawie szczegółowych wymagań.

⁶⁴ W wyniku oględzin dokonanych w ramach niniejszej kontroli w dniu 21 listopada 2025 r.

⁶⁵ Dz. U. z 2025 r. poz. 418, ze zm.; dalej jako „Prawo budowlane”.

⁶⁶ Dz. U. poz. 1188.

z dnia 10 kwietnia 1972 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy w zakładach anatomii patologicznej, w prosekturach oraz w pracowniach histopatologicznych i histochemicznych⁶⁷.

Kierownik Działu Technicznego, wyznaczonego w regulaminie organizacyjnym do wykonywania zadań z zakresu obsługi urządzeń, wyjaśnił, że w dniu 13 listopada 2025 r. dział techniczny zweryfikował wentylację w pomieszczeniu pracowni histopatologicznej – stwierdzono uszkodzenie wentylatora wywiewnego.

Na dzień dokonania oględzin WSzP prowadził czynności w celu zakupu wentylatora.

(akta kontroli str. 2403-2476, 2853-2878, 2989-3016)

8. W Zakładzie Badań Pośmiertnych w lokalizacji przy: ul. rtm. Witolda Pileckiego 99 stwierdzono⁶⁸ niewłaściwy stan sanitarno-techniczny oraz wyposażenia pomieszczeń, w tym niespełnianie następujących wymagań dotyczących pomieszczeń lub urządzeń określonych w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych wymagań:

a) niedokończona instalacja hydrauliczna (rury wystające ze ściany), brak mebli (szaf) w pomieszczeniach (m.in. w pomieszczeniu wyznaczonym do mycia i ubierania zwłok; w pomieszczeniu oznaczonym „Magazyn” zaadaptowanym na „Biuro”, brak mebli formalinowych) i składowanie przedmiotów (pudła, narzędzia, wyroby medyczne itp.) na podłogach. Oznacza to, że ww. pomieszczenia (np. pokój formalinowy) nie były wyposażone zgodnie z ich przeznaczeniem, o którym mowa w art. 5 ust. 2 Prawa budowlanego, ustalonym w dokumentacji projektowej a w konsekwencji nie spełniały swoich funkcji (pokój formalinowy). Było to niezgodne również z § 2 ust. 2 pkt 7-8 rozporządzenia w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy w zakładach anatomii patologicznej, w prosekturach oraz w pracowniach histopatologicznych i histochemicznych.

Kierownik Działu Technicznego i Koordynator Prosektorium w zakresie ich odpowiedzialności wyjaśnili, że instalacja hydrauliczna (rury wystające ze ściany) stanowią instalację do podłączenia zaprojektowanej zabudowy [od kilku lat]⁶⁹. Przez cały okres pracy ww. koordynatora w prosektorium pomieszczenia nie były wyposażone w niezbędne meble, w tym szafy magazynowe, meble formalinowe oraz inne elementy wyposażenia umożliwiające ich prawidłowe i zgodne z przeznaczeniem użytkowanie.

b) niezapewnienie pomieszczenia do spożywania posiłków. Było to niezgodne z § 16 rozporządzenia w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy w zakładach anatomii patologicznej, w prosekturach oraz w pracowniach histopatologicznych i histochemicznych.

Kierownik Działu Technicznego i Koordynator Prosektorium w zakresie ich odpowiedzialności wyjaśnili, że w dokumentacji technicznej w obszarze prosektorium był zaprojektowany [od kilku lat] „aneks socjalny”, jednak dotąd nie wydzielono pomieszczenia przeznaczonego do spożywania posiłków przez personel prosektorium. Wyposażenie ww. pomieszczenia było planowane na pierwszy kwartał 2026 roku.

c) niezapewnienie w prosektorium/prosekturze wyposażenia w 2 stoły sekcyjne (był 1 stół), mimo, że szpital liczy ponad 200 łóżek. Było to niezgodne z wymogami § 2 rozporządzenia w sprawie

⁶⁷ Dz. U. Nr 17, poz.123.

⁶⁸ W wyniku oględzin dokonanych w ramach niniejszej kontroli w dniu 21 listopada 2025 r.

⁶⁹ Projekt powstał przed okresem objętym kontrolą (przed 2022 r. i przed rozpoczęciem pracy w WSzP przez Koordynatora Prosektorium).

bezpieczeństwa i higieny pracy w zakładach anatomii patologicznej, w prosekturach oraz w pracowniach histopatologicznych i histochemicznych.

Koordynator Prosektorium w zakresie swojej odpowiedzialności wyjaśnił, że przez cały okres jego pracy sala sekcyjna w prosektorium była wyposażona w jeden stół.

d) niezapewnienie prawidłowego i skutecznego odprowadzania wody z podłogi w sali sekcyjnej.

Kierownik Działu Technicznego, wyznaczonego w regulaminie organizacyjnym do wykonywania zadań z zakresu obsługi urządzeń, wyjaśnił, że zgodnie z dokumentacją powykonawczą spadki zostały zaprojektowane i wykonane, w tym odwodnienie liniowe.

Koordynator Prosektorium w zakresie swojej odpowiedzialności wyjaśnił, że przez cały okres jego pracy podłogi w sali sekcyjnej oraz w pomieszczeniu przeznaczonym do mycia i ubierania zwłok posiadały wykonane spadki, jednakże zastosowany odpływ liniowy nie zapewniał prawidłowego i skutecznego odprowadzania wody.

W § 5 pkt 4 rozporządzenia w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy w zakładach anatomii patologicznej, w prosekturach oraz w pracowniach histopatologicznych i histochemicznych określono wymóg, że podłogi powinny być wykonane ze spadkiem w kierunku wpustu podłogowego. Jednak, mimo, że wykonanie ww. spadku zostało dokonane to odprowadzanie wody z podłogi w sali sekcyjnej nie było skuteczne.

(akta kontroli str. 2477-2519, 2853-2878, 2989-3016)

9. Niewłaściwy stan sanitarno-techniczny, wykorzystanie oraz wyposażenie pomieszczeń na Oddziale Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej (w lokalizacji przy ul. rtm. Witolda Pileckiego 99), w tym niespełnianie wymagań dotyczących pomieszczeń lub urządzeń określonych w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych wymagań.

Na Oddziale Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej w lokalizacji przy: ul. rtm. Witolda Pileckiego 99 na I piętrze bloku B na obszarze wydzielonym jako „Warszawskie Centrum Chirurgii Kręgosłupa” (WCCK) stwierdzono⁷⁰:

a) zorganizowanie pokoi łóżkowych przechodnich

Pokoje łóżkowe: B+1/070 i B+1/072 były pokojami przechodnimi. Było to niezgodne z § 15 rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań.

b) niezapewnienie pokojom łóżkowym wymaganego wyposażenia, w tym umywalk

Pokoje łóżkowe B+1/070 i B+1/072 oraz B+1/104 (pomieszczenia pierwotnie nieprzeznaczone na pokoje łóżkowe, w których umieszczono łóżka szpitalne) nie były wyposażone w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki. Było to niezgodne z § 24 ust. 1 rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań.

c) niezapewnienie właściwego wyposażenia i wykorzystania pomieszczeń

⁷⁰ W wyniku oględzin dokonanych w ramach niniejszej kontroli w dniu 27 listopada 2025 r. Oględzin dokonano na Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, w lokalizacji przy ul. rtm. Witolda Pileckiego 99, znajdującej się na piętrze III bloku C i na piętrze I bloku B (obszar oznaczony jako „Warszawskie Centrum Chirurgii Kręgosłupa”).

-- pokój B +1/074 oznaczony jako „POKÓJ ŁÓŻKOWY” nie był wyposażony w łóżka (nie było łóżek). Zamiast tego pokój ten wyposażony był w telewizor, meble (fotele, stół, kozetka lekarska oraz aneks kuchenny), a większa część jego powierzchni użytkowej nie była wykorzystana. Ponadto wejście do pokoju ograniczono w sposób uniemożliwiający wstęp (np. osobom z kierownictwa oddziału) na kod/kartę;

- pokój B+1/077 przeznaczony (wg dokumentacji powykonawczej) na POKÓJ POBYTU PACJENTÓW PO ZABIEGU (113,03 m², 18 stanowisk) wyposażony w punkty poboru gazów medycznych i dostęp do toalety, przeznaczono (jak stwierdzono w trakcie oględzin) do innego wykorzystania (SALA FIZJOTERAPII) nie wykorzystując (mimo poniesionych nakładów na specjalne instalacje) w pełni jego właściwości (punkty poboru gazów medycznych, nie wykorzystano dużej części jego powierzchni użytkowej).

- niektóre pomieszczenia były wykorzystywane niezgodnie z przeznaczeniem: pomieszczenie B+1/093 (przeznaczone wg dokumentacji powykonawczej na KUCHENKĘ ODDZIAŁOWĄ), gdzie stwierdzono brak wyposażenia kuchennego i zawory w ścianie bez zainstalowania zlewu dwukomorowego; pomieszczenie B+1/104 (przeznaczone POKÓJ BADAŃ - CIEMNIA) zmienione na „POKÓJ ADMINISTRACYJNY”, gdzie umieszczono 2 łóżka szpitalne wraz z szafkami przyłóżkowymi.

Ww. pomieszczenia nie były wyposażone zgodnie z ich przeznaczeniem, o którym mowa w art. 5 ust. 2 Prawa budowlanego, ustalonym w dokumentacji projektowej, a w konsekwencji nie spełniały swoich (np. jako pokoje łóżkowe, w tym wyposażone w punkty poboru gazów medycznych i dostęp do toalety), mimo poniesienia nakładów na ich przygotowanie (np. na przyłącza gazów medycznych).

Kierownik Działu Technicznego w zakresie swojej odpowiedzialności wyjaśnił, że „Oddział Warszawskiego Centrum Chirurgii Kręgosłupa (WCCK) zlokalizowany przy ul. rtm. Witolda Pileckiego 99, został wyposażony zgodnie z wytycznymi, decyzjami organizacyjnymi oraz standardami określonymi przez ówczesny Zarząd Warszawskiego Szpitala Południowego.” Dział „realizował zadania związane z przygotowaniem, instalacją oraz przekazaniem wyposażenia do użytkowania zgodnie z otrzymanymi dyspozycjami.” W zakresie przyczyny wskazał, że zmiany „w zakresie wyposażenia, jego relokacji lub aktualnego sposobu użytkowania wynikają z późniejszych decyzji organizacyjnych, zmian potrzeb klinicznych lub bieżącej optymalizacji zasobów, a nie z uchybień na etapie pierwotnego wyposażenia oddziału.” „Pokoje B+I/070, B+I/072 oraz B+I/104 przeznaczone są na tymczasowy pobyt pacjentów po wykonanym zabiegu blokady. Czas pobytu pacjenta w ww. pomieszczeniach wynosi maksymalnie 2-3 godziny, w trakcie których pacjent pozostaje w pozycji leżącej. Po upływie tego czasu pacjent może wrócić do domu. Liczba pomieszczeń udostępnionych pacjentom, określona jako trzy pokoje, wynika z konieczności zapewnienia rozdziału ze względu na płęć. Pomieszczenie B+I/093 (kuchienka oddziałowa) nie jest wykorzystywane zgodnie z pierwotnym przeznaczeniem. Posiłki dostarczane są bezpośrednio na oddział z kuchni szpitalnej, do której trafiają one od firmy cateringowej.” Z wiedzy jaką posiada Dział „pokój B+I/074, jest wykorzystywany przez pacjentów komercyjnych, którzy są transportowani wraz z łóżkiem szpitalnym na Blok Operacyjny i również z niego przewożeni do ww. pokoju.” „Pokój B+I/077 został wyposażony zgodnie z obowiązującymi wytycznymi, decyzjami organizacyjnymi oraz standardami określonymi przez ówczesny Zarząd Warszawskiego Szpitala Południowego.”

