



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Lublinie

LLU.410.5.1.2025

**Pan
Michał Szabelski
Dyrektor Uniwersyteckiego
Szpitala Klinicznego nr 4 w Lublinie**
ul. Dra Kazimierza Jaczewskiego 8
20-090 Lublin

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/25/041 Szpitale kliniczne

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie, ul. Dra Kazimierza Jaczewskiego 8, 20-090 Lublin, (dalej: USK nr 4 lub Szpital).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Michał Szabelski, Dyrektor USK nr 4 od 27 kwietnia 2024 r. (dalej: Dyrektor). W okresie objętym kontrolą funkcję Dyrektora Szpitala poprzednio pełnił Radosław Starownik od 27 kwietnia 2018 r. do 26 kwietnia 2024 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Działalność lecznicza. 2. Działalność dydaktyczna. 3. Działalność naukowa.
Okres objęty kontrolą	Lata 2022-2025 (do 30 lipca, tj. do dnia zakończenia czynności kontrolnych) z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeśli miały wpływ na kontrolowaną działalność.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Lublinie
Kontrolerzy	1. Katarzyna Jabłońska-Karczmarczyk, inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do przeprowadzenia kontroli nr LLU/42/2025 z 18 marca 2025 r. 2. Agnieszka Kulik, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do przeprowadzenia kontroli nr LLU/51/2025 z 3 kwietnia 2025 r. 3. Blanka Wasilewska, doradca prawny, upoważnienie do przeprowadzenia kontroli nr LLU/60/2025 z 8 maja 2025 r. 4. Monika Tomaszewska, doradca ekonomiczny, upoważnienie do przeprowadzenia kontroli nr LLU/77/2025 z 10 lipca 2025 r. (akta kontroli tom I str. 3-10, 13-15)

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Szpital w latach 2022-2025 (I kwartał) realizował zadania w zakresie działalności leczniczej, dydaktycznej i naukowej. Działalność dydaktyczna i naukowa prowadzona była rzetelnie i prawidłowo, natomiast działalność lecznicza w większości zbadanych obszarów prowadzona była zgodnie z obowiązującymi wymogami, a stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły m.in.:

- przeprowadzenia postępowania o udzielenie zamówienia z naruszeniem zasad uczciwej konkurencji oraz równego traktowania wykonawców określonych w art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych³ oraz niezgodnie z regulaminem zamówień publicznych;
- nieterminowego i nierzetelnego dokonywania zmian danych w zakresie sprzętu i aparatury medycznej oraz personelu faktycznie świadczącego pracę w oddziałach szpitalnych wykazanych w umowach zawartych z Lubelskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia⁴;
- zapłaty odsetek w łącznej kwocie 2811,8 tys. zł za nieterminową realizację zobowiązań wymagalnych;

¹ Dz. U. z 2022 r. poz. 623. Dalej: ustawa o NIK.

² Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

³ Dz. U. z 2024 r. poz. 1320, ze zm. Dalej: upzp.

⁴ Dalej: LOW NFZ lub NFZ.

- nierzetelnego prowadzenia ewidencji czasu pracy i dokumentacji z nią związanej;
- przyznania i wypłacenia premii niezgodnie z Zakładowym Układem Zbiorowym Pracy⁵;
- niezapewnienia nieprzerwanego odpoczynku dobowego oraz tygodniowego 10-ciu spośród 115 pracowników zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, poddanych weryfikacji.

Przychody i koszty Szpitala rosły, a ich dynamika kształtowała się na podobnym poziomie (wzrost o ok. 30% w 2023 r. i 18% w 2024 r.). W okresie objętym kontrolą Szpital wypracował dodatni wynik finansowy, tj. w 2022 r. na poziomie 95,7 tys. zł, w 2023 r. 10 068,2 tys. zł i w 2024 r. 333,4 tys. zł. Zyski z lat 2022 i 2024 zostały przeznaczone na pokrycie strat z lat ubiegłych, które na koniec 2024 r. wyniosły (-)129 903,3 tys. zł. Z zysku za 2023 r. Szpital, w ramach funduszu zakładu, utworzył fundusz samofinansowania z przeznaczeniem na inwestycje i rozwój. W badanym okresie, wystąpiła bardzo duża dynamika zmian wartości nagród i premii (wzrost o 246% w 2023 r. i o 190% w 2024 r.) oraz znaczne różnice między kwotą minimalną a maksymalną wypłaconych w danym roku nagród i premii dla jednego pracownika. W latach 2022-2024 realizowano program naprawczy (przyjęty w 2021 r.), którego wykonanie zostało pozytywnie ocenione przez Rektora Uniwersytetu Medycznego. Sporządzano i terminowo publikowano raporty o sytuacji ekonomiczno-finansowej Szpitala.

W latach objętych kontrolą Szpital wykonywał świadczenia zdrowotne ponad wartość określoną w umowie z LOW NFZ, jednocześnie dokonywał bieżącej analizy realizacji umów i składał w terminie odpowiednie wnioski m.in. o zwiększenie ryczałtu i renegowacje umów. Dokonywano analizy wykorzystania łóżek i podejmowano działania w celu optymalnego ich wykorzystania, polegające m.in. na wdrożeniu systemu monitorowania wykorzystania łóżek na poszczególnych oddziałach. Objęty badaniem sprzęt i aparatura medyczna spełniały wymogi zawarte w odpowiednich rozporządzeniach Ministra Zdrowia oraz posiadały niezbędną dokumentację w zakresie m.in. wykonanych instalacji, napraw i działań serwisowych. Jednocześnie stwierdzono przypadki niezgodności sprzętu i aparatury medycznej oraz personelu z załącznikami nr 2 „Harmonogram – zasoby” do umów zawartych z LOW NFZ.

Pomieszczenia i urządzenia w czterech oddziałach klinicznych podlegających badaniu spełniały wymogi określone w przepisach prawa. W Szpitalu zapewniono dostępność i kwalifikacje kadry medycznej, jednak liczba personelu zgłoszona do umowy zawartej z NFZ była wyższa od liczby faktycznie świadczących pracę. W większości przeanalizowanych przypadków przestrzegano zasad dotyczących odpoczynku dobowego i tygodniowego pracowników zatrudnionych na podstawie umowy o pracę. W przypadku osób, które udzielały świadczeń zdrowotnych na podstawie umów kontraktowych (zawartych zgodnie z art. 26 ust. 1 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁶), godziny pracy nie przekraczały 48 godzin. Forma zawarcia oraz treść umów kontraktowych była zgodna z wymogami określonymi w udl. Dokumenty księgowo będące podstawą rozliczenia sporządzano prawidłowo i we wskazanych terminach.

⁵ Zakładowy Układ Zbiorowy Pracy dla pracowników Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 4 zawarty 20 kwietnia 2000 r. Obwieszczenie nr 4/2019 Dyrektora Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 4 z 27 maja 2019 r. w sprawie ogłoszenia tekstu jednolitego Zakładowego Układu Zbiorowego Pracy dla pracowników SPSK nr 4 w Lublinie. Dalej: ZUZP.

⁶ Dz. U. z 2025 r. poz. 450, ze zm. Dalej: udl.

Przed zawarciem umowy najmu powierzchni sporządzano oceny techniczne i ekonomiczne oraz uzyskiwano pozytywne opinie Rady Społecznej Szpitala w wymaganym zakresie. W USK nr 4 wdrożono wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem oraz monitorowano wskaźniki jakości opieki zdrowotnej. Szpital spełniał określone standardy jakości i bezpieczeństwa świadczeń zdrowotnych, czego potwierdzeniem był certyfikat akredytacyjny uzyskany na okres trzech lat (od 2024 r. do 2027 r.).

Szpital aktywnie uczestniczył w kształceniu przed- i podyplomowym w zawodach medycznych. Prawidłowo zawierano i realizowano umowy pomiędzy Szpitalem a UM na udostępnianie jednostek organizacyjnych Szpitala, niezbędnych do prowadzenia kształcenia w zawodach medycznych. Szpital spełniał wymagania akredytacyjne niezbędne do prowadzenia szkoleń specjalizacyjnych lekarzy. Nauczyciele akademicki stosownie do wymogów art. 92 udl byli zatrudnieni w Szpitalu w systemie zadaniowym na podstawie umów o pracę lub w formie umów cywilnoprawnych.

W Szpitalu określono w sposób formalny procedury zawierania oraz realizacji umów dotyczących badań klinicznych, a następnie prowadzono je zgodnie z przyjętymi zasadami. Badania kliniczne były realizowane stosownie do zaleceń Dobrej Praktyki Klinicznej. Przed rozpoczęciem badania przeprowadzano kalkulację kosztów, a po ich zakończeniu dokonywano rozliczenia ze Sponsorami.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej⁷ kontrolowanej działalności

Zgodnie ze Statutem⁸, podstawowym celem Szpitala było wykonywanie działalności leczniczej w rodzajach stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne (szpitalne i inne) oraz ambulatoryjne świadczenia zdrowotne. Szpital wykonywał również działalność leczniczą polegającą na realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych i metod leczenia. Uczestniczył również w przygotowywaniu do wykonywania zawodu medycznego i kształcenia osób wykonujących zawód medyczny na zasadach określonych w odrębnych przepisach. Podmiotem tworzącym dla Szpitala był Uniwersytet Medyczny w Lublinie⁹.

Zgodnie z Regulaminem organizacyjnym¹⁰, Szpital tworzyły komórki organizacyjne działalności medycznej: oddziały, zakłady, pracownie, poradnie specjalistyczne i POZ, gabinety diagnostyczno-zabiegowe, izby przyjęć, blok operacyjny, ośrodek kwalifikujący do przeszczepiania nerek, ośrodek rehabilitacji kardiologicznej dziennej, ośrodki opieki pozaszpitalnej, dział nadzoru sanitarno-epidemiologicznego, dział krwiolecznictwa, apteka, centrum innowacyjnych terapii, dział dietetyki oraz medyczne laboratorium diagnostyczne. Na bazie ww. jednostek działało 21 klinik UM.

⁷ Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

⁸ Tekst jednolity Statutu został ogłoszony obwieszczeniem nr 8/2024 Dyrektora USK nr 4 z 19 grudnia 2024 r. na podstawie uchwały nr 34/2024 Senatu UM w Lublinie z 18 grudnia 2024 r. w sprawie zmian do Statutu USK nr 4. Dalej: Statut.

⁹ Dalej: UM lub Uniwersytet.

¹⁰ Ostatni tekst jednolity Regulaminu organizacyjnego został ogłoszony obwieszczeniem nr 4/2025 Dyrektora USK nr 4 z 16 czerwca 2025 r. Dalej: Regulamin organizacyjny.

1. Działalność lecznicza**1.1. Organizacja i zarządzanie**

Opis stanu faktycznego

1.1.1. W okresie objętym kontrolą liczbą oddziałów i pododdziałów ulegała zmianie. Według Regulaminu z 16 czerwca 2025 r. w Szpitalu, jako odrębne komórki organizacyjne funkcjonowało 36 oddziałów i pododdziałów. W latach 2022-2025 (I kwartał) wskaźnik wykorzystania łóżek poniżej 70% wystąpił na czterech n.w. oddziałach i wynosił odpowiednio na:

- Transplantologii w 2022 r. 41,4%, w 2023 r. 19,3%, w 2024 r. 29,9%, a w I kwartale 2025 r. 35,6%;
- Elektrokardiologii odpowiednio: 56,7%, 57%, 55,3% oraz 61,1%;
- Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Ginekologicznej odpowiednio: 68,5%, 68%, 63,5% i 66,5%;
- Rehabilitacji: w 2023 r. 66,4%, w 2024 r. 48,4% i w I kwartale 2025 r. 66,9%.

Z-ca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśnił, że w Oddziale Transplantologii niższe wykorzystanie łóżek szpitalnych wynikało m.in. z ograniczonej liczby dawców narządów, wysokich standardów kwalifikacji pacjentów, przeniesienia części opieki do trybu ambulatoryjnego, występowania okresów czasowego zawieszenia przyjęć planowych, wynikającego m.in. z reorganizacji oddziału, pandemii COVID-19, czy dostępności personelu. W 2025 r. zmniejszono liczbę łóżek z 18 na 10, w tym sześć intensywnej opieki medycznej, co w przyszłych okresach może skutkować poprawą wskaźnika. W Oddziale Elektrokardiologii niższe wykorzystanie łóżek wynikało głównie z funkcjonowania na tym oddziale łóżek nadzoru pooperacyjnego, na których pacjenci przebywają po zabiegu od dwóch do maksymalnie 24 godzin, po czym przenoszeni są na łóżka na pozostałych salach. Łóżka te, muszą być stale dostępne dla operowanych pacjentów, wykorzystanie ich w innym celu niż nadzór pozabiegowy stanowiłoby bezpośrednie narażenie operowanych pacjentów poprzez uniemożliwienie niezbędnego nadzoru po wykonanych zabiegach. Jeśli do wyliczenia wskaźnika wykorzystania łóżek przyjmie się liczbę 11 (tj. liczbę łóżek faktycznie dostępnych dla pacjentów), wówczas w każdym z ocenianych okresów wskaźnik ten przekracza średnią OECD (70%), wynosząc od 80,4% do 88,9%. Z kolei wykorzystanie łóżek w Oddziale Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Ginekologicznej było uzależnione od dostępności sal operacyjnych, na których odbywały się zabiegi pacjentek hospitalizowanych na ww. oddziale. Dodatkowo, dzięki wprowadzaniu zaawansowanych technik leczenia zabiegowego z użyciem laparoskopii (również w schorzeniach onkologicznych) lub operacji wspomaganych systemami robotycznymi, skróceniu ulega czas hospitalizacji pacjentek po przeprowadzonych zabiegach, w porównaniu z operacjami wykonywanymi drogą laparotomii. Pozwala to na skrócenie pobytu pacjentek w Szpitalu. Natomiast niższy poziom wykorzystania łóżek w Oddziale Rehabilitacji w latach 2023-2025 wynikał z przyczyn organizacyjno-technicznych. W latach 2023-2024 prowadzone były liczne prace remontowe, co spowodowało czasowo wyłączenie z użytkowania niemal połowy łóżek i bezpośrednio przełożyło się na obniżone wskaźniki ich wykorzystania. Były to działania niezbędne dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów oraz dostosowania infrastruktury do aktualnych wymogów. Z łóżek Oddziału Rehabilitacji, korzystał również Oddział Urazowo-Ortopedyczny, będąc formalnie częścią Oddziału Rehabilitacji, co przełożyło się na statystyczne zaniżenie wykorzystania łóżek przypisanych wyłącznie Rehabilitacji. Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej odnotował w tym czasie największe w Szpitalu nadwykonania, co potwierdza intensywne wykorzystanie zasobów Oddziału Rehabilitacji przez innych pacjentów.

Z-ca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśnił, że od stycznia 2025 r., wprowadzono w Szpitalu obowiązek przypisywania pacjentów do konkretnych łóżek szpitalnych, w celu optymalizacji bazy łóżkowej. Jest to zgodne z planem działalności Szpitala na 2025 r., w którym ujęto jako cel – zapewnienie optymalnej bazy łóżkowej poprzez jej elektroniczny monitoring w systemie informatycznym. Przewiduje się przeprowadzenie analizy z otrzymanych danych po 30 czerwca 2025 r.

Jednocześnie Z-ca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśnił, że w Szpitalu podejmowane były działania w celu optymalnego wykorzystania łóżek szpitalnych, które polegały m.in. na dostosowaniu harmonogramu zabiegów do dostępności personelu i infrastruktury, wdrożeniu systemu monitorowania wykorzystania łóżek w czasie rzeczywistym, elastycznym dostosowywaniu organizacji pracy oddziału do aktualnych potrzeb klinicznych, w tym współdzielenie zasobów między oddziałami, współpracy oddziałów z innymi oddziałami oraz Działem Dokumentacji Chorych i Statystyki Medycznej w zakresie planowania hospitalizacji i koordynacji przyjęć, a w przypadku Oddziału Transplantologii, zintensyfikowaniu współpracy z jednostkami kierującymi pacjentów do transplantacji - w tym organizacji spotkań i szkoleń z zespołami lekarskimi z regionu. W poprzednich okresach w Szpitalu przeprowadzono analizę pionu ginekologiczno-położniczego. W następstwie tego w 2022 r. została podjęta decyzja o zmniejszeniu liczby łóżek w Oddziale Położnictwa i Perinatologii o trzy oraz w Oddziale Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka o dwa. Konsekwencją tej decyzji było dostosowanie liczby personelu położnych, tj. zmniejszenie zatrudnienia o 12 etatów.

Jednocześnie w analizowanym okresie, w niektórych oddziałach wykorzystanie łóżek było wyższe niż 100%, (co może oznaczać, że w niektórych okresach pacjenci przebywali na korytarzach lub w przepełnionych salach). Największe wartości wskaźnika wykorzystania łóżek, w latach 2022-2025 (I kwartał) wystąpiły odpowiednio w oddziałach:

- Kardiologii i Rehabilitacji Kardiologicznej, Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Intensywnej Opieki Kardiologicznej¹¹ (138,3%, 147%, 171,6% i 154,9%);
- Gastroenterologii, Hepatologii i Chorób Wewnętrznych (129%, 139,7%, 142% i 140,8%);
- Pneumonologii, Alergologii, Onkologii Pulmonologicznej i Chorób Wewnętrznych¹² (127,2%, 137,8%, 159,6% i 155,7%);
- Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych (107,8%, 114,3%, 121,2% i 128,4%);
- Reumatologii, Układowych Chorób Tkanki Łącznej i Chorób Wewnętrznych (w 2023 r. 118%, w 2024 r. 127,7% i w 2025 (I kwartał) 128,2%);
- Chirurgii Ogólnej i Leczenia Żywnościowego¹³ (w 2023 r. 126%, w 2024 r 135,5% i w 2025 r. (I kwartał) 138,9%);
- Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych w latach 2022-2024 wynosił odpowiednio: 111%, 118,5% i 114,3%.

Dyrektor wyjaśnił, że przyczynami większego poziomu wykorzystania łóżek były m.in. krótkie pobyty pacjentów związane z większą ofertą minimalnie inwazyjnego, endoskopowego leczenia chirurgicznego, stosunkowo duża liczba hospitalizacji jednodniowych pacjentów przyjmowanych np. w celu założenia portów naczyniowych do chemioterapii, przyjęcia w trybie nagłym

¹¹ Dalej: Oddział Kardiologii.

¹² Dalej: Oddział Pneumonologii i Chorób Wewnętrznych.

¹³ Dalej: Oddział Chirurgii Ogólnej.

pacjentów w stanie zagrożenia zdrowia i życia (obecność Klinicznego Oddziału Ratunkowego¹⁴ w szpitalu i brak wpływu na liczne przyjęcia pacjentów z KOR, brak koordynacji przyjęć na poziomie województwa), duża liczba pacjentów z wielochorobowością. Dyrektor wyjaśnił, że w związku z większym niż planowane przyjęciem pacjentów w trybie nagłym z KOR wystąpiły przypadki przebywania pacjentów na korytarzu. Aby zapewnić pacjentom przebywającym na korytarzu poczucie intymności i godności, w Szpitalu stosowano parawany osłaniające. Jednocześnie badania pacjentów przeprowadzane były w gabinecie zabiegowym, a rozmowy o stanie jego zdrowia w gabinecie lekarskim. W każdym przypadku pacjentom przebywającym czasowo na korytarzu zapewniano poszanowanie intymności i godności. Jeśli hospitalizacja w oddziale była planowa, informowano pacjenta o konieczności przebywania na korytarzu do momentu zwolnienia łóżka na sali chorych i jeśli pacjent nie wyrażał zgody na przebywanie w takich warunkach, przesuвано mu termin hospitalizacji.

(akta kontroli tom I str. 18-23, 27-46, 210-224, 517-534, 540-594: pliki nr 878-881, tom II str. 517-534)

W latach objętych kontrolą, liczba hospitalizacji w Szpitalu wyniosła łącznie 290,6 tys., w tym: 80,5 tys. w 2022 r., 88,4 tys. w 2023 r., 97 tys. w 2024 r. i 24,7 tys. w I kwartale 2025 r. Hospitalizowanych było łącznie 206,7 tys. pacjentów, w tym w kolejnych latach odpowiednio: 57,5 tys., 62,5 tys., 66,7 tys. i 20 tys. Średni okres pobytu pacjenta w Szpitalu (w dniach) wyniósł: 6,4 w 2022 r., 6 w 2023 r. i 5,53 w 2024 r.¹⁵

Największą liczbę pacjentów¹⁶ w każdym zbadanym roku odnotowano w Oddziale Pneumonologii i Chorób Wewnętrznych, tj. w 2022 r. było to 3566 pacjentów i 9517 hospitalizacji jednostkowych, w 2023 r. 4176 pacjentów i 10 489 hospitalizacji jednostkowych, w 2024 r. 4991 pacjentów i 12 590 hospitalizacji jednostkowych oraz w I kwartale 2025 r. 1012 pacjentów i 3373 hospitalizacji jednostkowych. Najmniejszą liczbę pacjentów w 2022 r. odnotowano w Klinicznym Oddziale Transplantologii (59 pacjentów i 73 hospitalizacje jednostkowe), w 2023 r. w Klinicznym Oddziale Chirurgii Ogólnej, Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Mikrochirurgii¹⁷ (20 pacjentów i 21 hospitalizacji jednostkowych), w 2024 r. w Klinicznym Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii (35 pacjentów i 35 hospitalizacji jednostkowych), a w I kwartale 2025 r. w Klinicznym Oddziale Transplantologii (23 pacjentów i 23 hospitalizacje jednostkowe).

Najdłużej pacjenci przebywali: w 2022 r. w Klinicznym Oddziale Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych oraz w Oddziale Pneumonologii i Chorób Wewnętrznych (średnio po 77 dni), w 2023 r. w Klinicznym Oddziale Kardiologii Inwazyjnej (średnio 84 dni), w 2024 r. w Klinicznym Oddziale Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej¹⁸ (średnio 77 dni) oraz w 2025 r. (I kwartał) w Oddziale Kardiologii (średnio 38 dni). Najkrótszy pobyt w każdym roku trwał 1 dzień m.in. - w Oddziale Kardiologii.

(akta kontroli tom I str. 540-594, plik nr 63, tom VI str. 2-16)

Kliniki i oddziały szpitalne zlokalizowane były w zespole budynków wielokondygnacyjnych (niski parter, parter, I, II, III, IV i V piętro), w połączonych

¹⁴ Dalej: KOR.

¹⁵ Według danych za lata 2022-2024 uwzględnionych w Raporcie o sytuacji ekonomiczno-finansowej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej za 2024 r. USK nr 4.

¹⁶ Z wyłączeniem KOR.

¹⁷ Dalej: Oddział Chirurgii Plastycznej.

¹⁸ Dalej: Oddział Neurochirurgii.

ze sobą strefach (od A do L). W trakcie oględzin przeprowadzonych w wybranych oddziałach Szpitala, tj. w Oddziale Chirurgii Ogólnej, Oddziale Kardiologii, Oddziale Neurochirurgii oraz Oddziale Pneumonologii i Chorób Wewnętrznych stwierdzono, że:

- zachowane zostały wymagania ogólnoprzestrzenne i ogólnobudowlane określone w § 14 ust. 4, § 15 i § 30 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą¹⁹, tj. pokoje chorych w oddziałach nie były przechodnie i nie znajdowały się poniżej poziomu terenu urządzonego przy budynku²⁰. Podłogi w oddziałach wykonane były z materiałów typu linoleum/PCV, a ich połączenie ze ścianami wykonano w sposób umożliwiający mycie i dezynfekcję;
- w zakresie wymagań dotyczących pomieszczeń i urządzeń, w każdym z oddziałów wydzielono pomieszczenie lub miejsce do składowania bielizny czystej i brudnej oraz na odpady. Sale wyposażono m.in. w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia. Szerokość drzwi do pokoi łóżkowych oraz szerokość pomieszczeń umożliwiały wyprowadzenie łóżek, a odstępy pomiędzy łóżkami w salach - swobodny dostęp personelu do pacjentów. W każdym z ww. oddziałów stwierdzono ustawienie łóżek w sposób umożliwiający dostęp do nich tylko z dwóch stron²¹, tj. w Oddziale Chirurgii Ogólnej – na 41 łóżek znajdujących się w salach, cztery miały dostęp z dwóch stron, w Oddziale Pneumonologii i Chorób Wewnętrznych odpowiednio 50/4, w Oddziale Kardiologii odpowiednio 23/9, a w Oddziale Neurochirurgii odpowiednio 45/11. Pozostałe łóżka miały dostęp z trzech stron;
- w oddziałach znajdowały się punkty pielęgniarskie, pokoje przygotowawcze pielęgniarskie, gabinety diagnostyczno-zabiegowe, pomieszczenia higieniczno-sanitarne wyposażone w natrysk, w tym także dla osób niepełnosprawnych, brudowniki wyposażone w umywalkę oraz płuczkę-dezynfektor;
- Oddział Kardiologiczny (Pododdział Intensywnej Opieki Kardiologicznej) posiadał liczbę łóżek, wskazaną w załączniku nr 3, części I pkt 24 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego²², z których każde było łóżkiem do intensywnej terapii ze sztywnym podłożem, mobilnym, umożliwiającym zmianę położenia pacjenta, z osobnym dostępem do przyłączy z tlenem, próżnią i sprężonym powietrzem. Łóżka te stanowiły łącznie z wyposażeniem stanowisko intensywnej nadzoru kardiologicznego.

(akta kontroli tom V str. 130-153)

Odnosząc się do ustawienia łóżek w salach, Dyrektor poinformował, że standardowe ustawienie łóżek w oddziale zapewnia do nich dostęp z trzech stron. Pacjenci hospitalizowani to często chorzy z ubytkami neurologicznymi, zespołem bólowym oraz osoby starsze z licznymi ograniczeniami. W sytuacjach, gdy pacjent zmaga się z problemami zdrowotnymi i określonymi dolegliwościami, to wymaga takiego ustawienia łóżka, by zapewnić mu komfort

¹⁹ Dz. U. z 2022 r. poz. 402. Dalej: rozporządzenie ws. pomieszczeń i urządzeń.

²⁰ Oddział Chirurgii Ogólnej strefa C, V piętro; Oddział Kardiologii, strefa B, poziom 0 (wysoki parter) i strefa A, I piętro; Oddział Neurochirurgii strefa E, I piętro; Oddział Pneumonologii i Chorób Wewnętrznych strefa J, I, II i III piętro.

²¹ Zgodnie z § 18 ust. 1 rozporządzenia ws. pomieszczeń i urządzeń – łóżka w pokojach łóżkowych są dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych.

²² Dz. U. z 2023 r. poz. 870, ze zm. Dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych.

korzystania np. z szafki przyłóżkowej. W opiece nad pacjentem Szpital stara się zapewnić choremu wygodę i dostosować otoczenie do jego potrzeb, z jednoczesnym zachowaniem bezpieczeństwa i najwyższej jakości świadczonych usług. W związku z tym, ustawienie w dniu kontroli pojedynczych łóżek na salach chorych w sposób zapewniający dostęp tylko z dwóch stron, spowodowane było potrzebami pacjentów przebywających w tym czasie w oddziale. USK nr 4 dokłada wszelkich starań, aby wszystkie łóżka ustawione były zgodnie z zasadą dostępu do nich z trzech stron.

