



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

KZD P/25/041

Nr ewid. 101/2025/P/25/041/KZD

Informacja o wynikach kontroli

SZPITALE KLINICZNE

MISJA

Najwyższej Izby Kontroli jest niezależna, profesjonalna kontrola zadań publicznych w interesie obywateli i państwa

Dyrektor Departamentu
Spraw Społecznych

Konrad Kostępski
/podpisano elektronicznie/

Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli

Sylweryusz Królak
/podpisano elektronicznie/

Prezes Najwyższej Izby Kontroli

Mariusz Haładyj
/podpisano elektronicznie/

Warszawa, maj 2026

Najwyższa Izba Kontroli
ul. Filtrowa 57
02-056 Warszawa
+48 22 444 50 00
nik@nik.gov.pl
www.nik.gov.pl

SPIS TREŚCI

WYKAZ SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ.....	4
1. Wprowadzenie	5
2. Ocena ogólna	8
3. Synteza	9
4. Wnioski	15
5. Ważniejsze wyniki kontroli	16
5.1. Działalność lecznicza	16
5.2. Działalność dydaktyczna.....	49
5.3. Działalność naukowa	54
6. Załączniki	57
6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe	57
6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno- -ekonomicznych	66
6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności.....	69
6.4. Model predykcji bankructwa INE PAN.....	70
6.5. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli	71

WYKAZ SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ

- OWU** Załącznik 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.).
- Pzp** Ustawa z dnia 11 września 2019 r. *Prawo zamówień publicznych* (Dz.U. z 2024 r. poz. 1320, ze zm.).
- ustawa o działalności leczniczej** Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* (Dz.U. z 2025 r. poz. 450, ze zm.).
- ustawa o finansach publicznych** Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. *o finansach publicznych* (Dz.U. z 2025 r. poz. 1483)
- ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej** Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz.U. z 2025 r. poz. 1461, ze zm.).
- ustawa o NIK** Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz.U. z 2022 r. poz. 623).

1. WPROWADZENIE

Pytanie definiujące cel główny kontroli

Czy szpitale kliniczne prawidłowo realizowały swoje zadania w zakresie działalności leczniczej, dydaktycznej i naukowej?

Pytania definiujące cele szczegółowe kontroli

Czy szpitale kliniczne prawidłowo prowadziły działalność leczniczą?

Czy szpitale kliniczne prawidłowo realizowały swoje zadania dydaktyczne, w tym czy utrzymywały wskaźniki wymagane dla akredytacji?

Czy szpitale kliniczne prawidłowo realizowały swoją działalność naukową, osiągając rekomendowane wskaźniki jakościowe?

Jednostki kontrolowane

10 szpitali klinicznych

Okres objęty kontrolą

1.01.2022–19.08.2025

Szpitale kliniczne pełnią szczególną i kluczową rolę w systemie ochrony zdrowia, wynikającą z łączenia działalności leczniczej, dydaktycznej i naukowej.

W polskim systemie prawnym nie zdefiniowano pojęcia *szpital kliniczny*. Zgodnie z ustawą o *działalności leczniczej*, oznaczenia *klinika* albo *kliniczny* oraz *uniwersytecki* mogą używać wyłącznie podmioty lecznicze utworzone lub prowadzone przez uczelnię medyczną, które wykonują działalność leczniczą. Są one obowiązane do realizacji zadań polegających na kształceniu przed- i podyplomowym w zawodach medycznych, w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia. Są one również obowiązane do udostępnienia uczelni medycznej jednostek organizacyjnych niezbędnych do prowadzenia kształcenia przed- i podyplomowego w zawodach medycznych. Uczelnia medyczna jest natomiast zobowiązana do przekazywania udostępniającemu środków finansowych na realizację zadań dydaktycznych i badawczych.

Do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą¹ wpisanych było 38 podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest publiczna uczelnia medyczna albo publiczna uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, albo Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego². Natomiast w Stowarzyszeniu Polska Unia Szpitali Klinicznych, które powstało w celu ochrony praw i reprezentowania interesów szpitali klinicznych, zrzeszone były 42 podmioty lecznicze³.

W niniejszej kontroli badaniem objęto nie tylko działalność szpitali klinicznych w obszarze działalności leczniczej i udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ale również realizację zadań dydaktycznych i naukowo-badawczych. W kontroli wzięto pod uwagę potencjalne ryzyka związane z:

- niespełnianiem wymogów formalnych, dotyczących infrastruktury, aparatury, kwalifikacji i czasu pracy personelu, a także naruszeniami proceduralnymi przy udzielaniu zamówień na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które mogą skutkować sankcjami ze strony płatnika publicznego, pogorszeniem jakości leczenia, a także destabilizacją finansową szpitala,
- niewłaściwym nadzorem, w tym nierzetelnym prowadzeniem gospodarki finansowej oraz gospodarowaniem majątkiem, brakiem kontroli, nierzetelną weryfikacją wykonania umów

¹ Rejestr, o którym mowa w dziale IV ustawy o *działalności leczniczej* (art. 100–113 ustawy).

² Stan na 9 stycznia 2025 r.

³ <https://www.uniaszpitali.pl/o-nas/czlonkowie> (dostęp 27 sierpnia 2025 r.).

- oraz niepodejmowaniem działań naprawczych, które mogą pogłębiać problemy organizacyjne i finansowe,
- błędnym planowaniem inwestycji i opóźnieniami w uruchamianiu aparatury medycznej, które mogą zagrażać ciągłości i jakości udzielanych świadczeń,
 - brakiem zgodności prawnej, niewłaściwą jakością prowadzenia działalności dydaktycznej, które mogą skutkować obniżeniem standardów kształcenia oraz konsekwencjami formalno-finansowymi dla szpitala,
 - nieprawidłową realizacją badań klinicznych, mogącą prowadzić do naruszeń regulacyjnych i konsekwencji finansowo-organizacyjnych.

Kompleksowa kontrola NIK obejmująca podobną tematykę została przeprowadzona po raz ostatni w 2015 r. W Informacji o wynikach kontroli P/14/064 „Funkcjonowanie szpitali klinicznych” w latach 2013–2014⁴, NIK oceniła, iż brakowało rozwiązań systemowych dotyczących funkcjonowania szpitali klinicznych, które uwzględniałyby ich szczególną rolę w obszarze działalności leczniczej, dydaktycznej oraz naukowo-badawczej. NIK zwróciła również uwagę na brak rzetelnie ustalonych kosztów dydaktyki klinicznej ponoszonych przez szpitale kliniczne oraz nieprawidłowe wyposażenie w majątek trwałe, niezbędny do wykonywania zadań statutowych.

W kontroli P/08/173 „Realizacja zakupów sprzętu medycznego i leków przez szpitale kliniczne oraz finansowania przez dostawców różnych sfer działalności tych szpitali, w tym dotyczących badań klinicznych” w latach 2006–2008⁵, NIK negatywnie oceniła działalność szpitali klinicznych w zakresie zakupów sprzętu medycznego, leków i wyrobów medycznych. Stwierdzono liczne nieprawidłowości, w tym działania nielegalne, nierzetelne i niegospodarne, a także występowanie mechanizmów korupcyjnych, takich jak dowolność procedur, konflikty interesów oraz nieskuteczna kontrola wewnętrzna. W obszarze badań klinicznych stwierdzono występowanie działań niegospodarnych, nielegalnych i nierzetelnych. Nieprzestrzeganie przepisów dotyczących prowadzenia tych badań, a także dowolność ich interpretacji, sprzyjały nieuzasadnionemu ponoszeniu przez szpitale kosztów tych badań oraz obciążaniu nimi NFZ.

W wyniku kontroli P/09/136 „Sprawowanie nadzoru nad samodzielnymi publicznymi szpitalami klinicznymi” w latach 2006–2009⁶ NIK negatywnie oceniła system nadzoru nad szpitalami klinicznymi oraz powiązanymi

⁴ <https://www.nik.gov.pl/kontrole/P/14/064/> (dostęp 27 sierpnia 2025 r.).

⁵ <https://www.nik.gov.pl/kontrole/P/08/173/> (dostęp 7 kwietnia 2026 r.).

⁶ <https://www.nik.gov.pl/kontrole/P/09/136/> (dostęp 7 kwietnia 2026 r.).

z nimi podmiotami. Stwierdzono przede wszystkim nierzetelność zarówno po stronie uczelni medycznych, jak i Ministra Zdrowia. Rektory uczelni nie wykonywali w pełni obowiązku przeprowadzania okresowych i sprawdzających kontroli w szpitalach klinicznych. Brak tych działań uniemożliwiał weryfikację sprawozdań przekazywanych przez szpitale, co ograniczało zdolność identyfikowania nieprawidłowości i podejmowania działań naprawczych. Z kolei Minister Zdrowia nie egzekwował obowiązku przekazywania informacji pokontrolnych ani nie analizował ich treści. W efekcie nie dysponował rzetelną wiedzą o funkcjonowaniu szpitali klinicznych i uczelni medycznych, nie identyfikował problemów i nie podejmował działań naprawczych.

Od czasu przeprowadzenia tych kontroli nastąpiły istotne zmiany w otoczeniu prawnym i instytucjonalnym, w tym znowelizowano przepisy dotyczące działalności leczniczej, zamówień publicznych oraz badań klinicznych (implementacja regulacji unijnych⁷). Wprowadzono także nowe mechanizmy nadzorcze oraz systemy raportowania, co mogło ograniczyć część wcześniej identyfikowanych nieprawidłowości. Jednocześnie, wiele problemów wskazanych przez NIK, miało charakter systemowy (np. słabość nadzoru, ryzyko konfliktu interesów, niedoskonałości kontroli wewnętrznej). Tego typu zjawiska mają tendencję do utrzymywania się w czasie, nawet pomimo zmian legislacyjnych, zwłaszcza jeśli reformy nie były kompleksowe lub ich implementacja była niewystarczająca. Ustalenia tych kontroli stanowią cenne źródło identyfikacji ryzyk i słabych punktów systemu.

⁷ Rozporządzenie 536/2014 w sprawie badań klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi oraz uchylenia dyrektywy 2001/20/WE, Dz.U.U.E.L.2014.158.1.

2. OCENA OGÓLNA

**Większość szpitali
co do zasady
prawidłowo realizowała
poszczególne zadania
w zakresie działalności
lecniczej**

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli, działalność lecznicza wszystkich skontrolowanych szpitali klinicznych była prowadzona w sposób zapewniający ciągłość udzielania świadczeń zdrowotnych, a także realizację powierzonych im zadań dydaktycznych i badawczych, w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. W większości podmiotów odnotowywano wzrost liczby pacjentów i efektywności wykorzystania zasobów. Jednak tylko połowa ze skontrolowanych szpitali utrzymywała stabilność finansową w całym okresie objętym kontrolą. W dwóch jednostkach stwierdzono poważne problemy finansowe lub organizacyjne, wymagające działań naprawczych.

Kontrola ujawniła szereg nieprawidłowości, dotyczących zarządzania infrastrukturą i aparaturą medyczną (zaniedbania techniczne, braki w przeglądach), naruszenia przepisów dotyczących zamówień publicznych przy zakupach aparatury medycznej oraz przypadki nieefektywnego wykorzystania sprzętu. Stwierdzono również uchybienia w gospodarowaniu majątkiem, a także braki w przejrzystości procesów decyzyjnych.

Istotnym obszarem ryzyka pozostaje organizacja pracy personelu medycznego. Pomimo formalnego spełnienia wymogów kadrowych, w większości jednostek dochodziło do sporadycznych naruszeń norm czasu pracy personelu, w tym przypadków skrajnie długich dyżurów. Takie zjawiska, w połączeniu z wieloletowością i brakiem informacji o rzeczywistym obciążeniu pracą, NIK ocenia jako zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów i jakości świadczeń.

Działalność dydaktyczna była prowadzona zgodnie z przepisami i we współpracy z uczelniami medycznymi. W pięciu podmiotach kontrola ujawniła błędy proceduralne, nieprawidłowe rozliczenia lub występowanie konfliktów interesów. Wszystkie szpitale uczestniczyły w badaniach klinicznych i innych projektach naukowych oraz należycie wywiązywały się z zawartych umów dotyczących ich realizacji.

3. SYNTEZA

<p>Zapewniono ciągłość udzielania świadczeń</p>	<p>Działalność lecznicza wszystkich dziesięciu szpitali klinicznych objętych kontrolą była prowadzona w sposób zapewniający ciągłość udzielania świadczeń zdrowotnych oraz realizację zadań statutowych, jednak w wielu jednostkach stwierdzono istotne zróżnicowanie efektywności ekonomicznej, organizacyjnej i jakościowej. We wszystkich szpitalach zachowano zdolność operacyjną i realizowano świadczenia w ramach umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia, lecz nie we wszystkich przypadkach osiągnięto równowagę finansową.</p>
<p>Efektywne wykorzystanie łóżek szpitalnych</p>	<p>Kontrola wykazała, że w ośmiu szpitalach klinicznych, z dziesięciu skontrolowanych, organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych zapewniała efektywne wykorzystanie łóżek szpitalnych. Niekorzystne zjawiska w postaci niedostatecznego lub nadmiernego obłożenia negatywnie oceniono w dwóch podmiotach (Rzeszów, Szczecin). W pozostałych placówkach oceniono, że wdrożone rozwiązania organizacyjne umożliwiały utrzymanie stabilnego poziomu obłożenia łóżek i pozwoliły na racjonalne zarządzanie zasobami.</p> <p>We wszystkich analizowanych jednostkach zaobserwowano wzrost liczby pacjentów i hospitalizacji w latach 2022–2024, przy jednoczesnym skracaniu średniego czasu pobytu. Trend ten świadczy o wzroście efektywności funkcjonowania szpitali klinicznych oraz o ich dostosowywaniu się do współczesnych modeli zarządzania w ochronie zdrowia, w których kluczowe znaczenie ma intensywne wykorzystanie zasobów, skrócenie pobytu pacjentów i rozwój leczenia jednego dnia.</p> <p style="text-align: right;">[str. 16–19]</p>
<p>Zróżnicowana sytuacja finansowa szpitali klinicznych</p>	<p>Szpitala o najwyższym poziomie stabilności finansowej (m.in. Gdańsk, Zabrze)⁸ prowadziły działalność z dodatnim wynikiem finansowym na działalności podstawowej i operacyjnej niemal w całym okresie objętym kontrolą. Wykazywały prawidłową strukturę kosztów i przychodów, utrzymywały bieżącą płynność oraz nie generowały zadłużenia.</p> <p>Działalność kilku szpitali klinicznych (m.in. Lublin, Bydgoszcz, Łódź) charakteryzowała się niską rentownością⁹. Szpitale te zachowywały płynność finansową, ale osiągały wyniki finansowe netto bliskie zeru, głównie wskutek wzrostu kosztów wynagrodzeń, usług obcych, materiałów i energii. W tych podmiotach zalecane jest prowadzenie analiz</p>

⁸ W Informacji o wynikach kontroli przyjęto skrócone nazwy jednostek kierując się ich lokalizacją (por. „Wykaz jednostek kontrolowanych”, załącznik nr 6.1).

⁹ Wskaźnik zyskowności netto w 2024 r. wyniósł 0,0298 w Szpitalu w Lublinie, 0,0439 w Szpitalu w Bydgoszczy oraz 0,1065 w Szpitalu w Łodzi.

struktury świadczeń oraz potrzebne jest zwiększenie efektywności wykorzystania łóżek szpitalnych, zasobów kadrowych i aparaturowych.

Najpoważniejsze problemy w obszarze gospodarki finansowej wystąpiły w Szpitalu w Warszawie. Mimo osiągnięcia dodatniego wyniku na sprzedaży w latach 2023–2024, działalność lecznicza była prowadzona w warunkach chronicznego deficytu finansowego, przy istotnym poziomie zobowiązań wymagalnych oraz braku wsparcia finansowego ze strony podmiotu tworzącego. Utrzymujący się ujemny wynik finansowy netto wynikał z zadłużenia sprzed konsolidacji tego szpitala (2019 r.) i wysokich kosztów jego obsługi – na koniec 2024 r. zadłużenie Szpitala w Warszawie sięgało 68,6% rocznych przychodów ze sprzedaży. [str. 29–42]

**Zaniedbania
w obszarze
zarządzania
infrastrukturą**

W siedmiu szpitalach klinicznych, z dziesięciu skontrolowanych, pomieszczenia i urządzenia, w tym wyposażenie i aparatura medyczna spełniały wymagania formalno-techniczne określone w rozporządzeniach Ministra Zdrowia oraz umowach zawartych z NFZ, a stwierdzone w dwóch z nich uchybienia dotyczyły głównie nieaktualnych danych w załącznikach do umów z NFZ. W dwóch podmiotach (w Rzeszowie i Warszawie) stwierdzono, że stan techniczny i sanitarny pomieszczeń nie odpowiadał przepisom rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą*¹⁰. W trzech szpitalach (Białystok, Rzeszów, Warszawa) stwierdzono nieprawidłowości dotyczące utrzymania i nadzoru nad sprzętem medycznym, w tym zaniechania w przeglądach, które mogły zagrażać bezpieczeństwu pacjentów. Powyższe stanowiło naruszenie art. 63 ust. 1 ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. *o wyrobach medycznych*¹¹. [str. 19–22]

**Naruszenia przepisów
przy zakupach
aparatury medycznej**

Kontrola NIK wykazała, że w dwóch szpitalach (Szczecin, Lublin) wystąpiły istotne naruszenia przepisów ustawy *Prawo zamówień publicznych* w postępowaniach o zakup aparatury medycznej, dotyczące sporządzenia opisu przedmiotu zamówienia w sposób wskazujący na konkretnego producenta, ustalania wartości zamówienia na podstawie oferty przyszłego wykonawcy, braku konsultacji rynkowych, skracania terminów składania ofert oraz określania zbyt krótkich terminów realizacji zamówienia. Dodatkowo w siedmiu podmiotach objętych kontrolą wystąpiły uchybienia proceduralne i niedociągnięcia w zakresie prowadzonej dokumentacji, najczęściej dotyczące jej niekompletności, sposobu przygotowania opisu zamówienia, naruszeń procedur wewnętrznych, publikowania ogłoszeń o wykonaniu umów oraz dochodzenia kar umownych. Zakupiony sprzęt i aparatura medyczna były

¹⁰ Dz.U. z 2022 r. poz. 402.

¹¹ Dz.U. z 2024 r. poz. 1620, ze zm.

zainstalowane i oddane do użytku, jednakże w trzech szpitalach (Kraków, Zabrze, Rzeszów) NIK oceniła wykorzystanie sprzętu jako nieefektywne, m.in. z uwagi na ograniczony czas pracy, opóźnienia w uruchamianiu urządzeń, niewystarczające wykorzystanie z powodu awarii lub przestarzałości technologicznej, a także brak odpowiednich warunków do rozszerzenia zakresu udzielanych świadczeń. [str. 42–45]

**Nie w pełni przejrzyste
i gospodarne
zarządzanie majątkiem**

NIK stwierdziła, że w sześciu podmiotach objętych kontrolą gospodarowanie majątkiem nie było w pełni zgodne z zasadami gospodarności i przejrzystości. W jednym ze szpitali (Warszawa) stwierdzono m.in. nieprawidłowości polegające na niewłaściwym naliczaniu i egzekwowaniu należności (m.in. brak waloryzacji czynszu, niepobieranie prowizji, bezpodstawne obniżenie czynszu), co skutkowało uszczupleniem środków w wysokości 2287,8 tys. zł. W pozostałych podmiotach stwierdzono uchybienia o charakterze formalno-organizacyjnym, obejmujące m.in. nierzetelne dokumentowanie czynności, brak wymaganych opinii i uzasadnień, a także zawieranie umów bez przeprowadzenia stosownych analiz. Przyczynami wystąpienia nieprawidłowości były błędne interpretacje przepisów, błędy formalne i proceduralne oraz niedostateczna dokumentacja przebiegu procesów decyzyjnych. [str. 46–47]

**Zapewnienie kadry
medycznej i problemy
z organizacją czasu
pracy personelu**

W większości podmiotów liczba i kwalifikacje personelu medycznego, udzielającego świadczeń zdrowotnych, spełniały wymagania określone w obowiązujących przepisach prawa. Jednak we wszystkich szpitalach stwierdzono nieprawidłowości dotyczące: obsady kadrowej i/lub ewidencji zatrudnienia i/lub organizacji czasu pracy personelu medycznego. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły najczęściej nieprzestrzegania przepisów dotyczących norm czasu pracy oraz niezachowania prawa do 11-godzinnego nieprzerwanego dobowego odpoczynku, o którym mowa w art. 97 ustawy o *działalności leczniczej*. Nieprawidłowości w tym obszarze stwierdzono w dziewięciu szpitalach, spośród dziesięciu objętych kontrolą, zarówno w odniesieniu do osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, jak i cywilnoprawnej. Wystąpiły przypadki ciągłego świadczenia pracy ponad 24 godziny łącznie przez 75 lekarzy i pielęgniarek, przy czym najdłuższy nieprzerwany czas świadczenia pracy wyniósł 70 godzin i 10 minut. Nieprawidłowości w tym obszarze wynikały przede wszystkim z niedoborów kadrowych oraz niedających się przewidzieć absencji personelu. W toku kontroli wskazywano również na fakt, iż zatrudnianie personelu medycznego na podstawie umów cywilnoprawnych nie podlega regulacjom Kodeksu pracy, a decyzje o kontynuowaniu pracy po dyżurze (powyżej 24 godzin) były często podejmowane przez samych lekarzy w oparciu o ocenę stanu pacjentów. Część tych uchybień wynikała z pomyłek administracyjnych, w tym błędów w układaniu grafików czy braku przepływu informacji.

W ocenie NIK zjawisko wieloetatowości, łączenia etatów z umowami cywilnoprawnymi (kontraktami) i braku skutecznego nadzoru nad rzeczywistym obciążeniem personelu medycznego stanowi istotne zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów i jakości świadczeń zdrowotnych w szpitalach. Konieczna jest zmiana uregulowań systemowych: wprowadzenie jednolitego mechanizmu ewidencji czasu pracy personelu medycznego, obejmującego wszystkie formy zatrudnienia, oraz rozszerzenie obowiązku monitorowania odpoczynku i przerw w pracy także na osoby zatrudnione na kontraktach. Ustalenia niniejszej kontroli potwierdzają zasadność wniosku sformułowanego przez NIK w informacjach o wynikach kontroli, przeprowadzonych w m.in. latach 2015–2016 oraz 2023–2024¹². O podjęcie działań w tym obszarze apelował również Rzecznik Praw Obywatelskich¹³. [str. 22–25]

**Uchybienia
przy udzielaniu
zamówień
na udzielanie
świadczeń**

NIK ustaliła, że w pięciu z dziesięciu szpitali objętych kontrolą, prawidłowo stosowano przepisy dotyczące udzielania zamówień o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (art. 26–27 ustawy o *działalności leczniczej*), w tym o udzielanie świadczeń przez personel medyczny, zapewnienie dyżurów medycznych lub wykonywanie badań diagnostycznych lub udzielanie konsultacji. W pozostałych pięciu jednostkach (Rzeszów, Warszawa, Białystok, Zabrze, Kraków) wystąpiły nieprawidłowości, wskazujące na brak jednolitych procedur i/lub niewystarczający nadzór nad procesem udzielania takich zamówień. Najczęstsze uchybienia dotyczyły braku lub nierzetelnego przeprowadzenia konkursów ofert, niekompletnej dokumentacji postępowań oraz niewłaściwego dokumentowania realizacji umów. W dwóch podmiotach (Kraków, Rzeszów) doszło do sytuacji, gdzie pomiędzy przyjmującym zamówienie na udzielenie świadczeń zdrowotnych, a zamawiającym zachodziły okoliczności wskazujące na wzajemne zależności, stwarzające konflikt interesów. Zdaniem NIK, niezbędne jest podjęcie działań mających na celu zapewnienia zgodności z przepisami prawa i procedurami wewnętrznymi w tym obszarze. [str. 25–29]

¹² Wniosek ten NIK sformułowała już m.in. w 2015 r. w Informacji o wynikach kontroli P/14/065 *Zatrudnienie w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej*, w 2016 r. po kontroli P/15/068 *Korzystanie z usług zewnętrznych przez szpitale publiczne*, a następnie w 2023 r. po kontroli P/22/047 *Zasoby kadry medycznej w systemie ochrony zdrowia* oraz w 2024 r. po kontroli I/23/002/LRZ *Zjawisko pozornego outsourcingu świadczeń zdrowotnych w wybranych szpitalach z terenu województwa podkarpackiego*. Wniosek ten dotychczas nie został zrealizowany.