(akta kontroli str. 2520-2576, 2879-2889)

10. Udzielano świadczeń w miejscu innym niż wskazane w harmonogramie do umowy z NFZ i nie zgłoszono zmiany do NFZ, mimo obowiązku określonego w § 6 ust. 2 załącznika do OWU oraz organowi rejestrowemu RPWDL, mimo obowiązku określonego w art. 107 ust. 1 udl.

W Regulaminie organizacyjnym WSzP i w księdze rejestrowej WSzP zamieszczone były informacje o dwóch poradniach neurologicznych ([1220] Poradnia neurologiczna) funkcjonujących przy ul. Solec 99 (nr komórki w księdze rejestrowej 032) i przy ul. rtm. Witolda Pileckiego 99 (nr komórki w księdze rejestrowej 156).

Zgodnie z treścią umowy z NFZ (załącznik nr 2 „Harmonogram – Zasoby” sekcja II. Dostępność miejsca udzielania świadczeń) świadczenia w Poradni neurologicznej udzielane winny być przy ul. rtm. Witolda Pileckiego 99. W ww. załączniku w sekcji III. Personel jako lekarz - specjalista neurologii wskazana jest [...]*. Tymczasem świadczenia w zakresie neurologii udzielane przez [...] były faktycznie jedynie przy ul. Solec 99.

Powyższe niezgodne z postanowieniami umowy z NFZ (inne miejsce udzielania świadczeń) oraz § 3 ust. 1 i § 6 ust. 1 i § 1 pkt 2 lit. a) załącznika do OWU. Ponadto, nie zgłoszono zmiany do NFZ, mimo obowiązku określonego w § 6 ust. 2 załącznika do OWU oraz nie dokonano zgłoszenia, organowi prowadzącemu rejestr, zmiany, mimo obowiązku zgłoszenia tego w terminie określonym w art. 107 ust. 1 udl, tj. w terminie 14 dni od dnia od tej zmiany.

Kierownik Działu Rozliczeń Świadczeń Medycznych, wyznaczonego w regulaminie organizacyjnym do wykonywania zadań w zakresie z zakresu obsługi umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz zgłaszania zmian danych do RPWDL, wyjaśniła, że po stwierdzeniu rozbieżności pomiędzy miejscem udzielania świadczeń wykazanych w umowie z NFZ a faktycznym miejscem realizacji, wystąpiono do NFZ o rozszerzenie umowy o nowe miejsca udzielania świadczeń z adresem Solec 99.

(akta kontroli str. 2890-2939)

11. Mimo, że w WSzP wdrożono mechanizmy gospodarowania mieniem ruchomym, poprzez m.in. prowadzenie ewidencji to jednak w przypadku dwóch wyrobów medycznych nie zapewniono właściwego i efektywnego gospodarowania majątkiem, w tym aktualnej i precyzyjnej wiedzy o posiadanym mieniu. Stwierdzono to na przykładzie dwóch wyrobów medycznych – wziętych jako przykładowe do badania w tym zakresie tj.: wanny porodowej – w związku z oględzinami w Zakładzie Badań Pośmiertnych i oftalmoskopu w związku z badaniem dotyczącym udzielania świadczeń w poradni neurologicznej, w szczególności:

a) nie było aktualnej wiedzy o dostępności (miejscu przechowywania, użytkowania) oftalmoskopu, tj. czy znajdował się w „Poradni neurologicznej” przy ul. rtm. Witolda Pileckiego 99 (jak ustalono w umowie z NFZ), czy w „Poradni neurologicznej” przy ul. Solec 99, gdzie faktycznie udzielane były świadczenia, czy w „Szpitalnym Oddziale Ratunkowym” jak podano w wykazie „Środków trwałych medycznych”. Brak oftalmoskopu w dyspozycji neurologa oznacza, że brak jest sprzętu przewidzianego w umowie z NFZ (załącznik „Harmonogram – Zasoby” sekcja IV. Sprzęt) i w związku z tym niezgodność z umową. Ponadto, brak ten ogranicza bezpośredni dostęp do oftalmoskopii⁷¹, o której mowa w sekcji „22. Porada specjalistyczna – neurologia” w pkt 5 wymagań dotyczących dostępności badań lub procedur medycznych w Załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra

⁷¹ W rozporządzeniu w wymaganiach nie określono wymogów co do miejsca dostępności (np. w miejscu, w lokalizacji).

Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej⁷².

Kierownik Przychodni Przyszpitalnej i P.o. Głównej Księgowej, w zakresie swoich odpowiedzialności wyjaśniły, że sprzęt ten został prawdopodobnie skasowany w poradni okulistycznej w 2022 r., ale został ujęty w wykazie „Środki trwałe medyczne”, ponieważ nie odnotowano formalnej informacji o zmianie miejsca użytkowania czy też wycofaniu z użytkowania. Użytkownik sprzętu nie przekazał stosownej informacji ani do Działu Księgowości, ani do Działu Techniczno- Eksploatacyjnego. W związku z brakiem zgłoszenia wycofania sprzętu, nie było podstaw do dokonania zmian w ewidencji, co skutkowało jego dalszym wykazywaniem jako czynny w ww. wykazie. Nie ustalono, gdzie się znajduje.

b) „Wanna Porodowa DELTOM typu WPC-220 BHM” nie znajdowała się w miejscu jej użytkowania jako czynnego środka trwałego tj. na Oddziale Ginekologii i Położnictwa, ani w „Magazynie” jak ustalono w wykazie „Środków trwałych medycznych”, lecz znajdowała się w innej lokalizacji niż wyżej wskazane, tj. na korytarzu na poziomie „-1 (minus 1)” w okolicy Pracowni Badań Pośmiertnych (prosektorium) i garażu podziemnego. Oznacza to, że nie zapewniono należytej staranności (rzetelności) w zakresie prowadzenia (aktualizowania) ewidencji sprzętu.

Kierownik Działu Technicznego w zakresie swojej odpowiedzialności wyjaśnił, że wanna porodowa DELTOM jest urządzeniem starszego typu, które często ulegało awarii, dlatego zastąpiono ją innym urządzeniem. Wanna nie znajdowała się bezpośrednio w magazynie wskazanym w wykazie, ponieważ została czasowo zdeponowana w innej lokalizacji, umożliwiającej jej bezpieczne przechowywanie bez ryzyka uszkodzenia oraz bez ograniczania bieżącej działalności oddziałów klinicznych i zaplecza logistycznego. Decyzja ta miała charakter operacyjny i była podyktowana względami przestrzennymi oraz koniecznością zapewnienia dostępności ciągów komunikacyjnych w magazynie. Lokalizacja, w rejonie pracowni badań pośmiertnych (prosektorium) oraz garażu podziemnego, została wybrana jako rozwiązanie tymczasowe, zapewniające odpowiednie warunki przechowywania urządzenia do czasu podjęcia dalszych decyzji co do jego ponownego wykorzystania, relokacji bądź zmiany sposobu zagospodarowania. Umieszczenie to nie oznaczało wycofania środka trwałego z ewidencji ani jego likwidacji, lecz stanowi element przejściowej organizacji zasobów rzeczowych jednostki.

W zakresie planowanych działań naprawczych P.o. Głównej Księgowej i Kierownik Działu Technicznego wyjaśnili, że z uwagi na pojawiające się ww. sytuacje oraz mając na uwadze potrzebę zapewnienia właściwego i efektywnego gospodarowania majątkiem Szpitala, w tym konieczność posiadania aktualnej, rzetelnej i kompletnej ewidencji składników majątkowych planuje się przeprowadzenie inwentaryzacji środków trwałych w kolejnym roku obrotowym [2026]. Pomimo, że ostatnia inwentaryzacja została przeprowadzona w 2023 r. i nie upłynął jeszcze obowiązujący czteroletni cykl inwentaryzacyjny, podjęcie działań inwentaryzacyjnych na tym etapie ma mieć charakter porządkowy i usprawniający. Celem planowanej inwentaryzacji jest uporządkowanie ewidencji zarówno majątku własnego Szpitala, jak i majątku obcego, tj. użyczonego, dzierżawionego lub pozostającego w użytkowaniu Szpitala na podstawie innych tytułów prawnych. Przeprowadzenie spisu z natury umożliwi dokładną identyfikację wszystkich składników majątkowych, weryfikację ich faktycznego stanu, lokalizacji oraz zgodności z prowadzoną

⁷² Dz. U. z 2016 r. poz. 357, ze zm.

ewidencją. Jednocześnie pozwoli to na wyodrębnienie i właściwe ujęcie w ewidencji pozabilansowej majątku obcego, którą planuje się wprowadzić - działania te zwiększą przejrzystość oraz kontrolę nad mieniem użytkowanym przez Szpital, a niebędącym jego własnością. Dodatkowo planowane działania obejmują uporządkowanie zasad oznaczania sprzętu poprzez wprowadzenie jednolitych oznaczeń zawierających numer inwentarzowy oraz nazwę środka trwałego. Ułatwi to bieżące użytkowanie sprzętu, jego identyfikację oraz przyszłe czynności kontrolne i inwentaryzacyjne. Planowana inwentaryzacja ma na celu poprawę jakości zarządzania majątkiem, zwiększenie kontroli nad powierzonym mieniem oraz zapewnienie dokładnej i spójnej ewidencji księgowej, co w efekcie przyczyni się do lepszego gospodarowania zasobami Szpitala. Z kolei Dział Techniczno - Eksploatacyjny w zakresie gospodarowania urządzeniami medycznymi planuje doprecyzowanie procedur dotyczących ich przekazywania, użytkowania oraz wycofywania z eksploatacji, a także wzmocnienie obowiązku bieżącego zgłaszania zmian lokalizacji sprzętu.