(akta kontroli tom VI str. 330-341)

1.1.2. Wykorzystywany sprzęt i aparatura medyczna²³ były zgodne z przepisami rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalnego oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 listopada 2015 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji²⁴. W trzech na sześć skontrolowanych oddziałach, sprzęt i aparatura medyczna znajdująca się na oddziale podczas oględzin, nie były w pełni zgodne z załącznikiem nr 2 „Harmonogram – zasoby” do umów zawartych z LOW NFZ. Polegało to m.in. na wykazaniu w załączniku sprzętu, który został wcześniej zlikwidowany lub nie było go na stanie inwentarzowym Szpitala albo znajdował się na innym oddziale (szerzej opisano to w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli tom I str. 303-370)

Sprzęt i aparatura wykorzystywana do udzielania świadczeń zdrowotnych posiadała niezbędną dokumentację w zakresie wykonanych instalacji, napraw, konserwacji, działań serwisowych, określającą terminy kolejnych przeglądów wraz z wykazem czynności jakie powinny zostać wykonane, wykazem autoryzowanych przedstawicieli serwisowych oraz paszporty techniczne, zawierające wpisy w zakresie wykonanych kontroli i przeglądów serwisowych. Zgodnie z wpisami w paszportach technicznych, wszystkie sprzęty były sprawne, jednak przeglądy nie zawsze dokonywane były terminowo. W trzech przypadkach spośród dziesięciu zbadanych sprzętów²⁵, występowały okresy, w których wykorzystywana aparatura medyczna nie posiadała stosownych certyfikatów bezpieczeństwa i jakości. Pracownicy Działu Aparatury Medycznej z odpowiednim wyprzedzeniem informowali serwis o konieczności wykonania przeglądów aparatury, jednak ostatecznie odbyły się one z opóźnieniem wynoszącym od 5 do 63 dni²⁶. Podczas kolejnych przeglądów technicznych stwierdzano, że sprzęt był w pełnej sprawności diagnostycznej.

(akta kontroli tom I str. 87-241)

²³ Szczegółową analizą objęto sprzęt z następujących oddziałów: Chirurgii Ogólnej; Kardiologii; Neurochirurgii; Pneumonologii i Chorób Wewnętrznych oraz dwa oddziały udzielające świadczeń wysokospecjalistycznych: Oddział Kardiochirurgii i Oddział Kardiologii Inwazyjnej.

²⁴ Dz. U. z 2025 r. poz. 451.

²⁵ Badaniem objęto dziesięć sztuk aparatury medycznej o najwyższej wartości początkowej, wykorzystywanej do udzielania świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego na czterech oddziałach: Oddziale Chirurgii Ogólnej; Oddziale Kardiologii; Oddziale Neurochirurgii i Oddziale Pneumonologii i Chorób Wewnętrznych.

²⁶ Okresy nieposiadania stosownego certyfikatu bezpieczeństwa i jakości dotyczyły następujących sprzętów: angiokardiograf nr inwentarzowy 802-400-002-0146 (brak certyfikatu bezpieczeństwa i jakości w okresie od 1 lutego do 4 kwietnia 2022 r. oraz od 1 do 6 czerwca 2024 r., jednocześnie w tych okresach przeprowadzono odpowiednio 271 i 38 zabiegów); tomograf komputerowy nr inwentarzowy 802-400-002-0134 (brak certyfikatu bezpieczeństwa i jakości w okresie od 1 kwietnia do 5 maja 2022 r., od 1 do 6 września 2022 r., od 1 do 25 kwietnia 2023 r. oraz od 1 do 10 października 2023 r., w tych okresach przeprowadzono odpowiednio: 133, 131, 570 i 132 badania); tomograf komputerowy nr inwentarzowy 802-400-002-0137 (brak certyfikatu bezpieczeństwa i jakości w okresie od 1 lutego do 8 marca 2022 r. oraz od 1 do 24 kwietnia 2023 r., w tych okresach przeprowadzono odpowiednio: 871 i 593 badania).

1.1.3. W Szpitalu pracę świadczyło ogółem²⁷: 3290 osób w 2022 r., 3411 osób w 2023 r., 3545 osób w 2024 r. i 3540 osób w 2025 r. (I kwartał), w tym:

- lekarzy ogółem było to odpowiednio: 761, 784, 806 i 790, z czego zatrudnionych na podstawie umowy o pracę: 374, 369, 353 i 352, świadczących pracę na innej podstawie prawnej: 163, 194, 203 i 172 oraz lekarzy odbywających specjalizację (łącznie z rezydentami): 224, 221, 250 i 266;
- pielęgniarek ogółem było to odpowiednio: 1210, 1251, 1275, 1275, w tym zatrudnionych na podstawie umowy o pracę: 1192, 1231, 1275 i 1275;
- pozostały personel medyczny odpowiednio: 293, 321, 387, 429;
- personel niemedyczny odpowiednio: 620, 631, 639, 604;
- obsługa i administracja odpowiednio: 406, 424, 438, 442.

W latach objętych kontrolą, największa obsada lekarzy (ogółem) i pielęgniarek (ogółem) w oddziałach szpitalnych/klinikach występowała w Klinicznym Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, tj. od 73 do 80 lekarzy oraz od 138 do 146 pielęgniarek.

(akta kontroli tom V str. 154, tom VI str.1)

Zastępca Dyrektora ds. Finansów i Operacji Szpitala wyjaśniła, że w latach 2022–2025 systematycznie podejmowano działania mające na celu analizę poziomu zatrudnienia personelu medycznego i pozamedycznego. Przeprowadzane analizy dotyczyły m.in.: dostosowania liczby etatów do aktualnych potrzeb klinicznych i obłożenia łóżek, zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych, przestrzegania norm wynikających z przepisów prawa (np. norm zatrudnienia pielęgniarek), potrzeb związanych ze współpracą w zakresie realizacji zadań dydaktycznych dla studentów i praktykantów Uniwersytetu. W wyniku prowadzonych analiz rozwiązano umowę o pracę z 25 lekarzami o niskiej efektywności pracy. Ocena poziomu zatrudnienia w grupie pielęgniarek i położnych odbywała się kilka razy w roku na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami²⁸ oraz rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych. Ocena optymalnego poziomu zatrudnienia uwzględniała liczbę hospitalizowanych pacjentów, zapotrzebowanie na opiekę, profil oddziałów i zakładów oraz organizację pracy w jednostkach. Na podstawie uzyskanych wyników, realizowano potrzeby w zakresie zatrudnienia, a ewentualne braki uzupełniano w formie umów na zastępstwo. Nie występowały przypadki braku personelu w tych grupach zawodowych. Szpital działał także na podstawie corocznego planu zatrudnienia w podziale na jednostki organizacyjne i grupy zawodowe, który zabezpieczał całodobowe udzielanie świadczeń oraz spełnianie wymogów NFZ w poszczególnych zakresach. Ewentualne zatrudnienia lub redukcje etatów w zakresie personelu medycznego omawiane były z osobami odpowiedzialnymi za daną grupę. Decyzje kadrowe podejmowane były po uprzednim uzyskaniu opinii zespołu ds. opiniowania zatrudnienia.

(akta kontroli tom VI str. 265-276)

Na podstawie weryfikacji próby dokumentacji 10 pracowników²⁹, w tym pięciu lekarzy i pięciu pielęgniarek ustalono, że osoby te posiadały kwalifikacje

²⁷ Według stanu na 31 grudnia lat 2022-2024 oraz na koniec I kwartału 2025 r.

²⁸ Dz. U. z 2021 r. poz. 1545.

²⁹ Personel oddziałów: Chirurgii Ogólnej; Pneumonologii i Chorób Wewnętrznych; Kardiologii z Pododdziałem Intensywnej Opieki Kardiologicznej (dalej: PIOK) i Neurochirurgii.

zgodne z wymaganiami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2023 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami³⁰.

(akta kontroli tom V str. 155-156)

Na podstawie badania w zakresie zgodności liczby personelu świadczącego pracę w latach 2023-2025³¹, tj. lekarzy i pielęgniarek z oddziałów: Chirurgii Ogólnej, Kardiologii³², Neurochirurgii oraz Pneumonologii i Chorób Wewnętrznych, względem liczby personelu z tych oddziałów zgłoszonych w ramach umowy zawartej z NFZ poprzez System Zarządzania Obiegiem Informacji³³, ustalono, że:

- liczba zgłoszonych lekarzy i pielęgniarek była na ogół wyższa od liczby faktycznie świadczących pracę we wskazanych oddziałach (ustalonej na podstawie kart czasu pracy oraz ewidencji czasu pracy), tj. w 2023 r. zgłoszono o czterech lekarzy³⁴ i cztery pielęgniarki³⁵ więcej, w 2024 r. o dwóch lekarzy³⁶ więcej i jedną pielęgniarkę mniej³⁷ oraz w 2025 r. o jednego lekarza³⁸ i jedną pielęgniarkę³⁹ więcej. Zagadnienie to szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Zgodnie z § 6 ust. 1 i 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁴⁰, świadczenia są udzielane osobiście przez osoby wykonujące zawody medyczne w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 udl, zgodnie z harmonogramem. Zmiany w harmonogramie dotyczące ww. osób, wymagają zgłoszenia Prezesowi Funduszu albo dyrektorowi oddziału wojewódzkiego NFZ, z którym świadczeniodawca zawarł umowę, najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo w przypadkach losowych, niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia;

- w marcu 2023 r. w zasobach Oddziału Chirurgii Ogólnej zgłoszono dodatkowo pięciu lekarzy, którzy stanowili personel nowoutworzonego (w 2023 r.) Oddziału Chirurgii Plastycznej, a do czasu jego otwarcia świadczyli pracę w Klinicznym Oddziale Chirurgii Klatki Piersiowej.

Dyrektor wyjaśnił, że osoby te zostały wykazane w zasobach Oddziału Chirurgii Ogólnej w celu umożliwienia im realizowania procedur ogólnochirurgicznych, które nie mogłyby zostać rozliczone w ramach zakresu Oddziału Chirurgii Klatki Piersiowej;

- liczba personelu faktycznie świadczącego pracę odpowiadała liczbie lekarzy i pielęgniarek określonej wymaganiami rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych⁴¹;

³⁰ Dz. U. z 2023 r. poz. 1515. Dalej: rozporządzenie w sprawie kwalifikacji.

³¹ Według stanu na koniec I kwartału każdego roku.

³² W badaniu uwzględniono lekarzy i pielęgniarki/pielęgniarzy z PIOK z Ośrodkiem Umiarowień.

³³ Portal elektroniczny, pozwalający na dwukierunkową wymianę danych pomiędzy NFZ i podmiotami leczniczymi. Dalej: SZOI.

³⁴ Trzech z Oddziału Kardiologii i jeden z Oddziału Pneumonologii i Chorób Wewnętrznych.

³⁵ Dwie z Oddziału Kardiologii i po jednej z Oddziałów: Neurochirurgii oraz Pneumonologii i Chorób Wewnętrznych.

³⁶ Z Oddziału Neurochirurgii.

³⁷ Z Oddziału Kardiologii. Nie zgłoszono do SZOI dwóch pielęgniarek, które pracowały w marcu 2024 r., zgłoszono natomiast pielęgniarkę, która nie świadczyła pracy w tym Oddziale.

³⁸ Z Oddziału Chirurgii Ogólnej.

³⁹ Z Oddziału Kardiologii.

⁴⁰ Dz. U. z 2025 r. poz. 400, ze zm. Dalej: rozporządzenie ws. OWU.

⁴¹ Analizę przeprowadzono wg stanu na koniec I kwartału lat 2023, 2024, 2025.

– kwalifikacje personelu analizowanych oddziałów⁴² były zgodne z udl i rozporządzeniem w sprawie kwalifikacji.

(akta kontroli tom IV str. 1-789, tom V str. 1-129, 157-180, tom VI str. 288-300, 307-329, 346-363)

1.1.4. W latach objętych kontrolą w USK nr 4 obowiązywał ZUZP oraz Regulamin pracy⁴³, zgodnie z którym, co do zasady, czas pracy pracowników zatrudnionych w Szpitalu⁴⁴ wynosił 7 godzin i 35 minut na dobę i 37 godzin i 55 minut na tydzień, w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym jednomiesięcznym okresie rozliczeniowym. Zgodnie z art. 94 ust. 1 udl, czas pracy pracowników medycznych mógł być przedłużony do 12 godzin na dobę, jeżeli było to uzasadnione rodzajem pracy lub jej organizacją. Zgodnie z zarządzeniami wewnętrznymi Dyrektora⁴⁵ lekarze dyżurujący oraz lekarze dyżurujący odbywający szkolenie specjalizacyjne⁴⁶, pełnili dyżury w godzinach od 15:35 lub 20:00 do godziny 8:00 dnia następnego w dni powszednie oraz od godziny 8:00 do godziny 8:00 dnia następnego w soboty, niedziele i święta. Czas pracy pracowników technicznych, obsługi i gospodarczych nie mógł przekraczać przeciętnie 8 godzin na dobę i 40 godzin na tydzień, w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy, w przyjętym okresie rozliczeniowym.

(akta kontroli tom V str. 200-296)

W latach 2022-2025 (I kwartał) ewidencja czasu pracy pracowników Szpitala prowadzona była przy pomocy systemu kadrowo-płacowego, pozwalającego na generowanie raportów dotyczących przepracowanego czasu pracy przez pracowników. W systemie tym nie było natomiast możliwości planowania czasu ich pracy.

(akta kontroli tom VI str. 277-282)

Czas pracy lekarzy planowany był w grafikach⁴⁷, w których rozpisywana była normatywna liczba godzin do przepracowania w danym miesiącu, godziny rozpoczęcia i zakończenia pracy oraz dyżury medyczne. Po zakończonym miesiącu Dział Kadr i Płac⁴⁸ uzupełniał powyższe dane w systemie kadrowo-płacowym o absencje, jakie wystąpiły u poszczególnych pracowników w danym okresie rozliczeniowym. W wyniku powyższych czynności powstawała ewidencja czasu pracy mająca formę tzw. karty czasu pracy dla poszczególnych pracowników.

⁴² Analizą objęto pracowników czterech Oddziałów: Chirurgii Ogólnej; Pneumonologii i Chorób Wewnętrznych; Kardiologii i Neurochirurgii, wg stanu na 31 marca lat 2023-2025.

⁴³ Regulamin pracy SPSK nr 4, ogłoszony obwieszczeniem nr 6/2020 Dyrektora SPSK nr 4 w Lublinie z 10 grudnia 2020 r. w sprawie ogłoszenia tekstu jednolitego Regulaminu pracy SPSK nr 4 w Lublinie. Dalej: regulamin pracy.

⁴⁴ Z wyjątkiem m.in. pracowników (zakładów i pracowni) radiologii, radioterapii, medycyny nuklearnej – stosujących w celach diagnostycznych lub leczniczych źródła promieniowania jonizującego oraz fizykoterapii, patomorfologii, histopatologii, cytopatologii, cytodiagnostyki, medycyny sądowej lub prosektorium oraz pracowników niewidomych zatrudnionych na stanowiskach wymagających kontaktu z pacjentami.

⁴⁵ Zarządzenia wewnętrzne Dyrektora Szpitala w sprawie rozkładu czasu pracy: nr DN.021-102/2021 z 13 grudnia 2021 r. (w 2022 r.); nr DN.021-122/2022 z 13 grudnia 2022 r. (w 2023 r.); nr DN.021-174/2023 z 13 grudnia 2023 r. (w 2024 r.) i nr DN.021-203/2024 z 19 grudnia 2024 r. (w 2025 r.).

⁴⁶ Lekarze dyżurujący odbywający szkolenie specjalizacyjne, którzy uzyskali pisemną zgodę kierownika specjalizacji w porozumieniu z Dyrektorem lub kierownikiem komórki organizacyjnej prowadzącej szkolenie specjalizacyjne na pełnienie dyżurów medycznych w pionie dyżurowym.

⁴⁷ Na podstawie analizy grafików Oddziałów: Chirurgii Ogólnej, Kardiologii, Neurochirurgii oraz Pneumonologii i Chorób Wewnętrznych, sporządzonych za marzec 2023-2025. W grafikach lekarzy Oddziału Neurochirurgii uwzględniono także lekarzy zatrudnionych na podstawie umów kontraktowych.

⁴⁸ Dalej: Dział KiP.

(akta kontroli tom IV str. 5-39, 54-86, 124-155, 267-330, 344-407, 432-484, 525-592, 603-676, 705-772, tom V str. 3-21, 46-64, 82-100, tom VI str. 283-287)

W dwóch przypadkach w zakresie ewidencji czasu pracy wystąpiły niezgodności polegające na tym, że w grafiku czasu pracy lekarza (Oddział Kardiologii) wykazano trzy dni jako wolne od pracy, natomiast w karcie czasu pracy dni te zaewidencjonowane zostały jako pracujące. W drugim przypadku w grafiku pracy lekarzy (Oddział Neurochirurgii) zaplanowano pracę pracownika, z którym trzy miesiące wcześniej rozwiązano umowę o pracę. Zagadnienia te szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli tom IV str. 535-536, 583, tom V str. 61)

Ewidencja czasu pracy pielęgniarek/pielęgniarzy prowadzona była w wersji papierowej i zawierała informacje o godzinach pracy pracowników, z uwzględnieniem danych dotyczących występujących absencji (m.in. zwolnień chorobowych, świadczeń rehabilitacyjnych, urlopów: wypoczynkowych, macierzyńskich, rodzicielskich oraz szkoleń). Dane z prowadzonej ewidencji czasu pracy po wprowadzeniu do systemu kadrowo-płacowego tworzyły karty czasu pracy.

(akta kontroli tom IV str. 219-222, 233-236, 251-254, 500-514, 773-783, tom V str. 116-129)

Ewidencję i rozliczanie czasu pracy personelu zatrudnionego na podstawie umów innych, niż umowa o pracę, prowadzono w formie comiesięcznych wykazów stanowiących załączniki do faktur i rachunków, które potwierdzał lekarz kierujący oddziałem lub osoba wskazana w umowie. W zestawieniach dotyczących przepracowanych godzin z tytułu umów kontraktowych wykazywane były godziny rozpoczęcia i zakończenia pracy, natomiast w dokumentach rozliczeniowych dotyczących umów zlecenia podawano jedynie liczbę godzin pracy świadczonej w danym dniu. Dane te nie były rejestrowane w systemie kadrowo-płacowym.

Dyrektor wyjaśnił, że Szpital nie prowadzi ewidencji godzinowej w zakresie umów zlecenia, poza zestawieniem godzin dołączanych do rachunków wystawianych przez zleceniobiorców. Umowa zlecenie w swoim charakterze nie wymaga prowadzenia takiej ewidencji, szczególnie biorąc pod uwagę sposób finansowania udzielanych świadczeń, zgodnie z którym zleceniobiorca otrzymuje wynagrodzenie nie za określoną liczbę godzin wykonywania umowy, a za konkretne działanie, np. pobranie lub przeszczep. Tym samym z punktu widzenia Szpitala nie jest istotne, czy umowa jest wykonywana w mniejszej czy większej liczbie godzin, o ile zlecone zadanie zostanie wykonane prawidłowo. Przepisy nie wymagają monitorowania godzin rozpoczęcia i zakończenia czasu wykonania usługi, a obecność i faktyczny czas jej wykonania nadzoruje i potwierdza w załączniku do wystawionej faktury lekarz kierujący lub osoba wskazana w umowie.

(akta kontroli tom IV str. 40-47, 100-117, 160, 165, 180, 202-218, 232, 245, 250, 260, 331-336, 413-424, 485-498, 503-516, 593-594, 678-681, 696, 758-759, tom V str. 22-43, 65-78, 101-115, tom VI str. 277-280, 307-327, 346-357)

Prowadzone w oddziałach⁴⁹ listy obecności lekarzy nie zawierały godzin rozpoczęcia i zakończenia pracy.

Dyrektor wyjaśnił, że przepisy nie wymagają monitorowania ww. godzin i odnotowywania ich na liście obecności. Dział KiP ewidencjonuje czas pracy lekarzy/rezydentów na podstawie przekazywanych z oddziałów planów pracy

⁴⁹ Na podstawie list obecności w Oddziałach: Chirurgii Ogólnej, Kardiologii, Neurochirurgii oraz Pneumonologii i Chorób Wewnętrznych.

sporządzonych w arkuszu Excel, po zakończonym miesiącu, które określają faktyczne godziny rozpoczęcia i zakończenia pracy pracowników.

(akta kontroli tom IV str. 3-4, 50-53, 121-123, 263-266, 340-343, 427-431, 520-524, 598-602, 699-703, 784-789, tom VI str. 288-300)

Kierownik Działu KiP wyjaśniła, że harmonogramy (grafiki) pracy były ustalane i przekazywane do Działu KiP przez bezpośrednich przełożonych pracowników medycznych lub osoby przez nich wskazane. Po zakończonym miesiącu ewidencje dla pracowników zatrudnionych w równoważnym i zmianowym systemie czasu pracy były wprowadzane do systemu kadrowo-placowego przez pracowników ww. działu, pielęgniarki/położne oddziałowe, kierowników działów. Na tej podstawie obliczano wynagrodzenia pracowników. Harmonogramów nie prowadzono dla osób zatrudnionych w zadaniowym systemie czasu pracy, dla których nie określa się godzin rozpoczęcia i zakończenia pracy, jedynie wymiar etatu w jakim miały być realizowane przypisane zadania. Dotyczyło to nauczycieli akademickich Uniwersytetu. Równoległe do drugiego dnia miesiąca, za miesiąc poprzedni przekazywano do Działu KiP harmonogramy miesięczne w formie papierowej, poświadczane przez bezpośrednich przełożonych pracowników. Uzupełniająco w formie papierowej przekazywano także listy obecności, wykaz dyżurów medycznych oraz gotowości pod telefonem realizowanych w poprzednim miesiącu.

(akta kontroli tom I str. 24-26)

Analiza dokumentacji dotyczącej czasu pracy 115 osób z personelu wykonującego zawód medyczny, zatrudnionego⁵⁰ w Szpitalu na podstawie umowy o pracę w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Oddziale Kardiologii wykazała m.in., że:

- czas pracy lekarzy i pielęgniarek nie przekraczał normy określonej w art. 93 ust. 1 udl;
- sześciu pracowników, w tym pięciu lekarzy i jedna pielęgniarka zatrudnieni na podstawie umowy o pracę w Oddziale Chirurgii Ogólnej, udzielali także świadczeń na podstawie umowy zlecenia;
- w jednym przypadku niektóre czynności zawarte w zakresie obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności pracownika (w ramach umowy o pracę) zostały określone w sposób ogólny, a w obowiązkach wynikających z umowy zlecenia – tożsame czynności zostały doprecyzowane i szczegółowo rozpisane. Zagadnienie to szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;
- w przypadku trzech lekarzy nie zachowano prawa pracownika do 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku dobowego, o którym mowa w art. 97 ust. 1 i 2 udl, a także sześciu lekarzom i pielęgniarence nie zapewniono 35 godzin nieprzerwanego odpoczynku tygodniowego, obejmującego co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku dobowego, wynikającego z art. 97 ust. 3 udl, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli tom IV str. 54-75, 87-104, 219-232, 525-577, 778-780, tom V str. 181-195)

W wyniku badania próby⁵¹ dokumentacji 32 lekarzy zatrudnionych na podstawie umów innych niż umowa o pracę ustalono, że 12 z nich świadczyło

⁵⁰ W badaniu uwzględniono czas pracy wybranych 13 lekarzy z Oddziału Kardiologii i 35 pielęgniarek z Oddziału Chirurgii Ogólnej według stanu zatrudnienia na 31 marca 2023 r. oraz 11 lekarzy z Oddziału Chirurgii Ogólnej i 56 pielęgniarek z Oddziału Kardiologii według stanu zatrudnienia na 31 marca 2024 r.

⁵¹ 5% losowo wybranych umów zawartych w latach 2023-2025.

nieprzerwanie pracę dłużej niż 24 godziny. Zapisy w umowach kontraktowych tych osób, w 10 przypadkach nie dopuszczały możliwości ciągłego udzielania świadczeń zdrowotnych w wymiarze powyżej 48 godzin, z wyjątkiem sytuacji kwalifikowanych jako wynikające z nadzwyczajnych potrzeb Szpitala i wyłącznie za zgodą przyjmującego zamówienie. Analiza ewidencji godzin udzielanych świadczeń (przez ww. 10 lekarzy) wykazała, że najdłużej świadczone nieprzerwaną pracę przez 48 godzin. W pozostałych dwóch przypadkach w umowach zapisano, że nie dopuszcza się możliwości ciągłego udzielania świadczeń zdrowotnych w wymiarze powyżej 24 godzin, z wyjątkiem sytuacji kwalifikowanych jak wyżej. Przekroczenie czasu pracy w tych przypadkach wyniosło odpowiednio: od 30 minut do 3 godzin i 30 minut.

(akta kontroli tom V str. 196-197)

Pracownikom, którzy świadczyli w Szpitalu na podstawie umów cywilnoprawnych takie same usługi, jak na podstawie umowy o pracę, zgodnie z art. 8 ust. 2a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych⁵², uwzględniano w podstawie wymiaru składek także przychody uzyskiwane przez nich z tytułu umów cywilnoprawnych.

(akta kontroli tom V str. 199)

1.1.5. W okresie objętym kontrolą weryfikacją umów kontraktowych zajmował się Dział Zamówień Publicznych i Marketingu⁵³, a następnie Dział Rozliczeń Usług Medycznych (Sekcja Umów Kontraktowych). Główne założenia realizowane w procesie weryfikacji rozliczeń zostały zapisane w ww. umowach. Weryfikacja realizacji zabiegów odbywała się na podstawie danych dostępnych w systemie informatycznym (wykaz statystyczny, raport z wykonanych świadczeń, wykaz z bloku operacyjnego/pracowni). Godziny pracy, dyżurów sprawdzane były na podstawie list obecności i innych dokumentów udostępnianych z oddziałów i podpisanych przez osoby upoważnione. Weryfikacja kosztów materiałów wszczepialnych prowadzona była na podstawie danych z systemu (raport dotyczący rozchodów pacjenta).

(akta kontroli tom VI str. 330-345)

W okresie objętym kontrolą Szpital zawarł umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych łącznie z 364 podmiotami zewnętrznymi, w tym 314 lekarzami udzielającymi świadczeń w USK nr 4 na podstawie umów kontraktowych oraz podmiotami, które w ramach podpisanych umów m.in. udzielały konsultacji medycznych (np. okulistycznych, psychiatrycznych, kardiologicznych dla wcześniaków i noworodków, hematologicznych), świadczyły usługi opieki paliatywnej i hospicyjnej, prowadziły badania (np. laboratoryjne, genetyczne, krwi i jej składników). Szpital zawierał umowy i porozumienia o współpracy, umowy zlecenia m.in. z Narodowym Instytutem Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie – Państwowym Instytutem Badawczym w Warszawie, Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej w Lublinie, Instytutem Genetyki i Immunologii GENIM w Lublinie, Lubelskim Hospicjum dla Dzieci im. Małego Księcia w Lublinie oraz z gabinetami lekarskimi. Łączna wartość umów kontraktowych zawartych z lekarzami udzielającymi świadczeń zdrowotnych w Szpitalu wynosiła⁵⁴

⁵² Dz. U. z 2025 r. poz. 350, ze zm.

⁵³ W okresie od 2022 r. do 9 września 2024 r.

⁵⁴ Wartość umów kontraktowych zawartych z lekarzami udzielającymi świadczeń zdrowotnych w Szpitalu w poszczególnych latach wyliczona została na podstawie złożonych przez nich faktur z uwzględnieniem korekt rocznych rozliczeń. Szpital nie miał możliwości przedstawienia realizacji poszczególnych umów zawartych z pozostałymi podmiotami z uwagi na brak w systemie (moduł: Rejestr sprzedaży) funkcji wygenerowania i przypisania wystawionych na rzecz kontrahentów faktur do zawartych z nimi umów. Przedłożono wykaz 82 umów zawartych w okresie objętych kontrolą z takimi kontrahentami.

218 732,4 tys. zł, w tym: 41 802,5 tys. zł w 2022 r., 66 802,4 tys. zł w 2023 r., 88 157,9 tys. zł w 2024 r. i 21 969,6 tys. zł w 2025 r. (I kwartał).