¹³ <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-lekarze-umowy-cywilnoprawne-czas-pracy-mz> oraz <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-lekarze-umowy-czas-pracy-mz-odpowiedz> (dostęp 12 grudnia 2025 r.).

We wszystkich szpitalach wdrożono system zapewnienia jakości

Wszystkie szpitale miały wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem, wymagany przepisami ustawy *o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta*¹⁴, jednak nie we wszystkich jednostkach system ten był kompletny, w pełni zintegrowany z procesami leczniczymi i cyklicznie doskonalony. W dwóch szpitalach objętych kontrolą (Warszawa, Rzeszów) system funkcjonował formalnie prawidłowo, tj. był ustanowiony i udokumentowany, jednak był stosowany w ograniczonym zakresie w bieżącej działalności szpitala. [str. 47–49]

Działalność dydaktyczna prowadzona co do zasady prawidłowo

Kontrola Najwyższej Izby Kontroli wykazała, że działalność dydaktyczna wszystkich dziesięciu skontrolowanych szpitali klinicznych była prowadzona zgodnie z ich zadaniami, określonymi w statucie oraz obowiązującymi umowami o udostępnienie uczelni medycznej jednostek organizacyjnych niezbędnych do prowadzenia kształcenia przed- i podyplomowego w zawodach medycznych. We wszystkich szpitalach zapewniono warunki do kształcenia studentów kierunków medycznych oraz osób odbywających staże podyplomowe i szkolenia specjalizacyjne.

W pięciu szpitalach (Gdańsk, Bydgoszcz, Warszawa, Rzeszów, Białystok) stwierdzono uchybienia, niemające znaczącego wpływu na kontrolowaną działalność. Najczęściej dotyczyły one nieprecyzyjnych umów z uczelniami lub sposobu ich aneksowania oraz niepełnej ewidencji kosztów. W jednym szpitalu (Gdańsk) stwierdzono naruszenie procedur wewnętrznych przy obsadzaniu stanowisk kierowników klinik. [str. 49–52]

Szkolenia specjalizacyjne były prowadzone na podstawie aktualnych akredytacji Ministra Zdrowia, a większość szpitali zapewniała pełny nadzór dydaktyczny i opiekę merytoryczną. Jedynie w Szpitalu w Rzeszowie stwierdzono nieprawidłowość polegającą na prowadzeniu specjalizacji mimo czasowego zaprzestania udzielania świadczeń w danej dziedzinie. [str. 53–53]

Pozytywna ocena prowadzenia badań klinicznych

Kontrola NIK wykazała, że działalność naukowo-badawcza we wszystkich dziesięciu skontrolowanych szpitalach klinicznych była prowadzona zgodnie z ich statutowymi zadaniami. Działalność naukowa szpitali koncentrowała się głównie na prowadzeniu badań klinicznych produktów leczniczych i wyrobów medycznych oraz realizacji projektów finansowanych ze środków krajowych oraz unijnych.

¹⁴ Ustawa z dnia 16 czerwca 2023 r. *o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta*, Dz.U. z 2023 r. poz. 1692.

W szpitalach objętych kontrolą stosowano prawidłowe umowy o prowadzenie badań klinicznych, z zachowaniem wymogów etycznych i zasad GCP¹⁵. Realizacja badań była prowadzona zgodnie z postanowieniami zawartych umów. W trzech jednostkach (Rzeszów, Białystok, Zabrze) stwierdzono nieprawidłowości, niemające istotnego wpływu na działalność kontrolowanych podmiotów w tym obszarze.

[str. 54–56]

¹⁵ Zasady Dobrej Praktyki Klinicznej (GCP) stanowią międzynarodowy standard etyczny i naukowy w zakresie planowania, prowadzenia, dokumentowania i ogłaszania wyników badań klinicznych prowadzonych z udziałem ludzi. Przestrzeganie zasad GCP jest swoistą publiczną gwarancją właściwej ochrony praw oraz zachowania bezpieczeństwa i dobrostanu osób uczestniczących w badaniu, zgodnie z zasadami przyjętymi w Deklaracji Helsińskiej, jak również wiarygodności danych pochodzących z badań klinicznych.

4. WNIOSKI

Minister Zdrowia Najwyższa Izba kontroli ponawia wnioski o zainicjowanie zmiany obowiązującego stanu prawnego w taki sposób, by normy czasu pracy personelu medycznego oraz prawo do odpoczynku były ustalane w odniesieniu do osoby i uwzględniały łączny czas wykonywania obowiązków u świadczeniodawców w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej, niezależnie od liczby i formy zawartych umów. W ocenie NIK, niezbędne jest również podjęcie działań legislacyjnych zmierzających do określenia w przepisach ustawy *o działalności leczniczej* maksymalnego dopuszczalnego nieprzerwanego czasu pracy personelu medycznego, w celu wyeliminowania przypadków nadmiernie długiego czasu udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych.

Odnośnie pozostałych stwierdzonych nieprawidłowości wnioski zostały sformułowane w wystąpieniach pokontrolnych, skierowanych do kierowników jednostek objętych kontrolą.

5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

5.1. DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZA

W obszarze działalności leczniczej badania kontrolne koncentrowały się głównie na organizacji działalności leczniczej oraz na sposobie prowadzenia gospodarki finansowej, z uwzględnieniem zamówień publicznych i zarządzania środkami trwałymi. Kontrolą objęto również wdrożenie systemu jakości i bezpieczeństwa.

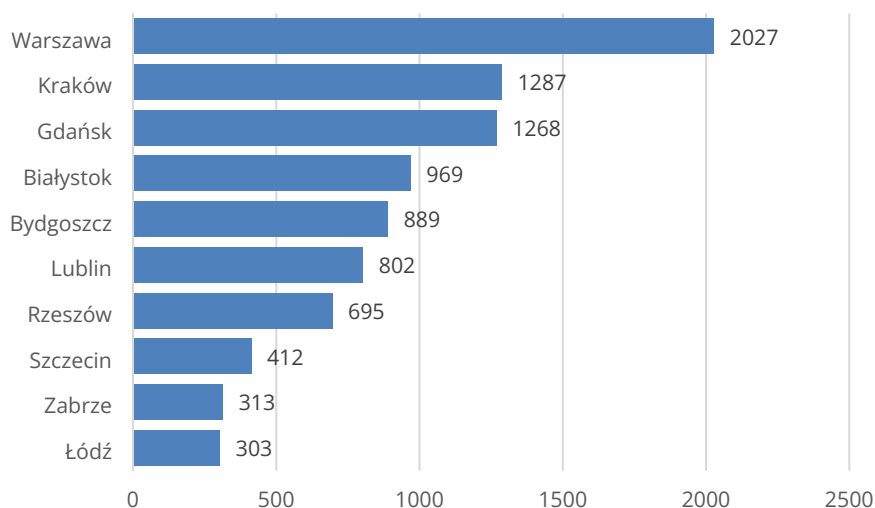
5.1.1. ORGANIZACJA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ

Wykorzystanie łóżek szpitalnych

Szpitaly kliniczne objęte kontrolą dysponowały ogółem 8965 łózkami szpitalnymi. Najwięcej łóżek miało do dyspozycji Szpital w Warszawie (2027), najmniej Szpital w Łodzi (303).

Infografika nr 1

Liczba łóżek szpitalnych



Źródło: Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, <https://rpwdl2.ezdrowie.gov.pl/> (dostęp 13 października 2025 r.).

W toku kontroli przeprowadzonej przez NIK w dziesięciu szpitalach klinicznych przeanalizowano organizację udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym sposób gospodarowania zasobem łóżkowym oraz stopień jego wykorzystania. Analiza wyników wskazuje na znaczne zróżnicowanie efektywności wykorzystania łóżek szpitalnych pomiędzy poszczególnymi szpitalami (jak i poszczególnymi oddziałami/klinikami), przy czym w większości placówek zapewniono organizację pracy umożliwiającą ich wykorzystanie w sposób racjonalny i zgodny z potrzebami.

Nieprawidłowości w tym obszarze sformułowano w dwóch szpitalach klinicznych (Rzeszów, Szczecin), gdzie odnotowano znaczne dysproporcje w obłożeniu poszczególnych klinik. NIK zwróciła uwagę na koszty zatrudnienia personelu medycznego przypisanego do niewykorzystywanych łóżek. Oceniono, że brak właściwego zarządzania potencjałem łóżkowym skutkowało nierównomiernym rozkładem zasobów oraz wzrostem kosztów funkcjonowania.

Przykłady

W **Szpitalu w Rzeszowie** nie zapewniono optymalnego wykorzystania łóżek szpitalnych. Średnioroczny wskaźnik wykorzystania łóżek wynosił 68% w 2022 r., 79% w 2023 r. oraz 76% w 2024 r., jednak analiza danych szczegółowych wykazała niskie obłożenie łóżek w poszczególnych klinikach:

- Urologii i Urologii Onkologicznej od 48% w 2022 r. do 57% w 2024 r.,
- Ginekologii, Ginekologii Onkologicznej i Położnictwa od 34% w 2023 r. do 49% w 2024 r.,
- Noworodków z Intensywną Opieką Medyczną od 14% w 2023 r. do 49% w 2022 r.,
- Chirurgii Klatki Piersiowej od 56% do 59%,
- Gruźlicy i Chorób Płuc od 36% w 2022 r. do 69% w 2024 r.

Powyższe skutkowało m.in. ujemnym wynikiem finansowym tych Klinik. Ponocono koszty wynagrodzeń personelu, który przypisany był do łóżek pozostających w gotowości, tj. pustych łóżek w przedziale obłożenia pomiędzy faktycznym a optymalnym. Podobne wnioski płyną z opracowania podmiotu zewnętrznego zleconego przez Szpital za lata 2022–2024, dotyczącego analizy efektywności jego pracy.

Dyrektor wyjaśnił, że w Klinice Gruźlicy i Chorób Płuc niskie obłożenie łóżek było spowodowane pandemią, a następnie związane było ze zmianą lokalizacji tego oddziału. W latach 2022–2024 prowadzono remont budynku na drugim piętrze, co skutkowało ograniczeniem pracy oddziałów noworodków i ginekologii. W Klinice Urologii wzrastała liczba pacjentów i sukcesywnie rosło obłożenie łóżek. Wyjaśnił, że w Klinice Chirurgii Klatki Piersiowej niskie obłożenie łóżek wynikało z obniżonej liczby personelu medycznego oraz podyktowane było zmianą lokalizacji tego oddziału.

Z kolei w **Szpitalu w Szczecinie** NIK stwierdziła przypadki niepełnego wykorzystania łóżek w niektórych klinikach i oddziałach. Pomimo generalnie prawidłowej organizacji świadczeń zdrowotnych, w wybranych jednostkach odnotowano niewystarczające obłożenie (np. w Klinice Kardiochirurgii w kolejnych latach 2022–2024 odpowiednio – 48,1%, 39,5% i 49,1%), co uznano za sygnał ograniczonej efektywności zarządzania zasobem łóżkowym.

W pozostałych skontrolowanych szpitalach odnotowano optymalne lub prawidłowe wykorzystanie łóżek. Organizację świadczeń zdrowotnych oceniono jako efektywną, dostosowaną do rzeczywistych potrzeb pacjentów oraz wymogów określonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Wskaźniki obłożenia łóżek mieściły się w granicach uznawanych za optymalne, a NIK nie stwierdziła istotnych uchybień w tym zakresie.

Przykład

W **Szpitalu w Lublinie** wdrożono system monitorowania wykorzystania łóżek w czasie rzeczywistym w poszczególnych oddziałach, co pozwoliło na bieżącą analizę obłożenia i podejmowanie działań optymalizacyjnych. Harmonogramy zabiegów dostosowywane były do dostępności personelu i infrastruktury. Rozwiązanie to należy ocenić jako dobrą praktykę organizacyjną.

Liczba pacjentów i czas hospitalizacji

We wszystkich szpitalach objętych kontrolą widoczna była tendencja wzrostowa liczby pacjentów i hospitalizacji w latach 2022–2024. W większości jednostek skracał się średni czas hospitalizacji, co świadczy o wzroście efektywności leczenia oraz rozwoju leczenia jednego dnia. Najkrótszy przeciętny pobyt pacjenta odnotowano w Gdańsku (od 2,5 do 2,7 dnia), najdłuższy w Zabrze (7 dni) i w Bydgoszczy (od 7,1 do 7,3 dnia).

Przykład

Według stanu na koniec 2024 r., w **Szpitalu w Białymstoku** było 981 łóżek ogólnych. W porównaniu do lat poprzednich, ogólna liczba dostępnych łóżek zmniejszyła się o 83 (o 7,8%). Stopniowo wzrastała w tym czasie liczba hospitalizowanych pacjentów z 54 788 w 2022 r. do 74 388 w 2024 r. (o 35,8%) oraz liczba osobodni z 247 057 w 2022 r. do 266 759 w 2024 r. (o 8%). Szpital, dysponując 18 salami operacyjnymi (z 19 stołami operacyjnymi), zwiększył liczbę wykonanych zabiegów operacyjnych z 19 600 w 2022 r. do 24 709 w 2024 r. (o 5109). Dodatkowo skróciła się średnia długość pobytu pacjenta w Szpitalu z 4,5 dnia w 2022 r. do 3,6 dnia w 2024 r. (o 0,9 dnia). W konsekwencji, w okresie objętym badaniem, średnioroczny wskaźnik wykorzystania łóżek dla całego Szpitala miał nieznaczną tendencję wzrostową (o 10,1%)¹⁶, co świadczyło o lepszym wykorzystaniu dostępnej bazy łóżkowej.

¹⁶ Średnioroczne wykorzystanie łóżek wyniosło: 63,6% w 2022 r., 72,7% w 2023 r. i 74,3% w 2024 r.

W Szpitalu w Łodzi w niektórych klinikach zidentyfikowano problem pacjentów długoterminowo zajmujących łóżka z przyczyn socjalnych, co ograniczało rotację pacjentów i powodowało konieczność dostawiania dodatkowych łóżek (m.in. w korytarzach).

Przykład

W **Szpitalu w Łodzi** problem nadmiernego obłożenia łóżek występował m.in. w Oddziale Klinicznym Neurologii oraz Oddziale Klinicznym Neurochirurgii.

Jak wyjaśniono, zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne z zakresu neurologii, w tym leczenia udarów, jest ogromne. W szpitalu występuje problem z przyjmowaniem pacjentów wymagających pilnego leczenia neurologicznego z powodu braku miejsc (powyższe dotyczy w szczególności pacjentów udarowych przywożonych na Szpitalny Oddział Ratunkowy).

Zdaniem Kierownika Kliniki Neurochirurgii, 25–30% pacjentów nie wymaga hospitalizacji, ale kwalifikuje się do innych rodzajów opieki. Istnieje ogromny problem z ulokowaniem takich pacjentów szpitala w jednostkach opiekuńczych, ZOL-ach, hospicjach. W ośrodkach opieki długoterminowej w województwie łódzkim czas oczekiwania wynosi od sześciu miesięcy do dwóch lat. Propozycja umieszczenia pacjenta w ośrodkach oddalonych o ponad 100 km od miejsca zamieszkania spotyka się ze sprzeciwem rodziny, z uwagi na utrudniony kontakt codzienny i konieczność uciążliwego dojazdu.

Pomieszczenia i urządzenia szpitali oraz spełnianie wymogów dotyczących aparatury medycznej

Wyniki kontroli NIK wskazują, że w siedmiu szpitalach¹⁷, z dziesięciu skontrolowanych, pomieszczenia i urządzenia objętych kontrolą oddziałów szpitalnych (klinik)¹⁸ odpowiadały standardom technicznym i sanitarnym, a użytkowanie sprzętu odbywało się z zachowaniem zasad bezpieczeństwa, tj. spełniały wymagania określone w:

- rozporządzeniu Ministra Zdrowia *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą*,
- załącznikach nr 3 i/lub 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego*, określających

¹⁷ W Łodzi, Bydgoszczy, Gdańsku, Lublinie, Zabrzu, Krakowie i Szczecinie.

¹⁸ Kontrolą objęto po sześć zakresów świadczeń opieki zdrowotnej, w tym dwa zakresy świadczeń specjalistycznych, wskazanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 12 listopada 2015 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji* (Dz.U. z 2015 r. poz. 451) lub w załączniku nr 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego* (Dz. U. z 2013 r. poz. 870, ze zm.).

- warunki szczegółowe realizacji poszczególnych świadczeń gwarantowanych, w tym organizację udzielania świadczeń oraz niezbędne wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną,
- § 9 pkt 1 zarządzenia Nr 37/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2024 r. *w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne*, tj. były zgodne danymi wykazanymi w „Harmonogramie – zasoby”, stanowiącym załącznik nr 2 do umowy o udzielanie świadczeń.

W trzech szpitalach ujawniono nieprawidłowości infrastrukturalne, zagrażające bezpieczeństwu pacjentów lub ograniczające możliwość prawidłowego udzielania świadczeń zdrowotnych:

- zły stan techniczny i sanitarny pomieszczeń stwierdzono w dwóch podmiotach (Warszawa, Rzeszów),
- nieterminowe dokonywanie przeglądów aparatury medycznej lub ich brak stwierdzono w trzech podmiotach (Białystok, Warszawa, Rzeszów). Stanowiło to naruszenie wymogu: art. 63 ust. 1 ustawy *o wyrobach medycznych*, zgodnie z którym wyrób powinien być właściwie dostarczony, prawidłowo zainstalowany i utrzymywany oraz używany zgodnie z przewidzianym zastosowaniem, a użytkownik wyrobu jest obowiązany do przestrzegania instrukcji używania wyrobu, art. 63 ust. 3 tej ustawy, zgodnie z którym podmiot wykonujący działalność leczniczą jest obowiązany mieć dokumentację wykonanych instalacji, napraw, konserwacji, działań serwisowych, aktualizacji oprogramowania, przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń i kontroli bezpieczeństwa wyrobu, wynikających z instrukcji używania wyrobu, zawierającą co najmniej daty wykonania tych czynności, imię i nazwisko lub nazwę (firmę) podmiotu, który wykonał te czynności, ich opis, wyniki i uwagi dotyczące wyrobu oraz kwalifikacje osób wykonujących wymienione czynności, a także § 7 ust. 1 OWU, zobowiązującego Szpital do udzielania świadczeń zdrowotnych z wykorzystywaniem aparatury i sprzętu medycznego, mających dokumenty potwierdzające aktualne przeglądy wykonane przez uprawnione podmioty.

Przykłady

W **Szpitalu w Rzeszowie** pomieszczenia trzech klinik – Chirurgii, Gastroenterologii i Okulistyki – nie spełniały norm określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotów wykonujących działalność leczniczą*. Najpoważniejsze zastrzeżenia dotyczyły stanu bloku operacyjnego,

który od 2018 r. był dopuszczony do użytkowania jedynie warunkowo przez inspekcję sanitarną. Dodatkowo, w czterech z dziesięciu przebadanych urządzeń, stwierdzono brak terminowych przeglądów technicznych. Ustalenia te świadczą o systemowym zaniedbaniu w zakresie utrzymania infrastruktury medycznej, mogącym generować ryzyko dla bezpieczeństwa pacjentów. Kontrola wykazała również, że system zarządzania jakością nie obejmował pełnego monitoringu stanu aparatury medycznej, co prowadziło do rozbieżności między faktycznym wyposażeniem a danymi przekazywanymi do NFZ.

Podczas kontroli przeprowadzonej **w Szpitalu w Warszawie** ustalono, że w pięciu oddziałach szpitalnych (z sześciu objętych badaniem) stwierdzono niespełnienie wymagań technicznych i sanitarnych.

W jednym z oddziałów podłogi nie były wykonane z materiałów umożliwiających ich mycie i dezynfekcję, co naruszało § 30 ust. 1 i 2 rozporządzenia *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą*. W trzech oddziałach w salach chorych zapewniony był dostęp do łóżek chorych jedynie z dwóch stron – jednej dłuższej i jednej krótszej, co naruszało § 18 ust. 1 tego rozporządzenia.

W jednym przypadku – w Oddziale Klinicznym Neurochirurgii i Neuroortopedii – pomieszczenia zostały uznane za stwarzające bezpośrednie zagrożenie dla życia i zdrowia ludzkiego:

- w korytarzu: odpadający tynk ze ścian oraz dziury w ścianach; wystające narożniki metalowe na rogach ścian; uszkodzone i odstające od ściany gniazdka elektryczne, wystające ze ścian kable; zacieki na sufitach i podłodze, uszkodzenia podłogi z fragmentami odstającymi w miejscu łączenia ze ścianami, drewniane szafy zabezpieczane przed otwarciem za pomocą gwoździ i taśmy, niebezpieczne metalowe elementy przy poręczach,
- sale chorych: uszkodzenia podłogi z fragmentami odstającymi w miejscu łączenia ze ścianami, odpadający tynk przy framugach drzwi prowadzących na sale chorych, uszkodzone framugi drzwi prowadzących na sale chorych, uszkodzone framugi drzwi prowadzących na sale chorych z niebezpiecznie odstającymi elementami, odpadająca farba z drzwi prowadzących do sal chorych.

Stwierdzono również użytkowanie aparatury medycznej bez aktualnych przeglądów – brak ten dotyczył 139 z 196 urządzeń objętych badaniem, w tym 136 pomp infuzyjnych używanych na oddziale intensywnej terapii. Było to niezgodne z § 7 ust. 1 OWU oraz z art. 63 ust. 1 i 2 ustawy o wyrobach medycznych. NIK zwróciła

uwagę na brak skutecznego nadzoru nad sprzętem oraz nierzetelne postępowanie po wystąpieniu zdarzenia niepożądanego z udziałem uszkodzonej aparatury.

W dwóch podmiotach (w Gdańsku, Lublinie) wystąpiły rozbieżności między faktycznym stanem aparatury a danymi zawartymi w załącznikach do umów z NFZ („Harmonogram – zasoby”), wynikające z opóźnień w przekazaniu informacji o likwidacji sprzętu oraz błędów ludzkich we wprowadzaniu zmian na portalu świadczeniodawcy. Ujawnione nieprawidłowości nie miały wpływu na ciągłość i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, jednak wskazywały na potrzebę usprawnienia ewidencjonowania sprzętu i aktualizacji danych przekazywanych do NFZ.