(akta kontroli str. 2890-2939)

12. Udzielanie świadczeń niezgodnie z harmonogramem do umowy z NFZ w zakresie personelu i niezgłoszenie zmiany do NFZ, mimo obowiązku określonego w § 6 ust. 2 załącznika do OWU.

WSzP jako świadczeniodawca był obowiązany, aby – zgodnie z § 3 ust. 1 i § 6 ust. 1 w związku z § 1 pkt 2 lit. b) załącznika do OWU - osoby wykonujące zawody medyczne udzielały świadczeń zgodnie z harmonogramem stanowiącym załącznik do umowy z NFZ, w tym w zakresie personelu udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej.

Stwierdzono, że w wybranych w sposób celowy komórkach organizacyjnych, tj. na Oddziale Chirurgii Ogólnej i Proktologicznej oraz na Oddziale Chorób Wewnętrznych i Geriatrii, świadczeń nie udzielały niektóre z osób wskazanych w harmonogramie w sekcji III. Personel, jak również świadczeń udzielały osoby, które w harmonogramie nie zostały wykazane. Informacje podane przez WSzP do załącznika nr 2 nie były więc zgodne ze stanem faktycznym.

W toku badania stanu zatrudnienia personelu medycznego (na koniec kwartału I: roku 2023, roku 2024, roku 2025) Oddziału Chirurgii Ogólnej i Proktologicznej oraz Oddziału Chorób Wewnętrznych i Geriatrii stwierdzono, że:

a) faktyczna liczba personelu świadczącego pracę (udzielającego świadczeń) nie odpowiadała liczbie lekarzy i pielęgniarek zgłoszonych do NFZ, wykazanej w załączniku nr 2 do umowy ("Harmonogram-zasoby" sekcja III. Personel):

- na Oddziale Chirurgii Ogólnej i Proktologicznej pracowało (udzielało świadczeń) istotnie mniej pracowników wykonujących zawody medyczne niż wskazano w potencjale w umowie z NFZ (w marcu 2023 r. – nie pracowało 57 osób ze 104 zgłoszonych do potencjału, w marcu 2024 r. – nie pracowało 65 osób ze 119 zgłoszonych, w marcu 2025 r. – nie pracowało 61 osób ze 128 zgłoszonych),

- na Oddziale Chorób Wewnętrznych i Geriatrii pracowało (udzielało świadczeń) istotnie mniej pracowników wykonujących zawody medyczne niż wskazano w potencjale w umowie z NFZ (w marcu 2023 r. – nie pracowało 28 osób z 84 zgłoszonych do potencjału, w marcu 2024 r. – nie pracowało 20 osób z 67 zgłoszonych, w marcu 2025 r. – 54 osób z 96 zgłoszonych).

Ww. stanu zatrudnienia nie weryfikowano w porównaniu z potencjałem zgłoszonym do umowy z NFZ oraz nie aktualizowano i nie zgłaszano do NFZ aktualnego potencjału WSzP. Było to

niezgodne z postanowieniami umowy z NFZ (z harmonogramem w sekcji III. Personel) i § 6 ust. 2 załącznika do OWU.

b) nie zgłoszono do NFZ osób wykonujących zawody medyczne udzielających świadczeń:

- pracujących (udzielających świadczeń) na Oddziale Chirurgii Ogólnej i Proktologicznej (w marcu 2023 r. – pracowało 7 osób nie zgłoszonych, w marcu 2024 r. – pracowało 18 osób nie zgłoszonych, w marcu 2025 r. – pracowało 6 osób nie zgłoszonych),

- pracujących (udzielających świadczeń) na Oddziale Chorób Wewnętrznych i Geriatrii (w marcu 2023 r. – pracowało 17 osób nie zgłoszonych, w marcu 2024 r. – pracowało 15 osób nie zgłoszonych, w marcu 2025 r. – pracowało 7 osób nie zgłoszonych).

Było to niezgodne z § 6 ust. 1 i 2 załącznika do OWU.

Kierownik Działu Kadr, Płac i Szkoleń w zakresie swojej odpowiedzialności wyjaśniła, że w WSzP w Dziale Kadr, Płac i Szkoleń była zatrudniona od 25 kwietnia 2025 r. i nie posiadała wiedzy dlaczego na ww. oddziałach pracowało istotnie mniej pracowników wykonujących zawody medyczne niż wskazano jako potencjał w umowie z NFZ.

Kierownik Działu Rozliczeń Świadczeń Zdrowotnych w zakresie swojej odpowiedzialności wyjaśniła, że zatrudnienie w WSzP rozpoczęła od 28 kwietnia 2025 r. i nie posiada wiedzy z jakich powodów nie aktualizowano stanu zatrudnienia w potencjale zgłaszanym do NFZ m.in. w ww. oddziałach. Zostały podjęte działania mające na celu weryfikację i aktualizację zgłoszonego potencjału do NFZ.

(akta kontroli str. 2577-2776, 3156-3175)

13. Dopuszczanie do nadmiernego obciążania pracą personelu medycznego.

W toku badania stanu zatrudnienia personelu medycznego (na koniec kwartału I: roku 2023, roku 2024, roku 2025) Oddziału Chirurgii Ogólnej i Proktologicznej oraz Oddziału Chorób Wewnętrznych i Geriatrii oraz próby celowej 20 osób wykonujących zawody medyczne stwierdzono, że:

a) dopuszczono do nadmiernego obciążania pracą personelu medycznego w ramach jednej komórki organizacyjnej (w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Proktologicznej w marcu 2023 r.: lekarz [...])* – praca ciągła np. w dniach 25-27 marca tj. 2 doby dyżurów plus 7 godz. 35 minut oraz łącznie w miesiącu: 304 godz. 30 minut),

b) dopuszczono do nadmiernego obciążania pracą personelu medycznego w ramach pracy łączonej w różnych komórkach organizacyjnych (mgr pielęgniarstwa [...])* w marcu 2025 r. łącząca pracę w Poradni Chirurgii Ogólnej oraz Nocnej i Świątecznej Opiece Zdrowotnej: wykonująca pracę ciągłą np. w dniach 26-28 marca nieprzerwanie naprzemiennie w obu komórkach organizacyjnych – łącznie 49 godzin oraz łącznie w miesiącu: 249 godzin).

Oznacza to (niezależnie od skali nieprawidłowości, powszechności zjawiska), że istnieje ryzyko wystąpienia incydentu tj. niepożądanego zdarzenia zagrażającego bezpieczeństwu pacjenta i/lub personelu, powstałe w związku z nadmiernym obciążeniem pracy powodującym np. przemęczenie osoby udzielającej świadczenia.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli znaczne wydłużenie czasu pracy świadczonej przez personel medyczny ma nie tylko negatywne skutki dla samego personelu, ale może mieć niekorzystny wpływ na jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, a przez to na zdrowie lub życie pacjentów.

Kierownik Działu Kadr, Płac i Szkoleń w zakresie swojej odpowiedzialności wyjaśniła, że wskazane przykłady dotyczące obciążenia pracą odnoszą się do pracowników współpracujących w ramach umowy cywilnoprawnej. Praca kontraktowa rządzi się odmiennymi zasadami niż praca wykonywana w ramach standardowego stosunku pracy. Zakres, intensywność oraz sposób realizacji zadań przez osoby świadczące usługi na podstawie kontraktu czy umowy zlecenia wynika wprost z postanowień zawartych i łączących strony umów, które określają zarówno przedmiot świadczenia, jak i warunki jego realizacji. W tym kontekście poziom obciążenia pracą osób świadczących usługi na podstawie kontraktu nie może być oceniany przy zastosowaniu mierników właściwych dla pracowników etatowych z uwagi na fakt, że charakter pracy kontraktowej zakłada elastyczność organizacyjną oraz zadaniowy sposób rozliczania pracy, a intensywność pracy może ulegać okresowym zmianom w zależności od zakresu i harmonogramu realizowanych zadań. Zawierane kontrakty są konstruowane z poszanowaniem obowiązujących przepisów prawa oraz z uwzględnieniem realnych możliwości realizacyjnych. Samo - ewentualne - występowanie podwyższonego obciążenia pracą w odniesieniu do pracowników kontraktowych nie może być automatycznie utożsamiane z nieprawidłowością w szczególności, gdy realizacja zadań odbywa się zgodnie z warunkami zawartych postanowień umownych.

Członek Zarządu Dyrektor ds. Medycznych w zakresie swojej odpowiedzialności wyjaśniła, że w drugiej połowie 2022 r. przeniesiony został Szpital Solec Sp. z o.o. do lokalizacji Warszawskiego Szpitala Południowego Sp. z o. o. Część personelu medycznego zatrudnionego w Szpitalu Solec zrezygnowała z pracy ze względu na lokalizację. Druga połowa 2022 r. i rok 2023 to czas pozyskiwania kadry medycznej i budowania zespołów lekarskich i pielęgniarских. W tym czasie obserwowane było zjawisko dużej rotacji personelu. W Oddziale Chirurgii Ogólnej i Proktologicznej na początku 2023 r. zatrudniony był lek. [...] i był to trzeci Ordynator w ciągu tak krótkiego czasu. Zmiana Ordynatora wiązała się z kolejnymi zmianami kadrowymi w tym oddziale, zwłaszcza w pionie lekarskim (część lekarzy zrezygnowała z pracy). Podstawowym obowiązkiem Ordynatora było zapewnienie ciągłości opieki i udzielania świadczeń medycznych dla pacjentów. Większość lekarzy oddziału zatrudniona była w ramach umów cywilnoprawnych (lek. [...]*), które nie wskazują limitu godzin pracy. Wobec konieczności zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentami oraz wobec braku innych chętnych lekarzy do dyżurów (zwłaszcza w okresach weekendowych i świątecznych), dyżurował Ordynator.

P.o. Pielęgniarka Koordynująca Przychodni Przyszpitalnej w zakresie swojej odpowiedzialności wyjaśniła, że w okresie II - IV 2025 wystąpiły braki personelu pielęgniarского i położnych, które spowodowane były chorobami personelu lub zgłoszoną nieobecnością i odmową podjęcia pracy przez personel pielęgniarский zatrudniony na umowę zlecenia. W związku z koniecznością zapewnienia ciągłości pracy Przychodni [...] piel. [...] pracująca na umowie zlecenia dobrowolnie wyrażała zgodę na pracę w większym wymiarze godzin w sytuacjach „kryzysowych” w związku z zapewnieniem ciągłości pracy.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli niezapewnienie lekarzom nieprzerwanego odpoczynku i obciążenie lekarzy pracą w nieprzerwanym wymiarze przekraczającym 24 godziny może prowadzić do niezapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentom na odpowiednim poziomie. Mimo, że regulacje dotyczące odpoczynku lekarzy pełniących dyżur medyczny określone w art. 97 udl nie obowiązują lekarzy udzielających świadczeń na podstawie umów cywilnoprawnych, to niezapewnienie im odpowiedniego czasu na odpoczynek zwiększa ryzyko

przemęczenia, a tym samym może negatywnie wpływać na jakość udzielania świadczeń zdrowotnych, a w skrajnych przypadkach – stwarzać także zagrożenie zdrowia samych lekarzy.