(akta kontroli tom V str. 309-320)

Badaniem objęto sześć⁵⁵ podmiotów, z którymi w latach 2022-2025 (I kwartał) zawarto łącznie 23 umowy kontraktowe na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakładzie i oddziałach szpitalnych⁵⁶. Łączna wartość tych umów w latach 2022-2025 wyniosła 12 897 tys. zł. Przyjmującymi zamówienie były podmioty lecznicze prowadzące m.in. praktyki lekarskie, które na dzień rozpoczęcia udzielania świadczeń w ramach umowy były wpisane do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą⁵⁷. Przyjmujący zamówienie posiadali wymagane kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonej dziedzinie medycyny. Zakres świadczeń wskazanych w umowie nie wykaczał poza rodzaj działalności leczniczej wykonywanej przez przyjmujących zamówienia oraz odpowiadał przedmiotowi zamówienia, którego szacowana wartość była podstawą do udzielenia zamówienia.

Umowy (23) o udzielanie świadczeń zdrowotnych zostały zawarte w formie pisemnej i zawierały postanowienia wymagane art. 27 ust. 5 udl. Określały m.in. zakres świadczeń zdrowotnych, sposób organizacji ich udzielania (miejsca, dni i godziny), terminy przekazywania, rodzaje i sposoby kalkulacji należności dla przyjmującego zamówienie. W umowach ustalone zostały także zasady rozliczeń oraz tryb przekazywania udzielającemu zamówienia informacji o realizacji przyjętego zamówienia. Uwzględniono również zapisy dotyczące przyjęcia przez przyjmującego zamówienie obowiązku poddania się kontroli oraz postanowienia dotyczące szczegółowych okoliczności uzasadniających rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem i okresy wypowiedzenia. W trzech umowach kontraktowych zawartych z jednym lekarzem wynagrodzenie za udzielanie świadczeń zdrowotnych w oddziale ustalone zostało w sposób ryczałtowy, a nie godzinowy.

(akta kontroli tom V str. 321-337, 371-425, 459-473, 503-550, 575-646, 671-706, tom VI str. 375-449)

Dyrektor wyjaśnił, że ustalenie sposobu wynagrodzenia było decyzją Dyrekcji motywowaną potrzebami Szpitala i organizacją pracy tego konkretnego Oddziału, jak również zadaniami lekarza (lekarza kierującego oddziałem) poza siedzibą USK nr 4. Nie był to odosobniony przypadek, ponieważ takie sytuacje miały już miejsce w Szpitalu, czego przykładem jest kontrakt innego lekarza, który również kierował oddziałem i także nie pobierał wynagrodzenia godzinowego czy procentowego od procedury, a złożył ofertę na miesięczny ryczałt. W przypadku kontraktów innych lekarzy kierujących – również składają oni ofertę na stawkę ryczałtową za kierowanie oddziałem, a na udzielanie świadczeń zdrowotnych zazwyczaj ofertują wynagrodzenie godzinowe lub część procentową od danej procedury. Wynika to z faktu, iż kierowanie danym oddziałem nie jest zamknięte w określonych ramach czasowych, a raczej jest działaniem stricte zadaniowym. Jednego dnia wymaga to obecności w siedzibie przez 8 godzin, innego przez 3, a jeszcze innego przez 12. Takie kształtowanie wynagrodzenia nie jest zabronione przez udl, ponieważ zgodnie z art. 27 ust. 4 pkt 5, umowa z przyjmującym zamówienie w zakresie udzielania świadczeń

⁵⁵ Jeden z podmiotów udzielał świadczeń zdrowotnych w oddziale szpitalnym oraz zakładzie i miał podpisane odrębne umowy z różnym zakresem świadczeń, na pracę w ww. komórkach organizacyjnych Szpitala.

⁵⁶ W oddziałach: Chirurgii Plastycznej, Chirurgii Ogólnej, Neurochirurgii, Kardiologii, Chirurgii Klatki Piersiowej, Chirurgii Naczyniowej i w Zakładzie Radiologii Zabiegowej i Neuroradiologii.

⁵⁷ Dalej: RPWDL.

zdrowotnych winna zawierać w szczególności określenie rodzajów i sposobu kalkulacji należności, jaką udzielający zamówienia przekazuje przyjmującemu zamówienie z tytułu realizacji zamówienia, a w przypadku ustalenia stawki ryczałtowej – określenie jej wysokości. Tym samym należy stwierdzić, że ustawodawca przewidział i dopuścił możliwość wprowadzenia do umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych wynagrodzenia ryczałtowego.

(akta kontroli tom VI str. 307-327)

Podmioty lecznicze (sześć), posiadały polisy ubezpieczeniowe odpowiedzialności cywilnej zarówno na dzień zawarcia umowy, jak i w całym okresie jej obowiązywania, zgodnie z art. 17 ust. 1 pkt 4 udl. Zapis o konieczności posiadania przedmiotowego ubezpieczenia wprowadzono także do treści umów.

W okresie objętym kontrolą nie wystąpiły przypadki kierowania do Szpitala roszczeń odszkodowawczych lub o zadośćuczynienie wynikające z nieprawidłowego udzielania świadczeń objętych umową.

Zgodnie z zawartymi umowami do faktury dołączane były specyfikacje świadczeń zdrowotnych wykonanych u pacjentów oraz wykaz dni i godzin, w których faktycznie wykonywana była umowa. Załączniki do faktury były potwierdzane przez Dyrektora lub Zastępcę Dyrektora lub osobę przez nich upoważnioną. Dowody księgowo, które były podstawą płatności zostały sporządzone prawidłowo, właściwie opisane i poddane weryfikacji merytorycznej i formalno-rachunkowej. Operacje i kwoty wskazane na fakturach wynikały z zawartych umów. W trzech⁵⁸ z 21 rozliczeń objętych badaniem⁵⁹, wskazana w ewidencji czasu pracy liczba faktycznie przepracowanych godzin, tj. 58 godzin i 30 minut, 54 godziny i 95 godzin i 55 minut, była wyższa od limitu godzin do przepracowania, które określone zostały w umowach. Dotyczyło to ograniczeń w czasie pracy wykonywanej w ramach kompleksowej opieki lekarskiej świadczonej w oddziale, ustalonej w maksymalnym wymiarze odpowiednio: 50, 50 i 80 godzin. Do rozliczenia w powyższych przypadkach przyjęto liczbę godzin określoną w zawartych umowach.

(akta kontroli tom V str. 321-716, tom VI str. 144, 304-306, 330-345, 375-474)

Analiza dokumentacji sześciu podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych wykazała, że w latach objętych kontrolą Szpital zawarł po kilka umów w każdym z nich. W przypadku trzech podmiotów cztery umowy⁶⁰ zostały zawarte na okres krótszy niż trzy miesiące. Zgodnie z art. 27 ust. 1 udl, z przyjmującym zamówienie udzielający zamówienia zawiera umowę na czas udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub na czas określony. Umowa nie może być zawarta na okres krótszy niż trzy miesiące, chyba że rodzaj i liczba świadczeń zdrowotnych uzasadniają zawarcie umowy na okres krótszy.

(akta kontroli tom V str. 321-327, 380-391, 523-531, 595-620)

Dyrektor wyjaśnił, że zawieranie umów na okres krótszy niż trzy miesiące było podyktowane koniecznością zabezpieczenia ciągłości udzielania świadczeń

⁵⁸ W tym dwa rozliczenia dotyczące tego samego podmiotu.

⁵⁹ Badaniem objęto próbę trzech losowo wybranych dokumentów księgowych od każdego podmiotu wraz załącznikami będącymi podstawą rozliczenia udzielanych świadczeń, przy czym od podmiotu który miał podpisane odrębne umowy na udzielanie świadczeń w dwóch komórkach organizacyjnych – badaniem objęto sześć dokumentów księgowych.

⁶⁰ Umowy nr: FDS 432.19/2024 zawarta na okres dwóch miesięcy od 1 listopada do 31 grudnia 2024 r.; FDZ 247-90/24 zawarta na okres jednego miesiąca - maja 2024 r.; FDZ. 247-222/23 zawarta na okres jednego miesiąca- stycznia 2024 r. i FDZ.247-36/2024 zawarta na okres jednego miesiąca - lutego 2024 r.

zdrowotnych, niejednokrotnie na rzecz pacjentów, którzy oczekiwali w kolejce na leczenie po kilka lub kilkanaście miesięcy. Podkreślił także, że ustawodawca nie zakazał zawierania umów na okres krótszy niż trzy miesiące w sposób bezwzględny, a dopuścił takie rozwiązanie w uzasadnionych przypadkach. Szpital nie ma wątpliwości, iż w przypadku, jeśli dotychczasowa umowa została wypowiedziana przed końcem okresu jej obowiązywania (do czego każda ze stron umowy ma prawo) lub upłynął okres jej obowiązywania (a nowy konkurs nie został jeszcze rozstrzygnięty), to w pierwszej kolejności należy zabezpieczyć ciągłość udzielania świadczeń, a następnie niezwłocznie przystąpić do przeprowadzenia postępowania konkursowego lub zatrudnienia wymaganego personelu w ramach stosunku pracy. (...) Konieczność rozwiązania jednej z umów za porozumieniem stron spowodowana była zawarciem przez Szpital⁶¹ umowy na realizację świadczeń zdrowotnych z zakresu neurochirurgii z Uniwersyteckim Szpitalem Dziecięcym w Lublinie⁶². W związku z powyższym Szpital był zobowiązany do zapewnienia odpowiedniego personelu (lekarzy ze specjalizacją z neurochirurgii), a dotychczasowe kontrakty lekarskie zawarte przez USK nr 4 nie zawierały tego zakresu ani wynagrodzenia za dodatkowe konsultacje oraz realizację procedur poza siedzibą Szpitala. Początkowo realizowano umowę zawartą z USD przy pomocy personelu zatrudnionego w ramach umowy o pracę, co okazało się niewystarczające i stąd pojawiła się konieczność rozwiązania dotychczasowych kontraktów lekarskich i zawarcia nowych. Umowa z USD była zawarta jako niezbędne i krótkoterminowe wsparcie tego szpitala, którego podmiotem tworzącym jest również UM oraz w ramach dobrej współpracy pomiędzy sąsiadującymi ze sobą jednostkami.

Odnosząc się do kwestii nieogłoszenia na okres od 1 października 2023 r. do 29 lutego 2024 r. postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń zdrowotnych po rozwiązaniu/wygaśnięciu umów z lekarzem, z którym podpisano w powyższym zakresie umowy na okresy: trzech miesięcy i dwukrotnie na jeden miesiąc, Dyrektor wyjaśnił, że ogłoszenie konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych wymaga przeprowadzenia analizy możliwości organizacyjnych i potencjału kadrowego oddziału, w szczególności, jeśli wiąże się to ze zmianą na stanowisku lekarza kierującego oddziałem. Zarząd Szpitala prowadził analizę potrzeby reorganizacji udzielania świadczeń w zakresie chirurgii naczyniowej, w tym pod kątem optymalnego poziomu realizacji świadczeń w poszczególnych zakresach, w celu poprawy wyniku finansowego oddziału. Podjęta strategia miała na celu zachowanie ciągłości opieki nad pacjentami oraz stworzenie stabilnych warunków do efektywnego udzielania szerszego katalogu świadczeń z zakresu chirurgii naczyniowej. Opóźnienie w ogłoszeniu postępowania wynikało z realnych trudności organizacyjnych oraz próby optymalizacji, a nie zaniechania Zarządu Szpitala.

Dyrektor wyjaśnił, że w związku ze zbliżającym się terminem (30 kwietnia 2024 r.) zakończenia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych (FDZ.247-68/2022) przeprowadzono postępowanie konkursowe na kolejny okres, które następnie zostało unieważnione. Przyczyną unieważnienia była istotna zmiana okoliczności, której nie można było przewidzieć na etapie ogłoszenia postępowania, a która powodowała, że jego dalsze prowadzenie nie leżało w interesie świadczeniobiorców. Powodem były plany Szpitala dotyczące rozszerzenia zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych w obszarze chirurgii klatki piersiowej o operacje z zastosowaniem systemu robotycznego, co stanowiło nowatorskie podejście terapeutyczne w tej specjalizacji w USK nr 4.

⁶¹ Umowa nr 40/2024/ŚM z 1 października 2024 r.

⁶² Dalej: USD.

W związku z tym założono, że przygotowanie oddziału do wprowadzenia nowej metody i realizacji świadczeń będzie powierzone specjalście zatrudnionemu na podstawie umowy o pracę, posiadającemu kwalifikacje zarówno w zakresie chirurgii klatki piersiowej, jak i doświadczenie w chirurgii robotycznej. Zgodnie z tym założeniem, odstąpiono od kontynuowania procedury konkursowej uznając, że świadczenia zostaną zabezpieczone etatowo. Niestety, próba pozyskania osoby o wymaganych kwalifikacjach okazała się bezskuteczna. W zaistniałej sytuacji Szpital, w trosce o ciągłość i jakość udzielania świadczeń w zakresie chirurgii klatki piersiowej, ponownie przystąpił do przeprowadzenia postępowania konkursowego, dostosowując jego zakres i wymagania do aktualnych realiów rynkowych.

(akta kontroli tom VI str. 330-345, 368-374)

Nie stwierdzono przypadków, w których pomiędzy przyjmującym zamówienie a zamawiającym zachodziłyby okoliczności wskazujące na wzajemne zależności lub konflikt interesów.

W okresie objętym kontrolą do USK nr 4 nie wpłynęły skargi dotyczące sposobu wykonania ww. umów w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych. Nie przeprowadzono także kontroli podmiotów przyjmujących zamówienie. Jednocześnie, w ramach procesu nadzoru nad kontraktami na udzielanie świadczeń, zawieranych z podmiotami wykonującymi działalność leczniczą, rozliczenia składane przez wskazane wyżej osoby były weryfikowane przez Szpital (comiesięcznie i rocznie), zgodnie z postanowieniami umów. Podczas weryfikacji rozliczeń występowały przypadki niezgodności, polegające w szczególności na: nieprawidłowej zmianie grupy rozliczeniowej, błędnej wartości rozliczenia, dublowaniu świadczeń, niewłaściwym przypisaniu funkcji podczas zabiegu, omyłek pisarskich. W przypadku stwierdzenia niezgodności rozliczenia z dokumentacją Szpitala, informowano o tym fakcie podmiot ze wskazaniem potrzeby wyjaśnienia nieprawidłowości i zaleceniem złożenia poprawnego rozliczenia. Szpital na bieżąco monitorował efekty wdrożenia zaleceń przez wskazane podmioty i nie stwierdził przypadków niezasadnej odmowy dokonania korekty rozliczenia.

(akta kontroli tom VI str. 144, 330-342)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności Szpitala w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Aparatura będąca na wyposażeniu trzech spośród sześciu oddziałów poddanych oględzinom nie była w pełni zgodna z wykazem sprzętu zawartym w „Harmonogramie zasoby”, stanowiącym załącznik nr 2 do umowy z LOW NFZ, według stanu na dzień 30 maja 2025 r.

W Oddziale Kardiochirurgii nie było urządzenia do ogrzewania płynów infuzyjnych (100050), które zostało już wcześniej zlikwidowane oraz brakowało pomp infuzyjnych (20994, 20995, 20996, 20998), defibrylatora (EL-6C031517), pulsoksymetru (brak numeru seryjnego, numer inwentarzowy SPSK4-PW-48/32/35), stymulatorów z zestawem elektrod endokawitarnych (54102470, 1941618), fonendoskopu (brak numeru seryjnego, numer inwentarzowy SPSK4_PW-42/17/10). Dodatkowo w Oddziale znajdowało się osiem łóżek intensywnej opieki medycznej, natomiast według wykazu powinno być dziewięć.

W Oddziale Kardiologii, Rehabilitacji Kardiologicznej, Chorób Wewnętrznych z PIOK nie było kardiomonitora (0854), USG (SXTCH20-1005.0647) i aparatu rentgenowskiego (G25258/10032), które zostały już wcześniej zlikwidowane;

oraz brakowało dwóch holterów RR (5300922, 5300923); kardiowertera-defibrylatora (S8210906007), pompy infuzyjnej (L602201110B167), pompy strzykawkowej (100552). W Oddziale było pięć urządzeń do nieinwazyjnego pomiaru rzutu serca, natomiast w wykazie było sześć bez numerów seryjnych i pięć z numerami seryjnymi.

W Oddziale Neurochirurgii podczas oględzin nie stwierdzono następujących sprzętów: wielofunkcyjny stymulator zewnętrzny do prowadzenia stymulacji programowej (5CD9074JTS), wielofunkcyjny rejestrator funkcji życiowych (SQC17500119HA).

Według § 9 ust. 2 zarządzenia nr 37/2024/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 marca 2024 r. świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń zgodnie z harmonogramem, o którym mowa w ust. 1. Szczegółowe zapisy dotyczące harmonogramu zawarte są w załączniku nr 2a do ww. zarządzenia. Zgodnie z § 2 ust. 1 i 8 tego załącznika, harmonogram zawiera dane o potencjale wykonawczym świadczeniodawcy przeznaczonym do realizacji umowy, a obowiązkiem świadczeniodawcy w zakresie potencjału wykonawczego do realizacji umowy jest bieżące aktualizowanie danych o swoim potencjale przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji świadczeniodawcy służące wykonywaniu świadczeń gwarantowanych, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń i sprzęt.

Dyrektor wyjaśnił, że procesem zbierania i aktualizowania danych na portalu SZOI dotyczącym zasobów zajmuje się Dział Zakupu i Sprzedaży Usług Medycznych we współpracy z Działem Ewidencji Majątku i Inwentaryzacji oraz Działem Aparatury Medycznej. Wskazane rozbieżności pomiędzy stanem faktycznym a wykazem sprzętu zawartym w „Harmonogramie zasoby” wystąpiły głównie z powodu błędów ludzkich we wprowadzaniu zmian na portalu SZOI oraz opóźnień, zarówno w przekazaniu do Działu Zakupu i Sprzedaży Usług Medycznych informacji o likwidacji danego sprzętu, jak i w aktualizacji danych dotyczących sprzętu. W celu zidentyfikowania i wyeliminowania rozbieżności pomiędzy sprzętem wykazanym na portalu SZOI, a sprzętem zlokalizowanym w danym oddziale aktualnie przygotowywane jest zestawienie sprzętu, które zostanie zweryfikowane przez oddziały Szpitala. Na tej podstawie powstanie rzetelna informacja o sprzęcie do wykazania na portalu SZOI, wraz z warunkami obowiązujących regulacji prawnych w tym zakresie.

(akta kontroli tom I str. 297-370)

2. W latach 2023-2025⁶³ wystąpiły różnice w liczbie lekarzy i pielęgniarek, którzy zostali zgłoszeni do umowy z NFZ poprzez SZOI, a liczbą pracowników, którzy faktycznie świadczyli pracę w Oddziałach: Chirurgii Ogólnej, Kardiologii, Neurochirurgii oraz Pneumonologii i Chorób Wewnętrznych. W 2023 r. do SZOI zgłoszono o czterech lekarzy i cztery pielęgniarki więcej niż faktycznie świadczyło pracę, w 2024 r. zgłoszono dwóch lekarzy więcej i jedną pielęgniarkę mniej, a w 2025 r. jednego lekarza i jedną pielęgniarkę więcej niż rzeczywiście pracowało. Najczęstszym powodem wystąpienia różnic były różnego rodzaju absencje (zwolnienia lekarskie, świadczenia rehabilitacyjne, urlopy macierzyńskie lub rodzicielskie), które w SZOI wprowadzane były z opóźnieniem lub wcale np. nie wykazywano nieobecności osób, z którymi zawarto umowy kontraktowe lub umowy zlecenia. Wystąpiły pojedyncze przypadki niewyrejestrowania pracownika z powodu rozwiązania stosunku

⁶³ Według stanów na koniec I kwartału lat 2023-2025.

pracy oraz nieświadczenia pracy w oddziale z uwagi na oddelegowanie do innych zadań o charakterze niemedyceznym.

Zgodnie z § 6 ust. 1 i 2 załącznika do rozporządzenia ws. OWU, świadczenia są udzielane osobiście przez osoby wykonujące zawody medyczne w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 udl, zgodnie z harmonogramem. Zmiany w harmonogramie dotyczące ww. osób, wymagają zgłoszenia Prezesowi Funduszu albo dyrektorowi oddziału wojewódzkiego NFZ, z którym świadczeniodawca zawarł umowę, najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo w przypadkach losowych, niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia.

(akta kontroli tom IV str. 119-123, 126, 261-266, 316, 501, 517-524, 545-548, 595-596, 778-779, 783, tom V str. 1-2, 44-45, 118, 157-180, tom VI str. 288-300, 307-327, 346-363, 476)

Dyrektor wyjaśnił, że w zakresie wprowadzania danych do SZOI oraz ich aktualizacji w Szpitalu obowiązywały zasady, według których Dział KiP przekazywał do Działu Zakupu i Sprzedaży Usług Medycznych dane dotyczące personelu realizującego świadczenia w poszczególnych jednostkach Szpitala. Następnie Dział ten na potrzeby umów zawartych z NFZ, uzupełniał dane dotyczące personelu na portalu SZOI NFZ oraz aktualizował je na podstawie przekazywanych na bieżąco przez Dział KiP informacji, w tym o absencjach trwających ponad 30 dni. W celu dodatkowej weryfikacji i ewentualnej aktualizacji przekazanych na portalu SZOI danych dotyczących potencjału realizacji umów z NFZ, dla poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala przygotowane zostały zestawienia obowiązujących warunków dla realizowanych w danej komórce zakresów świadczeń. Obecnie trwają prace nad zestawieniem i przekazaniem tym komórkom pełnej informacji (do weryfikacji i potwierdzenia) w zakresie m.in. personelu wykazanego na portalu SZOI, zapewniającego spełnienie poszczególnych wymogów obowiązujących regulacji prawnych.

Według wyjaśnień Dyrektora brak rejestracji występujących absencji pracowników na portalu SZOI wynikał głównie z błędu pracownika, który omyłkowo nie wprowadzał nieobecności lub nie otrzymywał informacji o ich wystąpieniu z Działu KiP. Zgodnie z przyjętymi zasadami informacja o absencji danego pracownika przekazywana była do Działu Zakupu i Sprzedaży Usług Medycznych już po upływie 30 dni od początku jej wystąpienia. Absencje w niektórych przypadkach nie miały charakteru ciągłego, a składały się z kilku kolejnych przedłużeń. Dział Zakupu i Sprzedaży Usług Medycznych ze względu na bardzo dużą liczbę zmian dotyczących personelu, w tym absencji, wprowadzał kolejne dane o nieobecności na portalu SZOI z opóźnieniem - błąd pracownika. Również w tej kwestii Szpital wdroży działania mające na celu wyeliminowanie podobnych błędów w przyszłości.

W latach 2022-2025 nie zgłaszano także absencji lekarzy/pielęgniarek, z którymi zawarto umowy zlecenia/umowy kontraktowe, z uwagi na ich marginalne występowanie, niemające wpływu na ciągłość i jakość udzielanych świadczeń.

(akta kontroli tom VI str. 288-300, 307-327, 346-351)

3. Stwierdzono przypadki nierzetelnie prowadzonej dokumentacji ewidencjonującej czas pracy lekarzy polegające na występowaniu rozbieżności pomiędzy grafikiem lekarza (Oddział Kardiologii) na marzec 2023 r., gdzie dni 7, 14 i 28 marca wykazane zostały, jako wolne od pracy, a ewidencją czasu pracy, tj. kartą czasu pracy pracownika, z której wynikało, że świadczył on pracę w tych dniach od godziny 8:00 do 15:35. W drugim przypadku w grafiku pracy

lekarzy na marzec 2024 r. (Oddział Neurochirurgii) zaplanowano pracę pracownika, z którym trzy miesiące wcześniej rozwiązano umowę o pracę.

(akta kontroli tom IV str. 535-536, 583 tom V str. 61)

Dyrektor wyjaśnił, że w grafiku za marzec 2023 r. zostały omyłkowo wykazane godziny pracy, ponieważ lekarz ten jest nauczycielem akademickim zatrudnionym w zadaniowym systemie czasu pracy i powinien mieć wyłącznie dyżury medyczne. Pracownik Działu KiP zapomniał wykreślić wskazane zapisy. Szpital wdroży działania mające na celu wyeliminowanie podobnych błędów w przyszłości.

Odnośnie rozwiązania stosunku pracy z lekarzem w grudniu 2023 r., Dyrektor poinformował, że oddział omyłkowo umieszczał go w rozkładzie pracy. Dokonano stosownej korekty. Szpital nie wypłacał ww. lekarzowi wynagrodzenia za błędnie wskazany w grafiku okres.

(akta kontroli tom VI str. 288-300, 307-327)

4. Niektóre z czynności służbowych realizowanych w ramach umowy o pracę ujęte w zakresie obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności jednego z pracowników medycznych (lekarz), zostały określone w sposób ogólny, a w obowiązkach wynikających z umowy zlecenia – tożsame czynności zostały szczegółowo rozpisane i doprecyzowane. Np. w umowie o pracę m.in.: organizacja i dokumentacja pracy komisji orzekającej śmierć mózgu; autoryzacja pobrania, w tym rozmowa z rodziną zmarłego dawcy; pozyskiwanie opinii prokuratora w przypadkach, gdy jest to konieczne; opieka nad potencjalnym dawcą; koordynacja pobrania wielonarządowego; pozyskanie i zabezpieczenie materiału do typowania tkankowego; organizacja pobrania w szpitalu; współpraca z regionalnym koordynatorem transplantacyjnym oraz Poltransplantem⁶⁴. W ramach umowy zlecenia m.in.: pomoc w organizacji komisji stwierdzającej śmierć mózgu; telefoniczny kontakt w wymaganych przez prawo sytuacjach z prokuratorem, wysyłanie zgłoszenia i wymaganej dokumentacji do prokuratury, uzyskanie braku sprzeciwu na pobranie narządów; organizacja zespołu pobierającego i przeszczepiającego, przekazanie informacji o godzinie transplantacji zespołowi przeszczepiającemu, dyżurnym chirurgom, anestezjologom; współpraca z dyżurnym lekarzem zajmującym się potencjalnym dawcą w zakresie opieki nad dawcą; powiadomienie Poltransplantu i ścisły kontakt przez całą koordynację z koordynatorem krajowym Poltransplantu, przekazanie wszystkich niezbędnych danych dotyczących dawcy; organizacja pobrania węzłów chłonnych pachwinowych, oznakowanie, zapakowanie i wysłanie materiału oraz próbek krwi do Pracowni Typowania Tkankowego w Warszawie. Konsekwencją takiego sposobu określenia obowiązków w obu umowach, było wypłacanie wynagrodzenia za te same czynności w ramach obu umów.

(akta kontroli tom IV str. 87-99, 790-792)

Dyrektor wyjaśnił, że zakres obowiązków pracownika zatrudnionego na określonym stanowisku opisuje zadania w zakresie koordynowania działań w obrębie USK Nr 4 wobec dawców i biorców, którzy są pacjentami Szpitala. Umowa zlecenie opiewa na szerszy zakres obowiązków, również poza USK nr 4 tj. współpracę z koordynatorem krajowym Poltransplantu, organizację pobrań wyjazdowych, przetwarzanie informacji dotyczących dawców/biorców z innych jednostek, pobieranie i przeszczepianie komórek, tkanek i narządów poza siedzibą USK nr 4 w celu wykonania transplantacji w Szpitalu.

(akta kontroli tom VI str. 330-345)

⁶⁴ Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji.

5. Analiza ewidencji czasu pracy wybranych pracowników medycznych z oddziałów: Chirurgii Ogólnej i Kardiologii wykazała, że w przypadku trzech lekarzy (łącznie 9 razy) nie zachowano prawa pracownika do 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku dobowego, o którym mowa w art. 97 ust. 1 i 2 udl oraz w przypadku sześciu lekarzy i jednej pielęgniarki (łącznie 9 razy) nie zapewniono 35 godzin nieprzerwanego odpoczynku tygodniowego, który obejmuje co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku dobowego, wynikającego z art. 97 ust. 3 udl.