Wyniki kontroli pozwalają na sformułowanie oceny, iż w większości jednostek funkcjonują procedury utrzymania infrastruktury technicznej i nadzoru nad aparaturą medyczną, co pozwala na zachowanie zgodności z wymaganiami prawa oraz zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów. Przypadki stwierdzone w Rzeszowie i Warszawie wskazują na zaniedbania w obszarze zarządzania infrastrukturą, w szczególności w zakresie nadzoru technicznego, przeglądów okresowych oraz dokumentowania stanu technicznego urządzeń.

Spełnianie wymogów dotyczących liczby i kwalifikacji personelu medycznego oraz przestrzeganie norm czasu pracy

Z kontroli wynika, że w dziewięciu podmiotach objętych kontrolą¹⁹ liczba i kwalifikacje personelu medycznego udzielającego świadczeń zdrowotnych, co do zasady, spełniały wymagania określone w obowiązujących przepisach prawa, w szczególności w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. W jednym podmiocie leczniczym (Szczecin), w jednym oddziale nie zapewniono liczby etatów pielęgniarek na łóżko, wymaganej tym rozporządzeniem. Należy jednak podkreślić, że we wszystkich szpitalach objętych kontrolą stwierdzono nieprawidłowości w zakresie ewidencji zatrudnienia lub organizacji czasu pracy personelu medycznego.

Przestrzeganie przepisów dotyczących czasu pracy personelu medycznego było jednym z najbardziej problematycznych obszarów działalności tych podmiotów. Choć większość szpitali spełniała wymogi dotyczące norm dobowych i tygodniowych, to w wielu jednostkach ujawniono sporadyczne przypadki przekraczania dopuszczalnego czasu pracy, braku wymaganych zgód na jego wydłużenie oraz naruszania prawa do odpoczynku, zarówno w odniesieniu do personelu zatrudnionego na podstawie umowy o pracę, jak i wykonującego świadczenia w oparciu o umowy cywilnoprawne:

¹⁹ Badaniem kontrolnym objęto personel medyczny zatrudniony w czterech komórkach organizacyjnych/zakresach świadczeń szpitalnych w każdym ze szpitali klinicznych.

- w ośmiu podmiotach leczniczych (Białystok, Gdańsk, Zabrze, Kraków, Łódź, Lublin, Warszawa, Rzeszów) wystąpiły przypadki świadczenia nieprzerwanej pracy powyżej 24 godzin przez 75 lekarzy i pielęgniarki zatrudnione na podstawie umów cywilno-prawnych i/lub umów o pracę. Najdłuższy nieprzerwany czas świadczenia pracy wyniósł 70 godzin i 10 minut,
- w dziewięciu podmiotach leczniczych (za wyjątkiem Bydgoszczy) wystąpiły łącznie przypadki niezapewnienia 93 lekarzom i pielęgniarkom prawa do 11-godzinnego nieprzerwanego dobowego odpoczynku, o którym mowa w art. 97 ustawy *o działalności leczniczej*²⁰. Dotyczyło to zarówno osób wskazanych wyżej, jak również personelu, który był zobowiązany do pozostawania w gotowości lub był wzywany do podmiotu leczniczego w celu świadczenia pracy,
- w jednym podmiocie leczniczym (Gdańsk) wystąpiły przypadki świadczenia pracy przez 19 lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury²¹ w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godzin na tydzień w przyjętym dwumiesięcznym okresie rozliczeniowym, bez pisemnej zgody pracownika (tzw. klauzuli „opt-out”),
- w jednym podmiocie leczniczym (Rzeszów) zawarto umowy z podmiotem zewnętrznym, na podstawie których świadczenia zdrowotne na rzecz Szpitala realizowało m.in. pięć pielęgniarek, jednocześnie zatrudnionych w nim na podstawie umów o pracę. W ocenie NIK, stanowiło to obejście przepisów regulujących czas pracy pracowników medycznych oraz dotyczących odpoczynku (dobowego i tygodniowego), tj. art. 93 ust. 1 i art. 97 ust. 1 i ust. 3 ustawy *o działalności leczniczej*, a także naruszenie przepisów art. 133 w związku z art. 132 ust. 3 ustawy *o świadczeniach*,
- w jednym podmiocie leczniczym (Zabrze) wystąpiły dwa przypadki nieuwzględnienia w podstawie wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne pracowników medycznych, którzy realizowali na rzecz Szpitala świadczenia zdrowotne na podstawie umów o pracę oraz równocześnie umów cywilnoprawnych, przychodów uzyskiwanych przez nich z tytułu umów cywilnoprawnych, co było niezgodnie z art. 8 ust. 2a ustawy z dnia 13 października 1998 r. *o systemie ubezpieczeń społecznych*²².

²⁰ Było to działanie nielegalne w odniesieniu do osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę oraz nierzetelne w odniesieniu do osób zatrudnionych na podstawie umów cywilno-prawnych.

²¹ Z 75 objętych kontrolą.

²² Dz.U. z 2025 r. poz. 350, ze zm.

Przykłady

W **Szpitalu w Gdańsku** 19 lekarzy rezydentów (z 75 objętych kontrolą) wykonywało pracę w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godzin na tydzień w przyjętym dwumiesięcznym okresie rozliczeniowym, bez pisemnej zgody pracownika (tzw. klauzuli „opt-out”). Powyższe było niezgodne z art. 96 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej oraz z § 31 ust. 2 Regulaminu Pracy UCK. Ponadto w ośmiu przypadkach (na 75 objętych kontrolą) nie zapewniono personelowi medycznemu, zatrudnionemu w ramach umowy o pracę, prawa do 11-godzinnego nieprzerwanego dobowego odpoczynku, co było niezgodne z art. 97 ustawy o działalności leczniczej oraz z § 35 ust. 1–4 Regulaminu Pracy UCK.

W **Szpitalu w Krakowie** wystąpiły przypadki niezapewnienia co najmniej 11 godzin nieprzerwanego wypoczynku dobowego sześciu lekarzom, zatrudnionym w Szpitalu na podstawie umów o pracę, którzy realizowali również świadczenia zdrowotne w ramach dyżurów powierzonych firmie zewnętrznej, pełnionych w oddziałach Szpitala, w których byli zatrudnieni. W marcu 2024 r. i w miesiącach styczeń–marzec 2025 r., ww. sześciu lekarzy pracowało/realizowało świadczenia w ramach dyżurów przez czas od 26 h 25min. do 36 h – bez przerw lub z przerwami wynoszącymi od 1h 54 min do 2 h 35 min. Lekarze, po godzinach pracy w Szpitalu zostawali na dyżur nocny, a następnego dnia ponownie świadczyli pracę w Szpitalu lub bezpośrednio po 24-godzinnym dyżurze (w niedzielę) świadczyli pracę. W czasie ww. czterech miesięcy sytuacja taka u czworga lekarzy wystąpiła 13–14 krotnie, u jednego – ośmiokrotnie i u jednego – pięciokrotnie.

Trudności o charakterze organizacyjnym, związane z planowaniem i bieżącym nadzorem nad czasem pracy personelu, potwierdzają kontrole wewnętrzne dotyczące przestrzegania czasu pracy, przeprowadzone w latach 2024–2025 w czterech oddziałach, w jednym ze skontrolowanych podmiotów leczniczych (Łódź). W dwóch oddziałach ujawniono przypadki nieobecności łącznie dziewięciu pracowników w miejscu pracy, co było niezgodne z obowiązującymi harmonogramami czasu pracy²³.

Pozostałe nieprawidłowości stwierdzone w tym obszarze to:

- w jednym szpitalu (Kraków) wystąpiły przypadki nienależnie pobranego wynagrodzenia wynikającego ze stosunku pracy, za czas pokrywający się ze świadczeniami realizowanymi na rzecz firmy zewnętrznej,

²³ W pozostałych dwóch oddziałach nie stwierdzono nieprawidłowości.

- w dwóch szpitalach nierzetelnie prowadzono dokumentację ewidencjonującą czas pracy lekarzy: na skutek omyłek w dokumentacji występowały rozbieżności pomiędzy grafikami a kartami czasu pracy, jak również w grafikach pracy uwzględniono osobę, z którą rozwiązano umowę o pracę (Lublin); zaniechano dokumentowania czasu pracy osób zatrudnionych na podstawie umów cywilno-prawnych (Szczecin),
- w jednym podmiocie (Rzeszów) nie ustalono minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek, co stanowiło naruszenie obowiązku wynikającego z art. 50 ust. 1 ustawy o *działalności leczniczej*,
- w jednym szpitalu (Szczecin), z uwagi na potrzebę zabezpieczenia pracy kliniki, na stanowisku starszego asystenta zatrudniono lekarza, który nie miał kwalifikacji wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2023 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami²⁴,
- w pięciu szpitalach (Białystok, Zabrze, Lublin, Rzeszów, Szczecin) stwierdzono rozbieżności między faktycznym stanem zatrudnienia personelu a danymi zawartymi w załącznikach do umów z NFZ („Harmonogram – zasoby”), polegające na nieaktualizowaniu danych o dostępności personelu w przypadku podjęcia i/lub zakończenia zatrudnienia/świadczenia usług oraz w przypadku długotrwałych absencji. Nieprawidłowości te wynikały z omyłek, braku przepływu informacji pomiędzy komórkami oraz z zaniechania zgłoszenia zmian dotyczących zatrudnienia personelu w portalu świadczeniodawcy.

Wyniki kontroli potwierdzają, że systemowo szpitale kliniczne utrzymują odpowiedni poziom kwalifikacji personelu medycznego, jednak w części z nich występują problemy natury organizacyjnej i ewidencyjnej. Kluczowym ryzykiem pozostaje przeciążenie lekarzy i brak pełnej zgodności ewidencji zatrudnienia z faktycznym stanem zatrudnienia, co w przyszłości może wpływać zarówno na jakość świadczeń, jak i bezpieczeństwo pacjentów.

Zawieranie umów o świadczenie usług medycznych

Art. 26 ustawy o *działalności leczniczej* daje podmiotowi leczniczemu, spełniającemu przesłanki wymienione w ustawie *Prawo zamówień publicznych*, możliwość udzielenia zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie. Warunki udzielenia zamówienia, podstawę ustalenia wartości zamówienia oraz tryb udzielenia tego zamówienia określone zostały w art. 26–27 tej ustawy.

Wyniki kontroli przeprowadzonej w dziesięciu uniwersyteckich szpitalach klinicznych wykazały znaczne zróżnicowanie w zakresie przestrzegania wymienionych przepisów, dotyczących zawierania umów o udzielanie

²⁴ Dz.U. z 2023 r. poz. 1515.

świadczeń zdrowotnych z innymi podmiotami leczniczymi oraz z personelem medycznym. Skontrolowane szpitale stosowały procedury konkursowe, o których mowa w przepisach, jednak w pięciu podmiotach NIK ujawniła uchybienia proceduralne i formalne, a także istotne nieprawidłowości, mogące wpływać na przejrzystość i legalność udzielania zamówień na świadczenia zdrowotne. W celu zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń, kierownictwo szpitali decydowało się na szybkie zawarcie umowy o udzielanie świadczeń, z pominięciem trybów lub niektórych wymogów określonych w ustawie o działalności leczniczej. W ocenie NIK problemy kadrowe nie zwalniają podmiotów leczniczych z obowiązku stosowania prawa. Stwierdzono nieprawidłowości:

- w dwóch podmiotach (Białystok, Rzeszów) udzielono zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych z pominięciem trybu konkursu ofert konkursu ofert, czym naruszono art. 26 ust. 3 i ust. 4a ustawy *o działalności leczniczej*,
- w jednym podmiocie (Białystok) nie udokumentowano ustalenia wartości zamówienia, czym naruszono art. 26a ustawy *o działalności leczniczej*,
- w dwóch podmiotach (Białystok, Warszawa) nie stosowano pełnego katalogu kryteriów porównania ofert, określonych w art. 148 ust. ustawy *o świadczeniach*, w zw. z art. 26 ust. 4 ustawy *o działalności leczniczej*, oraz w regulacjach wewnętrznych,
- w jednym podmiocie (Białystok) komisja konkursowa bez uzasadnienia odstąpiła od unieważnienia postępowania konkursowego, w którym wpłynęła tylko jedna oferta. Stosownie do art. 150 ust. 2 ustawy *o świadczeniach*, w zw. z art. 26 ust. 4 ustawy *o działalności leczniczej*, jeżeli w toku konkursu ofert wpłynęła tylko jedna oferta i nie podlega ona odrzuceniu, komisja może ją przyjąć, gdy z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynie więcej ofert,
- w jednym podmiocie leczniczym (Warszawa), w postępowaniu konkursowym, w przypadku nieokreślenia w ofercie w dwóch punktach stawek za udzielenie świadczenia, przeprowadzono negocjacje w celu ustalenia ceny, zamiast odrzucić oferty w części zawierającej braki, stosownie do art. 149 ust. 1 pkt 3 oraz ust. 2 ustawy *o świadczeniach*, w związku z art. 26 ust. 4 ustawy *o działalności leczniczej*,
- w dwóch podmiotach (Białystok, Warszawa) wyznaczano zbyt krótkie terminy składania ofert,
- w jednym podmiocie (Warszawa) w ogłoszeniach o postępowaniach konkursowych nie wskazywano terminu i miejsca podania do wiadomości rozstrzygnięcia konkursu ofert, co stanowiło naruszenie art. 151 ust. 2 ustawy *o świadczeniach*, w zw. z art. 26 ust. 4 ustawy *o działalności leczniczej*,

- w dwóch podmiotach (Kraków, Rzeszów) wystąpił konflikt interesów polegający na tym, że osoby nadzorujące wykonywanie świadczeń w Szpitalu przez podmioty zewnętrzne jednocześnie pełniły funkcje kierownicze lub właścicielskie w tych podmiotach, lub były ich pracownikami – kierownicy klinik nadzorowali pracę lekarzy zatrudnianych przez spółki, w których pełnili funkcję członków zarządu lub w której byli zatrudnieni, a także podpisywali rachunki wystawiane przez własną spółkę i potwierdzali wykonanie usług,
- w jednym podmiocie (Białystok) w umowie o wykonywanie usług medycznych nie skonkretyzowano dni i godzin udzielania świadczeń zdrowotnych, a tym samym nie zawarto elementu wymaganego art. 27 ust. 4 pkt 2 ustawy o *działalności leczniczej*, stanowiącego, że umowa zawiera m.in. określenie sposobu organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym miejsca, dni i godzin udzielania świadczeń zdrowotnych,
- w jednym podmiocie (Warszawa) zawarto umowę o udzielanie świadczeń na warunkach innych niż wynikało to z ogłoszenia konkursowego oraz złożonej oferty. Zgodnie z art. 140 ust. 1 ustawy o *świadczeniach* w związku z art. 26 ust. 4 ustawy o *działalności leczniczej* przedmiot zamówienia opisuje się w sposób jednoznaczny i wyczerpujący, za pomocą dostatecznie dokładnych i zrozumiałych określeń, uwzględniając wszystkie wymagania i okoliczności mogące mieć wpływ na sporządzenie oferty,
- w jednym podmiocie (Warszawa) zawarto umowę o udzielanie świadczeń na czas nieokreślony, czym naruszono art. 27 ust. 1 ustawy o *działalności leczniczej*,
- w jednym podmiocie (Warszawa) dopuszczono do udzielania świadczeń przez lekarza, bez zawarcia pisemnej umowy, czym naruszono art. 27 ust. 3 ustawy o *działalności leczniczej*,
- w jednym podmiocie (Rzeszów) rozszerzono zakres umowy o nowe miejsca udzielania świadczeń, bez przeprowadzenia odrębnego postępowania konkursowego,
- w jednym podmiocie (Rzeszów) postanowienia umów zmieniono na niekorzyść zamawiającego, poprzez zwiększenie stawek za świadczenia zdrowotne, co stanowiło to naruszenie art. 27 ust. 5 ustawy o *działalności leczniczej*.
- w jednym podmiocie (Zabrze) stwierdzono naruszenia regulaminu prowadzenia konkursów polegającego na niewłaściwej formie „zapytania ofertowego”²⁵ w jednym postępowaniu oraz sporządzeniu

²⁵ Zapytanie wysyłane na etapie przygotowania konkursu ofert, w celu przeprowadzenia wyceny poszczególnych świadczeń zdrowotnych, zgłoszonych przez poszczególne komórki organizacyjne w zapotrzebowaniu (przy przygotowywaniu wniosku o przeprowadzenie konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych).

- wniosku o przeprowadzenie konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych z opóźnieniem w jednym postępowaniu,
- w jednym podmiocie (Rzeszów) nierzetelnie ustalono zasady rozliczeń realizacji umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz stwierdzono brak rzetelnej weryfikacji rachunków wystawionych przez podmiot leczniczy,
 - w dwóch podmiotach (Rzeszów, Warszawa) nierzetelnie weryfikowano przestrzeganie obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej przez podmioty zewnętrzne. Wymóg zawarcia przez podmiot leczniczy takiej umowy wynika z art. 17 ust. 1 pkt 4 lit. a) ustawy o *działalności leczniczej*.

W ocenie NIK stwierdzone nieprawidłowości mogły prowadzić do ograniczenia przejrzystości procesu zawierania umów o udzielanie świadczeń oraz naruszać zasadę równego dostępu do postępowań konkursowych.

Przykłady

W **Szpitalu w Białymstoku** kontrola wykazała poważne nieprawidłowości w czterech zbadanych postępowaniach konkursowych. Jedno zamówienie na udzielanie świadczeń zdrowotnych udzielono bez przeprowadzenia konkursu ofert, co stanowiło naruszenie art. 26 ust. 3 ustawy o *działalności leczniczej*. W trzech pozostałych konkursach NIK stwierdziła naruszenia proceduralne, m.in. brak ustalenia wartości szacunkowej zamówienia, rozszerzenie zakresu świadczeń poza treść złożonej oferty oraz niewykazanie przesłanek odstąpienia od unieważnienia konkursu, mimo że wpłynęła tylko jedna oferta. W trzech skontrolowanych postępowaniach konkursowych nie przewidziano obowiązku składania przez członków komisji oraz osoby udzielające zamówień oświadczeń o wyłączeniu z udziału w postępowaniu z powodu możliwego konfliktu interesów. Konieczności składania takich oświadczeń nie przewidywały również regulacje wewnętrzne Szpitala.

W **Szpitalu w Rzeszowie** stwierdzono szereg nieprawidłowości w tym obszarze, w tym wskazano na wzajemne zależności i konflikt interesów. Osoby nadzorujące w Szpitalu wykonywanie zadań przez personel podmiotu zewnętrznego były jednocześnie prezesem zarządu lub udziałowcem tego podmiotu. Analizą objęto trzy umowy dotyczące dwóch klinik. Osoba kierująca pracą Kliniki Chirurgii Szczękowo-Twarzowej była członkiem zarządu spółki zapewniającej wykonywanie świadczeń z tego zakresu. Podmiot ten obowiązany był zapewnić co najmniej trzech lekarzy specjalistów, a nadzór nad ich

pracą sprawował Kierownik Kliniki. Osoba kierująca pracą Kliniki Radiologii i Diagnostyki Obrazowej pełniła jednocześnie funkcję prezesa zarządu w spółce, której Szpital udzielił zamówienia z zakresu radiologii. Analiza rachunków wystawionych przez tą spółkę wykazała, że w miejscu wyznaczonym dla osoby upoważnionej do wystawienia rachunku widnieje pieczęć i podpis Kierownika tej Kliniki. Także zestawienia liczby wykonanych przez podmiot zewnętrzny usług medycznych potwierdzała ta sama osoba.

W pozostałych pięciu jednostkach NIK nie stwierdziła naruszeń art. 26–27 ustawy o *działalności leczniczej*. Konkursy były ogłaszane, dokumentowane i rozstrzygane zgodnie z przepisami, a zawarte umowy zawierały wszystkie wymagane elementy formalnoprawne, w tym określenie rodzaju świadczeń, zasad rozliczeń i odpowiedzialności wykonawcy.

5.1.2. GOSPODARKA FINANSOWA

Kontrola Najwyższej Izby Kontroli dotycząca działalności dziesięciu uniwersyteckich szpitali klinicznych wykazała, że ich sytuacja finansowa w latach 2022–2024 pozostawała niekorzystna. Większość ze szpitali objętych kontrolą nie osiągnęła pełnej stabilności ekonomicznej – w większości utrzymywała się nierównowaga pomiędzy przychodami a kosztami, a działalność lecznicza (podstawowa) generowała ujemny wynik finansowy. Większość podmiotów poprawiała rentowność dzięki przychodom z działalności pozamedycznej oraz dotacjom.

Plany finansowe

Podstawą gospodarki szpitali jest plan finansowy ustalany przez kierownika jednostki (art. 53 ustawy o *działalności leczniczej*). Zgodnie z art. 52 ust. 2 ustawy o *finansach publicznych*, ujęte w rocznych planach finansowych jednostek sektora finansów publicznych, przychody – stanowią prognozy ich wielkości, natomiast koszty – mogą zostać zwiększone, jeżeli zrealizowano przychody wyższe od prognozowanych lub zwiększenie kosztów nie spowoduje zwiększenia dotacji z budżetu lub zwiększenia planowanego stanu zobowiązań.

NIK ustaliła, że plany finansowe wszystkich szpitali klinicznych były sporządzane przez kierowników tych jednostek. Choć wszystkie szpitale opracowywały i przedkładały plany w wymaganych terminach, w części przypadków dokumenty te nie odzwierciedlały rzeczywistych możliwości finansowych jednostek, wymagały wielu zmian w ciągu roku, a ich funkcja zarządcza była ograniczona do formalnego spełnienia wymogów sprawozdawczych.

W trzech podmiotach (Bydgoszcz, Gdańsk, Warszawa) doszło do przekroczenia planu wydatków, co stanowiło naruszenie art. 52 ust. 2 ustawy o *finansach publicznych*.