Tym bardziej, że przemęczony personel medyczny częściej popełnia pomyłki i częściej ma problemy z pamięcią, gdyż zmęczenie może spowodować pogorszenie funkcjonowania, chwiejność nastroju, niepokój, depresję i rozdrażnienie. Zmęczenie negatywnie wpływa na pamięć i jest znanym czynnikiem sprzyjającym popełnianiu błędów. Gdy na różnych poziomach pojawia się wiele błędów (na przykład zmęczeniu pracownicy w połączeniu z nieodpowiednimi procedurami i wadliwym sprzętem), które przez moment nakładają się na siebie, stwarzając idealne warunki do wystąpienia zdarzenia niepożądanego⁷³.

Ponadto należy zwrócić uwagę, że zgodnie z § 3 ust. 2 i § 4 załącznika do OWU, świadczeniodawca jest obowiązany udzielać świadczeń świadczeniobiorcom z zachowaniem należytej staranności i ponosi odpowiedzialność za udzielanie lub za zaniechanie udzielania świadczeń przez osoby przez siebie zatrudnione lub udzielające świadczeń w jego imieniu również na innej podstawie niż umowa o pracę, a także osoby, którym udzielanie świadczeń powierzył, oraz odpowiada za szkody powstałe, także u osób trzecich, w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń. W związku z tym także w interesie świadczeniodawcy jest unikanie nadmiernego obciążenia pracą personelu medycznego.

(akta kontroli str. 2577-2776, 2777-2812, 3176-3195)

14. Niezapewnienie w odpowiednim terminie przeglądów technicznych lub brak dokumentacji potwierdzającej dokonanie przeglądów technicznych wykorzystywanego sprzętu i aparatury medycznej, co było niezgodne z § 7 ust. 1 załącznika do OWU.

Stwierdzono, w zakresie kontroli zapewnienia przeglądów technicznych wykorzystywanego sprzętu i aparatury medycznej, że w przypadku dwóch na 18 szt. aparatury i sprzętu medycznego⁷⁴, której dotyczyło to badanie, nie były one poddawane badaniom i kontroli (przeglądom technicznym), zgodnie z zaleceniami producentów lub serwisu autoryzowanego:

- w jednym przypadku (aparat USG CANON MEDICAL SYSTEMS CORPORATION CUS-AA000 (APLIO A) - nr seryjny 99A2032408) wystąpiło opóźnienie przeglądu technicznego wykorzystywanego sprzętu, tj. przegląd wykonano dopiero po ponad roku, tj. 6 listopada 2023 r., podczas gdy termin przeglądu wyznaczono na lipiec 2022 r.

- w jednym przypadku (tor wizyjny artroskopowy - nr seryjny 18H565694) brak było dokumentacji potwierdzającej dokonanie przeglądów technicznych w okresie styczeń 2022 r. – październik 2024 r.

Było to niezgodne z § 7 ust. 1 załącznika do OWU.

Kierownik Działu Technicznego, wyznaczonego w regulaminie organizacyjnym do wykonywania zadań z zakresu obsługi urządzeń, wyjaśnił, że w odniesieniu do toru wizyjnego artroskopowego wyjaśnił, że: „...Szpital posiada duplikat paszportu technicznego urządzenia; nie posiadamy danych o przeglądach z okresu styczeń 2022 - październik 2024 r., ponieważ poprzedni paszport nie został

⁷³ Bezpieczeństwo pacjenta. Nauczanie na kierunkach medycznych „Podręcznik dla wykładowców. Podręcznik Światowej Organizacji Zdrowia „Patient Safety Curriculum Guide Multi-professional Edition”, Polskie Towarzystwo Medycyny Ubezpieczeniowej 2017, s. 122-123, 135, 165.

⁷⁴ Przy doborze kierowano się kryterium najwyższej wartości księgowej (początkowej).

przekazany do aktualnego Działu Techniczno- Eksploatacyjnego”. Ponadto, w przypadku aparatu USG, wyjaśnił: „...urządzenie w dniu 25.07.2025 r. zostało tymczasowo wyłączone z użytkowania i przekazane do magazynu sprzętu. W dniu 06.11.2023 r. firma wykonała przegląd, dopuszczając urządzenie do użytkowania (...). Kolejny przegląd wykonano w dniu 14.11.2024 r.”.

Należy zauważyć, że stosownie do postanowień § 7 ust. 1 OWU, świadczeniodawca zobowiązany jest do udzielania świadczeń w pomieszczeniach wyposażonych w aparaturę i sprzęt medyczny posiadający stosowne certyfikaty, atesty lub inne dokumenty potwierdzające dopuszczenie aparatury i sprzętu medycznego do użytku oraz dokumenty potwierdzające dokonanie aktualnych przeglądów wykonanych przez uprawnione podmioty. Ponadto – zgodnie z art. 63 ust. 1 i 2 ustawy o wyrobach medycznych, wyrób medyczny powinien być utrzymywany oraz używany zgodnie z przewidzianym zastosowaniem, a użytkownik wyrobu jest obowiązany do przestrzegania instrukcji używania wyrobu. Zabrania się uruchamiania i używania wyrobu mającego wady mogące stwarzać ryzyko dla pacjentów, użytkowników lub innych osób.

(akta kontroli str. 878-896)

Ocena częściowa

Warszawski Szpital Południowy Szpital nie zawsze prawidłowo prowadził działalność leczniczą. Stwierdzono nieprawidłowości w różnych obszarach tej działalności dotyczące m.in. organizacji udzielania świadczeń, w tym należytego rozdzielenia udzielania świadczeń pacjentom nieodpłatnie (na podstawie umowy z NFZ) i odpłatnie, stanu techniczno-sanitarnego oraz wyposażenia niektórych pomieszczeń, gospodarowania sprzętem medycznym, czasu pracy personelu medycznego.

2. Gospodarka majątkowo-finansowa

Opis stanu faktycznego

2.1. Uchwałą nr 11/12/2021 Zarządu Szpitala Solec sp. z o.o. z dnia 31 grudnia 2021 r. ustalono dokumentację przyjętych zasad (polityki) rachunkowości. Dokumentacja opisująca przyjęte zasady (polityka) rachunkowości spełniała wymogi określone w art. 10 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości⁷⁵. Stwierdzono jednak brak aktualizacji Polityki Rachunkowości Szpitala oraz rozbieżności pomiędzy zakładowym planem kont określonym w zasadach (polityce) rachunkowości a systemem finansowo-księgowym /FK/ (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 12-33, 271-286, 527-532)

2.2. Plan kont zespołu 4 i 5, klucze podziałowe, rozdzielniki kosztów wspólnych oraz wycena procedur medycznych były zgodne z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców⁷⁶ oraz zostały opracowane terminowo.

(akta kontroli str. 12-33, 749, 751-758)

⁷⁵ Dz. U. z 2023 r. poz. 120, ze zm.

⁷⁶ Dz. U. poz. 2045.

2.3. Przychody Szpitala ogółem w okresie 2022 r. – 2025 r. (stan na 30 września) wynosiły odpowiednio: 127 632,8 tys. zł, 148 705,9 tys. zł, 189 863,0 tys. zł i 172 095,3,0 tys. zł. Największy udział w przychodach stanowiło wynagrodzenie z tytułu udzielonych świadczeń zdrowotnych na podstawie umów z NFZ (w poszczególnych latach było to odpowiednio: 87,9%, 89,0%, 86,7% i 80,8%).

Spadek udziału przychodów uzyskanych z NFZ w stosunku do przychodów ogółem w pierwszych trzech kwartałach 2025 r. w porównaniu z latami 2022, 2023 i 2024 wynikał przede wszystkim ze wzrostu przychodów pochodzących z Ministerstwa Zdrowia, w tym realizacji programu leczenia niepłodności. Program ten rozpoczęto 1 czerwca 2024 r., a wartość świadczeń zrealizowanych od czerwca do grudnia 2024 roku wyniosła 3022,5 tys. zł. W okresie od stycznia do września 2025 roku wpływ środków z Ministerstwa Zdrowia otrzymany na realizację programu leczenia niepłodności stanowił kwotę 9895,8 tys. zł, co odzwierciedla wzrost liczby pacjentów objętych leczeniem. Dodatkowo, w pierwszych trzech kwartałach 2025 roku odnotowano wyższe wpływy z tytułu refundacji kosztów wynagrodzeń rezydentów przez Ministerstwo Zdrowia, co wynikało ze zwiększenia liczby miejsc rezydenckich w Szpitalu. Zwiększona liczba lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne przełożyła się na wyższy poziom środków przekazywanych na pokrycie ich wynagrodzeń.

W konsekwencji udział przychodów z NFZ w strukturze finansowania działalności jednostki uległ zmniejszeniu, mimo że nominalny poziom finansowania z NFZ nie wykazał spadków. Zmiana ta odzwierciedla przesunięcie proporcji źródeł finansowania działalności leczniczej, wynikające ze zwiększenia liczby miejsc rezydenckich oraz realizacji programu leczenia niepłodności finansowanego przez Ministerstwo Zdrowia. Zarówno rozszerzenie programu leczenia niepłodności, jak i zwiększona liczba rezydentów wpłynęły na ogólny wzrost przychodów z Ministerstwa Zdrowia. W efekcie udział tych przychodów w strukturze finansowania działalności leczniczej znacząco wzrósł, co spowodowało relatywne obniżenie udziału przychodów z Narodowego Funduszu Zdrowia.

Z kolei koszty ogółem w analogicznym okresie wyniosły odpowiednio: 120 492,8 tys. zł, 151 816,1 tys. zł, 189 883,7 tys. zł i 152 293,6 tys. zł. Największą pozycję w kosztach stanowiły usługi obce medyczne oraz wynagrodzenia z tytułu umów o pracę. W przypadku usług obcych medycznych ich udział w kosztach ogółem sukcesywnie rósł za wyjątkiem 2025 r. (do 30 września), wynosząc w 2022 r. – 27,0%, w 2023 – 30,8%, w 2024 r. – 31,2% i w 2025 r. – 28,3%.