(akta kontroli tom IV str. 219-222, 525-577, 778-780, tom V str. 181-296)

Dyrektor wyjaśnił, że Szpital stara się przestrzegać zasady udzielania 11 godzinnego nieprzerwanego odpoczynku dobowego, jednak w rzadkich sytuacjach związanych z łączeniem funkcji nauczyciela akademickiego (wskazani lekarze są nauczycielami), lekarz kierujący mógł poprosić o pozostanie w pracy. Powyższe sytuacje występują incydentalnie i najczęściej są związane z absencjami innych pracowników. Brak 35 godzinnego, tygodniowego odpoczynku, wynika z trudności w jego zapewnieniu w przypadku pełnienia dyżuru medycznego przez lekarza w sobotę, z jednoczesnym zapewnieniem ciągłości prowadzenia i leczenia pacjenta przez tego samego lekarza. Jest także następstwem trudności w przypadku występowania licznych absencji pracowników. Szpital dokłada wszelkich starań, aby to były rzadkie sytuacje.

(akta kontroli tom VI str. 307-327)

Opis stanu
faktycznego

1.2. Gospodarka finansowa

1.2.1. W poszczególnych latach okresu 2022-2024 Szpital wypracował zysk netto w wysokości: 95,7 tys. zł na koniec 2022 r., 10 068,1 tys. zł na koniec 2023 r. i 333,4 tys. zł na koniec 2024 r. Zyski z lat 2022 i 2024 zostały przeznaczone na pokrycie strat z lat ubiegłych, które na koniec 2024 r. wyniosły (-)129 903,3 tys. zł. Z zysku za 2023 r. Szpital, w ramach funduszu zakładu, utworzył fundusz samofinansowania z przeznaczeniem na inwestycje i rozwój. Szpital na działalności leczniczej osiągnął następujące wyniki finansowe: na koniec 2022 r. strata wyniosła (-)11 115,5 tys. zł, w 2023 r. odnotowano zysk w kwocie 20 898,4 tys. zł, w 2024 r. strata wyniosła (-)42 766,3 tys. zł, a na koniec I kwartału 2025 r. (-)1984,9 tys. zł.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że straty na działalności leczniczej wynikają m.in. z:

- nieuznania przez LOW NFZ wszystkich zrealizowanych świadczeń,
- braku pokrycia kosztów części amortyzacji środków trwałych w przychodach z działalności leczniczej (w kosztach ujmowana jest amortyzacja środków trwałych m.in. finansowanych z dotacji inwestycyjnych i na zakupy inwestycyjne, natomiast przychody z tego tytułu rozliczane w czasie proporcjonalnie do amortyzacji są księgowane w pozostałych przychodach operacyjnych).

Dyrektor wyjaśnił, że źródłami pokrycia strat z działalności leczniczej są m.in.:

- przychody rozliczane w czasie z konta 840 (rozliczenia międzyokresowe przychodów) proporcjonalnie do amortyzacji z tytułu dotacji na inwestycje i zakupy inwestycyjne,
- przychody z darowizn pieniężnych i rzeczowych,
- przychody z pozostałych rodzajów działalności, które prowadzi Szpital (usług prania świadczonych przez Dział Usług Niemedycznych, wynajmowania wolnych powierzchni na prowadzenie różnego rodzaju działalności, w tym: sklep spożywczy, punkty kawowe, punkt gastronomiczny, automaty do napoi i słodkich przekąsek, sklepy medyczne, sprzedaż posiłków w Barku i Stołówce Pracowniczej).

Przychody ogółem Szpitala w 2022 r. wyniosły 725 903,2 tys. zł, w 2023 r. 943 359,9 tys. zł (co oznaczało wzrost o 30% w stosunku do 2022 r.), w 2024 r. 1 112 804,5 tys. zł (wzrost o 18% w stosunku do poprzedniego roku), a na koniec I kw. 2025 r. 281 707 tys. zł. Przychody netto ze sprzedaży produktów wyniosły: 697 845,8 tys. zł w 2022 r., 917 198,4 tys. zł w 2023 r. (wzrost o 33,2% w stosunku do 2022 r.), 1 061 730,4 tys. zł w 2024 r. (wzrost o 14,3% w stosunku do 2023 r.) i 275 087 tys. zł w I kw. 2025 r. Przychody ze sprzedaży produktów stanowiły odpowiednio: 96,1%, 97,2% i 95,4% i 97,7% ogólnej wartości przychodów. Przychody z NFZ w poszczególnych latach wyniosły odpowiednio: 661 724,4 tys. zł, 881 197,7 tys. zł (wzrost o 33,2%), 1 006 781,3 tys. zł (wzrost o 14,3%) oraz 259 290,4 tys. zł i stanowiły odpowiednio 94,8%, 96,1%, 94,8% i 94,3% przychodów netto ze sprzedaży produktów.

W analizowanym okresie koszty ogółem rosły, a dynamika zmian była podobna jak w przypadku przychodów. Koszty wyniosły 725 807,5 tys. zł w 2022 r., 933 291,7 tys. zł w 2023 r. (wzrost o 28,6%), 1 112 471,1 tys. zł w 2024 r. (wzrost o 19%), a w I kwartale 2025 r. 292 648,6 tys. zł. Koszty działalności operacyjnej stanowiły odpowiednio: 98,4%, 95,7%, 97,9% i 99,6% ogólnej wartości kosztów.

W strukturze kosztów działalności operacyjnej najwyższą pozycję stanowiły wynagrodzenia, które wraz z ubezpieczeniami społecznymi i innymi świadczeniami stanowiły prawie połowę kosztów, 49,8% w 2022 r., 47,4% w 2023 r., 47,5% w 2024 r. i 46,4% w I kwartale 2025 r., następną - zużycie materiałów i energii 34% w 2022 r., 36,1% w 2023 r., 36,7% w 2024 r. i 37,6% w I kwartale 2025 r. oraz usługi obce: 11,4% w 2022 r., 12,6% w 2023 r., 11,9% w 2024 r. i 12% w I kwartale 2025 r.

(akta kontroli tom I str. 531, 533, 540-594: pliki nr 23-25, 28, 36-37, 63, 131-132; str. 595-596)

Zgodnie z Polityką rachunkowości Szpitala rozliczanie kosztów i kalkulacja procedur medycznych następowała zgodnie z zasadami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców⁶⁵. Polityka rachunkowości określała Ośrodki Powstawania Kosztów (OPK) oraz rozdzielnik kosztów wspólnych.

(akta kontroli tom III str. 88-171)

Dyrektor wyjaśnił, że przyporządkowanie przychodów do poszczególnych ośrodków odbywało się zgodnie z zawartymi umowami, a jeśli Szpital nie posiadał umowy na dany rodzaj usługi lub świadczenia to przychody przypisywane były zgodnie ze zleceniem wykonania usługi lub świadczenia. Zgodnie z zarządzeniem wewnętrznym DN.021.17.2025 dot. zasad kontroli merytorycznej, osoby wyznaczone do opisu faktur w ramach odpowiedzialności merytorycznej dokonywały wskazania komórki organizacyjnej, której dany koszt dotyczył. Koszty usług świadczonych przez jedno ośrodków powstawania kosztów (OPK) na rzecz innych przypisywane były zgodnie z obowiązującym w Szpitalu zarządzeniem wewnętrznym w sprawie schematu podziału kosztów. Usługi te wyceniano według cen normatywnych, natomiast w procesie rozliczeń, jednostki obciążano kosztem rzeczywistym danej usługi. Koszty pośrednie dzielone były na poszczególne jednostki kluczami podziałowymi.

(akta kontroli tom I str. 242-254, tom III str. 37-87)

⁶⁵ Dz. U. z 2020 r. poz. 2045.

Szpital prowadził analizy przychodów i kosztów dla poszczególnych 28 oddziałów lub grup oddziałów, które stanowiły odrębne OPK⁶⁶. W latach 2022-2024 dodatni wynik finansowy wypracowało dziewięć oddziałów Szpitala⁶⁷: Najwyższe wyniki osiągnął Oddział Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej: łączny wynik w trzech latach 37 548,5 tys. zł, Oddział Elektrokardiologii z Pracownią Elektrofizjologii i Elektroterapii (36 255,4 tys. zł) oraz Oddział Kardiochirurgii (30 378,3 tys. zł). W analizowanym okresie największe straty generowały: Szpitalny Oddział Ratunkowy: (-)24 810,4 tys. zł, Oddział Chirurgii Ogólnej i Leczenia Żywnieniowego wraz z Oddziałem Transplantologii: (-)21 657,5 tys. zł oraz Oddział Kardiologii i Rehabilitacji Kardiologicznej, Chorób Wewnętrznych z PIOK: (-)17 397 tys. zł.

Dyrektor wyjaśnił, że tak znaczne różnice między oddziałami wynikały m.in. z niedoszacowania wartości punktowej świadczeń zdrowotnych pomimo wysokiej złożoności i kosztów procedur, ich wartość rozliczeniowa w ramach umowy z LOW NFZ nie odzwierciedlała faktycznych kosztów ich realizacji; różnic w strukturze i intensywności kosztów – oddziały generujące straty realizują świadczenia wymagające całodobowej gotowości, użycia specjalistycznej aparatury oraz zaangażowania dużych zasobów kadrowych, co przekłada się na znaczne koszty operacyjne; profilu działalności medycznej – oddziały osiągające dodatni wynik finansowy (m.in. Chirurgia Naczyniowa, Kardiochirurgia, Neonatologia, Neurochirurgia) wykonywały procedury wysoko punktowane, planowe i rozliczane zgodnie z katalogami świadczeń gwarantowanych, co pozwalało na uzyskanie nadwyżki finansowej.

W 2023 r. w porównaniu do 2022 r. poprawę wyników finansowych odnotowało 19 oddziałów, z tego największą wartościowo poprawę Oddziały: Chirurgii Naczyniowej z 821,8 tys. zł do 6643,8 tys. zł (o 708,4%), Oddział Neonatologii z Oddziałem Intensywnej Terapii Noworodka z 3754,1 tys. zł do 8463,8 tys. zł (o 125,5%), Oddział Rehabilitacji, Rehabilitacji Neurologicznej z (-)2925,9 do 1492,5 tys. zł (o 151,0%). Największy wartościowo spadek wyniku finansowego wystąpił w Oddziale Kardiologii i Rehabilitacji Kardiologicznej, Chorób Wewnętrznych z PIOK z (-)2293,2 tys. zł do (-)6356,7 tys. zł (o -177,2%), Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (KOR) z (-)6650,9 tys. zł do (-)7515,3 tys. zł (spadek o 13%) i Oddziale Terapii Kardiochirurgicznej z (-)23,5 tys. zł do (-)869 tys. zł (spadek o 3594%).

W 2024 r., w porównaniu do 2023 r., poprawę wyniku finansowego osiągnęło siedem oddziałów, z tego największą wartościowo Oddział Intensywnej Terapii z 2400,2 tys. zł do 4072,2 tys. zł (o 69,7%), Oddział Intensywnej Terapii Kardiochirurgicznej z (-)869 tys. zł do 660,9 tys. zł (o 176,1%), Oddział Pneumonologii, Alergologii, Onkologii Pulmonologicznej i Chorób Wewnętrznych z (-)3586,9 tys. zł do (-)2340,7 tys. zł (o 34,7%). Duży spadek wyniku finansowego zanotowały: Oddział Rehabilitacji, Rehabilitacji

⁶⁶ Połączono Oddział Rehabilitacji z Oddziałem Rehabilitacji Neurologicznej, Oddział Neurologii z Oddziałem Udarowym i Wczesnej Rehabilitacji Poudarowej i z Oddziałem Rehabilitacji Neurologicznej II, Oddział Chirurgii Ogólnej i Leczenia Żywnieniowego z Oddziałem Transplantologii, Oddział Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych z Oddziałem Sztucznej Nerki. Z kolei Oddział Wieloprofilowy Zachowawczy funkcjonował w strukturach Centrum Wsparcia Badań Klinicznych (CWBK) i został utworzony wyłącznie na potrzeby realizacji badań klinicznych. Z uwagi na jego specyfikę – brak działalności przychodowej w rozumieniu klasycznych świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ – nie był ujmowany w analizach wyników oddziałów. Koszty Oddziału Medycyny Nuklearnej były ujmowane w Zakładzie Medycyny Nuklearnej.

⁶⁷ Oddziały: Endokrynologii; Reumatologii i Układowych Chorób Tkanki Łącznej; Intensywnej Terapii; Ortopedii i Traumatologii; Chirurgii Naczyniowej; Neonatologii; Intensywnej Terapii Noworodka; Kardiochirurgii; Elektrokardiologii z Pracownią Elektrofizjologii i Elektroterapii; Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej.

Neurologicznej i Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej z 1492,5 tys. zł do 4418,4 tys. zł (spadek o 568,7%), Oddział Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej z 14 980,2 tys. zł do 10 500 tys. zł (spadek o 29,9%) oraz Oddział Nefrologii i Oddział Sztucznej Nerki z (-)2986,6 tys. zł do (-)6587,7 tys. zł (spadek o 120,6%).

(akta kontroli tom I str. 296-305, 352-372, tom II str. 3-6)

W latach objętych kontrolą Szpital wykonywał świadczenia zdrowotne ponad wartość określoną w umowie z LOW NFZ. Szpital dokonywał bieżącej analizy realizacji umowy na leczenie szpitalne i składał w terminie odpowiednie wnioski do LOW NFZ m.in. o renegeocjacje umów na podstawie § 43 rozporządzenia ws. OWU i zwiększenie ryczałtu, w 2022 r. było to 16 wniosków, w 2023 r. 17 i w 2024 r. 19. Świadczenia ponad limit wyniosły w 2022 r. 19 501,6 tys. zł i zostały rozliczone tylko w części: 2367,2 tys. zł, w 2023 r. 37 327,7 tys. zł, z czego rozliczono 30 213 tys. zł, a w 2024 r. 42 957,5 tys. zł, z czego rozliczono 24 221 tys. zł.

Z-ca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśnił, że Szpital występował do NFZ z wnioskami o zwiększenie planu rzeczowo- finansowego umów w trakcie 2022 r., 2023 r. i 2024 r. W składanych praktycznie, co miesiąc wnioskach, Szpital każdorazowo wykazywał i podkreślał, że wartość limitów określonych w planie rzeczowo-finansowym umowy była rażąco niższa od potencjału realizacji świadczeń, jakim dysponował Szpital. Wykazywał także, że zapotrzebowanie pacjentów na realizowane w ramach umowy z NFZ świadczenia nie znajdowało pokrycia w planie umowy. Każdy z wniosków wykazywał zrealizowane już w danym okresie nadwykonania, wskazując konieczność ich pilnego sfinansowania, tak by zapewnić pokrycie kosztów zrealizowanych świadczeń. Szpital ubiegał się o zwiększenie limitów świadczeń wyodrębnionych, a także zrealizowanych w ramach ryczałtu PSZ - wykazując jego niewystarczający poziom także w pismach kierowanych do Ministerstwa Zdrowia (np. pismo FDS.0700.1.2023 z dnia 9 maja 2023 r.). Zwiększenia planu umożliwiające fakturowanie realizowane było przez NFZ z wielomiesięcznymi opóźnieniami, także w odniesieniu do świadczeń nielimitowanych, które z definicji mają zapewnione finansowanie płatności do wysokości realizacji. NFZ terminowo reguluje świadczenia zafakturowane w ramach planu, ale ze znacznym opóźnieniem reguluje płatności z tytułu nadwykonanych świadczeń nielimitowanych, które z założenia, jako świadczenia bez limitu powinny zostać uznane i zapłacone. NFZ w ostatnich latach płaci za te świadczenia ze znaczącym opóźnieniem (4-5 miesięcy po realizacji).

(akta kontroli I tom, str. 27-64)

Dyrektor wyjaśnił, że w związku z brakiem bieżących płatności ze strony LOW NFZ za tzw. nadwykonania Szpital był zmuszony ponosić dodatkowe koszty m.in. związane z uruchomieniem kredytu obrotowego w rachunku bankowym (25 mln zł) i odsetkami z tytułu nieterminowych płatności. W 2021 r., z uwagi na wysoki poziom zobowiązań wymagalnych (opóźnienie w płatnościach przekraczało 90 dni) Szpital zaciągnął pożyczkę na spłatę zobowiązań w wysokości 40 mln zł, z okresem spłaty do 2031 r. Zapłacone odsetki w latach 2022-2025 (I kwartał) wyniosły odpowiednio: 5633,4 tys. zł, 4521,6 tys. zł, 2996,1 tys. zł i 615 tys. zł.

Dyrektor wyjaśnił, że w latach 2022-2025 (I kwartał) w zakresie realizacji płatności przez LOW NFZ za zrealizowane świadczenia, w ramach aktualnie obowiązującego planu, średni termin płatności za faktury wynosił 5 do 7 dni licząc od daty przekazania faktury do LOW NFZ. Z kolei średnie okresy zapłaty za nadwykonane świadczenia nielimitowane, które rozliczane są po

zakończeniu kwartału – wynosiły: w 2022 r. 76 dni, w 2023 r. 64 dni, w 2024 r. 75 dni. Płacenie przez LOW NFZ za nadywkonane świadczenia po zakończeniu każdego rozliczanego kwartału powoduje, że nadwykonania np. za styczeń płacone są w rzeczywistości w połowie czerwca. W przypadku nadwykonanych świadczeń limitowanych (w tym substancji w programach lekowych) średni okres płatności liczony po zakończeniu kwartału wynosił w 2022 r. 52 dni, w 2023 r. 82 dni i w 2024 r. 58 dni.

(akta kontroli I tom, str. 297-302, 352-372)

1.2.2. W Szpitalu wyznaczone zostały odpowiednie komórki organizacyjne oraz pracownicy odpowiedzialni za realizację zadań polegających na: prowadzeniu działalności inwestycyjnej. Zgodnie z Regulaminem organizacyjnym nadzór nad prowadzonymi inwestycjami, prawidłowym przebiegiem i rozliczeniem inwestycji sprawował Zastępca Dyrektora ds. Infrastruktury i Inwestycji. Podległy mu Dział Przygotowania i Nadzoru Remontów i Inwestycji opracowywał plany inwestycji budowlanych na podstawie analizy potrzeb oraz konieczności dostosowania pomieszczeń do aktualnych wymagań technicznych, sanitarnych i przeciwpożarowych, oraz brał udział w opracowywaniu wniosków o finansowanie inwestycji. Dział Przygotowania i Nadzoru Remontów i Inwestycji ściśle współpracował z Działem Zamówień Publicznych oraz innymi komórkami organizacyjnymi w trakcie realizacji poszczególnych zadań remontowych i modernizacyjnych. W Szpitalu określono formalnie zasady procedowania wniosków inwestycyjnych w zakresie zakupów aparatury i wyposażenia medycznego o cenie jednostkowej brutto wyższej niż 3,5 tys. zł⁶⁸.

Dyrektor wyjaśnił, że ww. instrukcja opisywała proces postępowania w zakresie wnioskowania i uwzględniania w planach inwestycyjnych Szpitala zgłoszonych potrzeb zakupowych przez poszczególne komórki organizacyjne. Dodatkowym instrumentem wspomagającym proces decyzyjny związany z zakupami inwestycyjnymi było zarządzenie wewnętrzne nr. DN.021-15/2024 Dyrektora USK nr 4 z dnia 1 lutego 2024 r. w sprawie powołania zespołu ds. oceny nowych technologii medycznych (HB-HTA) w USK nr 4 w Lublinie. Dnia 2 lipca 2025 r. zostało wprowadzone zarządzenie wewnętrzne Nr DN.021.87.2025 w sprawie powołania Zespołu do oceny merytorycznej zasadności składanych zapotrzebowań o zakupy inwestycyjne niezwiązane z budownictwem w USK nr 4 oraz zarządzenie wewnętrzne Nr DN.021.86.2025 w sprawie wprowadzenia do stosowania Procedury opracowania Planu Finansowego i Planu Inwestycyjnego USK nr 4. Powyższe zarządzenia regulują kwestię planowania, zapotrzebowania wnioskowania dotyczącego zakupów inwestycyjnych uwzględnianych w planach inwestycyjnych i planach finansowych Szpitala. Z kolei w zakresie inwestycji budowlanych proces realizacji nie został ostatecznie sformalizowany w jednym dokumencie. Dyrektor wyjaśnił, że proces realizacji inwestycji składał się z następujących czynności:

- zgłoszenie potrzeb inwestycyjnych w zakresie budownictwa do Dyrekcji USK nr 4 przez kierowników poszczególnych jednostek;
- przygotowanie założeń inwestycji w zakresie wstępnych parametrów i wskaźników, np. liczba łóżek/ pracowni/ sal operacyjnych, powierzchni, lokalizacji;
- analiza ekonomicznej efektywności zadania;

⁶⁸ Instrukcja postępowania przy zakupach aparatury i wyposażenia medycznego o cenie jednostkowej brutto wyższej niż 3500 zł została wprowadzona zarządzeniem wewnętrznym nr. DN 021-65/2018 z 15 czerwca 2018 r.

- zaopiniowanie Rady Medycznej Szpitala planowanego przedsięwzięcia;
- uzgodnienie nakreślonego kierunku dla danej inwestycji z władzami UM w ramach m.in. Komitetu Sterującego inwestycjami jednostek klinicznych;
- przekazanie decyzji o przygotowaniu do realizacji inwestycji;
- wyznaczenie osoby/osób do szczegółowego uzasadnienia medycznego danej inwestycji oraz szczegółowego zakresu medycznego – np. komórki wnioskującej;
- przekazanie do komórek odpowiedzialnych za przygotowanie inwestycji zakresu inwestycji i wielkości zadania;
- ustalenie ścieżki realizacji inwestycji.

(akta kontroli I tom str. 297-302, 352-370, tom II str. 6, tom III str. 249-299)

W Szpitalu corocznie opracowywano plany finansowe i inwestycyjne, które zgodnie z art. 48 ust. 2 pkt 2 lit. a udl były opiniowane przez Radę Społeczną Szpitala. Opiniowaniu podlegały też roczne sprawozdania z planu finansowego i inwestycyjnego. Plany finansowe i inwestycyjne oraz ich korekty i sprawozdania z ich realizacji w okresie objętym kontrolą, Rada Społeczna Szpitala zaopiniowała pozytywnie.

(akta kontroli I tom str. 540-594: pliki nr 53-58, 81-85, 94, 103-106)

W planie inwestycyjnym na 2022 r. przyjęto inwestycje budowlane w kwocie 28 351,5 tys. zł, a na zakup aparatury medycznej 24 366,9 tys. zł. Wydatki na inwestycje budowlane wyniosły 26 212,3 tys. zł (z czego 8209,4 tys. zł zostało sfinansowanych ze środków Unii Europejskiej, 14 385,7 tys. zł ze środków Ministerstwa Zdrowia, 2581,2 tys. zł ze środków własnych i 1035,9 tys. zł z innych źródeł), co stanowiło 92,5% planu, a na zakup aparatury i sprzętu 23 338,9 tys. zł (z czego 13 287,1 tys. zł zostało sfinansowanych ze środków UE, 7232,1 tys. zł ze środków Ministerstwa Zdrowia, 2819,6 tys. zł ze środków własnych), co stanowiło 95,8% planu.

W 2023 r. zaplanowano inwestycje budowlane na kwotę 49 109,8 tys. zł, a zrealizowano na kwotę 47 999 tys. zł, tj. 97,7% planu. Środki na realizację inwestycji pochodziły głównie ze źródeł obcych, tj. 12 590 tys. zł ze środków UE, 28 487,1 tys. zł z Ministerstwa Zdrowia, 4980,4 tys. zł z innych źródeł, środki własne stanowiły 1941,5 tys. zł. Inwestycje w aparaturę medyczną zaplanowano na kwotę 32 584,2 tys. zł, a rzeczywiste wydatki wyniosły 32 103,2 tys. zł, co oznaczało realizację planu na poziomie 98,5%. Wydatki zostały sfinansowane w kwocie 12 648,6 tys. zł ze środków UE, 13 587,9 tys. zł ze środków Ministerstwa Zdrowia, a w kwocie 5866,7 tys. zł ze środków własnych. Plan inwestycyjny na 2024 r. zakładał wykonanie inwestycji budowlanych o łącznej wartości 16 553,7 tys. zł, rzeczywiste wydatki wyniosły 12 025,7 tys. zł, co oznaczało realizację planu na poziomie 72,7%, w tym środki własne 9316,4 tys. zł, a środki obce 7237,3 tys. zł. Zakup aparatury medycznej zaplanowano na łączną kwotę 98 475,8 tys. zł, wydatki rzeczywiste wyniosły 46 595,9 tys. zł, w tym środki własne 19 673,1 tys. zł i środki obce 26 922,9 tys. zł.

(akta kontroli tom I str. 540-594: pliki nr 76-78, 87-89)

Dla inwestycji, których wartość przekraczała 2 mln zł, Szpital składał do Ministra Zdrowia „Formularze Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (IOWISZ)”. W latach 2022-2025 (I kwartał) złożono osiem takich formularzy, z których sześć dotyczyło inwestycji mających wpływ na zakres udzielanych świadczeń. Minister Zdrowia wydał pozytywne opinie wobec siedmiu inwestycji. W analizowanym okresie zrealizowano jedną inwestycję, zgłoszoną w 2022 r. Całkowity koszt realizacji projektu wyniósł

12 882,1 tys. zł, w tym środki z UE 12 590 tys. zł i środki własne 292,1 tys. zł. W trakcie realizacji była jedna inwestycja, zgłoszona w 2024 r. Składane przez Szpital wnioski o dofinansowanie inwestycji były zbieżne z planami inwestycyjnymi Szpitala.

(akta kontroli tom I str. 540-594, tom II str. 450-463: pliki nr 53-58)

W okresie objętym kontrolą, Szpital dokonał zakupu 98 szt. aparatury medycznej, o wartości powyżej 130 tys. zł, za łączną kwotę 71 983,9 tys. zł. Głównym celem realizowanych przez Szpital inwestycji było zwiększenie dostępności do świadczeń oraz poprawa ich jakości i skuteczności. Zakupy w 33,1% zostały sfinansowane ze środków własnych Szpitala, w 40,2% z dotacji z Ministerstwa Zdrowia, a w 26% z innych środków.

Szczegółowym badaniem objęto następujące zamówienia:

- dostawa systemu do robotycznych zabiegów chirurgicznych tkanek miękkich wraz z kompatybilnym stołem operacyjnym i wyposażeniem, zakup w 2024 r. o wartości 11 068,7 tys. zł netto, sfinansowany ze środków własnych (zakup w ratach);
- dostawa mikroskopu operacyjnego do zabiegów otolaryngologicznych, zakup w 2022 r. o wartości 1722,2 tys. zł netto, sfinansowany głównie ze środków finansowych z Ministerstwa Zdrowia (umowa z Ministerstwem Zdrowia nr DOI/SK/85112/6220/53/2022/433 na udzielenie w 2022 r. dotacji celowej na zakupy inwestycyjne).

W Szpitalu obowiązywał Regulamin planowania i udzielania zamówień publicznych (dalej: Regulamin zamówień publicznych) wprowadzony zarządzeniem wewnętrznym nr DN.021-8/21 z dnia 29 stycznia 2021 r. Zamówienia publiczne na zakup ww. urządzeń prowadzone były w trybie przetargu nieograniczonego na podstawie art. 132 upzp.

Analiza ww. zamówień wykazała m.in., że:

- prawidłowo wyznaczono termin składania ofert;
- sporządzono specyfikacje warunków zamówienia (SWZ) zawierające elementy, o których mowa w art. 281 ust. 1 upzp;
- komunikacja z wykonawcami odbywała się przy użyciu środków komunikacji elektronicznej;
- z zachowaniem zasad, trybu i terminów dokonywano zmian w treści ogłoszeń i SWZ;
- przed otwarciem ofert udostępniono na stronie internetowej prowadzonego postępowania informacje o kwocie, jaką Szpital zamierzał przeznaczyć na sfinansowanie zamówienia;
- terminowo przekazano Prezesowi Urzędu Zamówień Publicznych informacje o złożonych ofertach;
- dokonano wyboru najkorzystniejszej oferty, przy zastosowaniu wskazanych kryteriów;
- podmioty wybrane w postępowaniach przetargowych spełniały kryteria określone w SWZ;
- terminowo zamieszczono w Biuletynie Zamówień Publicznych ogłoszenie o wyniku postępowania, wykonania umowy;
- umowy uwzględniały odpowiedzialność wykonawcy z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania zapisów tych umów, a także zawierały zapisy w zakresie warunków gwarancji, czasu reakcji serwisu i czasu naprawy w razie awarii.