Przykład

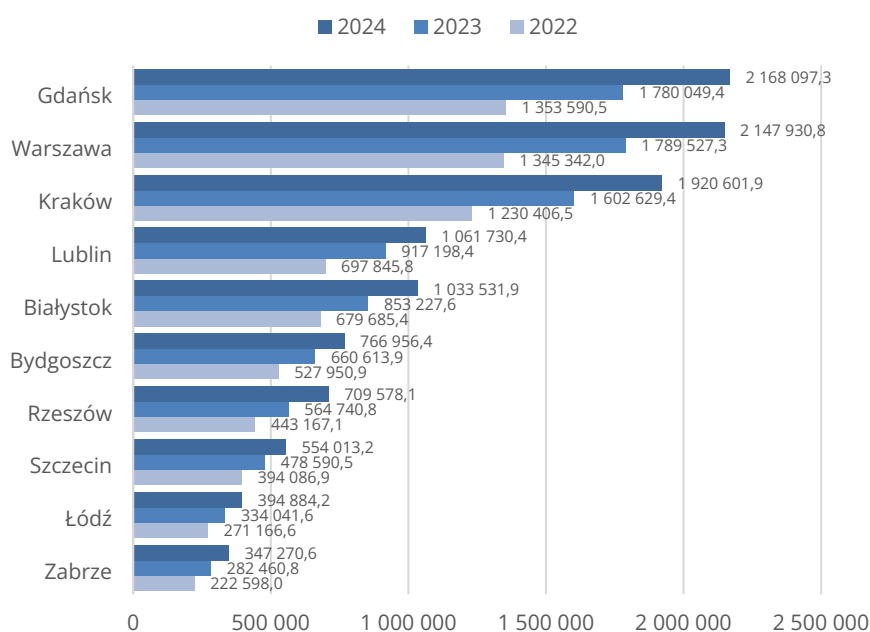
W **Szpitalu w Bydgoszczy** nie aktualizował rocznych planów finansowych, co w konsekwencji przekroczenie ogółem kosztów zaplanowanych na latach 2022–2024 o 4,4%; 4,68% oraz 2,67%. Przekroczenia wystąpiły w pozycjach takich jak wynagrodzenia i ubezpieczenia społeczne oraz podatki i opłaty. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że do przekroczeń planu finansowego doszło dopiero w grudniu. W szpitalu uniwersyteckim, przyjmującym pacjentów najbardziej skomplikowanych i wielochorobowych, nie można do końca przewidzieć poziomu poniesionych kosztów. Wobec powyższego, korekta planu za zakończony rok w kolejnym roku wydaje się działaniem tylko i wyłącznie formalnym, niemającym wpływu na właściwą gospodarkę finansową.

Przychody

We wszystkich jednostkach głównym źródłem finansowania działalności podstawowej były umowy o udzielanie świadczeń zawarte z NFZ. Podmioty objęte kontrolą w latach 2022–2024 uzyskały przychody z działalności podstawowej²⁶ w wysokości 27 533 514,4 tys. zł, przy czym najwyższe osiągnął Szpital w Gdańsku (5 301 737,3 tys. zł), najniższe Szpital w Zabrzu (852 329,4 tys. zł).

Infografika nr 2

Przychody ze sprzedaży w latach 2022–2024, w tys. zł



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych uzyskanych w toku kontroli oraz Krajowego Rejestru Sądowego https://ekrs.ms.gov.pl/rdf/pd/search_df (dostęp 29 października 2025 r.).

²⁶ Pozycja rachunku zysków i strat: „A. Przychody netto ze sprzedaży i zrównane z nimi” (dla wariantu porównawczego i kalkulacyjnego).

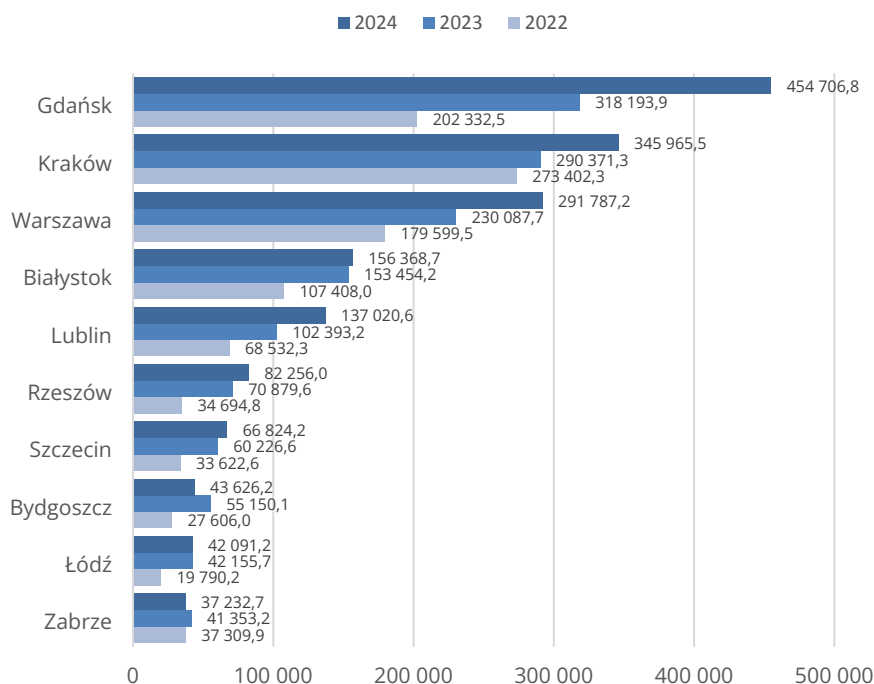
Przychody z działalności operacyjnej²⁷ szpitali objętych kontrolą wyniosły łącznie 1 519 466,6 tys. zł, przy czym najwyższe uzyskał Szpital w Krakowie (383 836,3 tys. zł) a najniższe Szpital w Zabrzu (42 843,5 tys. zł).

Dochodzenie należności

Należności krótko- i długoterminowe skontrolowanych szpitali klinicznych na koniec 2024 r. wyniosły łącznie 1 657 879,1 tys. zł i były wyższe o 68,4% niż na koniec 2022 r. (984 298,2 tys. zł).

Infografika nr 3

Należności krótko- i długoterminowe na koniec lat 2022–2024, w tys. zł



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych uzyskanych w toku kontroli oraz z portalu finansowego Krajowego Rejestru Sądowego https://ekrs.ms.gov.pl/rdj/pd/search_df (ostatni dostęp 29 października 2025 r.).

Najwyższa Izba Kontroli ustaliła, że część skontrolowanych szpitali klinicznych nie prowadziła w pełni skutecznego i systematycznego dochodzenia należności oraz naliczania odsetek za zwłokę w zapłacie. Choć należności były ujmowane w ewidencji księgowej i podlegały bieżącemu monitorowaniu, praktyka windykacyjna miała charakter wybiórczy, a noty odsetkowe wystawiano sporadycznie lub z opóźnieniem. W czterech szpitalach (Bydgoszcz, Warszawa, Rzeszów, Szczecin) NIK zwróciła uwagę na opóźnienia w egzekwowaniu należności, brak wyodrębnionych procedur windykacyjnych lub nieskuteczne ich stosowanie. W niektórych przypadkach należności przeterminowane

²⁷ Pozycja rachunku zysków i strat: „D. Pozostałe przychody operacyjne” (dla wariantu porównawczego i kalkulacyjnego).

utrzymywały się przez okres przekraczający nawet 360 dni, a nie podejmowano działań sądowych ani nie kierowano spraw do egzekucji.

Przykład

W **Szpitalu w Szczecinie** należności przeterminowane na koniec 2024 r. wyniosły 12 436,1 tys. zł, tj. 15,8% należności ogółem. Na koniec 2023 r. było to 16,3%, a na koniec 2022 r. – 8%. W Szpitalu nie wprowadzono wewnętrznych procedur dotyczących sposobu prowadzenia czynności windykacyjnych.

W trzech przypadkach, spośród pięciu objętych badaniem kontrolnym najwyższych należności przeterminowanych (według stanu na 31 marca 2025 r.), nie podjęto działań windykacyjnych w sposób terminowy:

- pozew o zapłatę w postępowaniu upominawczym dotyczący należności z tytułu kary umownej za opóźnienie w realizacji umowy, na kwotę 1435,8 tys. zł (z odsetkami), został złożony dopiero 17 kwietnia 2025 r., tj. po 1074 dniach od wystawienia wezwania do zapłaty,
- nie podjęto żadnych czynności zmierzających do odzyskania należności z tytułu leczenia osób fizycznych na kwotę 260,0 tys. zł oraz 572,2 tys. zł, odpowiednio przez 170 i 350 dni od skierowania wezwań do zapłaty do dnia prowadzenia czynności kontrolnych.

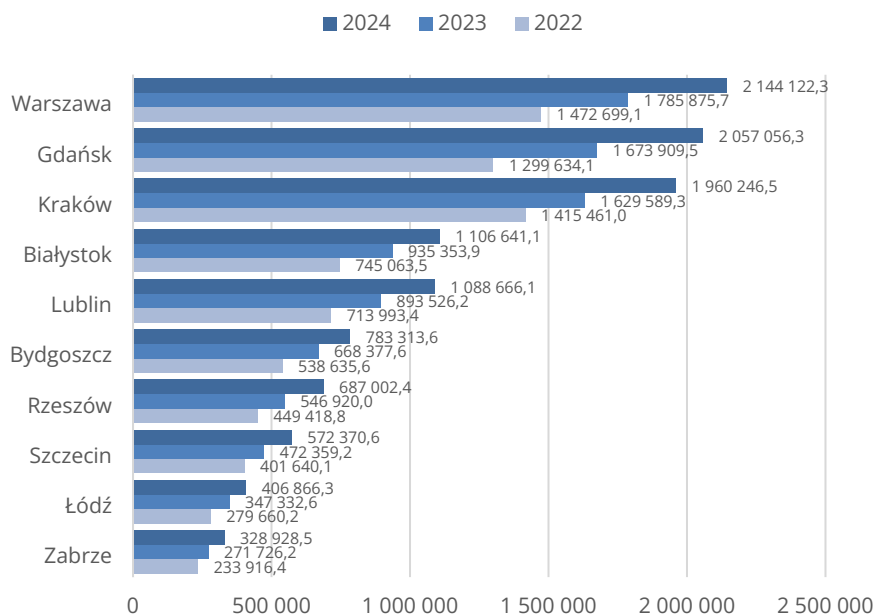
Stanowiło to naruszenie art. 42 ust. 5 ustawy o finansach publicznych, zgodnie z którym jednostki sektora finansów publicznych zobowiązane są do ustalania i terminowego dochodzenia należności pieniężnych.

W przypadku należności z tytułu kary umownej, opóźnienie wynikało m.in. ze złożoności sprawy, wymagającej analizy orzecznictwa i zabezpieczenia środków na opłatę sądową. W przypadku należności od osób fizycznych składający wyjaśnienia wskazał na podejmowanie czynności mających na celu dochodzenie należności według ryzyka przedawnienia oraz zwiększone obciążenie pracą na przełomie roku. Jak podkreślono, terminy przedawnienia analizowanych roszczeń nie są zagrożone.

Koszty działalności

Wszystkie szpitale odnotowały istotny wzrost kosztów działalności podstawowej w okresie objętym analizą: z 7 550 122,3 tys. zł w 2022 r. do 11 135 213,7 tys. zł w 2024 r. (47,5%), osiągając łącznie kwotę 27 910 306,2 tys. zł. Najszybsze tempo wzrostu kosztów wystąpiło w Gdańsku (58%), Rzeszowie (52,9%) i Lublinie (52,5%), zaś najwolniej koszty działalności rosły w Krakowie (38,5%).

Infografika nr 4

Koszty działalności podstawowej²⁸ w latach 2022–2024, w tys. zł

Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych uzyskanych w toku kontroli oraz z portalu finansowego Krajowego Rejestru Sądowego https://ekrs.ms.gov.pl/rdf/pd/search_df (ostatni dostęp 29 października 2025 r.).

W dziewięciu szpitalach objętych kontrolą²⁹ najistotniejsze pozycje kosztów rodzajowych w latach 2022–2024 wzrosły w następujący sposób:

- zużycia materiałów i energii o 55,4% (z 2 580 637,9 do 4 009 682,0 tys. zł),
- usług obcych o 55,2% (z 1 323 842,2 do 2 054 181,3 tys. zł),
- wynagrodzeń o 41,1% (z 2 528 656,8 do 3 568 439,2 tys. zł),
- ubezpieczeń społecznych i innych świadczeń o 41,7% (z 509 326,0 do 721 675 tys. zł),
- amortyzacji o 20,9% (z 334 681,8 do 404 639,6 tys. zł).

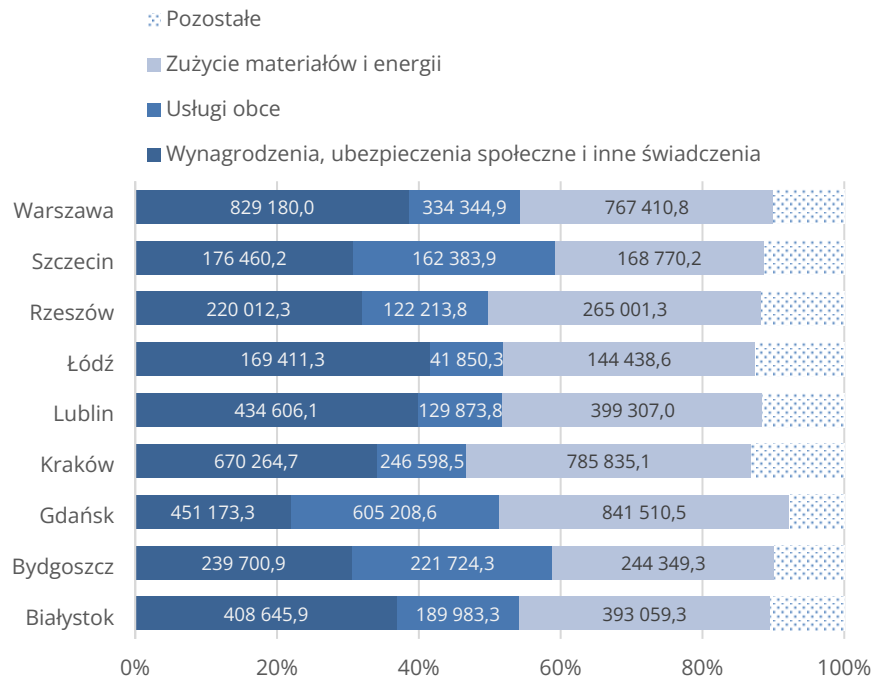
W 2024 r. największy udział w strukturze kosztów działalności operacyjnej skontrolowanych szpitali miały:

- zużycie materiałów i energii – 37,1%,
- wynagrodzenia 33,0%,
- ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia 6,7%,
- usługi obce – 19,0%,
- amortyzacja – 3,7%.

²⁸ Pozycja rachunku zysków i strat: „B. Koszty działalności operacyjnej” w wariantcie porównawczym oraz suma pozycji „B. Koszty sprzedanych produktów, towarów i materiałów”, „D. Koszty sprzedaży” i „E. Koszty ogólnego zarządu” w wariantcie kalkulacyjnym.

²⁹ Z analizy w tej części wyłączono Szpital w Zabrze, który sporządza rachunek zysków i strat w wariantcie kalkulacyjnym.

Infografika nr 5

Struktura kosztów działalności operacyjnej³⁰ w 2024 roku (w tys. zł)

Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych uzyskanych w toku kontroli oraz z portalu finansowego Krajowego Rejestru Sądowego https://ekrs.ms.gov.pl/rdf/pd/search_df (ostatni dostęp 29 października 2025 r.).

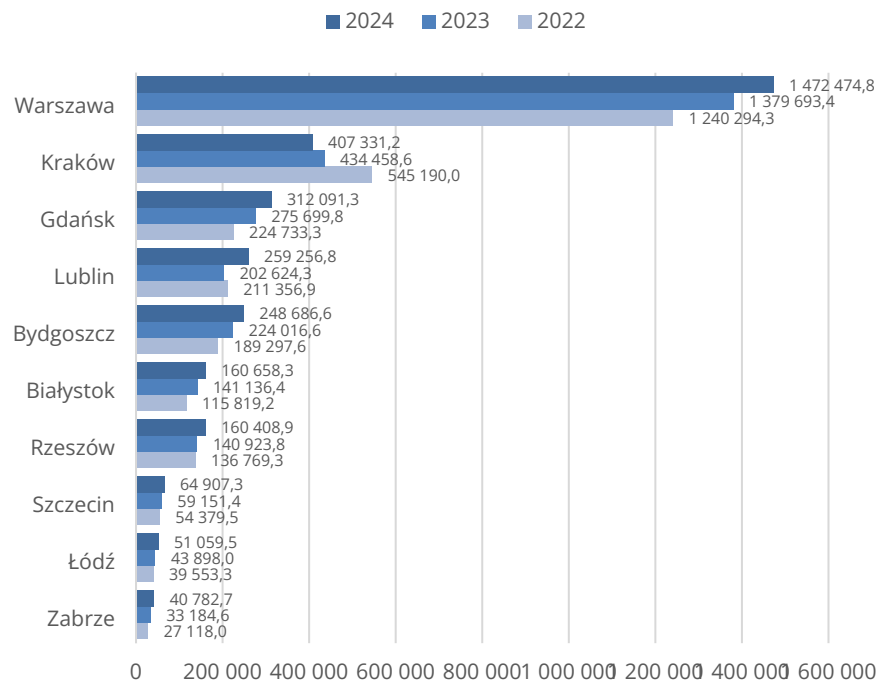
Zobowiązania

Niemal we wszystkich szpitalach (wyjątek stanowił szpital w Krakowie) NIK odnotowała rosnące zobowiązania finansowe, w tym krótkoterminowe wobec dostawców oraz długoterminowe z tytułu kredytów i leasingów. Zobowiązania i rezerwy na zobowiązania wzrosły ogółem z 4 753 918,4 tys. zł na koniec 2022 r. do 5 768 306,9 tys. zł na koniec 2024 r., w tym: zobowiązania długoterminowe spadły z 876 363,3 tys. zł na koniec 2022 r. do 741 146,1 tys. zł na koniec 2024 r., zaś zobowiązania krótkoterminowe wzrosły z 1 908 148,2 tys. zł na koniec 2022 r. do 2 436 511,4 tys. zł na koniec 2024 r.

³⁰ Pozycja rachunku zysków i strat: „B. Koszty działalności operacyjnej” w wariantcie porównawczym. Z analizy w tej części wyłączono Szpital w Zabrze, który sporządza rachunek zysków i strat w wariantcie kalkulacyjnym.

Infografika nr 6

Zobowiązania krótkoterminowe i długoterminowe na koniec lat 2022–2024, w tys. zł



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych uzyskanych w toku kontroli oraz z portalu finansowego Krajowego Rejestru Sądowego https://ekrs.ms.gov.pl/rdf/pd/search_df (ostatni dostęp 29 października 2025 r.).

Na koniec 2024 r. zobowiązania długoterminowe i krótkoterminowe łącznie stanowiły 29,5% przychodów ze sprzedaży (spadek z 38,8% na koniec 2022 r.). Obsługa zadłużenia wzrosła ze 121 055,2 tys. zł w 2022 r. do 138 252,5 tys. zł w 2024 r. i w okresie objętym kontrolą kosztowała łącznie 409 169,0 tys. zł.

Największe zadłużenie³¹, na koniec 2024 r., wystąpiło w Szpitalu w Warszawie (1 472 474,8 tys. zł) i stanowiło 68,6% przychodów ze sprzedaży za ten rok³². Należy przy tym podkreślić, że mimo rosnącego zadłużenia w okresie objętym analizą, jego udział w przychodach zmalał – dla porównania na koniec 2022 r. było to aż 92,2%. Jak ustalono w toku kontroli, zadłużenie to istniało na dzień połączenia trzech szpitali klinicznych, których organem założycielskim jest Warszawski Uniwersytet Medyczny, tj. Samodzielnego Publicznego Centralnego Szpitala Klinicznego w Warszawie, Samodzielnego Publicznego Dziecięcego Szpitala Klinicznego im. Józefa Polikarpa Brudzińskiego w Warszawie

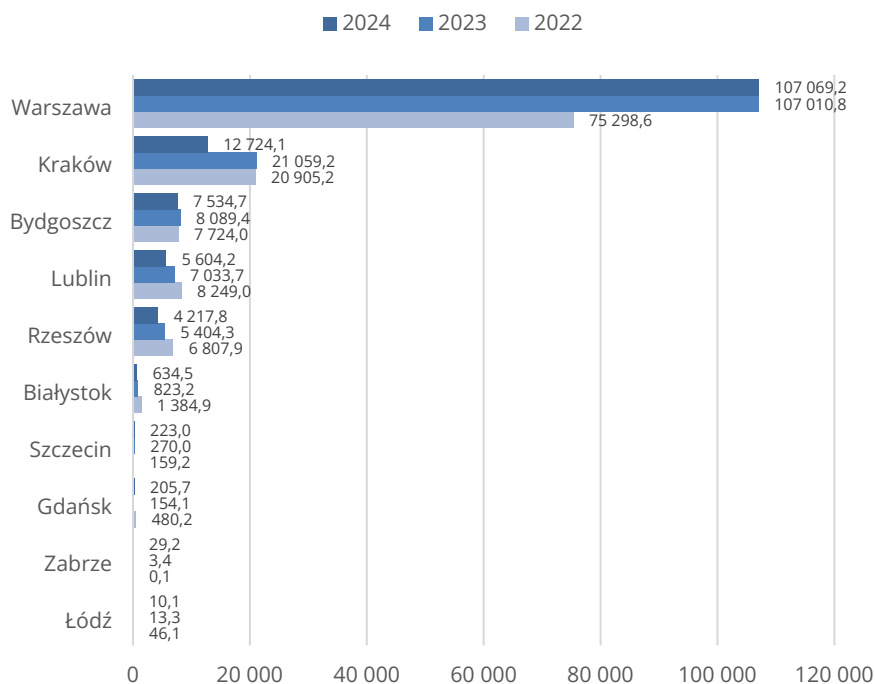
³¹ Pozycje pasywów w bilansie: B.II zobowiązania długoterminowe i B.III zobowiązania krótkoterminowe.

³² W Szpitalu w Warszawie zobowiązania i rezerwy na zobowiązania (Pasywa, poz. B) na koniec 2024 r. wyniosły łącznie 1 888 950,8 tys. zł i stanowiły 87,9% przychodów netto ze sprzedaży.

oraz Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus³³. Obsługa zadłużenia w tym szpitalu, w okresie objętym kontrolą, kosztowała łącznie 289 378,7 tys. zł.

Infografika nr 7

Odsetki zapłacone przez szpitale objęte kontrolą w latach 2022–2024, w tys. zł



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych uzyskanych w toku kontroli oraz z portalu finansowego Krajowego Rejestru Sądowego https://ekrs.ms.gov.pl/rdf/pd/search_df (ostatni dostęp 29 października 2025 r.).

Kredyty i pożyczki

Wyniki kontroli wskazują, że trzy szpitale kliniczne (Gdańsk, Łódź, Zabrze) nie korzystały z kredytów i pożyczek, a finansowanie bieżącej działalności i inwestycji opierano na środkach własnych, dotacjach lub funduszach zewnętrznych. Łączna wartość zaciągniętych przez pozostałe siedem szpitali kredytów i pożyczek na koniec 2024 r. wyniosła 869 893,6 tys. zł, w tym 675 980,6 tys. zł zobowiązań długoterminowych i 193 913,0 tys. zł krótkoterminowych.

Regulowanie zobowiązań

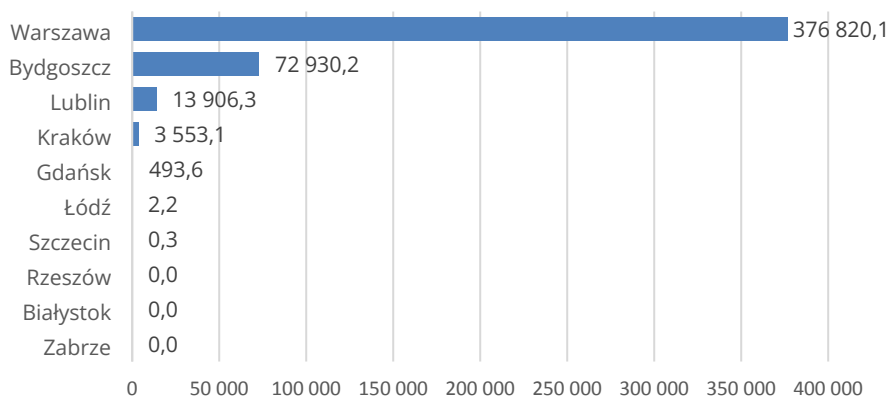
W ośmiu szpitalach³⁴ wystąpiły przypadki nieterminowego regulowania zobowiązań wobec kontrahentów. Było to niezgodne z art. 44 ust. 3 pkt 3 ustawy o *finansach publicznych*, który stanowi, że wydatki publiczne powinny być dokonywane w wysokości i terminach wynikających z wcześniej zaciągniętych zobowiązań. Powyższe skutkowało naliczeniem i zapłatą odsetek za nieterminową zapłatę zobowiązań o łącznej kwocie 67 475,6 tys. zł w latach 2022–2025 (I kwartał).