Odwrócenie trendu wzrostu udziału usług obcych medycznych w kosztach ogółem w pierwszych trzech kwartałach 2025 roku, w porównaniu do lat 2022-2024, było wynikiem zmiany organizacji udzielania świadczeń. Kluczowym czynnikiem wpływającym na obniżenie poziomu usług obcych medycznych była zmiana formy realizacji świadczeń Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej. Dotychczasowa współpraca z podmiotem zewnętrznym została zastąpiona zatrudnieniem pracowników w strukturach Szpitala, co przełożyło się na istotne ograniczenie kosztów usług obcych – o około 1600,0 tys. zł w stosunku do roku 2024. Dodatkowo, w 2025 roku zakończono zewnętrzną realizację badań ECPW⁷⁷, które w poprzednich latach były wykonywane przez podmiot zewnętrzny. W 2024 roku koszt ich wykonania wyniósł 316,0 tys. zł. Przeniesienie wykonywania tych badań do struktur Szpitala ograniczyło poziom kosztów usług obcych medycznych.

Udział wynagrodzeń z tytułu umów o pracę w kosztach ogółem kształtował się na podobnym poziomie w latach objętych kontrolą, wynosząc w 2022 r. – 26,4%, w 2023 r. – 23,6%, w 2024 r. – 24,1% i w 2025 r. (stan na 30 września) – 26,8%.

⁷⁷ Endoskopowa cholangiopankreatografia wsteczna – badanie inwazyjne dróg żółciowych i przewodów trzustkowych.

W 2022 r. wynik finansowy ogółem komórek organizacyjnych działalności leczniczej był ujemny, wynosząc 13 450,7 tys. zł. Najbardziej dochodową komórką organizacyjną był Oddział Chorób Zakaźnych – Szpital Tymczasowy z zyskiem 10 270,6 tys. zł. Z kolei największą stratę wynoszącą 7551,7 tys. zł odnotowano na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym.

W 2023 r. wynik finansowy ogółem komórek organizacyjnych działalności leczniczej był ujemny, wynosząc 2228,0 tys. zł. Najbardziej dochodową komórką organizacyjną był Oddział Neonatologii z zyskiem 5951,8 tys. zł. Z kolei największą stratę wynoszącą 5770,4 tys. zł odnotowano na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.

W 2024 r. wynik finansowy ogółem komórek organizacyjnych działalności leczniczej był ujemny, wynosząc 8416,7 tys. zł. Najbardziej dochodową komórką organizacyjną był Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii z zyskiem 9183,3 tys. zł. Z kolei największą stratę wynoszącą 10 383,9 tys. zł odnotowano na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym.

Z kolei w pierwszych trzech kwartałach 2025 r. wynik finansowy ogółem komórek organizacyjnych działalności leczniczej był dodatni, wynosząc 23 313,0 tys. zł. Najbardziej dochodową komórką organizacyjną był Oddział Chirurgii Ogólnej i Proktologicznej z zyskiem 10 508,1 tys. zł. Z kolei największą stratę wynoszącą 1228,1 tys. zł odnotowano na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym.

Prezentowany wynik finansowy komórek organizacyjnych działalności leczniczej za trzy kwartały 2025 roku nie uwzględnia rozliczenia kosztów pośrednich dotyczących trzeciego kwartału 2025 roku na konta zespołu „5”. Brak ich ujęcia wynika głównie z procesu zmiany dostawcy systemu finansowo-księgowego, co uniemożliwiło pełne rozliczenie tych kosztów. Po zakończeniu migracji danych oraz przywróceniu pełnej funkcjonalności systemu, koszty pośrednie zostaną zaksięgowane do odpowiednich komórek organizacyjnych działalności leczniczej, co powinno wpłynąć na pogorszenie osiągniętego wyniku finansowego.

Dodatkowo poprawa wyniku finansowego komórek organizacyjnych działalności leczniczej za trzy kwartały 2025 roku wynikała z rozliczenia nadwykonań NFZ za 2024 rok w II kwartale 2025 roku w kwocie 9700,0 tys. zł oraz rozwiązania rezerwy z tytułu realizacji świadczeń na pokrycie kosztów wynagrodzeń w kwocie 3300 tys. zł.

(akta kontroli str. 34-164, 567-573, 759, 766-767)

2.4. Szpital nie posiadał certyfikatu akredytacji prowadzonej przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

Szpital posiadał certyfikat Nr J – 2661/7/2023 wydany przez Polskie Centrum Badań i Certyfikacji S.A. potwierdzający spełnienie wymagań PN-EN ISO 9001:2015-10 w zakresie: „świadczenie usług medycznych poprzez: profilaktykę, leczenie zachowawcze i zabiegowe, w trybie całodobowym, dziennym i ambulatoryjnym pielęgnację, diagnostykę obrazową i laboratoryjną, rehabilitację, edukację i promocję zdrowia”. Okres ważności certyfikatu: od 10.10.2023 r. do 9.10.2026 r.

W strukturze Szpitala funkcjonowała komórka organizacyjna „Dział Jakości, Audytu i Kontroli Wewnętrznej” odpowiedzialna za obszar akredytacji.

(akta kontroli str. 5, 11, 265-266)

2.5. Wg stanu na 30 września 2025 r. należności ogółem wyniosły 16 404,6 tys. zł. Należności nieprzeterminowane stanowiły 85,71% należności ogółem. Wśród należności przeterminowanych największy udział miały te z przedziału powyżej 12 miesięcy, tj. 6,30% należności ogółem na kwotę 1034,3 tys. zł. Ogółem na 30 września 2025 r. kwota należności wymagalnych wyniosła 2344,1 tys. zł.

Jak wyjaśniła p.o. Głównej Księgowej zaistniała jeszcze jedna należność o istotnym znaczeniu dla finansów spółki. Należność ta wynika z nieprawidłowego wypłacenia na rzecz lekarza prowadzącego działalność gospodarczą premii w kwocie 532,0 tys. zł. Wezwanie do zwrotu wysłano 30. września 2025 r. z terminem płatności 7 dni od jego otrzymania. Należność ta nie została opłacona. Do dnia zakończenia kontroli była świadczeniem spornym.

Szpital w latach 2022-2025 (do 30 września) dokonał 43 umorzeń należności, w tym w 41 przypadkach były to kwoty poniżej 1,0 tys. zł, gdzie zgodnie z opinią Działu Prawnego Szpitala były one mniejsze niż koszty ich dochodzenia. W dwóch przypadkach na kwotę 1,2 tys. zł oraz 3,9 tys. zł umorzeń dokonano decyzją Zarządu Szpitala i brak było korespondencji w tych sprawach (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

Szczegółowym badaniem objęto pięć przeterminowanych należności kontrahentów na łączną kwotę 760,4 tys. zł (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 533-575, 590-699)

2.6. Zobowiązania i rezerwy na zobowiązania na koniec poszczególnych lat 2022 – 2024 wynosiły odpowiednio: 30 293,0 tys. zł, 37 417,0 tys. zł i 41 192,6 tys. zł.

Wzrost w roku 2023 w stosunku do roku 2022 został spowodowany wzrostem stanu zobowiązań krótkoterminowych, a w nich w szczególności wzrostem o ok 6,2 mln zł zobowiązań z tytułu dostaw i usług. Wzrost ten dotyczył przede wszystkim podwyższenia zobowiązań z tytułu zakupu:

- a. leków i materiałów medycznych: 2022=1200,0 tys. zł; 2023=2700,0 tys. zł
- b. sprzętu medycznego i niemedycznego: 2022=16 tys. zł; 2023=2600,0 tys. zł
- c. usług obcych-kontrakty i inne: 2022=5400,0 tys. zł; 2023=6300 tys. zł
- d. energii, wody, paliwa, gazu: 2022=600,0 tys. zł; 2023=1500,0 tys. zł
- e. usług konserwacji, napraw, serwisów: 2022=14 tys. zł; 2023=329 tys. zł

Wzrost w roku 2024 w porównaniu do roku 2023 wynikał z wyższych rozliczeń międzyokresowych, co było następstwem dotacji otrzymanych w 2024 r. na zakup środków trwałych, które wyniosły 8440,00 tys. zł, podczas gdy w 2023 r. dotacje na środki trwałe oraz wartości niematerialne i prawne wyniosły 799,3 tys. zł.

Kwota zobowiązań wymagalnych na 30 września 2025 r. wynosiła 477,1 tys. zł wobec trzech osób prawnych i osoby fizycznej.

W przypadku pierwszego podmiotu zobowiązanie w kwocie 434,1 tys. zł to niezapłacone wynagrodzenie w tytułu faktury nr FA/17/04/2025 z dnia 17.04.2025 r. w związku ze szkodą powstałą z nienależytego wykonania umowy; zobowiązanie było sporne; sprawa miała być rozwiązywana na drodze sądowej.

W przypadku drugiego podmiotu zobowiązanie w kwocie 11,1 tys. zł dotyczyło noty odsetkowej na kwotę 12,0 tys. zł, która w kwocie 0,9 tys. zł 30 kwietnia 2025 r. została częściowo opłacona zgodnie z wyrokiem sygn. akt VIII GC 1591/24; ostatnia sprawa sporna zakończyła się nieprawomocnym wyrokiem z dnia 30.10.2025 r. - sygn. I C 913/23; w wyroku zasądzono od Szpitala na rzecz powoda kwotę 10,7 tys. zł wraz odsetkami ustawowymi; w pozostałym zakresie sąd oddalił powództwo; Szpital złożył wniosek o sporządzenie uzasadnienia tego wyroku.

W przypadku osoby fizycznej zobowiązanie w łącznej kwocie 3,1 tys. zł dotyczyło niezasadnie wystawionych faktur za świadczenie usług pielęgniarских; faktury zostały zapłacone do wysokości

potwierdzonych świadczeń; kontrahent nie wystawił faktur korygujących na kwotę 3,1 tys. zł; zobowiązanie w 2025 roku kwalifikowało się do zobowiązania przedawnionego – miało zostać rozliczone na dzień 31 grudnia 2025 r.

W przypadku trzeciego podmiotu zobowiązanie w kwocie 28,8 tys. zł dotyczyło faktury nr 2018/06/M1/02 z 8 czerwca 2018 r. z tytułu robót dodatkowych związanych z modernizacją i dostosowaniem pomieszczeń w budynku administracyjnym; sprawa była sporna; termin płatności ww. faktury przypadał na 9 lipca 2018 r.; od 28 sierpnia 2018 r. wykonawca nie występował do Szpitala z roszczeniem w przedmiotowej sprawie; wobec powyższego minął trzyletni okres dochodzenia zobowiązania, sprawa uległa przedawnieniu – zobowiązanie miało zostać rozliczone do końca 2025 roku.

(akta kontroli str. 34-163, 565-566, 769-778)

2.7. W 2022 r. w Szpitalu odnotowano na koniec roku zysk netto w kwocie 1548,5 tys. zł. Rok 2023 zakończono stratą netto w kwocie 3695,7 tys. zł. Z kolei w 2024 r. również odnotowano stratę netto 1066,6 tys. zł.