Realizacja zamówienia na dostawę mikroskopu nie była w pełni zgodna z regulaminem zamówień publicznych, jednocześnie sposób przeprowadzenia postępowania o udzielenie zamówień publicznych wskazywał na naruszenie

zasad zachowania uczciwej konkurencji oraz równego traktowania wykonawców, określonych w art. 16 ust. 1 upzp, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli tom I str. 2-196, 204-448, tom III str. 172-194)

Przeprowadzone w dniu 25 czerwca 2025 r. oględziny zakupionej aparatury potwierdziły zgodność stanu rzeczywistego z dokumentacją i ewidencją środków trwałych w zakresie oddania do użytkowania i miejsca użytkowania. System robotyczny do zabiegów chirurgicznych jest sprzętem niemobilnym, stanowił wyposażenie sali nr 11 Bloku Operacyjnego i wykorzystywany był do zabiegów Klinicznego Oddziału Urologii oraz Klinicznego Oddziału Chirurgii Klatki Piersiowej. Sprzęt był kompletny, zgodny z protokołem odbioru. Numery seryjne aparatury medycznej były zgodne z protokołem dostawy.

Mikroskop operacyjny stanowił wyposażenie sali nr 7 Bloku Operacyjnego i wykorzystywany był do zabiegów Klinicznego Oddziału Otolaryngologicznego. Sprzęt (składniki zestawu) był kompletny, zgodny z protokołem odbioru.

Zarówno system robotyczny, jak i mikroskop operacyjny nie były wykorzystywane przez 12 godzin dziennie, co bezpośrednio wynikało ze specyfiki organizacji pracy komórek organizacyjnych, w których użytkowana była wysokospecjalistyczna aparatura⁶⁹. Mikroskop operacyjny do zabiegów otolaryngologicznych przyjęto do użytkowania w listopadzie 2022 r., a ewidencję wykorzystania rozpoczęto od kolejnego roku. W 2023 r. z wykorzystaniem mikroskopu wykonano 252 zabiegi, w 2024 r. 268, a w okresie od stycznia do maja 2025 r. 130 zabiegów⁷⁰. Na podstawie listy pacjentów otrzymanej z Bloku Operacyjnego za okres od listopada 2023 r. do marca 2025 r. wyliczono średni rzeczywisty czas oczekiwania na realizację świadczeń z użyciem mikroskopu, który wynosił 128 dni.

System robotyczny przyjęto do użytkowania we wrześniu 2024 r., a ewidencję jego wykorzystania rozpoczęto od 1 stycznia 2025 r. i według tej ewidencji do 31 maja 2025 r. przeprowadzono 120 zabiegów z jego wykorzystaniem. Średni rzeczywisty czas oczekiwania na realizację świadczeń z użyciem systemu od początku użytkowania aparatu do 31 marca 2025 r. wynosił 40 dni (od dnia wpisu na listę oczekujących do dnia przyjęcia pacjenta do Szpitala).

(akta kontroli tom I str. 75-86, tom II str. 197-203)

W Szpitalu obowiązywały uchwalone przez Senat UM⁷¹ zasady zarządzania aktywami trwałymi podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym

⁶⁹ Badana aparatura znajdowała się na Bloku Operacyjnym (sale nr 7 i 11), gdzie zabiegi planowe odbywały się w godzinach 8:00-15:00. Zgodnie z Regulaminem organizacyjnym Bloku Operacyjnego możliwe jest wykorzystywanie sal operacyjnych w dni powszednie od godz. 15:00 do godz. 7:25 i całodobowo w święta i dni ustawowo wolne od pracy w przypadkach konieczności wykonywania zabiegów w trybie natychmiastowym lub pilnym podczas dyżurów medycznych. Jednocześnie możliwa jest również praca wybranych sal operacyjnych po godzinie 15:30 w dni powszednie, w sytuacji zabezpieczenia możliwości realizacji świadczeń zdrowotnych, w tych salach przez personel w ramach dyżuru medycznego lub umowy cywilnoprawnej.

⁷⁰ Dane dotyczące wykorzystania sprzętu i uzyskanych przychodów pochodzą z Działu Aparatury Medycznej.

⁷¹ Uchwała nr CLXXIII/2018 Senatu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie z 23 maja 2018 r. w sprawie wprowadzenia zasad zarządzania mieniem podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest UM; Obwieszczenie nr 4/2022 Rektora Uniwersytetu Medycznego w Lublinie z 3 czerwca 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu „Zasad zarządzania mieniem podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Uniwersytet Medyczny w Lublinie” stanowiących załącznik do uchwały nr CLXXIII/2018 Senatu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie z 23 maja 2018 r., Uchwała nr 259/2023 Senatu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie z 26 kwietnia 2023 r. w sprawie zasad zarządzania aktywami trwałymi podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest UM, zmieniona uchwałą nr 282/2023 Senatu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie z 28 czerwca 2023 r.

jest UM⁷². W latach 2022-2025 (I półrocze) obowiązywały łącznie 34 umowy (zawarte z 29 podmiotami) na najem/ dzierżawę pomieszczeń i powierzchni Szpitala. Z tego tytułu osiągnięto przychód w wysokości 1029,3 tys. zł w 2022 r., 1400 tys. zł w 2023 r., 1315,1 tys. zł w 2024 r. i 404,3 tys. zł w I kwartale 2025 r. Analiza trzech umów najmu/dzierżawy⁷³ pomieszczeń i powierzchni wykazała m.in., że:

- najem powierzchni poprzedzony został oceną techniczną i ekonomiczną, sporządzoną w formie pisemnej;
- uzyskiwano opinię Rady Społecznej Szpitala na najem/dzierżawę przedmiotowych powierzchni;
- w analizowanych przypadkach nie była wymagana zgoda Rektora UM na najem powierzchni (z uwagi na wartość rynkową przedmiotu czynności prawnej⁷⁴ i wielkość wynajmowanych powierzchni);
- najem powierzchni nastąpił w drodze przetargu;
- umowy sporządzone zostały w formie pisemnej;
- Szpital dokonywał waloryzacji opłat czynszowych;
- opóźnienia w zapłacie czynszu wyniosły maksymalnie 22 dni;
- od nieterminowych płatności naliczono odsetki za zwłokę;
- w dwóch z trzech umów wprowadzono zapis dotyczący obowiązku zapłaty przez najemcę odsetek karnych w przypadku opóźnień w opłatach czynszu.

(akta kontroli tom VI str. 145-264)

Odnosząc się do braku w jednej z umów najmu zapisu w zakresie obowiązku zapłaty przez najemcę odsetek karnych z tytułu nieterminowej zapłaty czynszu Dyrektor wyjaśnił, że zapisu nie wprowadzono do umowy, ponieważ uprawnienie w tym zakresie wynika z przepisów powszechnie obowiązujących i zapis w umowie nie jest niezbędny do dochodzenia odsetek od nieterminowej płatności.

W latach objętych kontrolą stwierdzono tylko jeden przypadek nieodpłatnego najmu. Umowa zawarta została w 2001 r. z Filią Miejskiej Biblioteki Publicznej im. H. Łopacińskiego w Lublinie.

Dyrektor wyjaśnił, że kwestię współdziałania podmiotu leczniczego oraz filii biblioteki publicznej reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu organizacji obsługi bibliotecznej w podmiotach leczniczych oraz sposobu współdziałania bibliotek publicznych w wykonywaniu tej obsługi⁷⁵. Przedmiotowy akt prawny nie nakazuje określenia warunków finansowych czy w ogóle odpłatności za udostępnienie lokalu do prowadzenia obsługi bibliotecznej pacjentów. Biorąc zaś pod uwagę konieczność realizacji potrzeb w zakresie czytelnictwa osób chorych oraz wspólny dla obu podmiotów cel określony w ww. akcie prawnym, jak również brak możliwości uiszczania czynszu najmu przez filię biblioteki publicznej, podjęta została

⁷² Dalej: zasady zarządzania aktywami trwałymi.

⁷³ 1. Umowa FDZ.245-8a/22 najmu powierzchni 33,02 m² z 11 kwietnia 2022 r. zawarta na okres od 1 maja 2022 r. do 30 kwietnia 2026 r., ze stawką czynszu 3200 zł netto, następnie podwyższoną aneksem nr 1 z 13 lutego 2023 r. do kwoty 3700 zł netto. W kwocie czynszu zostały skalkulowane opłaty eksploatacyjne z tytułu m.in. podatku od nieruchomości, zużytej energii elektrycznej i wody.

2. Umowa FDZ 245-44c/23 najmu powierzchni 47 m² z 1 lutego 2023 r., zawarta na okres 48 miesięcy od dnia zawarcia umowy, ze stawką czynszu 5000 zł netto. Oprócz czynszu najemca zobowiązany był do ponoszenia opłat eksploatacyjnych (m.in. za energię elektryczną, centralne ogrzewanie).

3. Umowa FDZ.245-1/24 najmu powierzchni na zainstalowanie dystrybutorów do sprzedaży napojów z 1 lutego 2024 r., zawarta na okres od dnia podpisania do 31 grudnia 2025 r., ze stawką opłaty w formie ryczałtowej w kwocie 678 zł netto miesięcznie za dystrybutor.

⁷⁴ Wartość rynkowa przedmiotu czynności prawnej nie przekraczała 20 tys. zł.

⁷⁵ Dz. U. 2012 r. poz. 1406.

decyzja, iż lokal będzie udostępniony nieodpłatnie. W przypadku stanowczej postawy Szpitala, co do konieczności uiszczania czynszu najmu, filia biblioteki publicznej nie mogłaby funkcjonować w siedzibie USK nr 4, a tym samym dyspozycja przepisów wynikająca z ww. aktu prawnego nie byłaby realizowana. Filia biblioteki publicznej nie prowadzi w siedzibie Szpitala działalności komercyjnej, z której mogłaby pozyskiwać środki na opłacanie czynszu, a realizuje zadania publiczne, które ze swojej natury są traktowane, jako *non-profit*. Z usług biblioteki korzystają głównie pacjenci Szpitala. Pracownicy biblioteki mają wyznaczone dni, w które odwiedzają poszczególne Oddziały, co jest korzystne dla tych pacjentów, którzy nie mogą poruszać się samodzielnie.

(akta kontroli tom VI str. 330-342)

1.2.3. Podstawą gospodarki finansowej Szpitala, zgodnie z art. 53 udl były plany finansowe. Dyrektor corocznie sporządzał i udostępniał w obowiązującym terminie⁷⁶, w Biuletynie Informacji Publicznej raport o sytuacji ekonomiczno-finansowej Szpitala, zawierający wymagane elementy.

W 2022 r. uzyskano wyższe o 3,2% od planowanych przychody i poniesiono o 1,4% wyższe niż planowano koszty ogółem, pozwoliło to na wypracowanie przez Szpital dodatniego wyniku finansowego netto w wysokości 95,7 tys. zł (planowany wynik był na poziomie (-)12 734 tys. zł). W 2023 r. uzyskano wyższe od planowanych o 0,7% przychody i poniesiono niższe o 0,3% koszty, w wyniku czego osiągnięto wyższy o 1055,9% niż planowano wynik, w wysokości 10 068,1 tys. zł. W 2024 r. uzyskano wyższe o 11,2% przychody i poniesiono wyższe o 11,3% koszty, co skutkowało niższym od planowanego o 65,1% wynikiem finansowym netto w wysokości 333,4 tys. zł.

(akta kontroli tom I str. 540-594: pliki nr 24-25, 63)

Szpital w latach 2022-2024 realizował przyjęty w 2021 r., zaktualizowany w IV kwartale 2024 r. program naprawczy, w którym założono osiągnięcie efektu netto w wysokości 2415 tys. zł, poprzez realizację zaplanowanych 19 zadań. W trzyletnim okresie realizacji Szpital osiągnął efekt finansowy netto w wysokości 21 210 tys. zł. Rektor Uniwersytetu pismem nr DNKK.71.21.2025 z 3 marca 2025 r. pozytywnie ocenił realizację programu naprawczego na lata 2022-2024.

(akta kontroli tom I str. 24-25, 63, 133)

Stan należności Szpitala na 31 grudnia 2022 r. wynosił 63 790,4 tys. zł, w tym 57 717,3 tys. zł (90,5%) stanowiły należności nieprzeterminowane. Należności przeterminowane wyniosły 6073,1 tys. zł w następującym podziale (% należności ogółem):

- do 15 dni – 2992,1 tys. zł (4,7%);
- 16-30 dni – 174,3 tys. zł (0,3%);
- 31 dni-3 miesiące – 368,9 tys. zł (0,6%);
- 3-6 miesięcy – 290,2 tys. zł (0,5%);
- 6-12 miesięcy – 311,3 tys. zł (0,5%);
- powyżej 12 miesięcy – 1936,3 tys. zł (3%).

Stan należności Szpitala na 31 grudnia 2023 r. wynosił 125 533,8 tys. zł, w tym 111 020,5 tys. zł (88,4%) stanowiły należności nieprzeterminowane. Należności przeterminowane wyniosły 14 513,3 tys. zł w następującym podziale (% należności ogółem):

- do 15 dni – 9447,9 tys. zł (7,5%);
- 16-30 dni – 1078,3 tys. zł (0,9%);
- 31 dni-3 miesiące – 360,2 tys. zł (0,3%);

⁷⁶ Za rok 2022 – 30 maja 2023 r., za rok 2023 – 28 maja 2024 r. i za rok 2024 – 28 maja 2025 r.

- 3-6 miesięcy – 663,3 tys. zł (0,5%);
- 6-12 miesięcy – 510,9 tys. zł (0,4%);
- powyżej 12 miesięcy – 2452,7 tys. zł (1,9%).

Stan należności Szpitala na 31 grudnia 2024 r. wynosił 132 980,6 tys. zł, w tym 125 214,2 tys. zł (94,1%) stanowiły należności nieprzeterminowane. Należności przeterminowane wyniosły 7766,3 tys. zł w następującym podziale (% należności ogółem):

- do 15 dni – 1637,5 tys. zł (1,2%);
- 16-30 dni – 324,4 tys. zł (0,2%);
- 31 dni-3 miesiące – 305,9 tys. zł (0,2%);
- 3-6 miesięcy – 1241,8 tys. zł (0,5%);
- 6-12 miesięcy – 3641,1 tys. zł (2,7%).

Stan należności Szpitala na 31 marca 2025 r. wynosił 132 287,1 tys. zł, w tym 125 974,6 tys. zł (95,2%) stanowiły należności nieprzeterminowane. Należności przeterminowane wyniosły 6312,4 tys. zł w następującym podziale (% należności ogółem):

- do 15 dni – 267,4 tys. zł (0,2%);
- 16-30 dni – 168,4 tys. zł (0,1%);
- 31 dni-3 miesiące – 297,4 tys. zł (0,2%);
- 3-6 miesięcy – 257,5 tys. zł (0,2%);
- 6-12 miesięcy – 3860,5 tys. zł (2,9%).

(akta kontroli tom I str. 395-452, 528)

Zarządzeniem wewnętrznym nr DN 021-32/2019 z 29 marca 2019 r. wprowadzono w Szpitalu procedurę dochodzenia wierzytelności. Windykacja należności prowadzona była własnymi siłami pracowników Szpitala, a także przez osoby zajmujące się obsługą prawną Szpitala. Badaniem objęto pięć należności przeterminowanych na łączną kwotę 1492,1 tys. zł. Trzy z nich dotyczyły należności za udzielone przez Szpital świadczenia medyczne (hospitalizacja), jedna za badania kliniczne, jedna za przekazane leki innemu podmiotowi medycznemu. Dla należności za udzielone świadczenia szpitalne w kwocie 94,3 tys. zł, której termin płatności minął 5 marca 2021 r. wysłano trzy wezwania do zapłaty (25 marca i 27 kwietnia 2021 r. oraz 31 stycznia 2023 r.), a następnie złożono 15 marca 2023 r. pozew o zapłatę w postępowaniu upominawczym do Sądu Okręgowego, który wycofano po bezskutecznych próbach dostarczenia pozwu pozwanej.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że z uwagi na brak możliwości doręczenia odpisu Sądu, Szpital, jako strona powodowa został zobowiązany do oznaczenia pozwanego. W konsekwencji Szpital wdrożył odpłatną procedurę doręczenia pozwu za pośrednictwem komornika, która również okazała się bezskuteczna. W powyższym stanie rzeczy Sąd zawiesił postępowanie w sprawie, a Szpital celem nieponoszenia dodatkowych kosztów oraz skorzystania z możliwości zwrotu znacznej części poniesionych kosztów opłaty sądowej cofnął pozew. Z uwagi na powyższe, Szpital nie spisał należności jako nieściągalnej, ponieważ zamierza ponownie starać się o ustalenie miejsca pobytu dłużnika.

W przypadku należności w kwocie 120,6 tys. zł za udzielone świadczenia szpitalne, której termin minął 30 października 2018 r., do dłużnika wysłano wezwanie do zapłaty (pismo z dnia 14 grudnia 2018 r.), a z informacji z 27 grudnia 2018 r. przekazanej przez Poczta Polską wynikało, że dłużnik zmarł. W dniu 5 czerwca 2019 r. radca prawny wystosował pismo do Zastępcy Dyrektora ds. ekonomiczno-administracyjnych o odstąpienie od prowadzenia działań windykacyjnych i uznanie należności za nieściągalną. W uzasadnieniu

napisano, że „koszty procesowe i egzekucyjne dochodzenia przedmiotowych wierzytelności byłyby niewspółmierne w stosunku do możliwych do uzyskania kwot”. Z-ca Dyrektora ds. ekonomiczno-administracyjnych w dniu 5 sierpnia 2019 r. napisał, że Szpital odstępuje od prowadzenia działań windykacyjnych. W 2019 r. dokonano odpisu aktualizującego dla tej należności. Po śmierci dłużnika Szpital nie złożył wniosku do Sądu o stwierdzenie nabycia spadku celem ustalenia potencjalnego kręgu spadkobierców i możliwości zaspokojenia swojej wierzytelności.

Dyrektor wyjaśnił, że Szpital z uwagi na to, że z dokumentacji medycznej i informacji pochodzącej od personelu medycznego wynikało, iż pacjent nie posiadał żadnego stałego ani nawet tymczasowego przychodu, nie był właścicielem nieruchomości, jak również nie był odwiedzany przez członków rodziny, zgodnie z obowiązującą procedurą po przeprowadzeniu czynności windykacyjnych oszacowano, iż prawdopodobieństwo braku możliwości dokonania skutecznej egzekucji należności jest wysokie i został złożony wniosek o umorzenie należności. Szpital w przedmiotowej sprawie nie składał wniosku o stwierdzenie nabycia spadku. Dodatkowo wymogów w tym zakresie nie stawia obowiązująca w tej kwestii procedura, która zakłada realizację działań przedwindykacyjnych i windykacyjnych w celu uniknięcia zasady efektów do kosztów i podjęcia działań racjonalnych i dających prawdopodobieństwo uzyskania należności, przy jednoczesnym zwracaniu uwagi na poziom ponoszonych wydatków tak, by nie inwestować środków finansowych w działania nieefektywne. Postępowanie mające na celu stwierdzenie nabycia spadku jest czasochłonne, a w okolicznościach przedmiotowego przypadku najprawdopodobniej nie doprowadziłoby do uzyskania wiedzy o kręgu spadkobierców czy o majątku dłużnika. Gdyby jednak nawet przeprowadzono przedmiotowe postępowanie, to trudno byłoby zaspokoić roszczenia Szpitala w przypadku, jeśli z prawdopodobieństwem granicznym z pewnością nie istnieje masa spadkowa o łącznej wartości przekraczającej 120 tys. zł.

Należność w kwocie 856,3 tys. zł również dotyczyła płatności za udzielone świadczenia zdrowotne osobie nieposiadającej ubezpieczenia.

Dyrektor wyjaśnił, że Szpital w stosunku do dłużnika nie mógł podjąć procedury windykacyjnej zgodnie z obowiązującymi wewnętrznymi regulacjami, ponieważ przez cały okres pobytu nie było możliwości kontaktu z pacjentem, gdyż był nieprzytomny. Jednocześnie Szpital zaangażował się w poszukiwanie możliwości zgłoszenia pacjenta do ubezpieczenia, które okazały się jednak bezskuteczne.

W sprawie kwoty wynagrodzenia Szpitala w wysokości 274,8 tys. zł za badania kliniczne toczy się postępowanie sądowe z powództwa Szpitala. Z kolei należność przeterminowana od podmiotu leczniczego dotyczy przekazania leków w związku z reorganizacją obu podmiotów, która miała miejsce przed 2007 r. Na wartość przekazanych leków została wystawiona faktura obciążająca, jednak podmiot odmówił uznania obciążenia i zapłaty za fakturę. Część niezutytych leków, na kwotę 50,9 tys. zł została zwrócona. Do zapłaty pozostała wierzytelność w kwocie 146,1 tys. zł. Pomimo wezwań do zapłaty dłużnik nie uregulował faktury, a Rektor UM nie wyraził zgody na przekazanie wierzytelności do egzekucji sądowej. Jednocześnie dłużnik nie potwierdza salda należności w przygotowywanym przez Szpital zestawieniu. Ówczesny Dyrektor Szpitala nie wyraził zgody na spisanie należności jako nieściągalnej.

Dyrektor wyjaśnił, że z uwagi na brak potwierdzenia zgodności salda, Szpital podejmował rozmowy z przedstawicielem USK nr 1 – Główną Księgową, jednak nie przyniosły one oczekiwanych rezultatów. W 2025 r., po uzyskaniu opinii radcy prawnego, Główna Księgową planuje wystąpić do obecnego Dyrektora Naczelnego z wnioskiem o wyrażenie zgody na spisanie należności jako nieściągalnej.

W latach 2022-2024 w Szpitalu nie umarzano należności.

(akta kontroli tom I str. 395-452, 528, 540-594: pliki nr 26-27, 32-35, 62, 71, 79, 93, 96-102, 107-118)

Na dzień 31 grudnia 2022 r. zobowiązania i rezerwy na zobowiązania wynosiły 350 406,2 tys. zł, w tym zobowiązania długoterminowe 70 409,8 tys. zł i zobowiązania krótkoterminowe 140 947 tys. zł (z czego największy udział miały zobowiązania z tytułu dostaw i usług 58%). Zobowiązania wymagalne Szpitala wynosiły 14 509 tys. zł w następującym podziale:

- do 15 dni – 7900,7 tys. zł;
- 16-30 dni – 6600,3 tys. zł;
- 31 dni-3 miesiące – 8 tys. zł;
- powyżej 3 miesięcy – 0 tys. zł.

Odsetki od zobowiązań wymagalnych wynosiły 1881,8 tys. zł.

Na dzień 31 grudnia 2023 r. zobowiązania i rezerwy na zobowiązania wynosiły 378 568,8 tys. zł, w tym zobowiązania długoterminowe 58 354,5 tys. zł i zobowiązania krótkoterminowe 144 269,9 tys. zł. Największy udział w grupie zobowiązań krótkoterminowych miały zobowiązania z tytułu dostaw i usług (48%). Zobowiązania wymagalne wynosiły 77 tys. zł i były to w całości zobowiązania do 15 dni. Odsetki od zobowiązań wymagalnych wyniosły 686 tys. zł.

Na dzień 31 grudnia 2024 r. zobowiązania i rezerwy na zobowiązania wynosiły 468 582,7 tys. zł, w tym zobowiązania długoterminowe 62 902 tys. zł i zobowiązania krótkoterminowe 196 354,9 tys. zł. Największy udział w grupie zobowiązań krótkoterminowych miały zobowiązania z tytułu dostaw i usług (52%). Zobowiązania wymagalne wynosiły 13 906,3 tys. zł, w następującym podziale:

- do 15 dni – 8630,2 tys. zł;
- 16-30 dni – 5130 tys. zł;
- 31 dni-3 miesiące – 146 tys. zł.

Odsetki od zobowiązań wymagalnych wynosiły 451,9 tys. zł.

Na dzień 31 marca 2025 r. zobowiązania i rezerwy na zobowiązania wynosiły 474 202,1 tys. zł, w tym zobowiązania długoterminowe 60 359,2 tys. zł i zobowiązania krótkoterminowe 209 659,7 tys. zł. Zobowiązania wymagalne wynosiły 16 021,9 tys. zł w następującym podziale:

- do 15 dni – 7099,3 tys. zł;
- 16-30 dni – 4761,5 tys. zł;
- 31 dni-3 miesiące – 4161,1 tys. zł.

Odsetki od zobowiązań wymagalnych wynosiły 1230,9 tys. zł.

(akta kontroli tom I str. 529)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że zobowiązania wymagalne występują w związku z brakiem regularnych, terminowych płatności ze strony NFZ z tytułu wykonanych świadczeń. NFZ terminowo reguluje świadczenia zafakturowane w ramach planu, ale ze znacznym opóźnieniem reguluje płatności z tytułu nadwykonanych świadczeń nielimitowanych, które z założenia, jako świadczenia bez limitu powinny zostać uznane i zapłacone. NFZ w ostatnich latach płaci za te świadczenia ze znaczącym opóźnieniem 4-5 m-ce po realizacji.

Dodatkowo Szpital regularnie występuje na piśmie do NFZ z informacjami o wysokim poziomie nadwykonań, wnosząc jednocześnie o ich wcześniejsze uznanie i zapłatę, ale NFZ odmawia płatności tłumacząc się brakiem planu lub środków finansowych, oczekując na odgórne wytyczne i uregulowania.

(akta kontroli tom I str. 210-224)

W okresie objętym kontrolą Szpital zapłacił odsetki od zobowiązań wymagalnych, co było niezgodne z art. 44 ust. 3 ustawy z 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych⁷⁷ i zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Szpital posiadał procedurę dotyczącą postępowania w zakresie obsługi not odsetkowych z tytułu nieterminowych płatności otrzymywanych od kontrahentów wprowadzoną zarządzeniem nr DN-021.30./2020. Zgodnie z ww. procedurą, jeśli w trakcie podejmowanych negocjacji kontrahent wyraża zgodę, Szpital, podpisuje porozumienia w wyniku, których płatności zobowiązań wymagalnych rozkładane są na płatności ratalne, a terminowe wywiązanie się z porozumienia gwarantuje brak egzekwowania odsetek lub znaczne ich umorzenie.

Dyrektor wyjaśnił, że w przypadku, gdyby Szpital nie podejmował negocjacji, a następnie nie płacił za naliczane przez kontrahentów odsetki, kontrahenci występowaliby na drogę egzekucji sądowej, co spowodowałoby znaczący wzrost kosztów i pogorszenie płynności finansowej.

(akta kontroli tom I str. 242-285, 453-527, 540-594; plik nr 95)

Na dzień 31 marca 2025 r. Szpital posiadał kredyty i pożyczki w łącznej kwocie 76 498,1 tys. zł. Podmiotami, które udzieliły finansowania Szpitalowi były zarówno banki, instytucje pozabankowe, jak i podmioty sektora finansów publicznych. W większości zabezpieczeniem udzielonych kredytów i pożyczek była cesja wierzytelności z tytułu umów zawartych z LOW NFZ. Na koniec 2022 r. stan zadłużenia z tytułu kredytów i pożyczek wyniósł 82 574 tys. zł, Szpital zapłacił odsetki w kwocie 101,9 tys. zł, na koniec 2023 r. 76 153,7 tys. zł (spadek o 7,7%), a zapłacone odsetki wyniosły 100,8 tys. zł, na koniec 2024 r. 79 436,7 tys. zł (wzrost o 4,3%) i odsetki 83,5 tys. zł, a na koniec I kwartału 2025 r. 76 498,1 tys. zł, odsetki 66,4 tys. zł.