³³ Szpital rozpoczął działalność z dniem 1 stycznia 2019 r. Na koniec 2019 r. zobowiązania i rezerwy na zobowiązania (Pasywa, poz. B) wyniosły łącznie 988 439,6 tys. zł i stanowiły 102,3% przychodów netto ze sprzedaży.

³⁴ Warszawa, Rzeszów, Kraków, Łódź, Bydgoszcz, Gdańsk, Lublin, Szczecin.

Infografika nr 8

Zobowiązania wymagalne na 31 grudnia 2024 r., w tys. zł



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych uzyskanych w toku kontroli.

Przykład

Według stanu na 31 marca 2025 r., **Szpital w Warszawie** miał zobowiązania wymagalne z tytułu dostaw i usług w kwocie 491 461,4 tys. zł, w tym przedawnione od 181 do 365 dni w kwocie 85 138,5 tys. zł, powyżej 12 miesięcy w kwocie 23 571,6 tys. zł. Naliczone odsetki od nieterminowo regulowanych zobowiązań według stanu na 31 marca 2025 r. wyniosły 18 723,4 tys. zł. Nieterminowe regulowanie zobowiązań skutkowało zapłatą odsetek w kwocie łącznej 53 435,1 tys. zł, w tym 5843,2 tys. zł w 2022 r., 17 556,6 tys. zł w 2023 r., 24 642,6 tys. zł w 2024 r. i 5392,7 tys. zł w I kwartale 2025 r.

Do przyczyn powstania zobowiązań wymagalnych należało:

- bardzo duże zadłużenie wynikające z połączenia zobowiązań zadłużonych szpitali i jednoczesnego braku oddłużenia nowo powstałej jednostki. Wartość zobowiązań konsolidowanych szpitali, w momencie ich połączenia, przekraczała wartość realizowanych przychodów,
- niedoszacowanie świadczeń medycznych, brak zapłaty za świadczenia zdrowotne wykonane ponad limit wskazany w umowie i opóźnienia systemowe w zapłacie za świadczenia nielimitowane. Szpital ponosi ciężar kosztów leczenia pacjentów nawet przez kilka miesięcy, do czasu otrzymania środków z NFZ. Tzw. „nadwykonania” za okres styczeń–maj 2025 r. z tytułu zrealizowanych świadczeń medycznych na 23 czerwca 2025 r. wyniosły łącznie 108 mln zł,
- konieczność prefinansowania wynagrodzeń lekarzy rezydentów i stażystów. Po wejściu w życie zmian przepisów w zakresie finansowania rezydentur (1 stycznia 2021 r.) przekazywanie środków następuje na podstawie wniosków o refundację

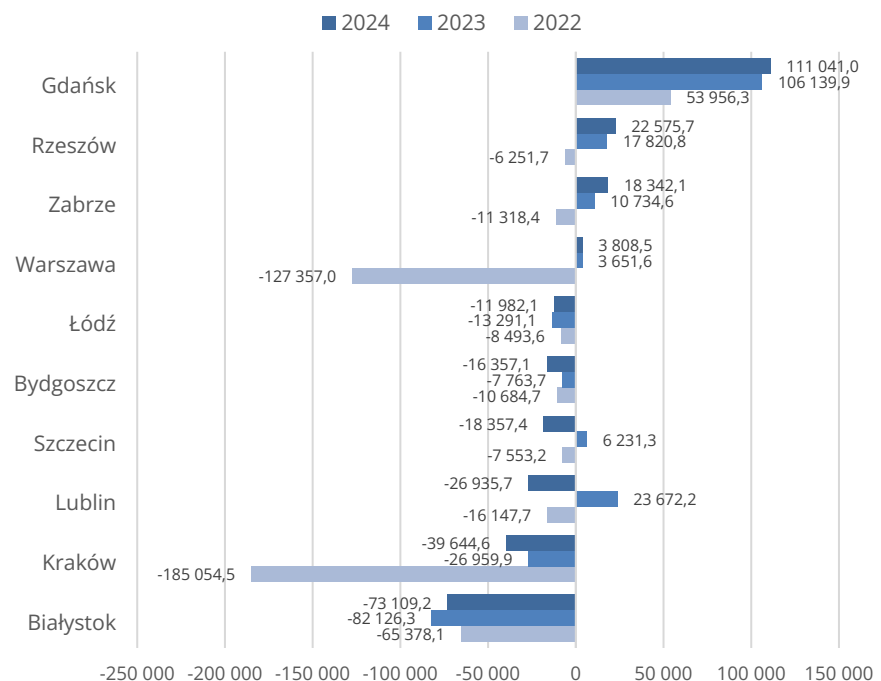
poniesionych wydatków, składanych przez podmiot prowadzący rezydenturę. Miesięczne obciążenie budżetu Szpitala z tego tytułu wynosi średnio 9,6 mln zł. Również wynagrodzenia lekarzy odbywających staż podyplomowy podlegają refundacji, co powoduje dodatkowy brak środków finansowych w kwocie około 1,5 mln zł miesięcznie.

Wynik finansowy

Sześć szpitali klinicznych³⁵ (z 10 skontrolowanych) zakończyło 2024 r. ujemnym wynikiem na sprzedaży. W większości przypadków przyczyną była strukturalna nierównowaga pomiędzy kosztami udzielania świadczeń a ich wyceną przez NFZ. Mimo opracowania planów naprawczych, części jednostek nie udało się wdrożyć skutecznych działań restrukturyzacyjnych.

Infografika nr 9

Wynik na sprzedaży³⁶ na koniec lat 2022–2024, w tys. zł



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych uzyskanych w toku kontroli oraz z portalu finansowego Krajowego Rejestru Sądowego https://ekrs.ms.gov.pl/rdf/pd/search_df (ostatni dostęp 29 października 2025 r.).

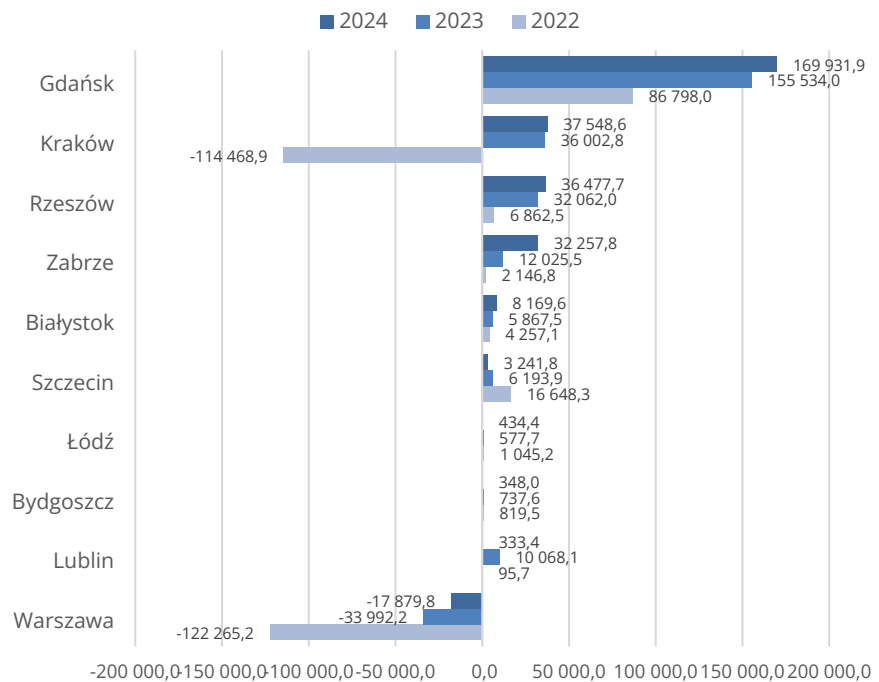
Mimo niezbilansowania działalności podstawowej - spośród 10 objętych kontrolą - tylko jeden szpital kliniczny (Warszawa) osiągnął stratę netto na koniec 2024 r. (-17 879,8 tys. zł). Było to spowodowane głównie wysokimi kosztami obsługi zadłużenia.

³⁵ Białystok, Bydgoszcz, Kraków, Lublin, Łódź, Szczecin.

³⁶ Pozycja rachunku zysków i strat „C. Zysk (strata) ze sprzedaży (A-B)” w wariantcie porównawczym oraz pozycja „F. Zysk (strata) ze sprzedaży (C-D-E)” w wariantcie kalkulacyjnym.

Infografika nr 10

Wynik finansowy netto na koniec lat 2022–2024, w tys. zł



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych uzyskanych w toku kontroli oraz z portalu finansowego Krajowego Rejestru Sądowego https://ekrs.ms.gov.pl/rdf/pd/search_df (ostatni dostęp 29 października 2025 r.).

Do oceny sytuacji finansowej szpitali oraz trendów zmian wykorzystano wskaźniki obliczone z wykorzystaniem dyskryminacyjnego modelu predykcji bankructwa przedsiębiorstw INE PAN³⁷.

Analizując wyniki należy mieć na uwadze, iż zgodnie z art. 52 ustawy o działalności leczniczej samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej³⁸ pokrywa koszty działalności i reguluje zobowiązania z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów. Oznacza to, że działalność spzoz powinna pozwolić na pokrycie co najmniej kosztów bieżącej działalności i że, co do zasady, nie działa on w celu maksymalizowania wyniku finansowego. Ponadto należy mieć na uwadze, iż zgodnie z art. 6 ust. 3 ustawy z dnia 28 lutego 2003 r. *prawo upadłościowe*³⁹, nie można ogłosić upadłości spzoz.

W tym kontekście wyniki modelu należałoby interpretować w taki sposób, iż uzyskanie wartości wskaźników $Z6_{INE_PAN}$ oraz $Z7_{INE_PAN}$ powyżej 0 oznacza brak zagrożenia dla dalszej możliwości zachowania reguły

³⁷ Założenia modelu opisano w załączniku nr 6.4 Model predykcji bankructwa INE PAN.

³⁸ Wszystkie szpitale objęte kontrolą funkcjonują w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (dalej „spzoz”).

³⁹ Dz.U. z 2025 r. poz. 614, ze zm.

samofinansowania⁴⁰, natomiast wartości poniżej 0 są istotnym sygnałem ostrzegawczym i sugerują konieczność podjęcia działań prewencyjnych i naprawczych⁴¹.

Infografika nr 11

Wartości wskaźników dla modeli dyskryminacyjnych Z6_{INE_PAN} i Z7_{INE_PAN}

■ Z_{INE_PAN} ≤ 0 – zagrożenie dla dalszej działalności
 ■ Z_{INE_PAN} > 0 – brak zagrożenia dla utrzymania zasady samofinansowania

	2020	2021	2022	2023	2024
Białystok					
Z6	-0,22	0,57	1,04	0,99	1,13
Z7	-0,53	-0,03	0,47	0,37	0,36
Bydgoszcz					
Z6	-3,09	-2,29	-1,88	-1,35	-0,95
Z7	-5,36	-4,96	-4,19	-3,08	-2,83
Gdańsk					
Z6	2,65	3,10	4,33	5,28	5,34
Z7	2,81	3,24	4,33	5,14	5,17
Kraków					
Z6	0,65	-0,50	-0,53	1,65	2,10
Z7	1,13	-0,11	-0,19	1,66	1,99
Lublin					
Z6	-1,70	-1,92	-0,25	0,73	0,11
Z7	-2,26	-2,73	-1,25	-0,60	-1,00
Łódź					
Z6	2,03	1,63	1,62	1,55	1,68
Z7	1,84	1,36	1,40	1,23	1,19
Rzeszów					
Z6	-2,48	-1,39	-0,41	1,38	1,91
Z7	-2,43	-1,60	-0,74	1,01	1,47
Szczecin					
Z6	2,02	3,12	3,28	2,34	2,30
Z7	1,99	2,81	3,15	2,17	2,05
Warszawa					
Z6	-5,56	-5,07	-7,20	-4,54	-3,71
Z7	-5,94	-5,63	-7,85	-5,42	-4,64
Zabrze					
Z6	2,07	2,48	2,63	3,61	5,74
Z7	1,83	2,09	2,14	3,13	5,21

Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych uzyskanych w toku kontroli oraz z portalu finansowego Krajowego Rejestru Sądowego https://ekrs.ms.gov.pl/rdf/pd/search_df (ostatni dostęp 29 października 2025 r.).

Wyniki analizy wskaźnikowej, przeprowadzonej zgodnie z założeniami modeli INE PAN, wskazują, że:

- w najgorszej sytuacji znajdowały się szpitale w Warszawie i Bydgoszczy⁴², które przez cały okres objęty kontrolą osiągały ujemne wartości wskaźników,

⁴⁰ Brak zagrożenia upadłością.

⁴¹ Zagrożenie upadłością w ciągu jednego roku.

⁴² Ocena sytuacji finansowej Szpitala w Bydgoszczy wynika z ujemnego kapitału własnego na koniec 2024 r. (-133 684,3 tys. zł, w tym nierozliczonej straty lat ubiegłych w wysokości

- w niestabilnej sytuacji znajdowały się szpitale w Lublinie, Rzeszowie i Krakowie, przy czym sytuacja w szpitalach w Rzeszowie i Krakowie poprawiła się w 2024 r., względem 2022 r. i lat wcześniejszych,
- pozostałe szpitale uzyskiwały pozytywne wyniki, przy czym w najlepszej sytuacji były szpitale w Gdańsku oraz Zabrze.

**Plany naprawcze
oraz przyczyny trudnej
sytuacji finansowej**

Wszystkie szpitale, które w okresie objętym kontrolą osiągnęły ujemny wynik finansowy, wywiązały się z obowiązku opracowania i wdrożenia planów naprawczych, wynikającego z art. 59 ust. 4 ustawy *o działalności leczniczej*. W większości podmiotów monitorowano koszty oraz podejmowano działania w celu racjonalizacji działalności, jednak nie zawsze działania te były skuteczne – w części podmiotów nie udało się w sposób trwały przywrócić równowagi finansowej.

Trudna sytuacja finansowa poszczególnych szpitali klinicznych miała charakter systemowy i była spowodowana wieloma przyczynami. Bezpośrednim źródłem problemów finansowych była nierównowaga między rzeczywistymi kosztami udzielania świadczeń a ich finansowaniem ze środków publicznych (NFZ), zaś czynnikiem pogłębiającym – niewystarczające zarządzanie kosztami i zasobami po stronie szpitali. W efekcie szpitale te funkcjonowały w warunkach chronicznego niedofinansowania, pokrywając straty na działalności podstawowej przychodami z działalności operacyjnej.

Ustalenia kontroli NIK wskazują, iż najczęstsze przyczyny takiego stanu to:

- realizacja świadczeń ponad limit określony w umowie z NFZ oraz opóźnienie i niepewność co do ich sfinansowania,
- rosnące koszty wynagrodzeń, usług obcych oraz materiałów i energii,
- zadłużenie strukturalne i brak płynności lub jej ograniczenie,
- brak skutecznych działań restrukturyzacyjnych.

Przykład

Zgodnie z wymogami określonymi w art. 59 ust. 4 ustawy *o działalności leczniczej*, w **Szpitalu w Warszawie** sporządzono program naprawczy na lata 2023–2025 z uwagi na wystąpienie straty netto w 2022 r., a następnie zaktualizowano go w 2023 r. Plan przewidywał między innymi: optymalizację wykorzystania

-186 963,2 tys. zł), który w modelu dyskryminacyjnym został wykorzystany do obliczenia zmiennej X_2 = wartość kapitału własnego / wartość aktywów, z wagami 3,613 i 3,566. Szpital w całym analizowanym okresie osiągał zysk netto, jednak na koniec 2024 r. miał bardzo niskie wskaźniki bieżącej i szybkiej płynności (odpowiednio 0,335 i 0,305) oraz niekorzystny wskaźnik zadłużenia aktywów (125,3%) oraz wskaźnik wypłacalności (-2,0). Zobowiązania krótkoterminowe na koniec 2024 r. wyniosły 201 399,4 tys. zł, zobowiązania długoterminowe 47 287, 2 tys. zł, zaś koszt obsługi zadłużenia w 2024 r. wyniósł 7535,7 tys. zł.

zatrudnionego personelu, poprawę wykorzystania infrastruktury, skrócenie czasu pobytu pacjenta w Szpitalu, dywersyfikację świadczeń medycznych pomiędzy świadczenia ambulatoryjne i szpitalne, poprawę wskaźników jakościowych, wpływających na finansowanie świadczeń zdrowotnych, wprowadzenie motywacyjnego systemu wynagradzania opartego o przychody⁴³, stworzenie możliwości rozszerzenia działalności leczniczej o nowe zakresy świadczeń. W opracowaniu określono koszt działania, spodziewane i osiągnięte efekty roczne, stan realizacji.

Mimo wdrożenia planu naprawczego, nie udało się wypracować na tyle dużych przychodów, by pokryć koszt obsługi zadłużenia.

Działalność inwestycyjna

Wartość rzeczowych aktywów trwałych szpitali objętych kontrolą na koniec 2024 r. wyniosła łącznie 4 093 476,0 tys. zł i była wyższa o 13,1% od stanu na początek 2022 r. (3 620 615,7 tys. zł). Wartość środków trwałych wyniosła 3 899 506,0 tys. zł, środków trwałych w budowie – 176 320,1 tys. zł, zaś zaliczek na środki trwałe w budowie – 17 649,9 tys. zł.

We wszystkich szpitalach objętych kontrolą były prowadzone inwestycje modernizacyjne i zakupowe, jednak ich zakres i efektywność znacząco się różniły. Największy wzrost wartości aktywów trwałych odnotowano w Warszawie (147 142,2 tys. zł), Szczecinie (90 968,4 tys. zł), Gdańsku (85 001,5 tys. zł), Rzeszowie (58 726,2 tys. zł) i Lublinie (58 417,6 tys. zł). Największe projekty inwestycyjne obejmowały budowę lub rozbudowę kompleksów szpitalnych oraz wymianę infrastruktury technicznej. Pozostałe jednostki koncentrowały się na zakupie aparatury i modernizacji wybranych oddziałów. Inwestycje finansowane były ze środków własnych szpitali, środków UE oraz budżetu państwa (m.in. dotacje Ministra Zdrowia). Tempo i kierunek inwestycji często zależał od decyzji podmiotów przyznających finansowanie, niekiedy ograniczając samodzielność szpitali.

Przykład

W latach 2022–2024, w **Szpitalu w Gdańsku** poniesiono wydatki inwestycyjne na łączną kwotę 248 532,9 tys. zł, w tym 57 315,1 tys. zł na zakup aparatury medycznej oraz 191 217,7 tys. zł na realizację planu adaptacji i remontów oraz przedsięwzięć eksploatacyjnych w obiektach i pomieszczeniach szpitala. Źródłami finansowania

⁴³ W planie naprawczym przewidziano zwiększenie wykonania przychodów poprzez promowanie efektywnościowego systemu wynagradzania oraz aktywne zarządzanie realizacją przychodów. Głównym założeniem było zmniejszenie liczby lekarzy etatowych, których pensja nie zależy od wypracowanego kontraktu, a od liczby wypracowanych godzin oraz zakontraktowanie indywidualnych praktyk lekarskich, które będą otrzymywały w ramach zapłaty określony udział w wypracowanych przez siebie przychodach (tzw. kontrakty przychodowe).

inwestycji były m.in.: środki własne (197 056,4 tys. zł), dotacje Ministra Zdrowia, środki UE i inne (116 575,1 tys. zł). Dodatkowo w I kwartale 2025 r. poniesiono wydatki inwestycyjne na łączną kwotę 122 0552,5 tys. zł, w tym 36 123,7 tys. zł na zakup aparatury medycznej oraz 85 931,8 tys. zł na realizację planu adaptacji i remontów oraz przedsięwzięć eksploatacyjnych w obiektach i pomieszczeniach UCK. W Szpitalu dokonywano oceny rzeczywistego zapotrzebowania oraz określano wymagania funkcjonalne dla aparatury medycznej. Analizowano również celowość zakupu nowej aparatury oraz możliwość jej wykorzystania.

Badaniem kontrolnym objęto po dwa wybrane zakupy inwestycyjne w każdej z jednostek objętych kontrolą⁴⁴. W większości szpitali postępowania o udzielenie zamówienie publicznego prowadzono prawidłowo, zgodnie z przepisami ustawy *Prawo zamówień publicznych*, w tym z poszanowaniem zasadami konkurencyjności. Dokumentacja przetargowa w większości szpitali była kompletna, a wybór wykonawcy następował na podstawie obiektywnych kryteriów (cena, gwarancja, parametry techniczne). Jednakże w dwóch jednostkach stwierdzono nieprawidłowości proceduralne lub dotyczące sposobu prowadzenia dokumentacji, które mogły mieć wpływ na przejrzystość procesu udzielania zamówień lub na zachowanie w nim zasad konkurencyjności:

- w jednym podmiocie (Lublin) przygotowano opis przedmiotu jednego zamówienia publicznego, w taki sposób, że w zdecydowanej większości stanowił on kopię suplementu broszury konkretnego sprzętu medycznego, a w postępowaniu została złożona oferta jedynie przez producenta tego konkretnego sprzętu. Taki sposób sporządzenia opisu przedmiotu zamówienia wskazywał na naruszenie zasad określonych w art. 16 pkt 1 pzp, zgodnie z którym zamawiający przygotowuje i przeprowadza postępowanie o udzielenie zamówienia w sposób zapewniający zachowanie uczciwej konkurencji oraz równe traktowanie wykonawców,
- w jednym podmiocie (Szczecin) prowadzono postępowania w sposób mogący wskazywać na naruszenie zasad uczciwej konkurencji wynikających z art. 16 pkt 1 pzp, tj.:
 - o w dwóch postępowaniach o udzielenie zamówienia ustalono wartość szacunkową zamówienia na podstawie oferty sporządzonej przez firmę, której następnie udzielono zamówień (w postępowaniach nie złożono innych ofert),

⁴⁴ W Szpitalu w Szczecinie oraz w Warszawie rozszerzono próbę do trzech zakupów inwestycyjnych, wybranych w sposób celowy.

- o przed wszczęciem trzech postępowań nie przeprowadzono fakultatywnych, wstępnych konsultacji rynkowych, przewidzianych w art. 84 pzp,
- o w trzech postępowaniach wyznaczono krótszy termin składania ofert, niż termin określony w art. 138 ust. 1 pzp,
- o w jednym postępowaniu umowy termin na dostawę, montaż i uruchomienie sprzętu oraz przeprowadzenie szkoleń określono na trzy dni kalendarzowe od dnia podpisania umowy.
Jako przyczynę takiego postępowania wskazano presję czasową, z uwagi na ryzyko utraty dofinansowania do zakupu.