Jak wyjaśniła Kierownik Działu Kontrolingu Zarządczego Szpitala pogorszenie wyniku finansowego Szpitala w stosunku do roku 2022 wynikało przede wszystkim z zakończenia działalności Szpitala Tymczasowego, którego funkcjonowanie miało istotny wpływ na osiągnięty zysk. W 2022 roku obecność Szpitala Tymczasowego w strukturze podmiotu zapewniała stabilne i gwarantowane źródło przychodów, wynikające z odrębnych zasad finansowania świadczeń covidowych. Przychody z tego tytułu znacząco poprawiły wynik finansowy Szpitala w 2022 roku.

Kolejnym istotnym czynnikiem wpływającym na pogorszenie wyniku finansowego w latach 2023-2024 było przeniesienie Szpitala na Solcu do budynku zlokalizowanego przy ul. rtm. Witolda Pileckiego 99, bez jednoczesnego dostosowania wysokości kontraktu z NFZ do zwiększonego zakresu działalności i skali nowej infrastruktury. Prowadzenie działalności w nowej, większej i bardziej wymagającej lokalizacji przy niezmienionym poziomie finansowania powodowało, że osiągnięte przychody nie odpowiadały rzeczywistym potrzebom oraz zakresowi funkcjonowania Szpitala.

Pogorszenie wyniku w latach 2023 i 2024 wynikało również z obciążeń finansowych związanych z utrzymaniem nowej infrastruktury przy ul. rtm. Witolda Pileckiego 99. Koszty utrzymania tego obiektu, znacznie wyższe od kosztów eksploatacji lokalizacji na Solcu, były ponoszone niezależnie od wysokości przychodów i wpływały na pogorszenie wyniku finansowego.

Ponadto, ze względu na zakończenie okresu gwarancji budynku, w latach 2023 i 2024 ponoszone były również dodatkowe koszty związane z koniecznością realizacji napraw oraz obowiązkowych przeglądów technicznych, które w 2022 roku były wykonywane w ramach gwarancji wykonawcy, a tym samym nie obciążały wyniku finansowego Szpitala.

Dodatkowo w 2023 roku odnotowano bardzo wysokie wykonanie ryczału PSZ NFZ, przekraczające 130%. Oznacza to realizację świadczeń na poziomie znacznie przewyższającym poziom finansowany przez NFZ. Przychody za wymienione nadwykonania nie zostały ujęte w wyniku 2023 roku, podczas gdy koszty związane z ich wykonaniem obciążyły ten okres sprawozdawczy. W konsekwencji powstała dysproporcja finansowa, która w istotnym stopniu przyczyniła się do pogorszenia wyniku finansowego za rok 2023.

Skutkiem niższego wyniku finansowego w latach 2023 i 2024, względem 2022 roku, był również wzrost kosztów wynagrodzeń. Było to konsekwencją wejścia w życie ustawy z dnia 26 maja 2022 roku o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego

niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw⁷⁸, która wprowadziła nową siatkę płac dla pracowników medycznych.

Pogorszenie wyniku finansowego Szpitala, w stosunku do 2022 roku, spowodowane było również utrzymującym się, wysokim poziomem inflacji. Wysokie ceny towarów i usług, w tym materiałów medycznych, energii i mediów, przełożyły się na wysoki poziom kosztów operacyjnych. Dodatkowo, presja inflacyjna wpłynęła na konieczność podnoszenia wynagrodzeń, co istotnie podniosło koszty podwykonawstwa medycznego, co obciążyło wynik finansowy Szpitala. Wysokie koszty nie były w pełni kompensowane przez przychody, co wpłynęło na spadek wyniku finansowego w latach 2023 i 2024.

(akta kontroli str. 34-163, 769-772, 776-777)

2.8. Wskaźniki ekonomiczno-finansowe Szpitala w poszczególnych latach 2022, 2023 i 2024 przedstawiały się następująco:

Wskaźniki rentowności:

*Zyskowność netto sprzedaży (ROS)*⁷⁹: 1,30%, -2,62% i -0,60%;

*Zyskowność aktywów (ROA)*⁸⁰: 2,50%, -4,65% i -1,29%;

*Zyskowność kapitału (ROE)*⁸¹: 4,90%, -8,78% i -2,57%.

Wskaźniki płynności:

*Płynność bieżąca (CR)*⁸²: 3,51%, 2,81% i 3,19%;

*Płynność szybka (QR)*⁸³: 3,18

%, 2,57% i 2,90%;

*Płynność podwyższona*⁸⁴: 2,18%, 1,54% i 1,80%.

Wskaźniki zadłużenia:

*Zadłużenie aktywów (WZA)*⁸⁵: 47,98%, 47,06% i 49,77%;

*Zadłużenie kapitału*⁸⁶: 36,54%, 46,13% i 38,40%.

Poziom wskaźników rentowności świadczy o pogorszeniu się sytuacji ekonomicznej Szpitala po 2022 r. Z kolei dobre wartości wskaźników płynności oznaczają, że Szpital nie ma problemów z regulowaniem swoich zobowiązań. Wskaźniki zadłużenia wykazują stabilne i na akceptowalnym poziomie zadłużenie.

(akta kontroli str. 769-772, 777-778)

⁷⁸ Dz. U. poz. 1352.

⁷⁹ Wynik netto/przychody ze sprzedaży.

⁸⁰ Wynik netto/aktywa razem.

⁸¹ Wynik netto/kapitał własny.

⁸² Aktywa obrotowe/zobowiązania krótkoterminowe.

⁸³ Aktywa obrotowe-zapasy/zobowiązania krótkoterminowe.

⁸⁴ Środki pieniężne i inne aktywa pieniężne/zobowiązania krótkoterminowe.

⁸⁵ Zobowiązania i rezerwy na zobowiązania/aktywa razem.

⁸⁶ Zobowiązania długoterminowe i krótkoterminowe/kapitał własny.

2.9. W latach 2022 – 2025 (do 30 września) majątek Szpitala był wykorzystywany przez inne podmioty na podstawie zawartych umów najmu. W tym okresie obowiązywały 34 umowy najmu. Szpital osiągnął przychód z tego tytułu w kwocie 839,3 tys. zł.

W Szpitalu nie sporządzano dla poszczególnych wynajmów kalkulacji opłacalności (zyskowości) przychodów z najmu powierzchni/pomieszczeń, brak było w jednym przypadku umowy najmu, wyznaczano terminy płatności dłuższe niż te wynikające z umowy i odstępowano od naliczenia ustawowych odsetek za opóźnienie⁸⁷. Nieprawidłowości stwierdzono w każdej z badanych umów (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 164, 267-515)

2.10. Wysokość opłat za udzielone świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych określał ustalony przez Dyrektora cennik usług medycznych, będący załącznikiem nr 7 do Regulaminu organizacyjnego.

W okresie 2022-2025 (do 30 września) stale rosła liczba pacjentów, od których pobierano opłaty, jak i przychód Szpitala z tego tytułu. W 2022 r. pobrano opłaty od 3879 pacjentów, uzyskując przychód w kwocie 1237,7 tys. zł. W 2023 było to odpowiednio 5153 pacjentów i 2724,7 tys. zł przychodu. W 2024 r. było 8309 pacjentów i 6728,4 tys. zł przychodów, a w 2025 r. odpowiednio 5861 i 5422,4 tys. zł.

Szpital w latach 2022-2025 pobierał opłaty od pacjentów za świadczenia udzielane w komórkach organizacyjnych realizujących kontrakt z NFZ (np. SOR, pracownie RTG, USG i tomografii komputerowej, itd.).

P.o. Głównej Księgowej wyjaśniła: „Szpital pobierał opłaty za wykonanie badań obrazowych RTG, USG oraz tomografii komputerowej (TK), jak również za świadczenia udzielone w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (SOR), ponieważ dotyczyły one pacjentów nieposiadających uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, tj. pacjentów nieubezpieczonych, oraz były realizowane poza umową zawartą z Narodowym Funduszem Zdrowia, w ramach działalności komercyjnej podmiotu leczniczego.

Pacjenci, których dotyczyły przedmiotowe świadczenia, nie posiadali tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego ani innego prawa do korzystania ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych. W związku z tym koszty wykonanych badań diagnostycznych oraz udzielonych świadczeń w SOR nie podlegały refundacji ze środków publicznych i musiały zostać pokryte ze środków własnych pacjentów. Wykonanie badań obrazowych RTG, USG oraz TK, a także udzielenie świadczeń w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, generowało po stronie Szpitala rzeczywiste koszty organizacyjne, kadrowe i techniczne. Świadczenia te, z uwagi na brak podstaw do ich finansowania ze środków publicznych, zostały udzielone na zasadach odpłatności.

Jednocześnie należy podkreślić, iż w sytuacjach nagłych, w których istniało zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta, świadczenia były udzielane niezwłocznie, niezależnie od statusu ubezpieczeniowego pacjenta, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Po ustabilizowaniu stanu zdrowia pacjenta następowało rozliczenie kosztów udzielonych świadczeń zgodnie z zasadami obowiązującymi dla świadczeń komercyjnych”.

Odnosnie problemu systemowego rozwiązania w Szpitalu kwestii oddzielenia świadczeń udzielanych odpłatnie od świadczeń finansowanych ze środków publicznych w obrębie tej samej lokalizacji i przy użyciu tego samego personelu i sprzętu p.o. Głównej Księgowej wyjaśniła:

⁸⁷ Badaniu poddano pięć umów o łącznej wartości 502,1 tys. zł.

„...w zakresie ewidencji księgowej szpital wprowadził wyodrębnione ośrodki powstawania kosztów (OPK) dla działalności komercyjnej oraz dla świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia. Rozwiązanie to miało na celu zapewnienie przejrzystości, rzetelności oraz prawidłowego przyporządkowania kosztów oraz przychodów do poszczególnych rodzajów prowadzonej działalności. Wyodrębnienie odrębnych OPK umożliwia rozgraniczenie kosztów oraz przychodów związanych z realizacją świadczeń finansowanych ze środków publicznych od kosztów i przychodów dotyczących udzielania świadczeń odpłatnych w ramach działalności komercyjnej, w tym świadczeń udzielanych pacjentom nieubezpieczonym”.

Szpital pobierał od pacjentów opłaty za wykonywane procedury w Warszawskim Centrum Chirurgii Kręgosłupa, czyli jednostce Szpitala nie występującej w jego strukturze organizacyjnej. W 2023 r. uzyskano z tego tytułu przychód w kwocie 1930,4 tys. zł. W 2024 r. była to kwota 2374,6 tys. zł, a w 2025 r. (stan na 30 września) – 1486,8 tys. zł (szczegółowy opis w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 590-606, 1477-1527, 1685-1819,)

Stwierdzone nieprawidłowości

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

1. Na terenie Szpitala oraz na stronach internetowych (<https://www.szpitalpoludniowy.pl>; <https://wccck.pl/>) oznaczono komórkę pod nazwą „Warszawskie Centrum Chirurgii Kręgosłupa”, która nie została ujęta w regulaminie organizacyjnym.