W okresie objętym kontrolą, w jednym przypadku odmówiono udzielenia finansowania Szpitalowi. W sierpniu 2024 r. Szpital otrzymał informację od Banku Gospodarstwa Krajowego (dalej: BGK) o odmowie udzielenia kredytu restrukturyzacyjnego, której uzasadnieniem były trwające prace nad systemowymi zmianami w finansowaniu szpitali, w których BGK będzie jednym z filarów tej reformy.

(akta kontroli tom I str. 66-74, 540-594; pliki nr 40-49, 67-70, 72-75, 86, 91-92)

W latach 2022–2025 Szpital wielokrotnie zwracał się do UM o udzielenie wsparcia m.in. w zakresie zwiększenia kwoty dotacji dydaktycznej, udzielenia poręczeń przy kredytach.

Dyrektor wyjaśnił, że Szpital w 2022 r. zwrócił się do UM o udzielenie poręczenia na zabezpieczenie kredytu w postaci debetu w rachunku o wartości do 25 mln zł i UM udzielił poręczenia. W roku 2024, Szpital chcąc ograniczyć koszty finansowe z tytułu obsługi zadłużenia kredytowego/pożyczkowego podjął procedurę konsolidacji zobowiązań celem uzyskania w BGK jednego kredytu o niższych kosztach obsługi. Bank oczekiwał zabezpieczenia na dość wysokim poziomie, obok cesji przychodów z kontraktu z LOW NFZ również poręczenia ze strony podmiotu tworzącego. Szpital zwrócił się z wnioskiem do

⁷⁷ Dz. U. z 2024 r. poz. 1530. Dalej: ufp.

UM o pomoc w uzyskaniu kredytu na konsolidację zadłużenia pożyczkowego, jednak uzyskał decyzję odmowną. W kwietniu 2023 r. Szpital zwrócił się do UM o przekazanie w formie darowizny urządzenia pozytonowej tomografii emisyjnej (PET), użytkowanego dotychczas na podstawie umowy użyczenia. Wniosek wynikał z planowanego do uruchomienia przez Ministerstwo Zdrowia konkursu na wymianę tego typu urządzeń, warunkiem ubiegania się o przyznanie środków było posiadanie urządzenia starego na prawie własności o okresie użytkowania powyżej 10 lat. UM w 2024 r. przygotował i przekazał do podpisania umowę darowizny tego sprzętu.

(akta kontroli tom I str. 210-224, 540-594: pliki nr 20-22, 29-31, 51-52, 90)

Średnie zatrudnienie w Szpitalu w etatach w poszczególnych latach 2022-2025 (I kwartał) wynosiło odpowiednio: 3008,9; 3060,9; 3188,5 i 3218,3. W analizowanym okresie średnie miesięczne wynagrodzenie brutto⁷⁸ z roku na rok rosło o ok. 17% i kształtowało się w latach 2022-2025 (I kwartał) na poziomie odpowiednio: 8,2 tys. zł, 9,5 tys. zł, 11,1 tys. zł i 11,5 tys. zł. Udział wynagrodzeń w ogólnych kosztach Szpitala we wszystkich latach wynosił ok. 40%. Znaczny wzrost odnotowano w kategorii wynagrodzenia z tytułu usług medycznych (podwykonawstwo medyczne), w 2023 r. nastąpił wzrost o 60,1% w stosunku do roku poprzedniego, a w 2024 r. o 31,8%.

Dyrektor wyjaśnił, że największy wzrost do roku poprzedniego zanotowano w roku 2023 i 2024 – po 24 umowy kontraktowe. Kolejnym czynnikiem jest wzrost stawek wynagrodzenia z tytułu świadczonych usług. W każdym kolejnym okresie kontraktowania, poszczególne medyczne grupy zawodowe składają oferty opiewające na wyższe stawki za oferowane usługi medyczne.

(akta kontroli tom I str. 381-382, 390-392, 540-594: pliki nr 16-17)

Średniomiesięczne wynagrodzenia w poszczególnych grupach pracowniczych kształtowały się następująco:

- lekarz specjalista – w 2022 r. – 20,6 tys. zł, w 2023 r. – 23,2 tys. zł, w 2024 r., 28,6 tys. zł i w I kwartale 2025 r. - 30 tys. zł;
- lekarz bez specjalizacji odpowiednio: 15,8 tys. zł, 19,1 tys. zł, 21,2 tys. zł i 21,6 tys. zł;
- lekarz stażysta: 5,8 tys. zł, 7,5 tys. zł, 8,4 tys. zł i 9,1 tys. zł;
- farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny, pielęgniarka z tytułem zawodowym magister pielęgniarstwa: 7,2 tys. zł, 8,4 tys. zł, 9,4 tys. zł i 9,8 tys. zł;
- farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny, pielęgniarka z wymaganym wyższym wykształceniem na poziomie magisterskim; pielęgniarka z wymaganym wyższym wykształceniem (studia I stopnia) i specjalizacją, albo pielęgniarka ze średnim wykształceniem i specjalizacją: 7,2 tys. zł, 8,4 tys. zł, 9,4 tys. zł i 9,8 tys. zł;
- farmaceuta, fizjoterapeuta, pielęgniarka bez specjalizacji: 6,9 tys. zł, 7,8 tys. zł, 9 tys. zł i 9,1 tys. zł;
- opiekun medyczny, inny pracownik medyczny: 6,2 tys. zł, 6,9 tys. zł, 8 tys. zł i 8,1 tys. zł;
- pracownik działalności podstawowej z wykształceniem wyższym: 5,6 tys. zł, 5,8 tys. zł, 9 tys. zł i 8,7 tys. zł;
- pracownik działalności podstawowej z wykształceniem średnim: 5,1 tys. zł, 5,9 tys. zł, 6,9 tys. zł i 7,2 tys. zł;
- pracownik działalności podstawowej z wykształceniem poniżej średniego: 4,9 tys. zł, 5,5 tys. zł, 6,6 tys. zł i 6,7 tys. zł;
- administracja: 7,1 tys. zł, 9,7 tys. zł, 11,1 tys. zł i 10,9 tys. zł;

⁷⁸ Obliczone jako wynagrodzenia z tytułu umów o pracę / średnie zatrudnienie w etatach.

- obsługa: 3,9 tys. zł, 4,7 tys. zł, 5,7 tys. zł i 6 tys. zł.

(akta kontroli tom I str. 530)

Zgodnie z ZUZP, pracownikom mogą być przyznawane nagrody pieniężne za szczególne osiągnięcia, premie uznaniowe i premie zadaniowe.

W 2022 r. wypłacono (w tym ściśtemu kierownictwu) nagrody i premie w kwocie 8483,9 tys. zł⁷⁹ dla 1333 osób. Minimalna suma nagród i premii wypłaconych jednemu pracownikowi wyniosła 3,5 zł, maksymalna 311 tys. zł, średnia 6,4 tys. zł. W 2023 r. wypłacono 20 886,9 tys. zł premii i nagród dla 2382 osób (odpowiednio: 40 zł, 334,9 tys. zł i 8,8 tys. zł). W 2024 r. wypłacono 39 598,6 tys. zł dla 3148 osób (odpowiednio: 25,6 zł, 553,2 tys. zł i 12,6 tys. zł). W I kwartale 2025 r. 7310,5 zł dla 799 osób (odpowiednio: 16,2 zł, 139,1 tys. zł i 9,1 tys. zł)⁸⁰. W Szpitalu wystąpiły znaczne różnice między kwotą minimalną a maksymalną wypłaconych w roku nagród i premii dla jednego pracownika. Wystąpiła również bardzo duża dynamika zmian wartości nagród i premii (wzrost o 246% w 2023 r. w stosunku do 2024 r., przy jednoczesnym wzroście przychodów na poziomie 30%, wzrost w 2024 r. o 190% w stosunku do 2023 r. przy dynamice przychodów na poziomie 19%).

Dyrektor wyjaśnił, że 2022 r. był ostatnim rokiem walki z epidemią COVID-19. Szpital pracował w trudnych warunkach ograniczany kolejnymi ogniskami wirusa w poszczególnych oddziałach. W celu powrotu do wcześniejszego trybu oraz przyspieszenia realizacji świadczeń pacjentów oczekujących w kolejkach, Dyrekcja wprowadzała systematycznie w ramach poprawy sytuacji finansowej szpitala motywacyjne składniki wynagrodzeń w postaci premii uznaniowej i nagród. Intencją wprowadzenia takich rozwiązań było zwiększenie realizacji procedur z najwyższym stopniem referencyjności, które przy okazji posiadały korzystny współczynnik ceny do kosztów ich wytworzenia. Największymi beneficjentami wypłat byli i nadal są lekarze bezpośrednio wykonujący konkretne premiowane świadczenia. Motywacyjne składniki wynagrodzeń są wypłacane za udział w realizacji konkretnych świadczeń zdrowotnych. Pełnią one kluczową rolę w kształtowaniu zaangażowania, efektywności i satysfakcji pracowników. Ich głównym celem jest nie tylko rekompensata za wykonaną pracę, ale przede wszystkim stymulowanie pożądanых postaw i zachowań zgodnych z celami Szpitala. Jeżeli lekarz udzielił jednej porady w Przyklinicznej Poradni Specjalistycznej to otrzymał premię w wysokości 3,5 zł, jeśli wykonał kilkaset procedur z korzystniejszym stosunkiem ceny do kosztów wytworzenia to otrzymał wskazane, tak wysokie wypłaty, każdorazowo uzależnione od zrealizowanej ilości.

Dyrektor wyjaśnił, że motywacyjne składniki wynagrodzenia powinny zachęcać personel do realizacji określonych świadczeń. Niestety, nie zawsze jest to skuteczny instrument i stąd tak duże rozbieżności. Nie każdy pracownik w jednakowym stopniu jest zainteresowany zwiększeniem swojego wynagrodzenia poza zakresem regulaminowych obowiązków. W związku z nowymi regulacjami Ministerstwa Zdrowia, Szpital obecnie prowadzi intensywne prace nad optymalizacją motywacyjnych składników wynagrodzeń w ramach świadczeń AOS i POZ. Ponadto, Szpital chce w br. wprowadzić efektywniejszy system motywacyjny dla personelu lekarskiego zatrudnionego na etacie, który będzie jednym z elementów ujednoczenia wynagrodzeń oferowanych dla lekarzy etatowych i kontraktowych. Jednocześnie w lipcu 2023 r. Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy wszedł w spór zbiorowy z pracodawcą i przedstawił żądania, które kosztowo w zakresie wynagrodzeń

⁷⁹ Uwzględniono korektę premii zadaniowej w kwocie 773,5 zł.

⁸⁰ Wyliczenie na podstawie danych z Działu KiP.

nie było możliwe do spełnienia przez Szpital. Z uwagi na zagrożenie paralizem i wstrzymaniem udzielania świadczeń Dyrekcja zawarła 15 lutego 2024 r. ze Związkiem Porozumienie zbiorowe kończące spór, w którym zgodnie z § 2 zobowiązała się do wypłaty dodatków do wynagrodzeń zasadniczych w postaci nagrody pieniężnej.

Podstawą przyznania nagrody przez Rektora UM dla Dyrektora Szpitala były wnioski składane przez Radę Społeczną.

W Szpitalu suma nagród pieniężnych w 2022 r. wyniosła 1644 tys. zł, a suma premii uznaniowych 6377,3 zł, natomiast w 2024 r. było to odpowiednio 3891 tys. zł i 25 273,1 tys. zł. Jednocześnie wielkość uposażeń zasadniczych w 2022 r. wyniosła 177 247,6 tys. zł, a w 2024 r. 251 188,2 tys. zł. Zgodnie z art. 48 ZUZP, w ramach środków na wynagrodzenia osobowe tworzy się fundusz nagród w wysokości 2% funduszu uposażeń zasadniczych, będący w dyspozycji Dyrektora przeznaczony na wypłatę nagród pieniężnych dla pracowników. Wysokość funduszu nagród w 2022 r. zgodnie z ZUZP powinna wynieść 3545 tys. zł, tj. o 1901 tys. zł więcej od kwoty wypłaconych nagród, w 2024 r. 5023,7 tys. zł, tj. o 1132,7 tys. zł więcej od wypłaconych w tym roku nagród. Natomiast zgodnie z art. 45a ZUZP, premię uznaniową przyznaje pracodawca po uwzględnieniu swoich możliwości finansowych, premia może być przyznana z tytułu współuczestnictwa w realizacji procedur medycznych kwalifikowanych jako procedury wysokospecjalistyczne lub innych, związanych z pozyskiwaniem środków finansowych mających istotne znaczenie dla wyniku finansowego Szpitala, a więc jest skierowana przede wszystkim do personelu medycznego. W 2022 r. i w 2024 r. podjęto decyzje o wypłacie nagród w kwotach niższych niż 2% wynagrodzeń zasadniczych, jednocześnie wypłacając premie uznaniowe w kwotach znacznie przewyższających nagrody.

Dyrektor wyjaśnił, że Zarząd w 2022 r. i w 2024 r., biorąc pod uwagę sytuację finansową Szpitala, podjął decyzję o wypłacie nagród niższych niż 2% wynagrodzeń zasadniczych. Fundusz nagród pozostaje w dyspozycji Dyrektora, ale nie musi być w całości skonsumowany. Jednocześnie część premii uznaniowych wypłaconych w 2022 r. oraz w 2024 r., mimo swojej nazwy miała charakter nagrody. Zasady jej przyznawania określił pracodawca mając na uwadze potrzeby w zakresie organizacji pracy oraz specyfikę zarządzanych komórek w warunkach ograniczeń, jakie narzuca funkcjonujący ZUZP. Intencją Zarządu było wynagrodzenie zwłaszcza tych pracowników, których praca i zaangażowanie bezpośrednio przekłada się na poprawę wyniku finansowego.

Szczegółowym badaniem objęto wypłatę nagród i premii dla sześciu pracowników. Badanie próby wypłaconych pracownikom Szpitala premii i nagród wykazało, że w jednym przypadku pracownikowi przyznano premie niezgodnie z ZUZP, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli tom I str. 242-254, 297-302, 352-370, 540-594; pliki nr 1-6, 15, 18, tom II str. 471-516; tom III str. 198-206)

W Szpitalu co roku opracowywano plany zatrudnienia, które zawierały planowaną liczbę odejść, plany zatrudnienia zarówno wśród pracowników obsługi, administracji jak i personelu medycznego. Plany obejmowały zatrudnienie zarówno na podstawie umów o pracę, jak i umów cywilnoprawnych. Plany na 2024 r. i 2025 r. zakładały zwiększenie poziomu zatrudnienia. Wskaźnik etatyzacji ogółem dla Szpitala, wyliczony jako stosunek liczby etatów lekarzy do liczby łóżek, na dzień 31 marca 2024 r. wyniósł 0,33, a na dzień 31 marca 2025 r. 0,32. Natomiast w wybranych do kontroli czterech oddziałach, kształtował się następująco:

- Oddział Chirurgii Ogólnej 0,34 i 0,37;

- Oddział Kardiologii z PIOK 0,38 i 0,34;
- Oddział Pneumonologii i Chorób Wewnętrznych 0,35 i 0,33;
- Oddział Neurochirurgii 0,08 i 0,07.

Niski wskaźnik etatyzacji dla Oddziału Neurochirurgii wynikał z dużej liczby lekarzy pracujących na kontrakcie w stosunku do liczby lekarzy ogółem. W 2024 r. liczba etatów wyniosła 4,1, a liczba lekarzy pracujących na kontrakcie 11, natomiast w 2025 r. było to odpowiednio: 3,5 i 10.

(akta kontroli tom I str. 540-594: pliki nr 7-14, tom II str. 2)

Wskaźniki określające sytuację finansowo-ekonomiczną Szpitala, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej⁸¹, za lata 2022-2024 oraz zebrana liczba punktów przypadających na poszczególne wskaźniki prezentowały się następująco:

- wskaźniki zyskowności:
 - a) netto: 0,01% w 2022 r., 1,05% w 2023 r. i 0,03% w 2024 r., ocena punktowa: 3, 3 i 3 (maksymalna wartość do uzyskania to 5 pkt);
 - b) działalności operacyjnej odpowiednio: 1,09%, 1,72% i 0,41%, ocena punktowa: 3, 3 i 3 (maks. 5 pkt);
 - c) aktywów: 0,04%, 3,27% i 0,09%, ocena punktowa: 3, 4 i 3 (maks. 5 pkt).
- Łączna ocena punktowa za wskaźniki zyskowności w poszczególnych latach to: 9, 10 i 9 (maks. 15 pkt).

- wskaźniki płynności:
 - a) bieżącej: 0,71%, 0,77% i 0,82%, ocena punktowa: 4, 4 i 4 (maks. 12 pkt);
 - b) szybkiej: 0,57%, 0,62% i 0,68%, ocena punktowa: 8, 8 i 8 (maks. 13 pkt).
- Łączna ocena punktowa za wskaźniki płynności w poszczególnych latach to: 12, 12 i 12 (maks. 25 pkt).

- wskaźniki efektywności:
 - a) wskaźnik rotacji należności: 32,31 dnia, 30,5 dnia i 37,91 dnia, ocena punktowa 3, 3 i 3 (maks. 3 pkt);
 - b) wskaźnik rotacji zobowiązań: 37,04 dnia, 29,42 dnia i 29,39 dnia, ocena punktowa 7, 7 i 7 (maks. 7 pkt).
- Łączna ocena punktowa za wskaźniki efektywności w poszczególnych latach to: 10, 10 i 10 (maks. 10 pkt).

- wskaźniki zadłużenia:
 - a) aktywów: 83,37%, 75,96% i 77,25%, ocena punktowa: 0, 3 i 3 (maks. 10 pkt);
 - b) wskaźnik wypłacalności: 3,87%, 4,77% i (-)6,24%, ocena punktowa: 4, 4 i 0 (maks. 10 pkt).

Łączna ocena punktowa za wskaźniki zadłużenia w poszczególnych latach to 4, 7 i 3 (maks. 20 pkt).

W poszczególnych latach objętych kontrolą Szpital uzyskał po 35, 34 i 31 punktów, co stanowi odpowiednio 50%, 48,6%, 44,3% maksymalnej możliwej do zdobycia liczby punktów.

Do oceny zmian (polepszenia/pogorszenia) sytuacji finansowej Szpitala wykorzystano wartości funkcji⁸² obliczone z wykorzystaniem

⁸¹ Dz. U. z 2017 r. poz. 832.

⁸² $Z6_{IPE_PAN} = 9,478X_1 + 3,613X_2 + 3,246X_3 + 0,455X_4 + 0,802X_5 - 2,478$,
 $Z7_{IPE_PAN} = 9,498X_1 + 3,566X_2 + 2,903X_3 + 0,452X_4 + 0,802X_5 - 1,498$, gdzie:
 X_1 – wynik operacyjny/ wartość aktywów
 X_2 – wartość kapitału własnego/ wartość aktywów

dyskryminacyjnego modelu predykcji bankructwa przedsiębiorstw INE PAN⁸³. Wartości funkcji $Z6_{\text{IPE_PAN}}$ w latach 2022-2024 wyniosły odpowiednio: (-)0,2508, 0,7298, 0,1091, co wskazuje na to, że Szpital był zagrożony upadłością jedynie w 2022 r., w pozostałych latach wartość wskaźnika była dodatnia. Funkcja $Z7_{\text{IPE_PAN}}$ przyjmowała następujące wartości: (-)1,2502, (-)0,6041 (-)0,9976. W tym przypadku wyliczone wartości funkcji wskazują na to, że Szpital był zagrożony upadłością w latach 2022-2024. Wartości funkcji $Z7_{\text{IPE_PAN}}$ różnią się od $Z6_{\text{IPE_PAN}}$ głównie ze względu na występowanie w drugiej formule dodatkowego wskaźnika produktywności aktywów⁸⁴.

Wartości funkcji predykcji bankructwa Elżbiety Mączyńskiej⁸⁵ wyniosły w latach 2022-2024 odpowiednio: 0,3513, 0,8227 0,3805. Wyliczone wartości wskaźników wskazują na to, że Szpital w latach 2022-2024 był przedsiębiorstwem słabym, ale nie zagrożonym upadłością.

(akta kontroli tom I str. 540-594: pliki nr 24-25, 28, 63, 131-132, tom III str. 195-197)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności Szpitala w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Realizacja zamówienia na dostawę mikroskopu operacyjnego do zabiegów otolaryngologicznych FDZ.242-84/22 została przeprowadzona niezgodnie z regulaminem zamówień publicznych. Nie złożono wniosku o rozpoczęcie postępowania o zamówienie publiczne, co stanowiło naruszenie § 3 ust. 3 regulaminu zamówień publicznych, a postępowanie wszczęto w oparciu o podpisaną umowę z Ministerstwem Zdrowia na udzielenie dotacji celowej.

Dyrektor wyjaśnił, że z praktyki poprzedniego Kierownika Działu Zamówień Publicznych i Marketingu, postępowania realizowane w wyniku zawartych umów o dofinansowanie, dotację, wszczynane były na podstawie zawartej przez Szpital umowy dotacji. Umowa o udzielenie w 2022 r. dotacji celowej na zakup urządzenia stanowi dokumentację postępowania przetargowego. Obecnie Dział Zamówień Publicznych wszczyna postępowanie na podstawie wniosku o rozpoczęcie postępowania przetargowego. Jednostki organizacyjne USK nr 4 na bieżąco przygotowują wnioski o rozpoczęcie postępowania o zamówienie publiczne, również w przypadku postępowań realizowanych w ramach umów o dofinansowanie, dotację.

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

X_4 – aktywa obrotowe/ zobowiązania krótkoterminowe

X_5 – przychody ze sprzedaży/ wartość aktywów

⁸³ *Dyskryminacyjne modele predykcji bankructwa przedsiębiorstw*, Elżbieta Mączyńska (SGH, INE PAN), Maciej Zawadzki (Politechnika Warszawska), „Ekonomista”, 2006, nr 2. Modele te służą do wczesnego ostrzegania przed zagrożeniami w działalności gospodarczej. Wyznaczana w modelach funkcja dyskryminacyjna stanowi sumę iloczynów zmiennych „x” (czyli wskaźników charakteryzujących kondycje przedsiębiorstw) oraz statystycznie wyznaczanych w modelu wag tych wskaźników („w”).

⁸⁴ Funkcje $Z6$ i $Z7$ są bardzo podobne, jednak różnią się wyrazami wolnymi i wagami przypisanymi do 4 identycznych zmiennych, poza tym funkcja $Z6$ INE PAN zawiera jeden wskaźnik więcej, wskaźnikiem tym jest produktywność aktywów, stąd też wartości mogą się znacznie różnić.

⁸⁵ $Z_M = 1,5X_1 + 0,08X_2 + 10,0X_3 + 5,0X_4 + 0,30X_5 + 0,01X_6$, gdzie:

X_1 - (wynik brutto + amortyzacja)/ zobowiązania ogółem

X_2 - suma bilansowa/ zobowiązania ogółem

X_3 - wynik brutto/ suma bilansowa

X_4 - wynik brutto/ przychody ze sprzedaży

X_5 - zapasy/ przychody ze sprzedaży

X_6 - przychody ze sprzedaży/ suma bilansowa

Szpital w trakcie kontroli nie przedstawił dokumentów potwierdzających ustalenie wysokości szacunkowego wynagrodzenia wykonawcy. Z przedstawionej dokumentacji wynika, że wycena wynosząca 1713,9 tys. zł pochodzi z wniosku o dofinansowanie złożonego 31 marca 2022 r. do Ministerstwa Zdrowia. Zgodnie z art. 28 upzp podstawą ustalenia wartości zamówienia jest całkowite szacunkowe wynagrodzenie wykonawcy bez podatku od towarów i usług, ustalone z należytą starannością. Ponadto według art. 36 upzp z ustalenia wartości zamówienia dokonuje się nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem wszczęcia postępowania o udzielenie zamówienia, jeżeli przedmiotem zamówienia są dostawy lub usługi. Przedmiotowe postępowanie zostało wszczęte 13 września 2022 r., a więc ustalenia wartości należało dokonać nie wcześniej niż 13 czerwca 2022 r.

Dyrektor wyjaśnił, że wycena szacunkowa FDZ.242-84/22 wynosi 1713,9 tys. zł i wynika z podpisanej umowy o dofinansowanie. Natomiast zawarta w dokumentacji postępowania oferta od jednego dostawcy, tj. 1 722,2 tys. zł jest potwierdzeniem aktualności szacunku przed wszczęciem postępowania i potwierdziła cenę rynkową urzędnika. Wartość szacunkowa wskazała tryb postępowania, w którym miało zostać udzielone zamówienie publiczne.

Zdaniem NIK, prawidłowe oszacowanie wartości zamówienia jest istotne nie tylko ze względu na wskazanie trybu postępowania udzielenia zamówienia, ale pozwala także na zaplanowanie i zabezpieczenie odpowiednich środków finansowych w budżecie, co ma kluczowe znaczenie, w sytuacji Szpitala, który w całym okresie objętym kontrolą, m.in. z uwagi na opóźnienia płatności z LOW NFZ, miał problemy z regulowaniem zobowiązań i posiadał zobowiązania wymagalne od których płacił odsetki.

(akta kontroli tom I str. 242-254, 453-527, tom II str. 8-196, tom VI str. 346-363)

2. Przygotowanie opisu przedmiotu zamówienia, w postępowaniu nr FDZ.242-84/22 na dostawę mikroskopu operacyjnego, stanowiącego załącznik nr 1.2 do SWZ w taki sposób, że opis ten w zdecydowanej większości stanowił kopię suplementu broszury konkretnego sprzętu. Taki sposób sporządzenia opisu przedmiotu zamówienia wskazywał na naruszenie zasad określonych w art. 16 pkt 1 upzp, zgodnie z którym zamawiający przygotowuje i przeprowadza postępowanie o udzielenie zamówienia w sposób zapewniający zachowanie uczciwej konkurencji oraz równe traktowanie wykonawców.

W postępowaniu złożona została jedna oferta wykonawcy – producenta sprzętu, którego suplement broszury wykorzystano do sporządzenia opisu przedmiotu zamówienia. Umowa na zakup mikroskopu o wartości brutto 1 860 tys. zł została zawarta w dniu 18 października 2022 r.

Dyrektor wyjaśnił, że Szpital dysponował wiedzą o urządzeniach stosowanych w zakresie operacji neuroonkologicznych znajdujących się wówczas na rynku na podstawie dokonanego rozeznania w świecie medycyny (np. w innych szpitalach), a które miały spełniać jego coraz to zwiększające się potrzeby w zakresie precyzyjności zabiegów. Przedmiot zamówienia wskazuje na istotne potrzeby użytkownika. Szpital potrzebował wysokospecjalistycznego sprzętu medycznego (o dofinansowanie, którego zwrócił się do Ministerstwa Zdrowia), który pozwalałby na pracę hybrydową, sprzęt w pełni zrobotyzowany w zakresie operacji otolaryngologicznych. Wysokospecjalistyczny mikroskop miał wpłynąć na zwiększenie ilości operacji, ich precyzyjność i szybkość wykonywania zabiegów. Sprzęt ma walory medyczne, a także dydaktyczne i na

czas przeprowadzenia postępowania był najnowocześniejszym sprzętem tego typu na rynku medycznym. Szpital stale dąży do jak najlepszego świadczenia usług medycznych, ale ze względu na bycie szpitalem klinicznym, niezmiernie ważna jest, oprócz aspektu leczenia, dydaktyka i szkolenia. Sprzęt ten daje możliwość obserwowania zabiegów przez innych lekarzy i studentów.

(akta kontroli tom I str. 37-196, 242-254)

3. Nieterminowe regulowanie zobowiązań wobec kontrahentów z tytułu dostaw i usług, co było niezgodne z art. 44 ust. 3 pkt 3 upf, który stanowi, że wydatki publiczne powinny być dokonywane w wysokości i terminach wynikających z wcześniej zaciągniętych zobowiązań. Zobowiązania wymagalne w latach 2022-2025 (I kwartał) wyniosły odpowiednio: 14 509 tys. zł, 77 tys. zł, 13 906,3 tys. zł i 16 021,8 tys. zł. W wyniku powstałych zaległości wobec kontrahentów, Szpital zapłacił odsetki od przeterminowanych zobowiązań odpowiednio: 1716,5 tys. zł, 767,6 tys. zł, 304,3 tys. zł i 23,4 tys. zł. Szpital zapłacił odsetki od zobowiązań wymagalnych w łącznej kwocie 2811,8 tys. zł.