Pozostałe nieprawidłowości w tym obszarze dotyczyły m.in.: niewłaściwego zabezpieczenia interesu zamawiającego w umowie; niedochodzenia kar umownych za niewywiązanie się z umowy lub jej niewłaściwe wykonanie; zmiany opisu przedmiotu zamówienia, w taki sposób, że zakupiono urządzenie o innych parametrach i innym przeznaczeniu niż pierwotnie planowano; nieujęcia części zamówień objętych kontrolą w planie zamówień publicznych oraz w BIP; zakupu aparatury medycznej z przekroczeniem planu finansowego; niewystąpienia do Ministra Zdrowia z wnioskami o wydanie opinii o celowości dwóch inwestycji, wymaganych art. 95 d ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach; sporządzania protokołów z błędami formalnymi, tj. błędną datą ustalenia wartości zamówienia oraz bez podania wymaganych informacji dotyczących osób; niezłożeniu wewnętrznego wniosku o rozpoczęcie jednego postępowania o zamówienie publiczne; nieopłacenia w terminie faktury wystawionej przez dostawcę aparatury medycznej; nieopublikowania ogłoszeń o wykonaniu umów lub opublikowania ich z opóźnieniem; opublikowania ogłoszenia w BIP o wykonaniu umowy na 24 dni przed faktyczną datą realizacji zamówienia.

W większości przypadków objęty badaniem kontrolnym sprzęt był wykorzystywany zgodnie z przeznaczeniem i w pełnym wymiarze, jednak w Krakowie, Rzeszowie i Zabrzu NIK stwierdziła przypadki niewykorzystywania części urządzeń – od incydentalnych opóźnień w uruchomieniu sprzętu po przypadki długotrwałego niewykorzystania aparatury o znacznej wartości:

- w jednym podmiocie leczniczym (Zabrze) sprzęt do rehabilitacji onkologicznej był wykorzystywany jedynie przez dwie i pół – trzy godziny dziennie. Powodem było zainstalowanie sprzętu w budynku, w którym znajdują się oddziały dziecięce i nie ma możliwości udzielania świadczeń osobom pełnoletnim,
- w jednym podmiocie leczniczym (Zabrze) aparat do biopsji fuzyjnej został uruchomiony po upływie dwóch i pół miesięcy od dostarczenia

- i instalacji. Opóźnienie rozpoczęcia użytkowania sprzętu wynikało z konieczności przeszkolenia personelu,
- w jednym podmiocie leczniczym (Kraków) dwa roboty chirurgiczne nie były wykorzystywane w sposób efektywny, w pierwszym przypadku z uwagi na przestarzałą technologię a w drugim – z uwagi na poważną awarię, przy jednoczesnym braku zapotrzebowania operatorów na dalsze wykorzystanie urządzenia,
 - w jednym podmiocie leczniczym (Rzeszów) aparat HDR do brachyterapii był wykorzystywany w ograniczonym zakresie, tj. do leczenia nowotworów ginekologicznych, pomimo zakupu wyposażenia do brachyterapii piersi. Planowano rozszerzenie zakresu brachyterapii, jednak z przyczyn organizacyjnych dotychczas nie przeprowadzono odpowiednich zmian adaptacyjnych. Ograniczenie wynikało z braku sterylnej sali zabiegowej z myjnią, co wykluczało wykonywanie zabiegów wymagających naruszenia ciągłości tkanek.

Przykład

W latach 2022–2025 roboty chirurgiczne Senhance i Rosa zostały wykorzystane w **Szpitalu w Krakowie** odpowiednio: 100 i 46 razy.

Szpital zakupił robot Senhance w 2018 r. za kwotę 10 033,3 tys. zł. Robot został zainstalowany na bloku operacyjnym, a w szpitalu było dwóch operatorów z uprawnieniami do wykonywania świadczeń z jego użyciem (radykalna prostatektomia). W 2023 r. robot został wykorzystany tylko 100 razy, a od 30 października 2024 r. był wyłączony z użytkowania.

Wyłączenie z użytkowania robota chirurgicznego Senhance było spowodowane tym, że operatorzy zaczęli korzystać z bardziej rozwiniętej technologii robotycznej, jaką oferują inne systemy (np. daVinci). Jak wyjaśniono, technologia wykorzystana w tym robocie była dobra na moment zakupu, natomiast obecnie stała się przestarzała. Ponadto wpływ na to, że to system daVinci zyskał pierwszeństwo miały warunki lokalowe Centralnego Bloku Operacyjnego.

Szpital zakupił robot Rosa za kwotę 3149,2 tys. zł, również w 2018 r. Robot został zainstalowany na bloku operacyjnym w 2021 r., a w Szpitalu było 14 operatorów z uprawnieniami do wykonywania świadczeń z jego użyciem (neurochirurgia). W latach 2022–2024 robot Rosa został wykorzystany odpowiednio: 0, 24, 22 razy, a od 30 października 2024 r. był wyłączony z użytkowania.

Wyłączenie z użytkowania było spowodowane poważną awarią systemu, a naprawa miała mieć już charakter pogwarancyjny. Szpital ogłosił przetarg na kontrakt serwisowy, którego rozstrzygnięcie

planowane było na połowę sierpnia 2025 r. Od czasu od wycofania tego robota z eksploatacji operatorzy nie zgłaszali zapotrzebowania na jego wykorzystanie.

Gospodarowanie majątkiem

Najwyższa Izba Kontroli ustaliła, że w szpitalach klinicznych oddawanie składników majątku (pomieszczeń, sprzętu i gruntów) w najem, dzierżawę, oddanie w użytkowanie i użyczenie prowadzono w sposób niejednolity, często bez pełnej kontroli ekonomicznej i prawnej. Choć większość umów zawierano prawidłowo, to w sześciu jednostkach⁴⁵ stwierdzono nieprawidłowości dotyczące dokumentowania czynności, trybu zawierania umów lub gospodarności w zarządzaniu majątkiem:

- w jednym podmiocie (Warszawa) w toku realizacji umowy dzierżawy kontenera aptecznego stwierdzono brak waloryzacji czynszu przez okres 12 miesięcy oraz nieprawidłowe określenie powierzchni dzierżawy, stanowiącej podstawę naliczania czynszu, zaś w odniesieniu do odpłatnego udostępnienia parkingu ustalono, że nie pobierano należnej prowizji od wpływów z opłat za parkowanie, nie egzekwowano obowiązku przekazywania informacji o wysokości tych wpływów ani nie nakładano przewidzianych umową kar, a także obniżono kwotę czynszu, mimo niewystąpienia określonych w umowie przesłanek do takiego działania. Łączna kwota uszczuplenia wyniosła 2287,8 tys. zł,
- w jednym podmiocie (Warszawa) ponoszono koszty utrzymania trzech budynków wyłączonych z eksploatacji i nie zwrócono tych nieruchomości do podmiotu tworzącego⁴⁶. Łączna kwota wydatku na ten cel wyniosła 251,0 tys. zł,
- w jednym podmiocie (Białystok) z naruszeniem zasad ustalonych przez Rektora uczelni lub nierzetelnie dokumentując czynności zawarto dwie, z czterech objętych badaniem umów najmu/dzierżawy pomieszczeń Szpitala bądź przedłużono obowiązywanie kolejnej takiej umowy,
- w jednym podmiocie (Gdańsk) zbyto środek trwały bez uzyskania pisemnej opinii Rady Społecznej uczelni, co było niezgodne z § 2 ust. 7 załącznika nr 1 do uchwały nr 21/2023 Senatu Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego z dnia 24 kwietnia 2023 r.,
- w jednym podmiocie (Kraków) nierzetelnie dokumentowano przebieg zbycia elementów majątku trwałego,
- w jednym podmiocie (Rzeszów) nieodpłatnie udostępniono część nieruchomości Szpitala innemu podmiotowi leczniczemu w celach reklamowych, co stanowiło naruszenie art. 14 ust. 1 ustawy *o działalności leczniczej* (zakaz reklamy),

⁴⁵ Białystok, Gdańsk, Kraków, Rzeszów, Szczecin Warszawa.

⁴⁶ W 2022 r. podjęto próbę zwrotu jednego z budynków, jednak uzyskano odmowną decyzję Rektora.

- w jednym podmiocie (Rzeszów) Dyrektor szpitala nie określił zasad krótkoterminowego najmu i dzierżawy oraz ustalenia wysokości stawek czynszu, pomimo że był do tego zobowiązany przez Rektora uczelni,
- w jednym podmiocie (Rzeszów) dwie umowy najmu i dzierżawy zawarto bez dokonania oceny technicznej i ekonomicznej, które każdorazowo miały uzasadniać celowość decyzji o przeznaczeniu do obrotu majątku Szpitala,
- w jednym podmiocie leczniczym (Szczecin) nie zawarto w umowie najmu postanowień dotyczących możliwości waloryzacji czynszu, mimo że taki obowiązek wynikał z regulacji wewnętrznych,
- w jednym podmiocie (Szczecin) we wniosku do Rektora uczelni o zbycie środka trwałego nie zawarto uzasadnienia, wymaganego regulacjami wewnętrznymi.

Wystąpienie powyższych nieprawidłowości było spowodowane m.in. błędną interpretacją przepisów, błędami ludzkimi oraz podejmowaniem działań w warunkach presji czasowej, kosztem pełnego zachowania wymogów proceduralnych.

Relacje z podmiotem tworzącym

W większości przypadków współpraca z uczelniami ograniczała się do realizacji działalności dydaktycznej i naukowej, a wsparcie finansowe miało charakter incydentalny lub w ogóle nie występowało.

5.1.3. JAKOŚĆ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem

Wszystkie szpitale objęte kontrolą opracowały i wdrożyły wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem, o którym mowa w art. 18 ust. 1 ustawy *o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta*. Zgodnie z przepisami, miały się one składać z zasad, procedur, metod oraz opisów stanowisk pracy, mających na celu zapobieżenie wystąpieniu zdarzeń niepożądanych. Zgodnie z art. 61 tej ustawy, podmioty wykonujące działalność leczniczą, w ramach umowy o udzielanie świadczeń zawartej z NFZ, były obowiązane do utworzenia takiego systemu do 30 czerwca 2024 r.

Z ustaleń kontroli wynika jednak, że stopień dojrzałości wdrożonych systemów i realnego ich stosowania był zróżnicowany – w części szpitale objętych kontrolą system funkcjonował jedynie w wymiarze formalnym, a nie operacyjnym. W trzech szpitalach klinicznych (z 10 skontrolowanych) stwierdzono nieprawidłowości dotyczące:

- nieopracowania opisów wszystkich stanowisk pracy lub opracowania ich z opóźnieniem (w Warszawie, w Rzeszowie oraz w Krakowie), co było spowodowane m.in. dużą prędkością procesu,

- nieopracowania programów poprawy jakości na lata 2022 i 2023 oraz brak dokumentacji części analiz klinicznych (w Warszawie),
- nierzetelnej realizacji zadań przez zespoły powołane w celu monitorowania zdarzeń niepożądanych oraz przeprowadzania analiz przyczyn źródłowych zdarzeń niepożądanych, a także nierzetelnego dokumentowania ich pracy (w Warszawie oraz w Rzeszowie),
- nierzetelnego postępowania ze zdarzeniami niepożądanymi i dokumentowania czynności z nimi związanych (w Rzeszowie oraz w Warszawie),
- zaniechania monitorowania wykonania zaleceń zawartych w protokołach z analizy przyczyn źródłowych zdarzeń niepożądanych w jednej jednostce (w Warszawie).

Przykłady

Wdrożony w **Szpitalu w Rzeszowie** wewnętrzny system zarządzania jakością był niekompletny, bowiem dla części pracowników Szpitala nie sporządzono opisu stanowisk pracy (dla 60% pracowników objętych badaniem kontrolnym nie było opisów stanowisk).

W kontroli nie przedłożono dokumentów potwierdzających realizację przez Zespół ds. Analizy Zdarzeń Niepożądanych zadań polegających na: ustalaniu przyczyn zdarzenia niepożądanego, podejmowaniu działań wyjaśniających, wydawaniu zaleceń, wyciąganiu wniosków, wdrażaniu działań korygujących i zapobiegawczych zdarzeniom niepożądanym. W latach 2022–2024 członkowie Zespołu spotykali się co najmniej raz na kwartał, a z posiedzeń sporządzano protokoły, które zawierały tylko informację o liczbie zdarzeń niepożądanych. Ponadto Zespół pracował na niepełnych danych, bowiem z 20 komórek organizacyjnych Szpitala: w 2022 r. dwanaście Klinik nie przedłożyło danych dotyczących zdarzeń niepożądanych, w 2023 r. dziewięć komórek, a w 2024 r. dziesięć.

Nierzetelnie dokumentowano i postępowano ze zdarzeniami niepożądanymi podlegającymi rejestracji. Wykaz zdarzeń niepożądanych zawarty w formularzu do procedury nie pokrywał się z katalogiem takich zdarzeń w systemie AMMS. Rejestry zdarzeń niepożądanych nie były analizowane i nie weryfikowano ich rzetelności. Powyższe powodowało, że Zespół powołany do analizy zdarzeń niepożądanych nie mógł właściwie realizować swoich zadań.

W **Szpitalu w Warszawie** wdrożono wewnętrzny system zarządzania jakością, w ramach którego opracowano procedury i zasady dotyczące monitorowania jakości i bezpieczeństwa, jednak nie dla wszystkich działań przedstawiono wiarygodne dokumenty potwierdzające pełne ich wdrożenie w latach 2022–2024 r.

Nie opracowano pisemnych *Programów Poprawy Jakości* na 2022 r. i 2023 r. Spotkania Zespołów ds. Jakości w dwóch lokalizacjach Szpitala odbywały się nieregularnie. Brakowało dokumentacji poświadczającej opracowanie pisemnych analiz klinicznych dla wszystkich oddziałów szpitalnych – do Działu Jakości kierownicy klinik przekazali jedynie 556 z wymaganych 1357 analiz klinicznych (tj. 41,0%). Spośród 144 analiz klinicznych objętych szczegółowym badaniem kontrolnym:

- 40 analiz (25,9%) nie było sporządzonych rzetelnie, bowiem brakowało w nich poszczególnych danych: daty opracowania, daty przekazania, wskazania osoby sporządzającej, a także występowały błędne daty,
- 123 analizy (85,4%) były sporządzone z opóźnieniem wynoszącym od jednego do 286 dni lub przekazane z opóźnieniem od jednego do 307 dni.

Dla zdarzeń niepożądanych zakwalifikowanych jako istotne, powoływane były Zespoły ds. zdarzeń niepożądanych, które przeprowadzały tzw. analizy źródłowe. Jednakże nie monitorowano wykonania zaleceń, sformułowanych we wszystkich 19 objętych kontrolą protokołach. Dodatkowo nieprawidłowo przeprowadzono postępowanie dotyczące ustalenia przyczyn wystąpienia jednego bardzo ciężkiego zdarzenia niepożądanego, z 19 objętych kontrolą.

Jak wyjaśniono w toku kontroli, część zadań była realizowana w ramach nieformalnych spotkań, w tym bezpośrednich kontaktów z kierownictwem jednostek. Sprawy wymagające interwencji lub innych działań były omawiane indywidualnie.

5.2. DZIAŁALNOŚĆ DYDAKTYCZNA

Zakres działalności dydaktycznej

Wszystkie objęte kontrolą szpitale kliniczne uczestniczyły w kształceniu przed- i podyplomowym⁴⁷ w zawodach medycznych, w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia oraz wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia, w tym:

- brały udział w realizacji zadań dydaktycznych i badawczych macierzystej uczelni oraz innych uczelni i instytucji prowadzących działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, w zakresie wynikającym z obowiązujących przepisów i zawartych umów,
- uczestniczyły w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego oraz doskonaleniu zawodowym kadr lekarskich,

⁴⁷ Staże podyplomowe, szkolenie specjalizacyjne (w tym w trybie rezydentury), kursy specjalizacyjne i doskonalące.

pielęgniarskich, położnych, ratowników medycznych, słuchaczy szkół medycznych i innych zawodów w zakresie wynikającym z obowiązujących przepisów i zawartych umów.

Głównym zadaniem szpitali klinicznych w kształceniu studentów uczelni medycznych było udostępnianie lub wydzielenie nieruchomości i ruchomości na potrzeby dydaktyczne oraz umożliwienie prowadzenia zajęć praktycznych na terenie szpitala.

Wyniki przeprowadzonej kontroli wskazują jednakże, że poziom organizacji, dokumentacji i zgodności z przepisami różnił się pomiędzy poszczególnymi podmiotami. W większości przypadków działalność dydaktyczna została oceniona pozytywnie, lecz w pięciu podmiotach ujawniono błędy proceduralne, nieprawidłowe rozliczenia lub konflikty interesów.

**Umowy
o udostępnienie
jednostek
organizacyjnych**

Najwyższa Izba Kontroli ustaliła, że wszystkie szpitale kliniczne zawarły formalne umowy z uczelniami medycznymi o udostępnienie swoich jednostek organizacyjnych (klinik, oddziałów, zakładów) w celach dydaktycznych i naukowych, zgodnie z art. 89 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej. Były w nich uregulowane kwestie w szczególności dotyczące:

- środków finansowych należnych udostępniającemu (szpitalowi), sposób przekazywania tych środków oraz zasady ich rozliczeń,
- wykazu ruchomości i nieruchomości udostępnianych w celu realizacji umowy, sposób ich udostępniania oraz zasady i warunki ich wykorzystywania,
- liczby oraz kwalifikacji zawodowych nauczycieli akademickich mających wykonywać zadania w udostępnianej jednostce organizacyjnej,
- zasady odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przez studentów, uczestników studiów doktoranckich lub nauczycieli akademickich i zasady postępowania w przypadku naruszenia przez nich porządku ustalonego przez udostępniającego.

Jednak w pięciu jednostkach dokumenty były nieprecyzyjne lub nieaktualne:

- trzy szpitale (Bydgoszcz, Warszawa, Rzeszów) nie prowadziły pełnej analizy kosztów działalności dydaktycznej, co nie pozwalało na rzetelne określenie należnego wynagrodzenia za udostępnienie uczelni jednostek organizacyjnych szpitala,
- trzy szpitale (Białystok, Gdańsk, Warszawa) z opóźnieniem aneksowały umowy z uczelnią medyczną, dotyczące: ustalenia wynagrodzenia na kolejne lata, wykazu nauczycieli akademickich, udostępnienia dodatkowej części nieruchomości na potrzeby uczelni.

Pozostałe pięć szpitali (Kraków, Łódź, Zabrze, Lublin, Szczecin) zawarło umowy, a następnie aktualizowało je zgodnie z prawem i przyjętymi standardami.

Przykład

W **Szpitalu w Gdańsku** nie egzekwowano od uczelni medycznej realizacji obowiązku określonego w § 3 ust. 7 umowy z 26 października 2020 r., dotyczącego przekazywania Szpitalowi do 30 listopada każdego roku kalendarzowego danych dotyczących liczby nauczycieli akademickich wraz z ich kwalifikacjami zawodowymi. Z wyjaśnień Dyrektora Naczelnego Szpitala wynikało, że nieprzekazanie tych danych pozostawało bez wpływu na działalność Szpitala, stąd UCK nie widziało potrzeby egzekwowania przedmiotowej informacji. Obowiązek określenia w umowie liczby oraz kwalifikacji zawodowych nauczycieli akademickich, mających wykonywać w udostępnianej jednostce organizacyjnej zadania, wynikał wprost z przepisów art. 89 ust. 5 pkt 4 ustawy o *działalności leczniczej*. NIK wskazała, że nauczyciele akademicy obowiązani są do przestrzegania szeregu przepisów i norm obowiązujących w Szpitalu. Dodatkowo, zgodnie z umową, Uczelnia ponosi odpowiedzialność za szkody wyrządzone przez takie osoby.

Ponadto Szpital nie egzekwował od uczelni realizacji obowiązku określonego w § 3 ust. 16 umowy, dotyczącego przekazywania Szpitalowi do 31 października każdego roku kalendarzowego danych dotyczących liczby *studento-godzin* obciążenia dydaktycznego w ramach struktur Szpitala za zakończony rok akademicki. Utrudniało to ustalanie wysokości wynagrodzenia Szpitala z tytułu realizacji tej umowy.

Zatrudnienie nauczycieli akademickich

Zgodnie z art. 92 ustawy o *działalności leczniczej*, nauczyciele akademicy uczelni medycznych oraz doktoranci w uczelniach medycznych lub federacjach podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki, prowadzący działalność naukową w zakresie nauk medycznych są zatrudnieni w podmiocie leczniczym:

- 1) w systemie zadaniowym czasu pracy na podstawie umowy o pracę, określającej zadania dydaktyczne, badawcze i udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych;
- 2) na podstawie umowy cywilnoprawnej, określającej w szczególności zadania dydaktyczne, badawcze i udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych.

Przepisy te mają na celu umożliwienie realizacji obowiązku nałożonego na nauczycieli akademickich zatrudnionych w uczelni prowadzącej działalność w zakresie nauk medycznych lub nauk o zdrowiu, wynikającego z art. 454 ust. 1 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. *Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce*⁴⁸, dotyczącego uczestniczenia w sprawowaniu opieki zdrowotnej przez wykonywanie zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w jednostce organizacyjnej udostępnionej uczelni przez podmiot prowadzący działalność leczniczą na zasadach określonych w przepisach o działalności leczniczej.

W ośmiu z dziesięciu szpitali klinicznych, zatrudnianie nauczycieli akademickich i doktorantów oraz powoływanie ordynatorów oddziałów klinicznych odbywało się zgodnie z przepisami ustawy *o działalności leczniczej* i wewnętrznymi regulaminami uczelni. W dwóch jednostkach stwierdzono nieprawidłowości:

- w jednym podmiocie leczniczym (Gdańsk) stwierdzono nieprawidłowości polegające na prowadzeniu postępowań konkursowych na stanowiska ordynatorów trzech oddziałów klinicznych niezgodnie z § 4 ust. 1 pkt 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia *w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą*⁴⁹, niezgodnie z regulacjami wewnętrznymi, a także na braku oświadczeń o bezstronności członków komisji konkursowej (§ 5 ust. 1 wymienionego rozporządzenia Ministra Zdrowia),
- w jednym podmiocie leczniczym (Zabrze) stwierdzono nieprawidłowość polegającą na wykazaniu do zapłaty, w ramach zawartej umowy cywilnoprawnej godzin, w których realizowane były zadania dydaktyczne na rzecz uczelni.

Finansowanie działalności dydaktycznej

Przychody z działalności dydaktycznej w badanych szpitalach klinicznych stanowiły średnio 1–3% całkowitych przychodów. Składały się na nie:

- wpływy od uczelni medycznej za udostępnienie ruchomości i nieruchomości na cele dydaktyczne,
- środki na finansowanie wynagrodzeń osób odbywających szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury oraz staż podyplomowy,
- umowy z innymi jednostkami kształcenia podyplomowego.

Wszystkie uczelnie medyczne, zgodnie z zawartymi umowami, przekazywały szpitalom środki na działalność dydaktyczną.

⁴⁸ Dz.U. z 2024 r. poz. 1571, ze zm.

⁴⁹ Dz.U. z 2021 r. poz. 430.