W ramach Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Poradni Neurochirurgicznej, Poradni Leczenia Bólu, Pracowni Fizjoterapii, Poradni Psychologicznej, Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej oraz Działu Promocji Zdrowia funkcjonują pomieszczenia zlokalizowane na terenie oznaczonym jako „Warszawskie Centrum Chirurgii Kręgosłupa” (oznaczenia na ścianach, tabliczki na drzwiach itp.)⁸⁸.

Jak wyjaśniła Dyrektor Medyczny Szpitala: „Warszawskie Centrum Chirurgii Kręgosłupa (dalej: WCCCK) nie stanowiło odrębnej jednostki organizacyjnej w strukturze Warszawskiego Szpitala Południowego sp. z o.o. oraz nie zostało powołane na podstawie odrębnej uchwały, ani innego aktu prawnego. Działalność określana nazwą Warszawskie Centrum Chirurgii Kręgosłupa była integralną częścią Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej.

Wprowadzenie nazwy *Warszawskie Centrum Chirurgii Kręgosłupa* miało na celu uporządkowanie komunikacji wewnętrznej i zewnętrznej, a także podkreślenie specjalistycznego profilu części działalności Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, bez zmiany formalno-prawnej struktury Szpitala.

⁸⁸ **Na terenie oznaczonym jako „Warszawskie Centrum Chirurgii Kręgosłupa – rejestracja/gabinety” (z pominięciem toalet):** REJESTRACJA; B+1/052 MAGAZYN; B+1/056 GABINET BADAŃ lek. [...]»; B+1/056/A POKÓJ SOCJALNY PERSONELU; B+1/057 GABINET BADAŃ Koordynator Opieki Szpitalnej WCCCK [...]»; B+1/058 GABINET BADAŃ lek. [...]»; B+1/059 GABINET OPATRUNKOWY; B+1/060 GABINET BADAŃ Dział Promocji Zdrowia Kierownik: [...]»; B+1/065 MAGAZYN; **Na terenie oznaczonym jako „Warszawskie Centrum Chirurgii Kręgosłupa – Szpital” (z pominięciem toalet):** KUCHENKA ODDZIAŁOWA; B+1/070 POKÓJ ŁÓŻKOWY; B+1/074 POKÓJ ŁÓŻKOWY; B+1/077 SALA FIZJOTERAPII PRACOWNIA FIZJOTERAPII; B+1/083 POKÓJ PIELĘGNIAREK; PUNKT PIELĘGNIARSKI; B+1/084 POKÓJ PIELĘGNIARKI ODDZIAŁOWEJ; B+1/089 GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY; B+1/091/A GABINET ORDYNATORA; B+1/096 POKÓJ ŁÓŻKOWY 1; B+1/099 POKÓJ ŁÓŻKOWY 2; B+1/101 POKÓJ ŁÓŻKOWY 3; B+1/103 POKÓJ ŁÓŻKOWY 4; B+1/104 POKÓJ ADMINISTRACYJNY; B+1/105 MAGAZYN Pomieszczenie magazynowe

Określenie *Warszawskie Centrum Chirurgii Kręgosłupa* funkcjonowała jako nazwa porządkowa i marketingowo-informacyjna, mająca na celu ułatwienie pacjentom identyfikację profilu usług realizowanych w ramach Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej. Oznaczenia te są stosowane w przestrzeni szpitalnej (np. tablice informacyjne, oznaczenia gabinetów, materiały promocyjne) oraz na stronach internetowych, w celu podkreślenia wyspecjalizowanego charakteru świadczeń z zakresu chirurgii kręgosłupa wykonywanych przez zespół lekarzy ortopedów – zgodnie z zamysłem ówczesnego Zarządu.

Brak odrębnego ujęcia WCKK w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala oraz w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL) wynika z faktu, że WCKK nie prowadzi działalności leczniczej jako samodzielna jednostka organizacyjna – wszystkie świadczenia medyczne są realizowane w ramach istniejącego i zarejestrowanego Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, zgodnie z jego zakresem działalności określonym w RPWDL.

(akta kontroli str. 700-746)

W ocenie NIK posługiwanie się przez WSzP w przestrzeni publicznej nazwą nieistniejącej komórki organizacyjnej było działaniem nierzetelnym, mogącym wprowadzać w błąd pacjentów.

2. Do dnia 19 grudnia 2025 r. nie zaktualizowano Polityki Rachunkowości Szpitala (uchwała Zarządu Szpitala SOLEC sp. z o.o. nr 11/12/2021 z 31 grudnia 2021 r.) pomimo zmiany siedziby i nazwy spółki oraz zmian dotyczących funkcjonowania kont syntetycznych.

(akta kontroli str. 12-33, 271-286, 527-532)

Jak wyjaśniła p.o. Głównej Księgowej w związku z tym, iż obowiązki Głównej Księgowej pełniła od dnia 8 września 2025 r. nie dysponowała wiedzą na temat braku dokonywania bieżącej aktualizacji Polityki Rachunkowości przez ówczesne Główne Księgowe. Ponadto wyjaśniła, że: „...aktualnie weryfikowane są konta stosowane od 1 stycznia 2025 r. i przygotowywana jest aktualizacja Polityki Rachunkowości w tym zakresie. Kompleksowa aktualizacja i zmiana Polityki Rachunkowości planowana jest w 2026 r”.

(akta kontroli str. 747, 749)

Po zakończeniu czynności kontrolnych⁸⁹ przekazano kontrolującemu uchwałę nr 16/12/2025 Zarządu Szpitala z 19 grudnia 2025 r. w sprawie zmian dokumentacji przyjętych zasad (polityki) rachunkowości Uchwałą Zarządu nr 11/12/2021 z dnia 31 grudnia 2021 r. Uchwała weszła w życie z dniem podpisania, z mocą obowiązującą od 1 stycznia 2025 r.

3. Rozbieżności pomiędzy zakładowym planem kont określonym w zasadach (polityce) rachunkowości a systemem finansowo-księgowym /FK/:

a) w systemie finansowo-księgowym Szpitala funkcjonowały trzy konta księgowe syntetyczne nie uwzględnione w Polityce rachunkowości (planie kont). Były to następujące konta:

„081 – Wartości niematerialne i prawne w budowie” – od 2025 r.;

„147 – Środki pieniężne w drodze – Alior Bank (parking)” – od 2022 r.;

„204 – Rozrachunki z dostawcami zagranicznymi kontrahenci” – od 2024 r.;

⁸⁹ W dniu 12 stycznia 2026 r.

b) począwszy od 2024 r. zmieniono przeznaczenie konta „136 – Rachunek gwarancja bankowa” na „136 – Rachunki walutowe” bez dokonania stosownej zmiany w Polityce rachunkowości (planie kont);

c) począwszy od 2023 r. w systemie FK przestały funkcjonować (usunięto) trzy konta księgowe syntetyczne uwzględnione w Polityce rachunkowości (planie kont). Były to następujące konta: „206 – rozrachunki z odbiorcami z tytułu odsetek od należności kontrahenci”; „4900 – NFZ pod. lek. Izba Przyjęć”; „4902 – NFZ pod. lek. Szpitalny Oddział Ratunkowy”.

(akta kontroli str. 12-33, 271-286, 527-532)

Jak wyjaśniła p.o. Głównej Księgowej plan kont w powyższym zakresie zostanie zaktualizowany w aktualnie przygotowywanej aktualizacji Polityki Rachunkowości.

(akta kontroli str. 747-750)

NIK zauważyła, że stosownie do art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. a) ustawy o rachunkowości zakładowy plan kont ustalający m.in. wykaz kont księgi głównej jest częścią zasad (polityki) rachunkowości Szpitala i niedopuszczalne jest księgowanie operacji na kontach w nim nieujętych. W przypadku konieczności utworzenia nowych kont lub usunięcia istniejących niezbędne jest uprzednie znowelizowanie zasad (polityki) rachunkowości.

4. Od 5 lipca 2025 r. przez blisko cztery miesiące nie podejmowano działań windykacyjnych, pomimo braku zapłaty kary umownej od kontrahenta, w związku z opóźnieniem w realizacji zamówienia w kwocie 167,3 tys. zł. Było to działanie nierzetelne i niegospodarne.

(akta kontroli str. 533-575, 590-699)

P.o. Główna Księgowa wyjaśniła: „...z uwagi na zmiany organizacyjne i personalne w Dziale Księgowości i Dziale Prawnym należności były na etapie ponownej weryfikacji i analizy. Przedmiotowa należność była sporna i po ponownym wezwaniu dłużnika do zapłaty sprawa miała zostać skierowana na drogę sądową”.

(akta kontroli str. 759, 764)

5. Odstąpiono od naliczenia odsetek ustawowych za zwłokę w przypadku 66 dniowej zwłoki w zapłacie faktury DSM/000080/05/2025 na kwotę 89,7 tys. zł przez kontrahenta, pozbawiając tym samym spółkę dochodu w kwocie 2,1 tys. zł. Było to działanie niegospodarne.

(akta kontroli str. 533-575, 590-699)

P.o. Główna Księgowa wyjaśniła: „...w związku z tym, iż obowiązki Głównej Księgowej pełnię od dnia 08.09.2025 r. nie dysponuję pełną wiedzą na temat uzgodnień biznesowych dokonanych przez poprzedni Zarząd ze wskazanym kontrahentem oraz przyjętych praktyk dotyczących zasad naliczania odsetek”.

(akta kontroli str. 759-760, 765)

6. Ustalanie wysokości właściwej liczby godzin praktyk studenckich odbytych w Szpitalu w II semestrze luty-czerwiec 2024 r. przez studentów Warszawskiej Uczelni Medycznej im. T. Koźłuka trwało nadmiernie długo i zapłata nastąpiła dopiero po 16 miesiącach od odbycia tych praktyk (30 października 2025 r.). Tym samym Szpital ponosząc koszty praktyk, finansował je ze środków własnych, kredytuując tym samym Uczelnię. Było to działanie niegospodarne.

Ponadto dokonywano rozliczeń z Warszawską Uczelnią Medyczną im. T. Koźłuka za okres semestru, a nie miesięcznie, co naruszało postanowienia § 4 ust. 2 umowy na realizację studenckich zajęć praktycznych i praktyk zawodowych zawartej 17 stycznia 2023 r., zgodnie

z którym: „Wynagrodzenie (...) płatne będzie za każdy miesiąc semestru, w którym trwają zajęcia praktyczne i praktyki zawodowe realizowane przez daną grupę, na podstawie faktury VAT...”.