Dyrektor wyjaśnił, że z uwagi na znaczące opóźnienia ze strony LOW NFZ w płatności za nadwykonania, Szpital nie ma możliwości bieżącego regulowania zobowiązań. W związku z brakiem bieżących płatności kontrahenci naliczają odsetki oraz rekompensaty w euro. Szpital wdrożył procedurę postępowania z naliczonymi notami odsetkowymi. Poprzez zastosowanie ww. procedury oraz prowadzone w różnych formach (pisemne, ustnie, telefonicznie) negocjacje bardzo często udaje się obniżyć naliczane koszty odsetek dzięki ich anulowaniu lub umorzeniu. Odsetki dotyczą wszystkich faktur obciążających, w tym z tytułu leków również stosowanych w programach lekowych, materiałów medycznych wszczepialnych, środków do dezynfekcji, usług itp.

(akta kontroli tom I str. 242-285, 453-527, 529)

4. Przyznanie premii niezgodnie z ZUZP. W jednym przypadku (spośród zbadanych sześcioro), pracownikowi przyznano premie niezgodnie z ZUZP. Podstawą przyznania premii uznaniowych w 2022 r. dla pracownika, w łącznej wysokości 310 629,41 zł brutto, była informacja Dyrektora o ustaleniu zasad wypłaty premii uznaniowej na czas pełnienia przez tego pracownika funkcji [.....]*. Zgodnie z ww. zasadami premia była wyliczana comiesięcznie uzupełniająco do określonej kwoty, tak aby wypłacić „oczekiwane” przez pracownika 24 000 zł miesięcznie.

Natomiast zgodnie z art. 45a ZUZP, pracownikowi może być przyznana premia uznaniowa z tytułu współuczestnictwa w realizacji procedur medycznych kwalifikowanych jako procedury wysokospecjalistyczne lub innych, związanych z pozyskiwaniem środków finansowych mających istotne znaczenie dla wyniku finansowego Szpitala. Premię uznaniową przyznaje pracodawca po uwzględnieniu swoich możliwości finansowych.

Dyrektor wyjaśnił, że premia uznaniowa dla pracownika za 2022 r. była formą nagrodzenia pracownika za wykonywanie obowiązków [.....]

.....]
.....]
.....]*. Powyższa

premia, mimo swojej nazwy, miała charakter nagrody przewidzianej w art. 105 Kodeksu pracy⁸⁶. Zasady jej przyznawania określił pracodawca mając na uwadze potrzeby w zakresie organizacji pracy oraz specyfikę zarządzanych komórek. Faktem jest, że w Zakładowym Układzie Zbiorowym premia

⁸⁶ Dz.U. z 2025 r. poz. 277.

uznaniowa przyznawana jest za realizację wysokospecjalistycznych procedur medycznych, jednakże próby dokonania zmian w ZUZP, jakie Dyrekcja Szpitala podejmuje od kilkunastu lat w celu dostosowania jego postanowień do potrzeb pracodawcy, spotykają się z brakiem akceptacji ze strony związków zawodowych. Skutkuje to tym, iż dokument jest nieadekwatny do zmieniającej się dynamicznie sytuacji i potrzeb Szpitala.

(akta kontroli tom I str. 297-302, 352-370, 540-594; pliki nr 5-6, 15, tom II str. 471-516, tom III str. 198-206)

Opis stanu faktycznego

1.3. Jakość świadczeń zdrowotnych

Na podstawie art. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia⁸⁷ Szpital wystąpił⁸⁸ do Ministra Zdrowia za pośrednictwem Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia⁸⁹ z wnioskiem o udzielenie akredytacji. Przyznanie certyfikatu poprzedził przegląd akredytacyjny⁹⁰, mający na celu ocenę spełnienia przez Szpital standardów akredytacyjnych. Z przeglądu sporządzony został raport. Minister Zdrowia udzielił 28 czerwca 2024 r. USK nr 4 akredytacji w formie certyfikatu akredytacyjnego na okres trzech lat (od 2024 r. do 2027 r.).

(akta kontroli tom VI str. 17-49)

Zgodnie z art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta⁹¹, Szpital wprowadził 30 czerwca 2024 r. wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem:

- wdrożono rozwiązania służące identyfikacji ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych i zarządzaniu tym ryzykiem w ramach udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. Ustalono obszary występowania zdarzeń niepożądanych, tj.: działalność kliniczna, zdarzenia związane z opieką zdrowotną, farmakoterapia, zdarzenia związane z przetaczaniem krwi i jej składników, zdarzenia dotyczące sprzętu medycznego i wyposażenia oraz inne. Określono także etapy kompleksowego zarządzania zdarzeniami niepożądanymi, tj. zbieranie danych o tych zdarzeniach (z uwzględnieniem włączenia w ten proces pacjentów oraz ich rodzin, przeglądy dokumentacji medycznej, audyty, kontrole), mapowanie informacji, identyfikację problemów i ich analizowanie pod względem czynników składowych, ustalenie źródłowych przyczyn, zalecenia do zmiany dotychczasowej praktyki. Powyższa analiza ma na celu ustalenie przyczyn wystąpienia zdarzenia niepożądanego, a następnie poprzez modyfikację postępowania, zapobieganie występowaniu tych zdarzeń w przyszłości;
- zidentyfikowano obszary priorytetowe dla poprawy jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, tj. obszar bezpieczeństwa pacjenta (zapobieganie błędom medycznym, kontrola zakażeń szpitalnych oraz bezpieczeństwo leków), obszar jakości opieki medycznej (standardy opieki klinicznej, ocena i monitorowanie wyników leczenia, edukacja pacjentów), obszar komunikacji i współpracy (komunikacja wewnętrzna, komunikacja z pacjentem, współpraca interdyscyplinarna), obszar infrastruktury i zasobów (wyposażenie i aparatura medyczna, zasoby ludzkie, technologie informatyczne), obszar zarządzania i informacji (system zarządzania jakością, zarządzanie ryzykiem, doskonalenie procesów);

⁸⁷ Dz. U. z 2016 r. poz. 2135. (uchylony z dniem 1 stycznia 2024 r.).

⁸⁸ Wniosek z 31 grudnia 2021 r., aktualizacja wniosku 5 grudnia 2023 r.

⁸⁹ Dalej: CMJ.

⁹⁰ Przeprowadzony od 7 do 9 lutego 2024 r.

⁹¹ Dz. U. z 2023 r. poz. 1692.

- określono kryteria i metody potrzebne do zapewnienia skutecznego nadzoru nad jakością i bezpieczeństwem udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. W ramach kryteriów uwzględniono: zgodność z przepisami prawa i standardami medycznymi, kwalifikacje i kompetencje personelu medycznego, bezpieczeństwo pacjentów, skuteczność i efektywność, zarządzanie ryzykiem klinicznym, ciągłe doskonalenie jakości, infrastruktura i wyposażenie medyczne. W zakresie metod wskazano: audyt wewnętrzny i zewnętrzny, system zarządzania jakością, monitoring i raportowanie, szkolenia i rozwój personelu, system zgłaszania incydentów, analiza danych i porównywanie wyników z innymi podmiotami leczniczymi, polityki i procedury, system zarządzania ryzykiem, zaangażowanie pacjentów (zbieranie opinii pacjentów na temat jakości opieki, zachęcanie do wypełniania przez nich ankiet dotyczących ich satysfakcji);
- określono zasady monitorowania i oceny jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. Wprowadzono procedurę mającą na celu systematyczne i skuteczne zapewnienie wysokiego poziomu opieki medycznej, minimalizację ryzyka oraz ciągłe doskonalenie procesów udzielania powyższych świadczeń;
- wprowadzono zasady monitorowania zdarzeń niepożądanych poprzez: monitorowanie (identyfikacja zdarzeń, zgłaszanie i rejestrowanie, prowadzenie analizy przyczyn źródłowych ich wystąpienia), kompleksowe zarządzanie zdarzeniami niepożądanymi oraz walidacja sposobu monitorowania tych zdarzeń poprzez analizę mierników (m.in. liczba zdarzeń, wybrane wskaźniki kliniczne, liczba wykonanych analiz przyczyn źródłowych);
- zapewniono dostęp do szkoleń służących uzyskaniu i podnoszeniu kompetencji personelu w zakresie jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń;
- prowadzono badania opinii i doświadczeń pacjentów na podstawie ankiety. W przypadku pobytu pacjenta w Szpitalu zanonimizowane badanie przeprowadzono po wypisie pacjenta lub w dniu wypisu, w sposób zapewniający swobodę wyrażania opinii. W USK nr 4 informowano pacjentów o możliwości wypełnienia ankiety m.in. poprzez ustne zachęcanie do jej wypełnienia, wywieszenie informacji o możliwości wyrażenia opinii na tablicach informacyjnych, umieszczenie na stronie internetowej formularza ankiety oraz przesyłanie SMS-ów z linkiem do ankiety po skończonej hospitalizacji.

(akta kontroli tom VI str. 50-113)

W Szpitalu 30 maja 2025 r. dokonano przeglądu Systemu Zarządzania Jakością⁹² według normy PN-EN ISO 9001: 2015. Przegląd dotyczył okresu od 1 stycznia do 31 grudnia 2024 r. i miał na celu ocenę funkcjonowania SZJ w Szpitalu. Przeglądem objęto następujące zagadnienia:

- omówienie Polityki Jakości USK nr 4,
- monitorowanie procesów za okres 2024 r.,
- aktualne szczegółowe cele jakościowe,
- wyniki audytów wewnętrznych oraz kontroli zewnętrznych przeprowadzonych w Szpitalu w 2024 r.,
- wyniki badania satysfakcji pacjentów za 2024 r.,
- ocena usługodawców i dostawców towarów w 2024 r.,
- analiza realizacji szkoleń w 2024 r.,

⁹² Dalej: SZJ.

- analiza badania satysfakcji zawodowej personelu,
- informacje dotyczące kontekstu organizacji i zainteresowanych stron,
- wykaz/rejestr potencjalnych ryzyk na rok 2024,
- wnioski z przeglądu zarządzania i potencjały do doskonalenia.

(akta kontroli tom VI str. 475)

W USK nr 4 monitorowano wskaźniki jakości opieki zdrowotnej, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 września 2024 r. w sprawie wskaźników jakości opieki zdrowotnej⁹³. Obliczono wskaźniki za okres od 1 do 30 maja 2025 r. dotyczące obszarów: klinicznego, konsumenckiego oraz zarządczego.

(akta kontroli tom VI str. 114-143)

OCENA CZĄSTKOWA

W Szpitalu zapewniono dostępność i kwalifikacje kadry medycznej, jednak liczba personelu zgłoszona do umowy zawartej z NFZ była wyższa od liczby faktycznie świadczących pracę. Ponadto stwierdzono przypadki nieprzestrzegania zasad dotyczących odpoczynku dobowego i tygodniowego pracowników zatrudnionych na podstawie umowy o pracę. Forma zawarcia oraz treść umów kontraktowych była zgodna z wymogami określonymi w udl. Dokumenty księgowe będące podstawą rozliczenia sporządzano prawidłowo i we wskazanym terminie.

Pomieszczenia i urządzenia w czterech oddziałach klinicznych podlegających badaniu spełniały wymogi określone w przepisach prawa. Przeprowadzono analizy wykorzystania łóżek i podejmowano działania w celu optymalnego ich wykorzystania. Objęty badaniem sprzęt i aparatura medyczna spełniały wymogi zawarte w odpowiednich rozporządzeniach Ministra Zdrowia oraz posiadały niezbędną dokumentację w zakresie m.in. wykonanych instalacji, napraw i działań serwisowych. Jednocześnie stwierdzono przypadki niezgodności sprzętu i aparatury medycznej z załącznikami nr 2 „Harmonogram – zasoby” do umów zawartych z LOW NFZ.

W latach objętych kontrolą Szpital wykonywał świadczenia zdrowotne ponad wartość określoną w umowie z LOW NFZ, dokonywał bieżącej analizy realizacji umów i składał odpowiednie wnioski. W związku z brakiem bieżących płatności z tytułu realizacji tych umów, Szpital ponosił dodatkowe koszty z tytułu nieterminowych płatności. W latach 2022-2025 (I kwartał) Szpital zapłacił odsetki od zobowiązań wymagalnych w łącznej kwocie 2811,8 tys. zł.

Podstawą gospodarki Szpitala były plany finansowe, a planowanie inwestycji wynikało z analizy potrzeb Szpitala i następowało zgodnie z przepisami prawa. W jednym przypadku - sposób przeprowadzenia postępowania wskazywał na naruszenie zasad zachowania uczciwej konkurencji oraz równego traktowania wykonawców, określonych w art. 16 ust. 1 upzp, a zamówienie na dostawę sprzętu zostało przeprowadzone niezgodnie z regulaminem zamówień publicznych. Umowy najmu powierzchni poprzedzono oceną techniczną i ekonomiczną oraz uzyskiwano pozytywną opinię Rady Społecznej na najem powierzchni.

Szpital w latach 2022-2024 realizował program naprawczy, przyjęty w 2021 r., którego wykonanie Rektor UM ocenił pozytywnie. W ww. latach sporządzano i terminowo publikowano raporty o sytuacji ekonomiczno-finansowej. Szpital we wszystkich latach wypracował dodatni wynik finansowy. Przychody i koszty rosły, a ich dynamika kształtowała się na podobnym poziomie (wzrost o ok. 30 % w 2023 r. i o 18% w 2024 r.). W kontrolowanych latach w Szpitalu wystąpiła bardzo duża dynamika zmian. W jednym przypadku wypłata premii uznaniowych była niezgodna z zapisami ZUZP.

⁹³ Dz. U. z 2024 r. poz. 1349.

Szpital spełnił standardy akredytacyjne i uzyskał certyfikat akredytacyjny, z terminem ważności do 2027 r.

OBSZAR 2. Działalność dydaktyczna

Opis stanu faktycznego

2.1. Organizacja i zarządzanie

Zgodnie z § 3 Statutu USK nr 4 – Szpital wykonywał działalność leczniczą polegającą na realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia. Szpital uczestniczy w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształcenia osób wykonujących zawód medyczny na zasadach określonych w odrębnych przepisach, regulujących kształcenie tych osób.

W § 12 pkt 10 regulaminu pracy określono, że nauczyciele akademicy UM w Lublinie zatrudnieni w zadaniowym systemie czasu pracy realizują zadania dydaktyczne i badawcze w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. W § 16 pkt 1 Regulaminu pracy postanowiono, że szczegółowe wymiary czasu pracy na poszczególnych stanowiskach pracy, wraz z godzinami rozpoczynania i kończenia pracy określa załącznik do Regulaminu, wydany w formie zarządzenia Dyrektora. W zarządzeniach określających rozkład czasu pracy w kolejnych latach 2022-2025 dla lekarzy o statusie nauczycieli akademickich pracujących w zadaniowym systemie czasu pracy ustalano godziny świadczenia pracy w następujący sposób: „stosownie do potrzeb oddziału i zleconych do realizacji zadań, z zachowaniem średniotygodniowej normy czasu pracy wynikającej z wymiaru etatu, przy normie 37 godz. 55 min. średniotygodniowo”.

Liczba studentów kierunku lekarskiego, którzy odbywali szkolenia przeddyplomowe (zajęcia praktyczne zgodnie z programem, praktyki w ramach ramowego programu zajęć praktycznych) w poszczególnych latach akademickich dla studentów polskojęzycznych i anglojęzycznych była następująca:

- 2022/2023 – odpowiednio: 351 oraz 26 osób;
- 2023/2024 – 356 i 46 osób;
- 2024/2025 – 378 i 37 osób.

W ramach szkolenia przeddyplomowego - liczba studentów⁹⁴ (polskojęzycznych) odbywających zajęcia praktyczne zgodnie z programem, praktyki w ramach ramowego programu zajęć praktycznych dla wszystkich kierunków w ww. okresach wyniosła odpowiednio: 22 193; 23 164 i 24 291, a liczba studentów anglojęzycznych: 3689, 3625 i 3724.

W ramach szkolenia podyplomowego – liczba studentów (polskojęzycznych) odbywających specjalizacje i staże wyniosła odpowiednio: 1379, 1464 i 1192, a liczba studentów anglojęzycznych odbywających staże wynosiła w roku 2022/2023 - 35, a w roku 2023/2024 – 129.

Liczba studentów realizujących inne formy kształcenia (kursy specjalistyczne) wynosiła w roku 2022/2023 - 248, a w roku 2023/2024 – 214. Studenci anglojęzyczni nie odbywali kursów specjalistycznych w USK nr 4.

⁹⁴ Liczby dotyczące studentów przedstawiono w podziale na oddziały i zakłady wszystkich kierunków UM (lekarski, pielęgniarstwo, położnictwo, fizjoterapia, ratownictwo medyczne i dietetyka) oraz lekarzy, pielęgniarki i położne realizujących różne formy kształcenia (wielokrotnie) w poszczególnych latach akademickich 2022/2023-2024/2025. Studenci, którzy realizowali przedmioty praktyczne w poszczególnych jednostkach szpitala w danym roku przebywali wielokrotnie w różnych oddziałach, zakładach, realizując konkretne przedmioty.

(akta kontroli tom V str. 200-296, tom VII str. 480-484, 655-749, tom VIII str. 48-68)

W kolejnych latach 2022-2025 zawierano umowy pomiędzy UM i Szpitalem o udostępnianie jednostek organizacyjnych niezbędnych do prowadzenia kształcenia studentów studiów stacjonarnych i niestacjonarnych w zawodach medycznych.

W wyniku analizy zawartych umów stwierdzono, że spełniały one warunki wynikające z art. 89 ust. 5 udl, tj. określały m.in.:

- 1) czas trwania umowy i warunki jej wcześniejszego rozwiązania (umowy zawierano na kolejne lata kalendarzowe i określono w nich sytuacje i warunki ewentualnego ich rozwiązania z zachowaniem 6-miesięcznego okresu wypowiedzenia);
- 2) środki finansowe należne udostępniającemu z tytułu jej realizacji, sposób przekazywania tych środków oraz zasady ich rozliczeń (w umowach określano stawkę za jedną grupogodzinę zajęć, planowaną liczbę grupogodzin zajęć na studiach stacjonarnych i niestacjonarnych, szacowaną wartość umowy oraz zasady i terminy przekazywania środków finansowych na realizację zadań, w tym zaliczki stanowiącej 70% szacowanej wartości umowy oraz zasady i wzór rozliczenia);
- 3) wykaz ruchomości i nieruchomości udostępnianych w celu realizacji umowy, sposób ich udostępniania oraz zasady i warunki ich wykorzystywania;
- 4) określenie liczby i kwalifikacji zawodowych nauczycieli akademickich mających wykonywać określone zadania w Szpitalu;
- 5) okoliczności, w których może nastąpić zmiana warunków umowy (zmiany w formie pisemnej pod rygorem nieważności dopuszczono w przypadku zaistnienia okoliczności, których strony nie były w stanie przewidzieć w chwili zawierania umowy, tj. w szczególności w przypadku: wprowadzenia zmian w wykazie pracowników prowadzących działalność dydaktyczną, konieczności wprowadzenia przez UM zmian w zakresie prowadzonej w Szpitalu działalności dydaktycznej oraz zmian przepisów prawnych mających zastosowanie do postanowień umowy);
- 6) zasady odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przez studentów, doktorantów lub nauczycieli akademickich i zasady postępowania w przypadku naruszenia przez nich porządku ustalonego przez Szpital;
- 7) zasady prowadzenia kontroli przez UM w zakresie wykonywania zadań badawczych i dydaktycznych w Szpitalu (określono uprawnienia UM do kontroli realizacji umowy w zakresie realizacji zadań dydaktycznych (przebiegu procesu kształcenia), w szczególności warunków lokalowych i weryfikacji realizacji umowy na podstawie udzielonych przez Szpital informacji potwierdzających realizację zajęć dydaktycznych w udostępnianych jednostkach i komórkach organizacyjnych);
- 8) zasady rozpatrywania sporów wynikających z jej realizacji (określono polubowne rozstrzygnięcie sporów, a w razie braku możliwości ugodowego załatwienia sporu – przez właściwy sąd powszechny).

(akta kontroli tom VII str. 231-438)

2.2. Kadra dydaktyczna

Zgodnie z umowami o udostępnianie jednostek organizacyjnych niezbędnych do prowadzenia kształcenia studentów, nauczyciele akademicy byli zatrudniani w Szpitalu w systemie zadaniowym czasu pracy na podstawie umów o pracę lub na podstawie umów cywilnoprawnych określających

zadania dydaktyczne, badawcze i udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym wysokospecjalistycznych.

W załącznikach do umów wykazywano nauczycieli akademickich UM wraz ze wskazaniem ich kwalifikacji zawodowych. W kolejnych latach 2022-2025 było to odpowiednio: 316, 328, 313 i 288 osób.

Wg przedłożonych wykazów nauczycieli akademickich zatrudnionych w USK 4:

- w 2022 r. zatrudnionych było 316 pracowników (w tym 196 lekarzy i rezydentów zatrudnionych na umowę o pracę oraz 48 w formie umów cywilnoprawnych)⁹⁵;
- w 2023 r. zatrudnionych było 328 pracowników (w tym 204 lekarzy i rezydentów zatrudnionych na umowę o pracę i 51 w formie umów cywilnoprawnych)⁹⁶;
- wg stanu na 31 maja 2024 r. zatrudnionych było 314 pracowników (w tym 282 lekarzy i rezydentów, z których 210 zatrudniono na umowę o pracę i 72 w formie umów cywilnoprawnych)⁹⁷;
- wg stanu na 6 maja 2025 r. zatrudnionych było 288 pracowników (w tym 267 lekarzy, z których 190 zatrudniono na umowę o pracę i 77 w formie umów cywilnoprawnych)⁹⁸.

W wyniku analizy dokumentacji kadrowej siedmiu wybranych lekarzy, nauczycieli akademickich zatrudnionych w Szpitalu⁹⁹ m.in. stwierdzono:

- w przypadkach zatrudnienia lekarzy akademickich na umowę o pracę, zadania do realizacji określano w zakresach zadań, obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności w ramach zadaniowego systemu czasu pracy, a w umowach o pracę określono wymiar etatu zatrudnienia tych pracowników;
- w przypadkach osób z którymi zawarto umowy cywilnoprawne, w umowach określono warunki dla przyjmujących zamówienie do brania udziału w statutowej działalności USK nr 4 polegającej m.in. na przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształcenia osób wykonujących zawód medyczny na zasadach określonych w przepisach powszechnie obowiązujących (wymieniając np. czynności udziału w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych przez studentów kształcących się lub odbywających praktyki i nadzorowania udzielania świadczeń przez lekarzy rezydentów i lekarzy odbywających staż podyplomowy).

Dyrektor wyjaśnił, że w Szpitalu nie wdrożono dedykowanych rozwiązań organizacyjnych i kontrolnych w celu zapewnienia, aby świadczenia zdrowotne realizowane w USK nr 4 w Lublinie przez nauczycieli akademickich (zatrudnionych w zadaniowym systemie czasu pracy na umowę o pracę) pozostawały w bezpośrednim związku z dydaktyką i badaniami naukowymi. Brak wdrożenia tego rodzaju rozwiązań wynika z faktu, iż przepis art. 91 ust. 2 udl wskazuje, że za działalność dydaktyczną i badawczą

⁹⁵ Pozostali pracownicy to m.in.: fizjoterapeuci, pielęgniarki, psychologzy, technicy radiologii oraz osoby zatrudnione na stanowiskach pozamedycznych.

⁹⁶ Pozostali pracownicy to m.in.: fizjoterapeuci, pielęgniarki, dietetycy, psychologzy, technicy radiologii oraz osoby zatrudnione na stanowiskach pozamedycznych.

⁹⁷ Pozostałych 32 pracowników to: fizjoterapeuci (11), pielęgniarki (5), dietetycy (4), psychologzy (3), technicy radiologii (2) oraz 7 osób zatrudnionych na stanowiskach pozamedycznych.

⁹⁸ Pozostałych 21 pracowników to fizjoterapeuci (11), dietetycy (4), elektroradiolodzy (2), pielęgniarka (1), psycholog kliniczny (1), specjalista zdrowia publ. (1), inżynier biocybernetyki (1).

⁹⁹ Czterech zatrudnionych na umowę o pracę i trzech zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych.

odpowiedzialność ponosi kierownik kliniki. (...) W związku z powyższym jest to zadanie UM, realizowane za pośrednictwem kierowników klinik, a nie zadanie USK nr 4.

(akta kontroli tom V str. 575-716, tom VI str. 346-363, tom VII str. 4-73, 231-471)

W Szpitalu obowiązywał regulamin¹⁰⁰ przeprowadzania konkursów ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w SPSK nr 4, w którym m.in. określono zasady ogólne, przedmiot, tryb wszczynania i ogłaszania konkursów ofert, tryb składania ofert oraz ich oceny, zasady rozstrzygania konkursów oraz możliwe środki odwoławcze.

W wyniku analizy dokumentacji dwóch postępowań konkursowych (nr FDZ.432-25/23 i nr FDZ-9/24) przeprowadzonych odpowiednio w 2023 r. i 2024 r. nie stwierdzono nieprawidłowości.

(akta kontroli tom VII str. 74-229)

2.3. Finansowanie działalności dydaktycznej

Przychody Szpitala z działalności dydaktycznej wyniosły łącznie: 33 537,7 tys. zł w 2022 r., 40 543,3 tys. zł w 2023 r., 47 914,3 tys. zł w 2024 r. i 12 379,3 tys. zł w I kwartale 2025 r., w tym:

- przychody Szpitala z tytułu umów o udostępnianie jednostek organizacyjnych zawartych z UM wyniosły: 2007 tys. zł w 2022 r., 2208,6 tys. zł w 2023 r. i 1967,1 tys. zł w 2024 r.;
- przychody z tytułu szkoleń specjalizacyjnych (rezydentur) finansowanych przez Ministra Zdrowia: 24 989,4 tys. zł w 2022 r., 30 077,7 tys. zł w 2023 r., 36 886,6 tys. zł w 2024 r. i 10 455,4 tys. zł w I kwartale 2025 r.;
- przychody z tytułu staży podyplomowych finansowanych przez budżet państwa: 5427,9 tys. zł w 2022 r., 7152,8 tys. zł w 2023 r., 8014 tys. zł w 2024 r. i 1923,8 tys. zł w I kwartale 2025 r.;
- pozostałe przychody: 1113,4 tys. zł w 2022 r., 1104,2 tys. zł w 2023 r. i 1046,6 tys. zł w 2024 r.

Koszty z tytułu działalności dydaktycznej wyniosły łącznie: 32 663,7 tys. zł w 2022 r., 40 307,9 tys. zł w 2023 r., 49 044,3 tys. zł w 2024 r. i 12 542,8 tys. zł w I kwartale 2025 r., w tym dotyczące kształcenia:

- studentów: 2067,5 tys. zł w 2022 r., 2748,6 tys. zł w 2023 r., 3905,4 tys. zł w 2024 r. i 135,2 tys. zł w I kwartale 2025 r.,
- rezydentów: 25 303,8 tys. zł w 2022 r., 30 415,1 tys. zł w 2023 r., 37 261,7 tys. zł w 2024 r. i 10 527,1 tys. zł w I kwartale 2025 r.,
- stażystów: 5292,4 tys. zł w 2022 r., 7144,2 tys. zł w 2023 r., 7877,2 tys. zł w 2024 r. i 1880,5 tys. zł w I kwartale 2025 r.

W latach 2022–2025 Szpital wielokrotnie zwracał się do UM o zwiększenie kwoty dotacji dydaktycznej uzasadniając takie działania m.in. rosnącymi kosztami działalności bieżącej, w tym w szczególności wzrostem cen po pandemii COVID-19. UM w żadnym z kontrolowanych lat nie rozpatrzył pozytywnie wniosków Szpitala w tym zakresie.