**Szkolenie
specjalizacyjne lekarzy**

Zgodnie z art. 19f. ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentysty*⁵⁰, szkolenie specjalizacyjne może być prowadzone przez jednostki organizacyjne, które spełniają warunki określone w ustawie i uzyskały akredytację do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego. Potwierdzeniem akredytacji jest wpis na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w danej dziedzinie.

W wyniku badania przeprowadzonego na próbie 30 losowo wybranych specjalizacji stwierdzono (po trzy specjalizacje w każdym podmiocie objętym kontrolą), że spełnione były przesłanki do uzyskania akredytacji do prowadzenia szkoleń specjalizacyjnych lekarzy. W jednym ze skontrolowanych szpitali (Rzeszów) stwierdzono nieprawidłowość polegającą na prowadzeniu specjalizacji mimo czasowego zaprzestania udzielania świadczeń w danej dziedzinie.

Przykład

W 2023 r. w **Szpitalu w Rzeszowie** prowadzone było szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie położnictwa i ginekologii, pomimo że w tym czasie w Klinice Ginekologii nie odbywały się porody z uwagi na prowadzony remont. Zgodnie z załącznikiem do programu specjalizacji w dziedzinie położnictwa i ginekologii, podmiot prowadzący szkolenie specjalizacyjne był zobowiązany, aby liczba odbytych porodów w oddziale położniczym wyniosła co najmniej 400 rocznie, natomiast liczba odbytych porodów w Klinice Ginekologii wyniosła: 797 w 2022 r., 0 w 2023 r. i 809 w 2024 r. Liczba lekarzy rezydentów w Klinice wynosiła: 11 w I kwartale, 10 w II kwartale, ośmiu w III kwartale oraz dziewięciu w IV kwartale 2023 r. Zgodnie z art. 19f ust. 2 pkt 7 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentysty*, Szpital mający akredytację do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego był obowiązany udzielać świadczeń zdrowotnych odpowiedniego rodzaju, w odpowiednim zakresie i liczbie, umożliwiających zrealizowanie programu specjalizacji określonej liczbie lekarzy.

Kierownik jednostki kontrolowanej wyjaśnił, że poinformowano Wojewodę Podkarpackiego o ograniczeniu działalności tej Kliniki na czas remontu. Wyjaśnił, że nie zawierano umów z innymi jednostkami, które powinny zapewnić lekarzom rezydentom wymaganą liczbę odebranych porodów, określoną w programie specjalizacji.

⁵⁰ Dz.U. z 2026 r. poz. 37, ze zm.

5.3. DZIAŁALNOŚĆ NAUKOWA

Źródła finansowania działalności naukowo-badawczej

Wszystkie objęte kontrolą szpitale kliniczne prowadziły działalność naukowo-badawczą, polegającą głównie na uczestnictwie w realizacji zadań naukowo-badawczych macierzystej uczelni medycznej oraz w badaniach klinicznych produktów leczniczych i wyrobów medycznych.

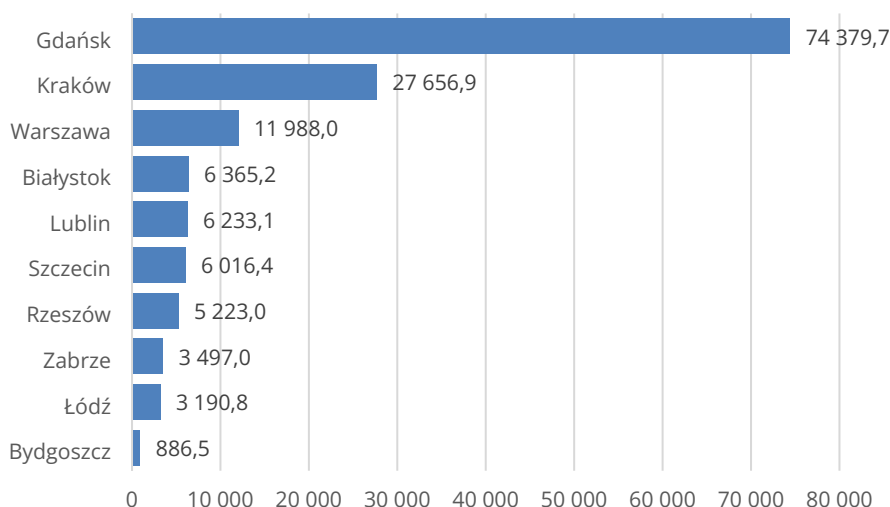
Objęte kontrolą szpitale kliniczne w latach 2022–2024 uzyskały przychody z działalności naukowo-badawczej ogółem 140 532,5 tys. zł. Głównymi źródłami finansowania tej działalności były:

- dotacje i granty Agencji Badań Medycznych, Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Narodowego Centrum Badań i Rozwoju, Narodowego Centrum Nauki,
- środki uczelni macierzystych,
- umowy sponsorskie w badaniach komercyjnych.

Bilans finansowy działalności naukowo-badawczej szpitali był dodatni – przychody z grantów i badań klinicznych pokrywały koszty ich prowadzenia.

Infografika nr 12

Przychody z działalności naukowo-badawczej w latach 2022–2024 w tys. zł



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych uzyskanych w toku kontroli.

Zasady prowadzenia działalności naukowo-badawczej

Wyniki kontroli wskazują, że w dziewięciu szpitalach klinicznych, z 10 objętych kontrolą, formalnie określono zasady prowadzenia działalności naukowo-badawczej (wyjątkiem był Szpital w Rzeszowie). Dobrą praktyką było opracowanie i wdrożenie pisemnego, kompleksowego regulaminu działalności naukowej i badań klinicznych, obejmującego m.in. tryb zawierania umów, zasady finansowania, nadzór merytoryczny i raportowanie wyników.

Przykład

W **Szpitalu w Rzeszowie** nie określono zasad zawierania oraz realizacji umów dotyczących badań klinicznych, w tym zasad wyceny ich opłacalności. Środki pochodzące od sponsorów były rozdysponowane w proporcji: 30% dla Szpitala, 70% dla głównego badacza oraz zespołu badaczy.

Ponadto Dyrektor Szpitala nie określił zadań, organizacji i sposobu kierowania Uniwersyteckim Centrum Badań Klinicznych. Mimo że Centrum utworzono w strukturze Szpitala 21 marca 2023 r., na podstawie zarządzenia Rektora Uniwersytetu Rzeszowskiego, to w latach 2023–2024 nie przypisano do niego żadnego pracownika. Dyrektor wyjaśnił, że od 19 lutego 2025 r. powołał pracownika, któremu powierzył pełnienie obowiązków kierownika tego Centrum, a od 5 czerwca 2025 r. powierzył mu funkcję Koordynatora Centrum. Dyrektor nie wskazał, dlaczego w regulaminie nie przypisano zadań dla Centrum.

Realizacja badań klinicznych

Na podstawie badania próby umów o prowadzenie badania klinicznego⁵¹ stwierdzono, że ich realizacja przebiegała zgodnie z postanowieniami tych umów. Protokoły badania opisywały cel, plan, metodologię, zagadnienia statystyczne i organizację badania klinicznego. Zadania wykonane przez Szpitale zostały zaakceptowane i odebrane przez Sponsorów jako zgodne z umowami. Rozliczenie umów nastąpiło na podstawie prawidłowo wystawionych faktur.

W kilku szpitalach wystąpiły nieprawidłowości, które nie miały wpływu na przejrzystość i bezpieczeństwo realizacji badań klinicznych:

- w jednym podmiocie (Rzeszów) z uwagi na błąd pracownika doszło do podwójnego finansowania świadczeń ze środków sponsora oraz NFZ, co było niezgodne z art. 59 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. *o badaniach klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi*⁵²,
- w jednym podmiocie (Białystok) brakowało protokołów zdawczo-odbiorczych oraz sprawozdań z przebiegu realizacji przedmiotu umowy dotyczącej badania klinicznego, co stanowiło naruszenie wewnętrznej procedury,
- w jednym podmiocie (Zabrze) z uwagi na absencje i duże obciążenie pracą wystąpiły opóźnienia w wystawianiu faktur, w stosunku do terminu określonego w regulacjach wewnętrznych Szpitala,
- w jednym podmiocie (Rzeszów) przed podpisaniem umów nie były sporządzane kalkulacje kosztów, co powodowało, że Szpital nie miał wiedzy czy wynagrodzenie wynikające z umowy zawartej ze sponsorem pokrywało koszty prowadzonych badań.

⁵¹ Badaniem objęto po trzy umowy w każdym ze skontrolowanych szpitali.

⁵² Dz. U. z 2023 r. poz. 605, ze zm.

Przykład

W **Szpitalu w Rzeszowie** kontrola ustaliła podwójne finansowanie 11 wizyt pacjentów (spośród 97 wizyt objętych badaniem klinicznym): szpital otrzymał zapłatę w ramach realizacji umowy zawartej ze sponsorem i dodatkowo w ramach umowy zawartej z NFZ. Było to niezgodne z art. 59 ust. 2 pkt 2 ustawy o *badaniach klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi*. Wizyty dotyczyły czterech pacjentów zakwalifikowanych do udziału w badaniu klinicznym, opłacanym przez sponsora na kwotę 1200 zł. Świadczeń udzielono w Przyszpitalnej Poradni Dermatologicznej, która zarejestrowała wizyty pacjentów w systemie AMMS oraz omyłkowo wykazała je do rozliczenia z NFZ. W trakcie kontroli NIK skorygowano przedmiotowe rozliczenie.

W dokumentacji trzech badań klinicznych prowadzonych w **Szpitalu w Białymstoku** brakowało protokołów zdawczo-odbiorczych oraz sprawozdań z przebiegu realizacji przedmiotu umowy dotyczącej badania klinicznego, co stanowiło naruszenie wewnętrznej procedury, ustalonej przez Dyrektora USK zarządzeniem w sprawie wprowadzenia procedury postępowania dotyczącej umów na przeprowadzenie badań klinicznych. Z wyjaśnień kierownika jednostki wynika, że w przypadku jednego badania, brakująca dokumentacja znajduje się w Ośrodku Wsparcia Badań Klinicznych w Białymstoku. W przypadku dwóch pozostałych badań, informacje, które powinny być zawarte w protokołach, znajdują się w innych dokumentach źródłowych znajdujących się u Badacza i/lub Sponsora.

Badanie próby wykazało, że wytypowane do kontroli badania kliniczne były prowadzone zgodnie z zasadami Dobrej Praktyki Klinicznej (GCP). Protokoły badania zawierały uzasadnienia do ich przeprowadzenia z naukowego punktu widzenia. Prawidłowość prowadzenia badań klinicznych zweryfikowano na próbie losowo wybranych pacjentów. Badania prowadzone były zgodnie z protokołami, zaakceptowanymi przez niezależne Komisje Bioetyczne. Osoby prowadzące badania kliniczne miały odpowiednie wykształcenie, szkolenie i doświadczenie. Od każdego pacjenta uczestniczącego w badaniu klinicznym, przed przystąpieniem do badania, uzyskano świadomą zgodę na uczestnictwo w badaniu. Badania kliniczne zarejestrowane były w EudraCT⁵³. Przebieg badania był cyklicznie monitorowany przez monitorów badań klinicznych

⁵³ European Union Drug Regulating Authorities Clinical Trials Database (ang.), europejska baza danych badań klinicznych produktów leczniczych.

6. ZAŁĄCZNIKI

6.1. METODYKA KONTROLI I INFORMACJE DODATKOWE

Cel główny kontroli	Celem głównym kontroli P/25/041 <i>Szpitala kliniczne</i> było udzielenie odpowiedzi na pytanie: czy szpitale kliniczne prawidłowo realizowały swoje zadania w zakresie działalności leczniczej, dydaktycznej i naukowej?
Cele szczegółowe	Założono, że badania kontrolne umożliwią udzielenie odpowiedzi na następujące pytania szczegółowe: <ol style="list-style-type: none"> 1. Czy szpitale kliniczne prawidłowo prowadziły działalność leczniczą? 2. Czy szpitale kliniczne prawidłowo realizowały swoje zadania dydaktyczne, w tym czy utrzymywały wskaźniki wymagane dla akredytacji? 3. Czy szpitale kliniczne prawidłowo realizowały swoją działalność naukową, osiągając rekomendowane wskaźniki jakościowe?
Zakres podmiotowy	Kontrolą objęto 10 podmiotów leczniczych – szpitali klinicznych, działających w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, dla których organem założycielskim była publiczna uczelnia medyczna lub Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.
Kryteria kontroli	Podstawą przeprowadzenia kontroli był art. 2 ust. 1 ustawy o NIK. Kontrolę przeprowadzono z uwzględnieniem kryteriów: legalności, rzetelności, celowości i gospodarności, zgodnie z art. 5 ust. 1 ustawy o NIK.
Okres objęty kontrolą	1.01.2022–19.08.2025 Kontrolę przeprowadzono od 4 marca do 12 września 2025 r. (podpisanie ostatniego wystąpienia pokontrolnego).
Pozostałe informacje	W kontroli uczestniczyły: Departament Zdrowia oraz dziewięć Delegatur NIK. W 10 wystąpieniach pokontrolnych skierowanych do kierowników skontrolowanych jednostek sformułowano ogółem 99 wniosków pokontrolnych. Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK, kierownicy podmiotów kontrolowanych poinformowali NIK o sposobie wykorzystania uwag i wykonaniu wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań. Według stanu na 28 listopada 2025 r., zrealizowano 46 wniosków pokontrolnych (46,5%) oraz podjęto działania w celu realizacji kolejnych 37 wniosków (37,4%). Zastrzeżenia do treści zawartych w wystąpieniu, o których mowa w art. 54 ustawy o NIK, złożyli kierownicy czterech podmiotów. Zespół Orzekający Komisji Rozstrzygającej w odniesieniu do zastrzeżeń złożonych przez:

- Dyrektora SPZOZ Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie – oddalił w całości jedno zastrzeżenie,
- Dyrektora Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 im. Prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach – uwzględnił w części dwa zastrzeżenia,
- Dyrektora Naczelnego Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku – uwzględnił w całości jedno zastrzeżenie oraz oddalił w całości jedno zastrzeżenie,
- Dyrektora Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego – uwzględnił w całości jedno zastrzeżenie, uwzględnił w części sześć zastrzeżeń oraz oddalił w całości 21 zastrzeżeń.

Finansowe rezultaty kontroli

Finansowe rezultaty kontroli wyniosły łącznie: 213 599 196,37 zł, w tym:

- uszczuplenia środków lub aktywów: 13 706 781,41 zł⁵⁴,
- kwoty wydatkowane z naruszeniem prawa: 113 272 490,70 zł⁵⁵,
- kwoty wydatkowane w następstwie działań stanowiących naruszenie prawa: 72 381 474,85 zł⁵⁶,
- kwoty wydatkowane z naruszeniem zasad należytego zarządzania finansami: 14 238 449,41 zł⁵⁷.

Ponadto w wyniku kontroli uzyskano korzyści finansowe w wysokości 128 623,28 zł (kwoty potrąconych kar umownych oraz zwrot nienależnie pobranego wynagrodzenia)⁵⁸.

Wykaz jednostek kontrolowanych

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
1.	Departament Zdrowia	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, zwane „Szpitalem w Warszawie”	Marzena Kowalczyk, uprzednio: Anna Łukasik
2.	Delegatura NIK w Białymstoku	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku, zwany „Szpitalem w Białymstoku”	Jan Kochanowicz
3.	Delegatura NIK w Bydgoszczy	Szpital Uniwersytecki Nr 1 im. Dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy, zwany „Szpitalem w Bydgoszczy”	Jacek Kryś

⁵⁴ Bydgoszcz, Szczecin, Warszawa.

⁵⁵ Szczecin, Warszawa.

⁵⁶ Bydgoszcz, Gdańsk, Kraków, Lublin, Szczecin, Warszawa.

⁵⁷ Kraków, Lublin, Warszawa.

⁵⁸ Kraków, Szczecin.

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
4.	Delegatura NIK w Gdańsku	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku, zwane „Szpitalem w Gdańsku”	Jakub Kraszewski
5.	Delegatura NIK w Katowicach	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. Prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, zwany „Szpitalem w Zabrze”	Dariusz Budziński
6.	Delegatura NIK w Krakowie	SPZOZ Szpital Uniwersytecki w Krakowie, zwany „Szpitalem w Krakowie”	Marcin Jędrychowski
7.	Delegatura NIK w Łodzi	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, zwany „Szpitalem w Łodzi”	Monika Domarecka
8.	Delegatura NIK w Lublinie	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie, zwany „Szpitalem w Lublinie”	Michał Szabelski, uprzednio: Radosław Starownik
9.	Delegatura NIK w Rzeszowie	Uniwersytecki Szpital Kliniczny Im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie, zwany „Szpitalem w Rzeszowie”	Marcin Rusiniak, uprzednio: Wojciech Zawalski, Janusz Ławiński
10.	Delegatura NIK w Szczecinie	Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 2 w Szczecinie, zwany „Szpitalem w Szczecinie”	Marcin Sygut

6.1.1. WYKAZ OCEN KONTROLOWANYCH JEDNOSTEK

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności ^{*/}	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:	
			prawidłowe	nieprawidłowe
1.	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego	W formie opisowej	<p>W obszarze działalności leczniczej i gospodarki finansowej pozytywnie oceniono m.in. wywiązywanie się z umów z NFZ, zapewnienie odpowiedniej liczby personelu o wymaganych kwalifikacjach, prawidłowego udzielania zamówień publicznych.</p> <p>Prowadzenie działalności dydaktycznej oraz naukowo-badawczej oceniono jako prawidłowe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - niespełnianie wymogów dotyczących stanu sanitarnego i technicznego pomieszczeń i urządzeń oraz użytkowania aparatury bez ważnych przeglądów, - uchybienia dotyczące prowadzenia postępowań konkursowych na udzielanie świadczeń zdrowotnych, - dopuszczenie do powstania zobowiązań wymagalnych i zapłaty odsetek za zwłokę w ich regulowaniu, - niegospodarnego zarządzania mieniem, - uchybienia w zakresie wdrożenia systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem.
2.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	W formie opisowej	<p>W obszarze prowadzenia działalności leczniczej i gospodarki finansowej pozytywnie oceniono m.in. zapewnienie odpowiednich warunków organizacyjnych udzielania świadczeń, zapewnienie odpowiedniej liczby personelu o wymaganych kwalifikacjach, bilansowanie się gospodarki finansowej.</p> <p>Prowadzenie działalności dydaktycznej oraz naukowo-badawczej oceniono jako prawidłowe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - dokonywanie zamówień publicznych bez aktualizacji planu, - naruszenia związane z przestrzeganiem czasu pracy personelu medycznego, - uchybienia dotyczące prowadzenia postępowań konkursowych na udzielanie świadczeń zdrowotnych,

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności ^{4/}	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:	
			prawidłowe	nieprawidłowe
3.	Szpital Uniwersytecki Nr 1 im. Dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy	Pozytywna	Prowadzenie działalności leczniczej, dydaktycznej oraz naukowo-badawczej oceniono jako prawidłowe.	<ul style="list-style-type: none"> - przekroczenia planu finansowego wydatków, - dopuszczenie do powstania zobowiązań wymagalnych i zapłaty odsetek za zwłokę w ich regulowaniu.
4.	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku	W formie opisowej	W obszarze prowadzenia działalności leczniczej i gospodarki finansowej pozytywnie oceniono m.in. zapewnienie odpowiednich warunków organizacyjnych i technicznych udzielania świadczeń, zapewnienie odpowiedniej liczby personelu o wymaganych kwalifikacjach, dokonywanie zakupów aparatury medycznej, bilansowanie się gospodarki finansowej, wdrożenie systemu zapewnienia jakości i bezpieczeństwa.	<ul style="list-style-type: none"> - niezgłaszanie zmian personelu medycznego do NFZ, - naruszenia związane z przestrzeganiem czasu pracy personelu medycznego, - naruszenia procedur wewnętrznych dotyczących zbycia składników majątku trwałego, - przekroczenia planu finansowego wydatków, dopuszczenie do powstania zobowiązań wymagalnych.
5.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. Prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach	W formie opisowej	W obszarze prowadzenia działalności leczniczej i gospodarki finansowej pozytywnie oceniono m.in. zapewnienie odpowiednich warunków organizacyjnych i technicznych udzielania świadczeń, zapewnienie odpowiedniej liczby personelu o wymaganych kwalifikacjach, dokonywanie zakupów aparatury medycznej, bilansowanie się gospodarki finansowej, wdrożenie	<ul style="list-style-type: none"> - naruszenia związane z przestrzeganiem czasu pracy personelu medycznego, - nieuwzględnianie umów cywilnoprawnych w podstawie wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne, - niedochodzenie kar umownych związanych z udzielonymi zamówieniami publicznymi (działania celem wyegzekwowania należności z

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności ^{4/}	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:	
			prawidłowe	nieprawidłowe
			systemu zapewnienia jakości i bezpieczeństwa. Prowadzenie działalności dydaktycznej oraz naukowo-badawczej oceniono jako prawidłowe.	tego tytułu podjęto dopiero w toku kontroli NIK), - nierzetelne rozliczenia umów cywilnoprawnych.
6.	SPZOZ Szpital Uniwersytecki w Krakowie	W formie opisowej	W obszarze prowadzenia działalności leczniczej i gospodarki finansowej pozytywnie oceniono m.in. zapewnienie odpowiednich warunków organizacyjnych i technicznych udzielania świadczeń, zapewnienie odpowiedniej liczby personelu o wymaganych kwalifikacjach, dokonywanie zakupów aparatury medycznej, realizację planu naprawczego i poprawę sytuacji finansowej, wdrożenie systemu zapewnienia jakości i bezpieczeństwa. Prowadzenie działalności dydaktycznej oraz naukowo-badawczej oceniono jako prawidłowe.	<ul style="list-style-type: none"> - niezapewnienie odpoczynku personelowi medycznemu zatrudnionego na podstawie umów cywilno-prawnych, - jednoczesnego wykonywania obowiązków na podstawie dwóch umów (o pracę i cywilnoprawnej), co skutkowało uzyskaniem podwójnego wynagrodzenia, - konflikt interesów przy udzielaniu zamówień na udzielenie świadczeń, - przyznawania nagród w sposób niezgodny z regulacjami wewnętrznymi, - nieefektywne wykorzystanie aparatury medycznej.
7.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi	Pozytywna	Prowadzenie działalności leczniczej, dydaktycznej oraz naukowo-badawczej oceniono jako prawidłowe.	<ul style="list-style-type: none"> - Negatywnie oceniono niezapewnienie odpoczynku personelowi medycznemu zatrudnionego na podstawie umów cywilno-prawnych.
8.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie	W formie opisowej	W obszarze prowadzenia działalności leczniczej i gospodarki finansowej pozytywnie oceniono m.in. zapewnienie odpowiednich warunków organizacyjnych i technicznych udzielania świadczeń, zapewnienie	<ul style="list-style-type: none"> - przeprowadzenie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego z naruszeniem zasad uczciwej konkurencji i równego traktowania wykonawców,