(akta kontroli str. 533-575, 590-699)

P.o. Główna Księgowa wyjaśniła: „...faktury VAT wystawiane były na podstawie informacji i załączników w zakresie liczby godzin praktyk potwierdzonych przez ówczesnego Kierownika Działu Kadr i Płac. Z uwagi na zmiany personalne w ww. dziale nie dysponowała wiedzą na temat przyczyn wydłużonego czasu ustalania właściwej liczby godzin praktyk, jak również przekazywania dokumentów będących podstawą do wystawiania faktur VAT w okresach semestralnych a nie miesięcznych”.

(akta kontroli str. 759-760, 765)

7. W Szpitalu nie sporządzano dla poszczególnych wynajmów kalkulacji opłacalności (zyskowności) przychodów z najmu powierzchni/pomieszczeń, co było działaniem nierzetelnym i niegospodarnym.

(akta kontroli str. 164, 267-515)

Kierownik Działu Kontrolingu Zarządczego wyjaśniła: „...kalkulacje te nie zostały sporządzone, ponieważ proces zawierania wskazanych umów nie był konsultowany z Działem Kontrolingu Zarządczego. Na etapie podejmowania decyzji o wynajmie oraz ustalania warunków finansowych Dział Kontrolingu Zarządczego nie uczestniczył w uzgadnianiu ani opiniowaniu stawek czynszowych, jak również nie został poinformowany o planach zawarcia tych umów, czy potrzebie przygotowania analiz ekonomicznych w tym zakresie”.

(akta kontroli str. 576-589)

8. Bez formalnej podstawy wynajmowano pomieszczenie kontrahentowi w okresie 01 stycznia 2022 - 19 sierpnia 2024 (12,07m²), osiągając przychód 145,0 tys. zł (nie udostępniono NIK stosownej umowy).

(akta kontroli str. 164, 267-515)

P.o. Główna Księgowa wyjaśniła: „...Faktury wystawiano po faktycznym wpływie środków pieniężnych na rachunek bankowy. Nie posiadam wiedzy na temat zawartej umowy, w tym okresie, co wynika ze zmian personalnych, w tym Zarządu”.

(akta kontroli str. 576-589)

9. Wyznaczano 30-dniowy termin płatności na łączną kwotę 111,0 tys. zł (osiem faktur) kontrahentowi, co naruszało postanowienia umowy zawarte w § 9 ust. 1 umowy, zgodnie z którym: „Czynsz najmu i opłaty za świadczenia dodatkowe płatne są do 14 dni od daty doręczenia faktury przez Wynajmującego”⁹⁰.

Ponadto w fakturach wystawianych za poddzierżawę pomieszczeń innemu kontrahentowi wyznaczano termin płatności powyżej 14 dni, co naruszało postanowienia § 9 ust. 1 umowy poddzierżawy z 16 marca 2024 r.

(akta kontroli str. 164, 267-515)

⁹⁰ Dotyczy następujących faktur: DAZ/000004/11/2024 na kwotę 13,9 tys. zł; DAZ/000003/01/2025 na kwotę 13,9 tys. zł; DAZ/000004/02/2025 na kwotę 13,9 tys. zł; DAZ/000004/03/2025 na kwotę 13,9 tys. zł; DAZ/000004/04/2025 na kwotę 13,9 tys. zł; DAZ/000004/05/2025 na kwotę 13,9 tys. zł; DAZ/000004/06/2025 na kwotę 13,9 tys. zł; DAZ/000004/07/2025 na kwotę 13,9 tys. zł.

P.o. Główna Księgowa wyjaśniła: „...z uwagi na zmiany personalne , w szczególności Zarządu, oraz brak dostępu do pełnych informacji o bieżących wówczas uzgodnieniach z kontrahentami, nie dysponuję wiedzą na temat przyczyn stosowania dłuższego terminu płatności. Możliwe, że decyzje te wynikały z indywidualnych uzgodnień handlowych, warunków współpracy lub sytuacji finansowej stron w tamtym okresie. Nie mam możliwości jednoznacznego ustalenia motywów odstępstwa od zapisów umownych ani okoliczności, które uzasadniały przyjęcie wydłużonego terminu płatności.

(akta kontroli str. 576-589)

10. W przypadku uregulowania z opóźnieniem łącznej kwoty należności 24,4 tys. zł (siedem faktur) przez kontrahenta odstąpiono od naliczenia ustawowych odsetek za opóźnienie, co naruszało postanowienia umowy zawarte w § 9 ust. 3⁹¹.

Ponadto w umowie z 16 listopada 2023 r. zawartej z innym kontrahentem nie zawarto postanowień dotyczących sposobu rozliczeń oraz naliczania odsetek za opóźnienia w zapłacie. W ramach realizacji tej umowy uregulowano z opóźnieniem łączną kwotę należności 24,6 tys. zł (pięć faktur) i odstąpiono od naliczenia ustawowych odsetek za opóźnienie⁹².

(akta kontroli str. 164, 267-515)

P.o. Główna Księgowa wyjaśniła: „...z uwagi na zmiany personalne, w szczególności Zarządu, oraz brak dostępu do pełnych informacji o bieżących wówczas uzgodnieniach z kontrahentami, nie dysponuję pełną wiedzą na temat uzgodnień biznesowych, które stanowiły podstawę do zawierania umów, w tym przyjętych wówczas praktyk dotyczących kształtowania warunków finansowych czy zasad naliczania odsetek. Nie mam zatem możliwości odtworzenia pełnego kontekstu tych decyzji ani jednoznacznego ustalenia ich motywów”.

(akta kontroli str. 576-589)

Ocena częściowa

Pomimo stwierdzonych nieprawidłowości w obszarze gospodarki finansowej i pogarszającego się wyniku finansowego w latach 2023-2024 w stosunku do roku 2022 r., sytuacja finansowa Szpitala pozwalała na jego niezakłócone funkcjonowanie.

IV. Uwagi i wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, przedstawia następujące wnioski i uwagę:

Uwagi

1. NIK dostrzega problem braków w WSzP dokumentacji oraz skutków dużej rotacji w 2025 r. pracowników administracji (tj. utraty wiedzy i pamięci instytucji) – co stwierdzono w ramach ustaleń kontroli i niejednokrotnie związane było ze stwierdzonymi nieprawidłowościami.

⁹¹ Dotyczy następujących faktur: DAZ/000007/08/2024 na kwotę 3,5 tys. zł – opóźnienie 3 dni; DAZ/000005/09/2024 na kwotę 3,5 tys. zł – opóźnienie 2 dni; DAZ/000006/11/2024 na kwotę 3,5 tys. zł – opóźnienie 4 dni; DAZ/000005/01/20252024 na kwotę 3,5 tys. zł – opóźnienie 3 dni; DAZ/000005/03/2025 na kwotę 3,5 tys. zł – opóźnienie 1 dzień; DAZ/000005/04/2025 – opóźnienie 1 dzień; DAZ/000004/05/2025 na kwotę 3,5 tys. zł – opóźnienie 3 dni.

⁹² Dotyczy następujących faktur: DAZ/000006/12/2023 na kwotę 4,9 tys. zł – opóźnienie 7 dni; DAZ/000002/01/2024 na kwotę 4,9 tys. zł – opóźnienie 5 dni; DAZ/000003/03/2024 na kwotę 4,9 tys. zł – opóźnienie 1 dzień; DAZ/000002/04/2024 na kwotę 4,9 tys. zł – opóźnienie 20 dni; DAZ/000001/06/2024 na kwotę 4,9 tys. zł – opóźnienie 7 dni.

Wnioski

1. Zapewnienie - poprzez działania korygujące (uzupełnienie, odzyskanie dokumentacji), i zapobiegawcze (ustalenie odpowiedzialności, opisanie sposobu postępowania) - opracowywania i przechowywania kompletnej i aktualnej dokumentacji, w tym zarządzania jakością i bezpieczeństwa pacjentów.
2. Zapewnienie (poprzez wprowadzenie opisanego sposobu działania) terminowego aktualizowania postanowień regulaminu organizacyjnego WSzP i informacji w RPWDL oraz zgodności ich z przepisami prawa i stanem faktycznym.
3. Dostosowanie (zaktualizowanie) organizacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej do postanowień umownych, w tym harmonogramu oraz szczegółowych wymogów przepisów prawa we wszystkich wskazanych zakresach.
4. Zorganizowanie pracy personelu medycznego ograniczające nadmierne obciążenie pracą (np. poprzez zmiany kadrowo-organizacyjne, odciążenie personelu medycznego od bezpośredniego wykonywania czynności administracyjnych, w tym sprawozdawczych).
5. Zapewnienie (poprzez zaplanowanie, zapewnienie finansowania i wykonanie) poprawy stanu sanitarno-techniczny budynków oraz wyposażenia pomieszczeń w miejscach udzielania świadczeń.
6. Zapewnienie należytego wyodrębnienia organizacyjnego udzielania świadczeń pacjentom nieodpłatnie (na podstawie umowy z NFZ) i odpłatnie.
7. Zrealizowanie zamierzeń w kierunku zapewnienia właściwego i efektywnego gospodarowania majątkiem Szpitala, w tym poprzez inwentaryzację.
8. Zaprzestanie używania w przestrzeni publicznej nazwy nieistniejącej komórki organizacyjnej Szpitala „Warszawskiego Centrum Chirurgii Kręgosłupa” lub jej sformalizowanie w strukturze.
9. Prowadzenie bieżącego monitoringu kont syntetycznych Szpitala w celu zapobiegania wystąpienia rozbieżności pomiędzy zakładowym planem kont określonym w zasadach (polityce) rachunkowości a systemem finansowo-księgowym (FK).
10. Podjęcie działań organizacyjnych usprawniających prowadzone przez Szpitala działania windykacyjne.
11. Każdorazowe sporządzanie dla poszczególnych wynajmów powierzchni/pomieszczeń kalkulacji opłacalności (zyskowności) oraz wzmocnienie nadzoru nad realizacją tych umów.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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 Departamentu Spraw Społecznych Najwyższej Izby Kontroli. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK, należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o wykonaniu wniosków pokontrolnych i wykorzystaniu

uwagi oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań. Zgodnie z art. 98 ustawy o NIK, kto nie informuje bądź niezgodnie z prawdą informuje o wykonaniu wniosków pokontrolnych, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 3.

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.

Wystąpienie pokontrolne sporządzono w postaci elektronicznej z użyciem kwalifikowanych podpisów elektronicznych.

Warszawa, dnia 5 lutego 2026 r.

Kontrolerzy

główny specjalista kontroli państwowej

Andrzej Dominikowski

/podpisano elektronicznie/

doradca ekonomiczny

Maciej Szustowicz

/podpisano elektronicznie/

Najwyższa Izba Kontroli

Departament Spraw Społecznych

p.o. Dyrektor

Konrad Kostępski

/podpisano elektronicznie/

Zmian dokonał: Konrad Kostępski,
p.o. Dyrektor Departamentu Spraw Społecznych,
dnia 25 czerwca 2026 r.