(akta kontroli tom VII str. 230, 472-477)

2.4. Standardy jakościowe kształcenia kadr medycznych

Szpital realizował praktyczne nauczanie tzw. *Standardowych procedur medycznych* i *Złożonych czynności medycznych*, wskazanych w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2017 r. w sprawie ramowego programu zajęć praktycznych dla kierunku lekarskiego i lekarsko-

¹⁰⁰ Przyjęty zarządzeniem nr DN.021-77/21 Dyrektora Szpitala z 30 września 2021 r.

dentystycznego¹⁰¹ w następującym zakresie (w części USK nr 4): PNK Choroby wewnętrzne, PNK Chirurgia, PNK Ginekologia i położnictwo i PNK Medycyna Ratunkowa. Zgodnie z uzyskanymi informacjami, nie wystąpiły przypadki niezaliczenia przez studentów *Standardowych procedur medycznych* lub *Złożonych czynności medycznych*. Szpital realizował praktyczne nauczanie wszystkich czynności wymienionych w tzw. *Standardowych procedurach medycznych* i *Złożonych czynnościach medycznych*.

Wg rejestru jednostek akredytowanych do prowadzenia specjalizacji prowadzonego przez Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, w Szpitalu zapewniano 455 miejsc prowadzenia szkoleń specjalizacyjnych lekarzy w różnych dziedzinach.

W 2023 r. w Szpitalu przeprowadzony został proces reakredytacji, w ramach którego dokonano weryfikacji warunków określonych w art. 19f ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty¹⁰². W wyniku analizy udostępnionej dokumentacji dotyczącej wybranych specjalizacji (urologia, choroby płuc, ortopedia i traumatologia narządu ruchu) stwierdzono, że Szpital spełniał przesłanki uzyskania akredytacji do prowadzenia ww. szkoleń specjalizacyjnych lekarzy.

Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego zrealizowało w Szpitalu trzy kontrole realizacji szkoleń specjalizacyjnych w 2022 r. w dziedzinie neurochirurgii, chirurgii ogólnej i urologii oraz w jedną w 2023 r. w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu. Ww. kontrole wykazały, że w Szpitalu zapewniono realizację staży kierunkowych poprzez odpowiednie warunki w zakresie kadry specjalistów oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną. Podczas kontroli stwierdzano braki w dokumentowaniu przebiegu szkoleń specjalizacyjnych oraz akceptacji ze strony kierowników specjalizacji.

(akta kontroli tom VII str. 2-3, 478-653, 750-779)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności Szpitala w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Szpitala w zbadanym obszarze.

OBSZAR

2 Działalność naukowa

3.1 Zadania badawcze, realizowane w powiązaniu z udzielaniem świadczeń

Opis stanu
faktycznego

Zgodnie z obowiązującym Statutem, Szpital wykonuje również działalność leczniczą polegającą na realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia. Realizacja badań klinicznych na podstawie zawartych umów została wskazana jako jedno ze statutowych zadań Szpitala, w akcie tym nie określono jednak szczegółowych warunków ich prowadzenia.

W latach objętych kontrolą przychody z działalności naukowej (badania kliniczne) wyniosły odpowiednio: w 2022 r. 2148,1 tys. zł, co stanowiło 0,29% przychodów Szpitala ogółem, w 2023 r. 1761,8 tys. zł (0,18%), w 2024 r. 2323,3 tys. zł (0,21%) i w I kwartale 2025 r. 677,5 tys. zł (0,24%). Poniesione z tego tytułu koszty wyniosły w 2022 r. 791,5 tys. zł, tj. 0,11% kosztów ogółem, w 2023 r. 1045,1 tys. zł (0,11%), w 2024 r. 1956 tys. zł (0,18%), a w I kwartale

¹⁰¹ Dz. U. poz. 1728.

¹⁰² Dz. U. z 2024 r. poz. 1287.

2025 r. 511,1 tys. zł (0,17%). W Szpitalu nie prowadzono innej działalności badawczo-rozwojowej. Szpital uczestniczył w 98 badaniach klinicznych, z których 42 zostało zamkniętych, a 51 jest aktualnie realizowanych¹⁰³. W pięciu przypadkach Sponsorem badania była jednostka publiczna¹⁰⁴, w pozostałych – podmiot prywatny.

(akta kontroli tom VIII str. 48-68, 74-81)

3.2 Zasady prowadzenia i finansowania działalności naukowej, ze szczególnym uwzględnieniem badań klinicznych

3.2.1. Zasady zawierania umów oraz tryb prowadzenia badań klinicznych zostały określone w regulaminie prowadzenia badań klinicznych produktu leczniczego lub wyrobu medycznego w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 4 w Lublinie¹⁰⁵, w którym wskazano m.in. obowiązki Dyrektora Szpitala, Badacza i członków Zespołu Badawczego oraz Sponsora w rozumieniu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 maja 2012 r. w sprawie Dobrej Praktyki Klinicznej¹⁰⁶, a także innych osób biorących udział w procesie zawierania, realizacji i kontroli umów. Regulamin określał w szczególności: zasady negocjowania, procedurę zawarcia umowy i jej realizacji oraz zakres opłat związanych z wykonywaniem badania klinicznego w Szpitalu. W załącznikach do Regulaminu określono również m.in. wnioski o prowadzenie badania klinicznego zawierający wykaz produktów leczniczych wraz z podaniem ilości, warunków przechowywania, przekazanych przez Sponsora oraz wykaz sprzętu medycznego i niemedycznego, który zostanie wykorzystany do prowadzenia badania, jak również miesięczny raport z udzielania świadczeń w ramach realizacji badania klinicznego sporządzany przez Badacza.

Organizacją oraz koordynacją działań związanych z badaniami klinicznymi (komercyjnymi – zgodnie z zasadami DPK i nieinterwencyjnymi oraz niekomercyjnymi) oraz wdrażaniem innowacyjnych technologii medycznych zajmuje się Centrum Innowacyjnych Terapii (dalej: CIT).

W dniu 19 kwietnia 2021 r. zawarto umowę Konsorcjum, której strony¹⁰⁷ zostały zobowiązane m.in. do realizacji postanowień umowy o dofinansowanie przez Agencją Badań Medycznych Przedsięwzięcia pn. Zwiększenie potencjału naukowo-badawczego Centrum Wsparcia Badań Klinicznych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie (dalej: CWBK)¹⁰⁸. Umowa ta zakłada przeprowadzenie zmiany struktury organizacyjnej istniejącego CWBK tak aby skutecznie

¹⁰³ W pozostałych przypadkach badania kliniczne m.in. czekają na otwarcie, są w trakcie zamykania lub nie zostały zamknięte ze względu na ogłoszenie upadłości przez Sponsora.

¹⁰⁴ Szpital, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Narodowy Instytut Kardiologii i National University of Ireland.

¹⁰⁵ Wprowadzony zarządzeniem wewnętrznym Nr DN 011-35/2021 Dyrektora SPSK-4 w Lublinie z 6 maja 2021 r. (Dalej: Regulamin). Wcześniej obowiązywała „Instrukcja prowadzenia w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 4 w Lublinie badań klinicznych produktu leczniczego lub wyrobu medycznego” wprowadzona zarządzeniem wewnętrznym Nr DN 021-109/2010 Dyrektora Samodzielnego Szpitala Klinicznego Nr 4 z 22 grudnia 2010 r. w sprawie powołania w Samodzielnym Szpitalu Klinicznym Nr 4 w Lublinie Zespołu ds. Badań Klinicznych i ustalenia zasad prowadzenia badań klinicznych.

¹⁰⁶ Dz. U. poz. 489, ze zm. (uchylony z dniem 14 kwietnia 2023 r.), dalej: rozporządzenie w sprawie DPK.

¹⁰⁷ Uniwersytet Medyczny w Lublinie (Lider Konsorcjum) oraz szpitale kliniczne, dla których jest on podmiotem tworzącym w rozumieniu art. 6 ust. 1 pkt 6 ustawy o działalności leczniczej. Kolejna umowa Konsorcjum została podpisana 18 listopada 2024 r.

¹⁰⁸ Umowa z 28 marca 2025 r. o objęcie Przedsięwzięcia wsparciem nr KPOD.07.07-IW.07-0315/24 w ramach Krajowego Programu Odbudowy i Zwiększanie Odporności w zakresie inwestycji D3.1.1. Kompleksowy Rozwój Badań w zakresie nauk medycznych i nauk o zdrowie. Całkowity koszt kwalifikowany przedsięwzięcia wynosi 7 159 131,63 zł.

zarządzać potencjałem naukowo-badawczym oraz wprowadzenie funkcjonowania modelu usług wspólnych. Zaplanowano również wyodrębnienie trzech, głównych obszarów działalności, za które odpowiedzialne będą Działy ds.: Kontraktacji Umów i Budżetowania, Zarządzania Administracyjnego Projektami, Audytu i Nadzoru nad Jakością Badań, co wiąże się z dodatkowym zatrudnieniem. Przedsięwzięcie zakłada również zakup wyposażenia dla nowych pracowników oraz doposażenie w sprzęt medyczny Oddziału Wieloprofilowego Zachowawczego z Ośrodkiem Wczesnych Faz oraz organizację szkoleń i wydarzeń branżowych w celach promocyjnych.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że sposób procedowania budżetów badań klinicznych w ramach realizacji ww. Przedsięwzięcia, od 2022r. uległ zmianie, gdyż propozycja budżetu badania klinicznego od Sponsora badania wpływa do CWBK, a następnie jest przekazywana do pracownika CIT odpowiedzialnego za budżetowanie badania klinicznego, który weryfikuje wartość przedstawionych przez Sponsora procedur medycznych z obowiązującym w podmiocie kontrolowanym cennikiem, właściwym dla pacjenta nieubezpieczonego powiększonego o wartość 20%. Powyższy mechanizm ma na celu zabezpieczenie zmiany strony kosztowej procedur realizowanych w trakcie wykonywania umowy o badanie kliniczne. W opinii Dyrektora jest to kluczowy element zapewnienia opłacalności finansowej badania klinicznego. Zweryfikowany budżet badania jest przekazywany do CWBK, które negocjuje treść umowy, w tym załącznik budżetowy w imieniu Szpitala. Po zakończeniu negocjacji CWBK przedstawia do akceptacji Ośrodka i Badacza finalną wersję budżetu, którego podział pomiędzy Zespołem Badawczym a Szpitalem odbywa się na etapie finalnych uzgodnień i wynosi, co do zasady 20% Ośrodek, 80% Badacz. Po zaakceptowaniu finalnej wersji budżetu i postanowień umowy strony prowadzą czynności zmierzające do zawarcia i wykonania umowy.

Według wyjaśnień Dyrektora CIT jako jednostka organizacyjna podmiotu kontrolowanego, dedykowana formalnie do prowadzenia badań klinicznych, stosownie do postanowień Regulaminu, monitoruje stronę kosztową badań klinicznych w realizacji i we współpracy ze służbami finansowymi Szpitala oraz obsługuje badania aktywne zawierane jeszcze przed okresem objętym Projektem. Ponadto jego realizacja podlega obecnie zmianom w związku z otrzymaniem przez Konsorcjum dofinansowania w zakresie rozwoju Centrów Wsparcia Badan Klinicznych. W chwili obecnej toczą się negocjacje na temat treści aneksu do Porozumienia wykonawczego z Uniwersytetem Medycznym, co zdeterminuje finalny kształt regulacji wewnętrznych Szpitala w obszarze badań klinicznych.

W celu zwiększenia przychodów z tytułu badań klinicznych, poza zmianami mającymi na celu zwiększenie potencjału naukowo-badawczego CWBK, podejmowano działania w zakresie: organizacji spotkań z lekarzami kierującymi oddziałami, które obejmowały problematykę możliwości organizacyjnych i technicznych prowadzenia badań klinicznych przy wykorzystaniu infrastruktury podmiotu leczniczego, wsparcia CIT w obszarach budżetowania oraz koordynowania badań klinicznych; utworzenia ambulatorium CIT zapewniającego obsługę pielęgniarską, punkt pobrań oraz dwa łóżka dla pobytu dziennego pacjentów; zapewnienia infrastruktury pozwalającej na kompleksowe prowadzenie badań klinicznych, w tym Ośrodka Wczesnych Faz z zapleczem szpitalnym, ambulatorium z dwoma gabinetami lekarskimi, a także miejscem do przygotowania i przechowywania materiału biologicznego oraz częścią biurową z przeznaczeniem dla koordynatorów badań klinicznych, pracowników odpowiedzialnych za budżetowanie,

archiwum oraz serwerownią; przekazywanie informacji potencjalnym sponsorom o wprowadzanych innowacjach.

(akta kontroli tom VIII str. 1-44, 69-78, 83-239)

3.2.2. Analizie podano realizację trzech zakończonych w kontrolowanym okresie badań klinicznych¹⁰⁹. W zawartych umowach, zgodnie z § 19 ust. 2 rozporządzenia w sprawie DPK, określono obowiązki stron dotyczące w szczególności: przestrzegania protokołu badania klinicznego¹¹⁰, zasad zbierania i raportowania danych, umożliwienia dostępu do dokumentów źródłowych przedstawicielom Sponsora oraz ochrony danych osobowych uczestników badania. W szczególności ustalono, że:

- analizowane badania kliniczne, zgodnie z postanowieniami Regulaminu, rozpoczęły się po uzyskaniu pozytywnej opinii Komisji Bioetycznej, zgody Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych oraz nadania numeru rejestrowego badania w Centralnej Ewidencji Badań Klinicznych. Odpowiedzialność cywilna Sponsora i Badacza została objęta obowiązkowym ubezpieczeniem za szkody wyrządzone w związku z prowadzeniem badania klinicznego. W Szpitalu zawierano umowy trójstronne pomiędzy Badaczem, Sponsorem oraz Ośrodkiem;
- realizacja badań klinicznych była monitorowana przez przedstawicieli Sponsorów i zgodnie z treścią sporządzonych przez nich, przykładowych raportów z wizyt w Ośrodku¹¹¹, osoba monitorująca proces badawczy podejmowała działania, aby przebiegał on zgodnie z postanowieniami umów, a w szczególności z PBK.

Kierownik CIT wyjaśnił, że Szpital nie posiada raportów osób monitorujących badanie, nie był ich adresatem, dokumenty te znajdują się w dokumentacji badania klinicznego, będącej własnością Sponsora;

- w dokumentacji badania nr WA25046 znajdował się dokument – notyfikacja o zakończeniu badania wystawiony przez przedstawiciela Sponsora, w pozostałych przypadkach Szpital nie dysponował dokumentami potwierdzającymi, że zlecone badania kliniczne osiągnęły zakładane rezultaty i zostały zaakceptowane i odebrane jako zgodne z zawartą umową¹¹².

Kierownik CIT poinformował, że za prawidłową realizację badania klinicznego odpowiedzialność ponosi Główny Badacz. Ośrodek umożliwia prowadzenie badania przy wykorzystaniu zasobów Szpitala. Ośrodek nie otrzymał jakiegokolwiek dokumentacji od Sponsora mówiącej o tym, że badanie przeprowadzono nieprawidłowo. Do żadnego z tych badań nie miały również zastrzeżeń urzędy regulacyjne (FDA, EMA, URPL), które

¹⁰⁹ Badania nr: WA25046 – okrelizumab (umowa z 13 lutego 2012 r. zakończona w kwietniu 2023 r.), 161505 - 10% roztwór immunoglobulin do wlewów (ludzkich) zawierający rekombinowaną ludzka hialuronidazę (IGI, 10%rHuPH20; HYQVIA/HyQVIA) (umowa z 26 sierpnia 2019 r. zakończona w lutym 2024 r.), 747-302 - kwas obetycholowy (OCA) (umowa z 6 października 2015 r. zakończona w czerwcu 2022 r.).

¹¹⁰ Dalej: protokół lub PBK.

¹¹¹ Na podstawie dokumentacji przedstawionej przez Szpital. Zgodnie załącznikiem „Podstawowa dokumentacja badania klinicznego” do rozporządzenia w sprawie DPK (Tabela nr 2 Dokumentacja w czasie prowadzenia badania klinicznego) dokument: „Raport osoby monitorującej badanie kliniczne z wizyty w ośrodku badawczym” umieszczany jest w aktach sponsora.

¹¹² Zgodnie załącznikiem „Podstawowa dokumentacja badania klinicznego” do rozporządzenia w sprawie DPK (Tabela nr 3 Dokumentacja po zakończeniu lub przerwaniu badania klinicznego) dokumenty: „Raport osoby monitorującej z wizyty zamykającej badanie kliniczne” i „Raport końcowy – Udokumentowanie wyników badania klinicznego i ich interpretacja” umieszczane są w aktach sponsora.

- otrzymują informację o zakończeniu badania klinicznego oraz dokumentację, która powstała w wyniku przeprowadzenia badania;
- przed podpisaniem umów dokonano analizy finansowo-księgowej, na podstawie której określono koszty Ośrodka wynikające z zaplanowanych procedur. Dla każdego z badań sporządzono kalkulację budżetu na podstawie obowiązujących cenników oraz propozycji budżetu otrzymanej od Sponsora. Badania zostały rozliczone, a wynagrodzenie Szpitala pokryło koszty związane z ich realizacją.

(akta kontroli tom VIII str. 240-739)

3.2.3. Według postanowień Regulaminu badania kliniczne były prowadzone zgodnie z ogólnie przyjętymi wymaganiami Dobrej Praktyki Klinicznej, a obowiązki Badacza i Sponsora regulowało w szczególności rozporządzenie w sprawie DPK. Stwierdzono, że:

- w treści zbadanych umów każdorazowo wskazywano na konieczność prowadzenia badania w sposób zgodny m.in. z protokołem oraz zaleceniami GCP¹¹³ na warunkach określonych w postanowieniach umowy. Protokoły (streszczenia) określały m.in.: wskazania (stan kliniczny), cele badania, planowany czas trwania, sposób doboru uczestników (kryteria włączania i wyłączania), schemat badania (w tym schemat podawania preparatu) oraz informacje dotyczące formułowania oceny, w szczególności w zakresie skuteczności, tolerancji, bezpieczeństwa stosowania i immunogenności;
- protokoły dotyczące analizowanych badań zostały pozytywnie zaopiniowane przez Komisje Bioetyczne przy Gdańskim Uniwersytecie Medycznym, Uniwersytecie Medycznym w Łodzi oraz przy Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Curie – Skłodowskiej w Warszawie;
- badania prowadzone były przez Zespół Badawczy pod kierownictwem Głównego Badacza, a każda z osób prowadzących badanie kliniczne miała kwalifikacje, odpowiednie do wykonywania powierzonych jej zadań;
- zawarte umowy zobowiązywały badacza do uzyskania podpisanego formularza świadomej zgody od każdej z osób włączanej do badania. Od uczestników, przed ich przystąpieniem do procedury, uzyskano dobrowolną, świadomą zgodę na udział w badaniu;
- w sporządzanym miesięcznym raporcie z udzielania świadczeń w ramach realizacji badania klinicznego¹¹⁴ Badacz wskazywał źródło jego finansowania. Raporty przekazywano do Działu Dokumentacji Chorych i Statystyki Medycznej w celu weryfikacji czy udzielone świadczenia (wizyty/procedury) w nich wskazane nie zostały przekazane do rozliczenia z NFZ.

(akta kontroli tom VIII str. 240-739)

3.3. Efekty działalności naukowej

W okresie objętym kontrolą Szpital prowadził jeden własny, niekomercyjny projekt badawczy – badanie kliniczne LUB-COV-2021-01, którego koszt realizacji wyniósł 3 960 921,27 zł i został pokryty ze środków Agencji Badań Medycznych. Badanie miało na celu określenie skuteczności leczenia lekiem amantadyna infekcji COVID-19, nie wykazało skuteczności leku i zostało zakończone w 2023 r. W trakcie realizacji pozostaje projekt badawczy - badanie kliniczne nr MGADB0001, realizowane przez UM i finansowane przez Sponsora. W przypadku badań komercyjnych Szpital nie posiada informacji w zakresie

¹¹³ Good Clinical Practice.

¹¹⁴ Załącznik nr 3 do Regulaminu.

wdrożenia, efektów ekonomicznych oraz ewentualnych, innych korzyści (nowych technologii medycznych, metod leczenia).

Dyrektor wyjaśnił, że działalność naukowa, która prowadzona jest z wykorzystaniem infrastruktury Szpitala, odbywa się w jednostkach Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, który jest podmiotem tworzącym, stosownie do art. 50 a ust. 1 ustawy o działalności leczniczej oraz § 1 ust. 1 Statutu. Tym samym Szpital nie dysponuje danymi dotyczącymi liczby publikacji oraz liczby cytowań. Zakres działalności USK nr 4 wskazany w § 3 Statutu nie obejmuje publikowania wyników badań naukowych pracowników. Szpital nie organizował również konferencji naukowych oraz naukowo – szkoleniowych.

Według informacji otrzymanych z UM w latach objętych kontrolą liczba publikacji pracowników prowadzący badania naukowe zatrudnionych w Szpitalu wyniosła: w 2022 r. - 584 w 2023 r. - 499, w 2024 r. – 526 i w 2025 r. – 230¹¹⁵. Liczba cytowań publikacji pracowników wynosiła odpowiednio: 10360, 11091, 11768 i 7186.¹¹⁶

(akta kontroli tom VIII str. 74-78, 240-241)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności Szpitala w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Szpitala w zbadanym obszarze.

IV. Uwagi i wnioski

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

1. Przygotowywanie i przeprowadzanie postępowań o udzielenie zamówienia w sposób zapewniający zachowanie zasad uczciwej konkurencji oraz równego traktowania wykonawców.
2. Realizacja zamówień na dostawę aparatury medycznej zgodnie z wewnętrznym regulaminem zamówień publicznych.
3. Weryfikowanie zasobów i zgłaszanie zmian do umowy z NFZ w zakresie rzetelnych i aktualnych danych dotyczących sprzętu i aparatury medycznej oraz personelu faktycznie świadczącego pracę w oddziałach szpitalnych, z uwzględnieniem występujących absencji.
4. Terminowe regulowanie zobowiązań.
5. Przyznawanie premii zgodnie z ZUZP.
6. Rzetelne prowadzenie ewidencji czasu pracy oraz dokumentacji z nią związanej.
7. Zaniechanie zawierania umów cywilnoprawnych z zakresem obowiązków tożsamym lub zbliżonym do zadań wynikających z zakresu czynności z tytułu umowy o pracę.
8. Zapewnianie pracownikom nieprzerwanego odpoczynku dobowego oraz tygodniowego.

Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

¹¹⁵ Dane liczbowe na podstawie bazy własnej Bibliografa UMLub, wg stanu na 16 lipca 2025 r.

¹¹⁶ Dane liczbowe na podstawie baz Scous/SciVal, wg stanu na 18 lipca 2025 r.

Prawo zgłoszenia zastrzeżeń	Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Lublinie. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.
Obowiązek poinformowania NIK o sposobie wykonania wniosków	Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań. W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Lublin, dnia 1 sierpnia 2025 r.

Kontrolerzy:

Monika Tomaszewska
Doradca ekonomiczny
/podpisano elektronicznie/

Blanka Wasilewska
Doradca prawny
/podpisano elektronicznie/

Agnieszka Kulik
Specjalista kontroli państwowej
/podpisano elektronicznie/

Katarzyna Jabłońska-Karczmarczyk
Inspektor kontroli państwowej
/podpisano elektronicznie/

Dyrektor

**Delegatury Najwyższej Izby
Kontroli w Lublinie**

Edward Szempruch
/podpisano elektronicznie/

[.....]* – Najwyższa Izba Kontroli Lubelska Delegatura w Lublinie wyłączyła z publikacji fragmenty wystąpienia pokontrolnego oznaczone w niniejszy sposób na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2022 r. poz. 902), ze względu na prywatność osoby fizycznej.

Zgodnie z art. 35c ust. 1 i 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹, w wystąpieniu pokontrolnym z dnia 1 sierpnia 2025 r. (znak nr LLU.410.5.1.2025) dokonano sprostowania oczywistych omyłek rachunkowych i pisarskich w następujący sposób:

1) na str. 3 w wierszu 16 (część II Ocena ogólna kontrolowanej działalności) treść: „(wzrost o 246% w 2023 r. i o 190% w 2024 r.)” zastąpiono treścią: „(wzrost o 146% w 2023 r. i o 90% w 2024 r.)”;

2) na str. 24 w wierszu 17 (część III Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe kontrolowanej działalności, obszar 1.2. Gospodarka finansowa) kwotę 292 648,6 tys. zł zastąpiono kwotą 293 948,4 tys. zł;

3) na str. 28 w wierszach 40-41 (część III Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe kontrolowanej działalności, obszar 1.2. Gospodarka finansowa) treść: „środki własne 9316,4 tys. zł, a środki obce 7237,3 tys. zł” zastąpiono treścią: „środki własne 6238,6 tys. zł, a środki obce 5787,1 tys. zł”;

4) na str. 32 w wierszach 22-24 (część III Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe kontrolowanej działalności, obszar 1.2. Gospodarka finansowa) treść: „W 2024 r. uzyskano wyższe o 11,2% przychody i poniesiono wyższe o 11,3% koszty, co skutkowało niższym od planowanego o 65,1% wynikiem finansowym netto w wysokości 333,4 tys. zł” zastąpiono treścią: „W 2024 r. uzyskano wyższe o 1,3% przychody i poniesiono wyższe o 1,3% koszty, co skutkowało wyższym od planowanego o 195,1% wynikiem finansowym netto w wysokości 333,4 tys. zł.”;

5) na str. 33 w wierszu 11 (część III Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe kontrolowanej działalności, obszar 1.2. Gospodarka finansowa) wartość „(0,5%)” zastąpiono wartością „(0,9%)” oraz w wierszu 12 treść: „6-12 miesięcy – 3641,1 tys. zł (2,7%)” zastąpiono treścią: „6-12 miesięcy – 615,6 tys. zł (0,5%); powyżej 12 miesięcy – 3641,1 tys. zł (2,7%).” i w wierszu 21 treść: „6-12 miesięcy – 3860,5 tys. zł (2,9%)” zastąpiono treścią: „6-12 miesięcy – 1461,2 tys. zł (1,1%); powyżej 12 miesięcy – 3860,5 tys. zł (2,9%).”

6) na str. 38 w wierszu 15 (część III Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe kontrolowanej działalności, obszar 1.2. Gospodarka finansowa) wartość 246% zastąpiono wartością 146% i w wierszu 16 wartość 190% zastąpiono wartością 90%;

7) na str. 40 w wierszach 38-39 (część III Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe kontrolowanej działalności, obszar 1.2. Gospodarka finansowa) treść: „wskaźnik wypłacalności: 3,87%, 4,77% i (-)6,24%, ocena punktowa: 4, 4 i 0 (maks. 10 pkt)” zastąpiono treścią: „wskaźnik wypłacalności: (-)3,87%, (-)4,77% i (-)6,24%, ocena punktowa: 0, 0 i 0 (maks. 10 pkt)” oraz w wierszu 41 liczby „4, 7 i 3” zastąpiono odpowiednio liczbami: „0, 3 i 3” oraz w wierszu 42 liczby „35, 34 i 31” zastąpiono liczbami: „31, 35 i 34” a w wierszu 42 wartości procentowe „50%, 48,6%, 44,3%” zastąpiono wartościami „44%, 50%, 49%”.

Lublin, dnia 26 sierpnia 2025 r.

Kontrolerzy:

Monika Tomaszewska
Doradca ekonomiczny
/podpisano elektronicznie/

Blanka Wasilewska
Doradca prawny
/podpisano elektronicznie/

Katarzyna Jabłońska-Karczmarczyk
Inspektor kontroli państwowej
/podpisano elektronicznie/

Dyrektor

**Delegatury Najwyższej Izby Kontroli
w Lublinie**

Edward Szempruch
/podpisano elektronicznie/

¹ Dz. U. z 2022 r. poz. 623.