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności ^{4/}	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:	
			prawidłowe	nieprawidłowe
9.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny Im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie	Negatywna	<p>odpowiedniej liczby personelu o wymaganych kwalifikacjach, stopień realizacji umów z NFZ, dokonywanie zakupów aparatury medycznej, bilansowanie się gospodarki finansowej, wdrożenie systemu zapewnienia jakości i bezpieczeństwa. Prowadzenie działalności dydaktycznej oraz naukowo-badawczej oceniono jako prawidłowe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - niezapewnienie odpowiedniego dobowego i tygodniowego personelowi medycznemu, - nierzetelne ewidencjonowanie czasu pracy personelu medycznego, - nieterminowe i nierzetelne zgłaszanie zmian dotyczących personelu i aparatury medycznej do NFZ, - dopuszczenie do powstania zobowiązań wymagalnych i zapłaty odsetek za zwłokę w ich regulowaniu, - przyznanie i wypłacenie premii w sposób niezgodny z regulacjami wewnętrznymi.
			<p>Pozytywnie oceniono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zapewnienie odpowiedniej liczby personelu lekarskiego - wymaganych kwalifikacjach, - prowadzenie działalności naukowo-badawczej. 	<ul style="list-style-type: none"> - niezapewnienie odpowiedniej organizacji pracy w klinikach, w tym niskie obłożenie łóżek, - niespełnianie wymogów dotyczących stanu sanitarnego i technicznego pomieszczeń i urządzeń dwóch klinik oraz bloku operacyjnego, - nieterminowe dokonywanie przeglądów aparatury medycznej, - niezgłaszanie zmian dotyczących personelu medycznego do NFZ, - naruszenia dotyczące czasu pracy personelu medycznego, - udzielanie zamówień na udzielenie świadczeń z naruszeniem przepisów ustawy o działalności leczniczej i regulacji wewnętrznych,

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności ^{4/}	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:	
			prawidłowe	nieprawidłowe
				<ul style="list-style-type: none"> - uchybienia w zakresie wdrożenia systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem, - zmianę przedmiotu zamówienia publicznego na sprzęt o innych parametrach i innym zastosowaniu, - nierealizowanie zadań z zakresu kontroli zarządczej, - dopuszczenie do powstania zobowiązań wymagalnych i zapłaty odsetek za zwłokę w ich regulowaniu, - brak kalkulacji kosztów działalności naukowej i badawczej, - nierealizowanie zadań przez komisję ds. organizacji i jakości szkolenia specjalizacyjnego, - prowadzenie kształcenia w zakresie, w którym zawiedziono działalność.
10.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 2 w Szczecinie	W formie opisowej	<p>W obszarze prowadzenia działalności leczniczej i gospodarki finansowej pozytywnie oceniono m.in. zapewnienie odpowiednich warunków organizacyjnych i technicznych udziałem świadczeń, zapewnienie odpowiedniej liczby personelu lekarskiego o wymaganych kwalifikacjach, dokonywanie zakupów aparatury medycznej, bilansowanie się gospodarki finansowej, wdrożenie systemu zapewnienia jakości i bezpieczeństwa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - niepełne wykorzystanie łóżek szpitalnych, - naruszenia związane z udzielaniem zamówień publicznych, - nieterminowe podejmowanie działań w celu egzekucji należności, - niezgłaszanie zmian dotyczących personelu medycznego do NFZ, - niezapewnienie wymaganej liczby etatów pielęgniarskich na jedno łóżko, - dopuszczenie do powstania zobowiązań wymagalnych i zapłaty odsetek za zwłokę w ich regulowaniu, - niezabezpieczenie interesu szpitala w umowach najmu,

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności*/	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:	
			prawidłowe	nieprawidłowe
			Prowadzenie działalności dydaktycznej oraz naukowo-badawczej oceniono jako prawidłowe.	<ul style="list-style-type: none"> - braki formalne we wnioskach poprzedzających zawarcie umowy najmu, - niezapewnienie odpoczynku dobowego personelowi medycznemu.

*/ pozytywna/w formie opisowej/negatywna

6.2. ANALIZA STANU PRAWNEGO I UWARUNKOWAŃ ORGANIZACYJNO- -EKONOMICZNYCH

Podmioty lecznicze W ustawie o *działalności leczniczej*, określono zasady: wykonywania działalności leczniczej, funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą niebędących przedsiębiorcami, prowadzenia rejestru tych podmiotów i zasady sprawowania nadzoru nad wykonywaniem działalności leczniczej oraz podmiotami wykonującymi działalność leczniczą (art. 1 ustawy).

Zgodnie z art. 8 ustawy o *działalności leczniczej*, rodzajami działalności leczniczej są:

- stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne: a) szpitalne, b) inne niż szpitalne oraz
- ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne mogą polegać w szczególności na: udzielaniu całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują pielęgnację i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji, oraz zapewnianiu im produktów leczniczych i wyrobów medycznych, pomieszczeń i wyżywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także prowadzeniu edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowaniu tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych (art. 9 ust. 1 pkt 1 tej ustawy). Natomiast ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmują świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu (art. 10 tej ustawy).

Ustawa o *świadczeniach opieki zdrowotnej* określa m.in. warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zasady i tryb finansowania świadczeń, zasady i tryb kwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych, a także zadania władz publicznych dotyczące zapewnienia równego dostępu do świadczeń oraz zasady sprawowania nadzoru i kontroli nad finansowaniem i realizacją świadczeń (art. 1 pkt 1–3 i pkt 7 tej ustawy).

Świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w tej ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie (art. 15 ust. 1 ustawy). Na podstawie art. 31d ustawy o *świadczeniach opieki zdrowotnej* Minister Zdrowia wydaje rozporządzenia w sprawie świadczeń

gwarantowanych w poszczególnych rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1–8 i 10–13 tej ustawy, wraz z określeniem poziomu lub sposobu finansowania danego świadczenia gwarantowanego oraz warunków realizacji danego świadczenia gwarantowanego, w tym dotyczących personelu medycznego oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, mając na uwadze konieczność zapewnienia wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej oraz właściwego zabezpieczenia tych świadczeń.

Pojęcie szpitala klinicznego

Zdefiniowanie pojęcia *szpital kliniczny* i określenie jego wyjątkowej roli w systemie ochrony zdrowia wymaga rozpatrzenia regulacji prawnych mających wpływ na działalność leczniczą, rozumianą zarówno jako udzielanie świadczeń zdrowotnych i promocję zdrowia, jak i realizacja zadań dydaktycznych i badawczych.

Artykuł 89 ust. 6 ustawy *o działalności leczniczej* wskazuje, że oznaczenia *klinika* albo *kliniczny* oraz *uniwersytecki* mogą używać wyłącznie podmioty lecznicze utworzone lub prowadzone przez uczelnię medyczną oraz inne podmioty udostępniające swoje jednostki organizacyjne uczelniom. Udostępnienie to następuje na podstawie umowy cywilnoprawnej, zawartej pomiędzy uczelnią medyczną a podmiotem wykonującym działalność leczniczą (art. 89 ust. 4 i 5 ustawy).

Art. 89 ust 1 omawianej ustawy, nakłada na podmioty lecznicze utworzone lub prowadzone przez uczelnię medyczną obowiązek wykonywania działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia, a także obowiązek realizacji zadań polegających na kształceniu przed- i podyplomowym w zawodach medycznych, w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia.

Uczelnia medyczna jest obowiązana do przekazywania udostępniającemu środków finansowych na realizację zadań dydaktycznych i badawczych (art. 90 ustawy *o działalności leczniczej*). Przekazywanie przez rektora uczelni medycznej środków na dydaktykę stanowi zabezpieczenie potrzeb i realizacji zadań statutowych uczelni w tym obszarze.

Finansowanie świadczeń zdrowotnych

Podstawą finansowania większości świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, jest umowa z oddziałem wojewódzkim NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 132 ustawy *o świadczeniach*. Zgodnie z tą umową świadczeniodawca jest zobowiązany do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej lub pozostawania w gotowości do ich udzielania przez cały czas trwania stosunku prawnego (okres obowiązywania umowy). Wyrazem tego są również obowiązki świadczeniodawcy, wśród których jednym

z istotniejszych jest zapewnienie świadczeniobiorcom stałego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej przez cały okres obowiązywania umowy, zgodnie z określonym w umowie harmonogramem i planem rzeczowo-finansowym (§ 9 ust. 1 OWU).

Podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń gwarantowanych jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Podstawowym aktem prawnym stanowiącym podstawę działania NFZ jest ustawa o *świadczeniach zdrowotnych*, która statuuje NFZ, jako państwową jednostkę organizacyjną mającą osobowość prawną oraz określa organizację, zadania i zasady sprawowania nadzoru nad NFZ (art. 96 ust. 1 tej ustawy).

Podstawą udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem. Do zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych, a ich zawieranie odbywa się po przeprowadzeniu postępowania w trybie konkursu ofert albo rokowań (art. 138–139 ustawy o *świadczeniach zdrowotnych*).

**Ogólne warunki umów
o udzielanie świadczeń
opieki zdrowotnej**

Na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o *świadczeniach zdrowotnych*, Minister Zdrowia określił, w drodze rozporządzenia, ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zgodnie z § 3 ust. 1 OWU, świadczeniodawca jest obowiązany wykonywać umowę zawartą z Funduszem zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ustawie o *świadczeniach zdrowotnych* oraz przepisach wydanych na jej podstawie, ogólnymi warunkami umów oraz zgodnie ze szczegółowymi warunkami umów określonymi przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 i art. 159 ust. 2 tej ustawy.

Zgodnie z § 3 ust. 2 OWU, świadczeniodawca jest obowiązany udzielać świadczeń świadczeniobiorcom z zachowaniem należytej staranności. Ponadto zgodnie z § 7 ust. 1 OWU, świadczeniodawca jest obowiązany do udzielania świadczeń w pomieszczeniach odpowiadających wymaganiom określonym w przepisach wydanych na podstawie ustawy o *świadczeniach zdrowotnych*, przepisach o działalności leczniczej oraz w szczegółowych warunkach umów określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 i art. 159 ust. 2 tej ustawy, wyposażonych w aparaturę i sprzęt medyczny ze stosownymi certyfikatami, atestami lub innymi dokumentami potwierdzającymi dopuszczenie aparatury i sprzętu medycznego do użytku oraz dokumentami potwierdzającymi dokonanie aktualnych przeglądów wykonanych przez uprawnione podmioty.

6.3. WYKAZ AKTÓW PRAWNYCH DOTYCZĄCYCH KONTROLOWANEJ DZIAŁALNOŚCI

1. Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o *Najwyższej Izbie Kontroli* (Dz. U. z 2022 r. poz. 623).
2. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej* (Dz. U. z 2025 r. poz. 450, ze zm.).
3. Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. *Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce* (Dz. U. z 2024 r. poz. 1571, ze zm.).
4. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o *zawodach lekarza i lekarza dentysty* (Dz. U. z 2026 r. poz. 37, ze zm.).
5. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o *finansach publicznych* (Dz. U. z 2025 r. poz. 1483).
6. Ustawa z dnia 11 września 2019 r. *Prawo zamówień publicznych* (Dz. U. z 2024 r. poz. 1320, ze zm.).
7. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o *świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, ze zm.).
8. Ustawa z dnia 16 czerwca 2023 r. o *jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta* (Dz. U. z 2023 r. poz. 1692).
9. Ustawa z dnia 7 kwietnia 2022 r. o *wyrobach medycznych* (Dz. U. z 2024 r. poz. 1620).
10. Ustawa z dnia 9 marca 2023 r. o *badaniach klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi* (Dz. U. z 2023 r. poz. 605, ze zm.).
11. Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o *systemie ubezpieczeń społecznych* (Dz. U. z 2025 r. poz. 350, ze zm.).
12. Rozporządzenie 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.).
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w *sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego* (Dz. U. 2023 r. poz. 870, ze zm.).
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 listopada 2015 r. w *sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji* (Dz. U. z 2025 r. poz. 451).
15. Rozporządzenie 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).
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2023 r. w *sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami* (Dz. U. poz. 1515).

6.4. MODEL PREDYKCJI BANKRUCTWA INE PAN

Modele dyskryminacyjne predykcji bankructwa przedsiębiorstw służą do wczesnego ostrzegania przed zagrożeniami w działalności gospodarczej. Wyznaczana w modelach funkcja dyskryminacyjna stanowi sumę iloczynów zmiennych „X” (czyli wskaźników charakteryzujących kondycję przedsiębiorstw) oraz statystycznie wyznaczanych w modelu wag tych wskaźników („W”). Analiza wskaźnikowa, w tym analiza powiązań między elementami sprawozdania finansowego, jest narzędziem dostarczającym informacji o sytuacji finansowej przedsiębiorstwa.

Model predykcji bankructwa przedsiębiorstw INE PAN⁵⁹:

$$Z6_{INE_PAN} = 9,478X_1 + 3,613X_2 + 3,246X_3 + 0,455X_4 + 0,802X_5 - 2,478,$$

$$Z7_{INE_PAN} = 9,498X_1 + 3,566X_2 + 2,903X_3 + 0,452X_4 + 0,802X_5 - 1,498,$$

gdzie:

X_1 = wynik operacyjny / wartość aktywów

X_2 = wartość kapitału własnego / wartość aktywów

X_3 = (wynik finansowy netto + amortyzacja) / suma zobowiązań

X_4 = aktywa obrotowe / zobowiązania krótkoterminowe

X_5 = przychody ze sprzedaży / wartość aktywów

Interpretacja modelu:

$Z_{INE_PAN} \leq 0$ – podmiot zagrożony upadłością w okresie jednego roku,

$Z_{INE_PAN} > 0$ – podmiot niezagrożony upadłością.

⁵⁹ Dyskryminacyjne modele predykcji bankructwa przedsiębiorstw, Elżbieta Mączyńska (SGH, INE PAN), Maciej Zawadzki (Politechnika Warszawska), *Ekonomista*, 2006, nr 2.

6.5. WYKAZ PODMIOTÓW, KTÓRYM PRZEKAZANO INFORMACJĘ O WYNIKACH KONTROLI

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Rzecznik Praw Obywatelskich
6. Rzecznik Praw Pacjenta
7. Przewodniczący Komisji do Spraw Kontroli Państwowej Sejmu RP
8. Przewodniczący Komisji Zdrowia Sejmu RP
9. Przewodniczący Komisji Zdrowia Senatu RP
10. Minister Zdrowia
11. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
12. Kierownicy podmiotów leczniczych, których podmiotem tworzącym jest uczelnia medyczna albo publiczna uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych



NKM.0914.3.2026.3.KCZ
Warszawa, 28 maja 2026

Pan
Sylweryusz Królak
Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli

Szanowny Panie Prezesie,

w związku z Informacją Najwyższej Izby Kontroli¹ o wynikach kontroli P/25/041 – „Szpitale kliniczne”, która została przekazana przy piśmie z dnia 14 maja 2026 r.² o znaku: KSS.430.6.2026, zgodnie z uprawnieniem przewidzianym w art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli³, przedstawiam stanowisko do ww. dokumentu.

1) Rozdział 3. Synteza, Zapewnienie kadry medycznej i problemy z organizacją czasu pracy personelu, str. 11.

Na stronie 11 ww. Informacji o wynikach kontroli NIK wskazano m.in., że: „Wystąpiły przypadki ciągłego świadczenia pracy ponad 24 godziny łącznie przez 75 lekarzy i pielęgniarek, przy czym najdłuższy nieprzerwany czas świadczenia pracy wyniósł 70 godzin i 10 minut. Nieprawidłowości w tym obszarze wynikały przede wszystkim z niedoborów kadrowych oraz niedających się przewidzieć absencji personelu”.

Podkreślić należy, że lekarz i pielęgniarka nie mogą pozostawić pacjentów w oddziale szpitalnym bez opieki. Tym samym, jeśli z jakichś przyczyn nie zjawia się osoba, która ma przejąć dyżur, pracownik dotychczas dyżurujący nie może opuścić oddziału, takie postępowanie wiąże się bowiem z narażeniem zdrowia i życia pacjentów hospitalizowanych w oddziale. Ponadto może zdarzyć się sytuacja, w której jest niezbędne przeprowadzenie zabiegu ratującego zdrowie i życie pacjenta, a jedyny lekarz posiadający odpowiednie kwalifikacje do jego wykonania właśnie skończył dyżurować. Jeśli lekarz, mimo zmęczenia, ocenia, że może podjąć się wykonania zabiegu (lub np. asysty przy nim), nie może to zostać uznane za nieprawidłowość.

Wskazać zatem należy, że o ile takie sytuacje nie powinny być normą, to ze względu na specyfikę pracy w oddziale szpitalnym, sam fakt występowania nieprzerwanej pracy trwającej powyżej 24 godzin przez personel medyczny nie powinien być automatycznie uznawany za nieprawidłowość. Istotne są okoliczności występowania tych sytuacji, czynności podejmowane wtedy przez kierownictwo szpitala oraz czas trwania

¹ Zwanej dalej „NIK”.

² Data wpływu do Ministerstwa Zdrowia: 15 maja 2026 r.

³ Dz. U. z 2022 r. poz. 623.

nadmiarowych godzin pracy. Nieprzerwana praca przez prawie trzy dni nie powinna jednak mieć miejsca.

2) Rozdział 4. Wnioski, str. 15.

Odnosząc się do wniosku o: „zainicjowanie zmiany obowiązującego stanu prawnego w taki sposób, by normy czasu pracy personelu medycznego oraz prawo do odpoczynku były ustalane w odniesieniu do osoby i uwzględniały łączny czas wykonywania obowiązków u świadczeniodawców w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej, niezależnie od liczby i formy zawartych umów. W ocenie NIK, niezbędne jest również podjęcie działań legislacyjnych zmierzających do określenia w przepisach ustawy o działalności leczniczej maksymalnego dopuszczalnego nieprzerwanego czasu pracy personelu medycznego, w celu wyeliminowania przypadków nadmiernie długiego czasu udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych.”, uprzejmie wskazuję, że od lat jedną z istotnych przyczyn nadmiernego wydłużania czasu pracy personelu medycznego, w tym lekarzy, jest deficyt kadr medycznych. W celu zwiększenia liczby osób wykonujących zawody medyczne, Ministerstwo Zdrowia podejmuje działania zmierzające do zwiększenia dostępności do kształcenia na kierunkach medycznych. Wyeliminowanie nieprawidłowości, na które w wynikach kontroli wskazuje NIK, polegających na nadmiernie długim czasie udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych, a więc z przekroczeniem maksymalnych dobowych i tygodniowych norm czasu pracy oraz z naruszeniem przepisów o obowiązkowych okresach odpoczynku, określonych w art. 93-97 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁴, nie będzie możliwe do zrealizowania bez zapewnienia stopniowego, stałego wzrostu kadr medycznych.

Obowiązujące przepisy prawa, w tym w szczególności ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyści⁵ dopuszczają zatrudnianie w podmiocie leczniczym osób wykonujących zawód medyczny, w tym lekarzy, zarówno na podstawie umowy o pracę, jak i umowy cywilnoprawnej. Decyzja i wybór nie tylko w zakresie miejsca pracy, ale również podstawy zatrudnienia, zostały pozostawione woli stron danego stosunku prawnego. Nie oznacza to oczywiście, że obecne przepisy prawa umożliwiają zupełną dowolność w kształtowaniu stosunków prawnych łączących osoby wykonujące zawód medyczny (lekarzy) z podmiotami leczniczymi. Należy podkreślić, że zawód lekarza należy do grupy zawodów zaufania publicznego, co powoduje, iż osoby go wykonujące są zobowiązane do szczególnej dbałości o prawidłowe wykonywanie czynności zawodowych. Lekarz, niezależnie od podstawy świadczenia pracy, zawierając umowę z podmiotem leczniczym, powinien mieć przede wszystkim na względzie późniejszą możliwość faktycznej realizacji postanowień umowy, na której zawarciu wyraża zgodę, zgodnie z przewidzianymi prawem zasadami wykonywania zawodu oraz deontologii zawodowej. Kodeks Etyki Lekarskiej, do którego przestrzegania jest zobowiązany każdy lekarz, wskazuje – jako nadrzędną zasadę wykonywania zawodu – dobro chorego. Określa przy tym, że z przestrzegania tej zasady nie zwalniają lekarza wymagania administracyjne, naciski społeczne czy też mechanizmy rynkowe.

Również kierownik podmiotu leczniczego, który decyduje się na zawarcie z lekarzem umowy, na podstawie której będzie wykonywana praca, powinien w taki sposób kształtować postanowienia tej umowy, aby z jednej strony zapewnić prawidłowe funkcjonowanie podmiotu leczniczego (np. ciągłość dostępu do świadczeń), z drugiej zaś - umożliwić lekarzowi takie wykonywanie pracy, aby było zapewnione bezpieczeństwo pacjentów, jak i osób świadczących pracę. Kierownik szpitala jest bowiem, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, odpowiedzialny za właściwe całościowe zarządzanie podległą mu placówką, w tym za takie kształtowanie stosunków prawnych łączących szpital z lekarzami, które pozwoli zabezpieczyć przede wszystkim dobro pacjenta

⁴ Dz. U. z 2026 r. poz. 156.

⁵ Dz. U. z 2026 r. poz. 37.

(przepracowany lekarz bez wątpienia nie daje rękojmi zapewnienia należytej opieki nad pacjentami).

Wynikające z ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej maksymalne dobowe i tygodniowe normy czasu pracy, wymagane okresy odpoczynku oraz zasady pełnienia dyżurów medycznych odnoszą się wyłącznie do pracowników w rozumieniu art. 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy⁶. Obecnie w Ministerstwie Zdrowia nie są prowadzone prace nad wprowadzeniem przepisów regulujących czas pracy lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych.

3) Rozdział 5. Ważniejsze wyniki kontroli, 5.2. Działalność dydaktyczna, Zatrudnienie nauczycieli akademickich, str. 51-52.

W odniesieniu do kwestii ustalonych przez NIK naruszeń przepisów dotyczących postępowania konkursowego, o którym mowa w art. 49 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, należy wskazać na sankcje za nieprzestrzeganie przepisów dotyczących procedury przeprowadzania konkursu. Poza przepisami o nadzorze podmiotu tworzącego, trzeba wyszczególnić przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą⁷, które określa m.in. przesłanki nieważności postępowania konkursowego. Zgodnie z § 8 ust. 1 ww. rozporządzenia, postępowanie konkursowe jest nieważne w przypadku:

- 1) niezachowania kolejności czynności, o których mowa w § 4 ust. 1;
- 2) niedokonania jednej lub więcej czynności określonych w § 4 ust. 1;
- 3) niespełnienia warunków określonych w § 9;
- 4) rozpatrzenia kandydatury osoby, która nie złożyła jednego lub więcej dokumentów, o których mowa w § 12;
- 5) ujawnienia, po zakończeniu postępowania konkursowego, że do składu komisji konkursowej powołane zostały osoby, o których mowa w § 5 ust. 1;
- 6) naruszenia tajności głosowania;
- 7) niepowiadomienia kandydata lub członka komisji konkursowej o terminie posiedzenia komisji.

Stwierdzenie nieważności postępowania konkursowego następuje na wniosek, który zgłasza się do właściwego podmiotu nie później niż w terminie 14 dni od dnia wybrania przez komisję konkursową kandydata na stanowisko objęte konkursem (§ 8 ust. 2 ww. rozporządzenia).

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Katarzyna Kęcka
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/

⁶ Dz. U. z 2025 r. poz. 277, z późn. zm.

⁷ Dz. U. z 2021 r. poz. 430.